

فرا تحلیل یافته‌های مربوط به اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان

آتوسا کلانتر هرمزی^۱

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱/۲۴

چکیده

این پژوهش به منظور فراتحلیل پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان است. جامعه آماری، پژوهش‌هایی است که سوال‌های نسبتاً یکسانی در مورد اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری داشتند و روش آن‌ها نیز آزمایشی و یا شبه‌آزمایشی بود. با بررسی پیشینه، تعداد ۲۸ مقاله یافت شد. همگی این مقالات مربوط به سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ بودند. از این میان تنها ۱۶ مطالعه، نتایج آماری خود را به خوبی گزارش کرده بودند. آزمون میانگین p برای ترکیب نتایج آزمون‌ها انتخاب شد و روش اندازه اثر کوهن برای دست‌یابی به مقدار اثر کلی مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که اندازه d متوسط در اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان به میزان $۱/۰۶۷$ است. با تبدیل متوسط d به مقادیر Z در یک منحنی توزیع نرمال، سطح پوشش منحنی نرمال $۰/۸۶$ به دست آمد که مقدار نسبتاً بالایی است. سطح معناداری محاسبه‌ها نیز $۰/۰۱$ به دست آمد و اثربخشی کلی درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان تأیید گردید.

واژگان کلیدی: فراتحلیل، شناختی-رفتاری، مشکلات روان‌شناختی.

۱. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) at.kalantar@yahoo.com

مقدمه

درمان شناختی رفتاری^۱ که به عنوان خانواده‌ای از مداخلات برای آسیب‌شناسی روانی مطرح است، اولین شکل روان‌درمانی است که با معیارهایی مشخص و مبتنی بر شواهد در حوزه سلامت روان مورد استفاده قرار گرفته است (لاسس، کیف و درویس^۲، ۲۰۱۶؛ دیوید، کریستی و هافمن^۳، ۲۰۱۸). این درمان که ابتدا بر مبنای درمان‌های رفتاری در دهه ۵۰ میلادی و پس از آن با عنوان انقلاب شناختی از دهه ۱۹۵۰-۱۹۶۰، دنبال و بر اساس مدل شناختی از بیماری‌های روانی توسط آرون بک (۱۹۶۴) توسعه داده شد، در دهه‌های اخیر، به عنوان بخش مهمی از علوم روانشناختی ظهور یافته است (لدی، اندرسون و اسپالکین^۴، ۲۰۱۳؛ فن و بایرن^۵، ۲۰۱۵؛ لاسس و همکاران، ۲۰۱۶). دیوید و همکاران (۲۰۱۸)، با این پیش‌فرض که CBT یک روان‌درمانی در حال تحول مبتنی بر پژوهش است که بسیاری از روان‌درمانی‌های جدیدتر، آن را به عنوان درمان مرجع مورد استفاده قرار داده‌اند، پیش‌بینی نمودند که پیشرفت‌های مداوم در روان‌درمانی از CBT مشتق شده و این درمان به تدریج موجب یکپارچه شدن زمینه روان‌درمانی علمی می‌شود.

مبنای نظری درمان شناختی-رفتاری به عنوان ترکیبی از درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری، بر پایه فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی است که بر رشد و تداوم مشکلات روان‌شناختی افراد تأثیر می‌گذارند (لدی و همکاران، ۲۰۱۳؛ لاسس و همکاران، ۲۰۱۶). مطابق مدل شناختی بک، احساسات و رفتارهای افراد تحت تأثیر ادراک آنها از وقایع قرار دارد. از این رو، آن چه در مورد تبیین مشکلات روان‌شناختی مورد توجه است، نحوه تعبیر و تفسیر و ادراک افراد از یک واقعه ناراحت‌کننده و محتوای شناختی واکنش‌های آنان برای دستیابی به جریان افکار و طرحواره‌هایی است که بر ساختار ادراکی فرد، کنترل و ارزیابی رفتار او اثر می‌گذارند (فن و بایرن، ۲۰۱۵؛ حقیقت و محمدی^۶، ۲۰۱۸).

1. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
2. Luaces, Keefe & DeRubeis
3. David, Cristea & Hofmann
4. Leddy, Anderson & Schulkin
5. Fenn & Byrne
6. Haghighat & Mohammadi

هافمن، آسنانی، وُنک و ساویر^۱، ۲۰۱۲؛ کری، ۲۰۰۵، ترجمه سید محمدی، (۱۳۸۵).

از آن جا که ایده تبیین مشکلات روانشناختی در درمان شناختی-رفتاری، پردازش شناختی ناسازگار و ناکارآمد در بحث تعریفات شناختی و تمایل به تفسیر وقایع مبهم به روشی منفی در افراد است، از این رو، CBT، رویکردی مستقیم و ساختاری دارد تا به فرد کمک کند از طریق تکالیف منظم و سازمان یافته، الگوهای فکری تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد را شناسایی و برطرف نماید (شخم گر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ لدی و همکاران، ۲۰۱۳). این درمان که با هدف شناسایی و به چالش کشیدن افکار و رفتارهای ناکارآمد و نیز با هدف پذیرش و باور خود و ایجاد تغییر در چگونگی رفتار خود بر اساس روش های فکری منعطف و مثبت صورت می گیرد (موسویان، کراسکیان و آقاییوسفی^۳، ۲۰۱۹؛ پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۷؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹)، یک گفتگوی درمانی است که با تمرکز بر کسب و کاربرد مهارت ها به عنوان یک عامل واسطه ای در درمان، تلاش می کند تا روش های مختلفی از تفکر و عملکرد را برای بهبود افراد دارای مشکلات روان شناختی ایجاد نماید (فورد هام^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ هانت، میگنونا، آندرهیل و کالی^۵، ۲۰۱۳).

پژوهش های متعددی، کارآمدی درمان شناختی-رفتاری را بر اختلالات و مشکلات روان شناختی بزرگسالان نشان داده است که کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر (داگاس^۶ و همکاران، ۲۰۱۰)، بهبود علائم خلقی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر (حقیقت و محمدی، ۲۰۱۸)، کاهش علائم بی خوابی (فورد هام و همکاران، ۲۰۱۸) و کاهش اضطراب (شخم گر و همکاران، ۲۰۱۹) از جمله آنان است. همچنین هافمن و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی فراتحلیلی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را برای درمان اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلال دوقطبی با اندازه اثر متوسط و برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال هراس، اختلال استرس پس از آسیب و کاهش خشم و پرخاشگری با اندازه اثر متوسط تا

1. Hofmann, Asnaani, Vonk & Sawyer
2. Shokhmgar
3. Mousavian, Kraskian & Aghayousefi
4. Fordham
5. Hundt, Mignogna, Underhill & Cully
6. Dugas

بزرگ در بزرگسالان به دست آورده‌اند. علاوه بر این، آنان در بررسی پیشگیری از قرار گرفتن در معرض واکنش اختلال و سواس فکری، اندازه اثر CBT را بزرگ یافته‌اند. در بررسی فراتحلیل آنان، هم‌چنین، CBT، حمایت قدرتمندی را در درمان اختلالات درونی شده کودکان و نوجوانان همچون اضطراب و فوبی نشان داد اما در مورد اختلالات بیرونی مانند قربانی خشونت و مشکلات سوءاستفاده و یا دردهای مزمن، درمان شناختی- رفتاری در کنار دارودرمانی، تأثیرگذار بود. علیرغم تأثیرگذاری متنوع CBT بر مشکلات روان‌شناختی، با این وجود در سال‌های اخیر، برای درمان و رفع اختلالات و مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان، این روش درمانی، توصیه شده است (سیلورمن، پینا و ویس واران^۱، ۲۰۰۸؛ شونافلده و ماثور^۲، ۲۰۰۹؛ هیگا-مک میلان^۳، ۲۰۱۶؛ اکبری، دهقانی، جعفری و کارد، ۱۳۹۶). تحقیقات مختلف نیز تأثیر این نوع درمان را در فرآیندهای شناختی کودکان تأیید می‌کند (چو و هریس^۴، ۲۰۰۷) چنانچه، پژوهش غلامعلی لواسانی، راستگو، آذربیناد و احمدی (۱۳۹۳)، کاهش مشکلات تحصیلی و پژوهش صداقت، مرادی و احمدیان (۱۳۹۳)، کاهش اضطراب امتحان را در نتیجه آموزش‌های شناختی- رفتاری نشان داده است.

هرچند در مقایسه با CBT برای بزرگسالان، مطالعات نسبتاً کمی در مورد استفاده از این روش درمانی برای کودکان و نوجوانان صورت گرفته است، اما شواهد در مورد اثربخشی این درمان برای آنان، پیوسته در حال افزایش است (بایلی^۵، ۲۰۰۱؛ هاندت^۶ و همکاران، ۲۰۱۳).

به‌طور کلی، اختلالات روانشناختی در کودکان و نوجوانان، منجر به بروز مشکلاتی همچون عدم موفقیت در مدرسه، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، پرخاشگری، پریشانی، گوشه‌گیری و ناکارآمدی در عملکرد آموزشی و اجتماعی آنان شده و عواقب منفی طولانی مدتی را در زندگی بزرگسالی آنها خواهد داشت (دهلی^۷ و همکاران، ۲۰۱۴؛ هاردینگ و

-
1. Silverman, Pina, & Viswesvaran
 2. Schoenfeld & Mathur
 3. Higa-McMillan
 4. Chu & Harrison
 5. Bailey
 6. Hundt
 7. Diehle

استیون^۱، ۲۰۰۸). از این رو یکی از اهداف اصلی درمان CBT در مورد کودکان و نوجوانان، بهبود توانایی آنان در مقابله با افکار و احساسات ناکارآمدی است که در زندگی روزمره خود، به همراه دارند و بر این اساس، برای ایجاد تغییر در تفکر، احساس و رفتار آنان از راهبردهای فعال مبتنی بر عملکرد و همچنین مداخلات شناختی استفاده می شود (جنیفر^۲ و همکاران، ۲۰۱۷؛ بایلی، ۲۰۰۱). این راهبردها به اصلاح افکار منفی کودک و نوجوان پرداخته و از تکنیک هایی مانند یافتن رابطه افکار و احساسات و نیز متوقف کردن افکار منفی روزانه او که موجب کاهش شادی می شود، استفاده می کند. بر این منوال، توقف فکر، به عنوان روشی با هدف غلبه بر تحریف شناختی و نگرانی، از پردازش و بازسازی مجدد فکر پشتیبانی نموده و کودک را به سمت افکار کمتر تحریک کننده سوق می دهد (فرنیا و همکاران^۳، ۲۰۱۷).

از آن جا که کودکان و نوجوانان، حداقل یک چهارم از اوقات شبانه روزی خود را در مدرسه می گذرانند، عدم توجه کافی به موضوعات سلامت روان شناختی آنان در مدرسه، می تواند به شیوع بیش تر و مزمن شدن مشکلات آنها منجر شود. با توجه به اهمیت سلامت دانش آموزان به عنوان آینده سازان این کشور، هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی و تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان مشکلات روان شناختی آنان صورت گیرد، منجر به ارتقاء سلامت روان جامعه شده و ارزشمند است.

از این رو ارائه خدمات بهداشت روانی در مدارس و کاهش مشکلات روان شناختی کودکان شاغل به تحصیل نیازمند یک ابتکار امیدوار کننده و نوید بخش مبتنی بر درمان های مدرسه محور است (هرزینگ، کاوگنوری، فاکس، استیوارت، ماسیا، ۲۰۱۲؛ ویست^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). ارائه این خدمات در مدارس با چالش هایی از جمله؛ طولانی بودن برخی درمان ها، تداخل با برنامه های کلاسی، تعطیلات مدرسه و عدم توجه به نقش همکاران، روبرو است که لازم است برای اجرای بهینه این خدمات، کوتاه مدت بودن، توجه به برنامه های کلاسی و تعطیلات مدرسه و همچنین نقش همکاران مدرسه در نظر گرفته شود (ویست و همکاران، ۲۰۱۴). از جمله این درمان ها، درمان شناختی-رفتاری مدرسه محور است که ۷۰

-
1. Harding & Steven
 2. Jennifer
 3. Farnia
 4. Weist

درصد از خدمات سلامت روان مبتنی بر مدرسه به دانش‌آموزان را شامل می‌شود (هرزین، اندرسون و همکاران، ۲۰۱۲). ویست و همکاران (۲۰۱۴) بیان نمودند که اگر چه این درمان، در کاهش اضطراب، افسردگی و رفتارهای مخرب دانش‌آموزان، موفق به نظر می‌رسد اما تحقیقات بیشتر برای شناسایی اثرات درازمدت برنامه‌ریزی درمان‌های مبتنی بر مدرسه لازم است.

با توجه به نتایج و اندازه‌های اثر متفاوتی که در شواهد و مستندات پژوهشی پیش از این به آن‌ها اشاره شد، علیرغم تلاش‌های صورت گرفته، نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده هماهنگ و همسان نیست و نتایج آن‌ها را در یک نگاه جامع و کلی نمی‌توان دید. به همین دلیل در تلاش برای جلوگیری از اتکا صرف بر نتایج یک مطالعه منفرد، در این مطالعه، فراتحلیلی^۱ از نتایج پژوهش‌های آزمایشی و شبه آزمایشی صورت خواهد گرفت. از آنجا که هدف روش فراتحلیل، بررسی تناقض‌ها و تفاوت‌های موجود و کشف روابط تعاملی و مداخله‌ای برای رسیدن به یک نتیجه‌گیری عینی و معتبر در پژوهش‌های کمی است (دلاور، ۱۳۸۴؛ هومن، ۱۳۹۲)، از این رو سؤال اصلی این مطالعه آن است که بر اساس پژوهش‌های انجام شده، اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری صورت گرفته در کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان چگونه است؟

روش

در این پژوهش روش فراتحلیل مورد استفاده قرار گرفت. فراتحلیل به تحلیل‌های آماری اشاره می‌کند که برای ترکیب یافته‌های کمی یک مجموعه از مطالعات انجام می‌گیرد (برنشتاین، هیدگز، هیگینز و روستاین^۲، ۲۰۰۹). از این جهت، داده‌های تحقیق بر اساس تحقیقات آزمایشی و شبه آزمایشی بوده که توسط محققین دیگر انجام گرفته و در این مطالعه، یک تحلیل مجدد و کلی روی آن‌ها انجام می‌شود. مطالعات انتخاب شده از جهت کیفیت، مشابه یکدیگر بوده و حداقل ملاک‌های لازم را به جهت روش شناختی پژوهش دارا بودند.

در فراتحلیل برای ترکیب و مقایسه نتایج پژوهش‌ها، دو عامل سطح معناداری (P) و اندازه اثر (ES) نقش مهمی دارند. احتمال خطای نوع اول را سطح معناداری می‌نامند یعنی

1. meta-analysis
2. Borenstein & Hedges & Higgins & Rothstein

تفاوت میانگین ها واقعی بوده یا ناشی از شانسی و تصادف است. سطح معناداری به خودی خود چیزی درباره حجم تفاوت یا اثر مشاهده شده به ما نمی دهد. اندازه اثر برابر است با نسبت سطح معناداری به شاخصی از حجم نمونه (دلاور، ۱۳۸۸):

$$\text{اندازه اثر} = \frac{\text{سطح معناداری آزمون}}{\text{شاخصی از حجم نمونه}}$$

از آن جا که اندازه ی اثر، نشان دهنده ی میزان یا درجه ی حضور پدیده ای در جامعه است؛ پس هر چه اندازه ی آن بزرگ تر باشد، درجه ی حضور پدیده بیشتر است (عابدی، عریضی و محمدزاده، ۱۳۸۵). برای محاسبه اندازه اثر باید تمام پژوهش ها در قالب یک شاخص کمی درآید تا بتوان ارتباط بین یافته ها و سایر متغیرها را مشخص کرد. فراتحلیل گران با داشتن مقادیر میانگین، واریانس و انحراف معیار گروه ها قادر به محاسبه اندازه اثر هستند، بدین ترتیب می توان گفت اندازه اثر، تفاوت معیار محاسبه شده میان میانگین گروه های آزمایش و کنترل است (گرم و یارنولد، ۱۹۹۵) و برای محاسبه آن باید نسبت تفاوت میانگین نمره های گروه آزمایش و کنترل بر واریانس مشترک کل نمره ها (QP) محاسبه شود (مطابق فرمول زیر).

$$ES = XE - XC / QP$$

متداول ترین شاخص های برآورد اندازه اثر عبارتند از تفاوت های استاندارد میانگین و همبستگی ها یعنی شاخص های r و d که غالباً d را برای تفاوت های گروهی و r را برای مطالعات همبستگی به کار می برند (دلاور، ۱۳۸۸). در مطالعه حاضر، تمام پژوهش های مورد بررسی در این فراتحلیل از نوع طرح های آزمایشی و یا نیمه آزمایشی بودند که تفاوت میانگین گروهی در آنان مورد نظر بوده است. در بخش اول جدول ۲ برای پژوهش هایی که اندازه اثر در محاسبات آماری شان ارائه نشده بود از فرمول ES مورد اشاره استفاده شد، در عین حال بخش دوم جدول شماره ۲، مربوط به مطالعاتی است که اندازه اثر در آنها ارائه شده بود. پس از این مرحله، اندازه اثر کل محاسبه و سپس به مقادیر Z برای به دست آوردن سطح تحت پوشش منحنی نرمال تبدیل شد که تمام محاسبات به روش دستی انجام شده است.

بنابراین به طور کلی، سه مرحله محاسباتی فراتحلیل که در این پژوهش به کار گرفته شد، شامل موارد زیر است:

مرحله ۱- محاسبه اندازه اثر بر اساس تفاوت میانگین‌ها برای هر مطالعه بر اساس فرمول:

$$ES = \frac{XE - XC}{Q_P}$$

مرحله ۲- ترکیب اندازه اثر مطالعات آزمایشی به منظور محاسبه اندازه اثر کل بر اساس

فرمول:

$$d = \frac{\sum d}{n}$$

مرحله ۳- تبدیل اندازه اثر کل به مقادیر Z در یک منحنی توزیع نرمال برای به دست

آوردن سطح تحت پوشش منحنی نرمال:

$$z = \frac{\sum z}{\sqrt{n}}$$

جامعه، نمونه و شیوه نمونه‌گیری: جامعه پژوهش حاضر را مطالعات مربوط به اثربخشی روش‌های شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان تشکیل داده است. در این مطالعه مشکلات روان‌شناختی شامل: انواع اضطراب، استرس تحصیلی، پرخاشگری، مشکلات هیجانی و رفتاری، اختلال نارسایی توجه^۱، نافرمانی^۲ و تعارض‌ها در نظر گرفته شده است. از طریق جستجوی کامپیوتری در بانک‌های اطلاعاتی مطرح و مهم شامل پایگاه جهاد دانشگاهی کشور، سایت خصوصی بانک مجلات ایران، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی و پایگاه تحقیقات علوم انسانی که تقریباً نشریات علمی-پژوهشی ایران را پوشش می‌دهند، تعداد ۲۸ مقاله با ویژگی‌های مورد نظر محقق یافت شد و این تمامی مقالاتی بود که به اثربخشی روش‌های شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان پرداخته بودند. همگی این مقالات مربوط به سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ بودند. از این میان تنها ۱۶ مطالعه، نتایج آماری خود را به خوبی گزارش کرده بودند و داده‌های مورد نیاز برای محاسبات اندازه اثر را داشتند. عناوین این مقاله‌ها در جدول شماره ۱ آمده است.

1. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. disobedience

جدول شماره ۱. عناوین مقاله های مورد مطالعه در مورد اثربخشی درمان های شناختی-رفتاری

ردیف	عنوان پژوهش	نام مجله	سال	نمونه	تعداد	طرح پژوهش	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱	اثر آموزش شادکامی به شیوه شناختی-رفتاری بر باورهای خودکارآمدی و استرس تحصیلی	دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری	۱۳۹۳	دانش آموزان دختر پایه دوم دبیرستان	۲۶	نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه	تحلیل کوواریانس و آزمون t وابسته
۲	اثربخشی آموزش رویکرد روانشناسی شناختی-رفتاری عزت نفس بر پرخاشگری نوجوانان پسر مقطع دبیرستان شهرکرد	روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)	۱۳۹۲	دانش آموزان پسر مقطع متوسطه	۳۰	شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون با پس آزمون با گروه گواه	آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس
۳	اثر بخشی آموزش مهارت های اجتماعی با شیوه شناختی رفتاری بر کاهش نشانه های اختلال نارسایی توجه /فزون کنشی در دانش آموزان	دوفصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی	۱۳۹۳	دانش آموزان دختر پایه های پنجم و ششم ابتدایی	۳۰	روش آزمایشی با طرح پیش آزمون با پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل	تحلیل کوواریانس اندازه گیری مکرر
۴	اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری بر اضطراب امتحان	نشریه علمی پژوهشی فناوری آموزش	۱۳۹۲	دانش آموزان دختر مقطع متوسطه	۷۰	شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه	آزمون t و تحلیل کوواریانس

پس آزمون با گروه کنترل و انتخاب تصادفی			پزشکی سبزوار	هیمبرگ-بکر بر بهبود اضطراب اجتماعی و انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان
آزمایشی از نوع پیش تحلیل کوواریانس یک متغیره	دانش آموزان دختر مقطع ۳۰ راهنمایی مدارس غیر انتفاعی	۱۳۹۰	تحقیقات علوم رفتاری	اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری به روش کندل بر اضطراب دختران نوجوان
نیمه تحلیل کوواریانس، آزمون t همبسته و آزمون فریدمن	دانش آموزان دختر مقطع ۶۰ دبیرستان	۱۳۹۰	روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی	۱۱ اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری در تغییر سبک های دلبستگی دانش آموزان
نیمه تحلیل کوواریانس	دانش آموزان پسر مقطع ۳۰ راهنمایی		فصلنامه علوم رفتاری	۱۲ اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش تعارض والد - نوجوان
آزمایشی آمار توصیفی و آزمون غیر پارامتریک من ویتنی	دانش آموزان پسر مقطع ۳۰ دبیرستان	۱۳۹۲	دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی	۱۳ اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری عزت نفس بر اضطراب اجتماعی و

					سلامت روان نوجوانان مضطرب اجتماعی
					تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان
۱۴	مجله روان شناسی بالینی	دانش آموزان پسر مقطع ابتدائی	۳۰	آزمایشی دوگروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل	تحلیل کوواریانس
					تأثیر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش آموزان نافرمان
۱۵	مجله پزشکی ارومیه	دانش آموزان مقطع ابتدائی	۳۰	طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری	تحلیل کوواریانس
					تأثیر مداخله‌های شناختی رفتاری بر مشکلات عاطفی رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر
۱۶	دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی	دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان	۳۰	نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری	تحلیل کوواریانس

مطالعه شماره ۶، شامل تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر سه مؤلفه‌ی بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و کنترل دهانی بود که هر یک، مطالعه جداگانه‌ای محسوب شده و برای هر یک، اندازه اثر به دست آمد. هم‌چنین در مطالعه شماره ۸، تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر

سه مؤلفه‌ی پرخاشگری جسمانی، واکنشی کلامی و رابطه‌ای؛ در مطالعه شماره ۹، تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر چهار مؤلفه‌ی اضطراب اجتماعی^۱ کل، ترس اجتماعی، اجتناب اجتماعی و ناراحتی‌های فیزیولوژیکی؛ در مطالعه شماره ۱۳، تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر پنج مؤلفه‌ی اضطراب اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، نارسا کنش وری اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی^۲ و افسردگی و در مطالعه شماره ۱۶، تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر چهار مؤلفه‌ی مشکلات هیجانی، مشکلات سلوک^۳، بیش‌فعالی و مشکل با هم‌تاها، مطالعه‌ی جداگانه‌ای محسوب شده و برای هر مؤلفه، یک اندازه اثر محاسبه شد. در هر یک از مابقی پژوهش‌ها یک اندازه اثر محاسبه و بدین ترتیب ۳۰ اندازه اثر به دست آمد.

برای گردآوری داده‌ها، سیاهه تحلیل محتوا (از نظر روش شناختی) به کار رفت، که شامل این مؤلفه‌ها بود: عنوان پژوهش، نشریه، سال اجرا، جامعه آماری، حجم نمونه، روش و طرح پژوهش، آزمون آماری و سطح معناداری مورد قبول. محاسبات بر پایه مراحل فراتحلیل کوهن انجام شد (پاشاشریفی و شریفی، ۱۳۸۶)؛ در منابع علمی (دلاور، ۱۳۸۴؛ قاضی طباطبائی و دادهیر، ۱۳۸۹) مراحل برای فراتحلیل ذکر شده است اما یکی از رایج‌ترین مراحل را یانگ^۴ (۲۰۰۰) به نقل از آزادی و احمدآبادی، (۱۳۹۲) پیشنهاد داده است که عبارتست از: ۱) تعریف متغیرهای مورد بررسی و تدوین سوال یا سوالات پژوهش (۲) جستجوی ادبیات و شناسایی مطالعات تجربی کافی به طریقی نظام مند (۳) کدگذاری مطالعات پیشین و انتخاب شاخص مناسب اندازه‌ی اثر (۴) تحلیل داده‌های گردآوری شده از مطالعات تجربی گذشته (۵) تفسیر نتایج و استخراج نتیجه‌گیری‌های پژوهشی مناسب. در این پژوهش نیز بر اساس این مراحل اقدام گردید.

در تمامی این مطالعات، متغیر مستقل^۵، درمان‌ها شناختی-رفتاری و متغیر وابسته^۶ مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان بوده است. متغیرهای وابسته که به‌عنوان معیارهایی برای برآورد و اندازه‌گیری اندازه اثر تعریف شدند، در قالب تفاوت‌های استاندارد شده بین

-
1. social anxiety
 2. insomnia
 3. conduct
 4. Yang
 5. independent variable
 6. dependent variable

میانگین‌های گروه کنترل و آزمایش در کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان به کار رفتند.

ملاک‌های مطالعات انتخاب شده در این پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- موضوع پژوهش، درمان‌های شناختی-رفتاری باشد؛
 - ۲- حجم نمونه مناسب باشد؛
 - ۳- شرایط لازم از نظر روش‌شناسی (فرضیه‌ها، روش پژوهش، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری و روایی و پایایی آن‌ها، روش تحلیل آماری و درست بودن محاسبات آماری) را داشته باشد؛
 - ۴- بررسی به صورت گروهی انجام شده، موردی و تک آزمودنی نباشد؛
 - ۵- طرح پژوهشی در زمره مطالعات کمی و از انواع پژوهش‌های آزمایشی^۱ و یا شبه آزمایشی باشد؛
 - ۶- پژوهش مورد نظر در مدارس و بر روی دانش‌آموزان انجام گرفته باشد؛
 - ۷- در نشریات دارای درجه علمی-پژوهشی به چاپ رسیده باشد.
- روایی و اعتبار: قاضی طباطبائی و دادهیر (۱۳۸۹) دو سوال اساسی را در خصوص روایی در مطالعات ترکیبی و فراتحلیلی مطرح نموده‌اند:
- ۱- به هنگام اجرای یک فراتحلیل تا چه اندازه یک فراتحلیل گر مستقل و بدون ارزش داوری، موقعیت مطالعات و پژوهش‌های واحد را به شکل مشابه و یک سو به ای تعیین کرده یا ارزشیابی می‌کند؟
 - ۲- به هنگام انجام یک پژوهش فراتحلیلی، گردآوری مطالعات پژوهشی یا مداخله‌ای برای اهداف بازنگری و ترکیب، به چه میزان از جامعیت یا تمامیت کافی برخوردار است. یعنی آثار جمع‌آوری شده تا چه حد جامع و بسنده به نظر می‌رسند.
- برای دستیابی به شرط اول (بازیافت پذیری نتایج قضاوت یا ارزشیابی)، داشتن یک فرآیند منسجم و پایدار روش‌شناختی لازم است که در پژوهش حاضر با دقت در تک تک مراحل انجام فرآیند فراتحلیل، ملاک‌های انتخاب مطالعات، روش‌های به دست آوردن اندازه اثرها و تحدید مطالعه، می‌توان اطمینان یافت که در صورت انجام پژوهش توسط محققین دیگر، نتایج تحقیق ثابت بماند. از سویی دیگر برای حل مشکل اعتبار درونی، پژوهش‌هایی

که دارای گزارش های نامناسب بوده و یا از خطاهای موجود در حجم نمونه، تصادفی سازی و یا خطا در روش نمونه گیری برخوردار بودند، کنار گذاشته شدند.

یافته ها

جدول ۲، توصیفی از شاخص های آماری مطالعات صورت گرفته شامل میانگین گروه های آزمایشی و کنترل، انحراف معیار کلی و معناداری هر مطالعه را نشان می دهد. در ستون سمت چپ جدول نیز اندازه اثر هر مطالعه نشان داده شده است. در این جدول ضمن ارائه ی خلاصه ای از نتایج کسب شده در این فرا تحلیل، سیمای کلی از اندازه اثر درمان های شناختی-رفتاری بر کاهش انواع مشکلات روان شناختی در دانش آموزان از سال ۹۰ تا ۹۴ نشان داده شده است. با توجه به اندازه اثرهای به دست آمده از ۱۶ مقاله بررسی شده، میانگین این اندازه اثرها (d) ۰/۰۶۷ به دست آمد که با تبدیل متوسط d به مقادیر Z در یک منحنی توزیع نرمال، سطح تحت پوشش منحنی نرمال ۰/۸۶ به دست آمد که مقدار نسبتاً بالایی است. بنابراین می توان گفت درمان های شناختی-رفتاری ۰/۰۶۷ واحد انحراف استاندارد، مشکلات روان شناختی دانش آموزان را کاهش می دهند و یا به عبارتی دیگر، مشکلات روان شناختی دانش آموزان، بعد از دریافت درمان های شناختی-رفتاری از ۸۶ درصد افراد گروه کنترل کم تر است.

جدول ۲: نتایج مطالعات برای بررسی اثرات روش شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات دانش آموزان

مطالعه	کنترل	آزمایشی	سطح معناداری	واریانس مشترک	اندازه اثر
	X_C	X_E	P	Q_P	ES
۱	۴۹/۷	۴۶/۷	۰/۰۱	۱/۲	۲/۵
۲	۹۵/۷	۸۱/۷	۰/۰۴۴	۱۴/۳۵	۰/۹۷۵
۳	۷/۲۰	۵/۶۰	۰/۰۰۱	۱/۳۲	۱/۲۱۲
۵	۱۲۰/۷۰	۸۵/۲۰	۰/۰۰۱	۸/۵	۴/۱۷۶
۷	۳/۲۰	۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۸	۰/۷۵
۸A	۱۱/۵۵	۱۰/۵	۰/۲۱	۲/۵	۰/۴۲
۸B	۱۴/۶۵	۱۳/۴۵	۰/۰۰۱	۱/۶	۰/۷۵
۸C	۱۷/۴۵	۱۵/۶۵	۰/۰۰۱	۳/۱۳	۰/۵۷۵
۱۰	۶۰/۱۳	۲۶/۷۴	۰/۰۰۱	۱۸/۵	۱/۸۰
۱۱A	۳/۰۷	۲/۰۲	۰/۰۱	۰/۸۷	۱/۲۰۶

۳	۴/۷۰	۰/۰۰۱	۱۳/۰۲	۲۷/۱۴	۱۳A
۰/۲۹۹	۴/۱۱	۰/۰۰۶	۸/۷۹	۱۰/۰۲	۱۳B
۱/۰۷۷	۴/۶۲	۰/۰۰۴	۷/۰۲	۱۲/۰۰	۱۳C
۲/۵۶۷	۲/۸۰	۰/۰۰۳	۶/۹۲	۱۴/۱۱	۱۳D
۰/۱۷۲	۶/۵۱	۰/۰۰۴	۱۱/۳۱	۱۲/۴۳	۱۳E
۱/۸۳۳	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱/۱۸	۱۴
۱/۴۱۶	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۱/۱۷	۱۵

مطالعاتی که برای محاسبه d، میانگین‌ها را نداشتند اما اندازه اثر آن‌ها محاسبه شده بود					
مطالعه	T	F	P	n 1=n2	اندازه اثر
۴	۳/۵۶		۰/۰۰۱	۳۵	۰/۸۵۱
۶A		۱۲۷/۶۵	۰/۰۰۱	۱۰	۰/۸۸
۶B		۱۴۳/۴۵	۰/۰۰۱	۱۰	۰/۸۹
۶C		۷۵/۹۵	۰/۰۰۱	۱۰	۰/۸۲
۹A		۵۷/۹۱	۰/۰۰۱	۱۲	۰/۷۳
۹B		۴۷/۴۵	۰/۰۰۱	۱۲	۰/۶۹
۹C		۲۹/۹۱	۰/۰۰۱	۱۲	۰/۵۸
۹D		۱۳/۹۹	۰/۰۰۱	۱۲	۰/۴۰
۱۲		۸/۳۴۸	۰/۰۰۸	۱۵	۰/۲۳۶
۱۶A		۷/۳۶۷	۰/۰۰۱۲	۱۵	۰/۲۳۵
۱۶B		۱۶/۳۶۸	۰/۰۰۱	۱۵	۰/۴۰۵
۱۶C		۹/۸۸۵	۰/۰۰۴	۱۵	۰/۲۰۲
۱۶D		۱۳/۸۰۳	۰/۰۰۱	۱۵	۰/۳۶۵

۱/۰۶۷ = متوسط d (تفاوت‌های گروهی) $\rho = ۰/۱۵۸$ متوسط p (سطح معناداری)

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به حجم بالای تحقیقات انجام گرفته در حوزه روان‌شناختی و علوم رفتاری، میزان اطلاعات بسیاری درباره هر موضوع به دست می‌آید که در بعضی اوقات قابل خلاصه کردن برای درک بهتر نیستند. بنابراین لازم است با به کارگیری روش‌های آماری خاص برای خلاصه کردن نتایج مطالعات مستقل، دقیق‌ترین شکل ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی به دست آید. لذا هدف پژوهش حاضر انجام یک فراتحلیل در مورد اثربخشی درمان‌های

شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات روان شناختی دانش آموزان ایرانی بود. شواهد این پژوهش نشانگر موفق بودن درمان های شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات روان شناختی دانش آموزان است. به عبارتی مشکلات روان شناختی ۸۶ درصد افراد گروه های آزمایشی تحقیقات انجام شده نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. نتایج این فراتحلیل مبتنی و همخوان با نتایج تحقیقات غلامعلی لواسانی و همکاران (۱۳۹۳)، یگانه و همکاران (۱۳۹۳)، بلداجی و همکاران (۱۳۹۲)، جراره و محمدی (۱۳۹۲) و صداقت و همکاران (۱۳۹۳) است که همگی در مورد اثربخشی درمان های شناختی-رفتاری در کاهش ابعاد مختلف مشکلات روان شناختی دانش آموزان بوده اند.

کودکان و نوجوانان دچار مشکلات روان شناختی، با مسائل گوناگونی مواجه هستند. این کودکان، دارای فراخنای توجه کوتاهی هستند، عزت نفس پایینی دارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می شوند (ساسر و والر، ۲۰۰۶). هم چنین تکانش گری، بی قراری و بیش فعالی، پرخاشگری، دروغ گویی و دزدی، عملکرد تحصیلی ضعیف و ادراک ضعیف از خود کارآمدی^۲ و شایستگی اجتماعی از دیگر ویژگی های کودکان و نوجوانان دارای مشکلات روان شناختی است (گائونی^۳، ۲۰۰۷؛ به نقل از فرخی و مرادی، ۱۳۹۳).

ابتلا به مشکلات روان شناختی با کاهش توانمندی، خستگی، احساس گناه، بی اشتها، عدم تمرکز و تغییر در عملکرد ذهنی و شناختی همراه است. از آن جا که بیماری ها و اختلال های روان شناختی، عملکرد اجتماعی و تحصیلی را تحت تاثیر قرار می دهد از این رو میزان شیوع اختلال های روان شناختی در دانش آموزان مورد توجه پژوهشگران بوده است (پورا برهیم، ۱۳۹۳). رویکرد شناختی-رفتاری بر تأثیری که شناخت، عاطفه و رفتار بر یکدیگر دارند، تأکید دارد. در واقع این رویکرد کمک کننده، مشکل محور^۴ و هدف مدار است (لدی و همکاران، ۲۰۱۳).

1. Sausser & Waller
2. Self-efficacy
3. Gone
4. problem-centered

علت مهم اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری آن است که به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله^۱، کشف افکار و عقاید تحریف شده، به چالش کشیدن بدن و تغییر باورها و نگرش‌های غیر مفید و بازسازی شناختی کمک می‌کند (بک^۲، ۲۰۰۸) و در نهایت شناخت‌های تحریف‌شده افراد را اصلاح کرده و به آنان آموزش می‌دهد که به رفتارهای جدید بپردازند (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۵؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۹).

از سوئی دیگر رویکرد شناختی رفتاری در کاهش مشکلات روان‌شناختی معمولاً بر تجارب کنونی فرد تمرکز می‌کند تا تجارب گذشته و دوران کودکی. هدف این نوع درمان، مستقیماً کاهش نشانه‌های مشکلات روان‌شناختی و به کارگیری راهبردهای طراحی شده برای اکتساب مهارت‌های حل مسئله مؤثرتر است (بریدبوری و کلارک^۴، ۲۰۰۹)

برای مشاوران و روانشناسان یا افرادی که در حرفه‌های یاورانه مشغول به کار هستند، درمان‌های شناختی-رفتاری می‌توانند منابع مفیدی در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان باشند. چرا که در این نوع درمان هم با در نظر گرفتن ویژگی‌های شناختی دانش‌آموزان از جمله باورها و انگاره‌های ذهنی آنان و هم با کمک راهبردهایی هم‌چون مواجهه، آرام‌سازی، آموزش مهارت‌ها و بازسازی شناختی به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا تحریف‌های شناختی و افکار منفی خود را شناسایی نموده و به درک افکار، رفتار و هیجاناتی که رفتار و افکار آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، دست یابند. از این رو، پیشنهاد تدارک دوره‌های کاربردی به صورت کارگاه‌های کاملاً تخصصی و عملی برای دست‌اندرکاران حرفه‌های یاورانه هم‌چون مشاوران مدارس ضروری به نظر می‌رسد تا شاهد کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان و به تبع آن افزایش سلامت روان و کارکردهای موفق تحصیلی در نوجوانان باشیم.

با پرداختن به موضوع فراتحلیل اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان و با توجه به مطالعات مختلف صورت گرفته در سایر زمینه‌های روان‌شناختی و هم‌چنین با توجه به زمان محدود مشاوران در مدارس برای اجرای

1. problem-solving
2. attitude
3. Beck
4. Bradbury & Clark

مشاوره فردی و از طرفی نیاز به درمان های تأثیر گذار کوتاه مدت در مدارس، پیشنهاد می شود سایر محققان در مورد اثربخشی درمان های دیگر در حوزه مشاوره در مدرسه، فراتحلیل انجام دهند تا مشاوران و روانشناسان با اطمینان بیش تری بتوانند از درمان های مختلف در کاهش مشکلات دانش آموزان استفاده نمایند. همچنین فراتحلیل اثربخشی درمان های مختلف درباره افراد مختلف جامعه و گروه های غیر از دانش آموزان می تواند مفید و راهگشا باشد.

منابع

- اکبری، مریم؛ دهقانی، بهناز؛ جعفری، آمنه و کاردر، آمنه. (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک. فصلنامه ایده های نوین روان شناسی، ۱(۲)، ۴۵-۵۴.
- آزادی احمدآبادی، قاسم. (۱۳۹۲). رویکرد فراتحلیلی: ظرفیت ها و خلأها. علوم اجتماعی، ۷۱، ۸۲-۸۹.
- پروچاسکا، جیمز. او و نور کراس، جان. (۲۰۰۷). نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات رشد.
- پوراابراهیم، تقی. (۱۳۹۳). مقایسه مشکلات روان شناختی و زمینه های تحصیلی دانشجویان موفق و ناموفق. فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۸(۳۱)، ۴۲-۲۵.
- جراره، جمشید و محمدی کرکانی، آذر. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش شمتختی-رفتاری بر اضطراب امتحان دانش آموزان دختر متوسطه. نشریه علمی پژوهشی فناوری آموزش، ۳(۷)، ۳۰۷-۳۱۳.
- دلاور، علی. (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم اجتماعی و علوم انسانی. تهران: انتشارات رشد.
- دلاور، علی. (۱۳۸۸). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد. روزنهان، دیوید ال؛ سلیگمن، مارتین ای. پی. آسیب شناسی روانی. (۲۰۰۵). ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۹)، تهران: انتشارات ساوالان.
- شریفی، حسن پاشا و شریفی، نسترن. (۱۳۸۶). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران، انتشارات سخن: چاپ پنجم.

- صداقت، سمیره؛ مرادی، امید و احمدیان، حمزه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری کنترل خشم بر پرخاشگری دانش‌آموزان دختر پرخاشگر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۴ (۲۴)، ۲۲۰-۲۱۵.
- عابدی، احمد؛ عریضی، حمیدرضا؛ محمدزاده، فاطمه. (۱۳۸۵). درآمدی بر روش پژوهش فراتحلیل در تحقیقات آموزشی. *نشریه علوم اجتماعی، روش‌شناسی علوم انسانی (حوزه و دانشگاه)*، ۹ (۴۹)، ۱۴۰-۱۲۱.
- غلامعلی لواسانی، مسعود؛ راستگو، لیلا؛ آذرنیاد، آرش و احمدی، طاهر. (۱۳۹۳). اثر آموزش شادکامی به شیوه شناختی رفتاری بر باورهای خودکارآمدی و استرس تحصیلی. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۲ (۷)، ۱۸-۱.
- فرخی، کوروش؛ مرادی، خدیجه. (۱۳۹۳). بررسی میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه شهرستان خرم‌آباد. *لرستان، فصلنامه علمی- تخصصی دانش انتظامی*، ۱ (۱۷)، ۶۴-۴۵.
- قاضی طباطبائی، محمود و دادهیر، ابوعلی. (۱۳۸۹). واژه‌نامه توصیفی فراتحلیل‌ها. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۵ (۲)، ۱۵-۲۶.
- کری، جerald. (۲۰۰۵). *نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارسباران.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۸۷). *راهنمای عملی فراتحلیل در پژوهش علمی*. تهران: انتشارات سمت.
- یگانه، طیه؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی و زربخش، محمدرضا. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی با شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دانش‌آموزان. *دوفصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۱ (۵)، ۷۹-۵۷.
- Bailey, Veira. (2001). Cognitive-behavioral therapies for children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment* 7(3):224-232.
- Beck, Judith. (2008). Questions and Answers about Cognitive Therapy, *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*, 47, 134-75.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. and Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. John Wiley & Sons, Ltd, UK.
- Bradbury KE, Clark I. (2009). Cognitive behavioral therapy for anger management: effectiveness in adult mental health services. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*; 35: 201-208.

- Chu, B. C., & Harrison, T. L. (2007). Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 352–372.
- David, Daniel. Cristea, Ioana. Hofmann, Stefan G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 29, 220-230.
- Diehle, Julia. Opmeer, Brent C. Boer, Frits. Mannarino, Anthony P. Lindauer, Ramo'n J. L. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 5, 25-30.
- Dugas. M, Brillon. P, Savard P, Turcotte. J, Gaudent. A, Ladoucrar. R, et al. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *J Behavioral*, 41(1): 46-58
- Farnia, Vahid. Tatari, Faezeh. Salemi, Safora. Alikhani, Mostafa. Basanj, Behrad. (2017). Efficacy of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Facilitating Posttraumatic Growth and Emotional Management Among Physically Abused Children. *Trauma Mon. March*; 23(2):62-71.
- Fenn, Kristina. Byrne, Majella. (2015). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579–585.
- Fordham, Beth. Sugavanam, Thavapriya. Hopewell, Sally. Hemming, Karla. Howick, Jeremy. Kirtley, Shona. Das Nair, Roshan. Hamer-Hunt, Julia. Lamb, Sarah.E. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy: a protocol for an overview of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open*, 8, 1-7.
- Gone, L J. (2007). Early conduct problems and later life opportunities, *Journal- Child- Psychology- Psychiatry*, 939, (8), 1097- 108.
- Grim, L. G. & Yarnold, P. R. (1995). Reading and understanding multivariate statistics. Washington, DC: *American psychiatric Association*. 4, 25-26.
- Haghighat, Sara. Mohammadi, Alireza. (2018). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Mood Symptoms in Patients with Substance Abuse. *Int Clin Neurosci J*, 5(4), 22-26.
- Harding, A. Steven. a.j. (2008). *American psychiatric association, diagnostic and statistical manual of mental disorders*, New York: McGraw Hill Inc.
- Herzig-Anderson, K., Colognori, D., Fox, J. K., Stewart, C. E., & Masia-Warner, C. (2012). School-based anxiety treatments for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry of North America*, 21(3), 655-668.
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91–113

- Hofmann, Stefan.G. Asnaani, Anu. Vonk, Imke.J. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Springer Science Business Media*, 36:427-440
- Hundt, Natalie.E. Mignogna, Joseph. Underhill, Cathy. Cully, Jeffrey A. (2013). The Relationship Between Use of CBT Skills and Depression Treatment Outcome: A Theoretical and Methodological Review of the Literature. *Behavior Therapy*, 44, 12-26
- Jennifer S. Silk, Patricia Z. Tan, Cecile D. Ladouceur, Suzanne Meller, Greg J. Siegle, Dana L. McMakin, Erika E. Forbes, Ronald E. Dahl, Philip C. Kendall, Anthony Mannarino & Neal D. Ryan. (2016). A Randomized Clinical Trial Comparing Individual Cognitive Behavioral Therapy and Child-Centered Therapy for Child Anxiety Disorders, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 5, 22-30.
- Lang J.W.B. and Lang J. (2010). Priming Competence Diminishes the Link between Cognitive Test Anxiety and Test Performance, *Psychological Science*, 21 (6), 811-819.
- Leddy, M. A., Anderson, B. L., & Schulkin, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy and decision science. *New Ideas in Psychology*, 31(3), 173-183.
- Luaces, Lorenzo. Keefe, John. R. DeRubeis, Robert. J. (2016). Cognitive-Behavioral Therapy: Nature and Relation to Non-Cognitive Behavioral Therapy. *Association for Behavioral and Cognitive Therapies*. 14 (5) 180-189.
- Mousavian, Narges. Mujembari, Adis Kraskian. Aghayousefi, Alireza. (2019). The Effectiveness of Cognitive Therapy on Quality of Life in Patients with Type II Diabetes. *International Archives of Health Sciences*. 5(4), 115-119.
- Sausser, S.H., & Waller, R.J. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorder. *The Art in Psychotherapy*, 33(1), 1-10.
- Schoenfeld, Naomi A. Mathur, Sarup R. (2009). Effects of Cognitive-Behavioral Intervention on the School Performance of Students with Emotional or Behavioral Disorders and Anxiety. *Behavioral Disorders*, 34 (4):184-195.
- Shokhmgar, Zahra. Sanagoo, Akram. Mohammadpour, Malieh. Khaleghi, Hosein. Ahangis, Akram. Mehrandish, Neda. Mirshekari, Leila. (2019). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Neurofeedback for Reducing Symptoms of Anxiety. *Journal of Clinical and Basic Research (JCBR)*. 3(2): P 1-7.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37,105-130.
- Weist, M. D., Youngstrom, E. A., Stephan, S., Lever, N., Fowler, J., Taylor, L., & Hoagwood, K. (2014). Challenges and ideas from a research program on high-quality, evidence-based practice in school mental health. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(2), 244-255.

Yang, B. (2000). Meta-analysis research and theory building. *Advances in Developing Human Resources*, 4(2): 14-19.

