

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته

مریم بهرامی^۱، فلور خیاطان^{۲*}، هادی فرهادی^۳، اصغر آقایی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۳

خلاصه

مقدمه: تداوم مشکلات کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته می‌تواند اختلالات اضطرابی این کودکان را به شدت افزایش دهد و بر زندگی آنها اثرات پایداری داشته باشد. پژوهش حاضر قصد دارد تا اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر اضطراب کودکان خانواده‌های بازساختاریافته بررسی نماید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل) بود. حجم نمونه شامل ۲۰ کودک بود که به صورت هدفمند از میان واجدین شرایط ورود به پژوهش در شهرستان شهرضا در سال ۱۳۹۸، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۰ کودک) و کنترل (۱۰ کودک) جایگزین شدند. گروه آزمایش، تحت درمان شناختی-رفتاری کودکان ۷ تا ۱۴ سال بر اساس دستورالعمل سیلر قرار گرفتند که در ۱۰ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد. داده‌ها توسط پرسشنامه آنباخ (فرم والدین) جمع‌آوری شد. از میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گزارش نتایج استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره اضطراب در گروه درمان شناختی-رفتاری در پس‌آزمون (۱۴/۹۰) و پیگیری (۱۴/۲۰) نسبت به پیش‌آزمون (۱۸/۹۰) کاهش یافت، اما در گروه کنترل تفاوت محسوسی مشاهده نشد (پیش‌آزمون: ۱۹/۰۱، پس‌آزمون: ۱۸/۶۰ و پیگیری: ۱۸/۲۰). میانگین نمره اضطراب در کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل ($F=5/739$)، اختلاف معنی‌داری داشت ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی-رفتاری می‌تواند برای کاهش اضطراب در کودکان خانواده‌های بازساختاریافته استفاده گردد. به درمانگران توصیه می‌شود در جلسات درمانی از درمان شناختی-رفتاری برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، خانواده‌های بازساختاریافته، درمان شناختی-رفتاری، کودکان

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: f.khayatan@yahoo.com. تلفن: ۰۹۱۳۱۲۸۹۵۳۱

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران.

۴- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران.

مقدمه

ساختار خانواده در طول زمان به علت تغییر در فرایندهای جمعیت‌شناختی اساسی مثل ازدواج، طلاق، خانواده‌های تک سرپرست و غیره تکامل و تغییر پیدا می‌کند و خانواده‌های متفاوتی را ایجاد می‌نماید [۱]. خانواده‌های بازساختاریافته (restructured families) زمانی تشکیل می‌شوند که بزرگسالان به یک رابطه متعهدانه با فردی دیگر وارد شوند [۲] و حداقل یکی از همسران در خانواده جدید، فرزند یا فرزندان از رابطه قبلی داشته باشد [۳]. تعداد زیادی از کودکان، قبل از رسیدن به بزرگسالی، در یک خانواده بازساختاریافته زندگی می‌کنند. بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته، خانواده‌های بازساختاریافته، تأثیری جدی بر زندگی کودکان، به شکل کاهش کیفیت زندگی و سازگاری آن‌ها و ایجاد مشکلات هیجانی و رفتاری دارند [۴]. در ایران نیز در پژوهش Musavi و همکاران مشخص شد که آسیب سازگاری کودک در خانواده‌های بازساختاریافته، یکی از مشکلات عمده در این نوع از خانواده‌هاست [۵].

یکی از گروه‌های اصلی کودکان دارای مشکلات رفتاری-هیجانی، کودکان مقیم خانواده‌های بازساختاریافته هستند [۶]. در بافت خانواده بازساختاریافته، مواردی مانند کیفیت پایین تر والدگری و سطوح پایین تر حساسیت والدین و نیز خصومت کودک با والد ناتنی، مشکلات هیجانی کودکان را پیش‌بینی می‌کنند [۷]. به عبارت بهتر، اگرچه کودکان خانواده‌های بازساختاریافته از محیط آسیب‌رسان خانوادگی قبل از طلاق، به محیطی جدید و ناشناخته وارد می‌شوند که انتظار می‌رود آسیب‌های کمتری داشته باشد [۶]، اما این انتقال‌کافی به نظر نمی‌رسد. سوگ ناشی از فقدان خانواده اصلی و نیز روبرو شدن با محیط چالش‌انگیز جدید، این کودکان را در معرض اختلالات روان‌شناختی مانند اختلالات اضطرابی قرار می‌دهد که بر زندگی کودک اثراتی پایدار خواهد داشت [۸]. در واقع، فضای جدید نسبت به محیط خانوادگی قبلی مشکلات کمتری دارد، اما منبع نیرومندی از اضطراب و نگرانی برای این کودکان است [۹].

کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته، دامنه وسیعی از مشکلات هیجانی و روان‌شناختی مرتبط با دلبستگی، سوگ

ناشی از طلاق و کاهش خودپنداره را تجربه می‌کنند [۱۰]. این کودکان به علت جدایی از یکی از والدین، دچار اضطراب جدایی و حتی افسردگی می‌شوند [۱۱]. در این نوع از ساختار خانوادگی، کودکان در مقایسه با بزرگسالان، سطوح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند، زیرا اغلب قادر به اعمال قدرت یا تأثیری در روش‌هایی نیستند که نتایج خانوادگی مورد نظرشان را تولید کنند [۱]. در پژوهش جنسن و همکاران، نیز مشخص شد که تشکیل خانواده بازساختاریافته، می‌تواند منبع اضطراب برای کودکان باشد و زمینه را برای اختلالات اضطرابی مهیا کند [۲].

با توجه به وجود اضطراب در کودکان این خانواده‌ها، لزوم تدوین و ارائه برنامه‌های آموزشی برای پیشگیری و کاهش آن احساس می‌شود و مداخله در قبل و بعد از ورود کودک به خانواده بازساختاریافته، می‌تواند سبب کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودک گردد [۱۲]. از این رو، یافتن برنامه‌ها و درمان‌هایی مؤثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان در معرض خطر، یکی از خطوط عمده پژوهشی در این حیطه است. در تلاش جهت یافتن مؤثرترین روش‌های آموزشی، پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی روش‌های مختلف پرداخته‌اند. یکی از روش‌های درمانی و آموزشی متمرکز بر کودک، روش شناختی-رفتاری است. رویکرد شناختی-رفتاری با دسته‌ای از روش‌ها مشخص می‌شود که در آن‌ها تأکید بر سازگاری درونی فرد است [۱۳]. Dewald-Kaufmann و همکاران اساس این رویکرد را بدین صورت شرح داده‌اند: شناخت (افکار)، عواطف (هیجان‌ها) و رفتار (اعمال) یک کودک را نمی‌توان به صورت مجزا رسیدگی کرد، زیرا آن‌ها فرایندهای هم‌پوش هستند [۱۴]. در سال‌های اخیر رویکرد شناختی رفتاری با مراجعان کودک، توجه و حمایت چشمگیری را از زاویه محققین و روان‌درمانگران دریافت کرده است. این روش تاکنون در مشکلات و اختلالات مختلف کودک از جمله افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری، اختلالات خوردن و غیره به کار گرفته شده است [۱۵]. Silk و همکاران نشان دادند که رویکرد شناختی-رفتاری، باعث کاهش اختلالات اضطرابی کودکان شد [۱۶] همچنین، Vigerland و همکاران

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapy) بر اضطراب کودکان بد سرپرست را بررسی کرده‌اند که نتایج نشان دهنده کاهش اضطراب در این کودکان بود [۱۷]. درمان شناختی-رفتاری نه تنها در مورد مشکلات و اختلالات بسیاری به کار گرفته شده، بلکه در محیط‌های مختلفی نیز استفاده گردیده است [۱۳]. پژوهش‌ها، ابعاد مختلفی را مرتبط با مشکلات اضطرابی در کودکان بررسی کرده‌اند و اثربخشی روش‌های مختلف بر این مشکلات را سنجیده‌اند، ولی بر طبق بررسی پژوهشگر، تاکنون پژوهشی در حوزه خانواده‌های بازساختاریافته انجام نگرفته و میزان تأثیر مداخلات شناختی-رفتاری بر اضطراب در این نوع ساختار، به صورت علمی سنجیده نشده است. متأسفانه، بسیاری از پیشینه‌موجود، ارزیابی مشکلات اعضای خانواده بازساختاریافته را به عنوان یک خیابان "یک طرفه" می‌بیند، که بیشتر مداخلات بر روی بزرگسالان خانواده‌های بازساختاریافته توجه دارد و محققان بر اهمیت پیگیری مداخلات مبتنی بر کودکان در مطالعه زندگی خانوادگی بازساختاریافته تأکید کرده‌اند [۶]. با توجه به کمبود پژوهش مداخله‌گرانه بر روی کودکان در خانواده بازساختاریافته، لزوم پژوهش‌های بیشتر در این زمینه احساس می‌گردد. بر این اساس، پژوهش حاضر قصد دارد تا اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری را بر اضطراب کودکان در این خانواده‌ها بررسی نماید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. جامعه‌آماری، کلیه کودکان ۸ تا ۱۲ ساله خانواده‌های بازساختاریافته بودند که در سال‌های ۹۷-۹۸ در شهرضا زندگی می‌کردند. حجم نمونه، شامل ۲۰ نفر بود که این افراد به صورت هدفمند از میان

کودکان واجد شرایط ورود به پژوهش در شهرستان شهرضا و در بهار سال ۱۳۹۸، انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۰ کودک) و کنترل (۱۰ کودک)، به شیوه‌ی هم‌تاسازی جایگزین شدند. کودکان از لحاظ سن، جنسیت و تحصیلات والدین در دو گروه کنترل و آزمایش، هم‌تاسازی شدند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای پژوهش طبق قاعده اکتشافی ۱۵ نفر است [۱۸] با توجه به اینکه نمونه‌پژوهش را کودکان تشکیل داده و مداخله از نوع درمانی بود، برای مدیریت بهتر جلسات، تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ازدواج مجدد والدین در نتیجه طلاق حداقل یکی از آن‌ها، عدم تشخیص اختلال‌های روانی حاد در کودک (مانند افسردگی اساسی یا اختلالات وسواسی) به نحوی که در روند کار اختلال ایجاد ننماید (که توسط مصاحبه اولیه محرز و مشخص می‌گردید)، وجود اختلالات اضطرابی در کودکان، عدم شرکت در دوره‌های مشاوره یا درمان هم‌زمان و علاقه‌مندی و تمایل به شرکت داوطلبانه. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم ادامه جلسات آموزشی (حداقل سه جلسه آموزشی) و عدم همکاری والدین در کامل کردن پرسشنامه‌ها. با توجه به حضور تمام آزمودنی‌ها در تمام جلسات و همکاری والدین آن‌ها، در نمونه‌ها ریزشی اتفاق نیفتاد. پرسشنامه‌ها توسط والد اصلی کودکان تکمیل گردید. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان در اختیار کسی قرار نمی‌گیرد و محرمانه خواهد ماند.

برای گروه آزمایش از درمان شناختی-رفتاری کودکان ۷ تا ۱۴ سال بر اساس دستورالعمل Seiler استفاده شد [۱۹] که در ۱۰ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱- خلاصه‌محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری بر اساس دستورالعمل سیلر (۲۰۰۸)

جلسه	محتوا
اول	معرفی اعضا به یکدیگر، آغاز یادگیری درباره احساسات و انجام هدف‌گذاری، انجام پیش‌آزمون
دوم	آموزش احساسات مختلف، توجه به احساسات دیگران با نگاه به حالات چهره و زبان بدن آن‌ها، آموزش تغییر احساسات در طول روز و همه‌روزه.
سوم	آگاهی از تغییرات فیزیکی در بدن، آموزش ارتباط بین نشانه‌های بدنی و شیوه تفکر، احساس و رفتار.
چهارم	کمک به تشخیص افکار، آموزش چگونگی تأثیر افکار ما بر احساسات و اعمال ما.

پنجم	ادراک ارتباط بین افکار، احساسات، نشانه‌های بدنی و اعمال، مشاهده چگونگی اثرگذاری تغییر در افکار، احساسات، نشانه‌های بدنی یا اعمال بر دیگر پیوندها.
ششم	آموزش امکان وجود شیوه‌های فکری متفاوت با شیوه‌فکری خودمان، آموزش سؤالاتی که ما را در فهم بهتر موضوعات نگران‌کننده ذهن‌مان یاری می‌کنند.
هفتم	آموزش شیوه‌های جایگزین توجه به مشکلات، آموزش نگاه علمی به شیوه‌حل مسئله خود، با توجه به شواهد و حقایق به جای حدس و گمان، توجه به تأثیر مثبت افکار مثبت و احساس.
هشتم	ایجاد یک طرح شش‌گامی برای هدف‌گذاری، تشویق اعضا برای کار با یکدیگر و حمایت از یکدیگر در مشکلات.
نهم	آموزش این‌که چطور هر فرد، متفاوت با دیگران بوده و درباره‌ی چیزهای مختلفی نگران است، چگونه برخی از افکار و احساسات می‌توانند باعث تداوم احساس بد فرد شوند، شناسایی شیوه‌های مختلفی که افراد برای محافظت از خود در برابر نگرانی‌ها، استفاده می‌کنند.
دهم	یادگیری اینکه چگونه مشکلات خود را به گام‌های کوچک‌تر و قابل دستیابی‌تر بشکنیم، توجه به اینکه الگوبرداری از فردی که به خوبی با مسائل خود مواجه می‌شود، می‌تواند سودمند باشد، انجام پس‌آزمون

می‌باشد، تشکیل شده است. این مقیاس‌ها عبارتند از : مشکلات برونی سازی (نافرمانی مقابله‌ای، سلوک) و درونی سازی (افسردگی، شکایت جسمانی، اضطراب، انزواطلبی، مشکلات فکری، مشکلات توجه-بیش‌فعالی). در این پژوهش از سؤالات مقیاس اضطراب فرم والدین برای سنجش اضطراب کودک استفاده شد که توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده داشت و از او مراقبت می‌کرد، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، تکمیل شد. گویه‌های اضطراب کودکان در این پرسشنامه عبارتند از: ۱۲، ۱۴، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۵۰، ۵۲، ۷۱، ۹۱ و ۱۱۲.

در پژوهش Achenbach و Rescolar ضرایب کلی اعتبار فرم CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس Child Status Index یا CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است [۲۱].

در ایران، در پژوهش Minaie، دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شد. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون-باز آزمون با فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شد که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ بدست آمد. توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز بررسی شد که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. در تحقیق Minaie این نتیجه حاصل شده است که پرسشنامه از اعتبار و روایی

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده گردید. داده‌ها در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) گزارش شدند. سطح معنی‌داری اختلاف ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جهت سنجش اضطراب از فهرست رفتاری کودکان استفاده شد. این فهرست، پرسشنامه‌ای است که توسط Achenbach تدوین شده است [۲۰]. وی، آیتم‌های مشکلات رفتاری اصلی را از فهرست مشکلات رفتاری که در سال ۱۹۶۶ از طریق زمینه‌یابی پیشینه موجود و بررسی تاریخچه ۱۰۰۰ بیمار روان‌پزشکی کودک بدست آورده بود، طراحی نمود. [۲۱]. این پرسشنامه ۱۱۵ سؤال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان دارد. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره "۲" به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. طیف نمره برای کل پرسشنامه از ۰ (حداقل نمره) تا ۱۳۰ (حداکثر نمره) و برای مقیاس اضطراب از ۰ (حداقل نمره) تا ۲۸ (حداکثر نمره) می‌باشد. نمره بالاتر از میانگین (۶۵ برای کل پرسشنامه و ۱۴ در مقیاس اضطراب) به معنای اختلال رفتاری بیشتر است. فهرست رفتاری کودک سه فرم دارد. فرم والدین (Child Behavior Checklist یا CBCL)، فرم معلم (Teacher's Report Form یا TRF) و فرم خودگزارشی کودک (Youth Self-Report یا YSR). در کل این پرسشنامه از دو مقیاس کلی که شامل هشت مقیاس بالینی

مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله استفاده کرد [۲۲].

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در هر دو گروه آزمایش و کنترل ۷۰٪ آزمودنی‌ها دختر (۷ نفر در هر گروه) بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ۹/۱۶ با انحراف معیار ۱/۹۲ و میانگین سنی گروه کنترل ۹/۱۷، با انحراف معیار ۲/۲ بود. میانگین سن دختران در گروه آزمایش ۹/۳۳ با انحراف معیار ۲/۳ و در گروه کنترل ۹/۳۱ با انحراف معیار ۲/۷ بود. میانگین سنی پسران گروه آزمایش ۸/۹۹ با انحراف معیار ۳/۱ و در گروه کنترل ۹/۰۱ با انحراف معیار ۳/۲ بدست آمد ($p > 0.05$). در هر دو گروه، بیشترین میزان تحصیلات پدران ناتنی، فوق دیپلم و لیسانس (به ترتیب ۷۰٪ و ۶۰٪) و بیشترین میزان تحصیلات مادران نیز فوق دیپلم و لیسانس (به ترتیب ۶۰٪ و ۷۰٪) بود.

بیشترین فراوانی تعداد خواهران و برادران ناتنی، در هر دو گروه، ۱ و پایین‌تر گزارش شد. میانگین طول مدت ازدواج مجدد مادران در گروه آزمایش، ۴/۴۴ سال و در گروه کنترل ۳/۳۲ سال بود. در جدول ۱ شاخص‌های آماری توصیفی اضطراب بر حسب عضویت گروهی در کودکان شهرستان شهرضا در سال ۱۳۹۸ ارائه شده است. به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت‌ها بین دو گروه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، لازم بود که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون شوند. به منظور بررسی برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین و برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده گردید که نتایج نشان داد در متغیر اضطراب کودکان، سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ لذا پیش‌فرض‌های آزمون برقرار بود.

جدول ۱- شاخص‌های آماری توصیفی اضطراب بر حسب عضویت گروهی در کودکان شهرستان شهرضا در سال ۱۳۹۸

مؤلفه	گروه	درمان شناختی-رفتاری				گروه کنترل
		انحراف استاندارد±میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد±میانگین	
پیش‌آزمون	آزمون	۱۸/۹۰ ± ۳/۳۴	۱۶/۵۰	۲۱/۲۹	۱۹/۰۱ ± ۳/۴۹	
اضطراب	پس‌آزمون	۱۴/۹۰ ± ۲/۹۶	۱۲/۷۸	۱۷/۰۱	۱۸/۶۰ ± ۳/۵۹	
	پیگیری	۱۴/۲۰ ± ۲/۸۲	۱۲/۱۸	۱۶/۲۱	۱۸/۲۰ ± ۳/۳۹	
	P	* ۰/۰۰۱			۰/۲۱۸	
					P	

*اختلاف معنی‌داری $p < 0.05$

($p < 0.05$).

تحلیل واریانس آمیخته بین-درون آزمودنی‌ها برای سنجش تأثیر یک‌بار مداخله بر نمره‌های اضطراب کودکان در سه دوره زمانی (قبل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری) اجرا شد؛ نتایج نشان داد که اثر متغیر زمان و همچنین اثر تعاملی مربوط به زمان و گروه بر متغیر اضطراب کودکان، به لحاظ آماری معنی‌دار است ($p < 0.05$) و میزان این تأثیر برابر با ۰/۹۲ می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، در نمره اضطراب کودکان، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین جدول، نشان می‌دهد که تفاوت پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری در گروه آزمایش در اضطراب کودکان معنی‌دار می‌باشد ($p < 0.05$) و به این معنی است که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه کنترل و آزمایش تفاوت درون‌گروهی و هم تفاوت بین گروهی وجود دارد و درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب کودکان اثربخش بوده است.

جدول ۲- برآورد مقادیر آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه میانگین متغیر اضطراب در مراحل سه‌گانه در کودکان شهرستان شهرضا در سال ۱۳۹۸

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی‌داری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
اضطراب	مراحل	۲۰۸/۶۸۹	۲	۱۰۴/۳۴۴	۱۵۱/۱۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸	۱/۰۰۰
	گروه* مراحل	۶۷/۳۷۸	۴	۱۶/۸۴۴	۲۴/۴۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۱/۰۰۰
	گروه	۲۷۷/۴۲۲	۲	۱۳۸/۷۱۱	۵/۷۳۹	۰/۰۰۸	۰/۲۹۸	۰/۸۲۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین دو گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، در اضطراب کودکان، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین نتایج جدول، نشان می‌دهد که تعامل بین گروه * مراحل (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) در اضطراب کودکان معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$) و به این معنی است که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه کنترل و آزمایش تفاوت درون‌گروهی و هم تفاوت بین گروهی وجود دارد. در نهایت درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب کودکان اثربخش بوده است ($p < 0/05$).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری اثربخشی معناداری در کاهش اختلال اضطرابی کودکان خانواده‌های بازساختاریافته داشته است. یافته‌های پژوهش در زمینه تأثیر این رویکرد بر کاهش اضطراب کودک، با پژوهش‌های Silk و همکاران [۱۶] و Vigerland و همکاران [۱۷]، هم‌راستا می‌باشد. پژوهش ناهمسویی با پژوهش حاضر یافت نشد. این نتیجه همچنین با نتیجه پژوهش Carlson و همکاران [۲۳]، که نشان دادند کودکانی که برای تنظیم هیجان‌اتشان در زندگی روزمره خود عادت به استفاده از فنون شناختی-رفتاری، دارند، آسیب‌پذیری کمتری در برابر استرس از خود نشان می‌دهند، همسو است.

از آنجایی که بین استرس‌ها و رویدادهای منفی زندگی، تفکر و پیامدهای هیجانی، در کودکان خانواده‌های بازساختاریافته ارتباط وجود دارد [۶]، به نظر می‌رسد رویکرد شناختی-رفتاری میزان اضطراب ناشی از رویدادهای محیطی مرتبط با وضعیت خانواده بازساختاریافته را در کودکان کاهش داده است. این رویکرد به کودک کمک نموده زمانی که با

استرس‌های زندگی در خانواده جدید روبرو می‌شود، با توجه به نوع افکاری که برای تنظیم هیجانش به کار می‌برد، نسبت به آن استرس واکنش سازگارانه نشان دهد [۱۷]. Troy اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب کودکان را ناشی از فن ارزیابی مجدد شناختی به عنوان یک راهبرد انطباقی می‌داند و اعتقاد دارد از آنجایی که این فن تأثیر مستقیمی بر ارزیابی‌ها می‌گذارد، کودکان می‌توانند با بهره‌گیری از آن، واکنش هیجانی خود را به رویدادهای استرس‌زا، جهت بهبود عملکرد تغییر دهند [۲۴]. Garnefski و Kraaij معتقدند استفاده از راهبردهای شناختی خاصی مثل نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت خود نسبت به دیگر راهبردها، آسیب‌پذیری کودک برای اختلال‌های اضطرابی را بیشتر می‌کند، درحالی‌که استفاده از راهبردهای درمان شناختی-رفتاری مانند ارزیابی مجدد مثبت، آسیب‌پذیری از اضطراب را به شدت کاهش می‌دهد [۲۵].

در تبیین دیگری برای اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته، می‌توان گفت کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته، به دلیل تنشی که در هنگام جدایی والدین‌شان و سوگ ناشی از آن تجربه نموده‌اند، هنگام برخورد با محرک‌های تنش‌زا، از موقعیت پیش‌رو، برداشت نامناسب و خصمانه دارند، همچنین در به کارگیری حل مسئله در هنگام مواجهه با محرک‌ها توانایی لازم را ندارند [۲۶]. در این میان درمان شناختی رفتاری با شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک منجر به تغییرات شناختی، و ایجاد هیجان‌ات سازگار در کودک می‌شود و باعث می‌گردد تا هیجان‌ات و رفتارهای مرتبط با اضطراب، با تعیین پیامدهای مناسب، تقویت یا خاموش گردند [۱۴] و همچنین کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته به آموزش‌های لازم در جهت ماندگاری

توجه را در سوگیری نسبت به تهدید هدف قرار می دهند، کودکان با استفاده از این تمرین‌ها به تدریج یاد گرفتند که با تشخیص فیلترهای شناختی و سوگیری‌های توجهی، توانایی خود را برای پاسخ‌دهی آگاهانه به رویدادها با وضوح و بینش بیشتر افزایش دهند [۱۶].

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد کودکانی که در این برنامه شرکت کردند، آگاهی بیشتری نسبت به احساسات خود پیدا کردند و سوء برداشت‌های آن‌ها نسبت به موضوع خانواده‌های بازساختاریافته در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است و این موارد منجر به کاهش خود‌نمایشگری و در نتیجه کاهش اضطراب در آن‌ها شده است و احساس بهتری نسبت به خود پیدا کردند. درمان شناختی-رفتاری توانست تا حد زیادی عقاید نادرست کودکان را درباره خانواده جدیدشان تغییر دهد و از اضطراب آن‌ها بکاهد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که به دلیل ضیق وقت، امکان اجرای پیگیری‌های بلند مدت میسر نشد و لذا پایداری تأثیرات مداخله در بلندمدت بررسی نشد. همچنین، انجام این پژوهش در بافت فرهنگی ایران و با کودکان فارس می‌تواند از محدودیت‌های عمده این پژوهش باشد که تعمیم آن برای فرهنگ‌های غیر ایرانی (و حتی غیر فارس) باید با احتیاط انجام گیرد. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد که دیگر پژوهشگران علاقه‌مند به حوزه مشکلات کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته، این پژوهش را با حجم آماري وسیع‌تر به ویژه با افرادی از فرهنگ‌ها و مذاهب دیگر انجام داده و یافته‌های این پژوهش را عمق ببخشند. همچنین پیشنهاد می‌گردد از سایر رویکردهای درمانی در کاهش اضطراب کودکان در خانواده‌های بازساختاریافته، استفاده شود و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان ذکر نشده است.

سهم نویسندگان

مریم بهرامی: نویسنده مقاله؛ فلور خیاطان: استاد راهنمای

تغییر رفتار مناسب با محیط جدید مجهز می‌شوند [۱۴]. بنابراین به طور کلی، درمان شناختی رفتاری، یک درمان مؤثر برای کودکان مضطرب در خانواده‌های بازساختاریافته است.

در تبیین دیگری نیز می‌توان بیان داشت برنامه شناختی-رفتاری، با از بین بردن سوگیری در توجه و تحریف در پردازش اطلاعات شناختی، می‌تواند چرخه‌های معیوب ایجاد شده را بشکند و نشانه‌های اضطرابی را کاهش دهد. کودکان در جریان تمرین‌ها یاد گرفتند که دنیای درونی و بیرونی را بپذیرند، به عنوان شخص سوم فقط به مشاهده آن‌ها پرداخته و در مورد آن‌ها قضاوت نکنند. آن‌ها دریافته‌اند که استنباط‌هایشان در مورد رویدادهای درونی و بیرونی ضرورتاً درست نیست، چیزی که از آن می‌ترسند ضرورتاً واقعی نیست؛ به عبارت دیگر، افکارشان فقط فکر هستند و نه چیز دیگر. کودکان در خلال برنامه تمرین کردند که توجه را به تجارب واقعی بیاورند. آن‌ها یاد گرفتند که وقتی توسط افکارشان هدایت می‌شوند و افکارشان آن‌ها را از واقعیت دور می‌کند، توجه‌شان را به زمان حال برگردانند و به این ترتیب سوگیری‌های توجه و تحریف‌های شناختی را از واقعیت تشخیص دهند و در برابر آن‌ها عکس‌العمل مناسب نشان دهند [۲۶]. از طرفی، از آنجا که نشانه‌های بدنی اضطراب در اغلب افراد وجود دارد، آنچه کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی را از کودکان بهنجار متمایز می‌سازد، نحوه تعبیر و تفسیر این نشانه‌ها است، به طوری که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی، نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب را به صورت پیامدهایی تهدیدکننده تفسیر می‌کنند [۲۷]، درحالی که کودکانی که دچار اختلالات اضطرابی نیستند، این نشانه‌ها را یک یا چند نشانه عادی در بدن می‌دانند و به آسانی از کنار آن می‌گذرند. در اختلالات اضطرابی، به دنبال این تعبیر و تفسیرها، توجه انتخابی کودک به محرک‌های بالقوه تهدیدکننده افزایش می‌یابد، به گونه‌ای که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی در اغلب موارد توجه خود را به محرک‌های بالقوه تهدیدکننده محیط متمرکز می‌کنند [۲۸]. این نگرش منجر به سوگیری شناختی کودک به موقعیت‌ها می‌شود و از آن پس کودک تنها به رویدادهای تهدیدکننده توجه می‌کند.

از آنجایی که تمرین‌های شناختی-رفتاری، فرایندهای

پایان‌نامه؛ هادی فرهادی و اصغر آقایی: مشاوران پایان‌نامه.

پژوهش، بابت همکاری خوششان تشکر می‌نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول مقاله می‌باشد. پژوهشگران از کلیه کودکان و مادران حاضر در این

References

1. Hoenayi RK, Salifu Yendork J. "I Wouldn't Say We Were Treated Equally": Experiences of Young Adult Stepchildren in the Ghanaian Context. *Journal of Divorce & Remarriage* 2018;59(7):539-54.
2. Jensen TM, Shafer K, Holmes EK. Transitioning to stepfamily life: The influence of closeness with biological parents and stepparents on children's stress. *Child & Family Social Work* 2017;22(1):275-86.
3. van Eeden-Moorefield B, Pasley BK. Remarriage and stepfamily life. *Handbook of marriage and the family*. 1nd ed. Springer; 2013: 517-46.
4. Shafer K, Jensen TM, Holmes EK. Divorce stress, stepfamily stress, and depression among emerging adult stepchildren. *Journal of child and family studies* 2017;26(3):851-62.
5. Mousavi S, Fatehizadeh M, Jazayeri R. (dissertation). Detection of Damage to Mixed Families and Comparison of the Effectiveness of its Based Counseling Package with the Smart Steps Counseling Package. Isfahan: University of Isfahan;2018: 210-32.[Persian]
6. Jensen TM, Lippold MA, Mills-Koonce R, Fosco GM. Stepfamily relationship quality and children's internalizing and externalizing problems. *Family process* 2018;57(2):477-95.
7. Mikucki-Enyart SL, Heisdorf SR. Obstacles and Opportunities Experienced by Adult Stepchildren in Later Life Stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage* 2020;61(1):41-61.
8. Gates AL. Stepmothers' Coparenting Experience with the Mother in Joint Custody Stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage* 2019;60(4):253-69.
9. Fosco GM, Feinberg ME. Cascading effects of interparental conflict in adolescence: Linking threat appraisals, self-efficacy, and adjustment. *Development and psychopathology* 2015;27(1):239-52.
10. Ganong L, Coleman M, Chapman A, Jamison T. Stepchildren claiming stepparents. *Journal of Family Issues* 2018;39(6):1712-36.
11. Uzunca B. Biological Children Versus Stepchildren: Interorganizational Learning Processes of Spinoff and Nonspinoff Suppliers. *Journal of management* 2018;44(8):3258-87.
12. McGuire JF, Storch EA. An inhibitory learning approach to cognitive-behavioral therapy for children and adolescents. *Cognitive and behavioral practice* 2019;26(1):214-24.
13. Silk JS, Pramana G, Sequeira SL, Lindhiem O, Kendall PC, Rosen D, et al. Using a Smartphone App and Clinician Portal to Enhance Brief Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. *Behavior Therapy* 2020; 51(1):69-84.
14. Dewald-Kaufmann J, de Bruin E, Michael G. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-i) in School-Aged Children and Adolescents. *Sleep medicine clinics* 2019;14(2):155-65.
15. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research* 2012;36(5):427-40.
16. Silk JS, Tan PZ, Ladouceur CD, Meller S, Siegle GJ, McMakin DL, et al. A randomized clinical trial comparing individual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2018;47(4):542-54.
17. Vigerland S, Serlachius E, Thulin U, Andersson G, Larsson J-O, Ljótsson B. Long-term outcomes and predictors of internet-delivered cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Behaviour research and therapy* 2017;90:67-75.
18. Gall G, Joyce P, Gall B, Meredith D, Borg G, Walter R. Applying educational research: A practical guide. 1nd ed. United States: Boston, Pearson Education; 2005:32-7.
19. Seiler L. Cool Connections with cognitive behavioral therapy: Encouraging self-esteem, resilience and well-being in children and young people using CBT approaches. London: Jessica Kingsley Publishers; 2008:132-47.
20. Achenbach TM. Manual for the young adult self-report and young adult behavior checklist. 1nd ed. United States: University of Vermont; 1997:200-10.

21. Achenbach TM, Rescolar LA. Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR .1nd ed .United States: University of Vermont; 2001:27-44.
22. Minaei A. Adaptation and Normalization of Achenbach Child Behavioral Checklist, Self-Assessment Questionnaire and Teacher Report Form. Research on Exceptional Children 2006;19(1):529-58.[Persian]
23. Carlson JM, Dikecligil GN, Greenberg T, Mujica-Parodi LR. Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. Journal of Research in Personality 2012;46(5):609-13.
24. Troy AS. (dissertation). Cognitive reappraisal ability as a protective factor: Resilience to stress across time and context. United States: University of Denver; 2012:107-10.
25. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and Individual differences 2006;40(8):1659-69.
26. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. Aggression and violent behavior 2004;9(3):247-69.
27. Yeganeh T, Hosseinkhanzadeh AA, Zarbakhsh MR. Effectiveness of Social Skill Training via Cognitive-Behavioral Approach on Reducing Symptoms of ADHD Disorder in Students. Soc Cogn 2014;3(1):57-72. [Persian]
28. Perihan C, Burke M, Bowman-Perrott L, Bicer A, Gallup J, Thompson J, et al. Effects of Cognitive Behavioral Therapy for Reducing Anxiety in Children with High Functioning ASD: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of autism and developmental disorders 2019:1-15.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Children's Anxiety in Restructured Families

Bahrami M¹, Khayatan F², Farhadi H³, Aghaei A⁴

1- Ph.D Student, Dept of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan, Khorasgan, Isfahan, Iran.

2- Assistant prof, Dept of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan, Khorasgan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: f.khayatan@yahoo.com, Tel:09131289531

3- Assistant prof, Dept of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan, Khorasgan, Isfahan, Iran.

4- Prof, Dept of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Isfahan, Khorasgan, Isfahan, Iran.

Received: 16 December 2019 Accepted: 22 February 2020

Introduction: Failure to resolve children's problems in restructured families can dramatically increase anxiety disorders in these children and have a lasting impact on the child's life. The present study aims to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on children's anxiety in restructured families.

Materials and Methods: This research was of a quasi-experimental (pre-test, post-test, and follow-up with the control group). The sample size consisted of 20 children in Shahreza city in 2019, who were selected using purposeful sampling among eligible children; they were randomly assigned into two groups of experimental (10 children) and control (10 children). The children in the experimental group received cognitive-behavioral therapy for children of 7 to 14 years old according to the instruction of Seiler (2008), which was held in 10 sessions of 45 to 60 minutes. The Achenbach questionnaire (parental form) was used to collect data. The data were reported in two descriptive and inferential sections. Mean and standard deviation were used in the descriptive part, and repeated measures analysis of variance was used in the inferential section.

Results: The results showed that the mean score of anxiety in children in the experimental group was significantly different from the control, and the cognitive-behavioral intervention was effective ($p=0/001$).

Conclusions: Based on the results of this study, cognitive-behavioral therapy can be used to reduce children's anxiety in restructured families. Therefore, therapists are advised to use it in the treatment of anxiety disorders among children in structured families.

Keywords: Anxiety, Restructured families, Cognitive-behavioral therapy, Children

Please cite this article as follows:

Bahrami M, Khayatan F, Farhadi H, Aghaei A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Children's Anxiety in Restructured Families. *Community Health journal* 2020; 13(4): 44-53.

Funding: Self-funded

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University (Isfahan-Khorasgan Branch) approved the study (Ethics Number: IR.IAU.KHUISF.REC.1398.034).