

اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب کودکان پیش دبستانی

پریسا آقامحمدی^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کودکان پیش دبستانی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه نوآموزان مبتلا به اضطراب شهر ابهر بودند و نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰ شرکت کننده بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- نسخه والدین برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. ابتدا پیش‌آزمون از افراد هر دو گروه به عمل آمد و سپس شرکت کننده‌های هر دو گروه آزمایش ۱۲ جلسه‌ی یک ساعته، در هفته دو جلسه، در برنامه‌ی درمان شناختی - رفتاری شرکت کردند. پس از پایان مداخله بر روی گروه آزمایش، شرکت کننده‌های هر دو گروه به وسیله پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت دارند ($P < 0/05$ و $F=235/84$). به این معنی که درمان شناختی - رفتاری، اضطراب این کودکان را کاهش می‌دهد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، اضطراب، کودکان پیش دبستانی

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی راهنمایی و مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

مقدمه

اضطراب^۱ یکی از شایعترین اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی است. این اختلال در میان ۱۰ درصد از کودکان تا سن ۱۶ سالگی شایع است (کوستللو^۲، موستیلو^۳، ارکانلی^۴، کیلر^۵ و آنگولد^۶، ۲۰۰۳). برای بخش عمده‌ای از کودکان، مشکلات اضطرابی به صورت طولانی مدت ادامه می‌یابد و در رشد و عملکرد آنها تداخل ایجاد می‌کند (لانگلی^۷، برگمن^۸، مک کراکن^۹ و پیاستینی^{۱۰}، ۲۰۰۴). از نظر ری و پلاپ (۲۰۰۹)؛ به نقل از خانجانی و همکاران، (۱۳۹۵) بسیاری از کودکان مبتلا به اضطراب و همچنین کودکانی که نشانه‌های اضطراب را در حد خفیفی تجربه می‌کنند تا دوران نوجوانی و بزرگسالی دچار مشکلات مربوط به عدم سازگاری خواهند بود. اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب علائم خودکار نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه، ناراحتی مختصر معده و بی‌قراری که توسط ناتوانی در نشستن یا ایستادن به مدت طولانی، نشان داده می‌شود (سادوک و سادوک^{۱۱}، ۲۰۰۷).

سلامت کودکان و نوجوانان در همه جوامع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تأمین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم باشند و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (گنجی، ۱۳۸۶). کودکان دارای اختلال رفتاری و روانی بخشی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند. اختلالات اضطرابی از جمله شایع‌ترین اختلالات روانشناختی کودکی و نوجوانی هستند. کودکانی که مضطرب هستند تمایل به مضطرب ماندن در نوجوانی و بزرگسالی دارند، ولو اینکه آنها به مدت طولانی ملاک‌های تشخیصی

¹ Anxiety

² Costello

³ Mustillo

⁴ Erkanli

⁵ Keeler

⁶ Angold

⁷ Langley

⁸ Bergman

⁹ McCracken

¹⁰ Piacentini

¹¹ Sadock & Sadock

برای یک اختلال اضطرابی را نداشته باشند (سیچتی و کوهن^۱، ۲۰۰۶). اختلالات اضطرابی علی‌رغم رشد سراسری شایع و وسیع، نسبتاً از چند دهه اخیر شناسایی شده‌اند. اگرچه این اختلالات معمولاً با شدتی کمتر نسبت به دیگر شکل‌های آسیب‌شناسی روانی درک می‌شوند، تحقیقات اخیر نشان داده‌اند اختلالات اضطرابی با گستره‌ای از پیامدهای مضر، شامل ترک مدرسه، رشد دیگر اختلالات روانپزشکی از قبیل افسردگی عمده و خودکشی است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که اکثریت بزرگسالانی که از اختلال خلقی یا اضطرابی گسترش یافته، رنج می‌برند علائم اولیه بیماری‌شان در طول کودکی یا نوجوانی، به عنوان یک اختلال اضطرابی آشکار می‌شود. اختلالات اضطرابی اختلالات اضطرابی همچنین هزینه مالی بزرگی بر اجتماع تحمیل می‌کنند (سیچتی و کوهن، ۲۰۰۶).

کودکی بخش مهمی از زندگی هر انسانی را تشکیل می‌دهد. عدم دستیابی کودک به بهداشت روانی همچون بیماری‌های جسمی، کاهش توانایی و کارایی جسمی و ذهنی و کاهش قابل توجه تولید و عدم کارایی سرمایه‌گذاری آموزشی و افزایش هزینه‌های بهداشتی را به همراه دارد؛ بنابراین ایجاد محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب دارای اهمیت خاصی است؛ و مهیا نشدن محیط مناسب برای تحول کودک ممکن است او را با مشکلات عدیده هیجانی و رفتاری مواجه سازد. از این‌رو برای به حداقل رساندن آسیب‌های روانی کودکان لازم است تدابیری اندیشیده شود.

اصطلاح درمان شناختی رفتاری^۲ (CBT) به هنگام استفاده از فرایندهای درمانی مختلفی به کار می‌رود که فصل مشترک همه آنها، تمرکز بر نقش عوامل شناختی و رفتاری در به وجود آمدن و تداوم اختلالات روانی است (زارب^۳، ۱۳۸۶). به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری به خانواده‌ای از درمان‌های روان‌شناختی اطلاق می‌شود که عمدتاً متمرکز بر شناسایی، ارزشیابی و اصلاح سطوح مختلف افکار و باورهای آسیب‌دیده فرد است که با رفتار و هیجانات وی گره خورده است (مور و گارلند^۴، ۲۰۰۹). این درمان رویکردی فعال،

¹ Cichetti & Cohen

² Cognitive-Behavioural Therapy

³ Zarb

⁴ Moore & Garland

جهت مند، از لحاظ زمانی محدود و سازمان یافته، مبتنی بر همکاری درمانی بین بیمار و درمانگر، مسئله مدار، متکی بر فرایند سؤال و کشف راهبردی و معطوف به مشکلات جاری بیمار است (هاوتون و همکاران^۱، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۱).

در سال‌های اخیر، تمایل نسبت به استفاده از درمان شناختی-رفتاری برای کار با کودکان و نوجوانان رو به افزایش است (پل استلارد، ۱۳۸۹ ترجمه علی زاده، روحی و گودرزی). این علاقه‌مندی‌ها باعث انجام مطالعاتی شده که نتایج آنها نشان می‌دهد که درمان شناختی و رفتاری، برای درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان، مؤثر و امیدوارکننده است (کازدین و ویز^۲، ۱۳۸۹، ترجمه علی زاده، روحی و گودرزی؛ راث و فاناگی^۳، ۱۹۹۶). بی‌شک آسیب‌شناسی رفتارهای کودکان جز با شناخت بیشتر و دقیق‌تر عوامل مؤثر بر رفتارهای آنها ممکن نخواهد بود. نظر به فراگیر شدن این شیوه درمانی، در این پژوهش نیز بر آنیم تا اثربخشی این شیوه را بر اضطراب کودکان پیش‌دبستانی بررسی کنیم.

روش‌های درمانی مختلفی می‌توانند برای درمان این اختلال مورد استفاده قرار گیرند. نظر به عوارض جانبی به وجود آمده از داروها که گاهی خود منشأ مشکلات دیگری هستند، امروزه درمان‌های غیر دارویی طرفداران بسیاری پیدا کرده است. از این میان درمان شناختی-رفتاری را می‌توان ازجمله مؤثرترین روش‌های درمان غیر دارویی به حساب آورد. درمان شناختی-رفتاری، یک‌زبان رایجی را برای یکپارچه کردن روان‌درمانی ارائه می‌کند. مفاهیم شناختی مانند طرحواره‌ها، فراشناخت، پدیده‌های درمانی را توصیف می‌کند که در بین روان‌درمانگران مختلف مشاهده می‌شود. بر اساس نظریات کازدین (۱۹۸۴) مفاهیم روان‌شناختی، با محتوای شناختی حوادث، پردازش‌های اساسی و راه‌های سازمان‌دهی و تفسیر تجارب در ارتباط است. آنها می‌توانند حافظه، ادراک و رفتار را احاطه کنند (آلادین، ۲۰۰۸).

برخی پژوهش‌های انجام‌شده اثربخشی این روش درمانی را تأیید می‌کنند (لوپز و

¹ Hawton et al

² Kazdin & Wizz

³ Roth & Fonagy

همکاران، ۲۰۱۸؛ اشپرینگر و همکاران، ۲۰۱۸؛ دورهم، ۲۰۰۲؛ بات، ۱۹۹۸؛ اکبری، ۱۳۹۷؛ شعلائی، ۱۳۹۶؛ الیاسی، ۱۳۹۴، صالح زاده ابرقویی، ۱۳۹۱).

نظر به اینکه کودکان ۵۰ درصد جمعیت کشورهای در حال توسعه را تشکیل می دهند، به ویژه در کشور ما که از نظر بافت جمعیتی از کشورهای جوان دنیا به شمار می رود، شناخت مسائل و مشکلات روانی و عاطفی این قشر عظیم از جمعیت و کوشش در جهت یافتن شیوه های درمانی مؤثر و پایدار و گسترش آن دارای اهمیت بالایی است. این پژوهش بر آن است تا اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری را بر اضطراب کودکان پیش دبستانی بررسی کند.

روش پژوهش

طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود.

الف) جامعه و نمونه

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوآموزان دارای اختلالات اضطراب شهر ابهر در مقطع پیش دبستانی سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود. روش نمونه گیری صورت تصادفی خوشه ای - چند مرحله ای برای انتخاب نمونه به کار برده شد؛ بدین صورت که ابتدا پنج مرکز آموزش پیش دبستانی به صورت تصادفی در سطح شهر ابهر انتخاب شدند و سپس نوآموزان دارای اختلال اضطراب با استفاده از مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی (PAS)؛ نسخه والدین برگزیده شدند. کودکان در قالب دو گروه ۱۵ نفره با عنوان گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

ب) ابزارها

۱. مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی (PAS)

مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی (PAS)؛ اسپنس، رپی، مک دونالد و اینگرام (۲۰۰۱) که توسط والدین تکمیل می شود، بر اساس فهرست اختلال های اضطرابی چهارمین نظام تشخیصی و آماری اختلال های روانی تهیه شده و دارای ۲۸ ماده است که نشانه های

مرضی اختلال اضطراب جدایی، اضطراب تعمیم‌یافته، هراس اجتماعی، ترس از آسیب جسمانی (به‌عنوان یک هراس خاص) و وسواس - بی‌اختیاری را در کودکان ۲ تا ۵ سال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. از مجموع این شش زیرمقیاس، نمره کلی اضطراب محاسبه می‌شود. پس از ۲۸ ماده، پرسشی باز پاسخ در مورد تجربه کودک از رویدادهای آسیب‌زا وجود دارد که نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد اما اگر کودک چنین رویدادی را تجربه کرده باشد، با ۵ ماده دیگر که نشانه‌های اختلال پس‌ضربه‌ای را هدف قرار داده‌اند، دنبال می‌شود. نمره این ۵ ماده نیز در نمره کل محاسبه نمی‌شود و صرفاً برای توجه بالینی به این اختلال آورده شده است. برخلاف دیگر مقیاس‌های درجه‌بندی والدین مانند فهرست رفتاری کودک CBCL (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۲) و پرسشنامه نقاط قوت و ضعف (گودمن، ۱۹۹۷) که به ارزیابی اختصاصی اضطراب نمی‌پردازند و اضطراب کودک را به‌عنوان بخشی از مشکلات کلی (مانند مشکلات درونی‌سازی شده که دربرگیرنده مشکلات عاطفی و افسردگی نیز است) مورد توجه قرار می‌دهند (برورن و موریس، ۲۰۰۵). این مقیاس، با تمرکز بر مشکلات اضطرابی، تقریباً بیشتر اختلال‌های اضطرابی را مورد بررسی قرار می‌دهد.

۲. درمان شناختی رفتاری برای اضطراب

این درمان بر اساس پروتکل (کالینز، ۲۰۱۴) انجام گرفت که رویکردی شناختی-رفتاری جهت مدیریت اضطراب در کودکان ۵ تا ۹ سال است؛ و هدفش ارائه‌ی رهنمودهای مؤثر در جهت اصلاح این رفتارها و کاهش اضطراب است. کودکان در این روش ضمن فعالیت با کتاب کار جایزه‌هایی به شکل معما و سرگرمی و ستاره برای پیشرفت در کار به دست می‌آورند. گرسنه گذاشتن هیولای اضطراب برای کودکان ۵ تا ۹ سال طوری طراحی شده که کودک با حمایت یکی از والدین و یا مشاور و متخصص سلامت روان آن را انجام می‌دهد.

ج) روش اجرا

پس از انتخاب کودکان دارای اختلال اضطراب به وسیله ابزارهایی که در ادامه آنها را

شرح خواهیم داد (مقیاس اسپنس)، کودکان دارای اختلال اضطراب در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و گروه گواه) قرار گرفتند. پیش آزمون از گروهها به عمل آمد و سپس شرکت کنندگان در گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه آموزش هایی را دریافت کردند. پس از اتمام جلسات آموزش پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد و داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در اینجا خلاصه جلسات آموزشی را در قالب جدول نشان می دهیم؛ جدول ۱ خلاصه فعالیت های انجام شده در جلسات درمانی اضطراب را نشان می دهد

جدول ۱: خلاصه فعالیت های انجام شده در جلسات درمانی اختلال اضطراب

جلسات	موضوع جلسه	طی جلسه درمان
جلسه ۱	برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان	توجه کودک برای درمان و آشنا کردن او با هیولای اضطراب و اینکه چرا باهم این کتاب را می خوانیم
جلسه ۲	شناخت احساس اضطراب	با هیولای اضطراب آشنا می شویم و احساسات اضطرابی را بیشتر می شناسیم.
جلسه ۳	شناسایی احساسات و واکنش های بدنی به اضطراب	شناخت احساسات و اینکه احساسات و چهره ها را پیدا کند. احساساتی مثل خوشحالی و غم و اضطراب و واکنش های بدنی اش را نسبت به اضطراب پیدا کند.
جلسه ۴	توضیح اینکه چه چیزهایی ما را مضطرب می کند	بازی ها و قصه هایی در مورد اضطراب. اینکه راه انداز اضطراب تو چیست.
جلسه ۵	آموزش آرمیدگی	آموزش تکنیک آرمیدگی به زبان ساده
جلسه ۶	خودگویی های اضطراب زا چیست	انواع خودگویی را تحت عنوان های عینک بدبینی، عینک ذهن خوانی، عینک اضطراب، عینک پرخاشگری، به کودک یاد می دهیم
جلسه ۷	بدن مضطرب ما	احساسات جسمانی را به کودک بشناسانیم؛ و اینکه چطور احساس ما هیولای اضطراب را تغذیه می کند.
جلسه ۸	رفتارهای اضطرابی ما	چگونه رفتارهای اضطرابی تو به هیولا غذا می دهند. هر چند وقت یک بار مضطرب می شوی.
جلسه ۹	آثار اضطراب روی بدن ما	روزی که تو مضطرب می شوی چه اتفاق هایی می افتد و اثرهایی که اضطراب روی تو می گذارد چیست.
جلسه ۱۰	روش های گرسنه گذاشتن هیولای	آنچه به کودک یاد می دهیم

اضطراب	یک کارگاه فکر شو. هیولای اضطرابت رو نقاشی کن عینک
تمرین مواجهه در موقعیت‌هایی	فکر اضطراب‌زا را دور بی انداز. چگونه برای گرسنه گذاشتن
با اضطراب کم	هیولای اضطراب باید متفاوت عمل کنی.
آرام‌سازی	آرام‌سازی و ورزش و خیال‌پردازی. حواست را پرت کن.
	دانشمند رفتار بشو.

جلسه ۱۱	باید و نیاید‌های اضطراب و	جدول باید و نیاید‌های اضطراب. به کودک یاد بدهید از آنچه یاد گرفته جدول بسازد و چیزهایی را بکشد که هیولای اضطراب را گرسنه نگه دارد؛ و جدول را در خانه جلو دید نصب کند.
جلسه ۱۲	مأموریت گرسنه گذاشتن هیولای اضطراب را تمام کن	در این جلسه از آزمون اضطرابی که در کتاب آمده استفاده کنیم و درجه اضطراب او را نسبت به قبل می‌سنجیم.
		کودک واقعیت‌هایی را درباره هیولا پیدا می‌کند و از او می‌خواهیم که چیزهای را که یاد گرفته بازگو کند.
		در پایان هر جلسه معما و جورچین و رنگ کردن یک ستاره داریم و در پایان جلسه‌ی ششم و دوازدهم هدیه‌ای تشویقی برای کودک.

یافته ها

شرکت کنندگان در این پژوهش ۳۰ نفر بودند که ۱۵ نفر از آنها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل جای گرفتند. به منظور آزمون فرضیه‌ی تحقیق و به عبارتی تعمیم نتایج به دست آمده از نمونه به جامعه آماری پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس یک متغیری (ANCOVA) استفاده شد. تحلیل کوواریانس در واقع نوعی تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی است که برخی از متغیرهای مستقل فاصله‌ای و برخی دیگر مقوله‌ای هستند. در تحلیل کوواریانس هدف، حذف اثر بعضی از متغیرها از متغیر وابسته و سپس تحلیل واریانس نمرات باقی مانده است. متغیرهایی که اثرشان حذف می‌شود متغیر تصادفی کمکی (متغیر همراه) نامیده می‌شوند. متغیر تصادفی کمکی باید در مقیاس فاصله‌ای یا نسبتی اندازه‌گیری شده باشد. در این پژوهش نمرات پس‌آزمون معادل متغیر وابسته، نمرات پیش-آزمون معادل متغیر تصادفی کمکی و آموزش، معادل متغیر مستقل هستند.

جدول ۲ اطلاعات متغیرهای پژوهش را در پیش-آزمون و پس-آزمون به تفکیک

گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد؛

جدول ۲: اطلاعات متغیرهای پژوهش در پیش- آزمون و پس- آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	آزمون	متغیر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد		
کنترل	پیش آزمون	اضطراب تعمیم یافته	۱۵	۱۰	۱۶	۱۳/۴۰	۱/۸۴		
		هراس اجتماعی	۱۵	۱۱	۲۳	۱۶/۶۰	۳/۶۰		
		وسواس-یبی اختیاری	۱۵	۹	۱۷	۱۲/۹۳	۲/۲۸		
		جراحت های جسمانی	۱۵	۱۷	۲۳	۲۰/۳۳	۱/۸۰		
		اضطراب جدایی	۱۵	۱۰	۱۹	۲/۸۱	۱۲/۹۳		
		اضطراب کلی	۱۵	۶۵	۸۹	۷۶/۲۰	۸/۱۹		
		پس آزمون	پیش آزمون	اضطراب تعمیم یافته	۱۵	۱۰	۱۷	۱۳	۱/۸۹
				هراس اجتماعی	۱۵	۱۰	۲۴	۱۶/۸۷	۳/۷۴
				وسواس-یبی اختیاری	۱۵	۹	۱۶	۱۲/۵۳	۲/۰۳
				جراحت های جسمانی	۱۵	۱۸	۲۳	۲۰	۱/۶۰
اضطراب جدایی	۱۵			۱۰	۱۷	۲/۰۹	۱۲/۳۳		
اضطراب کلی	۱۵			۶۴	۸۷	۷۴/۷۳	۷/۰۷		
آزمایش	پیش آزمون			اضطراب تعمیم یافته	۱۵	۱۱	۲۰	۱۵/۸۰	۲/۶۵
				هراس اجتماعی	۱۵	۱۴	۲۴	۲۰/۴۷	۲/۹۵
				وسواس-یبی اختیاری	۱۵	۱۰	۱۹	۱۵/۲۰	۲/۹۱
				جراحت های جسمانی	۱۵	۱۸	۲۸	۲۴/۲۰	۲/۷۰
		اضطراب جدایی	۱۵	۱۱	۲۰	۱۵/۳۳	۳/۰۹		
		اضطراب کلی	۱۵	۷۴	۱۰۸	۹۱	۱۱/۸۳		
		پس آزمون	پیش آزمون	اضطراب تعمیم یافته	۱۵	۷	۱۷	۱۱/۷۳	۳/۴۵
				هراس اجتماعی	۱۵	۱۲	۲۱	۱۷	۲/۹۳
				وسواس-یبی اختیاری	۱۵	۶	۱۸	۱۱/۲۰	۳/۴۹
				جراحت های جسمانی	۱۵	۱۲	۲۳	۱۸/۹۳	۲/۸۹
اضطراب جدایی	۱۵			۸	۱۸	۱۱/۷۳	۳/۰۳		
اضطراب کلی	۱۵			۵۳	۸۹	۷۰	۱۲/۰۸		

ابتدا مفروضه های تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه ی نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف انجام شد ($P > 0/01$)؛ همچنین شاخص های کجی و کشیدگی آن ها در محدوده قابل قبول (۲ و -۲) قرار دارند. بنابراین مفروضه

نرمال بودن برقرار است. در رابطه با مفروضه همگنی واریانس های دو گروه (آزمایش و کنترل) در این اندازه گیری از آزمون لوین استفاده شد ($P > 0/013$). سطح معناداری آزمون بالا، بیشتر از 0/01 است؛ به این معنا که واریانس دو گروه کنترل و آزمایش از نظر آماری تفاوت معنادار ندارند. به عبارت دیگر واریانس های دو گروه همگن هستند. بنابراین مفروضه همگنی واریانس ها برقرار و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز است. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل واریانس یکطرفه برای بررسی همگنی ضرایب رگرسیون مشاهده شد که آماره F، برای تعامل گروه و پیش‌آزمون برابر (9/69) است که در سطح 0/05 با درجه آزادی 1 و 1 از نظر آماری معنادار نیست. این نتایج به معنای آن است که تفاوت معناداری میان ضرایب مشاهده نشده و در نتیجه فرض همگنی ضرایب رگرسیون نیز برقرار است. جدول 3 نتایج تحلیل واریانس برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون (متغیر اختلال اضطراب) را نمایش می‌دهد؛

جدول 4-5: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای دو گروه آزمایش و کنترل

منابع تغییر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
پیش‌آزمون	1998/86	1	1998/86	72/53	0/73	0/0001
تفاوت دو گروه در پس‌آزمون	1386/95	1	1386/95	50/33		0/0001
خطا	744/07	27	27/56			
کل	2910/97	29				

جدول بالا نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل با حذف عامل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. با توجه به سطر دوم جدول و با کنترل اثر پیش‌آزمون مشاهده می‌گردد که دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری در پس‌آزمون هستند ($P < 0/05$ و $F = 50/33$). در نتیجه مقدار آماره مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح اطمینان 0/05 و درجه آزادی 1 و 27 بزرگتر است. بنابراین نمرات پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل با کنترل اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری در سطح اطمینان 0/05 دارای تفاوت معنادار است و با اطمینان 95 درصد این فرض که درمان شناختی

– رفتاری موجب کاهش اضطراب کودکان پیش دبستانی می شود؛ تایید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که درمان شناختی – رفتاری موجب کاهش اضطراب کودکان پیش دبستانی می شود. این یافته از این پژوهش با یافته های پژوهش های زیر همسویی دارد: اکبری (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه رسید که درمان شناختی – رفتاری بر اضطراب ریاضی دانش آموزان تأثیر مثبت دارد؛ شعلائی (۱۳۹۶) به این نتیجه رسید که درمان شناختی – رفتاری اضطراب و افسردگی افراد را کاهش می دهد؛ نتایج پژوهش سقا (۱۳۹۶) بیانگر کاهش اضطراب آزمون و اضطراب اجتماعی در اثر مداخله درمانی شناختی – رفتاری است؛ از نظر توانا (۱۳۹۳) درمان شناختی – رفتاری مدرسه محور نشانه های اضطرابی کودکان دختر را کاهش می دهد؛ اسپرینگر (۲۰۱۸) در یک فراتحلیل میانگین نرخ بهبودی حاصل از درمان شناختی – رفتاری را ۵۱٪ گزارش می کند؛ کودال و همکاران (۲۰۱۷) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی – رفتاری در طولانی مدت بر کاهش اضطراب مؤثر است. کاربرد رویکرد شناختی – رفتاری در کودکان، نخستین بار در اواخر دهه هشتم توسط کندال و هالون مطرح شد (مور و میجر، ۲۰۰۹). اصطلاح درمان شناختی رفتاری (CBT) به هنگام استفاده از فرآیندهای درمانی مختلفی به کار می رود که فصل مشترک همه آنها، تمرکز بر نقش عوامل شناختی و رفتاری در به وجود آمدن و تداوم اختلالات روانی است (زارب، ۱۳۸۶). به عبارت دیگر، درمان شناختی – رفتاری با تغییر باورها و تفکرات فرد به او کمک می کند تا بتواند به مشکلات خود به شکل قابل حلی بیاورد. فرض زیر بنایی در درمان های شناختی رفتاری این است که احساس و رفتار را تا حد زیادی محصول شناخت می دانند. بنابراین مداخله های شناختی و رفتاری می توانند تغییراتی در تفکر، احساس و رفتار فرد ایجاد کنند (مور و میجر، ۲۰۰۹). بر اساس مفروضه های بنیادی رویکرد شناختی – رفتاری تجارب اولیه در رشد شیوه های اندیشیدن، فاکتور بسیار مهم و تعیین کننده ای به شمار می روند. افراد اطلاعات و تجارب نو را در چارچوب این باورهای بنیادین ارزیابی می کنند. باورهای بنیادین توسط وقایع برجسته فعال می شوند و مفروضاتی را پدید می آورند که مربوط به خود شخص، عملکرد و دورنمای زندگی او هستند و به سه جنبه ی شناخت

معروف هستند. این افکار خودکار تغییرات جسمی، هیجانی و رفتاری را پدید می‌آورند (کندال و همکاران، ۱۹۹۷). کودکانی که دچار اختلال اضطراب هستند رویدادهای مبهم را به عنوان وقایع تهدیدکننده درک می‌کنند. تمایل آنها برای عیب‌جویی و خودمحموری بالاست و میزان انتظارات منفی نیز در آنها زیاد است (کندال و همکاران، ۲۰۰۸). استفاده از روش درمانی شناختی - رفتاری در قالب تکنیک‌های ویژه، کودکان را از رابطه بین افکار، احساسات و رفتار آگاه می‌سازد، الگوهای فکری شامل تشخیص و شناسایی افکار در موقعیت‌های مختلف را به آنها آموزش می‌دهد، به آنها در تشخیص تحریف‌های شناختی (مانند بزرگنمایی و پیشگویی منفی) و آموختن مهارت‌های شناختی جدید کمک می‌کند. مدیریت هیجانی شامل آموزش خود‌گویی مثبت و حل مساله، شناخت اضطراب و رفتارهای اضطرابی، آشنایی با موارد و شرایط اضطراب‌زا و آرمیدگی را به آنها آموزش می‌دهد. این آموزش‌ها موجب تغییراتی در رفتار و شیوه‌ی تفکر کودکان می‌شوند و زمینه‌ی سازگاری آنها با شرایط و ایجاد مهارت‌های جدید را برای آنها فراهم می‌کنند.

با توجه به اینکه پژوهش‌ها نشان دادند درمان شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب کودکان پیش دبستانی موثر است، پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی- رفتاری برای درمان اضطراب کودکان، در مراکز پیش دبستانی و کلینیک‌ها استفاده شود.

منابع :

- ایتکنسون، ر. (۱۳۷۸) زمینه روان‌شناسی هیلگارد، جلد ۲، ترجمه محمد تقی براهنی و دیگران، چاپ سیزدهم.
- استالارد، پی. (۲۰۰۵). درمان شناختی- رفتاری با کودکان و نوجوانان. (ترجمه حمید علیزاده، علیرضا روحی و علی محمد گودرزی، ۱۳۸۹). تهران: نشر دانش.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۸۸)، مقدمه ای بر روانشناسی و کم صورت و بر تم کودکان استثنایی، تهران: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.
- اکبری، رشید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و خود پنداره ریاضی دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی شهرکرد. پایا نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علم و هنر یزد.
- الیاسی، س. (۱۳۹۴). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی و اضطراب کودکان مبتلا به اختلال سلوک. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی.
- انجمن روانپزشکی امریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-5، DSM-5، ترجمه: یحیی سیدمحمدی، ۱۳۹۳. تهران: انتشارات روان.
- توانا، ز. (۱۳۹۳). واریس مقدماتی اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری مدرسه محور بر کاهش اضطراب کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد.
- خانخانی زاده، هنگامه؛ باقری، سحر (۱۳۹۱). اثربخشی خود آموزی کلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی دانش آموزان با اختلال های یادگیری و دانش آموزان دارای پیشرفت تحصیلی پایین، متوسط و بالا. مجله ی اختلال های یادگیری، ۲ (۱)، ۴۳-۵۴.
- خدایاری فرد، م.؛ شکوهی یکتا، م. (۱۳۸۵). تشخیص و درمان اختلالات روان شناختی کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات یسטרان.
- خدایاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین. (۱۳۸۹). نظریه ها و اصول خانواده درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان. انتشارات دانشگاه تهران.
- دلیخون، زینب. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری در پرخاشگری و اضطراب کودکان ناشنوا. دانشگاه پیام نور استان هرمزگان.

- شکوهی یکتا، محسن؛ پرند، اکرم (۱۳۸۹). اختلال های رفتاری کودکان و نوجوانان تهران: انتشارات تیمورزاده، نشر طبیب.
- شعلایی، هما. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان های فراشناختی و شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی و استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن های همراه هوشمند. دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه سمنان.
- شهنی بیلاق، منیجه؛ بوستانی، فاطمه؛ عالی پور، سیروس؛ حاجی یخچالی، علیرضا. (۱۳۹۱). خودکارآمدی و هدفهای پیشرفته روانشناسی، مطالعات روانشناسی تربیتی ۱۶، ۸۱.
- صالح زاده ابرقویی، م. (۱۳۹۱). تدوین برنامه والدگری مثبت و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی- رفتاری بر اختلالات هیجانی و رفتاری نوجوانان. پایان نامه دکتری دانشگاه اصفهان.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. (۱۹۹۴). خلاصه ی روانپزشکی. ترجمه ی نصرالله پورافکاری (۱۳۷۹). تبریز: انتشارات شهرآب.

- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. *Prentice-Hall, Inc.*
- Beck. A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorder*. New York: International Universities Press.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology, Volume 3: risk, disorder, and adaptation* (Vol. 3): John Wiley & Sons.
- Hoffman, A. (2004). A profile of Interpersonal conflict resolution of children with learning disabilities. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*, 2, 15-29.
- Kazdin, A. E. (2008). *Encyclopedia of psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kneebone, I. I. (2016). A Framework to Support Cognitive Behavior Therapy for Emotional Disorder After Stroke. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 99-109. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.02.001>
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L.-G., Bjaastad, J. F., . . . Wergeland, G. J. (2018). Predictors of long-term outcome of CBT for youth with anxiety disorders treated in community clinics. *Journal of Anxiety Disorders*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.008>
- Sadock, B. J. , & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.

- Taylor, T. L., & Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescent? A systematic review. *Journal of Children and Youth Services Review*, 29, 823-839.
- Kneebone, I. I. (2016). A Framework to Support Cognitive Behavior Therapy for Emotional Disorder After Stroke. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 99-109. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.02.001>

Investigate the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Preschoolers' Anxiety

Parisa Aghamohammadi¹

Abstract

The present study aimed to investigate the effect of Cognitive-Behavioral Therapy on pre-school children's anxiety. The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The statistical population of the study was all students with anxiety disorders in Abhar, Zanzan. The statistical sample consisted of 30 subjects (anxiety disorder) who were selected by cluster-sampling method and randomly were embedded in two experimental and two control groups. Preschool Anxiety Scale (PSA) and Conner's Form were used for pre-test and post-test. At first, a pretest was performed on subjects in all four groups, and then the subjects received 12 sessions of 1 hour weekly two sessions of remedial education. After the intervention, the subjects in each of the four groups were evaluated by post-test. For analyzing the data, covariance analysis was used. The results showed a significant difference between the mean of post-test scores of the experiment and control groups (anxiety disorder) ($P < 0.05$ and $F = 50.33$). In other words, cognitive-behavioral therapy reduces children's anxiety.

Keywords: Cognitive-Behavior Therapy, Anxiety, Preschool Children

¹ - Ph.D Candidate of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran