

# Investigate the Prevalence of Anxiety Disorders in First Grade Students of Malayer City and Its Relationship with Emotional Dysregulation

Maryam Hassanzadeh Aval (PhD student)<sup>1</sup> , Ali Mashhadi (PhD)<sup>2,\*</sup>, Imanollah Bigdeli (PhD)<sup>2</sup>, Seyed Amir Amin Yazdi (PhD)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

<sup>2</sup> PhD in Psychology, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

\* Corresponding Author: Ali Mashhadi, PhD in Psychology, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: mashhadi@um.ac.ir

## Abstract

Received: 03/11/2019

Accepted: 23/12/2019

### How to Cite this Article:

Maryam Hassanzadeh Aval M, Mashhadi A, Bigdeli I, AminYazdi SA. Investigate the Prevalence of Anxiety Disorders in First Grade Students of Malayer city and Its Relationship with Emotional Dysregulation. *Pajouhan Scientific Journal*. 2020; 18(3): 53-60. DOI: 10.52547/psj.18.3.53

**Background and Objective:** Anxiety disorders are one of the most common childhood disorders. Researchers are trying to identify the factors that contribute to the development of children's anxiety disorders. One of the most recently highlighted issues is the role of emotion regulation in anxiety disorders. The purpose of this study was to investigate the prevalence of anxiety disorders in first grade students and its relationship with emotional dysregulation.

**Materials and Methods:** The research method is descriptive-correlational. The population of the study consisted of all male and female students of first grade students in Malayer which was selected as a cluster sample of 498 people. The research instruments were Spence anxiety disorder, an emotional regulation checklist, and a structured clinical interview for axis I disorders (SCID-I).

**Results:** According to the results of the Spence anxiety disorder questionnaire, 26% of the first grade students had at least one anxiety disorder. In a clinical interview, 22.1% of the cases were diagnosed with anxiety disorders. There was also a significant relationship between emotional dysregulation and anxiety problems in children ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** The prevalence of anxiety disorders in first grade students is high, which requires serious attention. Also, the problems that children have in emotional regulation play a role in their anxiety problems.

**Keywords:** Anxiety Disorder; Social Anxiety; Panic; Generalized Anxiety; Emotional Dysregulation

## شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان پایه اول دبستان شهر ملایر و ارتباط آن با نارسانظم‌جوبی هیجانی

مریم حسن‌زاده اول<sup>۱</sup> , علی مشهدی<sup>۲\*</sup>, ایمان الله بیگدلی<sup>۲</sup>, سید امیر امین یزدی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترا روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۲</sup> دکترای روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

\* نویسنده مسئول: علی مشهدی، دکترا روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: mashhadi@um.ac.ir

### چکیده

سابقه و هدف: اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های دوره کودکی هستند. پژوهشگران تلاش می‌کنند عوامل دخیل در ایجاد و گسترش اختلال‌های اضطرابی کودکان را بشناسند. یکی از مواردی که اخیراً به آن توجه بیشتری شده است، بحث نقش نظام‌جوبی هیجانی در اختلال‌های اضطرابی است. پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان پایه اول دبستان و ارتباط آن با نارسانظم‌جوبی هیجانی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی است. جامعه پژوهش را تمامی دانش آموزان دختر و پسر پایه اول دبستان شهر ملایر تشکیل می‌داد که به صورت خوش‌ای، نمونه‌ای به حجم ۴۹۸ نفر انتخاب شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه اختلال‌های اضطرابی اسپنس، سیاهه نظام‌جوبی هیجانی و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I).

یافته‌ها: با توجه به نتایج پرسشنامه اختلال‌های اضطرابی اسپنس، ۲۶ درصد دانش آموزان پایه اول دست کم به یک اختلال اضطرابی مبتلا بودند. در مصاحبه بالینی مشخص شد ۲۲/۱ درصد نمونه به اختلال‌های اضطرابی مبتلا هستند. همچنین رابطه آماری معناداری بین نارساننظم‌جوبی هیجانی و مشکلات اضطرابی کودکان وجود داشت ( $p < 0.05$ ).

نتیجه‌گیری: شیوع اختلال‌های اضطرابی در دانش آموزان پایه اول دبستان بالا است که نیازمند توجه جدی است. همچنین، مشکلاتی که کودکان در نظام‌جوبی هیجانی دارند در مشکلات اضطرابی آن‌ها نقش دارد.

واژگان کلیدی: اختلال اضطرابی؛ اضطراب اجتماعی؛ هراس؛ اضطراب فراگیر؛ نارساننظم‌جوبی هیجانی

### مقدمه

را مهم می‌سازد زیرا این اختلال‌ها می‌توانند پیامدهای مهم و در برخی از موارد پایداری را برای فرد مبتلا داشته باشند. اختلال‌های اضطرابی با مشکلات مربوط به سلامت جسمی در ارتباط هستند [۱] و اغلب منجر به نارسایی‌های مهمی در کنش‌وری تحصیلی و اجتماعی شده و درنهایت منجر به اجتناب از انجام فعالیت‌های متناسب با سن می‌شوند [۲-۵]. یک اختلال اضطرابی خطر آسیب‌شناسی‌های روانی همراه از جمله سایر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی را افزایش می‌دهد [۶]. که منجر به ناتوانی بیشتر، آسیب روانی بیشتر و مزمن شدن می‌شود که می‌تواند به دوره بزرگ‌سالی نیز سرایت کند [۷،۸]. مطالعه مشکلات اضطرابی و علت آن‌ها در دوره کودکی بسیار

اختلاف‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های دوره کودکی هستند و در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۱] اختلال‌های اضطرابی به عنوان اختلال‌هایی تعریف شده‌اند که «ویژگی مشترک آن‌ها ترس بیش از اندازه، اضطراب و ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط با این علائم است» و شامل اختلال‌هایی از قبیل اضطراب فراگیر، خموشی انتخابی، اضطراب جدایی، هراس‌های اختصاصی، اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت‌زدگی، حملات وحشت‌زدگی، گذر هراسی، اختلال ناشی از شرایط طبی دیگر و اختلال اضطرابی ناشی از مواد است.

شیوع بالای اختلال‌های اضطرابی در کودکان، توجه به آن

داشته و کمتر در راهبردهای نظم‌جویی هیجانی مبتنی بر حل مسئله درگیر می‌شوند [۲۱-۲۳]. ما نیز در پژوهش حاضر بر آن هستم تا این با استفاده از مدل نارسانظم‌جویی هیجانی مشخص کنیم که نقش نارساننظم‌جویی هیجانی در هر کدام از اختلال‌های اضطرابی کودکان پایه اول دبستان چقدر است.

### مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی است. در این مطالعه سعی شده است ابتدا شیوع اختلال‌های اضطرابی توصیف شوند سپس همبستگی اختلال‌های اضطرابی با نارساننظم‌جویی هیجانی کودکان بررسی شوند.

جامعه پژوهش حاضر را تمامی کودکان پایه اول دبستان شهر ملایر و مادر آن‌ها تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش را ۵۰۰ کودک به همراه مادرانشان تشکیل می‌دهند. برای محاسبه حجم نمونه از نرم‌افزار G\*Power نسخه ۳.۱.۹.۲ استفاده شد [۲۴]. در صورتی که قصد داشته باشیم به یک ضریب همبستگی ۰/۱۵ که به لحاظ آماری معنادار باشد برسیم، با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و بتای (توان آزمون) ۰/۹۰، حجم نمونه ۴۶۰ نفر نیاز خواهیم داشت. با این حال، با در نظر احتمال افت آزمودنی، نمونه را ۵۰۰ نفر در نظر گرفتیم که در انتهای و پس از کتاب گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص، ۴۹۸ نفر باقی مانندند. لازم به ذکر است که در برخی از متغیرها، به دلیل عدم پاسخگویی، تعداد افراد کمتر بود (برای مثال، در نارساننظم‌جویی تعداد افراد باقی مانده بین ۴۸۸ و ۴۸ نفر بود). برای نمونه‌گیری، از روش خوش‌های چندمرحله‌ای استفاده شد و از بین پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز به تصادف دو منطقه جنوب و غرب انتخاب شدند و از بین دبستان‌های این منطقه، ۱۵ کلاس پایه اول دبستان (که تعداد دانش آموزان در هر کلاس از ۳۰ تا ۳۷ نفر متغیر بودند)، به تصادف انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از (۱) در شروع مطالعه، سن کودک بین ۶ سال و ۶ ماه تا ۶ سال و ۱۱ ماه قرار داشته باشد (با توجه به تاریخ تولد و روز اجرای پژوهش)، (۲) مادر کودک باسوس باشد و (۳) تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت‌اند از (۱) کودک، مادر یا پدر نداشته باشد (در نتیجه فوت یا طلاق) و (۲) مادر یا کودک دچار بیماری جسمی ناتوان ساز (مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، ام‌اس) باشند (بنا به اظهار والدین).

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از (۱) سیاهه نظم‌جویی هیجانی شیلدز و سیکتی. این مقیاس شامل ۲۴ گویه است که ۱۵ گویه آن بی ثباتی/امنی گرایی و ۹ گویه آن نظم‌جویی هیجانی را می‌سنجد. نمره گذاری این مقیاس به صورت لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) صورت می‌گیرد. محمودی و همکاران [۲۵] پایایی این پرسشنامه را برای کودکان ۰/۷۴

حياتی است زیرا در طی این سال‌های اولیه است که به صورت عمومی اضطراب گسترش می‌یابد [۹] و می‌تواند کنش‌های فرد را دچار مشکل سازد. بررسی‌ها نشان می‌دهند مشکلات اضطرابی در تکالیف تحولی مهم مانند شکل‌دهی روابط با همسالان و رفتن به مدرسه، خلل ایجاد می‌کند [۱۳، ۱۰-۵].

با توجه به اهمیت اختلال‌های اضطرابی در کودکان، بسیار مهم است که شیوع آن مشخص شود. با اینکه قبل از چنین کاری انجام شده است ولی به تازگی پژوهشی به این موضوع در کودکان دبستانی به‌ویژه پایه اول دبستان که در تلاش هستند علاوه بر جدایی از والدین، با خواسته‌های تحصیلی نیز سازگار شوند، نپرداخته است. همچنین، تغییراتی در طبقه اختلال‌های اضطرابی در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ایجاد شده است. برای مثال، دو اختلال وسوس و استرس پس از سانحه از طبقه اختلالات اضطرابی جدا شده‌اند [۱]. پژوهش‌های گذشته در برآورد شیوع اختلال‌های اضطرابی، یک یا هردوی این اختلال‌ها را نیز لحاظ کردند [۱۴، ۱۵]. پژوهش حاضر قصد دارد، با در نظر گرفتن تغییرات جدید، علاوه بر استفاده از پرسشنامه، با استفاده از مصاحبه بالینی، صحت تشخیص‌ها را افزایش دهد و میزان همپوشانی اختلال‌های مختلف اضطرابی را بررسی کند.

با اینکه مشخص کردن شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان مهم است ولی مشخص کردن عوامل مرتبط با آن نیز دارای اهمیت است. پژوهش‌های گذشته پیشنهاد می‌کنند که در ایجاد و تداوم اختلال‌های اضطرابی هم عوامل ژنتیکی و هم محیطی نقش دارند، با این حال، عامل‌های وراثتی در مقایسه با عامل‌های محیطی، نقش کمتری در تبیین واریانس اضطراب دارند [۱۶]. در واقع، مشخص شده است که وراثت‌پذیری اختلال‌های اضطرابی نزدیک به ۳۰ درصد است [۱۷]؛ بنابراین، بخش عمده‌ای از واریانس اضطراب، توسط ژنتیک تبیین نمی‌شود که همین نشان‌دهنده نقش حساس عوامل محیطی است.

پژوهشگران زیادی تلاش کرده‌اند در کنند چگونه عوامل ژنتیکی و محیطی به ایجاد و گسترش اختلال‌های اضطرابی منجر می‌شوند. یکی از مواردی که اخیراً به آن توجه بیشتری شده است، بحث نقش نظم‌جویی هیجان در اختلال‌های اضطرابی است [۱۶]. نظم‌جویی هیجانی به عنوان «فرایندهای بیرونی و درونی مسئول پایش، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی برای تکمیل هدف» تعریف شده است [۱۸]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکان مضطرب در مقایسه با همسالان بدون اضطراب خود، مشکلات بیشتری در نظم‌جویی هیجانی دارند [۱۹]. به طور خاص، کودکان مضطرب در مقایسه با گروه سالم، درک کمتری از پنهان کردن و تغییر دادن هیجانات دارند [۲۰]، هیجانات منفی را شدیدتر تجربه می‌کنند [۲۱-۲۲]، در بیان هیجاناتشان نارسانظم‌جویی بیشتری دارند [۲۱] و بیشتر نظم‌جویی هیجانی ناسازگارانه

آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش ۱۹۸ پسر و ۳۰۰ دختر پایه اول دبستان شرکت داشتند که میانگین سنی آن‌ها ۶/۶ با انحراف معیار ۰/۲۸۱ بود. همچنین، ۵۵/۴٪ دانش آموزان شرکت‌کننده در پژوهش، فرزند اول خانواده بودند. میانگین سن مادر آن‌ها ۳۳/۹ با انحراف معیار ۵/۳۷ و میانگین سن پدر آن‌ها ۳۸/۷ با انحراف معیار ۵/۵ بود. سایر اطلاعات دموگرافیک آن‌ها در جدول ۱ ذکر شده است.

با توجه به جدول ۲، در کل شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۴۹ نفر (۱۰٪) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، ۴۹ نفر (۱۰/۱٪) مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۵۷ نفر (۱۱/۷٪) مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ۵۰ نفر (۱۰/۲٪) مبتلا به هراس و ۴۵ نفر (۹/۲٪) مبتلا به پانیک بودند. در مجموع، ۱۲۷ نفر (۲۶٪) حداقل به یک اختلال اضطرابی مبتلا بودند.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک دانش آموزان شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	درصد	تعداد	سطح متغیر
جنسيت	۳۹/۷	۱۹۸	پسر
	۶۰/۳	۳۰۰	دختر
	۱۰۰	۴۹۸	کل
ترتیب تولد	۵۵/۴	۲۶۰	اول
	۳۰/۹	۱۴۵	دوم
	۱۳/۷	۶۴	سوم
	۱۰۰	۴۶۹	کل
	۲۲/۵	۱۰۳	ابتداي
تحصیلات مادر	۲۴/۶	۱۱۳	سيكل
	۳۹/۷	۱۸۲	دипلم
	۱۳/۲	۶۱	بالاتر از دипلم
	۱۰۰	۴۵۹	کل
	۱۹/۶	۹۰	ابتداي
تحصیلات پدر	۲۸/۹	۱۳۳	سيكل
	۳۷/۸	۱۷۴	دipلم
	۱۳/۷	۶۳	بالاتر از دипلم
	۱۰۰	۴۶۰	کل
	۹۵/۵	۴۶۷	خانهدار
شغل مادر	۲/۷	۱۳	کارمند
	۱/۸	۹	آزاد
	۱۰۰	۴۸۹	کل
	۱۱/۹	۵۷	کارمند
شغل پدر	۶۳	۳۰۲	آزاد
	۲۵/۱	۱۲۰	کارگر
	۱۰۰	۴۷۹	کل

\* به خاطر وجود داده‌های مفقود، جمع کل در هر متغیر، برابر با کل نمونه نیست.

گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد. (۲) پرسشنامه اضطراب اسپنس. این پرسشنامه بر مبنای راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی ویرایش ۴ تهیه شده است و دارای دو فرم کودک و والد است. فرم والد ۳۸ سؤال دارد که در یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود؛ این پرسشنامه از ۶ خرده مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، پانیک، اضطراب فراگیر، هراس و وسواس فکری-عملی تشکیل شده است. در ایران، موسوی و همکاران [۲۶] با استفاده از تحلیل عاملی روایی پرسشنامه را تأیید کردند و پایابی خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایابی کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ محاسبه شد. (۳) مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I): در این مطالعه از نسخه‌ی ترجمه‌شده‌ی SCID-I به فارسی استفاده شد. SCID-I یک ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پژوهی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. کل SCID-I معمولاً در یک جلسه اجرا می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد. مصاحبه‌ی مذبور ابزاری به منظور تشخیص گذاری اختلال‌های محور یک بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است [۲۷].

برای گردآوری داده‌ها، ابتدا کد اخلاق پژوهش اخذ شد سپس مجوزهای لازم گرفته شد، بعد از آن، به صورت خوشای تصادفی از دبستان‌های جنوب و غرب شهر ملایر، ۱۵ کلاس انتخاب شد. سپس با همانگی مدیر دبستان، دعوت‌نامه‌ای برای مادر کودکان ارسال شد. پس از حضور مادر، با رائه یک سخنرانی درباره رشد در دوره کودکی و اهمیت شناسایی زودهنگام مشکلات رشد هیجانی-اجتماعی (که از کتاب بهداشت‌روان کودکان و نوجوانان: بررسی نقش خانواده [۲۸] اتخاذ شده بود)، توضیحات کلی پیرامون طرح به آن‌ها ارائه شد. از همه والدینی که مشتاق به شرکت در پژوهش بودند، درخواست شد فرم رضایت داوطلبانه در پژوهش را کامل و سپس پرسشنامه‌های اضطراب کودک اسپنس (فرم والد) و پرسشنامه نظام جویی هیجانی کودک (فرم والد) را در همان جلسه تکمیل کنند. داده‌های گردآوری شده وارد نرم‌افزار آماری SPSS شد.

سپس، جمع نمرات کودکان در هر اختلال اضطرابی محاسبه گردید و با در نظر گرفتن نمره  $t$  ۱/۵ (۱/۵ انحراف معیار بالاتر از میانگین)، کودکان مضرب شناسایی شدند. برای اطمینان از صحت تشخیص‌ها و کنار گذاشتن کودکانی که اختلال رفتاری از قبیل ADHD دارند، به صورت انفرادی با مادر کودکان «مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک» انجام شد. همچنین، برای محاسبه همبستگی بین نارسانظم‌جویی هیجانی و مشکلات اضطرابی کودکان، از روش

جدول ۲: شیوع اختلال‌های اضطرابی دانش آموزان پایه اول دبستان با توجه به پرسشنامه اختلال‌های اضطرابی اسپینس (فرم والد)

		آزمون کای اسکوئر		کل		دختر		پسر		وضعیت ابتلا	
	آماره	مقدار احتمال	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت ابتلا
۰/۰۰۲	۹/۳۴	۹۰	۴۳۹	۸۶/۷	۲۶۰	۹۵/۲	۱۷۹	سالم	اضطراب		
		۱۰	۴۹	۱۳/۳	۴۰	۴/۸	۹	مبتلاء	جدایی		
۰/۱۳۶	۲/۲۲	۸۹/۹	۴۳۸	۸۸/۳	۲۶۵	۹۲/۵	۱۷۳	سالم	اضطراب		
		۱۰/۱	۴۹	۱۱/۷	۳۵	۷/۵	۲۵	مبتلاء	فراگیر		
۰/۰۴۴	۴/۰۶	۸۸/۳	۴۳۱	۸۶	۲۵۸	۹۲	۱۷۳	سالم	اضطراب		
		۱۱/۷	۵۷	۱۴	۴۲	۸	۱۵	مبتلاء	اجتماعی		
۰/۰۰۴	۸/۰۷	۹۸/۸	۴۳۸	۸۶/۷	۲۶۰	۹۴/۷	۱۷۸	سالم	هراس		
		۱۰/۲	۵۰	۱۳/۳	۴۰	۵/۳	۱۰	مبتلاء			
۰/۲۹۱	۱/۱۱	۹۰/۸	۴۴۲	۸۹/۷	۲۶۹	۹۲/۵	۱۷۳	سالم	پانیک		
		۹/۲	۴۵	۱۰/۳	۳۱	۷/۵	۱۴	مبتلاء			
		۷۴	۳۶۱	۶۸	۲۰۴	۸۳/۵	۱۵۷	سالم	هر اختلال		
		۲۶	۱۲۷	۳۲	۹۶	۱۶/۵	۳۱	مبتلاء	اضطرابی		

\*به خاطر وجود داده‌های مفقود، جمع کل در هر اختلال اضطرابی متفاوت است.

جدول ۳: شیوع اختلال‌های اضطرابی دانش آموزان پایه اول دبستان با توجه به مصاحبه بالینی با مادر دانش آموزانی که در پرسشنامه اختلال‌های اضطرابی اسپینس مبتلا به اضطراب تشخیص داده شده بودند

		کل		دختر		پسر		مبتلاء			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	نیست	هست
۶۵/۴	۸۳	۶۲/۵	۶۰	۷۴/۲	۲۳	نیست	اضطراب جدایی	هست	نیست	هست	اضطراب فراگیر
	۴۴	۳۷/۵	۳۶	۲۵/۸	۸	هست					
۶۳/۸	۸۱	۶۶/۷	۶۴	۵۴/۸	۱۷	نیست	اضطراب اجتماعی	هست	نیست	هست	هراس
	۴۶	۳۳/۳	۳۲	۴۵/۲	۱۴	هست					
۵۵/۹	۷۱	۵۷/۳	۵۵	۵۱/۶	۱۶	نیست	هست	نیست	نیست	نیست	پانیک
	۵۶	۴۲/۷	۴۱	۴۸/۴	۱۵	هست					
۶۰/۶	۷۷	۵۸/۳	۵۶	۶۷/۷	۲۱	نیست	هست	نیست	نیست	نیست	هراس
	۵۰	۴۱/۷	۴۰	۳۲/۳	۱۰	هست					
۶۸/۵	۸۷	۶۸/۷	۶۶	۶۷/۷	۲۱	نیست	هست	نیست	نیست	نیست	هر اختلال اضطرابی
	۴۰	۳۱/۳	۳۰	۳۲/۳	۱۰	هست					
۱۴/۹	۱۹	۱۱	۱۴	۱۶/۱	۵	نیست	هست	نیست	نیست	نیست	هست
	۱۰۸	۸۹	۸۲	۸۳/۹	۲۶	هست					

نارسانظم‌جوبی هیجانی و مشکلات اضطرابی کودکان وجود دارد ( $p<0.01$ ), به طوری که با افزایش میزان نارساننظم‌جوبی هیجانی، شدت اضطراب کودکان افزایش می‌یابد.

### بحث

قسمت اول پژوهش حاضر نشان می‌دهد که با توجه به نتایج پرسشنامه، ۲۶ درصد کودکان پایه اول دبستان، دست‌کم به یکی از اختلال‌های اضطرابی مبتلا هستند در حالی که با توجه به مصاحبه بالینی، شیوع اختلال‌های اضطرابی ۲۲/۱ درصد است. شایع‌ترین اختلال اضطرابی در

با توجه به جدول ۳، در مصاحبه بالینی مشخص شد که از کل شرکت‌کنندگانی که در پرسشنامه اختلال‌های اضطرابی برچسب اختلال دریافت کرده بودند، ۱۰۸ نفر (۸۵/۱٪) حداقل یک اختلال اضطرابی داشتند (۱۱٪ در کل نمونه). همچنین،

در ۱۲۷ نفری که مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند، ۴۴ نفر (۳۶/۲٪) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، ۴۶ نفر (۴۶٪) مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۵۶ نفر (۵۶٪) مبتلا به

اختلال اضطراب اجتماعی، ۵۰ نفر (۵۰٪) مبتلا به هراس و ۴۰ نفر (۴۰٪) مبتلا به پانیک بودند.

با توجه به جدول ۴، رابطه آماری مثبت معناداری بین

جدول ۴: همبستگی نارسانظم‌جوبی هیجانی با مشکلات اضطرابی کودکان

نمره کل اختلال‌های اضطرابی	پانیک	هراس	اضطراب اجتماعی	اضطراب فراگیر	اضطراب جداگانه	مقدار احتمال	ضریب همبستگی	تعداد
۴۸۶						۰/۰۰۱	۰/۳۵	۴۸۷
۴۸۶						۰/۰۰۱	۰/۲۱	۴۸۷
۴۸۶						۰/۰۰۱	۰/۴۸	۴۸۷
۴۸۷						۰/۰۰۱	۰/۳۷	۴۸۷
۴۸۷						۰/۰۰۱	۰/۳۳	۴۸۷
نمره کل اختلال‌های اضطرابی								

وجود دارد. هرقدر نارساننظم‌جوبی هیجانی کودکان افزایش یابد، بر شدت مشکلات اضطراب آنها افزوده می‌شود. این نتایج هم با مدل نارساننظم‌جوبی هیجانی [۱۶] هم‌خوانی دارد و هم با پژوهش‌های گذشته [۲۸-۳۱].

Schneider و همکاران [۲۸] در یک مطالعه طولی که سه سال به طول انجامید، هر ۳ ماه یک‌بار نشانه‌های اضطرابی را در ۳۱۲ کودک مورد سنجش قرار دادند. آنها دریافتند که نارساننظم‌جوبی هیجان قادر است اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کند. Mathews و همکاران [۳۱] در پژوهشی به بررسی رابطه بین مشکلات نظم‌جوبی هیجانی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی و تعمیم‌یافته در اوایل نوجوانی پرداختند. آنها ۹۰ نوجوان ۱۱ تا ۱۴ ساله را بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد مشکلات نظم‌جوبی هیجانی از قبیل عدم پذیرش هیجانی، خوددارزیابی منفی از توانایی مدیریت هیجانی، واکنش هیجانی منفی و بازیابی هیجانی منفی با اضطراب اجتماعی و تعمیم‌یافته رابطه دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوب «مدل نارساننظم‌جوبی هیجانی اضطراب» توضیح داد. در این مدل بیان شده است وقتی افراد نمی‌توانند به صورت موفقیت‌آمیزی با موقعیت‌های فراخوان هیجان کنار بیایند، ممکن است برای کاهش برانگیختگی هیجانی‌شان در لحظه، راهبردهای ناسازگارانه‌ای (مانند اجتناب، پرخاشگری) انتخاب کنند. در گیر شدن در نظم‌جوبی هیجانی ناسازگارانه منجر به عدم موفقیت در تنظیم برانگیختنی می‌شود که این به نوبه خود، باعث حفظ میزان اضطراب می‌شود [۱۶].

در واقع، اگر برانگیختگی از حد معینی فراتر رود، می‌تواند در توانایی فرد برای پاسخ دادن سازگارانه به موقعیت‌های هیجانی، اخلال ایجاد کند؛ بنابراین، توانایی تعديل برانگیختگی، احتمالاً منجر به روش‌های پاسخ‌دهی سازنده‌تر به یک رخداد هیجانی می‌شود [۱۶]. علاوه بر این، برانگیختگی بلندمدت می‌تواند باعث تغییرات فیزیولوژیکی در سطح بیوشیمیایی یا عصبی شود که درنهایت می‌تواند فرد را مستعد پاسخ‌دهی به شیوه‌های ناسازگارانه سازد [۱۶].

محدودیت عمدۀ پژوهش حاضر، کنار گذاشتن والدین بی‌سواند از پژوهش بود. ممکن است شیوع اختلال‌های اضطرابی

این سن، اضطراب اجتماعی است با شیوع ۱۱/۷ درصد. همچنین، شیوع همه اختلال‌های اضطرابی در دختران بیشتر از پسران است. با این حال، تفاوت آماری معناداری در شیوع اختلال‌های اضطراب فراگیر و اختلال پانیک با توجه به جنسیت وجود ندارد.

بخش‌هایی از نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Paulus و همکاران [۲۷] همسو است و با پژوهش درخشن پور و همکاران [۱۵] ناهمسو است.

Paulus و همکاران [۲۷] در مطالعه ۱۳۴۲ کودک ۷/۹ آلمانی دریافتند که ۲۲/۲ درصد از نمونه دست کم یک اختلال اضطرابی دارد. شیوع اختلال اضطراب جداگانه ۷ درصد، اضطراب اجتماعی ۱۰/۷ درصد و فوبیا ۹/۸ درصد بود که به درصد های به دست آمده در پژوهش حاضر نزدیک است؛ اما درخشن پور و همکاران [۱۵] در مطالعه‌ای که روی همه دانش آموزان مقطع ابتدایی انجام دادند دریافتند که ۱۴/۵ درصد نمونه مبتلا به اختلال‌های اضطرابی است درحالی که در پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه ۲۶ درصد و با استفاده از مصاحبه بالینی ۲۲/۱ درصد نمونه مبتلا به اختلال‌های اضطرابی تشخیص داده شدند. همچنین در مطالعه درخشن پور و همکارانش [۱۵]، اضطراب اجتماعی و اضطراب جداگانه با شیوع ۱۷/۶ درصدی، شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی بودند. درحالی که در پژوهش حاضر اضطراب اجتماعی با شیوع ۱۱/۷ درصدی، شایع‌ترین اضطرابی بود. دلیل تفاوت نتایج پژوهش درخشن پور و همکارانش با پژوهش حاضر به نظر می‌رسد ناشی از ماهیت نمونه پژوهش باشد زیرا در پژوهش حاضر فقط دانش آموزان پایه اول دبستان شرکت داشتند درحالی که در مطالعه درخشن پور و همکارانش [۱۵] همه دانش آموزان (از پایه اول تا ششم) حضور داشتند. تجربیات متفاوت دانش آموزان پایه اول (مانند جداگانه تقریباً طولانی‌مدت از والدین برای نخستین بار جهت شرکت در مدرسه و روپرتو شدن با تکالیف منظم تحصیلی)، می‌تواند در شیوع بیشتر اختلال‌های اضطرابی در این گروه سنی دخیل باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر این است که بین نارساننظم‌جوبی هیجانی و مشکلات اضطرابی کودکان رابطه

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی است. در پایان از آموزش‌وپرورش شهر ملایر، مدارس، والدین و دانش‌آموزانی که در این پژوهش با ما همکاری نموده‌اند، سپاسگزاریم.

## تضاد منافع

این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافعی برای نویسنده‌گان ندارد.

## ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد به انجام رسیده است.

## سهم نویسنده‌گان

همه نویسنده‌گان در گردآوری و تحلیل داده‌ها، بررسی پیشینه نظری و تدوین مقاله سهیم بوده‌اند.

## حمایت مالی

پژوهش حاضر با هزینه شخصی نویسنده‌گان انجام شده است و از جایی حمایت مالی دریافت نکرده است.

در کودکان والدین بی‌سواد، متفاوت از والدین باسواد باشد. با توجه به شیوع بالای اختلال‌های اضطرابی در کودکان پایه اول درستان، پیشنهاد می‌شود آموزش‌وپرورش، در این زمینه ورود پیدا کند و به مادر دانش آموزان مضطرب، شیوه‌هایی مناسب آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، با استفاده از گزارش معلم، میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان والدین با و بی‌سواد مقایسه شود.

## نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان پایه اول درستان بهنسبت بالا است. همچنین، نارسانظم‌جویی هیجانی در این زمینه نقش دارد. با توجه به اینکه پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند اختلال‌های اضطرابی می‌تواند کارکردهای تحصیلی و اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد [۱۳-۵]، ضروری به نظر می‌رسد که اقدامات عاجل در این زمینه صورت گیرد. بهویژه، با توجه به مدل نارسانظم‌جویی هیجان، به نظر می‌رسد والدین در این زمینه نقش بر جسته‌ای دارند، به همین خاطر، آموزش شیوه‌های صحیح هیجانی سازی اجتماعی به والدین کودکان مضطرب، ضروری به نظر می‌رسد.

## REFERENCES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
- Gandhi B, Cheek S, Campo JV. Anxiety in the pediatric medical setting. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2012;21(3):643-53.
- Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*. 2000; 29(2):221-31.
- Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of anxiety disorders*. 2003;17(5):561-71.
- Greco LA, Morris TL. Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*. 2005;36(2):197-205.
- Layne AE, Bernat DH, Victor AM, Bernstein GA. Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(2):283-9.
- Wittchen HU, Beesdo K, Bittner A, Goodwin RD. Depressive episodes—evidence for a causal role of primary anxiety disorders?. *European Psychiatry*. 2003;18(8):384-93.
- Seligman LD, Ollendick TH. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 1998;1(2):125-44.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
- Strauss CC, Frame CL, Forehand R. Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of clinical child psychology*. 1987;16(3):235-9.
- Grover RL, Ginsburg GS, Ialongo N. Psychosocial outcomes of anxious first graders: A seven-year follow-up. *Depression and Anxiety*. 2007;24(6):410-20.
- 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(1):347.
- Simons LE, Sieberg CB, Claar RL. Anxiety and functional disability in a large sample of children and adolescents with chronic pain. *Pain Research and Management*. 2012;17(2):93-7.
- Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2009;11(1):7.
- Derakhshanpour F, Izadyar H, Shahini N, Vakili M A. Anxiety levels in the primary school students in Gorgan . pajoohande. 2016; 21 (1):30-3. [Persian]
- Suveg C, Morelen D, Brewer GA, Thomassin K. The emotion dysregulation model of anxiety: A preliminary path analytic examination. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24(8):924-30.
- Gregory AM, Eley TC. Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical child and family psychology review*. 2007; 10(3):199-212.
- Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*. 1994;59(2-3):25-52.
- Hurrell KE, Houwing FL, Hudson JL. Parental meta-emotion philosophy and emotion coaching in families of children and adolescents with an anxiety disorder. *Journal of abnormal child psychology*. 2017;45(3):569-82.
- Southam-Gerow MA, Kendall PC. A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*. 2000;29(3):319-27.
- Suveg C, Zeman J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004;33(4):750-9.
- Carthy T, Horesh N, Apter A, Edge MD, Gross JJ. Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children.

- Behaviour research and therapy. 2010;48(5):384-93.
23. Suveg C, Sood E, Barmish A, Tiwari S, Hudson JL, Kendall PC. "I'd rather not talk about it": Emotion parenting in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Family Psychology*. 2008;22(6):875.
24. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*. 2009; 41(4):1149-60.
25. Mahmoudi M, Borjali A, Alizadeh H, Ghobari Bonab B, Ekhtiari J, Akbari Zardadkhane S. Emotion regulation in children with learning disorders and normal children. *Research in School and Virtual Learning*. 2016; 4(13): 69-84. [Persian]
26. Mousavi R, Moradi AR, Farzad V, Mahdavi S. Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with an Iranian sample. *Int J of Psychol*. 2007;1(1):17-26.
27. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis II Personality Disorders SCID-II. American Psychiatric Pub; 1997.
28. Paulus FW, Backes A, Sander CS, Weber M, von Gontard A. Anxiety disorders and behavioral inhibition in preschool children: A population-based study. *Child Psychiatry & Human Development*. 2015;46(1):150-7.
29. Abdollahzadeh Rafi M, Hassanzadeh Avval M, Saeedi A, MirHosseini SJ, Ashouri M, JalilAbknar SA. Mental Health of Children and Adolescents: An Investigation of the Role of the Family. Loh Zarin Press. 2016 14. [Persian]
30. Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL. The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018;47(6):978-91.
31. Bender PK, Reinholdt-Dunne ML, Esbjørn BH, Pons F. Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*. 2012;53(3):284-8.
32. Bender PK, Sømhovd M, Pons F, Reinholdt-Dunne ML, Esbjørn BH. The impact of attachment security and emotion dysregulation on anxiety in children and adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2015;20(2): 189-204.
33. Mathews BL, Kerns KA, Ciesla JA. Specificity of emotion regulation difficulties related to anxiety in early adolescence. *Journal of adolescence*. 2014;37(7):1089-97.