کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی: نقش تعدیل‌کنندگی اجتماعی‌سازی هیجانات از سوی والدین*

◈ عباس شیخ‌محمدی[۱] ◈ دکتر غلامعلی افروز[۲] ◈ دکتر علی‌اکبر ارجمندنیا[۳] ◈ دکتر باقر غباری‌بناب[۴] ◈ دکتر رزیتا داوری آشتیانی[۵]

چکیده: رفتارهای اجتماعی مناسب و دیگر مهارتهای سازشی، پایه‌های سازش‌یافتگی شخصی و اجتماعی را در زندگی تشکیل می‌دهند. هدف پژوهش حاضر عبارت است از بررسی نقش تعدیل‌گر اجتماعی‌سازی هیجانات والدین (واکنشهای حمایتگرانه) در رابطه میان کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی کودکان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی. روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل همه کودکان ۷ تا ۱۳ ساله شهر تهران بود و نمونه آماری شامل ۱۹۱ کودک ۷ تا ۱۳ سال (دختر: ۴۴ درصد، پسر: ۵۶ درصد) با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و والدین آنان بود که کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به‌صورت در دسترس و کودکان بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین (CPRS-R: S)، پرسشنامهٔ مهارتهای اجتماعی گرشام و الیوت (SSRS)، مقیاس نقص کارکرد اجرایی بارکلی (BDEFS-CA) و مقیاس راهبردهای مقابله با هیجانات منفی کودکان (CCNES) گردآوری شدند. داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون چندگانه و با روش سلسله‌مراتبی تحلیل شدند و نتایج نشان داد که کارکردهای اجرایی و اجتماعی‌سازی هیجانات از سوی والدین می‌توانند به‌طور معناداری (P<۰/۰۰۱)، مهارتهای اجتماعی را پیش‌بینی کنند. همچنین بر اساس نتایج، بعد حمایتگرانه اجتماعی‌سازی هیجانات از سوی والدین رابطه میان کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی را تعدیل می‌کند (P<۰/۰۰۱). بنابراین هرچه والدین از راهبردهای مثبت اجتماعی‌سازی هیجانات بهره بگیرند، می‌توانند اثرات منفی نارسایی کارکردهای اجرایی را بر مهارتهای اجتماعی کودکان تا حدودی تعدیل کنند.

کلید واژگان: کارکردهای اجرایی، مهارتهای اجتماعی، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، اجتماعی‌سازی هیجانات

◉ تاریخ دریافت: ۹۹/۵/۷ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۸

* *این مقاله مستخرج از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است.*

۱. دانش آموخته دورهٔ دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. sheikhmohammadi.a@gmail.com

۲. **نویسنده مسئول:** استاد ممتاز گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. afrooz@ut.ac.ir

۳. دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. arjmandnia@ut.ac.ir

۴. استاد گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. bghobari@ut.ac.ir

۵. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران. rodavari@sbmu.ac.ir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

مقدمه

کارکرد اجتماعی مطلوب یک ضرورت برای برقراری روابط سالم و مؤثر با دیگران است (ری، اونز و لانگبرگ[1]، ۲۰۱۷؛ گاردنر،گردس و واینبرگر[2]، ۲۰۱۹) و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از جمله شرایطی است که با رفتارهای اجتماعی نامطلوب ارتباط دارد (مانند پارکز، کاردی، ویناروسکی، تَسِل و استیونسن[3]، ۲۰۲۰؛ اوکانر و مک‌نیکولاس[4]، ۲۰۲۰؛ راس و گراتزیانو[5]، ۲۰۱۸؛ فرتی، کینگ، هیلتون، راندن و جِرِت[6]، ۲۰۱۹). مشکلات اجتماعی کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به‌صورت مشکل در ایجاد و حفظ دوستی، طرد و نادیده گرفتن از سوی همسالان و افزایش تعاملات منفی با همسالان و مراقبان مشاهده می‌شود (هوزا[7] و همکاران، ۲۰۰۵؛ کیم[8] و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهشها نشان می‌دهد که این مشکلات اجتماعی در طول زمان ادامه پیدا می‌کند و بر رشد صحیح مهارتهای اجتماعی و خودتنظیمی[9] اثر می‌گذارد و این کودکان را در معرض مصرف مواد، افسردگی و ناسازگاری کلی در نوجوانی قرار می‌دهد (مراگ[10] و همکاران، ۲۰۱۲).

کارکردهای عصب‌شناختی[11] به‌منزلهٔ یکی از عوامل اثرگذار در تفاوتهای کارکردی کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در حیطه اجتماعی مطرح شده است (برای مثال کافلر[12] و همکاران، ۲۰۱۷، ۲۰۱۸). مثلاً میان تواناییهای حافظه‌فعال[13] کودکان و کارکرد اجتماعی (الووی[14] و همکاران، ۲۰۰۵؛ بانفورد[15] و همکاران، ۲۰۱۵؛ کافلر و همکاران، ۲۰۱۱) و تحصیلی (ثورل[16]، ۲۰۰۷) رابطه وجود دارد و بازداری[17] نیز با کارکرد اجتماعی ارتباط دارد (ثورل، ۲۰۰۷). از دیدگاه نظری، کارکردهای عصب‌روانشناختی می‌توانند به صورت علّی منجر به علائم رفتاری مانند بیش‌فعالی/تکانشگری و بی‌توجهی شوند (بارکلی[18]، ۱۹۹۷؛ سونگا- بارک[19]، ۲۰۰۲) و این علائم رفتاری می‌تواند واسطهٔ میان کارکردهای عصب‌روانشناختی و مشکلات اجتماعی کودکان

1. Ray, Evans & Langberg
2. Gardner, Gerdes & Weinberger
3. Parks, Cardy, Woynaroski, TSehl & Stevenson
4. O'Connor & McNicholas
5. Ros & Graziano
6. Ferretti, King, Hilton, Rondon & Jarrett
7. Hoza
8. Kim
9. Self-regulation
10. Mrug
11. Neuro-cognitive functions
12. Kofler
13. Working memory
14. Alloway
15. Bunford
16. Thorell
17. Inhibition
18. Barkley
19. Sonuga-Barke

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

و نوجوانان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی باشند (بانفورد و همکاران، ۲۰۱۵؛ کافلر و همکاران، ۲۰۱۱).

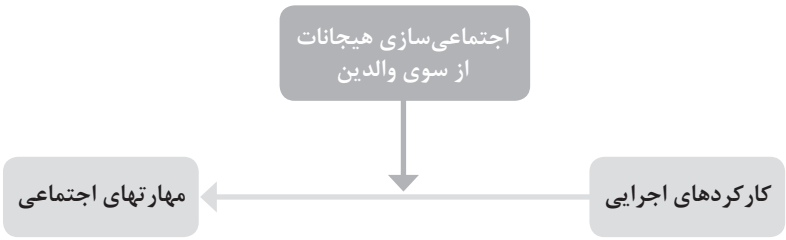
از سویی هم اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در خلأ و شرایط مجزا از تأثیرات دوستان و بستگان، مدرسه کودک، همسایگان و فرهنگ خانواده‌ها وجود ندارد و عوامل خانوادگی مانند تعاملات والد-کودک نقش حیاتی در پیش‌بینی رشد یا کاهش پیامدهای اساسی مانند مشکلات رفتاری و سوءمصرف مواد در کودک دارند (بارکلی، ۲۰۱۵). بنابراین عوامل مربوط به بافت و محیط خانوادگی مانند چگونگی تعامل والدین با فرزندان نیز با آسیب‌شناسی روانی کودکان (کاواباتا، آلینک، تسنگ، وان آیزندورن و کریک[1]، ۲۰۱۱؛ کینگ، ویدورک و مریانوز[2]، ۲۰۱۶) و سازگاری آنان در تعامل با همسالان (هسکت و ویلوبی[3]، ۲۰۰۷) ارتباط دارد. یکی از زمینه‌های تعاملات والدین با فرزندان اجتماعی‌سازی هیجانات[4] کودکان از سوی والدین است که نقشی بسیار مهم در رشد تنظیم هیجان[5] و سازگاری اجتماعی فرزندان دارد (مک‌کواد و برو[6]، ۲۰۱۷؛ اشتاینبرگ و دریبیک[7]، ۲۰۱۵؛ شوارک و بلاندن[8]، ۲۰۱۵). برای مثال پژوهش بیورک، هاویگرست، پانز و کارولد[9] (۲۰۲۰) نشان داده است که اجتماعی‌سازی هیجانات با واسطه‌گری درک هیجانات بر مشکلات رفتاری اثر می‌گذارد. اجتماعی‌سازی هیجانات در واقع روشی است که والدین پاسخهای هیجانی مناسب را آموزش می‌دهند، هدایت می‌کنند و الگوسازی می‌کنند (اسپینراد، استیفتر، دانلن- مک‌کال و ترنر[10]، ۲۰۰۴). نحوه پاسخ به هیجانات کودکان می‌تواند اثرات آسیب روانی والدین بر مشکلات درونی‌سازی[11] و برونی‌سازی[12] را تعدیل کند (سووج، شیفر، مورلن و تامسین[13]، ۲۰۱۱). هنگامی‌که پدر یا مادر با حساسیت و حمایت کودک خود را در طول تجارب هیجانی راهنمایی و از این تجارب به‌عنوان فرصتهایی برای یادگیری استفاده می‌کند، کودک درک و آگاهی هیجانی را کسب می‌کند و از راهبردهایی مؤثرتر برای تنظیم هیجان بهره می‌برد. در نتیجه این فرایند منجر به کفایت اجتماعی بالاتر، مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کمتر و دامنه‌ای از پیامدهای مثبت برای کودک و خانواده می‌شود (دنام[14]، ۱۹۹۸؛ آیزنبرگ[15]، کامبرلند[16] و اسپینراد، ۱۹۹۸؛ گاتمن، کاتز و هوون[17]، ۱۹۹۷؛ کاتز،

1. Kawabata, Alink, Tseng, van Ijzendoorn, & Crick
2. King, Vidourek & Merianos
3. Haskett & Willoughby
4. Emotion socialization
5. Emotion regulation
6. McQuade & Breaux
7. Steinberg & Drabick
8. Shewark & Blandon
9. Bjørk, Havighurst, Pons & Karevold
10. Spinrad, Stifter, Donelan-McCall & Turner
11. Internalizing problems
12. Externalizing problems
13. Suveg, Shaffer, Morelen & Thomassin
14. Denham
15. Eisenberg
16. Cumberland
17. Gottman, Katz, & Hooven

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

مالیکن[1] و استتلر[2]، ۲۰۱۲؛ میلر- اسلاو، دانزمور، زمن، ساندرز و پون[3]، ۲۰۱۸).

پژوهشهای بسیاری در زمینه کارکرد اجتماعی کودکان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و عوامل خطر و حفاظتی مؤثر بر آن انجام شده است، اما همچنان انجام دادن پژوهشهایی که به مکانیسم اثرگـــذاری این عوامـــل و روابط میان این عوامـــل بپردازند، ضرورت دارد. از ایـــن‌رو با توجه به اهمیت شـــناخت عوامل گوناگـــون اثرگذار بر مهارتهای اجتماعی کودکان، هدف پژوهش حاضر بررســـی نقش کارکردهای اجرایی در پیش‌بینی مهارتهای اجتماعی کودکان با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و بررسی نقش تعدیل‌گر اجتماعی‌سازی هیجانات از سوی والدین (واکنشهای حمایتگرانه) در رابطهٔ میان کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی بوده است (شکل ۱).



شکل ۱. مدل تعدیل‌کنندگی اجتماعی‌سازی هیجانات

یادآور می‌شـــود که در سالهای اخیر رویکرد ابعادی[4] به‌طور گسترده در آسیب‌شناسی روانی‌تحولی[5] مورد حمایت و اســـتفاده قرار گرفته اســـت (کاتبرت[6]، ۲۰۱۴؛ هادزیک، آخنباخ، آلثوف و پاین[7]، ۲۰۰۷؛ کروگر[8] و همکاران، ۲۰۱۸). فرض اصلی زیربنایی رویکرد ابعادی این است که یک عامل خطر را نمی‌توان با یک آســـتانه منفرد و انتهایی تعریف کرد، بلکه خطر به صورت احتمالاتی مشخص می‌شود (مارکون[9]، کروگر و واتسون[10]، ۲۰۰۵). استفاده از نقاط برش حداکثری (و قراردادی) ممکن است سبب از بین رفتن اطلاعات مهمی شود، زیرا کودکانی را که در معرض خطر جدی برای مشکلات بالینی هستند با کودکانی که به احتمال کمتر دچار مشکل خواهند شد زیر یک نقطه برش جمع می‌کند (واکشلاگ[11] و همکاران،

1. Maliken
2. Stettler
3. Miller-Slough, Dunsmore, Zeman, Sanders & Poon
4. Dimensional approach
5. Developmental psychopathology
6. Cuthbert
7. Hudziak, Achenbach, Althoff & Pine
8. Krueger
9. Markon
10. Watson
11. Wakschlag

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

۲۰۱۵). براساس مفهوم‌پردازی ابعادی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نیز یک اختلال طیفی با علائمی است که در امتداد یک پیوستار شدت اتفاق می‌افتد که کمیت این علائم در یک جمعیت رشدی گسترده (بالینی و غیربالینی) مشخص می‌شود (کاگیل[1] و سونگا- بارک، ۲۰۱۲؛ فریک و نیگ[2]، ۲۰۱۲؛ هینشاو[3]، ۲۰۱۸). رویکرد ابعادی برای اندازه‌گیری مشکلات اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نسبت به مدلهای طبقه‌ای سنتی ارجح‌تر است، زیرا اختلاف یا انحراف علائم را در طول پیوستار کامل شدت بیشینه می‌کند و سبب افزایش واریانس و توان آماری برای بررسی ارتباط میان این علائم و متغیرهایی مانند کارکردهای اجرایی و متغیرهای دیگر می‌شود (هلزر[4]، کریمر[5] و کروگر، ۲۰۰۶؛ کریمر، نودا[6] و اوهارا[7]، ۲۰۰۴). بنابراین پژوهش حاضر نیز مطابق با رویکرد ابعادی متغیرهای مختلف مرتبط با علائم نقص توجه و بیش‌فعالی مانند کارکردهای اجرایی، مهارتهای اجتماعی و غیره را به صورت پیوستاری از کارکرد، هم در کودکان با و هم کودکان بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مورد بررسی قرار داده است.

روش

جامعه، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر روش یک پژوهش توصیفی (همبستگی) است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه کودکان دختر و پسر با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی ۷ تا ۱۳ سال شهر تهران و والدین آنان بود که در سال ۱۳۹۸ (شهریور تا اسفند) به مجتمع روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه کرده و یا در مدارس مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل بودند. نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۲۱۰ کودک ۷ تا ۱۳ سال با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و والدین آنان بود. برای برآورد حجم نمونه در مدلهای رگرسیون چندگانه نسبتهای مختلفی را پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند. اشمیت[8] (۱۹۷۱) نسبت ۱۵ تا ۲۰ و هارل[9] (۲۰۱۵) نسبت ۱۰ شرکت‌کننده به هر متغیر مستقل را پیشنهاد داده است. در رگرسیون چندمتغیری مطلوب این است تا مقدار R^2 برآورد شده افزایش یابد. کرلینجر و پدهازور[10] (۱۹۷۳؛ ترجمه سرایی، ۱۳۹۵) استدلال می‌کنند که نسبت ۳۰ به ۱ (تعداد نمونه به هر متغیر مستقل) در مقایسه با نسبتهای کوچک‌تر یا بزرگ‌تر، منجر به کاهش معنادار افت R^2 می‌شود و افزایش حجم از این نسبت تأثیری قابل ملاحظه در افت R^2 ندارد. بر همین اساس

1. Coghill
2. Frick & Nigg
3. Hinshaw
4. Helzer
5. Kraemer
6. Noda
7. O'Hara
8. Schmidt
9. Harrell
10. Kerlinger & Pedhazur

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

و با توجه به نسبت ۳۰ به ۱، به دلیل وجود هفت متغیر مستقل در پژوهش، حجم نمونه حدود ۲۱۰ نفر برآورد شد که پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص اطلاعات ۱۹۱ شرکت‌کننده مورد تحلیل قرار گرفت. کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از میان مراجعین مجتمع روانپزشکی بیمارستان امام حسین(ع) به‌صورت در دسترس و کودکان بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از مدارس ابتدایی مناطق ۶، ۷ و ۱۲ شهر تهران به‌صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. نمونه‌گیری از مدارس ابتدایی به‌این‌گونه بود که ابتدا سه منطقه از مناطق آموزش و پرورش شهر تهران به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر منطقه دو مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد با مراجعه به مدارس انتخاب شده، دو کلاس از هر مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد و پرسشنامه‌ها در اختیار والدین قرار گرفت.

روش اجرای پژوهش

در مرحله اول کودکانی شناسایی شدند که با استفاده از مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته و از سوی روانپزشک کودک و نوجوان تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده بودند. با بررسی پرونده پزشکی آنان، کودکانی که تشخیص همزمان کم‌توانی ذهنی، اختلالات خلقی، ناتوانیهای یادگیری و اختلالات طیف اوتیسم دریافت کرده‌بودند از فرایند پژوهش خارج شدند. پس از شناسایی اولیه، پرسشنامه‌های درجه‌بندی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، کارکردهای اجرایی، اجتماعی‌سازی هیجانات و مقیاس مهارتهای اجتماعی برای تکمیل کردن در اختیار والدین قرار گرفت. پس از تکمیل و دریافت پرسشنامه‌ها، کودکانی که تشخیص آنها بر اساس مقیاس کانرز- فرم والدین نیز تأیید شد، به‌عنوان کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی وارد مطالعه شدند. برای انتخاب کودکان بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با مراجعه به سازمان آموزش و پرورش شهر تهران و انجام دادن روال قانونی، مجوز ورود به مدارس ابتدایی شهر تهران کسب شد. پس از انتخاب مدارس و کلاسها، پرسشنامه‌های مربوطه در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت و با هماهنگی مدیریت مدرسه به والدین اطلاع داده شد تا پس از تکمیل کردن پرسشنامه‌ها آنها را به مدرسه تحویل دهند. کودکانی که در مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی کانرز والدین نمره پایین‌تر از نمره معیار به‌دست آوردند و نیز والدین هیچ گزارشی مبنی بر دریافت تشخیص روانپزشکی نداشتند به‌عنوان کودکان بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در مطالعه شرکت کردند. والدین، پیش از ورود به پژوهش رضایت کتبی خود را از طریق تکمیل فرم رضایتنامه اعلام کردند.

ابزارهای پژوهش

۱) فرم کوتاه و تجدیدنظرشدهٔ مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین (CPRS-R: S)[1]:
این پرسشنامه را کانرز در سال ۱۹۹۷ طراحی کرده است. این مقیاس دارای ۲۷ سؤال است که

1. Conners' Parents Rating Scale-Revised Short Form

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

مادران تکمیل می‌کنند و دارای چهار زیرمقیاس مخالفت‌جویی[1]، مشکلات شناختی/ بی‌توجهی[2]، بیش‌فعالی[3] و شاخص نقص توجه/ بیش‌فعالی[4] است. نمرهٔ خام آزمودنی در هر زیرمقیاس از مجموع درجه‌بندیهای والدین (از صفر تا ۳) در عبارات مربوط به آن زیرمقیاس محاسبه می‌شود، سپس بر اساس سن و جنس او به نمرات معیار t تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵ معمولاً نشانگر مشکلات قابل‌توجه بالینی در آن زیرمقیاس است. محدودهٔ سنی مورد استفاده در مقیاسهای کانرز، ۳ تا ۱۷ سال است. تکمیل کردن این پرسشنامه ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. ضرایب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی با ۸ هفته فاصله، ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (زرگری‌نژاد و یکه یزدان‌دوست، ۱۳۸۶). اعتبار سازهٔ فرمهای کانرز با استفاده از روشهای تحلیل عوامل به‌دست آمده است و اعتبار افتراقی آنها با بررسی آماری توانایی پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از عادی و دیگر گروههای بالینی، قویاً تائید شده است (زرگری‌نژاد و یکه یزدان‌دوست، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ زیرمقیاس مخالفت‌جویی برابر با ۰/۸۹، زیرمقیاس مشکلات شناختی/بی‌توجهی ۰/۹۲، زیرمقیاس بیش‌فعالی ۰/۹۰ و شاخص نقص توجه/بیش‌فعالی برابر با ۰/۹۰ بوده است.

۲) مصاحبه نیمه‌ساختاریافته (K-SAD-PL)[5]: نخستین نسخه این ابزار را پوئیگ-آنتیک و چمبرز[6] در سال ۱۹۷۸ با عنوان SADS برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال طراحی کرده‌اند. نسخه K-SAD-PL را کافمن[7] و همکاران (۱۹۹۷) طراحی کرده‌اند. این ابزار بر اساس ملاکهای تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بوده و همه اختلالات روانپزشکی شایع در کودکی و نوجوانی شامل اختلالات خلقی[8] (افسردگی اساسی[9] و مانیا[10])، اختلالات اضطرابی[11]، اختلالات خوردن[12]، اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، اختلال سلوک[13] و نافرمانی مقابله‌ای[14]، تیک[15] و

1. Oppositional
2. Cognitive problems/inattention
3. Hyperactivity
4. ADHD index
5. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)
6. Puig-Antich & Chambers
7. Kaufman
8. Mood disorders
9. Major depressive disorder
10. Mania
11. Anxiety disorders
12. Eating disorders
13. Conduct disorder
14. Oppositional defiant disorder
15. Tic

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

غیره را پوشش می‌دهد. پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه ۰/۸۱ و پایایی میان مشاهده‌کنندگان آن برابر ۰/۶۹ گزارش شده است و ابزار مصاحبهٔ معتبر و پایایی برای استفاده در سنجش و تشخیص اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان معرفی شده است (غنی‌زاده، محمدی و یزدان‌شناس، ۲۰۰۶).

۳) پرسشنامه نقص در کارکردهای اجرایی بارکلی (BDEFS-CA)[1]: این مقیاس حاوی اطلاعات بالینی برای ارزیابی نارسایی کنشهای اجرایی در فعالیتهای زندگی روزانه افراد ۶ تا ۱۸ ساله است که بارکلی در سال ۲۰۱۲ ساخته است. پنج خرده‌مقیاس آن عبارت‌اند از: مدیریت زمان[2]، سازماندهی خود[3]/ حل مسأله[4]، مهار خود[5]، خودانگیزشی[6] و خودتنظیمی هیجانی[7]. به هر سؤال از ۱ تا ۴ نمره داده می‌شود (هرگز=۱، بعضی اوقات=۲، اغلب=۳، همیشه=۴). علاوه بر نمرات خرده‌مقیاسها، سه نمره خلاصه کارکردهای اجرایی (مجموع خرده‌مقیاسها)، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تعداد نشانه‌های کارکردهای اجرایی نیز به‌دست می‌آید. اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۹ و زیرمقیاسها از ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی آن نیز برابر با ۰/۸۴ گزارش شده است (ناوس[8]، بارکلی و مورفی[9]، ۲۰۱۱). همچنین نورانی جورجاده، مشهدی، طیبی و خیرخواه (۱۳۹۵)، آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و همسانی درونی این مقیاس را از ۰/۸۶ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۸ به‌دست آمده است.

۴) مقیاس راهبردهای مقابله با هیجانات منفی کودکان[10] (فابس، پولین، آیزنبرگ و مادن-دردیک[11]، ۲۰۰۲): از این مقیاس برای سنجش اجتماعی‌سازی هیجانات از سوی والدین استفاده شده است. این مقیاس ۱۲ سناریوی فرضی به والدین ارائه می‌کند که این سناریوها ابراز هیجانات منفی کودکان را نشان می‌دهد و والدین می‌توانند انواع پاسخهای خود را به هیجانات کودکان از طریق گویه‌های ۱ (به احتمال خیلی کم) تا ۷ (به احتمال خیلی زیاد) درجه‌بندی کنند. پاسخهای والدین واکنشهای اجتماعی‌سازی هیجان حمایتگرانه و غیرحمایتگرانه آنان را نشان می‌دهد. واکنشهای حمایتگرانه شامل

1. Barkley Deficits in Executive Functioning Scale - Children and Adolescents
2. Time management
3. Organization
4. Problem solving
5. Self-restraint
6. Self-motivation
7. Self-regulation of emotions
8. Knouse
9. Murphy
10. Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES)
11. Fabes, Poulin, Eisenberg & Madden-Derdich

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

واکنش مسأله - محور[1]، هیجان- محور[2] و ترغیب و تشویق به ابراز[3] است. واکنشهای غیرحمایتگرانه شامل واکنش تنبیهی[4]، کوچک‌شماری یا کمینه‌سازی[5] و واکنش آشفتگی[6] است. نتایج پژوهشها پایایی بازآزمایی و درونی این مقیاس را در حد مناسب نشان داده‌اند (هربرت، هاروی، رابرتز، ویچوفسکی و لوگو-کاندلاس[7]، ۲۰۱۳). نتایج اعتباریابی این پرسشنامه بر پایه روش همسانی درونی در هر یک از خرده‌مقیاسهای پریشانی، واکنش تنبیهی، تشویق به ابراز، واکنشهای هیجان- محور، واکنشهای مسأله - محور و کوچک‌شماری یا نادیده گرفتن به‌ترتیب ۰/۶۵، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۸، ۰/۸۰ و ۰/۸۰ و نتایج بازآزمایی پس از سه هفته در هر یک از زیرمقیاسها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۹۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۸ به‌دست آمده است (کوثری، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر خرده‌مقیاسهای حمایتگرانه والدین مورد تحلیل قرار گرفت. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاسهای پریشانی ۰/۶۱، واکنشهای تنبیهی ۰/۷۶، تشویق به ابراز ۰/۷۹، واکنشهای مسأله - محور ۰/۸۵، واکنشهای هیجان - محور ۰/۸۱ و نادیده گرفتن ۰/۷۷ به‌دست آمده است.

۵) نظام درجه‌بندی مهارتهای اجتماعی گرشام و الیوت - فرم والدین[8]: نسخه والدین نظام درجه‌بندی مهارتهای اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰) به ارزیابی رفتارهایی می‌پردازد که ارتباط والد-کودک را متأثر می‌سازد. دارای دو خرده‌مقیاس مهارتهای اجتماعی[9] و رفتارهای مشکل‌آفرین[10] است. خرده‌مقیاس مهارتهای اجتماعی شامل چهل مورد است که علاوه بر سه عامل همکاری[11]، جرأت‌ورزی[12] و خودکنترلی[13]، به ارزیابی یک عامل تحت‌عنوان مسئولیت‌پذیری[14] نیز می‌پردازد. خرده‌مقیاس مهارتهای اجتماعی خود شامل سی مورد است و به ارزیابی رفتارهایی مانند همکاری (کمک به دیگران، تقسیم وسایل با آنها، تبعیت از قوانین و دستورالعملها)، جرأت‌ورزی (مانند کسب اطلاعات از دیگران، معرفی خود و پاسخ به اعمال دیگران) و خودکنترلی (پاسخ دادن مناسب به آزار و اذیت دیگران، رعایت نوبت و سازگاری در مجادله) می‌پردازد. نمره‌گذاری

1. Problem-focused
2. Emotion-focused
3. Expressive encouragement
4. Punitive Reactions
5. Minimization
6. Distress
7. Herbert, Harvey, Roberts, Wichowski, & Lugo-Candelas
8. The Social Skills Rating System (SSRS, Gresham & Elliott)
9. Social skills
10. Problem behaviors
11. Cooperation
12. Assertion
13. Self-control
14. Responsibility

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

نسخهٔ والدین و معلم به صورت مقیاس لیکرتی از صفر تا دو (صفر هرگز، یک گاهی اوقات و دو اغلب) انجام می‌شود و با جمع نمرات هر خرده‌مقیاس یک نمره کل به‌دست می‌آید. گرشام و الیوت (۱۹۹۰) اعتبار نسخهٔ والدین این نظام را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. شهیم (۱۳۷۸) اعتبار آن را در ایران ۰/۹۰ برآورد کرده است. آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۷ به‌دست آمده است.

یافته‌ها

اطلاعات ۱۹۱ کودک ۷ تا ۱۳ سال (با میانگین ۹/۶ و انحراف استاندارد ۲/۳) با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و والدین آنان در پژوهش حاضر مورد تحلیل قرار گرفت. جدول شماره ۱، شاخصهای توصیفی و همبستگی میان متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همبستگی واکنشهای حمایتگرانه با مهارتهای اجتماعی برابر با ۰/۲۱ و همبستگی میان نارسایی کارکردهای اجرایی و مشکلات اجتماعی برابر با ۰/۵۵- و معنادار بود.

برای آزمودن نقش تعدیل‌گر واکنشهای حمایتگرانه والدین در رابطهٔ میان کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی کودکان از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش سلسله مراتبی استفاده شده است (جدول ۲). تحلیل رگرسیون بدون توجه به نوع گروه (با و بدون اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی) انجام شد، زیرا متغیرها در مقیاس پیوسته مورد اندازه‌گیری قرار گرفته بودند و هر فرد با توجه به نمره کسب شده در نقطه‌ای بر روی یک پیوستار جای می‌گرفت. همچنین پیش از انجام دادن تحلیل متغیر واکنشهای حمایتگرانه، به‌عنوان متغیر تعدیل‌گر به یک متغیر دو مقوله‌ای واکنشهای حمایتگرانه پایین و بالا (صفر و ۱) تبدیل شد.

جدول ۱. شاخصهای توصیفی و همبستگی میان متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	۱	۲
۱	مهارتهای اجتماعی	۴۹/۶۴	۱۰/۶۲	۰/۱۶	۰/۵۸-		
۲	واکنشهای حمایتگرانه	۱۵/۵۴	۲/۸۹	۰/۵۱-	۰/۰۷	۰/۲۱***	
۳	نارسایی کارکردهای اجرایی	۱۴۴/۸۱	۴۵/۳۲	۰/۶۶	۰/۲۸	۰/۵۵***-	۰/۰۵-

*** سطح معناداری ۰/۰۰۱ **** سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ تعداد نمونه: ۱۹۱

در گام نخست تحلیل متغیر کارکردهای اجرایی وارد شد که مقدار آماره ($F(1,189)=82/10$، $P<0/001$) نشان می‌دهد و کارکردهای اجرایی به‌طور معنادار می‌توانند مهارتهای اجتماعی را پیش‌بینی کنند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

در گام دوم متغیر کارکردهای اجرایی و واکنشهای حمایتگرانه والدین همزمان وارد تحلیل شدند که نتایج نشان می‌دهد این دو متغیر به طور معناداری می‌توانند مهارتهای اجتماعی را پیش‌بینی کنند ($F(۲,۱۸۸) = ۴۷/۸۱$ ،$P<۰/۰۰۱$). در گام آخر نیز علاوه بر متغیرهای کارکردهای اجرایی و واکنشهای حمایتگرانه، تعامل این دو نیز وارد تحلیل شد که نتایج تحلیل رگرسیون ($F(۳,۱۸۷)=۳۳/۷۰$ ،$P<۰/۰۰۱$) معنادار بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مهارتهای اجتماعی بر نارسایی کارکردهای اجرایی و واکنشهای حمایتگرانه والدین

گام	منبع	SS	Df	MS	F	R^2 تعدیل شده	ΔR^2
۱	رگرسیون	۶۴۸۶/۷۷	۱	۶۴۸۶/۷۷	۸۲/۱۰***	۰/۳۰	۰/۳۰
	باقیمانده	۱۴۹۳۲/۴۴	۱۸۹	۷۹/۰۱			
	کل	۲۱۴۱۹/۲۱	۱۹۰				
۲	رگرسیون	۷۲۲۱/۱۱	۲	۳۶۱۰/۵۶	۴۷/۸۱***	۰/۳۳	۰/۰۳
	باقیمانده	۱۴۱۹۸/۱۰	۱۸۸	۷۵/۵۲			
	کل	۲۱۴۱۹/۲۱	۱۹۰				
۳	رگرسیون	۷۵۱۶/۳۱	۳	۲۵۰۵/۴۴	۳۳/۷۰***	۰/۳۴	۰/۰۱
	باقیمانده	۱۳۹۰۲/۹۰	۱۸۷	۷۴/۳۵			
	کل	۲۱۴۱۹/۲۱	۱۹۰				

*** سطح معناداری ۰/۰۰۱ **** سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ تعداد نمونه: ۱۹۱

ضرایب رگرسیونی کارکردهای اجرایی و تعامل میان کارکردهای اجرایی و واکنشهای حمایتگرانه (جدول ۳) نشان می‌دهد که تعامل میان کارکردهای اجرایی و واکنش حمایتگرانه معنادار است ($t=۱/۹۹$ ،$P<۰/۰۵$).

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

جدول ۳. ضرایب رگرسیونی متغیرهای پژوهش

گام	متغیر	B	SE	β	T
۱	عرض از مبدأ	۶۸/۳۱	۲/۱۶		۳۱/۶۵***
	کارکردهای اجرایی	-۰/۱۳	۰/۰۱	-۰/۵۵	-۹/۰۶***
۲	عرض از مبدأ	۵۷/۴۱	۴/۰۸		۱۴/۰۷***
	کارکردهای اجرایی	-۰/۱۳	۰/۰۱	-۰/۵۴	-۹/۱۰***
	واکنشهای حمایتگرانه	۰/۶۸	۰/۲۲	۰/۱۹	۳/۱۲**
۳	عرض از مبدأ	۸۰/۰۹	۱۲/۰۸		۶/۶۳***
	کارکردهای اجرایی	-۰/۲۹	۰/۰۸	-۰/۸۴	-۳/۴۹***
	واکنشهای حمایتگرانه	-۰/۷۸	۰/۷۷	-۰/۲۱	-۱/۰۲
	نارسایی کارکردهای اجرایی* واکنش حمایتگرانه	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۷۹	۱/۹۹*

*سطح معناداری ۰/۰۵ **سطح معناداری ۰/۰۱ ***سطح معناداری ۰/۰۰۱ تعداد نمونه: ۱۹۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مطالعه نقش تعدیل‌گر اجتماعی‌سازی هیجانات در رابطه میان کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی کودکان با و بدون اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی انجام پذیرفته است. همسو با یافته‌های کافلر و همکاران (۲۰۱۱، ۲۰۱۷، ۲۰۱۸)، فورنر[1] و همکاران (۲۰۱۷)، بانفورد و همکاران (۲۰۱۵)، رینسکی[2] و هینشاو (۲۰۱۱)، میلر و هینشاو (۲۰۱۰) و تسنگ و گاو[3] (۲۰۱۳)، نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد که کارکردهای اجرایی کودکان می‌توانند مهارتهای اجتماعی آنان را پیش‌بینی کنند و واکنشهای حمایتگرانه والدین می‌توانند رابطه میان کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی را تعدیل کنند. بنابراین می‌توان گفت در میان کودکان، والدینی که حمایتهای هیجانی بیشتری از آنان انجام می‌دهند، نقص در کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی رابطه‌ای ضعیف‌تری دارد. این یافته با نتایج سووج و همکاران (۲۰۱۱) هماهنگ است. به‌بیان‌دیگر راهبردهایی که والدین برای حمایت هیجانی از

1. Forner
2. Rinskey
3. Tseng & Gau

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

کودکان به‌کار می‌بندند (مانند راهبردهای هیجان- محور، مسأله- محور و تشویق به ابراز هیجان)، می‌توانند تا حدی ضعف آنان را در مهارتهای اجتماعی که ناشی از عوامل زیربنایی‌تر مانند نقص در کارکردهای اجرایی است، پوشش دهند و به‌مثابه یک عامل محافظتی در برابر این آسیبها عمل کنند. هرچقدر والدین از راهبردهای هیجانی حمایتی مثل راهبردهای مسأله- محور، هیجان- محور استفاده کنند و کودکان را تشویق کنند تا هیجانات خودشان را به روشهای سازنده ابراز کنند، زمینه را برای یادگیری راهبردهای مثبت در کودکان در مواجهه با موقعیتهای هیجانی به‌ویژه هیجانات منفی فراهم می‌کنند. به این ترتیب کودکان از نظر کفایت اجتماعی رشدی بهتر خواهند داشت و از بروز مشکلات رفتاری پیشگیری خواهد شد.

گاتمن، کاتز و هوون (۱۹۹۷) اعتقاد دارند که رفتار والدین را باورهای هیجان- محور، آگاهی و اهداف اجتماعی‌سازی خودشان هدایت می‌کنند که با عنوان فلسفه فرا- هیجان والدینی[1] نامیده می‌شود. پژوهشهای تجربی آغازین نشان داد که والدین بر اساس باور به فلسفه فرا- هیجان هدایتگری- هیجان[2] یا فلسفه فرا- هیجان نادیده‌گیری- هیجان[3] با یکدیگر تفاوت دارند. والدین با هدایتگری هیجان از هیجانات با شدت پایین در خودشان و دیگران آگاه هستند، ابراز مناسب هیجانات در کودکشان را ارزشمند می‌دانند و آن را تشویق می‌کنند و از راهبردهای مسأله- محور و هیجان- محور برای کمک به کودکشان بهره می‌گیرند تا هیجاناتشان را مدیریت کنند. در مقابل، نادیده گرفتن هیجان یا فلسفه فرا- هیجان تنبیه‌گر با آگاهی محدود از هیجانات، باورهای منفی نسبت به ابراز هیجانی و پاسخهای انتقادی، تنبیه‌گر و نامعتبرساز به ابراز هیجانی کودکان مشخص می‌شود (گاتمن، کاتز و هوون، ۱۹۹۷؛ کاتز و همکاران، ۲۰۱۲). والدین با فلسفه فرا- هیجان والدینی که هیجانات را نادیده می‌گیرند ممکن است تلاش کنند تا هیجانات کودک را با بیشترین سرعتی که ممکن است تغییر دهند و به کودک بیاموزند که هیجانات ناخوشایند بی‌اهمیت‌اند (جانسون[4]، ۲۰۱۵). هنگامی‌که والدین به هیجانات منفی کودکان اغلب با روش حمایتگرانه پاسخ دهند و از روشهای غیرحمایتگرانه کمتری استفاده کنند، کودکان بهتر قادر خواهند بود تا هیجانات خود را تنظیم کنند، کمتر پرخاشگری کنند، رفتارهای اجتماعی مناسب بیشتری نشان دهند و با همسالان روابط مثبت بیشتری داشته باشند (بلر[5] و همکاران، ۲۰۱۴؛ شوارک و بلاندن، ۲۰۱۵). یکی از مکانیسمهایی که راهبردهای والدین در پاسخ به هیجانات کودکان بر مهارتها و یا مشکلات احتمالی کودکان اثر می‌گذارد، مشاهده والدین و یا به عبارتی الگوسازی والدین است. خانواده نخستین بافتی است که کودکان برای بار اول یاد می‌گیرند چگونه هیجانات خود را بروز دهند، چگونه آن هیجانها را تفسیر و

1. Parental meta-emotion philosophy (PMEP)
2. Emotion-coaching
3. Emotion-dismissing
4. Johnson
5. Blair

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

چگونه آنها را مدیریت کنند (دنام، ۱۹۹۸) و این فرایند یادگیری از طریق مشاهده الگوها روی می‌دهد که می‌توان گفت این الگوها پدر و مادر هســـتند. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی[1] بندورا (۱۹۶۹) کودکان از یادگیری مشاهده‌ای در جهت کسب راهبردها برای تمرین زندگی استفاده می‌کنند. علاوه بر الگوسازی، واکنشهای والدین به هیجانات کودکان (مثبت و منفی) و نیز آموزش هیجان به صورت کلامی و صحبت در مورد هیجانات نیز فرصتهایی را برای اجتماعی‌سازی هیجانات برای کودکان خلق می‌کنند (آیزنبرگ و همکاران، ۱۹۹۸) و به این‌ترتیب زمینه برای رشد مهارتهای اجتماعی و مشکلات درونی‌ســـازی و برونی‌سازی کمتر ایجاد می‌شـــود (دنام، ۱۹۹۸؛ آیزنبرگ و همکاران، ۱۹۹۸؛ کاتز و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت والدینی که در برخورد با هیجانات منفی کودکانشان راهبردهای حمایتگرانه اتخاذ می‌کنند، زمینه را برای رشد هیجانی-اجتماعی آنان فراهم می‌سازند. این کار به‌مثابه یک عامل حفاظتی در برابر ویژگیهای فردی کودکان مانند ضعف در کارکردهای اجرایی عمل می‌کند و می‌تواند اثرات منفی این نقایص را در رشد مهارتهای اجتماعی آنان تا حدی جبران کند.

محدودیتها و پیشنهادهای پژوهش

اطلاعات به‌دست آمده در این پژوهش از گزارش والدین بوده است که سوگیری آنان می‌تواند جهت و شدت رابطه میان متغیرها را تحت‌تأثیر قرار دهد. بنابراین به‌کارگیری همزمان مقیاسهای خودگزارشی، گزارش معلم و استفاده از ابزارهای عملکردی نیز می‌تواند بر غنای ادبیات پژوهشی در این زمینه بیفزاید. پژوهش حاضر کودکان ۷ تا ۱۳ سال را شامل می‌شود که تعمیم نتایج آن به گروههای سنی دیگر را محدود می‌سازد. پژوهش حاضر به بررسی اثر تعدیل‌گر واکنشهای والدین به هیجانات کودکان در رابطه میان کارکردهای اجرایی و مهارتهای اجتماعی کودکان پرداخته اســـت، درحالی‌که متغیرهای دیگر مرتبط با والدین مانند مهارتهای تنظیم هیجان و رابطه زناشویی میان والدین نیز می‌تواند رابطه این متغیرها را تحت‌تأثیر قرار دهد و می‌تواند مورد توجه پژوهشگران در پژوهشهای آتی قرار گیرد. همچنین در پژوهش حاضر به اثرات احتمالی علائم نقص توجه و بیش‌فعالی بر نوع واکنشهای والدین و متغیرهایی که این ارتباط را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند پرداخته نشده است که همین موضوع می‌تواند از منظر پژوهشی از اهمیت بالایی برای پژوهشگران در آینده برخوردار باشد. توجه به متغیرهای مربوط به بافت خانواده مانند واکنشهای هیجانی والدین به رفتارها و هیجانات کودکان دچار اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و طراحی مداخلات معتبر در زمینه آموزش راهبردهای مقابله با هیجانات این کودکان می‌تواند هم از منظر پژوهشی و هم از منظر بالینی حائز اهمیت باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش راهبردهای مواجهه با هیجانات منفی کودکان به والدین به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی مداخلات درمانی و توانبخشی کودکان و نوجوانان در محیطهای آموزشـــی و بالینی مدنظر قرار گیرد و بسته‌های مداخله‌ای در این زمینه طراحی شوند.

1. Social learning theory

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

منابع

REFERENCES

زرگری‌نژاد، غزاله و یکه یزدان‌دوســـت، رخساره. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه تک موردی). *مطالعات روان‌شناختی*، ۳ (۲)، ۲۹-۴۸.

شـــهیم، سیما. (۱۳۷۸). بررســـی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر با استفاده از نظام درجه‌بندی مهارت اجتماعی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۴ (۱)، ۱۸-۳۷.

کرلینجر، فردریک نیکولز و پدهازر، الازار جی. (۱۹۷۳). *رگرســـیون چندمتغیری در پژوهش رفتاری*، ترجمه حســـن سرایی (۱۳۹۵). انتشارات سمت.

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

نورانی جورجاده، سیده رقیه؛ مشهدی، علی؛ طیبی، زهرا و خیرخواه، فرزان. (۱۳۹۵). اثر آموزش کارکردهای اجرایی مبتنی بر زندگی روزمره، بر کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نارســـایی توجه- بیش‌فعالی. *تازه‌های علوم شـــناختی*، ۱۸ (۱)، ۶۸-۷۸.

Alloway, T. P., Gathercole, S. E., Adams, A. M., Willis, C., Eaglen, R., & Lamont, E. (2005). Working memory and phonological awareness as predictors of progress towards early learning goals at school entry. *British Journal of Developmental Psychology, 23*(3), 417-426.

Bandura, A. (1969). *Social-learning theory of identificatory* processes. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 213-262). Chicago, IL: Rand McNally & Company.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*(1), 65-94.

_____. (2012). *Barkley Deficits in Executive Functioning Scale-Children and Adolescents (BDEFS-CA).* Guilford Press.

_____. (2015). Executive functioning and self-regulation viewed as an extended phenotype: Implications of the theory for ADHD and its treatment. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 405-434). The Guilford Press.

Bjørk, R. F., Havighurst, S. S., Pons, F., & Karevold, E. B. (2020). Pathways to behavior problems in Norwegian kindergarten children: The role of parent emotion socialization and child emotion understanding. *Scandinavian Journal of Psychology, 61*(6), 751-762.

Blair, B. L., Perry, N. B., O'Brien, M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2014). The indirect effects of maternal emotion socialization on friendship quality in middle childhood. *Developmental Psychology, 50*(2), 566-576.

Bunford, N., Brandt, N. E., Golden, C., Dykstra, J. B., Suhr, J. A., & Owens, J. S. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms mediate the association between deficits in executive functioning and social impairment in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(1), 133-147.

Coghill, D., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2012). Annual research review: Categories versus dimensions in the classification and conceptualisation of child and adolescent mental disorders-implications of recent empirical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(5), 469-489.

Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry, 13*(1), 28-35.

Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children*. New York, NY: Guilford Press.

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry, 9*(4), 241-273.

Fabes, R. A., Poulin, R. E., Eisenberg, N., & Madden-Derdich, D. A. (2002). The Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children's emotional competence. *Marriage & Family Review, 34*(3-4), 285-310.

Ferretti, N. M., King, S. L., Hilton, D. C., Rondon, A. T., & Jarrett, M. A. (2019). Social functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. *Yale Journal of Biology and Medicine, 92*(1), 29-35.

Forner, C. B., Miranda, B. R., Fortea, I. B., Castellar, R. G., Diago, C. C., & Casas, A. M. (2017). ADHD Symptoms and peer problems: Mediation of executive function and theory of mind. *Psicothema, 29*(4), 514-519.

Frick, P. J., & Nigg, J. T. (2012). Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 77-107.

Gardner, D. M., Gerdes, A. C., & Weinberger, K. (2019). Examination of a parent-assisted, friendship-building program for adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 23*(4), 363-373.

Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version. *BMC Psychiatry, 6*, Article 10.

Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Harrell, F. E. Jr. (2015). *Regression modeling strategies: With applications to linear models, logistic and ordinal regression, and survival analysis*. Springer.

Haskett, M. E., & Willoughby, M. (2007). Paths to child social adjustment: Parenting quality and children's processing of social information. *Child: Care, health and development, 33*(1), 67-77.

Helzer, J. E., Kraemer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine, 36*(12), 1671-1680.

Herbert, S. D., Harvey, E. A., Roberts, J. L., Wichowski, K., & Lugo-Candelas, C. I. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families of hyperactive preschool-aged children. *Behavior Therapy, 44*(2), 302-316.

Hinshaw, S. P. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annual Review of Clinical Psychology, 14*, 291-316.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. N., Gold, J. A., … Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 411-423.

Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*(S1), S16-S23.

Johnson, A. (2015). *Parental emotion socialisation and child temperament: Associations with clinic-referred conduct problems in early childhood.* (Master's thesis). University of Sydney.

Katz, L. F., Maliken, A. C., & Stettler, N. M. (2012). Parental meta-emotion philosophy: A review of research and theoretical framework. *Child Development Perspectives, 6*(4), 417-422.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(7), 980-988.

Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W. L., van Ijzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review, 31*(4), 240-278.

Kim, J. W., Kim, B. N., Kim, J. I., Lee, Y. S., Min, K. J., Kim, H. J., & Lee, J. (2015). Social network analysis reveals the negative effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms on friend-based student networks. *PloS one, 10*(11), e0142782.

King, K. A., Vidourek, R. A., & Merianos, A. L. (2016). Authoritarian parenting and youth depression: Results from a national study. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 44*(2), 130-139.

Knouse, L. E., Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2013). Does executive functioning (EF) predict depression in clinic-referred adults? EF tests vs. rating scales. *Journal of Affective Disorders, 145*(2), 270-275.

Kofler, M. J., Harmon, S. L., Aduen, P. A., Day, T. N., Austin, K. E., Spiegel, J. A., ... Sarver, D. E. (2018). Neurocognitive and behavioral predictors of social problems in ADHD: A Bayesian framework. *Neuropsychology, 32*(3), 344-355.

Kofler, M. J., Rapport, M. D., Bolden, J., Sarver, D. E., Raiker, J. S., & Alderson, R. M. (2011). Working memory deficits and social problems in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(6), 805-817.

Kofler, M. J., Sarver, D. E., Spiegel, J. A., Day, T. N., Harmon, S. L., & Wells, E. L. (2017). Heterogeneity in ADHD: Neurocognitive predictors of peer, family, and academic functioning. *Child Neuropsychology, 23*(6), 733-759.

Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research, 38*(1), 17-25.

Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., ... Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry, 17*(3), 282-293.

Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 139-157.

McQuade, J. D., & Breaux, R. P. (2017). Parent emotion socialization and pre-adolescent's social and emotional adjustment: Moderating effects of autonomic nervous system reactivity. *Biological Psychology, 1*30, 67-76.

Miller, M., & Hinshaw, S. P. (2010). Does childhood executive function predict adolescent functional outcomes in girls with ADHD? *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(3), 315-326.

Miller-Slough, R. L., Dunsmore, J. C., Zeman, J. L., Sanders, W. M., & Poon, J. A. (2018). Maternal and paternal reactions to child sadness predict children's psychosocial outcomes: A family-centered approach. *Social Development, 27*(3), 495-509.

Mrug, S., Molina, B. S. G., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(6), 1013-1026.

O'Connor, C., & McNicholas, F. (2020). What differentiates children with ADHD symptoms who do and do not receive a formal diagnosis? Results from a prospective longitudinal cohort study. *Child Psychiatry & Human Development, 51*(1), 138-150.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]

Parks, K. M. A., Cardy, J. E. O., Woynaroski, T. G., Sehl, C. G., & Stevenson, R. A. (2020). Investigating the role of inattention and/or hyperactivity/impulsivity in language and social functioning using a dimensional approach. *Journal of Communication Disorders, 89,* 106036.

Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie- SADS).* New York: New York State Psychiatric Institute.

Ray, A. R., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2017). Factors associated with healthy and impaired social functioning in young adolescents with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(5), 883-897.

Rinsky, J. R., & Hinshaw, S. P. (2011). Linkages between childhood executive functioning and adolescent social functioning and psychopathology in girls with ADHD. *Child Neuropsychology, 17*(4), 368-390.

Ros, R., & Graziano, P. A. (2018). Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(2), 213-235.

Schmidt, F. L. (1971). The relative efficiency of regression and simple unit predictor weights in applied differential psychology. *Educational and Psychological Measurement, 31*(3), 699-714.

Shewark, E. A., & Blandon, A. Y. (2015). Mothers' and fathers' emotion socialization and children's emotion regulation: A within-family model. *Social Development, 24*(2), 266-284.

Sonuga-Barke, E. J. S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD: A dual pathway model of behavior and cognition. *Behavioural Brain Research, 130*(1-2), 29-36.

Spinrad, T. L., Stifter, C. A., Donelan-McCall, N., & Turner, L. (2004). Mothers' regulation strategies in response to toddlers' affect: Links to later emotion self-regulation. *Social Development, 13*(1), 40-55.

Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. G. (2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry and Human Development, 46*(6), 951-966.

Suveg, C., Shaffer, A., Morelen, D., & Thomassin, K. (2011). Links between maternal and child psychopathology symptoms: Mediation through child emotion regulation and moderation through maternal behavior. *Child Psychiatry & Human Development, 42*(5), 507-520.

Thorell, L. B. (2007). Do delay aversion and executive function deficits make distinct contributions to the functional impact of ADHD symptoms? A study of early academic skill deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(11), 1061-1070.

Tseng, W. L., & Gau, S. S. F. (2013). Executive function as a mediator in the link between attention-deficit/hyperactivity disorder and social problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(9), 996-1004.

Wakschlag, L. S., Estabrook, R., Petitclerc, A., Henry, D., Burns, J. L., Perlman, S. B., ... Briggs-Gowan, M. L. (2015). Clinical implications of a dimensional approach: The normal: Abnormal spectrum of early irritability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(8), 626-634.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.1.1.7]