



Research Article

The Effectiveness of Parent-Child Cognitive-Behavioral Program on Children's Social Anxiety

Zahra Jahanbakhshi *: Assistant Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.
z_jahanbakhshi@sbu.ac.ir

Fereshteh Shabani: M.sc School counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.
fereshteshabani@gmail.com

Abstract

Social anxiety is one type of anxiety disorders which disrupts academic, social and family functions and often goes through a chronic course that may continue into adulthood. The aim of the present study was to measure the effectiveness of parent-child cognitive and behavioral program on children's social anxiety. The research population was primary school boys in Karaj city, Alborz province. Sampling was done through multi-stage clustering and six schools were randomly selected. Tools for measuring child and parent anxiety were Spence scale and social anxiety scale. Twenty-four students whose social anxiety score was close to the cut-off line were selected with their parents. Leibovitz's questionnaire was administered to students with the coordination of the school. The experimental group received 13 therapy sessions during 13 weeks. The results of repeated measures ANOVA showed that the parent-child cognitive and behavioral program is effective and has a lasting effect on children's social anxiety ($p < 0.01$). Based on the results, it is suggested to use the designed protocol to reduce children's social anxiety.

Keywords: Social Anxiety, Cognitive-behavioral therapy, parent-child

Introduction

Social anxiety disorder is a common and distressing psychological disorder in social situations with an estimated twelve-month prevalence among children and adults ranging from 0.5 to 7% worldwide (Vente et al., 2022). According to the social cognitive behavioral model of social anxiety, a person's fear of negative evaluation may be the main factor leading to social anxiety (Heimberg et al., 2014;

Ren & Li, 2020). Epidemiological research indicates that social anxiety disorder begins earlier than other anxiety disorders with an average age of 13 years old (Farrell, 2019). For people who struggle with social anxiety disorder, problems occur in all areas of life, including relationships, jobs, school attendances, and educational endeavor (Olson, 2021) associated with low quality of life, poor academic or professional performance and unemployment. This has a high comorbidity with other psychiatric disorders

* Corresponding author

including depression and other clinical disorders such as substance abuse (Vente et al., 2022; Pearcey et al., 2020). Hence, it highlights the need for effective early interventions based on a good understanding of what sustains social anxiety in children and adolescents (Halldorsson & Creswell, 2017).

Cognitive behavioral therapy is effective for children and adolescents with social anxiety disorder and is considered the first treatment in clinical guidelines (Nordh et al., 2021). A recent meta-analysis of 11 studies reported statistically significant improvements in clinical and self-report measures of anxiety in response to cognitive behavioral therapy interventions (Bemmer et al., 2021). In order to take the next step in improving the outcome of treatment, there is a serious need to identify factors related to the success and failure of treatment, especially in children with social anxiety disorder (Klein et al., 2021). Hudson et al. (2015) showed in a research study that children with social anxiety compared to children with general anxiety are twice likely to remain in the initial diagnosis of social anxiety after receiving a general anxiety treatment protocol and 12 months of follow-up. Therefore, it is important to know why these children get less results from conventional cognitive-behavioral treatments.

The meta-analysis of Brynholst colleagues (2012) showed that many studies lack a regular protocol to involve parents in the treatment of children (ost et al., 2015). Also, the research of Garcia-Lopez et al. (2014) showed that including parents in the treatment of children's social anxiety by emphasizing their emotional problems increases treatment results. Decades of research linking parenting and family variables to the cause and course of childhood anxiety disorders have led to repeated efforts to improve outcomes by involving parents in treatment. Therefore, it is necessary to identify and address the important parental variables that are

involved in the child's social anxiety. Children spend half of their waking hours at school, where the impact of teacher and peer relationships can be critical to their psychological well-being. Therefore, in the field of prevention and treatment, schools have been used by psychological science researchers and specialists for many years as the most effective environment available for the effectiveness of interventions (Bernstein et al., 2008). Although the aforementioned studies show the positive effects of adding social skills training or cognitive components compared to the control group in reducing the social anxiety of young children, the results indicate that more efforts to improve the results is needed. The question of the current research is whether involving the family in the treatment of this group of children reduces the symptoms of social anxiety.

Materials & Methods

The current research was quantitative, a semi-experimental study with a pre-test-post-test and follow-up design with a control group seeking the question of whether family participation can reduce the symptoms of social anxiety in children. The target population included all students 8-12 years old in Alborz province who were studying in schools during the academic year 2017-2018. Sampling was first in the form of a multi-stage cluster in which six schools were randomly selected. After the introduction of 54 students by the teachers, a meeting was held for the parents of these students and they completed the child and parent Spence anxiety scale parent questionnaire. Then, according to the questionnaire that the parents had completed, 24 students were selected along with their parents whose social anxiety score was close to the cut-off line, and with the coordination of the school, Liebowitz's social anxiety questionnaire was administered to them. After developing the treatment protocol, Lawshe's method was used to determine its content validity, which was graded with 1 being the weakest and 10 being the best.

The results could be obtained from their sum and average. To evaluate the prepared protocol, the content of the protocol was provided to five experts. The total score of 9.15 out of 10 showed the agreement coefficient of the judges regarding the content validity of the designed package.

Measurement tools

Liebowitz Social Anxiety Scale: This scale has 24 items. The subject answers the questions on a 4-point Likert scale.

Child and Parent Spence Anxiety Scale: Spence's anxiety scale consists of 45 items. Scoring is based on a 4-point Likert scale.

The experimental group received 13 therapy sessions as a group once a week. Each session lasted for 90 minutes. Eleven sessions were for children and parents and two sessions were only for parents of children.

Result

The subjects studied in this research were boys. Descriptive results showed that the mean and standard deviation of the age

of the subjects in the experimental group were equal to 9.67 and 0.98, respectively, and the mean and standard deviation of the age of the subjects in the control group were equal to 1.10 and 1.18, respectively. The results obtained from the multivariate covariance analysis (MANCOVA) showed that the difference between the groups (experimental and control groups) in the subscales of social anxiety is statistically significant ($P < 0.01$). Therefore, it is possible to accept the decrease in the scores of children's social anxiety scales in the post-test. The Shapiro-Wilk test was used to check the normality of the data, and since the significance level of the Shapiro-Wilk test for the research variables was more than 0.05, it can be concluded that the research data are normal. Levene's test was used to check the assumption of equality of variance. In this test, the significance level of the research variables is more than 0.05, which indicates the equality of the variance of the research variables.

Table 1. Means of Reducing Children's Social Anxiety in the Pre-Test and Follow-Up in the Study Groups

Control		Experiment		Test
SD	Mean	SD	Mean	
8/232	60/18	6/223	54/00	Pre-test
6/136	66/36	3/630	47/42	Follow-up

Also, the results obtained from the repeated measures ANOVA analysis and the intergroup test showed the permanence of the reduction scores of children's social anxiety in the experimental and control groups. The results of the repeated measures showed that the difference between the social anxiety reduction scores of children in the pre-test and follow-up is statistically significant ($p < 0.01$). Therefore, it can be accepted that there is a difference between the groups (experimental group and control group) in the pre-test and follow-up in reducing the scores of children's social anxiety.

Results and discussion

In the present study, the effectiveness of parent-child cognitive behavioral program on children's social anxiety was investigated. The results showed that the cognitive and behavioral program (mother-child) is effective in reducing children's social anxiety and has a lasting effect. The results of this finding are consistent with the researches of Nordh et al. (2021). This program teaches the nature of anxiety and understanding children's social anxiety through visual training of thoughts, emotional training, reducing physiological arousal, identifying negative spontaneous thoughts, replacing positive thoughts, increasing social skills, realistic thinking

and realistic facing of fears which helps parents to consciously and correctly help to solve and control their children's social anxiety. Another positive aspect of parents' presence in this program is that parents play an important role in the treatment of children with anxiety disorders because they are in the best position to teach their children adaptive responses (Shahni et al., 2017). Another significant factor that seems to have had an effect on the effectiveness of this protocol was the participation of teachers and the implementation of the program in the school, which makes the treatment program more effective.

The study sample was only boys and it was not possible to examine gender differences in this study. Considering that our community was Alborz province and more research is needed in other regions with clinical populations and different

levels of anxiety in order to examine the results of these groups, therefore caution should be taken in generalizing the results of this research. Future researchers are suggested to investigate the effectiveness of this treatment model with children with different levels of social anxiety (low, moderate and severe). Since the role of relationships with peers is important in creating and maintaining symptoms of social anxiety, it is recommended to develop protocols with this factor and check their effectiveness. Several variables play a role as mediators in influencing social anxiety, it is suggested that such variables such as attachment, mood, and behavioral inhibition are investigated in future studies. The prepared protocol can be used in psychological clinics for children with social anxiety. The content of this educational program can be used individually and in school groups.

اثربخشی برنامه والد-کودک شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی کودکان

زهرا جهانبخشی*: استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

z_jahanbakhshi@sbu.ac.ir

فرشته شعبانی: کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید

بهشتی، تهران، ایران.

fereshteshabanii@gmail.com

چکیده

یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی، اضطراب اجتماعی است که موجب مختل کردن عملکردهای تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی می‌شود و اغلب اوقات سیر مزمنی را طی می‌کنند که ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد. هدف پژوهش حاضر سنجش اثربخشی برنامه والد-کودک شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی کودکان بود. جامعه مورد پژوهش دانش‌آموزان پسر ابتدایی استان البرز شهرستان کرج بودند که نمونه‌گیری ابتدا به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد و سپس شش مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. ابزارهای اندازه‌گیری مقیاس اضطراب اسپنس کودک و والد (۱۹۹۹)، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز (۲۰۰۳) بودند. ۲۴ دانش‌آموز همراه با والد انتخاب شدند که نمره اضطراب اجتماعی آنها نزدیک خط برش بود و با هماهنگی مدرسه با این دانش‌آموزان پرسشنامه لیبویتز اجرا شد. گروه آزمایش، ۱۳ جلسه درمانی را به صورت گروهی هفته‌ای یک بار دریافت کردند. طول مدت جلسات ۹۰ دقیقه بود. یازده جلسه مختص کودک و والد و دو جلسه صرفاً برای والدین کودکان بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد برنامه والد-کودک شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی کودکان مؤثر است و ماندگاری اثر دارد ($p < 0/01$). براساس نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود از پروتکل درمانی طراحی و اعتباریابی شده در پژوهش حاضر برای کاهش اضطراب اجتماعی کودکان استفاده شود^۱.

واژگان کلیدی: اضطراب اجتماعی، درمان شناختی-رفتاری، والد-کودک

^۱ این مقاله برگرفته از رساله دکتری است.

* نویسنده مسئول:

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ یک اختلال روان‌شناختی شایع و آزاردهنده در موقعیت‌های اجتماعی با تخمین دوازده ماه در میان کودکان و بزرگسالان است که بین ۰٫۵ تا ۷ درصد در سراسر جهان متغیر است (Vente, Majdandžić, Bögel, 2022). موقعیت‌های اجتماعی ممکن است شامل ادامه صحبت با فردی دیگر، صحبت در حضور جمع یا خوردن یک وعده غذایی باشد (Olson, 2021). مطابق با مدل رفتارشناختی اجتماعی اضطراب اجتماعی^۲، ترس فرد از ارزیابی منفی ممکن است عامل اصلی منجر به اضطراب اجتماعی باشد (Ren & Li, 2020; Heimberg et al., 2014). تحقیقات شیوع‌شناسی حاکی از آن است که اختلال اضطراب اجتماعی با میانگین سن شروع در اوایل نوجوانی یعنی حدوداً در ۱۳ سالگی نسبت به سایر اختلالات اضطرابی زودتر شروع می‌شود (Farrel et al., 2019). در فراتحلیل باکسترشیوع اختلالات اضطرابی در بین ۸۷ مطالعه از ۴۴ کشور دنیا حدوداً ۰/۰۹ تا ۲۳/۳ درصد برآورد شده است (Baxter et al., 2013) و در سراسر جهان نیز شیوع اختلال اضطراب اجتماعی ۴ درصد است (Stein et al., 201). در ایران نیز جلیلی و پورمحمدی شیوع اختلال اضطراب اجتماعی را بین کودکان و نوجوانان ۱۴-۱۰ ساله در شهر گرگان ۸ درصد تا ۲۳ درصد گزارش کرده‌اند (Jalali, & Pourahmadi, 2012). علاوه بر شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی، پرداختن به این اختلال به‌طور ویژه یک هدف مهم مداخله روان‌شناختی است؛ زیرا برای افراد ضروری است که بتوانند با دنیای اجتماعی خود ارتباط برقرار کنند (Butler et al., 2020).

در کودکان خردسال، علائم اضطراب اجتماعی ممکن است شامل دوره‌های شدید و طولانی‌گریه، بی‌حرکتی فیزیکی، دورشدن از دیگران، چسبیدن بیش‌ازحد یا ناتوانی در صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی باشد (APA, 2013). برای افرادی که با اختلال اضطراب اجتماعی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، مشکلاتی در تمام زمینه‌های زندگی از جمله روابط، مشاغل، حضور در مدرسه و تلاش‌های آموزشی بروز پیدا می‌کند (Olsen, 2021) که با کیفیت پایین زندگی، عملکرد ضعیف تحصیلی یا حرفه‌ای و بیکاری همراه است و همبودی بالایی با سایر اختلالات روان‌پزشکی از جمله افسردگی و سایر اختلالات بالینی مانند سوء‌مصرف مواد دارد (Venti et al., 2022; Pearcey et al., 2020). بنابراین، اضطراب اجتماعی بالا می‌تواند یک عامل خطر برای رشد کودکان و نوجوانان محسوب شود؛ از این رو، کاهش اضطراب اجتماعی در دوران کودکی بسیار مهم است (Seon, 2021) و تمام این موارد نیاز به مداخلات اولیه مؤثر براساس درک درست از اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان را برجسته می‌کند (Halldorsson & Creswell, 2017).

درمان شناختی-رفتاری^۳ برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است و به‌عنوان اولین درمان در دستورالعمل‌های بالینی در نظر گرفته می‌شود (Nordh et al., 2021) و به کاهش فوری و طولانی‌مدت اضطراب اجتماعی در پیگیری‌های کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت می‌انجامد که اثرات آن در طول زمان حفظ می‌شود (Butler et al., 2020). یک متا‌آنالیز اخیر از ۱۱ مطالعه، بهبودهای آماری درخور توجهی را در معیارهای اضطراب بالینی و گزارش‌دهنده در پاسخ به مداخلات درمان شناختی-رفتاری گزارش کرد (Bemmer et al., 2020).

¹ Social anxiety disorder (SAD)

² social cognitive behavior model of social anxiety

³ Cognitive Behavioral Therapy

عمومی اضطراب و ۱۲ ماه پیگیری، همچنان در تشخیص اولیه اضطراب اجتماعی باقی بماند (Hudson et al., 2015)؛ بنابراین، مهم است که بدانیم چرا این کودکان از درمان‌های مرسوم شناختی-رفتاری نتیجه کمتری می‌گیرند. یکی از دلایل می‌تواند این باشد که مداخلات درمانی به اندازه کافی روی عوامل شناختی و رفتاری نگه‌دارنده اضطراب اجتماعی تمرکز نمی‌کنند (Spence et al., 2015)

شواهد مربوط به کمبود مهارت‌های اجتماعی در اختلال اضطراب اجتماعی دوران کودکی متناقض است. برخی از مطالعات گزارش می‌دهند که کودکان مبتلا به این اختلال، نسبت به کودکان مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی یا کودکان غیرمضطرب، مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری دارند (Pearcey et al., 2020)؛ از این رو، پژوهش‌هایی مداخلات شناختی-رفتاری را با وارد کردن آموزش مهارت‌های اجتماعی برای اضطراب اجتماعی کودکان ارزیابی کرده‌اند. شناخت اهمیت بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در میان کودکان و نوجوانان، توسعه درمان‌های بالینی از جمله آموزش مهارت‌های اجتماعی را تقویت کرده است. تقویت شایستگی اجتماعی در کودکان و نوجوانان، درمان شناختی-رفتاری گروهی برای نوجوانان، درمان اثربخشی اجتماعی برای کودکان و مداخلات مدرسه‌محور، موفقیت‌های تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را به دنبال داشته است (Aune et al., 2020). همچنین، مطالعات قبلی نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک شده شرط مهمی است که بر اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان تأثیر می‌گذارد (Ren & Li 2020)؛ (Vodermaier & Linden, 2019). چنین به نظر می‌رسد که افزودن مهارت‌های اجتماعی به برنامه‌های شناختی-رفتاری موجب بالارفتن اثربخشی

پژوهش آسنانی حاکی از آن بود که بیماران از نظر بالینی بهبود درخور توجه و قابل‌اعتمادی را در تمام معیارهای شدت علائم اضطراب (از جمله اضطراب اجتماعی)، افسردگی، کیفیت زندگی و عملکرد کلی در طول دوره درمان نشان دادند (Asnaani et al., 2020)؛ با این حال، گزارش شده است که تنها حدود ۱۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تا به حال با یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی درباره ترس‌های اجتماعی خود در تماس بوده‌اند و تعداد کمی از آنها درمان مؤثر دریافت کرده‌اند (Burstein et al., 2011)؛ (Merikangas et al., 2010). به منظور برداشتن گام بعدی در بهبود نتیجه درمان، نیاز است عوامل مرتبط با موفقیت و شکست درمان، به ویژه در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شناسایی شود (Klein et al. 2021).

با وجود اینکه شواهد زیادی در تأیید از مداخلات شناختی-رفتاری وجود دارد و پژوهش نورد و سیلورمن و وولگنسنیگر مزایای مهم درمانی را نیز نشان داده است (Nordh et al., 2021; Silverman et al., 2020 Wolgensinger, 2021)، مطالعات اخیر نشان می‌دهند که نتایج مداخلات درمانی برای کودکان اضطراب اجتماعی کمتر از سایر اختلالات اضطرابی است. همچنین، تعدادی از مطالعات اخیر نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال، نسبت به کودکان مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی ناشی از درمان شناختی-رفتاری نتایج ضعیف‌تری نشان دادند و بسیاری از کودکان و نوجوانان همچنان مشکلات را پس از درمان تجربه می‌کنند (Chapman et al., 2020). هودسون در پژوهشی نشان دادند کودکان دارای اضطراب اجتماعی نسبت به کودکان دچار اضطراب عمومی دوبرابر احتمال دارد بعد از دریافت پروتکل درمان

مکانی هستند که رفاه و سلامت روان دانش‌آموزان در آن بسیار مهم است (Beames et al., 2020). به‌همین‌منظور، در حوزه پیشگیری و درمان، سال‌ها است که محققان و متخصصان علوم روان‌شناختی از مدارس به‌عنوان مؤثرترین محیط در دسترس برای اثرگذاری و پیشگیری مداخلاتی بهره برده‌اند (Bernstein et al., 2008). پژوهش‌های ذکر شده اثرات مثبت افزودن آموزش مهارت‌های اجتماعی و یا مؤلفه‌های شناختی در مقایسه با گروه کنترل و بدون مداخله را در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان با سنین پایین نشان می‌دهند؛ اما نتایج نشان می‌دهند تلاش بیشتری برای بهبود نتایج نیاز است. سؤال پژوهش حاضر این است که آیا دخیل کردن خانواده در درمان این گروه از کودکان باعث کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در کودکان می‌شود یا خیر.

روش

جامعه، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه:

پژوهش حاضر کمی و از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر شامل کلیه دانش‌آموزان ۱۲-۸ سال استان البرز بود که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در مدارس مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه‌گیری ابتدا به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود و شش مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. بعد از معرفی ۵۴ دانش‌آموز توسط معلمان برای والدین این دانش‌آموزان جلسه‌ای برگزار شد و مقیاس اسپنس فرم والد و کودک را تکمیل کردند. سپس باتوجه به پرسشنامه‌ای که والدین تکمیل کرده بودند، ۲۴ دانش‌آموز همراه با والد انتخاب شدند که نمره اضطراب اجتماعی در آنها نزدیک به خط برش بود و با هماهنگی مدرسه با این دانش‌آموزان پرسشنامه اضطراب اجتماعی لیویتز

برنامه‌های درمانی موجود می‌شود؛ چراکه نتایج پژوهش (آون و دود نشان می‌دهد، مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اضطراب اجتماعی به‌طرز معناداری پایین‌تر از کودکان عادی است (Aune et al., 2020; Dodd et al., 2011).

فرا تحلیل برینهلست و همکاران (2011) نشان داد بسیاری از پژوهش‌ها پروتکل منظم برای درگیر کردن والدین در درمان کودکان را ندارند (Öst et al., 2015) همچنین، پژوهش گارسیا لوپز و همکاران نشان داد وارد کردن والدین در درمان اضطراب اجتماعی کودکان با تأکید بر مشکلات هیجانی‌شان، موجب افزایش نتایج درمانی می‌شود (Garcia-Lopez et al., 2014). دهه‌ها تحقیق، پیوند دادن متغیرهای والدین و خانواده با علت و سیر اختلالات اضطرابی دوران کودکی، به تلاش‌های مکرر برای بهبود نتایج با مشارکت دادن والدین در درمان منجر شده است. نتایج اولیه حاکی از مزایایی برای درمان والد و کودک نسبت به درمان فقط کودک است (Lebowitz et al., Barrett et al., 1996). بنابراین، لازم است متغیرهای والدینی مهمی که در اضطراب اجتماعی کودک دخیل هستند، شناسایی و به آنها پرداخته شود. کودکان همچنین، نیمی از اوقات بیداری‌شان را در مدرسه سپری می‌کنند؛ جایی که تأثیر روابط معلمان و همگنان می‌تواند در بهزیستی روان‌شناختی‌شان حیاتی باشد (Silver et al., 2010). علاوه بر این، بسیاری از مدارس به‌طور فزاینده‌ای رویکردی حمایتی و پیشگیرانه برای رسیدگی به وضعیت سلامت دانش‌آموزان در نظر می‌گیرند و دسترسی به مداخلات مدرسه‌محور جالب‌توجه است (Werner-Seidler, 2021). در عین حال، مدیران و معلمان مدارس، بیش از پیش پذیرفته‌اند که مدارس تنها مکانی برای یادگیری و پیشرفت تحصیلی نیستند؛ بلکه

اجرا شد. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش به ترتیب: ۹/۶۷ و ۰/۹۸۵ و میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه کنترل: ۱۰ و ۱/۱۸۳. همچنین پروتکل درمانی براساس مؤلفه‌های زیر تدوین شد:

(۱) روانی-آموزشی؛ (۲) ایجاد مهارت‌های هیجانی؛ (۳) مواجهه؛ (۴) آموزش مهارت‌های آرام‌سازی؛ (۵) مهارت‌های بازسازی شناختی؛ (۶) آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ (۷) آموزش توجه مثبت؛ (۸) برنامه‌ریزی برای آینده و پیشگیری از عود.

پس از تدوین پروتکل درمانی از روش لاوشه برای تعیین روایی محتوایی آن استفاده شد که به صورت درجه‌بندی نمره ۱ ضعیف‌ترین و نمره ۱۰ عالی بود که نتایج را می‌توان از جمع و میانگین آنها به دست آورد. برای ارزیابی پروتکل تهیه شده، محتوای پروتکل در اختیار ۵ متخصص قرار گرفت. نمره کل ۹/۱۵ از ۱۰ ضریب توافق داروان درباره روایی محتوایی بسته طراحی شده را نشان داد.

ابزار

مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز^۱: این مقیاس را Klein & Pincus, Storch, Masia-Warner & Heimberg (2003) براساس مقیاس اضطراب اجتماعی بزرگسالان لیبویتز ساخته‌اند. این مقیاس ۲۴ آیتم دارد و آزمودنی به سؤالات بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهد. در پژوهش الیور و همکاران (۲۰۰۹) همسانی درونی برای خرده‌مقیاس ترس ۸۹ درصد و برای اجتناب ۹۱ درصد ذکر شده است (Oliver et al., 2009). این پرسشنامه، یک نمره کلی نیز دارد که از جمع نمره‌های کلی اضطراب و اجتناب با یکدیگر حاصل می‌آید. به‌طور کلی، همسانی درونی ۹۷-۹۰ برای همه نمونه‌ها

و برای نمونه‌های دارای اضطراب اجتماعی ۸۳-۹۵ و بازآزمایی ۹۴-۸۹ درصد برآورد شده است. ضریب پایایی بازآزمایی (در فاصله ۳ تا ۷ روز) در دامنه‌ای ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ گزارش شده است. دادستان و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در این مقیاس، نقطه برش ۶۰ است. کودکانی که در این پرسشنامه نمره بالای ۶۰ را می‌گیرند، اضطراب اجتماعی دارند. حداکثر نمره اضطراب عملکرد ۷۸ و حداکثر نمره اضطراب موقعیت‌های اجتماعی ۶۶ است. حداکثر نمره کلی ۱۴۴ است. با توجه به جمع این دو زیرمقیاس می‌توان به میزان اضطراب اجتماعی فرد پی برد. نسخه انگلیسی این پرسشنامه پایایی بازآزمایی ($r=0/83$)، همسانی درونی ($\alpha=0/95$)، روایی همگرا و افتراقی خوبی دارند (Backer et al., 2002; Fresco et al., 2001). عطری فرد و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی نشان دادند که اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۸۴ تا $r=0/76$ قرار دارد، همسانی درونی آن نیز در دامنه ۰/۷۳ تا $\alpha=0/93$ گزارش شده و روایی همگرای آن با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی نیز در حد قابل قبولی ۰/۹۴ تا $r=0/46$ است.

مقیاس اسپنس فرم کودک و والد^۲: مقیاس

اسپنس فرم والد و کودک از ۴۵ عبارت تشکیل می‌شود که ۳۸ عبارت آن نمره‌گذاری شده و شش عبارت آن عبارت‌های پرسشی مثبت هستند و محاسبه نمی‌شوند. همچنین، این آزمون یک سؤال باز دارد که کودک به‌طور تشریحی به آن پاسخ خواهد داد و برای سنین ۸ تا ۱۵ سال تهیه شده است. نمره‌گذاری براساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی هرگز

² Child and Parent Spence Anxiety Scale

¹ Liebowitz Social Anxiety Scale

افسردگی کودکان همبستگی پایین و کم به دست آمد. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی مقیاس به مدت ۶ ماه، ۰/۶۰ به دست آمد.

گروه آزمایش، سیزده جلسه درمانی را به صورت گروهی هفته‌ای یک بار دریافت کردند. طول مدت جلسات ۹۰ دقیقه بود. یازده جلسه مختص کودک و والد بود و دو جلسه صرفاً برای والدین کودکان بود. گروه کنترل با اینکه مداخله‌ای دریافت نکردند، به دلیل ملاحظات اخلاقی پس از گذشت دوره سه‌ماهه پیگیری درمانی موازی با گروه آزمایش دریافت کردند و خدمات مشورت والدینی را دریافت کردند. خلاصه پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

(۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲)، همیشه (۳) تنظیم شده و ۶ مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری-عملی، پنیک-بازارهراسی، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی را می‌سنجد. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر با ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (Spence, 1998). در پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۷) پایایی این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده و شش عامل پرسشنامه با تحلیل عاملی تأییدی، تأیید شده است. روایی همگرایی مقیاس اضطراب کودکان اسپنس با مقیاس تجدیدنظرشده اضطراب مانیفست کودکان به‌طور معنادار همبستگی داشته‌اند ($r=0/71$). روایی افتراقی مقیاس نیز با پرسشنامه

جدول ۱: خلاصه پروتکل درمان والد-کودک شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی کودکان

جلسه	عنوان جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه
مقدمانی	غربالگری	اجرای پیش‌آزمون برای تعیین گروه نمونه و کنترل	برای دانش‌آموزانی که نمره اضطراب اجتماعی آنها در پرسشنامه اسپنس والدینی بالاتر از خط برش بود، با کسب رضایت از والدین، پرسشنامه لیویتر فرم کودکان اجرا شد.
اول	روانی-آموزشی	معرفی برنامه، ویژگی‌های اضطراب	آموزش روان‌شناختی درباره اضطراب‌نشانیگان تبدیل اضطراب به مشکل آشنایی با عواملی که باعث ایجاد اضطراب اجتماعی در کودک می‌شود.
دوم	آموزش ارتباط بین فکر و احساس و رفتار	- شناخت راه‌های مختلفی که اضطراب خودش را نشان می‌دهد؛ مانند افکار، نشانه‌های بدنی، احساسات و رفتارهای کناره‌گیری	آموزش تصویری افکار (خودگویی‌ها) در شرایط مختلف از طریق تمرین با تصاویر حباب بالای سر. از طریق داستان و تصویر به کودک آموزش داده می‌شود که وقایع یکسان می‌توانند به افکار متفاوت و در نتیجه، احساسات متفاوت و رفتارهای متفاوت منجر شوند
سوم	افزایش آگاهی و درک کودک از هیجان‌ها	- آموزش بازشناسی هیجان‌ها در خود و دیگران - آموزش شناسایی هیجان مربوط به یک موقعیت خاص	تصاویر و چارت هیجان‌ها ارائه می‌شود. - آموزش عاطفی ^۱ : یادگیری این مهارت به کودکان کمک می‌کند عواطف و هیجان‌ها خود را بهتر درک و با کلمات مناسب بیان کنند؛ ۱- یادگیری مهارت‌های هیجانی کلی و ۲- یادگیری مهارت‌های هیجانی مربوط به اضطراب.

^۱ affective education

جلسه	عنوان جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه
		- افزایش مهارت شناسایی هیجان‌ها و شدت هیجان‌ها	
چهارم	تنفس آرام+ بررسی تفکر کارآگاهی	مدیریت نشانه‌های اضطراب	آرام کردن یا کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی مرتبط با موقعیت اضطرابی یا تأثیر اضطراب. آموزش فنون تن آرامی (تنفس عمیق) به منظور کاهش سطح اضطراب و برانگیختگی کودکان، بحث درباره نقش کارگاه و وظیفه آن برای آمادگی برای ورود به جلسه بعد.
پنجم	تفکر کارآگاهی/ واقعیت‌سنجی	معرفی بازسازی شناختی به کودک و آموزش راه‌های مقابله با افکار خودآیند منفی	گام اول: شناسایی افکار خودآیند منفی؛ گام دوم: بررسی شواهد و دلایل؛ گام سوم: جایگزین کردن افکار مثبت. جلب توجه کودک به گفت‌وگوی درونی به معنی «آنچه ما در ذهن با خودمان می‌گوییم». درگیر کردن والدین با درمان برای تشویق تلاش‌های کودک، آموزش مدیریت والدینی، پاداش به رفتارهای غیرمضطربانه
ششم	آموزش مهارت‌های اجتماعی	آشنایی با نحوه تعامل با دیگران	مهارت‌های اجتماعی (تماس چشمی، نوبت دادن به دیگران) با کودک تمرین می‌شود. هدف این است که او به تعامل با دیگران علاقه‌مند شود و راهکارهای ارتباط برقرار کردن و دوست‌یابی را بررسی کند.
هفتم	طراحی اولین گام نردبان ترس	آماده کردن کودک برای مواجهه و بررسی ترس‌های کودک	کمک به کودک برای درک این موضوع که آنها می‌توانند بدون اجتناب از موقعیت‌ها، ترس‌هایشان را مدیریت و مقابله کنند
هشتم	مرور مواجهه‌درمانی	آماده کردن کودک برای مواجهه با ترس‌هایش با شدت متوسط	طراحی گام‌های بیشتر از نردبان ترس و مرور گام‌های مفید برنامه‌ریزی برای مواجهه با ترس‌هایش در خارج از جلسه درمان.
نهم	مواجهه‌درمانی همراه با تکنیک‌های بازسازی شناختی	آموزش روش حل مسئله در هنگام رویارویی با موارد اضطراب‌زا و اجرای مواجهه	ترغیب بررسی راه‌های دیگر در مواقعی که اضطراب و نگرانی فراخوانی می‌شود. مواجهه در جلسه آموزش روش حل مسئله
دهم	آموزش والدینی بدون حضور کودک	جلب همکاری والدین در فرایند بهبود و درمان	بررسی مسائل رفتاری حل‌نشده در کودکان و بحث و تبادل نظر با والدین درباره میزان تأثیر درمان بر میزان مشکلات رفتاری کودک، آموزش تکنیک تقویت کلامی کودک، سناریوسازی درباره ایجاد جو ارتباطی مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوای کودک.
یازدهم	مواجهه	مرور پیشرفت مواجهه ساده‌سازی تفکر واقع‌بینانه مواجهه‌سازی در جلسه	آماده کردن کودک برای مواجهه با ترس اصلی و موقعیت‌های واقعی که بیشترین اضطراب را در آنها ایجاد می‌کند. تفکر واقع‌بینانه، دادن تکلیف به کودک برای روبرویی با ترس واقعی در محیط خارج از درمان.
دوازدهم	تمرین و بررسی مواجهه برای اجرا در محیط واقعی		تفکر واقع‌بینانه، دادن تکلیف به کودک برای روبرویی با ترس واقعی در محیط خارج از درمان.

جلسه	عنوان جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه
سیزدهم	ارزیابی و جمع‌بندی	اجرای پس‌آزمون و بررسی مطالب آموخته شده	اجرای پس‌آزمون و ارزیابی جلسات درمان و جمع‌بندی

یافته‌ها

جدول ۲ نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) زیرمقیاس‌های اضطراب اجتماعی کودکان در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها (گروه‌های آزمایش و کنترل) در زیرمقیاس‌های اضطراب اجتماعی از نظر آماری معنادار است ($p < 0/01$)؛ بنابراین می‌توان کاهش نمرات زیرمقیاس‌های اضطراب اجتماعی کودکان در پس‌آزمون را پذیرفت. همچنین، میزان اندازه اثر (ضریب اتا) مداخله برای ترس از روابط تقریباً ۷۸ درصد، میزان اندازه اثر (ضریب اتا) مداخله برای اجتناب از روابط تقریباً ۷۱ درصد، میزان اندازه اثر (ضریب اتا) مداخله برای ترس از عملکرد تقریباً ۶۴ درصد، میزان اندازه اثر (ضریب اتا) مداخله برای اجتناب از عملکرد تقریباً ۳۶ درصد است. به عبارت دیگر، کودکانی که در گروه آزمایش بودند، ۳۶ تا ۷۸ درصد در مقایسه با کودکان گروه کنترل، کاهش نمره در زیرمقیاس‌های اضطراب اجتماعی داشته‌اند.

جدول ۲. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) زیرمقیاس‌های اضطراب اجتماعی کودکان

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	ترس از روابط	۱۰۴/۹۳۸	۱	۱۰۴/۹۳۸	۶۹/۲۸۳	۰/۰۰۱(**)	۰/۷۷۶	۱
	اجتناب از روابط	۶۶/۵۵۱	۱	۶۶/۵۵۱	۴۸/۰۸۴	۰/۰۰۱(**)	۰/۷۰۶	۱
	ترس از عملکرد	۸۳/۸۴۵	۱	۸۳/۸۴۵	۳۵/۶۸۷	۰/۰۰۱(**)	۰/۶۴۱	۱
	اجتناب از عملکرد	۲۹/۳۷۶	۱	۲۹/۳۷۶	۱۱/۴۲۳	۰/۰۰۱(**)	۰/۳۶۴	۰/۸۹۵
خطا	ترس از روابط	۳۰/۲۹۲	۲۰	۱/۵۱۵				
	اجتناب از روابط	۲۷/۶۸۱	۲۰	۱/۳۸۴				
	ترس از عملکرد	۴۶/۹۸۹	۲۰	۲/۳۴۹				
	اجتناب از عملکرد	۵۱/۴۳۵	۲۰	۲/۵۷۲				
کل	ترس از روابط	۳۴۰۷/۰۰۰	۲۳					
	اجتناب از روابط	۴۵۵۹/۰۰۰	۲۳					
	ترس از عملکرد	۳۶۹۱/۰۰۰	۲۳					
	اجتناب از عملکرد	۴۴۷۲/۰۰۰	۲۳					

همچنین، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس به شرح زیر بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و از آنجا که سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک برای متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ بود، می‌توان نتیجه گرفت

که داده‌های پژوهش نرمال هستند. برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. در این آزمون، سطح معناداری متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمده است که حاکی از برابری واریانس متغیرهای پژوهش است.

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس به شرح زیر بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و از آنجا که سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک برای متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ بود، می‌توان نتیجه گرفت

با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد؛ بنابراین، باتوجه به رعایت شدن پیش فرض های آزمون کوواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

آزمون امباکس برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس های کوواریانس استفاده شده است. سطح معناداری آزمون امباکس برابر با $0/47$ است که نشان دهنده تأیید شدن این مفروضه است. همچنین، به منظور بررسی پیش فرض یکنواختی کوواریانس ها یا برابری کوواریانس ها

جدول ۳. میانگین های کاهش اضطراب اجتماعی کودکان در پیش آزمون و پیگیری در گروه های مطالعه

آزمون	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون پیگیری	۵۴/۰۰	۶/۲۲۳	۶۰/۱۸	۸/۲۳۲
	۴۷/۴۲	۳/۶۳۰	۶۶/۳۶	۶/۱۳۶

و پیگیری در نمره های کاهش اضطراب اجتماعی کودکان را پذیرفت. همچنین، میزان اندازه اثر (ضریب اتا) مداخله برای عضویت گروهی برابر ۸۵ درصد است. به عبارت دیگر، کودکانی که در گروه آزمایش بودند، ۸۵ درصد در مقایسه با کودکان گروه کنترل، کاهش نمره در اضطراب اجتماعی در مرحله پیگیری داشته اند. همچنین، توان آماری هرچه به عدد یک نزدیک تر باشد، حاکی از آن است که مداخله اثر بیشتری داشته است.

و جدول ۴ نتایج به دست آمده از تحلیل اندازه گیری مکرر و آزمون بین گروهی ماندگاری نمره های کاهش اضطراب اجتماعی کودکان در گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. نتایج آزمون اندازه گیری مکرر نشان می دهد تفاوت میان نمره های کاهش اضطراب اجتماعی کودکان در پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری معنادار است ($p < 0/01$). همچنین، نتایج آزمون بین گروهی نشان می دهد تفاوت میان گروه ها از نظر آماری معنادار است ($p < 0/01$)؛ بنابراین، می توان وجود اختلاف بین گروه ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) در پیش آزمون

جدول ۴. تحلیل اندازه گیری مکرر و آزمون بین گروهی

وضعیت	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
اندازه گیری مکرر	۱	۱۲۳/۱۴۷	۲۲/۹۹۰	$0/001$ (**)	۰/۵۴	۰/۹۵
عضویت گروهی	۱	۵۸۸/۹۶۸	۱۰۹/۹۵۵	$0/001$ (**)	۰/۸۵	۱

(**) معناداری در سطح $0/01$

در پژوهش حاضر، اثربخشی برنامه والد-کودک شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی کودکان بررسی

بحث و نتیجه گیری

را دارند. شاید بتوان گفت اثربخشی درمان‌های انجام‌شده در این است که خود والدین در طول درمان حضور مستقیم دارد و شاهد سیر موفقیت درمانی فرزندان خود هستند (قدرتی میرکوهی و همکاران، ۱۳۹۴).

این برنامه با آموزش ماهیت اضطراب و درک اضطراب اجتماعی کودکان از طریق آموزش تصویری افکار، آموزش عاطفی، کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی، شناسایی افکار خودآیند منفی، جایگزین کردن افکار مثبت، افزایش مهارت‌های اجتماعی، تفکر واقع‌بینانه، مواجهه واقع‌بینانه با ترس‌ها و... به والدین کمک می‌کند تا به صورت آگاهانه و درست به رفع و کنترل اضطراب اجتماعی کودکان خود کمک کنند. یکی دیگر از جنبه‌های مثبت حضور والدین در این برنامه این است که والدین در درمان کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی نقش مهمی ایفا می‌کنند؛ چون آنها دارای بهترین موقعیت هستند تا پاسخ‌های انطباقی را به کودکان خود بیاموزند (شهنی و همکاران، ۱۳۹۵). از سوی دیگر، به‌طور کلی، در انجام امور درمانی کودکان کم‌سن‌وسال، حضور و پیگیری والدین بسیار ضروری است. همچنین، از نکات مهم دیگر در مورد والدین این است که پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند اغلب کودکان مضطرب، خود والدینی مضطرب دارند و اضطراب و استرس والدین با سطح پایین سلامت روان کودکان مرتبط است و این کودکان، رفتارهای مضطربانه را از والدین خود می‌آموزند. به‌طور خاص، افسردگی و اضطراب در مادران از عوامل خطر برای علائم افسردگی و اضطراب در کودکان است (Waters et al., 2012; Chapman et al., 2012; Babore et al., 2021). یکی دیگر از مؤلفه‌های موجود در این برنامه درمانی که به نظر می‌رسد در

شد. نتایج نشان داد برنامه شناختی-رفتاری (مادر-کودک) بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان اثربخش است و ماندگاری اثر دارد. نتایج این یافته با پژوهش‌های (Bemmer et Nordh et al., (2021) Butler et Silverman et al.(2021) al., al.(2021) Wolgensinger ,Asnaani al. al.(2020),(2020) ,Öst et al.(2015), Scaini et al.(2017), (2020) Donovan et al.(2015) Butper et al. (2014) کاظمی (۲۰۱۴)، (Kelley et ,Yen et al.(2014) Galger et .Tilforse et al.(2011), al.(2012) Hiward (2000) و Biedel et al.(2000) ، al.(2004) هم‌خوانی دارد. بسیاری از پژوهش‌ها به این اشاره دارند که دخیل کردن والدین در درمان کودکان اضطرابی و اضطراب اجتماعی باعث اثربخش‌تر شدن درمان می‌شود. برای مثال، در پژوهشی وود (۲۰۰۶) به مقایسه مداخله شناختی-رفتاری خانواده‌محور که متمرکز بر آموزش مهارت‌های والدینی بود با رویکرد شناختی-رفتاری پرداخت و به این نتیجه رسید که در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری، رویکرد شناختی-رفتاری خانواده‌محور بهبود بیشتری در چندین مقیاس اندازه‌گیری اضطراب کودکان نشان دادند (Wood, 2006). همچنین، نرخ سریع‌تری از تغییر را در گزارش والدینی نشان دادند و اندازه اثر متوسط روبه‌بالایی را گزارش کردند. پژوهش حاضر در زمینه برجسته کردن اهمیت بالقوه دخالت والدین در درمان با پژوهش افرادی مثل (Tabuos (2015) Barrett ,Barker et al., (2003) ، Chavira (2014) (2001)، Spence (2000) و Kendal (1996) هم‌سو است. در تبیین این عامل به نظر می‌رسد که ورود والدین به درمان می‌تواند کمک‌کننده باشد. به نظر می‌رسد امروزه رویکردهای درمانی باید از اجرای صرف در مراکز درمانی و محیط‌های بالینی خارج شده و بیشتر در محیط‌های واقعی به‌همراه مشارکت والدین به کار برده شود که بیشترین نقش و اثرگذاری

حاضر می‌تواند دلالت‌هایی برای اقدام‌های مداخله‌ای در بر داشته باشد. می‌توان از محتوای پروتکل موجود برای آموزش‌های مداوم والدینی و آموزش ارتباط صحیح‌تر با کودکان و نقش آنها در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی استفاده کرد. از پروتکل تهیه‌شده می‌توان در کلینیک‌های روان‌شناختی برای کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده کرد. محتوای این برنامه آموزشی می‌تواند به صورت فردی و گروهی در مدارس استفاده شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، از تمام مادران و دانش‌آموزانی که در این پژوهش همراه ما بودند و همچنین، از آموزش و پرورش استان البرز که امکان انجام پژوهش حاضر را فراهم کردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

شهنی، ر.؛ داودی، ا.؛ مهرابی‌زاده، م.؛ زرگر، ی. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله والدمحور بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون‌سازی کودکان ۶ تا ۹ سال. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال نهم، ۱(۳۳).

قدرتی میرکوهی، م.؛ شریفی درآمدی، پ.؛ عبداللهی بقرآبادی، ق. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، سال پنجم، ۲۰.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Asnaani, A., Benhamou, K., Kaczurkin, A. N., Turk-Karan, E. & Foa, E. B. (2020). Beyond the constraints of an RCT: Naturalistic treatment outcomes for anxiety-related disorders. *Behavior Therapy*, 51, 434-446. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.007>

اثربخشی این پروتکل تأثیر داشته است، جلب مشارکت معلمان و اجرای برنامه در مدرسه بود که باعث کارایی بیشتر برنامه درمانی می‌شود. اجرای درمان در مدرسه ممکن است دستاوردهای معنادار بالینی بیشتری فراهم کند. باتوجه به آوانزا و همکاران (۲۰۰۳) مطالعه مدارس محیط غنی را برای آموزش و آگاهی معلمان از اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند (Avanza et al., 2003).

در زمینه محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت نمونه مطالعه‌شده فقط پسران بودند و امکان بررسی تفاوت‌های جنسیتی در این مطالعه وجود نداشت. باتوجه به اینکه جامعه پژوهش حاضر استان البرز بود و لازم است پژوهش‌های بیشتر در مناطق دیگر و با جمعیت‌های بالینی و سطوح متفاوت اضطراب انجام شود تا نتایج در این گروه‌ها بررسی شود، در تعمیم نتایج این پژوهش باید احتیاط شود. هیچ‌گونه آموزشی در طی کار با گروه آزمایش به گروه کنترل داده نشد و امکان مقایسه این الگوی درمانی با درمان‌های رقیب دیگر میسر نشد. همچنین، نبودن ابزارهایی برای گزارش معلمان از مشکلات اضطراب اجتماعی کودکان قبل، بعد و پیگیری آزمون نیز از محدودیت‌های پژوهش بود. به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود اثربخشی این الگوی درمانی را با کودکان دارای سطوح مختلف اضطراب اجتماعی (کم، متوسط و شدید) بررسی کنند. از آنجاکه نقش روابط با همگان در ایجاد و حفظ نشانه‌های اضطراب اجتماعی مهم است، توصیه می‌شود پروتکل‌هایی با این عامل تدوین شود و اثربخشی آنها بررسی شود. متغیرهای متعددی به‌عنوان میانجی در تأثیرگذاری اضطراب اجتماعی نقش دارند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی چنین متغیرهایی مثل دلبستگی، خلق‌وخو، بازداری رفتاری بررسی شوند. پژوهش

- Burstein, M., He, J. P., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S., Merikangas, K. R. (2011). Social phobia and subtypes in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(9), 870-880. doi:10.1016/j.jaac.2011.06.005
- Butler, R. M., O'Day, E. B., Swee, M. B., Horenstein, A., Heimberg, R. G. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Predictors of Treatment Outcome in a Quasi-Naturalistic Setting. *Behavior Therapy*. doi.org/10.1016/j.beth.2020.06.002
- Chapman, J., Halldorsson, B., Creswell, C. (2020). Mental Imagery in Social Anxiety in Children and Young People: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. doi.org/10.1007/s10567-020-00316-2
- Dodd, H., Hudson, J., Lyneham, H., Wuthrich, V., Morris, T. & Monier, L. (2011). Biased self-perception of social skills in anxious children: The role of state anxiety. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2, 571-585.
- Farrell, L., Ollendick, TH., Muris, P. (2019). Innovations in CBT for Childhood Anxiety, OCD, and PTSD: Improving Access and Outcomes. *Cambridge: Cambridge University Press*.
- Godrati Mirkouhi, M., Sharifi Daramadi, p., Abdollahi Baghrabadi, Gh. (2015). The effect of Parental Management Training base on Cognitive- Behavior Therapy on Children with Oppositional Defiant Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 5(20), 109-123 (In Persian).
- Halldorsson, B. & Creswell, C. (2017). Social anxiety in preadolescent children: What do we know about maintenance? *Behaviour Research and Therapy*, 99, 19-36.
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A., Stein, M. B., et al. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and anxiety*, 31(6), 472-479.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., Rapee, R. M. (2014). A Cognitive-Behavioral model of social anxiety disorder, social anxiety. *Academic Press*.
- Hudson, J. L., Keers, R., Roberts, S., Coleman, J. R. I., Breen, G., Arendt, K., Eley, T. C. Aune, T., Juul, E.M.L., Beidel, D.C., Nordahl, H.M., Dvorak, R. (2020). Mitigating adolescent social anxiety symptoms: the effects of social support and social self-efficacy in findings from the Young-HUNT 3 study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 441-449. doi.org/10.1007/s00787-020-01529-0
- Babore, A., Trumello, C., Lombardi, L., Candelori, C., Chirumbolo, A., Cattelino, E., Baiocco, R., Monique Bramanti, S., Luisa Viceconti, M., Pignataro, S., Morelli, M. (2021). Mothers' and Children's Mental Health During the COVID-19 Pandemic Lockdown: The Mediating Role of Parenting Stress. *Child Psychiatry & Human Development*. doi.org/10.1007/s10578-021-01230-6
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T. & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897-910
- Beames, J. R., Johnston, L., O'Dea, B., Torok, M., Christensen, H. & Werner-Seidler, A. (2020). Addressing the mental health of school students: Perspectives of secondary school teachers and counselors. *International Journal of School & Educational Psychology*. https://doi.org/10.1080/21683603.2020.1838367.
- Bemmer, E., Boulton, K. A., Thomas, E. E., Larke, B., Lah, S., Hickie, I.B., Guastella, A.J. (2021). Modified CBT for social anxiety and social functioning in young adults with autism spectrum disorder. *Journal of molecular autism*. doi.org/10.1186/s13229-021-00418-w
- Bernstein, G. A., Bernat, D. H., Victor, A. M. & Layne, A. E. (2008). School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1039-1047.
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L. & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 416-424. doi:https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.014

- Olson, Ch. (2021). Familial Factors in the Development of Social Anxiety Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing*, 59, 7. doi:10.3928/02793695-20210219-01
- Öst, L.-G., Cederlund, R. & Reuterskiöld, L. (2015). Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome?. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 19-29. doi:https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.01
- Pearcey, S., Gordon, K., Chakrabarti, B. H., Dodd, H., Halldorsson, B., Creswell, C. (2020). Research Review: The relationship between social anxiety and social cognition in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.13310
- Ren, Y., Li, M. (2020). Influence of physical exercise on social anxiety of left-behind children in rural areas in China: The mediator and moderator role of perceived social support. *Journal of Affective Disorders*. doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.152
- Shahni, R., Davoudi, I., Mehrabizadeh, M., Zargar, Y. (2017). Effectiveness of Parent-Based Intervention on Anxiety Symptoms and Externalizing Problems of 6-9 Years Old Children. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 9, No. 1 (33), Spring 2017 (In Persian).
- Silverman, W. K., Rey, Y., Marin, C. E., Jaccard, J., Pettit, J. W. (2021). Does Training Parents in Reinforcement Skills or Relationship Skills Enhance Individual Youths' Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety? Outcome, Specificity, and Mediation. *Clinical Psychological Science*. https://doi.org/10.1177/2167702621101640
- Sosic, Z., Gieler, U. & Stangier, U. (2008). Screening for social phobia in medical in- and outpatients with the German version of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 849-859. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.08.011
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Kenardy, J. A. & Hearn, C. S. (2017). Generic versus disorder specific cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in youth: A randomized controlled trial using internet delivery. *Behaviour Research and Therapy*. doi:10.1016/j.brat.2015.03.018
- (2015). Clinical predictors of response to Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Anxiety Disorders: The Genes for Treatment (GxT) Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(6), 454-463. doi:https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.03.018
- Jalali, M. & Pourahmadi, E. (2012). P-132 - Prevalence of anxiety disorders among 10-14 years old children in Gorgan. *European Psychiatry*, 27, Supplement 1, 1. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74299-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74299-2)
- Klein, A. M., Liber, J. M., van Lang, D. J., Reichart, C., Nauta, M., van Widenfelt, B. M., Utens, E. M. W. J. (2021). The Role of Social Skills in Predicting Treatment-Recovery in Children with a Social Anxiety Disorder. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. doi.org/10.1007/s10802-021-00824-x
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., Silverman, W. K. (2019). Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., et al. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(1), 32-45. doi:10.1016/j.jaac.2010.10.006
- Moitra, E., Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2008). Behavioral avoidance mediates the relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1205-1213. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.002
- Nordh, M., Lalouni, M., Hesser, H. (2021). Therapist-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy vs internet-delivered supportive therapy for children and adolescents with social anxiety disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78(7), 705-713. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0469

- Wolgensinger, L. (2020). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/lwolgensinger
- Vassilopoulos, S. P. & Banerjee, R. (2008). Interpretations and judgments for positive and negative social scenarios in childhood social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 870-876.
- Vente, W., Majdandžić, M., Bögels, S. (2022). Intergenerational Transmission of Social Anxiety in Childhood Through Fear of Negative Child Evaluation and Parenting. *Cognitive Therapy and Research*. doi.org/10.1007/s10608-022-10320-1
- Vodermaier, A., Linden, W., (2019). Social support buffers against anxiety and depressive symptoms in patients with cancer only if support is wanted: a large sample replication. *Care Cancer*, 27(7), 2345-2347.
- Therapy*, 90, 41-57. doi:https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.003
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., . . . Scott, K. M. & the WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 143. https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2 PMID:28756776
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Calear, A. L., Perry, Y., Torok, M., O’Dea, B., Christensen, H., Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89(2021) 102079. doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079