

اثربخشی برنامه بین‌المللی فرندز بر ارتقاء تاب‌آوری هیجانی و افزایش آرامش روانی کودکان

سوسن خسروی^{۱*}، زهره لطیفی^۲

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۲۶

کد مقاله: ۷۱۶۵۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه بین‌المللی فرندز بر ارتقاء تاب‌آوری هیجانی و افزایش آرامش روانی کودکان ۸ تا ۱۱ سال بوده است. روش این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون صورت گرفته است. جامعه آماری آن تمام کودکان پایه اول تا پنجم ابتدایی مدارس اصفهان در سال ۱۳۹۲ بودند که از بین آنان به صورت نمونه‌گیری تصادفی هدفمند تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس اضطراب اسپنس SCAS فرم کودک و فرم والدین (۲۰۰۲) کودکان طیف ۷ تا ۱۲ سال بود که قبل از آموزش بر روی هر دو گروه اجرا شد. سپس آموزش برنامه فرندز در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت بازی، هفته‌ای دو جلسه صرفاً برای گروه آزمایش اجرا گردید و بعد از آن پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که دوره‌ی برنامه‌درمانی فرندز بر روی ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب بدنی، ترس اجتماعی، وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر در سطح $P < 0/01$ اثربخش بوده است. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلالات اضطرابی در کودکان و جذابیت کارتهای بازی و ورزشی و نیز قابلیت اجرایی برنامه فرندز از سنین کودکی می‌توان از این برنامه جهت افزایش آرامش کودکان و کاهش اختلالات اضطرابی برای کودکان استفاده نمود.

پرتال جامع علوم انسانی

واژگان کلیدی: برنامه فرندز، آرامش کودکان، اختلالات اضطرابی، کودکان.

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، گروه روان‌شناسی، نجف‌آباد، ایران. روانشناس مرکز مشاوره تخصصی کودک و نوجوان
پروزش sousankhosravi@yahoo.com

۲- دانشگاه پیام نور، استادیار، ایران، عضو علمی گروه روانشناسی (نویسنده مسئول) latifizohre@gmail.com

یکی از اصلی‌ترین اهداف و ارکان سلامت روانی داشتن یا رسیدن به آرامش روانی در هر مقطعی از زندگی است. نقطه مقابل این آرامش داشتن تنش، دل شوره، نگرانی و به اصطلاح روانشناسی اضطراب است. اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشاء ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. وقوع مجدد موقعیت‌هایی که قبلاً استرس‌زا بوده‌اند یا طی آنها به فرد آسیب رسیده است باعث اضطراب در افراد می‌شود. همه انسان‌ها در زندگی خود دچار اضطراب می‌شوند، ولی اضطراب مزمن و شدید غیرعادی و مشکل‌ساز است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۵). در حقیقت اضطراب عبارت است از واکنش فرد در برابر یک موقعیت تهدیدآمیز؛ یعنی موقعیتی که تحت تاثیر بالا رفتن تحریکات اعم از بیرونی یا درونی واقع شده و فرد در کنترل کردن آن‌ها ناتوان است به عبارت دیگر اضطراب مستلزم مفهوم نا ایمنی یا تهدیدی است که فرد منبع آن را به وضوح درک نمی‌کند (لطیفی و امیری، ۱۳۹۰: ۲۵). اضطراب پدیده‌ای است که به وفور در مراکز آموزشی و تحصیلی دیده می‌شود و به میزان زیادی در موفقیت یا عدم موفقیت دانش‌آموزان نقش دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که رایج‌ترین شکل اضطراب به طور قابل توجهی با توانایی کودک برای رسیدن به طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های روزمره از جمله روابط بین فردی، شایستگی اجتماعی، روابط با همسالان و تکالیف مدرسه تداخل می‌کند که اگر در دوران کودکی درمان نشود ممکن است در طول زمان تبدیل به اختلال اضطرابی بزرگسالی یا اختلال مزمن افسردگی گردد (رادجرس و دانسمری، ۲۰۱۵: ۱۲).

اختلالات اضطرابی شامل اختلالاتی است که در آن‌ها سه وجه مشترک وجود دارد: ترس؛ اضطراب و مشکلات رفتاری. در طبقه‌بندی جدید انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۵) این طبقه ۹ اختلال را شامل اضطراب جدایی، لالی انتخابی، ترس‌های اختصاصی، اضطراب اجتماعی، اختلال پانیک، حملات هراس، ترس از فضاهای باز و بسته، اضطراب فراگیر و اختلالات اضطرابی ناشی از سوء مصرف مواد را در بر می‌گیرد. در چاپ جدید انجمن روانپزشکی آمریکا طبقه اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط شامل، اختلال احتکار و اختلال بد شکل هراسی و اختلال کندن مو و پوست‌کنی به صورت یک طبقه مجزا تعریف شده‌اند (گنجی، ۱۳۹۲: ۳۱).

درمان‌هایی که تاکنون برای درمان کودکان مضطرب استفاده شده عبارتند از، بازی‌درمانی؛ دارودرمانی و رفتاردرمانی‌شناختی. علی‌رغم این که اختلالات اضطرابی، شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی هستند ولی مطالعات تجربی نسبتاً کمی در مورد اثر بخشی رویکردهای درمانی این اختلالات شده است با این حال، مداخلات رفتاری و شناختی-رفتاری از بیشترین پشتوانه تجربی برخوردارند (کینسبرگ و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۴؛ بارت، ۲۰۱۳: ۸ و هادسون همکاران، ۲۰۱۵: ۴۱).

مرور ادبیات دارو درمانی اضطراب نشان می‌دهد جز در مورد تاثیر کلومی پرامین و فلوکستین در درمان اختلال وسواس فکری-عملی و بنزودیازپین‌ها برای اختلال وحشتزدگی، هنوز اثر بخشی دارودرمانی اختلالات اضطرابی کودکان محرز نشده است (کینگ و کرانستون، ۲۰۱۱: ۲۱ و بیرماهر و دیگران، ۲۰۱۲: ۱۸). فنون رفتاری و شناختی-رفتاری مورد استفاده برای درمان این اختلالات عبارتند از حساسیت‌زدایی منظم، الگو برداری، مدیریت وابستگی، درمان شناختی-رفتاری توقف فکر و ترکیب آنها. به طور کلی هدف درمان این است که کودک، کنار آمدن با محرک ترسناک یا وضعیت اضطراب‌آور را یاد بگیرد و بتواند هنگام روبرو شدن با محرک یا قرار گرفتن در وضعیت مورد نظر تترسد. اگر چه فنون و درمان‌های اشاره شده در مورد انواع ترسها و اضطراب‌ها بکار رفته‌اند ولی برخی ترس‌ها و اضطراب‌ها به برخی روش‌ها بهتر جواب می‌دهند. به عنوان مثال، از حساسیت‌زدایی منظم بیش از هر چیز در مورد ترس‌ها و اضطراب‌های مرتبط با حیوانات کوچک، تاریکی و امتحان استفاده شده است. مواجهه طولانی نیز عمدتاً برای درمان وسواس‌های فکری و عملی و ترسها و اضطراب‌های مربوط به مدرسه، آسیب دیدن یا آلودگی استفاده شده است. درمان شناختی-رفتاری هم ترکیبی از روشهای مختلف درمانی است و از آن برای درمان اضطراب‌های مربوط به مدرسه، روابط اجتماعی و جدایی استفاده شده است. شواهدی هم وجود دارد که نشان می‌دهند مداخلات مدرسه مدار در رفع اضطراب اجتماعی از مداخلات درمانگاه مدار موثرتر هستند (ماسیا، کلاین، استروچ، کوردا، ۲۰۱۱: ۳۸). علاوه بر موارد فوق مداخله مرتبط با والدین در درمان کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی نقش مهمی بازی میکنند چون آنان بهترین موقعیت را دارند تا پاسخ‌های انطباقی را به فرزند خود بیاموزند و پاسخ‌های انطباقی وی را تقویت کنند. پدر و مادر معمولاً وقتی روی رفتار فرزند خود تاثیر می‌گذارند که ترس و اضطراب او را بهتر بفهمند و راه‌های موثری را بدانند تا بتوانند به فرزندشان شیوه کنار آمدن با وضعیت ترسناک را یاد بدهند. پدر و مادر گاهی با تقویت و تنبیه و گاهی با توقعات بیش از حد یا کمتر از حد، به اضطراب فرزندشان دامن می‌زنند. تحقیقات نشان داده‌اند آسیب روانی والدین و ناکارایی خانواده (مثلاً افسردگی، خشونت و پارانو یا) باعث می‌شود درمان موثر واقع نشود (برمن، ویمس، سیلورمن و کورتینز، ۲۰۰۸: ۲۶).

در این راستا یکی از درمان‌های پیشنهادی برنامه فرزند است. این برنامه به عنوان یک برنامه تاب‌آوری هیجانی برای اولین بار توسط پروفیسور پوال بارت در سال ۱۹۹۸ طی یک برنامه گروهی به سبک شناختی رفتاری در استرالیا اجراشد (رادجرس و دانسموری، ۲۰۱۳: ۱۰). اصطلاح فرزند "FRIENDS" سر واژه تعدادی اصطلاح است که به اختصار فرزند خوانده می‌شود. عامل F (از اصطلاح فرزند) از لغت Feeling گرفته شده و به معنای شناسایی و تشخیص احساسات بدنی و روانشناختی خود و دیگران و

یادگیری همدلی می‌باشد. عامل R (از اصطلاح فرندز) از جمله Remember to relax and have quiet time گرفته شده است و به معنای به کارگیری و آموزش تن آرامی و خود آرامی و داشتن تنفس عمیق و صحیح و تجسم ذهنی مثبت است. تشخیص فعالیت‌های آرام و لذت بخش، ورزش و زمانی برای آرامش نیز در این بخش جا دارد. عامل I (از اصطلاح فرندز) از جمله I can do it, I can try my best گرفته شده و به معنای توجه به افکار و خود گویی‌های منفی، تعیین فکر سبز و قرمز توسط کودک و خودگویی مثبت برای عملکرد بهتر می‌باشد. عامل E (از اصطلاح فرندز) از جمله Explore solution and coping گرفته شده و به معنای آموزش حل مسئله و کشف راه حل با شیوه بارش ذهنی در ۶ گام به کودکان است. عامل N (از اصطلاح فرندز) از جمله Now reward yourself, you've done your best گرفته شده و به معنای پاداش‌دهی به خود به خاطر تعیین اهداف قابل دسترس و منطقی است. عامل D (از اصطلاح فرندز) از جمله Don't forget to practice Smile, stay calm گرفته شده و به معنای تلاش منظم برای رسیدن به اهداف است. عامل S (از اصطلاح فرندز) از جمله Smile, stay calm گرفته شده و به معنای لبخند زدن؛ آرام بودن و استفاده از حمایت اطرافیان در مواقع بروز مشکل یا بحران است. هدف برنامه فرندز، کمک به رشد و تکامل مناسب و یادگیری مهارت‌های مقابله با اضطراب است. این روش منجر به بهبود خلق و افزایش تاب‌آوری هیجانی پرورش مهارت‌های زندگی و حل مسئله در کودکان می‌شود. در حقیقت این برنامه به کودکان آموزش می‌دهد تا از طریق انجام تکالیف در ۱۴ کاربرگ؛ انجام تمرینات ورزشی شامل ۱۶ کارت و به کارگیری ۱۰ کارت که به سبک بازی‌های مهیج کودکان هستند؛ مهارت‌های مهم از جمله؛ شامل مدیریت هیجانات، مقاومت، مواجهه شدن و نیز مهارت حل مسئله را یاد گرفته و بتوانند در زندگی روزانه آنها را اعمال کنند. علاوه بر این در این برنامه والدین هم به عنوان رکن مهمی از سلامت روان کودکان مورد آموزش قرار گرفته و به همکاری واداشته می‌شوند، این مهارت‌ها در صورتیکه ترکیب شوند می‌توانند تاب‌آوری هیجانی را افزایش دهند تا افراد را در برابر استرس و تغییر محافظت نموده و موجب می‌شوند فرد قادر شود تا به نحو موثری از عهده مشکلات و موقعیتهایی که باعث تحریک اضطراب می‌شود بر آید. محتوای اصلی این برنامه توانمندسازی کودکان و والدین آنها می‌باشد. آموزش تکنیک‌هایی جهت افزایش سطح اعتماد به نفس، شجاعت و همچنین به رسمیت شناختن احساسات در خود و دیگران، نشان دادن همدلی برای افراد دیگر و حیوانات؛ آموزش روش‌های خود تنظیمی از طریق دعوت کردن خود به آرامش و استراحت، شناسایی و تقویت افکار مثبت و مفید، چگونگی دستیابی به اهداف و مواجهه با موقعیتهای دشوار با شکستن آنها در گام‌های کوچک، تنظیم یک تیم پشتیبانی و لیست حمایتی از اطرافیان خود و چگونگی حل مشکل با استفاده از یک طرح ۶ مرحله‌ای می‌باشد. اجرای این برنامه در ده جلسه می‌تواند خطر ابتلا یک کودک مستعد به اختلال اضطرابی را کاهش داده و سطح انعطاف‌پذیری را در واکنش به استرس‌های عاطفی افزایش دهد. برنامه شناختی- رفتاری فرندز به عنوان یک برنامه پیشگیری جهانی و همچنین یک درمان محسوب می‌شود. این برنامه به ۸۰۰۰۰۰ کودک و نوجوان در سراسر جهان ارائه شده است و توسعه آن در اوایل ۲۰۰۰ در مدارس و کلینیک‌های کشورهای نظیر استرالیا، برزیل، کانادا، فنلاند، آلمان، هنگ کنگ، ایرلند، ژاپن، مکزیک، هلند، نیوزیلند، نروژ، پرتغال، سنگاپور، آفریقای جنوبی، سوئد، انگلستان و ایالات متحده اجرا شد (رز و همکاران، ۲۰۰۹: ۱۹، بریش و همکاران ۲۰۱۰: ۳۱). تحقیقات زیادی اثر بخشی آن را بر کاهش اضطراب معلمان، پرستاران و متخصصان سلامت روان نشان داده اند (بارت و همکاران، ۲۰۰۶: ۳۱) و سازمان بهداشت جهانی آنرا یک برنامه پیشگیری موثر در کاهش اضطراب و بهبود سلامت روان اعلام کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴: ۱۱). مرور تحقیقات خارجی در کشورهای مختلف جهان موید اثر بخشی اجرای این برنامه بوده است. دادس و همکاران ۱۹۹۷ و دادس ۱۹۹۹؛ بارت و همکاران، ۲۰۰۱؛ لالی، ویستر و بارت ۲۰۰۳ و بارت و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ و بریش و همکاران (۲۰۱۰) اثر بخشی تاثیر اجرای برنامه فرندز برای زندگی در مدارس را در آمریکا و سایر کشورهای جهان مورد بررسی قرار داده و آن را در کاهش علایم اضطراب و افزایش سلامت روان کودکان و والدین موثر گزارش کرده اند. رادجرس و دانسموری (۲۰۱۵) به بررسی اثر بخشی برنامه فرندز در مورد اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و سازگاری با مدرسه پرداختند و گزارش کردند که در پایان مداخله و ۴ ماه پس از اتمام برنامه بر کاهش اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و افزایش سازگاری با مدرسه موثر بوده است. در ایران محققین به تحقیق انجام شده‌ای در این خصوص دست نیافتند. با توجه به معرفی برنامه فرندز و شیوع اضطراب و فقدان یک برنامه جذاب و کاربردی در سنین کودکی؛ پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سوال بوده است که آیا اجرای برنامه فرندز بر ارتقاء تاب‌آوری هیجانی و افزایش آرامش کودکان ۸ تا ۱۱ سال ایرانی هم موثر است؟

۲- روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان دبستانی ۸ تا ۱۱ سال اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بودند. انتخاب این آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های ورود به نمونه تحقیق و به صورت تصادفی هدفمند و گمارش آنها به گروه‌های پژوهش به صورت تصادفی بوده است. بدین صورت که از بین دانش‌آموزان ۸ تا ۱۱ سال تعداد ۴۰ نفر (۲۳ دختر و ۱۷ پسر) که ملاک ورود به پژوهش را داشتند به صورت نمونه هدفمند انتخاب شده و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. سپس مداخله آزمایشی (آموزش برنامه فرندز) صرفاً برای گروه آزمایش اجرا شد. شیوه اجرای پژوهش گروه آزمایش در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت بازی هفته‌ای

دوجلسه با برنامه فرزند (شناخت احساسات و هیجانات و تبدیل افکار منفی به افکار مثبت، ارتقاء تاب‌آوری هیجانی و آموزش حل مسئله) به صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند. از جمله ملاک‌های ورود افراد به گروه هاء، محدوده سنی ۸ تا ۱۱ سال، عملکرد هوشی بالای ۹۰ (بر اساس آزمون سنجش ورودی دانش‌آموزان آموزش و پرورش) و عدم وجود اختلالات اضطرابی شدید و همچنین سلامت جسمانی افراد و تعهد والدین و کودک جهت شرکت در گروه تا پایان برنامه مداخله بود. از ملاک‌های خروج افراد نیز غیبت بیش از یک جلسه و عدم مشارکت و علاقمندی به ادامه آموزش بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش تحلیل کواریانس انجام شد. اهداف جلسات به اختصار در ذیل آمده است:

جلسه اول- بیان هدف تشکیل گروه و آشنایی گروه با همدیگر (با تکنیک‌های یخ شکنی در گروه، آشنایی با برنامه و اهداف گروه، تدوین قوانین در گروه، آشنایی با شباهت‌ها و تفاوت‌ها در افراد با استفاده از کارت‌های نقاشی چاپ شده، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل. جلسه دوم- تشخیص و شناسایی احساسات تحت عنوان احساسات ما دوست ماست (با محتوای مرور جلسه قبل، شناختن احساسات‌های مختلف واقعی و تجسمی توسط بچه‌ها)، پر کردن کار برگ شماره ۱ (راهنمای تصاویر)، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل.

جلسه سوم- شناسایی علائم بدنی احساسات (با محتوای مرور جلسه قبل، توضیح و تمرین هر احساسی یک علامت جسمی دارد، پر کردن کار برگ ۲ (زبان بدن شما)، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل. جلسه چهارم- شناسایی افکار و تاثیر افکار بر احساسات (با محتوای: مرور جلسه قبل، توضیح فکرهای سبز و فکرهای قرمز و اثرات آن بر ما، پر کردن کاربرگ شماره ۳ (دکمه فکر را فشار بده)، پر کردن کار برگ شماره ۴ (خودگویی مثبت)، پر کردن کار برگ شماره ۵ (جنبه خوب قضیه را ببین)، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل.

جلسه پنجم- روش‌های مقابله کردن با احساسات ناخوشایند (با محتوای مرور جلسه قبل، برنامه ریزی برای مقابله، پر کردن کار برگ شماره ۶ (از پله ترس بالا برو)، پر کردن کاربرگ شماره ۷ (انتخاب الگو برای مقابله)، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل. جلسه ششم- روش‌های مقابله کردن با احساسات ناخوشایند (با محتوای مرور جلسه قبل، پر کردن کاربرگ شماره ۸ (تیم حمایتی بساز)، پر کردن کاربرگ شماره ۹ (برنامه‌ای برای حل مشکل)، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل. جلسه هفتم- فرایند تلاش مهم است نه نتیجه (با محتوای مرور جلسه قبل، پر کردن کاربرگ شماره ۱۰ (به هر مرحله پیشرفت خود در رفتارهای خوب جایزه بدهید)، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل. جلسه هشتم- تمرین کن تا بهتر یاد بگیری (با محتوای مرور جلسه قبل، پر کردن کاربرگ شماره ۱۱ (کمی صبر کنید)، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل. جلسه نهم- همیشه شاد و آرام باش (با محتوای مرور جلسه قبل، پر کردن کاربرگ شماره ۱۲ (احساسات خود را کنترل کنید)، بازخورد مثبت، استفاده از صندوق جویز، آموزش و راهنمایی والدین در مورد محتوای جلسه و چگونگی تمرین با کودک در منزل و ادامه برنامه پس از اتمام دوره. لازم به ذکر است که کتابچه ارائه شده به کودکان شامل همه فرم‌ها و کار برگ‌های فعالیت و تکالیف خانه بود؛ که در طی همه جلسات ۱ یا ۲ کار برگ به کودک داده می‌شد. مثلاً: در دفترچه ورزش شامل ۱۶ ورزش تصویری می‌باشد که کودک با تصور فضای هر کدام از کارت‌ها اعضاء بدن خود را منقبض و منبسط می‌کند و با علائم و روش کنترل نشانه‌های جسمی هیجانات آشنا می‌شود و یا کارت‌های بازی که شامل چندین کارت بازی بوده که در طی مراحل مختلفی از برنامه با استفاده از این کارت‌ها کودک آموخته‌های خود را در حین بازی تمرین می‌کند. این بازی‌ها معمولاً گروهی بوده و می‌تواند تمامی افراد خانواده را سرگرم نماید و روش‌های کاهش استرس و کنترل هیجانات منفی را با روشی جذاب و سرگرم کننده به کودک و خانواده‌ها آموزش می‌دهد. ابزار این تحقیق، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس فرم کودک و فرم والدین است که به منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان بر اساس طبقه‌بندی تشخیص و آماری DSM-IV طراحی و ساخته شده است فرم اولیه مقیاس در سال ۱۹۹۷ در کشور استرالیا در سال ۱۹۹۷-۱۹۹۸ طی دو مطالعه بزرگ ملی، تحلیل عامل تاییدی و اکتشافی ۶ عامل مورد نظر در طیف ۸ الی ۱۲ سال و ۷ الی ۱۹ سال تایید شده است (اسپنس، ۱۹۹۷: ۲۱؛ اسپنس، ۱۹۹۸: ۳۰؛ موریس، ۲۰۰۲: ۱۴). این مقیاس در مطالعات و پژوهش‌های صورت گرفته از ویژگی‌های روانسنجی خوبی برخوردار بوده است. همچنین در کشورهای هلند، بلژیک، آلمان، ژاپن، استرالیا، نیوزیلند و انگلیس استاندارد شده و روایی و پایایی بالایی برای آن گزارش شده است (اسپنس، بارت و همکاران، ۲۰۰۳: ۱۱). در ایران این مقیاس توسط موسوی و دیگران (۲۰۰۶) بر روی ۴۵۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر هنجار و روایی و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای (اضطراب اجتماعی) ۰/۶۷، (اضطراب جدایی) ۰/۶۹، (اضطراب فراگیر) ۰/۷۲ (اختلال آسیمگی یا بازار هراسی) ۰/۷۵ (ترس از صدمات جسمانی) ۰/۶۵ (وسواس فکری- عملی) ۰/۶۲ (بطور کلی) ۰/۸۹ گزارش شده است میانگین این آزمون برای کودکان ایرانی برابر ۹۰ محاسبه شده است. عامل‌های مورد نظر از نظر نشانگان عبارتند از: ۱- هراس و ترس از فضای باز ۲- اضطراب جدایی ۳- ترس از آسیب فیزیکی ۴- ترس اجتماعی (فوبی) ۵- وسواس فکری- عملی ۶- اضطراب فراگیر. این مقیاس

شامل ۴۵ عبارت است که ۳۸ عبارت آن نمره‌گذاری شده و ۶ عبارت دیگر که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند و جهت بررسی میزان اعتبار پاسخ‌ها طراحی شده است، محاسبه نمی‌شوند. همچنین دارای یک سوال باز است که کودک به طور تشریحی به آن پاسخ می‌دهد.

۳- یافته‌های پژوهش

از بین ۲۰ نفر کودکان گروه آزمایش ۱۰ پسر (۵۰ درصد) و ۱۰ دختر (۵۰ درصد) و در گروه کنترل ۷ پسر (۳۵ درصد) و ۱۳ دختر (۶۵ درصد) دختر بوده است. دامنه سنی کودکان گروه آزمایش برابر با ۱۰ سال با انحراف استاندارد ۲/۲۲ سال و میانگین سنی کودکان گروه کنترل برابر با ۱۰/۴۵ سال با ۱/۸۲ انحراف استاندارد می‌باشد. همچنین ۱۱ نفر از کودکان گروه آزمایش پایه دوم و سوم و ۶ نفر در پایه‌های چهارم و پنجم و ۳ نفر در پایه‌های ششم و هفتم مشغول به تحصیل بوده‌اند و در گروه کنترل ۶ نفر پایه دوم و سوم و ۱۲ نفر در پایه‌های چهارم و پنجم و ۲ نفر در پایه‌های ششم و هفتم مشغول به تحصیل بوده‌اند. در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب بدنی، ترس اجتماعی، و سواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل آورده شده است.

جدول ۱. ضرایب آلفای کرونباخ و میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های مورد مطالعه به تفکیک دو گروه

مقیاس	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ترس از فضای باز	پیش آزمون	۳/۵۵	۲/۸۹	۵/۳۰	۳/۵۵
	پس آزمون	۱/۷۰	۱/۰۸	۵/۳۵	۳/۸۸
اضطراب جدایی	پیش آزمون	۴/۶۴	۳/۶۷	۵/۶۰	۲/۳۲
	پس آزمون	۲/۹۵	۲/۴۳	۵/۲۰	۲/۱۹
ترس از آسیب بدنی	پیش آزمون	۴/۷۰	۳/۰۹	۴/۸۰	۳/۰۱
	پس آزمون	۳/۱۵	۲/۰۳	۵/۶۵	۲/۹۷
ترس اجتماعی	پیش آزمون	۴/۷۵	۲/۹۸	۵/۱۰	۳/۰۰
	پس آزمون	۲/۷۰	۱/۵۹	۵/۰۰	۲/۸۶
وسواس فکری-عملی	پیش آزمون	۵/۷۵	۲/۰۹	۶/۸۰	۲/۲۶
	پس آزمون	۳/۵۵	۱/۳۹	۶/۵۵	۳/۱۵
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۵/۶۵	۳/۱۵	۶/۱۰	۲/۴۴
	پس آزمون	۳/۵۵	۲/۲۱	۶/۳۵	۳/۱۱

با توجه به جدول شماره ۱ تمام میانگین‌های پس‌آزمون گروه آزمایش با میانگین پیش‌آزمون آن‌ها تفاوت دارد و کمتر شده است. برای بررسی معناداری این تفاوت و اثربخشی اثر برنامه‌درمانی فرزند از تحلیل کواریانس مانکوا استفاده شده است. در جدول شماره ۲ مشخصه‌های چهارگانه F آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داده شده است.

جدول ۲. مشخصه‌های چهارگانه F آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری

اثر	ارزش	F	معناداری	اتا	توان آزمون
اثر پیلابی	۰/۵۸	۶/۳۶	۰/۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۴۱	۶/۳۶	۰/۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹
اثر هتلینگ	۱/۴۱	۶/۳۶	۰/۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹
بزرگترین ریشه روی	۱/۴۱	۶/۳۶	۰/۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹

با توجه به جدول شماره ۲ و مقادیر به دست آمده در چهار آزمون اثربخشی می‌توان بیان داشت که اثربخشی برنامه‌درمانی فرزند حداقل بر یکی از متغیرهای ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب بدنی، ترس اجتماعی، و سواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر در سطح $P < 0/01$ معنادار است. مقدار آزمون باکس برای این تحلیل برابر با $F(21, 5311) = 12/34$ که در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی‌باشد و همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس مورد تایید است. مقادیر آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳. مقادیر آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

مقیاس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ترس از فضای باز	۳/۷۹	۱	۳۸	۰/۰۷
اضطراب جدایی	۰/۰۲	۱	۳۸	۰/۸۶
ترس از آسیب بدنی	۰/۰۸	۱	۳۸	۰/۷۷
ترس اجتماعی	۱/۷۹	۱	۳۸	۰/۱۸
وسواس فکری-عملی	۰/۹۳	۱	۳۸	۰/۳۴
اضطراب فراگیر	۰/۰۸	۱	۳۸	۰/۷۷

فرضیه صفر آزمون لوین مبتنی بر همگنی بین گروه‌های همپراش و وابسته تایید شد و تمامی زوج گروه‌های با یکدیگر تجانس دارند. در ادامه جدول شماره ۴ به بررسی اثربخشی برنامه‌درمانی فرزند بر مقیاس‌های مورد مطالعه پرداخته است.

جدول ۴. تحلیل کواریانس بررسی اثربخشی برنامه‌درمانی فرزند بر مقیاس‌های مورد مطالعه

مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مقدار اتا	توان آزمون
ترس از فضای باز	۲۳/۶۷	۱	۲۳/۶۷	۴/۲۹	۰/۰۵	۰/۱۲	۰/۵۲
	۷۲/۵۷	۱	۷۲/۵۷	۱۳/۱۷	۰/۰۱	۰/۲۹	۰/۹۴
	۱۷۶/۲۹	۳۲	۵/۵۰				
اضطراب جدایی	۲۱/۱۰	۱	۲۱/۱۰	۱۰/۶۰	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۸۸
	۴۳/۴۴	۱	۴۳/۴۴	۲۱/۸۱	۰/۰۱	۰/۴۰	۰/۹۹
	۶۳/۷۲	۳۲	۱/۹۹				
ترس از آسیب بدنی	۵۶/۲۹	۱	۵۶/۲۹	۳۸/۵۱	۰/۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	۳۷/۷۳	۱	۳۷/۷۳	۲۵/۸۱	۰/۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
	۴۶/۷۶	۳۲	۱/۴۶				
ترس اجتماعی	۳۴/۳۸	۱	۳۴/۳۸	۱۱/۱۸	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۹۰
	۳۲/۶۵	۱	۳۲/۶۵	۱۰/۶۲	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۸۸
	۹۸/۲۷	۳۲	۳/۰۷				
وسواس فکری-عملی	۶/۷۰	۱	۶/۷۰	۱/۵۷	۰/۲۱	۰/۰۴	۰/۲۳
	۶۰/۷۱	۱	۶۰/۷۱	۱۴/۴۲	۰/۰۱	۰/۳۱	۰/۹۵
	۱۳۴/۷۰	۳۲	۴/۲۱				
اضطراب فراگیر	۲۱/۹۸	۱	۲۱/۹۸	۱۰/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۸۹
	۳۵/۷۳	۱	۳۵/۷۳	۱۷/۸۱	۰/۰۱	۰/۳۵	۰/۹۸
	۶۴/۱۹	۳۲	۲/۰۰				

با توجه به جدول شماره ۴ و سطح معناداری گروه‌ها می‌توان بیان داشت که دوره‌ی برنامه‌درمانی فرزند بر روی ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب بدنی، ترس اجتماعی، وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر در سطح $P < 0.01$ اثربخش بوده است. این بدین معناست که ۲۹ درصد از ترس از تغییرات فضای باز، ۴۰ درصد از تغییرات اضطراب جدایی، ۴۴ درصد ترس از تغییرات آسیب بدنی، ۲۴ درصد از تغییرات ترس اجتماعی، ۳۱ درصد از تغییرات وسواس فکری-عملی و ۳۵ درصد از تغییرات اضطراب فراگیر ناشی از مداخله‌ی دوره‌درمانی فرزند بوده است.

۴- بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این تحقیق بررسی اثر بخشی برنامه فرزند بر ارتقاء تاب‌آوری هیجانی و کاهش اضطراب و افزایش آرامش کودکان ۸ تا ۱۱ سال بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که برنامه فوق بر روی ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب بدنی، ترس اجتماعی، وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر در سطح $P < 0.01$ اثربخش بوده است. این نتایج با یافته‌های دادس و همکاران ۱۹۷۷ و دادس و همکاران ۱۹۹۹؛ بارت و همکاران ۲۰۰۱؛ لالی، وبستر و بارت ۲۰۰۳ و بارت و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ و بریش و همکاران (۲۰۱۰)؛ کینسبرگ و همکاران (۲۰۰۸) بریش و همکاران (۲۰۱۰) و رادجرس و دانسموری

(۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق شاید بتوان گفت با توجه به محتوای برنامه فرزند که روشهای مقابله با استرس، حل مسئله و شناخت احساسات و ایجاد مهارتهای تنظیم هیجان و نهایتاً تاب‌آوری هیجانی را آموزش می‌دهد، کارایی آموزش فوق باعث تغییر رفتار در کودکان؛ کاهش انواع اضطراب و وسواس فکری - عملی و نهایتاً افزایش آرامش آنان شده است. آموزش این برنامه باعث افزایش آگاهی کودکان از احساسات خود شده و این آگاهی که شامل شناخت علائم هیجانی و احساسات و تاثیر آن بر افکار، بدن و رفتار است به کودکان کمک کرده است که در برخورد با مسائل و مشکلات بهتر بتوانند هیجانات خود را کنترل و مدیریت نموده و با حفظ خونسردی خود به شیوه علمی و اصولی مثل شناسایی دقیق مشکل و ارائه تمام راه حل‌ها و سپس ارزیابی این راه حل‌ها و در نهایت انتخاب بهترین راه حل (تکنیک حل مسئله) که در این دوره یاد گرفته‌اند اقدام به حل مشکل و کاهش سطح اضطراب شان نمایند. در خصوص تاثیر برنامه بر زیر مقیاس‌های اضطراب می‌توان علت اثر بخشی را به طور جداگانه چنین تبیین نمود؛ عامل F (از اصطلاح فرزند) شناسایی و تشخیص احساسات بر کاهش اضطراب آسیب بدنی اثر داشته و تشخیص نشانه‌های بدنی موجب شده تا کودک حالات خود را شناخته و مضطرب نگردد. عامل R (از اصطلاح فرزند) که مربوط به آموزش تن آرامی و خود آرامی است به کودک کمک کرده است تا با شناخت نشانه‌های تنش و اضطراب در موقعیت‌ها و شرایط اضطراب‌زا از جمله ترس از فضای باز را کاهش و بر تنش خود غلبه نموده و با استفاده از مهارت‌های آموخته شده در جلسات مبنی بر خود آرام‌سازی بدنی و خود گویی مثبت مدیریت بر هیجانات خود را افزایش دهد. در تبیین اثر بخشی برنامه فرزند بر کاهش هراس اجتماعی شاید بتوان گفت که عامل I (از اصطلاح فرزند) توجه به افکار منفی و تعیین فکر سبز و قرمز توسط کودکان و تلاش برای عملکرد بهتر موجب کاهش هراس اجتماعی و جستجوی نشانه‌های مثبت و عامل E آموزش حل مسئله و کشف راه حل با شیوه بارش ذهنی در ۶ گام به کودکان بر کاهش اضطراب فراگیر موثر بوده است. عامل N (از اصطلاح فرزند) تعیین اهداف قابل دسترس و منطقی و خود پاداش‌دهی و عامل D (از اصطلاح فرزند) به خاطر بودن و حرکت در مسیر ارزش‌ها و فرایند گرا بودن در کار در مقابل نتیجه گرا بودن که در گروه به کودکان آموزش داده شد و اهمیت را به تلاش داده است، و نه، نتیجه شاید بر کاهش اضطراب فراگیر کودکان اثر مثبت داشته است. شاید بتوان گفت؛ عامل S (از اصطلاح فرزند) به معنای لبخند زدن، آرام بودن و استفاده از حمایت اطرافیان در مواقع بروز مشکل یا بحران در مقابل اجتناب و نگرانی از داشتن افکار وسواسی منفی، در آرام بخشی و کاهش وسواس موثر بوده است.

۵- محدودیت‌ها و پیشنهادات تحقیق

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بر روی کودکان ۸ تا ۱۱ سال همکاری ضعیف خانواده‌ها برای اجرای مرحله پی‌گیری به دلیل تعطیلی مدارس بود. عدم تفکیک جنسیتی نیز یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق از دیدگاه محققین بوده است. پیشنهاد می‌شود که برنامه مدون آموزشی فرزند و ارتقاء تاب‌آوری هیجانی با هدف پیشگیری از مشکلات هیجانی و کاهش سطح اضطراب با عنوان فکر سالم، مردم سالم برای کودکان در سطح استانی و در سطح کشوری در نظر گرفته شود و مطالعات مشابهی بر تاثیر این برنامه بر اختلالات پرخاشگری کودکان انجام گیرد. پیشنهاد می‌گردد که قسمت الگوی تفکر و حل مسئله این برنامه بر روی کودکان طلاق انجام گیرد و اثر تشکیل تیم حمایتی برای مقابله برای کاهش عوارض طلاق بر کودکان مورد بررسی قرار گیرد. از آنجایی که آموزش کنترل هیجانات منفی و ارتقاء تاب‌آوری هیجانی سبب برخورد بهتر کودک با موقعیت‌ها، خود و اطرافیان می‌شود و افزایش آرامش کودکان می‌گردد پیشنهاد می‌شود؛ آموزش برنامه فرزند در کنار سایر آموزش‌های رسمی بطور جدی مد نظر مسئولین و برنامه ریزان آموزش و پرورش در مدارس قرار گیرد.

منابع

۱. انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۵) راهنمای آماری تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی. ترجمه: فرزین رضاعی، علی فخرایی، اتوسا فرمند، علی نیلو فری، ژانت هاشمی آذر، فرهاد شاملو. انتشارات ارجمند (۱۳۹۲).
۲. لطیفی، ز و امیری، ش. (۱۳۹۰). درمان اختلالات اضطرابی کودکان (اضطراب، ترس، وسواس)، نشر جهاد دانشگاهی اصفهان.
۳. عطاری، ع و امین‌الرعا، م. (۱۳۹۲). مرور بر DSM-5. مجله تحقیقات و علوم رفتاری: ۱۱(۲): ۱۵۵-۱۴۷. گنجی، علی (۱۳۹۲) آسیب شناسی روانی جلد ۲ بر اساس DSM5 و پراستار حمزه گنجی. نشر ساوالان.
4. Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342
5. Brett, D. (2008). *Annie stories. A special kind of storytelling*. New York: Workman. *Journal of Individual Psychology*, 50.
6. Barrett, P.M., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410.

8. Barrett, P.M., Sonderegger, R., & Sonderegger, N.L. (2001). Evaluation of an anxiety-prevention and positive-coping program ('FRIENDS for Life' for Life) for children and adolescents of non-English speaking background. *Behaviour Change*, 18, 78-96.
9. Barrett, P.M., Farrell, L.J., Ollendick, T.H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the 'FRIENDS for Life' programme. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 403-411.
10. Barrett, P. (2010). *My FRIENDS youth resilience program: Group leaders' manual for youth*. West End, Queensland, Australia: Pathways Health and Research Centre.
11. Berman, S. L., Weems, C.F., Silverman, W.K., & Kurtines, W.M. (2000). Predictors of outcome in exposure based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, 31, 713-731.
12. Birmaher, B., Waterman, G.S., Ryan, N., Cully, M., Balach, L., Ingram, J., & Brodsky, M. (2012). Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 993-999.
13. Briesch, Amy M. Hagermoser, Lisa M Sanetti • Briesch, Jacquelyn M. (2010) Reducing the Prevalence of Anxiety in Children and Adolescents: An Evaluation of the Evidence Base for the FRIENDS for Life Program. *School Mental Health* (2010) 2:155-165.
14. Dadds, M.R., Spence, S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M., & Laurens, K.R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
15. Dadds, M.R., Holland, D., Barrett, P.M., Laurens, K., & Spence, S. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
16. Ginsburg, G. S., Becker, K. D., Kingery, J. N., & Nichols, T. (2008). Transporting CBT for childhood anxiety disorders into inner-city school-based mental health clinics. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 148-158.
17. Hudson, Jennifer. L., Rapee, Ronald M., Lyneham, Heidi. J., Lauren F. McLellan, Viviana M. Wuthrich, Carolyn A. Schniering (2015) Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy* Volume 76 2016, Pages 1-12
18. King, N. J., Cranstoun, F., Josephs, A. (2011), Emotive imagery and children's night-time fears: A mul-tipe baseline design evaluation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 20, 125-135.
19. Lowry-Webster, H.M., Barrett, P.M., & Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at one-year follow-up. *Behaviour Change*, 20, 25-43
20. Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., Gorda, B. (2011). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 780-786.
21. McGee, R., & Stanton, W.R. (1990). Parent reports of disability among 13-year-olds these utilities may fail with some PC and laptop configurations with DSM-III disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 793-801.
22. Ollendick, T. H., King, N. J. (2009). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.
23. Rose, H., Miller, L., & Martinez, Y. (2009). FRIENDS for life: The results of a resilience-building, anxiety-prevention program in a Canadian elementary school. *Professional School Counseling*, 12, 400-407.
24. Rodgers Alish & Dunsmuir Sandra (2015). A controlled evaluation of the 'FRIENDS for Life' emotional resiliency programme on overall anxiety levels, anxiety subtype levels and school adjustment. *Child and Adolescent Mental Health* 20, No. 1, 2015, pp. 13-19
25. Spence, S.H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293-1316
26. Spence, S.H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297
27. Vigerlanda, Sarah Ljótsson, Brjánn, Ulrika Thulina, Lars-Göran Östb, c, Gerhard Andersson, d, Eva Serlachius (2016) Internet-delivered cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* Volume 76, January 2016, Pages 47-56
28. World Health Organization Report on Prevention of Mental Disorders. (2004). Effective interventions and policy options summary report. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.