رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۳، شماره پیاپی ۶۰، خرداد ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(3), 2021

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب جدایی در کودکان کم‌شنوا

The effectiveness of Cognitive-behavioral group therapy on reducing separation anxiety in children with hearing impairment

مهدی شریفی (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری مشاوره توانبخشی، گروه آموزشی مشاوره و کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
دانا محمد امین‌زاده
کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
شفیق مهربان
دانشجوی دکتری مشاوره توانبخشی، گروه آموزشی مشاوره، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Mehdi Sharifi*
Ph.D student of Rehabilitation counseling, Department of Counseling and Student Research Committee, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
m_sharifi90@yahoo.com
Dana Mohammad-aminzadeh
M.A in counselling, Faculty of Psychology & Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
Shafigh Mehraban
Ph.D student of Rehabilitation counseling, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT) بر کاهش اضطراب جدایی در کودکان کم‌شنوا بود. روش پژوهش مطالعه حاضر از نوع نیمه‌تجربی است که در آن از طرح پیش‌آزمون- پس-آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه کودکان کم-شنوا ۶ تا ۱۲ ساله تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان کامیاران در سال ۱۳۹۷ بود. ۲۶ نفر از کودکانی که نمره بالاتر از نقطه برش را در زیرمقیاس اختلال اضطرابی جدایی در پرسشنامه علائم مرضی کودکان کسب کرده بودند، به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۳ نفر) و گروه گواه (۱۳ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش مهارت‌های مبتنی بر CBT قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه در نمرات اضطراب جدایی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان داد ($p<۰/۰۰۱$). بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های مبتنی بر CBT موجب کاهش اضطراب جدایی در کودکان کم‌شنوا می‌شود و به عنوان یک مداخله درمانی سودمند برای کودکان کم‌شنوا در مراکز بهزیستی و درمانی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *درمان شناختی-رفتاری، اضطراب جدایی، کودکان، کم-شنوایی.*

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on reducing separation anxiety in children with hearing impairment. The present study is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population composed of all 6-12-years-old children with hearing impairment, covered by the Kamyaran Welfare Office in 2018. 26 Children who had earned a Score above the cut-off point in the separation anxiety disorder scale in the Child Abnormal Symptoms Inventory were selected and randomly assigned to the experimental group (n=13) and the control group (n=13). The experimental group received CBT skills training in 12 weekly sessions. Data were analyzed using analysis of covariance. The results showed a significant difference between experimental and control groups in pre-test and post-test ($p <0.001$). Therefore, cognitive-behavioral therapy can reduce separation anxiety in children with hearing impairment and is recommended as a beneficial treatment intervention for hearing-impaired children in Welfare and medical centers.

Keywords: *cognitive-behavioral therapy, separation anxiety, children, Hearing impairment.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۹۹** **پذیرش: آذر ۹۹** **ویرایش نهایی : اردیبهشت ۱۴۰۰**

مقدمه

کم‌شنوایی به عنوان یک مشکل جدی به از دست دادن شنوایی بیشتر از ۲۵ دسی‌بل تلقی می‌شود که حدوداً بر یک تا ۱/۷ در هر ۱۰۰۰ نفر تولد زنده در سراسر دنیا تأثیر می‌گذارد و این تعداد با افزایش سن به خاطر ماهیت پیش‌رونده و دیررس بودن اختلال شنوایی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.3.7]

افزایش می‌یابد (کرور[1] و همکاران، ۲۰۱۰). کودکان کم‌شنوا در محیط‌های پر سروصدا، مانند کلاس‌های درس یا زمین بازی مدرسه، مرتباً اطلاعات حیاتی را اشتباه تفسیر می‌کنند (مک کری[2] و همکاران، ۲۰۱۵). سوء درک و یا تفسیر نادرست از موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند منجر به احساس طرد و در نهایت به مشکلات اجتماعی و عاطفی تبدیل شود (نتن[3] و همکاران، ۲۰۱۵).

اختلال شنوایی ممکن است مستقیماً به افزایش ترس و وابستگی بینجامد. یک دانش‌آموز کم‌شنوا برای پر کردن کمبود توانایی ناشی از کم‌شنوایی، به وابستگی به دیگران نیاز دارد که به عنوان یک وابستگی جزئی در نظر گرفته می‌شود اما زمانی که به یک وابستگی کامل تبدیل می‌شود آن‌ها ممکن است عزت‌نفس خودشان را از دست بدهند (ناجی و قوراشی، ۲۰۱۸). از برجسته‌ترین مشکلات روانشناختی تجربه‌شده توسط کودکان کم‌شنوا می‌توان به ترس از اشتباه کردن و اضطراب جدایی اشاره کرد که به عنوان نوعی استراتژی در نظر گرفته می‌شود (الرمامنه، سابایله و دری[4]، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، کودکان ناشنوا و کم‌شنوا به دلیل نقص حسی که منجر به کاهش سطح کیفیت ارتباطشان با والدین می‌شود، در معرض خطر دلبستگی ناایمن و اضطراب جدایی قرار دارند (خانجانی، ۱۳۸۷).

اختلال اضطراب جدایی با ترس یا نگرانی بیش از حد در مورد جدایی از مراقبین، نماد اصلی دلبستگی و یا خانه مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا[5]، ۲۰۱۳). اختلال اضطراب جدایی به‌طور معمول باعث ایجاد اختلال قابل‌توجه در مهدکودک/ مدرسه، روابط خانوادگی و عملکرد اجتماعی می‌شود. بسیاری از دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب جدایی افسرده، بی‌انگیزه و گوشه‌گیر به نظر می‌رسند و این عوامل بر روی میزان یادگیری دانش‌آموزان تاثیر منفی دارد (واگن، کدینگتون، احمد و ارتیل[6]، ۲۰۱۷). اختلال اضطراب جدایی با افزایش مشکلات درونی‌سازی، برانگیختگی فیزیولوژیکی در موقعیت‌های جدایی، مشکلات تحصیلی و مدرسه‌هراسی همراه است (لبوویتز[7] و همکاران، ۲۰۱۳). تشخیص اختلال اضطراب جدایی در دوران کودکی خطر بالاتری از آسیب‌های روانی دیگر در مراحل بعدی زندگی را در پی خواهد داشت (لوینسون[8] و همکاران، ۲۰۰۸) و می‌تواند عاملی خطرناک برای اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلالات سوءمصرف مواد در بزرگسالی محسوب شود (اشنایدر[9] و همکاران، ۲۰۱۱).

یکی از اثربخش‌ترین درمان‌های شناخته‌شده برای اختلال اضطراب جدایی کودکان، درمان شناختی رفتاری است (پیرزادی، ۱۳۹۷). مطالعات نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی و رفتاری در درمان اختلال اضطراب جدایی در کودکان و نوجوانان مؤثر است (دیا[10]، ۲۰۰۱؛ اشنایدر و همکاران، ۲۰۱۱؛ مک فایدن و وایت[11]، ۲۰۲۰؛ عباسی، امیری و طالبی، ۱۳۹۴؛ عبدخدائی و صادقی اردوبادی، ۱۳۹۰). در درمان شناختی رفتاری برای کودکان دارای اختلال اضطراب جدایی، از مواد متناسب با سن با تصاویر مصور استفاده می‌شود. کودکان در مورد اضطراب طبیعی و پاتولوژیک، چگونگی شناسایی اضطراب از طریق علائم بدن و تعامل افکار، احساسات و اعمال، یاد می‌گیرند. آن‌ها یاد می‌گیرند که از یک دماسنج اضطرابی برای ارزیابی اضطراب خود استفاده کنند و با استفاده از نمودارها و اشکال تصویری، در مورد روند عادت کردن و خوگیری اطلاعات کسب کنند. آن‌ها ترس‌های خود را شناسایی می‌کنند و به همراه درمانگر سلسله‌مراتب ترس و اهدافی را که در درمان به دنبال آن هستند را ایجاد و طراحی می‌کنند. سرانجام، کودکان با نقش باورهای ناکارآمد در حفظ اضطراب آشنا می‌شوند و یاد می‌گیرند که چگونه این باورها را از طریق بررسی واقعیت تغییر دهند. در پایان، دلیل منطقی استفاده از مواجهه مورد بحث قرار می‌گیرد و وظایفی که کودک باید در طول دوره درمان مورد توجه قرار دهد توضیح داده خواهد شد (اشنایدر و همکاران، ۲۰۱۱).

افراد با نیازهای ویژه از جمله کودکان با اختلال شنوایی به دلیل داشتن نقص حسی و عدم دسترسی هیجانی با مادران خود بیشتر از کودکان عادی در معرض ابتلا به اختلال اضطراب جدایی هستند. کاهش اضطراب جدایی در این کودکان می‌تواند بسیاری از مشکلات آنان را کاهش دهد. با توجه به کارآمدی و سودمند بودن درمان شناختی-رفتاری در مطالعات می‌توان فرض نمود که درمان شناختی-رفتاری

---

1 . Korver
2 . McCreery
3 . Netten
4 . Alramamneh, Sabayleh & Drei
5 . American Psychiatric Association
6 . Vaughan, Coddington, Ahmed & Ertel
7 . Lebowitz
8 . Lewinsohn
9 . Schneider
10 Dia
11 McFayden & White

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.3.7]

می‌تواند به کودکان کم‌شنوای مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در زمینه‌های مختلف کمک کند. اضطراب جدایی و آثار منفی آن در زمینه‌های مختلف روانی، اجتماعی، تحصیلی در کودکان کم‌شنوا کمتر مورد توجه پژوهش‌ها بوده است. از طرف دیگر هر چند درمان شناختی-رفتاری در طیف‌ها و گروه‌های مختلف سنی با مشکلات متعدد روانشناختی بکار گرفته‌شده است، روی اضطراب جدایی کودکان کم‌شنوا به عنوان یک گروه هدف خاص کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر کاهش اضطراب جدایی کودکان کم‌شنوا است.

روش

پژوهش حاضر به روش مداخله‌ای- نیمه‌آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. جامعه‌ی آماری آن شامل کلیه کودکان کم‌شنوا ۶ تا ۱۲ ساله تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان کامیاران در سال ۱۳۹۷ بود. جهت انجام پژوهش در ابتدا کلیه والدین کودکان کم‌شنوا که شامل ۵۳ نفر بودند، مقیاس اختلال اضطراب جدایی (فرم د) در پرسشنامه علائم مرضی را تکمیل کردند. ۵۳ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. در مرحله بعد از بین کودکانی که در مقیاس اختلال اضطراب جدایی نمره ۴ یا بیشتر را دریافت کرده بودند، ۲۶ نفر که بالاترین نمره را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و گواه (۱۳ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱ - نداشتن پرونده بیماری‌های روانپزشکی و تشخیص سایر اختلالات و سابقه بستری در بیمارستان‌های روانی ۲- تمایل و رغبت برای شرکت در پژوهش و مشارکت فعال و کامل در جلسات روان‌درمانی (از طریق مصاحبه‌ای که گرفته شد) ۳- کودکان با بهره هوشی بین ۸۵ تا ۱۰۰ و ۴- داشتن والدین با شنوایی طبیعی و زندگی کودکان کم‌شنوا با والدین. کودکان گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت یک‌بار در هفته تحت درمان گروهی CBT قرار گرفتند؛ اما کودکان گروه گواه در این مدت هیچ آموزشی دریافت نکردند. بعد پایان مداخلات، یک جلسه هم برای گروه گواه جهت آشنایی با مفاهیم شناختی- رفتاری گذاشته شد. در پایان دوره بعد از گذشت ۴۸ ساعت از اتمام مداخلات، مجددا مقیاس اختلال اضطراب جدایی بر روی هر دو گروه گواه و آزمایش اجرا گردید. لازم به ذکر است که تشکیل جلسات با کسب اجازه از مسئولان مراکز و تعهد کتبی والدین انجام گرفت. با توجه به مشکلاتی که گروه مورد مطالعه پژوهش حاضر از لحاظ برقراری ارتباط کلامی و شنوایی با درمانگر داشتند، در هنگام اجرای پروتکل درمانی از والدین دانش‌آموزان برای درک مفاهیم و مطالب آموزش داده شده کمک گرفته شد و همچنین از تصاویر و اشکال مصور برای یادگیری و درک آسانتر مطالب و اثربخشی بیشتر روش درمانی بهره گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش تحلیل کواریانس در نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه علائم مرضی کودکان[1] (CSI-4): این پرسشنامه برای ارزیابی شایع‌ترین اختلالات روانی (۲۱ اختلال) بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. نسخه اولیه آن توسط اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو[2] در سال ۱۹۸۴ تدوین گردید. نسخه نهایی (نسخه چهارم) در سال ۱۹۹۴ توسط گادو و اسپرافکین[3] با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تجدیدنظر شد (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴). این پرسشنامه که دارای دو فرم والدین و معلمین است، شامل فهرست علائم ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی است. برای ارزیابی علائم اختلال اضطراب جدایی در پژوهش حاضر از فرم (د) این پرسشنامه استفاده شد که دارای ۱۰ سؤال است و توسط والدین پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه به دو شیوه «نمره شدت علامت» و «نمره غربال شده» نمره‌گذاری می‌شود (عباسی، امیری و طالبی،۱۳۹۴). در این پژوهش از روش نمره شدت علامت استفاده شد که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (هیچ‌گاه=۰، به‌ندرت =۱، گاهی اوقات=۲، بیشتر اوقات=۳) نمره‌گذاری می‌شود. نقطه برش مقیاس اختلال اضطراب جدایی در فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان نمره ۴ است (محمد اسماعیل و علی پور،۱۳۸۱). در پژوهش ارمیس[4] و همکاران (۲۰۰۹) اعتبار بازآزمایی پرسشنامه علائم مرضی ۰/۷۲ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی اختلال اضطراب جدایی در فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش گادو اسپرافکین

[1] . Child Abnormal Symptoms Inventory (CSI-4)
[2] . Sporofkin, Loney, Unitat & Gadow
[3] . Gadow & Sparfkin
[4] . Erermiş

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.3.7]

برابر با ۰/۷۲ بود (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴). در پژوهشی داخلی که با هدف بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی انجام شد، یافته‌ها نشان داد حساسیت این آزمون بین ٪۷۵ تا ۸۹٪، ویژگی[1] بین ۹۱٪ تا ۹۷٪ و اعتبار با استفاده از روش تصنیف برای فرم والدین ۰/۸۵ است. اعتبار بازآزمایی، حساسیت و ویژگی مقیاس اختلال اضطراب جدایی در فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۸۱٪ و ۹۶٪ بود (محمد اسماعیل و علی پور،۱۳۸۱).

اصول کلی مداخله درمان شناختی-رفتاری برگرفته از راهنمای درمانی هوپ، هیمبرگ و جاستر[2] (۲۰۰۴) و اشنایدر و همکاران (۲۰۱۱) بوده است. خلاصه جلسات درمانی در جدول شماره ۱ ذکر گردیده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی، یادگیری در مورد اضطراب طبیعی و غیرطبیعی، ایجاد همبستگی گروهی، توضیح مشکلات فرد در قالب اضطراب جدایی.
جلسه دوم	معرفی مارپیچ رو به پایین اضطراب، توضیحاتی در مورد چگونگی شناسایی اضطراب از طریق علایم بدنی، ارائه منطق سه مؤلفه درمان، تکلیف واکنش به شروع طرح درمانی
جلسه سوم	بررسی تکلیف خانگی، نحوه تعامل بین افکار، احساسات و رفتار، ایجاد سلسله مراتب ترس و اجتناب، تمرین خود بازبینی
جلسه چهارم	بررسی تکلیف خانگی، شناسایی و پرداختن به افکار خودآیند و هیجانات ناشی از آن‌ها، یادگیری در مورد استفاده از دماسنج اضطراب برای ثبت علایم اضطرابی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	بررسی تکلیف خانگی، شناسایی خطاهای شناختی و نقش باورهای ناکارآمد در حفظ اضطراب، به چالش کشیدن افکار خودآیند، استفاده از جایگزین‌های منطقی، ارائه تکلیف خانگی، آماده کردن شرایط برای اولین جلسه رویارویی یا مواجهه
جلسه ششم و هفتم	بررسی تکلیف خانگی، مرور منطق حساسیت‌زدایی تدریجی و منظم، انجام حساسیت‌زدایی درون جلسه‌ای
جلسه هشتم	مروری بر تکلیف خانگی، توضیحاتی در مورد رویارویی‌های بعدی، انجام حساسیت‌زدایی درون جلسه‌ای، پرداختن به سؤالات مراجع و پاسخ به آن‌ها، ارائه تکلیف
جلسه نهم و دهم	مرور تکلیف خانگی، تشریح منطق بازسازی شناختی پیشرفته، باورهای هسته‌ای، کشف و به چالش کشیدن باورهای هسته‌ای، ارائه تکلیف خانگی
جلسه یازدهم و دوازدهم	ارزیابی پیشرفت مراجع، توضیح و تصمیم‌گیری در مورد درمان‌های تکمیلی، بحث در مورد احتمال عود و جلوگیری از آن، توضیح فرآیند پایانی جلسات، بررسی انتظارات شرکت‌کنندگان بعد از پایان یافتن درمان، پرداختن و آگاهی نسبت به هیجانات مرتبط با جلسه پایانی درمان و اجرای پس آزمون با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان

یافته‌ها

گروه نمونه شامل ۲۶ نفر از کودکان کم‌شنوای ۶ تا ۱۲ سال (دختر و پسر) شهرستان کامیاران در سال ۱۳۹۷ با میانگین سنی ۹/۱۷ بود. داده‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای هر کدام از گروه‌ها در جدول شماره ۲ ذکر شده است. نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون گروه گواه تغییر چندانی نداشته اما نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای را نسبت به پیش‌آزمون نشان داده‌اند.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد اضطراب جدایی در گروه آزمایش و گواه (n= 26)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	sig
اضطراب جدایی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۶۹	۱/۱۰	۰/۹۰۷	۰/۱۶۸
		گواه	۱۴/۵۳	۱/۹۸	۰/۹۵۱	۰/۶۱۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۴/۱۵	۰/۸۹	۰/۹۳۸	۰/۴۲۷
		گواه	۱۴/۴۹	۲/۱۴	۰/۶۷۴	۰/۰۹

[1] . specificity
[2] . Hope, Heimberg & Juster

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.3.7]

برای بررسی تأثیر مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید که ابتدا باید برابری واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیونی و توزیع نرمال به عنوان پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس بررسی شوند. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. با توجه به عدم معناداری نتایج آزمون لوین [پس‌آزمون: شاخص اضطراب جدایی، (P>0/05)] در سطح پس‌آزمون مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون اضطراب جدایی با متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون موردبررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون با متغیر مستقل معنی‌دار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون است. این مفروضه در ارتباط با مرحله پس‌آزمون است. [پس‌آزمون: اضطراب جدایی، (P>0/05)] ؛ بنابراین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون تأیید شد. نهایتاً نتایج آزمون شاپیرو- ویلکز نشان داد که توزیع داده‌ها طبیعی است، چرا که آزمون ذکرشده در مورد داده‌های پژوهش حاضر معنی‌دار نبود (p>0/05) و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید شد. با برقراری همه پیش‌فرض‌ها حال به اجرای آزمون تحلیل کوواریانس می‌پردازیم که نتایج آن در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت مقایسه نمره پس‌آزمون اضطراب جدایی در گروه آزمایش و گواه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig
گروه	۱۰۹۰/۸۵	۱	۱۰۹۰/۸۵	۹۳/۲۶	۰/۰۰۱
خطا	۲۶۹/۰۱	۲۳	۱۱/۶۹		
کل	۹۵۴۳	۲۶			

همان‌گونه که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات اضطراب جدایی کودکان در مرحله پس‌آزمون (p<۰/۰۰۱) در دو گروه گواه و آزمایش معنی‌دار است؛ بدین معنی که درمان شناختی-رفتاری نمرات اضطراب جدایی کودکان را به طور معناداری در پس‌آزمون کاهش داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش درمان شناختی - رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر کاهش اضطراب جدایی در دانش‌آموزان کم‌شنوا بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش اضطراب جدایی در کودکان کم‌شنوا شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینه تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال اضطراب جدایی در کودکان و نوجوانان همسو است (دیا، ۲۰۱۱؛ اشنایدر و همکاران، ۲۰۱۱؛ مک فایدن و وایت، ۲۰۲۰؛ عباسی، امیری و طالبی، ۱۳۹۴؛ عبدخدائی و صادقی اردوبادی، ۱۳۹۰).

در تبیین و توضیح نتایج بدست آمده می‌توان به پروتکل ارزیابی‌شده در مطالعه حاضر اشاره کرد که بر استفاده از مواجهه درون‌جلسه‌ای به عنوان یک مؤلفه اصلی درمان تأکید شده است. مطالعات قبلی هم نشان داده است که پیشرفت بالینی قابل‌توجه در پی انجام مواجهه و استفاده از آن در طول درمان حاصل می‌شود (پریس[1] و همکاران، ۲۰۱۵) که برای موفقیت درمان حیاتی هستند (پترمن، کارپر و کندال[2]، ۲۰۱۹). استفاده از مواجهه فقط به عنوان یک تمرین خانگی، برخلاف یک تکلیف که باید تحت هدایت درمانگر در جلسه انجام شود، بدان معنی است که درک اینکه آیا کودک واقعاً تکلیف مواجهه را کامل انجام می‌دهد و اینکه چقدر خوب آن را انجام می‌دهد، دشوار است، این به نوبه خود ممکن است منجر به نتایج درمانی ضعیف‌تری شود.

از دیگر دلایل اثربخشی این درمان، تکنیک‌های مورداستفاده شامل ارائه آموزش‌های روانشناختی به کودکان در زمینه چگونگی عملکرد اضطراب در افراد به ویژه درباره تغییرات جسمی و هیجانی و افکاری که به ذهن فرد می‌آیند و نحوه گریز فرد از این شرایط است. کودکان با استفاده از این آموزش‌ها یاد گرفتند که در چه شرایطی افکار اضطرابی به وجود می‌آیند و این افکار چه چیزی را شامل می‌شدند و واکنششان به این افکار چگونه باید باشد. همچنین یادگیری تکنیک‌های آرمیدگی برای کودکان با اختلال اضطراب جدایی از دیگر کاربردهای

[1] . Peris
[2] . Peterman, Carper & Kendall

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.3.7]

درمان شناختی رفتاری بود. تصویرسازی ذهنی، نفس کشیدن عمیق و انواع تمرین‌های آرمیدگی عضلانی از جمله تمرین‌های مناسب جهت کاهش اضطراب کودکان با این اختلال بود (پیرزادی، ۲۰۱۸)؛ جایی که اثربخشی این تمرینات در پژوهش‌های قبلی در مورد اختلالات هیجانی مانند اضطراب به اثبات رسیده است (هیرش و هولمز[1]، ۲۰۰۷).

همچنین در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان به ارکان و مدل اصلی درمان شناختی رفتاری یعنی چرخه تأثیرگذاری شناخت، احساس و رفتار اشاره کرد. درمان شناختی رفتاری معتقد است که تجربه‌های اولیه و رفتار والدین شکل‌دهنده باورهای اساسی این کودکان هستند، که انتخاب و جذب اطلاعات جدید بر اساس این باورها شکل می‌گیرد. با حادث شدن اتفاقات مهم، باورهای اساسی فعال و باعث شکل‌گیری افکار خودکار می‌شود که این افکار نیز به نوبه خود منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، رفتاری و هیجانی می‌شوند (کندال[2] و همکاران، ۱۹۹۷). کودکان اضطرابی به هنگام روبه‌رو شدن با حوادث مبهم آن را به تهدیدهای بالقوه نسبت می‌دهند، تمایل زیادی برای عیب‌جویی دارند و خودگویی منفی و انتظارات نابجا در آن‌ها بالا می‌رود (همیلتون، کندال، گاش، فوور، سود[3]، ۲۰۰۸). درمان شناختی-رفتاری به کودکان در درک تعبیر صحیح حوادث و تجارب، شناسایی و تغییر تحریف‌های شناختی کمک می‌کند, زیرا این درمان معتقد است که رفتار و احساسات، تحت تأثیر یادگیری این الگوهای شناختی نادرست قرار می‌گیرد و حالت‌های اضطرابی را در کودکان به وجود می‌آورد. بهره‌گیری از تکنیک‌هایی مانند به چالش کشیدن و تغییر باورهای ناکارآمد در کاهش اضطراب تأثیر بسزایی دارد؛ زیرا بر اساس رویکرد شناختی، حالت‌های هیجانی مانند اضطراب به وسیله تفکر افراطی تداوم و از طریق تحریف در پردازش اطلاعات، شدت می‌یابند. بر طبق این رویکرد، اطلاعاتی که همخوان با باورهای قبلی آن‌ها باشند مورد توجه قرار می‌گیرند (لیهی[4]، ۲۰۱۷).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند موجب کاهش اضطراب جدایی در کودکان کم‌شنوا شود. درمان شناختی رفتاری با استفاده از فنونی نظیر آرمیدگی، تصویرسازی ذهنی، به چالش کشیدن و تغییر باورهای نادرست به عنوان یک مداخله درمانی سودمند برای کودکان کم‌شنوا در مراکز بهزیستی و درمانی توصیه می‌شود. در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی علوم رفتاری و روانشناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم دسترسی به تمامی نمونه‌های پژوهش در سطح شهر (غیر بهزیستی) بود. پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی CBT این رویکرد بر سایر گروه‌های سنی دیگر و با طرح‌های آزمایشی معتبرتر از جمله روش‌های تمام آزمایشی و همچنین در مناطق و در خرده‌فرهنگ‌های مختلف کشور انجام شود و نهایتاً با سایر رویکردهای درمانی مورد مقایسه قرار گیرد.

سپاس‌گزاری: پژوهش حاضر برگرفته از طرح پژوهشی تحت عنوان «کاهش اضطراب جدایی در کودکان کم‌شنوای شهر کامیاران در سال ۹۷-۱۳۹۶: مداخله گروهی مبتنی بر درمان شناختی ـ رفتاری» بود که در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران با کد "۱۹۹۰" تصویب شده است. از تمامی والدین، کودکان کم‌شنوا، همکاران، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران به عنوان حامی مالی پژوهش و تمامی کسانی که به نوعی در این پژوهش نقش داشتند، کمال تشکر و سپاس را داریم. رعایت نکات اخلاقی این پژوهش توسط دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران با کد اخلاق IR.USWR.REC.1397.98 تأیید شده است.

منابع

پیرزادی، حجت. (۱۳۹۷). اختلال اضطراب جدایی: ویژگی‌ها، سبب‌شناسی و راهکارهای درمانی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۴ (۱۵۳)، ۳۳-۳۹.
جلالی، سمیه؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۹). تأثیر بازی درمانی بر اختلال اضطراب جدایی کودکان. *مجله روانشناسی*، ۵۶، ۴ (۱۴)، ۳۷۰-۳۸۲.
خانجانی، زینب. (۱۳۸۷). نقش نقص‌های حسی در سبک‌های دلبستگی و مشکلات رفتاری کودکان. *نشریه پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۹ (۴)، ۴۶-۲۱.

[1] . Hirsch & Holmes
[2] . Kendall
[3] . Hamilton, Kendall, Gosch, Furr, & Sood
[4] . Leahy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.3.7]

عباسی، زهره؛ امیری، شعله؛ طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازه‌ای (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳ (۲)، ۶۴-۵۱.

عبدخدایی، محمدسعید؛ صادقی اردوبادی، آفرین. (۱۳۹۰). بررسی میزان اضطراب جدایی کودکان و اثربخشی بازی درمانی با رویکرد رفتاری-شناختی بر کاهش آن. *روان شناسی بالینی*، ۳ (۴)، ۵۱-۵۸.

محمد اسماعیل، الهه؛ علی‌پور، احمد. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-۴). *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۲ (۳)، ۲۳۹-۲۵۴.

Alramamneh, A. K. S., Sabayleh, O. A. O., & Drei, S. M. A. (2020). Psychological and Social Problems of Hearing-Impaired Students and the Adopted Coping Strategies in Deaf Schools. *Journal of Educational and Social Research*, 10(2), 205-205.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®):* American Psychiatric Pub.

Dia, D. A. (2001). Cognitive-behavioral therapy with a six-year-old boy with separation anxiety disorder: a case study. *Health & social work*, *26*(2), 125.

Erermiş, S., Bellibaş, E., Ozbaran, B., Büküşoğlu, N. D., Altintoprak, E., Bildik, T., & Cetin, S. K. (2009). Temperamental characteristics of mothers of preschool children with separation anxiety disorder. *Turk Psikiyatri Derg*, 20(1), 14-21.

Gadow KD, Sparfkin J. *Child symptom inventories manual*. Story brook, NY: Chechmate plus; 1994

Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1063-1073.

Hamilton, J. D., Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 9(47), 987-993.

Hirsch, C. R., & Holmes, E. A. (2007). Mental imagery in anxiety disorders. *Psychiatry*, *6*(4), 161-165.

Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. A. (2004). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach client workbook:* Graywind Publications.

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clincal trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 65(3), 366.

Korver, A. M., Konings, S., Dekker, F. W., Beers, M., Wever, C. C., Frijns, J. H., . . . Group, D. C. S. (2010). Newborn hearing screening vs later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment. *Jama*, 304(15), 1701-1708.

Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide:* Guilford Publications.

Lebowitz, E. R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E., . . . Hermes, H. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 30(1), 47-54.

Lee, P., Zehgeer, A., Ginsburg, G. S., McCracken, J., Keeton, C., Kendall, P. C., . . . Peris, T. (2019). Child and adolescent adherence with cognitive behavioral therapy for anxiety: predictors and associations with outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S215-S226.

Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J. W., Seeley, J. R., & Joiner Jr, T. E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 548-555.

McCreery, R. W., Walker, E. A., Spratford, M., Bentler, R., Holte, L., Roush, P., . . . Moeller, M. P. (2015). Longitudinal predictors of aided speech audibility in infants and children. *Ear and Hearing*, 36(0 1), 24S.

McFayden, T. C., & White, S. W. (2020). Brief, Intensive Treatment for Separation Anxiety in an 8-Year-Old Boy: A Case Study. *Clinical Case Studies*, *19*(2), 83-100.

Naji, S., & Qurashi, A. (2018, March). The behvioural diorder of deaf children. *El-Bahith Journal in Social Science and Humanities*, 10(33), 741-749.

Netten, A. P., Rieffe, C., Theunissen, S. C., Soede, W., Dirks, E., Korver, A. M., . . . Frijns, J. H. (2015). Early identification: Language skills and social functioning in deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79(12), 2221-2226.

Peris, T. S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Sherrill, J., March, J., . . . McCracken, J. T. (2015). Trajectories of change in youth anxiety during cognitive—behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 239.

Peterman, J. S., Carper, M. M., & Kendall, P. C. (2019). Testing the habituation-based model of exposures for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), 34-44.

Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herren, C., Adornetto, C., In-Albon, T., & Lavallee, K. (2011). Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomized waiting-list-controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4), 206-215.

Sharma, P., Mehta, M., & Sagar, R. (2017). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders and headache in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 78-84.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.3.7]

Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(3), 452.

Vaughan, J., Coddington, J. A., Ahmed, A. H., & Ertel, M. (2017). Separation Anxiety Disorder in School-Age Children: What Health Care Providers Should Know. *Journal of Pediatric Health Care*, *31*(4), 433-440.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.3.7]