Pajouhan Scientific Journal Volume 18, Issue 3, Spring 2020, Pages: 53-60

Original Article

doi: 10.52547/psj.18.3.53

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

Maryam Hassanzadeh Aval (PhD student)[1], Ali Mashhadi (PhD)[2,*], Imanollah Bigdeli (PhD)[2], Seyed Amir Amin Yazdi (PhD)[2]

[1] *PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran*

[2] *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*

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

Abstract

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

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.52547/psj.18.3.53]

Copyright © 2020 Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مقاله پژوهشی
doi: 10.52547/psj.18.3.53

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

مریم حسن‌زاده اول[۱]، علی مشهدی[۲،*]، ایمان الله بیگدلی[۲]، سید امیر امین یزدی[۲]

[۱] دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
[۲] دکترای روان‌شناسی، استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

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

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۲۶

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

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 نظم‌جویی هیجان در اختلال‌های اضطرابی است. پژوهش حاضر بررسی شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان پایه اول دبستان و ارتباط آن با نارسانظم‌جویی 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 به‌صورت خوشه‌ای، نمونه‌ای به حجم ۴۹۸ نفر انتخاب شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه اختلال‌های اضطرابی اسپنس، سیاهه نظم‌جویی 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 نارسانظم‌جویی هیجانی و مشکلات اضطرابی کودکان وجود داشت ($p<۰/۰۵$).

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

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

مقدمه

اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های دوره کودکی هستند و در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۱] اختلال‌های اضطرابی به‌عنوان اختلال‌هایی تعریف شده‌اند که «ویژگی مشترک آن‌ها ترس بیش‌ازاندازه، 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 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 به‌سلامت جسمی در ارتباط هستند [۲] و اغلب منجر به نارسایی‌های مهمی در کنش‌وری تحصیلی و اجتماعی شده و درنهایت منجر به اجتناب از انجام فعالیت‌های متناسب با سن می‌شوند [۵-۳]. یک اختلال اضطرابی خطر آسیب‌شناسی‌های روانی همراه ازجمله سایر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی را افزایش می‌دهد [۳،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

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.52547/psj.18.3.53]

حیاتی است زیرا در طی این سال‌های اولیه است که به‌صورت معمول 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 [۱۳-۵،۱۰].

با توجه به اهمیت اختلال‌های اضطرابی در کودکان، بسیار مهم است که شیوع آن مشخص شود. با اینکه قبلاً چنین کاری انجام شده است ولی به‌تازگی 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 وسواس 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 کردند درک 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 به‌عنوان «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]. به‌طور 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 [۲۲-۲۱]، در بیان هیجاناتشان نارسانظم‌جویی بیشتری دارند [۲۱] و بیشتر نظم‌جویی هیجانی ناسازگارانه داشته و کمتر در راهبردهای نظم‌جویی هیجانی مبتنی بر حل مسئله درگیر می‌شوند [۲۳-۲۱].

ما نیز در پژوهش حاضر بر آن هستم تا این با استفاده از مدل نارسانظم‌جویی هیجانی مشخص کنیم که نقش نارسانظم‌جویی 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 نارسانظم‌جویی 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 مادرشان تشکیل می‌دهند. برای محاسبه حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳.۱.۹.۲ استفاده شد [۲۴]. درصورتی‌که 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. بااین‌حال، با در نظر احتمال افت آزمودنی، نمونه را ۵۰۰ نفر در نظر گرفتیم که در انتها و پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص، ۴۹۸ نفر باقی ماندند. لازم به ذکر است که در برخی از متغیرها، به دلیل عدم پاسخگویی، تعداد افراد کمتر بود (برای مثال، در نارسانظم‌جویی تعداد افراد باقی مانده بین ۴۸۸ 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 باسواد 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 ناتوان‌ساز (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 بی‌ثباتی/منفی گرایی و ۹ گویه آن نظم‌جویی هیجانی را می‌سنجد. نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) صورت می‌گیرد. محمودی و همکاران [۲۵] پایایی این پرسش‌نامه را برای کودکان ۰/۷۴

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.52547/psj.18.3.53]

گزارش کردند. در پـژوهش حاضـر آلفـای کرونبـاخ پرسشـنامه ۰/۸۲ بـه دسـت آمـد. (۲) پرسشـنامه اضـطراب اسـپنس. ایـن پرسشنامه بر مبنای راهنمای تشـخیص و آمـاری اخـتلال‌هـای روانی-ویرایش ۴ تهیه شده است و دارای دو فرم کودک و والـد ست. فرم والد ۳۸ سـؤال دارد کـه در یـک مقیـاس لیکرتـی ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود؛ این پرسشنامه از ۶ خرده مقیـاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، پانیـک، اضـطراب فراگیـر، هراس و وسواس فکری-عملـی تشـکیل شـده اسـت. در ایـران، موسوی و همکاران [۲۶] بـا اسـتفاده از تحلیـل عـاملی روایـی پرسشنامه را تأیید کردند و پایایی خرده مقیاس‌ها را بـین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشـنامه با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ محاسبه شد. (۳) مصـاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اخـتلالات محـور یـک (SCID-I): در این مطالعه از نسـخه‌ی ترجمـه‌شـده‌ی SCID-I بـه فارسـی اسـتفاده شـد. SCID-I یـک ابـزار جـامع استانداردشـده بـرای ارزیـابی اختـلالات اصلـی روان‌پزشـکی بـر اسـاس تعـاریف و معیارهـای DSM-IV اسـت کـه بـرای مقاصـد بالینی و پژوهشی طراحـی شـده است. کل SCID-I معمـولاً در یـک جلسه اجرا می‌شود و بین ۴۵ تـا ۹۰ دقیقـه طـول می‌کشـد. مصاحبه‌ی مزبور ابزاری بـه‌منظـور تشـخیص گـذاری 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، به‌صورت خوشه‌ای تصادفی از دبستان‌های جنوب و غرب شهر ملایر، ۱۵ کلاس انتخاب شد. سپس با هماهنگی مدیر دبستان، دعوت‌نامه‌ای برای مادر کودکان ارسال شد. پس از حضور مادر، با ارائه 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 نظم‌جویی هیجانی کودک (فرم والد) را در همان جلسه تکمیل کنند. داده‌های گردآوری‌شده وارد نرم‌افزار آماری SPSS شد.

سپس، جمع نمرات کودکان در هر اختلال اضطرابی محاسبه گردید و با در نظر گرفتن نمره t ۶۵ (۱/۵ انحراف معیار بالاتر از میانگین)، کودکان مضطرب شناسایی شدند. برای اطمینان از صحت تشخیص‌ها و کنار گذاشتن کودکانی که اختلال رفتاری از قبیل ADHD دارند، به‌صورت 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 آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۹۸ پسر و ۳۰۰ دختر پایه اول دبستان شرکت داشتند که میانگین سنی آن‌ها ۶/۷ 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 ۵/۵۳ 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	سطوح متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	پسر	۱۹۸	۳۹/۷
	دختر	۳۰۰	۶۰/۳
	کل	۴۹۸	۱۰۰
ترتیب تولد	اول	۲۶۰	۵۵/۴
	دوم	۱۴۵	۳۰/۹
	سوم	۶۴	۱۳/۷
	کل	۴۶۹	۱۰۰
تحصیلات مادر	ابتدایی	۱۰۳	۲۲/۵
	سیکل	۱۱۳	۲۴/۶
	دیپلم	۱۸۲	۳۹/۷
	بالاتر از دیپلم	۶۱	۱۳/۲
	کل	۴۵۹	۱۰۰
تحصیلات پدر	ابتدایی	۹۰	۱۹/۶
	سیکل	۱۳۳	۲۸/۹
	دیپلم	۱۷۴	۳۷/۸
	بالاتر از دیپلم	۶۳	۱۳/۷
	کل	۴۶۰	۱۰۰
شغل مادر	خانه‌دار	۴۶۷	۹۵/۵
	کارمند	۱۳	۲/۷
	آزاد	۹	۱/۸
	کل	۴۸۹	۱۰۰
شغل پدر	کارمند	۵۷	۱۱/۹
	آزاد	۳۰۲	۶۳
	کارگر	۱۲۰	۲۵/۱
	کل	۴۷۹	۱۰۰

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

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.52547/psj.18.3.53]

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

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

*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 دانش‌آموزانی که در پرسشنامه اختلال‌های اضطرابی اسپنس مبتلا به اضطراب تشخیص داده شده بودند

	مبتلا	پسر		دختر		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اضطراب جدایی	نیست	۲۳	۷۴/۲	۶۰	۶۲/۵	۸۳	۶۵/۴
	هست	۸	۲۵/۸	۳۶	۳۷/۵	۴۴	۳۴/۴
اضطراب فراگیر	نیست	۱۷	۵۴/۸	۶۴	۶۶/۷	۸۱	۶۳/۸
	هست	۱۴	۴۵/۲	۳۲	۳۳/۳	۴۶	۳۶/۲
اضطراب اجتماعی	نیست	۱۶	۵۱/۶	۵۵	۵۷/۳	۷۱	۵۵/۹
	هست	۱۵	۴۸/۴	۴۱	۴۲/۷	۵۶	۴۴/۱
هراس	نیست	۲۱	۶۷/۷	۵۶	۵۸/۳	۷۷	۶۰/۶
	هست	۱۰	۳۲/۳	۴۰	۴۱/۷	۵۰	۳۹/۴
پانیک	نیست	۲۱	۶۷/۷	۶۶	۶۸/۷	۸۷	۶۸/۵
	هست	۱۰	۳۲/۳	۳۰	۳۱/۳	۴۰	۳۱/۵
هر اختلال اضطرابی	نیست	۵	۱۶/۱	۱۴	۱۱	۱۹	۱۴/۹
	هست	۲۶	۸۳/۹	۸۲	۸۹	۱۰۸	۸۵/۱

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 (۲۲/۱٪ در کل نمونه). همچنین، در ۱۲۷ نفری که مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند، ۴۴ نفر (۳۴/۴٪) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، ۴۶ نفر (۳۶/۲٪) مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۵۶ نفر (۴۴/۱٪) مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ۵۰ نفر (۳۹/۴٪) مبتلا به هراس و ۴۰ نفر (۳۱/۵٪) مبتلا به پانیک بودند.

با توجه به جدول ۴، رابطه آماری مثبت معناداری بین نارسانظم‌جویی هیجانی و مشکلات اضطرابی کودکان وجود دارد ($p<0/01$)، به‌طوری‌که با افزایش میزان نارسانظم‌جویی 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 درحالی‌که با توجه به مصاحبه بالینی، شیوع اختلال‌های اضطرابی ۲۲/۱ درصد است. شایع‌ترین اختلال اضطرابی در

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.52547/psj.18.3.53]

جدول ۴: همبستگی نارسانظم‌جویی هیجانی با مشکلات اضطرابی کودکان

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

این سن، اضطراب اجتماعی است با شیوع ۱۱/۷ درصد. همچنین، شیوع همه اختلال‌های اضطرابی در دختران بیشتر از پسران است. بااین‌حال، 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 درخشان پور و همکاران [۱۵] ناهمسو است.

Paulus و همکاران [۲۷] در مطالعه ۱۳۴۲ کودک ۴/۶ سال تا ۷/۹ آلمانی دریافتند که ۲۲/۲درصد از نمونه دست‌کم یک اختلال اضطرابی دارد. شیوع اختلال اضطراب جدایی ۷ درصد، اضطراب اجتماعی ۱۰/۷ درصد و فوبیا ۹/۸ درصد بود که به درصدهای به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر نزدیک است؛ اما درخشان 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 درحالی‌که 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 درخشان پور و همکارانش [۱۵]، اضطراب اجتماعی و اضطراب جدایی با شیوع ۱۷/۶ درصدی، شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی بودند. درحالی‌که در پژوهش حاضر اضطراب اجتماعی با شیوع ۱۱/۷ درصدی، شایع‌ترین اختلال اضطرابی بود. دلیل تفاوت نتایج پژوهش درخشان 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 درحالی‌که در مطالعه درخشان پور و همکارانش [۱۵] همه دانش آموزان (از پایه اول تا ششم) حضور داشتند. تجربیات متفاوت دانش آموزان پایه اول (مانند جدایی تقریباً طولانی‌مدت از والدین برای نخستین بار جهت شرکت در مدرسه و روبرو 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 نارسانظم‌جویی هیجانی و مشکلات اضطرابی کودکان رابطه وجود دارد. هرقدر نارسانظم‌جویی هیجانی کودکان افزایش یابد، بر شدت مشکلات اضطراب آن‌ها افزوده می‌شود. این نتایج هم با مدل نارسانظم‌جویی هیجانی [۱۶] هم‌خوانی دارد و هم با پژوهش‌های گذشته [۳۱-۲۸].

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 نارسانظم‌جویی هیجان قادر است اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کند. Mathews و همکاران [۳۱] در پژوهشی به بررسی رابطه بین مشکلات نظم‌جویی 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 نظم‌جویی هیجانی از قبیل عدم پذیرش هیجانی، خودارزیابی 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 نارسانظم‌جویی هیجانی اضطراب» توضیح داد. در این مدل بیان شده است وقتی افراد نمی‌توانند به‌صورت موفقیت‌آمیزی با موقعیت‌های فراخوان هیجان کنار بیایند، ممکن است برای کاهش برانگیختگی هیجانی‌شان در لحظه، راهبردهای ناسازگارانه‌ای (مانند اجتناب، پرخاشگری) انتخاب کنند. درگیر شدن در نظم‌جویی هیجانی ناسازگارانه منجر به عدم موفقیت در تنظیم برانگیختی می‌شود که این به‌نوبه 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 تعدیل 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 عمده پژوهش حاضر، کنار گذاشتن والدین بی‌سواد از پژوهش بود. ممکن است شیوع اختلال‌های اضطرابی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.52547/psj.18.3.53]

در کودکان والدین بی‌سواد، متفاوت از والدین باسواد باشد. با توجه به شیوع بالای اختلال‌های اضطرابی در کودکان پایه اول دبستان، 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 دبستان 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 تحت‌تأثیر قرار دهند [۵،۱۰-۱۳]، 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 برجسته‌ای دارند، به همین خاطر، آموزش شیوه‌های صحیح هیجانی سازی اجتماعی به والدین کودکان مضطرب، ضروری به نظر می‌رسد.

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 نویسندگان ندارد.

ملاحظات اخلاقی

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

سهم نویسندگان

همهٔ نویسندگان در گردآوری و تحلیل داده‌ها، بررسی پیشینهٔ نظری و تدوین مقاله سهیم بوده‌اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر با هزینهٔ شخصی نویسندگان انجام شده است و از جایی حمایت مالی دریافت نکرده است.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
2. Gandhi B, Cheek S, Campo JV. Anxiety in the pediatric medical setting. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2012;21(3):643-53.
3. 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.
4. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. Journal of anxiety disorders. 2003;17(5):561-71.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 9.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.
10. Strauss CC, Frame CL, Forehand R. Psychosocial impairment associated with anxiety in children. Journal of clinical child psychology. 1987;16(3):235-9.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues in clinical neuroscience. 2009;11(1):7.
15. 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]
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Suveg C, Zeman J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2004;33(4):750-9.
22. Carthy T, Horesh N, Apter A, Edge MD, Gross JJ. Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.52547/psj.18.3.53]

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 Psycholy. 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.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.52547/psj.18.3.53]