



دانشگاه تبریز

دانشگاه تبریز

دانشکده روان‌شناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی کودک و نوجوان

عنوان

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کودک

(CCBT) با درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده

(FCBT) در کاهش نشانه‌های مرضی کودکان اضطرابی

استاد راهنما

دکتر حمید پورشریفی

اساتید مشاور

دکتر مجید محمودعلیلو

دکتر تورج هاشمی

پژوهشگر

ندا یادگاری

تابستان ۱۳۹۱

نام خانوادگی دانشجو: یادگاری	نام دانشجو: ندا
عنوان پایان نامه: مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور (CCBT) با درمان شناختی-رفتاری خانواده محور (FCBT) بر کاهش نشانه‌های مرضی کودکان اضطرابی	
استاد راهنما: دکتر حمید پورشریفی	
استادان مشاور: دکتر مجید محمودعلیلو و دکتر تورج هاشمی نصرت‌آباد	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: بالینی کودک و نوجوان	
دانشگاه: سراسری تبریز	دانشکده: علوم تربیتی و روان شناسی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۹۱/۰۶/۲۰	تعداد صفحه: ۱۲۷
کلیدواژه ها: درمان شناختی-رفتاری کودک محور، درمان شناختی-رفتاری خانواده محور، نشانه‌های مرضی، اضطراب	
<p>چکیده:</p> <p>هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور و درمان شناختی-رفتاری خانواده محور بود. این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از خطوط پایه چندگانه اجرا گردید. شرکت‌کنندگان پژوهش ۶ کودک مبتلا به اختلالات اضطرابی و مادر آن‌ها بود که کودکان با استفاده از مصاحبه بالینی برای پژوهش انتخاب گردیدند و برای سه شرکت‌کننده درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کودک و سه شرکت‌کننده درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده اجرا شد. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسش‌نامه‌های اضطراب اسپنس فرم کودک و والد، مشکلات رفتاری کودکان، افکارخودآیند منفی، توانایی مقابله فرم کودک و والد استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کودک و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده در کاهش اضطراب، مشکلات رفتاری و افکار خودآیند و افزایش توانایی‌های مقابله‌ای کودکان موثرند. پیگیری یک ماهه نیز بهبود علائم و افزایش توانایی مقابله را نشان داد. مقایسه اندازه‌های اثر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کودک کمی موثرتر از درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده است.</p>	

بِسْمِ خدایِ که

در قلب بچه هست

با سپاس از

دکتر حمید پور شریفی

دکتر محمد محمود علیلو

دکتر توجہ ہاشمی

فرزین حق نظری

و تمام شرکت کنندگان در این پژوهش

تقدیم بہ

کودکان زلزلہ آذربایجان

کودکانی باپشمان...

نگران و مسطر

فهرست مطالب

فصل اول

۲	۱-۱ مقدمه.....
۴	۱-۲ بیان مسئله.....
۸	۱-۳ ضرورت و اهمیت موضوع.....
۱۱	۱-۴ اهداف پژوهش.....
۱۱	۱-۴-۱ هدف کلی.....
۱۱	۱-۴-۲ اهداف اختصاصی.....
۱۲	۱-۵ فرضیه‌های پژوهش.....
۱۴	۱-۶ متغیرهای پژوهش.....
۱۴	۱-۷ تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....
۲۰	۱-۱ مقدمه.....
۲۰	۱-۲ اضطراب کودکان.....
۲۰	۱-۲-۱ تعریف اضطراب در کودکان.....
۲۱	۱-۲-۲ شیوع.....
۲۲	۱-۲-۳ همبودی.....
۲۳	۱-۲-۴ سببشناسی.....
۲۴	۱-۲-۴-۱ عوامل زیستشناختی.....
۲۴	۱-۲-۴-۲ عوامل ژنتیکی.....
۲۵	۱-۲-۴-۳ عوامل خانوادگی.....
۲۷	۱-۲-۴-۴ عوامل شناختی.....
۲۸	۱-۲-۴-۵ عوامل یادگیری.....
۲۸	۱-۲-۵ علائم عمومی اضطراب در کودکان.....
۲۹	۱-۲-۶ طبقه بندی اختلالهای اضطرابی.....
۳۰	۱-۲-۶-۱ اضطراب جدایی.....
۳۱	۱-۲-۶-۲ اختلال وحشتزدگی.....
۳۱	۱-۲-۶-۳ هراس اجتماعی.....
۳۲	۱-۲-۶-۴ هراس خاص.....
۳۳	۱-۲-۶-۵ اضطراب فراگیر.....
۳۴	۱-۲-۶-۶ اختلال وسواس فکری و عملی.....
۳۴	۱-۲-۶-۷ اختلال فشار روانی پس از سانحه.....
۳۵	۱-۲-۷ درمان اختلالات اضطرابی کودکان.....
۳۵	۱-۲-۷-۱ فنون رفتاری و شناختی-رفتاری.....
۳۵	۱-۲-۷-۱-۱ حساسیتزدایی منظم.....
۳۶	۱-۲-۷-۱-۲ مواجهه طولانی.....
۳۷	۱-۲-۷-۱-۳ الگوبرداری.....
۳۷	۱-۲-۷-۱-۴ اقتصاد ژتونی.....
۳۷	۱-۲-۷-۱-۵ روشهای مدیریت وابستگی.....
۳۸	۱-۲-۷-۱-۶ توقف فکر.....
۳۸	۱-۲-۷-۲ درمان شناختی-رفتاری.....
۳۹	۱-۲-۷-۲-۱ افکار خودآیند منفی.....
۴۱	۱-۲-۷-۲-۳ درمان شناختی-رفتاری کودک محور.....

۴۳	..... ۲-۷-۱-۲ درمان شناختی-رفتاری خانواده محور
۴۴	..... ۲-۳ پیشینه پژوهشی
۵۴	..... ۳-۱ مقدمه
۵۴	..... ۳-۲ طرح پژوهش
۵۴	..... ۳-۳ جامعه آماری
۵۴	..... ۳-۴ روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه
۵۵	..... ۳-۵ روش اجرای پژوهش
۵۶	..... ۳-۶ ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات
۵۶	..... ۳-۶-۱ مصاحبه تشخیصی K-SADS-PL
۵۶	..... ۳-۶-۲ پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی
۵۷	..... ۳-۶-۳ مقیاس اضطراب کودکان اسپنس فرم کودکان
۵۸	..... ۳-۶-۴ مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS) فرم والدین
۵۸	..... ۳-۶-۵ فهرست مشکلات رفتاری کودک
۵۹	..... ۳-۶-۶ مقیاس افکار خودآیند منفی کودکان
۵۹	..... ۳-۶-۷ پرسشنامه مقابله فرم کودکان
۶۰	..... ۳-۶-۸ پرسشنامه مقابله فرم والد
۶۰	..... ۳-۷ بسته‌های درمانی پژوهش
۶۰	..... ۳-۷-۱ برنامه گریه مقاوم
۶۴	..... ۳-۷-۲ برنامه‌ی ایجاد اطمینان
۶۸	..... ۳-۸ ملاحظات اخلاقی
۶۹	..... ۳-۹ روش آماری و تحلیل داده‌ها
۷۲	..... ۴-۱ مقدمه
۷۲	..... ۴-۲ آمارهای توصیفی
۷۲	..... ۴-۲-۱ فراوانی شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایشی
۷۳	..... ۴-۲-۲ فراوانی و پراکندگی سنی شرکت‌کننده‌ها
۷۳	..... ۴-۲-۲ فراوانی پایه تحصیلی شرکت‌کنندگان
۷۴	..... ۴-۳ تحلیلهای استنباطی و بررسی پرسشها و فرضیه‌های پژوهش
۹۷	..... ۵-۱ مقدمه
۹۷	..... ۵-۲ بحث و نتیجه‌گیری
۱۰۴	..... ۵-۳-۱ محدودیت‌های پژوهش
۱۰۵	..... ۵-۴ پیشنهادها
۱۰۵	..... ۵-۴-۱ پیشنهاد‌های پژوهشی

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

اضطراب ناشی از تنش، جزء جدایی ناپذیر تجربه و طبیعت بشر محسوب می شود. در تمام طول تاریخ، آدمیان با تغییرات بسیار زیادی در زمینه های اجتماعی، اقتصادی و تکنولوژی مواجه بوده اند که موجب بروز یک سری واکنش ها در برابر تنش گردیده است (اوتون^۱، ۱۹۹۵). اضطراب، احساس ناراحتی مبهم توأم با دلهره است که در پاسخ به تحریکات داخلی و خارجی ایجاد شده و می تواند به علایم شناختی، عاطفی، جسمی و رفتاری منجر شود (بوید^۲، ۲۰۰۲).

در سبب شناسی اضطراب به علت های مختلف از قبیل روان شناختی، زیست شناختی، رفتار شناختی، ژنتیک و مبانی اجتماعی فرهنگی اشاره شده است (ورکارالیز^۳، ۲۰۰۰). نظریه های تحولی اضطراب، بیانگر آن است که پذیرش کودکان توسط والدین، نوع کنترل و رفتارهای آنها با بروز علایم اضطراب در کودکان ارتباط دارد (وود^۴، ۲۰۰۳).

در اواخر دهه ی ۱۹۹۰ با گسترش پژوهش ها، شیوه های درمانی مختلف توصیف شد و کارایی درمانی آنها در خصوص اختلال های اضطرابی دوران کودکی تأیید گردید (اولندایک و همکاران ۱۹۹۴، به نقل از کندال، ۱۳۸۴). به طور رایج مداخلات بر روی اضطراب کودکان بر مدل شناختی رفتاری مبتنی هستند

1. Oton
2. Boyd
3. Varcaralis
4. Wood

(بارت^۱، دادز^۲ و رایپی^۳، ۱۹۹۶؛ کندال^۴، کورتلندر^۵، چانسکی^۶ و بریدی^۷، ۱۹۹۲؛ رونان^۸، کرلین و مک موری^۹، ۲۰۰۹).

تحقیقات اخیر در این حوزه نشان داده است که رویکرد شناختی-رفتاری برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان موثر است (بارت، دادز و رایپی، ۱۹۹۶؛ کندال، ۱۹۹۴؛ کندال و همکاران، ۱۹۹۷؛ بیدل و ترنر^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ برنشتین^{۱۱}، لاین^{۱۲}، ایگان^{۱۳} و تینسون^{۱۴}، ۲۰۰۵؛ رایپی، ابوت و لینهام^{۱۵}، ۲۰۰۶؛ اسپنس^{۱۶}، هلمز^{۱۷}، مارچ و لیب^{۱۸}، ۲۰۰۶؛ وود، ۲۰۰۶).

اختلالات اضطرابی در خانواده ها شکل می گیرد. علاوه بر عوامل ژنتیکی، عوامل والدینی مانند سرمشوقدهی اضطراب، بیش کنترلی، باورها (برای مثال در مورد آسیب پذیری کودک)، تعارض و جنبه هایی از عملکرد خانواده (مانند همبستگی پایین خانوادگی) با اضطراب کودک مرتبط هستند (بوگلز^{۱۹}، ۲۰۰۶). این موضوع بیان گر این است که اگرچه ماهیت واقعی انتقال به خوبی قابل درک نیست، اما والدین باید در درمان

-
1. Barrett
 2. Dadds
 3. Rapee
 4. Kendall
 5. Kortlander
 6. Chansky
 7. Brady
 8. Ronan
 9. Crellin & McMurray
 10. Beidel & Turner
 11. Bernstein
 12. Layne
 13. Egan
 14. Tennison
 15. Abbott & Lyneham
 16. Spence
 17. Holmes
 18. March & Lipp
 19. Bogels

اضطراب کودکان درگیر باشند (بادن، ۲۰۰۸). مطالعات نشان داده اند CBT مخصوصا زمانی که خانواده در درمان درگیر می شود موثرتر است (بارت، ۱۹۹۶؛ کوبهام^۱، ۱۹۹۸؛ وود، ۲۰۰۶).

بررسی نتایج مطالعات نشان می دهد انواع اختلالات روانی از جمله اضطراب رو به افزایش است و شیوه های فرزندپروری نیز در بروز آن نقش دارند. در نتیجه درمان های خانواده محور می تواند در کاهش مشکلات کودکان موثر باشد.

۱-۲ بیان مسئله

اختلالات اضطرابی از جمله مشکلاتی است که در مورد کودکان گزارش می شود (متیسون^۲، ۱۹۹۲؛ کارت رایت-هاتون، مک نیکل، دوپل دی^۳، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان می دهد که اختلالات اضطرابی در کودکان کودکان حتی زمانی که معیارهای شدت (مانند داشتن آسیب معنی دار برای مداخله) لحاظ می شود، رایج ترین اختلال در دوره کودکی و نوجوانی است (استراوس^۴، ۱۹۹۴؛ کونلی و برنستین^۵، ۲۰۰۷). شواهد فراوانی وجود دارد که اکثر بزرگسالان اضطرابی در دوره ی کودکی هم این مشکل را داشته اند (راپی و بارلو، ۱۹۹۳).

برای اکثر کودکان ترس های مختلف جزئی از تحول آنها به شمار می آید. با این حال برای برخی از کودکان این ترس ها با شدت در طول زمان باقی مانده و مانع لذت بردن آنها از فعالیت های مرتبط با سن شده و در نتیجه توجه بالینی را توجیه می کند (بارت، ۱۹۹۶). برای مثال کلین و لاست^۶ (۱۹۸۹) گزارش کرده اند که اضطراب تاثیر منفی بر سازگاری عمومی و اجتماعی کودکان دارد. مشکلات اضطرابی در ۱۰٪ الی ۲۰٪ کودکان سنین دبستان اتفاق می افتد؛ اختلالات اضطرابی عمومی تر از قبیل اضطراب فراگیر،

1. Cobham
2. Mattison
3. McNicol & Doubleday
4. Strauss
5. Connolly & Bernstein
6. Klein and Last

اضطراب جدایی و فوبی اجتماعی که تاثیر عمده‌ای بر کارکرد کودکان دارد، تقریبا در ۵ الی ۱۰ درصد کودکان یافت می‌شود (وری^۱، ۱۹۸۶). آسیب‌های عملکردی مرتبط می‌تواند شامل امتناع از رفتن به مدرسه، شکست در یافتن دوست و حفظ آن و تعارضات خانوادگی باشد (لانگ لی^۲، ۲۰۰۴؛ وود، ۲۰۰۶). مرور ادبیات روان‌درمانی کودکان و نوجوانان به طور هماهنگ درمان شناختی-رفتاری (CBT) را به عنوان یک مداخله‌ی موثر مطرح کرده است (کورپیتا^۳ و دالدن^۴، ۲۰۰۷).

در اواخر دهه‌ی ۱۹۹۰ با گسترش پژوهش‌ها، شیوه‌های درمانی مختلف توصیف شد و کارایی درمانی آن‌ها در خصوص اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی تأیید گردید (اولندایک و همکاران ۱۹۹۴، به نقل از کندال، ۱۳۸۴). به طور رایج مداخلات بر روی اضطراب کودکان بر مدل شناختی-رفتاری مبتنی هستند (بارت^۵، دادز^۶ و راپی^۷، ۱۹۹۶؛ کندال^۸، کورتلندر^۹، چانسکی^{۱۰} و بریدی^{۱۱}، ۱۹۹۲؛ رونان^{۱۲}، کرلین و مک موری^{۱۳}، ۲۰۰۹).

مشخص شده است که فرآیند تعامل خانواده و شیوه‌های فرزندپروری، رفتارهای اجتنابی را در تعدادی از کودکان اضطرابی افزایش می‌دهد (بارت و همکاران، ۱۹۹۶؛ گینسبورگ^{۱۴}، سکولند^{۱۵}، ماسیا-وارنر و هدتک^{۱۶}، ۲۰۰۴) و همچنین درگیری والدین، نتایج درمانی کودکان اضطرابی را تعدیل می‌کند

-
1. Werry
 2. Langley
 3. Chorpita
 4. Daleiden
 5. Barrett
 6. Dadds
 7. Rapee
 8. Kendall
 9. Kortlander
 10. Chansky
 11. Brady
 12. Ronan
 13. Crellin & McMurray
 14. Ginsburg
 15. Sequeland
 16. Masia-Warner & Hedtke

(دونان و همکاران، ۲۰۰۹). به همین دلایل به نظر می رسد که درگیر کردن والدین به صورت مستقیم در مداخلات مفید است (بارت، دادز و راپی، ۱۹۹۶).

تحقیقات تجربی و نظری اخیر برای مداخله والدینی و پذیرش استقلال در حفظ اضطراب کودکان نقش محوری قائل شده اند (کورپیتا و بارلو^۱، ۱۹۹۸؛ والی^۲ و همکاران، ۱۹۹۹؛ وود و همکاران، ۲۰۰۶). والدینی که مداخله گر هستند تمایل دارند کارهایی را که کودکان می توانند یا باید مستقل انجام دهند به عهده بگیرند. در نتیجه سطحی از رشدنایافتگی عملکردی را به کودک تحمیل می کنند (کارلسون^۳، ۲۰۰۳؛ ایسپا^۴، ۲۰۰۴؛ به نقل از وود، ۲۰۰۹).

در اواخر دهه ی ۱۹۹۰ با گسترش پژوهش ها، شیوه های درمانی مختلف توصیف شد و کارایی درمانی آن ها در خصوص اختلال های اضطرابی دوران کودکی تأیید گردید (اولندایک و همکاران ۱۹۹۴، به نقل از کندال، ۱۳۸۴). به طور رایج مداخلات بر روی اضطراب کودکان بر مدل شناختی رفتاری مبتنی هستند (بارت^۵، دادز^۶ و راپی^۷، ۱۹۹۶؛ کندال^۸، کورتلندر^۹، چانسکی^{۱۰} و بریدی^{۱۱}، ۱۹۹۲؛ رونان^{۱۲}، کرلین و مک موری^{۱۳}، ۲۰۰۹).

-
1. Chorpta & Barlow
 2. Whaley
 3. Carlson
 4. Ispa
 5. Barrett
 6. Dadds
 7. Rapee
 8. Kendall
 9. Kortlander
 10. Chansky
 11. Brady
 12. Ronan
 13. Crellin & McMurray

تحقیقات تجربی و نظری اخیر برای مداخله والدینی و پذیرش استقلال در حفظ اضطراب کودکان نقش محوری قائل شده‌اند (کورپتا و بارلو^۱، ۱۹۹۸؛ والی^۲ و همکاران، ۱۹۹۹؛ وود و همکاران، ۲۰۰۶). والدینی که مداخله‌گر هستند تمایل دارند کارهایی را که کودکان می‌توانند یا باید مستقل انجام دهند به عهده بگیرند. در نتیجه سطحی از رشدنایافتگی عملکردی را به کودک تحمیل می‌کنند (کارلسون^۳، ۲۰۰۳؛ ایسپا^۴، ۲۰۰۴؛ به نقل از وود، ۲۰۰۹).

مادر به عنوان مهمترین والد و مهمترین فرد در زندگی کودک نقش دارد. نقش او از تغذیه گرفته تا تربیت و ارضای نیازهای عاطفی وسیع است. کودک بیشترین تاثیر را در خلال دوران رشدی از مادر می‌پذیرد و عموماً تاثیرات مادر اثراتی بلندمدت و برگشت ناپذیرند.

با مدرن شدن جوامع امروزی، مشکلات عدیده‌ای، سلامت روانی و جسمی کودکان را در معرض خطر قرار داده است. بیشتر این مشکلات مربوط به مسائل درون خانواده و مربوط به والدین و همشیره‌است. در این میان تأثیر والدین بیش از هر چیز و هر فرد دیگر در رشد بهنجار یا نابهنجار و سلامتی و یا بیماری فرزندان موثر است. محیط خانواده اولین محیطی است که کودک از آن تاثیر می‌گیرد و والدین اولین کسانی هستند که کودک تحت تربیت آنها قرار می‌گیرد و طبیعی است که وضعیت سلامتی و بهداشتی جسمی کودک وابسته به رفتارهای والدین باشد.

یک ویژگی که برنامه‌های FCBT را از برنامه‌های دیگر متمایز می‌کند، به کار بستن شکل یکپارچه‌ی متمرکز بر خانواده هم با والدین و هم با کودک است که تعدادی از مطالعات برتری FCBT بر CCBT را در یک سال پیگیری نشان داده‌اند (بارت، ۱۹۹۶).

-
1. Chorpta & Barlow
 2. Whaley
 3. Carlson
 4. Ispa

در کل چنین استنباط می شود که FCBT شامل یک فعل و انفعال پیچیده از تکنیک های شناختی-رفتاری و بازسازی خانواده است که خانواده و کودک را در کنار یکدیگر قرار داده و انگیزه کودکان و والدین آنها را برای بهبود نتیجه ی درمان افزایش می دهد. با این که CBT به تنهایی موثر است ولی FCBT می تواند به بهبودهای بیشتری در اضطراب کودکان در کوتاه مدت منجر شود (وود، ۲۰۰۶). بنابراین برای متخصصان بالینی ارزیابی مداخله گری والدین و پذیرش استقلال توسط والدین در مورد کودکان دبستانی مبتلا به اختلالات اضطراب و توجه به کاربرد راهنمای ساختارمند FCBT که به طور ضمنی چنین پویایی های خانوادگی را شامل می شود، مفید خواهد بود.

مبتنی بر آنچه عنوان شد، چنین به نظر می آید که اثربخشی FCBT در مقایسه با CCBT در کاهش نشانه های اضطرابی کودکان متفاوت باشد. از این رو سوال اساسی این است که آیا این دو نوع روش درمانی FCBT و CCBT از نظر اثربخشی متفاوت اند؟ همچنین این سوال نیز مطرح می شود که آیا این دو نوع مداخله علاوه بر نشانه های اضطرابی می تواند در کاهش سایر نشانه های مرضی کودکان اضطرابی موثر باشد؟

۳-۱ ضرورت و اهمیت موضوع

اختلال های اضطرابی به عنوان شایع ترین طبقه ی اختلال های روانی شناخته شده اند که کودکان و نوجوانان را تحت تاثیر قرار می دهند. اگرچه ترس ها و اضطراب های گذرا جزئی از رشد طبیعی در نظر گرفته می شوند، با این حال تجربه ی اضطراب، تاثیر منفی پایداری در زندگی تعداد زیادی از کودکان دارد. اضطراب به از کارافتادگی شدید کودک منجر می شود که در بدترین حالت به شکل اجتناب کودک از فعالیت هایی نظیر رفتن به مدرسه، برقراری تماس و رابطه با همسالان و فعالیت های مستقل بروز می کند (ماش و بارکلی، ۱۳۸۳).

استراثوس، لیس، لاست و فرانسیز^۱ (۱۹۹۸) گزارش کرده اند که کودکان بزرگتر یا نوجوانان علائم شدیدتر و بیشتری از خصیصه های اضطراب را گزارش می کنند و میزان افسردگی خودگزارشی در مقایسه با گروه های کوچکتر بیشتر است. تشخیص بیشتر آشفتگی های شدید و اضطراب در کودکان بزرگتر مطرح می کند که در غیاب مداخله، مسیر تحولی برای برخی از کودکان به سمت نابودی خواهد بود (کونلی و برنستین، ۲۰۰۷).

سلامت کودکان (چه از لحاظ جسمی و چه از لحاظ روانی) امروزه به عنوان یکی از ارکان اساسی سلامت جامعه در تمام دنیا مطرح است. با توجه به اینکه در دنیای امروز نسبت کودکان و نوجوانان به کل جمعیت دنیا (بویژه در ایران) بیش از هر زمان دیگری افزایش یافته، توجه به بهداشت نوجوانان نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار گشته است (کوهستانی و همکاران، ۱۳۸۸). کودکان امروز، بزرسالان، والدین، اداره کنندگان جامعه فردا هستند. توجه به بهداشت و سلامت جسمی و روانی کودکان از مهمترین اولویتهای تمامی کشورها و جوامع جهان است.

اضطراب در تصمیم گیری های کودک تاثیر می گذارد. یک کودک مضطرب نوعاً غیر واقع بین، عصبی و بدبین است و به اطمینان بیش از حد نیاز دارد و ممکن است فکر کند این امنیت زودگذر است. برای چنین کودکانی اضطراب حالت محافظت ندارد بلکه از مشارکت آنها در فعالیت های روزمره، مدرسه، روابط دوستانه و عملکرد تحصیلی او ممانعت به عمل می آورد (چانسکی^۲، ۲۰۰۸).

با توجه به مطالب فوق و اثرات منفی اضطراب روی کودکان باید در پی درمان مشکلات اضطرابی کودکان بود. در میان درمان های روان شناختی، درمان شناختی-رفتاری برای کودکانی که مشکلات اضطرابی خفیف تا متوسط دارند حکم پیش گیری موثر و مداخله ی زود هنگام را دارد (دادز و دیگران، ۱۹۹۹؛ به نقل

1. Strauss, Lease, Last & Francis
2. Chanskey

از شرودر و گوردن، ۱۳۸۹). به نظر می‌رسد که نقش پیش‌گیرانه با کسب مهارت‌های مقابله با اضطراب و موقعیت‌های چالش‌انگیز در ارتباط باشد. مطالعات انجام شده در زمینه‌ی درمان شناختی-رفتاری کودکان مضطرب نشان داده‌اند مهارت‌های کودکان ۱۲ ماه پس از درمان بیشتر می‌شود (برت، دادز و رابی، ۱۹۹۶؛ به نقل از شرومادر به عنوان مهمترین والد و مهمترین فرد در زندگی کودک نقش دارد. نقش او از تغذیه گرفته تا تربیت و ارضای نیازهای عاطفی وسیع است. کودک بیشترین تاثیر را در خلال دوران رشدی از مادر می‌پذیرد و عموماً تاثیرات مادر اثراتی بلندمدت و برگشت‌ناپذیرند (گوردن، ۱۳۸۹).

علی‌رغم این‌که اختلالات اضطرابی، شایع‌ترین اختلالات دوره‌ی کودکی هستند ولی مطالعات تجربی نسبتاً کمی در مورد اثربخشی رویکردهای درمانی این اختلالات شده انجام است. با این‌حال مداخلات شناختی-رفتاری از بیشترین پشتوانه‌ی تجربی برخوردارند (اولندیک و کینگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از شرودر و گوردن، ۱۳۸۹).

عطف به مطالب فوق و با توجه به نرخ شیوع بالای اختلالات اضطرابی و اثرات زیان‌بار آن و اهمیتی که کودکان و دانش‌آموزان سالم برای جامعه دارند و با توجه به این‌که تحقیقات انجام گرفته در ایران در زمینه‌ی درمان اضطراب کودکان دبستانی بسیار محدود است، لذا بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور و خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان می‌تواند راه‌گشای عملی در این عرصه باشد و بسترهای جدیدی برای مداخلات بهینه در زمینه اختلالات دوران کودکی بالانحص اختلال اضطرابی ایجاد نماید و زمینه کم‌رسانی به کاهش اضطراب در کودکان را مهیا نماید. از سویی، راه را برای پژوهش‌های پیگیر باز نماید و آموزه‌هایی را برای دست‌اندرکاران عرصه‌های آموزشی، تربیتی و درمانی ارایه نماید.

۴-۱ اهداف پژوهش

۴-۱-۱ هدف کلی

تعیین و مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور و درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

۴-۲ اهداف اختصاصی

۱. تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی
۲. تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی
۳. تعیین و مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور و درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی
۴. تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور در کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی
۵. تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی
۶. تعیین و مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور و درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی
۷. تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور در کاهش افکار خودآیند منفی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

۸. تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده‌محور در کاهش افکار خودآیند منفی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

۹. مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک‌محور و خانواده‌محور در کاهش افکار خودآیند منفی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

۱۰. تعیین اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری کودک‌محور در افزایش توانایی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

۱۱. تعیین اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده‌محور در افزایش توانایی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

۱۲. تعیین و مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری کودک‌محور و خانواده‌محور در افزایش توانایی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی.

۵-۱ فرضیه‌های پژوهش

فرضیه ۱: درمان شناختی-رفتاری کودک‌محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی موثر است.

فرضیه ۲: درمان شناختی-رفتاری خانواده‌محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی موثر است.

فرضیه ۳: درمان شناختی-رفتاری خانواده‌محور نسبت به درمان شناختی-رفتاری کودک‌محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی اثربخش‌تر است.