



Comparative Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Supportive Parenting on Fear of Harm and Assertiveness in Elementary School Children

Parisa Aghamohamadi ¹, Mojtaba Amirimajd ^{2*}, Jafar Pouyamanesh ³, Fatemeh Alijani ⁴

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and supportive parenting training on reducing fear of harm and increasing assertiveness in children. This applied study employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and a two-month follow-up, including two experimental groups and one control group. Among fifth and sixth-grade male students in Zanjan city during the year 2025, 45 participants were selected through multi-stage cluster sampling and randomly assigned to three groups (two experimental and one control). The experimental groups underwent supportive parenting and cognitive-behavioral therapy interventions over 12 and 14 sessions, respectively, while the control group received no intervention. The Gambrill and Richey Assertiveness Inventory was used to assess assertiveness levels, and the March et al. questionnaire was employed to measure the fear of harm variable. Additionally, repeated measures analysis of variance (ANOVA) and SPSS version 23 were used to examine differences between groups. The findings indicated that both intervention methods significantly reduced fear of harm and increased assertiveness in children compared to the control group, and these effects remained stable up to two months post-intervention. However, no significant difference was observed between the two intervention groups regarding assertiveness and fear of harm variables across the examined time points. Overall, both approaches emphasize three common mechanisms: increasing self-efficacy, reducing avoidance, and exposure to feared situations, with the distinction that cognitive-behavioral therapy operates through cognitive restructuring and social skills training, while supportive parenting exerts its effects through modifying the social environment, enhancing attachment security, and positively reinforcing courageous behaviors. The similarity in effectiveness between the two methods facilitates choice based on family and child characteristics, enabling child and adolescent specialists to design more appropriate interventions tailored to clients' circumstances.

Keywords: Anxiety, Cognitive-Behavioral Therapy, Supportive Parenting, Assertiveness

Submission: 17 February 2026

Revised: 19 August 2026

Acceptance: 21 August 2026

1. PhD Candidate, Department of Psychology, Ab. C, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

2. **Corresponding author:** Associate Professor, Department of Psychology, Ab. C, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

E-mail: mo.amiri@iau.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ab. C, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ab. C, Islamic Azad University, Abhar, Iran.



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و والدگری حمایتی بر ترس از آسیب و جرئت‌مندی در کودکان دبستانی

پریسا آقا محمدی^۱، مجتبی امیری مجد^{۲*}، جعفر پویامنش^۳، فاطمه علیجانی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش والدگری حمایتی بر کاهش ترس از آسیب و افزایش جرئت‌مندی کودکان انجام شد. این مطالعه از نوع کاربردی و با طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دوماه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. از بین دانش‌آموزان پسر پایه پنجم و ششم شهر زنجان در سال ۱۴۰۴، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو آزمایش و یک گواه) گمارده شدند. گروه‌های آزمایش طی ۱۲ و ۱۴ جلسه تحت مداخلات والدگری حمایتی و درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. از پرسشنامه جرئت‌مندی گمبریل و ریچی برای تشخیص سطح جرئت‌مندی و از پرسشنامه مارچ و همکاران برای بررسی متغیر ترس از آسیب استفاده شد. همچنین، برای بررسی اختلاف گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد هر دو روش مداخله در مقایسه با گروه گواه، به‌طور معنی‌داری موجب کاهش ترس از آسیب و افزایش جرئت‌مندی کودکان شدند و این تأثیرات تا دو ماه پس از مداخله پایدار ماند. با وجود این، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله در هر دو متغیر جرئت‌مندی و ترس از آسیب و مراحل زمانی مورد بررسی مشاهده نشد. در مجموع هر دو رویکرد بر سه سازوکار مشترک شامل افزایش خودکارآمدی، کاهش اجتناب و مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور تأکید دارند؛ با این تفاوت که درمان شناختی-رفتاری از طریق بازسازی شناختی و تمرین مهارت‌های اجتماعی عمل می‌کند، درحالی‌که والدگری حمایتی از مسیر تغییر محیط اجتماعی، افزایش امنیت دلبستگی و تقویت مثبت رفتارهای شجاعانه اثر خود را اعمال می‌نماید. شباهت اثربخشی دو روش، انتخاب مبتنی بر ویژگی‌های خانواده و کودک را تسهیل می‌کند و به متخصصان حوزه کودک و نوجوان این امکان را می‌دهد که متناسب با شرایط مراجع، مداخله مناسب‌تری را طراحی نمایند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، درمان شناختی-رفتاری، والدگری حمایتی، جرئت‌مندی

تاریخ پذیرش: ۳۰ مرداد ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۲۸ مرداد ۱۴۰۵

تاریخ دریافت: ۲۲ بهمن ۱۴۰۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. ایمیل: mo.amiri@iau.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

مقدمه

اضطراب^۱ یکی از مهم‌ترین اختلالات روان‌شناختی شایع در دوران کودکی است که شیوع آن بین ۶ تا ۲۰ درصد در جوامع مختلف گزارش شده است (عبدالهی مقدم و همکاران، ۱۴۰۲؛ کوستلو^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). در میان زیر مؤلفه‌های مختلف اضطراب، اجتناب یا ترس از آسیب به‌عنوان یک نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد احتمال آسیب جسمانی، جراحت، یا تهدیدات محیطی تعریف می‌شود که غالباً با رفتارهای اجتنابی شدید همراه است (دانشمندی و جهان، ۱۴۰۰). این زیر مؤلفه در پرسشنامه اضطراب اسپنس^۳ به عنوان یکی از شش عامل اصلی اضطراب در کودکان شناسایی شده و با عواملی مانند ترس از موقعیت‌های اجتماعی، ترس از جدایی و وسواس فکری-عملی همبستگی متوسطی دارد (خداده و کاکابرایی، ۱۴۰۴؛ اسپنس، ۱۹۹۷). از دیدگاه رشدی، ترس از آسیب عموماً در سنین ۷ تا ۱۰ سالگی اوج گرفته و می‌تواند به شکل ترس از ارتفاع، ترس از حیوانات، ترس از تصادف یا ترس از آسیب دیدن توسط افراد بروز کند (موریس^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). این نوع ترس، برخلاف ترس‌های رشدی طبیعی (مانند ترس از تاریکی در سنین پایین‌تر)، ماهیت ناسازگارانه داشته و عملکرد روزمره کودک را مختل می‌نماید (فافولی^۵، ۲۰۲۳). کودکان به دلیل ترس از آسیب، اغلب از شرکت در بازی‌های جسمانی، رشته‌های ورزشی گروهی اجتناب می‌کنند که این موضوع به‌مرور سبب انزوای اجتماعی و کاهش فرصت‌های یادگیری می‌گردد (نوربرگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از عوامل مرتبط با ترس از آسیب و مؤثر بر اضطراب، جرئت‌مندی^۷ می‌باشد که در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. جرئت‌مندی به عنوان توانایی ابراز عقاید، احساسات و حقوق شخصی به روش‌های اجتماعی مستقیم، صادقانه و مناسب تعریف می‌شود (جاندھیالا و کومار^۸، ۲۰۲۵). جرئت‌مندی پایین در کودکان با مشکلاتی از قبیل عدم توانایی در نه گفتن، دشواری در شروع گفتگو با همسالان و وابستگی بیش از حد به بزرگسالان همراه است (ریچ^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ترس از آسیب و جرئت‌مندی رابطه منفی معنی‌داری با یکدیگر دارند، به‌طوری‌که افزایش ترس از آسیب، جرئت‌مندی را به‌طور مستقیم کاهش می‌دهد (رایبی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). تبیین این رابطه را می‌توان در مدل یادگیری اجتماعی جستجو کرد. کودکان به دلیل ترس از آسیب، دنیا را محیطی پرخطر و غیرقابل‌کنترل می‌دانند (کورپیتا و بارلو^{۱۱}، ۲۰۱۸). این باورهای تهدیدآمیز، آن‌ها را از ابراز وجود بازمی‌دارد، زیرا هرگونه ابراز وجود را به‌طور بالقوه خطرناک تلقی می‌کنند (ورهوئف^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین، کاهش ترس از آسیب می‌تواند به عنوان پیش‌شرطی جهت افزایش جرئت‌ورزی عمل نماید (باکر^{۱۳}، ۲۰۲۵). برای رفع اختلالات مختلف روانی و کنترل علائم روش‌های غیرتهاجمی مختلفی معرفی و به کار گرفته شده است.

درمان شناختی-رفتاری^{۱۴} به عنوان رویکردی مبتنی بر شواهد برای طیف گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی کودکان شناخته شده است (پاتریارکا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲). پروتکل استاندارد درمان شناختی-رفتاری برای اضطراب کودکان مانند برنامه گربه سازگار^{۱۶} شامل چهار مؤلفه اصلی است: (۱) شناسایی و برجسب‌زنی هیجانات، (۲) بازسازی شناختی از طریق شناسایی افکار تهدیدآمیز و

1. Anxiety
2. Costello
3. Spence Children's Anxiety Scale
4. Muris
5. Mphaphuli
6. Norberg
7. Assertiveness
8. Jandhyala and Kumar
9. Rich
10. Rapee
11. Chorpita and Barlow
12. Verhoef
13. Baker
14. Cognitive-behavioral therapy
15. Patriarca
16. Coping Cat

جایگزینی آن‌ها با افکار واقع‌بینانه، (۳) مواجهه تدریجی (در خیال و سپس در عمل) با محرک‌های ترس‌آور و (۴) آموزش مهارت‌های آرام‌سازی و حل مسئله (ماکوند و جنا، ۲۰۲۲). مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری در کاهش ترس‌های ویژه کودکان، از جمله ترس از آسیب، مؤثر است (راپی و همکاران، ۲۰۲۳؛ سیلورمن و همکاران، ۲۰۰۸؛ راجکومار، ۲۰۲۲؛ شگری میرحسینی و همکاران، ۱۴۰۰). شگری میرحسینی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که برنامه درمانی گربه مقابله‌گر با بهره‌گیری از راهبردهای سودمند رفتاری با تأکیدی بر عامل‌های پردازش اطلاعات شناختی همراه با اضطراب افراد و نیروهای اجتماعی، نوعی ترکیب عقلانی را معرفی می‌کند که می‌تواند برای افزایش جرئت‌مندی کودکان مضطرب مورداستفاده قرار گیرد. علاوه بر این، مطالعات مختلف نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند از طریق ایجاد تجارب جدید، شناسایی افکار فاجعه‌آمیز و کاهش تفسیرهای منفی از محرک‌های محیطی و ایجاد چرخه مثبت در موقعیت‌های ترس‌آور سبب کاهش مؤلفه‌های مربوط به اضطراب از جمله ترس از آسیب و همچنین، افزایش جرئت‌مندی می‌گردد (پیتیگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۵؛ پیکو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ کلین^۵ و همکاران، ۲۰۲۴؛ والدز^۶ و همکاران، ۲۰۲۲).

در دهه‌های اخیر، در کنار رویکردهای کودک محور، مداخلات مبتنی بر والدین نیز رشد چشمگیری داشته است (بدری گرگری و همکاران، ۱۴۰۰؛ آقایی ملک‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ ایگان^۷ و همکاران، ۲۰۲۶). والدگری حمایتی^۸ بر اساس نظریه دلبستگی و نظریه یادگیری اجتماعی شکل گرفته و تأکید دارد که کیفیت تعامل والد-کودک می‌تواند به‌طور مستقیم بر سطح اضطراب کودک تأثیر بگذارد (بوگلز و بریچمن^۹، ۲۰۰۶). کودکانی که والدینی پاسخ‌ده، گرم و پذیرنده دارند، سبک دلبستگی ایمن‌تری شکل می‌دهند که این خود به‌عنوان یک سپر محافظ در برابر اضطراب عمل می‌کند (کریستی و سندرووال^{۱۰}، ۲۰۲۴). در میان رویکردهای والدگری حمایتی، برنامه اسپیس^{۱۱} که توسط لیبوویتز^{۱۲} و همکاران توسعه یافته، به‌عنوان یک مداخله ساختاریافته و مبتنی بر شواهد مطرح شده است. این برنامه بر این اصل اساسی استوار است که رفتارهای سازشکارانه والدین یعنی تغییراتی که والدین در محیط یا رفتار خود ایجاد می‌کنند تا از پریشانی کودک بکاهند (برای مثال، اطمینان دهی مکرر، صحبت کردن به‌جای کودک، یا اجتناب از موقعیت‌های ترس‌آور) اگرچه در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهند، اما در بلندمدت آن را تشدید کرده و فرصت‌های یادگیری مقابله را از کودک سلب می‌کنند. پژوهش‌های کار آزمایشی بالینی نشان داده‌اند که اسپیس به اندازه درمان شناختی-رفتاری مستقیم کودک در کاهش علائم اضطرابی مؤثر است و این مزیت را دارد که برای خانواده‌هایی که کودک تمایلی به همکاری در درمان مستقیم ندارد، بسیار مناسب است (لیبوویتز و همکاران، ۲۰۲۰؛ توسونواغلو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین، مطالعات نشان دادند که مداخلات والدگری حمایتی می‌تواند از طریق کاهش کنترل گری افراطی و افزایش اعتماد به نفس از طریق والدین می‌تواند به افزایش جرئت‌مندی و کاهش علائم اضطراب منجر گردد (ایگان و همکاران، ۲۰۲۶؛ کرسول^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۵).

بر اساس پیشینه پژوهش بیشتر مطالعات بر روی اضطراب عمومی یا سایر زیر مؤلفه‌های اضطراب (برای مثال، اضطراب اجتماعی یا جدایی) متمرکز بوده‌اند و به‌طور ویژه به ترس از آسیب کمتر پرداخته شده است. بر اساس دانش محققین تاکنون مطالعه‌ای که به مقایسه مستقیم درمان شناختی-رفتاری و والدگری حمایتی بر روی این دو متغیر خاص (ترس از آسیب و جرئت‌مندی) به‌طور

1. Mukund and Jena
2. Rajkumar
3. Pittig
4. Picou
5. Klein
6. Valadez
7. Egan
8. Supportive Parenting
9. Bogels and Brechman
10. Christie and Sandoval
11. Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions
12. Eli Lebowitz
13. Tosunoglu
14. Creswell

هم‌زمان در کودکان دبستانی پرداخته باشد، انجام نشده است و اغلب مطالعات خارجی پیگیری کوتاه‌مدت داشته‌اند و اثرات بلندمدت بررسی نشده است؛ بنابراین، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با والدگری حمایتی تأثیر بیشتری بر کاهش ترس از آسیب و افزایش جرئت‌مندی کودکان دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک دوره پیگیری دو ماهه بود. از بین تمامی دانش آموزان پسر پایه پنجم و ششم دبستان (۱۰ تا ۱۳ سال) در سال ۱۴۰۴ شهر زنجان (۷۳۵۸ نفر) و والدینشان نمونه‌های موردنظر انتخاب شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای بود بدین صورت که از بین نواحی شهر زنجان یک ناحیه به طور تصادفی انتخاب شده و از بین مدارس ابتدایی ۶ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. در ادامه با همکاری مدیران مدارس، پرسشنامه اضطراب در بین دانش آموزان پایه پنجم و ششم مدارس توزیع شد و پس از آن دانش‌آموزانی که در اضطراب نمره بالاتری را کسب کرده بودند (نمره اضطراب کل بالاتر از ۴۸)، به عنوان نمونه‌های اولیه انتخاب شدند. سپس، با والدین این دانش آموزان جلسه هماهنگی برگزار شد و ضمن تشریح هدف پژوهش ملاک‌های ورود به مطالعه بررسی شد. پس از اعلام تمایل شرکت در مطالعه توسط والدین و در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی پاور (نسخه ۳/۱) و برای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (شامل ۳ گروه و ۳ نوبت اندازه‌گیری) محاسبه گردید. با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط ($f=0.25$)، سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸۰ و همبستگی ۰/۵ بین تکرارها، حداقل حجم نمونه ۴۲ نفر (۱۴ نفر در هر گروه) برآورد شد. در نهایت، با احتساب احتمال ریزش نمونه، ۴۵ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از داشتن اضطراب بالا (نمره اضطراب کل بالاتر از ۴۸) (ایوارسون، ۲۰۰۶)، محدوده سنی ۱۰ تا ۱۳ سال، داشتن سواد حداقل دیپلم (جهت خواندن و نوشتن) در والدین و همچنین، نداشتن سایر اختلالات مزمن روانی. علاوه بر این، عدم حضور والدین در بیش از دو جلسه مداخله علی‌رغم پیگیری دانش آموزان و استفاده از دارو و یا شرکت در سایر مداخلات رفتاردرمانی توسط شرکت‌کنندگان به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

ابزار

۱. پرسشنامه جرئت‌مندی گمبریل و ریچی^۱: در مطالعه حاضر از پرسشنامه جرئت‌مندی (گمبریل و ریچی، ۱۹۷۵) برای تشخیص سطح جرئت‌مندی دانش‌آموزان استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ ماده در دو بخش بوده و هر ماده آن یک موقعیت را نشان می‌دهد که نیازمند رفتار جرأت‌ورزانه است. ضریب روایی این آزمون را گمبریل و ریچی ۰/۳۹ تا ۰/۷۰ و پایایی آن را ۰/۸۷ برای درجه ناراحتی (میزان و شدت ناراحتی فرد در هنگام روبرو شدن با این موقعیت‌ها) و ۰/۸۶ برای احتمال پاسخ (میزان احتمال رخ دادن موقعیت برای فرد) گزارش نمودند (میرزایی، ۱۴۰۳). در ایران نیز حکمتی (۱۳۸۰) همسانی درونی این پرسشنامه را بر پایه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۶ برای ناراحتی از پاسخ و ۰/۸۳ برای احتمال ارائه پاسخ گزارش نموده است. این پرسش‌نامه دارای ۵ گویه هست که شامل (۱) خیلی زیاد (۲) زیاد (۳) کم (۴) خیلی کم (۵) هرگز هست. این پرسش‌نامه توسط بهرامی در سال ۱۳۷۵ ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. در مطالعه حاضر روایی محتوا از طریق نظرخواهی از متخصصان بررسی شد. همچنین، پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد (۰/۸۲) که نشان‌دهنده پایایی مورد قبول بود.

۲. پرسش‌نامه چندبعدی اضطراب کودکان^۲ مارچ^۳ و همکاران: برای بررسی متغیر ترس از آسیب به عنوان یکی از زیر مؤلفه‌های اضطراب از پرسشنامه مارچ و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که ۳۹ گویه دارد و برای

1. Gambrill and Richey

2. Multidimensional Anxiety Scale for Children

3. March

ارزیابی نشانه‌های اضطراب در گروه‌های سنی ۸ تا ۱۹ سال استفاده می‌شود (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۱). هر گویه بر مبنای یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ (هرگز، بندرت، گاهی اوقات و همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و چهار بعد اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند که عبارت‌اند از: علائم جسمانی (سؤالات ۱، ۵، ۸، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۷، ۳۱، ۳۵، ۳۸)، اضطراب اجتماعی (سؤالات ۳، ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۲۲، ۲۹، ۳۳، ۳۷، ۳۹)، اضطراب جدایی (سؤالات ۴، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۳، ۲۶، ۳۰، ۳۴) و اجتناب از آسیب (سؤالات ۲، ۶، ۹، ۱۳، ۲۱، ۲۵، ۲۸، ۳۲، ۳۶). دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۵۲ و کسب نمره بالاتر بیانگر اضطراب است. در مطالعه حاضر سؤالات مربوط به اجتناب از آسیب به عنوان متغیر مورد بررسی ارزیابی شد. در ایران نیز این مقیاس توسط مشهدی و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار یابی شده است و اعتبار باز آزمایی و همسانی درونی کل مقیاس به ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۷۹ و همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب آشکار و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب ۰/۳۸ و ۰/۰۲ است که بیانگر روایی همگرا و واگرایی مقیاس مذکور است (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۰). در مطالعه حاضر روایی محتوا از طریق نظرخواهی از اساتید مجرب بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۰) محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی مورد قبول است.

برنامه مداخله

جلسات آموزشی در مطالعه حاضر برای گروه والدگری حمایتی مبتنی بر برنامه اسپیس بود که توسط لیبویتز و همکاران (۲۰۲۰) طراحی شده است. همچنین، جلسات مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر برنامه گریه سازگار (مدل کنдал) بود که توسط ضرغامی و همکاران (۱۳۹۴) با هدف کاهش اختلالات اضطرابی در کودکان ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی والدگری حمایتی مبتنی بر برنامه اسپیس (لیبویتز و همکاران، ۲۰۲۰)

جلسه	هدف	محتوا
اول	ایجاد ارتباط مؤثر با کودک	آموزش مهارت‌های تعامل‌های کودک محور. تکلیف: تمرین روزانه تمجید کردن، بازتاب دادن، پیروی کردن، توصیف کردن و اشتیاق
دوم	مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز	مرور رفتار و قلدری کودک در خانه/ آموزش مهارت‌های انجام‌دادنی و پرهیزی/ استفاده از بازخورد مثبت. تکلیف: ثبت روزانه رفتارهای چالش‌برانگیز
سوم	تقویت رفتارهای مطلوب	استفاده از تمجید عنوان دار/ صحبت در مورد کنترل اضطراب. تکلیف: استفاده از تحسین مشخص و گفت‌وگو با کودک درباره کنترل اضطراب
چهارم	تقویت حمایت‌های بیرونی	بحث در مورد شبکه حمایت اجتماعی خانواده. تکلیف: تهیه فهرست شبکه اجتماعی خانواده
پنجم	تثبیت مهارت‌ها و نادیده‌گیری هدفمند	عنوان دادن به همه مهارت‌های توصیفی و نادیده گرفتن/ تمرین مهارت‌هایی که تسلط وجود ندارد/ یادآوری جهت عدم شرکت کودک در جلسه آینده. تکلیف: تمرین روزانه مهارت‌هایی که تسلط کافی ندارند.
ششم	تشویق رفتارهای شجاعانه	معرفی بیشتر مرحله و نقش آن در تشویق کودک برای رفتارهای شجاعانه. تکلیف: طراحی پاداش مرحله‌ای و تشویق کودک به رفتارهای شجاعانه.
هفتم	هدایت مستقیم و عملی	تمرکز بر توصیف شرایط/ نزدیک شدن به موقعیت/ ارائه پیام مستقیم به کودک/ توجه انتخابی به عملکرد کودک. تکلیف: ارائه پیام مستقیم به کودک در شرایط واقعی و ثبت واکنش او.
هشتم	آماده‌سازی برای تعمیم	ارائه بازخورد مثبت به والدین/ تمرین بیشتر مهارت‌ها برای آماده شدن جهت تعمیم به خارج از جلسات. تکلیف: تمرین مهارت‌ها در محیط‌های جدید و ثبت نتایج
نهم	انطباق با سن و نیازها	مرور مهارت‌ها و رفتارهای کودک/ بررسی مجدد دستورات و هماهنگی با سن کودک. تکلیف: مرور تمام مهارت‌ها، بازبینی دستورات با کودک و دریافت بازخورد از درمانگر
دهم	ارتقا سطح والدگری	ارائه بازخورد مثبت به والدین/ هدایت سطح بالای والدین. تکلیف: تهیه یک خلاصه یک‌صفحه‌ای از پیشرفت‌ها و چالش‌ها
یازدهم	تداوم بخشی به مهارت‌ها	ارائه بازخورد مثبت به والدین/ هدایت سطح بالای والدین/ تشویق برای انجام مستمر مهارت‌ها و تمرین‌ها. تکلیف: ادامه تمرین‌ها
دوازدهم	ارزیابی نهایی	بحث گروهی جهت ارزیابی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و والدگری حمایتی بر ترس از آسیب و جرئت‌مندی

پریسا آقا محمدی، مجتبی امیری مجد، جعفر پویامنش و فاطمه علیجانی

جدول ۲. خلاصه جلسات مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر برنامه گربه سازگار (مدل کنдал)

جلسه	هدف	محتوا
اول	ایجاد ارتباط با کودک، آشنایی کودک با برنامه و اهداف درمان و شناخت موقعیت‌های اضطراب زا	عدم تمرکز بر اضطراب کودک. تشخیص موقعیت‌های اضطراب زا و واکنش کودک. تشویق مشارکت کودک. ارائه تکلیف ساده با عنوان (من می‌توانم). در پایان جلسه به یک فعالیت لذت‌بخش به انتخاب کودک پرداخته می‌شود.
دوم	آشنایی با احساسات مختلف از جمله اضطراب و علائم مربوط به آن	آموزش احساسات مختلف برای تفاوت قائل شدن احساس اضطراب و نگرانی از سایر احساسات. تهیه فرم نردبان ترس.
سوم	شناسایی واکنش‌های بدنی به اضطراب	آموزش کودک برای تشخیص نحوه واکنش بدنی‌اش به اضطراب.
چهارم	آموزش والدین (جلسه اول)	توضیح نیمه اول برنامه مداخله برای والدین و پاسخ به سؤالات آنان. بررسی موانع پیشرفت درمان. درمانگر اطلاعات بیشتری در مورد گذشته، حال و موقعیت‌هایی که کودک را مضطرب می‌کند به دست می‌آورد. والدین تشویق می‌شوند با برنامه درمان همکاری کنند.
پنجم	آموزش آرمیدگی	مفهوم آرمیدگی معرفی شده و تکنیک‌های آن از طریق الگوسازی و ایفای نقش آموزش داده می‌شود.
ششم	شناسایی و به چالش کشیدن خودگویی‌های اضطراب زا و آموزش خودگویی‌های مثبت	معرفی خودگویی‌ها در اضطراب و موقعیت‌های اضطراب زا. استفاده از تصاویر با حباب‌های فکری خالی برای تولید افکاری که با احساسات مختلف رخ می‌دهد. معرفی و تمرین خودگویی‌های سازگانه.
هفتم	آشنایی با نگرش‌ها و اقداماتی که سبب احساس بهتر می‌شود.	آموزش مفهوم خودگویی‌های اضطراب زا و سازگانه و آموزش حل مسئله. آشنایی با نحوه تغییر واکنش به اضطراب.
هشتم	آشنایی کودک با مفهوم ارزیابی عملکرد و پاداش دادن به خود برای تلاش	بحث در مورد مفهوم خودارزیابی و رضایت از تلاش. کودک و درمانگر در فهرستی از پاداش‌ها همکاری می‌کنند و مشخص می‌کنند که برای به دست آوردن پاداش چه چیزی لازم است.
نهم	آموزش والدین (جلسه دوم)	ارائه اطلاعات تکمیلی در مورد نیمه دوم برنامه مداخله. تشویق تداوم همکاری والدین. کسب اطلاعات بیشتر در مورد وضعیت کودک. ارائه راهکارهایی برای مشارکت بیشتر والدین در نیمه دوم درمان.
دهم و یازدهم	تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب کم	مواجهه تجسمی و سپس مواجهه واقعی در موقعیت‌هایی با اضطراب کم و تمرین آرمیدگی.
دوازدهم	تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب متوسط	مواجهه تجسمی و سپس مواجهه واقعی در موقعیت‌های با اضطراب کم و تمرین آرمیدگی.
سیزدهم	تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب	مواجهه تجسمی و سپس مواجهه واقعی در موقعیت‌های با اضطراب متوسط و مرور تمرین آرمیدگی.
چهاردهم	تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب زیاد و ختم درمان	اجرای تکلیف مواجهه واقعی نهایی در موقعیت‌هایی که اضطراب زیادی ایجاد می‌کنند. برنامه درمانی مرور و خلاصه می‌شود. درمان‌جو بازخورد گرفته می‌شود و جلسات درمانی خاتمه داده می‌شود.

شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با ۲ گروه آزمایش و گروه گواه استفاده شد. پس از انتخاب ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط، بر اساس جدول اعداد تصادفی شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (برنامه اسپیس)، آزمایش ۲ (گربه سازگار) و کنترل جاگذاری شدند. ابتدا برای هر سه گروه (آزمایشی ۱، آزمایشی ۲ و گواه) پیش‌آزمون ترس از آسیب و جرئت‌مندی اجرا شد، سپس طرح مداخلات مبتنی بر والدگری حمایتی (برنامه اسپیس) برای والدین به مدت ۱۲ جلسه و هفته‌ای دو جلسه (هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه) (جدول ۱) و درمان شناختی-رفتاری (برنامه گربه سازگار) با مشارکت دانش‌آموزان و والدین به مدت ۱۴ جلسه و هفته‌ای دو جلسه (هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه) (جدول ۲) به مدت تقریبی دو ماه در مرداد و شهریورماه سال ۱۴۰۴ توسط روان‌شناس تعیین‌شده و متخصص برای گروه‌های آزمایش اجرا شد، اما برای گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش برای هر سه گروه اجرا شد. سپس به‌منظور سنجش پایداری نتایج، دو ماه بعد از اتمام پس‌آزمون، آزمونی با عنوان آزمون پیگیری انجام شد. کلیه پرسشنامه‌ها با نظارت محقق و همکاری متخصصین تکمیل شد. پس از دریافت کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر (IR.IAU.ABHAR.REC.1402.001) به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به‌صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. والدین شرکت‌کنندگان ابتدا رضایت‌نامه را مطالعه نموده و در صورت تمایل، اجازه شرکت فرزندشان در پژوهش را بیان کردند. یکی از مواردی که به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد

این بود که به آن‌ها اطمینان داده شد که هیچ‌گونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود ندارد و همچنین بعضی از شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که نتیجه پاسخ‌دهی خود را به پرسشنامه بدانند و گزارش تفسیر پرسش‌نامه‌های افراد به زبانی ساده در اختیار آن‌ها قرار گرفت. سعی شد اطلاعات وارد شده هیچ آسیبی برای گروه نمونه نداشته باشد و از نتایج این پژوهش جهت پیشرفت نمونه و قابل‌تعمیم به جامعه مشابه استفاده گردد. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آن‌ها به آزمودنی‌ها توضیحات لازم داده شد. در انتها به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، پس از اتمام مرحله اجرای پژوهش مداخلات والدگری حمایتی (برنامه اسپیس) و درمان شناختی-رفتاری (برنامه گربه سازگار) برای گروه گواه نیز اعمال شد. از آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی آزمودنی‌ها و همچنین، رسم جداول استفاده شد. برای بررسی مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک از آزمون‌های شاپیرو وایک استفاده شد. علاوه بر این، برای بررسی اختلاف گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. همه آزمون‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شدند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در سه گروه مورد بررسی: گروه درمان شناختی- رفتاری (۱۱/۰±۲/۹ سال)، گروه والدگری حمایتی (۱۱/۸±۱/۰ سال) و گروه کنترل (۱۲/۴±۰/۸ سال) است. در جدول ۳ نتایج بررسی نرمال بودن داده‌ها آورده شده است. همچنین، نتایج مربوط به مؤلفه‌های مورد بررسی در آزمودنی‌های شرکت‌کننده در مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو وایک جهت بررسی به هنجاری توزیع متغیرها

متغیرها	درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار)	والدگری حمایتی (برنامه اسپیس)	گواه
آماره	سطح معنی‌داری	آماره	سطح معنی‌داری
ترس از آسیب	۰/۷۷	۰/۸۷	۰/۹۴
جرئت‌مندی	۰/۸۸	۰/۰۶	۰/۵۷

جدول ۴. نتایج بررسی فرض کرویت ماچلی در مدل جرئت‌مندی در گروه آزمایشی برنامه والدگری حمایتی (اسپیس) و گواه

متغیر	ماچلی W	χ^2	df	معنی‌داری
جرئت‌مندی	۰/۹۳	۱/۸۰	۲	۰/۴۰
ترس از آسیب	۰/۸۸	۳/۴۴	۲	۰/۱۷

جدول ۵. نتایج مربوط به بررسی متغیرها بر اساس مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
ترس از آسیب	درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار)	۱۳/۹۷	۲/۲۲	۱۸/۸۹
	والدگری حمایتی (برنامه اسپیس)	۱۴/۴۴	۳/۸۲	۱۹/۲۹
جرئت‌مندی	گواه	۱۲/۵۳	۲/۸۸	۱۳/۵۱
	درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار)	۱۲۴/۴۶	۱۴/۹۳	۷۱/۹۴
جرئت‌مندی	والدگری حمایتی (برنامه اسپیس)	۱۲۳/۱۱	۱۳/۷۶	۷۶/۱۹
	گواه	۱۱۰/۳۸	۱۲/۶۴	۱۲۳/۹۴

جدول ۶. بررسی تفاوت‌های بین گروهی متغیر جرئت‌مندی و ترس از آسیب در گروه‌های آزمایش

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجزور اتای سهمی
زمان	۴۱۳۸۷/۸۳	۲	۲۰۶۹۳/۹۱	۷۱/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	
جرئت‌مندی	عضویت گروهی	۵/۴۰	۱	۵/۴۰	۰/۰۳۲	۰/۸۵	۰/۰۰۱
زمان*	عضویت گروهی	۱۵۹/۲۱	۲	۷۹/۶۰	۰/۲۷	۰/۷۶	۰/۰۱۰
زمان	۵۶۷/۸۷	۲	۳۸۳/۹۳	۶۱/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	
ترس از آسیب	عضویت گروهی	۰/۰۰۲	۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۰۱
زمان*	عضویت گروهی	۷/۶۱	۲	۳/۸۰	۰/۸۲	۰/۴۴	۰/۰۲۸

جدول ۶ نشان می‌دهد میان دو گروه آزمایشی برنامه والدگری حمایتی (اسپیس) و درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار) بر حسب اثرات اصلی گروه و اثر تعاملی زمان در گروه تفاوتی به لحاظ آماری دیده نمی‌شود ($p > 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل زمان در گروه‌های برنامه والدگری حمایتی (اسپیس) و درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار) در جدول ۷ آورده شده است.

جدول ۷. آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین جرئت‌مندی و ترس از آسیب بر حسب مراحل زمان

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پیش‌آزمون-پس‌آزمون
		اختلاف	سطح	اختلاف	سطح	اختلاف	سطح
		میانگین	معنی‌داری	میانگین	معنی‌داری	میانگین	معنی‌داری
جرئت‌مندی	درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار)	۵۲/۵۲	۰/۰۰۰۱	۳۹/۴۸	۰/۰۰۰۱	۱۳/۰۳	۰/۱۹
	برنامه والدگری حمایتی (اسپیس)	۴۶/۹۲	۰/۰۰۱	۳۹/۵۷	۰/۰۰۰۱	۷/۳۵	۰/۸۶
ترس از آسیب	درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار)	۵/۰۷	۰/۰۰۱	۴/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲	۱/۰۰
	برنامه والدگری حمایتی (اسپیس)	۵/۲۱	۰/۰۰۰۱	۶/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳	۰/۴۷

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین دو گروه درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار) و والدگری حمایتی (برنامه اسپیس) از نظر اثربخشی بر کاهش ترس از آسیب تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما بین نتایج دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. همچنین، بین تغییرات متغیر ترس از آسیب در دو گروه مداخله و گروه گواه در زمان‌های پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین دو گروه درمان شناختی- رفتاری (برنامه گربه سازگار) و والدگری حمایتی (برنامه اسپیس) از نظر اثربخشی بر افزایش جرئت‌مندی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما بین نتایج دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. همچنین، بین تغییرات متغیر جرئت‌مندی در دو گروه مداخله و گروه گواه در زمان‌های پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش والدگری حمایتی بر کاهش ترس از آسیب و افزایش جرئت‌مندی کودکان بود. یافته‌ها نشان داد هر دو روش درمان شناختی- رفتاری و آموزش والدگری حمایتی در مقایسه با گروه گواه، به‌طور معنی‌داری ترس از آسیب را کاهش می‌دهند و این تأثیرات تا دو ماه پس از مداخله پایدار باقی می‌ماند. با وجود این، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله در متغیرها و مراحل زمانی مورد بررسی مشاهده نشد. درمان شناختی- رفتاری از طریق خاموش‌سازی شرطی و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های ترس‌آور (مانند بازی در پارک یا نزدیک شدن به سگ) سبب شکل‌گیری تجارب جدید و خنثی می‌شود که این موضوع با پیش‌بینی‌های منفی کودک در تضاد است و در نتیجه پاسخ شرطی ترس تضعیف می‌گردد (پیتینگ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، کودکان در جلسات درمان شناختی- رفتاری یاد می‌گیرند که افکار فاجعه‌آمیز خود را شناسایی کرده و با شواهد واقعی به چالش بکشند (پیکو و همکاران، ۲۰۲۳). کاهش سوگیری توجه نسبت به علائم تهدیدکننده و کاهش تفسیرهای منفی از محرک‌ها از دیگر نتایج این فرایند است (والدز و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، هر بار که کودک با موفقیت یک مواجهه را پشت سر می‌گذارد، باور او به توانایی‌های خود در مقابله با موقعیت‌های ترس‌آور تقویت می‌شود که این موضوع سبب ایجاد یک چرخه مثبت می‌گردد (کلین و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، کاهش ترس از آسیب در گروه آموزش والدگری حمایتی غالباً از طریق تغییر در محیط اجتماعی رخ داده است. در جلسات والدگری، به والدین آموزش داده شد که به جای واکنش

فوری و محافظتی به نشانه‌های ترس کودک (مانند دور کردن فوری کودک از یک سگ)، به کودک فرصت مواجهه تحت نظارت بدهند. این تغییر به کودک پیام توانایی مقابله را انتقال داده و برآورد خطر را در کودک تعدیل می‌کند (راپی و همکاران، ۲۰۲۶). علاوه بر این، افزایش گرمی، همدلی و پاسخ‌دهی عاطفی والدین، امنیت روانی کودک را بالا برده و او را به اکتشاف محیط تشویق می‌کند (بدری گرگری و همکاران، ۱۴۰۰). از دیدگاه نظریه دلبستگی، کودکان با دلبستگی ایمن، الگوهای رفتاری خود را به جای تمرکز بر تهدید، بر روی اکتشاف متمرکز می‌کنند که این موضوع به‌طور مستقیم سبب کاهش ترس می‌گردد (بوگلز و بریچمن، ۲۰۰۶).

همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و آموزش والدگری حمایتی در مقایسه با گروه گواه، به‌طور معنی‌داری جرئت‌مندی را افزایش می‌دهند و این تأثیرات تا دو ماه پس از مداخله پایدار باقی می‌مانند. درمان شناختی-رفتاری از طریق آموزش مستقیم مهارت‌های اجتماعی و کاهش ترس از پیامدهای منفی سبب افزایش جرئت‌مندی می‌گردد. از یک‌سو، در جلسات، کودکان نه گفتن و درخواست کمک کردن را تمرین کردند که این امر توانایی ابراز وجود را تقویت می‌کند. از سوی دیگر، با کاهش ترس از آسیب، کودکان دیگر از ابراز وجود در موقعیت‌های اجتماعی به خاطر ترس از طرد یا آسیب اجتناب نمی‌کنند و این موضوع باعث می‌شود جرئت‌مندی آن‌ها به‌طور طبیعی افزایش یابد (پیکو و همکاران، ۲۰۲۶)؛ به عبارت دیگر، ترس از آسیب به عنوان یک مهارکننده برای جرئت‌مندی عمل کرده و با حذف آن، این مهارت شکوفا می‌شود. همچنین، والدگری حمایتی از طریق بازخورد مثبت به رفتارهای شجاعانه و کاهش کنترل‌گری سبب افزایش جرئت‌مندی می‌گردد. در جلسات آموزشی والدین آموزش دیدند که هرگونه رفتار جرئت‌ورزانه کودک (حتی کوچک) را تحسین کرده و تقویت نمایند. این تقویت مثبت، احتمال تکرار رفتار جرئت‌ورزانه را افزایش می‌دهد (ایگان و همکاران، ۲۰۲۶). علاوه بر این، با کاهش کنترل افراطی والدین، کودک فضای بیشتری برای تصمیم‌گیری و ابراز نظر پیدا می‌کند که این خود تمرینی برای جرئت‌ورزی است (کرسول و همکاران، ۲۰۲۵). زمانی که کودک احساس می‌کند که والدینش نظرات و احساسات او را بدون قضاوت می‌پذیرند، جرئت بیشتری برای ابراز خود در سایر محیط‌ها (برای مثال، مدرسه) پیدا می‌کند (شکری میرحسینی و همکاران، ۱۴۰۰).

در نهایت، یافته‌های پژوهش نشان داد تفاوت معنی‌داری بین تغییرات متغیرها در گروه‌های مورد بررسی وجود ندارد. این موضوع از این طریق قابل تبیین است که هرچند درمان شناختی-رفتاری و آموزش والدگری حمایتی از مسیرهای متفاوتی عمل می‌کنند، اما بر روی سه سازوکار مشترک تأثیر می‌گذارند. چه از طریق موفقیت در مواجهه (درمان شناختی-رفتاری) و چه از طریق پیام‌های تشویقی والدین (آموزش والدگری حمایتی)، خودکارآمدی کودک افزایش می‌یابد که به عنوان یک عامل فراتشخیصی در کاهش اضطراب و افزایش جرئت‌مندی نقش مهمی دارد (والدز و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، هر دو آموزش به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم کودک را به رویارویی با موقعیت‌های ترس‌آور تشویق می‌کنند و اجتناب را به عنوان عامل تداوم‌بخش ترس هدف قرار می‌دهند (راپی و همکاران، ۲۰۲۶). علاوه بر این، به نظر می‌رسد پایداری اثرات تا دو ماه پس از مداخله در هر دو گروه، نشان‌دهنده این است که تغییرات ایجادشده ریشه‌دار بوده و موقتی نیستند. این امر بر اهمیت هر دو روش به عنوان مداخلات درمانی مؤثر تأکید می‌کند. از دیدگاه کاربردی، اثربخشی مشابه دو روش مورد بررسی به مشاوران مدارس این امکان را می‌دهد که بر اساس ویژگی‌های خانواده تصمیم‌گیری کنند، نه صرفاً بر اساس اثربخشی. برای مثال، در والدین با انگیزه بالا، زمان کافی و مهارت‌های ارتباطی خوب، روش والدگری حمایتی می‌تواند انتخاب اول باشد؛ زیرا علاوه بر کاهش ترس کودک، تعاملات خانواده را نیز بهبود می‌بخشد. در مقابل، در والدینی که به دلایلی (برای مثال، اشتغال زیاد یا تعارضات زناشویی) توانایی حضور منظم در جلسات را ندارند، درمان شناختی-رفتاری کودک محور گزینه مناسب‌تری است. همچنین، برای کودکانی که انگیزه بالایی برای تغییر دارند، درمان شناختی-رفتاری می‌تواند جذاب‌تر باشد، درحالی‌که برای کودکان با دلبستگی نایمن، والدگری حمایتی ممکن است تأثیرات عمیق‌تری بر امنیت روانی آن‌ها داشته باشد (راجکومار، ۲۰۲۲). در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد هر دو مداخله می‌توانند به‌عنوان خطوط اول درمان در برنامه‌های ارتقای سلامت روان کودکان مورد استفاده قرار گیرند و انتخاب آگاهانه میان آن‌ها، اثربخشی درمان را در بستر واقعی زندگی کودک به حداکثر خواهد رساند. با وجود این، با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از هر دو

گروه دختران و پسران استفاده شده و مطالعه بر روی حجم نمونه‌های بزرگ‌تر انجام شوند. علاوه بر این، به دلیل خودگزارشی بودن پرسشنامه‌ها پیشنهاد می‌شود که تا حد ممکن مصاحبه‌های حضوری و توجیه کامل شرکت‌کنندگان توسط آزمونگر موردتوجه قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش به خاطر همکاری صمیمانه آن‌ها، تشکر می‌شود.

تعارض منافع

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر بوده و در آن هیچ تعارض منافع وجود ندارد.

منابع

- آقایی ملک‌آبادی، م.، خدابخشی کولایی، آ.، و افکاری، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی دو برنامه آموزش والدگری حمایتی و هدایت و مربیگری رفتار بر شایستگی والدینی مادران با کودک پسر قلدر. *نشریه پرستاری کودکان*، ۸ (۱)، ۱-۱۲. [\[link\]](#)
- بدری گرگری، ر.، نعمتی، ش.، واحدی، ش.، و نوری، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی والدگری ذهن آگاهانه بر اضطراب کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۰ (۲)، ۲۶-۴۳. [\[link\]](#)
- خداده، ر.، و کاکابایی، ک. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش حل مسئله خانواده محور بر اضطراب دانش‌آموزان در معرض آسیب. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۶ (۴)، ۷۹-۹۰. [\[link\]](#)
- دانشمندی، ا.، و جهان، ف. (۲۰۲۲). تأثیر هنر درمانی خانواده محور بر حساسیت اضطرابی، نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۲ (۴)، ۳۸-۴۸. [\[link\]](#)
- شکری میرحسینی، ه.، و علیزاده، ح.، و فرخی، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گربه مقابله گر بر میزان جرأت‌ورزی در کودکان با اختلال اضطراب. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۲ (۱)، ۷۵-۸۵. [\[link\]](#)
- ضرغامی، ف.، حیدری نسب، ل.، شعیری، م.، و شهرپور، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله ای کندال بر اختلال‌های اضطرابی: یک روی آورد فراتشخیصی. *روان‌شناسی تحولی روان‌شناسان ایرانی*، ۴۵ (۱۲)، ۳۷-۵۰. [\[link\]](#)
- عبدالهی مقدم، م.، حسونند، ف.، و ترابی، ن. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش طرحواره‌درمانی بر رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در دانش‌آموزان تیزهوش با نشانه‌های اضطراب. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۴ (۴)، ۴۸-۵۹. [\[link\]](#)
- مشهدی، ع.، سلطانی شال، ر.، میردورقی، ف.، و بهرامی، ب. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان. *روان‌شناسی کاربردی*، ۶ (۱)، ۷۰-۸۷. [\[link\]](#)

Baker, S. (2025). Pediatric Anxiety Disorders: Therapy Process Predictors of Response to CBT. *PCOM Psychology Dissertations*, 698, 56-87. [\[link\]](#)

Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical psychology review*, 26(7), 834-856. [\[link\]](#)

Chorpita, B. F., Barlow, D. H. (2018). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychol Bull*, 124(1), 3-21. Routledge. [\[link\]](#)

Creswell, C., Tu, E. N., Merriam, E. (2025). Parent-Centered Interventions for Childhood Anxiety. *Annual Review of Developmental Psychology*, 7, 383-410. [\[link\]](#)

Egan, R., Byrne, G., Hadfield, K., Swords, L. (2026). Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE) in Addressing Paediatric Psychological Difficulties and Family Accommodations: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, Advance online publication. [\[link\]](#)

Ivarsson, T. (2006). Normative data for the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) in Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(2), 107-13. [\[link\]](#)

Jandhyala, S., Kumar, N. (2024). Everyday assertiveness and its significance for overall mental well-being. *Universal Journal of Public Health*, 12(2), 250-257. [\[link\]](#)

- Klein, A. M., Hagen, A., Mobach, L., Zimmermann, R., Baartmans, J. M., Rahemnia, J., Ollendick, T. H. (2024). The importance of practicing at home during and following cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a conceptual review and new directions to enhance homework using mHealth technology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(2), 602-625. [\[link\]](#)
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour research and therapy*, 168, 50-71. [\[link\]](#)
- Lebowitz E.R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., Silverman, W.K. (2020). 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 and Adolescent Psychiatry*, 59(3), 362-72. [\[link\]](#)
- Mphaphuli, L. K. (2023). The impact of dysfunctional families on the mental health of children. *Master's thesis, University of Johannesburg*. [\[link\]](#)
- Mukund, B., Jena, S. (2022). Qualitative analysis of school children's experience of receiving "Coping Cat program": A cognitive behavioral therapy program for high anxiety. *Psychology in the Schools*, 59(9), 1755-1775. [\[link\]](#)
- Muris, P., Field, A. P. (2008). Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Cognition and emotion*, 22(3), 395-421. [\[link\]](#)
- Norberg, M. M., Visvalingam, S., Stevenson, R. J., Saluja, S. (2024). A review of the phenomenology, aetiology and treatment of animal phobia and insights for biophobia. *People and Nature*, 6(3), 932-944. [\[link\]](#)
- Patriarca, G. C., Pettit, J. W., Silverman, W. K. (2022). Implementing cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with anxiety disorders. *Klin Spec Psihol*, 11(2), 108-122. PMID: 36474931. [\[link\]](#)
- Picou, P., Adenuga, P., Dupré, A. S., Davis III, T. E. (2023). Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents Handbook of Clinical Child Psychology: Integrating Theory and Research into Practice. *Springer*, 1065-1085. [\[link\]](#)
- Pittig, A., Stevens, S., Vervliet, B., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., Craske, M. G. (2015). Maximizing exposure therapy, an inhibitory learning approach. *Psychotherapeut*, 60(5), 401-418. [\[link\]](#)
- Rajkumar, R. P. (2022). Comorbid depression and anxiety: Integration of insights from attachment theory and cognitive neuroscience, and their implications for research and treatment. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16, 1104928. [\[link\]](#)
- Rapee, R. M., Bussey, K., Cross, D., Fitzpatrick, S. (2026). Longitudinal Relationships and Between Social Anxiety, Peer Victimization, and Perceived Support among Children. *Behavioral Sciences*, 16(6), 958. [\[link\]](#)
- Rich, B. A., Starin, N. S., Senior, C. J., Zarger, M. M., Cummings, C. M., Collado, A., Alvord, M. K. (2023). Improved resilience and academics following a school-based resilience intervention: A randomized controlled trial. *Evidence-based practice in child and adolescent mental health*, 8(2), 252-268. [\[link\]](#)
- Christie, K. N., Sandoval, A. (2024). Attachment styles and traumatic responses: Exploring the impact of parental interaction on child development and coping mechanisms. *Open Journal of Psychiatry*, 14(5), 467-489. [\[link\]](#)
- Silverman, W. K., Pina, A. A., Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130. [\[link\]](#)
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology*, 106(2), 280. [\[link\]](#)
- Valadez, E. A., Pine, D. S., Fox, N. A., Bar-Haim, Y. (2022). Attentional biases in human anxiety. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 142, 104917. [\[link\]](#)