

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۴
دوره‌ی چهارم، سال ۲۲، شماره‌ی ۲
صص: ۱۷۰-۱۵۳

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۴/۱۰
تاریخ بررسی مقاله: ۹۳/۰۴/۲۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۰۴/۰۹

بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی کودک و مادر- کودک بر اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و جرات‌ورزی دانش‌آموزان پایه‌های پنجم و ششم شهر اهواز

کرامت کرامتی *

یدالله زرگر **

عبدالزهره نعیمی ***

کیومرث بشلیده ****

ایران داودی *****

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری گروهی کودک و مادر - کودک بر اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و جرات‌ورزی دانش‌آموزان پایه‌های پنجم و ششم شهر اهواز صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه‌های پنجم و ششم مدارس شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ بود. از بین ۵۲۵ دانش‌آموز که به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند تعداد ۳۶ نفر که دارای ۱ انحراف استاندارد اضطراب اجتماعی بالاتر از میانگین بودند در سه گروه ۱۲ نفره گمارده شدند. گروه یک، در درمان شناختی - رفتاری کودک و گروه دو در

* دانشجوی دکتری تخصص روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

kkeramat44@gmail.com

zargar_y@scu.ac.ir

naamiabdul@yahoo.com

k.beshlideh@scu.ac.ir

Dvoudi_i@scu.ac.ir

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

*** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

**** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

***** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

درمان شناختی - رفتاری مادر - کودک شرکت کردند، درحالی‌که گروه کنترل در هیچ درمانی شرکت داده نشدند. ابزارهای مورداستفاده شامل آزمون اضطراب اسپنس فرم کودکان، سیاهه اضطراب و فوبی اجتماعی کودکان و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ است. طرح پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. نتایج تحلیل فرضیه‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مادر - کودک باعث کاهش معنی‌دار اضطراب اجتماعی، افزایش جرات ورزی و عزت‌نفس گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید، درحالی‌که گروه شناختی - رفتاری کودک در مقایسه با گروه کنترل فقط سبب کاهش معنی‌دار اضطراب اجتماعی و افزایش جرات ورزی گردید. مرحله پیگیری بین گروه‌های آزمایشی (کودک و مادر - کودک) و گروه گواه در متغیر اضطراب اجتماعی وجود دارد درحالی‌که در دو متغیر دیگر تفاوت معنی‌دار نیست.

کلید واژگان: درمان شناختی-رفتاری مادر-کودک، درمان شناختی-رفتاری کودک، اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس، جرات ورزی.

مقدمه

اختلالات اضطرابی شامل طبقه‌ای از اختلالات است که مواردی از آن، هم چون اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی و اضطراب مفرد در بین کودکان رایج بوده و سبب آسیب اساسی در عملکرد تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی می‌گردد. این علائم پیش‌بینی کننده افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی در بزرگسالی است. برخلاف شیوع بالا (۲۰ - ۱۰ درصد) و حالات ناخوشی و مرضی عمده، علائم اضطرابی در کودکان و نوجوانان کمتر مورد درمان و توجه قرار گرفته است (واک اپ و آلبانو^۱، ۲۰۱۱). اضطراب اجتماعی یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی در بین کودکان و نوجوانان است (وود و پیاستینی^۲، ۲۰۰۸). مشخصه این اختلال ترس از بی‌کفایت دیده شدن در موقعیت‌های اجتماعی یا موقعیت‌های عملکردی بوده که منجر به مشکلات قابل توجه می‌گردد. اختلال مذکور یک عامل خطر برای ابتلای به دیگر اختلالات روان‌شناختی است (پورحسن و سعید^۳، ۲۰۱۰). هرچند ادبیات تحقیق از درمان شناختی-رفتاری کودک به‌عنوان یک مداخله موثر در اضطراب اجتماعی کودک و نوجوان حمایت می‌کند تحقیقات بیشتری برای معرفی دیگر روش‌های درمانی ضروری است

-
- 1- Walkup & Albano
 - 2- Wood & Piacentini
 - 3- Purhasan & Saed

(ماش و بارکلی^۱، ۲۰۱۲).

کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی افراد بدون جراتی هستند که توان ارائه پاسخ نه و اصرار بر خواسته‌های خود را ندارند. میان پاسخ‌های جرات ورزانه و اضطراب اجتماعی تضاد جمع‌ناپذیری وجود دارد. این در حالی است که رشد عزت‌نفس و ابراز احساسات مثبت بخشی از فرایند درمان اضطراب اجتماعی است. کودکان با حساسیت زیاد نسبت به نظرات دیگران، در رفتار جرات ورزانه ناکام می‌مانند و این حساسیت بیش‌ازحد، اضطراب اجتماعی و اختلال در رفتار جرات ورزانه را در پی خواهد داشت. در شخصیت کودکان غیر جرات ورز ترس «از دست دادن» دیده می‌شود، چون این کودکان از ترس اینکه خوب عمل نکنند توانایی بیان و ابراز عواطفشان را از دست می‌دهند (شوارتز و گاتمن^۲، ۲۰۰۶). اضطراب اجتماعی^۳، به ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور ناشی می‌شود که در این موقعیت‌ها به‌گونه‌ای خجالت‌آور یا تحقیرآمیز عمل می‌کند (رینگولد و هربرت^۴، ۲۰۰۳). شیوع ۱۳ درصدی اضطراب اجتماعی در جامعه، آن را در مقام سوم علائم روان‌پزشکی پس از افسردگی و مصرف مواد قرار داده است (کسلر و برگلاند^۵، ۲۰۰۸). در صد زیادی از بزرگسالان دارای اضطراب اجتماعی گزارش می‌دهند که نشانه‌ها را از کودکی تجربه کرده‌اند، ولی در کودکان برجستگی نشانه‌های این اختلال کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد این در حالی است که عدم درمان علائم، منجر به مزمن شدن و دوام آن تا بزرگسالی می‌گردد (بیدل و موریس^۶، ۲۰۰۵).

بین درمان‌های مورداستفاده اختلالات اضطرابی، درمان دارویی از بقیه درمان‌ها رایج‌تر و شناخته‌شده‌تر است، این در حالی است که علائم اضطراب با وجود مصرف دارو کاملاً برطرف نگردیده و صرفاً تا زمانی که فرد به مصرف دارو ادامه می‌دهد به بهبود نسبی دست می‌یابد (کرسک و واترز^۷، ۲۰۰۵). مداخلات شناختی-رفتاری، شیوه‌ای است که در کاهش علائم

- 1- Mash & Barkley
- 2- Schwartz & Guttman
- 3- social anxiety
- 4- Rheingold & Herbert
- 5- Kessler & Berglund
- 6- Beidel & Morris
- 7- Craske & Waters

اضطرابی موفقیت‌های نسبتاً چشم‌گیری حاصل کرده است. این درمان با توجه به سطح توانایی‌های کودکان و نوجوانان به بازسازی نحوه تفکر و هم‌زمان اصلاح ویژگی‌های رفتاری آن‌ها می‌پردازد. هرچند تحقیقات زیادی به مفید بودن این نوع از مداخلات صحه گذاشته‌اند، ولی تعداد کودکان و نوجوانانی که به درمان پاسخ نداده یا این‌که بعد از مدتی مجدداً علائم اضطرابی را تجربه می‌کنند کم نیستند (فیلد و کارت-رایت-هاتون^۱، ۲۰۰۸). خلاصه‌ی یافته‌هایی که به نقش والدین به‌ویژه مادران در ایجاد، دوام و یا کمک به بهبود علائم اضطراب پرداخته باشند کاملاً محسوس است (موری، کوپر و کرسول^۲، ۲۰۰۹).

درمان‌های ترکیبی مادر و کودک ضروری‌اند چون ۴۰ تا ۵۰ درصد کودکان مبتلا به این علائم به مداخلات کوتاه‌مدت با یک نوع درمان، پاسخ نمی‌دهند (برینگه‌اولست و اسبجورن^۳، ۲۰۱۲). مادران کودکان مبتلا به علائم اضطرابی، بهترین افرادی هستند که می‌توانند پاسخ‌های انطباقی را به کودکان آموخته و این پاسخ‌ها را تقویت نمایند. مادران زمانی می‌توانند بر رفتار فرزند خود اثر مثبتی داشته باشند که ترس و اضطراب او را بهتر بفهمند و راه‌های مؤثر کنار آمدن با وضعیت ترسناک را یاد بدهند (شرودر و گوردون^۴، ۲۰۰۲). ترجمه، فیروز بخت، ۱۳۸۵). نقش همسالان در مداخلات شناختی-رفتاری، به‌عنوان کمک درمانگر را نیز نمی‌توان کم‌اهمیت دانست، این در حالی است که کودک مورد درمان، بخش اعظمی از اوقات خود را در جمع دوستان و هم‌کلاسان خود می‌گذراند. همسالان کودکان و نوجوانان با آموزش عملی و الگودهی می‌توانند به درمانگران در تسریع و صرفه‌جویی در زمان و هزینه‌ها کمک کنند (برینگه‌اولست و اسبجورن، ۲۰۱۲). درمان شناختی رفتاری مادر-کودک، درمانی متفاوت با دیگر درمان‌های رایج مورد استفاده برای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و جرات ورزی کودکان می‌باشد. به دلیل این‌که درمان‌های مرسوم، با نادیده گرفتن اضطراب مادران و توانایی‌های آن‌ها در تعامل با کودکان، بعد مهم و نقش‌آفرینی را نادیده گرفته‌اند. این شیوه برای نخستین بار کودک و مادر را باهم تحت درمان قرار می‌دهد و اثرات هم‌پوشی این دو را باهم در بهبود اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و جرات ورزی آشکار می‌سازد. چون در این

-
- 1- Field & Cartwright-Hatton
 - 2- Murray, Cooper, & Creswell
 - 3- Breinholst & Esbjorn
 - 4- Schroder & Gordon

درمان اضطراب مادران نیز از جمله اهداف درمانی است، بنابراین می‌توان به این سؤال پاسخ داد که آیا شرکت دادن مادران در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری کودک شیوه مؤثر و مقرون به‌صرفه‌تری خواهد بود؟

روش

پژوهش حاضر دارای دو گروه آزمایشی (درمان شناختی - رفتاری مادر - کودک و کودک) و یک گروه کنترل با پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود، بنابراین می‌توان آن را در زمره طرح‌های آزمایشی خواند. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه دانش‌آموزان پسر پایه‌های پنجم و ششم ابتدایی شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ بود. نمونه مقدماتی شامل ۵۲۵ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه‌های پنجم و ششم ابتدایی این شهر بود که از بین آن‌ها تعداد ۴۵ نفر که نمره اضطراب اجتماعی‌شان در خرده مقیاس اضطراب اجتماعی اسپنس فرم کودکان بیش از ۱ انحراف استاندارد از میانگین بوده و بر اساس مصاحبه بالینی ملاک‌های ورود و خروج را داشتند به‌طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند که در حین مداخلات تعداد ۵ نفر از گروه‌های آزمایشی و ۲ نفر از گروه گواه از شرکت در درمان منصرف شدند. به دلیل ثابت نگه‌داشتن گروه‌های آزمایشی و گواه، تعداد گروه‌ها به ۱۲ نفر تقلیل داده شد. (۱) گروهی که هم مادرانشان و هم خودشان در درمان شناختی - رفتاری به‌طور جداگانه شرکت کردند. (۲) گروهی که فقط خودشان در درمان شناختی - رفتاری شرکت کردند. (۳) گروهی که هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده و به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب اسپنس فرم کودکان

مقیاس اضطراب اسپنس فرم کودکان (SCAS) در سال ۱۹۹۷ توسط اسپنس به‌منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات

روانی DSM - IV ساخته‌شده است (اسپنس، ناتا، واتزر و رپی^۱، ۲۰۰۳). این مقیاس از ۴۵ عبارت تشکیل شده است که ۳۸ ماده آن نمره‌گذاری می‌شود و شش عبارت که عبارت‌های مثبت هستند، محاسبه نمی‌شوند. همچنین یک سؤال باز پاسخ است که کودک به‌طور تشریحی به آن پاسخ می‌دهد و برای سنین ۸ تا ۱۵ سال طراحی شده است. روش نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که از مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها، نمره کلی به دست می‌آید. عبارات ۱۱-۱۷-۲۶-۳۱-۳۸-۴۳ در محاسبات منظور نمی‌گردد. به پاسخ‌ها به صورت هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، اغلب=۲ و همیشه=۳ نمره تعلق می‌گیرد و حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۴ است و در مورد خرده مقیاس اضطراب اجتماعی حداکثر نمره اختصاصی ۱۸ می‌باشد. اسپنس و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای بر روی کودکان و نوجوانان، پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با بهره‌گیری از روش باز آزمایی ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. همچنین در همین گزارش پایایی خرده مقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۸۴ و ۰/۹۶ بیان شده است. اسپنس و همکاران (۲۰۰۳) به‌منظور تعیین روایی پرسشنامه اضطراب کودکان، همبستگی بین این پرسشنامه و فهرست رفتاری کودکان آخنباخ^۲ را برآورد کردند. ضریب حاصل برابر با ۰/۵۸ و از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود. این در حالی است که بین این پرسشنامه و پرسشنامه اضطراب کوکان فرم والدین، ضریب همبستگی ۰/۵۱ به دست آمد و این ضریب نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. در ایران موسوی و همکاران روایی آن را مورد تأیید قرار داده و پایایی آن را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (به نقل از طالب پور، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب پایایی نمرات کلی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و به روش تنصیف اسپیرمن - براون و گاتمن ۰/۷۸ به دست آمد. در این پژوهش همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب و فوبی اجتماعی محاسبه که ضریب همبستگی به‌دست‌آمده مثبت و معنی دار بود. ضریب همبستگی محاسبه‌شده جهت خرده مقیاس اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۳ بود. همچنین ضریب روایی خرده مقیاس اضطراب اجتماعی آن، با نمره مقیاس اضطراب و فوبی اجتماعی ۰/۵۸ به دست آمد که هر دو در سطح ۰/۰۱ معنی دار بودند. به‌منظور سنجش جرات ورزی، از مقیاس جرات ورزی سیاهه اضطراب و فوبی اجتماعی استفاده شد.

1- Spence, Nauta, Watzer, & Rapee

2- Child Behavior Checklist Achenbach

سیاهه اضطراب و فوبی اجتماعی

سیاهه اضطراب و فوبی اجتماعی برای کودکان و نوجوانان (SPAI-C¹) توسط بیدل و ترنر در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. این سیاهه دارای ۲۶ ماده بوده، برای سنین ۸ تا ۱۷ سال به کار برده می شود و دارای یک مقیاس نمره گذاری سه درجه ای (۰ = هیچ گاه یا به ندرت، ۱ = بعضی اوقات و ۲ = همیشه یا بیشتر اوقات) است. بیدل و ترنر آلفای کرونباخ این سیاهه را ۰/۹۵ و پایایی به روش باز آزمایی را ۰/۸۶ گزارش کرده اند (به نقل از رحمانیان و همکاران، ۱۳۹۰). گآئر، پیکن، واسکنسلوس^۲، ترنر و بیدل (۲۰۰۵) به بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب و فوبی اجتماعی پرداختند. آن ها بر روی ۱۸۷۱ نفر از کودکان سنین ۹ تا ۱۴ سال، ضریب پایایی به روش باز آزمایی دوهفته ای ۰/۷۸ و آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را به دست آوردند. همچنین این محققین همسانی درونی و ساختار عاملی مطلوبی نیز گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی کل، به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و به روش های گاتمن ۰/۷۴ و اسپیرمن براون ۰/۷۷ به دست آمد. در خرده مقیاس ها بالاترین ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ به خرده مقیاس ابراز وجود مربوط می شود. همچنین ضریب روایی این مقیاس با مقیاس اضطراب اسپنس فرم کودکان (SCAS) محاسبه گردید که ۰/۵۸ در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ

مقیاس عزت نفس روزنبرگ جهت ارزیابی عزت نفس آزمودنی ها بکار برده شد. این مقیاس توسط موریس روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ تهیه و معرفی شده است. شامل ۱۰ ماده می باشد و برای اندازه گیری عزت نفس کلی طراحی شده است. نمره بیشتر نشان دهنده عزت نفس بالاتر و نمره کمتر نشان دهنده عزت نفس پایین است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۰ می باشد. نمرات بین ۱۵ تا ۲۵ در محدوده طبیعی قرار می گیرند و نمره بالاتر از ۲۵ نشان دهنده عزت نفس بیش از حد و غیرطبیعی است این در حالی است که میانگین نمرات ۱۵ و نمره کمتر از ۱۵ نشان دهنده عزت نفس پایین است. مطالعات متعددی روایی و پایایی این مقیاس را تأیید کرده اند. لورنزو^۳

1- Social Phobia and Anxiety Inventory for Children

2- Gauer, Picon, & Vasconcellos

3- Lorenzo

(۱۹۹۸) ضریب پایایی آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۸ و روایی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده است (به نقل از برخوری، رفاهی و فرحبخش، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن براون و تنصیف گاتمن بر روی ۲۱۰ دانش‌آموز پایه‌های پنجم و ششم محاسبه گردید که پایایی به روش کرونباخ ۰/۷۲ و به روش‌های دیگر ۰/۷۳ حاصل آن بود. ضریب روایی کل پرسشنامه ۰/۶۴ حاصل شد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود. جهت تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و تأیید یا رد نتایج پرسشنامه اضطراب اسپنس فرم کودکان و سیاهه اضطراب و فوبی اجتماعی، توسط روانشناس بالینی و بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی فرم تجدیدنظر شده (DSM IV – TR)، مصاحبه انجام گردید.

برنامه‌های درمان شناختی – رفتاری گروهی مادر – کودک

درمان شناختی-رفتاری مادر-کودک یک مداخله مؤثر بر اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان است که برگرفته از درمان شناختی-رفتاری بوده و با اشتراک مادر در روند درمان سعی بر آن است تا در بهبودی کودکان پیشرفت ایجادشده و پیامدهای مثبت درمانی حاصل از رویکرد شناختی-رفتاری در طول زمان حفظ گردد. این درمان شامل آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری به مادر و کودک می‌باشد (کری، ولز، نگی، کرایگهد و لاکمن، ۲۰۰۱). درمان شناختی-رفتاری گروهی مادر-کودک مورد استفاده در این پژوهش، درمانی است که توسط واترز، فورد، وارتون و کوبهام^۲ (۲۰۰۹) در کلینیک روانشناسی دانشگاه گرفت^۳ طراحی و اجراشده است. این درمان با علامت اختصاری TAKE ACTION شناخته می‌شود و یک اقدام درمانی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان مضطرب ۴ تا ۱۸ ساله می‌باشد. شامل بخش درمانی کودک و مادر بوده و دارای یک چارچوب گروهی با ۱۰ جلسه هفتگی یک‌ساعته هم برای کودکان و هم برای مادران آنها می‌باشد. جلسات مادران نیز در یک چهارچوب شناختی-رفتاری و شامل ۶ جلسه هفتگی ۱ ساعته اجرا شد که برنامه‌های آن تقریباً شبیه به برنامه کودک با تفاوت‌های جزئی است.

- 1- Curry, Wells, Nagy, Craighead, & Lochman
- 2- Waters, Ford, Wharton, & Cobham
- 3- Griffith University Clinic

برنامه درمان شناختی - رفتاری گروهی کودک

برنامه درمان شناختی - رفتاری گروهی کودک نیز اجرای بخش کودک برنامه شناختی - رفتاری گروهی مادر - کودک، بوده است با این تفاوت که در این بخش صرفاً کودکان شرکت داشته و مادران آنها در هیچ برنامه‌ای حضور نداشتند.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱ نشان‌دهنده میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایشی و گواه به تفکیک موقعیت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های متفاوت در متغیرهای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و جرات ورزی

متغیر	مرحله	گروه مادر - کودک		گروه کودک		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۳۱/۴۲	۷/۶۸	۲۹/۳۱	۹/۴۷	۲۸/۵۰	۴/۷۵
	پس‌آزمون	۲۱/۵۸	۸/۴۷	۲۱/۰۸	۷/۶۳	۳۰/۳۳	۸/۵۱
	پیگیری	۲۱/۰۸	۶/۶۹	۲۳/۱۵	۱۱/۳۰	۲۹/۵۰	۷/۹۹
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	۱۷/۶۶	۵/۲۹۸	۲۰/۷۵	۵/۰۶	۱۹/۷۵	۵/۴۲۹
	پس‌آزمون	۲۱/۶۷	۴/۲۰	۲۴/۳۳	۲/۸۱	۱۹/۶۷	۴/۱۴
	پیگیری	۲۱/۱۶۷	۴/۹۵۷	۲۲/۵۸	۴/۸۲	۱۸/۶۷	۴/۵۹
عدم جرات ورزی	پیش‌آزمون	۷/۶۷	۱/۹۶	۷/۹۲	۲/۲۹۰	۷/۵۸	۲/۲۳
	پس‌آزمون	۵/۷۵	۲/۴۵	۵/۶۲	۲/۶۳۱	۷/۵۰	۱/۹۳
	پیگیری	۵/۹۲	۱/۴۴	۶/۲۳	۲/۶۱۹	۷/۴۲	۳/۰۵۹

جدول ۱ حاوی اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و گواه می‌باشد. داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی و گواه قبل از اجرای مداخلات درمانی به هم نزدیک بوده‌اند. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش، تحلیل واریانس چند متغیری به‌کاربرده شد. داده‌های حاصل از این تجزیه و تحلیل در جداول ۲ و ۳ خلاصه شده است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری، روی تفاضل نمرات پس‌آزمون با پیش‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌گونه که از جدول ۲ قابل استنباط

است تمامی آزمون‌های تحلیل واریانس معنادارند بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های سه‌گانه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) روی تفاضل نمره‌های پس‌آزمون و پیش‌آزمون متغیرهای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و جرأت ورزی

نوع اثر	نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلای ^۱	۰/۳۸۱	۲/۵۱۲	۶	۶۴	۰/۰۳۰
	ویلکز لامبدا ^۲	۰/۶۲۰	۲/۷۸۸	۶	۶۲	۰/۰۱۸
	اثر هتلینگ ^۳	۰/۶۱۰	۳/۰۵۱	۶	۶۰	۰/۰۱۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی ^۴	۰/۶۰۶	۶/۴۹۶	۳	۳۲	۰/۰۰۲

نتایج تحلیل واریانس چند متغیر (MANOVA) روی تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های سه‌گانه به تفکیک متغیرهای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و عدم جرأت ورزی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) روی تفاضل نمره‌های پس‌آزمون و پیش‌آزمون متغیرهای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و عدم جرأت ورزی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
اضطراب اجتماعی	۱۰۱۵/۱۶۷	۲	۵۰۷/۵۸۳	۶/۷۸۵	۰/۰۰۳
عزت‌نفس	۱۲۱/۱۶۷	۲	۶۰/۵۸۳	۲/۴۸۷	۰/۰۹۹
جرأت ورزی	۵۳/۵۶۶	۲	۲۶/۷۷۸	۳/۸۴۷	۰/۰۳۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در مورد دو متغیر اضطراب اجتماعی و جرأت ورزی تأثیر گروه معنی‌دار است. نتایج پیگیری تفاوت بین گروه‌های سه‌گانه در متغیرهای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و عدم جرأت ورزی در جدول ۴ ارائه شده است.

- 1- Pillai's trace
- 2- Wilks' lambda
- 3- Hotelling's trace
- 4- Roy's largest root

جدول ۴. نتایج پیگیری تفاوت بین گروه‌های سه‌گانه، از لحاظ متغیرهای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و جرأت‌ورزی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین گروه‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی	۱	۲	۰/۶۶۷	۰/۵۳۱	۰/۸۵
	۱	۳	۱۰/۹۱۳	۰/۵۳۱	۰/۰۰۴
	۳	۲	۱۱/۵۸۳	۰/۵۳۱	۰/۰۰۲
عزت‌نفس	۱	۲	۰/۴۱۷	۲/۰۱۵	۰/۸۳
	۱	۳	۳/۶۶۷	۲/۰۱۵	۰/۰۷
	۳	۲	۴/۰۸۳	۲/۰۱۵	۰/۰۵
جرأت‌ورزی	۱	۲	۰/۱۶۷	۰/۴۵۳	۰/۸۷
	۱	۳	۲/۶۶۷	۰/۴۸۹	۰/۰۱
	۳	۲	۲/۵۰۰	۰/۴۸۷	۰/۰۲

همان‌گونه که از جدول ۴ قابل استنباط است گروه‌های آزمایشی در متغیرهای وابسته سه‌گانه در مرحله پس‌آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار دارند. جدول ۵ حاوی نتایج تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پیگیری در متغیرهای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و عدم جرأت‌ورزی می‌باشد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی تفاضل نمره‌های پیگیری و پیش‌آزمون در متغیرهای اضطراب اجتماعی، عزت‌نفس و جرأت‌ورزی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین گروه‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی	۱	۲	۳/۶۶	۳/۵۹۵	۰/۳۱
	۱	۳	۷/۵۸۳	۳/۵۹۵	۰/۰۴
	۳	۲	۱۱/۲۵۰	۳/۵۹۵	۰/۰۰۴
عزت‌نفس	۱	۲	۱/۶۶۷	۱/۹۹۹	۰/۴۱
	۱	۳	۲/۹۱۷	۱/۹۹۹	۰/۱۵
	۳	۲	۴/۵۸۳	۱/۹۹۹	۰/۰۲۸
جرأت‌ورزی	۱	۲	۰/۳۳	۱/۰۸۰	۰/۷۵
	۱	۳	۱/۹۱۷	۱/۰۸۰	۰/۰۸
	۳	۲	۱/۵۸۳	۱/۰۸۰	۰/۱۵

همان‌گونه که از جدول ۵ استنباط می‌شود در مرحله پیگیری بین گروه‌های آزمایشی (کودک و مادر - کودک) و گروه گواه در متغیر اضطراب اجتماعی وجود دارد درحالی که در دو متغیر دیگر تفاوت معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به داده‌های جداول ارائه‌شده، در ابتدا می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری گروهی مادر - کودک و کودک به‌تنهایی، برای کاهش اضطراب اجتماعی، ارتقاء عزت‌نفس و جرأت‌ورزی دانش‌آموزان پسر مؤثر است. در دیگر نتیجه‌گیری از این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان شناختی - رفتاری مادر - کودک در دوام اثر درمانی بر اضطراب اجتماعی کودکان نقش مؤثرتری نسبت به گروه گواه، دارد. این یافته‌ها با اکثر یافته‌های پیشین (واترز و همکاران، ۲۰۰۹؛ واترز و همکاران، ۲۰۱۲؛ کریسول و کارترایت-هاتون^۱، ۲۰۰۷؛ گالاگر و مک کلاسی^۲، ۲۰۰۴) همخوانی دارند.

درباره تبیین اثر درمان شناختی - رفتاری مادر - کودک بر اضطراب اجتماعی کودکان می‌توان گفت که سبک مادری کردن از قبیل فقدان گرمی^۳ و طرد همراه با سطوح بالای اضطراب مادر، در سبب‌شناسی اضطراب کودکی نقش کلیدی داشته و از جمله مزایای حضور مستقیم مادران در جلسات درمانی کودکان، ایفای نقش کمک‌درمانگر در منزل، توسط مادر می‌باشد. در تبیین این یافته که گروه مادر - کودک کاهش اضطراب اجتماعی نشان دادند، مادران با حضور خود در جلسات درمانی عامل انتقال اطلاعات به محیط خانواده بوده و در نقش کمک‌درمانگر حاضر شدند. یافته‌های این پژوهش نیز با این استدلال قابل تبیین است که کودکان گروه آزمایش به دلیل اثر درمان بر مادران آن‌ها، با الگوبرداری از مدل دارای عزت‌نفس و توانا در ابراز وجود در تعاملات اجتماعی، توانستند در تغییر رفتار خود از گروه کنترل، موفق‌تر عمل کنند. تبیین بارمیش و کندال^۴ (۲۰۰۵) درباره اثربخشی حضور مادران در جلسات درمانی کودکان، این است که شناخت مادران دارای کودکان با عزت‌نفس پایین، غیر جرأت‌ورز و

1- Creswil & Cartwright- Hatton

2- Gallagher & McCloskey

3- lack of warmth

4- Barmish & Kendall

مضطرب در تعاملات اجتماعی، نسبت به کودکان دیگر، ناکارآمد بوده و دیدگاه ناصحیح نسبت به این علائم دارند. گرینبرگ و سلمون^۱ (۲۰۰۸) در تبیین یافته‌های خود به این نکته اشاره می‌کنند که تعلیم راهکارهای ایجاد، افزایش و یا خاموشی رفتار می‌تواند در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش جرات ورزی و عزت‌نفس کودکان مؤثر باشد. به نظر می‌رسد روش‌های رفتاری فوق توانسته‌اند از طریق ایجاد حس مثبت بودن در مادران و کودکان به کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش عزت‌نفس آن‌ها منجر شوند. تبیین ارول و اورث^۲ (۲۰۱۲) نیز با این موارد همسوست. بیدل، ترنر و یانگ^۳ (۲۰۰۷) یافته‌های خود مبنی بر اثر شناخت درمانی گروهی کودکان دارای اضطراب اجتماعی و ناتوان در ابراز وجود را این‌گونه تبیین می‌کنند که فضای گروهی درمان، زمینه حضور کودک در جمع و در پی آن فرصت ابراز وجود، بیان عقاید، مخالفت با دیگران و به‌طورکلی تجربه اظهار دیدگاه‌های خود در حضور دیگران را فراهم می‌کند. در پژوهش حاضر نیز اثر درمان گروهی کودک می‌تواند با توجه به ایجاد چنین فرصتی قابل توجه باشد. تبیین اثربخش بودن درمان‌های فوق بر رفتار جرات ورزانه و عزت‌نفس با تبیین داده‌های ویلیامز و استات^۴ (۲۰۱۲) قابل استدلال است. اسپنس، دنون و برکمن - توساینات^۵ (۲۰۰۸) در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی کودک بر اضطراب اجتماعی و عزت‌نفس کودکان این‌گونه استدلال می‌کند که آموزش مهارت‌های اجتماعی در گروه همسالان، تعاملات اجتماعی در گروه، آموزش روانی، تجربه چالش‌های شناختی، مواجهه رفتاری با موقعیت، تفکرات واقعی و فرصت تمرین این مهارت‌ها در درمان شناختی - رفتاری گروهی کودک عامل اثرگذاری این نوع درمان در اضطراب اجتماعی، جرات ورزی و عزت‌نفس کودکان می‌باشد.

در تبیین مزیت یا عدم تفاوت بین درمان شناختی - رفتاری مادر - کودک و کودک به‌تنهایی، ددز و بارت^۶ (۲۰۱۲) این نکته را یادآور می‌شوند که در کودکان سنین بالا (۱۴- ۱۰) آموزش مهارت به مادران سبب برتری درمان شناختی - رفتاری مادر - کودک از درمان

-
- 1- Greenberg & Solomon
 - 2- Erol & Orth
 - 3- Turner & Young
 - 4- Williams & Stout
 - 5- Donovan, & Brechman - Toussainat
 - 6- Dadds & Barrett

شناختی - رفتاری کودک به‌تنهایی نمی‌شود، درحالی‌که در مورد کودکان سنین پایین‌تر این آموزش سبب تفاوت معنی‌دار در نتایج این دو شیوه می‌شود. در پژوهش حاضر دامنه سنی آزمودنی‌ها ۱۱-۱۳ سال بود که می‌توان با استناد به این توضیحات عدم تفاوت را تبیین کرد. در ادامه لازم به یادآوری است که هرچند کاهش اضطراب اجتماعی در گروه مادر - کودک نسبت به گروه کودک در مرحله پیگیری معنی‌دار بود ولی متغیرهای عزت‌نفس و جرات‌ورزی بین دو گروه آزمایشی در مرحله پیگیری تفاوتی دیده نشد که این یافته با یافته‌های برخی از محققین از جمله واترز، زیمرگمبک و فارل^۱ (۲۰۱۲) ناهماهنگ است. عوامل گوناگونی همچون اثرات فرهنگی و وابستگی مادران و کودکان گروه نمونه را می‌توان در این تبیین مطرح ساخت. این پژوهش نیز همچون دیگر پژوهش‌های انجام‌شده دارای محدودیت بوده است که در این زمینه می‌توان به محدود بودن نمونه پژوهش به یک جنس، عدم پیگیری طولانی‌مدت اشاره کرد.

در پایان لازم است تقدیر و تشکر خود را از مسئولین محترم آموزش و پرورش همچنین مادران و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش را ابراز دارم.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

فارسی

برخوری، حمید، رفاهی، ژاله و فرح‌بخش، کیامرث (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر انگیزه پیشرفت تحصیلی، عزت‌نفس و شادکامی دانش‌آموزان پسر پایه اول متوسطه. *فصلنامه علمی پژوهشی رهیافت نو در مدیریت آموزشی*، سال دوم، شماره پنجم، ۱۴۱-۱۳۱.

رحمانیان، راحله، میرزائیان، بهرام و حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۰). اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز کلاس پنجم. *دوماهنامه دانشور پزشکی*، سال ۱۹، شماره ۳ (پیاپی ۹۶)، ۵۶-۵۱.

شرودر، بتی و گوردون، آن (۲۰۰۲). مشکلات دوران کودکی (درمان و کاربرد عملی رویکردها). ترجمه: مهرداد فیروز بخت (۱۳۸۵). تهران: انتشارات دانژه.

طالب پور، اکبر (۱۳۹۱). بررسی شیوع اضطراب جدایی و اثربخشی دو روش درمان گروهی تعامل والد کودک بر کاهش نشانه‌های آن در دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر اصفهان. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

لاتین

Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 569-581.

Beidel, D. C. & Morris, T. L. (2005). *Social phobia in children and adolescents*. (2th ed.). New York: Guilford.

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Young, J. (2007). Social Effectiveness Therapy for Children. *Behavior Therapy*, 37, 416 - 425

Breinholst, S., & Esbjorn, B. H. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 416- 424.

Craske, M. G., & Waters, A. M. (2005). Panic disorder, phobias, and

- generalized anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 197–225.
- Creswil, C., & Cartwright-Hatton, S., (2007). Family treatment of child anxiety. *Behavioral Science Clinical Child and Family. Psychology Review*, 10 , 232-252.
- Curry, J. F., Wells, K. C., Lochman, J. E., Craighead, W. E., & Nagy, P. D. (2001). Group and family cognitive behavior therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8 (4), 367–376.
- Dadds, M. R., & Barrett, P. M. (2012). Practitioner review: Psychological management of anxiety disorder in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 999–1011.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2012). Self-esteem Development from Age 8 to 30 years: A Longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0024299.
- Field, A., & Cartwright-Hatton, S. (2008). Shared and unique cognitive factors in social anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 206–222.
- Gallagher, H. M., & McCloskey, S. A. (2004). brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459–479.
- Gauer, G. J., Picon, P., Vasconcellos, S. J., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2005). Validation of the social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C) in a sample of Brazilian children. *Braz J Med Biol Res*, 38 (5), 795-800.
- Greenberg, J., & Solomon, S. (2008). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 913-922.
- Kessler, R. G., & Berglund, P. (2008). Life time Prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 62, 593-602.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2012). *Child psychopathology*. New York: The Guilford Press.

- Murray, L., Cooper, P., & Creswell, C. (2009). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (1), 45-52.
- Purhasan, F. S., & Saed, O. (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (GCBT) on reduction of social phobia. *Proscenia Social and Behavior*, 5, 1694-1697.
- Rheingold, A. A., & Herbert, J. D. (2003). Cognitive Bias in adolescents with social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 6 (2), 639-655.
- Schwartz, R., & Guttman, J. (2006). Towards task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 910-920 .
- Spence, S., Donovan, C., & Brechman – Toussainat, M. (2008). The treatment of childhood social phobia: The effective of social skills training – based, cognitive behavioral involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 713-726.
- Spence, S. H., Nauta, M. H., Watzer, A., & Rapee R. M. (2003^a). Apparent report maser of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child report in a clinic and normal sample. *Behavior Research and Therapy*. 23, 156-163.
- Waters, A. M., Ford, M. A., Wharton, T. A. & Cobham, V., E. (2009). CBT for young children with anxiety disorders: Comparison of a child + parent condition versus a parent only condition. *Behavior Research and Therapy*, 47 (8), 654-662.
- Waters, A. M., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2012). The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: Parental anxious rearing as a mediator. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (7), 737-745.
- Walkup J. W., & Albano, A. M. (2011). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal of Medicine*. 359, 2753-2766.
- Williams, J. M., & Stout J. K. (2012). The effect of high and low assertiveness on locus of control and health problems. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 119 (2), 210 -216.
- Wood, J. J., & Piacentini, J. C. (2008). Family cognitive behavioral

therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 314-321.

