

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب جدایی دانش آموزان مقطع ابتدایی

سمیه کجوری گشنیانی^۱، شکوفه محمدی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

اختلال اضطراب جدایی بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و انطباقی، ارتباط با والدین، معلم و همسالان تأثیر منفی می‌گذارد و بروز آن در دوران کودکی، خطر ابتلا به اختلالات روانی را در سال‌های آتی زندگی افزایش می‌دهد که در صورت عدم درمان، می‌تواند منجر به مشکلات دیگری شود. هدف از اجرای این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب جدایی دانش آموزان مقطع ابتدایی بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان کلاس اول دبستان مدارس ابتدایی دولتی دخترانه و پسرانه غرب شهر تهران بود. جهت تعیین نمونه، یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه از غرب شهر تهران به صورت تصادفی انتخاب شده و ۱۰۰ نفر از دانش آموزان پسر و ۱۰۰ نفر از دانش آموزان دختر کلاس اول ابتدایی (در مجموع ۲۰۰ نفر) برگزیده شده و از والدین آنان خواسته شد تا پرسشنامه اضطراب جدایی را در مورد فرزندشان تکمیل نمایند. پس از تحلیل پرسشنامه‌ها، از بین کودکانی که بالای خط برش ۴ بودند، ۵۰ کودک دختر و پسر با توجه به رضایت والدینشان، انتخاب و با گمارش تصادفی، در دو گروه (۲۵ کودک در گروه آزمایش و ۲۵ کودک در گروه کنترل) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان (هفته‌ای دو جلسه و به مدت ۴۵ دقیقه) قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب جدایی فراگیر، اضطراب اجتماعی جدایی، اضطراب اجتماعی ترس آور و مدرسه‌هراسی اثربخش می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب جدایی، درمان شناختی-رفتاری، دانش آموزان

مقدمه

برای بسیاری از افراد دوران کودکی دوره ای پر از شادی و خاطرات دلپذیر است. با این حال، برای برخی از کودکان این دوره ممکن است همراه با ترس، نگرانی و اضطراب باشد و عامل بروز چنین حالتی احتمالاً جدایی از افراد مورد دل بستگی است. مطالعات نشان می دهد که اختلال اضطراب جدایی در میان اختلالات دوران کودکی شایع ترین اختلال است [۱] که بر اساس پژوهشی میزان شیوع اختلال اضطراب جدایی در میان کودکان و نوجوانان ایرانی ۷٪ تا ۱۵/۷٪ گزارش شده است [۲] که با یافته های سایر محققان که شیوع اختلال اضطراب جدایی را حدود ۵-۲۰٪ گزارش کرده اند، مطابقت دارد [۳]. ویژگی اصلی این اختلال، ترس یا اضطراب بیش از حد در رابطه با جدایی از خانه یا اشخاص دل بسته است و این اضطراب فراتر از سطح رشد فرد است و موجب ناراحتی بیش از حد فرد می شود. فرد مبتلا در مورد سلامتی یا مرگ اشخاص دل بسته و در مورد وقایع ناگوارمانندگم شدن، برای خودشان نیز نگران است. این اختلال که با شکایات و ناراحتی های جسمانی از قبیل سردرد و تهوع و غیره همراه است باید حداقل به مدت ۴ هفته در افراد کمتر از ۱۸ سال ادامه داشته باشد [۴]. مطالعات همه گیرشناسی نشان می دهد که اختلالات اضطرابی، یکی از متداول ترین اختلالات روانپزشکی در دوره کودکی بوده و اغلب توسط کودکان سنین مدرسه تجربه می شود [۵]. به علاوه این اختلالات در طول زمان پایدار بوده و افراد را در معرض نارساکنش وری در زمینه های دیگر قرار می دهند که از جمله آنها می توان به عملکرد تحصیلی ضعیف، عزت نفس پایین، افسردگی و وابستگی به مواد اشاره نمود [۶]. از آنجا که اختلالات اضطرابی هم ابتلایی بالایی با سایر اختلالات روانپزشکی در کودکان دارد، از این رو کمتر از سوی بالین گران مورد توجه قرار [۷]. با این وجود در صورت تشخیص اختلالات اضطرابی در کودکان، دختران، نسبت به پسران تشخیص بیشتری دریافت کرده و علاوه بر این متفاوت با پسران به درمان پاسخ می دهند [۸]. در همین راستا درخشانپور و همکاران [۹] در پژوهش خود نشان دادند که اختلال اضطرابی شایع ترین نوع اختلال اضطرابی در کودکان و نوجوانان است که تأثیر بسزایی در عملکرد و کارایی آنها داشته و شیوع آن در دانش آموزان با مادران غیر شاغل با میزان تحصیلات پایین تر، در جنس دختر، در خانواده هایی با فرزندان کمتر و دانش آموزان مدارس دولتی بیشتر است.

اهمیت مطالعه اضطراب به عنوان اختلالات شایع روانپزشکی از آنجایی ارزشمند است که، مسیر تحول و رشد بهنجار کودک را دچار وقفه و مشکل می سازد. همچنین این اختلالات نامبرده جزء مشکلات عاطفی هستند که رویارویی و حل آنها از دغدغه های مهم والدین، مربیان مدارس و مشاوران کودک می باشد [۱۰ و ۱۱]. چنانچه مداخله درمانی به هنگامی برای آنها در نظر گرفته نشود، کودکان دچار اضطراب فراگیر شده و از حضور در موقعیت های اجتماعی ترس و واکنش خواهند داشت. ویژگی اصلی این اختلال، ترس یا اضطراب بیش از حد در رابطه با جدایی از خانه یا اشخاص دل بسته است و این اضطراب فراتر از سطح رشد فرد است و موجب ناراحتی بیش از حد فرد می شود [۴].

اضطراب جدایی در کودکان و دانش آموزان به طور قابل توجهی با فعالیت های روزانه و وظایف آنها تداخل دارد. با توجه به شیوع اختلال اضطراب جدایی و تأثیر آن بر پیشرفت فردی در مدرسه، خانواده، و عملکرد اجتماعی، این اختلال نیازمند مداخلات موثر به منظور کاهش و رفع این مشکل است [۱۲]. مطالعات موجود از تعدادی از درمان های دارویی و روان درمانی برای اختلالات اضطراب دوران کودکی حمایت می کند. قوی ترین شواهد، استفاده از بازدارنده های باز جذب سروتونین و درمان شناختی-رفتاری را پشتیبانی می کند [۱۳]. جف، سگال و بین [۱۴] بیان می کنند که روان درمانگران از درمان های متفاوتی برای اضطراب جدایی کودکان استفاده می کنند که برخی از آنها عبارتند از درمان شناختی رفتاری، رفتار درمانی، خانواده

^۱Sparation Anxiety Disorder (SAD)

^۲epidemiology

^۳SSRI

^۴CBT

درمانی، بازی درمانی می‌باشد. مداخلاتی که اساساً در محیط‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند، مبتنی بر نظریه‌های روان‌پویشی، زیست‌شناختی و شناختی-رفتاری است. معمولاً مداخلات رفتاری، درمانی انتخابی در محیط مدرسه است [۱۵]. این مداخلات دارای سه فرض می‌باشند: رفتار شخص تحت تأثیر افکار، تصورها، ادراک‌ها و سایر وقایع شناختی است؛ اشخاص نقش عامل در یادگیری خود دارند و تا حدودی محیط اطرافشان را خودشان به وجود می‌آورند؛ برای اینکه سازه‌های شناختی در تلاش‌های فرد برای تغییر رفتار سودمند باشد، باید درگیری شناختی، رفتاری به صورت عملی تحقق یابد. در درمان‌های شناختی-رفتاری، سعی بر آن است که عینی‌گرایی، ارزیابی و سنجش از یک سو و دخالت دادن نقش حافظه و شناخت در بازسازی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر به صورت یک پیکره درآیند [۱۶].

با توجه به پیامدهای نامطلوب اضطراب جدایی در کودکان مداخلات درمانی مناسب جهت جلوگیری از شیوع این اختلال بسیار حائز اهمیت است. یکی از روش‌های درمانی کاربردی برای درمان اختلالات اضطرابی، روش رفتار درمانی است. در این پژوهش، محقق به دنبال این است که اثربخشی روش رفتاری را که یک روش تقابلی بوده و معمولاً به صورت مکمل با سایر درمان‌ها جهت مقابله با اضطراب، افسردگی و استرس‌های محیطی به کار می‌رود، در قالب یک روش مجزا و به صورت گروهی برای درمان اختلال اضطراب جدایی در کودکان بررسی نماید و پاسخی برای این پرسش بیابد که درمان رفتاری - شناختی چگونه بر بهبود اضطراب جدایی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی اثر بخش می‌باشد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان کلاس اول ابتدایی مدارس ابتدایی دولتی دخترانه و پسرانه غرب شهر تهران بود. جهت تعیین نمونه، یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه از غرب شهر تهران به صورت تصادفی انتخاب شده و ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر و ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان دختر کلاس اول ابتدایی (در مجموع ۲۰۰ نفر) برگزیده شده و از والدین آنان خواسته شد تا پرسشنامه اضطراب جدایی را در مورد فرزندشان تکمیل نمایند. پس از تحلیل پرسشنامه‌ها، از بین کودکانی که بالای خط برش ۴ بودند، ۵۰ کودک دختر و پسر با توجه به رضایت والدینشان، انتخاب و با گمارش تصادفی، در دو گروه (۲۵ کودک در گروه آزمایش و ۲۵ کودک در گروه کنترل) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان (هفته‌ای دو جلسه و به مدت ۴۵ دقیقه) قرار گرفتند. جهت رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه نیز پس از اتمام پژوهش، تحت درمان قرار گرفتند. برای بررسی نیز از پرسشنامه اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان استفاده شد.

پرسشنامه اختلالات مرتبط با اضطراب کودکان: این آزمون که یک ابزار خودگزارشی است، توسط بیماهر و همکاران [۱۷] به منظور ارزیابی علائم اختلالات اضطرابی بر طبق معیارهای DSM-IV در کودکان ۸ تا ۱۸ ساله ساخته شده و شامل یک مقیاس اضطراب کلی و پنج زیرمقیاس (اضطراب تعمیم یافته، اضطراب جدایی، اضطراب جدایی، مدرسه‌هراسی و اختلال هراس/جسمانی شکل) می‌باشد. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۳۸ ماده بود که بیماهر و همکارانش [۱۷] سه ماده به زیر مقیاس اضطراب اجتماعی آن افزودند. بنابراین فرم کنونی این آزمون که بیشتر در پژوهش‌ها به کار می‌رود دارای ۴۱ عبارت است که از این تعداد ۱۳ ماده مربوط به زیر مقیاس هراس جسمانی شکل، ۹ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب تعمیم یافته، ۸ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب جدایی، ۷ ماده مربوط به زیر مقیاس اضطراب اجتماعی و ۴ ماده مربوط به زیر مقیاس اختلال مدرسه‌هراسی است. شایان ذکر است که این پرسشنامه بر مبنای نمونه بالینی طراحی شده است.

جدول شماره ۱: پروتکل درمان شناختی-رفتاری اضطراب جدایی با رویکرد رفتاری-شناختی [۱۴]

تعداد جلسات	برنامه هر جلسه
جلسه اول	کودک با درمانگر ارتباط برقرار کرده و درمانگر به کودکان و مادران آنها برنامه‌های درمانی و چگونگی شرکت آنان را توضیح می‌دهد.
جلسه دوم	انواع عروسک‌ها که هر یک نقش‌های متفاوتی را داشته و هیجاناتی را بروز می‌دانند توسط نمایش عروسکی و تکمیل جملات ناتمام به کودکان آموزش داده می‌شود.
جلسه سوم	ارتباط فکر و احساس از طریق الگوی نمایشی برای کودکان اجرا می‌شود و کودکان خود نیز آنها را به اجرا در می‌آورند.
جلسه چهارم	استفاده از تکنیک‌های درمانی احساس آرامش
جلسه پنجم	استفاده از تکنیک‌های درمانی احساس خوب داشتن
جلسه ششم	استفاده از تکنیک‌های درمانی افکاردرونی
جلسه هفتم	استفاده از تکنیک‌های درمانی نقشه‌های اکتشافی کودک (راهبردهای مقابله‌ای)
جلسه هشتم	استفاده از تکنیک‌های درمانی جایزه به خود برای کارهای خوب
جلسه نهم	استفاده از تکنیک‌های درمانی تمرین کردن
جلسه دهم	استفاده از تکنیک‌های درمانی آرام ماندن به وسیله مهارت‌های مقابله‌ای جدید

در هر جلسه، یک راهبرد مقابله‌ای نظیر تمرین تنفس، آرامش دهی، خودگویی‌های مثبت، تشویق خود، دادن پاداش به خود و غیره آموزش داده شد که کودک نیز در خانه باید آنها را در نمایش عروسکی به همراه مادر تمرین می‌نمود. در جلسات پایانی مادر دقایقی کلاس را ترک می‌کرد (به طوری که کودک متوجه خروج مادر از کلاس نشده، ولی به هنگام بازگشت به گونه‌ای وارد می‌شد که کودک متوجه ورودش می‌شد). در هر جلسه به زمان ترک جلسه توسط مادر افزوده شد. در جلسه دهم مادر دیگر در کلاس حضور نداشت.

یافته‌ها

جدول شماره ۲: میانگین ابعاد اضطراب جدایی به تفکیک گروه‌ها

ابعاد اضطراب	گروه‌ها	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار
هراس	پیش‌آزمون	۲۷/۱۶	۲/۹۷	۳۳/۴۶	۲/۲۲
	پس‌آزمون	۲۰/۷۶	۳/۲۱	۱۳/۱۶	۵/۲۱
جسمانی	پیش‌آزمون	۲۳/۳۳	۱/۹۲	۲۸/۴۶	۲/۵۴
	پس‌آزمون	۱۵/۶۹	۳/۰۱	۲۴/۵۳	۲/۹۹
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۲/۸۳	۱/۵۲	۲۴/۶۱	۱/۰۴
	پس‌آزمون	۱۲/۷۶	۱/۷۳	۲۵/۳۳	۱/۹۶
تعمیم یافته	پیش‌آزمون	۲۰/۵	۱/۱۶	۲۰/۶۹	۱/۸۴
	پس‌آزمون	۱۱/۳۸	۲/۳۶	۲۰/۱۶	۲/۴
اضطراب جدایی	پیش‌آزمون	۹/۶	۱/۸۴	۱۱/۵۲	۲/۳۴
	پس‌آزمون	۷/۷۶	۱/۸۶	۱۰/۴۵	۳/۴۷

همانگونه که مشاهده می شود، میانگین گروه آزمایش در تمام ابعاد اضطراب، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است.

جدول شماره ۳: نتایج بررسی توزیع نرمال، تساوی واریانس ها و همسانی ماتریس

۰/۱۴۴	آماره Z	کولموگروف اسمیرنوف	بررسی توزیع نرمال متغیرها
۰/۰۱۱	سطح معناداری		
۲/۴۰۶	F	لوین	بررسی همسانی واریانس ها
۰/۰۵۸	سطح معناداری		
۱/۶۵۱	Box's M	آزمون باکس	بررسی همسانی ماتریس واریانس کوواریانس
۱/۰۵	F		
۰/۲۱۲	سطح معناداری		

در کولموگروف اسمیرنوف، سطح معناداری در مقدار عددی بیشتر از یک درصد می باشد که نشان می دهد توزیع در متغیر مورد مطالعه به شکل نرمال می باشد. در آزمون لوین، مولفه های مورد مطالعه دارای واریانس های همگنی می باشند و به لحاظ آماری واریانس های خطا هیچ تفاوت معناداری ندارند و در نهایت شرط همگنی ماتریس واریانس کوواریانس رعایت شده است. در آزمون باکس نیز چون مقدار F برابر با ۱،۰۵۰ در سطح معناداری (۰،۲۱۲) معنی دار نیست، بیانگر این مطلب است که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کواریانس فرضیه تحقیق در ارتباط با تفاوت نمرات اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	خطا df	Df فرضیه	اندازه اثر	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلای	۰/۸۰۳	۳۴/۲۱	۴۲	۵	۰/۸۰۳	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۱۹۷	۳۴/۲۱	۴۲	۵	۰/۸۰۳	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۴/۰۷۳	۳۴/۲۱	۴۲	۵	۰/۸۰۳	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۴/۰۷۳	۳۴/۲۱	۴۲	۵	۰/۸۰۳	۰/۰۰۱

سطح معناداری در تمامی آزمون ها در مقدار عددی کمتر از ۵ درصد می باشد. به عبارت دیگر با ۹۵ درصد اطمینان میتوان فرضیه تحقیق را تایید نمود. از طرف دیگر با توجه به ارزش مجذور ایلتا که برابر با ۰،۸۰۳ می باشد، می توانیم معین کنیم که متغیر مستقل (شیوه درمانی) مقدار نسبتاً بالایی از واریانس کل را تبیین می کند. یعنی حدود ۹۹ درصد از کل واریانس متغیر وابسته را تبیین می کند. لازم به ذکر است چون دو گروه با یکدیگر مقایسه می شوند، لذا مقدار F و سطح معناداری و مجذور ایلتا تمام آزمون ها برابر می باشند.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کواریانس در ارتباط با معناداری تفاوت نمرات اضطراب

بعد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ایلتا	توان آماری
اضطراب جدایی فراگیر	۴۸۰/۰۲	۱	۴۸۰/۰۲	۶۷/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶	۱
اضطراب جدایی اجتماعی	۶۴۲/۱۳	۱	۶۴۲/۱۳	۲۵۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۵	۱
اضطراب جدایی ترس آور	۲۵۱/۲۸	۱	۲۵۱/۲۸	۶۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴	۱

۱	۰/۶۴۷	۰/۰۰۱	۸۴/۴۵	۲۶۴/۷۴	۱	۲۶۴/۷۴	اضطراب مدرسه هراسی
---	-------	-------	-------	--------	---	--------	--------------------

نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهند بین نمرات اضطراب گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون و پس آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد. همچنین اندازه اثر برابر با ۰.۵۹۹ و توان آماری برابر با ۱۰۰ می‌باشد. در خصوص سایر مولفه‌های اضطراب مانند اضطراب تعمیم یافته، اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی و اختلال مدرسه هراسی نیز تمامی موارد گفته شده صدق می‌کند. همچنین در مقام مقایسه با توجه به نتایج حاصل شده در این قسمت مشاهده می‌شود که آموزش های رفتاری بر مؤلفه اضطراب جدایی اجتماعی بیش از سایر مولفه‌ها تأثیر گذار بوده و کمترین تأثیر را نیز بر اضطراب جدایی ترس آور دارد.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب جدایی دانش آموزان مقطع ابتدایی پرداخته شد که نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب جدایی دانش آموزان مقطع ابتدایی اثربخش می‌باشد. این نتایج با نتایج پژوهش [۱۹] همسو می‌باشد.

در بیان تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که اضطراب جدایی از سنین پیش دبستانی بروز می‌کند و ممکن است سالیان دراز پا برجا بماند. چنین اضطرابی در هر موقعیتی که احتمال جدایی وجود دارد شدیداً برانگیخته می‌شود و فرد را بر آن می‌دارد تا از موقعیت هایی که مستلزم جدایی هستند، اجتناب کند. مشاهدات بالینی نتوانستند به وجود ویژگی های شخصیتی خاص در کسانی که دچار اضطراب جدایی شده اند دست یابند. اما در اغلب موارد اختلال پس از یک رویداد تنیدگی‌زا مانند مرگ یکی از اعضای خانواده یا یک حیوان مأنوس خانگی، یک بیماری شخصی یا بیماری یکی از اعضای خانواده و تغییر محیط مانند تغییر مدرسه یا منزل، بروز کرده است. اضطراب شدید و نامتناسب رشد یابنده در ارتباط با جدایی از کسانی که فرد به آنها دل بسته است. اضطراب جدایی وجود حداقل سه علامت مربوط به نگرانی شدید در ارتباط با جدایی از فرد مورد وابستگی را ایجاد می‌کند: نگرانی ممکن است به صورت اجتناب از رفتن به مدرسه، ترس و ناراحتی هنگام جدایی، شکایت مکرر نظیر علائم جسمی به صورت سر درد و دل درد به هنگام انتظار جدایی و کابوس مربوط به مسائل جدایی ظاهر شود. نتایج حاصل شده در این مطالعه و همچنین مطالعات پیشین در این زمینه نشان داد، آموزش های مبتنی بر رفتار تحت تأثیر پیش آیندها و پیامدهاست. پیامدهایی که احتمال وقوع رفتار را افزایش می‌دهند، تقویت کننده نامیده می‌شوند. بنابراین با تغییر پیش آیندها و پیامدها می‌توان تغییراتی در رفتار به وجود آورد. لذا هدف نهایی مشاوره رفتاری، همچون هر روش مشاوره‌ی دیگری، آن است که کودکان بیاموزند چگونه با تغییر رفتارشان برای بهتر برآورده کردن نیازهایشان، مشاور خودشان باشند. غالباً باید از تکنیک‌های رفتاری در شروع درمان استفاده کرد زیرا مشکلاتی را که با این تکنیک‌ها می‌توان درمان کرد ممکن است برای بیمار ناراحت کننده باشند و از پیشرفت درمان جلوگیری کنند. همچنین راهبردهای درمانی، نشأت گرفته از الگوهای رفتاری شامل کنترل وابستگی، حساسیت زدایی منظم، رویارویی، شکل دهی و الگوگیری می‌باشد. به همین منظور می‌توان بیان نمود که رفتار درمانی می‌تواند در کاهش اضطراب و توانایی کودکان در کنترل رفتارهای اضطراب جدایی تأثیر گذار باشد.

این پژوهش نیز مانند بسیاری از پژوهش های دیگر دارای محدودیت هایی بود. انجام پژوهش بر روی کودکان مقطع اول ابتدایی بود که تعمیم آن به سایر گروه ها را کاهش می‌دهد و ادراک متفاوت پاسخگویان از ابزار سنجش و گویه‌های پرسشنامه که در پاسخگوییشان تأثیر گذار بوده است، از محدودیت های پژوهش حاضر بود. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، پیشنهاد می‌شود در راستای افزایش سطح شناخت والدین از رفتارهای کودکان و اضطراب جدایی، مدارس، اقدام به برگزاری کلاس های آموزشی در راستای شناخت دقیق و به موقع اضطراب جدایی برای والدین کودکان نموده تا والدین بتوانند در موقع درست، واکنش های درستی از خود بروز دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود در راستای کاهش اضطراب جدایی در کودکان و

دانش آموزان، مدارس به شناسایی کودکان دارای اضطراب جدایی اقدام نموده و در نهایت نسبت به جلسات درمان شناختی رفتاری در راستای کاهش اضطراب جدایی آنها اقدام نمایند.

منابع و مراجع

۱. Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 42(10), 1203-1211
۲. ابراهیمی، ل و دهداری، ا (۱۳۹۱). تعیین میزان شیوع اختلال اضطراب در میان دانش آموزان پایه پنجم و بررسی اثر بخشی دو روش خود گویی برونی و درونی در کاهش آن. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. سال سوم. شماره ۱۱. ۲۰-۱
۳. Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N., & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive distortion?. *Behaviour research and therapy*, 43(1), 131-141.
۴. DSM-5. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
۵. James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents.
۶. Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, E. J., Towe-Goodman, N., & Egger, H. (2013). Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1294-1303.
۷. Lohr, W. D., Daniels, K., Wiemken, T., Williams, P. G., Kelley, R. R., Kuravackel, G., & Sears, L. (2017). The Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders Is Sensitive but Not Specific in Identifying Anxiety in Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder: A Pilot Comparison to the Achenbach System of Empirically Based Assessment Scales. *Frontiers in psychiatry*, 8, 138.
۸. Paulus, F. W., Backes, A., Sander, C. S., Weber, M., & von Gontard, A. (2015). Anxiety disorders and behavioral inhibition in preschool children: a population-based study. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 150-157.
۹. درخشانیپور، ف؛ ایزدیاری، ح؛ شاهینی، ن و وکیلی، م (۱۳۹۵). بررسی سطح اضطراب در دانش آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهر گرگان، پژوهنده، دوره ۱۰۹، شماره ۱، ۳۴-۳۰
۱۰. Kaplan, B. J. (2016). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(1), 78-79.

۱۱. Saduk, B., & Sadock, V. (2014). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry. *J Urmia Univ Med Sci*, 25(3), 240-6۳.
۱۲. Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J., & Wagner, R. (2000). Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of anxiety disorders*, 14(1), ۱-۱۸.
۱۳. Mohatt, J., Bennett, S. M., & Walkup, J. T. (2014). Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry*, ۱۷۱(۷), ۷۴۱-۷۴۸.
۱۴. عبدخدایی، محمد سعید. صادق اردوبادی، آفرین. (۱۳۹۰). بررسی میزان اضطراب جدایی کودکان و اثربخشی بازی درمانی با رویکرد رفتاری- شناختی بر کاهش آن. فصلنامه روانشناسی بالینی. دوره ۳. شماره ۴. شماره پیاپی ۱۲. ۵۱-۵۸.
۱۵. Mennuti, R. B., Christner, R. W., & Freeman, A. (۲۰۰۶). An introduction to a school-based cognitive-behavioral framework. *Cognitive-behavioral interventions in educational settings: A handbook for practice*, ۱۹-۳.
۱۶. هاوتون، کیت. کرک، جوان. سالکووس کیس، پال. میلر کلارک. دیوید. (۱۳۹۵). رفتاردرمانی شناختی. ترجمه حبیب الله قاسم زاده. نشر: ارجمند.
۱۷. Birmaher, B., Brent, D., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., Baugher, M. (1999). 'Psychometric Properties of the Screen for Child AnxietyRelated Emotional Disorders (SCARED): a Replication Study'. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
۱۸. کاویانی، ح و موسوی، ا (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۶، شماره ۲، ۱۴۰-۱۳۶.
۱۹. تشکری، ز (۱۳۹۴). تأثیر روش تن آرامی گروهی بر کاهش نشانه های اختلال اضطراب جدایی دانش آموزان مقطع ابتدایی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی. گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه علامه طباطبایی.