Journal of Research in Psychological Health

March 2020, Volume 13, Issue 4

Investigating the Causes of Generalized Anxiety Disorder in Preschool Children from the Perspective of Behavioral Scientists

Hadi panahi[1], Firouzeh Ghazanfari[2*], Simin Gholamrezaee[3], Masoud Sadeghi[3], Mohamad Ali Sepahvandi[3]

1.Ph.D. Student, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, lorestan, Iran

2.(Corresponding Author). Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, lorestan, Iran*

3.Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, lorestan, Iran

4. Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, lorestan, Iran

Citation: Panahi H, Ghazanfari F, Borjali A, Gholamrezaee S, Sadeghi M, Sepahvandi M. Investigating the Causes of Generalized Anxiety Disorder in Preschool Children from the Perspective of Behavioral Scientists. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 13 (4), 52-72. [Persian].

Key words:
Generalized anxiety, Child, Preschool, Tehran

Highlights

The most important factors in the development of generalized anxiety disorder is the lack of necessary training and the lack of treatment for the problems and disorders of the child and parents.

Abstract

Anxiety disorders are one of the most common childhood disorders, and generalized anxiety disorder is especially important because of the symptoms that underlie many anxiety disorders. The present study was conducted using a grounded theory approach to investigating the causes of generalized anxiety disorder in preschool children. 19 psychologists and psychiatrists were selected by purposeful sampling and data were collected through semi-structured and interactive interviews to reach information saturation. The result of these interviews was a collection of basic themes that were collected through open coding process and then categories were extracted from them. Then in axial coding stage, a link was established between the categories and the selected coding stage was performed. In this study causal conditions of generalized anxiety disorder were categorized into genetics, child mood, parental problems/ disorders, child problems/disorders, inappropriate parenting, problems with other attachment objects (except parents) and inappropriate preschool conditions (Behavior of officials and trainers of preschool center). Economic problems were mentioned at core category or phenomenon. Context conditions included pregnancy/ birth conditions, problems related to family atmosphere, the impact of media and social networks, other child/ peer issues and social problems. Positive outcomes were the prevention and treatment of generalized anxiety disorder, and negative outcomes were the suffering from this disorder and its symptoms.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]

[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

بررسی علل پدیدایی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان پیش‌دبستانی از منظر متخصصان علوم رفتاری

هادی پناهی[۱]، فیروزه غضنفری[۲*]، سیمین غلامرضایی[۳]، مسعود صادقی[۳]، محمدعلی سپهوندی[۳]

۱.دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان

۲.(نویسندهٔ مسئول). گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان firoozeh.ghazanfari@yahoo.com

۳.گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان

۴.گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان

تاریخ دریافت
۱۳۹۷/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش
۱۳۹۸/۱۲/۲۶

واژگان کلیدی
اضطراب تعمیم‌یافته، کودک، پیش‌دبستانی

یافته‌های اصلی

مهم‌ترین عوامل در پدیدایی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، نبود آموزش‌های لازم و درمان نکـردن مشکلات و اختلالات کودک و والدین است.

چکیده

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی هستند و به‌طور مشخص، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته به دلیل علائمی که اساس بسیاری از اختلالات اضطرابی قرار می‌گیرند، از اهمیت بسیاری برخوردار است. براساس طرح رویکرد نظریه زمینه‌ای، نوزده روان‌شناس و روان‌پزشک با روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و تعاملی تا رسیدن به اشباع اطلاعات گردآوری شدند. حاصل این مصاحبه‌ها، مجموعه‌هایی از مضامین اولیه بود که طی فرایند کدگذاری باز، گردآوری و از درون آن‌ها مقوله‌هایی استخراج شد. سپس در مرحلهٔ کدگذاری محوری، پیوند میان مقوله‌ها برقرار شد و در ادامه، مرحلهٔ کدگذاری انتخابی صورت گرفت. در این پژوهش شرایط علی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته به موارد ژنتیک، خلق‌وخوی کودک، مشکلات/ اختلالات والدین، مشکلات/ اختلالات کودک، فرزندپروری نامناسب، مشکلات سایر چهره‌های دل‌بستگی (به‌جز والدین) و شرایط نامناسب مرکز پیش‌دبستانی (رفتار مسئولین و مربیان مرکز پیش‌دبستانی) تقسیم می‌شود. در پدیدهٔ محوری به عدم آموزش و درمان مناسب اشاره شده است. عوامل مداخله‌گر عبارت‌اند از: مسائل و مشکلات اقتصادی و شرایط زمینه‌ای شامل شرایط زمان بارداری/ تولد، مشکلات مربوط به جو خانواده، تأثیر رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، مسائل مربوط به کودکان دیگر/ همسالان، مسائل و مشکلات اجتماعی. پیامد مثبت به‌صورت پیشگیری و درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و پیامد منفی، ابتلا به این اختلال و علائم آن است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]

[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

مقدمه

اختلالات اضطرابی بین شایع‌ترین، مختل‌کننده‌ترین و پایدارترین شرایطی قرار دارند که در دوران کودکی آغاز می‌شوند (۱-۶) و پیش‌بینی‌کنندهٔ انواعی از اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی (۷، ۸) نوجوانی (۹، ۱۰) و بزرگسالی (۱۱، ۱۲) هستند. به‌واسطهٔ چنین اهمیتی، از اختلالات اضطرابی به‌عنوان «اختلال دروازه»[۱] نام برده‌اند؛ بدین معنی که فردی که در کودکی به این اختلالات مبتلا شده باشد، احتمال اینکه در ادامه زندگی به سایر اختلالات دچار شود، بیشتر است (۱۳). علاوه بر این بسیاری از بزرگسالان مبتلا، گزارش کرده‌اند که اضطرابشان از کودکی آغاز شده است (۱۴، ۱۵). یکی از مهم‌ترین اختلالات اضطرابی که ۱درصد کودکان و ۳ درصد نوجوانان را مبتلا می‌کند، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته (GAD[۲]) است (۱۶). اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اضطراب و نگرانی افراطی در مورد چند رخداد است که میزان این اضطراب و نگرانی تناسبی با احتمال واقعی رخ دادن رویداد موردنظر ندارد. در این اختلال، کنترل نگرانی و افکار نگران‌کننده برای فرد دشوار است. محتوای این نگرانی‌ها با توجه به سن فرد می‌تواند متفاوت باشد. کودکان مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، در مورد شایستگی یا چگونگی عملکرد خود بسیار نگران هستند و این نگرانی حتی زمانی که عملکردشان توسط دیگران ارزیابی نشود، وجود دارد. نگرانی این کودکان می‌تواند در مورد وقت‌شناسی، فجایعی چون زلزله یا جنگ نیز باشد. احتمال اینکه این کودکان، کمال‌گرا و دنباله‌رو بوده و اعتمادبه‌نفس پایینی داشته باشند، وجود دارد. آن‌ها ممکن است به دوباره انجام دادن یک تکلیف مبادرت ورزند تا از انجام کامل آن اطمینان یابند. معمولاً اطمینان‌طلبی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته برجسته بوده، برای مسائلی که در موردشان نگرانی دارند اطمینان‌طلبی و تأییدجویی می‌کنند (۱۷).

درحالی‌که برخی تشخیص‌گذاری اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در سنین پیش‌دبستانی را مورد تردید قرار داده‌اند، اما این تشخیص در کودکان پیش‌دبستانی، از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی به حساب می‌آیند (۱۸). اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در نسخهٔ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) به شیوه‌ای ظاهراً متناقض بیان شده است (۱۷)؛ بدین معنی که بزرگسالانی که با این اختلال تشخیص‌گذاری شده‌اند، بیان نموده‌اند که تمام زندگی‌شان احساس اضطراب می‌کرده‌اند. اما شروع این اختلال در نوجوانی به‌ندرت اتفاق می‌افتد. این تناقض بیان می‌دارد که یا شروع اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در پیش از نوجوانی به‌ندرت به وقوع می‌پیوندد، یا اینکه شروع این اختلال در ابتدای کودکی نیز رایج است اما تشخیص آن در چنین سنی به دلیل چالش‌های رشدی، دشوار است. بررسی ایگر و همکاران (۱۹) روی کودکان ۲ تا ۵ ساله نشان داد که ثبات تشخیص این اختلال در این سنین پایین است. یکی از چالش‌های رشدی در تشخیص پایین این اختلال این است که انواع نگرانی موردنیاز در معیار اول تشخیصی این اختلال، ممکن است با معیارهای تشخیصی جوانان و بزرگسالان متفاوت باشد. کودکان ممکن است به‌جای نشخوار فکری در مورد انواعی از نگرانی، اطمینان‌طلبی افراطی داشته باشند (۲۰). همچنین سن پایین آن‌ها و وابستگی آن‌ها به مراقبان ممکن است افتراق نگرانی‌های آن‌ها از اضطراب جدایی را دشوار سازد (۲۱). علت دیگر اینکه کمتر به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان سنین پایین پرداخته‌شده است این است که این کودکان به این دلیل که کمتر در محیط خارج از خانواده مانند مدرسه قرار می‌گیرند و اینکه در محیط کار قرار نمی‌گیرند، نگرانی‌شان بیشتر روی خانواده و همسالان معطوف است. به‌علاوه تعداد ملاک‌های تشخیصی موردنیاز در معیار اول تشخیصی، ممکن است در مقایسه با بزرگسالان کمتر باشد. کودکان کم‌سن در محیط‌های اجتماعی کوچک‌تری زندگی می‌کنند بنابراین ممکن است در مقایسه با جمعیت دارای سن بالاتر، تعداد نگرانی‌های کمتری داشته باشند (۲۲, ۲۳). همچنین شرینگا بیان می‌دارد که تشخیص زودهنگام اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان سنین پایین به فن ارزیابی بستگی داشته، بسیار حیاتی است (۲۴).

[۱] Gateway Disorder
[۲] Generalized Anxiety Disorder

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

پرداختن به علل پدیدایی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در سنین کودکی، از جهات مختلف دارای اهمیت است. مسئلهٔ اول اینکه شروع زودهنگام مشکلات درونی‌سازی ممکن است آن‌ها را تبدیل به مشکلاتی مختل‌کننده و مزمن کند (۲۵). به‌علاوه ابتدای کودکی زمان مناسب‌تری برای پیشگیری یا مداخله زودهنگام پیش از ورود به مدرسه است (۲۶-۲۸). همچنین پژوهش‌های مختلف در ایران، شیوع بالای اضطراب و به‌طور مشخص اختلال اضطراب تعمیم‌یافته را در سنین پیش‌دبستانی و سنین مدرسه گزارش کرده‌اند. در پژوهشی که در شهر قروه انجام شده، شیوع اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان ۱۰ درصد گزارش شده است (۲۹). همچنین شیوع اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز، ۵۴ درصد گزارش شده است (۳۰). به‌علاوه مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۵ میلادی نشان داد که شیوع انواعی از اختلالات اضطرابی در شهرهای مختلف ایران در کودکان و نوجوانان، گستره‌ای از ۶/۸ درصد در سراوان تا ۸۵ درصد در بندرعباس را در برمی‌گیرد (۳۱).

پیشینهٔ پژوهشی عوامل به‌وجودآورنده اختلال اضطراب تعمیم‌یافته به‌طور مجزا عوامل مختلفی را موردبررسی قرار داده است. در این راستا در پژوهشی، نشان داده شده است که تعارض و سردرگمی مادر در مقابل کودک ۲ تا ۶ ساله می‌تواند با افزایش مشکلات اضطرابی در کودکان همراه باشد؛ درحالی‌که حساس بودن، پاسخگو بودن و در دسترس بودن مادر، با اضطراب کودک رابطهٔ منفی معنادار دارد (۳۲). در پژوهشی دیگر گزارش شده است که تعارض مادر-کودک پیش‌بینی‌کنندهٔ مثبت نشانه‌های اضطرابی به‌ویژه اضطراب تعمیم‌یافته، اضطراب اجتماعی و ترس از جراحت‌های جسمانی است. همچنین، وابستگی مادر-کودک پیش‌دبستانی، پیش‌بینی‌کنندهٔ مثبت نشانه‌های اضطرابی، به‌خصوص اضطراب جدایی است (۳۳).

پژوهش دیگری که در ایران به بررسی علل اضطراب پرداخته، با بررسی اضطراب کودکان دبستانی نشان داده است که بین تاریخچهٔ بیماری ارثی و اضطراب کودکان دبستانی دزفول رابطه وجود دارد؛ درحالی‌که در این پژوهش رابطه‌ای بین اضطراب و سطوح تحصیلی آن‌ها پیدا نشد (۳۴). پژوهش دیگری نشان داد که بین دوسوگرایی هیجانی مادران، با اضطراب کودکان رابطه وجود دارد (۳۵).

پژوهشی دیگر نشان داد که کودکانی که از والدین مضطرب زاده می‌شوند، تا هفت برابر بیشتر احتمال دارد که به اختلال اضطرابی مبتلا شوند تا کودکانی که والدینشان به اختلالات اضطرابی مبتلا نیستند (۳۶). همچنین نشان داده شده است که والدین کودکان مضطرب نیز دو برابر بیشتر از والدین کودکانی که مضطرب نیستند به اختلالات اضطرابی مبتلا هستند (۳۷). هم‌راستا با این پژوهش‌ها، انواعی از مطالعات نشان داده‌اند که کودکان والدینی که اختلالات اضطرابی دارند، میزان بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند (۳۶، ۳۸-۴۰) و والدین کودکان مضطرب نیز اضطراب بیشتری را نسبت به جمعیت عمومی نشان می‌دهند(۳۷، ۴۱).

پژوهشی به نقش خانواده و تأکید آن‌ها بر چگونگی «حل مسئله» کودکان در اضطراب بالینی آن‌ها اشاره کرده است. این پژوهش نشان داده است که والدین کودکان مضطرب، بیشتر افرادی اجتنابی هستند، درحالی‌که والدین کودکانی که از لحاظ بالینی مضطرب نبودند، به برنامه‌های اجتماعی کودکشان گوش فرا داده و با آن‌ها موافق بودند (۴۲).

مدل اختلالات اضطرابی بارلو[1] بر نقش کنترل‌پذیری و ادراک کمبود کنترل بر تهدیدات بیرونی (برای مثال رخدادها، اشیا یا موقعیت‌های ترس‌آور) و درونی (برای مثال انگیختگی فیزیولوژیکی) در سبب‌شناسی و ابراز بعدی اضطراب، تأکید می‌کند (۴۳). در حمایت از مدل بارلو، گزارش شده است که ادراک کنترل کمتر بر تهدیدات بیرونی و درونی با خودگزارشی‌های اضطراب در بزرگسالان مرتبط بوده و افرادی که اختلالات اضطرابی داشتند، نسبت به افرادی که به اختلالات اضطرابی مبتلا نبودند، ادراک کنترل کمتری بر این تهدیدات داشتند (۴۴).

متاآنالیزی مشخص کرده است که آمریکایی‌ها به سمت سطوح بالاتری از اضطراب تغییر مسیر داده‌اند. در این پژوهش، نمونه‌های کودکان، تقریباً یک انحراف معیار کامل

[1] Barlow

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

بین سال‌های ۱۹۵۲ تا ۱۹۹۳ افزایش در اضطراب نشان داده بودند. این پژوهش به خاطر همبستگی اضطراب با شاخص‌های اجتماعی (مانند نرخ طلاق و جرم)، دلیل افزایش اضطراب در جامعه را کاهش ارتباطات اجتماعی و افزایش خطرات محیطی در نظر گرفت. همچنین این پژوهش نقش عوامل اقتصادی را کمرنگ می‌داند (۴۵). برخی پژوهش‌ها نیز کنترل والدی را در سبب‌شناسی اضطراب کودکی مورد بحث و تأیید قرار دادند (۴۶-۵۲). پژوهشی دیگر بیان می‌کند که کودکانی که از والدین مضطرب متولد شده‌اند، احتمال بیشتری دارد که مضطرب باشند؛ هرچند مکانیسم این رابطه را نامشخص می‌داند. این پژوهش عنوان می‌کند که والدین مضطرب ممکن است اضطراب کودکانشان را از طریق سبک تعامل خاصی چون محافظت بیش‌ازاندازه و کنترل افراطی، تشدید کنند (۵۳).

در پژوهشی دیگر چهار عامل خانوادگی را در اضطراب کودکان دخیل دانسته‌اند: دل‌بستگی، ابعاد عملکرد خانواده، روش‌های فرزندپروری و باورهایی که والدین در مورد کودکشان دارند (۵۴، ۵۵). در سال ۲۰۰۸ نیز در مقاله‌ای به نقش پدر در سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان اضطراب کودک اشاره و به رابطه و دل‌بستگی پدر و کودک و نقش آن و همچنین اثر غیرمستقیم پدر در اضطراب کودک پرداخته شده است (۵۶).

در سال ۲۰۱۱، مقاله‌ای مروری به بررسی آسیب‌شناسی نگرانی در اختلال اضطراب تعمیم‌یافته پرداخت. این پژوهش پس از پرداختن به بررسی تفاوت اضطراب با توجه به سن و جنس افراد، نشان داد که عوامل خلق‌وخو، شناخت، تنظیم هیجانی و فرزندپروری، در ایجاد و تداوم نگرانی و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان دخیل هستند (۵۵).

در پژوهشی دیگر به بررسی مدل خطر بوم‌شناختی[1] در اضطراب اولیهٔ کودکی پرداخته شده و عوامل بوم‌شناختی را در سه سطحِ ۱) مربوط به کودک، ۲) مربوط به مادر و ۳) مربوط به خانواده/ جامعه مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش نشان داد که تمامی این سطوح با اضطراب کودک رابطه دارند (۵۷). پژوهشی دیگر نشان داد که نگرانی و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، به‌وسیلهٔ عوامل بیولوژیکی، تحولی، مزاجی و آسیب‌پذیری‌های بین‌فردی ایجاد شده یا تداوم می‌یابد (۵۸). مطالعه‌ای نشان داده است که افکار مثبت و منفی کودکان در ارتباط با محرک‌های مبهم، شرایط اضطرابی را تبیین می‌کنند. همچنین در این پژوهش بیان شد که ترس والدین و اضطراب مادران، اضطراب کودکان را پیش‌بینی می‌کند (۵۹). پژوهشی دیگر نشان داد که درآمد خانواده، زمان شروع خواب و اجتناب از خواب، با شدت اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان پیش‌دبستانی رابطه دارد (۵).

مطالعه‌ای نشان داد که کودکانی که با خشونت خانگی مواجه شده بودند، بیشترین میزان ناسازگاری اجتماعی را در مقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهند. این پژوهش همچنین اظهار داشت که این کودکان، کمترین میزان دسترسی‌پذیری هیجانی (EA[2]) را نشان می‌دهند (۵۴). در یک پژوهش کیفی (۶۰) نشان داده شد که درک والدین از تأثیر اضطرابشان بر فرزندان بسیار متفاوت است. در پژوهش مذکور، اکثر والدین ارتباط مستقیمی بین علائمشان و کیفیت زندگی فرزندان مشاهده نمی‌کردند. همچنین والدین به‌خوبی از فرصت‌های مربوط به کمک‌های حرفه‌ای برای فرزندان آگاه نبوده و مداخلاتی را که بر والدین تمرکز می‌کنند، بر مداخلاتی مثل آموزش روانی که تمرکزشان بر کودکان است، ترجیح می‌دادند. موانع شرکت کردن در پژوهش‌های پیشگیرانه نیز مسائلی چون مشغله بسیار، شرم و داغی که ممکن است دیگران به آن‌ها بزنند و همچنین عدم درک ضرورت چنین مداخله‌ای بود.

ازآنجاکه با توجه به شرایط متفاوت آموزشی- اجتماعی- اقتصادی کشور ایران، نمی‌توان پژوهش‌های انجام‌گرفته در مورد اختلال اضطراب تعمیم‌یافته کودکان پیش‌دبستانی در سایر کشورها را به کودکان ایرانی این سنین تعمیم داد، لذا در زمینهٔ اضطراب تعمیم‌یافته کودکان پیش‌دبستانی خلائی احساس می‌شود. در همین راستا این پژوهش درصدد است

[1] ecological risk model

[2] emotional availability

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

که با جویا شدن نظر روان‌شناسان و روان‌پزشکان کودک در مورد علل اختلال اضطراب تعمیم‌یافته کودکان پیش‌دبستانی، افقی روشن را در برابر والدین و خانواده‌ها، مراکز مرتبط با کودک و سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان جامعه قرار داده، به مدل‌سازی این اختلال در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران بپردازد. بنابراین هدف اصلی این پژوهش، بررسی علل پدیدایی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران از منظر متخصصان علوم رفتاری است.

روش

این پژوهش به شیوهٔ کیفی و با استفاده از رویکرد زمینه‌ای[۱] انجام شده است. بدین طریق که ابتدا با بررسی ادبیات پژوهش، سؤالات نیمه‌ساختاریافته مصاحبه دربارهٔ اضطراب تعمیم‌یافتهٔ کودکان تدوین شد. در این نوع مصاحبه سؤالات در یک راهنمای مصاحبه (۶۱) گنجانده می‌شوند. توالی پرسش‌ها با توجه به فرایند مصاحبه و پاسخ‌ها برای هر فرد متفاوت است اما با استفاده از راهنمای مذکور، داده‌های مشخصی از هرکدام از مصاحبه‌شونده‌ها اخذ می‌شود (۶۲). پس از مشخص کردن سؤالات، جلسات مصاحبه توسط پژوهشگر با متخصصین انجام شده و علل اختلال اضطراب تعمیم‌یافته از نظر این متخصصین استخراج شدند. پیش از انجام مصاحبه‌ها به روان‌شناسان/ روان‌پزشکان گفته شد که صدای آن‌ها ضبط خواهد شد تا موردی از قلم نیفتد و در این مورد از آن‌ها کسب اجازه شد. در مورد اهداف این پژوهش و همچنین محرمانه بودن اطلاعات و هویت آن‌ها نیز توضیحات کافی به متخصصین داده شد. پس از مصاحبه‌ها، تمام مکالمات ضبط‌شده واژه به واژه روی کاغذ پیاده شده و مطالب یادداشت‌شده بار دیگر با اطلاعات ضبط‌شده مطابق داده شدند. سپس متن‌های نسخه‌برداری‌شده مصاحبه‌ها مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

بررسی محتوای مصاحبه‌ها، مفهوم‌سازی و استخراج مقوله‌ها، با استفاده از روش سامانمند انجام گرفت که نظریه‌ای داده‌محور بوده با استفاده از کدگذاری باز،[۲] کدگذاری محوری[۳] و کدگذاری گزینشی[۴] به تحلیل داده‌ها می‌پردازد (۶۳). مراحل کار بدین‌صورت است که ابتدا در مرحلهٔ کدگذاری باز، مفاهیم اولیه و مقوله‌های عمده استخراج می‌شوند. در مرحلهٔ کدگذاری محوری ارتباط بین مقوله‌های عمده تثبیت می‌شود. درنهایت در مرحلهٔ کدگذاری گزینشی، مقولهٔ تحلیلی کلیدی یا مقولهٔ هسته انتخاب یا استخراج می‌شود (۶۴، ۶۵). در پژوهش حاضر، طبقات از پیش مشخص‌شده‌ای مورد استفاده قرار نگرفتند تا طبقات، از درون داده‌های گردآوری‌شده همین پژوهش استخراج شوند. عملیات مذکور با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخهٔ ۱۸,۲,۰ انجام گرفت.

جامعهٔ آماری در این پژوهش، شامل تمام روان‌شناسان و روان‌پزشکان کودک و نوجوان شهر تهران بود. برای نمونه‌گیری در این پژوهش از روش هدفمند و روش نمونه‌گیری همگون[۵] استفاده شد. نمونهٔ همگون گروهی را در برمی‌گیرد که دارای ویژگی‌های مشابه هستند (۶۶). در نمونه‌گیری هدفمند، پژوهشگر به‌صورت خودخواسته به انتخاب افرادی می‌پردازد که اطلاعات کافی را در زمینهٔ مورد پژوهش داشته باشند (۶۷) و این افراد بر اساس تجربه‌ای که در مورد پدیده موردنظر دارند انتخاب می‌شوند (۶۶). با استفاده از روش مذکور، به درمانگران درخواست ملاقات حضوری داده شد و با درمانگرانی که حاضر به مصاحبه شدند، مصاحبه انجام گرفت. نمونه‌گیری این پژوهش تا حد اشباع پیش رفت. حد اشباع به این معنی است که در مصاحبه‌های جدید دیگر هیچ‌گونه اطلاعات تازه‌ای نسبت به مصاحبه‌های قبل به دست نیامد. درنهایت با نوزده روان‌شناس و روان‌پزشک کودک شهر تهران مصاحبه انجام گرفت. مشخصات این متخصصان علوم رفتاری در جدول ۱ آمده است.

[۱] Grounded Theory

[۲] open coding
[۳] axial coding
[۴] selective coding
[۵] homogeneous

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

جدول۱. مشخصات متخصصان مصاحبه‌شونده

روان‌شناس/روان‌پزشک	تحصیلات	سابقه کار
۱	دکتری روان‌شناسی	۱۰ سال
۲	دکتری روان‌شناسی بالینی	۱۵ سال
۳	کارشناسی ارشد روان‌شناسی	۱۰ سال
۴	دکتری روان‌شناسی	۵ سال
۵	دکتری روان‌شناسی	۷ سال
۶	دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی	۲۳ سال
۷	دکتری روان‌شناسی	۹ سال
۸	کارشناسی ارشد روان‌شناسی	۶ سال
۹	دکتری روان‌شناسی	۱۲ سال
۱۰	دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی	۶ سال
۱۱	فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان	۲۲ سال
۱۲	فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان	۱۹ سال
۱۳	فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان	۱۶ سال
۱۴	کارشناسی ارشد روان‌شناسی	۷ سال
۱۵	کارشناسی ارشد روان‌شناسی	۱۳ سال
۱۶	دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی	۵ سال
۱۷	دکتری روان‌شناسی بالینی	۵ سال
۱۸	کارشناسی ارشد روان‌شناسی	۵ سال
۱۹	کارشناسی ارشد مشاوره	۱۶ سال

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، سه فرد از مصاحبه‌شوندگان، فوق‌تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان و ۱۶ نفر مشاور و روان‌شناس بودند. بررسی‌های صورت‌گرفته تفاوتی بین پاسخ‌های این دو گروه نشان ندادند و هر دو گروه به تمامی مفاهیم بیان‌شده در این پژوهش اشاره کردند.

یافته‌ها

برای بررسی محتوای مصاحبه‌های انجام‌شده در سطح تحلیل خرد و استخراج مفاهیم اولیه و نظم‌دهی مفهومی، از روش کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی استفاده شد. این روش‌ها برای تحلیل خرد و استخراج مفاهیم اولیه و نظم‌دهی مفهومی مورداستفاده قرار گرفتند.

کدگذاری باز

مرحلهٔ اول کدگذاری باز است که تجزیه و دسته‌بندی داده‌ها و مقوله‌ها را در برمی‌گیرد. در این مرحله، داده‌های مربوط به پدیدهٔ موردمطالعه که از مصاحبه‌ها به دست آمده‌اند، با دقت بررسی و مقوله‌بندی می‌شوند. در این مرحله پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها به متن، به‌صورت جمله به جمله موردبررسی قرار گرفته و جملات تکراری حذف شدند. در نهایت، ۱۳۹ مفهوم به دست آمدند که پس از مقایسه هر مفهوم با سایر مفاهیم و بررسی همانندی و نزدیکی آن‌ها، در ۱۳ مقوله گردآوری شدند. در جدول ۲ مفاهیم و مقولات به‌دست‌آمده نشان داده شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

جدول ۲. مفاهیم و مقولات استخراج‌شده از داده‌های کیفی

	مفاهیم	مقولات
۱	عوامل ژنتیکی	ژنتیک
۲	کودک دشوار	خلق‌وخوی کودک
۳	سرشت اضطرابی	
۴	کودک دیرجوش	
۵	سوگیری توجه به تهدید	
۶	بازداری رفتاری	
۷	کودک بسیار حساس	
۸	ناخواسته بودن کودک در زمان بارداری	شرایط زمان بارداری/تولد
۹	تجارب استرس‌زای نوزادی	
۱۰	تروماهای حین بارداری به مادر	
۱۱	داروهای مصرفی مادر حین بارداری	
۱۲	بیماری خاص مادر حین بارداری	
۱۳	دوران بارداری همراه با اضطراب مادر	
۱۴	نواقص مادرزادی	
۱۵	مقایسهٔ خود با دیگران	مشکلات/اختلالات کودک
۱۶	ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانات	
۱۷	خطای شناختی تعمیم‌دهی	
۱۸	خطای شناختی بزرگنمایی	
۱۹	کمال‌گرایی کودک	
۲۰	وسواس کودک	
۲۱	اختلالات کودک (بیش‌فعالی کمبود توجه، نافرمانی مقابله‌جویانه، اختلال در هماهنگی حرکتی و...)	
۲۲	هوش هیجانی (EQ) پایین	
۲۳	رقابت‌طلبی بالا در کودک	
۲۴	روابط اجتماعی ضعیف	
۲۵	تاب‌آوری پایین کودک	
۲۶	ترس از بیماری و مرگ	
۲۷	نداشتن مهارت دوست‌یابی	
۲۸	مشکلات ارتباطی با همکلاسی‌ها	
۲۹	مشکلات یادگیری	
۳۰	مقایسهٔ وضعیت اقتصادی خود با همسالان	
۳۱	باورهای بنیادی منفی در مورد دنیای ناامن و دیگران طردکننده	
۳۲	اضطراب والدین	مشکلات/ اختلالات والدین
۳۳	کمال‌گرایی والدین	
۳۴	مادران یخچالی	
۳۵	وسواس مادر	
۳۶	اختلالات عاطفی مادر	
۳۷	اختلال اضطراب تعمیم‌یافته والدین	
۳۸	مادر پرخاشگر	
۳۹	مادر کم‌تحمل	
۴۰	والدین بدبین	
۴۱	والدین هلیکوپتری	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

۴۲	ناتوانی مدیریت استرس والدین	
۴۳	ناتوانی حل مسئله والدین	
۴۴	والدین غیرقابل‌پیش‌بینی	
۴۵	دل‌مشغولی‌های والدین با مشکلات قبلی	
۴۶	اختلاف سنیِ زیاد پدر با کودک پیش‌دبستانی	
۴۷	تعارضات والدین	
۴۸	تهدید به طلاق در خانواده	
۴۹	طلاق	
۵۰	طلاق عاطفی	
۵۱	دعواهای والدین	
۵۲	زندان رفتن والدین	
۵۳	مقایسهٔ کودک با کودکان دیگر توسط والدین	فرزندپروری نامناسب
۵۴	عدم مدیریت تناسب برنامه‌های شبکه‌های اجتماعی با سن کودک	
۵۵	عدم مدیریت تناسب برنامه‌های تلویزیونی با سن کودک	
۵۶	عدم مدیریت تناسب برنامه‌های ماهواره‌ای با سن کودک	
۵۷	عدم مدیریت تناسب بازی‌ها با سن کودک	
۵۸	ناآگاهی مادر از برخورد مناسب با کودک سخت	
۵۹	ناهماهنگی خواسته‌های والدین با هوش کودک	
۶۰	ناآگاهی والدین از اصول فرزندپروری	
۶۱	فرزندپروری سهل‌گیرانه	
۶۲	فرزندپروری مستبدانه	
۶۳	تک‌فرزندی	
۶۴	نظارت ناکافی والدین به دلیل فرزندان زیاد	
۶۵	عدم آماده‌سازی کودک برای ورود به پیش‌دبستانی توسط والدین	
۶۶	پیام‌های تنبیه و تهدید روانی از طرف والدین	
۶۷	سوءاستفاده از کودک (جسمی/ جنسی/ عاطفی)	
۶۸	تبعیض والدین بین فرزندان	
۶۹	انتظارات بالا از کودک پیش‌دبستانیِ سالم، در خانواده‌های دارای کودک معلول	
۷۰	دل‌بستگی ناایمن (دوسوگرا یا اجتنابی)	
۷۱	عدم انتقال احساس اهمیت (اولویت) داشتنِ کودک توسط والدین	
۷۲	مشکلات ارتباطی در خانواده	مشکلات مربوط به جو خانواده
۷۳	درگیری در خانواده	
۷۴	عدم ثبات در خانواده و وجود تنش در آن	
۷۵	اختلاف والدین با سایر فرزندان	
۷۶	درخواست اعضا از هم به‌صورت پرخاشگرانه	
۷۷	روابط آشفتهٔ خواهر - برادری	
۷۸	صحبت از اخبار نگران‌کننده توسط والدین در حضور کودک	
۷۹	پدربزرگ/ مادربزرگ مضطرب	مشکلات سایر چهره‌های دل‌بستگی (به‌جز والدین)
۸۰	تفسیر منفی چهره‌های دل‌بستگی از دنیا	
۸۱	پدربزرگ/ مادربزرگ کمال‌گرا	
۸۲	پدربزرگ/ مادربزرگ هلیکوپتری	
۸۳	بحث جدایی در شبکه‌های تلویزیونی	تأثیر رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی
۸۴	بحث جدایی در شبکه‌های ماهواره‌ای	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

۸۵	فوت شدن والدین در برنامه‌های تلویزیونی	
۸۶	فوت شدن والدین در برنامه‌های ماهواره‌ای	
۸۷	عدم تناسب برنامه‌های ماهواره‌ای با سن کودک	
۸۸	عدم رده‌بندی سنی برنامه‌های تلویزیون	
۸۹	القای احساس ناامنی توسط برنامه‌های تلویزیونی/ ماهواره‌ای به والدین	
۹۰	صحنه‌های خشونت‌بار در اینترنت، موبایل	
۹۱	فیلم‌های ترسناک در اینترنت	
۹۲	برنامه‌ها و کارتون‌های نامناسب و پرخاشگرانه تلویزیونی	
۹۳	وقت‌گذرانی افراطی با بازی‌های رایانه‌ای، کارتون، فیلم، انیمیشن	
۹۴	بازی‌های کامپیوتری نامناسب و پرخاشگرانه برای کودکان	
۹۵	مشکلات اقتصادی خانواده	مسائل و مشکلات اقتصادی
۹۶	ثبات کم وضعیت اقتصادی جامعه	
۹۷	سطح اقتصادی پایین محله	
۹۸	ورشکستگی اقتصادی والدین	
۹۹	اضطراب همسالان	مسائل مربوط به کودکان دیگر/ همسالان
۱۰۰	یادگیری ترس از همسالان	
۱۰۱	پخش اخبار نگران‌کننده توسط همسالان/ هم‌کلاسی‌ها	
۱۰۲	پیام‌های اضطراب‌آور از طرف مسئولین مرکز پیش‌دبستانی	شرایط نامناسب مرکز پیش‌دبستانی
۱۰۳	آموزش‌های اضطراب‌آور از طرف مسئولین مرکز پیش‌دبستانی	
۱۰۴	تبعیض و نابرابری در مرکز پیش‌دبستانی	
۱۰۵	تحقیر توسط مربی مرکز پیش‌دبستانی	
۱۰۶	تهدید توسط مربی مرکز پیش‌دبستانی	
۱۰۷	تنبیه روانی توسط مربی مرکز پیش‌دبستانی	
۱۰۸	غفلت و بی‌توجهی توسط مربی مرکز پیش‌دبستانی	
۱۰۹	آزار جنسی در مرکز پیش‌دبستانی	
۱۱۰	انتقال استرس و اضطراب بالا به کودک توسط مربی مرکز پیش‌دبستانی	
۱۱۱	کمال‌گرایی مربیان مرکز پیش‌دبستانی	
۱۱۲	پرخاشگری مربیان مرکز پیش‌دبستانی	
۱۱۳	کم‌تحمل بودن مربیان مرکز پیش‌دبستانی	
۱۱۴	سخت‌گیری بیش‌ازحد مربیان پیش‌دبستانی در مورد تکالیف آموزشی	
۱۱۵	عدم آموزش لازم و کافی مربیان مراکز آموزشی درزمینهٔ ارتباط با کودکان	
۱۱۶	ناآگاهی مسئولین مرکز پیش‌دبستانی از اصول علمی تربیت کودک	
۱۱۷	ناهماهنگی برنامه‌ها و اردوهای مرکز پیش‌دبستانی با فرایند رشد کودک	
۱۱۸	بایدونبایدهای مربی مرکز پیش‌دبستانی	
۱۱۹	پخش اخبار نگران‌کننده توسط مسئولین مرکز پیش‌دبستانی	
۱۲۰	جدا کردن کودک توسط مربی از سایر کودکان در مرکز پیش‌دبستانی	
۱۲۱	عدم مطابقت خواسته با توان کودک در مرکز پیش‌دبستانی	
۱۲۲	تحت‌فشار گذاشتن کودکان برای رقابت در مرکز پیش‌دبستانی	
۱۲۳	طرح درس‌های نامناسب مرکز پیش‌دبستانی	
۱۲۴	آزار جنسی در خیابان	مسائل و مشکلات اجتماعی
۱۲۵	آزار جنسی در محل زندگی	
۱۲۶	مشاهدهٔ اعدام و سایر مجازات	
۱۲۷	مشاهدهٔ حملات تروریستی	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

۱۲۸	مشاهدهٔ صحنهٔ تصادف
۱۲۹	مشاهدهٔ خشونت نسبت به حیوانات
۱۳۰	مشاهدهٔ خشونت نسبت به کودکان دیگر
۱۳۱	ثبات کم جامعه از لحاظ اجتماعی
۱۳۲	اثر مشکلات اجتماعی بر والدین و درنتیجه بر کودک
۱۳۳	انتقال نگرانی والدین از تهدیدات اجتماعی به کودک
۱۳۴	ناامنی اجتماعی
۱۳۵	حوادث مسیر مدرسه
۱۳۶	سطح اجتماعی پایین محله
۱۳۷	پرخاشگری در محله
۱۳۸	استیگمای خارج از خانواده بر کودک
۱۳۹	ناهماهنگی خواسته‌ها و داده‌های جامعه با هوش کودک

کدگذاری محوری

مرحلهٔ دوم بر اساس مدل پارادایمی و با انتخاب یک مقوله و قراردادن آن در مرکز فرایند کدگذاری محوری آغاز می‌گردد (۶۸). با مقایسهٔ مفاهیم مختلف زمینه‌های مشترک، هرچه بیشتر کشف می‌شوند که از این طریق می‌توان مفاهیمی مشابه را در شکل طبقات یکسان، طبقه‌بندی کرد. این فرایند «روش مقایسهٔ پایدار» یا «روش تطبیق مداوم» نام دارد (۶۹). در این روش با پیوند بین مقوله‌های مختلف، اطلاعات به روشی جدید به هم ربط داده می‌شوند. در این مرحله، تأکید بیشتر بر انتخاب یک مقوله (پدیده) است که زمینه‌ای است که مقوله در آن واقع می‌شود. کدگذاری محوری با استفاده از یک پارادایم انجام می‌گیرد که شامل شرایط علی، پدیده محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط میانجی و مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهاست. در جدول ۳ کدگذاری محوری به تصویر کشیده می‌شود. همچنین پارادایم کدگذاری محوری در شکل ۱ نشان داده می‌شود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]

[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

جدول ۳. فرایند کدگذاری محوری

شرایط علی	ژنتیک خلق‌وخوی کودک مشکلات/ اختلالات والدین مشکلات/ اختلالات کودک فرزندپروری نامناسب توسط والدین مشکلات سایر چهره‌های دل‌بستگی (به‌جز والدین) شرایط نامناسب مرکز پیش‌دبستانی (رفتار مسئولین و مربیان مرکز پیش‌دبستانی)
پدیده محوری	عدم آموزش/ عدم آموزش مناسب و درمان
شرایط زمینه‌ای	شرایط زمان بارداری/ تولد مشکلات مربوط به جوّ خانواده تأثیر رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی مسائل مربوط به کودکان دیگر/ همسالان مسائل و مشکلات اجتماعی
شرایط مداخله‌گر	مسائل و مشکلات اقتصادی
راهبردها	آموزش مهارت‌های زندگی به کودک آموزش مهارت‌های زندگی به والدین اقدام به درمان مشکلات و اختلالات کودک اقدام به درمان مشکلات و اختلالات والدین آموزش فرزندپروری به والدین
پیامدها	**الف) کاربرد راهبردها (پیامد مثبت)**: پیشگیری از ابتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، بهبود روابط در خانواده، کاهش تعارضات والدین، فرزندپروری مقتدرانه، بهبود روابط کودک با دوستان/ همسالان، سازگاری بیشتر کودک با شرایط و محیط **ب) به‌کارنبردن راهبردها (پیامد منفی)**: اضطراب و نگرانی مفرط دربارهٔ تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها، ناتوانی در کنترل نگرانی، بیقراری، حواس‌پرتی، مشکلات خواب، کمال‌گرایی، تردید کودک نسبت به خود و کارش، اطمینان‌طلبی

شرایط علی: شرایط علی اتفاقاتی را در بر می‌گیرد که باعث به وجود آمدن مسائل و مشکلات یک پدیده می‌شوند و در اصل این موضوع را تبیین می‌کنند که افراد یا گروه‌ها به چه دلیل و به چه طریق به یک پدیدهٔ خاص عکس‌العمل نشان می‌دهند (۷۰).

آنچه موجب کاستی‌های به وجود آورندهٔ اختلال اضطراب تعمیم‌یافته می‌شود، هم موارد زیستی و ژنتیکی را شامل می‌شود، و هم مسائل مربوط به محیط را در بر می‌گیرد. مشکلات و اختلالات والدین مانند وسواس، کمال‌گرایی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، طلاق یا تهدید به آن و پرخاشگری و کم‌تحملی مادر از مهم‌ترین عوامل علی در مصاحبه دانسته شدند. به‌علاوه مشکلات و اختلالات کودک همچون وسواس، کمال‌گرایی، نداشتن مهارت‌هایی چون مهارت دوست‌یابی، مهارت ارتباطی، باورهای منفی در مورد خود، دنیا و دیگران نیز از عوامل علی دیگر هستند. همچنین ناآشنایی والدین با فرزندپروری مناسب که عوامل بسیاری از جمله تناسب سن کودک با بازی‌ها و برنامه‌هایی تلویزیونی، خواسته‌ها از کودک و به‌طور کلی ارتباط با او را در برمی‌گیرد نیز، در دسته عوامل علی به‌وجودآورنده اضطراب تعمیم‌یافته قرار می‌گیرند. مشکلات سایر چهره‌های دل‌بستگی (مانند پدربزرگ و مادربزرگ) و همچنین شرایط نامناسب رفتاری مسئولان و مربیان مرکز پیش‌دبستانی از سایر عوامل علی در به وجود آمدن اختلال اضطراب تعمیم‌یافته کودک پیش‌دبستانی در نظر گرفته می شوند.

مقوله یا پدیدهٔ محوری: به گفته استراوس (۷۱) مقولهٔ محوری دارای ویژگی‌های زیر است:

۱) باید محور باشد؛ یعنی مقوله‌های دیگر بتوانند به آن ربط داده شوند، ۲) بارها در داده‌ها خود را نشان دهد؛ یعنی

تقریباً در همهٔ موارد نشانه‌هایی وجود دارد که به آن مفهوم اشاره می‌کنند، ۳) توضیحی که به‌صورت تدریجی با ربط‌دهی مقوله‌ها توسعه می‌یابد، منطقی و محکم است، ۴) نام به‌کاررفته در تبیین مقولهٔ محوری باید تا جای ممکن انتزاعی باشد تا به انجام تحقیق در زمینه‌های دیگر کمک کرده و ما را به سمت ایجاد یک نظریهٔ عمومی‌تر رهنمون شود، ۵) بهبود یافتن مفهوم از طریق تلفیق با مفاهیم دیگر، نظریه را ازلحاظ عمق و قدرت اکتشافی رشد می‌دهد، ۶) همان‌قدر که مفهوم قادر به توضیح نکتهٔ اصلی برآمده از داده‌هاست، باید قادر به توضیح دگرگونی هم باشد؛ یعنی حتی اگر شرایط تغییر کند، تبیین هنوز به قوت خود باقی است(۷۲).

با توجه به ویژگی‌های پدیدهٔ محوری، این مقوله در این پژوهش عدم آموزش/ آموزش مناسب و درمان انتخاب شد که به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته منجر می‌شود. مهم‌ترین آموزشی که می‌توان از آن نام برد، آموزش فرزندپروری است. آموزش فرزندپروی به‌صورت جامع تمامی ابعاد رفتاری والدین با هم، با کودک و با سایر افراد خانواده را در بر می‌گیرد. همچنین بازدارندهٔ سهل‌گیری و استبداد در تربیت فرزند بوده، نحوه و میزان نظارت بر فعالیت‌های کودک را مشخص می‌کند.

شرایط زمینه‌ای: شرایط زمینه‌ای یا بستر، به معنی مکان حوادث یا وقایعی هستند که راهبردها و اعمال یا تعاملات را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۷۳، ۷۴). زمینه‌های این پژوهش شامل شرایط زمان بارداری و تولد، مانند استرس، اضطراب، و تروماهای مادر در زمان بارداری را در بر می‌گیرد. همچنین از موارد دیگر شرایط زمینه‌ای، مشکلات مربوط به جو خانواده، مانند نوع ارتباطات افراد باهم و تعارضات و درگیری‌های جو خانواده است. علاوه بر این برنامه‌های رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی و همچنین بازی‌های موجود در بازار یا سایت‌ها بدون در نظر گرفتن شرایط سنی کودک، شرایطی را به وجود می‌آورند که بستر اختلال اضطراب تعمیم‌یافته بیش از پیش فراهم می‌شود. از دیگر موارد شرایط زمینه‌ای کودکان و همسالانی هستند که کودک با آن‌ها در ارتباط است و همچنین مسائل و مشکلات اجتماعی از جمله مسائل مربوط به محل زندگی کودک از لحاظ پرخاشگری، حوادث مسیر مدرسه و همچنین خواسته‌های ناهماهنگ با سن و هوش جامعه از کودک، همگی از مواردی هستند که بستر هرچه بیشتری را در زمینه اختلال اضطراب تعمیم‌یافته فراهم می‌آورند.

راهبردها: راهبردها یا اقدامات به معنی چگونگی برخورد اشخاص با موقعیت‌ها و مسائلی است که با آن‌ها مواجه هستند. این موارد نشان می‌دهند که افراد یا سازمان‌ها یا دنیای اجتماعی، چه گفته یا چه می‌کنند. به بیان دیگر، راهبردها به معنی اقداماتی هدفمند و عمدی هستند که برای حل مشکل از آن‌ها استفاده می‌شود (۷۰). در این پژوهش راهبردهای به‌کاررفته در جهت پیشگیری و درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، انواعی از راهبردها را، پیش و پس از تولد کودک در برمی‌گیرند. با آموزش فرزندپروری، نحوهٔ نگهداری از کودک، نحوهٔ تعامل پدر و مادر باهم و حل تعارضات و آموزش مهارت‌های ارتباطی، درمان مشکلات و اختلالات پدر و مادر از جمله اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و وسواس، کمال‌گرایی و درمان مشکلات و اختلالات کودک، آموزش مهارت‌های زندگی به شیوه مناسب سن او و حل مشکلات یادگیری او از مهم‌ترین راهبردهایی است که در جهت پیشگیری و درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته مورداستفاده قرار می‌گیرد. **عوامل مداخله‌گر**: اشتروس و کوربین (۷۰) شرایط مداخله‌گر را عواملی می‌دانند که باعث افزایش یا کاهش تأثیر شرایط علی بر پدیده می‌شوند.

در پژوهش حاضر این موارد شامل مسائلی اقتصادی هستند که در خانواده، محله و همچنین اجتماع وجود دارد. برای مثال وضعیت ضعیف اقتصادی خانواده، احتمال مراجعه به روان‌شناس/ روان‌پزشک را کاهش داده و یا در صورت مراجعه، تداوم آن را به معضلی برای خانواده تبدیل می‌کند. همچنین مشکلات اقتصادی محله، شرایط را به سمت مشکلاتی چون ناامنی و پرخاشگری سوق داده و ابتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته را تسهیل می‌کند.

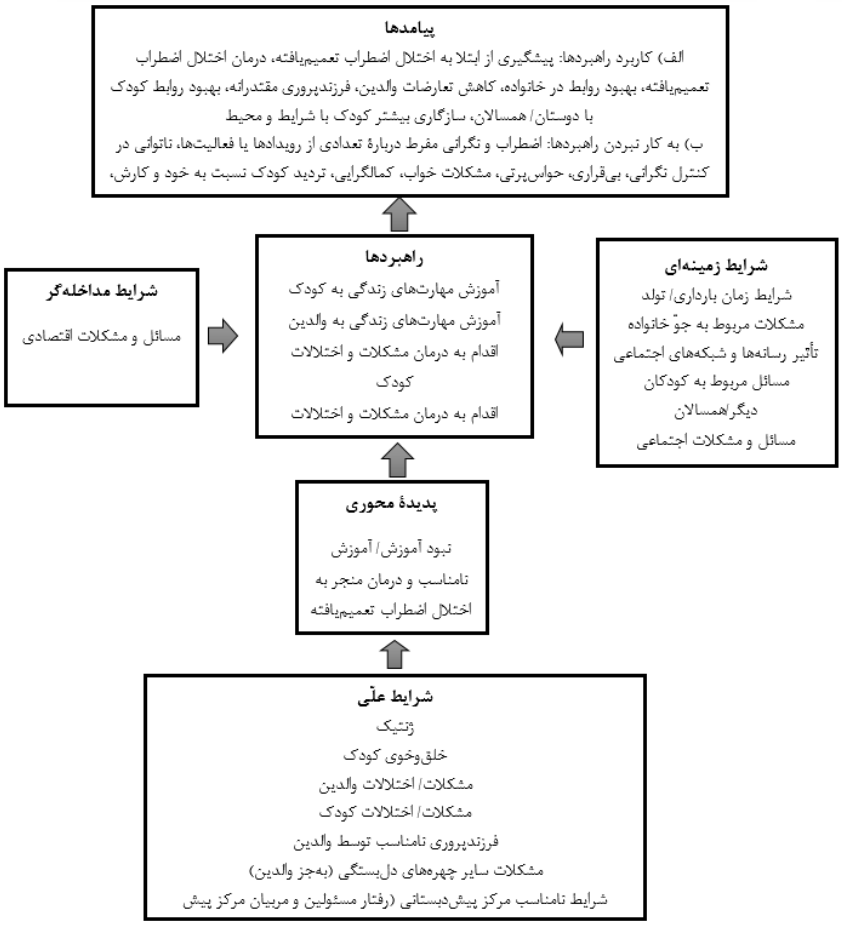
پیامد: قسمت آخر مدل پارادایمی که اشتروس و کوربین (۷۰) مطرح کرده‌اند، پیامدها یا عواقب است که نتایج پدیده

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

و راهبردهایی را که انتخاب شده‌اند، نشان می‌دهند. در پژوهش حاضر این پیامدها، هم از لحاظ کاربرد راهبردها و هم از لحاظ عدم کاربرد این عوامل مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

الف: کاربرد راهبردها: کاربرد راهبردهای آموزشی و درمانی برای والدین و کودک، نه تنها از به وجود آمدن اختلال اضطراب تعمیم‌یافته جلوگیری می‌کند، بلکه به درمان این اختلال نیز می‌پردازد. همچنین به‌واسطهٔ مهارت‌های موردنیاز و تکنیک‌هایی که به والدین و کودک آموزش داده می‌شود، خانواده در ادامهٔ مسیر زندگی از مشکلات کمتری رنج خواهد برد. نکته‌ای که می‌توان به آن اشاره کرد این است که پیامد، می‌تواند پدیده یک مدل پارادایمی دیگر قرار گیرد که در آن صورت نیازمند بررسی شرایط علی و مداخله‌گر، به صورت جداگانه است.

ب: عدم استفاده از راهبردها: در صورت عدم استفاده از راهبردها به هر دلیلی چون دلایل اقتصادی، ناآگاهی والدین و اطلاع‌رسانی ضعیف و همچنین، بررسی نکردن شرایط روانی کودک در مرکز پیش‌دبستانی، مهم‌ترین نتیجهٔ حاصل، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته خواهد بود که می‌تواند با هرکدام از این علائم همراه باشد: اضطراب و نگرانی شدید و مفرط دربارهٔ تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها، عدم کنترل نگرانی، بی‌قراری، حواس‌پرتی، مشکلات خواب، کمال‌گرایی، تردید نسبت به خود و کارشان و اطمینان‌طلبی بسیار. همچنین آن‌ها ممکن است در مورد مسائلی چون جنگ و زلزله نگرانی افراطی نشان دهند.



شکل ۱. مدل پارادایمی پژوهش

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

کدگذاری انتخابی

در این مرحله از کدگذاری، نظریه‌ای از روابط بین مقوله‌هایی که در مدل کدگذاری محوری وجود داشت، ارائه می‌شود. چنین فرایندی از تکنیک‌هایی چون تکنیک نوشتن خط داستان[1] استفاده می‌کند. در چنین تکنیکی مقوله‌ها به هم ربط داده شده و ایده‌های نظری به رشته تحریر درمی‌آیند (۷۵). به بیانی دیگر در این مرحله، با استفاده از مقوله‌های مراحل قبل و با انتخاب مقولهٔ محوری یا پدیده، این مقوله‌ها را به دیگر مقوله‌ها ربط می‌دهد و به تکمیل مقولاتی که به بهبود و توسعه نیازمندند می‌پردازد (۷۲، ۷۶). به همین دلیل مرحلهٔ محوری، مرحله‌ای بسیار مهم در یکپارچه‌سازی و بهبود مقوله‌هاست (۷۲).

همان‌طور که مشاهده می‌شود، مقوله‌های مختلف و در رأس آن‌ها نبود آموزش یا آموزش نامناسب در مورد کودک و والدین، به‌علاوه نبود درمان مناسب و به‌موقع، مهم‌ترین مقوله در پدیدایی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران است که در کنار سایر مقوله‌ها ازجمله شرایط ژنتیکی فرد، خلق‌وخوی کودک و همچنین شرایط نامناسب مرکز پیش‌دبستانی، شرایط به وجود آمدن اختلال اضطراب تعمیم‌یافته را در کودکان پیش‌دبستانی فراهم می‌آورند. همچنین شرایط زمینه‌ای به تأثیرگذاری علل مذکور بر معلول اختلال، تسهیل‌کننده بوده و ضعف اقتصادی خانواده، محله و جامعه نیز در این رابطه مداخله می‌کند. مجموع این عوامل در کنار آگاهی یا ناآگاهی والدین از شرایط طبیعی و غیرطبیعی این سنین که در مقوله فرزندپروری قرار می‌گیرد، می‌تواند مراجعه برای آموزش و درمان چنین مشکلاتی را باعث شده یا خانواده را از چنین اقداماتی بازدارد. در صورت اقدام برای حل مشکلات کودک، درمانگر با در نظر گرفتن شرایط کودک، راهبردهای آموزشی و درمانی را برای او و والدین به کار می‌بندد که کاربرد این راهبردها، پیشگیری و درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته را هدف قرار می‌دهد و از طرف دیگر عدم کاربرد چنین راهبردهایی، با احتمال ابتلای کودک به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و در صورت ابتلا، تداوم این اختلال همراه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی علل پدیدایی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران از منظر متخصصان علوم رفتاری بود. سؤالی که پژوهشگر در پی پاسخ دادن به آن است، این است که چه عواملی در به‌وجودآمدن اختلال اضطراب تعمیم‌یافته دخیل هستند.

از نگاه درمانگران کودک شرکت‌کننده در پژوهش، سیزده مسئلهٔ زیر، می‌توانند علل به وجود آمدن اختلال اضطراب تعمیم‌یافته را در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران تبیین کنند: ۱) ژنتیک، ۲) شرایط زمان بارداری/ تولد، ۳) خلق‌وخوی کودک، ۴) مشکلات/ اختلالات کودک، ۵) مشکلات/ اختلالات والدین، ۶) فرزندپروری نامناسب، ۷) مشکلات مربوط به جو خانواده، ۸) مشکلات سایر چهره‌های دل‌بستگی (به‌جز والدین)، ۹) تأثیر رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، ۱۰) مسائل و مشکلات اقتصادی، ۱۱) مسائل مربوط به کودکان دیگر/ همسالان، ۱۲)شرایط نامناسب مرکز پیش‌دبستانی، ۱۳) مسائل و مشکلات اجتماعی.

همان‌طور که در مدل تدوین‌شده مشخص شده است، در مقایسه با مطالعاتی که خارج از ایران در باب مدل اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان پیش‌دبستانی انجام گرفته‌اند (۳۶-۳۸، ۴۰-۵۳، ۵۵-۵۹، ۷۷، ۷۸) این مطالعه موارد دیگری را به تصویر می‌کشد که می‌تواند به دلیل شرایط اجتماعی، اقتصادی، آموزشی، فرهنگی متفاوت ایران با سایر کشورها باشد. ازآنجایی‌که اکثر مطالعات انجام‌گرفته در مورد اضطراب تعمیم‌یافته در کشورهای با فرهنگ‌های فردگرا انجام شده است (۲۴، ۵۸، ۷۹-۸۱)، مقایسهٔ نتایج پژوهش حاضر با پژوهش سایر کشورها، نتایج تازه‌ای در مورد آموزش خانواده‌ها، آموزش مربیان و سایر مسئولان مراکز پیش‌دبستانی، حمایت‌های صورت گرفته از کودکان پیش‌دبستانی و خانواده آن‌ها را در برمی‌گیرد. همان‌طور که دیده می‌شود، علل اختلال اضطراب تعمیم‌یافته از مرزهای

[1] story line

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

ژنتیک عبور کرده و تنها به مرزهای خانواده محدود نمی‌شود.

پس از شناخت علل اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان پیش‌دبستانی شهر تهران، به بررسی پژوهش‌های صورت‌گرفته در این حوزه و همسویی و ناهمسویی پژوهش‌های مذکور با پژوهش حاضر می‌پردازیم.

پژوهش حاضر، از لحاظ ارتباط عوامل مختلف با به وجود آمدن اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، با پژوهش قنبری و خان‌محمدی (۳۲) در سردرگمی مادر، با پژوهش بنایی‌پور (۳۴) در تاریخچهٔ بیماری ارثی، با پژوهش ترنر و همکاران (۳۶) در ارتباط اضطراب کودک با اضطراب والدین، با پژوهش بیدل و ترنر (۳۸)؛ بیدرمن و همکاران (۳۹)؛ مریکانگاس و همکاران (۴۰)؛ ترنر و همکاران(۳۶) در ارتباط اختلالات اضطرابی والدین با اضطراب کودک، با پژوهش ددز (۴۲) و همکاران، در ارتباط حل مسئله والدین با اضطراب کودکان، با پژوهش تونگ (۴۵)، در ارتباط نرخ طلاق با اضطراب کودکان، با پژوهش پیاسنتینی و رابلک (۵۳)، در ارتباط محافظت بیش‌ازاندازه و کنترل افراطی والدین با اضطراب کودک، با پژوهش بوگلز و برچمن توسینت (۷۷) در رابطه بین دل‌بستگی و روش‌های فرزندپروری با اضطراب کودکان، با پژوهش بوگلز و فیرس (۵۶) در ارتباط با نقش پدر در سبب‌شناسی اضطراب کودک، با پژوهش کرتز و وودراف (۵۵) در ارتباط اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در کودکان با تنظیم هیجانی و خلق‌وخو، در ارتباط ترس والدین و اضطراب مادران با اضطراب کودکان با پژوهش دیاس و همکاران (۵۹) و در ارتباط وضعیت اقتصادی و درآمد خانواده با اضطراب کودک با پژوهش والن و همکاران (۶۳) همسو است.

از لحاظ همسویی نتایج این پژوهش با مدل‌های معاصر اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، نتایج حاضر با نظریهٔ طرحوارهٔ بک[۱](۸۲، ۸۳) که دارای سه عنصر اصلی طرحواره‌ها، افکار خودآیند منفی، و خطاهای شناختی در سبک‌های تفکر است، همخوانی دارد. از دیدگاه این نظریه خطاهای شناختی به‌طور معمول با طرحواره‌های مرتبط با خطر سازگار بوده، از اصلاح باورهای بنیادین جلوگیری می‌کنند. برای مثال در اختلالات اضطرابی، متداول است که افراد به طور انتخابی به اطلاعات مرتبط با خطر توجه کنند تا اینکه ارزیابی متعادلی از تمامی اطلاعات در دسترس به عمل آورند. همچنین این پژوهش با مدل ارزیابی اضطراب بارلو[۲] نیز همخوان است. در این مدل پیشنهاد می‌شود که افراد، دارای آسیب‌پذیری‌های زیستی و روان‌شناختی هستند که زمانی که برانگیخته شدنشان منجر به عاطفه منفی‌ای می‌شوند که با حسی از عدم توانایی کنترل، پاسخ فیزیولوژیکی، و فعال شدن مدارهای مغزی خاص (برای مثال سیستم بازداری رفتاری) مشخص می‌شود (۸۴).

بررسی پژوهش‌های انجام‌گرفته در مورد مدل اختلال اضطراب تعمیم‌یافته کودکان نشان می‌دهد که پژوهش حاضر، تقریباً تمامی عوامل ذکرشده در آن پژوهش‌ها را تحت پوشش قرار داده و علاوه بر عوامل یادشده در پژوهش‌های دیگر، عوامل دیگری نیز توسط درمانگران بیان شده است. از جمله علل مهم بیان‌شده توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان کودک که در پیشینهٔ پژوهشی ایران و سایر کشورها کمتر مشاهده شده یا تابه‌حال به بررسی آن پرداخته نشده است می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ۱. نظارت ناصحیح بر استفاده از شبکه‌های اجتماعی، انجام بازی‌ها، مشاهدهٔ برنامه‌های تلویزیونی و ماهواره‌ای و سایر فعالیت‌های کودکان. در اینجا می‌توان به در دسترس بودن انواعی از کارتون‌ها و فیلم‌های نامناسب برای سن کودک پیش‌دبستانی، به علت دسترسی آسان کودکان به تبلت، گوشی تلفن همراه و همچنین رایانه‌ها اشاره کرد (لازم به ذکر است که اخیراً در جهت درجه‌بندی‌های سنی این برنامه‌ها اقداماتی انجام گرفته و در دست انجام است. ۲. نوسانات شرایط اقتصادی خانواده. ۳. آموزش ناکافی و نامناسب مربیان مراکز و پیش‌دبستانی توسط مجریان آموزشی. این مورد از موارد مهمی بود که بارها توسط مصاحبه‌شوندگان مورد تأکید قرار گرفت.

[۱] Beck's Schema Theory

[۲] Barlow's Model of Anxious Apprehension

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

به بیانی جامع‌تر، مدل به‌دست‌آمده از این پژوهش را می‌توان در چند دسته که قابل مداخله و تغییر هستند، طبقه‌بندی کرد. دسته‌ای مربوط به خانواده کودک و به‌خصوص والدین است. در این دسته آموزش مناسب و مکفی اعضای خانواده، خصوصاً پدر و مادر در رابطه با شناخت خود و هیجاناتشان، حل تعارضات آن‌ها، حل مسئله، کنترل استرس و اصول فرزندپروری درست، آموزش نظارت بر فیلم‌ها، سریال‌ها، کارتون‌ها و بازی‌هایی که کودک در معرض آن‌ها قرار می‌گیرد و همچنین برنامه‌ریزی و زمان‌بندی استفاده از رایانه و تبلت می‌تواند در جهت پیشگیری و بهبود اضطراب کودک کمک‌کننده باشد. دستهٔ دیگر مربوط به خود کودک می‌شود که کمک به او در شناخت هیجانات و تنظیم آن‌ها، آموزش مهارت حل‌مسئله، مهارت ارتباطی، مهارت دوست‌یابی، آموزش مسائل مربوط به رقابت و برطرف کردن کمال‌گرایی و وسواس وی در ارتباط با خود و سایر کودکان، کمک به حل مشکلات یادگیری، مشکلات حرکتی و تغییر باورهای منفی آن‌ها در مورد خود، دنیا و دیگران و همچنین مداخله در مشکلات و اختلالات او می‌تواند موجب پیشگیری یا بهبود شرایط اضطرابی کودک شود. گروه بعدی مربوط به سایر چهره‌های دل‌بستگی (به‌جز پدر و مادر) است که پدربزرگ و مادربزرگ را در بر می‌گیرد. درصورتی‌که کودک مدت‌زمان زیادی را با این افراد می‌گذراند، تمامی موارد گفته‌شده در دستهٔ مربوط به والدین، در اینجا نیز صدق می‌کنند. دستهٔ دیگر مربوط به مسائل و مشکلات اجتماعی و اقتصادی است. زندگی در محیط‌هایی با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر، به‌واسطهٔ خطراتی که خانواده و کودکِ آن‌ها را تهدید می‌کند، می‌تواند زمینه‌ساز اضطراب کودک باشد. مشاهدهٔ خشونت‌های اجتماعی ازجمله درگیری‌ها، مشاهدهٔ خشونت علیه حیوانات ازجمله هرگونه حیوان‌آزاری، مشاهدهٔ مجازات‌هایی چون شلاق و اعدام توسط کودک، همگی مواردی هستند که می‌توان با آموزش و نظارت والدین از آن‌ها جلوگیری کرد. مسائل اقتصادی، خصوصاً در چند سال اخیر که مشکلات اقتصادی نمود بیشتری یافته‌اند، می‌توانند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم موجبات اضطراب و مشکلات متعاقب آن را برای خانواده و کودک فراهم آورند. در بحثی وسیع‌تر، محور مربوط به تأثیر رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی قرار می‌گیرد. در بحث رسانه‌های و شبکه‌های اجتماعی، علاوه بر نظارت والدین که پیش‌تر گفته شد، درجه‌بندی سنی فیلم‌ها، سریال‌ها، کارتون‌ها و انیمیشن‌ها و بازی‌ها از طرف سازندگان این برنامه‌ها و آگاه‌سازی خانواده‌ها بسیار حائز اهمیت است.

با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان بیان کرد که آموزش کودک در رابطه با شناخت و تنظیم هیجاناتش، آموزش فرزندپروری و مهارت‌های زندگی به والدین، حل مشکلات بین زوجین و مشکلات جوّ خانواده و آموزش مناسب و مکفی کارکنان و به‌خصوص مربی مرکز پیش‌دبستانی، ازجمله گام‌هایی است که می‌توان در جهت پیشگیری یا کاهش اضطراب تعمیم‌یافتهٔ کودک برداشت.

سپاس و قدردانی

بدین‌وسیله از زحمات همهٔ روان‌شناسان و روان‌پزشکان گرانقدری که در جهت ارتقای سلامت کودکان ایرانی، در این پژوهش همکاری کردند و بی‌شک بدون کمک آنان این پژوهش به انجام نمی‌رسید، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

References:

1. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. The Psychiatric clinics of North America. 2009;32(3):483-524.
2. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Klein DN. Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. Comprehensive psychiatry. 2011;52(4):359-69.
3. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2005;14(4):631-48, vii.
4. Franz L, Angold A, Copeland W, Costello EJ, Towe-Goodman N, Egger H. Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2013;52(12):1294-303 e1.
5. Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL. Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2017;26(3):503-22.
6. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. JCPP, and allied disciplines. 2012;53(6):695-705.
7. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN. Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. The American journal of psychiatry. 2012;169(11):1157-64.
8. Bufferd SJ, Dougherty LR, Olino TM, Dyson MW, Carlson GA, Klein DN. Temperament Distinguishes Persistent/Recurrent from Remitting Anxiety Disorders Across Early Childhood. Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53. 2018;47(6):1004-13.
9. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? JCPP, and allied disciplines. 2007;48(12):1174-83.
10. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Archives of general psychiatry. 2003;60(8):837-44.
11. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Archives of general psychiatry. 1998;55(1):56-64.
12. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. The American journal of psychiatry. 2006;163(6):1074-83.
13. Kessler R. Anxiety as a gateway disorder. Paper presented at the annual meeting of Anxiety Disorders Association of America2010.
14. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):593-602.
15. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Archives of general psychiatry. 2003;60(7):709-17.
16. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. JCPP, and allied disciplines. 2006;47(3-4):313-37.
17. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub2013.
18. Manti F, Giovannone F, Sogos C. Parental stress of preschool children with generalized anxiety or oppositional defiant disorder. Frontiers in pediatrics. 2019;7:415.
19. Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A. Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2006;45(5):538-49.
20. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Poli P, Bertini N, Milantoni L. Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004;43(6):752-60.
21. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, et al. Cognitive behavioral therapy for 4-to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2010;78(4):498.
22. Vasey MW, Crnic KA, Carter WG. Worry in childhood: A developmental perspective. Cognitive therapy and research. 1994;18(6):529-49.
23. Weems CF, Costa NM. Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2005;44(7):656-63.
24. Scheeringa MS, Burns LC. Generalized Anxiety Disorder in Very Young Children: First Case Reports

on Stability and Developmental Considerations. Case reports in psychiatry. 2018, Sep 24. doi:10.1155/2018/7093178.
25. Weissman MM, Wolk S, Wickramaratne P, Goldstein RB, Adams P, Greenwald S, et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. Archives of general psychiatry. 1999;56(9):794-801.
26. Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009;48(6):602-9.
27. Lau EX, Rapee RM. Prevention of anxiety disorders. Current Psychiatry Reports. 2011;13(4):258-66.
28. Gale CK, Millichamp J. Generalised anxiety disorder in children and adolescents. BMJ clinical evidence. 2016; pii: 1002.
29. Ghamari GH, Abou AGA, Falahzadeh M. Study of prevalence of generalized anxiety disorder among Fifth the grade pupils and the effectiveness of inner and outer self statement on its treatment. 2009; 5(2): 9-26.[Persian].
30. Ahmadi A, Mohammadi-Sartang M, Nooraliee P, Veisi M, Rasouli J. Prevalence of anxiety and it's relationship with consumption of snacks in high school students in Shiraz. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2013;15(1):83-90[Persian].
31. Zarafshan H, Mohammadi MR, Salmanian M. Prevalence of Anxiety Disorders among Children and Adolescents in Iran: A Systematic Review. Iranian journal of psychiatry. 2015;10(1):1-7.
32. Ghanbari S, Khanmohamadi M. Preschool Anxiety Scale (PSA): Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version). Developmental psychology- Iranian psychologists. 2014;11(41):115-7. [Persian].
33. Khodapanahi MK, Ghanbari S, Nadali H, Seyed MP. Quality of mother–child relationships and anxiety syndrome in preschoolers. 2012;9(33): 10-15.[Persian].
34. Banaeipour Z, Rostami S, Zarea K, Cheraghian B. The prevalence of anxiety and its related factors among school-age children in South West of Iran. International Journal of Pediatrics. 2016;4(6):2019-25. [Persian].
35. Dibaei S, janbozorghi M, arefnazar M. The relation between emotional ambivalence and emotional control in mothers and anxiety in children with cancer and the modifying role of children's sex. Journal of Research in Psychological Health. 2009;3(1):55-64[Persian].
36. Turner SM, Beidel DC, Costello A. Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. Journal of consulting and clinical psychology. 1987;55(2):229.
37. Last CG, Hersen M, Kazdin A, Orvaschel H, Perrin S. Anxiety disorders in children and their families. Archives of general psychiatry. 1991;48(10):928-34.
38. Beidel DC, Turner SM. At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997;36(7):918-24.
39. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc EA, Faraone SV, Hirshfeld DR. A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid major depression. Psychiatry research. 1991;37(3):333-48.
40. Merikangas KR, Dierker LC, Szatmari P. Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: a high-risk study. The JCPP and Allied Disciplines. 1998;39(5):711-20.
41. Last CG, Hersen M, Kazdin AE, Francis G, Grubb HJ. Psychiatric illness in the mothers of anxious children. The American journal of psychiatry. 1987.
42. Dadds MR, Barrett PM, Rapee RM, Ryan S. Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. Journal of abnormal child psychology. 1996;24(6):715-34.
43. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic: Guilford press; 2004.
44. Rapee RM, Craske MG, Brown TA, Barlow DH. Measurement of perceived control over anxiety-related events. Behavior Therapy. 1996;27(2):279-93.
45. Twenge JM. The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. Journal of personality and social psychology. 2000;79(6):1007.
46. Bögels SM, Bamelis L, van der Bruggen C. Parental rearing as a function of parent's own, partner's, and child's anxiety status: Fathers make the difference. Cognition and Emotion. 2008;22(3):522-38.
47. DiBartolo PM, Helt M. Theoretical models of affectionate versus affectionless control in anxious families: A critical examination based on observations of parent–child interactions. Clin Child Fam Psychol Rev. 2007;10(3):253-74.
48. Fisak B, Grills-Taquechel AE. Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety? Clin Child Fam Psychol Rev. 2007;10(3):213-31.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

49. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2007;27(2):155-72.
50. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clin Psychol Rev. 1997;17(1):47-67.
51. Rapee RM. Family factors in the development and management of anxiety disorders. Clin Child Fam Psychol Rev. 2012;15(1):69-80.
52. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions JCPP. 2003;44(1):134-51.
53. Piacentini J, Roblek T. Recognizing and treating childhood anxiety disorders: These disorders are treatable but often are neglected by practitioners. Western journal of medicine. 2002;176(3):149.
54. Ziv Y, Kupermintz H. The effects of exposure to political and domestic violence on preschool children and their mothers. International journal of psychology. 2019.
55. Kertz SJ, Woodruff-Borden J. The developmental psychopathology of worry. Clin Child Fam Psychol Rev. 2011;14(2):174-97.
56. Bögels S, Phares V. Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. Clin Psychol Rev. 2008;28(4):539-58.
57. Mian ND, Wainwright L, Briggs-Gowan MJ, Carter AS. An ecological risk model for early childhood anxiety: The importance of early child symptoms and temperament. Journal of Abnormal Child Psychology. 2011;39(4):501-12.
58. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. Annual review of clinical psychology. 2013;9:275-97.
59. Dias FV, Campos JADB, Oliveira RLV, Mendes R, Leal IP, Maroco J. Causal factors of anxiety symptoms in children. 2471-2701. 2016;2(2):1-11.
60. Festen H, Schipper K, de Vries SO, Reichart CG, Abma TA, Nauta MH. Parents' perceptions on offspring risk and prevention of anxiety and depression: a qualitative study. BMC psychology. 2014; (1):17.
61. Kvale S, Brinkmann S. Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing: Sage; 2009.
62. Bryman A. Social research methods: Oxford university press; 2016.
63. Shannak RO, Aldhmour F. Grounded theory as a methodology for theory generation in information systems research. European journal of economics, finance and administrative sciences. 2009;15(15):32-50.
64. Charmaz K, Abductive II-A, editors. Grounded theory coding. Workshop presentation: The Changing Generations Project Dublin, Ireland; 2012.
65. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory: Sage publications; 2014.
66. Daymon C, Holloway I. Qualitative research methods in public relations and marketing communications: Routledge; 2010.
67. Maxwell JA. Qualitative research design: An interactive approach: Sage publications; 2012.
68. Fortune J, White D. Framing of project critical success factors by a systems model. International journal of project management. 2006;24(1):53-65.
69. Selden L. On Grounded Theory-with some malice. Journal of Documentation. 2005;61(1):114-29.
70. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research techniques: Sage publications Thousand Oaks, CA; 1998. P:130-134.
71. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists: Cambridge university press; 1987.
72. Lee J. A grounded theory: integration and internalization in ERP adoption and use. 2001.
73. Corbin J, Strauss A. Strategies for qualitative data analysis. Basics of Qualitative Research Techniques and procedures for developing grounded theory. 2008;3.
74. Creswell J. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing from five approaches (3rd Eds). Californoa: Sage; 2013.
75. Cresswell JW. Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative. Ke-2; 2005.
76. Corbin JM, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. Qualitative sociology. 1990;13(1):3-21.
77. Bögels SM, Brechman-Toussaint ML. Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. Clin Psychol Rev. 2006;26(7):834-56.
78. Whalen DJ, Gilbert KE, Barch DM, Luby JL, Belden AC. Variation in common preschool sleep problems as an early predictor for depression and anxiety symptom severity across time. JCPP. 2017;58(2):151-9.
79. Jarrett MA, Black AK, Rapport HF, Grills-Taquechel AE, Ollendick TH. Generalized anxiety disorder in younger and older children: Implications for learning and school functioning. Journal of Child and Family Studies. 2015;24(4):992-1003.
80. Capozzi F, Manti F, Di Trani M, Romani M, Vigliante M, Sogos C. Children's and parent's

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]

psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. European child & adolescent psychiatry. 2018;27(6):775-83.
81. Meers JM, Ferri R, Bruni O, Alfano CA. Sleep spindle density is associated with worry in children with generalized anxiety disorder and healthy controls. J. Affect. 2020;260:418-25.
82. Beck AT, Emery G. with Ruth L. Greenberg, 1985: Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective. New York: Basic Books. Print.
83. Beck, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press;1976.
84. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American psychologist. 2000;55(11):1247.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.3.5]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.52]