

## رابطه علائم نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی کودکان: مطالعه نقش تعدیل‌گر راهبردهای مقابله‌ای مادران با هیجانات منفی کودکان

عباس شیخ محمدی\*

کاندیدای دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان-  
شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

غلامعلی افروز

استاد ممتاز گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان-  
شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

علی اکبر ارجمندنیا

دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و  
علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

رزیتا داوری آشتیانی

دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید  
بهشتی، تهران، ایران

باقر غباری بناب

استاد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و  
علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه نقش تعدیل‌گر راهبردهای مقابله‌ای والدین با هیجانات منفی کودکان در رابطه علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بود. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده که در آن تعداد ۱۹۱ کودک ۷ تا ۱۳ سال (دختر: ۴۳ درصد، پسر: ۵۶ درصد) و مادران آنان مشارکت داشتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین (CPRS-R:S)، مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (SSRS) و

مقیاس راهبردهای مقابله با هیجانات منفی کودکان (CCNES) جمع‌آوری شد و با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش سلسله‌مراتبی تحلیل شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و راهبردهای حمایت‌گرانه مادران در مقابله با هیجانات منفی کودکان می‌تواند به‌طور معناداری، مهارت‌های اجتماعی را در آنان پیش‌بینی کنند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد راهبردهای حمایت‌گرانه مادران در مقابله با هیجانات منفی کودکان رابطه‌ی بین علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی را تعدیل می‌کند. بر اساس این نتایج استفاده‌ی بیشتر مادران از راهبردهای حمایت‌گرانه، ارتباط علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ملاحظات بالینی و کاربردی نتایج مذکور مورد بحث قرار گرفته است.

**واژه‌های کلیدی:** راهبردهای مقابله‌ای، هیجانات منفی کودکان، نارسایی توجه، بیش‌فعالی، مهارت‌های اجتماعی

## مقدمه

کارکرد اجتماعی مطلوب یک ویژگی ضروری برای کودکان و نوجوانان است تا بتوانند روابط سالم و مؤثری با دیگران برقرار کنند (ری، اونز و لانگبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ گاردنر، گردس و وینبرگر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). افرادی که در تحول مهارت‌های اجتماعی مناسب شکست می‌خورند، در معرض پیامدهای منفی قرار دارند (سولانتو، پاپ-بوید، تریون و استیاک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹؛ گرشام، وان و کوک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). فقدان و نارسایی در مهارت‌های اجتماعی با مشکلات شکست در مدرسه (فانتوزو، سکینو و کوهن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴)، ترک تحصیل (متسون و ویلکینز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹)، رفتارهای پرخاشگرانه و ضد اجتماعی (ویبستر-استراتون، رید و هاموند<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱) مرتبط است. پژوهش‌های مختلفی ارتباط بین علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مشکلات اجتماعی را نشان داده‌اند (مانند

- <sup>۱</sup>. Ray, Evans, & Langberg
- <sup>۲</sup>. Gardner, Gerdes & Weinberger
- <sup>۳</sup>. Solanto, Pope-Boyd, Tryon & Stepak
- <sup>۴</sup>. Gresham, Van & Cook
- <sup>۵</sup>. Fantuzzo, Sekino & Cohen
- <sup>۶</sup>. Matson & Wilkins
- <sup>۷</sup>. Webster-stratton, Reid & Hammond

پارکز، کاردی، ویناروسکی، سل و استیونسون<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰؛ بانفورد و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵؛ راس و گرازیانو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ بانفورد، اونز و لانگبرگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸؛ برنگوئرفورنر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶) و می توان گفت مشکلات اجتماعی یکی از مهم ترین حیطه‌هایی است که کودکان و نوجوانان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در آن دچار آسیب هستند (بارکلی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸، کایسر، مک بارنت و فیفنز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱؛ کافلر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). هم علائم نارسایی توجه و هم علائم بیش‌فعالی با نقص در روابط بین فردی، پذیرش پایین از طرف همسالان ارتباط دارند (کیم<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ تسنگ، کاواباتا، گائو و کریک<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴). برای مثال کودکی که بیش‌فعال است، ممکن است مزاحم همسالان شود، حرف آنان را قطع کند، قوانین را نقض کند یا اجازه صحبت به کسی ندهد؛ در مقابل کودک بی‌توجه احتمالاً در بین مکالمه فاصله بی‌اندازد، یا حواسش پرت گردد یا در انتخاب و توجه به نشانه‌های اجتماعی شکست بخورد (کایسر، مک بارنت و فیفنز، ۲۰۱۱). وجود علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی با نقایص جدی در مهارت‌های تنظیم هیجانی همراه است (گرازیانو و گارسیا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶) و می‌توان ادعا کرد نارسایی در تنظیم هیجان<sup>۱۲</sup> یکی از عواملی است که در مشکلات اجتماعی کودکان و نوجوانان با نارسایی توجه/بیش‌فعالی دخیل است (بارکلی، ۲۰۱۰؛ بانفورد، اونز و ویمبز، ۲۰۱۵؛ بانفورد و همکاران، ۲۰۱۸؛ سیمور، کرونیس-توسکانو،

<sup>۱</sup> . Parks, Cardy, Woynaroski, TSehl, & Stevenson

<sup>۲</sup> . Bunford

<sup>۳</sup> . Ros & Graziano

<sup>۴</sup> . Evans & Langberg

<sup>۵</sup> . Berenguer Forner

<sup>۶</sup> . Barkley

<sup>۷</sup> . Kaiser, McBurnett, Pfiffner

<sup>۸</sup> . Kofler

<sup>۹</sup> . Kim

<sup>۱۰</sup> . Tseng, Kawabata, Gau & Crick

<sup>۱۱</sup> . Garcia

<sup>۱۲</sup> . Emotion Dysregulation (ED)

ایواموتو، کوردزیل و مک فرسن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ موسر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). بنابراین علائم نارسایی توجه و بیش-فعالی می‌تواند زمینه‌ای برای مشکلات هیجانی و اجتماعی مختلف باشد.

از سوی دیگر علاوه بر متغیرهای فردی، عوامل مربوط به بافت و محیط خانوادگی مانند تعاملات والدین با کودکان و رفتارهای فرزندپروری آنان نیز با آسیب‌شناسی روانی کودکان ارتباط دارد (کاواباتا، الینک، تسنگ، ون آیزندورن و کریک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱؛ کینگ، ویدورک و ماریانوس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶؛ دلاور، ابراهیمی و سلطانی، ۱۳۹۴) و می‌تواند اثرات آسیب روانی والدین را بر مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان تعدیل کند (سووج، شافر، مورلن و توماسن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). یکی از زمینه‌های تعامل والدین با فرزندان که بر کارکرد کودکان اثر می‌گذارد، راهبردهای مقابله‌ای والدین با هیجانات کودکان است که یکی از جنبه‌های اجتماعی‌سازی هیجان و تنظیم هیجان است (اشتینبرگ و درابیک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). اجتماعی‌سازی هیجانات توسط والدین که معمولاً در سال‌های اولیه زندگی آغاز می‌گردد، در واقع روشی است که والدین پاسخ‌های هیجانی مناسب را آموزش می‌دهند، هدایت می‌کنند و الگوسازی می‌کنند و این کارها با رشد مهارت‌های تنظیم هیجان کودک ارتباط دارد (اسپینارد، استیفر، دونلان-مک کال و ترنر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). راهبردهای مقابله‌ای والدین با هیجانات کودکان می‌تواند مثبت و حمایت‌گراانه (مانند پاسخ مثبت، مقابله هیجان-محور و مقابله مسئله-محور) و یا غیرحمایتی (پاسخ تنبیهی، پاسخ بی‌اعتنایی، درماندگی و بی‌اهمیت جلوه دادن هیجانات) باشد. والدین حمایتگر از هیجانات منفی کودکان آگاه هستند، آن‌ها را می‌پذیرند و به کودکان کمک می‌کنند تا هیجانات منفی را

<sup>۱</sup>. Seymour, Chronis-Tuscano, Iwamoto, Kurdziel, & MacPherson

<sup>۲</sup>. Musser, Galloway-Long, Frick, & Nigg

<sup>۳</sup>. Kawabata, Alink, Tseng, van Ijzendoorn, & Crick

<sup>۴</sup>. King, Vidourek & Merianos

<sup>۵</sup>. Suveg, Shaffer, Morelen & Thomassin

<sup>۶</sup>. Steinberg & Drabick

<sup>۷</sup>. Spinrad, Stifter, Donelan McClà & Turner

شناسایی کرده و آن را مدیریت کنند. مثلاً با صحبت کردن با کودک در مورد تجربه هیجانی یا همکاری با آنان برای حل مسئله‌های که منجر به هیجانات منفی می‌شوند. در مقابل، والدین غیرحمایتگر هیجانات منفی را به صورت آسیب‌زا و ناخوشانید ارزیابی کرده و کودک را به خاطر بیان هیجانات منفی مورد انتقاد یا تنبیه قرار می‌دهند به این امید که کودک از ابراز هیجان منفی اجتناب کند و یا آن را متوقف سازد (گاتمن، کاتز و هوون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶؛ لانکنهایمر، شیلدز و کرتینا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای حمایتی والدین منجر به کفایت اجتماعی بالاتر، مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کمتر و دامنه‌ای از پیامدهای مثبت برای کودک و خانواده می‌شود (دنهام<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ آیزنبرگ، کامبرلند<sup>۴</sup> و اسپینارد، ۱۹۹۸؛ گاتمن، کاتز و هوون، ۱۹۹۷؛ کاتز، مالیکن و استتler<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲؛ بلیر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ میلر-اسلاو، دانسمور، زمن، ساندرز و پون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸).

سؤالی که مطرح می‌شود این است که راهبردهای مقابله‌ای والدین با هیجانات منفی کودکان تا چه حد می‌تواند اثرات علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی را در کارکرد اجتماعی کودکان تحت تأثیر قرار دهد؟ برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مهارت‌های تنظیم هیجان و سبک‌های فرزندپروری دو فرایند مرتبط با هم هستند که می‌توانند منجر به تشدید علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و ایجاد شرایط همبود در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شوند (اشتینبرگ و دراییک، ۲۰۱۵؛ دنولت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). وجود علائمی مانند نارسایی توجه و بیش‌فعالی در کودکان باعث کاهش کیفیت زندگی والدین شده (عزیزی، فاتحی‌زاده، احمدی، جزایری و عیسی‌نژاد، ۱۳۹۷) و احتمالاً منجر به رفتارهای مقابله‌ای تر والدین می‌شود و والدین

<sup>۱</sup>. Gottman, Katz, & Hooven

<sup>۲</sup>. Lunkenheimer, Shields, & Cortina

<sup>۳</sup>. Denham

<sup>۴</sup>. Eisenberg & Cumberland

<sup>۵</sup>. Maliken & Stettler

<sup>۶</sup>. Blair

<sup>۷</sup>. Miller Slough, Dunsmore, Zeman, Sanders & Poon

<sup>۸</sup>. Deault

کودکانی که سطح بالایی از این علائم را نشان می‌دهند از رفتارهای فرزندپروری مستبدانه و کنترل‌گرانه بیشتری برای کنترل رفتار کودکان استفاده می‌کنند (گانو، ۲۰۰۷). استفاده بیشتر والدین از روش‌های منفی فرزندپروری، منجر به تداوم شدت علائم و پیامدهای منفی می‌گردد (بارکلی، ۲۰۰۳). در مقابل راهبردهای مثبت والدین و رفتارهای کمتر منفی والدین با کارکرد بهتر کودکان با علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی همراه است (هاک، ویلوداس، مک بارت، هینشاو و فیفنر، ۲۰۱۷). پولاک، پونی، گرشوی و آران<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) گزارش کردند که رفتارهای نظارتی والدین می‌تواند واسطه‌ای بین علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی نوجوانان و رفتارهای پرخطر آنان باشد. والتر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند که دانش فرزندپروری بالا با بزهکاری و سوء مصرف مواد پایین در نوجوانان با اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی ارتباط داشت. علی‌رغم انجام پژوهش‌های متعدد در زمینه فرزندپروری و مشکلات همبود اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یافته‌های موجود در زمینه نحوه اثرگذاری این متغیرها به‌طور کامل مشخص و روشن نشده است (دثولت، ۲۰۱۰). بنابراین با توجه به پیچیدگی روابط بین علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی، جنبه‌های مختلف فرزندپروری و آسیب‌های کارکردی در کودکان و نوجوانان، پرداختن به روابط بین این متغیرها ضروری بوده و می‌تواند در شناخت بهتر عوامل خطر و محافظتی و ارائه خدمات مداخله‌ای و پیش‌گیری از پیامدهای منفی برای کودک و خانواده مفید باشد. باین حال مرور پیشینه پژوهشی (به ویژه پژوهش‌های داخلی) نشان می‌دهد پژوهش‌های زیادی در مورد راهبردهای والدین در پاسخ به هیجانات منفی کودکان با و بدون علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام نشده است. بنابراین، با توجه به مباحث مطرح شده هدف پژوهش حاضر

<sup>۱</sup> . Haack, Villodas, McBurnett, Hinshaw & Piffner

<sup>۲</sup> . Pollak, Poni, Gershy, & Aran

<sup>۳</sup> . Walther

مطالعه نقش تعدیل گر راهبردهای مادران در مقابله با هیجانات منفی کودکان در رابطه بین علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بود. در سال‌های اخیر رویکرد ابعادی<sup>۱</sup> در آسیب‌شناسی روانی تحولی<sup>۲</sup> مورد توجه قرار گرفته است (کاتبرت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ هادزیک، آخنباخ، آلتوف و پین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷؛ کروگر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس رویکرد ابعادی، اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی یک اختلال طیفی با علائمی است که در امتداد یک پیوستار شدت اتفاق می‌افتد که کمیت این علائم در یک جمعیت رشدی گسترده (بالینی و غیربالینی) مشخص می‌شود (کاگیل و سوناگا-بارک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ فریک و نیگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲؛ هینشاو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). رویکرد ابعادی برای اندازه‌گیری مشکلات اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی نسبت به مدل‌های طبقه‌ای سنتی ارجح‌تر است، زیرا اختلاف یا انحراف علائم را در طول پیوستار کامل شدت پیشینه می‌کند، باعث افزایش واریانس و توان آماری برای بررسی ارتباط بین این علائم و متغیرهای دیگر می‌گردد (هلزر، کریمر و کروگر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶؛ کریمر، نودا و اوهارا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴). بنابراین پژوهش حاضر نیز مطابق با رویکرد ابعادی متغیرهایی مانند علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی را به صورت پیوستاری از کارکرد در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مورد بررسی قرار داده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 پرتال جامع علوم انسانی

1. dimensional approach
2. developmental psychopathology
3. Cuthbert
4. Hudziak, Achenbach, Althoff & Pine
5. Krueger
6. Coghill & Sonuga-Barke
7. Frick & Nigg
8. Hinshaw
9. Helzer, Kraemer, & Krueger
10. Noda, & O'Hara

## روش

### نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه کودکان دختر و پسر ۷ تا ۱۳ سال شهر تهران هستند. نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۱۹۱ کودک ۷ تا ۱۳ سال بود که از بین مراجعین کودک و نوجوان مجتمع روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع) و دانش آموزان مقطع ابتدایی مناطق ۶، ۷ و ۱۲ شهر تهران انتخاب شدند. کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به صورت در دسترس انتخاب شده و با توجه به ملاک‌های ورود وارد پژوهش شدند. کودکان بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نیز از مدارس ابتدایی مناطق ۶، ۷ و ۱۲ شهر تهران و به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. نمونه‌گیری از مدارس ابتدایی به این گونه بود که ابتدا سه منطقه از مناطق آموزش و پرورش شهر تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس با مراجعه به مناطق آموزش و پرورش، از هر منطقه دو مدرسه (پسرانه و دخترانه) به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد با مراجعه به مدارس انتخاب شده، دو کلاس از هر مدرسه انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها در اختیار والدین دانش آموزان قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی عبارت بودند از: هوش بالای ۸۵ بر اساس مقیاس هوش بینه، داشتن سن بین ۷ تا ۱۳، دریافت تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، عدم دریافت تشخیص هم‌زمان اختلال‌های خلقی، ناتوانی‌های یادگیری و اختلال‌های طیف اتیسم. ملاک‌های خروج برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نیز عبارت بودند از: عدم رضایت و تمایل والد یا کودک برای مشارکت در پژوهش، دریافت داروهای روان‌پزشکی در طی ۲۴ ساعت قبل از انجام آزمون هوش، عدم توانایی مادر در خواندن و نوشتن به زبان فارسی. ملاک‌های ورود برای کودکان بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی عبارت بودند از: هوش بالای ۸۵ بر اساس مقیاس هوش بینه، داشتن سن بین ۷ تا ۱۳، دریافت تشخیص هرگونه اختلال روان‌پزشکی بر اساس گزارش والدین. ملاک‌های خروج برای کودکان بدون اختلال نارسایی



توجه/بیش‌فعالی نیز عبارت بودند از: عدم رضایت و تمایل والد یا کودک برای مشارکت در پژوهش، دریافت داروهای روان‌پزشکی در طی ۲۴ ساعت قبل از انجام آزمون هوش، عدم توانایی مادر در خواندن و نوشتن به زبان فارسی.

## ابزارها

**فرم کوتاه و تجدید نظر شده‌ی مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین ( CPRS-R: S<sup>1</sup>).** این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال است که توسط مادران تکمیل می‌شود. دارای ۴ زیر مقیاس مخالفت‌جویی<sup>۲</sup> مشکلات شناختی/بی‌توجهی<sup>۳</sup>، بیش‌فعالی<sup>۴</sup> و شاخص نارسایی توجه/بیش‌فعالی<sup>۵</sup> است. نمره خام آزمودنی در هر زیر مقیاس از مجموع درجه‌بندی‌های والدین (از ۰ تا ۳) بر اساس سن و جنس او به نمرات معیار تی<sup>۶</sup> تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵ معمولاً نشانگر مشکلات قابل توجهی بالینی در آن زیر مقیاس است. محدوده سنی مورد استفاده در مقیاس‌های کانرز، ۳ تا ۱۷ سال است. ضرایب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی با ۸ هفته فاصله، ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. اعتبار سازه فرم‌های کانرز اعتبار افتراقی آن‌ها با بررسی آماری توانایی پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از عادی و دیگر گروه‌های بالینی، قویاً تأیید شده است (زرگری نژاد و یکه یزدان دوست، ۱۳۸۶).

<sup>1</sup>. Conners's Parents Rating Scale-Revised: short form

<sup>2</sup>. oppositional

<sup>3</sup>. cognitive problems/inattention

<sup>4</sup>. hyperactivity

<sup>5</sup>. ADHD index

<sup>6</sup>. t score

**مقیاس راهبردهای مقابله با هیجانات منفی کودکان<sup>۱</sup> (فیس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۰).** در این مقیاس والدین بر اساس ۱۲ سناریوی فرضی که ابراز هیجانات منفی کودکان را نشان می‌دهد، انواع پاسخ‌های خود را به هیجانات کودکان از طریق گویه‌های ۱ (به احتمال خیلی کم) تا ۷ (به احتمال خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌کنند. پاسخ‌های والدین واکنش‌های اجتماعی سازی هیجانات حمایتی و غیر حمایتی آنان را نشان می‌دهد. واکنش‌های حمایت‌گرانه شامل واکنش مسئله محور<sup>۳</sup> (به کودک کمک می‌کنم تا بفهمد که چگونه دو چرخه را ثابت نگه دارد)، هیجان-محور<sup>۴</sup> (به کودک دل‌داری می‌دهم و تلاش می‌کنم تا حادثه ناخوشایند را فراموش کند) و ترغیب و تشویق به ابراز<sup>۵</sup> (به کودک می‌گویم که اگر می‌خواهد گریه کند مسئله‌ای نیست). واکنش‌های غیر حمایت‌گرانه شامل واکنش تنبیهی<sup>۶</sup> (به کودک می‌گویم منظم و مرتب باشد و گرنه فوراً به خانه می‌رویم)، کوچک شماری یا کمینه‌سازی<sup>۷</sup> (به کودک می‌گویم که خیلی شدید واکنش نشان داده است یعنی واکنش او متناسب با موقعیت نبوده است) و واکنش آشفستگی<sup>۸</sup> (از دست کودک عصبانی می‌شوم). نتایج پژوهش‌ها پایایی بازآزمایی و درونی این مقیاس را در حد مناسب گزارش داده‌اند (دنهام و کوچونوف<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲؛ هربرت، هاروی، رابرتز، ویچوفسکی و لوگو-کاندلاس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳). نتایج اعتباریابی با روش همسانی درونی در هر یک از زیر مقیاس‌های پریشانی، محروم کردن، تشویق، متمرکز بر هیجان یا مسئله، کوچک شماری، نادیده گرفتن به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۸، ۰/۸۰ و ۰/۸۰ و نتایج بازآزمایی پس از ۳ هفته در هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۹۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین روایی این پرسشنامه از طریق

<sup>۱</sup>. Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES)

<sup>۲</sup>. Fabes

<sup>۳</sup>. problem-focused

<sup>۴</sup>. emotion-focused

<sup>۵</sup>. expressive encouragement

<sup>۶</sup>. Punitive Reactions

<sup>۷</sup>. Minimization

<sup>۸</sup>. distress

<sup>۹</sup>. Kochanof

<sup>۱۰</sup>. Herbert, Harvey, Roberts, Wichowski, & Lugo-Candelas

تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش وریمکس محاسبه شده و روایی ملاکی مطلوبی به دست آمد (کوثری، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر از راهبردهای حمایتی والدین در تحلیل استفاده شده است.

**درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و ایوت (۱۹۹۰) - فرم والدین.** این مقیاس به ارزیابی رفتارهایی می‌پردازد که ارتباط والد-کودک را متأثر می‌سازد و دارای دو خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای مشکل است. خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی شامل ۴۰ مورد است که علاوه بر سه عامل همکاری، جرأت‌ورزی و خودکنترلی، به ارزیابی یک عامل تحت عنوان مسئولیت‌پذیری نیز می‌پردازد. خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی خود شامل ۳۰ مورد است و به ارزیابی رفتارهایی از قبیل همکاری (کمک به دیگران، تقسیم وسایل با آنها، تبعیت از قوانین و دستورالعمل‌ها)، جرأت‌ورزی (مانند کسب اطلاعات از دیگران، معرفی خود و پاسخ به اعمال دیگران) و خودکنترلی (پاسخ دادن مناسب به آزار و اذیت دیگران، رعایت نوبت و سازگاری در مجادله) می‌پردازد. نمره‌گذاری نسخه والدین و معلم به صورت مقیاس لیکرتی از صفر تا دو (صفر هرگز، یک گاهی اوقات و دو اغلب) انجام می‌شود و با جمع نمرات هر خرده مقیاس یک نمره کل به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان‌دهنده مهارت‌های اجتماعی بالاتر و مشکلات اجتماعی کمتر است. گرشام و ایوت (۱۹۹۰) اعتبار نسخه والدین این نظام را ۰/۸۹ می‌دانند. شهیم (۱۳۷۸) اعتبار آن را در ایران ۰/۹۰ برآورد کرده است.

### روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر در پاییز و زمستان ۱۳۹۸ (مهر تا اسفندماه) در شهر تهران انجام شد. ابتدا کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) که با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته<sup>۱</sup> توسط روان-پزشک کودک و نوجوان تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دریافت کرده بودند، به

<sup>۲</sup> . Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)

عنوان کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی وارد مطالعه شدند. بعد از بررسی پرونده پزشکی آنان توسط نویسنده اول مقاله و بررسی ملاک‌های خروج، پرسشنامه‌ها در اختیار مادران آنان قرار می‌گرفت تا آن‌ها را تکمیل کنند. هم‌زمان برای انتخاب کودکان بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با مراجعه به آموزش و پرورش شهر تهران و انجام روال قانونی، مجوز ورود به مدارس ابتدایی شهر تهران کسب شد. پس از انتخاب مدارس و کلاس‌ها پرسشنامه‌های مربوطه در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت و با هماهنگی مدیریت مدرسه به والدین اطلاع داده شد تا بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها آن‌ها را عودت دهند. داده‌های مربوط به مدارس پسرانه توسط نویسنده اول مقاله و داده‌های مربوط به مدارس دخترانه توسط یک همکار خانم (دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی) جمع‌آوری شد. قبل از ورود به پژوهش والدین رضایت کتبی خود را اعلام کردند.

### یافته‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تعداد ۱۹۱ کودک (۶۹ کودک با و ۱۲۲ کودک بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی) ۷ تا ۱۳ سال (میانگین ۹/۶ و انحراف استاندارد ۲/۳) و مادران آنان در پژوهش حاضر شرکت داشتند. شاخص‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| ردیف متغیر              | میانگین | انحراف استاندارد | کجی   | کشیدگی | ۱      | ۲ | ۳ |
|-------------------------|---------|------------------|-------|--------|--------|---|---|
| ۱ مهارت‌های اجتماعی     | ۴۸/۰۷   | ۱۲/۵۱            | ۰/۰۲  | ۰/۰۱   |        |   |   |
| ۲ واکنش‌های حمایت‌گرانه | ۱۵/۵۴   | ۲/۸۹             | -۰/۵۱ | ۰/۰۷   | ۰/۲۱** |   |   |

|   |                 |       |      |       |       |        |        |
|---|-----------------|-------|------|-------|-------|--------|--------|
| ۳ | علائم نارسایی   | ۱۳/۸۵ | ۳/۷۹ | -۰/۸۰ | ۰/۴۱  | -۰/۵۴* | -۰/۱۲  |
|   | توجه            |       |      |       |       |        |        |
| ۴ | علائم بیش فعالی | ۱۱/۵۶ | ۳/۹۳ | -۰/۶۴ | -۰/۰۶ | -      | -۰/۹   |
|   |                 |       |      |       |       | ۰/۴۷** | ۰/۶۴** |

\* سطح معناداری ۰/۰۵ \*\* سطح معناداری ۰/۰۱

شاخص‌های کجی و کشیدگی نشان داد که توزیع داده‌ها به صورت نرمال است. پیش-فرض همگنی واریانس‌ها و عدم وجود هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین نیز برقرار بود. همبستگی واکنش‌های حمایت‌گرانه با مهارت‌های اجتماعی برابر با ۰/۲۱، همبستگی بین علائم نارسایی توجه و مهارت‌های اجتماعی (گویه‌ها حالت مثبت دارند) برابر با ۰/۵۴- و معنادار و همبستگی بین بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی برابر با ۰/۴۷- و معنادار بود. همبستگی بین علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی نیز برابر با ۰/۶۴ و معنادار بود. همچنین همبستگی بین علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی و واکنش‌های حمایت‌گرانه به ترتیب ۰/۱۲- و ۰/۹- و معنادار نبود.

جدول ۲. مدل پیش‌بینی مهارت‌های اجتماعی از روی علائم نارسایی توجه / بیش‌فعالی و واکنش‌های حمایت‌گرانه مادران

| گام | منبع       | SS       | df  | MS      | F        | R <sup>2</sup> تعدیل شده | ΔR <sup>2</sup> |
|-----|------------|----------|-----|---------|----------|--------------------------|-----------------|
| ۱   | رگرسیون    | ۶۹۳۶/۱۹  | ۲   | ۳۴۶۸/۰۹ | ۴۵/۰۲*** | ۰/۳۲                     | ۰/۳۲            |
|     | باقی‌مانده | ۱۴۴۸۳/۰۲ | ۱۸۸ | ۷۷/۰۴   |          |                          |                 |
|     | کل         | ۲۱۴۱۹/۲۱ | ۱۹۰ |         |          |                          |                 |
| ۲   | رگرسیون    | ۷۵۸۶/۴۶  | ۳   | ۲۵۲۸/۸۲ | ۳۴/۱۹*** | ۰/۳۴                     | ۰/۰۲            |
|     | باقیمانده  | ۱۳۸۳۲/۷۴ | ۱۸۷ | ۷۳/۹۷   |          |                          |                 |
|     | کل         | ۲۱۴۱۹/۲۱ | ۱۹۰ |         |          |                          |                 |
| ۳   | رگرسیون    | ۸۴۰۰/۹۹  | ۵   | ۱۶۸۰/۲۰ | ۲۳/۸۸*** | ۰/۳۸                     | ۰/۰۴            |
|     | باقیمانده  | ۱۳۰۱۸/۲۲ | ۱۸۵ | ۷۰/۳۷   |          |                          |                 |
|     |            |          |     |         |          |                          |                 |

\*\*\* سطح معنی داری ۰/۰۰۰۱ تعداد نمونه: ۱۹۱

برای آزمودن نقش تعدیل‌گر واکنش‌های حمایت‌گرانه مادران در رابطه بین علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی از تحلیل رگرسیون و روش سلسله‌مراتبی استفاده شد (جدول ۱). پیش از انجام تحلیل متغیر واکنش‌های حمایت‌گرانه، به عنوان متغیر تعدیل‌گر به یک متغیر دو مقوله‌های واکنش‌های حمایت‌گرانه پایین و بالا (صفر و ۱) تبدیل شد. در گام اول تحلیل متغیرهای علائم نارسایی توجه و علائم بیش‌فعالی وارد شدند که نتایج نشان داد که علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی به‌طور معناداری می‌تواند مهارت‌های اجتماعی را پیش‌بینی کنند. در گام دوم علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و واکنش‌های حمایت‌گرانه مادران هم‌زمان وارد تحلیل شدند که نتایج نشان داد این متغیرها به‌طور معناداری می‌توانند مهارت‌های اجتماعی را پیش‌بینی کنند. در گام آخر نیز علاوه بر متغیرهای علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و واکنش‌های حمایت‌گرانه متغیر تعاملی نیز وارد تحلیل شد که نتایج تحلیل رگرسیون معنادار بود (جدول ۲).

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی تعامل بین علائم نارسایی توجه و واکنش‌های حمایت‌گرانه معنادار است. همچنین تعامل بین علائم بیش‌فعالی و واکنش‌های حمایت‌گرانه نیز از نظر آماری معنادار است (جدول ۳). بنابراین می‌توان گفت اثرات علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی در پیش‌بینی مهارت‌های اجتماعی می‌تواند تحت تأثیر شدت راهبردهای حمایتی مادران قرار دارد. به عبارتی دیگر هرچقدر مادران از راهبردهای حمایت‌گرانه بیشتری در واکنش به هیجانات منفی کودکان استفاده کنند، اثرات علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان تعدیل شده و کمتر می‌گردد.

جدول ۳. ضرایب مدل پیش‌بینی مهارت‌های اجتماعی از روی علائم نارسایی توجه / بیش‌فعالی و واکنش‌های حمایت‌گرانه مادران

| گام                               | متغیر                                | <i>b</i> | <i>SE</i> | $\beta$ | <i>t</i> | <i>P</i> |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------|-----------|---------|----------|----------|
| ۱                                 | عرض از مبدأ                          | ۵۸/۱۳    | ۱/۱۱      |         | ۵۲/۳۴    | ۰/۰۰۱    |
|                                   | نارسایی توجه                         | -۰/۸۵    | ۰/۱۶      | -۰/۴۱   | -۵/۲۹    | ۰/۰۰۱    |
|                                   | بیش‌فعالی                            | -۰/۵۶    | ۰/۲۱      | -۰/۲۱   | -۲/۶۷    | ۰/۰۰۸    |
| ۲                                 | عرض از مبدأ                          | ۴۷/۹۹    | ۳/۵۹      |         | ۱۳/۳۸    | ۰/۰۰۱    |
|                                   | نارسایی توجه                         | -۰/۸۱    | ۰/۱۶      | -۰/۳۹   | -۵/۱۳    | ۰/۰۰۱    |
|                                   | بیش‌فعالی                            | -۰/۵۸    | ۰/۲۰      | -۰/۲۲   | -۲/۸۳    | ۰/۰۰۵    |
| ۳                                 | واکنش‌های حمایت‌گرانه                | ۰/۶۴     | ۰/۲۲      | ۰/۱۷    | ۲/۹۶     | ۰/۰۰۳    |
|                                   | عرض از مبدأ                          | ۶۳/۰۲    | ۵/۶۳      |         | ۱۱/۱۹    | ۰/۰۰۱    |
|                                   | نارسایی توجه                         | -۱/۶۷    | ۰/۶۸      | -۰/۵۹   | -۲/۴۵    | ۰/۰۰۱    |
|                                   | بیش‌فعالی                            | -۱/۸۹    | ۰/۷۰      | -۰/۷۱   | -۲/۶۸    | ۰/۰۰۸    |
|                                   | واکنش‌های حمایت‌گرانه                | ۰/۳۱     | ۰/۳۵      | ۰/۰۹    | ۰/۸۹     | ۰/۳۷۳    |
|                                   | نارسایی توجه × واکنش‌های حمایت‌گرانه | ۰/۱۲     | ۰/۰۴      | ۰/۸۸    | ۲/۷۲     | ۰/۰۰۷    |
| بیش‌فعالی × واکنش‌های حمایت‌گرانه | ۰/۰۸                                 | ۰/۰۴     | ۰/۵۳      | ۱/۹۹    | ۰/۰۴۹    |          |

تعداد نمونه: ۱۹۱

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مطالعه نقش تعدیل‌گر راهبردهای حمایت‌گرانه مادران در مقابله یا هیجانات منفی کودکان در رابطه بین علائم نارسایی توجه و علائم بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی کودکان بود. نتایج تحلیل رگرسیون پژوهش حاضر نشان داد علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی می‌تواند مهارت‌های اجتماعی را در کودکان پیش‌بینی کنند. به عبارتی با افزایش علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی، مشکلات اجتماعی نیز افزایش یافته و به عبارتی مهارت‌های اجتماعی دچار مشکل می‌شود. وجود سطح بالایی از علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی منجر به رفتارهای

مختل‌کننده‌ای در بافت روابط اجتماعی می‌شود. کایسر و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی رابطه شدت علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی و کارکرد اجتماعی کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پرداختند و همسو با نتایج پژوهش حاضر گزارش کردند که این علائم با مهارت‌های اجتماعی پایین و پرخاشگری بیشتر کودک ارتباط دارد. کاباواتا، تسنگ و گاو (۲۰۱۲) نیز با مطالعه ۲۴۶۳ کودک گزارش دادند که علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی ارتباط مثبتی با مشکلات اجتماعی آنان دارد. پژوهش پارکز و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی با مهارت‌های اجتماعی ضعیف رابطه دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت علائم نارسایی توجه باعث می‌شود تا کودک نتواند در موقعیت‌های اجتماعی و در طول مکالمه‌ها توجه خود را بر موضوع حفظ کند. عدم حفظ توجه منجر به عدم دریافت اطلاعات لازم و ضروری برای درک و ادامه ارتباط کلامی می‌شود و همین امر می‌تواند باعث اختلال در روابط اجتماعی گردد. از سوی دیگر رفتارهای تکانشی از قبیل قطع صحبت دیگران، به هم زدن نظم بازی، بروز رفتارهای انفجاری و غیر می‌تواند منجر به ایجاد اختلال در تعاملات بین‌فردی گردد. این رفتارها منجر به تغییر دیدگاه کودکان دیگر نسبت به کودکان با علائم نارسایی توجه و علائم بیش‌فعالی نیز می‌شود و زمینه‌ساز طرد این کودکان و تشدید مشکلات اجتماعی در آنان می‌گردد.

همچنین همسو با نتایج پژوهش کاباواتا، تسنگ و گاو (۲۰۱۲)، کاسترو، هالبرشتاد و گرت-پیترز<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، جونز، رابینوویچ و هابرد<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) و کایسر و همکاران (۲۰۱۱)، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی پژوهش حاضر نشان داد راهبردهای حمایت‌گرانه مادران در مقابله یا هیجانات منفی کودکان می‌تواند رابطه علائم نارسایی توجه و علائم بیش‌فعالی را با کارکرد اجتماعی تعدیل کند. به بیانی دیگر ارتباط بین علائم نارسایی توجه، علائم بیش‌فعالی و

<sup>۱</sup>. Castro, Halberstadt & Garrett - Pets

<sup>۲</sup>. Jones, Rabinovitch & Hubbard



مهارت‌های اجتماعی در کودکانی که مادران آنان از راهبردهای حمایت‌گرانه بیشتری استفاده می‌کنند، ضعیف‌تر است. کاسترو، هالبرشتاد و گرت-پیترز (۲۰۱۶) با بررسی ۲۰۳ کودک گزارش کردند راهبردهای حمایت‌گرانه والدین در مقابله یا هیجانات منفی کودکان می‌تواند سازگاری اجتماعی کودکان را پیش‌بینی کند. کایسر و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند که این فرزندپروری مثبت والدین با مهارت‌های اجتماعی پایین و پرخاشگری بیشتر در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی رابطه دارد. پژوهش کاباواتا، تسنگ و گاو (۲۰۱۲) نیز نشان داد که سبک فرزندپروری مادران (محافظت بیش‌ازحد) رابطه بین علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی/تکانش‌گری و مشکلات سازگاری اجتماعی را تعدیل می‌کند. همچنین جونز، رابینوویچ و هابرد (۲۰۱۵) نیز دریافتند سبک فرزندپروری والدین (سبک مقتدرانه) می‌تواند رابطه بین علائم نارسایی توجه/بیش‌فعالی و سازگاری تحصیلی را تعدیل کند. در تبیین نتایج می‌توان گفت رفتارهای حمایتی والدین مانند راهبردهایی که آنان در مقابله با هیجانات کودکان به کار می‌گیرند، زمینه شناخت هیجانات خود و نحوه مقابله با هیجانات منفی را در کودکان فراهم می‌سازد. حمایت والدین می‌تواند زمینه‌ساز رشد و افزایش کفایت اجتماعی در کودکان با علائم نارسایی توجه و بیش‌فعالی گردد. کودکانی که علائم نارسایی توجه و علائم بیش‌فعالی بیشتری را نشان می‌دهند اغلب در تنظیم هیجان دچار مشکل هستند. دانش و مهارت در تنظیم هیجان می‌تواند کارکرد اجتماعی بهتری را پیش‌بینی کند. بنابراین انتظار می‌رود در موقعیت‌های هیجانی زمانی که والدین با حساسیت و حمایت کودک خود را در طول تجارب هیجانی راهنمایی می‌کنند و از این تجارب به عنوان فرصت‌هایی برای یادگیری استفاده می‌کند، کودک درک و آگاهی هیجانی را کسب خواهد کرد و راهبردهای مؤثرتری برای تنظیم هیجان بهره خواهد برد. در نتیجه این فرایند منجر به کفایت اجتماعی بالاتر، مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کمتر و دامنه‌ای از پیامدهای مثبت برای کودک و خانواده می‌شود. در مقابل والدینی که هیجانات منفی کودکان را نمی‌پذیرند به احتمال زیاد فرزندان‌شان دارند که در تنظیم هیجانات خودشان دچار مشکل

هستند و سطوح بالاتری از پرخاشگری را بروز می‌دهند. بنابراین می‌توان گفت استفاده بیشتر والدین از راهبردهای حمایت‌گرا نه مثبت مانند واکنش مسئله‌محور، هیجان-محور (به کودک کم‌دل‌داری می‌دهم و تلاش می‌کنم تا حادثه ناخوشایند را فراموش کند) و ترغیب و تشویق به ابراز هیجان‌ات کودک‌ان بهتر قادر خواهند بود تا هیجان‌ات خود را تنظیم کنند، کمتر پرخاشگری کنند و رفتارهای اجتماعی مناسب بیشتری نشان داده و با همسالان روابط مثبت بیشتری داشته باشند از منظر بالینی و کاربردی اگر برنامه‌های مداخله‌ای و درمانی بر راهبردهای واکنشی والدین به هیجان‌ات کودک‌ان به ویژه هیجان‌ات منفی آنان تمرکز کند، می‌تواند اثرات مثبتی بر کاهش مشکلات اجتماعی آنان داشته و شدت تأثیرات منفی علائم نارسایی توجه و علائم بیش‌فعالی را تا حدودی کمتر سازند. به عبارتی آموزش والدین برای استفاده از راهبردهای هیجانی مثبت مثل راهبردهای مسئله-محور، هیجان-محور می‌تواند آنان را مجهز به مهارت‌هایی کند تا با استفاده از این مهارت‌ها کودک‌ان را تشویق کنند تا هیجان‌ات خودشان را به روش‌های سازنده ابراز نمایند، زمینه را برای یادگیری راهبردهای مثبت در کودک‌ان در مواجهه با موقعیت‌های هیجانی به ویژه هیجان‌ات منفی فراهم می‌کنند. به این ترتیب کودک‌ان از نظر کفایت اجتماعی رشد بهتری خواهند داشت و از بروز مشکلات رفتاری درون‌ریز و برون‌ریز پیش‌گیری می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بوده است که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌گردد. مقطعی بودن پژوهش امکان استنباط علیت از نتایج را سلب می‌کند. همچنین همه اطلاعات به دست آمده در این پژوهش از گزارش مادران بوده است و ذهنیت مادران در گزارش رفتارهای کودک‌ان می‌تواند جهت و شدت رابطه بین متغیرها را تحت تأثیر قرار دهد. استفاده از گزارش معلم و روش‌های دیگر ثبت اطلاعات نیز مانند مشاهده مستقیم می‌تواند بر غنای ادبیات پژوهشی در این زمینه بی‌افزاید. همچنین در پژوهش حاضر فقط مادران حضور داشتند و به دلیل عدم مشارکت پدران در پژوهش امکان مطالعه تفاوت احتمالی والدین در راهبردهای مقابله‌ای و تعامل آن با متغیرهای دیگر وجود نداشت. جلب همکاری پدران و مشارکت آنان در پژوهش‌های آتی

توسط پژوهشگران بسیار با اهمیت و مفید خواهد بود. پژوهش حاضر فقط به بررسی اثر تعدیل‌گر واکنش‌های مادران به هیجانات کودکان در رابطه بین علائم نارسایی توجه و علائم بیش‌فعالی و مهارت‌های اجتماعی کودکان پرداخته است و میزان واریانس تبیین شده توسط این دو متغیر نشان‌دهنده این است که متغیرهای فردی و زمینه‌ای دیگر مرتبط با والدین مانند مهارت‌های تنظیم هیجان، اختلال‌های روانی احتمالی آنان، رابطه زناشویی بین والدین و غیره نیز وجود دارند که می‌تواند رابطه این متغیرها را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین توجه به این متغیرهای فردی و زمینه‌ای می‌تواند موضوع پژوهش‌های آتی باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اثرات آموزش راهبردهای مواجهه با هیجانات منفی کودکان به والدین به ویژه مادران، به عنوان یک روش مداخله‌ای مورد بررسی قرار گیرد.

### منابع

- دلاور، علی؛ ابراهیمی، آسیه؛ و سلطانی، مهراوه (۱۳۹۴). بررسی نقش عوامل فردی و خانوادگی در اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی: فراتحلیلی بر پژوهش‌های انجام شده در ایران. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۵ (۱۸)، ۲-۲۵.
- زرگری نژاد، غزاله؛ یکه یزدان دوست، رخساره. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان (ADHD) مطالعه‌ی تک موردی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۳ (۲)، ۲۹-۴۸.
- شهیم، سیما. (۱۳۷۸). بررسی مهارت‌های اجتماعی در گروهی از کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش پذیر با استفاده از نظام درجه‌بندی مهارت اجتماعی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۴، ۱۸-۳۷.
- عزیزی، آرمان؛ فاتحی زاده، مریم؛ احمدی، احمد؛ جزایری، رضوان؛ و عیسی نژاد، امید (۱۳۹۷). کشف آسیب‌های زیر منظومه خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه /

بیش فعالی و بررسی اثربخشی درمان رابطه والد- فرزند بر مشکلات کشف شده و توانمندسازی این خانواده‌ها، یک مطالعه‌ی ترکیبی. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۸ (۳۲)، ۶۹-۱۰۰.

کوثری، فرزانه. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس واکنش‌های والدین به هیجانات مثبت و منفی کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.

- Barkley, R. A. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 75–143). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2008). Classroom accommodations for children with ADHD. *The ADHD Report*, 16(4), 7-10.
- Barkley, R. A. (2010). Deficient emotional self-regulation: a core component of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1, 5–37.
- Berenguer Forner, C., Roselló, B., Baixauli Fortea, I., García Castellar, R., Colomer Diago, C., & Miranda, A. (2017). ADHD Symptoms and peer problems: Mediation of executive function and theory of mind. *Psicothema*, 29, 4, 514-519.
- Blair, B. L., Perry, N. B., O'Brien, M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2014). The indirect effects of maternal emotion socialization on friendship quality in middle childhood. *Developmental Psychology*, 50, 566–576.
- Bunford, N., Brandt, N. E., Golden, C., Dykstra, J. B., Suhr, J. A., & Owens, J. S. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms mediate the association between deficits in executive functioning and social impairment in children. *Journal of abnormal child psychology*, 43(1), 133-147.
- Bunford, N., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2018). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 66-82.

- Castro, V. L., Halberstadt, A. G., & Garrett Peters, P. T. (2018). Changing tides: Mothers' supportive emotion socialization relates negatively to third grade children's social adjustment in school. *Social Development, 27*(3), 510-525.
- Coghill, D., & Sonuga-Barke, E. J. (2012). Annual research review: categories versus dimensions in the classification and conceptualisation of child and adolescent mental disorders—implications of recent empirical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(5), 469-489.
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry, 13*(1), 28-35.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development, 41*(2), 168-192.
- Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children*. New York, NY US: Guilford Press.
- Denham, S., & Kochanoff, A. T. (2002). Parental contributions to preschoolers' understanding of emotion. *Marriage & Family Review, 34*, 311-343.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry, 9*(4), 241-273.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Bernzweig, J. (1990). *The coping with children's negative emotions scale: Description and scoring*. Unpublished manuscript. AZ: Department of Family Resources and Human Development, Arizona State University.
- Fantuzzo, J., Sekino, Y., & Cohen, H. L. (2004). An examination of the contributions of interactive peer play to salient classroom competencies for urban head start children. *Psychology in the Schools, 41*(3), 323-336.
- Frick, P. J., & Nigg, J. T. (2012). Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annual review of clinical psychology, 8*, 77-107.
- Gardner, D., Gerdes, A. & Weinberger, K. (2019). Examination of a parent-assisted, friendship building program for adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 23*(4), 363-373.

- Gau, S. S. F. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*, 688–696.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology, 10*(3), 243.
- Gottman, J.M., Katz, L.F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 46*, 106–123.
- Gresham, F. M. & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System Manual-Circle*. Pines(MN): American guidance service.
- Gresham, F. M., Van, M. B., & Cook, C. R. (2006). Social skills training for teaching replacement behaviors: Remediating acquisition deficits in at-risk students. *Behavioral Disorders, 31*(4), 363-377.
- Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffner, L. J. (2017). Parenting as a mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation. *Journal of abnormal child psychology, 45*(5), 841-855.
- Helzer, J. E., Kraemer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological medicine, 36*(12), 1671.
- Herbert, S. D., Harvey, E. A., Roberts, J. L., Wichowski, K., & Lugo-Candelas, C. I. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families of hyperactive preschool-aged children. *Behavior Therapy, 44*, 302-316.
- Hinshaw, S. P. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annual review of clinical psychology, 14*, 291–316.
- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental

- psychopathology. *International journal of methods in psychiatric research*, 16(S1), S16-S23.
- Jones, H. A., Rabinovitch, A. E., & Hubbard, R. R. (2015). ADHD symptoms and academic adjustment to college: The role of parenting style. *Journal of attention disorders*, 19(3), 251-259.
- Kaiser, N. M., McBurnett, K., & Pfiffner, L. J. (2011). Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models. *Journal of Attention Disorders*, 15(3), 193-203.
- Katz, L.F., Maliken, A.C., & Stettler, N.M. (2012). Parental meta-emotion philosophy: A review of research and theoretical framework. *Child Development Perspectives*, 6, 417-422.
- Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W. L., van Ijzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278.
- Kim, J. W., Kim, B. N., Kim, J. I., Lee, Y. S., Min, K. J., Kim, H. J., & Lee, J. (2015). Social network analysis reveals the negative effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms on friend-based student networks. *PloS one*, 10(11), e0142782.
- King, K. A., Vidourek, R. A., & Merianos, A. L. (2016). Authoritarian parenting and youth depression: Results from a national study. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 44(2), 130-139.
- Kofler, M. J., Harmon, S. L., Aduen, P. A., Day, T. N., Austin, K. E., Spiegel, J. A., ... & Sarver, D. E. (2018). Neurocognitive and behavioral predictors of social problems in ADHD: A Bayesian framework. *Neuropsychology*, 32(3), 344.
- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of psychiatric research*, 38(1), 17-25.
- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., ... & Bagby, R. M. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17(3), 282-293.



- Lunkenheimer, E. S., Shields, A. M., & Cortina, K. S. (2007). Parental emotion coaching and dismissing in family interaction. *Social Development, 16*(2), 232-248.
- Matson, J. L., & Wilkins, J. (2009). Psychometric testing methods for children's social skills. *Research in Developmental Disabilities, 30*(2), 249-274.
- Miller Slough R. L., Dunsmore, J. C., Zeman, J. L., Sanders, W. M., & Poon, J. A. (2018). Maternal and paternal reactions to child sadness predict children's psychosocial outcomes: A family centered approach. *Social Development, 27*(3), 495-509.
- Musser, E. D., Galloway-Long, H. S., Frick, P. J., & Nigg, J. T. (2013). Emotion regulation and heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(2), 163-171.
- Parks, K. M., Cardy, J. E. O., Woynaroski, T. G., Sehl, C. G., & Stevenson, R. A. (2020). Investigating the Role of Inattention and/or Hyperactivity/impulsivity in Language and Social Functioning Using a Dimensional Approach. *Journal of Communication Disorders, 89*, 106036.
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Rathouz, P. J., & Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology, 33*(5), 551-563.
- Pollak, Y., Poni, B., Gershy, N., & Aran, A. (2020). The role of parental monitoring in mediating the link between adolescent ADHD symptoms and risk-taking behavior. *Journal of attention disorders, 24*(8), 1141-1147.
- Ray, A. R., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2017). Factors associated with healthy and impaired social functioning in young adolescents with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(5), 883-897.
- Ros, R., Graziano, P. A. (2018). Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(2), 213-235.
- Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., Iwamoto, D. K., Kurdziel, G., & MacPherson, L. (2014). Emotion regulation mediates the association between ADHD and depressive symptoms in a community sample of youth. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*, 611- 621.



- Solanto, M. V., Pope-Boyd, S. A., Tryon, W. & Stepak, B. (2009). Social functioning in predominantly inattentive and combined subtypes with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13(1), 27-35.
- Spinrad, T. L., Stifter, C. A., Donelan-McCall, N., & Turner, L. (2004). Mothers' regulation strategies in response to toddlers' affect: Links to later emotion self-regulation. *Social Development*, 13(1), 40-55.
- Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. (2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(6), 951-966.
- Suveg, C., Shaffer, A., Morelen, D., & Thomassin, K. (2011). Links between maternal and child psychopathology symptoms: Mediation through child emotion regulation and moderation through maternal behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(5), 507.
- Tseng, W. L., Kawabata, Y., Gau, S. S. F., & Crick, N. R. (2014). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and peer functioning: a transactional model of development. *Journal of abnormal child psychology*, 42(8), 1353-1365.
- Walther, C. A. P., Cheong, J., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Wymbs, B. T., Belendiuk, K. A., & Pederson, S. A. (2012). Substance use and delinquency among adolescents with childhood ADHD: The protective role of parenting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 585-598.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 283-302.