

تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی Emotional regulation and resilience in children with attention-deficit / hyperactivity disorder

Mahdieh Shafiee-Tabar, PhD[✉]

Soghra Akbari-Chermahini, PhD

مهديه شفیعی تبار^۱

صغری اکبری چرمهینی^۱

Abstract

This study aimed to compare emotional regulation and resilience in children with and without attention-deficit / hyperactivity disorder. The design of the present study was a descriptive and causal-comparative design. The statistical population was 6 to 12 years old children with and without attention-deficit / hyperactivity disorder in Arak. Sixty-one children were selected as the research sample by available and purposeful sampling method (31 children with attention-deficit/hyperactivity disorder and 30 normal children). Participants answered the Shields and Cicchetti Emotional Regulation Checklist, Social-Emotional Assets and Resilience Scales, and Parent rating form. Multivariate analysis of variance was used to analyze the data. The present study showed that children with attention-deficit / hyperactivity disorder had significantly lower scores than the comparing group in emotional regulation and resilience ($P < 0.05$). Findings of this study reveal the importance of paying attention to teaching emotional regulation and resilience skills in children with attention deficit / hyperactivity disorder.

Keywords: Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Emotional regulation, Resilience.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی و کودکان عادی انجام گرفت. طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری کودکان ۶ تا ۱۲ ساله با و بدون اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی شهر اراک بود. ۶۱ کودک به عنوان نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت هدف‌مند انتخاب شدند (۳۱ کودک با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی و ۳۰ کودک عادی). شرکت کنندگان به فهرست تنظیم هیجانی شیلدز و سیچتی و فرم کوتاه مقیاس توانمندی اجتماعی - هیجانی و تاب‌آوری کودکان - نسخه والدین پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی در مقایسه با کودکان بدون اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی در تنظیم هیجانی و تاب‌آوری به طور معناداری نمرات پایین‌تری دارند ($P < 0/05$). یافته‌های این پژوهش اهمیت توجه به آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و تاب‌آوری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی را آشکار می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، تنظیم هیجانی، اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی

● مقدمه

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) یکی از شایع‌ترین اختلال‌های تحولی عصبی در دوره کودکی و نوجوانی است. نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانشناختی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) این اختلال را الگوی مداوم بیش‌فعالی، تکانشگری و بی‌توجهی معرفی می‌کند که بالاتر از سطح رشد فرد است. علائم باید حداقل ۶ ماه در دو یا چند موقعیت و قبل از ۱۲ سالگی ظاهر شده باشند و در عملکرد طبیعی فرد خلل ایجاد کند. این اختلال یک سندرم شدید است که منجر به نقص در کنترل اجرایی رفتار و در نتیجه عملکرد اجرایی می‌شود و مستقیماً بر رشد تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد (سانچز و همکاران، ۲۰۱۹). مبتلایان غالباً رفتارهای نامطلوب از خود نشان می‌دهند، پیشرفت تحصیلی ضعیفی دارند، برای حفظ روابط دوستانه می‌جنگند، بیشتر در معرض خطر تصادف یا جراحی هستند و به ویژه در مورد مدیریت علائم و رفتارها به پشتیبانی مضاعف والدین و معلمان نیاز دارند (های و کلایمی، ۲۰۲۱).

تنظیم هیجان (emotion regulation) به مجموعه فرآیندهای خودکار و کنترل شده‌ای اشاره دارد که شامل شروع، حفظ، نگهداشت و تغییر هیجانات است که این امر در وقوع، شدت و طول مدت حالات احساسی و عاطفی مؤثر است (سرشار و زینالی، ۱۴۰۰) و به طور کلی باعث سلامت روانی و عملکرد سازگارانه می‌شود (نوذری، فرهادی، یارمحمدی و اصل، ۱۴۰۰). این فرایندها شروع کننده پاسخهای رفتاری و فیزیولوژیکیاند که می‌تواند موازی با اهداف تعدیل شود و بر زمان و چگونگی تجربه و بیان هیجانات تأثیر گذار باشد. بدتنظیمی هیجانی زمانی ایجاد می‌شود که این فرآیندهای سازگارانه مختل می‌شوند و منجر به رفتاری می‌گردند که با منافع فرد در تضاد است. این فرآیندها شامل (۱) تجارب و جلوه‌های هیجانی که با هنجارهای اجتماعی و موقعیت تناسب ندارند. (۲) تغییر سریع و کنترل نشده هیجانی (بی‌ثبات)؛ و (۳) تخصیص غیرعادی توجه به محرک‌های هیجانی (شاو و همکاران، ۲۰۱۴).

در مفهوم سازی‌های اولیه مربوط به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، در میان علائم اصلی، بی‌نظمی هیجانی بیش از بی‌توجهی مطرح بود (شاو و همکاران، ۲۰۱۴) و امروزه نیز جدا از علائم اصلی این اختلال، تنظیم هیجانی سهمی مستقل در اختلال‌های عملکردی این بیماران ایفا می‌کند (بنفورد و همکاران، ۲۰۱۸).

مطالعات متعدد نشان داده است که افراد دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مشکلاتی در تنظیم هیجانی دارند (باناسچوسکی و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرازیونا و همکاران، ۲۰۱۳؛ پتروویچ و کاستلانوس، ۲۰۱۶؛ پردسکو و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع علائم بی‌نظمی هیجان به عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در نظر گرفته می‌شود (بهشتی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ون استرالن، ۲۰۱۶؛ شاو و همکاران، ۲۰۱۴) که در تمام طول عمر فرد شایع است و سهم عمده‌ای در مشکلات بیماران مبتلا به این اختلال دارد (شاو و همکاران، ۲۰۱۴). چنانچه فراتحلیل گراتسیانو و گارسیا (۲۰۱۶) نیز نشان می‌دهد که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به طور منحصر به فردی با واکنشگری هیجانی بالا و بی‌نظمی هیجان همراه است.

یکی از متغیرهایی که ارتباط نزدیکی با تنظیم هیجانی دارد و به نظر می‌رسد می‌تواند به بسیاری از کودکان، صرف نظر از داشتن بیش‌فعالی، در موفقیت تحصیلی، اجتماعی و شناخت خود کمک کند، تاب‌آوری (resilience) است. تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی، روانی و معنوی در شرایط مخاطره‌آمیز است (عطایی، صالح صدق پور، اسدزاده هراتی و سعادت‌ی شامیر، ۱۴۰۰) و اساساً به فرآیند مذاکره، مدیریت و انطباق با منابع استرس و آسیب اشاره دارد (شی و همکاران، ۲۰۱۸) که از طریق آن فرد تحول می‌یابد، توان مقابله پیدا می‌کند و کنار آمدن با حوادث و خطرات موجود در زمینه خصوصیات شخصی، خانوادگی، اجتماعی و تاریخ فرهنگی را فرا می‌گیرد. افراد تاب‌آور سازگاری خود را به گونه‌ای سلامت مدار حفظ می‌کنند و برای جلوگیری از سقوط روانی هنگام مواجهه با مشکلات خود را مدیریت می‌کنند (رگالا و همکاران، ۲۰۱۹). تاب‌آوری به طور کلی توانایی به خودآیی، پس از تجربه ناملایمات است و همچنین برخورداری از خصوصیات محافظتی که منجر به سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با رویدادهای زندگی می‌شود؛ و به معنای داشتن قدرت درونی و توانایی تطبیق مناسب با تغییرات و مشکلات است (والش و کین، ۲۰۱۵).

تاب‌آوری در کودکان با پیامدهای مثبت جسمانی و روانشناختی، پیشرفت تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی همراه است (کروز، ۲۰۱۸) و در سطوح مختلف تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله نیمرخ نقاط قوت و ضعف خود تا عوامل

مرتبط با خانواده، محله، مدرسه و جامعه قرار دارد (ماستن، ۲۰۰۹). در اکثر کودکان، عقب کشیدن و پا پس کشیدن در برابر مشکلات در پایین ترین سطح قرار دارد و به طور کلی مقابله با ناامیدی‌ها و ناکامی‌های روزمره به طور معمول اتفاق می‌افتد (والش و کین، ۲۰۱۵).

از آنجایی که تاب‌آوری به عنوان فرآیند پویای سازگاری مثبت با ناملایمات، در برگیرنده دو سازه قرار گرفتن در معرض خطر و سازگاری خوب است (رگالا و همکاران، ۲۰۱۹)، می‌توان انتظار داشت کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به دلیل مواجهه بیشتر با شرایط استرس‌زا و سازگاری ضعیف از تاب‌آوری پایینی برخوردار باشند. پژوهش‌های متعدد نیز نشان داده‌اند که افرادی که دارای سطح بالایی از علائم نارسایی توجه/فزون‌کنشی هستند (به عنوان مثال، مشکلات در حفظ توجه، مشکلات در سازماندهی، مشکلات فراموشی) نسبت به افراد بدون علائم نارسایی توجه/فزون‌کنشی تاب‌آوری کمتری دارند (آرودا و همکاران، ۲۰۱۵؛ لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین رگالا و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با گروه کنترل تاب‌آوری پایین‌تر دارند که با افسردگی، اضطراب، سطح هوش، سن، یا وضعیت اقتصادی اجتماعی قابل توضیح نیست. دورسکی و لانبرگ (۲۰۱۶) نیز در مطالعه عوامل ارتقا دهنده تاب‌آوری در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تایید کردند که این گروه تاب‌آوری پایین‌تری نسبت به گروه کنترل دارند. پژوهش دیگری با هدف شناخت بهتر اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاری نشان داد دانش‌آموزان با تشخیص این اختلال، نارسایی شناختی، اختلال در عملکرد اجرایی، پریشانی روانشناختی و تاب‌آوری پایینی دارند (گری و همکاران، ۲۰۱۶). رگالا و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه دیگری با مقایسه نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با خواهران و برادران غیر آسیب دیده شان و بررسی رابطه تاب‌آوری، افسردگی، اضطراب، ضریب هوشی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی نشان دادند که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در نوجوانان، با تاب‌آوری پایین همراه است.

با توجه به آنچه ذکر شد، جهت گسترش دانش بنیادی در زمینه متغیرهای مورد مطالعه در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و نیز از آنجایی که در ایران مطالعه روی این موضوع صورت نگرفته است، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توجه انجام شده است.

• روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نظر روش گردآوری داده‌ها، علی-مقایسه‌ای و از نظر هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی است. جامعه پژوهش را کودکان ۶ تا ۱۲ ساله با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شهر اراک در سال ۹۹ تشکیل دادند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو گروه کودکان از جامعه مذکور بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت هدفمند انتخاب شدند. گروه دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (۳۱ کودک) با مراجعه به کلینیک‌های روانشناسی شهر اراک انتخاب شدند. این گروه بر اساس تشخیص روانپزشک دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بودند؛ و گروه بدون این اختلال (۳۰ نفر) نیز شامل کودکانی بودند که از لحاظ سن و تحصیلات با گروه مبتلا هم‌تا شدند. میانگین سنی دو گروه ۸ سال با انحراف معیار ۲/۰۰ بود. هر دو گروه در دامنه کلاسی پیش دبستانی تا پایه پنجم بودند.

از آنجایی که پرسشنامه‌های مورد نظر توسط والدین تکمیل شدند، ملاک ورود به پژوهش دارا بودن کودک ۶ تا ۱۲ ساله، تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در کودکان گروه مبتلا توسط روانپزشک و برای هر دو گروه عدم ابتلا به بیماری جسمی و دیگر اختلال‌های روانشناختی بود، و ملاک خروج نیز عدم رضایت آنها برای همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

• ابزارها

الف. فهرست تنظیم هیجانی (Emotion Regulation Checklist): فهرست تنظیم هیجانی توسط شیلدز و سیچتی در سال ۱۹۹۵ برای سنجش تنظیم هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شده است و شامل ۲۴ ماده است که با مقیاس لیکرت (۱ = هرگز؛ ۲ = گاهی؛ ۳ = اغلب؛ ۴ = تقریباً همیشه) درجه‌بندی می‌گردد. این فهرست می‌تواند توسط بزرگسالانی که به‌خوبی با کودک آشنا هستند، مانند

پدر، مادر، مراقب، یا معلم پاسخ داده شود و شامل دو خرده مقیاس تنظیم هیجانی و بی‌ثباتی / منفی‌گرایی (lability/negativity) است: خرده مقیاس ۸ ماده‌ای تنظیم هیجانی به ارزیابی تنظیم سازش یافته از جمله بروز هیجانی مناسب از نظر اجتماعی، همدلی، متانت و درک هیجانی می‌پردازد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده ظرفیت برتر در تعدیل برانگیختگی هیجانی است به گونه‌ای که فرد را در سطح بهینه از تعامل با محیط نگه می‌دارد. خرده مقیاس ۱۶ ماده‌ای منفی‌گرایی به ارزیابی برانگیختگی، واکنش‌پذیری، شدت هیجان، بیان هیجان‌های منفی و ناتوانی خلقی می‌پردازد (شیلدز و سیتیچی، ۱۹۹۸). شیلدز و سیتیچی ضرایب آلفا برای همسانی درونی کل چک لیست و زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی و بی‌ثباتی / منفی‌گرایی را به ترتیب، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۹۶ گزارش کردند. این چک لیست با دو خرده مقیاس پرخاشگری و نقص توجه از فهرست رفتار کودک- فرم معلم (Checklist-Teacher's Report Form) همبستگی معنادار به ترتیب ۰/۵- و ۰/۴۸- داشته است که حاکی از روایی و اگرایی قابل قبول این ابزار است. همچنین با توانایی کلامی آزمون تجدید نظر شده واژه‌های مصور پی‌بادی (Peabody Picture Vocabulary Test-Revised) همبستگی مثبت و معناداری برابر ۰/۱۶ داشته است که نشان‌دهنده روایی همگرای مناسب آزمون است (شیلدز و سیتیچی، ۱۹۹۸). آلفای کرونیباخ نسخه ایرانی این فهرست در جمعیت غیربالینی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله برای زیرمقیاس‌های تنظیم هیجانی و بی‌ثباتی / منفی‌گرایی به ترتیب، ۰/۶۹، ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین همبستگی مثبت و معنادار خرده مقیاس تنظیم هیجانی مقیاس با نظام مهارت‌های اجتماعی (Social Skills Rating System (SSRS) (۰/۳۲) و همبستگی منفی خرده مقیاس بی‌ثباتی / منفی‌گرایی (۰/۳۵-) با فهرست نامبرده به ترتیب موید روایی و اگرایی و همگرای فهرست تنظیم هیجانی در جامعه ایرانی است (شفیعی تبار و همکاران، ۱۳۹۹). در این پژوهش نیز اعتبار آزمون با محاسبه آلفای کرونیباخ برای نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های تنظیم هیجانی و بی‌ثباتی / منفی‌گرایی به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۷ و ۰/۷۸ به دست آمد.

ب. فرم کوتاه مقیاس توانمندی اجتماعی- هیجانی و تاب‌آوری کودکان- نسخه والدین (Social-Emotional Assets

and Resilience Scales, Parent rating form): این مقیاس یک ابزار مبتنی بر نقاط قوت است که برای اندازه‌گیری توانمندی اجتماعی- هیجانی و تاب‌آوری کودکان استفاده می‌شود و دارای نسخه والدین، معلمان و کودکان است؛ و هر سه نسخه فرم بلند و کوتاه دارند. نسخه بلند SEARS شامل ۵۴ ماده است که با استفاده از مقیاس رتبه بندی ۴ نمره‌ای رتبه‌بندی می‌شوند (یعنی ۰ = هرگز تا ۳ = همیشه)، با نمرات بالاتر که نشان‌دهنده سطح بالاتری از توانمندی اجتماعی- هیجانی است. فرم کوتاه SEARS شامل ۱۲ ماده است که همانند فرم بلند آن نمره گذاری می‌شود. این موارد شامل ویژگی‌های مربوط به مهارت‌های دوستی، همدلی، حل مسئله، خود مدیریت و توانمندی هیجانی است. نمونه موارد از SEARS-P شامل: "می‌تواند برای خودش هدف معین کند" و "با همسن و سالانش به راحتی حرف می‌زند". نمرات کل این مقیاس از صفر تا ۳۶ بود. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این مقیاس برای نسخه والدین ۰/۹۷ گزارش شده که ضریب بالا و قابل قبولی است. برای ارزیابی روایی همگرای آن یک گروه از والدین کودکان پیش دبستانی تا پایان دبستان به خرده مقیاس شایستگی اجتماعی مقیاس رفتار اجتماعی خانه و جامعه (Community Social Behavior Scales) (مرل و کلدرلا، ۲۰۰۲) و SEARS-P پاسخ دادند. همبستگی بین این دو مقیاس برابر با ۰/۶۹ و از نظر آماری معنادار گزارش شد. اعتبار این مقیاس هم با بررسی همبستگی ارزیابی ۱۹۴ پدر و مادر از کودکان مورد بررسی قرار گرفت و ضریب ۰/۶۷ گزارش شد که از نظر آماری هم معنادار بود (نیس و همکاران، ۲۰۱۲). بررسی مقدماتی روایی و اعتبار نسخه فارسی این ابزار جهت استفاده در پژوهش حاضر بررسی شد. سه نفر از متخصصان روانشناسی روایی محتوا و صوری ابزار را بررسی و تایید کردند. به منظور بررسی اعتبار نیز، فرم کوتاه بر روی یک گروه متشکل از ۱۱۰ نفر والدین کودکان سنین پیش دبستانی تا پایان دبستان اجرا شد که ضریب آلفای کرونیباخ برابر با ۰/۸۶ حاکی از ثبات درونی نسخه فارسی آن است. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

(یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش گزارش شده‌اند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نتایج نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در دو گروه کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی (ADHD) و

عادی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره Z-K-S	P
تنظیم هیجانی	ADHD	۳۱	۳۶/۸	۴/۳	۰/۱۳	۰/۱۸
خرده مقیاس منفی گرایبی/ بی ثباتی	عادی	۳۰	۳۳/۵۶	۴/۳	۰/۱۲	۰/۲۰
خرده مقیاس تنظیم هیجانی	ADHD	۳۱	۲۰/۲۹	۲/۹	۰/۱۴	۰/۱۰
	عادی	۳۰	۲۱/۷	۲/۱	۰/۱۴	۰/۱۴
تاب آوری	ADHD	۳۱	۳۵/۶۷	۸/۶	۰/۰۹	۰/۲۲
	عادی	۳۰	۴۲/۲۶	۶/۷	۰/۱۳	۰/۲۰

با توجه به جدول ۱، آماره Z آزمون کالموگراف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. برای مقایسه تنظیم هیجانی کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی از تحلیل واریانس چند متغیری یک راه استفاده شد. قبل از ارائه نتایج این آزمون، پیش فرض‌های آن بررسی شد. برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F آزمون لوین برای متغیرهای مورد بررسی معنادار نیست ($p > 0.05$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است. برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که $F = 1.51$ معنادار نیست ($p > 0.05$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس متغیر وابسته در دو گروه برابر است. مفروضه دیگر، عدم وجود داده‌های پرت چند متغیره در بین گروه‌های مستقل در تمامی متغیرهای وابسته است. داده‌های پرت چندمتغیره، دارای مجموعه‌ای از مقادیر غیرمعمول در متغیرهای وابسته ما بین هر گروه از متغیرهای مستقل هستند. جهت بررسی این مفروضه از شاخص فاصله ماهالانوبیس (Mahala Nobis) استفاده شد که نتایج نشان داد که داده‌های پرت وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد که مقدار F به دست آمده برای لامبدای ویلکز از لحاظ آماری معنادار است (جدول ۲)؛ بنابراین حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تنظیم هیجانی و تاب‌آوری گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در گروه‌های پژوهش

آزمون	آماره	F	df ₁	df ₂	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۱۹	۶/۵۹	۳	۵۸	۰/۰۰۳	۰/۱۹
لامبدای ویلکز	۰/۸۱	۶/۵۹	۳	۵۸	۰/۰۰۳	۰/۱۹
اثر هالتینگ	۰/۲۳	۶/۵۹	۳	۵۸	۰/۰۰۳	۰/۱۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۳	۶/۵۹	۳	۵۸	۰/۰۰۳	۰/۱۹

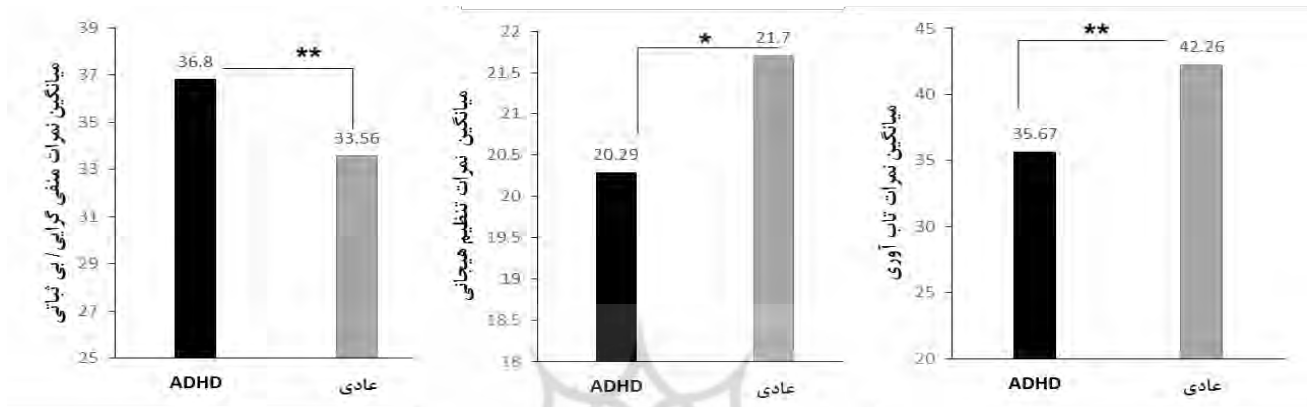
با توجه به جدول ۲، آماره F تحلیل واریانس چند متغیری بررسی تفاوت گروه‌ها در تنظیم هیجانی و تاب‌آوری معنادار است، در ادامه نتایج تحلیل واریانس یک راه جهت بررسی این که گروه‌ها در کدام خرده مقیاس تنظیم هیجانی و همچنین تاب‌آوری تفاوت دارند در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راه تفاوت گروه‌ها در خرده مقیاس‌های تنظیم هیجانی و تاب‌آوری

متغیر وابسته	S.S	M.S	df	F	p	اندازه اثر	توان آماری
تنظیم هیجانی	۳۱/۷۵	۳۱/۷۵	۱	۴/۹	۰/۰۳۱	۰/۰۸	۰/۵۹
بی‌ثباتی/ منفی‌گرایی	۱۶۰	۱۶۰/۰۲	۱	۸/۶۸	۰/۰۰۵	۰/۱۳	۰/۸۳
تاب‌آوری	۷۰۹/۶۷	۷۰۹/۶۶	۱	۱۱/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۹۲

با توجه به جدول ۳ تفاوت در تنظیم هیجانی ($F=4/9$) و بی ثباتی هیجانی ($F=8/68$) در سطح $p<0.05$ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌های پژوهش در این خرده مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای تنظیم هیجانی و بی ثباتی هیجانی به ترتیب برابر با $0/08$ و $0/13$ است. همچنین تفاوت دو گروه در متغیر تاب‌آوری ($F=11/78$) هم معنادار بود و اندازه اثر برای این متغیر برابر با $0/17$ است.

نتایج تجزیه و تحلیل آماری بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد بررسی و همچنین داده‌های توصیفی (جدول ۱ و نمودار ۱) حاکی از پایین‌تر بودن نمرات گروه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در متغیرهای تنظیم هیجانی و تاب‌آوری و بالاتر بودن در بی ثباتی هیجانی نسبت به گروه عادی بود.



نمودار ۱. میانگین نمرات خرده مقیاس‌های تنظیم هیجانی (منفی‌گرایی/بی ثباتی و تنظیم هیجانی) و تاب‌آوری در دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

• بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با کودکان عادی به طور معناداری از تنظیم هیجانی پایین‌تری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پردسکو و همکاران (۲۰۲۰)، باناسچوسکی و همکاران (۲۰۱۲)، گرازیونا و همکاران (۲۰۱۳)، پتروویچ و کاستلانوس (۲۰۱۶) و گراتسیانو و گارسیا (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان به چندین فرآیند روانشناختی و عصب‌شناختی اشاره کرد که زمینه‌ساز همپوشانی بین اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بی‌نظمی هیجانی است. بر اساس الگوی مفهومی گراس (۱۹۹۸)، تنظیم هیجانی در اوایل زندگی تا حد زیادی با راهبرد انتخاب وضعیت بیرونی مدیریت می‌شود (مثلاً والدین برنامه‌های روزمره کودک خود را تنظیم می‌کنند)، اما همانطور که کودک بزرگتر می‌شود، راهبردهای دیگری از جمله تعدیل وضعیت، استقرار توجه، تغییر شناختی و تنظیم پاسخ توسعه می‌یابد. در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی این راهبردها در زمانهای مناسب یاد گرفته نمی‌شود و ممکن است اشکال در توجه و کنترل ضعیف تکانه ضعیف منجر به اشکال در پردازش شناختی و در نتیجه بی‌نظمی هیجانی شود.

یکی از الگوهای عصب‌شناختی که از فرآیندهای تنظیم هیجانی حمایت می‌کند، فرآیندهای صعودی و نزولی است (فیلیپس، لدوکر و دروتس، ۲۰۰۸). در مکانیزم‌های روانشناختی صعودی، دو فرآیند اساسی بر تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارد: یکی جهت‌گیری چشمگیر به سمت محرک‌های هیجانی و دیگری ارزیابی سیگنال‌های پاداش. برای تنظیم هیجان، نظام‌های توجه خلفی باید هم محرک و هم سیگنالی که نیاز به کنترل دارد را تشخیص دهد (هابر و کونستون، ۲۰۱۰)، که البته شواهد نشان می‌دهد در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در جهت‌گیری اولیه به محرک‌های هیجانی ناهنجاری وجود دارد. نتایج مطالعات (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸) نشان می‌دهد این جهت‌گیری در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی هنگام مشاهده محرک مثبت کاهش می‌یابد، اما در برابر محرک منفی

اینگونه نیست؛ به نظر می‌رسد که این امر باعث درک بیش از حد از محرک‌های منفی می‌شود؛ که شواهد دیگری از غیر طبیعی بودن پردازش اولیه محرک‌های عاطفی در مبتلایان به این اختلال است (کنزلمان و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین ترجیح پاداش‌های کوچک فوری بر پاداش‌های بزرگتر با تاخیر، حتی وقتی چنین انتخابی اهداف و خواسته‌های فرد را با شکست مواجه می‌کند، به عنوان یک مشخصه تکانشگری شناخته می‌شود که انعکاس انزجار از پاداش با تأخیر است، که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به طور متوسط با این ترجیح همراه است. به همان اندازه، ترجیح پاداش‌های کوچک فوری نیز می‌تواند نشان دهنده شکست مکانیسم‌های تنظیمی نزولی، مانند توانایی نگه داشتن طولانی مدت اهداف در ذهن یا اعمال کنترل شناختی برای سرکوب ارزش تحریکی مشوق‌های فوری باشد (هابر و کنوستن، ۲۰۱۰)؛ بنابراین ناهنجاری در ارزیابی پاداش، هرچند غیرمستقیم، شواهدی برای بد تنظیمی هیجانی در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است.

نکته دیگر اینکه، در کودکان عادی، عملکرد نظام عصبی خودمختار ظرفیت محرک‌های هیجانی و تقاضاهای تکلیف را ردیابی می‌کند، به طوریکه فعالیت تنظیمی نزولی هنگام مواجه با محرک‌های منفی بیشتر از مثبت است (موسر و همکاران، ۲۰۱۳)؛ اما در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، بر اساس شاخص‌های فیزیولوژیکی تنظیم، این توانایی برای انطباق تنظیم نزولی در پاسخ به محرک‌های هیجانی مختلف تا حدی از بین رفته است.

به طور خلاصه، بی‌نظمی هیجان در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌تواند از نقایصی در سطوح مختلف ناشی شود. در ابتدایی‌ترین سطح، در جهت‌گیری به محرک‌های هیجانی و ارزیابی پاداش ناهنجاری وجود دارد. این موضوع با شکست در فرآیندهای روانشناختی نزولی، مانند تخصیص توجه به محرک‌های عاطفی همراه است. در عین حال، نقص در فرآیندهای شناختی، از جمله حافظه فعال و بازداری پاسخ، می‌تواند به اختلال در تنظیم هیجانی کمک کند.

علاوه بر این شواهد نشان می‌دهد در این اختلال مناطق میانجی پاسخ‌های صعودی نسبت به محرک هیجانی در مغز و مناطق کنترل کننده تخصیص منابع توجه به زمینه‌های برانگیزنده هیجان که محرک‌های عاطفی را پردازش می‌کند و در تنظیم احساسات نقش دارد، اختلال عملکردی دارند.

به طور خلاصه، بی‌نظمی هیجان در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نشان از اختلال عملکرد در نواحی از مغز مثل قشر پیش پیشانی است که می‌تواند در فرآیندهای شناختی نقش داشته باشد. نقص عملکردی مناطق دخیل در شناخت و احساسات (قشر پیش پیشانی) که زیربنای تخصیص غیر طبیعی توجه به محرک‌های عاطفی است می‌تواند به عنوان مهمترین عامل بی‌نظمی هیجان در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در نظر گرفته می‌شود.

البته از عوامل محیطی احتمالی که می‌تواند در بی‌نظمی هیجان در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نقش داشته باشد نیز نباید غافل شد، چنانچه پژوهش‌ها نشان می‌دهد سطح بالای انتقاد و خصومت والدینی و شکست تنظیم هیجانی والدین هر دو با مشکلات سلوکی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و ایجاد مشکلات رفتاری در کودکان پیش دبستانی همراه است (شاو و همکاران، ۲۰۱۴).

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با کودکان عادی به طور معناداری از تاب‌آوری پایین‌تری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های آرودا و همکاران (۲۰۱۵)، لاتیمر و همکاران (۲۰۰۳)، رگالا و همکاران (۲۰۱۵)، دورسکی و لانبرگ (۲۰۱۶)، گری و همکاران (۲۰۱۶) و رگالا و همکاران (۲۰۱۹) همسو است.

همانطور که پیش از این گفته شد تاب‌آوری در برگیرنده دو سازه قرار گرفتن در معرض خطر و سازگاری خوب است. در رابطه با مولفه نخست یعنی مواجهه با نامایمات، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه به راحتی می‌تواند به عنوان یک شاخص خطر در نظر گرفته شود، چرا که این اختلال افراد را در معرض خطر پیامدهای منفی آموزشی (پیشرفت تحصیلی پایین)، هیجانی (اضطراب و افسردگی) و بین فردی (روابط ضعیف کودک با والدین و همسالان) قرار می‌دهد.

در رابطه با مولفه دوم تاب‌آوری یعنی سازگاری مناسب (خوب یا مطلوب) در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی این نکته شایان ذکر است که تنظیم هیجانی به عنوان یک جز مهم سازگاری موفقیت آمیز، همانطور که یافته پژوهش حاضر نیز تایید می‌کند، در این کودکان با اختلال عملکردی همراه است (ماستن و کاتسورث، ۱۹۹۸). کودکانی که در مدیریت هیجانی مهارت ندارند

در کنار آمدن با عوامل استرس زا ضعیف تر عمل می کنند و در نتیجه باعث تداوم اثرات منفی مرتبط می شوند. در چارچوب زمینه های خطر، چنین کودکانی از عملکرد ضعیف تری در روابط مدرسه و اجتماعی برخوردارند زیرا قادر به تعدیل ابراز عاطفی نیستند (کالکینز و فاکس، ۲۰۰۲).

استفاده از الگوی فرآیندی تنظیم هیجانی گراس (۱۹۹۸) می تواند به شناسایی تکنیک های مفید برای ایجاد تاب آوری کمک کند. بر این اساس تنظیم هیجانی و تاب آوری با استفاده از دو راهبرد کنترل توجه و باز ارزیابی شناختی به هم متصلاند (سوفی، ۲۰۱۶) و توانایی تنظیم هیجان نقش یک تعدیل کننده ایفا می کند به طوریکه توانایی تنظیم هیجانی درونی بالا در مواجهه با سختی ها با تاب آوری بیشتر همراه است.

راهبرد کنترل توجه با مدیریت حضور در برابر محرکهای منفی که برای رفاه فرد مهم نیستند و باز ارزیابی شناختی با تغییر ارزیابی ها به شکلی سازگارانه، به طور موثر شدت احساسات منفی کاهش می یابد و زمانی که این هیجانها منفی به طور عملی و انطباقی تنظیم شوند تاب آوری محتمل تر خواهد بود. بنابراین هر دو نوع تنظیم شناختی هیجان (کنترل توجه انتخابی و باز ارزیابی شناختی) که به ویژه در تغییر ارزیابی ها در شرایط استرس زا موثر اند، بدون شک نقش مهمی هم در ظرفیت و هم در تظاهرات تاب آوری دارند.

مطابق یافته نخست پژوهش مبنی بر عدم توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و از سوی دیگر مزایای استفاده از این راهبردها برای کاهش احساسات منفی، افزایش احساس مثبت و در نتیجه ارتقا تاب آوری، سطح پایین تاب آوری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی نسبت به کودکان عادی قابل تبیین است.

• نتیجه گیری

در پایان بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می توان اینگونه نتیجه گیری کرد که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی با مشکلاتی در تنظیم هیجان و تاب آوری روبه رو هستند. از این رو به نظر می رسد اطلاعات حاصل از این یافته ها نه تنها می تواند متخصصان را در زمینه تشخیص و فهم بهتر این اختلال یاری دهد بلکه می تواند زمینه را جهت انتخاب و طراحی برنامه های آموزشی و توانبخشی مناسب بر اساس نقاط ضعف و قوت آنها آماده سازد. از این رو به معلمان، متخصصان و سایر گروههای فعال در زمینه ارزیابی، آموزش و توانبخشی این گروه از کودکان پیشنهاد می شود در کنار آموزش های جاری برای این کودکان به طراحی و اجرایی برنامه های توانبخشی متمرکز بر بهبود مهارت های تنظیم هیجانی و تاب آوری بپردازند.

همچنین اشاره به محدودیتهای موجود در پژوهش حاضر از جمله حجم پایین نمونه، استفاده از نمونه گیری دردسترس و عدم در نظر گرفتن انواع اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی می تواند زمینه را جهت اجرای پژوهش هایی با دقت بیشتر در این زمینه فراهم کند. از این رو به پژوهشگران علاقه مند به پژوهش در این حوزه پیشنهاد می شود در کنار استفاده از گروه نمونه با حجم بالاتر و انتخاب تصادفی نمونه ها، به مقایسه تنظیم هیجانی و تاب آوری در انواع این اختلال شامل غالباً بی توجه، غالباً بیش فعال - تکانشگر و نوع مرکب آن بپردازند.

• منابع

- سرشار، مهدیه، زینالی، شیرین (۱۴۰۰). سبک دلبستگی، غذاخوردن ذهن آگاهی و باورهای مادر با غذا خوردن هیجانی کودک: نقش واسطه ای تنظیم هیجان کودک، *مجله روانشناسی*، ۲۵ (۲)، ۲۸۹-۲۷۳.
- شفیعی تبار، مهدیه، اکبری چرمهینی، صغری و مولایی یساولی، مهدی (۱۳۹۹). ساختار عاملی و ویژگیهای روانسنجی چکلیست تنظیم هیجانی - نسخه والدین. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷ (۳)، ۸۰-۹۵.
- عطایی، مریم، صالح صدق پور، بهرام، سعادت شامیر، ابوطالب (۱۴۰۰). رابطه خودتنظیمی با تاب آوری تحصیلی با میانجی گری انگیزش خودمختار. *مجله روانشناسی*، ۲۵ (۲)، ۱۷۰-۱۸۹.
- نوذری، علی، فرهادی، مهران، یارمحمدی اصل، مسیب (۱۴۰۰). تبیین ذهن آگاهی بر اساس تنظیم هیجان و فعالیت نظام های بازداری - فعالسازی رفتاری در دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۲۵ (۱)، ۵۰-۶۶.

Arruda, M. A., Querido, C. N., Bigal, M. E., & Polanczyk, G. V. (2015). ADHD and mental health status in Brazilian school-age children. *Journal of Attention Disorders*, 19(1), 11-17.

- Banaschewski, T., Jennen, C., Brandeis, D., Buitelaar, J., Kuntsi, J., Poustka, L., et al. (2012). Neuropsychological correlates of emotional lability in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1139–1148.
- Beheshti, A., Chavanon, M.L., Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 12,20(1):120.
- Bunford, N., Dawson, A.E., Evans, S.W., Ray, A.R., Langberg, J.M., Owens, J.S., et al. (2018). *The Difficulties in Emotion Regulation Scale–Parent Report: A Psychometric Investigation Examining Adolescents With and Without ADHD*. Assessment.
- Calkins, S.D., Fox, N.A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 14,477–498.
- Conzelmann, A., Woidich, E., Mucha, R.F., Weyers, P., Jacob, C.P., Lesch, K-P., Pauli, P. (2011). Methylphenidate normalizes emotional processing in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary findings. *Brain Research*, 1381,159–166.
- Cruz, B. (2018). "Adolescent Protective Factors Related to Resilience: Issues of Academic Self-Efficacy, Parental Involvement, and Special Education Status". *Electronic Theses and Dissertations*, 1520.
- Dvorsky, M. R., Langberg, J. M. (2016). A review of factors that promote resilience in youth with ADHD and ADHD symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(4), 368–391.
- Gray, S. A., Fettes, P., Woltering, S., Mawjee, K., & Tannock, R. (2016). Symptom manifestation and impairments in college students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 49(6), 616–630.
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R., and Reid, A. M. (2013). Differentiating co-occurring behavior problems in children with ADHD: patterns of emotional reactivity and executive functioning. *Journal of Attention Disorders*, 17, 249–260.
- Graziano, P.A., Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46:106–23.
- Haber, S.N., Knutson, B. (2010). The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology*, 35:4–26.
- Latimer, W. W., August, G. J., Newcomb, M. D., Realmuto, G. M., Hektner, J. M., & Mathy, R. M. (2003). Child and familial pathways to academic achievement and behavioral adjustment: A prospective six-year study of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7(2), 101–116.
- Masten, A.S., Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from successful children. *American Psychologist*, 53:205–220.
- Masten, A. S. (2009). Ordinary Magic: Lessons from Research on Resilience in Human Development. *Education Canada*, 49(3), 28-32.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 52:163–171.
- Petrovic, P., and Castellanos, F. X. (2016). Top-down dysregulation-from ADHD to emotional instability. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10:70.
- Phillips, M.L., Ladouceur, C.D., Drevets, W.C. (2008). A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 13,829, 833–857.
- Predescu, E., Sipos, R., Costescu, C.A., Ciocan, A., and Rus, D.I. (2020). Executive Functions and Emotion Regulation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Intellectual Disability. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 986.
- Regalla, M.A.R., Segenreich, D., Guilherme, P.R., Mattos, P. (2019). Resilience levels among adolescents with ADHD using quantitative measures in a family-design study. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 41(3), 262-267.
- Sánchez, M., Lavigne, R., Romero, J.F. and Elósegui, E. (2019). Emotion Regulation in Participants Diagnosed With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Before and After an Emotion Regulation Intervention. *Frontiers in Psychology*, 10,1092.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276–293.
- Shi, M., Liu, L., Sun, X., et al. (2018). Associations between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: the mediating effect of resilience. *BMC Medical Education*. 18,164.
- Shields, A., Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 27(4), 381-95.
- Sophie, A. K. (2016). Emotion Regulation and Resilience: Overlooked Connections. *Industrial and Organizational Psychology*, 9, 411-415.
- Van Stralen, J. (2016). Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(4),175-187.
- Walsh, O., & Kane, J. (2015). Supporting Resilience in the Early Years. *International Journal of Practice-Based Learning in Health and Social Care*, 3(2), 77-85.
- Williams, L.M., Hermens, D.F., Palmer, D., Kohn, M., Clarke, S., Keage, H., Clark, C.R., Gordon, E. (2008). Misinterpreting emotional expressions in attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence for a neural marker and stimulant effects. *Biological Psychiatry*, 63,917–926.