

## Effectiveness of Take Action Program on Redaction of Clinical Symptoms of Preschool Children with Anxiety Disorder (AD)

Jalali, \*M.

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Take Action Program on redacting the clinical symptoms of preschool children with Anxiety Disorder (AD).

**Method:** A semi-experimental research design was chosen. The statistical population of the research was children aged 5 to 6 years with anxiety in Gorgan and their mothers, of whom 27 children were selected using the purposive sampling method and randomly allocated into experimental and control groups. The Take Action program was conducted in 8 sessions for children and 4 training separate sessions for parents in the experimental group. In order to evaluate the effect of intervention at the beginning, end of treatment, and follow-up stages, the preschool anxiety scale was performed on mothers of all children. Finally, Analysis of covariance and improvement percentage formula were used to analyze the data.

**Results:** The results showed a significant reduction in anxiety of children in the experimental group compared to the control group in post-test and follow-up ( $P < 0.05$ ). The results of clinical significance also showed that the anxiety of the experimental group significantly improved compared to the control group in the post-test and follow-up.

**Conclusion:** The program Take Action is effective in improving the symptoms of children with anxiety. The results of this research and similar research can be used in the fields of diagnostic and therapeutic anxiety disorders in children.

**Keywords:** child, anxiety disorder, Take Action program.

## اثربخشی برنامه اقدام در مقابل اضطراب بر کاهش علائم بالینی کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال اضطرابی

محسن جلالی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی برنامه اقدام بر کاهش علائم بالینی کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال اضطرابی بود.

**روش:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق، کودکان ۵ تا ۶ ساله مبتلا به اضطراب شهرستان گرگان و مادران آنها بودند، که از بین آنها، ۲۷ کودک با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. برنامه اقدام در ۸ جلسه برای کودکان و ۴ جلسه آموزشی مجزا برای والدین گروه آزمایش انجام شد. به منظور بررسی تأثیر مداخله در ابتدا و انتهای درمان و مرحله پیگیری، مقیاس اضطراب پیش دبستانی اسپنس بر روی مادران تمام کودکان اجرا شد. در نهایت از تحلیل کوواریانس و فرمول درصد بهبودی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج کاهش معنادار در اضطراب کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نشان داد ( $P < ۰/۰۵$ ). نتایج معناداری بالینی هم نشان داد که اضطراب گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس-آزمون و پیگیری، به طور معناداری بهبود یافت.

**نتیجه‌گیری:** برنامه اقدام در بهبود علائم کودکان مبتلا به اضطراب مؤثر است. نتیجه این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌تواند در حوزه‌های تشخیصی و درمانی اختلالات اضطرابی در کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** کودک، اختلالات اضطرابی، برنامه اقدام.

## مقدمه

سن کودک، این اندازه اثر نیز کاهش می‌یابد (۷)؛ این در حالی است که اندازه اثر درمان‌های شناختی رفتاری از ۰/۶۶ (۱۰) تا ۰/۸۶ (۱۱) گزارش شده است. از سوی دیگر آشفتگی خواب، تهوع، اسهال و سردرد، ناراحتی‌های جسمانی و مشکلات جنسی از عوارض جانبی معمول این داروها بوده و این مسائل در کنار دیگر عوارض جانبی SSRIها بالاخص خطر خودکشی و افزایش فعالیت‌های رفتاری ناسازگار، باعث کاهش میل والدین و متخصصان بالینی در استفاده از این داروها در کودکان مضطرب می‌شود (۷). در باب دیگر داروها همچون بنزودیازپین‌ها و سه حلقه‌ای‌ها نیز، شواهد حمایت‌کننده‌ای وجود نداشته و علاوه بر عوارض جانبی بسیار شدید، اندازه اثر این داروها کوچک و غیر معنادار است (۷ و ۱۲).

از میان درمان‌های متعدد روانشناختی در حوزه کودکان، در طول بیست سال گذشته، تنها مداخلات شناختی - رفتاری، حمایت‌های تجربی قوی را برای درمان کودکان مضطرب سنین دبستان و بالاتر (۷ سال به بالا) بدست آورده است (۴ و ۱۳). اگرچه در حوزه مداخلات شناختی - رفتاری، برنامه‌های درمانی متنوعی برای اضطراب‌های کودکان وجود دارد، با این وجود، مؤلفه‌های اصلی پروتکل‌های حمایت‌شده شامل: آموزش روانشناختی اضطراب، آموزش مهارت‌های مدیریت اضطراب (مثل: آموزش ریلکسیشن و بازسازی شناختی) و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطرابی، می‌باشند. این استراتژی‌ها به کودک این فرصت را می‌دهد تجارب درونی اضطراب را تغییر دهد و تهدید محیط را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد. اما اگر یک کودک مضطرب مهارت‌های تحولی مناسب برای شرکت در این درمان‌های حمایت‌شده را نداشته باشد چه می‌شود؟ بهترین گزینه درمانی برای کودکان مضطرب کم سن (زیر ۷ سال) که نوعاً در گزارش دقیق افکار درونی خود، فکر کردن در مورد راه‌های جایگزین برای درک موقعیت‌های اضطراب‌آور و به تأخیر انداختن پاداش تسکین اضطراب در موقعیت‌های مواجهه، توانایی محدودی دارند، چیست؟

درمان‌هایی که حمایت‌های تجربی مناسب را برای درمان کودکان مبتلا به اضطراب به دست آورده‌اند، نیاز به یک سری توانایی‌های رشدی و شناختی دارد که نوعاً کودکان سنین پایین به طور کامل دارا نیستند. از کودکان تحت

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی در کودکان است و بیش از ۱۰ درصد از کودکان از آن رنج می‌برند (۱). طبق چاپ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، اختلالات لالی انتخابی<sup>۲</sup>، اضطراب جدایی<sup>۳</sup>، اضطراب اجتماعی<sup>۴</sup>، فوبی خاص<sup>۵</sup> و اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> به عنوان اختلالات اضطرابی شایع در کودکان، طبقه‌بندی شده است. مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع طول عمر این اختلالات را حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد در کودکان و نوجوانان گزارش کرده‌اند. اختلالات اضطرابی در نمونه‌های بالینی در پسران و دختران به نسبت مساوی دیده شده ولی در نمونه‌های همه‌گیرشناسی در دختران بیشتر است (۲). آغاز اختلالات اضطرابی ممکن است بسیار زود هنگام و در سنین پیش‌دبستانی باشد و معمولاً میانگین سن شروع این اختلالات در کودکان ۵ سالگی است (۱). اختلالات اضطرابی باعث تخریب گسترده و معنادار در عملکرد اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی کودک می‌شوند (۳). علاوه بر این، زمانی که درمان به تأخیر بیافتد، اختلالات اضطرابی در کودکان پایدار می‌ماند و با اختلالات دیگری همچون افسردگی و سوء‌مصرف مواد در نوجوانی (۴) و همچنین تخریب‌های شغلی و کاهش کیفیت زندگی در بزرگسالی (۱) و (۵) همراه می‌شوند.

در درمان اختلالات اضطرابی، هم از دارو درمانی و هم از درمان‌های روانشناختی استفاده شده است (۶). در حوزه دارو درمانی، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRI)<sup>۷</sup> و ونلافاکسین، به عنوان داروهای رده اول، در درمان اضطراب کودک شناخته می‌شوند. با این وجود، شواهد بسیاری نشان‌دهنده اثربخشی کم آن‌ها در کودکان کم سن و موارد شدیدتر اختلال می‌باشد (۷). اندازه اثر این داروها در کاهش اضطراب کودکان مبتلا، در تحقیقات متا آنالیز از ۰/۱۹ - (۸) تا ۰/۴۳ - (۹) گزارش شده است که با کاهش

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition( DSM-5)
2. selective mutism
3. separation anxiety
4. social anxiety
5. spectific phobia
6. generalized anxiety disorder
7. selective serotonin reuptake inhibitor

حمایت‌هایی تجربی مناسبی را از نقش مؤثر درگیر کردن والدین در درمان اضطراب کودکان کم سن، نشان داده‌اند (۲۱-۲۷).

مدل‌های سبب‌شناسی موجود، نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی و فرزندپروری نقش بارزی در شروع و تداوم اضطراب بازی می‌کنند و به عنوان پیش‌بینی‌کننده مهم پیامدهای درمانی محسوب می‌شوند (۲۷-۲۹). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که شیوه‌های فرزندپروری کنترل‌کننده، مداخله‌کننده<sup>۱</sup>، بیش‌مراقبتی<sup>۲</sup> و درگیرانه<sup>۳</sup> با اختلالات اضطرابی مرتبط است (۲۳، ۳۰ و ۳۱). این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین کودکان مضطرب با استفاده از این شیوه‌ها، به کودکان خود اجازه کمی برای استقلال و خود پیروی می‌دهند و تکالیفی را که کودکانشان می‌توانند به طور مستقل انجام دهند، شخصاً بر عهده می‌گیرند. همچنین والدین این کودکان به احتمال بیشتری رفتارهای اجتنابی کودکان را در هنگام فعالیت‌های حل مسئله و مواجهه مورد تأیید قرار می‌دهند (۵). چنین استراتژی‌های فرزندپروری، توانایی کودک را در مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور و حل موفقیت‌آمیز این موقعیت‌ها، محدود می‌کند و فرصت کارآمد شدن و مهارت پیدا کردن را از کودک می‌گیرد (۳۲) و باعث اتکا مداوم کودک به والدین برای نظم‌بخشی و اجتناب از حالت‌های احساسی درونی‌شان می‌شود (۳۳). این پاسخ‌های والدینی با قوانین شناختی - رفتاری غلبه بر اضطراب، مخصوصاً با اهداف کاربردی مواجهه، که تکنیکی مهم و حیاتی در درمان است، بسیار متضاد است و مانع پیشرفت درمان می‌شود (۳۴).

بنابراین با در نظر گرفتن رابطه بین رفتارهای والدگری و اضطراب کودک و نیز وجود یافته‌های محدود در باب اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کودک محور برای کودکان مضطرب کم سن (۱۸) غیره منتظره نیست که متخصصان شناختی - رفتاری برای افزایش معناداری بالینی درمان شناختی - رفتاری کودکان کم سن، به فکر ورود والدین به جلسه‌های درمانی باشند تا ضمن آموزش والدین به عنوان درمانگران غیر حرفه‌ای جهت اجرای روش‌های شناختی - رفتاری کاهش اضطراب در کودکان، تعاملات

درمان انتظار می‌رود که بتوانند با درمانگر همکاری فعال داشته و در درمان مشارکت کنند (۱۴) و افکار و احساسات درونی‌شان را در حین درمان توضیح داده و توجهشان را در جهت رفتارهای هدف‌گرا حفظ کنند و مفاهیم آموخته شده در جلسات قبلی را به خاطر بسپارند (۱۵). علاوه بر این مهارت‌های سازماندهی و توجهی محدود کودکان کم سن، توانایی آن‌ها برای شرکت در تکالیف خانگی را محدود می‌کند (۱۶). مداخلات مبتنی بر مواجهه‌سازی در درمان شناختی رفتاری نیز نیاز به کودکی دارد که با ترس‌هایش روبرو شود و پاسخ‌های رفتاری و توجهی غالب را سرکوب کند و برای به تأخیر افتادن پاداش تسکین اضطراب، برنامه‌ریزی کند. مهارت‌های فراشناختی و عملکرد اجرایی فوق به طور کلی در کودکان کم سن، محدود است و در طول دوران کودکی و نوجوانی رشد می‌کند. در نتیجه گزینه‌های درمانی بهینه برای درمان کودکان کم سن بسیار کم است.

از طرف دیگر بیش‌مراقبتی والدین کودکان مبتلا به اضطراب و تمایلات تضاد ورزانه کودکان کم سن مبتلا به اضطراب از دیگر موانع درمان‌های شناختی رفتاری کودک محور است که ممکن است درمان را با مشکل روبرو کند (۱۷). پیگیری نتایج درمان شناختی - رفتاری نیز حاکی از این است که بعد از درمان، بیش از ۵۰ درصد از کودکان هنوز علائم معنادار اضطراب را داشته و اغلب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال هستند (۱۸ و ۱۹). این معضل با در نظر گرفتن میزان شیوع بالای ۹ درصدی اضطراب در کودکان پیش‌دبستانی و نیز میانگین سن شروع اضطراب در کودکان (۵ سالگی)، نگران‌کننده‌تر می‌شود. ظهور اضطراب در سن کم، اختلالات اضطرابی سخت‌تر و غیر قابل تحمل‌تر را در دوران بعدی کودکی و حتی بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند (۱ و ۲۰). بنابراین واضح است که شناخت گزینه‌های درمانی مناسب از لحاظ رشدی برای کودکان پیش‌دبستانی بسیار مهم است (۵).

بر خلاف کودکان بزرگتر، اگرچه درمان کودکان زیر ۷ سال از لحاظ تاریخی مورد غفلت قرار گرفته است، با این وجود، اخیراً تعدادی از محققان شناختی رفتاری با در نظر گرفتن محدودیت‌های درمان شناختی رفتاری کودک محور و توجه به انطباق‌های رشدی مهم به ویژه تأکید بر درگیری و مشارکت والدین در درمان اضطراب کودکان کم سن،

1. intrusive
2. overprotective
3. overinvolved

غیر کلامی جرات مندی و رفتار کردن با روش‌های قاطعانه (به کار گرفتن گزینه‌ها<sup>۴</sup>)، تشویق کودک برای داشتن برنامه در زمان ایجاد اضطراب، جهت مقابله با اضطراب در آینده و پیشگیری از عود (هرگز فعالیت کردن در برابر اضطراب را متوقف نکنید<sup>۲</sup>). آموزش ارائه شده به والدین نیز شامل: آموزش روانشناختی درباره اضطراب کودک، روش‌های فرزند پروری برای مدیریت اضطراب کودک و بهبود تعامل کودک - والد، اطلاع‌رسانی در مورد مراحل درمانی کودک در هر هفته به همراه آموزش روش‌های فرزندپروری برای کمک به کودک جهت یادگیری بهتر تکنیک‌های آموخته شده در جلسه درمان، ارتقای روش‌های فرزندپروری مثبت و آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله می‌باشد.

برنامه شامل دو کتاب کار متفاوت برای کودک و والدین است. کتاب‌های کار شامل جزوه مختصری از محتوای جلسات درمانی و تکالیف خانگی انجام شده توسط کودک است، که در ابتدای هر جلسه به وسیله درمانگران بررسی می‌شود و برای تقویت مثبت کودک، یک علامت مثبت توسط درمانگر، در برگه پاداش کتاب کار کودک، گذاشته می‌شود. در کتاب کار والدین علاوه بر محتوای آموزش روانشناختی جلسات درمانی کودک (برای آگاهی از مطالب آموزش داده شده به کودک در جلسات درمانی)، استراتژی‌های فرزندپروری کاربردی نیز به والدین ارائه می‌شود. بعد از پایان یافتن درمان، جلسات اضافی نیز برای کودکان و والدین جهت مرور برنامه، حل مسئله و تقویت روش‌های درمان شناختی - رفتاری آموزش داده شده در نظر گرفته می‌شود (۳۵). مطالعات اولیه در باب این برنامه کارآمدی آن را در درمان اختلالات اضطراب کودکان نشان داده است (۳۶-۳۹).

در نهایت با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلالات اضطرابی در کودکان پیش‌دبستانی و سیر بروز و پیشرفت مشکلات و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی آن‌ها، نیاز به درمانی مؤثر که بتواند مشکلات کودکان مبتلا را کاهش دهد، احساس می‌شود. با توجه به اینکه مداخلات والد محور به طور کلی و برنامه اقدام به طور خاص، پشتوانه تجربی مناسبی در درمان اختلال‌های اضطرابی کودکان کم سن در خارج از ایران

منفی والد - کودک را نیز، که یکی از پیش‌بینی کننده‌های مهم اضطراب در کودکان است، مورد بررسی و آماج قرار دهند؛ چرا که مطابق تحقیقات گزارش شده، مداخلاتی که به طور اولیه به جای کودکان بر والدین متمرکز شوند و تغییر رفتارهای والدگری را مورد توجه قرار دهند، می‌توانند در درمان کودکان کم سن اثربخش باشند (۶).

یکی از مدل‌های امیدبخش برای درمان شناختی رفتاری کودکان کم سن که همزمان با کودک، والدین را نیز وارد فرآیند درمان می‌کند، برنامه اقدام<sup>۱</sup> در مقابل اضطراب می‌باشد (۳۵). این برنامه یک برنامه مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری کوتاه‌مدت برای کودکان ۴-۱۲ سال مبتلا به اختلالات اضطرابی است و شامل یک کتاب راهنمای جامع و انعطاف‌پذیر با دستورالعمل‌های ویژه جهت انطباق اصول برنامه برای کودکان کم سن می‌باشد. برنامه اقدام در برابر اضطراب یک برنامه ساخت‌دار است که طی شش ماژول درمانی که به اختصار ACTION نام دارد، در ۱۰-۸ جلسه هفتگی یک ساعته برای کودک به همراه ۶-۴ جلسه آموزشی جهت ارائه اطلاعات به والدین در همان دوره ۱۰-۸ هفته، به صورت فردی و گروهی در اتاق درمان و کلاس درس، قابل انجام است و برای کمک به کودک در فهم روش‌های مدیریت اضطراب، کارکنترهای کارتونی حیوانات دریایی را مورد استفاده قرار می‌دهد.

ماژول‌های درمانی کودک شامل: آموزش روانشناختی درباره اضطراب و واکنش‌های بدنی اضطراب (آگاهی دادن<sup>۲</sup>)، آموزش‌ها روش‌های ریلکسیشن برای مواجهه با موقعیت‌های اضطرابی (حفظ آرامش<sup>۳</sup>)، شناسایی خودگویی‌های اضطرابی و کمک به کودک برای استفاده از اظهارات مقابله‌ای و تفکرات مثبت به جای خودگویی منفی و تهدیدآمیز (اندیشیدن به افکار نیرومند<sup>۴</sup>)، مواجهه تدریجی با موقعیت‌های ایجاد کننده ترس (شروع فعالیت<sup>۵</sup>)، آموزش مهارت‌های خودگویی مثبت حل مسئله و شناسایی و کمک گرفتن از افراد حمایت‌کننده در زندگی جهت مدیریت بیشتر اضطراب و نیز آموزش مهارت‌های اجتماعی مانند رفتارهای

1. Take Action Program
2. be AWARE
3. keep CALM
4. THINK strong thoughts
5. Get INTO ACTION

6. use my OPTIONS
7. NEVER stop taking action

۱. ارزیابی جمعیت شناختی (دموگرافیک): اطلاعات مربوط به سن، جنس و وضعیت اقتصادی - اجتماعی، در این بخش سنجیده شد.

۲. مقیاس اضطراب پیش دبستانی اسپنس<sup>۱</sup>: مقیاس اضطراب پیش دبستانی اسپنس در سال ۱۹۹۹ توسط اسپنس و رپ (۴۳) ساخته شده است. این آزمون شامل ۲۴ سؤال لیکرتی ۵ گزینه‌ای (به هیچ وجه = ۰، بندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳، بیشتر اوقات = ۴) می‌باشد و دارای ۵ خرده مقیاس اضطراب اجتماعی، فوبی خاص، اضطراب جدایی، وسواس - اجباری<sup>۲</sup> و اضطراب فراگیر است که توسط والدین کودکان با توجه به شناخت آن‌ها نسبت به کودکانشان تکمیل می‌شود. با توجه به دیدگاه والدین نسبت به کودک، هر کودک نمره‌ای بین ۰ تا ۹۶ دریافت می‌کند. این مقیاس در خارج از کشور اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار بوده است. اسپنس و همکاران (۴۳) این مقیاس را بر روی ۷۵۵ مادر دارای کودک ۲/۵ تا ۶/۵ اجرا کردند. تحلیل عامل اکتشافی ۵ عامل را مشخص کرد و تحلیل عامل تأییدی نیز برآزش عالی مدل ۵ عاملی را تأیید کرد. همچنین بین نمره کلی این مقیاس با نمره زیر مقیاس درونی‌سازی فهرست رفتاری کودک همبستگی مثبت و معنادار و بین نمره کلی این مقیاس با نمره زیر مقیاس برونی‌سازی فهرست رفتاری کودک همبستگی منفی و معنادار پیدا شد که نشان دهنده روایی همگرا و واگرایی مقیاس می‌باشد. در ایران نیز این مقیاس بر روی ۲۷۷ والدین کودک دو تا شش سال شهر تهران اعتباریابی شده است. یافته‌ها نشان داد که تمام زیر مقیاس‌های اضطراب کودکان پیش دبستانی (به استثنای زیر مقیاس وسواس بی‌اختیاری از همسانی درونی متوسط تا بالایی (۰/۶۴ تا ۰/۷۶) برخوردار است. اعتبار آزمون - آزمون مجدد (۰/۷۳ تا ۰/۸۲) نیز مناسب گزارش شده است. ارزیابی روایی این مقیاس نیز با نتایج مثبتی همراه بود. علاوه بر روایی صوری که به وسیله متخصصان تأیید شد، روایی ملاک آن به واسطه همبستگی متوسط تا بالا (۰/۴۱ تا ۰/۶۷) این مقیاس با زیر مقیاس اضطراب مقیاس کانرز تأیید شده است. روایی افتراقی این مقیاس نیز تأیید شده است (۴۴). در تحقیق حاضر نیز میزان ضرایب آلفای کرونباخ

بدست آورده‌اند، سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا برنامه اقدام بر علائم بالینی کودکان پیش دبستانی ایرانی مبتلا به اختلالات اضطرابی مؤثر است؟

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه پژوهش حاضر را کودکان ۵-۶ ساله مبتلا به اضطراب شهرستان گرگان و مادران آن‌ها تشکیل دادند. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه آماری برای مداخلات آزمایشی، ۱۵ نفر برای هر گروه اعلام شده است (۴۰ و ۴۱) از جامعه آماری پژوهش، ۳۰ کودک ۵-۶ سال مبتلا به اختلالات اضطرابی (شامل ۱۳ پسر و ۱۷ دختر) مراجعه‌کننده به مراکز روان‌درمانی و روان‌پزشکی شهر گرگان، با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. البته با اختیار کردن سطح معناداری (آلفا) و میزان خطای نوع دوم (بتا)، همچنین تصمیم‌گیری دربارهٔ حجم اثر (d)، حجم نمونه مورد نیاز برای آزمون فرض آماری مربوط به نمونه در پژوهش‌های علوم رفتاری مشخص می‌شود. در این پژوهش با در نظر گرفتن  $\alpha=0.05$  و حجم اثر متوسط مساوی ۰/۵ با انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه می‌توان به توان آزمون برابر ۰/۷۹ دست یافت (با استفاده از جدول کوهن) (۴۲). معیارهای ورود و خروج در پژوهش حاضر شامل تشخیص اختلالات اضطرابی توسط روان‌پزشک، نبود آسیب مغزی، اختلال نورولوژیکی، شرایط پزشکی جدی و نیز عدم تشخیص اختلالات خلقی یا سایر اختلالات روان‌پزشکی بر مبنای برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی (فرم والد) بود. از تمام بیماران خواسته شد در طول دوره تحقیق در هیچ درمان دیگری شرکت نکنند. همچنین کودکانی که دارای هوش کمتر از نرمال بودند، دارو مصرف می‌کردند (و یا متقاضی درمان دارویی باشند) و یا در حال دریافت درمان‌های روانشناختی بودند، فرزندان طلاق و یا دارای والدینی با بیماری روانی بودند، در نمونه آماری گنجانده نشدند.

## ابزار

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه محقق ساخته دموگرافیک و مقیاس اضطراب پیش دبستانی اسپنس (۴۳) بود.

1. Preschool Anxiety Scale (PAS)

2. Obsessive compulsive disorder

برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۶ تا ۰/۷۰ و برای نمره کلی اضطراب ۰/۸۶ برآورد شد.

**روند اجرای پژوهش:** جهت انجام پژوهش در ابتدا با مراکز روان‌پزشکی کودک شهر گرگان هماهنگی‌های لازم انجام شد و با روان‌پزشکان مراکز در زمینه نمونه تحقیق و معیارهای ورود و خروج صحبت شد. پس از انتخاب نمونه ضمن دعوت از والدین و ارائه توضیحات لازم در مورد هدف، مدت و روش انجام مطالعه و اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه بودن اطلاعات، موافقت آگاهانه، به صورت رضایت نامه کتبی برای شرکت کودکان در پژوهش از آن‌ها دریافت و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آن‌ها و کودکشان کاملاً محرمانه نگهداری می‌شود و نتیجه طرح به صورت کلی بدون ذکر نام و مشخصات منتشر خواهد شد. سپس مقیاس اضطراب پیش‌دبستانی اسپنس توسط مادران کودکان مبتلا به اضطراب به عنوان پیش‌آزمون تکمیل شد. در ادامه نمونه پژوهش به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش (آموزش برنامه اقدام) و کنترل، جایگزین شدند. کودکان گروه آزمایش در طی شش ماژول درمانی که به اختصار ACTION نام دارد در ۸ جلسه هفتگی یک ساعته و مادران کودکان نیز در ۴ جلسه آموزشی هفتگی یک ساعته جهت ارائه اطلاعات، شرکت کردند. ماژول‌های درمانی کودک شامل: ۱. آموزش روانشناختی درباره اضطراب و واکنش‌های بدنی اضطراب (آگاهی دادن)، ۲. آموزش روش‌های ریلکسیشن برای مواجهه با موقعیت‌های اضطرابی (حفظ آرامش)، ۳. شناسایی خودگویی‌های اضطرابی و کمک به کودک برای استفاده از اظهارات مقابله‌ای و تفکرات مثبت به جای خودگویی منفی و تهدیدآمیز (اندیشیدن به افکار نیرومند)، ۴. مواجهه تدریجی با موقعیت‌های ایجادکننده ترس (شروع فعالیت)، ۵. آموزش مهارت‌های خودگویی مثبت حل مسئله و شناسایی و کمک گرفتن از افراد حمایت کننده در زندگی جهت مدیریت بیشتر اضطراب و نیز آموزش مهارت‌های اجتماعی مانند رفتارهای غیر کلامی، جرأت مندی و رفتار کردن با روش‌های قاطعانه (به کار گرفتن گزینه‌ها)، ۶. تشویق کودک برای داشتن برنامه در زمان ایجاد اضطراب، جهت مقابله با اضطراب در آینده و پیشگیری از عود (هرگز فعالیت کردن در برابر اضطراب را متوقف نکنید) بود. مفاهیم مطرح شده هر جلسه، از طریق

کارکترهای کارتون حیوانات دریایی و بازی به کودک انتقال داده می‌شد. علاوه بر این در طول دوره درمانی کودک، والدین نیز در ۴ جلسه شامل: ۱. آموزش روانشناختی در باره اضطراب کودک، ۲. روش‌های فرزندپروری برای مدیریت اضطراب کودک و بهبود تعامل کودک - والد، ۳. اطلاع رسانی در مورد مراحل درمانی کودک در هر هفته به همراه آموزش روش‌های مناسب برای کمک به کودک در یادگیری بهتر تکنیک‌های آموخته شده در جلسه درمان، ۴. ارتقای روش‌های فرزند پروری مثبت و آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله، شرکت کردند. مادران و کودکان گروه کنترل در این مدت تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. در طول درمان سه نفر از کودکان (شامل ۱ پسر در جلسه چهارم و ۲ دختر به ترتیب در جلسه پنجم و هفتم ماژول درمانی کودک) از مطالعه خارج شدند. پس از اتمام مداخله و دوهفته بعد از مداخله، مادران کودکان دوگروه، مجدد مقیاس اضطراب کودکان پیش‌دبستانی اسپنس را تکمیل کردند. جهت رعایت اصول اخلاقی دو هفته بعد از اتمام پژوهش کودکان و والدین گروه کنترل نیز تحت برنامه اقدام قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش‌های از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی یا هم‌تغییر برای کنترل اثرات آن بر روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش تمامی مفروضه‌های لازم قبل از تحلیل کوواریانس بررسی شدند. همچنین به منظور بررسی معناداری بالینی تأثیر مداخله برنامه اقدام، به محاسبه درصد بهبودی که از جمله روش‌های کاربردی در شرایط بالینی است، استفاده شد.

#### یافته‌ها

در این قسمت (الف) به یافته‌های توصیفی پرداخته، سپس در قسمت (ب) نتایج استنباطی ارائه خواهد شد.

الف) در این پژوهش تعداد کل آزمودنی‌های پژوهش ۲۷ نفر (شامل ۱۲ نفر پسر و ۱۵ نفر دختر) می‌باشند که از این تعداد ۱۲ نفر (۷ نفر دختر و ۵ نفر پسر) در گروه آزمایش و ۱۵ نفر (۸ نفر دختر و ۷ نفر پسر) در گروه کنترل بودند. جدول ۱ در برگیرنده میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان دو گروه آزمایش و کنترل و جدول ۲ نشان‌گر میانگین و انحراف

تفاوت معنادار سن کودکان دو گروه کنترل و آزمایش می باشد. همچنین مقدار  $t$  محاسبه شده مربوط به سن مادران دو گروه آزمایش و کنترل برابر  $0/97$  با درجه آزادی  $25$  می باشد که نشان گر عدم وجود تفاوت معنادار سن مادران دو گروه می باشد.

استاندارد نمرات اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون است. نتایج ارائه شده در جدول (۱) نشان می دهد که  $t$  مشاهده شده مربوط به مقایسه میانگین سن کودکان گروه آزمایش و گروه کنترل برابر  $0/28$  با درجه آزادی  $25$  می باشد که نشان گر عدم وجود

جدول (۱) مقایسه سن کودکان و مادران دو گروه آزمایش و کنترل

نمونه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معناداری	t	درجه آزادی	سطح معناداری
کودک	آزمایش	۵/۲۳	۱/۰۲	۰/۰۱	۰/۹۱	۰/۲۸	۲۵	۰/۷۳
	کنترل	۵/۴۷	۰/۹۹					
مادر	آزمایش	۲۵	۱/۹۴	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۹۷	۲۵	۰/۲۱
	کنترل	۲۶/۹۲	۲/۳۲					

شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات تقریباً ثابت مانده است. در ادامه معناداری تفاوت ها در جدول ۲ پیگیری شده است.

چنانچه در جدول ۲ نیز مشاهده می شود میانگین نمره اضطراب در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ

جدول (۲) شاخص های توصیفی مربوط به نمرات اضطراب کودکان در پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل آن ها

آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
پیش آزمون	آزمایش	۴۷/۲۵	۳/۱۳	۴۱	۵۳
	کنترل	۴۶/۸۶	۲/۳۸	۴۲	۵۲
پس آزمون	آزمایش	۱۹/۰۸	۱/۷۲	۱۶	۲۳
	کنترل	۴۵/۷۳	۲/۹۳	۴۱	۵۱
پیگیری	آزمایش	۲۰	۱/۴۷	۱۸	۲۲
	کنترل	۶۰/۴۵	۳/۲۶	۳۹	۵۲

تحلیل پس از حذف اثر پیش آزمون، نمرات اضطراب در پس آزمون و پیگیری در دو گروه مقایسه شد. جهت بررسی معناداری بالینی نیز از صد بهبودی که از جمله روش های کاربردی در شرایط بالینی است. جداول ۳ و ۴ در بر گیرنده نتایج می باشد.

در این قسمت برای بررسی اثربخشی برنامه اقدام بر کاهش نشانه های اضطراب کودکان، با توجه به متغیر مستقل دوسطحی (گروه آزمایش و کنترل)، متغیر وابسته (نمرات اضطراب) و همچنین متغیر هم پراش (نمرات پیش آزمون اضطراب) از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس نمره های پس آزمون و پیگیری اضطراب کودکان

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون - پس آزمون	اثر پیش آزمون	۱	۲۵/۴۸	۴/۷۶	۰/۰۳	۰/۱۶
	گروه	۱	۴۷۶۰/۲۹	۸۹۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	خطا	۲۴	۵/۳۴			
مجموع	۲۷	۳۵۸۹۷				
پیش آزمون - پیگیری	اثر پیش آزمون	۱	۴۴/۲۴	۸/۲۰	۰/۰۰۹	۰/۲۵
	گروه	۱	۴۴۰۹/۷۹	۸۱۸/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	خطا	۲۴	۵/۳۹			
مجموع	۲۷	۳۶۱۶۴				

همچنین مقایسه گروهی نتایج و درصد بهبودی دو گروه در اضطراب در جدول ۴ آمده است. با توجه به نتایج، درصد بهبودی گروه آزمایش، در پس‌آزمون ۶۰ درصد و در پیگیری ۵۸ درصد می‌باشد که نشان از بهبودی معنادار بالینی (بالا تر از ۵۰ درصد) در این گروه است. در حالی که گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری بهبودی معنادار نشان نداد و درصد بهبودی آن در اضطراب بسیار پایین و در حد صفر است.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اضطراب در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ( $P=0/0001$ ،  $F=890/02$ ). این تفاوت معنادار بین دو گروه در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است ( $F=818/18$ ،  $P=0/0001$ ). به عبارت دیگر بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت برنامه اقدام باعث کاهش اضطراب در کودکان پیش‌دبستانی شده است و این تأثیر با توجه به نتایج دوره پیگیری با ثبات بوده است.

جدول ۴) درصد بهبودی گروه‌ها در اضطراب

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	درصد بهبودی در پس‌آزمون	درصد بهبودی در پیگیری
آزمایش	۴۷/۲۵	۱۹/۰۸	۲۰	۶۰	۵۸
کنترل	۴۶/۸۶	۴۵/۷۳	۴۵/۶۰	۰/۰۲	۰/۰۲

شناختی (شامل آموزش خودگویی مثبت و حل مسأله) و رفتاری (شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی، جرأت‌مندی و مواجهه خیالی و واقعی) و هیجانی (شامل آرمیدگی و تنفس عمیق) جدید توسط کودک در جلسه درمان (با تقویت و همراهی درمانگر و والدین) و خارج از جلسه درمان (با همراهی حمایت‌گرانه والدین)، از دیگر مؤلفه‌های مهم در اثربخشی این برنامه می‌باشد. در واقع هنگامی که به این مؤلفه‌ها توجه شود، شاهد محتوای تکنیک‌ها و نحوه مداخله هستیم. این تکنیک‌ها شامل ابعاد رفتاری، شناختی، مهارت‌های جسمانی و ایجاد مهارت‌های مقابله‌ای است که ترکیب این مهارت‌ها و تمرین‌ها منجر به کاهش اضطراب کودک می‌شود. بنابراین این برنامه با تأکید بر تأثیر فرآیند‌های یادگیری و اثر وابستگی‌ها و الگوهای محیطی و نیز اثر محوری پردازش اطلاعات با به کارگیری روش‌های فعال حل مسأله و مجهز کردن کودک به نگرش مقابله‌ای عملی و تنظیم هیجانی باعث کاهش هیجانات و افکار منفی در کودکان می‌شود (۳۵). بدین خاطر می‌توان گفت که ایجاد فضایی که به شکل اختصاصی چنین تکنیک‌هایی را به کودک ارائه می‌دهد، تأثیر معناداری را بر اضطراب کودکان داشته است.

از طرف دیگر ورود والدین به برنامه درمانی و آموزش ویژه به آن‌ها نیز می‌تواند در اثربخشی بیشتر این برنامه درمانی نقش داشته باشد. در بحث سبب‌شناسی اختلال اضطرابی اشاره شد که محیط خانوادگی نقش بنیادین در سبب‌شناسی

## بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه اقدام بر کاهش علائم بالینی کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال اضطرابی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در اضطراب در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. درصد بهبودی نیز، کاهش معنادار بالینی را در اضطراب کودکان گروه آزمایش نشان داد. بنابراین با توجه به نتایج معناداری آماری و بالینی، می‌توان گفت که آموزش برنامه اقدام، باعث کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اضطراب شده است. این یافته‌ها با یافته‌های واترز و همکاران (۳۹-۳۶)، همسو است. این پژوهشگران نیز نشان دادند که اضطراب کودکان مبتلا به اضطراب، تحت تأثیر برنامه اقدام کاهش می‌یابد. در تبیین اثربخشی برنامه اقدام در کاهش نشانه‌های اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی می‌توان گفت که هر درمانی مؤلفه‌های اختصاصی دارد که ریشه در نظریه زیربنایی آن درمان دارد. با توجه به طرح‌ریزی برنامه اقدام بر اساس نظریه شناختی رفتاری چندین مؤلفه مهم را می‌توان در اثربخشی این برنامه ذکر کرد. یکی از مهم‌ترین مؤلفه درمان آموزش روانشناختی درباره اضطراب و واکنش‌های بدنی اضطراب و آموزش درباره رابطه بین افکار، احساسات و رفتار و همچنین شناخت هیجانات و تحریف‌های شناختی با استفاده از شخصیت‌های کارتونی دریایی است. ارزیابی افکار و بهبود فرآیند شناختی و نیز تمرین و ایفای نقش مهارت‌های



## منابع

1. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Sweden J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49: 980-989.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author. 2013.
3. In-Albon T, Meyer AH, Schneider S. Separation Anxiety Avoidance Inventory-Child and Parent Version: Psychometric Properties and Clinical Utility in a Clinical and School Sample. *Child Psychiatry and Human Development*. 2013; 44: 689-697.
4. Kendall PC, Compton SN, Walkup JT, Birmaher B, Albano AM, Sherill A. Clinical Characteristics of anxiety disorders youth. *J Anxiety Disord*. 2010; 24: 360-365.
5. Comer JS, Puliafico AC, Aschenbrand SG, McKnight K, Robin JA, Goldfine ME, Albano AM. A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *J Anxiety Disord*. 2012; 26(1): 40-49.
6. Lebowitz ER, Omer H, Hermes H, Scahill L. Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014; 21: 456-469.
7. Kodish I, Rockhill C, Varley C. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 13(4): 439-452.
8. Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM. The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *J Sport Exerc Psychol*. 2008; 30(4): 392-410.
9. Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 8(3): 155-170.
10. Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32: 251-262.
11. In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2007; 76: 15-24.
12. Salum GA, Desousa DA, do Rosário MC, Pine DS, Manfro GG. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice. *Braz J Psychiatry*. 2013; 35(1): 203-221.
13. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37: 105-130.
14. Krebs G, Heyman I. Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in young people:

این اختلال در کودکان دارد. والدین کودکان مضطرب با استفاده از شیوه‌های فرزندپروری کنترل کننده، مداخله کننده، بیش مراقبتی و درگیرانه، به کودکان خود اجازه کمی برای استقلال و خود پیروی می‌دهند و تکالیفی را که کودکانشان می‌توانند به طور مستقل و قابل قبول انجام دهند، شخصاً بر عهده می‌گیرند و به احتمال بیشتری رفتارهای اجتنابی کودکانشان را در هنگام فعالیت‌های حل مسأله و مواجهه مورد تأیید قرار می‌دهند(۵). این استراتژی‌های فرزندپروری، توانایی کودک را در مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور و حل موفقیت‌آمیز این موقعیت‌ها، محدود می‌کند و فرصت کارآمد شدن و مهارت پیدا کردن را از کودک می‌گیرد(۳۲) و باعث اتکا مداوم کودک به والدین برای نظم بخشی و اجتناب از حالت‌های احساسی درونی‌شان می‌شود(۳۳). آموزش روانشناختی در باره اضطراب کودک، ارتقای روش‌های فرزندپروری مثبت برای مدیریت اضطراب کودک و بهبود تعامل کودک - والد و آموزش و ایفای نقش تکنیک‌های آموخته شده کودک در جلسات درمانی به والد، جهت پیگیری و حفظ دستاوردهای درمانی کودک در خارج از جلسه درمان، به نظر می‌رسد توانسته است در کنار مؤلفه‌های شناختی رفتاری این برنامه، اضطراب را در کودکان کاهش دهد. لذا در مجموع توجه به موارد مطرح شده نشان می‌دهد که بهبود نتایج تحت تأثیر برنامه اقدام با منطق نظری این برنامه سازگار است.

این مطالعه محدود به آموزش کودکان و مادران آنها بوده است و از تأثیر حضور پدران و آموزش آنها، در شرایط فرهنگی خود، مطلع نیستیم. همچنین محدودیت تعداد آزمودنی‌ها، عدم دوره پیگیری، عدم بررسی زیر گروه‌های اضطراب به دلیل کمبود آزمودنی، از دیگر محدودیت‌های این تحقیق بوده که با توجه به اینکه، پژوهش حاضر در ایران، مطالعه‌ای مقدماتی بوده، بدون تردید پژوهش‌های آتی با حذف این محدودیت‌ها و در طرح‌های تجربی متفاوت، می‌تواند گستره‌های تازه‌ای را در مورد تأثیر برنامه اقدام در مقابل ما بگشاید.

تشکر و قدردانی: شایسته است در انتها از همکاری صادقانه خانم دکتر درخشان پور، خانم دکتر پوراحمدی و نیز شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر نمایم.

27. Cobham VE, Dadds MR, Spence SH, McDermott B. Parental anxiety in the treatment of childhood anxiety: A different story three years later. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2010; 39: 410–420.
28. Cooper-Vince CE, Pincus DB, Comer JS. Maternal intrusiveness family financial means, and anxiety across childhood in a large multiphase sample of community youth. *J Abnorm Child Psychol.* 2014; 42(3): 429–438.
29. Micco JA, Henin A, Mick E, Kim S, Hopkins CA, Biederman J, Hirshfeld-Becker DR. Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: a metaanalysis. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(8): 1158–1164.
30. Borelli JL, Margolin G, Rasmussen HF. Parental overcontrol as a mechanism explaining the longitudinal association between parent and child anxiety. *J Child Fam Stud.* 2015; 24:1559–74.
31. Moreno-Méndez, JH, Espada-Sánchez JP, GómezBecerra, MI. Role of parenting styles in internalizing, externalizing, and adjustment problems in children. *Salud Mental.* 2020; 43 (2): 73-84.
32. Yaffe Y. A narrative review of the relationship between parenting and anxiety disorders in children and adolescents. *Int J Adolesc Youth.* 2021; 26(1): 449-459.
33. Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009; 38(3): 390-401.
34. Lebowitz, E. R., & Omer, H. (2013). *Treating childhood and adolescent anxiety: A guide for caregivers.* Hoboken, NJ: Wiley. 2013.
35. Waters AM, Groth TA. *Take Action Practitioner Guidebook (Take Action Program).* Australian Academic Press. 2016.
36. Waters AM, Ford LA, Wharton TA, Cobham VE. Cognitive-behavioral therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child + parent condition to a parent only condition. *Behav Res Ther.* 2009; 47: 654–662.
37. Waters AM, Mogg K, Bradley BP. The direction of threat attention bias predicts treatment outcome from cognitive behavioural therapy in anxious children. *Behav Res Ther.* 2012; 50: 428-424.
38. Waters AM, Groth TA, Sanders M, O'Brien R, Zimmer - Gembeck MJ. Developing partnerships in the provision of youth mental health service delivery and clinical education: A school-based cognitive behavioural intervention targeting anxiety symptoms in children. *Behav Ther.* 2015; 46: 844-855.
39. Waters AM, Potter A, Jameson L, Bradley BP, Mogg K. Predictors of Treatment Outcomes in Anxious Children Receiving Group Cognitive-Behavioural Therapy: Pretreatment Attention Bias to Threat and Emotional Variability During Exposure Tasks. *Behaviour Change.* 2015; 32(3) : 143-158.
- Assessment and treatment strategies. *Child Adolesc Ment Health.* 2010; 15: 2–11.
15. Puliafico AC, Comer JS, Albano AM. *Coaching Approach Behavior and Leading by Modeling: Rationale, Principles, and a Session-by-Session Description of the CALM Program for Early Childhood Anxiety.* *Cognitive and Behavioral Practice.* 2014; 20: 517–528.
16. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, Rapoport JL. Attention-deficit hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci.* 2007; 104: 19649–19654.
17. Möller EL, Nikolić M, Majdandžić M, Bögels SM. Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016; 45: 17–33.
18. Lebowitz, ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother.* 2013; 12(2): 229–238.
19. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009; 5: 311–341.
20. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62: 617–627.
21. Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SLA. Selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 48: 602–609.
22. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, Biederman J. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78: 498–510.
23. Eisen AR, Raleigh H, Neuhoff CC. The Unique Impact of Parent Training for Separation Anxiety Disorder in Children. *Behav Ther.* 2008; 39: 195–206.
24. Lau EX, Rapee RM, Coplan RJ. Combining child social skills training with a parent early intervention program for inhibited preschool children. *J Anxiety Disord.* 2017; 51: 32–8.
25. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Kehoe CE. Dads “Tuning in to Kids”: a randomized controlled trial of an emotion socialization parenting program for fathers. *Soc Dev.* 2019; 28: 979–97.
26. Thienemann M, Moore P, Tompkins KA. Parent-only group intervention for children with anxiety disorders: pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45: 37–46.

40. Delaware A. (2009). Research Methodology in Psychology and Educational Sciences. The fourth edition of the publication editing. Tehran: Virayesh; 2009 [Persian]
41. Stevens JP. *Intermediate statistics: A modern approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1990.
42. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral science. Tehran, Agah, 2009. [Persian]
43. Spence SH, Rapee R., McDonald C, Ingram M. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behav Res Ther*. 2001; 39: 1293–1316.
44. Ghanbari S, Khanmohamadi M, Khodapanahi MK, Mazaheri MA, Gholamali Lavasani M. Study of Psychometric Properties of Preschool Anxiety Scale (PAS). *Journal of Psychology*. 2011; 15: 222-234. [Persian]