

تعیین میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر در میان دانش‌آموزان پایه پنجم و بررسی اثربخشی دو روش خودگویی برونی و درونی در کاهش آن

لقمان ابراهیمی^۱

ابوذر دهداری^۲

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۸

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۷

چکیده

اختلال اضطراب منتشر از اختلالات مهم در میان کودکان و نوجوانان است. این پژوهش با هدف تعیین میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر در میان دانش‌آموزان پایه پنجم و همچنین بررسی اثربخشی دو روش خودگویی برونی و درونی در کاهش آن انجام شد. لذا برای بررسی میزان شیوع آن در میان دانش‌آموزان پایه پنجم ۲۰۰ نفر (۱۰۰۰ دختر و ۱۰۰۰ پسر) از این دانش‌آموزان انتخاب شدند و به آزمون خودسنجی سرند اضطراب کودکان^۳ (SCARED) و اختلالات هیجانی مرتبط با آن پاسخ دادند. نتایج نشان داد که شیوع این اختلال در میان دختران ۱۱/۰۸ و در میان پسران ۹/۴ درصد است و میان دو جنس از نظر شیوع تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/04$). به منظور بررسی اثربخشی دو روش خودگویی برونی و درونی در کاهش این اختلال تعداد ۹۶ نفر از آزمودنی‌های دارای اختلال اضطراب منتشر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و در سه گروه خودگویی برونی، درونی و گروه گواه قرار داده شدند. سپس با استفاده از دو روش خودگویی برونی و درونی هر کدام هشت جلسه و در هر جلسه به مدت یک ساعت آموزش دیدند. برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون t مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون توکی و تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شد. نتایج نشان داد که روش خودگویی بیرونی به طور معنی‌دار بیشتر از روش خودگویی درونی در کاهش اضطراب مؤثر است ($p < 0/05$) و در هر دو روش در مقایسه با گروه گواه

۱- دانشجوی دکتری و مدرس دانشگاه زنجان loghman.ebrahimi@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه علوم تحقیقات تهران

اثربخشی بهتری داشتند ($p < 0/05$). در میان دو جنس و اثر متقابل گروه‌ها و جنسیت تفاوت معنی‌دار به دست نیامد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب منتشر، خودگویی بیرونی، خودگویی درونی، شیوع، دانش‌آموزان.

مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین نوع آسیب روانی در میان کودکان و نوجوانان است (موریس^۱ و همکاران، ۲۰۰۴)، طبق تعریف اختلاف اضطراب منتشر کودکی و نوجوانی که از همان چاپ چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در طبقه اختلال اضطراب منتشر بزرگسالان طبقه‌بندی می‌شود، اختلالی مزمن که ممکن است در تمام عصر تداوم یابد. این اختلال معمولاً همراه دیگر اختلالات اضطرابی با بیماریهای روانی مشاهده می‌شود (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از پورافکاری، ۱۳۷۹).

مطالعات همه‌گیر شناسانه نشان داده است که بین ۸٪ الی ۱۲٪ از نوجوانان از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند که در عملکرد روزانه آنها تداخل ایجاد می‌کند (برنشتاین^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). در مطالعه بل-دولان^۳ و همکاران (۱۹۹۰) دامنه میزان شیوع اختلالات اضطرابی در نوجوانان بین ۵/۷٪ الی ۱۷/۷٪ است که میانگین آنها به میزان ۱۰٪ است (به نقل از موریس و همکاران، ۲۰۰۴). در کودکان ۱۱ ساله میزان شیوع اختلال اضطراب جدایی ۳/۵٪، اختلاف بیش اضطرابی (اختلال اضطراب منتشر) ۲/۹٪، فوبی ساده ۲/۴٪ و فوبی اجتماعی ۱٪ به دست آمد (آندرسون^۴ و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از باوینگک^۵، ۲۰۰۴). همچنین شواهد موجود نشان

-
1. Muries
 2. Bemstein
 3. Bell- Dolan
 4. Anderson
 5. Baving

می‌دهد نشانه‌های^۱، فرعی^۲ اختلالات اضطرابی در میان کودکان و نوجوانان بهنجار نیز وجود دارد، به عنوان مثال بل- دولان و همکاران (۱۹۹۰) دریافتند که نشانه‌های اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب جدایی و فوبی‌های ساده بین ۳۰٪ الی ۲۰٪ از نوجوانانی وجود دارد که هرگز اختلال روانپزشکی نداشته‌اند (موریس و همکاران ۲۰۰۴) که بر لزوم توجه بیشتر برای یافتن شیوه‌های درمان این اختلال می‌افزاید.

با توجه به اینکه روش‌های درمان شناختی به بدکارکردی شناخت‌ها در آشفتگی هیجانی تأکید دارند (لودج^۳، ۱۹۹۸)، این دیدگاه مطرح است که اختلالات اضطرابی از اختلال در شناخت نشات می‌گیرد و اختلال در عملکردهای شناختی را باعث می‌شود (کینت و ون دن هوت^۴، ۲۰۰۱). فنون درمانی این روش‌ها نیز با هدف تصحیح شناخت‌ها پایه‌ریزی شده‌اند.

مایکنباوم^۵ (۱۳۷۶) روش خودآموزی کلامی را برای مقابله با استرس و اضطراب مطرح کرده است که بر این ایده مبتنی است که خودگویی، صحبت شخص با خود، ممکن است به همان اندازه‌ای که کلام دیگران بر رفتار ما تأثیر دارد، رفتار ما را کنترل می‌کند (پاول و اینرایت^۶، به نقل از بخشی پور و صبوری مقدم، ۱۳۷۷). یک حوزه از نظریه‌های رشدی که بر نظریه و درمان‌های شناختی- رفتاری کودکان تأثیر گذاشته است، نقش زبان در میانجی‌گری و کنترل رفتار است. لوریا رشد طبیعی فرایند کسب خودگردانی را (خویش‌داری) بر اساس نظریه‌های ویکوتسکی توصیف کرد (مایکن بام و گودمن^۶، ۱۹۶۹، به نقل از لودج، ۱۹۹۸). خود گردانی رفتار کودک از طریق گفتار ابتدا توسط گفتار والدین شروع می‌شود، سپس کودک توسط گفتار آشکار و بیرونی رفتار خود را کنترل می‌کند و سرانجام، خودگویی به شکل درونی شده بوسیله خود کودک خودگردانی رفتار را به دست می‌گیرد. بنابراین، گفتار والدین

1. manifestation
2. sub clinical
3. Lodge
4. Van Den Hoot
5. Meickenbaum
6. Powell & Enright

در نظم‌بخشی رفتار کودک جای خود را به ترتیب ابتدا به خودگویی بیرونی و سپس به خودگویی درونی کودک می‌دهد (رومن^۱، ۱۹۹۷؛ به نقل از لودج، ۱۹۹۸).

از سوی دیگر شخص دارای اختلال اغلب از کیفیت منفی خودگویی آگاه نیست، خودگویی‌هایی که پیش‌بینی‌کننده شکست و به حداقل رساننده موفقیت هستند. تغییر خودگویی‌ها با آموزش خودآموزی، قسمتی از بسته‌های درمان شناختی رفتاری را تشکیل می‌دهد و بر این باور است که بعضی از اختلالات دوران کودکی بازنمایی‌کننده شکست در یک نقطه از این ساز و کار خودگردانی است (دوش^۲ و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از لودج، ۱۹۹۸). شواهد این ادعا در کودکان تکانشی ۵-۶ ساله پیدا شد که هم در کمیت و هم در کیفیت گفتار خودگویی، در مقایسه با گروه کنترل ممکن نقش‌هایی نشان دادند (مایکنام و گودمن، ۱۹۶۹؛ به نقل از لودج، ۱۹۹۸). هدف آموزش کمک به فرد به منظور تفکر سازگارانه‌تر و رشد و بهبود عملکرد او در هر تکلیف است. اساساً این روش‌ها در آموزش فرد برای خودگویی اطمینان‌بخش و مثبت سعی می‌کنند که پیش‌بینی‌کننده موفقیت در تکلیف محوله است (پاول و اینریت، به نقل از بخشی‌پور و صبوری مقدم، ۱۳۷۷). کندال و چانسکی (۱۹۹۱) تأثیر ۱۶ جلسه برنامه روان‌درمانی شناختی - رفتاری را در کودکان با مشکلات بیش‌ازاضطرابی، اضطراب جدایی و اضطراب اجتماعی بررسی کردند. یکی از روشهای مورد استفاده او استفاده از خودگویی^۳ مثبت درباره انتظار اتفاق افتادن حوادث خوب در برابر حوادث بد بود. نتایج نشان داد که در پایان درمان ۶۴٪ از کودکان درمان شده در مقایسه با ۵٪ گروه کنترل در لیست انتظار، دیگر ملاک‌های اختلال اضطرابی را نشان ندادند.

تاکنون بین تأثیر خودگویی بیرونی و درونی در کاهش اضطراب کودکان مقایسه مستقیمی انجام نشده است. با وجود این بر اساس یافته‌ای خودگویی فقط زمانی مؤثر بود که با صدای بلند انجام می‌شد بعضی در قالب خودگویی بیرونی بود (هایس و همکاران، ۱۹۸۵؛ به

1. Ronen

2. Dush

3. self - talk

نقل از هاردی، ۲۰۰۶). به نظر هایس و همکاران او این تاثیر به این سبب بود که خودگویی‌های مقابله‌ای آشکار از طریق تبعیت از مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مؤثر بوده است. بنابراین، یک خودگویی مقابله‌ای آشکار می‌تواند یک ملاک در دسترس اجتماعی را ایجاد کند که عملکردهای کودک در مقایسه با آن ارزیابی می‌شوند. یافته‌های موجود در پیشینه مطالعاتی روان‌شناسی ورزشی این نتیجه را تأیید می‌کنند (هاردی، ۲۰۰۶). یک فراتحلیل انجام شده توسط کیلو و لاندِر (۱۹۹۵، به نقل از هاردی، ۲۰۰۶) موقعیت گل در ورزش را نشان داد که اهداف عمومی و گروهی موثرتر از اهداف نیمه خصوصی و فردی بود (به ترتیب با اندازه اثر ۰.۷۹٪، ۰.۲۰٪). مقایسه میزان اثربخشی خودگویی درونی و بیرونی در جریان یادگیری جمله‌های جدید بررسی شد. نتایج نشان داد که در این تکلیف از نظر اثربخشی این دو سبک تفاوت معنی دار وجود ندارد. به عنوان مثال، یادگیری جمله‌ها بدون توجه به اینکه آشکار یا پنهان گفته شوند به همان سرعت و همان الگو یاد گرفته می‌شوند (مک کی، ۱۹۹۲؛ به نقل از هاردی، ۲۰۰۶). با وجود این، بعضی تفاوت‌های جالب و به خصوص بین این دو شکل خودگویی وجود دارد. از نظر آواشناختی^۱، چندین تفاوت وجود دارد. به عنوان مثال، کیفیت صوتی که در خودگویی بیرونی وجود دارد، در خودگویی درونی وجود ندارد. همین‌طور، کسی که از خودگویی بیرونی استفاده می‌کند به تغییر زیر و بمی و بلندی صدای خود قادر است، در صورتی که در خودگویی درونی این امکان وجود ندارد. همچنین، این شخص می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی از افراد دیگر تقلید کند و سرانجام، خودگویی بیرونی انعطاف پذیرتر از خودگویی درونی است (مک کی، ۱۹۹۲؛ به نقل از هاردی، ۲۰۰۶).

روش استفاده شده در این مطالعه برای کاهش اضطراب عبارت است از خودگویی که در دو سطح درونی و بیرونی اجرا می‌شود و در زیر مجموعه روش‌های شناختی - رفتاری قرار دارد که بر پایه فنون نشات گرفته از روش خودآموزی مایکنباوم^۲ (۱۹۷۵) است. بنابراین، بررسی

1. articulatory
2. Meickenbaum

اثربخشی خودگویی درونی در برابر خودگویی بیرونی و استخراج راهبردهای درمانی از آنها اهمیت لازم را دارد.

با توجه به هدف پژوهش حاضر، تلاش شده است تا ضمن پاسخ به یک سؤال زیر، سه فرضیه مطرح شده نیز بررسی شوند:

سؤال عبارت است از: میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر میان دانش‌آموزان دختر و پسر پایه پنجم ابتدایی به چه میزان است؟
فرضیه‌ها عبارتند هستند از:

۱- بین میانگین نمره‌های اضطراب منتشر در دو گروه دختر و پسر (جامعه پژوهش) تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

۲- در آزمودنی‌های دو گروه خودگویی بیرونی و خودگویی درونی در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل میزان اضطراب به صورت معنی‌دار کاهش را نشان می‌دهد.

۳- بین آموزش روش خودگویی بیرونی و روش خودگویی درونی در مقایسه با گروه کنترل و در تعامل با جنسیت در کاهش اضطراب منتشر تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه آماری موردنظر، کلیه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر از میان ۲۰۰۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر کلاس پنجم ابتدایی مدارس شهر قروه در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ بود که در ۴۷ مدرسه مشغول به تحصیل بودند. برای نمونه‌گیری ابتدا با استفاده از آزمون سرند اضطراب (SCARED) کودکان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر از کل دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی (۲۰۰۰ نفر) شهرستان قروه شناسایی شدند. پس از بررسی اولیه پرسشنامه‌ها معلوم شد تعداد ۲۰۳ نفر از دانش‌آموزان به اختلال اضطراب منتشر مبتلا هستند و برای اطمینان از تشخیص یک مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های DSM-IV انجام شد. از این تعداد ۱۱ نفر براساس مصاحبه حذف و در نهایت ۱۹۲ دانش‌آموزان (۱۰/۰۷ درصد) مبتلا به اختلال اضطراب

منتشر تشخیص داده شدند. از این تعداد ۳۰ نفر (۱۵ دختر و ۱۵ پسر) در گروه صحبت با خودبیرونی، ۳۲ نفر (۱۶ دختر و ۱۶ پسر) در گروه صحبت با خوددرونی و ۳۲ نفر (۱۶ دختر و ۱۶ پسر) در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. بنابراین، در این پژوهش دو نوع نمونه‌گیری انجام شد. در مرحله اول نمونه‌گیری برای بررسی شیوع اختلال اضطراب منتشر و در مرحله دوم نمونه‌گیری تصادف به منظور کاربرد آزمایشی سطوح خودگویی انجام شد. در نهایت ۹۴ نفر به عنوان نمونه پژوهشی بررسی شدند.

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از آزمون‌های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه محقق ساخته: این آزمون سؤال‌هایی درباره سن، جنس، وضعیت اقتصادی، ترتیب تولد و تعداد اعضای خانواده را شامل بود.

آزمون سرند اضطراب: برای سرند دانش‌آموزان مضطرب از آزمون سرند اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودک (SCARED) استفاده شد که آن را موریس در سال (۱۹۹۸) ساخته است. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی مداد- کاغذی است که ۶۶ ماده دارد و آزمودنی با استفاده از سه گزینه، تقریباً هرگز، گاهیگاهی و اغلب به هر ماده پاسخ می‌دهد. مواد آزمون نشانه‌های اختلال هراس، اختلال اضطراب منتشر، فویبای اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال استرس پس از سانحه، فویبای ساده - نوع حیوان، فویبای ساده، نوع خون، تزریق، صدمه و فویبای ساده، نوع موقعیتی، محیطی را می‌سنجد. ضرایب همسانی درونی مقبولی برای این آزمون به دست آمده است. آلفای کرونباخ این آزمون در مقیاس کلی ۰/۹۳ و برای مقیاس‌های فرعی از ۰/۸۸ (فویبای ساده نوع حیوان) - ۰/۵۸ (فویبای ساده، نوع خون، تزریق، آسیب) بود که ضریب آلفای کرونباخ اختلال اضطراب منتشر ۰/۸۶ بوده است (موریس، ۱۹۹۸).

در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس کلی برابر با ۰/۸۷ و برای مقیاس فرعی اختلال اضطراب منتشر برابر با ۰/۷۱ به دست آمد. همچنین از این آزمون به عنوان شاخص اثربخشی روشهای مداخله پس از اجرای روشهای مداخله استفاده شد.

مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای اختلال اضطراب منتشر را محقق انجام داد.

در پژوهش فعلی روش تحقیق از نوع آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس-آزمون با گروه کنترل بود. در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل سؤال پژوهش از آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) استفاده شد. برای آزمون فرضیه اول از آزمون t مستقل و برای آزمون فرضیه دوم از تحلیل واریانس یک طرفه و از آزمون توکی استفاده شد و برای آزمون فرضیه سوم از تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شد.

ج- روش اجرای آموزش خود گویی

پس از اجرای آزمون‌ها، شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و انتخاب گروه‌ها به شیوه تصادفی، با مدیران مدارس که دانش‌آموزان انتخاب شده در گروه‌ها در آن مدارس مشغول تحصیل بودند، هماهنگی لازم انجام شد و طی یک رضایت‌نامه کتبی موافقت اولیاء برای شرکت فرزند آنها در طرح پژوهشی مذکور جذب شد. کار درمانی آموزشی در محل گروه‌های آموزشی در محل گروه‌های آموزشی شهرستان قروه انجام شد که این مکان به علت استقرار آن در مرکز شهر و دسترسی آسان به آنجا برای دانش‌آموزان انتخاب شد.

جلسه‌های خودگویی به صورت دو جلسه در هفته (در مجموع هشت جلسه در طی چهار هفته برای هر گروه) برگزار شد که هر جلسه یک ساعت طول می‌کشید. روزهای یک‌شنبه و چهارشنبه هر هفته به گروه خودگویی درونی و روزهای شنبه و سه‌شنبه به گروه خودگویی بیرونی اختصاص یافت. تمام جلسه‌های دو گروه در فاصله ساعت ۴-۳ بعدازظهر هر روز برگزار شد. اعضاء گروه گواه نیز به تعداد هشت جلسه به محل مذکور مراجعه کردند و

درمانگر در ملاقات با آنها در خصوص ماهیت مشکل اطلاعاتی در اختیار مراجعان قرار می‌داد و به دلایل اخلاقی به همین گروه نیز پس از اتمام پژوهش برای مقابله با بیش اضطرابی آموزش لازم داده شد.

خودگویی بیرونی

جلسه اول به توضیح درباره اضطراب با تأکید بر نشانه‌های آن و اهداف تشکیل جلسه درمانی - آموزشی اختصاص داده شد. همین‌طور درباره خودگویی و اهمیت کلمه‌هایی توضیح داده شد، که ما به خود می‌گوییم از جلسه دوم به بعد با استفاده از مدل پیشنهادی ویلسون و الری، در ۱۹۸۰ (به نقل از سیف، ۱۳۷۹) و مدل اول و ایندرایت در ۱۹۸۰، به نقل از بخشی پور و علیلو، ۱۳۷۶) و همین‌طور در ترکیب با مدل کبریای و گرمیلی در ۱۹۸۶ (به نقل از قمری، ۱۳۷۰) هر جلسه به سه بخش تقسیم شد:

در بخش اول دانش‌آموز یاد گرفت که ضمن شناسایی مشکل و موقعیت‌های مشکل‌زا، نسبت به افکار و خودگویی‌های ناسازگارانه خود هنگام احساس مشکل آگاهی یابد. به عنوان مثال یکی از نگرانی‌های این کودکان این است که خود را ناتوان می‌دانند یا فکر می‌کنند دیگران آنها را دوست نداشته باشند.

این مسأله به عنوان یکی از موقعیت‌های مشکل‌زا مطرح شد، سپس از آنها خواسته شد تا صحبت‌هایی را که بعد از این احساس با خود و خطاب به خود را با صدای بلند تکرار کنند. همان‌طور که انتظار می‌رفت خودگویی‌های آنها محتوای منفی داشت. برای نمونه عباراتی از این قبیل مشاهده شد:

- اگر دیگران دوستم ندارند به این معنی است که من بد هستم. اگر دیگران دوستم ندارند به این معنی است که من آدم به درد نخوری هستم. هیچ کس با من دوست نخواهد شد. من تنها و بی کس خواهم ماند. چطور می‌توانم کارهای خود را انجام دهم.

- در مرحله دوم به کودکان آموزش داده شد تا این خودگویی‌های منفی را به خودگویی مثبت تغییر داده و سپس با صدای بلند آن را برای خود تکرار کنند. خودگویی‌های مثبتی که درمانگر به کودکان آموزش داد از این قبیل بودند.

- شاید کسی به خاطر اشتباهی که از من سر زده از من عصبانی است، این به معنی آن نیست که او تا ابد از من متنفر خواهد بود. من می‌توانم دل او را به دست آورده و دوباره با او دوست باشم به علاوه من به غیر از دوستان دیگری هم دارم. من خود می‌توانم به تنهایی از عهده انجام دادن کارها برآیم.

در مرحله سوم دانش آموز یاد گرفت که وضعیت را ارزیابی کند و به خود پاداش دهد. به این صورت که دقت کند که این خودگویی‌های مثبت در احساسات او چه تأثیری داشته است؟ و چون اکثر تغییرات احساس شده مثبت بود با گفتن جمله‌های مثبت دیگری خود را تقویت کنند. جمله‌های گفته شده به خود در این مرحله بر این منوال بودند:

- من توانستم بر مشکل غلبه کنم، آفرین به خودم. من آدم توانا و با هوشی هستم، پس می‌توان از خود ممنون باشم. می‌توانم بر مشکلات دیگرم نیز غلبه کنم. من توانایی این کار را دارم، من آدم قدرتمندی هستم.

در پایان هر جلسه از دانش آموزان خواسته می‌شد در فاصله بین جلسه‌ها، تمرین کرده و این جمله‌ها را با خود تکرار کنند. یکی از روش‌های مهم تأثیرگذار در کاربست تجربی استفاده از ایفای نقش به عنوان الگوی اصلی بود. طوری که یکی از دانش‌آموزان موفق در سه مرحله مذکور در برابر سایر اعضاء گروه، استفاده از خودگویی‌های مثبت و چگونگی خودپاداش‌دهی را مدل‌سازی می‌کرد تا دیگران نیز سرمشق‌گیری کنند.

خودگویی درونی

این شکل از مداخله هم مانند روش بالا انجام شد با این تفاوت که از آزمودنی‌ها خواسته شد تا همه خودگویی‌ها را با صدای آهسته و فقط در دل خود و به طور ذهنی تکرار کنند.

لازم ذکر است که برای گروه کنترل در طی مدت زمان کار با دو گروه آزمایش به منظور رعایت موازین اخلاقی علاوه بر جلسه‌های مرتبط با پیش آزمون و پس آزمون، دو نشست گروهی برگزار شد و طی این دو نشست به پرسشهای دانش آموزان در زمینه‌های مختلف تحصیلی، ارتباطی و روان شناختی توضیح داده شد.

یافته‌های تحقیق

سؤال تحقیق: میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر میان دانش آموزان دختر و پسر پایه پنجم ابتدایی به چه میزان است؟
 فراوانی و درصد شیوع اختلال اضطراب منتشر در دختران و پسران بررسی شده برای پاسخ به سؤال ۱ در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. میزان شیوع اضطراب منتشر در آزمودنی‌های پژوهش براساس جنسیت

جنسیت	میزان شیوع	درصد
پسر	۸۰	۵/۴
دختر	۱۱۲	۱۱/۰۸
کل	۱۹۲	۱۰/۰۷

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر در میان پسران ۹/۴ درصد، در میان دختران ۱۱/۰۸ درصد و در کل ۱۰/۰۷ درصد محاسبه شد.

یافته‌های مرتبط با فرضیه‌ها

فرضیه ۱

بین میزان شدت اختلال اضطراب منتشر در دو گروه دختر و پسر تفاوت معنی دار وجود دارد. نتیجه حاصل از تحلیل اطلاعات به وسیله آزمون t در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میزان اختلال اضطراب منتشر در دو گروه دختر و پسر

در کل جامعه پژوهش

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معنی داری
پسر	۶/۴۵	۲/۹۹	۱۷۹۸	-۲/۱۰۱	۰/۰۴
دختر	۶/۸۷	۳/۰۳			

$P < 0/04$

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین میانگین نمره‌های اضطراب منتشر در دو گروه دختر و پسر تفاوت معنی دار وجود دارد. به این معنی که میانگین نمره‌های این متغیر در دختران بیشتر از پسران بوده است. بنابراین در فرضیه ۱، فرضیه صفر رد می‌شود. مطابق فرضیه دوم در آزمودنی‌های دو گروه خودگویی بیرونی و خودگویی درونی در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل میزان اختلال اضطراب به صورت معنی دار کاهش را نشان می‌دهد.

اطلاعات حاصل از تفاضل سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به وسیله آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بررسی شد و نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و

پس‌آزمون گروه‌ها در اختلال اضطراب منتشر

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
۵۶۷/۴۵	۲	۲۵۸/۷۳	۲۷۴/۰۲	<۰/۰۰۱
۸۵/۹۲	۹۱	۰/۹۴		
۶۰۳/۳۷	۹۳			

تعیین میزان شیوع اختلاف اضطراب منتشر در... ۱۳

بر طبق نتایج مذکور در جدول ۳ میزان F به دست آمده معنی دار است. بنابراین، برای تعیین محل تفاوت گروه‌ها از آزمون توکلی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره‌های اضطراب در گروه‌های مورد مطالعه با آزمون تعقیبی توکی

گروه	میانگین	گروه	گروه
صحبت با خود بیرونی	۵/۹۰	صحبت با خود درونی	کنترل
صحبت با خود درونی	۳/۶۰	-	۵/۶۶ *
کنترل	۰/۲۵	* -۳/۲۵	-

*P<0/05

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون اضطراب منتشر در گروه خودگویی بیرونی بیشتر از تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون اضطراب منتشر در گروه خودگویی درونی و تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون اضطراب منتشر در گروه خودگویی درونی بیشتر از گروه کنترل است. به این ترتیب معلوم می‌شود که اثربخشی روش خودگویی بیرونی بیشتر از روش خودگویی درونی است. بنابراین فرضیه ۲ تایید می‌شود.

برطبق فرضیه سوم اثربخشی دو روش خودگویی بیرونی و خودگویی درونی بر کاهش اختلال اضطراب در تعامل با جنسیت متفاوت است.

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس دو عاملی برای مقایسه میانگین تفاضل نمره های پس آزمون - پیش - آزمون اضطراب منتشر در گروه خودگویی بیرونی، گروه خودگویی درونی و گروه کنترل در تعامل با

جنسیت

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	
۵۳۳/۸۴۸	۲	۲۶۶/۹۲۴	۲۵۲/۰۵۰	۰/۰۰۴	گروه‌ها
۰/۰۶۲	۱	۰/۰۶۲	۰/۰۵۲	۰/۸۴۰	جنسیت
۲/۳۷۲	۲	۱/۱۸۶	۱/۲۶۴	۰/۲۸۷	اثر متقابل در گروه‌ها و جنسیت
۸۲/۵۴۶	۸۸	۰/۹۳۸	-	-	خطا

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین میانگین تفاضل نمره های پس آزمون - پیش آزمون اضطراب منتشر در سه گروه خودگویی بیرونی، خودگویی و کنترل معنی دار وجود دارد. به این معنی که میانگین تفاضل نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون اضطراب منتشر در گروه خودگویی بیرونی کمتر از گروه خودگویی درونی و در گروه خودگویی درونی کمتر از گروه کنترل بوده است ($P < ۰/۰۰۴$)، اما در دو گروه دختر و پسر و اثر متقابل گروه‌ها و جنسیت تفاوت معنی داری به دست نیامد. بنابراین فرضیه صفر در فرضیه ۳ رد نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر در میان پسران ۹/۴ درصد و در میان دختران ۱۱/۰۸ درصد و در کل ۱۰/۰۷ درصد است. این نتیجه تقریباً با مطالعه موریس و همکاران (۲۰۰۴) درباره شیوع ۱۱/۱ درصد انطباق دارد. البته لازم ذکر است در مطالعات مختلف میزان شیوع متفاوت گزارش شده است. به عنوان مثال، لودج (۱۹۹۸) در یک مطالعه برای بررسی میزان شیوع اختلالات اضطرابی، میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر را در کودکان ۱۱ ساله، ۴/۱ درصد به دست آوردند. در حالی که در مطالعه شوگاوارا و همکاران

(۱۹۹۹ به نقل از موریس و همکاران، ۲۰۰۴) میزان شیوع اختلال اضطرابی بدون در نظر گرفتن نوع اختلال و یا استفاده از روش‌های متفاوت جمع‌آوری اطلاعات ۴۱/۲ درصد بود، اما میزان شیوع فقط براساس اطلاعات والدین ۱۸/۴ درصد و براساس خودگزارشی کودکان ۳۰/۷ درصد برآورد شد. همچنین شواهدی وجود دارد که نشانه‌های غیراختصاصی اضطراب در نوجوانان عادی هم مشاهده می‌شود. به عنوان مثال، بل - دولان و همکاران (۱۹۹۰؛ به نقل از موریس و همکاران، ۲۰۰۴) دریافتند که میان ۲۰٪ الی ۳۰٪ از نوجوانانی که هرگز بیمار روانی نبوده‌اند نشانه‌های اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب جدایی و فوبی اختصاصی بروز یافته است. همچنین موریس و همکاران (۱۹۹۸) دریافتند که نشانه‌های اختلال اضطراب منتشر و فوبی در کودکان عادی ۲۰٪ الی ۳۰٪ است. آنها به یک مطالعه بالینی استناد کرده‌اند که برای بررسی اعتبار SCARED توسط بیرهاهر و همکاران (۱۹۹۷) آن را انجام داده‌اند و ضمناً شواهدی را برای بررسی اعتبار افتراقی این پرسشنامه به دست می‌دهد. این پژوهشگران نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی بیشترین نمره‌ها را در SCARED داشتند، در حالی که کودکان مبتلا به اختلال رفتاری کمترین نمره‌ها را به دست آوردند و کودکان افسرده نمره‌های متوسط را کسب کردند (به نقل از موریس و همکاران، ۲۰۰۴).

همچنین نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین میانگین نمره‌های اضطراب منتشر در دو گروه دختر و پسر تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که میانگین نمره‌های این متغیر در دختران بیشتر از پسران بوده است. این نتیجه با مطالعه موریس و همکاران هماهنگ است که با استفاده از SCARED دریافتند در همه اختلالات اضطرابی، به جز در فوبی اجتماعی دختران در مقایسه با پسران به طور معناداری سطوح بالاتری از اضطراب را نشان می‌دهند. البته، نتیجه‌گیری حاصل از این مطالعه با تعداد زیادی از پژوهش‌های قبلی هماهنگ است (کراسک، ۱۹۹۷؛ به نقل از موریس و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج مطالعه دیگر موریس و همکاران (۲۰۰۴) با استفاده از فرم ۴۱ سؤالی SCARED نشان داد که دخترها نسبت به پسرها میزان بالاتری از اضطراب را نشان می‌دهند. یک مطالعه زمینه‌یابی در سال ۱۹۹۴ در کانادا نشان داد که شیوع یک ساله

اختلالات اضطرابی برای نوجوانان و جوانان ۱۵ الی ۲۴ ساله پسر ۱۱٪ و برای دخترها ۲۰٪ بود (اوفورد و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از آمرینگن، ۲۰۰۳). البته حاصل از این مطالعه با مطالعه شوگاوارا و همکاران هماهنگ نیست به دلیل اینکه میان دو جنس از نظر میزان شیوع تفاوت معنی داری به دست نیامد. شیوع تفاوت معنی دار بیشتر اختلال اضطراب منتشر در میان دختران در مقایسه با پسران می تواند از عوامل متعدد از جمله عوامل فیزیولوژیکی و انتظارات اجتماعی متأثر باشد، ولی نقش عوامل فرهنگی و موقعیتی موجود در محل پژوهش فعلی مثل سنتی بودن را نباید از نظر دور داشت.

از طرف دیگر نتایج مطالعه حاضر نشان داد که استفاده از خودگویی (درونی و بیرونی) در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر مؤثر است که این نتیجه با مطالعات محدود انجام شده در این زمینه هماهنگ است. به عنوان نمونه، کارت رایت- هاتون و همکاران (۲۰۰۶) نتیجه گرفته اند که تنها درمان برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اضطراب که شواهد تأیید شده ای دارد، درمان شناختی رفتاری است. کندال (۱۹۹۱) تأثیر ۱۶ جلسه برنامه روان درمانی شناختی- رفتاری را بر کودکان با اختلال اضطراب منتشر، اضطراب جدایی و اضطراب اجتماعی بررسی کرد. یکی از روش های مورد استفاده او استفاده از خودگویی مثبت درباره انتظار اتفاق افتادن حوادث خوب در برابر حوادث بد بود. نتایج نشان داد که در پایان درمان ۶۴٪ از کودکان درمان شده در مقایسه با ۵٪ گروه کنترل در فهرست انتظار، درمان شدند (به نقل از بارت و همکاران، ۲۰۰۰). ویرسینک و ایز نیز خودآموزی کلامی را به عنوان یک درمان احتمالی مؤثر در اختلالات اضطرابی و هراس جوانان شناسایی کردند (به نقل از پرینس و اولندیک، ۲۰۰۳). در یک فراتحلیل، دوش و همکاران (۱۹۸۹) نتیجه مطالعاتی را ارزیابی کردند که از تغییر خودگویی برای تغییر مشکلات رفتاری کودکان استفاده کرده بودند. آنها دریافتند که تغییر خودگویی در مقایسه با درمان همراه با دارونما و سایر روش های درمانی، مؤثرتر است (به نقل از پرینس و اولندیک، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه بهره گیری از روش

خودگویی چه درونی و چه بیرونی با دادن نقش فعال‌تر به کودک برای مواجه شدن با موقعیت اضطراب‌زا امکان‌آلاتی در اختیار کودک قرار می‌دهد، لذا اثربخشی آن دور از انتظار نیست.

نتایج آزمون تحلیل واریانس دوعاملی نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون اضطراب منتشر در سه گروه خودگویی بیرونی، خودگویی درونی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که میانگین نمره‌های پس‌آزمون اضطراب منتشر در گروه خودگویی بیرونی کمتر از گروه خودگویی درونی و در گروه خودگویی درونی کمتر از گروه کنترل بوده است، اما در دو گروه دختر و پسر و اثر متقابل گروه‌ها و جنسیت تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. تاکنون مقایسه مستقیمی بین تأثیر خودگویی درونی و بیرونی به عمل نیامده است. با وجود این، یک یافته جریان غالب روان‌شناسی نشان داده است که خودگویی فقط زمانی مؤثر است که با صدای بلند گفته شود، یعنی خودگویی بیرونی و آشکار اثربخشی بیشتری دارد (هایس و همکاران، ۱۹۸۵؛ به نقل از هاردی، ۲۰۰۶). به نظر هایس و همکاران او این تأثیر به این سبب است که خودگویی‌های مقابله‌ای آشکار از طریق مجموعه‌ای از استانداردهای اجتماعی عمل می‌کند و به شیوه‌ای که کاملاً عادی جلوه می‌کند و می‌توان آن را ارزیابی کرد. یافته‌های ادبیات روان‌شناسی ورزشی نیز این نتیجه را تأیید می‌کنند (هاردی، ۲۰۰۶). کیلو ولاندر (۱۹۹۵، به نقل از هاردی، ۲۰۰۶) یک فراتحلیل را بر موقعیت گل در ورزش انجام دادند و این نتایج را به دست آوردند که اهداف بیرونی و بیان شده نسبت به اهداف درونی و بیان نشده مؤثرتر هستند، اما از طرف دیگر بر اساس فرض تشکیل شدن خودگویی از دو جنبه درونی و بیرونی، بین این دو جنبه همپوشی وجود دارد. به عنوان مثال، یادگیری جمله‌ها بدون توجه به اینکه آشکار یا پنهان گفته شوند، به همان سرعت و همان الگو یاد گرفته می‌شوند (مک کی، ۱۹۹۲؛ به نقل از هاردی، ۲۰۰۶). با وجود این و به خصوص بین این دو شکل خودگویی برخی تفاوت‌های جالب وجود دارد. از جمله به نظر می‌رسد در موقعیت آرامش روحی خودگویی درونی فعال است، اما در وضعیت یادگیری مطالب جدید و مواجهه با مساله خودگویی بیرونی فعال می‌شود. اگر نتیجه‌گیری اخیر پذیرفته شود پس این استنباط مبنی بر

اثربخشی بیشتر خودگویی بیرونی در مقایسه با خودگویی درونی در حل و فصل اختلال اضطراب منتشر صحیح خواهد بود.

برخی از محدودیت‌های موجود در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- استفاده از کلاس پنجم به تنهایی امکان تعمیم‌پذیری نتایج این آزمون را مشکل می‌کند.

۲- تشکیل هر گروه آموزشی از دو جنس دختر و پسر باعث شد که پژوهشگر وقت زیادی را به منظور هماهنگی گروه صرف کند.

۳- اشکال در اجرای روش‌های آموزشی درمانی از نظر نبود فضای فیزیکی مناسب در مدارس.

پیشنهادها

۱- با توجه به اینکه شیوع اختلال اضطراب منتشر احتمالاً در دختران نسبت به پسران بیشتر است، لذا پیشنهاد می‌شود عوامل مؤثر در شیوع بالای این اختلال در جمعیت دختر بررسی شود.

۲- به روان‌شناسان مدرسه پیشنهاد می‌شود که با تکنیک خودگویی درونی و بیرونی، در جهت درمان اختلالات اضطرابی با توجه به شیوع زیاد آن نسبت به سایر اختلالات در میان کودکان و نوجوانان (موریس و همکاران، ۲۰۰۴) آشنا باشند.

۳- پیشنهاد می‌شود که پرسشنامه سرند اضطراب موریس (۱۹۹۸) در داخل کشور هنجاریابی شود.

۴- پیشنهاد می‌شود هنگام سنجش اضطراب کودکان از گزارش والدین هم استفاده شود.

۵- پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی روش خودگویی درونی و بیرونی در مقایسه با دیگر روش‌های روان‌درمانی بررسی شود.

۶- در جریان تهیه الگوهای پیشگیری کننده درباره دانش‌آموزان بر نقش تقویت خودگویی درونی و بیرونی به عنوان راهبرد تعیین کننده اهمیت داده شود.

منابع فارسی

- بروین، کریس ار. (۱۳۷۶). بنیادهای شناختی روان‌شناسی بالینی، ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری و حسن صبوری مقدم، مشهد: آستان قدس رضوی.
- پاول، تروجسی و اینزایت، سیمون جس. (۱۳۷۷)، فشار روانی، اضطراب و راه‌های مقابله با آن، ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری و حسن صبوری مقدم، مشهد، آستان قدس رضوی و به نشر.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۷۹). تغییر رفتار و رفتار درمانی: نظریه‌ها و روش‌ها، تهران: دوران.
- قمری گیوی، حسین. (۱۳۷۰). کاربرد گفتار درونی در درمان کودکان مبتلا به اختلال نقش توجه، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین، (۱۳۷۹). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری- روان‌پزشکی بالینی، ترجمه نصرت الله پور افکاری، تهران: شهرآب.
- مایکنبام، دونالد، (۱۳۷۶). آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، ترجمه سیروس مبینی، تهران: رشد.
- ویگوتسکی، لئو اس، (۱۳۶۷). تفکر و زنان، ترجمه بهروز عزبدفتری، تبریز: نیما.

منابع لاتین

- Ameringen, Michael Van, (2003). The Impact of Anxiety Disorders on Educational Achievement, *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 2, 561-571.
- Anderson, Andy, Vogel, Paul & Albrecht, Richard, (1999). The Effect of Instruction Self-Talk on The Overhand Throe, *Physical Educator*, 56, 4, 215- 221.
- Barret, Paula Maria , (2000). Treatment of Childhood Anxiety: Developmental Aspects, *Clinical Psychology Review*, 20, 4 , 479-494.

- Baving, L, Perwien, A, R, & Spense, Susan, (2004). Attention Enhancement to No Go Stimuli in Anxious Children, *Journal of Neural Transmission*, 11, 1, 985-999.
- Bell- Dalon, D. J, Last, C, G, & Strauss, C,C,(1990). Symptom of Anxiety Disorders in Normal Children, *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 29, 8, 759-765.
- Bemstein, G. A, Borchardt, C, M & Perwien, A. R,(1996). Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years, *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 35, 19, 1110-1119.
- Cartwright- Hatton, Sam& et al, (2006). Anxiety in a Neglected Population: Prevalence of Anxiety Disorders in Pre-Adolescent Children, *Clinical Psychology Review*, 55.4. 1112-1125.
- Hardy, J, (2006). Speaking Clearly: A Critical Review of the Self- Talk Literature, *Psychology Of Sport and Exercise*, 12, 6, 223-236.
- Kendall P.C & Pimentel Sanddra S, (2003). On the Physiological Symptom Constellation in Youth with Generalized Anxiety Disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 3, 211-221.
- Kendall, P, C, Chan sky, T,e, (1991). Considering Cognition in Anxiety – Disordered Children, *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 5, 167-185.
- Kindt, M & Van Den Hout, M, (2001). Selective Attention and Anxiety: A Perspective on Developmental Issues and Casual Status, *Journal of Psychopathological and Behavioral Assessment*, 23, 3, 193,202.
- Lodge , J, Tartaro , Jessica, and Appelman, Brad, (1998), Children Self-Talk Under Condition of Mild Anxiety, *Journal of Anxiety Disorders*, 12.2.153-176.
- Meichenbaum, Donald, (1975). Cognitive – Behavior Modification New letter, No, 1, PP10-35.
- Muris, P, Merckelbach, H & Ollendick, T, (1998). The Relationship Between Anxiety Disorder Symptoms and Negative self-Statement In Normal Children, *Social Behavior and Personality*, 26, 3, 307-316.
- Muris, P, (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCRAED) and traditional childhood anxiety measures, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29,3 327-339.
- Muris, P ,Merckelbach H & Ollendick, T, (2002). Three Traditional and Three New Childhood Anxiety Questionnaires: Their Reliability and Validity in a Normal Adolescent Sample, *Behavior Research and Therapy*, 40, 11, 300-324.
- Muris, P, De Jong, P & Engelen, S,(2004).Relationship Between Neuroticism, Attention Control, and Anxiety Disorders Symptoms in Non-Clinical Children, *Personality and Individual Differences*, 37, 4, 789-797.
- Prins, P, J, M & Ollendick, T, H,(2003). Cognitive Change and Enhanced Coping: Missing Meditational Links in Cognitive Behavior Therapy With Anxiety – disordered Children, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 2, 455-467.