Archive of SID

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۴۰ زمستان ۱۳۹۴

مقایسه واکنش عاطفی بین خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال‌های اضطرابی

زاهده رحمانیان[۱]
مریم کیانی[۲]

چکیده

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی و رفتاری در کودکان است و از آنجا که کودکان بیشتر وقت خود را در خانواده می‌گذراند، مسلماً عملکردها و رفتارهای آنان و دیگر اعضای خانواده به طور متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلالات اضطرابی صورت گرفت. ۱۰۷ نفر را از بین کلیه دانش آموزان پسر کلاس چهارم و پنجم دبستان شهرستان جهرم به‌همراه والدین آن‌ها به روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. سپس پرسشنامه سنجش خانواده و مقیاس اضطراب کودکان و والدین اسپنس اجرا شد. آزمون t نشان داد که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلالات اضطراب (به‌طور کلی) هول، واضطراب اجتماعی و اختلال فوبی اختصاصی تفاوت معناداری وجود داشت ولی بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال‌های اضطراب جدایی، وسواس و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری یافت نشد. واکنش عاطفی در خانواده می‌تواند در سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی همچون هول، اضطراب اجتماعی و فوبی اختصاصی دخیل باشد.

واژگان کلیدی: واکنش عاطفی در خانواده؛ اختلال اضطراب؛ هول؛ اضطراب اجتماعی؛ فوبی اختصاصی

۱ـ دانشجوی دکتری روانشناسی واحد بین‌المللی شیراز (نویسنده مسئول) Email:zr7911529@chmail.ir
۲ـ دانشجوی دکتری روانشناسی ورزش دانشگاه بین‌المللی امام رضا(ع)

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

امروزه شاهد اهمیت دادن بیشتر جوامع به دوران کودکی هستیم ولی با وجود افزایش آگاهی بشریت، به‌جای کاهش اختلال‌های دوران کودکی، افزایش آن مشاهده می‌شود (رضازاده،۱۳۸۶). طبق متن تجدیدنظرشده ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[1] هر اختلال روانی به صورت چیزی تصور می‌شود که به‌عنوان رفتار مهم بالینی یا نشانگان روان‌شناختی هست یا الگویی که در فرد اتفاق می‌افتد و با پریشانی حال رابطه دارد (مثل یک نشانه دردناک) یا با یک خطر مهم و رو به افزایش رنج کشیدن از مرگ، درد، ناتوانی یا فقدان مهم آزادی می‌باشد که اخیراً به‌صورت ناتوانی‌های رفتاری، روان‌شناختی یا زیستی در فرد ظاهر شده است. همچنین رفتار منحرف (برای مثال، رفتار سیاسی، مذهبی یا جنسی) یا تعارضاتی که به‌طور عمده بین فرد و جامعه وجود دارد، اختلال روانی شمرده نمی‌شود مگر این‌که انحراف یا تعارض نشانه ناتوانی در فرد باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[2]، ۱۳۸۸). در مطالعه‌ای احتمال اختلال سلامت روان در غیاب اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی ۸٪ و در صورت وجود اختلال‌های اضطرابی در دوران کودکی یا نوجوانی ۲۱٪ برآورد شده بود.

اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی در جمعیت عمومی هستند. اضطراب هشداری است که فرد را گوش به زنگ می‌کند. هشداری که در پاسخ به تهدیدی پیدا می‌شود که نامعلوم، درونی و مبهم است و یا از تعارض منشأ می‌گیرد و می‌تواند منطقی و بهنجار یا غیرمنطقی و نابهنجار باشد (کاپلان و سادوک[3]، ۱۳۹۰). طبق DSM-IV-TR اختلال‌های اضطرابی در دوران کودکی شامل موارد زیر هستند: ۱) *اختلال هول (پانیک)*: حملات غیرمنتظره عودکننده که با چهار نشانه یا بیشتر از موارد زیر همراه هستند: تپش قلب، تعریق، لرزش، تنگی نفس، احساس خفگی، درد قفسه سینه، سرگیجه، مسخ واقعیت یا مسخ شخصیت، ترس از دست دادن کنترل یا

1- Text of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)
2- American Psychiatric Association
3- Kaplan & Sadock

www.SID.ir

Archive of SID

دیوانه شدن، ترس از مردن، گرگرفتگی، نگرانی در مورد بروز حملات بعدی، نگرانی در مورد معنای پیامد حملات و تغییرات چشمگیر رفتاری مرتبط با حملات که این‌ها می‌توانند با یا بدون بازار هراسی باشند. ۲) *اضطراب اجتماعی:* ترس بارز و مداوم از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا ارائه عملکرد در آن موقعیت که در آن(ها) بیمار نگران ارزیابی منفی یا نگاه موشکافانه دیگران است. ۳) *هراس اختصاصی:* ترس بارز و مداومی که افراطی و غیرمعقول بوده و بر اثر وجود یا پیش‌بینی وجود یک شیء یا موقعیت به خصوص بروز می‌کند. ۴) *اختلال وسواسی-جبری:* وسواس‌های فکری تکانه‌ها یا تصاویری عودکننده و مداوم هستند که فرد آن‌ها را مزاحم و نامتناسب می‌داند. وسواس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری هستند که هدف آن‌ها جلوگیری یا کاهش اضطراب یا ناراحتی است. ۵) *اختلال اضطراب فراگیر:* نگرانی و اضطراب مفرط در مورد تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها در اکثر روزها به‌مدت دست کم ۶ ماه هست. ۶) *اختلال اضطراب جدایی:* اضطراب مفرط و از لحاظ رشدی نامتناسب به‌مدت دست کم ۴ هفته در مورد جدایی از خانه یا از کسی که فرد به وی دلبستگی دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۸).

در زمینه افزایش اختلالات اضطرابی دوران کودکی، یکی از عللی که پژوهشگران و دانشمندان به آن توجه فراوانی مبذول داشته‌اند، نهاد خانواده است. چون نهاد خانواده اولین نهادی است که کودک عضو آن می‌شود و بیشتر وقت خود را در آن می‌گذراند، طبیعتاً باید اثر خانواده بر کودک بیشتر از اثر نهادهای دیگر باشد. هم‌چنین به دلیل نفوذ و قدرتی که والدین بر کودک دارند و کودک آنان را منبع رفع نیازهای خود می‌داند، مسلماً عملکردها، رفتارها آنان و دیگر اعضای خانواده و هم‌چنین خود کودک به‌طور متقابل بر آن‌ها موثر است. منظور از بعد واکنش عاطفی در خانواده، به پاسخدهی عاطفی به توانایی اعضای خانواده به طور مناسب در موقعیت‌های هیجانی مثبت و منفی گفته می‌شود (رضازاده، ۱۳۸۶). در تحقیقی که به بررسی ترس از مدرسه، اضطراب و افسردگی و رابطه آن با الگوهای روانی تربیتی خانواده در کودکان دبستانی شهر اصفهان پرداختند، درصد شیوع اختلال اضطرابی در بین دانش‌آموزان دبستانی ۱ درصد و نسبت

www.SID.ir

Archive of SID

جنسی ۲ به ۱ در پسرها در برابر دخترها بود. در این بررسی نیمی از کودکان با اضطراب جدایی، والدین با اختلال اضطرابی یا خلقی داشتند (که یکی از مشخصه‌های آن تکانشی بودن هست) و مشخص شد که فرایندهای تربیتی در اختلال‌های دوران کودکی سهم بالقوه‌ای را بازی می‌کنند (کدخدایی، ۱۳۷۴). در تحقیقی دیگر سهم خانواده در آسیب‌زایی روانی ـ اجتماعی کودکان و نوجوانان کانون اصلاح و تربیت بیش از سهم مدرسه به‌دست آمده بود و بین شکست تحصیلی، تنبیه در مدرسه، تحصیلات والدین، روش‌های تربیتی خانواده، سابقه درگیری مددجویان در مدرسه با آسیب‌زایی روانی ـ اجتماعی مددجویان کانون اصلاح و تربیت در سطح معنا داری ۰/۰۵، روابط معناداری یافت شد (زندی‌پور، ۱۳۸۰).

بااین‌حال، در پژوهش دیگری نشان داده شد که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان اضطرابی و غیراضطرابی (به طور کلی) با ۵ درصد خطا تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (رحمانیان و سپاسی، ۱۳۸۹). کیرکلدی[1]، فرنهام[2] و استیفن[3] (۲۰۱۰) در پژوهشی که به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی رفتارهای وسواس فکری و عملی در کودکان و نوجوانان پرداختند، شیوع اختلال وسواس فکری–عملی در جمعیت بالینی ۱،۲٪ در بین ۲۵۰۰ نوجوان آلمانی تخمین زدند که تفاوتی بین عملکرد شناختی و عملکرد خانواده گروه‌هایی با ویژگی‌های زیاد و کم وسواسی وجود نداشت. در پژوهشی دیگر فقدان گرمای عاطفی و ویژگی‌های اختلال عملکرد خانواده با شدت پایدارتری با اضطراب اجتماعی[4]، به خصوص در تعامل با آسیب‌شناسی روانی پدر و مادر رابطه داشت و نشان داده شد که عوامل پیش‌بینی‌کننده برای تداوم SP از پیش‌بینی کننده‌های اولیه SP متفاوت است. محیط نامساعد خانواده به تنهایی و در تعامل با اختلال‌های والدین با شدت پایدارتری SP را پیش‌بینی می‌کردند (کنپ[5] و همکاران، ۲۰۰۹). تاناکا[6]، راشویچ[7] و اسکارپا[8] (۲۰۰۹) نیز که به بررسی تعارض خانوادگی و

1- Kirkcaldy
2- Furnham
3- Siefen
4- social anxiety (SP)
5- Susanne Knappe
6- Tanaka
7- Raishevich
8- Scarpa

www.SID.ir

Archive of SID

اضطراب کودکی پرداختند، تصریح کردند که تعارض خانوادگی با سطوح بالای اضطراب رابطه دارد.

به‌علاوه قره باغی و وفایی (۱۳۸۸) نیز که به بررسی نقش ارزیابی شناختی کودک از تعارض میان والدین و مقابله هیجان مدار کودک با تعارضات خانواده در سلامت جسمی و روانی–اجتماعی دانش‌آموزان پایه پنجم شهر تهران پرداخته بودند، یافته‌ها نشان‌دهنده رابطه معنادار ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارضات والدین با مقابله هیجان‌مدار کودک (به دو صورت مشغله ذهنی و کناره‌گیری) و هم‌چنین رابطه معنادار این دو متغیر با سلامت جسمی و سلامت روانی–اجتماعی کودک بودند.

بنابراین، خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی است که اعضای آن با هم تعاملات پیچیده عقلانی- عاطفی- اجتماعی- اقتصادی- فرهنگی دارند و بالطبع دارای نگرش‌ها، مسئولیت‌ها و عملکردهایی نسبت به یکدیگر هستند که این امر در تأمین نیازهای همه-جانبه اعضا و در نتیجه سلامت جسمی و روانی آن‌ها سهم مهمی ایفا می‌کند و پژوهش‌ها تا به حال به تأثیر این تعامل پیچیده عقلانی–اجتماعی بر اختلال اضطراب جدایی، وسواس و اضطراب اجتماعی کودکان اشاره کرده است. با این حال، با توجه به وجود پژوهش‌های متناقض و از طرفی، با توجه به این‌که پژوهش‌های صورت گرفته در فرهنگ‌های دیگر بوده است، لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال‌های اضطرابی نظیر هول، اضطراب فراگیر، فوبی، وسواس و اضطراب اجتماعی صورت گرفت.

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای بود. در این پژوهش جامعه کلیه دانش‌آموزان پسر کلاس چهارم و پنجم دبستان شهرستان جهرم و والدین آن‌ها بودند که در سال تحصیلی ۸۷-۸۸ مشغول به تحصیل بودند. در این راستا، ۱۰۷ دانش‌آموز کلاس چهارم و پنجم به‌همراه والدین این دانش‌آموزان از دو دبستان پسرانه در شهرستان به‌طور تصادفی انتخاب شدند. از بین کلیه آزمودنی‌ها ۵/۶ درصد از آن‌ها به‌طور کلی مبتلا به اضطراب

www.SID.ir

Archive of SID

بودند که میانگین میزان اضطراب آن‌ها در مقایسه با گروه غیرمبتلا به‌ترتیب ۲۱/۵۰ و ۱۹/۰۵ بود. به‌علاوه، میزان شیوع هول، اضطراب جدایی، فوبی اختصاصی، اضطراب اجتماعی، وسواس و اضطراب فراگیر به‌ترتیب ۵/۶، ۲۰/۵۶، ۱۰/۲۸، ۱/۸، ۹/۳۴ و ۳/۷ بود.

در این پژوهش با توجه به این‌که تهیه لیستی از تمامی دانش‌آموزان پسر کلاس چهارم و پنجم دبستانی شهرستان جهرم امکان‌پذیر نبود، از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. به‌عبارت دیگر از بین کلیه نواحی آموزش و پرورش استان فارس، شهرستان جهرم انتخاب شد. سپس به‌طور تصادفی دو مدرسه پسرانه از بین کلیه مدارس پسرانه انتخاب شدند. در مدرسه پسرانه اول از بین دو کلاس چهارم و دو کلاس پنجم به‌طور تصادفی یک کلاس چهارم و یک کلاس پنجم انتخاب شدند. در مدرسه پسرانه دوم نیز از بین چند کلاس چهارم و پنجم دو کلاس پنجم به‌طور تصادفی گزینش شدند. پس از مراجعه به آن مدارس با همکاری مدیر، ناظم و معلمان کلاس‌های مربوطه از دانش‌آموزان آزمون به‌عمل آمد، سپس با راهنمایی معلمان آزمونی نیز در اختیار والدین این دانش‌آموزان قرار گرفت و مفاهیم و جملات نامفهوم کلمه به کلمه توضیح داده شد و جهت جلب رضایت دانش‌آموزان به انجام پژوهش به آن‌ها گفته شد که «نتایج پژوهش به اطلاع‌شان رسانده خواهد شد و نیازی نیست که کسی اسم خود را روی پرسشنامه‌ها بنویسد» و جهت جلب اعتماد معلمان و مسئولان مدارس مجوزی رسمی از طرف آموزش و پرورش به آن‌ها داده شد و پس از توزیع پرسشنامه از طرف پژوهشگر و مسئولان مدارس تمام پرسشنامه‌ها برگردانده شد تا به مرحله تجزیه و تحلیل برسد.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه سنجش خانواده (FAD): ابـزار سنجش خانـواده دارای ۷ ماده و ۶۰ سؤال است که برای سـنجیدن عملکرد خانواده بنابر «الگوی مک‌مستر[2]»، تدوین شـده است و محدودیت سنی نـدارد. مدل مک مستر در نتیجه تحقیقات اپستین، بیشاپ و لوین[1] (۱۹۸۳) بر آن دسته از ابعاد کارایی خانواده متمرکز شـد که بیشترین تأثیر را بر سلامت جسمی و

1- Family Action device
2- McMaster Model
3- Epstien, Bishop & Levin

www.SID.ir

Archive of SID

عاطفی اعضای خانواده نشان می‌داد که دارای ابعاد حوزه وظایف اساسی، حوزه وظایف رشدی و حوزه وظایف غیرمترقبه می‌باشد. طراحان به‌وسیله این ابعاد برای حوزه‌های عمده عملکرد خانواده شش بعد را در نظر گرفتند که روی یک پیوستار مؤثر تا غیرمؤثر اندازه‌گیری می‌شود و این ابعاد عبارتند از: حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، واکنش عاطفی، مشارکت عاطفی و مهار رفتار. در این پژوهش فقط از بعد واکنش عاطفی در خانواده استفاده شد و نمره این بعد در سؤالات (۵و ۹و ۱۹و ۲۸و ۳۵و ۴۹و ۵۷و ۳۹) مقیاس FAD می‌باشد و میزان توانایی اعضای خانواده را در بروز احساسات آسایش و اضطراری متناسب با موقعیت می‌سنجد. به‌علاوه، این ابزار متشکل از عباراتی است که خانواده آزمودنی را توصیف می‌کند و آزمودنی با خواندن هر عبارت میزان هماهنگی خصوصیات توصیف شده را با خانواده خود روی مقیاس چهار طبقه‌ای لیکرت به‌صورت «کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم» مشخص می‌نماید. برای نمره‌گذاری مقیاس FAD به هر سؤال بین ۴-۱ نمره «یک کاملاً موافقم تا چهار کاملاً مخالفم» داده می‌شود و به‌عباراتی که تـوصیف‌کننده عملکرد ناسالم هستند، به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده عملکرد ناسالم خانواده و نمرات پایین نشان‌دهنده عملکرد سالم‌تر است (رضازاده، ۱۳۸۶). ابزار سنجش خانواده پس از تهیه توسط اپستین و همکاران در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا شد و دامنه ضریب آلفای زیرمجموعه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ به‌دست آمد که نشان می‌دهد این پرسشنامه از همسانی درونی خوبی برخوردار است. میلر و بیشاب و اپستین ۱۹۹۰ در پژوهشی تحت عنوان ویژگی‌های روان‌سنجی FAD گزارش دادند که اعتبار و پایایی آزمون مورد تائید است و FAD از ویژگی‌های زیر برخوردار است: (۱) پایایی کافی؛ (۲) روایی بالا؛ (۳) همبستگی پایین با محبوبیت اجتماعی؛ (۴) همبستگی متوسط با سایر معیارهای خودسنجی؛ (۵) قدرت تمایزسازی خانواده‌های سالم و ناسالم (رضازاده، ۱۳۸۶). طبق بررسی رضازاده (۱۳۸۶) در ایران ضرایب آلفای محاسبه شده برای خرده مقیاس حل مشکل ۰/۶۸، ارتباط ۰/۶۳، نقش‌ها ۰/۷۱، واکنش عاطفی ۰/۵۷، مشارکت عاطفی ۰/۷۹، مهار رفتار ۰/۴۸ و برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای بعد عملکرد کلی ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

www.SID.ir

Archive of SID

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس: مقیاس اضطراب کودکان اسپنس[1] به‌منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان بر اساس طبقه بندی تشخیصی و آماری DSM-IV به صورت دو پرسشنامه مجزا مختص کودک و والدین ساخته شده است و هر پرسشنامه شامل ۳۸ گویه هست که نمره کلی آزمون و هر یک از عامل‌ها از میانگین نمرات دو پرسشنامه کودک و والدین برای هر کودک حاصل می‌شود و برای طیف سنی ۸ تا ۱۲ سال استفاده می‌شود. دانش‌آموزان و والدین هر گویه را مطالعه کرده و میزان موافقت خود را بر اساس میزان حالات کودک بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌کنند. مقیاس اندازه‌گیری این ابزار، طبقه‌ای مرتب شده است که از «هرگز» تا «همیشه» تغییر می‌کند و تعبیر و تفسیر نمره‌های اضطراب دانش‌آموزان مورد مطالعه، هم می‌تواند به صورت کمی وهم مقوله‌ای انجام گیرد. اجرای سیاهه به‌صورت فردی و گروهی امکان‌پذیر است. عامل‌های مورد نظر نشانگان مرتبط با اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، اختلال وسواسی جبری، اختلال هول (پانیک)، اختلال اضطراب فراگیر و فوبی اختصاصی هستند. گفتنی است عنوان اختلال در هر خرده‌مقیاس به نمره‌ای اطلاق می‌شود که بیش از دو انحراف معیار بالاتر از میانگین باشد (انیسی، ۱۳۸۷). فرم اولیه مقیاس در کشور استرالیا در سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ طی دو مطالعه بزرگ ملی، تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی برای ۶ عامل مورد نظر در طیف سنی ۸ الی ۱۲ سال و ۷ الی ۱۹ سال به اثبات رسیده است. هم‌چنین در کشورهای هلند، بلژیک، آلمان، ژاپن، استرالیا، نیوزیلند و انگلستان استاندارد شده و روایی و پایائی بالایی را برای آن گزارش شده است (موسوی، ۱۳۸۶). عامل‌های مورد نظر این مقیاس در ایران توسط موسوی (۱۳۸۶) برروی۴۵۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر هنجاریابی شده است و میزان روایی این آزمون ۰/۹۷ برآورد شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، هول (پانیک)، فوبی اختصاصی و وسواس به‌ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۹، ۰/۷۵/۷۲، ۰/۶۵ و ۰/۶۲ برآورد شد و اعتبار آزمون جهت برآورد اضطراب به‌طور کلی ۰/۸۹ به‌دست آمد. در نسخه والدین مقیاس اضطراب اسپنس، روائی همگرایی آن با مقیاس

1- Spence Anxiety scale

www.SID.ir

Archive of SID

تجدیدنظرشده اضطراب مانیفست کودکان سنجیده شد که به‌طور معناداری همبستگی داشته‌اند (r=۰/۷۱). روایی افتراقی مقیاس نیز با پرسشنامه افسردگی کودکان سنجیده شد که همبستگی پایین و کمی بدست آمد. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار باز آزمایی مقیاس به مدت ۶ ماه ۰/۶ به‌دست آمد (موسوی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، طبیعی بودن منحنی داده‌ها را تایید نمود و تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها در جدول (۱) آمده است. با نگاهی به جدول (۱) متوجه می‌شویم که میانگین واکنش عاطفی در خانوادهٔ کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی نسبت به کودکان غیر مبتلابیشتر است.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی میزان واکنش عاطفی درخانواده در هریک از گروه‌های اختلال اضطرابی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب کلی	غیرمبتلا	۱۰۱	۱۹/۶۱	۳/۶۷۷
	مبتلا	۶	۲۱/۸۳	۲/۷۱۴
هول	غیرمبتلا	۱۰۰	۱۹/۶۷	۳/۶۴۴
	مبتلا	۶	۲۰/۸۳	۴/۰۲۱
اضطراب جدایی	غیرمبتلا	۸۵	۱۹/۵۹	۳/۷۶۲
	مبتلا	۲۲	۲۰/۳۲	۳/۲۲۸
فوبی اختصاصی	غیرمبتلا	۹۶	۱۹/۶۶	۳/۶۹۳
	مبتلا	۱۱	۲۰/۴۵	۳/۳۸۷
اضطراب اجتماعی	غیرمبتلا	۱۰۵	۱۹/۶۹	۳/۶۷
	مبتلا	۲	۲۲/۵۰	۰/۷۰۷
وسواس	غیرمبتلا	۹۷	۱۹/۷۱	۳/۷۱۱
	مبتلا	۱۰	۲۰	۳/۲۳۲
اضطراب فراگیر	غیرمبتلا	۱۰۳	۱۹/۷۲	۷۰۹
	مبتلا	۴	۲۰/۲۵	۲/۰۶۲

www.SID.ir

Archive of SID

به‌علاوه، با توجه به جدول (۲) درمی‌یابیم که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا به اختلال اضطراب به‌طور کلی و کودکان غیرمبتلا (p<۰/۰۱؛ t=-۶/۰۵۷) تفاوت معناداری وجود دارد و در نتیجه با ۹۹ درصد اطمینان فرض کلی پژوهش مبنی بر وجود اختلاف معنادار بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال‌های اضطرابی، تأیید می‌شود. همچنین بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا به اختلال‌های هول (p<۰/۰۱؛ t=-۳/۱۹) و اضطراب اجتماعی (p<۰/۰۱؛ t=-۷/۸۵۸) با کودکان غیرمبتلا به اختلال‌های مذکور تفاوت معناداری وجود دارد و در نتیجه با ۹۹ درصد اطمینان فرض پژوهشی جزئی اول و چهارم مبنی بر وجود اختلاف معنادار بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا به (به‌ترتیب) اختلال هول و اضطراب اجتماعی با کودکان غیرمبتلا به اختلالات مذکور، تأیید می‌شود. به‌علاوه، بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به فوبی (p<۰/۰۵؛ t=-۲/۱۰۶) تفاوت معناداری یافت شد و با ۹۵ درصد اطمینان فرض پژوهشی سوم مبنی بر وجود اختلاف معنادار بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به فوبی تأیید می‌شود ولی بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا به اضطراب جدایی، وسواس و اضطراب فراگیر با کودکان غیرمبتلا به آن تفاوت معناداری وجود ندارد و فرض پژوهشی دوم، پنجم و ششم مبنی بر وجود اختلاف معنادار بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا به اضطراب جدایی، وسواس و اضطراب فراگیر با کودکان غیر مبتلا به آن با ۵ درصد خطا رد می‌شود.

جدول (۲) مقایسه واکنش عاطفی در خانواده کودکان غیرمبتلا با میانگین گروه مبتلا به اختلال‌های اضطرابی

متغیر	اضطراب کلی	هول	اضطراب جدایی	فوبی	اضطراب اجتماعی	وسواس	اضطراب فراگیر
t	-۶/۰۵۷*	-۳/۱۹*	-۱/۷۹۴	-۲/۱۰۶**	-۷/۸۵۸*	۰/۷۶۶	-۱/۴۵۵
درجه آزادی	۱۰۰	۱۰۰	۸۴	۹۵	۱۰۴	۹۶	۱۰۲

**p<۰/۰۵ , *p<۰/۰۱

www.SID.ir

Archive of SID

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه اهمیت خانواده در شکل گیری شخصیت و منش کودکان و در نتیجه سلامت فرد و جامعه، هدف از پژوهش حاضر مقایسه واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال‌های اضطرابی بود. برخلاف استالرد[1] و همکارانش (۲۰۰۴) که بیان نمودند ابتلای والدین به اختلال‌های روانی (که طبیعتاً در واکنش عاطفی در خانواده آن‌ها اختلال به‌وجود می‌آورد) اثری بر کودکان ندارد، یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیر مبتلا به اضطراب کلی تفاوت وجود دارد. در تبیین این مطلب می‌توان گفت احتمالاً عوامل پیش‌بینی‌کننده برای تداوم اضطراب از پیش‌بینی‌کننده‌های اولیه آن متفاوت است و این مطلب مهر تأییدی است بر پژوهش‌های قبلی (کدخدایی،۱۳۷۴؛ فیروز صمدی،۱۳۸۰) که نشان داده بودند، واکنش عاطفی در خانواده بر اختلال‌های رفتاری دانش آموزان به خصوص اضطراب و افسردگی آنان تأثیر دارد. به‌عبارت دیگر تغییر در تحقق تکالیف خانواده که توسط اعضاء زیر منظومه‌های آن صورت می‌پذیرد، ممکن است با پیشگیری یا ابتلاء به اختلال اضطرابی در کودکان پسر خانواده همراه باشد.

به‌علاوه، یافته‌های این پژوهش نشان دادند که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا به اختلال هول و کودکان غیرمبتلا به آن تفاوت وجود دارد. همان‌طور که پژوهش‌های گذشته نشان داده بودند که شیوع اخـتلال هول در خانواده‌هایی که واکنش عاطفی در آن ها زیاد است (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۰) به نظر می‌رسد واکنش تند عاطفی اعضای خانواده با یکدیگر برای کودکان در سنین پایین به عنوان منابع اجتماعی اضطراب‌زای بسیار قوی عمل می‌کند که در صورت وجود عوامل وراثتی منجر به بروز یا تشدید اختلال هول در آنان می‌شود.

برخلاف نتایج تحقیقات کدخدایی (۱۳۷۴) که بیان نموده بود واکنش عاطفی در خانواده بر اختلال اضطراب جدایی و تـرس از مدرسه موثر است، یافـته‌های این پژوهش

1- Stallard

www.SID.ir

Archive of SID

نیز نشان دادند که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اضطراب جدایی تفاوتی وجود ندارد. در تبیین این مطلب، همان‌طور که کاپلان و سادوک (۱۳۹۰) در این زمینه بیان نمودند ویژگی‌هایی همچون محبت زیاد و به‌هم پیوستگی زیادی که در بین اعضای خانواده چنین کودکانی دیده می‌شود، مجالی برای واکنش‌های تند عاطفی دربین اعضای خانواده آنان باقی نمی‌گذارد و باعث می‌شود که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اضطراب جدایی تفاوتی یافت نشود.

برخلاف تحقیقات رادال و همکارانش (۱۹۹۵) که بیان نمودند بین ترس از دندان پزشکی (که جزئی از ترس از آسیب‌های جسمانی هست) با ویژگی‌های خانوادگی کودکان رابطه‌ای وجود ندارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به ترس از آسیب جسمانی تفاوتی وجود ندارد. در تبیین این مطلب می‌توان گفت ابتلا به اختلال فوبی اختصاصی نیاز به استعدادی نامعین و عام به پیدا کردن احساس ترس یا اضطراب دارد و احتمالاً عوامل دیگری ممکن است در بروز این اختلال تأثیر داشته باشند.

علاوه بر این همان‌طور که کنپ و همکارانش (۲۰۰۹) بیان نمودند محیط نامساعد خانواده به تنهایی و در تعامل با اختلال‌های والدین با شدت پایدارتری اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند، یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد. به‌عبارت دیگر توانایی اعضای خانواده در کنترل هیجانات مختلف خود متناسب با موقعیت، محیط امنی را ایجاد می‌کند که در آن کودکان می‌توانند به راحتی مهارت‌های اجتماعی را فراگیرند و این باعث جلوگیری از افکار و رفتارهای ناکارآمدی می‌شود که منجر به بروز یا تداوم اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند و برعکس عدم کنترل هیجانات مختلف متناسب توسط اعضای خانواده محیط آسیب زایی برای ابتلای کودکان به اضطراب اجتماعی را فراهم می‌نماید.

www.SID.ir

Archive of SID

به‌علاوه، پژوهش حاضر نشان داد که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به وسواس تفاوتی وجود ندارد که این نتیجه مؤید پژوهش‌های کیرکلدی، فرنهام و استیفن (۲۰۱۰) است که بیان نمودند واکنش عاطفی در خانواده بر اختلال وسواس کودکان اثری ندارد.

یافته بعدی نشان داد که بین واکنش عاطفی در خانواده کودکان مبتلا و غیرمبتلا به اضطراب فراگیر تفاوتی وجود ندارد. در تبیین این مطلب می‌توان گفت کودکان دبستانی در برابر تعارضات والدین و عملکرد نامطلوب خانواده به‌صورت هیجان‌مدار–مشغله ذهنی برخورد می‌کنند (قرباغی و وفایی، ۱۳۸۸) و در صورتی که تعارضات والدین طول بکشد کودک عادت می‌کند که مسائل دیگری که با آن روبه‌رو می‌شود به‌صورت مشغله ذهنی برخورد کند که این امر منجر به ابتلای وی به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود.

با توجه به محدودیت موجود در این پژوهش پیرامون نداشتن مجوز لازم جهت بررسی مسایل جزئی موجود در خانواده دانش آموزان، و شناسایی هویت خانوادگی آنان، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، متغیرهای مختلف بیشتری همچون تعداد اعضای خانواده، ارتباط با دیگر خانواده‌ها و مراکز خواسته یا ناخواسته بودن کودک و... بررسی شود. هم‌چنین می‌توان در پژوهش‌های آینده اثر دیگر خصوصیات خانوادگی را بر اختلال‌های اضطرابی کودکان و دیگر اختلال‌ها بررسی کرد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از خدای منان که به ما این لطف را مرحمت نمود تا با همکاری مسئولان آموزش و پرورش، مدیر، ناظم و معلمان کلاس‌های چهارم و پنجم مدارس پسرانه شهرستان جهرم این نسخه را به پایان برسانیم.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۰۹
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۰۱

www.SID.ir

Archive of SID

منابع

اعزازی، شهلا (۱۳۸۰). **جامعه‌شناسی خانواده: با تأکید بر نقش، ساختار و کارکرد در دوران معاصر**. تهران: روشنگران و مطالعات زنان. ۱۳۲-۱۳۷.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). **متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-IV-TR**. ترجمه محمدرضا نیکخو و هاماياچ آوادیس یانس. انتشارات سخن. چاپ چهارم ۱۳۸۸.

انیسی، جعفر (۱۳۸۷). **مقیاس اضطراب کودکان اسپنس**. تهران: شرکت آزمون یار پویا.

رحمانیان، زاهده و سپاسی، میترا (۱۳۸۹). **مقایسه عملکرد خانواده کودکان پسر اضطرابی و غیراضطرابی کلاس چهارم و پنجم شهرستان جهرم**. مجموعه مقالات اولین همایش ملی دانشجویی مدیریت و فناوری‌های نوین در علوم بهداشتی، سلامت و محیط زیست. تهران: کمیته علمی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران.

رحمانیان، زاهده (۱۳۸۹). «رابطه اضطراب و عملکرد خانواده کودکان پسر کلاس چهارم و پنجم شهر جهرم». **خلاصه مقالات اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت**. تهران: کمیته علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

رضازاده، زهرا (۱۳۸۶). مقایسه ابعاد عملکرد خانواده و توانایی ابراز وجود در نوجوانان عادی وبزهکار شهر یزد. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی**. دانشگاه الزهراء.

زندی‌پور، طیبه (۱۳۸۰). بررسی نقش خانواده و مدرسه در آسیب‌زایی روانی-اجتماعی کودکان و نوجوانان کانون اصلاح و تربیت اهواز. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. دانشگاه الزهرا.

فیروز صمدی، خدیجه (۱۳۸۰). بررسی تأثیر تعارضات خانوادگی در بروز نوع اختلال‌های رفتاری دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تهران. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. دانشگاه الزهرا.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۳۹۰). **خلاصه روان‌پزشکی، علوم رفتاری-روان‌پزشکی**. جلد ۲ و ۳، ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۷).

کد خدایی، مریم (۱۳۷۴). بررسی ترس از مدرسه اضطراب و افسردگی و رابطه آن با الگوهای روانی تربیتی خانواده در کودکان دبستانی شهر اصفهان. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. دانشگاه الزهرا.

www.SID.ir

Archive of SID

موسوی، رقیه. مرادی، علی رضا. مهدوی هریسنی، اسماعیل. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی. **فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا**. ۳(۲)؛ ص: ۷-۲۸.

Fjermestad, Krister W., Storm Mowatt Haugland, Bente, Heiervang, Einar. , Öst, Lars-Göran.(2009). Relationship Factors and Outcome in Child Anxiety Treatment Studies. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 14, 2; 195-214.

Kepley, Hayden O. , Ostrander, Rick.(2007). "Family Characteristics of Anxious ADHD Children, Preliminary Results". *Journal of Attention Disorders*, 10. 3; 317-323.

Kirkcaldy, B.D., Furnham, A.F., Siefen, R.G.(2010). Social, Family and Psychological Predictors of Obsessive-Compulsive Behaviour Among Children and Adolescents. *School Psychology International*, 31, 1 42-59.

Knappe, Susanne, Beesdo, Katja, Fehm, Lydia, Ho¨ fler, Michael, Lieb, Roselind & Wittchen, Hans-Ulrich (2009). Do parental psychopathology and unfavorable family environment predict the persistence of social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 986–994.

Raadal, M., Milgrom, P., Weinstein, P., Mancl, L., Cauce, Am. (1995). The prevalence of dental anxiety in children from low-income families and its relationship to personality traits. *PubMed, U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health*; 74(8) :1439-43.

Stallard, Paul, Norman, Philip, Huline-Dickens, Sarah, Salter, Emma & Cribb, Jan. (2004). The Effects of Parental Mental Illness upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 9, 1: 39-52.

Tanaka, Akiho. , Raishevich, Natoshia. , Scarpa, Angela. (2009). Family Conflict and Childhood Aggression: The Role of Child Anxiety. *Journal of Interpersonal Violence; December 29*. From: http://jiv.sagepub.com/content/early.

wikipedia.(19.10,2009). (wikimedia foundation inc.Alik License) From: http://en.wikipedia.org.

www.SID.ir