

---

بررسی میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر در میان دانش آموزان پایه پنجم و  
اثر بخشی روشهای خود گویی درونی و بیرونی بر کاهش آن

---

دکتر حسین قمري گيوي\*  
استاديار دانشگاه محقق اردبيلي

دکتر عباس ابوالقاسمي  
استاديار دانشگاه محقق اردبيلي

محمود فلاح زاده  
کارشناس ارشد روان شناسی

### 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 دانش آموزان پایه پنجم و همچنین بررسی اثر بخشی دو روش خود گویی بیرونی و درونی در کاهش آن انجام شد. لذا برای بررسی میزان شیوع آن در میان دانش آموزان پایه پنجم ۲۰۰۰ نفر (۱۰۰۰ دختر و ۱۰۰۰ پسر) از این دانش آموزان انتخاب شدند و به آزمون خودسنجی سرند اضطراب کودکان<sup>۱</sup> (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 اثر بخشی دو روش خود گویی درونی و بیرونی در کاهش این اختلال تعداد ۹۶ نفر از آزمودنی‌های دارای اختلال اضطراب منتشر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و در سه گروه خود گویی بیرونی، درونی و گروه گواه قرار داده شدند. سپس، با استفاده از دو روش خود گویی درونی و بیرونی 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 خود گویی بیرونی به طور معنی دار بیشتر از روش خود گویی درونی در کاهش اضطراب مؤثر است ( $p < 0/05$ ) و هر دو روش در مقایسه با گروه گواه اثر بخشی بهتری داشتند ( $p < 0/05$ ) در میان دو جنس و اثر متقابل گروهها و جنسیت تفاوت معنی دار به دست نیامد.

### کلید واژه‌ها:

اختلال اضطراب منتشر، خود گویی بیرونی، خود گویی درونی، شیوع، دانش آموزان.

### مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع ترین نوع آسیب روانی در میان کودکان و

---

\*. نویسنده مسئول H-ghamarigivi@yahoo.com

1. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

نوجوانان است (موریس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). طبق تعریف اختلال اضطراب منتشر کودکی و نوجوانی، که از زمان چاپ چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، در طبقه اختلال اضطراب منتشر بزرگسالان طبقه بندی می‌شود، اختلالی مزمن که ممکن است در تمام عمر تداوم یابد. این اختلال معمولاً همراه دیگر اختلالات اضطرابی یا بیماریهای روانی مشاهده می‌شود (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از پورافکاری، ۱۳۷۹).

مطالعات همه گیر 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<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). در مطالعه بل-دولان<sup>۴</sup> 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٪، اختلال بیش اضطرابی (اختلال اضطراب منتشر) ۲/۹٪، فوبی ساده ۲/۴٪ و فوبی اجتماعی ۱٪ به دست آمد (آندرسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از باوینگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). همچنین شواهد موجود نشان می‌دهد نشانه های<sup>۷</sup> فرعی<sup>۸</sup> اختلالات اضطرابی در میان کودکان و نوجوانان بهنجار نیز وجود دارد، به عنوان مثال بل-دولان و همکاران (۱۹۹۰) دریافتند که نشانه های اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب جدایی و فوبی های ساده بین ۳۰٪ الی ۲۰٪ از نوجوانانی وجود دارد، که هرگز اختلال روانپزشکی نداشته اند، (موریس و همکاران، ۲۰۰۴) که بر لزوم توجه بیشتر برای یافتن شیوه های درمان این اختلال می‌افزاید.

با توجه به اینکه روشهای درمان شناختی به بدکارکردی شناختها در آشفستگی هیجانی تأکید دارند (لودج<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸)، این دیدگاه مطرح است، که اختلالات اضطرابی از اختلال در شناخت نشأت می‌گیرد و اختلال در عملکردهای شناختی را باعث می‌شود (کینت و ون دن هوت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱). فنون درمانی این روشها نیز با هدف تصحیح شناختها پایه ریزی شده اند. مایکنبام<sup>۱۱</sup> (۱۳۷۶) روش خودآموزی کلامی را برای مقابله با استرس و اضطراب مطرح کرده است، که بر این ایده مبتنی است که خود گویی، صحبت شخص با خود، ممکن است به همان اندازه ای که کلام دیگران بر رفتار ما تأثیر دارد، رفتار ما را کنترل کند (پاول و اینرایت<sup>۱۲</sup>، به نقل از بخشی پور و صبوری مقدم، ۱۳۷۷). یک حوزه از نظریه های رشدی که بر نظریه و درمان های شناختی- رفتاری کودکان تأثیر گذاشته است، نقش زبان در میانجی گری و کنترل رفتار است. لوریا رشد طبیعی فرایند کسب خودگردانی را (خویشتن داری) براساس نظریه های ویگوتسکی توصیف کرد (مایکنبام و گودمن، ۱۹۶۹؛ به نقل از لودج، ۱۹۹۸). خودگردانی 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 خود گردانی رفتار را به دست می‌گیرد. بنابراین، گفتار والدین در نظم بخشی رفتار کودک جای خود را به ترتیب ابتدا به خود گویی بیرونی و سپس به

2. Muries
3. Bernstein
4. Bell-Dolan
5. Anderson
6. Baving
7. manifestation
8. Sub clinical
9. Lodge
10. Van Den Hoot
11. Meickenbaum
12. Powell & Enright

خودگویی درونی کودک می‌دهد (رومن<sup>۱۳</sup>، 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 یا آموزش خودآموزی، قسمتی از بسته‌های درمان شناختی رفتاری را تشکیل می‌دهد، و بر این باور است که بعضی از اختلالات دوران کودکی بازنگامی‌کننده شکست در یک نقطه از این سازوکار خودگردانی است (دوش<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از لودج، ۱۹۹۸). شواهد این ادعا در کودکان تکانشی ۶-۵ ساله پیدا شد که هم در کمیت و هم در کیفیت گفتار خودگویی، در مقایسه با گروه کنترل همگن نقص‌هایی نشان دادند (مایکن بام و گودمن، ۱۹۶۹؛ به نقل از لودج، ۱۹۹۸). هدف آموزش کمک به فرد به منظور تفکر سازگارانه تر و رشد و بهبود عملکرد او در هر تکلیف است. اساساً این روشها در آموزش فردبرای خودگویی اطمینان بخش و مثبت سعی می‌کنند، که پیش‌بینی‌کننده موفقیت در تکلیف محوله است. (پاول و اینرایت، به نقل از بخش پور و صبوری مقدم، ۱۳۷۷). کندال و چانسکی (۱۹۹۱) تأثیر ۱۶ جلسه برنامه روان‌درمانی شناختی- رفتاری را در کودکان با مشکلات بیش‌اضطرابی، اضطراب جدایی و اضطراب اجتماعی بررسی کرد. یکی از روش‌های مورد استفاده او استفاده از خودگویی<sup>۱۵</sup> 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. تا کنون 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 یعنی در قالب خودگویی بیرونی بود (هایس و همکاران، ۱۹۸۵؛ به نقل از هاردی، ۲۰۰۶). به نظر هایس و همکاران او این تأثیر 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 لندر (۱۹۹۵)، به نقل از هاردی، (۲۰۰۶) موقعیت گل در ورزش را نشان داد که اهداف عمومی و گروهی مؤثرتر از اهداف نیمه خصوصی و فردی بود (به ترتیب با اندازه اثر ۷۹٪، ۲۰٪). مقایسه میزان اثر بخشی خودگویی درونی و بیرونی در جریان یادگیری جمله‌های جدید بررسی شد. نتایج نشان داد که در این تکلیف از نظر اثر بخشی این دو سبک تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. به عنوان مثال، یادگیری جمله‌ها بدون توجه به اینکه آشکار یا پنهان گفته شوند به همان سرعت و همان الگو یادگرفته می‌شوند (مک‌کی، 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<sup>۱۶</sup>، 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 خود قادر گویی درونی این امکان وجود ندارد. همچنین، این شخص می‌تواند به طور موفقیت

13. Ronen
14. Dush
15. Self- talk
16. articulatory

آمیزی از افراد دیگر تقلید کند. و سرانجام، خود گویی بیرونی انعطاف پذیر تر از خود گویی 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 نشأت گرفته از روش خودآموزی مایکنبام<sup>۱۷</sup> (۱۹۷۵) است. بنابراین، بررسی اثر بخشی 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 دانش آموزان 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 معنی دار وجود دارد.

۲- در آزمودنی‌های دو گروه خود گویی بیرونی و خود گویی درونی در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل میزان اضطراب به صورت معنی دار کاهش را نشان می‌دهد.

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

## روش

### الف- گروه نمونه .

جامعه آماری مورد نظر، کلیه دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر از میان ۲۰۰۰ نفر دانش آموز دختر و پسرکلاس پنجم ابتدایی مدارس شهر قروه در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ بود، که در ۴۷ مدرسه مشغول به تحصیل بودند. برای نمونه گیری ابتدا با استفاده از آزمون سکرند اضطراب (SCARED) کودکان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر از کل دانش آموزان پایه پنجم ابتدایی (۲۰۰۰ نفر) شهرستان قروه شناسایی شدند. پس از بررسی اولیه پرسشنامه‌ها، معلوم شد تعداد ۲۰۳ نفر از دانش آموزان به اختلال اضطراب منتشر مبتلا هستند و برای اطمینان از تشخیص یک مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای DSM\_IV انجام شد. از این تعداد ۱۱ نفر بر اساس مصاحبه حذف و در نهایت ۱۹۲ دانش آموزان (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 خود بیرونی، ۳۲ نفر (۱۶ دختر و ۱۶ پسر) در گروه صحبت با خود درونی و ۳۲ نفر (۱۶ دختر و ۱۶ پسر) در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. بنابراین، در این پژوهش دو نوع نمونه گیری انجام شد. در مرحله اول نمونه گیری برای بررسی شیوع اختلال اضطراب منتشر و در مرحله دوم نمونه گیری تصادفی به منظور کاربرد آزمایشی سطوح خود گویی انجام شد. در نهایت ۹۴ نفر به عنوان نمونه پژوهشی بررسی شدند.

### ب- ابزارهای جمع آوری اطلاعات و روش اجرا

در این پژوهش به منظور جمع آوری 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 دانش آموزان مضطرب از آزمون سرند اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودک (SCARED) استفاده شد که آن را موريس در سال (۱۹۹۸) ساخته است. این ابزار یک مقیاس خود گزارشی مداد- کاغذی است که ۶۶ ماده دارد و آزمودنی با استفاده از سه گزینه، تقریباً هرگز، گاهی و اغلب به هر ماده پاسخ می‌دهد. مواد آزمون نشانه‌های اختلال هراس، اختلال اضطراب منتشر، فوبیای اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال استرس پس از سانحه، فوبیای ساده - نوع حیوان، فوبیای ساده - نوع خون - تزریق - صدمه و فوبیای 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 (فوبی ساده نوع حیوان) - ۰/۵۸ (فوبی ساده، نوع خون - تزریق - آسیب) بود که ضریب آلفای کرونباخ اختلال اضطراب منتشر ۰/۸۶ بوده است (موريس، 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 اثر بخشی 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.

### ج- روش اجرای آموزش خود گویی

پس از اجرای آزمون ها، شناسایی دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و انتخاب گروه‌ها به شیوه تصادفی، با مدیران مدارس، که دانش آموزان انتخاب شده در گروه‌ها در آن مدارس مشغول تحصیل بودند، هماهنگی لازم انجام شد و طی یک رضایت نامه کتبی موافقت اولیاء برای شرکت فرزندان آنها در طرح پژوهشی مذکور جلب شد. کار درمانی - 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 دانش آموزان انتخاب شد.

جلسه‌های خود گویی 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 خود گویی درونی و روزهای شنبه و سه شنبه به گروه خود گویی بیرونی اختصاص یافت. تمام جلسه‌های دو گروه در فاصله ساعت ۴ - ۳ بعدظهر 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.

### خود گویی بیرونی:

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

در بخش اول دانش آموز یاد گرفت که ضمن شناسایی مشکل و موقعیت‌های مشکل زا، 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 مشکل زا 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 او 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 براین منوال بودند:

- من توانستم بر مشکل غلبه کنم، آفرین به خودم. من آدم توانا و با هوشی هستم، پس می‌توانم 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 تأثیر گذار در کاربست تجربی استفاده از ایفای نقش به عنوان الگوی اصلی بود. طوری که یکی از دانش آموزان موفق در سه مرحله مذکور در برابر سایر اعضا گروه، استفاده از خودگویی‌های مثبت و چگونگی خود پاداش دهی 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 نشست به پرسش‌های دانش آموزان در زمینه‌های مختلف تحصیلی، ارتباطی و روان شناختی توضیح داده شد.

**د- روش تحقیق و روشهای آماری:** در پژوهش فعلی روش تحقیق از نوع آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون-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.

### 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 بر اساس جنسیت

جنسیت	میزان شیوع	درصد
پسر	۸۰	۹/۴
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 بوسیله 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			

\* $p < ۰/۰۴$

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  $H_0$  رد می‌شود.

مطابق فرضیه دوم در آزمودنی‌های دو گروه خود گویي بیرونی و خود گویي 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 پیش آزمون و پس آزمون بوسیله 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 پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها در اختلال اضطراب منتشر

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

بر طبق نتایج مذکور در جدول ۳ میزان F به دست آمده معنی دار است. بنابراین، برای تعیین محل تفاوت گروه‌ها از آزمون توکی 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	
		صحبت با خود درونی	کنترل
صحبت با خود بیرونی	۵/۹۰	* ۲/۳۱	* ۵ / ۶۶
صحبت با خود درونی	۳/۶۰	-	* ۳/۳۵
کنترل	۰/۲۵	* -۳/۲۵	-

\*P < ۰/۰۵

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاضل نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون اضطراب منتشر در گروه خود گویی بیرونی بیشتر از تفاضل نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون اضطراب منتشر در گروه خود گویی درونی و تفاضل نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون اضطراب منتشر در گروه خود گویی درونی بیشتر از گروه کنترل است. به این ترتیب معلوم می‌شود که اثر بخشی روش خود گویی بیرونی بیشتر از روش خود گویی درونی است. بنابراین، فرضیه ۲ تأیید می‌شود. بر طبق فرضیه سوم اثر بخشی دو روش خود گویی بیرونی و خود گویی 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 نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون اضطراب منتشر در گروه خود گویی بیرونی، گروه خود گویی درونی و گروه کنترل در تعامل با جنسیت

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

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین میانگین تفاضل نمره‌های پس‌آزمون- پیش‌آزمون اضطراب منتشر در سه گروه خود‌گویی بیرونی، خود‌گویی درونی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که میانگین تفاضل نمره‌های پس‌آزمون- پیش‌آزمون اضطراب منتشر در گروه خود‌گویی بیرونی کمتر از گروه خود‌گویی درونی و در گروه خود‌گویی درونی کمتر از گروه کنترل بوده است ( $p < 0/004$ )، اما در دو گروه دختر و پسر و اثر متقابل گروه‌ها و جنسیت تفاوت معنی‌داری به‌دست نیامد. بنابراین  $H_0$  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 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 حالیکه در مطالعه شوگاوارا و همکاران (۱۹۹۹) به نقل از موریس و همکاران (۲۰۰۴) میزان شیوع اختلال اضطرابی بدون در نظر گرفتن نوع اختلال و با استفاده از روش‌های متفاوت جمع‌آوری اطلاعات ۴۱/۲ درصد بود، اما میزان شیوع فقط بر اساس اطلاعات والدین ۱۸/۴ درصد و براساس خود‌گزارشی کودکان ۳۰/۷ درصد برآورد شد. همچنین شواهدی وجود دارد که نشانه‌های غیر اختصاصی 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 برماهر و همکاران (۱۹۹۷) آن را انجام داده‌اند، و ضمناً شواهدی را برای بررسی اعتبار افتراقی این پرسشنامه به‌دست می‌دهد. این پژوهشگران نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی بیشترین نمره‌ها را در SCARED داشتند، در حالیکه 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، به‌جز در فوبی اجتماعی دختران در مقایسه با پسران به‌طور 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 پسران 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، نتیجه حاصل از این مطالعه با مطالعه شوگاوارا و

همکاران هماهنگ نیست به دلیل اینکه میان دو جنس از نظر میزان شیوع تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. شیوع تفاوت معنی‌داری بیشتر اختلال اضطراب منتشر در میان دختران در مقایسه با پسران می‌تواند 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 خود گویی (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 گرفته‌اند که تنها درمان برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اضطراب که شواهد تأیید شده‌ای 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 روش‌های مورد استفاده او استفاده از خود گویی 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). ویرسینگ و وایز نیز خود آموزی کلامی را به عنوان یک درمان احتمالی مؤثر در اختلالات اضطرابی و هراس جوانان شناسایی کردند (به نقل از پرینس و اولندیک، ۲۰۰۳). دریک فرا تحلیل، دوش و همکاران (۱۹۸۹) نتیجه مطالعاتی را ارزیابی کردند، که از تغییر خود گویی برای تغییر مشکلات رفتاری کودکان استفاده کرده بودند. آنها دریافتند که تغییر خود گویی در مقایسه با درمان همراه با دارو نما و سایر روش‌های درمانی، مؤثرتر است (به نقل از پرینس و اولندیک، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه بهره‌گیری از روش خود گویی چه درونی و چه بیرونی با دادن نقش فعال‌تر به کودک برای مواجهه شده با موقعیت اضطراب‌زا امکان‌لای در اختیار کودک قرار می‌دهد، لذا اثر بخشی آن دور از انتظار نیست.

نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عاملی نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس آزمون اضطراب منتشر در سه گروه خود گویی بیرونی، خود گویی درونی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که میانگین نمره‌های پس آزمون اضطراب منتشر در گروه خود گویی بیرونی کمتر از گروه خود گویی درونی و در گروه خود گویی 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. تا کنون مقایسه مستقیمی بین تأثیر خود گویی درونی و بیرونی به عمل نیامده است. با وجود این، یک یافته جریان غالب روان شناسی نشان داده است که خودگویی فقط زمانی مؤثر است که با صدای بلند گفته شود، یعنی خود گویی بیرونی و آشکار اثر بخشی بیشتری دارد (هایس و همکاران، ۱۹۸۵؛ به نقل از هاردی، ۲۰۰۶). به نظر هایس و همکاران او این تأثیر به این سبب است که خود گویی‌های 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 روان شناسی ورزشی نیز این نتیجه را تأیید می‌کنند (هاردی، ۲۰۰۶). کیلو و لاند (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 خود گویی 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 یادگرفته

می‌شوند (مک کی، ۱۹۹۲؛ به نقل از هاردی، ۲۰۰۶). با وجود این، و به خصوص بین این دو شکل خود گویی برخی تفاوت‌های جالب وجود دارد. از جمله به نظر می‌رسد در موقعیت آرامش روحی خود گویی درونی فعال است، اما در وضعیت یادگیری مطالب جدید و مواجهه با مسأله خود گویی بیرونی فعال می‌شود. اگر نتیجه‌گیری اخیر پذیرفته شود پس این استنباط مبنی بر اثربخشی بیشتر خود گویی بیرونی در مقایسه با خود گویی درونی درحل 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 تعمیم پذیری 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.

### پیشنهادهات

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 خود گویی 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 روان درمانی بررسی شود.
۶. در جریان تهیه الگوهای پیشگیری کننده درباره دانش آموزان بر نقش تقویت خودگویی درونی و بیرونی به عنوان راهبرد تعیین کننده اهمیت داده شود.

## منابع

- بروین، کریس آر، (۱۳۷۶). بنیادهای شناختی روان شناسی بالینی، ترجمه عباس بخشی پوررود سري و حسن صبوري مقدم، مشهد، آستان قدس رضوي. پاوول، ترورجی و اینرایت، سیمون جی، (۱۳۷۷). فشار روانی، اضطراب و راههای مقابله با آن، ترجمه عباس بخشی پوررود سري و حسن صبوري مقدم، مشهد، آستان قدس رضوي وبه نشر. سیف، علی اکبر، (۱۳۷۹). تغیر رفتار و رفتار درمانی: نظریه ها و روشها، تهران، دوران.
- قمری گیوی، حسین، (۱۳۷۰). کاربرد گفتار درونی در درمان کودکان مبتلا به اختلال نقص 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، شهر آب.
- مایکنبام، دونالد، (۱۳۷۶). آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، ترجمه سیروس مبینی، تهران، رشد.
- ویگوتسکی، لئو اس، (۱۳۶۷). تفکر و زبان، ترجمه بهروز عزبدفتری، تریز، نیما.
- 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.
- Bernstein, 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 & Pimentall Sanddra S, (2003). On the Phisiological Symptom Constellation in Youth with Generalized Anxiety Disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 3, 211 – 221.
- Kendall, P.C, Chansky, 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 the Casual Status, *Journal of Psychopathological and Behavioral Assessment*, 23, 3, 193-202.
- Lodge, J, Tartaro, Jessica, and Appelhan, Brad, (1998). Children Self-Talk Under Condition of Mild Anxiety, *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 2, 153- 176.
- Meichenbaum, Donald, (1975). Cognitive- Behavior modification Newsletter, 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.

Morris, 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 Changeand Enhanced Coping: Missing Mediational Links in Cognitive Behavior Therapy With Anxiety—disordered Children, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 2, 455-467.