

## رابطه‌ی جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در دانش‌آموزان

- **راحله فیروزی\***، کارشناس گفتاردرمانی، دکتری روان‌شناسی عمومی، اداره آموزش و پرورش استثنایی، آمل، مازندران، ایران
- **امین حسین‌نژاد**، دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فرهنگیان، رشت، گیلان، ایران
- **عاطفه زراست‌وند**، استادیار، دانشکده مدیریت و روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی بصیر کوثر آبیگ، قزوین، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۳ ● تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۵۷ - ۶۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** شرایط تنش‌آور در محیط خانواده و نارسایی در تنظیم شناختی هیجان می‌تواند در ایجاد اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در نوجوانان نقش داشته باشد. بنابراین توجه به این موارد می‌تواند از بروز اختلالاتی همچون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی پیشگیری کند. هدف این پژوهش، بررسی رابطه‌ی جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بود.

**روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم شهر آمل در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. حجم نمونه، ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. داده‌های پژوهش به وسیله‌ی مقیاس روابط عاطفی اعضای خانواده (هیل برن، ۱۹۶۴)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی، کریچ و اسپینهوون، ۲۰۰۱) و مقیاس خودسنجی اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی بزرگسالان جمع‌آوری شدند. داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله‌ی آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که بین جو عاطفی خانواده و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با نشانه‌های نارسایی توجه / بیش‌فعالی رابطه منفی و معنادار و بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان دریافت که جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان در بروز نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نقش دارد. بنابراین، می‌توان در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به فضا و جو عاطفی خانواده توجه نمود و مورد مداخله قرار گیرد. همچنین درمانگران، آموزش راهبردهای تنظیم شناختی را در درمان این کودکان، مدنظر قرار دهند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، تنظیم شناختی هیجان، جو عاطفی خانواده، دانش‌آموزان

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، یک اختلال عصبی-تحوالی<sup>۲</sup> عمومی با شروع در کودکی است که با سطوح تحولی نامناسب، بیش‌فعالی، تکانشگری در حرکت، پاسخگویی هیجانی و اجتماعی و عدم مهار و بازداری توجه مشخص می‌شود (۱).

نشانه‌های اصلی این اختلال موجب آثار منفی و مخرب در اکثر زمینه‌های زندگی افراد مبتلا می‌شود. نارسایی توجه و بیش‌فعالی باعث می‌شود که این افراد در مقابل انفجار خشم، دلسردی، نوسانات خلقی و عدم اعتماد به خود، آسیب‌پذیر باشند. در نتیجه در تحصیل، موفقیت‌چندانی نداشته باشند و درس‌نخواندنشان باعث کشمکش آنها با معلمان و والدین‌شان می‌شود. اعضای خانواده فکر می‌کنند که این رفتارها عمدی و از روی لجبازی است و این‌گونه، رنج و خشم در خانواده ایجاد می‌شود. همچنین، افرادی که نشانه‌های بیش‌فعالی را بیشتر نشان می‌دهند، بیشتر در معرض طرد شدن از سوی دوستان و جراحات ناشی از تصادف قرار می‌گیرند و در دوست‌یابی مشکل دارند (۲).

پژوهشگران مختلف، عوامل گوناگون زیستی، خانوادگی، محیطی را برای سبب‌شناسی این اختلال، بررسی و عنوان نموده‌اند. خانواده، الگویی برای شکل‌گیری رفتار فرد در سنین کودکی و حتی نوجوانی می‌باشد. اهمیت و توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی و همچنین رفتاری خانواده و الگو برداری فرزندان در یک محیط عاطفی، به خصوص برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مضاعف می‌باشد (۳). فضای عاطفی، کیفیت الگوی ارتباطی و ارزش‌های اساسی حاکم در خانواده، در نحوه شکل‌گیری پایه‌های شخصیتی و ویژگی‌های روانی-رفتاری اعضا، تأثیر ژرف و پایدار دارد. جو عاطفی خانواده<sup>۳</sup> به مجموع روابط و تعاملات عاطفی که بین اعضای یک خانواده وجود دارد؛ همانند بیان احساسات و علائق، نحوه ارتباط و طرز برخورد افراد با یکدیگر گفته می‌شود (۴). لازم است خانواده، محیط سالم و آرامی برای کودک باشد تا کودک فرصت کافی داشته

باشد تا چگونگی نحوه برخورد با مسائل و مشکلات اجتماعی را یاد بگیرد و بتواند از راه معقول به حل آنها بپردازد (۵). در این رابطه، پژوهشگران نشان داده‌اند که نحوه رفتار والدین و جو حاکم بر روابط والدین و فرزندان می‌تواند بر تحول جنبه‌های شناختی، عاطفی، اجتماعی و اخلاقی آنان تأثیر عمیقی داشته باشد (۶، ۷). در این راستا، سیگری-لیروس<sup>۴</sup> در پژوهشی نشان دادند که ادراک از فرزندپروری با رفتارهای خشونت‌آمیز و تعدی‌گری جنسی رابطه دارد (۸). همین‌طور پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روابط والد-فرزند و عملکردهای والدینی در بروز رفتارهای ناسازگارانه و اختلالات روان‌شناختی در فرزندان تأثیر دارد. مارکوس و بکر<sup>۵</sup> در پژوهشی دریافتند که عملکرد والدینی (کنترل‌گری و حساسیت) با مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان رابطه دارد (۹).

بر اساس یافته‌های تان، کامراس، دنگ، ژانگ و لو<sup>۶</sup> استرس خانوادگی و ابعاد مختلف سبک فرزندپروری در رفتارهای سازگارانه در دختران مقطع پیش‌دستانی چینی نقش دارد (۱۰). اوتانی، سوزوکی، ماتسوموتو، انکیدو، شیراتا<sup>۷</sup> نیز بیان کردند؛ فرزندپروری کنترل‌کننده‌ی بدون عاطفه، با الگوی فعال درونی منفی از خود و دیگران، رابطه دارد (۱۱). موید و همکاران<sup>۸</sup> در پژوهش خود نشان دادند تعارضات خانوادگی و تعارضات والد-فرزند در مسائل رفتاری نوجوانان نقش دارد (۱۲). در رابطه با نقش فضای حاکم بر خانواده و کنش متقابل والد-فرزند در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نیز برخی از پژوهشگران تأکید کرده‌اند که تجربه کودکی ناگوار مانند سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی و شاهد خشونت بین والدین بودن، می‌تواند با نشانه‌های بالاتر و بیشتر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رابطه داشته باشد (۱۳). همین‌طور فولر-تامسون و لویس<sup>۹</sup> در مطالعه خود نشان دادند که سوءاستفاده جسمی و سوءاستفاده جنسی با سطوح بالای نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همراه است (۱۴).

نتایج پژوهش افضل، قاسم‌زاده و هاشمی‌بخشی، نشان داد که مداخلات خانواده‌محور منجر به افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش نشانه‌های بالینی بیش‌فعالی کودکان می‌شود (۱۵). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)  
2. Neurodevelopmental  
3. Family Emotional Climate  
4. Sigre-Leirós  
5. Marquis & Baker

6. Tan, Camras, Deng, Zhang & Lu  
7. Otani, Suzuki, Matsumoto, Enokido, Shirata T  
8. Moed & et al  
9. Fuller-Thomson & Lewis

همچنین یافته‌های پژوهش فرخزادی، خواجه‌وند خوشلی، محمدی، اکبرفهمی و علی‌بیگی نشان داد که تنظیم هیجان، باعث افزایش توجه در افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود (۲۴). از طرفی می‌توان در نظر گرفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که به‌عنوان رفتار مقابله‌ای برای کاهش اثرات شرایط و رویدادهای آسیب‌زا و استرس‌زا و هیجانات برخاسته از این رویدادها استفاده می‌شود، می‌تواند در این میان از اثرات شرایط آسیب‌زای محیط خانواده بکاهد (۲۵). کودکان بیش‌فعال به دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی‌قراری و کم‌توجهی تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می‌گذارند. وجود این‌گونه رفتارها در کودک به بروز واکنش‌هایی چون پرخاشگری، تنبیهات جسمانی و احساس خصومت از جانب والدین نسبت به کودک می‌انجامد. این عکس‌العمل‌ها در نهایت منجر به حاد شدن مشکل کودک می‌شود و سطح سازگاری اجتماعی ایشان را کاهش می‌دهد (۲۶). همین‌طور، این اختلال با روابط خانوادگی ضعیف، اضطراب و افسردگی، پرخاشگری، مشکلات رفتاری و بزهکاری، مصرف مواد و رانندگی پرخطر همراه است (۲۷) و موجبات کاهش پیشرفت تحصیلی، گذراندن دوباره پایه تحصیلی، افت تحصیلی و ترک تحصیل را فراهم می‌کند (۲۸). از طرفی، پژوهش‌های به‌عمل آمده نشان داده‌اند که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ۴ تا ۱۰ درصد جمعیت کودکان شایع است (۲۹) و با توجه به اثرات ناگوار آن بر خانواده، روابط اجتماعی، وضعیت تحصیلی و شغلی آینده افراد مبتلا، نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند از اثرات شرایط آسیب‌زای محیط خانواده بکاهد. همچنین می‌توان در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به فضا و جو عاطفی خانواده توجه نمود و آن‌را مورد مداخله قرار داد، بنابراین، پژوهش حاضر به این پرسش پاسخ می‌دهد که آیا بین جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رابطه وجود دارد؟

## روش

روش مطالعه، توصیفی و از نوع همبستگی و به لحاظ هدف، کاربردی است. جامعه پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسری بود که در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ در دبیرستان‌های دولتی

رفتاری به مادران، موجب کاهش مشکلات رفتاری و علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود. اهمیت توجه به الگوی رفتاری والدین، در این است که والدین با در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب برای رفتارهای تکانشی از قبیل پرخاشگری و قانون‌شکنی و در نظر گرفتن پیامدهای مطلوب برای رفتارهای درست، اهمیت تأخیر در تصمیم‌گیری را که برای انجام کارکردهای اجرایی حل مسئله از قبیل تفکر و نظم‌دهی به هیجانات در مقابل دیگران است را مورد تأکید قرار می‌دهند (۱۶).

بنابراین، با آموزش والدین می‌توان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را در نوجوانان مدیریت کرد (۱۷). علی‌رغم تأکید پژوهشگران بر نقش خانواده در اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کمتر پژوهشی نقش جو عاطفی خانواده را در این اختلال مورد بررسی قرار داده‌اند.

از دیگر متغیرهایی که در رابطه با انواع گوناگونی از اختلالات روانی در دو دهه اخیر مطرح شده است، تنظیم شناختی هیجان<sup>۱</sup> است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پاسخ‌های هشیار و ناهشیار شناختی به رویدادهای برانگیزاننده‌ی هیجان، به‌منظور تعدیل شدت و یا نوع تجربه‌های هیجانی شخص هستند (۱۸). مدیریت هیجانات به منزله‌ی فرآیندهای درونی و بیرونی‌ای است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی<sup>۲</sup> چون اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر سازد (۱۹، ۲۰). در واقع تنظیم هیجان، شبیه به تنظیم‌کننده تعادل است که می‌تواند هیجانات را تعدیل کند و آنها را در محدوده مهارگری نگه دارد، به طوری که شخص بتواند با آنها کنار بیاید (۲۱).

برخی پژوهشگران تأکید کرده‌اند که نارسایی در تنظیم شناختی هیجان می‌تواند در تشدید نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نقش داشته باشد (۲۲). در همین راستا، قاسم‌پور و رمضانی در پژوهشی نشان دادند که بین راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با نوجوانان عادی تفاوت معناداری وجود داشت، اما بین نمرات دو گروه در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، تفاوت معناداری وجود نداشت (۲۳).

1. Cognitive Emotion Regulation

2. Mental Health

از متوسط، حاکی از جو عاطفی ضعیف در بین افراد خانواده است. برای ارزیابی پایایی این آزمون، حقیقی و همکاران، از روی ماده‌های آزمون، اقدام به تهیه یک پرسشنامه ملاک کردند که به نوعی متفاوت، به ارزیابی حیطه‌های هشت‌گانه این مقیاس پرداختند؛ که پس از اجرای آن بر روی نمونه ۱۰۰ نفری از دانش‌آموزان، ضریب همبستگی بین نمره کل مقیاس روابط عاطفی اعضای خانواده، حیطه‌های هشت‌گانه آن و پرسشنامه ملاک را محاسبه کردند که ضریب همبستگی بین نمره کل این دو آزمون ۰/۶۴۱ بوده است (۳۱). برای بررسی اعتبار این پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد شده است. همین‌طور روایی محتوایی آزمون، مورد تأیید تعدادی از متخصصان روان‌شناسی قرار گرفته است (۳۲).

□ **پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان**<sup>۵</sup>: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کریچ و اسپینهوون<sup>۶</sup> ساخته شده و دارای ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت، در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد (۳۳). عبارات این پرسشنامه از نظر مفهومی، ۹ خرده‌مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهند که هر یک به منزله راهبردهای خاصی از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و دارای ۴ عبارت می‌باشند. این راهبردها عبارت‌اند از: مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر تفکر، بازاربازی مثبت، در جای حقیقی خود قراردادادن، مصیبت‌بار تلقی‌کردن. راهبردهای مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، تمرکز بر تفکر، مصیبت‌بار تلقی‌کردن، در جمع با یکدیگر، راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، بازاربازی مثبت و در جای حقیقی خود قراردادادن، بر روی هم راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۶ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. پایایی کل راهبردهای «مثبت»، «منفی» و «کل شناختی» با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷، و ۰/۹۳

(مقطع متوسطه دوم) شهر آمل مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی، گزینش شدند. بدین ترتیب که از میان ۱۹ مدرسه دولتی پسرانه متوسطه دوم، ۳ مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب شدند، سپس با حضور در این مدارس، پرسشنامه خودسنجی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان به همه دانش‌آموزان داده شد. پس از جمع‌آوری و بررسی پرسشنامه‌ها، ۲۰۰ دانش‌آموز، نمره بالاتر از میانگین (نمره بالاتر از ۵۰) کسب کردند و به درجاتی دچار اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی تشخیص داده شدند و جهت تشخیص دقیق‌تر با مشاوران مدارس و والدین آنان نیز مصاحبه‌ای انجام گرفت. سپس برای همه والدین دانش‌آموزان مورد نظر، دعوت‌نامه ارسال گردید. برای اولیاء توضیحاتی در مورد پژوهش داده شد.

## ابزار پژوهش

□ **مقیاس روابط عاطفی اعضا خانواده**<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط آلفرد بی‌هیل برن<sup>۲</sup> (۱۹۶۴) به منظور سنجش میزان مهرورزی در تعاملات کودک-والدین ساخته شده است (۳۰). این مقیاس دارای ۲ خرده‌مقیاس (خرده‌مقیاس رابطه پدر-فرزند<sup>۳</sup> و خرده‌مقیاس رابطه مادر-فرزند<sup>۴</sup>) و ۸ بُعد (محبت، نوازش‌کردن، تأییدکردن، تجربه‌های مشترک، هدیه‌دادن، تشویق، اعتماد و احساس امنیت) می‌باشد. کل مقیاس جو عاطفی خانواده، شامل ۱۶ پرسش است که هر دو پرسش دربرگیرنده‌ی یک خرده‌مقیاس است. پرسش‌های فرد، مربوط به رابطه احساسی آزمودنی نسبت به پدر و پرسش‌های زوج، بیانگر همان رابطه و احساس نسبت به مادر می‌باشد. همچنین، پاسخنامه‌ی این مقیاس پنج‌گزینه‌ای، از پاسخ‌های خیلی کم، کم، در حد متوسط، زیاد، خیلی زیاد، تشکیل شده است که آزمودنی برحسب احساس خود، یکی از آنها را علامت می‌زند. اولین پاسخ (خیلی کم) نشان‌دهنده‌ی ضعیف‌ترین و آخرین پاسخ (خیلی زیاد) نشان‌دهنده‌ی نیرومندترین رابطه عاطفی است که از زمان گذشته تا حال بین پدر و مادر و فرزند وجود داشته است. نمرات بالاتر از متوسط، نشان‌دهنده‌ی وجود جو عاطفی مناسب بین اعضای خانواده و نمرات پایین‌تر

1. Emotional Relationships Scale of Family Members  
2. Bi Hill Burn  
3. Father-Child Relationship

4. Mother-Child Relationship  
5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)  
6. Garnefski, Kraaij, & Spinoven

شهرستان آمل و بعد از کسب مجوزهای لازم علمی و اجرایی و هماهنگی با والدین و کسب رضایت از آنها، افراد نمونه به شرحی که در بخش روش پژوهش، ارائه شد، انتخاب شدند. از مادران این ۲۰۰ دانش‌آموز خواسته شد که در صورت تمایل به شرکت در این طرح پژوهشی، فرم رضایت‌نامه را امضاء کنند. در ابتدای فرم رضایت‌نامه، اصول اخلاقی پژوهش نوشته شده بود و طی آن شرکت آزادانه و داوطلبانه و محرمانه‌ماندن پاسخ‌ها شرح داده شد. این اصول برای مادران خوانده شد و از آنها رضایت کتبی جهت شرکت آگاهانه در پژوهش، دریافت شد. سپس پرسشنامه‌های مقیاس روابط عاطفی اعضای خانواده و تنظیم شناختی هیجان برای پاسخگویی در اختیار آنها قرار گرفت. براساس دستورالعملی که در بالای پرسشنامه‌ها نوشته شده بود، از آنها خواسته شد تمامی پرسش‌ها را به دقت بخوانند و تا حد امکان، پرسشی را بی‌پاسخ نگذارند. در پایان، اطلاعات به‌دست آمده از پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با آزمون‌های آماری مناسب، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و از تمامی مادرانی که در پژوهش شرکت کرده بودند، قدردانی به‌عمل آمد.

به‌دست آمده است. برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج ۴ نمره‌ای (از کاملاً شبیه من تا متفاوت از من) می‌باشد؛ که ۳ عامل افسردگی، استرس و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم پایایی پرسشنامه، در پژوهش یوسفی در نمونه‌ای متشکل از آزمودنی‌های ۱۵ تا ۲۵ سال، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای «کل شناختی» برابر ۰/۸۲ گزارش شده است (۳۴).

#### □ مقیاس خودسنجی اختلال نارسایی توجه همراه با

**بیش‌فعالی بزرگسالان**<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت و کارگروهی متشکل از گروه‌های روان‌پزشکان و پژوهشگران سازمان جهانی بهداشت ساخته شده است. پرسش‌های مقیاس، سازگار با معیارهای DSM-5 هستند. این مقیاس شامل ۲ بُعد و ۱۸ پرسش است که به ۲ قسمت الف و ب تقسیم می‌شود. برای بُعد نارسایی توجه، تعداد ۹ پرسش و برای بُعد بیش‌فعالی / تکانشگری نیز تعداد ۹ پرسش در نظر گرفته شده است. نحوه نمره‌گذاری براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. این پرسشنامه دارای حساسیت ۸۷ درصد و مختص بودن پرسشنامه در شناسایی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان، ۹۸/۳ تا ۹۹/۵ درصد است که حساسیت و ویژگی به‌دست آمده، مربوط به نقطه برش ۵۰ است. این مقیاس، تاکنون در ۲۸ کشور جهان اعتباریابی شده است (۳۵).

#### یافته‌ها

جدول (۱) اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای جو عاطفی خانواده، تنظیم شناختی هیجان، زیرمقیاس‌های آنها و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی گزارش شده است.

#### شیوه اجرا

روش اجرای پژوهش این‌گونه بود که پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان اداره آموزش و پرورش

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی	۳۸/۷۵	۸/۹۸	-۰/۳۶	۱/۱۲
جو عاطفی اعضای خانواده	۴۶/۹۹	۵/۸۴	۰/۲۷۲	-۰/۶۱۱
محبت	۶/۲۴	۲/۱۲	۰/۴۵۶	۰/۲۲۱
نوازش کردن	۵/۵۷	۲/۲۰	۰/۵۵۶	۱/۳۲۲
تأیید کردن	۵/۸۹	۱/۹۶	-۰/۳۱۴	۰/۶۱۵

1. Attention Deficiet/Hyperactivity Disorder Self-Report Scale

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تجربه‌های مشترک	۶/۱۵	۲/۰۷	۰/۴۶۵	-۰/۴۱۱
هدیه دادن	۵/۶۵	۱/۸۹	-۰/۶۲۹	-۰/۲۲۱
تشویق	۵/۸۹	۲/۱۲	۰/۳۱۴	۰/۶۱۵
اعتماد	۵/۲۷	۲/۱۳	-۰/۰۱۶	-۰/۶۱۹
احساس امنیت	۶/۳۲	۱/۹۲	۰/۳۲۰	-۰/۵۰۹
راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان	۹۳/۵۲	۸/۰۳	۰/۰۱۲	-۱/۳۴
راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان	۵۷/۷۹	۹/۵۹	۰/۰۲۰	-۰/۷۵۶

جدول (۱)، مقدار قدر مطلق کجی و کشیدگی برای هیچ‌کدام از متغیرها، بزرگتر از ۳ و ۱۰ نمی‌باشد. بنابراین می‌توان گفت متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشند.

جدول (۲)، اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین جو عاطفی خانواده، تنظیم شناختی هیجان و زیرمقیاس‌های آنها با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را نشان می‌دهد.

نتایج جدول (۱) نشان داد، متغیرهای جو عاطفی خانواده به ترتیب با میانگین و انحراف استاندارد،  $۴۶/۹۹ \pm ۵/۸۴$  و تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان و راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان) با میانگین و انحراف استاندارد،  $۹۳/۵۲ \pm ۸/۰۳$  و  $۵۷/۷۹ \pm ۹/۵۹$  و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با میانگین و انحراف استاندارد  $۳۸/۷۵ \pm ۸/۹۸$  می‌باشند. همچنین با توجه به

جدول (۲) ماتریس همبستگی بین متغیرهای جو عاطفی خانواده، تنظیم شناختی هیجان و زیرمقیاس‌های آنها با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱										
										۱	محبت									
									۱	۰/۶۵۵	نوازش کردن									
								۱	۰/۵۹۰	۰/۵۸۹	تأیید کردن									
							۱	۰/۵۹۰	۰/۵۳۰	۰/۵۳۵	تجربه‌های مشترک									
						۱	۰/۵۶۰	۰/۵۲۰	۰/۵۷۰	۰/۵۵۰	هدیه دادن									
					۱	۰/۶۰۴	۰/۵۴۶	۰/۵۷۰	۰/۵۱۳	۰/۵۷۸	تشویق									
					۱	۰/۶۵۱	۰/۴۸۸	۰/۴۷۰	۰/۵۴۳	۰/۳۹۰	۰/۴۵۰	اعتماد								
						۱	۰/۵۹۵	۰/۶۴۴	۰/۵۴۱	۰/۴۸۵	۰/۶۳۱	احساس امنیت								
							۱	-۰/۶۳	-۰/۵۵	-۰/۲۸	-۰/۳۳	-۰/۴۸	-۰/۴۲	-۰/۵۲	-۰/۶۰	راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان				
								۱	-۰/۷۳	۰/۴۷	۰/۶۰	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۵۲	۰/۴۴	۰/۱۸	۰/۴۹	راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان		
									۱	-۰/۲۷۵	-۰/۳۵۵	-۰/۲۳۳	-۰/۱۶۹	-۰/۱۳۷	-۰/۱۷۰	-۰/۱۵۳	-۰/۱۰۰	-۰/۲۲۳	-۰/۲۵۸	اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

\*\*سطح معنی داری ۰/۰۵

هدیه دادن، اعتماد و احساس امنیت) و راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده (محبت، نوازش کردن، تجربه‌های مشترک،

۱/۵ تا ۲/۵، نشان از استقلال باقی مانده‌ها در مدل دارد. همچنین جهت بررسی هم‌خطی بین متغیرهای مستقل، از شاخص‌های عامل تورم واریانس<sup>۱</sup> و شاخص تولرانس<sup>۲</sup> بهره گرفته شد که با توجه به اینکه مقادیر شاخص عامل تورم واریانس کوچکتر از ۱۰ و شاخص تولرانس بیش از ۱/۰ بوده در نتیجه مشکل هم‌خطی بین متغیرهای مستقل مشاهده نشد. همچنین به منظور بررسی همسانی واریانس‌های باقی‌مانده‌ها از نمودار پراکنش آماری استفاده شد که پس از رسم نمودار فوق، روندی در نمودار حاصله که نشان از همسانی واریانس باقی‌مانده‌های مدل باشد، مشاهده نشد. بنابراین همه شرایط مدل رگرسیون برقرار بوده و می‌توان برای بررسی فرضیه از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده کرد.

متغیرهای مستقل (جو عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجان) در ۲ مدل وارد شدند، نتایج در جدول (۳) نشان داده شده است. جو عاطفی خانواده در مدل اول وارد شد و مقدار ضریب همبستگی برابر ۰/۵۰۹ شده است. همچنین در مدل دوم با اضافه شدن راهبرد مثبت تنظیم هیجان به معادله، میزان ضریب همبستگی به ۰/۵۳۱ افزایش یافته است.

رابطه منفی و معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد ( $P < 0/05$ ). یعنی به میزانی که مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده (محبت، نوازش کردن، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، اعتماد و احساس امنیت) و راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان افزایش می‌یابد، نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کاهش می‌یابد. همچنین بین متغیر راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان با نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رابطه مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد ( $P < 0/05$ ). یعنی به میزانی که راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان افزایش می‌یابد، نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی افزایش می‌یابد.

برای بررسی و تعیین نقش جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آنها بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از رگرسیون چندگانه (به روش گام به گام) استفاده شده است.

در ابتدا پیش شرط‌های مدل رگرسیون جهت بررسی میزان تأثیر هدف (۱) مورد بررسی قرار گرفته است. همچنان که مشاهده می‌شود، سطح معناداری آزمون کولموگراف-اسمیرنوف با مقدار ۰/۱۲۶ (بیشتر از ۰/۰۵) حاکی از نرمال بودن باقیمانده‌های مدل، آماره دورین واتسون با مقدار بین

جدول ۳) نتایج مدل رگرسیون گام به گام در کل جامعه (متغیر وابسته: نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی)

آزمون هم‌خطی		سطح معناداری (sig)	آماره t	ضریب بتا ( $\beta$ )		متغیر
VIF	Tolerance			استاندارد	غیر استاندارد	
		۰/۰۰۱	۱۶/۲۳	-	۸۱/۱۳	مقدار ثابت
۱/۱۱	۰/۶۱	۰/۰۰۱	-۷/۴۵	-۰/۴۶۹	-۰/۷۲۳	جو عاطفی خانواده
۱/۰۸۱	۰/۸۴۱	۰/۰۰۳	-۲/۵۱	-۰/۱۵۸	-۰/۱۴۹	راهبرد مثبت تنظیم هیجان
۰/۰۰۱		سطح معناداری		۶۶/۷۷		آماره F
۲		آماره دورین واتسون		۰/۴۹۳		کالموگراف - اسمیرنوف
۰/۲۷۳		ضریب تعیین تعدیل شده		۰/۲۵۹		ضریب تعیین ( $R^2$ )
۰/۰۰۱		سطح معناداری		۳۷/۹۶		آماره F
۲		آماره دورین واتسون		۰/۱۱۰		کالموگراف - اسمیرنوف
۰/۲۶۲		ضریب تعیین تعدیل شده		۰/۲۸۲		ضریب تعیین ( $R^2$ )

مربوط به هدف پژوهش است و نتایج ضریب تعیین تعدیل شده نشان می‌دهد در گام اول جو عاطفی خانواده حدود

نتایج جدول (۳) نشان داد، سطح معناداری آماره فیشر در گام اول و دوم کمتر از ۰/۰۵ بوده که حاکی از معناداری مدل

1. Variance Inflation Factor (VIF)

2. Tolerance

۲۷/۰ از تغییرات نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی را پیش‌بینی می‌کند. در گام دوم، جوّ عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجان حدود ۲۶/۰ از تغییرات نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین به ترتیب با ضریب بتای استاندارد (-۰/۴۶۹) و (-۰/۱۵۸) بالاترین تأثیر رگرسیون را بر روی نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی دارند. بدین معنی که با افزایش جوّ عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجان در نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی کاهش ایجاد می‌شود.

### بحث

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین جوّ عاطفی خانواده و مؤلفه‌های محبت، نوازش‌کردن، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، اعتماد، احساس امنیت با نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که با بهبود جوّ عاطفی خانواده، نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی در نوجوانان کاهش خواهد یافت.

در همین رابطه، نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج حاصل از یافته‌های پژوهشگرانی همچون مارکوس و بکر، تان و همکاران، اوتانی و همکاران، موید و همکاران، نشان داده‌اند که روابط والد-فرزند و عملکردهای والدینی در بروز رفتارهای ناسازگارانه و اختلالات روان‌شناختی در فرزندان تأثیر دارد (۹-۱۲) و همین‌طور فولر-تامسون و لوئیس، اویانگ و همکاران در پژوهش‌های خود دریافتند فضای حاکم بر خانواده و کنش متقابل والد-فرزند در اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی نقش دارد (۱۳، ۱۴).

نتیجه به دست آمده را می‌توان براساس مطالعات خدابخشی کلائی و همکاران اینگونه تبیین کرد که رابطه والد-کودک نقش مهمی در آسیب‌پذیری یا منقطع شدن کودکان دارد. این رابطه، در نگاهی وسیع‌تر تحت تأثیر خصوصیت کودکان (مثلاً جنس، خلق‌و‌خو، وضعیت زیست‌شناختی کودک) قرار می‌گیرد و در کنار خصوصیات والدین، خانواده‌ها و محیط، سیر تحول کودک را پیش‌بینی می‌کنند. اهمیت توجّه به الگوی رفتاری والدین، با در نظر گرفتن پیامدهای نامطلوب برای رفتارهای تکانشی از قبیل پرخاشگری و قانون‌شکنی و در نظر گرفتن پیامدهای مطلوب برای رفتارهای درست، اهمیت تأخیر در تصمیم‌گیری سریع والدین را مورد تأکید قرار می‌دهد (۱۶).

صاحب‌نظران نیز اعتقاد دارند که علائم بیش‌فعالی وقتی گسترش پیدا می‌کند که عوامل زمینه‌ساز اختلال با یک شیوه مستبدانه و ناکارآمد فرزندپروری همراه شود. در این وضعیت، کودک، قادر نیست از فرامین والدین پیروی کند و والدین مستبدانه‌تر و سختگیرتر می‌شوند تا فرزندانشان را مهار کنند و این چرخه، بارها و بارها تکرار می‌شود تا کودک را به سوی مشکلات رفتاری و عدم تبعیت از دستورات والدین و قوانین محیط خانوادگی سوق دهد. در بیشتر اوقات، والدین این کودکان برای کنترل کودک و رفتار با آنها به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت علائم اختلال در کودک را بدتر کرده و از طریق اعمال کنترل شدید بر کودک وضعیتی را به وجود می‌آورند که پیامد آن، تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن نشانه‌های اختلالی همچون بیش‌فعالی و تکانشگری و مشکلات رفتاری برون‌ریزانه در کودک با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی است (۱۷).

بدین ترتیب می‌توان اظهار داشت که وجود زمینه‌ها و آسیب‌پذیری کودکان با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی و بروز رفتارهایی همچون کنجکاوای زیاد، جنب‌وجوش و حرکت فراوان و حرف‌زدن مداوم، می‌تواند در خانواده‌هایی که از جوّ عاطفی مناسبی برخوردار نیستند، زمینه را برای بروز رفتارهای مهارگرانه، سخت‌گیرانه و خصومت‌آمیز والدین نسبت به این کودکان فراهم کند که خود این روند، باعث نافرمانی، پرجنب‌وجوشی، پرحرفی و اذیت و آزار بیشتر این کودکان می‌شود و در نهایت اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی در کودکان شدت می‌یابد. اما وجود جوّ عاطفی مناسب و روابط همراه با عاطفه و صمیمیت والدین با کودکان، می‌تواند زمینه بروز واکنش‌های مناسب والدین به این کودکان را فراهم نماید و فضایی را به وجود آورد که آنان با داشتن خودآگاهی و اعتماد به نفس بیشتر، توانایی خودکنترلی بالاتری داشته باشند و بتوانند بیشتر نشانه‌های اختلال خود را مهار کنند.

همچنین نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بین راهبرد منفی تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی رابطه مثبت و معنادار و بین راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که با بهبود راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان، نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی در نوجوانان کاهش و با

است. پس، تفاوت‌های فردی در نظم‌جویی شناختی هیجان می‌تواند کنش‌وری مؤثر در محیط اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. حتی تفاوت‌های فردی در نظم‌جویی هیجان در تعامل با سایر عوامل می‌تواند فرد را در معرض خطر بروز جنبه‌های آسیب‌شناختی قرار دهد. همچنین راهبرد مثبت تنظیم مانند بازارزیایی شناختی هیجان‌ات، باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار ساگارانه افراد می‌شود.

از طرفی، در نتایج حاصل از پژوهش حاضر نکات مهم دیگری مشخص شده که متغیرهای جو عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجانی قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی می‌باشند. در تبیین نتیجه به‌دست آمده براساس یافته‌ی پژوهش در تاجی و همکاران می‌توان گفت که مادران کودکان بیش‌فعال در قبال کودکان خود، سبک کنترل‌کننده و بیشتر حالت انتقادی به‌کار می‌گیرند و این، نه تنها باعث کاهش رفتارهای مخرب نمی‌شود؛ بلکه وی را بیش از پیش لجباز و تحریک‌پذیرتر می‌کند (۳). به‌طور کلی حاکم بودن روابط مطلوب در درون خانواده، تحول ذهنی، عاطفی و روانی-اجتماعی فرزندان را امکان‌پذیر می‌سازد. عملکرد نامطلوب و خصمانه، موجب آشفتگی در روابط بین اعضای خانواده می‌شود و یک دور باطل از ارتباط نامطلوب و واکنش خصمانه و گاهی، موارد تبیبه و سرزنش را موجب می‌شود.

بدین‌سان می‌توان نتیجه گرفت؛ دانش‌آموزانی که از مدیریت درست هیجانی برخوردار هستند، در مقابله‌ی مؤثر در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا، کارآمد هستند و هیجان‌های منفی کمتر و مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و در نهایت، بر روی هیجان‌ات خود کنترل بیشتری دارند و پاسخ مؤثرتری به هیجان‌ات می‌دهند و بدین‌سان از تکانشگری و نارسای توجّه کمتری برخوردار می‌باشند. یک فرد معمولی، قادر است در مقابل یک محرک، هیجان خود را از پاسخی که قرار است بروز دهد، متمایز کند و پاسخ صحیح و ابراز هیجان صحیح و به‌موقع، داشته باشد. اما در یک کودک با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی، تأخیر در پاسخ وجود ندارد و پاسخ‌های هیجانی آنها ادغام شده در پاسخ‌های رفتاری آنها است. این کودکان وقتی صحبت می‌کنند، همراه با حالت‌های هیجانی که در آن لحظه تجربه کرده‌اند، رفتار می‌کنند که این رفتار و هیجان مرتبط با آنچه می‌گویند، نیست. اگر رفتاری هم انجام

افزایش راهبرد منفی تنظیم شناختی هیجان، نشانه‌های اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی در نوجوانان نیز افزایش خواهد یافت. در همین رابطه، نتایج به‌دست آمده همسو با نتایج پژوهشگرانی همچون قاسم‌پور و رمضانی و استرالین است که در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که این کودکان در تنظیم مناسب هیجان‌ات خود دچار مشکل می‌باشند همچنین گزارش داده‌اند که، کودکان با اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی، دارای سطوح پایین‌تری از ارزیابی مجدد شناختی، بازداری هیجانی و خودمهارگری، نسبت به کودکان بدون اختلال نارسای توجّه/بیش‌فعالی هستند (۲۲، ۲۳).

در پژوهش فرخزادی، خواجه‌وند خوشلی، محمدی، اکبرفهمی و علی‌بیگی با هدف اثربخشی تنظیم هیجان بر علائم نارسای توجّه/بیش‌فعالی در کودکان ۱۷-۴ ساله، نشان دادند که تنظیم هیجان، باعث افزایش توجّه در افراد با نارسای توجّه/بیش‌فعالی می‌شود (۲۴). نتایج به‌دست آمده را می‌توان براساس نظریات پژوهشگران ذکر شده اینگونه تبیین کرد که نظم‌جویی شناختی هیجان در فرایندهای مختلف بهنجار و نابهنجار نقش اساسی داشته و در برابر محرک‌ها و تجارب هیجانی ناخوشایند، یکی از مؤلفه‌های مهم فرایند مقابله می‌باشد؛ بنابراین می‌توان متصور شد؛ دانش‌آموزانی که از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی برخوردارند؛ در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای محیط خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی، نمی‌توانند هیجان منفی خود را به‌درستی مدیریت نمایند و در مهار رفتارهای ناشی از هیجان‌ات و در پاسخ به هیجان‌ات، سازگاری و مهارت کافی ندارند و بدین‌سان تکانشگری و بیش‌فعالی را نشان می‌دهند.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که؛ راهبردهای تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی و هیجان‌های منفی را تنظیم و تعدیل نماید. بنابراین یکی از فرضیه‌های اساسی در زمینه راهبردهای منفی تنظیم هیجان می‌تواند این باشد که، ناتوانی و نارسای در تنظیم هیجان‌ها و استفاده مفرط از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی همچون مقصر دانستن خود و دیگران، مکانیسم زیربنایی مشکلات رفتاری درون‌زا و برون‌زا در نوجوانان است. نظم‌جویی شناختی هیجان، ما را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی متنوع، پاسخ دهیم. توانایی تغییردادن رفتار، همراه با تغییرات محرک، در کنش‌وری سازگارانه هیجان، از اهمیت خاصی برخوردار

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان دریافت که جو عاطفی خانواده و تنظیم شناختی هیجان در بروز نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نقش دارد. بنابراین می‌توان در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به فضا و جو عاطفی خانواده توجه نمود و مورد مداخله قرار گیرد. همچنین یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در کنار سایر مطالعاتی که در این حیطه انجام گرفته و به تعدادی از آنها در بالاتر اشاره شد، می‌تواند تبدیل به یک نظریه یا یک مدل شود و جهش بزرگی را در حیطه‌ی کار مشاورانی که در حوزه‌ی نوجوانان و نارسایی توجه و بیش‌فعالی به صورت تخصصی کار می‌کنند، ایجاد کند.

### تشکر و قدردانی

از تمامی دانش‌آموزان و خانواده‌هایشان و مدیران مدارس که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

می‌دهند قادر به تفکیک آن نیستند و هیجان لحظه را به رفتارشان منتقل می‌کنند.

بدین‌سان با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد که توانایی تنظیم و مدیریت هیجانات می‌تواند در شدت بروز نشانه‌های این اختلال نقش داشته باشد. از طرفی، در تعامل جو عاطفی خانواده و راهبرد مثبت تنظیم هیجانی در پیش‌بینی علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌توان عنوان داشت که شرایط نامساعد خانواده و تحت سوءاستفاده جسمی و جنسی قرار گرفتن و به‌طورکلی، شرایط استرس‌زا به‌ویژه در محیط خانواده، می‌تواند فشار روانی و در نتیجه هیجانات منفی فراوانی را در این کودکان ایجاد نماید و با پذیرفتن این موضوع، می‌توان در نظر گرفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که به‌عنوان نوعی رفتار مقابله‌ای برای کاهش اثرات شرایط و رویدادهای آسیب‌زا و تنش‌آور و هیجانات برخاسته از این رویدادها استفاده می‌شود، می‌تواند در این میان، از اثرات شرایط آسیب‌زای محیط خانواده بکاهد.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر در شهرستان آمل و در مقطع متوسطه دوم و بر روی دانش‌آموزان پسر انجام گرفت، محدود بودن جامعه پژوهش به شهرستان آمل و مقطع متوسطه دوم پسر از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد و در تعمیم نتایج به شهرها و دانش‌آموزان مقاطع تحصیلی دیگر و دختران باید محتاط بود. همچنین، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است علائم مشابهی با سایر اختلالات داشته باشد و برای تشخیص دقیق این اختلال باید دقت بیشتری صورت گیرد. برای سنجش متغیرها روش خودسنجی به‌کار گرفته شد و از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌های مورد نظر استفاده گردید. همچنین برای رفع محدودیت، پیشنهاد می‌شود؛ چنین پژوهشی در دیگر شهرها به‌ویژه شهرهایی که دارای شرایط متفاوتی از لحاظ فرهنگی و اجتماعی هستند و نیز، در سایر مقاطع تحصیلی و نیز بر روی جامعه دختران، صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود برای تشخیص دقیق‌تر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از ابزارهای سنجش تکمیلی و مصاحبه و گرفتن شرح حال از والدین و یا بررسی پرونده‌های پزشکی این دانش‌آموزان استفاده شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در درمان کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و سایر اختلالات روانی دوران کودکی و نوجوانی محیط خانواده مورد توجه قرار گیرد.

## References

- Cardoso-Moreno MJ, Tomás-Aragonés L, Rodríguez-Ledo C. Socio-emotional intervention in attention deficit hyperactive disorder. *Eur J Psychol Educ.* 2015; 8(2): 53-9.
- Ganji M. *Abnormal Psychology based on DSM-5*. First edition. Tehran: Savalan Pub; 2013, pp: 473-74. [Persian]
- Dortaj F, Mohammadi A. Family Functioning in 7-15 year old Children with and without ADHD in Tabriz city. *Journal of Family Research.* 2010; 6(2): 211-26. [Persian]
- Akbari Borang M, Gavamirad Z. Predicting interpersonal trust of the female students of Birjand city high school based on family emotional environment and religious orientation in the academic year of 2014-2015. *Women's Strategic Studies.* 2015; 18(69): 175-211. [Persian]
- Rahimi M, Vaezfar S, Jayervand H. Simple and Multiple Relationships with Family Emotional Climate of Tolerance for Ambiguity and Cognitive Creativity. *Quarterly Journal of Innovation and Creativity in Human Science.* 2015; 5(2): 147-64. [Persian]
- Bleys D, Soenens B, Boone L, Claes S, Vliegen N, Luyten P. The role of intergenerational similarity and parenting in adolescent self-criticism: An actor-partner interdependence model. *J Adolesc.* 2016; 49: 68-76.
- Chen W-W. The relations between perceived parenting styles and academic achievement in Hong Kong: The mediating role of students' goal orientations. *Learn Individ Differ.* 2015; 37: 48-54.
- Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. Early parenting styles and sexual offending behavior: A comparative study. *Int J Law Psychiatry.* 2016; 46: 103-9.
- Marquis WA, Baker BL. An examination of Anglo and Latino parenting practices: relation to behavior problems in children with or without developmental delay. *Res Dev Disabil.* 2014; 35(2): 383-92.
- Tan TX, Camras LA, Deng H, Zhang M, Lu Z. Family stress, parenting styles, and behavioral adjustment in preschool-age adopted Chinese girls. *Early Childhood Res Q.* 2012; 27(1): 128-36.
- Otani K, Suzuki A, Matsumoto Y, Enokido M, Shirata T. Effects of perceived affectionless control parenting on working models of the self and other. *Psychiatry Res.* 2016; 242: 315-18.
- Moed A, Gershoff ET, Eisenberg N, Hofer C, Losoya S, Spinrad TL, Liew J. Parent-adolescent conflict as sequences of reciprocal negative emotion: links with conflict resolution and adolescents' behavior problems. *J Youth Adolesc.* 2015; 44(8): 1607-22.
- Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *J Pediatr.* 2008; 153(6): 851-6.
- Fuller-Thomson E, Lewis DA. The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse Negl.* 2015; 47: 94-101.
- Afzali L, Ghasemzadeh S, Hashemi Bakhshi M. Effectes of family-based interventions on clinical symptoms and social skills of hyperactive children. *sjsph.* 2019; 17(3): 229-42. [Persian]
- Khodabakhshi Kolai A, Shahi A, Navidian A, Mosalanejad L. The effect of positive parenting program training in mothers of children with attention deficit hyperactivity on reducing children's externalizing behavior problems. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2015; 17(3): 135-41. [Persian]
- Amiri M. Effectiveness of Parent Behavioral Training on Hyperactivity/ Impulsivity and Rule-Breaking Behaviors in Children with ADHD (Hyperactivity-Impulsivity Domain Type). *rph.* 2016; 9(4): 90-101. [Persian]
- Ghorbani F, Khosravani V, Jammati Ardakani R, Alvani A, Akbari H. The mediating effects of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia and physical symptoms: Evidence from Iranian asthmatic patients. *Psychres.* 2017; 247: 144-51.
- Kahle S, Miller JG, Lopez M, Hastings PD. Sympathetic recovery from anger is associated with emotion regulation. *J Exp Child Psychol.* 2016; 142: 359-71.
- Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc.* 2009; 32(2): 449-54.
- Sharifi Shayan F, Entesar Fouman GHi, Hejazi M. The effectiveness of collaborative learning method on academic motivation and emotion control in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *J Child Ment Health.* 2020; 6(4): 74-84. [Persian]
- Van Stralen J. Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2016; 8(4): 175-87.
- Ghasempour A, Ramzani V. The comparison of emotion cognitive regulation strategies and impulsivity in normal adolescents and with Attention deficit/ hyperactivity disorder. *rjms.* 2015; 22(137): 9-18. [Persian]
- Farokhzadi F, Khaje Vandkhosli A, Mohamadi M, AkbarFahimi M, Ali Beigi N. Efficacy of emotional regulation over attention deficit / hyperactivity disorder In 7-14 years old Children. *joec.* 2019; 18(4): 101-16. [Persian]

25. Gardner SE, Betts LR, Stiller J, Coates J. The role of emotion regulation for coping with school-based peer-victimisation in late childhood. *Pers Individ Dif*. 2017; 107: 108-13.
26. Shalani B, karami J, Momeni K. The effectiveness of art therapy with drawing approach on the social skills of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *jpen*. 2016; 2(4): 10-5. [Persian]
27. Rodríguez C, Álvarez D, González-Castro P, García J, Alvarez L, Núñez J. TDAH y Dificultades de Aprendizaje en escritura: comorbilidad en base a la Atención y Memoria Operativa. *Eur J Psychol Educ*. 2009; 2(3): 181-98.
28. Owens J, Jackson H. Attention-deficit/hyperactivity disorder severity, diagnosis, & later academic achievement in a national sample. *Soc Sci Res*. 2017; 61: 251-65.
29. Mongia M, Hechtman L. Attention-deficit hyperactivity disorder across the lifespan: review of literature on cognitive behavior therapy. *Curr Dev Disord Rep*. 2016; 3(1): 7-14.
30. Haghghi J, Shokrkon H, Mousavi Shoushtari M. A Study of the Parent-Child Relationships and The Individual and Social Adjustment of the Nineth Grade Girl Students at Ahvaz Schools. *Journal of Education and Psychology*. 2002-2003; 9(3-4): 79-108. [Persian]
31. Mohebi Noredin Vand MH, Moshtaghi S, Shahbazi M. Relationship between family emotional climate and development of social skills and achievement of students primary. *Curriculum Planning*. 2011; 8(30): 84-93. [Persian]
32. Rahmani P, Moheb N. A comparison of child rearing method and affective climate of a family a child suffering from free floating anxiety and those without anxiety. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2011; 4(13): 67-78. [Persian]
33. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Indiv Differ*. 2001; 30(8): 1311-27.
34. Yousefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in shiraz. *joec*; 2007; 6(4): 871-92. [Persian]
35. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, et al. The world health organization adult adhd self-report scale (asrs): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005; 35(2): 245-56.
36. Mokhtari H, Rabiei M, Salimi SH. Psychometric properties of the persian version of adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report scale. *ijpcp*. 2015; 21(3): 244-53. [Persian]