

مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی

حاتم محمدی*^۱، ولی اله موسوی^۲

چکیده

مشکلات و سازش‌نیافتگی‌های کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی لزوم توجه بیشتر به این اختلال را روشن‌تر می‌سازد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی مدارس استثنایی شهر رشت در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود که از این تعداد نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. همچنین ۴۰ دانش‌آموز بدون اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی نیز به عنوان گروه مقایسه از میان دانش‌آموزان مدارس عمومی بعد از هم‌تاسازی از لحاظ سن (۸ تا ۱۲ سال) و بهره هوشی (۹۰ تا ۱۱۰) انتخاب شدند. گروه نمونه پرسشنامه‌های علائم مرضی کودکان، مقیاس خودمهارگری تانجی (۲۰۰۴)، تنظیم هیجان گروس و جان (۲۰۰۳)، و آزمون هوش و کسلر کودکان را تکمیل کردند. نتایج به دست آمده با استفاده از شاخص آماری تی گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس تک‌متغیری نشان داد که بین دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی از لحاظ متغیرهای ارزیابی مجدد شناختی و بازداری هیجانی و همچنین خودمهارگری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که کودکان با اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی دارای سطوح پایین‌تری از ارزیابی مجدد شناختی، بازداری هیجانی، و خودمهارگری نسبت به کودکان بدون اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی هستند. تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و خودمهارگری کودکان با اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی باعث کاهش مشکلات بین فردی، اجتماعی و آموزشی این کودکان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجان، خودمهارگری، اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی

۱. *کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه گیلان (psy_mohammadi@yahoo.com)

۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه گیلان

اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی^۱، یک اختلال عصب روان‌شناختی با سن شروع در دوران کودکی است که از طریق درجاتی از نارسایی توجه نامتناسب با سن و مزمن، تکانشگری و تا اندازه‌ای فزون‌کنشی مشخص می‌شود و نسبت به افراد عادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، با فراوانی و شدت بیشتری رخ می‌دهد (اریکا و همکاران، ۲۰۰۸). این اختلال، یکی از رایج‌ترین اختلال‌های دوران کودکی که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است (بوسینگ، ماسن، بل، پورتر، و گارون، ۲۰۱۰). آمار گوناگونی در زمینه میزان شیوع این اختلال وجود دارد. در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا میزان شیوع این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و برای کودکان ۵ درصد گزارش شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، با این وجود، رقم محتاطانه ۳ تا ۷ درصد از کودکان در سنین مدرسه را مبتلایان به این اختلال تشکیل می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ وودارد، ۲۰۰۶؛ گوپدا و کار، ۲۰۰۹). نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا وجود پنج نشانه مرتبط با تکانشگری، نارسایی توجه یا فزون‌کنشی باید قبل از سن ۱۲ سالگی شروع شود و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان، مدرسه، خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روان‌شناختی دیده می‌شود.

در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا هجده نشانه ارائه و الزام شده است که حداقل شش نشانه در نارسایی توجه یا فزون‌کنشی/تکانشی باید مشاهده شود تا بتوان تشخیص این اختلال را در افراد داد. به عبارت دیگر، در حداقل نشانه‌ها برای تشخیص اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی در بزرگسالان پنج نشانه و برای کودکان، حداقل شش نشانه است. بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیرگروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع نارسایی توجه، نوع فزون‌کنش/تکانشگر، و نوع ترکیبی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). متوسط سن شروع در نوع فزون‌کنشی/تکانشگر حدود ۴ سالگی و در نوع ترکیبی حدود ۵ سالگی است. بنابراین اغلب کودکان در انواع فزون‌کنشی/تکانشگر و نوع ترکیبی قبل از ۷ سالگی دچار اختلال عملکرد ناشی از بیماری می‌شوند. اما متوسط سن شروع علائم در نوع نارسایی توجه بعد از ۶ سالگی بوده است و در برخی موارد سن شروع علائم بالاتر از ۷ سالگی است. بنابراین علائم نارسایی توجه و فزون‌کنشی در کودکان اغلب قبل از سن مدرسه شروع می‌شود (کاتبی، ۱۳۸۸). در مجموع می‌توان گفت اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی بر کنش‌های تحصیلی، اجتماعی، رفتاری و هیجانی افراد مبتلا تأثیرات منفی بر جای می‌گذارد (لای و لی، ۲۰۱۲).

بیشتر پژوهشگران معتقدند عوامل گوناگونی افراد را در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های بیرون‌نمود مانند اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی قرار می‌دهند که به طور کلی این عوامل شامل مجموعه‌ای از گرایش‌های ژنتیکی، زیست‌شناختی یا شخصیتی کودک، فرزندپروری ناکارآمد و شرایط محیطی است (خیریه، شئیری، آزاد فلاح و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۸). تنظیم هیجانی به توانایی فهم هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد. آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و مهار هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است (گراتس و گاندرسون، ۲۰۰۶). پس تنظیم هیجانی می‌تواند به عنوان مکانیسمی که افراد به‌واسطه آن (دانسته یا ندانسته)، هیجان‌هایشان را برای رسیدن

1 . Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

2 . American Psychiatric Association

به پیامد مورد نظر تغییر می‌دهند، تعریف شود (آلداو، نولن- هوکسما و سویزر، ۲۰۱۰). همچنین تنظیم هیجان، شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت‌زمان یا شدت تجربه یک هیجان است (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷؛ کول، ۲۰۰۹؛ به نقل از تروی، ۲۰۱۲؛ آلداو، نولن- هوکسما و سویزر، ۲۰۱۰). بنابراین می‌توان گفت که تنظیم هیجان سازش‌یافته، با اعتماد به خود و تعاملات اجتماعی، افزایش در فراوانی هیجان‌های مثبت، مقابله موثر در مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی‌زا و حتی گسترش فعالیت‌های ممکن در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی، مرتبط است (دکر، ترک، هس و موری، ۲۰۰۸). مدیریت و تنظیم مناسب هیجان‌ها یکی از بنیادهای بهزیستی و سلامت روان‌شناختی به شمار می‌رود (آلداو، نولن- هوکسما و سویزر، ۲۰۱۰) و اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات زیادی تأیید شده است (دیلون، دونی و پیزاگالی، ۲۰۱۱؛ روتبرگ و جانسون، ۲۰۰۷؛ ورنر و گراس، ۲۰۱۰؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۱۲). در این راستا برنز، کوال، وردین، لیم و کوپنس (۲۰۱۳) در پژوهش خود دریافتند که استفاده از راهبردهای مربوط به تنظیم هیجان منجر به افزایش هیجان‌های مثبت، کاهش هیجان‌های منفی و در نتیجه افزایش حس شادزیستی افراد می‌شود.

مطالعات نشان داده‌اند که تنظیم هیجانی مطلوب در خردسالان با عملکرد خوب تحصیلی، موآند بودن، رفتار مناسب کلاسی، نمره‌های خواندن و ریاضی رابطه مثبت دارد (هیلت، هنسن و پالک، ۲۰۱۱). همچنین، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که کودکان و نوجوان مبتلا به اختلال‌های برون‌نمود و رفتارهای مخرب همچون پرخاشگری و فزون‌کنشی بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌نیافته استفاده می‌کنند (اسپنسر، فران، سورمان، پتی، کلارک و همکاران، ۲۰۱۱؛ پورفرج عمران، ۱۳۹۰؛ قاسم پور، رضانی و کلهر، ۱۳۹۳) و در به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌یافته دچار نارسایی هستند (قاسم پور، رضانی و کلهر، ۱۳۹۳؛ بارکلی و فیشر، ۲۰۱۰).

یافته‌های پژوهش‌های اسپنسر، فران، سورمان، پتی، کلارک و همکاران (۲۰۱۱)، پورفرج عمران (۱۳۹۰)، قاسم پور، رضانی و کلهر (۱۳۹۳)، و بارکلی و فیشر (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۶ ساله مبتلا به اختلال‌های برون‌نمود و رفتار مخرب در سازماندهی تجربه‌های هیجانی، ارزیابی هیجان‌های خود و دیگران و ابراز هیجانی به شکل مناسب، در روبرو شدن با موقعیت‌های مختلف مشکل دارند و از مهارت‌های مثبت راهبردهای تنظیم هیجانی همچون برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد و پذیرش کمتر استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش بیدرمن و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی ناتوانی عمده‌ای در کارکردهای مربوط به خودتنظیمی هیجانی دارند، به طوری که در درک و مهار هیجان‌ها و احساس‌های خود با مشکلات اساسی و متعددی روبرو هستند. سوپل و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که اختلال‌های برون‌نمود ارتباط مستقیمی با نحوه تنظیم و پردازش هیجانی کودکان سنین دبستانی (۶ تا ۱۱ ساله) دارد، به طوری که کودکان مبتلا به این اختلال‌ها در تنظیم و پردازش هیجانی ضعیف‌تر از همتایان بدون اختلال خود عمل می‌کنند. نتایج پژوهش آیزنبرگ و همکاران (۲۰۰۵) بیانگر این مطلب بود که آن دسته از کودکانی که از سطوح بالای هیجان‌های منفی برخوردارند و بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌نیافته همچون فرونشانی استفاده می‌کنند در خطر ابتلا به رفتارهای مخرب، پرخاشگرانه و قانون‌شکنانه قرار دارند.

همچنین پژوهش‌ها بیانگر این مطلب هستند که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی نسبت به کودکان بدون این اختلال دارای مهارت‌های اجتماعی مانند ظرفیت خودمهارگری

پایین تر هستند (کوثری و علیزاده، ۱۳۸۹). خودمهارگری، توانایی مهار هیجان‌ها، رفتار و امیال به منظور دستیابی به بعضی پاداش‌ها یا اجتناب از بعضی پیامدها است (وهس، بامیستر، اشمایکل، ژیشن، نوئل و دین، ۲۰۰۸). افرادی که خودمهارگری بالاتری دارند، دستاوردهای بهتری در حیطه‌های مختلف به دست می‌آورند. خودمهارگری با مجموعه‌ای از دستاوردهای مثبت و مطلوب از جمله سازش‌یافتگی مناسب (آسیب روانی کمتر و حرمت خود بالاتر)، نمرات درسی بهتر، سوءمصرف الکل کمتر، مشکلات تغذیه‌ای کمتر، ارتباطات بین‌شخصی بهتر، داشتن دلبستگی ایمن و بروز پاسخ‌های هیجانی بهینه همبستگی دارد (تانجی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴). همچنین خودمهارگری به عنوان نیروی درونی در دسترس برای بازداری، نپذیرفتن یا تغییر پاسخ‌هایی است که از باورهای اخلاقی، ویژگی‌های اجتماعی، سطح مذهبی بودن والدین، مشارکت فرد در فعالیت‌ها و سنت‌های مذهبی تاثیر می‌پذیرد (ویکستروم و تریبر، ۲۰۰۷؛ جی‌یر و بامیستر، ۲۰۰۵) و ممکن است نتیجه فرایندهای روان‌شناختی، عادت، یادگیری یا فشار موقعیتی باشد (اشمایکل و بامیستر، ۲۰۰۴). افرادی که از خودمهارگری بالا یا توانایی برای به تعویق انداختن ارضای فوری نیازها برخوردارند، در مهار افکار، تنظیم هیجان‌ها و بازداری تکانه‌ها از افراد با خودمهارگری کمتر، عملکرد بهتری دارند (دریدر، دیوئر، بکر و وان‌هافت، ۲۰۱۱). بازشناسی اهمیت خودمهارگری در زندگی، تاثیر عمیق آن را بر کشمکش‌های روزانه نشان می‌دهد. از منظر پژوهشگران، مشکلات شخصی و اجتماعی که تعداد زیادی از شهروندان امروزی را متأثر نموده، برخاسته از شکست در خودمهارگری است (رفیعی‌هنر، ۱۳۹۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خودمهارگری به منزله یکی از انواع مهارت‌های اجتماعی می‌تواند میزان موفقیت در زندگی را تعیین کند و با سلامت روانی، ابراز متناسب نیازها و احساسات (محمدی‌مصیر، شفیعی‌فرد، داوری و بشارت، ۱۳۹۱)، روابط بین فردی مثبت (والثال، کندل و پیناتا، ۲۰۰۵)، سازش‌یافتگی روان‌شناختی، پیشرفت در تکالیف، عملکرد تحصیلی و بهزیستی (تانجی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴) رابطه مثبت و معنا دار دارد. در پژوهش‌های روان‌شناختی، خودمهارگری به ظرفیت فرد برای غلبه کردن و بازداری تکانه‌های غیرقابل پذیرش و نامطلوب و نظم دادن به رفتارها، تفکرات و هیجان‌های خود اشاره دارد (تانجی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴).

همچنین، مطالعات مختلف نشان داده‌اند رابطه قابل پیش‌بینی بین خودمهارگری پایین و مشکلات برون‌نمود مانند مشکلات رفتاری، نارسایی توجه-فزون‌کنشی، و پرخاشگری در کودکان سنین مدرسه وجود دارد (بیرمن، نیکس، گرینبرگ، بلر، و بامیستر، ۲۰۰۸؛ کاسپر و سیلوا، ۱۹۹۵؛ آیزنبرگ، فابس، گاتری و رایس، ۲۰۰۰). در این راستا، کوثری و علیزاده (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی و دانش‌آموزان بدون این اختلال در مقطع دبستان به این نتایج دست یافتند که دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی توجه در هر سه خرده‌مقیاس مهارت‌های اجتماعی (همکاری، جرئت‌ورزی، خودمهارگری) از دانش‌آموزان بدون این اختلال به طور معناداری پایین‌تر بودند. همچنین، همتی علمدارلو (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش خودمهارگری بر بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی به این نتیجه دست یافت که آموزش خودمهارگری در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی آنها موثر است. ونیز، شوپتزر و سولزر-آزاروف (۲۰۰۶) در پژوهشی با عنوان خودمهارگری در پسران مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی: اثر محرک و زمان مضاعف به این نتایج دست یافتند که پسران مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی در پاسخ درنگیده و خودمهارگری نسبت به پاداش‌های بیرونی در مقایسه با پسران

مقایسه تنظیم هیجان و...

بدون این اختلال دارای مشکل هستند و در پاسخ درنگیده به محرک‌های بیرونی که پیامد مثبتی دارند ضعیف عمل می‌کنند. همچنین، نف، بیکارد و اندو (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان ارزیابی تکانشگری و توسعه خودمهارگری در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی به این نتایج دست یافتند که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی، تکانشی رفتار کرده و دارای مهارت‌های خودمهارگری پایین هستند. این پژوهشگران تأیید کردند که با مداخله‌های بالینی می‌توان سطوح خودمهارگری دانش‌آموزان را افزایش داد.

با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که برشمردیم می‌توان چنین گفت که راهبردهای تنظیم هیجانی و خودمهارگری در اختلال‌های رفتار مخرب و برون‌نمود کودکان و نوجوانان مانند اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی نقش اساسی ایفا می‌کنند، اما به دلیل پراکنده بودن مطالعات خارجی و کمبود پژوهش‌هایی در مورد نقش راهبردهای تنظیم هیجان و خودمهارگری در اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی کودکان و نوجوانان، به ویژه کودکان و نوجوانان ایرانی از یک سو نتایج این پژوهش از بعد افزایشی می‌تواند باعث تقویت دانش روان‌شناسی در این حوزه شود و از سوی دیگر می‌تواند راهگشایی برای شناسایی عوامل و مؤلفه‌های هیجانی و اجتماعی دخیل در ایجاد و تداوم اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی در کودکان شود.

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی به دنبال بررسی این فرضیه است که کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی از لحاظ تنظیم هیجان و خودمهارگری متفاوت هستند.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه مدارس استثنایی شهر رشت در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود که از این تعداد نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. همچنین ۴۰ دانش‌آموز بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی نیز به عنوان گروه مقایسه از میان دانش‌آموزان مدارس عادی بعد از هم‌تاسازی از لحاظ سن (۸ تا ۱۲ سال) و بهره هوشی (۹۰ تا ۱۱۰) انتخاب شدند.

ب) ابزار پژوهش: ۱- پرسشنامه علایم مرضی کودکان: این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است. این پرسشنامه دارای دو فهرست والدین و معلمان است که در مقایسه با مقیاس‌ها و شیوه‌های دیگر، کارآمدی خود را نشان داده است و جایگزین مناسبی به عنوان یک مصاحبه مورد قبول روان‌پزشکی است که در وقت صرفه‌جویی می‌کند. حساسیت پرسشنامه علایم مرضی کودکان بر اساس بهترین نمره برش ۴ برای اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی ۰/۷۵ و ویژگی آن ۰/۹۲ به دست آمده است. علاوه بر این، اعتبار پرسشنامه نیز برای هر دو فرم والد و معلم به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ برآورد شده است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۶). در پژوهش شهانیان و همکاران (۱۳۸۶)؛ به نقل از کرمانی، عابدی و یارمحمدیان، ۱۳۹۳) نیز که به منظور هنجاریابی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز انجام شد، ضریب پایایی بازآزمایی برای نمره کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳ و روایی آن ۰/۸۴ بدست آمد.

۲- مقیاس خودمهارگری: این آزمون در سال ۲۰۰۴ توسط تانجی، بامیستر و بون، با الهام از ابزارهای قبلی و برطرف کردن نواقص پرسش‌نامه‌هایی که برای سنجش خودمهارگری ساخته شده‌اند، تهیه گردیده است. این مقیاس دارای ۳۶ ماده و در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱=مثلاً، ۵=بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره کل افراد ۱۸۰-۳۶ است. اعتبار درونی این مقیاس در ایران در پژوهش قربانی، کابینگهام، رضازاده و واتسون (۲۰۱۰)، ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین رفیعی‌هنر و جان‌بزرگی (۱۳۸۹)، برای بررسی اعتبار و روایی با اجرای این آزمون بر روی دو گروه از دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ هر دو مطالعه را ۰/۸۹ به‌دست آوردند.

۳- پرسشنامه تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گروس و جان (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ده گویه بوده و دو خرده مقیاس بازداری هیجانی و ارزیابی مجدد شناختی را می‌سنجد. آزمودنی به هر گویه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ است. همچنین ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس بازداری هیجانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ می‌باشد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۰). سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و بازداری هیجانی ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر برای مقیاس ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای بازداری هیجانی ۰/۸۱ به دست آمد.

۴- آزمون هوش وکسلر کودکان ویرایش چهارم: این مقیاس در سال ۱۹۶۹ توسط دیوید وکسلر تهیه شده و دارای ۱۲ خرده‌مقیاس است که ۶ خرده‌مقیاس کلامی و ۶ خرده‌مقیاس عملی دارد و سه نوع بهره هوش کلامی، عملی و کل را به دست می‌آورد. در بررسی اعتبار همزمان ضرایب همبستگی هوش بهره‌های کلامی، عملی و کل دو مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴، ۰/۸۵ به دست آمد (حیدری، امیری و مولوی، ۱۳۹۱). ستر (۱۹۹۲) بیان کرد که همبستگی این آزمون با آزمون‌های گروهی هوش ۰/۶۶، با آزمون استنفورد بینه ۰/۷۸ و با آزمون پیشرفت تحصیلی پی بادی ۰/۷۱ است (مارنات، ۲۰۰۳؛ ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۸۷) که بیانگر روایی بالای این آزمون است.

نتایج

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مانند میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در کل آزمودنی‌ها از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج غیرمعنی‌دار نشانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و آزمون کالموگروف-اسمیرنوف

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	k-s	p
ارزیابی مجدد شناختی	با فزون‌کنشی	۳۰	۱۵/۶۸	۳/۵۷	۱/۲۲	۰/۱۱
	بدون فزون‌کنشی	۳۰	۱۸/۳۶	۳/۹۷	۰/۶۵	۰/۷۶
	کل	۶۰	۱۷/۰۲	۳/۹۶	۱/۲۵	۰/۰۹

۰/۴۱	۰/۶۹	۲/۴۰	۱۲/۱۸	۳۰	با فزون کنشی	
۰/۴۱	۰/۶۸	۴/۸۱	۱۸/۰۶	۳۰	بدون فزون کنشی	بازداری
۰/۰۶	۱/۴۱	۴/۸۶	۱۵/۱۲	۶۰	کل	هیجانی
۰/۰۹	۱/۲۸	۴/۴۳	۱۵/۱۱	۳۰	با فزون کنشی	
۰/۵۳	۰/۷۲	۳/۶۱	۱۸/۰۶	۳۰	بدون فزون کنشی	خودمهارگری
۰/۰۶	۱/۴۴	۴/۲۹	۱۶/۸۹	۶۰	کل	

برای مقایسه خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی و بازداری هیجانی دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده می‌شود. به این منظور مفروضه‌های استفاده از این آزمون بررسی شد. ابتدا مفروضه خطی بودن بررسی شد که نتایج مربوط به آن نشان داد آماره F خطی بودن برای ارزیابی مجدد شناختی و بازداری هیجانی به ترتیب ۲۶/۳۸ و ۳۳/۵۶ بود که در سطح $0/001$ معنی دار بودند. در ادامه برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج مربوط به آن نشان داد شرط همگنی واریانس بین گروه‌ها رعایت شده است ($P=0/58$, $F=0/11$). همچنین همگنی ماتریس واریانس/ کوواریانس با آزمون ام باکس مورد تایید قرار گرفت ($P=1/59$, $F=0/14$, $BOX=9/85$). در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های ارزیابی مجدد شناختی و بازداری هیجانی دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری

متغیر	نام آزمون	مقدار	f	df	درجه آزادی	سطح معناداری
	اثر پیلایی	۰,۳۹۲	۲۴,۹۶۷	۲,۰۰۰	۵۷,۰۰۰	۰,۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰,۶۰۸	۲۴,۹۶۷	۲,۰۰۰	۵۷,۰۰۰	۰,۰۰۰
گروه	اثر هوتلینگ	۰,۶۴۶	۲۴,۹۶۷	۲,۰۰۰	۵۷,۰۰۰	۰,۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۰,۶۴۶	۲۴,۹۶۷	۲,۰۰۰	۵۷,۰۰۰	۰,۰۰۰

در جدول ۲ مشاهده می‌شود که آماره F تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی تفاوت دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی در متغیرهای ارزیابی مجدد شناختی و بازداری هیجانی در سطح $0/0001$ معنی دار می‌باشد

($Wilks' Lambda=0/608$, $F=24/967$, $p<0/000$). بنابراین می‌توان گفت که بین دو گروه

کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی و بازداری هیجانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به منظور بررسی این که تاثیر گروه بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنادار است از تجزیه و تحلیل واریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معناداری	مجذور ایتا
ارزیابی مجدد شناختی	۲۱۶,۰۰۸	۱	۲۱۶,۰۰۸	۱۵,۱۲۸	۰,۰۰۰	۰,۱۱۴
بازداری هیجانی	۲۶۱,۰۷۵	۱	۲۶۱,۰۷۵	۱۶,۰۶۳	۰,۰۰۰	۰,۱۲۰

در جدول ۳ مشاهده می‌شود که بین دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی از لحاظ متغیرهای ارزیابی مجدد شناختی ($P < ۰,۰۰۰$, $df=۱$, $F=۱۵,۱۲۸$)، و بازداری هیجانی ($P < ۰,۰۰۰$, $df=۱$, $F=۱۶,۰۶۳$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی نسبت به کودکان بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی دارای سطوح پایین‌تری از ارزیابی مجدد شناختی، و بازداری هیجانی هستند.

در ادامه، برای مقایسه نمره خودمهارگری دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی، از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج آزمون لوین ($f=۰/۱۳$, $P=۰/۶۳$) نشان می‌دهد که واریانس مهارت‌های اجتماعی در بین دو گروه همگن است. بنابراین از آزمون t گروه‌های مستقل با فرض برابری واریانس‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون t گروه‌های مستقل جهت مقایسه نمره خودمهارگری دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	P
خودمهار	با فزون‌کنشی	۳۰	۱۵/۱۱	۴/۴۳			
گری	بدون فزون-کنشی	۳۰	۱۸/۰۶	۳/۶۱	۵۸	-۷/۱۳	۰/۰۰۰

در جدول ۴ مشاهده می‌شود که بین میانگین نمره خودمهارگری دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($t=-۷/۱۳$, $P=۰/۰۰۰$). با توجه به میانگین نمره خودمهارگری دو گروه می‌توان گفت که کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی دارای سطوح پایین‌تری از خودمهارگری نسبت به کودکان بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی هستند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی انجام شد. نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد بین دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی از لحاظ متغیرهای ارزیابی مجدد شناختی، و بازداری هیجانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی نسبت به کودکان بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی دارای سطوح پایین‌تری از

مقایسه تنظیم هیجان و...

ارزیابی مجدد شناختی، و بازداری هیجانی هستند. نتیجه بدست آمده با پژوهش‌های پورفرج عمران (۱۳۹۰)؛ قاسم پور، رضانی و کلهر (۱۳۹۳)؛ سوپل و همکاران (۲۰۰۹)؛ اسپنسر، فران، سورمان، پتی، کلارک و همکاران (۲۰۱۱)؛ بارکلی و فیشر (۲۰۱۰)؛ بیدرمن و همکاران (۲۰۱۲)، همسو است. در این پژوهش‌ها بیان شده است که تنظیم هیجانی مطلوب در خردسالان با عملکرد خوب تحصیلی، مولد بودن، رفتار مناسب کلاسی، نمره‌های خواندن و ریاضی رابطه مثبت دارد. همچنین، کودکان و نوجوان مبتلا به اختلال برون‌نمود و رفتار مخرب همچون پرخاشگری و فزون‌کنشی بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌نایافته استفاده می‌کنند و در بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌یافته دچار نارسایی هستند. همچنین، یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۶ ساله مبتلا به اختلال‌های برون‌نمود و رفتار مخرب در سازماندهی تجربه‌های هیجانی، ارزیابی هیجان‌های خود و دیگران و ابراز هیجان به شکل مناسب در روبرو شدن با موقعیت‌های مختلف مشکل دارند و از مهارت‌های مثبت راهبردهای تنظیم هیجانی همچون برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد و پذیرش کمتر استفاده می‌کنند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت عدم تنظیم هیجان به صورت مشکلات مربوط به مهار تأثیرات تحریک هیجان بر سازماندهی و کیفیت افکار، اقدامات، و تعاملات تعریف می‌شود. افرادی که دارای تنظیم هیجان نیستند، الگوهای پاسخی را از خود نشان می‌دهند که در آن هماهنگی بین هدف‌ها، پاسخ‌ها، و یا حالت‌های بیان با تقاضای محیط اجتماعی وجود ندارد (زیمان، ۲۰۰۶) در مقابل، سطوح بالای تنظیم هیجان با صلاحیت اجتماعی بیشتر و همچنین بیان هیجان‌های متناسب اجتماعی در ارتباط است (آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰). راهبردهای تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی و هیجان‌های منفی را تنظیم و تعدیل نماید (گرنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). شیوه استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان در شرایط و موقعیت تنیدگی‌زا با ایجاد و رشد برخی اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد (گرنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷؛ گرنفسکی، کراچی، و ون اتن، ۲۰۰۵). بنابراین در نتیجه ارزیابی شناختی و هیجانی نادرست از شرایط و موقعیت تنیدگی‌زا به دلیل کمبود اطلاعات، ارزیابی، برداشت و تعبیر اشتباه و یا فرض‌ها و اعتقادات بی‌منطق و نادرست، فرد راهبرد هیجانی مقابله‌ای خود را برای روبرو شدن با آن موقعیت و شرایط بر می‌گزیند.

یکی از فرضیه‌های اساسی در زمینه راهبردهای منفی تنظیم هیجان این است که ناتوانی و نارسایی در تنظیم هیجان‌ها و استفاده مفرط از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی همچون مقصر دانستن خود و دیگران، مکانیسم زیربنایی مشکلات رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود در نوجوانان است (گرنفسکی، کراچی، و ون اتن، ۲۰۰۵). همچنین این یافته‌ها را می‌توان بر اساس دیدگاه گروس (۲۰۰۷) تبیین کرد، بر اساس این دیدگاه تحول هیجانی و عاطفی نابسند، دشواری در سازماندهی رفتار و هیجان و داشتن هیجان‌های منفی باعث می‌شود که احساسات و عواطف فرد بر قدرت منطق و استدلالش غلبه داشته باشد و فرد در شرایط و موقعیت‌های مختلف تنها با در نظر گرفتن جو احساسی و عواطف محیطی و بدون توجه به راه‌حل‌های منطقی ممکن تصمیم‌گیری کند و دست به عمل بزند (گرنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). بر این اساس گروس (۲۰۰۷) محتمل دانست استفاده از راهبردهای منفی و ناکارآمد تنظیم هیجان و عدم توانایی مناسب تنظیم هیجان از عوامل مهم و زمینه‌ساز خطر ابتلا به اختلال‌های روانی و رفتاری است (گرنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). به طور کلی نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که در بازداری رفتار بیانگر هیجان و تعدیل گرایش‌ها پاسخ‌های مربوط به هیجانی که قبلاً به وجود

آمده، ضعیف عمل می‌کنند، نسبت به سایر افراد در برابر مشکلات روانی و هیجانی بیشتر آسیب‌پذیر هستند (گرنفسکی و همکاران، ۲۰۰۷؛ گرنفسکی، کراجی، و ون اتن، ۲۰۰۵؛ اسپنسر و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر نوجوانانی که از تنظیم هیجان مثبت بالایی برخوردارند، در پیش‌بینی موقعیت‌ها و خواسته‌های اطرافیان توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته اطرافیان را به خوبی درک و هیجان‌ها و عواطف خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر بروز رفتارهای مبتنی بر اختلال‌های برون‌نمود و مخرب مقاومت بیشتری نشان می‌دهند.

نتایج مربوط به آزمون تی گروه‌های مستقل نیز نشان داد بین دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی از لحاظ متغیر خودمهارگری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی نسبت به کودکان بدون اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی دارای سطوح پایین‌تری از خودمهارگری هستند. نتیجه بدست آمده با پژوهش‌های کوثری و علیزاده (۱۳۸۹)؛ آیزنبرگ، فابس، گاتری و رایس (۲۰۰۰)؛ شویتزر و سولزر-آزاروف (۲۰۰۶)؛ و بیرمن، نیکس، گرینبرگ، بلر، و بامیستر (۲۰۰۸)، همسو است.

در این راستا، پارکر، هالفمن، سویلوسکی و رولندس (۲۰۱۳) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که دانش آموزان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی- نارسایی توجه که دارای مریی بودند خودتنظیمی و خودمهارگری بیشتری را ابراز داشتند که منجر به تجربه‌ها و نتایج آکادمیک مثبتی در آنها شد. همچنین کوثری و علیزاده (۱۳۸۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی در هر سه خرده‌مقیاس مهارت‌های اجتماعی (همکاری، جرئت‌ورزی، خودمهارگری) از دانش‌آموزان بدون این اختلال به طور معناداری پایین‌تر بودند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت رشد کافی مکانیسم خودمهارگری تأثیر عمیقی بر توانایی فرد در عملکرد مطلوب در طول زندگی و کسب موفقیت‌ها و بسیاری از چالش‌های آموزشی، شغلی و اجتماعی پیش رو می‌گذارد. شواهد زیادی، عمدتاً بر پایه طرح‌های بلندمدت مقایسه‌ای، نشان می‌دهد که سطوح پایین‌تر خودمهارگری در کودکان با برونداد ضعیف در حوزه‌های متنوع زندگی مانند پیشرفت تحصیلی و اشتغال سالم و عملکرد اجتماعی مطلوب مرتبط است (داک ورث و سلیگمن، ۲۰۰۵؛ موفقیت و همکاران، ۲۰۱۰؛ نیسبت و همکاران، ۲۰۱۲؛ تانجنی، بامیستر و بون، ۲۰۰۴؛ برگر، ۲۰۱۱). بنابراین پژوهشگران تأثیر آموزش راهبرد خودنظارتی و خودمهارگری را بر اصلاح رفتارهای دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی مورد بررسی قرار دادند که نتایج مربوط به آن نشان داد از شدت رفتارهای سازش‌نا یافته و ناکارآمد دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی که تحت آموزش خود نظارتی و خودمهارگری قرار گرفتند به میزان قابل قبولی کاسته شده بود (اشترزاده و علی‌پور، ۱۳۸۳؛ همتی علمدارلو، ۱۳۸۳). در پژوهش‌های اخیر مشکل خودگردانی و بازداری رفتاری به عنوان توجیه نظری و الگوی پژوهشی برای اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی، توجه زیادی را به خود جلب کرده است. برخی از پژوهشگران اظهار کرده‌اند که این مشکلات کلید بسیار مهمی در فهم این اختلال است، مباحث مربوط به این مشکلات شامل اصطلاحاتی نظیر بازداری رفتاری و کارکردهای اجرایی و نیز مهار تکانه و خود مدیریتی است (علیزاده و آندریس، ۲۰۰۲). بنابراین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی در مقایسه با کودکان بدون این اختلال از خودمهارگری پایین‌تر برخوردارند و به طبع آن آسیب‌های حاصل از خودمهارگری پایین را بیشتر تجربه می‌کنند.

مقایسه تنظیم هیجان و...

پژوهش‌ها نشان داده‌اند خودمهارگری به منزله یکی از انواع مهارت‌های اجتماعی می‌تواند میزان موفقیت در زندگی را تعیین کند و با سلامت روانی، ابراز متناسب نیازها و احساسات (محمدی مصیری و همکاران، ۱۳۹۱)، روابط بین‌فردی مثبت (والثال، کنلد و پیمان‌تا، ۲۰۰۵)، سازش‌یافتگی روان‌شناختی، پیشرفت در تکالیف، عملکرد تحصیلی و بهزیستی (تانجینی، بامیستر، و بون، ۲۰۰۴) رابطه مثبت و معنادار دارد. افرادی که از خودمهارگری بالا یا توانایی برای به تعویق انداختن ارضای فوری نیازها برخوردارند، در مهار افکار، تنظیم هیجان‌ها و بازداری تکانه‌ها از افراد با خودمهارگری کمتر عملکرد بهتری دارند (دریدر و همکاران، ۲۰۱۱). بنابر این منطقی به نظر می‌رسد که کودکان فاقد نارسایی توجه- فزون‌کنشی که دارای خودمهارگری بالاتر هستند در طیف وسیعی از رفتارهای سازشی نسبت به کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی عملکرد بهتری داشته باشند.

نتایج این پژوهش لزوم توجه هرچه بیشتر به بحث تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نارسایی توجه را یادآور می‌شود زیرا نه تنها بر سازش‌یافتگی خانوادگی و اجتماعی این کودکان تاثیر می‌گذارد بلکه چنانچه عدم تنظیم هیجان مثبت و خودمهارگری در کودکان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی/ نارسایی توجه تداوم و شدت یابد، موجب بروز ناهنجاری‌های رفتاری و هیجانی شدیدتر شده و آینده تحصیلی و سلامت روانی این قبیل کودکان نیز به مخاطره می‌افتد.

با توجه به آنچه گفته شد نمی‌توان راحت از کنار مشکلات هیجانی و نبود ظرفیت خودمهارگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی گذشت. در این میان آموزش تنظیم هیجان و خودمهارگری می‌تواند خدمتی ارزشمند محسوب شود. بنابر این پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و روان‌پزشکان فواید آموزش تنظیم هیجان و خودمهارگری را در کنار گزینه‌های دارویی مدنظر قرار دهند. همچنین مقایسه سایر اختلال‌های برون‌نمود و مقایسه کودکان دختر و پسر مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نارسایی توجه از لحاظ متغیرهای تنظیم هیجان و خودمهارگری برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- اشترزاده، ل؛ و علی‌پور، ا. (۱۳۸۲). تأثیر آموزش راهبرد خودنظارتی بر اصلاح رفتارهای دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه. *پژوهش در حیطه کودکان/ استثنایی*، ۳، ۲۰۷-۲۲۲.
- برجعی، م؛ علی‌زاده، ح؛ احدی، ح؛ فرخی، ن؛ سهرابی، ف؛ و محمدی، م. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، رفتاری و دارو درمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۶، ۱۷۵-۱۵۳.
- پور فرج عمران، ع. (۱۳۹۰). راهبردهای تنظیم هیجان شناختی و پرخاشگری در دانش‌آموزان. *نخستین کنگره بین‌المللی روان‌شناسی کودک و نوجوان (رویکرد بین فرهنگی و اسلامی)*، ۵، ۲۰۴-۲۰۳.
- حیدری، ط؛ امیری، ش؛ و مولوی، ح. (۱۳۹۱). اثربخشی روش تصحیح نارساخوانی دیویس بر عملکرد خواندن کودکان نارساخوان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۶، ۵۸-۴۱.
- خیریه، و؛ شعیری، م؛ آزاد فلاح، پ؛ و رسول زاده طباطبایی. (۱۳۸۸). اثربخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مجله علوم رفتاری*، ۱، ۵۸-۵۳.
- سلیمانی، ا؛ و حبیبی، ی. (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۳، ۷۲-۵۱.

قاسم پور، ع؛ رضانی، و؛ و کلهبر، ع. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۳، ۱۶۰-۱۵۳.

کرمانی، آ؛ عابدینی، ا؛ و یارمحمدیان، ا. (۱۳۹۳). تحول کارکردهای اجرایی در دختران و پسران پیش دبستانی و دبستانی (پنج تا ۱۲ ساله) مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شهر اصفهان. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۶، ۶۶-۵۸.

کوثری، ل؛ و عزیزاده، ح. (۱۳۸۹). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نارسیایی توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان بدون این اختلال در مقطع دبستان. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۲۳، ۱۲۱-۱۰۹.

مارنات، گ. (۲۰۰۳). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. (۱۳۸۷). تهران: رشد.

محمد اسماعیل، ا. (۱۳۸۶). انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک وپیرایش چهارم (CSI-4). *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷، ۹۶-۷۹.

همتی علمدارلو، ق. (۱۳۸۳). *تأثیر آموزش خودکنترلی بر بهبود بخشی مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). "Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination". *Behavior Research and Therapy*, 48, 974° 983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Alizadeh , H, &Andries , C. (2002). Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child and Family Behavior Therapy*, 24, 37-49.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington. DC: USA.
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 503° 513.
- Berger, A. (2011). *Self-regulation: Brain, cognition, and development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2012). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsychology Disease Treatment*, 8, 267° 276.
- Bierman, K. L., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Blair, C., & Domitrovich, C. E. (2008). Executive functions and school readiness intervention: Impact, moderation, and mediation in the Head Start REDI program. *Developmental Psychopathology*, 20, 821° 843.
- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P.H., & Garvan, c. (2010). Adolescent outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 49, 565-605.
- Caspi, A., & Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486° 498.

- Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. P. (2005). Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents. *Psychological Science*, 16, 939° 944.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reise, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136° 157.
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valient, C., et al. (2005). The roots of emotionality, effortful control, and impulsivity: Concurrent relations and prediction of change. *Developmental Psychology*, 41, 193° 211.
- Ericks, L., Wodka, A., Loftis, C. A., Stewart, H., Mostofsky, A., Prahme, C. A., & et al. (2008). Prediction of ADHD in boys and girls using the D-KEF. *Archives of Clinical neuropsychology*, 23, 93-283.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescent externalizing psychopathology. *Journal of Adolescent*, 28, 619-631.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 years old children. *European Child Adolscent Psychiatry*, 16, 1-9.
- Gratz, K. L., Gunderson, J. G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25° 35.
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford press.
- Gupta, R., & Kar, B. R. (2009). Development of attentional processes in ADHD and normal children. *trends in neurosciences*, 176, 76-259.
- Jensen, S. A., & Rosen, L. A. (2004). Emotional reactivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of attention disorder*, 8, 53° 61.
- Li, J. J., & Lee, S. S. (2012). Association of positive and Negative Parenting Behavior with childhood ADHD: Interaction with Offspring Monoamine Oxidase A (MAO-A) Genotype. *Journal of Abnormal child Psychology*, 40, 165-175.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H. L., et al. (2010). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108, 2693° 2698.
- Neef, N. A., Bicard, D. F., & Endo, S. (2001). Assessment of impulsivity and the development of self-control in students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal Applied Behavior Analysis*, 34, 397° 408.
- Nisbett, R. E., Aronson, J., Blair, C., Dickens, W., Flynn, J., Halpern, D. F., et al. (2012). Intelligence: New findings and theoretical developments. *American Psychologist*. Advance online publication.
- Parker, D. R., Hoffman, S. F., Sawilowsky, Sh., Rolands, L. (2013). Self-Control in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects of Added Stimulation and Time. *Journal of attention disorder*, 12, 156-167.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and shaddock's of psychiatry: behavioral science/clinical psychiatry*. 10th ed. North American: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Schweitzer, J. B., & Sulzer-Azaroff, B. (2006). Self-Control in Boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects of Added Stimulation and Time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 671° 686.

- Spencer, T., Faraone, S. V., Surman, C., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., Wozniak, J., & Biederman, J. (2011). Towards defining deficient emotional self-regulation in youth with attention deficit hyperactivity disorder using the child behavior check list: A controlled study. *Postgraduate Medicine*, 123, 50° 59.
- Supplee, H., Skuban, H., Shaw, S., & Prout, J. (2009). Emotion regulation strategies and later externalizing behavior among European American and African American children. *Developmental Psychology*, 21, 393- 415.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271° 324.
- Woodard, R. (2006). The diagnosis and medical treatment of ADHD in children and adolescents in primary care: Apract guide. *Pediatric Nursing*, 4, 70-363.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). "Emotion regulation in children and adolescents". *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 155° 168.

