مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار

* **عبداله قاسم‌پور**: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، اداره بهزیستی، آمل، ایران. (* نویسنده مسئول). a_gh_1985@yahoo.com
ولی‌اله رمضانی: کارشناسی ارشد مشاوره، آموزش و پرورش، آمل، ایران. vr112@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری از عوامل تأثیرگذار در اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی هستند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری و ابعاد آن؛ حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی در نوجوانان پسر مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار بود.

روش کار: روش پژوهش از نوع پس رویدادی (علی- مقایسه‌ای) و جامعه آماری این پژوهش همه دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان شهرستان آمل بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر (۲۰ نفر مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و ۲۰ نفر بهنجار) بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان Achenbach (YSR)، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان Garnefski & Kraaij، تکانش گری Barrat و مصاحبه بالینی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، آزمون t برای دو گروه مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی ۰/۶۰ ± ۱۵/۰۵ و بهنجار ۱۵/۱۰±۰/۷۱ سال بود. نتایج نشان داد که میانگین نمرات راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان (بیش‌فعال: ۱۷/۶۵±۴/۹۵، عادی: ۱۴/۳۵±۴/۴۵)، نمره کلی تکانش گری (بیش‌فعال: ۶۹/۲۰±۱۱/۰۴، عادی: ۵۶/۸۰±۸/۱۰)، تکانش گری حرکتی (بیش‌فعال: ۲۲/۶۵±۴/۲۲، عادی: ۱۸/۱۵±۳/۹۷)، تکانش گری شناختی (بیش‌فعال: ۲۱/۱۵±۳/۴۳، عادی: ۱۸/۰۵±۲/۳۰) و بی‌برنامگی (بیش‌فعال:۲۵/۴۰±۶/۹۰، عادی: ۲۱/۰۵±۴/۸۵) در نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی به‌طور معناداری ($p<0/05$) بیشتر از نوجوانان عادی است، همچنین بین نمرات دو گروه در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان (بیش‌فعال: ۲۴/۴۰±۷/۴۲، عادی: ۲۴/۹۰±۴/۷۸) تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی در مقایسه با نوجوانان عادی بیشتر از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری استفاده می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: نارسایی توجه/بیش فعالی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تکانش گری

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی Attention deficit/hyperactivity (ADHD) disorder) یک اختلال تکامل عصبی شایع در دوران کودکی و نوجوانی است که از طریق یک الگوی پایدار نارسایی توجه، فزون کنشی و برانگیختگی مشخص می‌شود و اغلب تا بزرگ‌سالی ادامه می‌یابد. شیوع این اختلال در سنین مدرسه، بین ۳ تا ۵ درصد گزارش شده است و ابتلا پسران به این اختلال سه برابر دختران می‌باشد (۱). اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با مشکلات زیاد در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه تحصیلی، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی، تخلف، سوءمصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون‌شکنی زیاد همراه است. همچنین این اختلال احتمال خطر همراه شدن با سایر اختلالات رفتاری نظیر پرخاشگری در نوجوانی و یا لج بازی و نافرمانی را شامل می‌شود (۲). اکثر کارشناسان معتقدند که به‌جای یک علت واحد، عوامل گوناگونی افراد را در معرض خطر ابتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی قرار می‌دهند که به‌طور کلی این عوامل شامل مجموعه‌ای از خصوصیات و گرایشات ژنتیکی، زیست‌شناختی یا شخصیتی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

کودک، فرزند پروری ناکارآمد و شرایط محیطی است (۱). از جمله مؤلفه‌ها و متغیرهای مرتبط با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی می‌توان به راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی (Emotion cognitive regulation strategies) و تکانش گری (Impulsivity) اشاره کرد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از جمله مؤلفه‌های روان‌شناختی است که زمینه‌ساز تحقیقات گسترده از جمله در زمینه‌ی اختلالات دوران کودکی و نوجوانی شده است (۳). تنظیم شناختی هیجان به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به‌منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴). به باور Garnefski & Kraaij (۵) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کنش‌هایی هستند که نشانگر راهه‌ای کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار است. شواهد جدید در خصوص اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نشان می‌دهد که اشکال در تنظیم شناختی هیجان، ممکن است عامل مهمی در ایجاد و تداوم این اختلال باشد (۶). نتایج پژوهش Biederman و همکاران (۶) نشان‌دهنده این بود که کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی ناتوانی عمده‌ای در کارکردهای مربوط به خودتنظیمی هیجانی دارند، به‌طوری‌که در درک و مهار هیجانات و احساسات خود با مشکلات اساسی و عدیده‌ای روبرو هستند. Musser و همکاران (۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نسبت به همسالان عادی خود بیشتر از فرونشانی به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی منفی استفاده می‌کنند. Brotman و همکاران (۸) دریافتند که کودکان مبتلا به اختلالات دوقطبی و نارسایی توجه/بیش فعالی در تنظیم عواطف و پردازش هیجانات دچار مشکلات اساسی هستند. Spencer و همکاران (۹) بیان داشتند که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات برون‌ریزی شده و رفتار ایذایی همچون نارسایی توجه/بیش فعالی بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه استفاده می‌کنند.

تکانش گری یکی دیگر از مؤلفه‌های روان‌شناختی مورد بررسی در این پژوهش است. تکانش گری، گونه‌ای عمل بدون تأمل یا رفتاری است که عامل آن از پیامدهایش ارزیابی مناسبی ندارد (۱۰). به عبارت دیگر، تکانش گری نوعی گرایش به انجام واکنش بلافاصله و بدون برنامه‌ریزی نسبت به محرک‌های بیرونی و درونی است که به آثار و تبعات فردی و اجتماعی آن توجهی نمی‌شود (۱۱). محققان تکانش گری را به سه مؤلفه تقسیم کرده‌اند که عبارتند از؛ تکانش گری حرکتی (عمل کردن بدون نقشه قبلی همراه با سرسختی)، تکانش گری شناختی (توانایی تمرکز کردن بر کار نزدیک و ناپایداری شناختی) و تکانش گری عدم برنامه‌ریزی (ناتوانی در برنامه‌ریزی و تفکر کردن با دقت) (۱۲). تکانش گری در برخی از اختلالات همچون اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی به‌عنوان یک نشانه اساسی در نظر گرفته می‌شود (۱۳). Hartmann و همکاران (۱۴) دریافتند که میزان تکانش گری کودکان دارای نارسایی توجه/بیش فعالی بیشتر از کودکان بهنجار است؛ به‌طوری‌که کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی بدون در نظر گرفتن اثرات کارهای خود دست به اقدام می‌زنند و در کنترل پاسخ خود مشکل داشته و پاداش بلافاصله را به پیامد تأخیری ترجیح می‌دهند. Fischer و Barkley (۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در زندگی روزمره خود با تکانش گری هیجانی روبرو بوده و به همین دلیل در انجام تکالیف مدرسه و وظایف خانگی به نحو مطلوب دچار مشکلات اساسی هستند. Alderson و همکاران (۱۶) در فراتحلیلی دریافتند که میزان پرخاشگری، تکانش گری و مؤلفه‌های آن؛ تکانش گری حرکتی، شناختی و عدم برنامه‌ریزی در افراد مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بالاست. Winstanley و همکاران (۱۳) نشان دادند که میزان تکانش گری و اعمال بدون برنامه‌ریزی شده در افراد مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی بیشتر از افراد عادی است.

با توجه به نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری در کارکردها و روابط بین

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

فردی و اجتماعی، اهمیت این دو مؤلفه روان‌شناختی را در مستعد ساختن افراد به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی برجسته ساخته و لزوم پژوهش در این دو حوزه را برای پژوهشگران مشخص می‌کند، همچنین با توجه به اینکه طبق بررسی‌های انجام شده هیچ پژوهشی به مقایسه‌ی متغیرهای تکانش گری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار در جامعه ایرانی نپرداخته است، هدف از پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری و ابعاد آن؛ حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی در نوجوانان پسر مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار بود.

روش کار

با توجه به هدف پژوهش و ماهیت متغیرهایی که از قبل شکل گرفته‌اند و اینکه امکان دست‌کاری متغیرها وجود ندارد این پژوهش از نوع پس رویدادی (علّی- مقایسه‌ای؛ causal-comparative method) بوده است که در آن محققان سعی در بررسی، مقایسه و تبیین نتایج به‌دست‌آمده را دارند. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه دانش آموزان پسر دبیرستان‌های دولتی شهر آمل که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری در این پژوهش به شکل در دسترس صورت گرفته است. پژوهشگران از بین دانش آموزان پسر پایه اول و دوم دبیرستان‌های شهر آمل، به‌صورت در دسترس یک مدرسه را انتخاب کردند و ۲۰ نفر از نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی از طریق اجرای پرسشنامه اختلالات رفتاری Achenbach فرم نوجوانان (که نمره بالاتر از نقطه برش؛ T بالاتر از ۶۹ در مقیاس نارسایی توجه/بیش فعالی گرفته بودند) (۱۷) و مصاحبه بالینی برای اختلالات DSM-IV انتخاب شدند و ۲۰ نفر از نوجوانان که کمترین نمره (نمره T کمتر از ۶۴) (۱۷) را در این مقیاس کسب کرده بودند، به‌عنوان نوجوانان بهنجار به‌صورت تصادفی انتخاب کرده و از نظر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری، مورد بررسی قرار گرفتند. در حیطه علوم رفتاری حجم نمونه برای تعمیم‌پذیری نتایج اهمیت دارد و معمولاً در تحقیقات پس رویدادی (علّی- مقایسه‌ای) حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۱۸)، با در نظر گرفتن احتمال اُفت آزمودنی و همچنین وجود اعتبار بیرونی بالا، برای هر زیرگروه از نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار، ۲۰ نفر نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود برای نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی: علاوه بر سن (۱۶-۱۴ سال) و جنسیت پسر، عبارت بودند از تشخیص نارسایی توجه/بیش فعالی بر اساس ملاک‌های DSM-IV از طریق نمره پرسشنامه اختلالات رفتاری Achenbach فرم نوجوانان در مقیاس نارسایی توجه/بیش فعالی بالاتر از نقطه برش (T بالاتر از ۶۹) و مصاحبه بالینی برای اختلالات DSM-IV، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج برای این گروه از نوجوانان شامل: مصرف داروهای روان‌پزشکی، داشتن اختلالات روان‌پزشکی عمده همزمان، داشتن سابقه‌ی بستری در بیمارستان روانی، سابقه تشنج و بیماری جسمی عمده بود. معیارهای ورود برای نوجوانان بهنجار: علاوه بر سن (۱۶-۱۴ سال) و جنسیت پسر، عبارت بودند کسب نمره T کمتر از ۶۴ در پرسشنامه اختلالات رفتاری Achenbach فرم نوجوانان در مقیاس نارسایی توجه/بیش فعالی، تمایل به همکاری و رضایت آگاهانه. معیارهای خروج برای این گروه از نوجوانان شامل: داشتن بیماری جسمی عمده‌ای که باعث عدم همکاری آن‌ها می‌شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان Achenbach (YSR یا Achenbach Youth Self-Report Scale)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نسخه کوتاه Garnefski & Kraaij (Cognitive Emotion Garnefski & Regulation Questionnaire Kraaij short version)، مقیاس تکانش گری Barratt (Barrat Impulsivity Scale) و مصاحبه بالینی (clinical interview) بودند.

مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

Achenbach: در پژوهش حاضر از این پرسشنامه برای سنجش و غربالگری اولیه نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی استفاده شد که توسط Achenbach ساخته شده است. این مقیاس برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال با حداقل تحصیلات در حد پایه‌ی پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخگویی است و از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی در سنین نوجوانی است (۱۹). در این پرسشنامه، اختلالات بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویراست چهارم با تجدید نظر در متن (DSM-IV-TR یا Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-Text Reversion) تنظیم شده که عبارت از مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، نارسایی توجه/بیش فعالی، سلوک، نافرمانی مقابله‌ای و مشکلات هنجاری هستند. گویه‌های مقیاس‌های این پرسشنامه، به‌صورت سه گزینه‌ای کاملاً، معمولاً و اصلاً است که به ترتیب نمرات دو، یک و صفر را دریافت می‌کنند. روایی این پرسشنامه مکرراً مورد بررسی قرار گرفته است. Habibi-Asg.harabad و همکاران ضریب همبستگی مقیاس YSR با پرسشنامه‌ی شخصیتی نوجوانان Eysenck بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۸ به دست آورند و ضریب پایایی این پرسشنامه را برای مشکلات کلی ۰/۹۳ گزارش کردند (۱۹). Kakaberaie و همکاران میزان اعتبار آزمون YSR با استفاده از آلفای کرونباخ در دختران ۰/۹۲ و در پسران ۰/۹۵ و در کل نمونه ۰/۸۲ گزارش کردند. علاوه بر این، آن‌ها میزان اعتبار YSR با استفاده از آلفای کرونباخ برای دانش آموزان سال اول دبیرستان ۰/۹۳، برای دانش آموزان سال دوم ۰/۹۴ و دانش آموزان سال سوم ۰/۹۵ و با استفاده از دو نیمه کردن برای دانش آموزان سال اول ۰/۶۷، دانش آموزان سال دوم ۰/۸۶ و دانش آموزان سال سوم ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش کاکابرایی و همکاران نتایج همبستگی بین مشکلات رفتاری با مقیاس درجه‌بندی Conner's حاکی از رضایت‌بخش بودن روایی ملاکی همگرای YSR در جامعه دانش آموزان پایه دبیرستان بود (۲۰).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نسخه کوتاه: این پرسشنامه توسط Garnefski & Kraaij ساخته شده است و ۱۸ گویه دارد. گویه‌ها بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد ۵ ماه) برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ به‌دست‌آمده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی ۰/۳۸ و با مقیاس اضطراب ۰/۳۳ گزارش شده است (۶). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط سامانی و صادقی مورد هنجاریابی قرار گرفت. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. در پژوهش سامانی و صادقی در تحلیل عاملی مرتبه دوم بر روی عوامل اولیه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، دو عامل کلی به نام‌های راهبردهای شناختی مثبت در تنظیم هیجانی و راهبردهای شناختی منفی در تنظیم هیجانی حاصل گردید (۲۱).

مقیاس تکانش گری Barrat: این مقیاس دارای ۳۰ گویه چهارگزینه‌ای لیکرت (هرگز= ۱ تا همیشه= ۴) است که تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی را اندازه می‌گیرد. گویه‌ها به گونه‌ای طراحی شدند که سه عامل تکانش گری حرکتی (وارد عمل شدن بدون تصمیم)، تکانش گری شناختی (تصمیمات سریع) و تکانش گری بی‌برنامگی (عدم آینده‌نگری) را می‌سنجند. نمره بیشتر در این مقیاس نشان از تکانش گری بالاتر دارد. مطالعات متعددی شواهدی دال بر روایی و پایایی قابل‌قبول این مقیاس گزارش کرده‌اند. نسخه فارسی این مقیاس توسط اختیاری و همکاران اعتباریابی شده است. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را در دو گروه از معتادان و افراد سالم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند (۲۲). مصاحبه بالینی برای اختلالات DSM-IV: برای اطمینان از نتایج حاصل از پرسشنامه Achenbach، تشخیص قطعی نارسایی توجه/ بیش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

فعالی، تشخیص های افتراقی و رفع نقایص مربوط به آزمون های خودگزارشی از مصاحبه بالینی برای اختلالات DSM-IV استفاده شد. SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) یک مصاحبه بالینی ساختاریافته است که برای تشخیص گذاری اختلالات محور یک بر اساس DSM-IV به کار می رود. در مطالعه ای که توسط First و همکاران انجام شد فواید بالقوه SCID برای تشخیص اختلالات محور یک مورد بررسی و آزمایش قرار گرفت و به این نتیجه رسیدند که SCID می‌تواند برای تضمین یک تشخیص پایا و دقیق مورد استفاده قرار گیرد (۲۳). این مصاحبه توسط یک کارشناس ارشد مشاوره انجام شد.

روش اجرا و تحلیل؛ پس از هماهنگی های لازم و انتخاب مدرسه مورد نظر، برای رعایت اصول اخلاقی و به‌منظور جلب همکاری دانش آموزان، پیش از اجرای آزمون اطلاعاتی درباره‌ی موضوع و هدف پژوهش تا آنجا که در نتایج پژوهش تأثیرگذار نباشد به آن‌ها داده شد و پس از جلب اطمینان آزمودنی ها، در مورد اینکه اطلاعات آن‌ها به هیچ عنوان به‌صورت فردی مورد تجزیه و تحلیل قرار نخواهد گرفت و آن‌ها مختار هستند که در پژوهش شرکت‌کنند و هر زمان که خواستند می‌توانند از نمونه‌ی پژوهش خارج گردند، وارد نمونه پژوهش شدند. بعد از توافق با آزمودنی ها و کسب رضایت از آن‌ها، ابتدا خرده مقیاس نارسایی توجه/بیش فعالی پرسشنامه خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان Achenbach اجرا شد. پرسشنامه پس از تکمیل، توسط دانش آموزان، مورد بررسی و نمره گذاری قرار گرفت و دانش آموزانی که نمره های بالاتر از نقطه برش (T بالاتر از ۶۹ را در زیرمقیاس نارسایی توجه/بیش فعالی پرسشنامه خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان Achenbach به دست آورده بودند و مشکلات آنان در مصاحبه تشخیصی ساخت یافته بر اساس ملاک‌های DSM-IV که به‌صورت فردی با هریک از این دانش آموزان انجام شد، نیز تأیید شده بود به‌عنوان نمونه اصلی نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی انتخاب شدند. از ۲۶ نفری که دعوت به مصاحبه شدند، ۲۰ نفر به‌عنوان نمونه مورد تأیید گروه مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی برای حضور در پژوهش انتخاب شدند. همچنین از بین دانش آموزانی که در زیرمقیاس نارسایی توجه/بیش فعالی پرسشنامه خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان Achenbach نمره T کمتر از ۶۴ داشتند، ۲۰ نفر به‌صورت تصادفی با توجه به معیارهای ورود و خروج بعنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. در پایان دو گروه با پرسش نامه های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری مورد آزمون قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۱۶ (SPSS 16 یا Statistical Package for Social Science-Version 16)، آزمون کولموگروف اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov)، آزمون t برای دو گروه مستقل و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA یا Multivariate analysis of variance) استفاده شده است و $p<۰/۰۵$ به‌عنوان اختلاف معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پایایی خرده مقیاس نارسایی توجه/بیش فعالی در پژوهش حاضر با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۸۱، پایایی مقیاس تکانشگری در پژوهش حاضر برابر ۰/۷۳۴ و پایایی پرسشنامه تنظیم هیجانی در پژوهش حاضر ۰/۷۵۳ به دست آمد.

میانگین و انحراف معیار سنی نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی ۰/۶۰۷±۱۵/۰۵۵، نوجوانان بهنجار ۰/۷۱۹±۱۵/۱۰۰ و کل نمونه برابر با ۰/۶۵۰±۱۵/۰۷۷ بود. نتایج حاصل از آزمون t نشان داد که بین دو گروه از نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار از نظر سنی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p=۰/۸۱۶$).

جدول ۱ میانگین±انحراف معیار نمرات نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار را به ترتیب در راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری حرکتی، شناختی، بی‌برنامگی و نمره کلی تکانش گری نشان می‌دهد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار در راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و تکانشگری در نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار

متغیر	مولفه‌ها	نارسایی توجه/بیش فعالی n=۲۰		بهنجار n=۲۰	
		Mean± SD	P	Mean± SD	P
تنظیم شناختی	راهبردهای انطباقی	۲۴/۴۰±۷/۴۲	۰/۷۸۷	۲۴/۹۰±۴/۷۸	۰/۴۶۱
هیجان	راهبردهای غیرانطباقی	۱۷/۶۵±۴/۹۵	۰/۵۳۵	۱۴/۳۵±۴/۴۵	۰/۳۹۵
تکانشگری	حرکتی	۲۲/۶۵±۴/۲۲	۰/۷۱۸	۱۸/۱۵±۳/۹۷	۰/۷۱۱
	شناختی	۲۱/۱۵±۳/۴۳	۰/۶۲۰	۳/۳۰±۱۸/۰۵	۰/۹۱۱
	بی برنامگی	۲۵/۴۰±۶/۹۰	۰/۳۸۱	۲۱/۰۵±۴/۸۵	۰/۹۵۷
	نمره کل	۶۹/۲۰±۱۱/۰۴	۰/۹۳۲	۵۶/۸۰±۸/۱۰	۰/۹۶۶

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، پیش فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین (Leven) مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج، پیش فرض همگنی واریانس ها در متغیرهای مورد بررسی در دو گروه تایید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده استفاده از آزمون های پارامتری بلامانع شناخته شد.

نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت دو گروه از نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار در راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری و ابعادش؛ حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی نشان می دهند که بین دو گروه در راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان (p=۰/۰۳۴)، نمره کلی تکانشگری (p<۰/۰۰۱)، تکانشگری حرکتی (p<۰/۰۰۱)، تکانشگری شناختی (p=۰/۰۰۶) و بی‌برنامگی (p=۰/۰۲۱۱) تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج بدین معنی است که میانگین نمره های هر یک از متغیرهای ذکر شده در نوجوانان دارای نارسایی توجه/بیش فعالی در مقایسه با نوجوانان عادی، به‌طور معناداری بیشتر است. همچنین بین راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان (p=۰/۸۱۵) بین دو گروه از نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری و ابعاد آن؛ حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی در نوجوانان پسر مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار بود. نتایج نشان داد که از نظر راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان بین دو گروه از نوجوانان تفاوت معناداری مشاهده نشد، این یافته با نتایج پژوهش Biederman و همکاران (۶) همخوان و همسو نبوده است. Biederman و همکاران (۶) در پژوهش خود نشان دادند که کودکان و نوجوانان مبتلا به بیش فعالی نقص عمده‌ای در خودتنظیمی هیجانی به‌عنوان یک راهبرد انطباقی و سازگارانه تنظیم و پردازش هیجانی دارند، از تبیین های احتمالی برای عدم همسویی یافته پژوهش حاضر مبنی بر عدم تفاوت دو گروه از نوجوانان مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی و عادی در راهبردهای انطباقی تنظیم هیجانی با نتایج Biederman و همکاران (۶) می‌توان به تفاوت های فرهنگی (ملیتی) روش آماری و اجرایی استفاده شده در این پژوهش اشاره کرد. همچنین می‌توان دلیل مغایرت این یافته با نتایج پژوهش Biederman و همکاران (۶) را به جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شد ربط داد؛ در پژوهش Biederman و همکاران (۶) از کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال به‌عنوان نمونه استفاده شد در حالیکه در پژوهش حاضر محدوده سنی آزمودنی ها در محدوده ۱۴ تا ۱۶ قرار داشتند.

نتایج پژوهش نشان داد که نوجوان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی در مقایسه با نوجوانان بهنجار در راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان به‌طور معناداری نمرات بالاتری به دست آوردند. این یافته با نتایج پژوهش های Musser و همکاران (۷)، Brotman و همکاران (۸) و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

Spencer و همکاران (۹) همخوانی دارد. این پژوهشگران، در پژوهشهای خود نشان دادند که کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی به این دلیل با انواع متفاوت پیامدهای منفی رفتاری مواجه می شوند که اختلالاتی در تنظیم عواطف دارند و از راهبردهای ناکارآمد و منفی تنظیم هیجانی بیش از حد معمول استفاده می کنند. این یافته در تأیید دیدگاه Gross در مورد استفاده بیشتر افراد مبتلا به اختلالات رفتاری و هیجانی از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان است (۴). بر اساس این دیدگاه رشد هیجانی و عاطفی نابسنده، دشواری در سازماندهی رفتار و هیجان و داشتن احساسات و هیجانات منفی و ناکارآمد، باعث می‌شود که احساسات و عواطف فرد بر قدرت منطق و استدلالش غلبه داشته باشند و فرد در شرایط و موقعیت های مختلف تنها با در نظر گرفتن جو احساسی و عوامل محیطی و بدون توجه به راه حل های منطقی ممکن تصمیم‌گیری کرده و دست به عمل بزند (۴). بنابراین کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی که در عدم بازداری رفتار بیانگر هیجان و تعدیل گرایشات پاسخ های مربوط به هیجانی که به وجود آمده، دارای نقص و ضعف کارکرد هستند (۱)، نسبت به سایر افراد بیشتر از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند. علاوه بر موارد فوق، با استناد بر نتایج تصویرسازی رزونانس مغناطیسی کارکردی (FMRI: Functional Magnetic Resonance Imaging)، فرض بر آن است که نواحی فعال سیستم لیمبیک بخصوص آمیگدال که در فرایندهای خودکار و تنظیم و پردازش شناختی هیجانات و عواطف نقش مهمی دارند، در افراد مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی آسیب دیده (تحریک پذیری بالا و عملکرد بیش از حد) است که این امر باعث استفاده بیشتر نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در موقعیت های استرس‌زا و تحریک کننده می‌شود (۸).

نتایج پژوهش نشان داد که از نظر تکانش گری و ابعاد آن؛ تکانش گری حرکتی، شناختی و بی‌برنامگی بین دو گروه از نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی و بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌طوریکه نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی سطح بالاتری از تکانش گری را نسبت به نوجوانان بهنجار نشان می‌دهند. این یافته با نتایج پژوهش‌های Hartmann و همکاران (۱۴)، Fischer و Barkley (۱۵) و Winstanley و همکاران (۱۳) همسو بوده و همخوانی دارد. این پژوهشگران در تحقیقات خود دریافتند که میزان و سطح تکانش گری در افراد مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی بیشتر از افراد عادی است و تکانش گری مفهومی کلیدی برای حالت های آسیب شناختی روانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی است. سطح بالای تکانش گری و ابعاد آن در نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی می‌تواند توجیه کننده مشکلات آن‌ها در به تأخیرانداختن نیازها و بازداری رفتارها باشد. همچنان که کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی توانایی کنترل و بازداری رفتارهای خود را ندارند. همانطور که پیش از این اشاره شد، کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی ناتوانی عمده‌ای در مهار و کنترل هیجانات و احساسات خود دارند (۶) و همچنین مشکلات و آشفتگی های هیجانی را به همراه عواطف و احساسات منفی (۱۵) بیشتر تجربه می‌کنند، بنابراین اعمال، حرکات و رفتارهای تکانشی در این کودکان و نوجوانان از یک طرف می‌تواند ناشی از ناتوانی آن‌ها در مهار، کنترل و مدیریت هیجاناتشان باشد و از سوی دیگر می‌تواند راهی برای تخلیه مشکلات و آشفتگی های هیجانی و کاهش عواطف و هیجانات منفی آن‌ها باشد. افراد تکانشگر بیشتر در زمان حال زندگی کرده و توجه کمی به آینده دارند. در مواقع تصمیم‌گیری به‌صورت سریع و تکانشی و بدون دوراندیشی تصمیم می گیرند، بی حوصله اند و کارها را نیمه تمام رها می‌کنند. موقع عصبانیت به دیگران پرخاش می‌کنند و رفتارهایی را انجام می‌دهند که بعداً از انجام آن‌ها پشیمان می شوند (۱۳). تکانش گری ریشه بسیاری از اختلالات همچون اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

شخصیت، سوءمصرف مواد و غیره می‌باشد. Fischer و Barkley (۱۵) برای اثبات این موضوع که بیشتر مشکلات افراد مبتلا به اختلالات برونی سازی شده به ناتوانی در برابر تکانش گری و برنامه‌ریزی برای آینده مربوط می‌شود، شواهدی را جمع‌آوری کردند که نشان داد مشکلات روان‌شناختی همچون نارسایی توجه/بیش فعالی، مستعد تکانش گری و رفتارهای مرتبط با آن همچون بی‌برنامگی و ناپایداری شناختی هستند (۱۵).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی ها و پژوهش های مربوط به بروز و شیوع مشکلاتی چون نارسایی توجه/بیش فعالی در دانش آموزان و نوجوانان به چگونگی و فرایند تأثیر راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری بر ظهور و تداوم نشانه ها و علایم اینگونه مشکلات رفتاری در این گروه سنی توجه ویژه ای مبذول گردد. نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، درمان و خدمات مشاوره ای به دانش آموزان و نوجوانان نارسایی توجه/بیش فعالی دارد، از جمله اینکه برای کاهش استفاده از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و کنترل و کاهش تکانش گری در نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی از روان درمانی از جمله درمان های مبتنی بر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و هوش هیجانی استفاده گردد. همچنین، انجام پژوهش‌های بیشتر با نمونه‌های پژوهشی متنوع‌تر؛ دانش آموزان مقاطع تحصیلی دیگر همچون راهنمایی و دانش آموزان دختر می‌تواند شواهد مستحکم‌تری را برای نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تکانش گری در بروز یا عدم بروز اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی دانش آموزان فراهم آورد. پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های روان‌شناختی بررسی شده در این پژوهش در سایر اختلالات دوران کودکی و نوجوانی همچون نافرمانی مقابله‌ای، سلوک، افسردگی و غیره نیز بررسی گردد.

این پژوهش همچون سایر پژوهش ها محدودیت‌هایی داشت از آن جمله می‌توان به محدودیت انجام در شهر، مقطع تحصیلی و جنسیت خاص اشاره کرد که محتاط بودن در تعمیم‌پذیری یافته ها را به دنبال دارد. از سوی دیگر محدودیت حجم نمونه در پژوهش حاضر، عامل دیگری است که تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می سازد، بنابراین پژوهشگران می‌توانند بر مبنای نتایج اولیه این پژوهش اقدام به اجرای پژوهشی با حجم نمونه بالا نمایند.

در مجموع بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی در مقایسه با نوجوانان عادی بیشتر از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری استفاده می کنند.

تقدیر و تشکر

در پایان از مسئولان و دانش آموزان محترم دبیرستان پسرانه شاهد شهر آمل بخاطر همکاری در انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می نماییم.

منابع

1. Biederman, J, Faraone, SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2005; 366: 237–48.
2. Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. Progress Neuro-Psycho Biolo Psych. 2005; 29 (6): 865-77.
3. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. J Adolesc. 2005; 28: 619-31.
4. Gross J. Handbook of emotion regulation. 1th ed. American, New York: The Guilford Press. 2007; 42-6.
5. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). Pers Individ Dif. 2006; 41: 1045–53.
6. Biederman J, Spencer T, Lomedico A, Day H, Petty CR, Faraone SV. Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. Neuropsy Disease Treat. 2012; 8: 267–76.
7. Musser E, Backs W, Schmitt F, Ablow J, Measelle R, Nigg J. Emotion Regulation via the Autonomic Nervous System in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). J Abnorm Child Psychol. 2012; 39(6): 841–52.
8. Brotman A, Rich A, Guyer E, Lunsford R,

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

Horsey E, Reising M, et al. Amygdala Activation During Emotion Processing of Neutral Faces in Children With Severe Mood Dysregulation Versus ADHD or Bipolar Disorder. Am J Psychiatry. 2011; 167(1): 61–9.

9. Spencer T, Faraone SV, Surman C, Petty C, Clarke A, Batchelder H, et al. Towards defining deficient emotional self-regulation in youth with attention deficit hyperactivity disorder using the child behavior check list: A controlled study. Postgrad Med. 2011; 123(5): 50–9.

10. Stanford S, Mathias C, Dougherty D, Lake L, Anderson E, Patton H. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. Pers Individ Dif. 2009; 47: 385-389.

11. Wittmann M, Arce E, Santisteban C. How impulsiveness, trait anger, and extracurricular activities might affect aggression in school children. Pers Individ Dif. 2008; 45: 618- 23.

12. Barratt ES. Perceptual-motor performance related to impulsiveness and anxiety. Percept Mot Skills. 2004; 25: 485-492.

13. Winstanley CA, Eagle RW. Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. Clin Psychol Review. 2006; 26 (4): 379–95.

14. Hartmann A, Rief W, Hilbert A. Laboratory snack food intake, negative mood, and impulsivity in youth with ADHD symptoms and episodes of loss of control eating. Where is the missing link? Appetite. 2012; 58: 672-78.

15. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010; 49: 503–13.

16. Alderson RM, Rapport MD, Kofler MJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and behavioral inhibition. A meta-analytic review of the stop-signal paradigm. J Abnorm Child Psychol. 2007; 35(5): 745–58.

17. Achenbach TM. Manual for the Youth Self-Report and Profike. Burlington VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991; 53- 72.

18. Delavar A. Reasearch method in psychology and educational science. 4th ed. Tehran: Roshd Press. 2006; 38. [Persian].

19. Habibi-Asg.harabad M, Besharat MA, Fedaei Z, Najafi M. Confirmatory Factorical Structure, reliability and validity of the Achenbach Youth Self-Report Scale (YSR): Monozygotic and Dyzigotic twins. J Clin Psychol. 2009; 1 (1), 1- 18. [Persian].

20. Kakaberaie K, Habibi-Asgharabad M, Fedaei Z. Validation of Achenbakh's Behavioral Problems: Performing the Youth Self-Report Scale (YSR) for 11-18 Year-old Adolescents on High School Students. Res psychol health. 2008;1(4):50-66. [Persian].

21. Samani S, Sdeghi L. Validation of Cognitive emotion regulation questionnaire. J Meth Mod Psychol. 2010; 1: 51- 62. [Persian].

22. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: A review of viewpoints and conducted researches Persian. Iranian J Psychiatry Clin Psychol. 2008; 14(4): 247-57.

23. Rezaei S, Salehi I, Moosavi H, Yousefzaeh S. Axis I Psychopathology during the First four mounts after traumatic brain injury. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012; 18(1): 13- 28. [Persian].

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]

The comparison of emotion cognitive regulation strategies and impulsivity in normal adolescents and with Attention deficit/hyperactivity disorder

*** Abdollah Ghasempour**, MA, General Psychology, Social Welfare and Rehabilitation Office, Amol, Iran (* Corresponding Author). a_gh_1985@yahoo.com.
Valillah Ramzani, MA, Counseling, Education of Office, Amol, Iran. vr112@yahoo.com

Abstract

Background: Emotion cognitive regulation strategies and impulsivity are of affection factors in adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The aim of the study was to compare adaptive and maladaptive emotion cognitive regulation strategies and impulsivity and its dimensions; motor, cognitive and non-planning in normal boy adolescents and with ADHD.

Methods: This is a cross-sectional and post event study (causal-comparative method), and study population was all boy student of Amol town high school. The study sample comprised of 40 people (20 people with ADHD and 20 normal people) who were selected by convenient sampling method. Data were collected using Achenbach Youth Self-Report Scale (YSR), Garnefski & Kraaij emotion cognitive regulation questionnaire, Barrat Impulsivity Scale and clinical interview. To analyze the data Kolmogorov-Smirnov test, t independent test and multivariate analysis of variance (MANOVA) was used.

Results: The mean age of the adolescents with ADHD was 15.05 ± 0.60 and normal 15.10 ± 0.71 years. Results revealed that mean scores of maladaptive emotion cognitive regulation strategies (ADHD: 17.65±4.95, normal: 14.35±4.45), general score impulsivity (ADHD: 69.20±11.04, normal: 56.80±8.10), motor impulsivity (ADHD: 22.65±4.22, normal: 18.15±3.97), cognitiver impulsivity (ADHD: 21.15±3.43, normal: 18.05±2.30) and non-planning (ADHD: 25.40±6.90, normal: 21.05±4.85) in adolescents with ADHD were greater than controls significan ($p<0.05$). However, scores of the two groups in the adaptive emotion cognitive regulation strategies (ADHD: 24.40±7.24, Normal: 24.90±4.78) were not significantly different ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the finding of the present study it can be concluded that adolescents with ADHD compared with normal adolescents use more maladaptive emotion cognitive regulation strategies and impulsivity.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity disorder, Emotion cognitive regulation strategies, Impulsivity

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-02-18]