



The Effectiveness of Animation Program with Cognitive Behavior Approach on Anxiety Symptoms of Children: a Case Study

Reza Azizan¹, Elham Shafiee^{2*}, Samira Mansourirad³

¹ MA of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

² Ph.D Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

³ BA of psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tonekabon Azad university, Mazandran, Iran

* **Corresponding author:** Ph.D Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran (corresponding author: elham.shafiee@ut.ac.ir)

Received: 2020-05-16

Accepted: 2020-05-21

Abstract

Anxiety disorders are the most common psychological and emotional disorders in children. Anxiety disorder can disrupt the routine life, school performance and friendly relationship. The purpose of the present study was to evaluate the effectiveness of animation program with cognitive behavior approach on anxiety symptoms of children with 7 or 8 years old. The present study was a single subject design using A-B-A for participants. 3 primary school children with anxiety symptoms participated in this study. The treatment plan was consisted of 12 sessions implementing animation program that each participant received the program individually. Multiple measurements were done at pre-test, during the treatment and post-test. The instrument of the present study was the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (1999). The gathered data were analyzed with chart analysis. According to the results of the present study include that animation program was affective on reducing the anxiety symptom of the primary school children.

Keywords: Animation program, Anxiety symptoms, Case study



اثربخشی برنامه پویانمایی با رویکرد شناختی رفتاری بر علائم اضطراب کودکان: یک مطالعه موردی

رضا عزیزان^۱، الهام شفیعی^{۲*}، سمیرا منصوری راد^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
^۳ کارشناسی روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران
 * نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
 (ایمیل، elham.shafiee@ut.ac.ir)

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۲۷

چکیده

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی و عاطفی در بین کودکان است و می‌تواند روند زندگی عادی و عملکرد تحصیلی و روابط دوستانه آنها را مختل نماید. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه پویانمایی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش علائم اضطراب کودکان ۷ تا ۸ سال بود. پژوهش حاضر یک مطالعه تک‌آزمودنی بود که در آن برای شرکت‌کنندگان از طرح A-B-A استفاده شده‌است. در این مطالعه ۳ کودک دبستانی دارای علائم اضطراب شرکت داشتند. طرح درمانی شامل ۱۲ جلسه اجرای برنامه پویانمایی بود که برای هریک از شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی برگزار شد و اندازه‌گیری‌های چندگانه شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و سه دوره پیگیری انجام شد. برای سنجش علائم اضطراب از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (نسخه والدین) (۱۹۹۹) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با تجزیه و تحلیل نمودار تحلیل گردید. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که برنامه پویانمایی در کاهش علائم اضطراب کودکان موثر بوده‌است.

واژگان کلیدی: برنامه پویانمایی، علائم اضطراب، مطالعه موردی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی محفوظ است.

مقدمه

نشانه‌های جسمی مانند افزایش ضربان قلب، تعریق، تنفس شدید و درد در ناحیه شکم یا قفسه سینه از دیگر خصوصیات اضطراب است. اختلالات اضطرابی در نیمی از کودکان مبتلا ۷ تا ۸ ساله یا بیشتر ادامه می‌یابد. دختران تقریباً ۲ برابر پسران نشانه‌های اضطرابی را نشان می‌دهند و این تفاوت تا ۶ سالگی وجود دارد. براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (۲۰۱۳) کودکان ممکن است از ۹ اختلال اضطرابی به

اختلال‌های اضطرابی، یکی از اختلالات روانی رایج در کودکان و نوجوانان تلقی می‌شود [۱، ۲، ۳]. اختلال‌های اضطرابی مجموعه‌ای از اختلال‌ها را پوشش می‌دهند که اضطراب یکی از نشانه‌های اصلی آنهاست. شیوع اختلالات اضطرابی را میان ۱۵ تا ۲۰ درصد تخمین زده‌اند [۴]. اختلالات اضطرابی با نگرانی و ترس‌های شدید و عقاید و باورهای منفی مشخص می‌شود.

اختلال‌ها احتمال بهبود را در فرایند درمان کاهش می‌دهد. برنامه‌های درمانی زیادی برای بهبودی اختلال‌های اضطرابی کودکان وجود دارد که اغلب آن‌ها اساس شناختی رفتاری دارند [۲۳]. تاثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های اضطراب در کودکان در پژوهش‌هایی به خوبی پذیرفته شده است [۲۴] و این شیوه درمان اثربخشی مناسبی دارد [۲۵، ۲۶]. مداخلات شناختی رفتاری شیوه‌ای است که در کاهش علائم اضطرابی موفقیت‌های نسبتاً چشمگیری حاصل کرده است. این درمان با توجه به سطح توانایی‌های کودکان و نوجوانان به بازسازی نحوه تفکر و همزمان اصلاح ویژگی‌های رفتاری آنها می‌پردازد. هرچند تحقیقات زیادی به مفید بودن این نوع از مداخلات صحت‌گذاشته‌اند، ولی تعداد کودکان و نوجوانانی که به درمان پاسخ نداده‌اند یا اینکه بعد از مدتی مجدداً علائم اضطراب را تجربه کرده‌اند کم نیستند [۲۷]. درمان‌های ترکیبی ضروری‌اند، چون ۴۰ تا ۵۰ درصد از کودکان مبتلا به علائم اضطرابی به مداخلات کوتاه مدت با یک نوع درمان، پاسخ نمی‌دهند [۲۸].

همزمان با رشد تکنولوژی، لزوم استفاده از امکانات و فرصت‌های موجود در کمک به بهبود زندگی افراد بیش از پیش مورد توجه و تاکید قرار گرفته است. در این رابطه به‌کارگیری فناوری می‌تواند فرصت‌های مناسبی را برای دستیابی به اهداف موردنظر فراهم سازد [۲۹]. فناوری‌های جدید توانایی کودکان را در برقراری ارتباط افزایش داده‌است [۳۰]. فناوری در قرن ۲۱ به سرعت در حال پیشرفت است و این دستاوردها در آموزش به عنوان شیوه‌های خلاق و بدیع به کار می‌روند. استفاده از فناوری در آموزش باعث افزایش در گسترش و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود [۳۱]. در سال‌های اخیر آموزش از طریق فیلم به عنوان الگویی از درمان بر پایه پیشینه تحقیقاتی مورد حمایت قرار گرفته‌است [۳۲]. این شیوه آموزش می‌تواند از طریق فناوری‌های جدیدتر تسهیل شود. آموزش از طریق فیلم پایه‌هایی در نظریه یادگیری مشاهده‌ای بندورا دارد [۳۳]. که در آن اعتقاد بر این است که کودکان می‌توانند از طریق مشاهده رفتارهای دیگران که مورد تقویت یا تنبیه قرار می‌گیرد، رفتار مناسب را نشان دهند. در روش آموزشی از طریق فیلم، کودک فیلمی را که از قبل تعیین شده و حاوی رفتار موردنظر است را مشاهده می‌کند و سپس تشویق می‌شود تا آن رفتار را تقلید و تمرین کند [۳۴]. تحقیقات یافته‌اند که آموزش از طریق فیلم مداخله‌ای موثرتر نسبت به روش‌های پیشین می‌باشد [۳۵]. تحلیل محتوا نشان داده‌است که آموزش از طریق فیلم راهبردی موثر برای آموزش مهارت‌های اجتماعی، عملکردی و رفتاری می‌باشد [۳۶].

یک یا چند اختلال مبتلا شوند. اختلال‌های اضطرابی کودکان جزء اختلال‌های درون‌نمود طبقه‌بندی می‌شود. اختلال‌های درون‌نمود، الگوهای رفتاری سازش‌نا یافته‌ای هستند که بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهد موجب رنجش خود کودک می‌شود [۵]. این اختلال با شروع زودرس و تأثیری که بر سیر تکاملی فرد دارد احتمال ابتلا به اختلالات دروان بزرگسالی را افزایش می‌دهد [۶]. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ۶ نشانه را برای اضطراب در کودکان ذکر کرده که شامل بی‌قراری، خستگی مفرط، دشواری در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی و اختلال خواب است [۷]. کودکانی که دارای اضطراب هستند دچار تنش و دل‌پرسی زیادی می‌شوند و نگرانی آنها گاهی اوقات به اندازه‌ای می‌رسد که دیگر قادر به انجام دادن کاری نیستند [۸].

اختلال اضطرابی برای کودک مشکلاتی را به وجود می‌آورد، نگرانی‌های شدید، مشکلات خواب، تنش در محیط‌های تحصیلی و اجتماعی و نشانگان جسمی از این جمله‌اند [۹]. این اختلال اگر درمان نشود ممکن است منجر به مشکلات روانشناختی بیشتر در دوران نوجوانی و جوانی گردد. از سویی دیگر پیامدهای زیان‌بار اختلال اضطراب بر کودکان مانند عملکرد تحصیلی ضعیف و انزوای اجتماعی مشکلاتی را در زمینه‌های مختلف برای آنها به همراه خواهد داشت. مهم‌تر از همه اختلال اضطراب یک عامل خطر برای ناسازگاری کودک در آینده است [۱۰]. کودکان با اختلال‌های اضطرابی به‌طورمعدناری رویدادهای منفی بیشتری را در طول زندگی نسبت به کودکان غیر مضطرب تجربه می‌کنند [۱۱]. اضطراب بالا با عملکرد پایین در برنامه‌ریزی همراه است [۱۲]. ماگ^۲ و همکاران (۲۰۱۵) [۱۳] در تحقیقی نشان دادند که توجه کودکان دچار اضطراب در مقایسه با کودکان عادی در سطوح پایین‌تری قرار دارد. اختلالات اضطرابی می‌تواند بر عملکرد عصبی روانشناختی مانند عملکرد اجرایی، حافظه و توجه و یادگیری [۱۴، ۱۵، ۱۶] و عملکرد شناختی و تحصیلی کودکان اثر بگذارد [۱۷، ۱۸، ۱۹]. تحقیقات گذشته نشان می‌دهد که عملکرد روزانه ۱۲-۸ درصد از کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی به خاطر وجود اضطراب دچار آسیب می‌شوند [۲۰]. تخمین زده می‌شود که ۱۸/۶ درصد از کودکان و بزرگسالان حداقل از یک نوع اختلال اضطرابی در طول زندگی خود رنج می‌برند [۲۱]. اختلالات اضطرابی اغلب در کودکان تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند زیرا به سادگی توسط والدین و معلمان نادیده گرفته می‌شوند. مداخله کارآمد در دوران کودکی نه تنها سازگاری را بهبود می‌بخشد بلکه کاهش چشمگیر اختلال‌های رفتاری آینده را نیز در پی دارد [۲۲] همبودی اختلال‌های اضطرابی با دیگر

همین روش توانستند مهارت‌های موردنظر را به سه کودک ۷ تا ۱۱ ساله آموزش دهند و نتایج حاکی از اثربخشی این امر بود [۵۰]. رکز^۶ و چارلپ (۲۰۱۸) [۵۱] در مطالعه خود از روشی مشابه برای آموزش پاسخ‌های مناسب به کودکان در موقعیت‌های گوناگون استفاده کردند. کین^۱ و همکاران (۲۰۰۷) [۵۲] در مطالعه خود اثربخشی فیلم‌های پویانمایی را برای آموزش مهارت‌های مناسب به کودکان را نشان دادند.

اختلالات اضطرابی اثرات منفی جدی و طولانی مدت بر رشد شناختی کودکان دارد. از طرف دیگر، هزینه‌ای که جامعه برای کودک مضطرب محتمل می‌شود ۲۰ برابر کودک غیر مضطرب است [۵۳]. بنابراین با در نظر گرفتن شیوع بالا، پیامدهای منفی و هزینه‌های بالایی که جامعه برای رشد کودک دچار اختلال اضطرابی محتمل می‌شود و با نظر به اینکه استفاده صرف از درمان شناختی رفتاری نمی‌تواند برای تمامی کودکان مبتلا مفید باشد، استفاده از برنامه پویانمایی با رویکرد شناختی رفتاری به عنوان یک درمان ترکیبی ضروری می‌نماید. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه پویانمایی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش علائم اضطرابی کودکان می‌باشد.

روش

این پژوهش از نوع مطالعات تک آزمودنی است و در آن از طرح A-B-A در میان شرکت‌کنندگان استفاده شده است. بدین ترتیب که پس از گردآوری داده‌ها در خط پایه برای هر آزمودنی (مرحله A)، مرحله مداخله (مرحله B) به اجرا درآمد. پس از آن نیز پس‌آزمون (مرحله A) گرفته شد. در این پژوهش علاوه بر پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه دوره پیگیری نیز گردآوری داده‌ها برای شرکت‌کنندگان صورت گرفت. در پژوهش حاضر پس از ارجاع کودکان از سوی متخصص روانشناسی ۳ کودک بر اساس معیارهای ورود و خروج از پژوهش انتخاب و به صورت انفرادی وارد برنامه آموزشی پویانمایی شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال اضطرابی برای کودک که به تایید متخصص رسیده باشد، محدوده سنی بین ۷-۸ سال و حضور مستمر و پیگیر در جلسات آموزشی و همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم حضور کودک در دو جلسه متوالی، همبودی اختلال اضطراب با اختلال افسردگی و ابتلا به اختلال یا بیماری مزمنی که مانع از شرکت در جلسات آموزشی می‌گردد. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شده است:

پیشرفت در فناوری رایانه با پیشرفت در برنامه‌های آموزشی همراه بوده و این امکان را برای کودکان فراهم نموده تا از روش‌های گوناگون برای آموزش بهره‌گیرند [۳۷]. موازی با رشد استفاده از فناوری رایانه، استفاده از فناوری چندرسانه‌ای و مدل‌های پویانمایی نیز در حال پیشرفت است. مدل پویانمایی فراتر از ایجاد یک محتوای آموزشی نوعی سرگرمی برای کودک به شمار می‌رود [۳۸]. برنامه پویانمایی نمایش فیلم همراه با یک روایت داستانی است که نسبت به نمایش صرف فیلم بدون روایت داستانی مزیت و برتری دارد. مدل‌های پویانمایی نمونه‌ای از تکنیک‌های دیداری است که کودکان به آن جذب می‌شوند [۳۹]. پویانمایی به عنوان یک فناوری در آموزش، ابزاری ارزان قیمت و مفید و محرک برای کودکان است [۴۰، ۴۱، ۴۲]. مک‌لینگ و کولینز^۳ (۲۰۱۲) با استفاده از نمایش فیلم به کودکان با ناتوانی هوشی متوسط نشان دادند که این روش در آموزش ۳ کودک از ۴ کودک موثر واقع شده است یا اسمیت و همکاران^۴ (۲۰۱۳) [۴۳] با استفاده از همین روش بر روی کودکان مبتلا به طیف اتیسم تاثیر آن را بر آموزش مهارت‌های ارتباطی اجتماعی تایید کردند.

کودکان با استفاده از برنامه‌های پویانمایی قادر به یادگیری فنون حل مسئله خواهند بود. پژوهشی که توسط بورس و ویچستروم^۵ (۲۰۱۶) انجام شد نشان داد که اجرای برنامه پویانمایی به کودکان در یادگیری واژه کمک کرده است. همچنین تاثیر استفاده از این برنامه‌ها برای شناخت هیجان‌های انسانی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و ارتقای تعامل والد و کودک تایید شده است [۴۴]. کانتی^۶ و همکاران (۲۰۱۵) [۴۵] با ترکیب برنامه پویانمایی داستانهای اجتماعی تعاملات منفی کودکان با والدینشان را کاهش دادند. دان، مایلز و آر^۷ (۲۰۰۲) [۴۶] در پژوهش خود اثربخشی استفاده از مدل پویانمایی را برای بهبود مهارت‌های ارتباطی کودکان تایید کردند. در نمایش پویانمایی فیلم‌هایی در حدود ۳ الی ۵ دقیقه‌ای به کودک نمایش داده می‌شود و فرصت تقلید رفتارهای مناسب مشاهده شده را برای او فراهم می‌کند [۴۷]. کودکان از طریق دیدن یاد می‌گیرند و از رفتارهای شخصیت‌های موجود در نمایش الگوبرداری می‌کنند. بازخوردهای زیادی از تجربیات زندگی واقعی خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم وجود دارد که در آن ادعا شده برنامه پویانمایی برای بیشتر این کودکان لذت‌بخش و پرکاربرد است [۴۸]. اخیرا کاباشی و کارمارک^۸ (۲۰۱۷) [۴۹] در مرور نظام‌دار خود که شامل ۳۶ مطالعه با استفاده از آموزش از طریق فیلم برای افزایش مهارت‌های اجتماعی در کودکان بود، نشان داد که این شیوه اثربخشی مناسبی داشته‌است. در گزارشی دیگر با استفاده از

می‌باشد. همچنین همبستگی بین دو فرم کودک و والد در خرده مقیاس‌های مختلف از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است [۵۵]. برای اجرای برنامه به کلینیک گهر مهر مراجعه و هماهنگی‌های لازم برای برگزاری جلسه‌های آموزشی صورت گرفت. برنامه پویانمایی با بررسی پیشینه و مرور برنامه‌های موجود با هدف آموزش رفتارهای مناسب به کودکان [۳۲، ۵۰] طراحی شد. برای تعیین روایی برنامه محتوای آن در اختیار تعدادی از متخصصان قرار داده شد و متخصصان روایی برنامه را در حد مناسب توصیف نمودند. برنامه پویانمایی در قالب ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای کودکان به صورت انفرادی برگزار گردید. حضور والدین در جلسه‌های اول، چهارم و هشتم برای پیگیری و آموزش مهارت‌هایی جهت چگونگی انجام تکالیف خانگی ضروری بود.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس نسخه والدین (SCAS-P): نسخه والدین این مقیاس در سال ۱۹۹۹ به وسیله اسپنس به منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان براساس طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طراحی و ساخته شده است [۵۴]. این ابزار دارای ۳۷ سوال ۴ گزینه‌ای به شیوه لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) و یک سوال باز است. مجموع نمرات پرسشنامه حداکثر ۱۱۴ می‌باشد. این ابزار ۶ زیر مولفه هراس از فضای باز (۹ سوال)، اضطراب جدایی (۶ سوال)، ترس از آسیب فیزیکی (۵ سوال)، ترس اجتماعی و هراس (۶ سوال)، وسواس عملی فکری (۶ سوال) و اضطراب عمومی (۶ سوال) را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس از روایی و پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است. این ابزار در مطالعات قبلی دارای روایی همگرای ۰/۷۱ با مقیاس اضطراب مانیفست کودکان و همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۴.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش برنامه پویانمایی

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف منزل
۱	ارزیابی و مصاحبه با والدین و کودک	مصاحبه با والدین و ارزیابی کودک-تکمیل پرسشنامه توسط والدین-مصاحبه با کودک.	تماشای برنامه پویانمایی مورد نظر برای جلسه دوم همراه با والدین
۲	آموزش هیجانات	نمایش برنامه پویانمایی (دقایق مورد نظر) آموزش و توضیح هیجانات بر اساس برنامه ایفای نقش آموزش به والدین در مورد هیجانات	کشیدن نقاشی از شخصیت‌های برنامه مورد نظر یا نوشتن داستان در مورد یکی از شخصیت‌ها به همراه والدین
۳	آموزش هیجانات	مرور جلسه قبل، تحلیل تکلیف، تماشای برنامه دیگر در مورد هیجانات	تماشای برنامه پویانمایی جدید و مشخص کردن هیجانات شخصیت‌ها به همراه والدین
۴	معرفی اضطراب	نمایش برنامه پویانمایی (دقایق مورد نظر) آموزش و توضیح اضطراب بر اساس برنامه پویانمایی ایفای نقش آموزش به والدین در مورد اضطراب	تماشای برنامه پویانمایی دیگر و مشخص کردن اضطراب شخصیت‌ها کشیدن نقاشی یا نوشتن داستان
۵	معرفی اضطراب	مرور جلسه قبل، تحلیل تکلیف	تماشای برنامه پویانمایی مورد نظر برای جلسه بعد
۶	آموزش شناختی	نمایش برنامه پویانمایی (دقایق مورد نظر) توضیح در مورد تفکر و شناخت بر اساس برنامه پویانمایی ایفای نقش آموزش به والدین در مورد آموزش شناختی	تماشای برنامه پویانمایی متفاوت از جلسه درمانی کشیدن نقاشی یا نوشتن داستان
۷	آموزش شناختی	مرور جلسه قبل، تحلیل تکلیف	تماشای برنامه پویانمایی برای جلسه بعد
۸	بازسازی شناختی	نمایش برنامه پویانمایی بررسی گویه‌های مثبت و منفی بر اساس برنامه پویانمایی ایفای نقش آموزش والدین در مورد بازسازی شناختی	تماشای برنامه پویانمایی متفاوت از جلسه درمانی و مشخص کردن گویه‌های مثبت و منفی ساختن کاردستی در مورد یکی از شخصیت‌های برنامه پویانمایی
۹	بازسازی شناختی	مرور جلسه قبل و تحلیل تکلیف	تماشای برنامه پویانمایی برای جلسه بعد
۱۰	مواجهه سازی	نمایش برنامه پویانمایی	تماشای برنامه پویانمایی به همراه والدین

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف منزل
		ایفای نقش و مواجه کردن کودک با موقعیت بازسازی شده در برنامه پویانمایی و موقعیتهای متفاوت آموزش به والدین در مورد مواجه سازی	و ایفای نقش توسط والد- کودک نوشتن داستان
۱۱	مواجهه سازی	مرور جلسه قبل و تحلیل تکلیف	
۱۲	پیگیری	مرور جلسات قبل مصاحبه با والدین و کودک	

یافته‌ها

داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش*

متغیرها	دوره اندازه‌گیری	میانگین	انحراف معیار	متغیرها	دوره اندازه‌گیری	میانگین	انحراف معیار
اضطراب فراگیر	پیش‌آزمون	۵/۶۷	۴/۰۴	ترس از آسیب جسمی	پیش‌آزمون	۳/۳۳	۱/۵۳
	پس‌آزمون	۱/۶۷	۰/۵۸		پس‌آزمون	۲	۰
	پیگیری یکم	۱/۶۷	۰/۵۸		پیگیری یکم	۱/۳۳	۱/۱۶
	پیگیری دوم	۱/۶۷	۰/۵۸		پیگیری دوم	۰	۰
	پیگیری سوم	۱	۱		پیگیری سوم	۰	۰
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۳/۶۷	۳/۷۹	اضطراب جدایی	پیش‌آزمون	۱۱	۲/۶۵
	پس‌آزمون	۲/۶۷	۱/۱۶		پس‌آزمون	۴	۲/۶۵
	پیگیری یکم	۱	۱		پیگیری یکم	۱/۶۷	۱/۵۳
	پیگیری دوم	۰/۶۷	۱/۱۶		پیگیری دوم	۱/۶۷	۱/۱۶
	پیگیری سوم	۰	۰		پیگیری سوم	۱	۰/۰۰۱
ترس از فضای باز	پیش‌آزمون	۳/۳۳	۳/۵۱	وسواس فکری-عملی	پیش‌آزمون	۰/۶۷	۰/۵۸
	پس‌آزمون	۰/۳۳	۰/۵۸		پس‌آزمون	۰	۰
	پیگیری یکم	۰	۰		پیگیری یکم	۰	۰
	پیگیری دوم	۰	۰		پیگیری دوم	۰	۰
	پیگیری سوم	۰	۰		پیگیری سوم	۰	۰
اضطراب کلی (نمره کل)	پیش‌آزمون	۲۷/۶۷	۹/۵۰				
	پس‌آزمون	۱۰/۶۷	۲/۵۲				
	پیگیری یکم	۵/۶۷	۱/۵۳				
	پیگیری دوم	۴	۲/۶۵				
	پیگیری سوم	۲	۱				

*نوجه: نمرات آزمودنی‌ها به طور مجزا در هر متغیر، در بخش نمودارها ذکر گردیده است.

نمرات آزمودنی‌ها در هر خرده مقیاس در شکل شماره ۲، قابل مشاهده است. این به آن معناست که وضعیت آزمودنی‌ها در اضطراب، پس از دریافت برنامه آموزشی پویانمایی بهبود یافته است.

همانطور که در جدول ۱، نشان داده شده است، نمره کل اضطراب آزمودنی‌ها در پیگیری سوم ($M = 2, SD = 1$) نسبت به پیش‌آزمون ($M = 27/67, SD = 9/50$) نمره کاهش یافته است. کاهش نمرات از پیش‌آزمون به پیگیری سوم در سایر خرده مقیاس‌های اضطراب دیده می‌شود. سیر نزولی

آزمون t نمرات همبسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲، ارائه شده است.

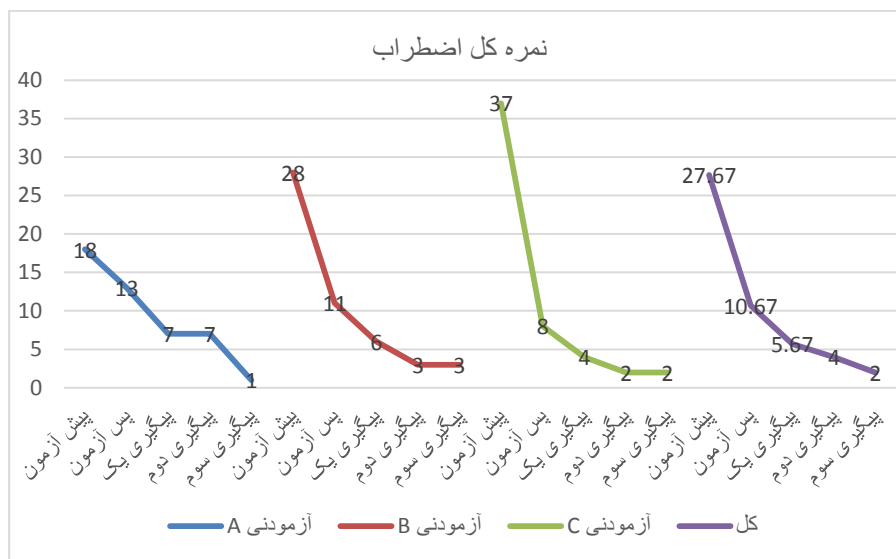
در سطح استنباطی برای آزمون فرضیه تفاوت آزمودنی‌ها از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری سوم در نمره اضطراب، از

جدول ۳: نتایج آزمون t نمرات همبسته برای نمره کل اضطراب از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری سوم

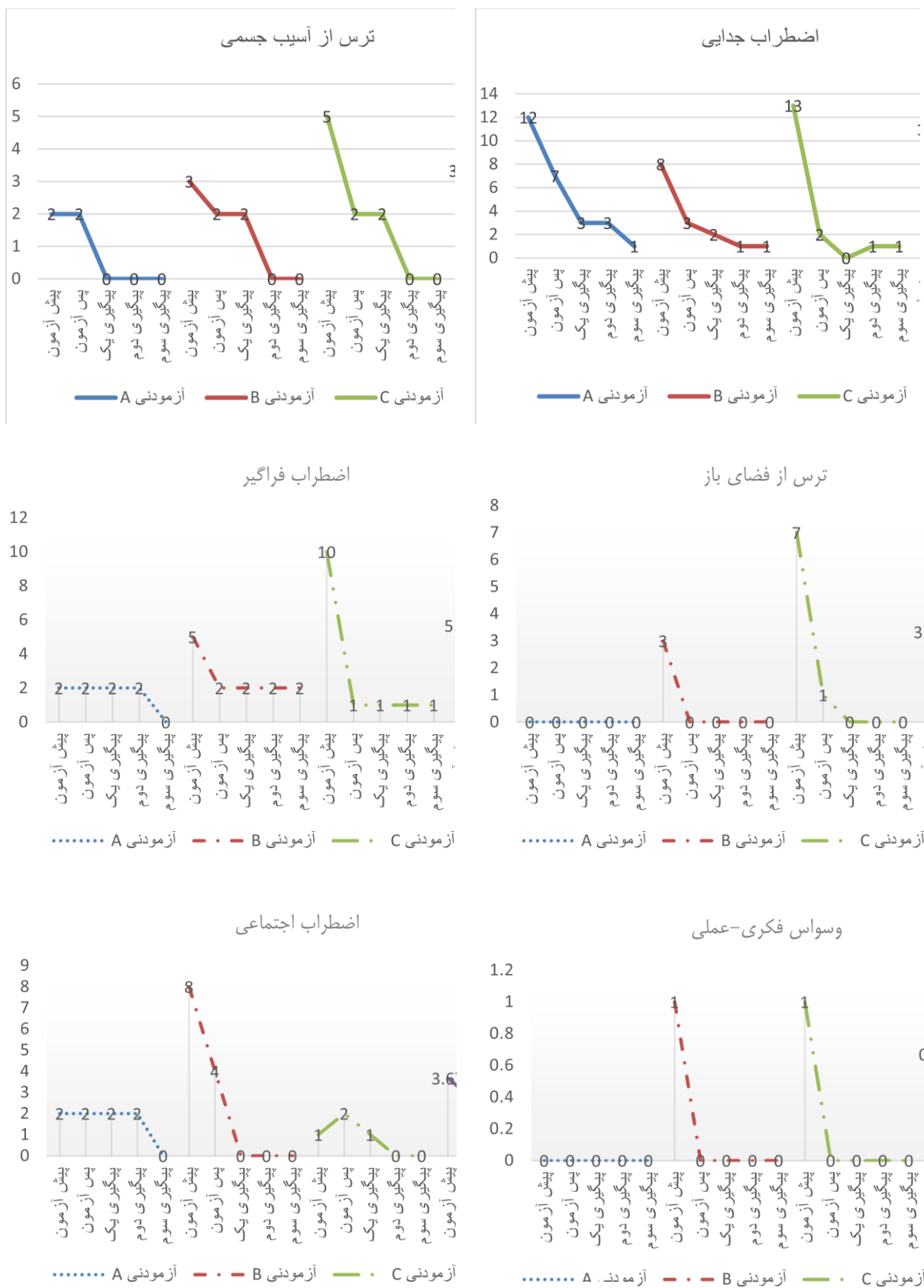
متغیر	t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
نمره کل اضطراب	۴/۹۳	۲	۰/۰۳۹	۳/۲۶	۴۸/۰۷

می‌باشد. به عبارت دیگر بنابر جدول ۲ و با توجه به نمرات میانگین در جدول ۱، آزمودنی‌ها پس از دریافت برنامه مداخله، در مقایسه با پیش‌آزمون، در اضطراب، نمرات پایین‌تری کسب کرده‌اند. از آنجایی که نمرات پایین‌تر در اضطراب به معنای وضعیت بهتر آزمودنی در این متغیر تفسیر می‌شود، به نظر می‌رسد برنامه آموزشی پویانمایی به طور معنی‌داری باعث کاهش اضطراب در آزمودنی‌ها شده است.

با توجه به جدول ۲، نتایج آزمون t نمرات همبسته نشان داد بین مرحله پیش‌آزمون و مرحله پیگیری سوم، در میزان اضطراب این نشان می‌دهد که عدم برابری میانگین نمرات اضطراب در مرحله پیگیری سوم با پیش‌آزمون، تصادفی نیست؛ بلکه تفاوت ایجاد شده، به لحاظ آماری معنی‌دار است. فاصله اطمینان ۹۵٪ نیز نشان می‌دهد که عدد صفر در بین کرانه حد پایین و حد بالا قرار نمی‌گیرد. این امر نیز به نوبه خود تأییدی بر نتایج آزمون t



شکل ۱: نمودار نمرات کلی اضطراب آزمودنی‌ها



شکل ۲: مجموعه نمودارهای خرده مقیاس‌های اضطراب

بحث و نتیجه‌گیری

کاهش دهند. استفاده از مدل پویانمایی به کودک فرصت می‌دهد تا همان کار را در موقعیت واقعی زندگی انجام دهد [۵۶]. این نوع مدل سازی بر اساس نظریه یادگیری مشاهده‌ای شکل گرفته است و مداخله‌ای است که از برنامه پویانمایی به جای مدل زنده برای آموزش رفتار جدید یا تغییر آنچه موجود است استفاده می‌کنند [۵۷]. برنامه پویانمایی به کودکان کمک می‌کند تا از عهده مشکل برآیند. پویانمایی‌های داستانی به کودکان این امکان را می‌دهد که قدرت و قابلیت خود را بشناسند، در پیوند آنها با جامعه نقش مهمی ایفا می‌کند و وسیله‌ای برای ابراز درون، رشد تعادل جسمی، توانایی ارتباط با دیگران و کمک به تکامل فکری و روانی آنها موثر است. داستانهای پویانمایی باعث یادگیری، سازگاری با محیط زندگی، مسئولیت‌پذیری، افزایش توانایی حل مسئله و الگویی مناسب برای تقلید در زندگی اجتماعی آنهاست.

واژه نامه

واژه نامه	اختلالات روانی
1. American Psychiatric Association (APA)	ماگ
2. Mogg	مکلینگ و کولینز
3. Mechling & Collins	اسمیت
4. Smith	بورس و ویجستروم
5. Bjorseth & Wichstrom	کانتی
6. Conti	دان، مایلز و آر
7. Myles & Orr	کاباشی و کازمارک
8. Kabashi & Kaczmarek	رکس
9. Rex	کین
10. Keen	

فهرست منابع

- [1] Stallard P. Anxiety: Cognitive Behaviour Therapy with children and young people. East Sussex: Routledge. 2009.
- [2] Vasey MW, Dadds MR. An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. New York: Oxford University press. 2001.
- [3] Wood JJ, Mcleod BD. Child anxiety disorders: a family- based treatment manual for practitioners. New York: W. W. Norton & co. 2008.
- [4] Walkup JW, Albano AM. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. The New England Journal of Medicine. 2011; 359: 2753-2766.
- [5] Tehranizadeh M, Dadsetan P, Tabatabaee KR, Azad Fallah P, Fathi Ashtiani A.

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه پویانمایی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش میزان اضطراب کودکان صورت گرفت. نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که به کارگیری برنامه پویانمایی در رشد مهارت‌های کودکان در کنترل اضطراب موثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیقات چارلوب و همکاران (۲۰۱۰) [۳۵]، رکس و چارلوب (۲۰۱۸) [۵۱]، کین و بران (۲۰۰۷) [۵۲] همسو می‌باشد. نتایج تمامی این تحقیقات نشان داد که کودکان با کمک هنرهای نمایشی مختلف از جمله مشاهده متن و تصاویر داستانهای پویانمایی شیوه‌های درست رفتار کردن را می‌آموزند و به دنبال آموزش رفتارهای مناسب و کاهش میزان اضطراب کودکان زمینه ورود آنها به جامعه و ارتباط با اقشار مختلف فراهم می‌شود. با بررسی نتایج حاصل از نمودارها در مورد کودکان ملاحظه می‌شود که در مرحله پیش‌آزمون نمرات آنها در تمام زیر مقیاس‌ها در حد بسیار بالایی است که ضرورت درمان و مداخله را مطرح می‌نماید. بررسی نمرات و نیم‌رخ کودک اول پس از خاتمه جلسات آموزشی نشان می‌دهد که مداخله برنامه آموزشی پویانمایی منجر به کاهش میزان اضطراب او شده است که علاوه بر مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری سوم نیز ادامه داشته است. در مورد کودک دوم و سوم هم بررسی نمودار کلی اضطراب موید کاهش میزان اضطراب در مرحله پس‌آزمون می‌باشد که این اثربخشی تا مرحله پیگیری سوم نیز استمرار داشته است. نمایش برنامه پویانمایی با هدف آموزش هیجانات و معرفی انواع هیجان‌ها از جمله اضطراب و نگرانی و آموزش چگونگی مقابله با آنها از طریق ایفای نقش راهبردی موثر در کنترل اضطراب و مواجهه با آن در موقعیت‌های روزمره زندگی صورت گرفت. علاوه بر این معرفی مدل شناختی فکر، احساس و رفتار طبق برنامه‌های پویانمایی نمایش داده شده و بازسازی شناختی از طریق تغییر گویه‌های منفی در مورد اضطراب و آموزش گویه‌های مثبت می‌تواند اثربخشی اجرای برنامه پویانمایی را مضاعف نماید. آموزش رفتارهای مناسب به کودکان با استفاده از برنامه پویانمایی ابزار مناسبی جهت افزایش تجربیات و اصلاح رفتارهای اشتباه کودکان می‌باشد که با انجام تمرین‌های بسیار و مکرر و در محیطی جالب آنها را به انجام دادن این کارها تشویق می‌کنند. در راستای تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که کودکان یادگیرندگان دیداری هستند و برنامه پویانمایی نوعی راهنمای دیداری به حساب می‌آید، بنابراین این برنامه‌ها یک راهبرد موثر برای آموزش کودکان می‌باشد. برنامه پویانمایی به کودکان کمک می‌کند تا چهارچوب مناسبی برای رفتارهایشان پیدا کنند و بتوانند اضطراب مربوط به موقعیت‌های اجتماعی را

- clinical anxiety. *Psychological Medical*, 2015; 45 (12): 2633–2646.
- [14] Lee SS, Falk AE, Aguirre VP. Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 2012; 197: 90–96.
- [15] Vloet TD, Konrad K, Herpertz-Dahlmann B, Polier GG, Günther T. Impact of anxiety disorders on attentional functions in children with ADHD. *Journal of Affect Disorders*, 2010; 124: 283–290.
- [16] Weems CF, Costa NM, Watts SE, Taylor LK, Cannon MF. Cognitive errors, anxiety sensitivity, and anxiety control beliefs: their unique and specific associations with childhood anxiety symptoms. *Behavior Modification*, 2007; 31: 174–201.
- [17] Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, 2007; 7:336–353.
- [18] Robinson OJ, Vytal K, Cornwell BR, Grillon C. The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies. *Front Hum. Neuroscience*. 2013; 7, 203.
- [19] Mazzone L, Ducci F, Scoto MC, Passaniti E, D'Arrigo VG, Vitiello B. The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BMC Public Health*, 2007; 7, 347.
- [20] Goldberger-Raskin B, Gothers D, Bachner-Melman R, Lang C, Kushnir J. The association between sleep disturbances of children with anxiety disorders and those of their mothers. *Sleep medicine*, 2018; (43): 77-82.
- [21] Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorder*, 2000; 14.
- [22] Nasirzadeh R, Roshan R. The Effect of Storytelling on Aggression in Six to Eight-Year Old Boys. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2010; 16(2): 118-126. (in Persian).
- [23] Kendall PC, Hedtke KA. Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual. Ardmore, PA: Workbook Publishing. 2006.
- Effectiveness of the coping cat therapy program in decreasing internalized symptoms of Iranian children. *Developmental Psychology*, 2011; 7(28): 313–321.
- [6] Oana B. Investigation the structure of anxiety symptoms among Romanian preschools using the Spence preschool anxiety scale. 2010.
- [7] Layne A, Bernat D, Victor A, Bernstein G. Generalized anxiety disorders in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 2009; 23: 283-289.
- [8] Ruscio A, Chiu W, Roybyrne p, Stang P, Stein D, Wittchen H, Kessler r. Broadening the definition of generalized anxiety disorder effect on prevalence and associations with other disorders in the national comorbidity survey replication. *Journal of Anxiety Disorder*, 2007; 21: 662-676.
- [9] Brand S, Wilhelm FH, Kossowsky J, Holsboer-Trachsler E, Schneider S. Children suffering from separation anxiety disorder (SAD) show increased HPA axis activity compared to healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 2011; 45(4):452-459.
- [10] Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Small JW, Seeley JR, Joiner TE. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008; 47: 548–555.
- [11] Ginsburg GS, Becker KD, Drazdowski TK, Tein J-Y. Treating anxiety disorders in inner city schools: results from a pilot randomized controlled trial comparing CBT and usual care. *Child Youth Care Forum*, 2012; 41(1): 1–19.
- [12] Unterrainer JM, Domschke K, Rahm B, Wiltink J, Schulz A, Pfeiffer N, Lackner K. Subclinical levels of anxiety but not depression are associated with planning performance in a large population-based sample, *Psychological Medical*, 2018; 48: 168–174.
- [13] Mogg K, Salum GA, Bradley BP. Attention network functioning in children with anxiety disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder and non-

- model types and effects. *Education & Treatment of Children*, 2007; 30: 183–213.
- [37] Shute VJ, Rahimi S. Review of computer-based assessment for learning in elementary and secondary education. *Journal of Computer Assisted Learning*, 2017; 33(1): 1-19.
- [38] Martinez OOL. Criteria for defining animation: A revision of the definition of animation in the advent of digital moving images. *Animation*, 2015; 10(1): 42-57.
- [39] Cavallo A, Koul A, Ansuini C, Capozzi F, Becchio C. Decoding intentions from movement kinematics. *Science Research*, 2016; 6: 37036.
- [40] Guvercin Z. Fizik dersinde simulasyon destekli yazilimin ogrencilerin akademik basarisina, tutumlarına ve kalıcılığa olan etkisi (Unpublished Master Thesis). Graduate School of Social Sciences, Cukurova University, Adana, Turkey. 2010.
- [41] Betrancourt M, Tversky B. Effect of computer animation on users' performance: A review. *Le Travail Humain*, 2000; 63(4): 311-329.
- [42] Mechling LC, Collins S. Comparison of the effects of video models with and without verbal cuing on task completion by young adults with moderate intellectual disabilities. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 2012; 47: 223–235.
- [43] Smith M, Ayres K, Mechling L, Smith K. Comparison of the effects of video modeling with narration vs. video modeling on the functional skill acquisition of adolescents with autism. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 2013; 48(2): 164–178.
- [44] Golan O, Ashwin E, Baron-Cohen S. Can emotion recognition be taught to children with autism spectrum conditions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 2009; 364(1535): 3567-3574.
- [45] Conti D, Nuovo SD, Buono S, Trubia G, Nuovo AD. Use of robotics to stimulate imitation in children with Autism Spectrum Disorder: A pilot study in a clinical setting. 24th IEEE International Symposium on Robot and Human Interactive Communication (RO-MAN), 2015; 1–6.
- [46] Myles BS, Orr S. Sensory processing issues associated with Asperger syndrome: a preliminary investigation. *American Journal of Occupational Therapy*, 2007; 61(2): 113–120.
- [24] Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 2006;45(3): 314–321.
- [25] Schwartz C, Waddell CH. Treating anxiety disorders. *Journal of children's mental health research*, 2012; 2(6):12-19.
- [26] Victor AM, Bernat DH, Bernstein GA, Layne AE. Effect of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorder*, 2007; 835-848.
- [27] Field A, Cartwright-Hatton S. Shared and unique cognitive factors in social anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2008; 1: 206–222.
- [28] Breinholst S, Esbjorn BH. CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 2012; 26: 416– 424.
- [29] Florin L, Hegherti J. ICT and special educational needs (Translate by Zarai Zavaraki, A., & Jafarkhani, F). Tehran: Avaye Noor Publication. 2004. (in Persian).
- [30] Naseh H. With autism from diagnosis to treatment. Tehran: Danjeh. 2009. (in Persian).
- [31] Lai YL, Kuan KK, Hui KL, Liu N. The effects of moving animation on recall, hedonic and utilitarian perceptions, and attitude. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 2009; 56(3): 468-477
- [32] Charlop-Christy MH, Carpenter MH. Modified incidental teaching sessions: A procedure for parents to increase spontaneous speech in their children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2000; 2: 98–112.
- [33] Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1977.
- [34] Bellini S, Akullian J. A meta-analysis of video modeling and video self-modeling interventions for children and adolescents with Autism Spectrum disorders. *Exceptional Children*, 2007; 73: 264–287.
- [35] Charlop MH, Dennis B, Carpenter MH, & Greenberg AL. Teaching socially expressive behavior to children with autism through video modeling. *Education & Treatment of Children*, 2010; 33: 371–393.
- [36] McCoy K, Hermansen E. Video modeling for individuals with autism: A review of

- [53] Bodden DHM, Bogels SM, Nauta MH, DeHaan E, Ringrose J, Appelboom C. Child versus family Cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008; 47: 1384-1394.
- [54] Spence SH. *Spence Children's Anxiety Scale (parent version)*, Brisbane: University of Queensland. 1999.
- [55] Nauta MH, Scholing A, Rapee RM. A parent report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample, *Behaviour Research and Therapy*, 2004; 42(7): 813-839.
- [56] Allen B, Timmer SJ, Urquiza AJ. Parent-child interaction therapy for sexual concerns of maltreated children: a preliminary investigation. *Child Abuse Negl*, 2016; 56: 80-88.
- [57] Hoogenhout M, Malcolm-Smith S. Theory of mind in autism spectrum disorder: does DSM classification predict development? *Research Autism Spectrum Disorder*. 2014; 8(6): 597-607.
- Journal Occupation Therapy*, 2002; 56(1): 97-102.
- [47] Delano M. Video modeling intervention for individuals with autism. *Remedial and Special Education*, 2007; 28: 33-42.
- [48] Khayeri F, Rabiei L, Shamsalinia A, Masoudi R. Effect of Fordyce happiness model on depression, stress, anxiety, and fatigue in patients with multiple sclerosis. *Complement Therapy Clinical Practice*, 2016; 25: 130-135.
- [49] Kabashi L, Kaczmarek LA. Evaluating the efficacy of video-based instruction on improving social initiation skills of children with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2017; 4: 61-81.
- [50] Charlop MH, Gilmore L, Chang GT. Using video modeling to increase variation in the conversation of children with autism. *Journal of Special Education Technology*, 2008; 23: 47-66.
- [51] Rex C, Charlop MH, Spector V. Using video modeling as an anti-bullying intervention for children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2018; 48: 2701-2713.
- [52] Keen D, Brannigan KL, Cuskelly M. Toilet training for children with autism: The effects of video modeling. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2007; 19: 291-303.