

## مقاله پژوهشی

### سلامت جامعه

دوره نوزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴

## تأثیر بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه

صفوره میرمحمودی<sup>۱</sup>، باقر غباری بناب<sup>۲\*</sup>، حسن اسدزاده<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۲

### خلاصه

**مقدمه:** اضطراب از شایع‌ترین اختلالات روانی است که احساس ناخوشایندی نسبت به خطری نامعلوم در فرد تداعی می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران (N=۸۰۰) در سال ۱۴۰۳ بود که تعداد ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و با قرعه‌کشی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسش‌نامه اضطراب کودکان Spence (۱۹۹۸) بود. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۳ جلسه) آموزش اصلاح شناختی رفتاری را دریافت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط روش آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب گروه آزمایش در پیش‌آزمون  $37/93 \pm 3/05$  و پس‌آزمون  $21/80 \pm 5/07$  تفاوت معنی‌دار داشت ( $P < 0/001$ ). اثر بسته آموزشی اصلاح شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه معنی‌دار بود ( $F=22/897$ ،  $\eta^2=0/450$ ،  $p < 0/001$ ) و این تأثیرات مثبت در دوره پیگیری پایدار ماند ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی بسته آموزش اصلاح شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان توصیه می‌شود مشاوران و درمانگران از این روش در کنار سایر روش‌های مؤثر جهت بهبود اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه استفاده کنند.

**واژه‌های کلیدی:** اصلاح شناختی رفتاری، اضطراب، کودکان، اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه

۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲ - استاد، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
پست الکترونیکی: bghobari@ut.ac.ir تلفن: ۰۹۱۲۲۴۳۱۵۰۳

۳ - استاد، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

## مقدمه

اختلال بیش فعالی/ نقص توجه نوعی اختلالی عصبی تحولی است که با سه ویژگی اصلی نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود [۱-۲]. برای تشخیص‌گذاری این نشانه‌ها حداقل باید برای شش ماه و حداقل در دو زمینه متفاوت مانند منزل و مدرسه و قبل از سن هفت سالگی مشاهده شوند. این اختلال به آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی کودک مانند تعاملات اجتماعی و عملکرد تحصیلی منجر می‌شود [۳]. معمولاً اضطراب بالا از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه می‌باشد [۴].

اضطراب از مسائل مهم در حوزه بهداشت فردی است که معمولاً بیشتر افراد جامعه درگیر آن هستند و از شایع‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌رود که احساس ناخوشایندی نسبت به خطری نامعلوم را در فرد تداعی می‌کند [۵-۶]. تجربه سطوح بالای اضطراب می‌تواند آسیب‌های فراوانی بر جسم، روان، حرفه، تحصیلات و روابط اجتماعی وارد کند و سبب محرومیت فرد از داشتن یک سلامت کیفی قابل قبول در زندگی شود. کسانی که از اضطراب رنج می‌برند، معمولاً نسبت به هم‌تایان خود سازش یافتگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای مانند اجتناب و گریز از موقعیت بیشتر استفاده می‌کنند. در واقع، اضطراب تأثیر نامطلوبی بر عملکرد اجتماعی فرد می‌گذارد و سبب می‌شود تا افراد مضطرب در روابط بین فردی به ویژه با نزدیک‌ترین افراد، مشکلاتی را تجربه کنند [۷]. مطالعات نشان می‌دهد که ۳۸٪ از کشورهای جهان سوم و همچنین ۳۵٪ از کشورهای توسعه یافته درگیر بیماری‌های روانی هستند [۸]. از این میان، اختلال اضطرابی شایع‌ترین مشکل بالینی دوران کودکی و نوجوانی است و تقریباً ۵٪ کودکان، ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطرابی را در طول دروان کودکی خود تجربه می‌کنند و بیش از ۲۰٪ از افراد قبل از ۱۶ سالگی دارای مشکلات بالینی اضطرابی هستند [۹-۱۰]. در مطالعه‌ای Atashi و همکاران به این نتیجه رسیدند

که برنامه آموزشی رایانه‌ای بر اضطراب دانش‌آموزان دوره ابتدایی با اختلال نقص توجه - بیش فعالی مؤثر است [۱۱]. به نظر می‌رسد یکی از روش‌های مؤثر در کاهش اضطراب امتحان، برنامه آموزشی اصلاح شناختی رفتاری است. در زمینه برنامه اصلاح شناختی رفتاری Reyes و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در کودکان و تأثیر درمان شناختی رفتاری دریافتند که مداخلات شناختی رفتاری در بهبود و کاهش اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی در کودکان نتایج رو به بهبودی گزارش می‌دهند [۱۲]. Chen و Jiang در پژوهشی با هدف تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری اصلاح شده در عملکردهای سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی و سطوح استرس والدین آن‌ها به این نتیجه رسیدند که مداخلات مبتنی بر درمان گروهی شناختی رفتاری (Cognitive-Behavioral Group Therapy) بهبود قابل توجهی را در توانایی‌های سازگاری اجتماعی کودکان نشان داده‌اند و ثابت کرده‌اند که منبع قابل توجهی برای کاهش استرس برای والدین به شمار می‌روند [۱۳].

در سال‌های اخیر درمان‌ها و بسته‌های آموزشی غیر دارویی اثرات خود را در اکثر مطالعات نشان داده‌اند [۱۴] و روش‌های غیر دارویی تحت عنوان درمان‌های تکمیلی شناخته شده‌اند [۱۵]. بدیهی است که کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه نیازمند توجه بیشتری از لحاظ ارتقای متغیرهای تحصیلی و روان‌شناختی هستند. اگرچه اختلال بیش فعالی/ نقص توجه دارای علت‌های زیستی و ژنتیکی است که با مداخلات دارویی تا حدودی رفع خواهد شد؛ اما امروزه مطالعات نشان داده است که بسته‌های آموزشی و درمان‌های تلفیقی به عنوان درمان مکمل نقش بسزایی در ارتقای متغیرهای روان‌شناختی داشته‌اند [۱۴]. بر همین اساس بر طبق جستجوهای به عمل آمده، تاکنون مطالعه‌ای در داخل کشور به تبیین تأثیر بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری بر

بر اضطراب مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه نپرداخته است. انجام این پژوهش می‌تواند دستاوردهای تلویحی مهمی برای مراکز توانبخشی، کلینیک‌های مشاوره و نظام روان‌شناسی و پزشکی کشور به دنبال داشته باشد. در نهایت این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه (کد اخلاق به شماره (IR. IAU. SRB. REC. 1404.040) بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۳ بود (تعداد تقریبی = ۸۰۰ نفر). با بهره‌گیری از نرم افزار Power\*G، (اندازه اثر = ۰/۱۵) و حجم مناسب نمونه برای مطالعات نیمه تجربی، تعداد نمونه مطالعه حاضر ۳۰ نفر تعیین گردید [۱۶] که ۳۰ نفر از کودکانی که تمایل به همکاری داشتند به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت قرعه‌کشی در گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. بسته آموزش اصلاح شناختی رفتاری به کودکان گروه آزمایش در طی ۱۲ جلسه (هر هفته ۳ جلسه به مدت ۶۰ دقیقه) توسط متخصص آموزش‌دیده زیر نظر اساتید راهنما و مشاور با مدرک دکترای روانشناسی تربیتی در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی افاقیا شهر تهران در روزهای یکشنبه، سه‌شنبه و پنجشنبه در زمان‌های توافق شده ارائه شد. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. کودکان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون (بعد از یک ماه) و پیگیری (بعد از یک ماه از اجرای پس‌آزمون) پرسش‌نامه اضطراب کودکان Spence را پاسخ دادند [۱۷]. افت آزمودنی (ریزش) وجود نداشت. با رعایت ملاحظات اخلاقی

و بیان اهداف پژوهش افراد وارد مطالعه شدند و این اطمینان به آن‌ها داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

معیارهای ورود به مطالعه: تمایل به شرکت در جلسات آموزشی و رضایت کتبی، عدم ابتلا به اختلالات روان-شناختی (همانند افسردگی و اضطراب) و بیماری‌های مزمن جسمانی (همانند آسم و آلرژی، دیابت و سرع). عدم شرکت همزمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی بود. معیارهای خروج را غیبت بیش از دو جلسه در جلسات پروتکل آموزشی اصلاح شناختی رفتاری، نداشتن اعتماد کافی نسبت به گروه، تمایل نداشتن به ادامه همکاری، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، عدم انجام تکالیف گنجانده شده در پروتکل آموزشی اصلاح شناختی رفتاری تشکیل دادند. ابزار سنجش در این پژوهش پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی (شامل سطح تحصیلات والد مادر، وضعیت اقتصادی و رتبه تولد) و اضطراب امتحان بود.

پرسشنامه اضطراب کودکان Spence: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط Spence برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب ساخته شد. دارای ۳۸ سؤال با ۶ مؤلفه شامل اضطراب جدایی (سؤالات ۵، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶)، اضطراب فراگیر (سؤالات ۱، ۳، ۴، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۱)، اضطراب اجتماعی (سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۲۹، ۳۵)، حمله هراس و ترس از فضاهای باز (سؤالات ۱۳، ۲۱، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۳۸)، فوبیا (سؤالات ۲، ۱۸، ۲۳، ۲۵، ۳۳) و وسواس فکری و عملی (سؤالات ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۶، ۲۷) می‌باشد. نمره‌گذاری در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از نمره صفر (هرگز) تا نمره ۳ (همیشه) انجام می‌گیرد که دامنه نمرات بین نمره صفر تا ۱۱۴ متغیر می‌باشد. کسب نمرات بالا بیانگر اضطراب بیشتر می‌باشد. روایی محتوایی مقیاس ۰/۸۳ و پایایی مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ برای اضطراب برابر با ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا

این ضریب محاسبه گردید و برنامه تدوین شده مبتنی بر بسته اصلاح شناختی رفتاری پس از انجام اصلاحات متخصصان به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۳ جلسه) به گروه آزمایش ارائه شد. بر اساس پاسخ‌های گروه متخصصین (۱۰ نفر) در شاخص ضریب نسبی روایی محتوا (CVR: Content Validity Ratio) برای تمامی جلسات بیشتر از ۰/۸ بدست آمد که بر اساس جدول لاوشه برای این حجم نمونه بیشتر از ۰/۶۲ است. در نتیجه ضریب نسبت روایی محتوا تأیید می‌شود. همچنین شاخص روایی محتوای برنامه (CVI: Content Validity Index) برای تمامی جلسات بیشتر از ۰/۹ بدست آمد و با توجه به این که از ۰/۷۲ بیشتر است، شاخص روایی محتوا نیز تأیید می‌گردد. فرآیند هر جلسه متشکل از: واریسی تکالیف جلسه قبل، بحث گروهی، چالش فکری و جمع‌بندی جلسه بود. خلاصه محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری و فعالیت‌های انجام شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

۰/۸۲ گزارش گردید [۱۷]. در ایران Mousavi و همکاران با استفاده از تحلیل عاملی روایی پرسشنامه را تأیید و پایایی خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. [۱۸]. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد. در پژوهش حاضر بسته آموزشی تدوین شده با نظارت اساتید راهنما و مشاور با مطالعه یافته‌های پیشین نظری و تجربی در مورد بسته‌ها و پروتکل‌های موجود در زمینه اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در کودکان (اصلاح شناختی رفتاری، درمان شناختی رفتاری و آموزش شناختی) طراحی و تدوین شد [۱۹-۲۳]. پس از تدوین برنامه و پیش از اجرا جهت بررسی روایی محتوا، پروتکل آموزشی مورد نظر به تأیید ده نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی و مشاوره با سابقه فعالیت حداقل ده سال در مراکز مشاوره و روان‌درمانی رسید و از آن‌ها خواسته شد تا پاسخ‌های خود را با توجه به مقیاس سه درجه‌ای ضروری (۲)، مفید (۱) و غیر ضروری (۰) درجه‌بندی کنند؛ سپس بر اساس فرمول لاوشه

جدول ۱- خلاصه جلسات مداخله آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۳

جلسه	برنامه مداخله	محتوای جلسه	تکلیف
۱	با صدای بلند فکر کردن	توضیح خودراهنمایی، هدایت و خود نظم دهی به روش صحبت با خود با صدای بلند	توضیح راجع به چگونگی صحبت با خود در محدوده‌ای از سن خردسالی و ناپدید شدن و درونی شدن آن به صورت گفتگوی درونی و خجالت نکشیدن به علت بلند فکر کردن
۲	کپی گریه	بازی «کپی گریه» برای معرفی چهار مرحله در برخورد با یک مشکل استفاده می‌شود: شناسایی مشکل، تدوین یک برنامه، نظارت بر عملکرد و ارزیابی عملکرد و نتیجه	معلم به کودکان دستور می‌دهد: «حالا از شما می‌خواهم آنچه را که می‌گویم بگویید و آنچه را که انجام می‌دهم انجام دهید.» ۱. تعریف مسئله («چه کاری باید انجام دهیم؟»); ۲. تمرکز توجه و هدایت پاسخ («با دقت ... خط را رسم کن»); ۳. خودتقویتی («خوبه، من خوب انجامش می‌دم»); ۴. مهارت‌های مقابله‌ای خودارزیابی و گزینه‌های تصحیح خطا («اشکالی نداره حتی اگر اشتباه کنم، می‌توانم به آرامی ادامه دهم»)
۳	کلاه تفکر	هنگام اشتباه و شکست معلم کلاه نمادین تفکر را بر سر می‌گذارند و خودش را راهنمایی می‌کند.	استفاده از کلاه تفکر به صورت خیالی و نحوه صحبت با خود در هنگام بروز مشکل توسط معلم سپس تقلید کودک از او، کودک با خود می‌گوید: فقط یک ثانیه صبر کن، یک نفس آرام و عمیق بکش، آفرین خوب است حالا چه کاری باید انجام دهیم به آرامی ادامه می‌دهم.
۴	تصویرسازی ذهنی	تصویرسازی ذهنی لاک پشت توسط معلم	لاک پشت را تصور کن. تو از آن لاک پشت کند سریع تر نخواهی رفت. آهسته و با دقت ادامه می‌دهی.
۵			پس از خواندن داستان، کودکان از لاک‌پشتی که وقتی احساس می‌کرد در شرف از دست دادن کنترل است، به لاک خود پناه می‌برد، تقلید می‌کنند. در حالی که در لاک خیالی هستند، کودکان،

لاک پشت	خواندن داستان لاک پشت و خردگوش، تقلید کودک از لاک پشت	مانند لاک پشت، آرامش را تمرین می‌کند و تمرین‌های خودآموزی، خود دستوردهی و حل مسئله را انجام می‌دهند تا خودکنترلی را اعمال کنند. همچنین با مقایسه لاک پشت و خردگوش و توضیح درباره تفاوت افراد تأملی و تکانشی با راهبردهای درست برای رسیدن به موفقیت آشنا می‌شود.
آموزش خود دستوردهی	استفاده از جملات خود دستوردهی قبل و حین تکلیف	کودک باید قبل از پاسخ دادن به تکلیف از جملات خود دستوردهی مثل "مکت کنم، گوش دهم، نگاه کنم، فکر کنم." استفاده کند.
ایفای نقش معلم	راهنمایی و هدایت کودک دیگر برای انجام تکلیف	کودک از زبان به صورت ابزاری استفاده می‌کند تا بتواند کودک دیگر را برای انجام یک تکلیف هدایت کند. کودک به عنوان راهنمایی می‌گردد: باید بیشتر فکر کنی، باید آرام‌تر جلو ببری، باید گزینه‌ها رو بیشتر نگاه کنی.
درمان اسنادی	تغییر شیوه تفکر و تفسیر کودک از موفقیت و شکست و علت‌های آن	معلم تکلیف را با ضریب دشواری مناسب ارائه و پیشرفت‌های روزانه هر دانش‌آموز را با خودش مقایسه می‌کند. معلم هر شکست را با این جمله همراه می‌کند: باید بیشتر تلاش کنی. کودک با خود می‌گوید: شکست به معنای ناتوانی من نیست. الان بلد نیستم، اما من تویم یاد بگیرم. باید به فکر راه‌های دیگری برای جبران باشم. من از دیروزم بهتر عمل کردم. باید بیشتر تلاش کنم، من از پیش برمیام.
اصلاح گفتار درونی	جایگزینی گفتگوی مخرب درونی با گفتگوی مثبت و سازنده	معلم جملاتی مانند: من همیشه اشتباه می‌کنم. من از بقیه عقب ترم، من خنگم. من تنبلم، دوست داشتنی نیستم را با جملات زیر جایگزین می‌کند: اشتباه کردن یعنی دارم یاد می‌گیرم، هر کسی مسیر خودش رو داره، منم در حال رشدم. هر بار که زمین می‌خورم، چیز جدیدی یاد می‌گیرم. بعضی وقت‌ها کارهام رو عقب می‌ندازم، اما دارم یاد می‌گیرم بهتر برنامه‌ریزی کنم، من از دیروزم بهترم من پرنانزی‌ام، ولی می‌تونم یاد بگیرم، انرژی‌مو بهتر کنترل کنم من با ارزشم.
خودراهنمایی مهار استرس	۱. مدل‌سازی شناختی توسط معلم؛ ۲. راهنمایی آشکار، بیرونی کودک توسط معلم؛ ۳. خود راهنمایی آشکار توسط کودک؛ ۴. خود راهنمایی محو و آرام کودک؛ ۵. خود راهنمایی درونی کودک	۱. بزرگسال با صدای بلند فکر می‌کند و با استرس مواجه می‌شود. ۲. کودک به کمک مربی تحت راهنمایی بیرونی، تمرین تکنیک‌های کاهش استرس (مثل نفس عمیق، شمارش معکوس) را انجام دهد. ۳. کودک خودش با صدای بلند مراحل کاهش استرس را تکرار و اجرا کند. «نفس عمیق بگیر»، «من می‌تونم این کار را انجام بدهم». ۴. کودک به صورت آرام‌تر و با صدای کم مراحل خودراهنمایی را انجام دهد. ۵. کودک بدون گفتن حتی آهسته، به صورت ذهنی خودش را هدایت کند.
مواجهه با استرس	۱. آماده شدن برای یک عامل استرس‌زا، ۲. روبه‌رو شدن و مقابله با عامل استرس‌زا، ۳. مقابله با احساس درهم‌شکستگی یا غرق شدن، ۴. تقویت خود و استفاده از جملات خودانگیزی	۱. آماده شو: چه کاری باید بکنی؟ به جای نگرانی، یک نقشه بکش. ۲. با ترس‌ها روبه‌رو شو: خودت را از نظر ذهنی آماده کن، می‌تونی از پس این چالش بر بیای. قدم به قدم پیش برو، می‌تونی این موقعیت رو مدیریت کنی. ۳. وقتی خیلی می‌ترسی: به لحظه وابسا. فقط به الان فکر کن، نه به چیزای بدی که شاید بشه. پیرس: «الان دقیقاً باید چی کار کنم؟» به ترست از ۰ تا ۱۰ نمره بده و ببین کمتر میشه. لازم نیست ترس رو کامل از بین ببری، فقط کوچیک‌ترش کن. ۴. جشن بگیر: تو انجامش دادی، اونقدرها هم که فکر می‌کردی بد نبود. بیشتر از چیزی که ارزش داشت، از ترس‌ها غول ساختی. این فکرهای لعنتی‌ات هستن که مشکل سازن. وقتی کنترلشون کنی، ترست رو کنترل کردی. به خودت افتخار کن
جمع‌بندی	انجام تمامی جلسات آموزشی	مرور تمامی مفاهیم آموزش داده شده، انجام همه تکالیف انجام شده

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش  $10/87 \pm 2/73$  و گروه کنترل  $10/03 \pm 3/08$  سال بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر سن وجود ندارد. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی (سطح تحصیلات والد مادر، وضعیت اقتصادی و رتبه تولد) وجود ندارد (جدول ۲).

به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار)، آزمون مجذور کای، پیش فرض‌های آماری (آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس، کرؤیت موچلی) و آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها  $0/05$  در نظر گرفته شد.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۳ برحسب گروه‌های مورد بررسی (۱۵ نفر در هر گروه)

متغیر	گروه کنترل	گروه آزمایش
جنسیت	دختر (۶) ۴۰	دختر (۷) ۴۶/۶۶
	پسر (۹) ۶۰	پسر (۸) ۵۳/۳۳
سطح تحصیلات والد مادر	کاردانی و پایین‌تر (۲) ۱۳/۳۳	کاردانی و پایین‌تر (۲) ۱۳/۳۳
	کارشناسی (۹) ۶۰	کارشناسی (۸) ۵۳/۳۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر (۴) ۲۶/۶۶	کارشناسی ارشد و بالاتر (۵) ۳۳/۳۳
وضعیت اقتصادی	ضعیف (۵) ۳۳/۳۳	ضعیف (۵) ۳۳/۳۳
	متوسط (۶) ۴۰	متوسط (۹) ۶۰
	خوب (۴) ۲۶/۶۶	خوب (۱) ۶/۶۶
رتبه تولد	فرزند اول خانواده (۴) ۲۶/۶۶	فرزند اول خانواده (۵) ۳۳/۳۳
	فرزند دوم خانواده (۸) ۵۳/۳۳	فرزند دوم خانواده (۸) ۵۳/۳۳
	فرزند سوم و به بعد (۳) ۲۰	فرزند سوم و به بعد (۲) ۱۳/۳۳

نوع آزمون: مجذور کای، \* $p < 0/05$  اختلاف معنی‌دار

میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب و مؤلفه‌های آن در گروه‌های کنترل و آزمایش در مراحل پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری به تفکیک در جدول ۳ ارائه شده است. بر اساس نتایج، میانگین نمره اضطراب و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره مؤلفه‌های اضطراب کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۳ برحسب گروه‌های مورد بررسی و مراحل مختلف اندازه‌گیری (تعداد در هر گروه=۱۵ نفر)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب جدایی	کنترل	۵/۳۳ ± ۱/۶۸	۴/۶۶ ± ۱/۴۹	۵/۴۶ ± ۱/۸۸
	آزمایش	۵/۴۰ ± ۱/۵۴	۳/۲۰ ± ۰/۸۶۱	۲/۸۶ ± ۱/۵۰
اضطراب فراگیر	کنترل	۷/۰۶ ± ۱/۰۹	۷/۱۳ ± ۱/۴۵	۷/۰۰ ± ۱/۲۵
	آزمایش	۷/۴۶ ± ۱/۶۴	۴/۰۰ ± ۱/۹۲	۳/۴۰ ± ۱/۸۴
اضطراب اجتماعی	کنترل	۶/۲۶ ± ۱/۴۳	۶/۳۳ ± ۱/۵۴	۶/۴۰ ± ۱/۲۹
	آزمایش	۶/۸۶ ± ۱/۱۲	۴/۲۶ ± ۱/۸۶	۳/۹۳ ± ۲/۲۱
حمله هراس	کنترل	۷/۲۶ ± ۲/۱۲	۷/۰۰ ± ۱/۳۰	۶/۹۳ ± ۱/۳۸
	آزمایش	۸/۰۰ ± ۱/۴۱	۴/۰۰ ± ۱/۳۶	۳/۳۳ ± ۱/۸۳
فوبیا	کنترل	۴/۹۳ ± ۱/۲۷	۴/۲۰ ± ۱/۳۷	۴/۷۳ ± ۲/۰۵
	آزمایش	۴/۷۳ ± ۱/۳۳	۳/۰۶ ± ۰/۸۸۳	۲/۴۶ ± ۱/۵۰
وسواس فکری عملی	کنترل	۵/۶۰ ± ۱/۵۴	۵/۰۰ ± ۱/۶۰	۵/۲۰ ± ۱/۹۳
	آزمایش	۵/۴۶ ± ۱/۴۵	۳/۲۶ ± ۱/۰۳	۲/۸۰ ± ۱/۳۷
اضطراب (نمره کل)	کنترل	۳۶/۶۶ ± ۶/۵۳	۳۴/۳۳ ± ۴/۸۵	۳۵/۷۳ ± ۵/۸۲
	آزمایش	۳۷/۹۳ ± ۳/۰۵	۲۱/۸۰ ± ۵/۰۷	۲۱/۵۳ ± ۵/۸۴

شاپیرو-ویلکز تأیید شد. در آزمون لوین نیز با توجه به مقدار بدست آمده برای متغیر اضطراب در پیش‌آزمون ( $p=0/971$ )، پس‌آزمون ( $p=0/762$ ) و پیگیری ( $p=0/949$ )،

قبل از تحلیل استنباطی، ابتدا نرمال بودن داده‌ها در متغیر اضطراب کودکان در پیش‌آزمون ( $p=0/415$ )، پس‌آزمون ( $p=0/556$ ) و پیگیری ( $p=0/071$ ) با استفاده از آزمون

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد اثر زمان ( $f=55/291$ )، اثر گروه ( $f=58/410$ )، اثر  $p<0/001$ ،  $\eta=0/804$  و اثر تعامل زمان و گروه ( $f=31/155$ )،  $p<0/001$  و  $\eta=0/711$  در متغیر اضطراب معنی دار است. این یافته بیانگر آن است که بین میانگین نمره‌های حداقل یکی از متغیرهای وابسته دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد. همان گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر اضطراب، اثر تعامل زمان و گروه و اثر گروه و اثر زمان معنی دار می‌باشد ( $p<0/001$ ). با توجه به مقدار مجذور اتا ۰/۴۵ تغییرات نمره اضطراب کودکان در طی مراحل ناشی از شرکت در جلسات برنامه آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری بوده است.

همسانی واریانس خطا تأیید شد. به طور کلی مفروضات (پیش فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر رعایت شده است. آزمون ام باکس، نشان می‌دهد سطح معنی داری ( $f=1/347$ )،  $p=0/232$  برای متغیر اضطراب از ۰/۰۵ بالاتر است و معنی دار نمی‌باشد. از این رو، می‌توان گفت که در متغیر وابسته پژوهش، فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده رعایت شده است. همچنین، پیش فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون کرؤیت ماچلی برای متغیر فوبیا ( $p=0/042$ ) و نمره کل اضطراب کودکان ( $p=0/022$ ) معنی دار بود. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرؤیت برای این متغیرها برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه با استفاده از روش گیسر - گرینهوس اصلاح شد.

جدول ۴- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر جهت تأثیر بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۳

متغیر	اثرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	$\eta^2$	P
اضطراب جدایی	گروه	۴۴/۱۰۰	۱	۴۴/۱۰۰	۱۳/۲۷۴	۰/۳۲۲	*/۰۰۱
	زمان	۴۰/۹۵۶	۲	۲۰/۴۷۸	۱۱/۰۷۹	۰/۲۸۳	*/۰۰۱
اضطراب فراگیر	گروه × زمان	۲۲/۸۶۷	۲	۱۱/۴۳۳	۶/۱۸۵	۰/۱۸۱	*/۰۰۴
	گروه	۱۰۰/۲۷۸	۱	۱۰۰/۲۷۸	۲۳/۰۰۶	۰/۴۵۱	*/۰۰۱
اضطراب اجتماعی	زمان	۷۲/۹۵۶	۲	۳۶/۴۷۸	۲۴/۳۳۱	۰/۴۶۵	*/۰۰۱
	گروه × زمان	۷۱/۷۵۶	۲	۳۵/۸۷۸	۲۳/۹۳۱	۰/۴۶۱	*/۰۰۱
حمله هراس	گروه	۳۸/۶۷۸	۱	۳۸/۶۷۸	۱۰/۲۵۱	۰/۲۶۸	*/۰۰۳
	زمان	۳۵/۸۲۲	۲	۱۷/۹۱۱	۸/۶۶۰	۰/۲۳۶	*/۰۰۱
فوبیا	گروه × زمان	۴۱/۶۸۹	۲	۲۰/۸۴۴	۱۰/۰۷۸	۰/۲۶۵	*/۰۰۱
	گروه	۸۶/۰۴۴	۱	۸۶/۰۴۴	۳۰/۱۴۹	۰/۵۱۸	*/۰۰۱
وسواس فکری عملی	زمان	۱۰۹/۳۵۶	۲	۵۴/۶۷۸	۲۲/۶۳۳	۰/۴۴۷	*/۰۰۱
	گروه × زمان	۸۲/۶۸۹	۲	۴۱/۳۴۴	۱۷/۱۱۴	۰/۳۷۹	*/۰۰۱
اضطراب (نمره کل)	گروه	۳۲/۴۰۰	۱	۳۲/۴۰۰	۱۱/۶۹۷	۰/۲۹۵	*/۰۰۲
	زمان	۲۹/۶۲۲	۱/۶۵۳	۱۷/۹۲۱	۸/۴۳۷	۰/۲۳۲	*/۰۰۱
گروه × زمان	گروه × زمان	۱۶/۰۶۷	۱/۶۵۳	۹/۷۲۰	۴/۵۷۶	۰/۱۴۰	*/۰۲۱
	گروه	۴۵/۵۱۱	۱	۴۵/۵۱۱	۱۸/۹۱۳	۰/۴۰۳	*/۰۰۱
گروه × زمان	زمان	۴۳/۲۸۹	۲	۲۱/۶۴۴	۹/۶۴۴	۰/۲۵۶	*/۰۰۱
	گروه × زمان	۲۰/۳۵۶	۲	۱۰/۱۷۸	۴/۵۳۵	۰/۱۳۹	*/۰۱۵
گروه × زمان	گروه	۱۶۲۱/۳۷۸	۱	۱۶۲۱/۳۷۸	۴۳/۲۹۴	۰/۶۰۷	*/۰۰۱
	زمان	۱۶۰۶/۸۶۷	۱/۶۰۵	۱۰۰۱/۳۰۳	۳۴/۰۳۲	۰/۵۴۹	*/۰۰۱
گروه × زمان	گروه × زمان	۱۰۸۱/۰۸۹	۱/۶۰۵	۶۷۳/۶۷۰	۲۲/۸۹۷	۰/۴۵۰	*/۰۰۱

\*  $P<0/05$  اختلاف معنی دار

در جدول ۵، برای بررسی این که تأثیر در کدام یک از مراحل آزمون معنی دار بود از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد. نتایج نشان داد که در مقایسه نمره مؤلفه‌های اضطراب، تفاوت بین میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در گروه آزمون پس از مرحله پس از آزمون و پیگیری نسبت به پیش-آزمون کاهش معنی‌داری داشته است ( $p < 0.001$ ). تفاوت بین میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در گروه آزمون پس از مرحله پس از آزمون و پیگیری معنی دار نبود.

در جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری گروه آزمایش متغیرهای پژوهش در کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۳

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری گروه آزمایش متغیرهای پژوهش در کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران در سال ۱۴۰۳

متغیر	زمان	تفاوت میانگین	خطای معیار	P
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۵۳۳	۰/۲۸۹	*۰/۰۰۱
اضطراب جدایی	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۳۰۰	۰/۴۱۲	*۰/۰۱۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۳۳	۰/۳۴۱	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۷۰۰	۰/۳۲۹	*۰/۰۱۴
اضطراب فراگیر	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۰۶۷	۰/۳۰۴	*۰/۰۰۸
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۳۶۷	۰/۳۱۵	۰/۷۶۳
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۲۶۷	۰/۳۱۳	*۰/۰۰۱
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۴۰۰	۰/۳۶۳	*۰/۰۰۲
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۴۲۹	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۱۳۳	۰/۳۴۰	*۰/۰۰۱
حمله هراس	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۵۰۰	۰/۴۷۶	*۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۶۷	۰/۳۷۵	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۲۰۰	۰/۲۵۹	*۰/۰۰۱
فوبیا	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۲۳۳	۰/۳۹۸	*۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۳۵۴	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۴۰۰	۰/۳۳۱	*۰/۰۰۱
وسواس فکری عملی	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۵۳۳	۰/۴۳۵	*۰/۰۰۴
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۳۸۸	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۹/۲۳۳	۰/۸۹۱	*۰/۰۰۱
اضطراب (نمره کل)	پیش‌آزمون-پیگیری	-۸/۶۶۷	۱/۴۱۵	*۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۵۶۷	۱/۳۸۷	۱/۰۰۰

\*  $P < 0.05$  اختلاف معنی دار

## بحث

کاهش داده است. در زمینه مطالعات ناهمسو، پژوهشی یافت نشد. اما این مطالعه با نتایج Atashi و همکاران [۱۱]، Reyes و همکاران [۱۲] و Chen و Jiang [۱۳] همسو است.

در تبیین یافته پژوهش مبنی بر تأثیر بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه می‌توان اظهار کرد که اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه هیچگونه علائم جسمانی مشخصی ندارد و هر شخصی با مشاهده رفتارهای این

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که نمرات اضطراب کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافت و این نتایج در مرحله پیگیری نیز ماندگار ماند. در نتیجه، بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری، اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه را

این جلسات گنجانده شده، موجب بهبود و کاهش اضطراب شوند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. لحاظ کردن کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲۲ تهران از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر بود که تعمیم یافته‌ها را به بقیه مناطق جغرافیایی با محدودیت همراه می‌کند. همچنین، تعمیم به سایر گروه‌های سنی در این مطالعه با محدودیت روبه‌رو است. محدودیت دیگر، استفاده از پرسشنامه و ماهیت خودگزارشی آن است که شرکت‌کنندگان در مطالعه می‌توانند با تحریف اطلاعات و افشای اطلاعات غلط تصویر مطلوبی از خود نشان دهند و احتمال ارائه پاسخ‌های غیر واقعی به دلیل درک نادرست از سؤال‌ها وجود دارد که نتایج مطالعه را مخدوش می‌کند. همچنین، حجم نمونه پایین و بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های اصلی پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های تحقیقاتی مانند مصاحبه و مشاهده نیز برای بررسی دقیق‌تر استفاده شود و پژوهش مشابهی بر اساس بسته آموزش گروهی اصلاح شناختی رفتاری در شهرها و جامعه‌های آماری دیگر نیز انجام شود تا نتایج حاصل از آن در مقایسه با یافته‌های این پژوهش قرار گیرد.

#### نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش حاضر بر اهمیت

استفاده از بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری در کاهش میانگین نمره اضطراب کودکان تأکید دارد. بنابراین، آگاهی دادن به متولیان آموزش، مراکز مشاوره و روان‌درمانی، و بهزیستی درباره اهمیت بسته آموزش گروهی مبتنی بر اصلاح شناختی رفتاری تأثیر به‌سزایی در بهبود اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه خواهد داشت.

کودکان، آن‌ها را شگفت‌انگیز و متناقض خواهد یافت. رفتار عجولانه و آشفته کودک، منبع اصلی فشار روانی و ناکامی برای خود او، والدین، خواهران و برادران، معلمان و همکلاسی‌هایش به حساب می‌آید. بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر مشکلات اولیه بیش‌فعالی/کمبود توجه، اختلالات روانپزشکی همبود مانند نقص در روش به کارگیری اختلال‌های اضطرابی نیز دارند [۲۴]. در واقع، اضطراب هیجان‌بهنجاری است که در سراسر زندگی تجربه شده و در زندگی روزانه افراد نقش اساسی و حفاظتی دارد. این هیجان در حد متعادل و سازنده فرد را وادار می‌کند که برای انجام امور خود، به موقع و مناسب تلاش کند و بدین ترتیب زندگی خود را بادوام‌تر سازد. اگر چه اضطراب قسمتی از تحول بهنجار را در انسان تشکیل می‌دهد، اما در صورت افزایش شدت و طول مدت آن، به مشکل جدی و تهدید واقعی تبدیل می‌شود [۲۵].

در رویکرد شناختی-رفتاری از تمرینات ادراکی حرکتی استفاده می‌شود. استفاده از تمرینات ادراکی حرکتی برای اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه، نشانگر بهبود مهارت‌های حرکتی این کودکان در موقعیت‌های بازی، تحصیلی و فعالیت‌های روزانه می‌باشد. کسب موفقیت‌های بیشتر و شکست‌های کمتر منجر به ارزیابی مثبت‌تر کودک از خود شده و این امر به کاهش پرخاشگری، اضطراب و دیگر مشکلات رفتاری این کودکان می‌انجامد [۲۶].

بر همین اساس، کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه شرکت‌کننده در جلسات بسته آموزشی اصلاح شناختی رفتاری از طریق آموزش و یادگیری مهارت‌هایی همچون خودراهنمایی، هدایت و خودنظم‌دهی به روش صحبت با خود با صدای بلند، استفاده از جملات خود دستوردهی قبل و حین تکلیف، تغییر شیوه تفکر و تفسیر کودک از موفقیت و شکست و علت‌های آن و جایگزینی گفتگوی مخرب درونی با گفتگوی مثبت و سازنده که در

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## سهام نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی رشته روانشناسی صفوره میرمحمودی است که باقر غباری بناب استاد راهنما و حسن اسدزاده استاد مشاور بودند.

## تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌گردد. همچنین، از مسئول پژوهش دانشگاه که زمینه دسترسی به گروه هدف و انجام پژوهش را فراهم آوردند تقدیر و تشکر می‌شود.

## References

1. Azmeraw M, Temesgen D, Kassaw A, Zemariam AB, Kerebeh G, Abebe GK, Abate BB. The prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder and its associated factors among children in Ethiopia, 2024: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry* 2024; 3:1425841.
2. Newcorn JH, Krone B, Coghill D, Halperin JM. Neurodevelopmental Disorders: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Tasman's Psychiatry*, 2024; 15-54.
3. Asghari Nikah M, Abedi Z. Investigating the effectiveness of executive function-based play therapy on improving response inhibition, planning, and working memory in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Cognitive Psychology* 2014; 2(1): 41-51.
4. Kappel RK, Bisgaard TH, Poulsen G, Jess T. Risk of Anxiety, Depression, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Pediatric Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Population-Based Cohort Study. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 2024; 15(4): 00657.
5. Horoz N, Buil JM, Koot S, van Lenthe FJ, Houweling TA, Koot HM, Van Lier PA. Children's behavioral and emotional problems and peer relationships across elementary school: Associations with individual- and school-level parental education. *Journal of school psychology*, 2022; 93, 119-137.
6. Dowsett E, Delfabbro P, Chur-Hansen A. Adult separation anxiety disorder: The human-animal bond. *Journal of Affective Disorders*, 2020; 2(7): 90-96.
7. Soltani F, Besharat M A, Farahani H. Predicting marital satisfaction based on ego strength, depression and anxiety symptoms. *Rooyesh*. 2024; 12(12): 1-10.
8. Limenih G, MacDougall A, Wedlake M, Nouvet E. Depression and global mental health in the global south: a critical analysis of policy and discourse. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 2024; 54(2): 95-107.
9. Chaabane S, Chaabna K, Bhagat S, Abraham A, Doraiswamy S, Mamtani R. Perceived stress, stressors, and coping strategies among nursing students in the Middle East and North Africa: an overview of systematic reviews. *System Rev*. 2021; 10:136.
10. Luo D, Liu Q, Chen Q, Huang R, Chen P, Yang BX. Mental health status of the general public, frontline, and non-frontline healthcare providers in the early stage of COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021; 12:288.
11. Atashi I, Ghasemi M, Kooshki S. The effectiveness of the computer training program on the anxiety of primary school students with attention deficit hyperactivity disorder. *EBNESINA* 2023; 25(2): 59-69.
12. Reyes NF, Pamintuan J, Vivo CA, Iii VD. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children: Cognitive Behavioral Therapy. *Philippine Journal of Allied Health Sciences* 2024; 8(1): 63-65.
13. Chen M, Jiang X. The impact of modified Cognitive-Behavioral Group Therapy in social adjustment functions of children with attention deficit hyperactivity disorder and their parents' stress levels: A nonrandomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*. 2024.
14. Bibak F, Karimi Q, Sangani A, Khezznezhad A, Najari M. Develop an educational package on perceptions of school climate and its Feasibility on self-defeating academic behaviors of male students. *Rooyesh* 2022; 11(4): 1-10.[Persian]

15. Dehestani Ardakani M. Effect of Aerobic Exercise Program on Quality of Life in Male Patients with Multiple Sclerosis. *JSSU* 2020; 28(8): 2971-81.
16. Delavar A. Research methodology in psychology and educational sciences. The fourth edition of the publication editing. Tehran: Virayesh pub; 2022. [Persian]
17. Spence SH. A Measure of Anxiety Symptoms among Children. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36(1): 545-566.
18. Mousavi R, Moradi AR, Farzad V, Mahdavi S. Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with an Iranian sample. *International Journal of Psychology* 2007;1(1):17-26.
19. Wicaksono L, Suharto S, Suryadi S, Michael M, Sulastri E. Cognitive-behavioral modification to enhance academic self-efficacy: A case of junior high school students. *Journal of Educational Management and Instruction (JEMIN)* 2024; 4(2): 267-278.
20. Zou X, Yu F, Huang Q, Huang Y. The effect of cognitive training on children with attention deficit and hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Applied Neuropsychology: Child* 2024; 1-10.
21. Corrales M, García-González S, Richarte V, Fadeuilhe C, Daigre C, García-Gea E, Ramos-Quiroga JA. Long-term efficacy of a new 6-session cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled clinical trial. *Psychiatry Research* 2024; 331, 115642.
22. Babapour J, Hashemi T, Lokos S, Najafi N. Comparing the effectiveness of cognitive training and mind-body therapy on types of attention in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Modern Psychological Research* 2023; 18(69): 25-33.
23. Sade R, Banisi P, Baseri A. Comparison of the Effectiveness of Remote Attention and Memory Cognitive Training on Executive Functions and Behavioral Symptoms in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder with and without Special Learning Disorder. *Rooyesh* 2023; 11(11): 93-102.
24. Sheikh M, Aghasolemani Najafabadi M, Shahrbanian Sh, Alavizadeh M. R. Studying the effectiveness of a combined neurofeedback and physical activity program on motor performance, anxiety, and sleep in hyperactive children. *Bimonthly Scientific-Research Journal of Rehabilitation Medicine*, 2022; 11(3): 356-369.
25. Emadi Far F, Gorji Y. Effectiveness of attention training on attention control, focused attention and dispersed attention in girl students with test anxiety. *Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(1): 67-77.
26. Dehghan F, Behina F, Amiri N, Pishyareh E, Safarkhani M. Effect of perceptual motor exercises on behavioral problems of 5 to 8-year-old children with ADHD. *New Findings of Cognitive Sciences*. 2010; 47(3): 82- 96.

# The Effect of a Group Training Package Based on Cognitive Behavioral Modification on Anxiety in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Mirmahmoudi S<sup>1</sup>, Ghojari Bonab B<sup>2\*</sup>, Asadzadeh H<sup>3</sup>

- 1- PhD Student in Educational Psychology, Dept. of Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
- 2- Prof., Dept. of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran \* (Corresponding Author) E-mail: bghobari@ut.ac.ir, Tel: 09122431503
- 3- Prof., Dept. of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Received: 10 February 2025

Accepted: 10 September 2025

**Introduction:** Anxiety is one of the most common mental disorders that evokes an unpleasant feeling of unknown danger in the individual. The present study aimed to investigate the effect of a group training package based on cognitive behavioral modification on anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

**Materials and Methods:** The present study was a semi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up. The statistical population consisted of all children aged 10 to 12 years with attention-deficit/hyperactivity disorder who were referred to counseling centers in Tehran's 22nd district in 2024 (n=800). Out of which, 30 people were selected as the research sample based on the inclusion and exclusion criteria and by convenience method and were randomly assigned to experimental and control groups (15 people in either group). The measurement tool in this study was the Spence (1998) Children's Anxiety Questionnaire. The experimental group underwent 12 sessions (3 sessions per week) of 60 minutes under a training package based on family communication patterns, and the control group did not receive any intervention. Statistical data analysis was performed using two-way repeated measures ANOVA.

**Results:** The mean and standard deviation of the experimental group's anxiety scores were  $37.93 \pm 3.05$  in the pre-test and  $21.80 \pm 5.07$  in the post-test, indicating a significant reduction ( $p < 0.001$ ). The results of data analysis showed that after the intervention, the effect of the cognitive behavioral modification training package on children's anxiety with attention-deficit/hyperactivity disorder was significant ( $F = 22.897$ ,  $\eta = 0.450$ ,  $p < 0.001$ ) and these positive effects remained stable during the follow-up period ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Considering the effectiveness of the cognitive behavioral modification training package on children's anxiety, it is recommended that counselors and therapists use this method along with other effective methods to improve anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

**Keywords:** Cognitive behavioral modification, Anxiety, Children, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

**Please cite this article as follows:**

Mirmahmoudi S, Ghobari Bonab B, Asadzadeh H. The Effect of a Group Training Package Based on Cognitive Behavioral Modification on Anxiety in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Community Health Journal 2025; 19(4):1-13.

**Funding:** This study did not have any funds.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Azad University, Science and Research Branch, approved the study (IR. IAU. SRB. REC. 1404.040).