

مقایسه‌ی ظرفیت تأملی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در مادران کودکان با و بدون اختلال نقص

توجه-بیش‌فعالی

عزت اله قدم پور^۱، مریم حمیدآ، میلاد بزی^{۳*}، محمدسینا حنیفی^۴

۱. استاده، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول).
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲، صفحات ۴۸۳-۴۷۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۱/۱۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی ظرفیت تأملی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در مادران کودکان با و بدون اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی بود. روش این پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی مادران دانش‌آموزان دوره‌ی ابتدایی (۷-۱۲ سال) شهرستان زاهدان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند. از این جامعه ۷۰ مادر کودک فاقد اختلال با روش خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای و ۷۰ مادر کودک مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس و با تشخیص روانشناس و روان‌پزشک انتخاب شدند. سه پرسشنامه‌ی ظرفیت تأملی والدین (PRFQ)، لویتن و همکاران، (۲۰۱۸)، دشواری در تنظیم هیجان (DERS)، گراتز و رامر، (۲۰۰۴) و تاب‌آوری (RS)، کونور و دیویدسون، (۲۰۰۳) توسط مادران تکمیل گردید. تحلیل داده‌ها به شیوه‌ی تی مستقل و با استفاده از نرم‌افزار SPSS23 انجام شد. نتایج نشان داد که مادران کودکان نقص توجه-بیش‌فعال از ظرفیت تأملی و تاب‌آوری کمتری نسبت به مادران کودکان عادی برخوردارند و همچنین دشواری بیشتری در تنظیم هیجان نشان می‌دهند. بنا بر نتایج یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که این ویژگی‌های مادران می‌تواند در بروز یا تشدید نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی اثرگذار باشد.

کلیدواژه: اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی، تاب‌آوری، تنظیم هیجان، ظرفیت تأملی.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲

مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش فعالی (ADHD)^۱ یک اختلال عصبی-رشدی^۲ است که موجب اختلال در عملکرد کودک در محیط خانه و مدرسه می شود و یکی از دلایل اصلی مراجعه به روان پزشکی به شمار می رود (یازاکی^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). این اختلال اغلب با علائم بی توجهی، بیش فعالی و تکانش گری شناخته می شود (روبیان^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). کسانی که در کودکی تشخیص نقص توجه- بیش فعالی دریافت می کنند در بزرگسالی بیشتر به اختلال شخصیت مرزی^۵ دچار می شوند (متیز و فیلیپسن^۶، ۲۰۱۴). اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به نقص توجه-بیش فعالی به طور معناداری بیشتر از جمعیت عمومی است (پاول^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). دختران مبتلا به این اختلال بیشتر دچار بارداری زود هنگام و ناخواسته می شوند (اونز^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). نقص توجه-بیش فعالی با سایر اختلالات رشدی همراه است و خطر شکست تحصیلی، مصرف مواد و آسیب دیدن بر اثر اتفاقات و تصادفات را افزایش می دهد (شاول^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). میزان شیوع این اختلال در کودکان ۵/۹ درصد تخمین زده می شود (فاراون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). گرچه در گذشته پژوهش های سبب شناسی متمرکز بر عوامل عصب شناختی و ارثی بوده اند اما در دو دهه ی اخیر به محیط و عوامل محیطی در بروز نقص توجه-بیش فعالی توجه بیشتری صورت گرفته است (کاولینا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵).

در بین عوامل محیطی اثرگذار، پژوهش ها به نقش مادر به عنوان کسی که بیشترین تعامل و تأثیر را بر کودک دارد توجه ویژه ای داشته اند (کریم زاده و همکاران، ۱۴۰۰). در همین راستا تحقیقات صورت گرفته نشان داده اند رفتار نامناسب مادر می تواند سهم بسزایی در شدت و تداوم نشانه های این کودکان داشته باشد (کیرز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۱). تا آن جا که مادر را یکی از ارکان تأثیرگذار در سبب شناسی اختلال نقص توجه-بیش فعالی در نظر می گیرند (هورن^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۱). گستره ی ویژگی های اختلال نقص توجه-بیش فعالی با ابعاد مختلف رفتارهای مادر در ارتباط است (غایرین و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از ویژگی های تأثیرگذار در ارتباط مادر-فرزند ظرفیت تأملی^{۱۴} است. ظرفیت تأملی یا تعریف عملیاتی ذهنی سازی^{۱۵} به معنی داشتن ظرفیت برای درک حالات زیربنایی رفتار در خود و دیگران است. اگر انسان ها قادر نبودند پشت رفتارها را ببینند و درک کنند که ورای این رفتار، تجارب و حالات ذهنی وجود دارد مانند حیوانات صرفاً به رفتارهای هم پاسخ می دادند نه نیات و حالات ذهنی که در پس رفتار مستتر است. ظرفیت

¹ Attention deficit- hyperactivity disorder

² Neurodevelopmental

³ Yazaci

⁴ Rubia

⁵ Borderline personality disorder

⁶ Matthies & Philipsen

⁷ Powell

⁸ Owens

⁹ Shaw

¹⁰ Faraone

¹¹ Cavallina

¹² Kaiser

¹³ Horn

¹⁴ Reflective functioning

¹⁵ Metallization

تأملی با یکپارچه کردن شناخت‌ها و هیجانات، ظرفیتی برای فرد ایجاد می‌کند تا بتواند به خودش از بیرون و به دیگران از درون نگاه کند. حالات درونی کودک باید به شکل دقیقی برای کودک بازنمایی شود تا کودک قادر باشد این حالات ذهنی را بازنمایی کند. این ظرفیت از طریق نام‌گذاری یا نمادسازی^۱ به وجود می‌آید (اسلید،^۲ ۲۰۰۵؛ بیتمن و فوناگی^۳، ۲۰۱۳). در این بین ظرفیت تأملی والدینی^۴ از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. روابط اولیه با فراهم کردن فرصت یادگیری حالات ذهنی برای کودک، به کودک این امکان را می‌دهد تا درک عمیق‌تری از خود، دیگران و روابط اجتماعی داشته باشد (فوناگی^۵ و همکاران، ۲۰۰۲). ظرفیت مادر برای در ذهن داشتن بازنمایی‌های کودک در قالب احساس‌ها، مقاصد و امیال، به کودک این امکان را می‌دهد تا تجارب درونی خویش را با استفاده از بازنمایی‌های مادرش از آن‌ها کشف کند؛ که این فرایند برای تحول ظرفیت ذهنی‌سازی و به تبع آن ظرفیت تأملی حیاتی به شمار می‌رود (اسلید، ۲۰۰۵). ظرفیت تأملی والدینی با توانایی مراقب برای در نظر گرفتن و درک کردن تجارب ذهنی خودش، چگونگی شکل‌گیری این تجارب در ارتباط و تعامل با کودک، چگونگی تغییر این تعامل‌ها با گذشت زمان و ارتباطشان با افکار، احساس‌ها و رفتارهای مراقب با فرزندش مرتبط است (لویتن^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). ظرفیت تأملی پایین مادر می‌تواند توانایی تنظیم هیجانات در کودک را تحت تأثیر قرار دهد (ویسمارا^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین ظرفیت تنظیم هیجانی مادر و حساسیت و پاسخگویی‌اش هنگام رنج و ناراحتی کودک با واکنش‌های انضباطی کودک در ارتباط است (گرشا و گری^۸، ۲۰۱۸). شواهد نشان می‌دهد مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی خستگی، اضطراب، خشم، ناامیدی و درماندگی بیشتری را گزارش می‌کنند (کورکوران^۹ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین این مادران در مقایسه با گروه کنترل نمرات بالاتری در افسردگی و نمرات کمتری در ظرفیت تأملی کسب می‌کنند (مازسچی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). نمره‌ی پایین‌تر در ظرفیت تأملی، هم با ضعف در کنترل خشم و هم با سطح بالای تکانش‌گری در ارتباط است (پرود^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۷). این در حالیست که کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی به علت نقص در تنظیم هیجان^{۱۲} و به تبع آن تنظیم رفتار، نیاز به والدینی دارند که سطح بالایی از تنظیم هیجان و کنترل رفتار را دارا باشند (شاو و همکاران، ۲۰۱۴)؛ اما این مادران بالعکس پرخاشگرترند و واکنش‌های شدیدتری نشان می‌دهند؛ به عبارتی می‌توان گفت این مادران در کنترل و تنظیم هیجانات خویش مشکل دارند (استینبرگ و درابیک^{۱۳}، ۲۰۱۵).

¹ symbolizing

² Slade

³ Bateman, A., & Fonagy

⁴ Parental Reflective Functioning

⁵ Fonagy

⁶ Luyten

⁷ Vismara

⁸ Gershy & Gray

⁹ Corcoran

¹⁰ Mazzeschi

¹¹ Perroud

¹² Emotion Regulation

¹³ Steinberg & Drabick

تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرآیندها اشاره دارد که برای نظارت، ارزیابی و تعدیل تجربیات هیجانی عمل می‌کند (به و همکاران، ۲۰۱۷). گراس^۱ (۲۰۱۳) تنظیم هیجان را «توانایی فرد برای درک اتفاقات و مرتبط ساختن آن‌ها با هیجاناتی که در او ایجاد می‌کنند و اینکه چطور فرد آن احساسات را تجربه و بیان می‌کند» تعریف می‌کند. وی دو استراتژی بازاریابی (توانایی تفکر مجدد در مورد موضوع به منظور تعدیل هیجان‌ات منفی) و سرکوب (مخفی کردن هیجان‌ات منفی) را در توانایی تنظیم هیجان فرد مهم می‌داند. در همین راستا الهای^۲ و همکاران (۲۰۱۸) تنظیم هیجان را راهبردی در نظر می‌گیرند که افراد به منظور سازگاری بهتر با محیط می‌توانند به واسطه‌ی آن هیجان‌ات خود را تعدیل کنند. در پژوهشی رادفورد^۳ و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که تنظیم هیجان در میزان حساسیت و پاسخگویی والدین به رنج و پریشانی کودکان متغیری تعیین کننده است. والدینی که قادرند هنگام برانگیختگی هیجانی، هیجان‌ات خویش را تعدیل کنند، بهتر می‌توانند نیاز کودک خود را در نظر گرفته و او را آرام کنند (لیرکز^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). گرش و گری (۲۰۱۸) ارتباط تنظیم هیجان و ذهنی‌سازی را با خصومت و اجبار والدینی در والدین کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی مورد تأیید قرار دادند. همچنین بونفورد^۵ و همکاران (۲۰۱۵) نیز ارتباط تنظیم هیجان با اختلالات درونی‌سازی^۶ (اختلالات اضطرابی و افسردگی) و همچنین اختلالات بیرونی‌سازی^۷ (نافرمانی مقابله‌ای^۸) و اختلالات عصبی رشدی (نقص توجه-بیش‌فعالی) را تأیید کردند. افرادی که توانایی پایین‌تری در تنظیم هیجان دارند در واقع تاب‌آوری^۹ کمتری در برابر هیجان‌ات منفی دارند. تاب‌آوری فرایندی پویاست که ظرفیت سازگاری فرد را در مواجهه با سختی‌ها و ناملایمات زندگی نشان می‌دهد (وان متر و سیجنتی^{۱۰}، ۲۰۲۰). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۴) تاب‌آوری را به عنوان توانایی سازگاری مطلوب افراد در مواجهه با مصیبت، تروما، تهدید یا منابع قابل توجه استرس تعریف کرده است (سوتویک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴). افراد با تاب‌آوری کمتر ظرفیت پایین‌تری در تحمل اضطراب ناشی از رویدادهای آسیب‌زای غیرقابل اجتناب زندگی دارند (بیسلی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۳). مادران کودکان دارای یک اختلال لااقل دو برابر بیشتر از مادر یک کودک عادی استرس والدینی را تجربه می‌کنند. از عواملی که می‌تواند به سازگاری با این موقعیت دشوار کمک کند و مانعی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی باشد تاب‌آوری است (رضائی فرد، ۱۴۰۰). پژوهشگران معتقدند تاب‌آوری بالا نوعی ترمیم هیجانی و شناختی خود را در مواجهه با فشارهای روان‌شناختی در پی دارد (ماستن^{۱۳}، ۲۰۰۱). پالاسیو^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۰) در مقاله‌ای مروری ۲۳ پژوهش کمی و کیفی صورت گرفته از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۹ را که در مورد تاب‌آوری

¹ Gross

² Elhai

³ Rutherford

⁴ Leerkes

⁵ Bunford

⁶ Internalizing

⁷ Externalizing

⁸ Oppositional defiant

⁹ Resilience

¹⁰ VanM & Cicchetti

¹¹ Southwick

¹² Beasley

¹³ Masten

¹⁴ Palacio

در والدین کودکان دارای اختلال بود را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری بالاتر از طرفی پریشانی روانی، اضطراب و خستگی ناشی از داشتن کودک دارای اختلال را کاهش می‌دهد و از طرف دیگر کیفیت زندگی و استراتژی‌های کنار آمدن را بهبود می‌بخشد. همچنین تاب‌آوری بالا در والدین می‌تواند استرس ناشی از دشواری کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی را کاهش دهد و توان تحمل مشکلات روان‌شناختی و هیجانی آنان را افزایش دهد (رضائی فرد، ۱۴۰۰، سونگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارتی این والدین هرچه تاب‌آوری بالاتری داشته باشند عملکرد مثبت‌تری در برابر کودکان خود دارند (متین و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع تاب‌آوری بالا در والد نقش محافظتی برای سلامت روان کودک و همچنین ارتباط بهتر والد-فرزندی دارد و تاب‌آوری پایین عامل خطری برای سلامت روان کودکان و ارتباط والد-فرزندی به شمار می‌رود (راسل^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند بالا بودن ظرفیت تاب‌آوری افزایش عاطفه‌ی مثبت، کاهش عاطفه‌ی منفی و همچنین کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی را در مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی در پی دارد (طباطبائی و چلبیانلو، ۱۳۹۹). مدستو^۳ و همکاران (۲۰۱۱) بیان می‌کنند که حمایت خانوادگی می‌تواند بر شدت اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی اثرگذار باشد. استرس بیشتر والدین، میزان بالاتر آسیب‌شناسی روانی در خانواده و روابط متعارض و متشنج والدین با کودک سبب تشدید اختلال در کودک می‌شود (دیولت^۴، ۲۰۱۰).

سبب‌شناسی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به دلیل میزان شیوع بالا، مزمن بودن و همچنین اثرات مخربی که بر فرد مبتلا و خانواده‌ی وی تحمیل می‌کند همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است؛ اما تمرکز پژوهشگران بیشتر بر عوامل عصب‌شناختی و یا اثری بوده و کمتر به عوامل محیطی از جمله ویژگی‌های والدین و به‌خصوص مادر به عنوان کسی که بیشترین تعامل را با کودک دارد پرداخته شده است. در صورتی که ویژگی‌های شخصیتی مادر از تأثیرگذارترین عوامل در بروز اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شود (کاولینا و همکاران، ۲۰۱۵). لذا پژوهش حاضر درصدد رفع خلأ پژوهشی در این حیطه برآمده و ظرفیت تأملی والدینی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری را در مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی و کودکان عادی مورد مقایسه قرار داده است.

روش پژوهش

این پژوهش برحسب نوع توصیفی و بر حسب روش علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش مادران کودکان ۷ تا ۱۲ سال شهرستان زاهدان بود. حجم نمونه بر اساس پیشینه ۱۴۰ نفر انتخاب شد که با توجه به روش پژوهش در قالب دو گروه ۷۰ نفری با دو روش نمونه‌گیری نمونه‌ها انتخاب شدند. پس از هماهنگی با آموزش و پرورش و کسب مجوزهای لازم، ۷۰ نفر از مادران دانش‌آموزان فاقد اختلال مدارس ابتدایی شهرستان زاهدان به صورت خوشه‌ای تصادفی از بین مدارس این شهرستان به این صورت انتخاب شدند که در ابتدا از بین دو ناحیه‌ی آموزش و پرورش زاهدان ناحیه‌ی یک به صورت تصادفی انتخاب گردید. پس از تهیه‌ی لیست مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه، دو مدرسه‌ی دخترانه و سه مدرسه‌ی پسرانه و از بین آن‌ها ده کلاس و از هر کلاسی ۷ نفر

¹ Song

² Russell

³ Modesto

⁴ Deault

به صورت تصادفی انتخاب شدند. با مراجعه به پیشینه ی پژوهش ملاک ورود این مادران داشتن رضایت کامل، نداشتن فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی و سایر اختلالات روان پزشکی بود. ۷۰ نفر دیگر هم به صورت در دسترس از بین مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش فعالی که به مراکز مشاوره ی آموزش و پرورش و کلینیک های روان پزشکی سطح شهر زاهدان مراجعه کرده بودند و تشخیص اختلال توسط روانشناس یا روان پزشک دریافت کرده بودند انتخاب شدند. ملاک خروج از پژوهش هم نداشتن تمایل برای تکمیل مقیاس ها در هر مرحله ای از پژوهش بود. به شرکت کنندگان تأکید گردید که هیچ نیازی به نوشتن مشخصات هویتی در این پژوهش نیست و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً برای کار پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرد و محرمانه باقی خواهد ماند. برای تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۳ استفاده شده است.

ابزار پژوهش

مقیاس ظرفیت تأملی والدینی^۱ (PRFQ): این مقیاس دارای ۱۸ ماده است که توسط لویتن و همکاران (۲۰۱۸) برای ارزیابی ظرفیت تأملی والدین طراحی شده است و در یک طیف لیکرت ۷ درجه ای نمره گذاری می شود. این آزمون سه عامل دارد: حالت پیش ذهنی سازی، اطمینان از وضعیت روانی و کنجکاوی درباره ی وضعیت روانی. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای عامل ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی این مقیاس با پرسشنامه های ابعاد دلبستگی، پریشانی رفتاری و دسترس پذیری هیجانی مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است. در ایران این مقیاس توسط موسوی و هادی بهرامی (۱۳۹۹) هنجاریابی شده است. برای بررسی روایی مقیاس از تحلیل عامل اکتشافی به شیوه ی مؤلفه ی اصلی با چرخش واریماکس استفاده کردند و روایی آن را مورد تأیید قرار دادند. همچنین ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۷۰، خرده مقیاس پیش ذهنی سازی ۰/۶۸، اطمینان از وضعیت روانی ۰/۷۲ و کنجکاوی درباره ی ضعف روانی ۰/۶۸ به دست آمده است. آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۷۴ به دست آمده است.

مقیاس تاب آوری^۲ (RS): این مقیاس که توسط کونور و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) ارائه شده، دارای ۲۵ گویه است که سازه ی تاب آوری را در اندازه های ۵ درجه ای لیکرت می سنجد. هر عبارت بین ۰ (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره گذاری می شود و دامنه ی نمره گذاری آن بین صفر تا صد است. روایی همگرای این پرسشنامه با مقیاس سرسختی روان شناختی کوباسا^۴ (۰/۸۳) و روایی واگرایی آن با مقیاس استرس ادراک شده^۵ (۰/۷۶) مورد ارزیابی قرار گرفت که هر دو روایی برقرار بودند. آلفای کرونباخ این ابزار نیز (۰/۸۹) گزارش شده است. در ایران محمدی آلفای کرونباخ این ابزار را (۰/۸۹) و روایی به شیوه ی تحلیل عاملی آن را (۰/۸۷) به دست آورده است. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۲ به دست آمده است.

¹ Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ)

² Resilience scale

³ Connor & Davidson

⁴ Kobasa Hardiness psychiatric scale

⁵ Perceived Stress scale

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۱ (DERS): این مقیاس توسط گراتز و رامر^۲ (۲۰۰۴) تدوین گردید. این مقیاس یک پرسشنامه ی ۳۶ گویه ای است که پاسخ به هر گویه روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود که نمره ی بالا به معنای دشواری در تنظیم هیجان است. این پرسشنامه از شش خورده مقیاس عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری درگیری در رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت تنظیم هیجانی تشکیل شده است که آلفای کرونباخ آن ها به ترتیب (۰/۸۵)، (۰/۸۹)، (۰/۸۶)، (۰/۸۰)، (۰/۷۹)، (۰/۸۴) و برای کل مقیاس (۰/۹۳) گزارش شده است. روایی ملاکی همزمان پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک و مقیاس چندوجهی درد مورد تأیید قرار گرفت (عسکری، پاشا و امینیان، ۱۳۸۸). در پژوهش بهادری خسروشاهی و حبیبی کلیبر (۱۳۹۶) ضریب پایایی کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش گردیده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۴ به دست آمده است.

یافته ها

پس از حذف پرسشنامه های مخدوش، در نهایت (۱۴۰) پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی مادران کودکان سالم (۳۳/۷) سال با انحراف استاندارد (۳/۴) و میانگین سنی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش فعالی (۳۲/۹) سال با انحراف استاندارد (۳/۷) به دست آمد. همچنین قابل ذکر است (۳۴) نفر از کودکان بیش فعال فرزند اول، (۲۱) نفر فرزند دوم و (۱۱) نفر فرزند سوم و (۴) کودک فرزند سوم به بعد بودند. (۲) نفر از مادران کودکان سالم و (۶) نفر از مادران کودکان دارای اختلال در زمان انجام این پژوهش تحت نظر روان پزشک دارو مصرف می کردند.

برای بررسی فرضیه های مطالعه حاضر از آزمون تی مستقل استفاده شد. ابتدا در جدول ۱ مفروضه های آزمون تی یعنی آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی هنجار بودن توزیع داده ها و آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۱. آزمون لوین و کولموگروف-اسمیرنوف

متغیرهای پژوهش	آزمون لوین (P)	K-S (P) آزمون
ظرفیت تأملی	۰/۸۹ (۰/۳۴)	۰/۵۷ (۰/۹۰)
دشواری تنظیم هیجان	۱۳/۴۲ (۰/۱۱)	۰/۶۹ (۰/۲۰)
تاب آوری	۰/۰۵ (۰/۸۲)	۰/۶۷ (۰/۷۴)

نتایج بررسی آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان می دهد که هیچ یک از متغیرهای پژوهش حاضر معنی دار نمی باشند؛ که این موضوع نشان دهنده ی نرمال بودن توزیع داده ها می باشد. همچنین با توجه به نتایج، آزمون لوین نشان داد که دو گروه مادران دارای فرزند بیش فعال و عادی در متغیرهای تاب آوری، دشواری تنظیم هیجان ظرفیت تأملی دارای واریانس همگنی می باشند ($p < ۰/۰۵$). نتایج آزمون t مستقل در جدول ۲ گزارش شده است.

^۱ Difficulties emotion regulation scale

^۲ Gratz & Roemer

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو گروه مادران

p	اختلاف میانگین	t	مادران دارای فرزند عادی		مادران دارای فرزند ADHD		متغیرها
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۰۱	-۵/۳۴	-۳/۹۶	۸/۵۸	۷۱/۱۰	۷/۲۹	۶۵/۷۵	ظرفیت تأملی
۰/۰۱	۱۰/۴۵	۷/۱۳	۱۰/۳۸	۱۰۰/۹۱	۶/۵۱	۱۱۱/۳۷	دشواری در تنظیم هیجان
۰/۰۱	-۳/۳۸	-۳/۰۹	۶/۴۶	۷۳/۴۵	۶/۴۵	۷۰/۰۷	تاب آوری

نتایج آزمون تی نشان می‌دهد که نمرات تاب آوری (۷۰/۰۷) و ظرفیت تأملی (۶۵/۷۵) گروه مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی کمتر از نمرات تاب آوری (۷۳/۴۵) و ظرفیت تأملی (۷۱/۱۰) مادران دارای کودک عادی می‌باشد و این تفاوت در سطح ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد. همچنین نمرات دشواری تنظیم هیجان مادران دارای فرزند ADHD (۱۱۱/۳۷) با تفاوت معنی دار ($P < ۰/۰۱$) بیشتر از نمرات دشواری تنظیم هیجانی مادران دارای فرزند عادی (۱۰۰/۹۱) می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی ظرفیت تأملی، تنظیم هیجان و تاب آوری در مادران کودکان با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی و مادران کودکان فاقد این اختلال بود. نتایج این پژوهش نشان داد مادران کودکان دارای اختلال، ظرفیت تأملی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان فاقد اختلال داشتند. این یافته با پژوهش‌های مازسچی و همکاران (۲۰۱۹)، گرش و گری (۲۰۱۸)، کوالینا و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. این یافته را می‌توان به این صورت تبیین کرد که کودک برای اینکه به ظرفیت ذهنی‌سازی و به تبع آن به ظرفیت تأملی دست پیدا کند و بتواند بین رفتار و هیجان و شناختی که در پس آن است تمایز قائل شود، نیاز به مادری دارد که خود از این ظرفیت برخوردار باشد. ظرفیت ذهنی‌سازی مادر در توانایی تنظیم هیجان‌اتش و همچنین معنایی که به رفتار فرزند خود می‌دهد تأثیرگذار است (گرشی و گری، ۲۰۱۸). مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی ظرفیت تأملی پایین‌تری دارند و به همین جهت نمی‌توانند برای رفتار کودک خود را ببینند و در مورد نیت‌های کودکشان قضاوت‌های نادرستی می‌کنند. این مادران از طرفی نمی‌توانند ابهام ناشی از ندانستن چرایی رفتار فرزندشان را تحمل کنند و از طرف دیگر، کنجکاوی برای درک ذهن فرزندشان از خود نشان نمی‌دهند. به علت توانایی ذهنی‌سازی پایین، برای این والدین دشوار است که احساس و رفتار فرزندشان با آن‌ها متفاوت باشد. آن‌ها این تفاوت را به صورت نافرمانی و لجبازی در کودک تعبیر می‌کنند و متناسب با آن واکنش‌های قهری به کودک نشان می‌دهند (مازسچی، ۲۰۱۹). یوسفی و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند که شاخص تنش والدگری در والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی عدد بالاتری را از والدین کودکان عادی نشان می‌دهد. چون این والدین تنش و برانگیختگی بالاتری را تجربه می‌کنند و در هنگام برانگیختگی ظرفیت تأملی کاهش می‌یابد، این والدین کمتر قادرند ذهن کودک خود را درک کنند؛ بنابراین والد کمتر رفتار آینه‌واری^۱ (بازگرداندن تظاهرات هیجانی کودک در غالب اغراق شده به او) را در قبال احساسات کودک، از خود نشان می‌دهد (گرگلی و واتسون^۲، ۱۹۹۶؛ کوالینا، ۲۰۱۵). این سبب می‌شود کودک کمتر به ذهن خود و احساسات جاری در آن آگاهی

^۱ mirroring

^۲ Gergely & Watson

داشته باشد؛ که این عدم دسترسی و آگاهی سبب می‌شود که نتوانند هیجان‌ات خود را مدیریت کنند و با موقعیت‌های مختلف سازگار شوند؛ بنابراین نمود این احساسات تجربه نشده می‌تواند به صورت رفتارهای تکانشگرانه، بیش‌فعالی یا بی‌توجهی نمایان شود. یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد مادران کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان سالم در تنظیم هیجان دشواری بیشتری دارند. این یافته با پژوهش‌های استینبرگ و درابیک (۲۰۱۵)، کرونیس و همکاران (۲۰۱۶)، گرشی و گری (۲۰۱۸) همسو بود. استینبرگ و درابیک (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی آسیب‌شناسی روانی رشدی در کودکان نقص‌توجه-بیش‌فعال پرداختند. آن‌ها دریافتند که این کودکان در تنظیم هیجان‌ات خویش در هنگام برانگیختگی دچار مشکل هستند. لذا برای بررسی بیشتر در مرحله‌ی بعد به بررسی والدین این کودکان پرداختند. آن‌ها دریافتند که رابطه‌ی دوسویه بین توانایی تنظیم هیجان والدین و کودکان برقرار است. در ابتدا والدین توانایی کافی برای نظم بخشیدن به هیجان‌ات خویش را ندارند و سپس در چنین شرایطی کودکان هم قادر نخواهند بود این توانایی را به دست آورند؛ و این موضوع سبب می‌شود به صورت یک چرخه روابط متشنج و پرتنش بین والدین و فرزندشان برقرار بماند و تکرار شود. در واقع مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی هنگام برانگیختگی هیجانی نمی‌توانند هیجان‌ات منفی خود را مدیریت کنند و از اینکه کودک، نیاز و هیجان‌اتش را در نظر بگیرند ناتوان‌اند؛ یعنی در این شرایط از طرفی سطح ذهنی سازی مادر کاهش می‌یابد و از سوی دیگر احساس خصومتش افزایش می‌یابد (گرشی و گری، ۲۰۱۸). سطح ذهنی سازی پایین و دشواری در تنظیم هیجان احتمال اینکه مادر با تکانش‌گری و پرخاشگری به رفتار کودک پاسخ بدهد را بالا می‌برد (مامن^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). پرخاشگری مادر با شدت علائم در کودکان دارای نقص توجه-بیش‌فعالی در ارتباط است (هریسون و سافرونوف^۲، ۲۰۰۲)؛ یعنی هر اندازه مادر در نظم‌بخشی به هیجان‌ات خویش مشکل داشته باشد کمتر می‌تواند کودک خویش را در نظر بگیرد و با پرخاشگری بیشتری به او پاسخ می‌دهد و در این شرایط علائم اختلال کودک تشدید می‌شود. مادران کودکان فاقد اختلال بهتر می‌توانند هیجان‌ات منفی خود را مدیریت کنند و این کمک می‌کند در هنگام برانگیختگی هیجانی کمتر نسبت به کودکان احساس خصومت داشته باشند یا به او پرخاشگری کنند. در نتیجه این کودکان ظرفیت تحمل بهتری نسبت به احساسات خویش پیدا می‌کنند.

همچنین این پژوهش نشان داد مادران کودکان دارای نقص توجه-بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان سالم از میزان تاب‌آوری کمتری برخوردارند. این یافته با پژوهش‌های سونگ و همکاران (۲۰۲۱)، اشنایدر^۳ و همکاران (۲۰۱۹)، لی و چوی (۲۰۱۹) همسو بود. سونگ (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان داد که خانواده‌هایی که تاب‌آوری پایین‌تری دارند کودکان و نوجوانانشان بیشتر به نقص توجه-بیش‌فعالی مبتلا می‌شوند. همچنین کودکان این خانواده‌ها مشکلات رفتاری، افسردگی، اضطراب و مصرف مواد بیشتری نشان می‌دهند. تاب‌آوری بالا در والدین می‌تواند منجر به بهبود رابطه‌ی کودکان با والدین و افزایش تاب‌آوری آن‌ها گردد و تاب‌آوری پایین تخریب رابطه و کاهش تاب‌آوری در کودکان را در پی دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان نقص توجه-بیش‌فعال تاب‌آوری

¹ Mammen

² Harrison & Sofronoff

³ Schneider

پایین تری از کودکان معمولی دارند (ماستن و پلامر^۱، ۲۰۱۹). نگهداری از کودک دارای اختلال نقص توجه-بیش فعالی دشوار است؛ چرا که این کودکان کمتر به خواسته های مادر توجه می کنند، از تمرکز و ماندن بر یک تکلیف ناتوانند، تحریک پذیر، کم طاقت، ناآرام و عصبی هستند (رویبا، ۲۰۲۱)؛ بنابراین نگهداری از این کودکان سطح بالاتری از تاب آوری را می طلبد. تاب آوری بالاتر به فرد کمک می کند تا اتفاقات ناگوار و همچنین مسائل استرس زای روزانه را بهتر بتواند مورد پذیرش قرار دهد و با رویکردهای مؤثر حل مسئله با آن ها روبرو شود (تامسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۱)؛ اما تاب آوری پایین با اضطراب، پرخاشگری و تحریک پذیری بالا در ارتباط است (رام^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). مادران این کودکان به سبب تاب آوری پایین و اضطراب بالا در برابر رفتارهای کودک خود تحریک پذیری بیشتری دارند و پرخاشگری بیشتری نشان می دهند. همچنین این مادران از سلامت روان کمتری برخوردارند (ذوقی پایدار، قاسمی، بیات و صنایعی کمال، ۱۳۹۴). در مجموع، این عوامل در کنار تاب آوری پایین سبب می شود کودک از جانب مادر مورد درک و پذیرش قرار نگیرد و نیت کودک از رفتارهایش خصمانه در نظر گرفته شود و با پرخاشگری با او برخورد شود؛ اما مادران کودکان فاقد اختلال که تاب آوری بالاتری دارند بهتر می توانند کودکان خود را مورد پذیرش قرار دهند و مسائل و مشکلات کودک را با دیدی مشفقانه ببینند و به حل و فصلشان کمک کنند.

از محدودیت های این پژوهش این بود که فقط وضعیت مادران مورد مقایسه قرار گرفت و سایر اعضای خانواده از جمله پدر مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین در بخشی از این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است. لذا توصیه می گردد پژوهش های آتی وضعیت روان شناختی پدر و همچنین سایر عوامل خانوادگی را مورد بررسی قرار دهند؛ و برای تعمیم پذیری قابل قبول یافته ها از نمونه گیری های تصادفی استفاده کنند.

منابع

- ذوقی پایدار، محمدرضا؛ قاسمی، معصومه؛ بیات، احمد؛ صنایعی کمال، سمانه. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم توجهی - بیش فعالی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۸ (۱۳۶)، ۱۴-۵.
- کریم زاده، مهرداد؛ خدابخش کولایی، آناهیتا؛ داوودی، حسین؛ حیدری، حسن. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه والدگری مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا بر خودکارآمدی، ناگویی هیجانی و بار روانی مادران کودکان با مشکلات رفتاری. *مجله پرستاری کودکان*، ۷ (۳)، ۱۱-۱.
- رضایی فرد، اکبر. (۱۴۰۰). نقش تاب آوری و سبک های فرزندپروری در پیش بینی استرس والدینی مادران دانش آموزان با اختلال بیش فعالی/کمبود توجه. *روان شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۰ (۴)، ۷۳-۸۵.
- طباطبائی، محمد؛ چلبیانلو، غلامرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب آوری بر میزان عاطفه مثبت و منفی و کاهش آشفتگی های روان شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳ (۴)، ۴۳۸-۴۴۹.
- عسکری، پرویز؛ پاشا، غلامرضا و امینیان، مریم. (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴ (۱۳)، ۶۵-۷۸.

¹ Masten & Palmer

² Thompson

³ Ram

- متین، حسین؛ احمدی، صدیقه و جلالی، مرضیه. (۱۳۹۷). پدیدارشناسی تجارب مادران با فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری. *روانشناسی خانواده*، ۵(۲)، ۵۳-۶۴.
- Beasley, M., Ted, T., John, D. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences*, 34 (1), 77-95.
 - Bunford, N., Evans, S. W., Becker, S. P., & Langberg, J. M. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: A moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 283-296.
 - Cavallina, C., Pazzagli, C., Ghiglieri, V., & Mazzeschi, C. (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: enhancing the knowledge on parenting characteristics. *Frontiers in psychology*, 6, 1313.
 - Chronis-Tuscano, A., Lewis-Morrarty, E., Woods, K. E., O'Brien, K. A., Mazursky-Horowitz, H., & Thomas, S. R. (2016). Parent-child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive and behavioral practice*, 23(1), 62-78.
 - Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
 - Corcoran, J., Schildt, B., Hochbrueckner, R., & Abell, J. (2017). Parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-synthesis, part I. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(4), 281-335.
 - Elhai, J. D., Tiamiyu, M. F., Weeks, J. W., Levine, J. C., Picard, K. J., & Hall, B. J. (2018). "Depression and emotion regulation predict objective smartphone use measured over one week". *Personality and Individual Differences*, 133, 21-28.
 - Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M.A., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818
 - Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *New York: Other Press*.
 - Gershly, N., & Gray, S. A. (2018). Parental emotion regulation and mentalization in families of children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 00(0), 1- 16.
 - Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54
 - Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711.
 - Horn, W.F., Ialongo, N.S., Pascoe, J.M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M. & et al (1991). "Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 30, 233-240.
 - 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.
 - Leerkes, E. M., Supple, A. J., O'Brien, M., Calkins, S. D., Haltigan, J. D., Wong, M. S., & Fortuna, K. (2015). Antecedents of maternal sensitivity during distressing tasks: Integrating attachment, *social information processing*.

- Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 174-199.
- Mammen, O. K., Kolko, D. J., & Pilkonis, P. A. (2002). Negative affect and parental aggression in child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 26, 407-424.
- Perroud, N., Badoud, D., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Küng, A. L., ... & Prada, P. (2017). Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 256, 334-341.
- Ram, D., Chandran, S., Sadar, A., & Gowdappa, B. (2019). Correlation of cognitive resilience, cognitive flexibility and impulsivity in attempted suicide. *Indian journal of psychological medicine*, 41(4), 362-367.
- Rutherford, H. J. V., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L.C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1-14.
- Russell, B.S., Tomkunus, A.J., Hutchison, M. et al. The Protective Role of Parent Resilience on Mental Health and the Parent–Child Relationship During COVID-19. *Child Psychiatry Hum Dev* 53, 183–196
- Schneider, M., VanOrmer, J., & Zlomke, K. (2019). Adverse childhood experiences and family resilience among children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 573-580.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A.G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10(1).
- Song, J., Fogarty, K., Suk, R., & Gillen, M. (2021). Behavioral and mental health problems in adolescents with ADHD: Exploring the role of family resilience. *Journal of Affective Disorders*, 294, 450-458.
- Southwick, S.M., & Bonanno, G.A., & Masten, A.S., & Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25338.
- 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.
- Vismara, L., Sechi, C., & Lucarelli, L. (2020). Reflective function in first-time mothers and fathers: Association with infant temperament and parenting stress. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100147.
- Yazaci, E., Yurumez, E., Yazaci, A. B., Gumus, Y. Y. & Erol, A. (2017). Affective temperaments in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Neuropsychiatry*, 54(7), 49- 54.