

مقایسه کودکان دارای اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی و عادی در دو مقوله هوش هیجانی و سبک‌های دلبستگی

بهروز بهروز*، شهرام علی‌آبادی^۱، فریبا یزدخواستی^۲، سعید ویسی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مشکلات و ناسازگاری‌های کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی لزوم توجه بیشتر به این اختلال را روشن‌تر می‌سازد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه هوش هیجانی و سبک دلبستگی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی با کودکان عادی بود.

مواد و روش‌ها: برای دستیابی به این هدف، از بین مدارس راهنمایی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ تعداد ۱۱ مدرسه (۱۱۲۴ دانش‌آموز) به صورت تصادفی انتخاب و پس از شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی (تعداد = ۱۲۰ نفر)، تعداد ۶۰ دانش‌آموز دارای ADHD (Attention deficit-hyperactivity disorder) با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس، پرسش‌نامه‌های هوش هیجانی شوت (SEIS) یا Schutte emotional intelligence scale و پرسش‌نامه پیوند والدینی (Parental bonding instrument یا PBI) Parker و همکاران را تکمیل کردند، همچنین روش پژوهش حاضر، تحلیلی از نوع علی - مقایسه‌ای (مقطعی) بوده و برای تحلیل داده‌ها از آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین زیر مقیاس‌های هوش هیجانی در کودکان عادی به ترتیب، در تنظیم هیجان و ابراز هیجانی و در کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی، ارزیابی هیجان‌ات دیگران و ابراز هیجانی بیشتر از سایر مؤلفه‌ها است. میانگین نمره دانش‌آموزان عادی در هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن از میانگین نمره دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی بیشتر است، به این معنی که در تمام این مقوله‌ها، بین دانش‌آموزان عادی و کمبود توجه - بیش‌فعال تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). میانگین نمره دانش‌آموزان عادی در مقوله‌های مراقبت با محبت مادر و مراقبت با محبت پدر، از میانگین نمره دانش‌آموزان مبتلا به کمبود توجه - بیش‌فعالی بیشتر بود ($P < 0/01$). همچنین، میانگین نمره دانش‌آموزان مبتلا به کمبود توجه - بیش‌فعالی از میانگین نمره دانش‌آموزان عادی در مقوله‌های کنترل مادر، کنترل پدر و سبک دلبستگی به طور کلی بیشتر می‌باشد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی و کودکان عادی از نظر مؤلفه‌های هوش هیجانی تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. کاربرد یافته‌های این پژوهش و محدودیت‌ها و پیشنهادهای آن مورد بحث قرار گرفته است.

کلید واژه‌ها: هوش هیجانی، سبک دلبستگی، اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی

ارجاع: بهروز بهروز، علی‌آبادی شهرام، یزدخواستی فریبا، ویسی سعید. مقایسه کودکان دارای اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی و عادی در دو مقوله هوش هیجانی و سبک‌های دلبستگی. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۱؛ ۸ (۶): ۱۰۴۴-۱۰۳۳.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱

* دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: Behrouz.psych64@yahoo.com

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران

مقدمه

از بین انواع اختلالات دوران کودکی، اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی (Attention deficit-hyperactivity disorder) یا ADHD) شایع‌ترین اختلال عصبی- رفتاری است (۱) که در سال‌های اخیر کانون توجه عمومی، علمی و بالینی بوده است (۲). کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر سه نشانه اساسی بی‌توجهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی (۳)، اغلب با عنوان تحریک‌پذیر، مداخله‌جو، پرجنب و جوش، نامرتب، پرخاشگر، پرتنش و هیجانی مشخص می‌شوند و دارای انواع مشکلات ثانویه دیگر می‌باشند. مهم‌ترین این مشکلات عبارتند از: سطح پایین کارآمدی تحصیلی، سطح پایین حرمت خود، تضادورزی، رفتارهای ضد اجتماعی، طردشدگی از سوی همسالان، اختلال‌های روابط خانوادگی، نارسایی‌های خاص شناختی و فراشناختی، نارسایی‌های خاص حسی- حرکتی و مشکلات خواب (۴).

در (Diagnostic and statistical manual) DSM-IV-TR اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی به عنوان الگوی پایدار عدم توجه و تکانشگری تعریف شده است و در واقع نوعی اختلال مزمن شدید در تحول روانی می‌باشد (۱) و بر اساس آن متخصصان بهداشت روان (روان‌پزشک و روان‌شناس) باید حداقل ۶ رفتار از ۹ رفتار مشکل‌ساز را در کودک تأیید کنند تا تشخیص اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی داده شود. نشانه‌ها باید استمرار داشته باشند (۶ ماه) و نخستین بار بعد از ۳ سالگی و قبل از ۷ سالگی شروع شوند (۵) و دفعات و فراوانی این نشانه‌ها بیش از دفعات و فراوانی آن‌ها در کودکانی باشد که از لحاظ تقویمی و عقلی هم سن کودک محسوب می‌شوند، ولی رفتارها باید در تمام موقعیت‌ها رخ بدهند (خانه، مدرسه و موقعیت‌های اجتماعی)، یعنی رفتار باید فراگیر بوده و گویای یک اختلال بالینی قابل توجه باشد. این رفتارها نباید معلول مشکلات پزشکی، اختلالات روانی یا اختلالات یادگیری باشند (۶). آمار نشان می‌دهد که به طور تقریبی ۳ تا ۵ درصد از کودکان سن مدرسه را در برمی‌گیرد (۷)؛ به طوری که در ۵۰ درصد از کودکان مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی مشهود

است (۸، ۹). میزان بروز در پسرها بیشتر از دخترها و با نسبتی بین ۲ بر ۱ تا ۹ بر ۱ می‌باشد (۵). پژوهش‌های دهه‌های اخیر حاکی از آن است که اغلب نشانه‌ها تا پایان کودکی و نوجوانی و در ۶۰ درصد از موارد به ویژه مشکلات بی‌توجهی، تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (۱۱، ۱۰). شیوع این اختلال در کودکان ایرانی ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه‌ای بین ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است (۱۲) و ۳۳ درصد از مراجعین به کلینیک‌های توان‌بخشی و روان‌شناختی در ایران را به خود اختصاص می‌دهد (۱۳).

تحقیقات نشان می‌دهند که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی از لحاظ میزان تحرک، تکانشگری و عدم توجه با کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری و کودکان مبتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی تفاوت دارند (۱۴). در حال حاضر، بسیاری از پژوهشگران نارسایی بنیادی در قلمرو بازداری رفتاری را عامل اصلی در نظر می‌گیرند و مشکلات انحراف یا حفظ توجه را در مرتبه دوم اهمیت قرار می‌دهند (۶، ۴). در DSM-IV-TR، چهار ریخت متفاوت کمبود توجه- بیش‌فعالی بر مبنای وجود یا فقدان نشانه‌های بی‌توجهی و فزون‌کنشی- برانگیختگی متمایز گردیده است. ریخت مختلط (با توجه به وجود همزمان نشانه‌های بی‌توجهی و فزون‌کنشی- برانگیختگی مشخص می‌شود)، ریخت غلبه با بی‌توجهی (هنگامی که نشانه‌های بی‌توجهی وجود دارند، اما با فقدان نشانه‌های فزون‌کنشی- برانگیختگی مواجه هستیم)، ریخت غلبه با فزون‌کنشی- برانگیختگی (بر اساس وجود نشانه‌های فزون‌کنشی- برانگیختگی و فقدان نشانه‌های بی‌توجهی مشخص می‌شود). افزون بر این در DSM-IV-TR، یک مقوله نیز به تشخیص اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی تصریح نشده (Not otherwise specified یا NOS)، اختصاص داده شده است (۵، ۴).

عوامل سببی بسیار متنوعی برای اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی مطرح شده است. با وجود این، هیچ متغیری را به تنهایی نمی‌توان عامل تکوین و پیدایش آن دانست. در واقع، محتاطانه‌ترین راه آن است که اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی را مسیر مشترک و نهایی برخی از رویدادهای

پرسش‌نامه‌های مطلوب که به سنجش و نمره‌دهی هوش هیجانی می‌پردازد، پرسش‌نامه Schutt می‌باشد که ۶ مؤلفه در هوش هیجانی ارایه می‌دهد. ۱- ارزیابی هیجان‌ات خود، ۲- شناخت فرد از هیجان‌ات دیگران، ۳- ابراز هیجان، ۴- تنظیم هیجان‌ات، ۵- سودمندی هیجان‌ات در حل مسأله و ۶- تنظیم هیجانی دیگران (۲۰).

نظریه‌پردازان هیجان اذعان می‌کنند که سازماندهی‌های هیجانی (صفت و جهت‌گیری) به طور اساسی ریشه در دلبستگی و تجربیات اجتماعی‌سازی هیجانی دارد (۲۱). مطالعات انجام شده درباره سبک دلبستگی در طول دهه گذشته، اطلاعات جامع و گسترده‌ای از تفاوت‌های فردی در فرایندهای شناختی و عاطفی مرتبط با توانایی‌های هوش هیجانی ارایه کرده است. به نظر می‌رسد که هوش هیجانی شاخص خوبی برای همبسته‌های هیجانی سبک‌های مختلف دلبستگی شامل سبک دلبستگی ایمن (Secure attachment style)، نایمن- اجتنابی (Avoidant) و نایمن- دوسوگرا (Ambivalent) باشد (۲۲). همچنین پژوهش‌های متعدد، رابطه بین سبک‌های دلبستگی و آسیب‌های رفتاری و هیجانی را در دوران کودکی و نوجوانی بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش‌ها به طور کلی نشان دهنده اهمیت انکارناپذیر سبک‌های دلبستگی به عنوان یک عامل اساسی در سلامت روانی افراد است (۲۳).

دلبستگی (Attachment) پیوند عاطفی به نسبت پایداری است که بین کودک و یا تعداد بیشتری از افرادی که کودک در تعامل منظم دایمی با آن‌ها است، ایجاد می‌شود. رفتارهای دلبستگی با ترس، تهدید، بیماری یا خستگی راه‌اندازی می‌شوند و به عنوان هر نوع رفتاری که نتیجه آن بازیافتن یا حفظ تماس با نگاره دلبستگی (Attachment figure) است، تعریف شده‌اند (۲۴). Bowlby برای اولین بار آن را از کردارشناسی طبیعی وام گرفت و در آن نشان داد که دلبستگی کودک به مادر تنها در جهت برآورده شدن نیازهای تغذیه‌ای نمی‌باشد (۲۴).

به دنبال پژوهش‌های Bowlby و Ainsworth (به نقل از van den Dries و همکاران) (۲۵)، سه سبک دلبستگی ایمن (Secure attachment style)، دلبستگی نایمن-

سبب‌شناسی احتمالی دانست که بیشتر شبیه به دیگر ناتوانایی‌های رشدی است. به طور کلی، متغیرهای عمده سببی را که شناسایی شده‌اند می‌توان تحت عنوان عوامل عصبی، واکنش‌های سمی، عوامل زیستی و محیطی (روانی- اجتماعی) مقوله‌بندی کرد (۱۵).

پژوهش‌های انجام شده در مورد هوش هیجانی نشان داده‌اند که هوش هیجانی عامل مؤثر و تعیین کننده‌ای در برآیندهای زندگی واقعی مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، موفقیت در شغل و روابط بین شخصی و به طور کلی در کنش‌وری سلامت جسمانی و روانی می‌باشد (۱۷، ۱۶). بسیاری از والدین، دانشمندان و پژوهشگران در سراسر دنیا با افزایش مشکلات رفتاری و هیجانی از اعتماد به نفس پایین تا اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان آموزش مهارت‌های لازم در زمینه هوش هیجانی را به آن‌ها ضروری می‌دانند. این مهارت‌ها منجر به افزایش انطباق و احتمال بیشتر موفقیت حتی در موقعیت‌های با عوامل خطرآفرین جدی خواهد شد (۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هوش هیجانی (Emotional intelligence یا EI) بیش از هوش‌بهر (Intelligence quotient یا IQ) پیش‌گویی کننده موفقیت فرد در زندگی است، افرادی که دارای کفایت هیجانی بالا هستند، مهارت‌های اجتماعی بهتر، روابط درازمدت پایاتر و توانایی بیشتری برای حل تعارضات دارند. اگر چه انسان‌ها به دلایل سرشتی و ژنتیکی در تنظیم و ابراز هیجان‌ات متفاوت هستند، اما یادگیری از طریق آموزش می‌تواند موجب افزایش توانایی‌ها و مهارت افراد در هر سطحی که هستند، شود. کودکان با کفایت هیجانی بهتر، توانایی بیشتری برای تمرکز بر مشکل و استفاده از مهارت حل مسأله دارند که موجب افزایش توانایی‌های شناختی آنان خواهد شد (۱۶).

هوش هیجانی (Emotional intelligence) مجموعه‌ای از قابلیت‌ها، توانایی‌ها و مهارت‌ها است که فرد را برای سازگاری با محیط و کسب موفقیت در زندگی آماده می‌سازد و نوعی ظرفیت ادراک، بیان، فهم، کاربرد و مدیریت هیجان‌های خود و دیگران است. این مفهوم، برای نخستین بار توسط Mayer و همکاران (۱۹) مطرح شد. یکی از

هیجانی و رابطه آن با متغیرهای دیگر، می‌توان به تحقیقات زیر اشاره کرد که در آن‌ها رابطه هوش هیجانی با سبک‌های دلبستگی مورد بررسی قرار گرفته است.

Bar-On و Parker (۳۰) دریافتند، کودکانی که رابطه دلبستگی ایمن داشته‌اند، از نظر هیجانی خود را بیان می‌کنند، درک بهتری از هیجان‌ها دارند و در مقایسه با کودکان نایمن، در تنظیم هیجان دارای توانایی بیشتری هستند و میزان به نسبت بالای هوش هیجانی، یکی از خصایص افرادی است که رابطه دلبستگی ایمن داشته‌اند. Kafetsios (۳۱) نشان داد، دلبستگی ایمن با چهار مقیاس هوش هیجانی، همبستگی مثبت دارد و دلبستگی نایمن، همبستگی منفی با ادراک هیجانی دارد. همچنین، نشان داد دلبستگی و تأیید اجتماعی پیش‌بینی کننده هوش هیجانی و سلامت عمومی می‌باشند و در مجموع، افراد دلبسته ایمن نمرات بالاتری نسبت به افراد دلبسته نایمن در هوش هیجانی دارند. نتایج مطالعه Kirkorian (۳۲) حاکی از رابطه بین نوع دلبستگی و زیر مجموعه‌های هوش هیجانی و تأثیر جنس بر هوش هیجانی بود. همچنین Bekendam (۳۳) نشان داد، کسانی که از دلبستگی ایمن برخوردار بودند، سبک‌های تنظیم هیجان‌های سازش یافته داشتند و در ارتباطات بین فردی از همدلی برخوردار بودند و آشفته‌گی فردی ناچیزی در آن‌ها دیده شد. در مقابل کسانی که از دلبستگی نایمن برخوردار بودند، از سبک‌های تنظیم هیجانی سازش نایافته بهره می‌جستند، دچار ذهنی آشفته، ناتوانی هیجانی و کم‌بهره از همدلی بودند.

نتایج مطالعه Fullam (۳۴) نشان می‌دهد که افراد با دلبستگی ایمن در شمار متعددی از وظایف و ارتباطات شامل: ارتباطات بین فردی، حل مشکلات اجتماعی، مواجهه با تنیدگی‌ها، سلامت جسمانی و روانی بسیار متعدد موفق می‌باشند. Hundert و Lantieri (به نقل از Troisi و همکاران) (۳۵) نشان دادند، خصایص ناتوانی هیجانی در کسانی که از الگوهای دلبستگی نایمن برخوردارند، دیده می‌شود. همچنین Kim (۳۶) در پژوهشی نشان داد، دلبستگی ایمن با هوش هیجانی رابطه مثبت دارد و سبک‌های دلبستگی نایمن - اجتنابی و نایمن - دوسوگرا با

اجتنابی (Avoidant) و دلبستگی نایمن - دوسوگرا (Ambivalent) تشخیص داده شد. دلبستگی ایمن با ویژگی‌های ارتباطی مثبت شامل صمیمیت و خرسندی، دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین‌تری از صمیمیت و تعهد و دلبستگی دوسوگرا با شور و هیجان و دل‌مشغولی در مورد روابط همراه با خرسندی کم، مرتبط است. Ainsworth (به نقل از Moran و Morley)، این سه سبک دلبستگی مادر - کودک را جهان‌شمول دانسته است (۲۶). سبک‌های دلبستگی افراد تعیین کننده اصول عاطفی، شناختی و راهبردهایی است که واکنش‌های هیجانی را در افراد و روابط بین شخصی هدایت می‌کند (۲۷). انتظارات کودک درباره حساسیت (Sensitivity)، در دسترس بودن (Accessibility) و پاسخگو بودن (Responsiveness) مراقب اولیه به شکل‌گیری تفاوت‌هایی در نوع دلبستگی نوزاد به مراقب منجر می‌گردد و به واسطه این عوامل کودک به تدریج الگوهایی از خود و دیگران را درون‌سازی می‌کند که در دیدگاه دلبستگی به آن‌ها الگوهای درون‌کاری (Internal working models) می‌گویند (۲۸). به کمک همین الگوهاست که شخص وقایع را درک و تفسیر، حوادث را پیش‌بینی و طرح‌هایی را بنا می‌کند. این سازه‌های شناختی نماینده‌های خود (Model of self) و دیگری (Model of others) در ارتباطات محسوب می‌شوند که در ابتدا ناهشیار هستند و سپس به آینده منتقل می‌شوند و در روابط بعدی فرد با دیگران تأثیر می‌گذارند (۲۶).

به عقیده Bowlby، بسیاری از اشکال روان‌آزردگی‌ها و اختلالات رفتاری و هیجانی نتیجه محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا بی‌ثباتی رابطه کودک با چهره دلبستگی است. وی به وضوح پیش‌بینی کرده است که مختل شدن رابطه دلبستگی به ایجاد اضطراب، بی‌اعتمادی و اختلالات رفتاری متعدد در کودک منجر خواهد شد (۲۴). بر اساس این نظریه زمانی که کودک تجسم‌های منفی از خود و دیگران نشان می‌دهد یا زمانی که راهبردهای غیر واقع‌بینانه‌ای را برای پردازش افکار و احساسات مربوط به دلبستگی اتخاذ می‌کند، در مقابل آسیب‌های روانی و اختلالات رفتاری آسیب‌پذیرتر می‌شود (۲۹). با توجه به جوان بودن بحث هوش

برخوردار هستند. دانش‌آموزان نارساخوان، دارای سبک دلبستگی نایمن- اجتنابی و دانش‌آموزان مبتلا به اختلال رفتاری، دارای سبک نایمن- دوسوگرا بودند. امیری (۴۷) نشان داد، بین کیفیت دلبستگی کودک- مادر با علایم اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی با متغیر میانجی شدت افسردگی کودک و شدت افسردگی مادر با علایم اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی با متغیر میانجی مشکلات رفتاری کودک، رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. کیفیت دلبستگی کودک- مادر با شدت افسردگی کودک رابطه مستقیم و منفی و با شدت افسردگی مادر، رابطه معنی‌داری به دست نیامد. پژوهش قنبری و همکاران (۴۸) نشان داد، بین دلبستگی ایمن و هوش هیجانی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. سبک دلبستگی نایمن- دوسوگرا و سبک دلبستگی نایمن- اجتنابی نیز با هوش هیجانی رابطه معکوس و معنی‌داری داشتند و نتایج مطالعه پیوسته‌گر و همکاران (۴۹) نیز نشان داد که سبک دلبستگی ایمن با آسیب‌پذیری روانی، همبستگی مثبت و سبک‌های اجتنابی و دوسوگرا همبستگی منفی دارند. با توجه به این‌که ارتباط هوش هیجانی و سبک‌های دلبستگی پیش‌تر توصیف شد و از آن‌جا که تاکنون در هیچ پژوهشی به مقایسه هوش هیجانی و سبک دلبستگی در بین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی و عادی پرداخته نشده است و تنها به ارتباط هوش هیجانی با سبک دلبستگی (آن هم در سنین بزرگسالی) توجه گردیده است، بنابراین انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با هدف، مقایسه کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی و عادی در دو مقوله هوش هیجانی و سبک دلبستگی انجام شد. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش‌ها، می‌توان چنین فرض کرد که هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و سبک دلبستگی کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی و عادی متفاوت است.

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر، جامعه آماری را کلیه دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹

هوش هیجانی دارای همبستگی منفی هستند. Beckendam، در بررسی رابطه ابعاد هوش هیجانی و کیفیت دلبستگی در گروهی ۱۶۷ نفره که دچار اختلالات رفتاری بودند، دریافت که دلبستگی ایمن با سبک‌های منظم هیجانی، همدلی، ناراحتی شخصی، نقصان در همدلی و وجود ناراحتی هیجانی مرتبط است (۳۳). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بین دلبستگی ایمن با خودکارآمدی اجتماعی، سازگاری بالاتر در کودکان و سلامت روان رابطه وجود دارد (۳۸، ۳۷). پژوهش Clarke و همکاران (۳۹) نشان داد که کودکان با اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی به احتمال بیشتری نسبت به افراد گروه گواه بازنمایی‌های دلبستگی نایمن دارند. کودکان با بازنمایی‌های دلبستگی نایمن به طور کلی برای ناسازگاری مستعد هستند (۴۰). شواهدی دال بر ارتباط دلبستگی با الگوهای تنظیم هیجانی وجود دارد. کودکانی که ایمنی بیشتری دارند، از راهبردهای مقابله‌ای سازنده‌تری مانند کمک گرفتن از دیگران و حل مسأله استفاده می‌کنند (۴۱). همچنین دلبستگی ایمن با خلق مثبت، بیشتر و خلق منفی، کمتر در تعاملات روزانه در ارتباط است (۴۲).

پیرامون رابطه دلبستگی با حیطه روابط با دوستان، نتایج متفاوتی وجود دارد. تحقیقات بر روی کودکان ۸ تا ۱۱ ساله‌ای که دلبستگی ایمن به والدین دارند و بیشتر در میان همسالان محبوب هستند، انجام شده است. نتایج این تحقیقات نشان می‌دهند، کودکانی که به مادرانشان بیشتر دلبسته هستند از طرف همسالان بیشتر دوست داشتنی و کمتر طرد می‌شوند (۴۳). در مطالعه Verschuere و Marcoen (۴۴) بین دلبستگی با محبوبیت در میان همسالان و با پدر (دلبستگی پدر- کودک) رابطه وجود داشت، اما با دلبستگی مادر- کودک رابطه‌ای یافت نشد. مطالعه Lieberman و همکاران (۴۵) هیچ رابطه‌ای بین دلبستگی و محبوبیت میان همسالان نشان نداد. Yunger و همکاران (۳۷) در پژوهشی نشان دادند، کودکان دلبسته ایمن، مشارکت و همکاری اجتماعی بیشتری با همسالان دارند. پژوهش باعزت و همکاران (۴۶) نشان داد که دانش‌آموزان دارای نارساخوانی و اختلال رفتاری در مقایسه با دانش‌آموزان عادی از سبک دلبستگی نایمن

پرسش‌نامه کاملاً تشریح شده بود، به آنان ارایه گردید و ۳ تا ۵ روز بعد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری شدند. مقیاس درجه‌بندی Connors (فرم معلم) دارای ۳۹ سؤال و در طیف لیکرت می‌باشد و ۳ حیطه (رفتار کلاسی، شرکت در گروه و نگرش به مراجع قدرت) را می‌سنجد. سازنده آن پایایی بازآزمایی فرم معلم این مقیاس را در طول یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و پایایی بین نمره‌گذاری معلمان را ۰/۷۰ گزارش کرده است. ضرایب Cronbach's alpha برای این مقیاس بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۵۰). پایایی این مقیاس در هنجاریابی ایرانی توسط شهیم و همکاران با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۸ برای رفتار کلاسی تا ۰/۸۲ برای نگرش به مراجع قدرت متغیر بود. ضرایب Cronbach's alpha برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۸۶ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ متغیر بود (۵۱).

مقیاس پیوند والدینی دارای ۲۵ سؤال می‌باشد. این مقیاس نخستین بار به وسیله Parker و همکاران معرفی شد و گزارش‌های گذشته‌نگر افراد را در مورد کیفیت روابط عاطفی آن‌ها در دوران کودکی با هر یک از والدین در طول ۱۶ سال اول زندگی می‌سنجد. آزمودنی‌ها با توجه به نمرات خود به ۴ گروه تقسیم شدند: ۱. گروه فرزندپروری بهینه (مراقبت بالا - کنترل پایین)، ۲. گروه کنترل کننده با محبت (مراقبت بالا - کنترل بالا)، ۳. گروه کنترل کننده بدون محبت (مراقبت پایین - کنترل بالا) و ۴. گروه فرزندپروری طرد کننده (مراقبت پایین - کنترل پایین). مؤلفین این پرسش‌نامه پایایی بازآزمایی یک ماهه را به میزان ۰/۷۶ و ۰/۸۳ به ترتیب برای مقیاس‌های محافظت و مراقبت، گزارش کرده‌اند. روایی آن برای مقیاس مراقبت ۰/۷۶ و برای محافظت ۰/۶۳ و همچنین Cronbach's alpha مراقبت والدین ۰/۹۳ و محافظت والدین ۰/۸۷ ذکر شده است (۵۲). از زمان ساخت این مقیاس نتایج قابل قبولی از لحاظ اعتبار و پایایی آن گزارش شده است و طبق نتایج به دست آمده از تحلیل عامل به شیوه‌های مؤلفه اصلی این پرسش‌نامه در ایران، نتایج از یک وضعیت محتوایی چهار عاملی حمایت کرده و اعتبار و

تشکیل دادند. ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش، ۱۱ مدرسه راهنمایی پسرانه (۱۱۲۴ دانش‌آموز) به عنوان نمونه و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. بعد از شناسایی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی (۱۲۰ نفر)، تعداد ۶۰ نفر از این کودکان، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و ۶۰ نفر دانش‌آموز بدون اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی از همان مدارس نیز در جایگاه گروه شاهد در نظر گرفته شدند. در این پژوهش از روش علی - مقایسه‌ای با روش Cross-sectional برای مقایسه این دو گروه از کودکان در دو مقوله هوش هیجانی و سبک دلبستگی استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از آزمون t استفاده گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: اعلام رضایت والدین برای شرکت در پژوهش از طریق تکمیل فرم رضایت، تحصیل در پایه راهنمایی پسرانه، دریافت تشخیص قطعی اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی بر اساس مصاحبه و نظر روان‌شناس بالینی، تمایل خود آزمودنی برای شرکت در پژوهش، سکونت در کرمانشاه و تکلم به زبان همان جا (فارسی و کردی) بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: داشتن و ابتلای به هر گونه بیماری طبی عمومی قبل از مطالعه و در حین آن، دریافت تشخیص هر گونه اختلال روان‌شناختی محرز از جمله افسردگی و اضطراب و ... قبل و در حین مطالعه بر اساس نظر روان‌شناس بالینی و دریافت روان‌درمانی یا دارودرمانی بود. در خصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت‌نامه و دادن آگاهی‌های لازم به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد و از هر گونه سوءاستفاده محفوظ خواهد ماند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس درجه‌بندی Connors (فرم معلم) (CTRS) یا (Conners's teacher rating scale)، مقیاس پیوند والدینی (Parental bonding inventory یا PBI) و مقیاس هوش هیجانی Schutt's بودند.

معلمانی که از ۱ تا ۱۸ سال سابقه تدریس داشتند، این کودکان را با استفاده از فرم ویژه معلم ارزیابی کردند. برای این منظور با مراجعه به مدارس و جلب همکاری معلمان، پرسش‌نامه‌ها همراه با نامه‌ای که در آن اهمیت تکمیل دقیق

($0/50$) را ارایه داد (20). در پژوهش محمدی و غرابی هوش هیجانی کل با سه مقیاس خود به ترتیب $0/80$ ، $0/74$ و $0/69$ همبستگی را نشان داد (55). بشارت (به نقل از امینی و همکاران) نیز در فرم فارسی این مقیاس Cronbach's alpha آن را در دو نوبت با فاصله دو هفته $0/83$ محاسبه کرد که حاکی از پایایی باآزمایی رضایت‌بخش مقیاس بود (56).

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ نشان داد که در زیر مقیاس‌های هوش هیجانی در کودکان عادی به ترتیب میانگین از بیشترین به کمترین عبارت است از تنظیم هیجان، ارزیابی هیجانات دیگران، تنظیم هیجانی دیگران، سودمندی هیجان در حل مسأله، ارزیابی هیجانات خود و ابراز هیجانی، ولی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی به ترتیب میانگین از بیشترین به کمترین عبارت است از ارزیابی هیجانات دیگران، تنظیم هیجانی، تنظیم هیجانات دیگران، سودمندی هیجانات در حل مسأله، ارزیابی هیجانات خود و ابراز هیجانی. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره دانش‌آموزان عادی در مقوله‌های ارزیابی هیجانات خود، ابراز

پایایی (دامنه $0/72$ تا $0/85$) این پرسش‌نامه در حد مطلوبی گزارش شده است (53). همچنین در پژوهش حاضر، Cronbach's alpha این پرسش‌نامه برای مقیاس مراقبت $0/74$ و برای محافظت $0/78$ به دست آمد. در آخر مقیاس هوش هیجانی Schutt's که یک ابزار خودگزارش‌دهی با ۳۳ سؤال است، اجرا شد. این مقیاس بر اساس نظریه هوش هیجانی Mayer و همکاران (19) با هدف ارزیابی، تشخیص، فهم و چگونگی تنظیم هیجانات در خود و دیگران ساخته شده است. آزمودنی‌ها باید در طیف لیکرت به صورت کاملاً مخالفم (1) تا کاملاً موافقم (5) به همه ماده‌های مقیاس پاسخ دهند. Schutt و همکاران (به نقل از Ciarrochi) همسانی درونی را از $0/87$ تا $0/90$ گزارش کرده‌اند. این مقیاس به صورت گسترده برای ارزیابی میزان هوش هیجانی افراد مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (54) و در هنجاریابی ایرانی آن بر روی نوجوانان به وسیله خسروجاوید، پایایی مقیاس هوش هیجانی کل بر مبنای آلفای درونی $0/81$ به دست آمد. تحلیل عامل مقیاس با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، سه عامل تنظیم هیجانی ($0/81$)، ارزیابی و ابراز هیجان ($0/68$) و بهره‌برداری از هیجان

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد هوش هیجانی کودکان عادی و کمبود توجه- بیش‌فعال و مؤلفه‌های آن

مؤلفه‌های هوش هیجانی	گروه‌ها	*Df	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
ارزیابی هیجانات خود	**ADHD	58	6/72	1/40	3/65	0/01
	عادی	58	7/67	1/49		
ارزیابی هیجانات دیگران	ADHD	58	23/48	3/86	2/33	0/05
	عادی	58	22/08	2/60		
ابراز هیجانی	ADHD	58	4/75	2/01	4/80	0/01
	عادی	58	6/60	1/60		
تنظیم هیجانی	ADHD	58	16/43	1/89	19/89	0/01
	عادی	58	25/78	3/23		
سودمندی هیجانات در حل مسأله	ADHD	58	8/28	2/86	11/1	0/01
	عادی	58	13/05	2/08		
تنظیم هیجانی دیگران	ADHD	58	9/9	1/90	13/2	0/01
	عادی	58	15/05	2/32		
هوش هیجانی کل	ADHD	58	70/52	6/23	17/16	0/01
	عادی	58	89/23	5/73		

*Df: Degrees of freedom

**ADHD: Attention deficit-hyperactivity disorder

دلبستگی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی با کودکان عادی بود. اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی، یک اختلال عصبی- رشدی است که با سه ویژگی اصلی یعنی، کمبود توجه- بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف می‌شود و بر ۳ تا ۵ درصد کودکان اثر می‌گذارد (۱). پژوهش‌های دهه‌های اخیر نشان می‌دهند که اغلب نشانه‌ها تا پایان کودکی و نوجوانی و در ۶۰ درصد از موارد به ویژه مشکلات بی‌توجهی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (۱۱، ۱۰). شیوع این اختلال در کودکان ایرانی ۷ تا ۱۲ ساله در دامنه‌ای بین ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است (۱۲). گستردگی و فراگیر بودن اختلال بر اهمیت بررسی و کند و کاو بیشتر می‌افزاید. مطابق الگوی کارکردهای اجرایی Barkley (۹)، کودکان مبتلا به این اختلال، در کارکرد اجرایی دچار نقص رشد هستند. همان طور که نتایج پژوهش نشان داد، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی در اکثر مؤلفه‌های هوش هیجانی از جمله مقوله‌های ارزیابی هیجانات خود، ابراز هیجانی، تنظیم هیجانی، سودمندی هیجانات در حل مسأله و هوش هیجانی کلی دارای عملکرد ضعیف‌تری بودند که با نظر Barkley همخوان است. این یافته با نتایج پژوهش هاشمی نصرت‌آباد (۵۷) که نشان داد کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی در کارکردهای اجرایی، خودتنظیمی هیجان و انگیزش مشکل و نارسایی بیشتری دارند؛ همسو

هیجانی، تنظیم هیجانی، سودمندی هیجانات در حل مسأله، هوش هیجانی کلی، از میانگین نمره دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی بیشتر است و در تمام این مقوله‌ها، بین دانش‌آموزان عادی و مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین بر اساس جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین نمره دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی از میانگین نمره دانش‌آموزان عادی در مقوله ارزیابی هیجانات دیگران بیشتر است ($P < 0/05$).

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره دانش‌آموزان عادی در مقوله‌های مراقبت با محبت مادر و مراقبت با محبت پدر، از میانگین نمره دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی بیشتر است و در این مقوله‌ها، بین دانش‌آموزان عادی و اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$).

همچنین، بر اساس جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین نمره دانش‌آموزان اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی از میانگین نمره دانش‌آموزان عادی در مقوله‌های کنترل مادر، کنترل پدر و سبک دلبستگی به طور کلی بیشتر است ($P < 0/01$).

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه هوش هیجانی و سبک

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دلبستگی کودکان عادی و کمبود توجه- بیش‌فعالی و مؤلفه‌های آن

مؤلفه‌های سبک دلبستگی	گروه‌ها	*Df	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی‌داری
مراقبت با محبت مادر	**ADHD	۵۸	۲۰/۸۳	۴/۲۵	۵/۴۳	۰/۰۱
	عادی	۵۸	۲۴/۲۰	۲/۱۶		
مراقبت با محبت پدر	ADHD	۵۸	۱۶/۶۷	۴/۵	۱۱/۵۱	۰/۰۱
	عادی	۵۸	۲۴/۵۰	۲/۸۸		
کنترل مادر	ADHD	۵۸	۲۱/۵۲	۳/۳۶	۱۵/۹۳	۰/۰۱
	عادی	۵۸	۱۲/۶۰	۲/۸۴		
کنترل پدر	ADHD	۵۸	۲۱/۰۵	۴/۰۵	۱۱/۳۵	۰/۰۱
	عادی	۵۸	۱۱/۳۵	۳/۱۸		
سبک دلبستگی	ADHD	۵۸	۸۰/۹۷	۹/۱۲	۹/۱	۰/۰۱
	عادی	۵۸	۷۰/۰۵	۶/۲۶		

*Df: Degrees of freedom

**ADHD: Attention deficit-hyperactivity disorder

کننده مشکلات این کودکان در زمینه‌های اجتماعی و ارتباطی و در نهایت عاطفی و شناختی باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی از نظر هوش هیجانی به طور کلی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به کودکان عادی دارند و ویژگی‌های تحریک‌پذیری، مداخله‌جویی، پرجنب و جوشی، نامرتب بودن، پرخاشگری و پرتنش‌ی هیجانی کودکان ADHD را می‌توان به این تفاوت مرتبط دانست. سبک دلبستگی نیز در میان کودکان عادی و بیش‌فعال متفاوت است؛ به شکلی که کودکان بیش‌فعال در سبک‌های دلبستگی، بیشتر دارای سبک‌های کنترلی (محافظتی) هستند که این سبک کنترل از نوع هیجان‌مدار است و در مقابل کودکان عادی بیشتر دارای سبک دلبستگی مراقبتی هستند که این نوع سبک کنترل از نوع سبک مسأله‌مدار است. از آن‌جا که راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار با مراقبت فردی، کنترل متابولیک و سلامت روان شناختی بیشتر و بهتر، چه در بزرگسالان و چه در کودکان مرتبط است، به پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی مثبت‌تری ختم می‌شوند.

سبک‌های دلبستگی مراقبتی و کنترلی را می‌توان همسوی سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن در نظر گرفت. کسانی که از دلبستگی ایمن برخوردار هستند، سبک تنظیم هیجان‌های سازش یافته داشته و در ارتباطات بین فردی از همدلی برخوردار هستند و آشفتگی فردی ناچیزی در آن‌ها دیده می‌شود. در مقابل، کسانی که از سبک دلبستگی نایمن برخوردار هستند، از سبک‌های تنظیم هیجانی سازش نایافته بهره می‌جویند، دچار ذهنی آشفته، ناتوانی هیجانی و کم‌بهره از همدلی هستند (۳۳). در نهایت، می‌توان گفت کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی از نظر ویژگی‌های روان‌شناختی و عاطفی با کودکان معمولی متفاوت هستند.

محدودیت‌ها

با توجه به این‌که پژوهش حاضر، بر روی دانش‌آموزان پسر پایه راهنمایی شهر کرمانشاه در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام گرفت،

می‌باشد، اما در مقوله ارزیابی هیجان‌ات دیگران، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی از دانش‌آموزان عادی به طور معنی‌داری عملکرد بهتری داشتند. این یافته با نظر Barkley در ارتباط با کارکردهای اجرایی ناهمخوان بود که می‌توان آن را به ابزارهای اندازه‌گیری متفاوت نسبت داد. البته هاشمی نصرت‌آباد (۵۷) نیز در پژوهش خود به نتایج ناهمخوانی با مدل Barkley اشاره کرده است. یافته پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های قبلی (۱۷، ۱۶، ۹) همخوان بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که دانش‌آموزان عادی در مقوله‌های مراقبت با محبت مادر و مراقبت با محبت پدر، نسبت به دانش‌آموزان اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی نمرات بیشتری به دست آوردند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت سبک دلبستگی دانش‌آموزان عادی از طرف مادر و پدر همراه با مراقبت‌کنندگی بیشتر و کنترل کمتر و دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی همراه با کنترل‌کنندگی بیشتر و مراقبت‌کنندگی کمتر است. این یافته از پژوهش در راستای مطالعات قبلی است (۴۴، ۴۳، ۳۵، ۳۱).

مجموع یافته‌های مربوط به مؤلفه‌های دلبستگی و هوش هیجانی با یافته‌های بیشتر مطالعات قبلی از جمله (۵۰-۳۰) همخوان بود. همچنین این یافته از پژوهش حاضر، با یافته‌های Bekendam (۳۳) که نشان داد کسانی که از دلبستگی ایمن برخوردار بودند، سبک‌های تنظیم هیجان‌های سازش یافته داشتند و در ارتباطات بین فردی از همدلی برخوردار بودند و آشفتگی فردی ناچیزی در آن‌ها دیده شد. در مقابل کسانی که از دلبستگی نایمن برخوردار بودند، از سبک‌های تنظیم هیجانی سازش نایافته بهره می‌جستند، دچار ذهنی آشفته، ناتوانی هیجانی و کم‌بهره از همدلی بودند، همخوان بود.

در پژوهش حاضر مشاهده شد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی به لحاظ سبک دلبستگی و نوع مراقبت و محافظت والدین نسبت به دانش‌آموزان عادی در مرتبه پایین‌تری قرار داشتند که در راستای نتایج Clarke و همکاران (۳۹) بود و از لحاظ هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن نیز تفاوت‌های داشتند که به نوعی می‌تواند پیش‌بینی

که این پژوهش در گروه‌های سنی دیگر و در رابطه با سایر اختلالات دوران کودکی و نوجوانی و از جمله در دختران انجام و مقایسه‌ای بین دو جنس صورت گیرد. همچنین با توجه به روش پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که این موضوع به شکل اثربخشی و آموزش هوش هیجانی مورد استفاده و در برنامه‌ها و اهداف دست‌اندرکاران تربیتی و درمانی به طور جدی مورد توجه قرار گیرد.

بنابراین در تعمیم نتایج آن به افراد سایر فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی، به ویژه دانش‌آموزان با جنسیت دختر باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، در تعمیم نتایج به دست آمده از این پژوهش به سایر اختلالات دوران کودکی و نوجوانی باید احتیاط نمود. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر، عدم حمایت مالی ارگانی خاص و محدودیت زمانی برای انجام آن بود.

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمام دانش‌آموزان، معلمان و مسؤولان مدارس و آموزش و پرورش ناحیه ۶ کرمانشاه که ما را در این مطالعه همکاری نموده‌اند، نهایت سپاسگزاری و تشکر را ابراز نمایند.

پیشنهادها

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در خدمت والدین، متصدیان امور تربیتی، متخصصان بالینی و پژوهشگران علاقمند به این زمینه‌ها قرار گیرد و گامی هر چند کوچک، اما مفید در تعیین و تغییر راهبردهای پرورشی و درمانی باشد. پیشنهاد می‌شود

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. New York: American Psychiatric Association; 2000. p. 312-25.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Attention deficit/hyperactivity disorder. In: Greenhill LL, Hechtman LI, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 356-9.
3. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. J Atten Disord 2005; 9(2): 384-91.
4. Dadsetan P. Developmental psychopathology: From infancy through adulthood. Tehran, Iran: Samt Publication; 2010. p. 221-37. [In Persian].
5. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 122-331.
6. Schroeder CS, Gordon BN. Assessment and treatment of childhood problems. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2002.
7. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35(8): 978-87.
8. Kendall PC. Childhood disorders. Hove, UK: Psychology Press; 2000.
9. Touzand jani H, Tavakkoli zadeh J, Kamalpour N. Child Psychopathology. Mashhad, Iran: Publication Marandiz; 2007. [In Persian].
10. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006; 163(4): 716-23.
11. Valdizan JR, Izaguerri-Gracia AC. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Rev Neurol 2009; 48(Suppl 2): S95-S99. [In Spanish].
12. Houshvar P, Behnia F, Khoushabi K, Mirzaei M, Rahgozar M. Parents of children 4 to 10 years old with a learning disorder, attention deficit-hyperactivity disorder on children's behavior. J Rehab 2008; 10(3): 24-30.
13. Behnia F. Qualitative evaluation on behavioral disorders among student with learning disabilities referred Occupational therapy centers. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2002; 7(4): 67-72. [In Persian].
14. Naeanian MR. Clinical child psychology. Tehran, Iran: Publications Rooshd; 2010. [In Persian].
15. Anastopoulos AD, Barkley RA. Biological factors in attention deficit hyperactivity disorder. The Behavior Therapist 1988; 11: 47-53.
16. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? Am Psychol 2008; 63(6): 503-17.

17. Zeidner M, Matthews G, Roberts RD. What we know about emotional intelligence :How it affects learning, work, relationships, and our mental health. Massachusetts, US: MIT Press; 2009.
18. Goleman D. Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. New York, NY: Bantam Books; 1995.
19. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion* 2001; 1(3): 232-42.
20. Khsrvjavyd M. Evaluatethe credibility and validity of emotional intelligence Schutte. [Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran. 2003. [In Persian].
21. Magai C, Hunziker J, Mesias W. Adult attachment styles and emotional biases. *International Journal of Behavioral Development* 2000; 24(3): 301-9.
22. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74(5): 1380-97.
23. Oztürk A, Mutlu T. The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 9: 1772-6.
24. Bowlby J. Separation: Anxiety and anger. New York, NY: Basic Books; 1976.
25. van den Dries L, Juffer F, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review* 2009; 31(3): 410-21.
26. Morley TE, Moran G. The origins of cognitive vulnerability in early childhood: mechanisms linking early attachment to later depression. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(7): 1071-82.
27. Shaver PR, Schachner DA, Mikulincer M. Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Pers Soc Psychol Bull* 2005; 31(3): 343-59.
28. Merz EM, Consedine NS. The association of family support and wellbeing in later life depends on adult attachment style. *Attach Hum Dev* 2009; 11(2): 203-21.
29. Cassidy J. The nature of the child's ties. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York, NY: Guilford Press; 1999.
30. Bar-On R, Parker JDA. *The handbook of emotional Intelligence: The theory and practice of development, evaluation, education, and application--at home, school, and in the workplace*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2000.
31. Kafetsios K. Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences* 2004; 37(1): 129-45.
32. Krikorian M. Emotional intelligence in relation to attachment type. [Thesis]. Detroit, US: University of Detroit Mercy. 2000.
33. Bekendam CC. Dimensions of emotional intelligence: attachment, affect regulation, alexithymia and empathy. [PhD Thesis]. Santa Barbara, CA: Fielding Institute. 1997.
34. Fullam A. Adult attachment, emotional intelligence, health, and immunological responsiveness to stress. Newark, NJ: Rutgers University; 2002.
35. Troisi A, D'Argenio A, Peracchio F, Petti P. Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(5): 311-6.
36. Kim Y. Emotional and cognitive consequences of adult attachment: The mediating effect of the self. *Personality and Individual Differences* 2005; 39(5): 913-23.
37. Yunger JL, Corby BC, Perry DG. Dimensions of attachment in middle childhood. In: Kerns KA, editor. *Attachment in middle childhood*. New York, NY: Guilford Press; 2005.
38. Easterbrooks MA, Abeles R. Windows to the self in 8-year-olds: bridges to attachment representation and behavioral adjustment. *Attach Hum Dev* 2000; 2(1): 85-106.
39. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson C, Stiefel I. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002; 7(2): 179-98.
40. Bar-Haim Y, Dan O, Eshel Y, Sagi-Schwartz A. Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *J Anxiety Disord* 2007; 21(8): 1061-8.
41. Contreras JM, Kerns KA, Weimer BL, Gentzler AL, Tomich PL. Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood. *J Fam Psychol* 2000; 14(1): 111-24.
42. Kerns KA, Abraham MM, Schlegelmilch A, Morgan TA. Mother-child attachment in later middle childhood: assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attach Hum Dev* 2007; 9(1): 33-53.
43. Granot D, Mayseless O. Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development* 2001; 25(6): 530-41.

44. Verschueren K, Marcoen A. Perceptions of self and relationship with parents in aggressive and nonaggressive rejected children. *Journal of School Psychology* 2002; 40(6): 501-22.
45. Lieberman M, Doyle AB, Markiewicz D. Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: associations with peer relations. *Child Dev* 1999; 70(1): 202-13.
46. Baezzat F, Eizadifard R, Peivastegar M. Comparison of attachment styles between conduct disorder, dyslexic and normal students. *J Res Behav Sci* 2009; 3(3): 231-6. [In Persian].
47. Amiri M. Structural model of relationship quality and attachment disorder, attention deficit/hyperactivity in school children in Isfahan [Thesis]. Isfahan, Iran: Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University. 2011. [In Persian].
48. Ghanbari N, Azad Fallah P, Rasoulzadeh Tabatabaei K, Farhadi M. The relationship between emotional intelligence and attachment styles with the homesic kness. *Adv Cogn Sci* 2007; 8(1): 23-30. [In Persian].
49. Peivastegar M, Esharat MA, Ajouhinia SH, Eifim Y. Explanation of psychological vulnerability based on the attachment styles in students of mixed-state universities of Tehran. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2012; 13(47): 29-37. [In Persian].
50. Conners CK. Manual for conners' rating scales: Conners' teacher rating scales: Conners' parent rating scales. Toronto, CA: Multi-Health Systems; 1990.
51. Shahim S, Yosefi F, Shahaeian A. Standardization and psychometric properties of rating scale Conner - Teacher Form. *Journal of Educational Science and Psychology* 2008; 3(14): 1-26.
52. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979; 52(1): 1-10.
53. Behzadi B, Sarvghad S, Samani S. Confirmatory factor analysis on the Persian version of Parker's parental bond scale. *Journal of Psychological Models and Methods* 2012; 2(6): 83-100. [In Persian].
54. Ciarrochi JV, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences* 2002; 32: 197-209.
55. Mohammadi SD, Qaraei B. Assessment of relationship between behavioral disorders and emotional intelligence. *J Kerman Univ Med Sci* 2007; 14(4): 289-99. [In Persian].
56. Amini ZM, Narimani M, BrhmndT, Sobhi Qramlky N. The relationship between emotional intelligence with self-efficacy and mental health in successes and non- successes students. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2009; 10(35-36): 107-22. [In Persian].
57. Hashemi Nosrat Abad T, Alilou MM, Ne'mati Sougi Tapeh F, Gholam Rostami HA. Comparison of self-regulation of emotional and motivational executive functions in subtypes of attention-deficit / hyperactivity disorder based on Barkley's model. *Adv Cogn Sci* 2010; 12(4): 67-77. [In Persian]

Comparing children with attention deficit/hyperactivity disorder with their normal peers in terms of emotional intelligence and attachment styles

Behrouz Behrouz*, Shahram Aliabadi¹, Fariba Yazdkhasti², Saeed Veisi³

Abstract

Original Article

Introduction: Various problems and maladjustments of children suffering from attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) necessitate paying more attention to the disorder. The aim of the present study was to compare the emotional intelligence and attachment style of children with ADHD with those of normal peers.

Materials and Methods: In this causal-comparative study, 1124 healthy students from 11 guidance schools of Kermanshah, Iran and 60 subjects from a group of 120 previously identified students with ADHD were randomly selected. All participants were then asked to complete Schutt's emotional intelligence questionnaires and Parental Bonding Inventory (PBI) (Parker et. al, 1979). Data were statistically analyzed using t test.

Results: The results showed that concerning emotional intelligence subscales, regulating and expressing emotions in normal children and expressing and assessing other's emotions in those with ADHD had higher mean score than the other components. Normal students earned significantly higher mean scores than children with ADHD regarding all components of emotional intelligence ($P < 0.01$). Moreover, the mean scores of care with mother's and with father's affection were significantly higher in normal students than in students with ADHD ($P < 0.01$). In addition, the mean score of hyperactive students were generally and significantly higher than that of normal students with regard to the areas of mother's control, father's control, and attachment style ($P < 0.01$).

Conclusion: The findings proved that there is a significant difference among children with ADHD and normal children in terms of various components of emotional intelligence. The applications of the results of the present study and its limitations as well as suggestions for further research have also been discussed.

Keywords: Emotional intelligence, Attachment style, Attention deficit/hyperactivity

Citation: Behrouz B, Aliabadi Sh, Yazdkhasti F, Veisi S. **Comparing children with attention deficit/hyperactivity disorder with their normal peers in terms of emotional intelligence and attachment styles.** J Res Rehabil Sci 2012; 8(6): 1032-44.

Received date: 22/07/2012

Accept date: 11/02/2013

* MSc Student, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: Behrouz.psycho64@yahoo.com

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Allame Tabatabaie University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- MSc Student, Department of Psychology, School of Economics and Social Sciences, BuAli Sina University, Hamedan, Iran