

پیش بینی ناگویی خلقی بر اساس سرمایه روانشناختی با نقش میانجی تمایز یافتگی در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی

زهرا صالحی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی ناگویی خلقی بر سرمایه روانشناختی با نقش میانجی تمایز یافتگی در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی انجام شد. روش پژوهش توصیفی - مقطعی با روش همبستگی در قالب طرح پیش بین است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ سال دارای نقص توجه/بیش فعالی منطقه ۵ شهر تهران تشکیل دادند. حجم مورد نیاز برای پژوهش ۳۶۸ نفر بر آورد شد که با استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)، پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۸۶)، پرسشنامه تمایز یافتگی خود اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) بود. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون و معادلات ساختاری و نرم افزارهای Spss ۲۸ و Amoss استفاده شد. در نهایت تمایز یافتگی خود بر ناگویی خلقی اثر معکوس دارد. همچنین نتایج نشان داد که تمایز یافتگی و سرمایه روان شناختی با ناگویی خلقی نوجوانان مبتلا به بیش فعالی/نقص توجه را میانجی گری میکند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که از طریق سرمایه روان شناختی و تمایز یافتگی خود می توان ناگویی خلقی نوجوانان مبتلا به بیش فعالی/نقص توجه را پیش بینی کرد.

کلمات کلیدی: ناگویی خلقی، سرمایه روانشناختی، تمایز یافتگی، نقص توجه/بیش فعالی

مقدمه

اختلال کم توجهی/بیش فعالی با نقص توجه یک اختلال شایع در بین کودکان است. آن ها اغلب با فعالیت زیاد، رفتارهای تکانشی و کم توجهی به مسائل روزمره خود شناخته می شوند. اکثر کودکان بازیگوش هستند و به دلیل هیجانات مختص سن خود دچار حواس پرتی خواهند شد. اما ای دی اچ دی در کودکان چیزی فراتر از این خصوصیات است. شدت اختلالات رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش زا محسوب میشود که یکی از شایعترین این اختلالات، اختلال نقص توجه/فزون کنشی می باشد. این اختلال به طور فزایندهای در طول عمر اتفاق می افتد. برآورد میشود که بین ۵۰ تا ۹۰ درصد کودکان با اختلال نقص توجه/فزون کنشی در بزرگسالی نشانه های این اختلال را به صورت نقص قابل توجه بالینی، تجربه کنند. تجارب رفتاری مشکل آفرین و همچنین بی ثباتی و آسیب پذیری عاطفی کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی به تشدید تنش و اضطراب در بین اعضای خانواده نیز منجر می گردد. نقص توجه/بیش فعالی تحت تاثیر جنبه های روان شناختی نظیر سرمایه روان شناختی افراد قرار میگیرد (حسینی و رئیسی، ۱۴۰۱).

سرمایه روانشناختی سازه ای ترکیبی و به هم پیوسته ای است که چهار مؤلفه ادراکی- شناختی یعنی امید، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب آوری را در برمی گیرد. گلداسمیت، وئوم و دارتی (۲۰۱۱) بیان می کنند که سرمایه روانی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین هدف های معین و ترسیم شده با پیامدها، عملکردی است که در فرایند ارزیابی های مستمر به دست می آید. سرمایه روانشناختی یکی از شاخص های روانشناسی مثبت گرایی است که با ویژگی هایی از قبیل باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسناد مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می شود. از این رو داشتن سرمایه روانشناختی بالا، فرد را قادر می سازد علاوه بر مقابله بهتر در موقعیت های استرس زا، کمتر تحت تاثیر وقایع استرس زای روزانه قرار بگیرد. بدین ترتیب در ادامه بحث در قسمت بیان مساله به نقش میانجی معنای زندگی در رابطه بین شفقت به خود و رفتارهای خودمراقبتی با خودارزشمندی در کارکنان دانشگاه خواهیم پرداخت.

اهمیت و ضرورت پژوهش

حضور کودک با مشکلات و اختلالهای رفتاری که یکی از مهمترین و شایع ترین آنها اختلال نقص توجه/بیش فعالی است، در هر خانواده، ساختار آن خانواده را تحت تاثیر و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار میدهد (ترکمن، ۲۰۲۱). در محیط خانواده که به واقع جامعه ای محدود است، کنش و واکنش های میان اعضا تاثیر بسزایی در افزایش یا کاهش مشکلات موجود دارد (وندربروگ، ۲۰۱۹). اختلال نقص توجه/بیش فعالی یکی از شایع ترین و چالش برانگیزترین اختلالات عصبی تحولی است (پنگ و همکاران، ۲۰۲۱). این اختلال از جمله بیماری های شایعی است که به طور تقریبی ۳ الی ۷ درصد از کودکان را پیش از سن ورود به مدرسه درگیر می سازد. دی آیلو و همکاران (۲۰۲۲) استدلال می کنند که اگرچه ممکن است این اختلال در دوران کودکی پدیدار گردید، با این وجود گزارش های بالینی استمرار آن را اغلب تا بزرگسالی و سالخوردگی نیز نشان داده اند (دورانی و همکاران، ۲۰۲۱). بنا به گزارش انجمن روانپزشکی آمریکا میزان شیوع این اختلال در مقیاس جهانی در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در کودکان دبستانی ۵ درصد و در بزرگسال در حدود ۲/۵ درصد برآورد گردیده است (گرهاند و ساویلی، ۲۰۲۱). به باور پانگ و همکاران (۲۰۲۱)

شیوع اختلال نقص توجه/بیش فعالی در سراسر جهان ۷/۲ درصد برآورد شده است. در ارتباط با شیوع این اختلال در کشور، محمدی و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود شیوع آن را در بین کودکان ایرانی ۴ درصد گزارش نموده است. مردانی و همکاران (۱۳۹۹) شیوع این اختلال در بین کودکان ایرانی را رقمی بین ۴ الی ۱۰ درصد گزارش داده اند. با این وجود خاطر نشان نموده اند که بسته به نوع ملاک های تشخیصی این رقم در گستره جهانی رقمی بین ۵/۹ الی ۷/۱ درصد متغیر است. با توجه به شیوع این اختلال، توجه به مولفه های اثرگذار بر این اختلال از اهمیت فراوانی برخوردار است. در پژوهش های انجام شده در مورد اختلال کم توجهی-بیش فعالی نشان داده شده است که کودکان مبتلا به این اختلال بیشتر از سایر کودکان در معرض پیامدهای منفی تحصیلی رفتاری اجتماعی و هیجانی قرار دارند. یکی از حوزه هایی که در آن کودکان و نوجوانان تحت تأثیر قرار می گیرند حوزه هیجان و از جمله ناگویی خلقی است. مدت های طولانی است که تشخیص داده شده که ناگویی خلقی در افراد با اختلال عصبی رشدی شامل اختلال کم توجهی-بیش فعالی رایج است. ناگویی خلقی همراه با تعدادی از نشانه های اصلی مانند بی توجهی است. ناگویی خلقی یک جنبه برجسته در تشخیص کم توجهی بیش فعالی است. شیوع ناگویی خلقی در جمعیت عمومی بین ۷ تا ۱۰ درصد گزارش شده است اما در افراد با شرایط پزشکی و روان پزشکی بالاتر است. اکثر تحقیقات در جمعیت عمومی نشان می دهد مردان نسبت به زنان ناگویی خلقی بالاتری را تجربه می کنند و بیشتر از آنها تفکر برون دارند. شیوع ناگویی خلقی در مردان ۱۷-۹ درصد و در بین زنان ۱۰-۵ درصد گزارش شده است.

تعاریف عملیاتی

سرمایه روانشناختی: در این پژوهش منظور از سرمایه روانشناختی نمره ای است که آزمودنی در پرسشنامه لوتانز، یوسف و اوپلیو (۲۰۰۷) کسب می کند. این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب آوری، خوش بینی و خودکارآمدی را مورد سنجش قرار می دهد.

ناگویی خلقی: منظور از ناگویی خلقی میزان نمره ای بوده است که با استفاده از پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو TAS-۲۰ تجدیدنظر شده توسط تیلور، بگبی و پارکر (۲۰۱۲) بدست می آورند.

تمایز یافتگی: عبارت است از میانگین نمره ای که شرکت کنندگان از پاسخگویی به پرسشنامه تمایز یافتگی اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸) به دست می آورند.

ناگویی خلقی

ناگویی خلقی اساساً اشاره دارد به اینکه چقدر نظام هیجانی فرد از هم گسسته است. این ویژگی توسط مقیاسی قابل سنجش است که به موضوع ناتوانی در شناخت و توصیف احساسات و تفکرات پیروزد. از نظر تحولی این ویژگی با دلبستگی نا ایمن ارتباط دارد. همچنین به نظر می رسد با اختلال خوردن نیز بستگی داشته باشد. طی سالیان به خاطر پیچیدگی زیاد هیجان، تعاریف مختلفی از آن ارائه شده است. پل کلینجا و آن کلینجا (۱۹۸۱) تعریفی را ارائه کرده اند که عناصر اصلی تعاریف قبلی را شامل می شود. بر طبق این تعریف هیجان حاصل تعامل بین عوامل ذهنی، محیطی و فرایندهای عصبی و هورمونی است. آنها در تایید این تعریف، نکات زیر را مطرح میکنند (دهبان و رحیمی، ۱۳۹۹):

- ۱- هیجان ناشی از تجربی عاطفی مثل لذت و ناراحتی است.
 - ۲- هیجان ها باعث می شوند تا فرد تبیین های شناختی خلق کند.
 - ۳- هیجان ها باعث انواع سازگاری های درونی مثل بالا رفتن ضربان قلب می شود.
 - ۴- هیجان رفتارهایی را فرا می خواند که اغلب و نه همیشه، بیانی (خندیدن و گریستن)، هدفمند (کمک کردن یا اجتناب کردن) انطباقی (حذف چیزی که تهدیدی بالقوه برای بقا محسوب می شود) هستند.
- براساس این تعریف، هیجان ناشی از فرایندهای زیست شناختی، آموخته شده و شناختی است. دیگر عملکرد مهم هیجان عبارت از رفتار پاداش دهنده و تنبیه کننده است. وقتی فرد هیجان بسیار مثبتی را تجربه میکند، به احتمال زیاد به رفتارهایی میپردازد که موجب تولید مجدد آن هیجان شود. به همین صورت، وقتی فرد هیجان بسیار منفی را تجربه میکند، از رفتارهایی که باعث بروز مجدد آن هیجان می شود اجتناب میکند. به بیان دیگر، هیجان در حکم تقویت های رفتاری است (الاسایمی و همکاران، ۲۰۲۲).

ویژگیهای افراد مبتلا به ناگویی خلقی

افراد مبتلا به ناگویی خلقی، تهیج های بدنی بهنجار را بزرگ میکنند، نشانه های بدنی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت های بدنی نشان می دهند، و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه ها جسمانی هستند (کاجانوجا و همکاران، ۲۰۲۰).

همراه با این ویژگی های اساسی، ویژگی های متعدد دیگری مانند دشواری در پردازش اطلاعات هیجانی، دشواری در فهم بیان چهره ای و ظرفیت کمتر برای همدلی نیز در مبتلایان به ناگویی خلقی مشاهده شده است. به دلیل بی تفاوتی و بی علاقه نسبت به دیگران در این افراد، مشکلات بین شخصی متعدد در آنها مشاهده شده است. این افراد در بیان نیازهایشان به دیگران مشکل دارند و توانایی مقابله با چالش های بین شخصی در موقعیت های اجتماعی را ندارند (شاکر دولق و همکاران، ۱۴۰۲).

همچنین افرادی که با این صفت توصیف می شوند بین جنبه های شناختی و تجربی هیجان با جنبه های بیانی، رفتاری و نوروفیزیولوژیک آن یکپارچگی اندکی ایجاد می کنند. این ویژگی با هیجان نامنظم و نهایتاً در بعضی موارد با بیماری روانی و فیزیکی ارتباط دارد (کریچنر و همکاران، ۲۰۲۲).

این بیماران نه تنها فاقد هیجانات هستند، بلکه همزمان از واژه هایی چون اندوه عصبی و هول و هراس به وفور استفاده می نمایند، ولی قادر نیستند تا حالت هایی که نشان دهنده هیجاناتی چون غم، اندوه عصبانیت، نا آرامی و تشویش می باشند را از خود نشان دهند. آنان بیشتر به توصیف شرایط پیرامونی که هیجانات را در میان گرفته اند، می پردازند ولی از آنجا که منابع درونی محدودی بهره می برند، لذا قادر نیستند حالت های هیجانی را در چهره دیگران می بینند، توصیف نمایند یا تشخیص دهند (نادری نژاد و ولی زاده، ۱۴۰۲).

آنان تنها قادرند تا هیجانات لذت بخشی چون شادی و عشق را در مقادیر کم و ناچیز تجربه نمایند. کسانی که مبتلا به ناگویی خلقی شدید هستند، بعضی اوقات قادر نیستند به طور گسترده احساس لذت نمایند. به عبارت دیگر، به کلی فاقد احساس لذت می باشند. این افراد چون قادر به فهم احساساتشان نیستند، بنابراین نمی توانند هیجانات دیگران را بخوانند. اغلب آنان افرادی فاقد همدلی هستند و نمی توانند با کسانی که دچار ناراحتی و مشکل می باشند، همدلی کرده و واکنش هیجانی مطلوبی نسبت به آنان از خود نشان دهند (آیاش و همکاران، ۲۰۲۰).

افرادی که الکسی تیمیای شدیدی دارند، معمولاً نمی توانند از راهبردهای انطباقی و سازشی چون صحبت کردن با دیگران بهره ببرند و نمی توانند از منابع حمایت هیجانی در دسترس (از قبیل دوستان، اطرافیان و اعضای خانواده) استفاده نمایند. همچنین نمی توانند با دیگران روابط هیجانی مطلوب و نزدیکی داشته و دیگران را در احساسات خود شریک نمایند (آیاش و همکاران، ۲۰۲۰).

سبب شناسی ناگویی خلقی

سبب شناسی الکسی تیمیا از سه دیدگاه روان کاوی، فیزیولوژیک و فرهنگی اجتماعی بررسی می شود. الکسی تیمیا در دیدگاه روانکاوری از دو بعد، به عنوان نوعی مکانیسم دفاعی واپس روی و به عنوان نوعی نقص در ساختار روانی در نظر گرفته می شود. دیدگاه فیزیولوژیک فقدان ارتباط نورونی مناسب بین دستگاه لیمبیک و نئو کورتکس را مطرح میکند که محل بازنمایی هوشیارانه احساسات و تخیل است. همچنین دیدگاه فرهنگی اجتماعی نیز الکسی تیمیا را مربوط به طبقه اجتماعی و تفاوت های هوشی بین بیماران و طبقه متوسط و پایین جامعه می داند. (موسوی نسب و همکاران، ۱۴۰۱).

به اعتقاد کینگ و همکاران (۱۹۹۲) الکسی تیمیا ساختاری است که احتمالاً با کنترل هیجان مرتبط است، زیرا الکسی تیمیا، عدم ابراز هیجان به دلیل نقص در توانایی در پردازش و تنظیم هیجان ها یا بازداری آگاهانه تر ابراز هیجان است. در واقع افراد مبتلا به الکسی تیمیا قادر به تشخیص احساسات و بیان هیجان های خود نیستند و این در حالی است که قابلیت های هیجانی می تواند سازگاری مناسبی را در ارتباط با محیط و دیگران به همراه داشته باشد.

دیدگاه شناختی ناگویی خلقی

از نقطه نظر علوم شناختی، هیجانها انواعی از روان سازه های پردازشی-اطلاعاتی است که از تجسمها و فرایندهای نمادین و زیر نمادین تشکیل میشود. (موسوی نسب و همکاران، ۱۴۰۱) تجسمهای نمادین از تصاویر ذهنی و لغات، و تجسمهای زیر نمادین از الگوهای بدنی، احشایی و تهییج های جنبشی تشکیل می شوند که در جریان حالت های انگیختگی هیجانی تجربه می شوند. (اسماعیلی و همکاران، ۱۴۰۱).

سیستم های نمادین، در یک زبان خاص، توانایی تفکر درباره احساسات هیجانی و تجربه های دیگر است و براین اساس، تعدیل حالت های هیجانی را برای افراد، تأمین میکند. در ناگویی خلقی توانایی آشکار سازی هیجانها به صورت نمادین محدود است و در نتیجه، پیوند بین تجسمهای نمادین هیجانها با تصاویر ذهنی و لغات ضعیف می شود و از نظر شناختی کمتر مهار پذیر خواهند بود. به این ترتیب، پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانها به صورت های مختلف با مشکل مواجه می شود. فرضیه های مختلف این نقص را به منزله نوعی گسستگی، بر حسب اختلال در انتقال اطلاعات هیجانی به کرتکس سینگولیت قدامی (گرن، ۲۰۲۲)، قطع رابه بین دو نیمکره (گرن، ۲۰۲۲)، قطع رابطه آشکار بین دانش آشکار و

دانش پنهان یا نقص در انتقال از یک مولفه پردازش هیجانی مولفه دیگر می دانند (آیاش و همکاران، ۲۰۲۰). وجه مشترک تبیین های ارائه شده براساس یافته های پژوهشی مکرر این است که فرد مبتلا به ناگویی خلقی، از نوعی نقص و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی رنج می برد. (شاکر دولق و همکاران، ۱۴۰۲).

سرمایه روانشناختی

سرمایه روان شناختی که نسل سوم سرمایه های انسانی و اجتماعی است، مفهوم جدیدی است که به تازگی در رفتار سازمانی مثبت معرفی شده است. یک حالت روان شناختی مثبت و رویکرد واقع گرا و انعطاف پذیر نسبت به زندگی است که از چهار سازه امید، خوشبینی، تاب آوری و خودکارآمدی تشکیل می شود و هر کدام از آنها به عنوان یک ظرفیت روان شناختی مثبت در نظر گرفته می شوند، دارای مقیاس اندازه گیری معتبر است، مبتنی بر نظریه و تحقیق است، وابسته به حالت بوده، قابلیت رشد دارد و به طور چشمگیری با پیامدهای عملکردی ارتباط دارد. لوتانز و همکاران از این موارد به عنوان مبنای توسعه پژوهشی و نظری خود پیرامون استفاده کرده و با ارائه یک چارچوب علمی به نام رفتار سازمانی مثبت گرا اقدام به پژوهش و نظریه پردازی پیرامون ظرفیتهای مثبت روانشناختی کرده اند (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰).

امروزه دیدگاهی جدید در علوم وابسته به سلامت به طور اعم و در روانشناسی به طور خاص در حال شکل گیری و گسترش است که هدف آن تمرکز بر سلامتی و تبیین ماهیت سرمایه روانشناختی است. سرمایه روانشناختی اشاره به سلامت روانی مثبت دارد. در آغاز، روانشناسی بیشتر بر هیجانات منفی مانند اضطراب و افسردگی تمرکز داشت تا بر هیجانات مثبت مانند شادکامی و رضایت. متون علمی نیز بیشتر در مورد رنج بود تا لذت؛ بنابراین یکی از موضوعاتی که در دهه های اخیر توجه بسیاری را به خود جلب کرده است، روانشناسی مثبت گرا است. این دیدگاه بر توانمندیها و داشته های فرد تأکید می کند و معتقد است هدف روان شناسی باید ارتقاء سطح زندگی فرد و بالفعل کردن استعدادهای نهفته وی باشد. از این رو روانشناسی مثبت گرا به موضوعات مثبت زندگی بشر نظیر شادکامی، بهزیستی و سلامتی می پردازد و سعی میکند با نگاهی علمی و عملی حضور این مؤلفه های مثبت را در زندگی بشر هموارتر سازد (حسین پور و همکاران، ۱۳۹۵).

سرمایه روانشناختی در ادبیات پژوهشی معانی و تعبیر مختلفی دارد. از دیدگاه لذت گرایی، بهزیستی فرایندی است که از آن طریق، افراد در اجتناب از درد و رنج و دستیابی به لذت زیاده روی میکنند. از دیدگاه فضیلت گرایی، سرمایه روانشناختی با چیزی بیش از خوشحالی صرف ارتباط داشته و شامل تمرکز بر معناداری و درک نفس است، که به افراد کمک میکند تا ماهیت واقعی خود را تحقق بخشند. سرمایه روانشناختی ساختار پیچیده ای است که می توان آن را از دو رویکرد لذت و رویکرد خوشی و سعادت بررسی کرد. رویکرد لذت بر روی شادی تمرکز دارد و سرمایه روانشناختی را دستیابی به لذت و اجتناب از درد تعریف می کند، در حالی که رویکرد خوشی و سعادت بر روی معنا و تحقق خویشتم تمرکز دارد (حیاوی و همکاران، ۱۴۰۱).

هدف اصلی بهداشت روانی کمک به همه افراد در رسیدن به کیفیت زندگی بهتر، شادتر و شناخت سریع تر جهت پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است. مقابله با بیماری های روانی برای ایجاد جامعه سالم از وظایف اصلی دولت ها و افراد جامعه است و هر اجتماعی که خواستار بهزیستی و شادکامی افراد خود باشد باید به مولفه های شادکامی و تکثیر آن در جامعه فکر کند. سرمایه روانشناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است. سرمایه روانشناختی در جنبه های مختلف زندگی افراد همچون پذیرش های اجتماعی، داشتن روابط با افراد، صمیمیت، احساس کارآمدی،

برخورداری از جایگاه های اجتماع، سهم بسزایی دارد. سرمایه روانشناختی از چند جنبه اهمیت دارد. تامین سلامت روانی، جسمانی و افزایش طول عمر، اثبات ارزش شادکامی برای انسان، اندازه گیری شاخص کیفیت زندگی در کنار شاخص های اقتصادی و اجتماعی. در واقع سرمایه روانشناختی بزرگترین آرزو و مهمترین هدف زندگی بشر است که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد (سبک رو و فلاحی، ۱۳۹۷).

سرمایه روانشناختی مستلزم درک چالش های وجودی زندگی است. این رویکرد، رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش های وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تأکید دارد. سازه سرمایه روانشناختی، بنا بر جهت گیری های نظری گوناگون از مولفه ها و اجزای مختلفی اشباع شده است. در طول تاریخ، فلاسفه و رهبران مذهبی عقیده داشتند که داشتن عشق و معرفت و عدم دلبستگی به دنیا و متعلقات آن، عامل تکامل و بهزیستی است. در مقابل معتقدین به اصل سودگرایی، اعتقاد داشتند که وجود خوشی و لذت و عدم حضور در زندگی فرد، به سلامت روانی می انجامد (شریتمداری و همکاران، ۱۴۰۰).

نظریه سرمایه روانشناختی

لوتانز (۲۰۰۲) بر این اعتقاد است که بهزیستی روانشناختی در درجه اول متأثر از عوامل فردی است و در این میان بر نقش سرمایه روانشناختی تأکید می کند (به نقل از هاشمی نصرت آباد، باباپور خیرالدین و بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۰). به زعم لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) سرمایه روانشناختی می تواند به عنوان مزیت رقابتی از طریق سرمایه گذاری بر روی افراد مطرح شود. به طور کلی، بر مبنای این ملاکها لوتانز و همکاران پس از بیش از یک دهه تحقیق و نظریه پردازی چهار مؤلفه را شناسایی کردند که به بهترین نحو از این ملاکها تبعیت می کنند. سرمایه روانشناختی حالتی است که نتیجه آن رویکردی مثبت، واقع گرا و انعطاف پذیر نسبت به زندگی است (صدوقی، ۱۳۹۸).

سرمایه روان شناختی و متغیرهای سازمانی

در سالهای اخیر، پژوهشهای تجربی فراوانی در زمینه تاثیرهای سرمایه روانشناختی بر متغیرهای سازمانی مانند: رضایت شغلی، عملکرد و تعهد سازمانی صورت گرفته است. نتایج این پژوهشها نشان از آن دارد که رابطه معنی داری میان سرمایه روانشناختی و این متغیرهای سازمانی وجود دارد. نکته جالب توجه آن است که همبستگی میان سرمایه روان شناختی با هر یک از متغیرهای سازمانی، قوی تر از همبستگی میان تک تک اجزای تشکیل دهنده سرمایه روان شناختی (امید، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب آوری) و متغیرهای سازمانی است و این بدان معنا است که سرمایه روانشناختی دارای اثری هم افزاینده است. در مجموع، در مقوله رفتار سازمانی مثبت گرا، سرمایه روان شناختی به مثابه درون دادی در نظر گرفته می شود که برون داد آن، سطح عملکرد سازمان است. لوتانز و همکارانش با پژوهشهایی که در این زمینه انجام داده اند، به این نتیجه رسیده اند که میتوان با تقویت سرمایه روان شناختی در سازمان، عملکرد آن را دست کم تا ۱۰ درصد ارتقا داد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۸).

سنجش، توسعه و آموزش سرمایه روان شناختی

آموزش و یادگیری همانطور که در حفظ حیات و رشد یک کودک لازم و حیاتی است، برای پایداری و بالندگی سازمان نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. شناسایی و سرمایه گذاری سازه های آموزش پذیر روان شناختی در سازمان زمینه پویایی

و تحرک سازمان را فراهم می سازد. از سوی دیگر ماهیت کارایی مدیران اقتضا می کند که آنها بیشتر در فعالیتهایی سرمایه گذاری کنند که از نرخ بازگشت سرمایه قابل ملاحظه ای برخوردار باشد. یکی از ویژگی های منحصر به فرد سرمایه روان شناختی که باعث تمایز آن از سایر سازه های روان شناختی می گردد، قابلیت آموزش و توسعه آن می باشد. (میا و همکاران، ۲۰۲۰)

لیمبورمیسکی (۲۰۰۴) قاطعانه بیان می کند که ۵۰٪ شادمانی را وراثت تعیین می کند، و ۱۰ درصد آنرا شرایط محیطی، و ۴۰ درصد دیگر تحت تاثیر فعالیت های آگاهانه خود فرد قرار دارد. مطابق این استدلال و با توجه به ملاک حالت گونگی و قابلیت توسعه سازه های رفتار سازمانی مثبت گرا می تواند آگاهانه توسط خود فرد و یا مدیر/ رهبر منابع انسانی به منظور تاثیر گذاری مستقیم بر روی عملکرد مورد استفاده قرار گیرد (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰).

- سرمایه روان شناختی به عنوان متغیر روان شناختی مثبت گرایی

سرمایه روان شناختی، از متغیرهای روان شناختی مثبت گرایی تشکیل شده است که قابل اندازه گیری، توسعه و پرورش هستند و امکان اعمال مدیریت بر آنها وجود دارد.

همان گونه که پیش از این اشاره شد این متغیرها، عبارتند از:

(۱) خود-کارآمدی

(۲) امیدواری

(۳) خوش بینی

(۴) تاب آوری

در یک فرآیند تحلیلی و تبیینی دامنه دار، لوتانز (۱۹۹۹) بیان داشتند که بهزیستی روانی در درجه اول از عوامل فردی تأثیر می پذیرند که در این میان بر نقش سرمایه روان شناختی تأکید نموده است. از نظر وی سرمایه روان شناختی، سازه ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی- شناختی یعنی امید، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب آوری را در بردارد. این مؤلفه ها در یک فرآیند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده باصری و همکاران، (۱۴۰۱) و تلاش فرد برای تغییر موقعیت های فشار را تداوم داده (نجات ثابت و محمدی، ۱۳۹۸)، او برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می کند (هی و همکاران، ۲۰۱۹)، از این رو کرید، ماچین و هیکس (۱۹۹۹) اذعان نمودند که این چهار منبع در یک نظام به هم پیوسته به تقویت یکدیگر و شکل دهی سپری مقاوم در برابر فشارها عمل می کنند. از این رو، بر اثرات ضربه گیر (لوتھانس و یوسف-مورگان، ۲۰۱۷) این منابع در موقعیت های پر تنش تأکید شده است. این سازه مفهومی زیر مجموعه ای از روان شناسی مثبت گرا که با ویژگی های زیر مشخص می شود: باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موقعیت در انجام وظایف معین، ایجاد اسندهای مثبت در مورد موقعیت های اکنون و آینده، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و پیگیری راه های لازم برای رسیدن به موقعیت و تحمل کردن مشکلات و بازگشت به سطح معمولی عملکرد و حتی ارتقاء از آن تا دستیابی به موقعیت (سبک رو و فلاحی، ۱۳۹۷).

مفاهیم و مبانی نظری مربوط به تمایز یافتگی

مفاهیم و تعاریف

موری بوئن از همان آغاز کار بالینی با بیماران اسکیزوفرنیایی و خانواده های آنها در کلینیک منیجر و همچنین بر اهمیت نظریه در پژوهش، اهداف آموزشی، و فراهم آوردن زمینه مقدماتی راهنما برای فعالیت های متخصص بالینی در خلال روان درمانی تاکید می کرد. بوئن بواسطه آموزش قبلی خود، علاقه مفراطی به تاکیدات فردگرایانه داشت. او در آغاز کار تحت نظر منیجر، برای درمان اشخاصی که در اثر بیماری های شدید بستری شده بودند، رویکردهای روانکاوی خلاقانه بکار می برد. او علاقه خاصی به تاثیر احتمالی همزیستی مادر و فرزند در شکل گیری اسکیزوفرنی داشت. بوئن اظهار داشت که امکان دارد اسکیزوفرنی زاییده دلبستگی تکیه گاه حل نشده با مادری باشد که خودش ناپخته جلوه می کند و محتاج فرزند است تا نیازهای عاطفی خویش را ارضا کند، او به کار با مادر و فرزند، در کنار هم پرداخت. بوئن دریافت شدت عاطفی تعامل مادر - فرزند نیرومند تر از آنی است که تصور می کرد. این شدت خصیصه کل روابط خانواده است. پدران و همسرها نیز بعدها معلوم شد که نقشی کلیدی در ایجاد و تداوم مشکلات خانواده ایفا می کنند، چونکه دائماً میان مجموعه های مختلفی از اعضای خانواده ائتلاف های مثلثی شکل بوجود می آورد و از میان می رود. بوئن توجه خود را معطوف به چیزی کرد که به نظام عاطفی خانواده مشهور بود (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۲).

پیروان بوئن معتقدند که افراد گرایش دارند که سبک ارتباطی آموخته شده در خانواده هایی که در آن بزرگ می شوند را در همسرگزینی و سایر روابط مهم تکرار کنند و الگوهای مشابهی را به فرزندان شان انتقال دهند. بوئن معتقد است که افراد همسری را انتخاب می کنند که سطح تفکیک آنها به اندازه خودشان باشد. پس تعجبی نخواهد داشت که اشخاص نسبتاً نامتمایز، همسر کسی می شوند که به همان اندازه با خانواده خود امتزاج دارند و هر چه امتزاج بیشتر باشد احتمال بی ثباتی بیشتر خواهد بود و تمایل خانواده برای یافتن راه حل از طریق جنگ و نزاع، فاصله گیری و اختلال در عملکرد بیشتر خواهد شد (جهانبخشی و کلانتر، ۱۳۹۱).

همچنین بوئن معتقد بود که اشخاص میزانی از انرژی اشان را در روابط سرمایه گذاری می کنند و بخشی از آن را برای هدایت زندگی به طور مستقل حفظ می نمایند. وقتی افراد در روابطشان، انرژی زیادی صرف می کنند این روابط به عنوان تمایز نیافتگی بسیار با جدایی عاطفی کم مشخص می شود. این آسیب با تاثیر پذیری عاطفی از دیگران ریشه در نیازمان به مردم دیگر دارد و اساس وضعیت وابستگی متقابل یعنی نیاز داشتن به مشارکت یا عکس العمل دقیق دیگران به منظور احساس امنیت در درونمان است. در این افراد به به دنبال آسیب به عملکرد عقلانی، عملکرد عاطفی افزایش می یابد. بنابراین اشخاص با سطوح پایینی از خود تمایز یافتگی، در یک دنیای احساسی زندگی می کنند و این همان دنیای وابستگی متقابل است. بیش تر از زندگی این افراد صرف نگهداری سیستم روابطشان با دیگران است و احساس خستگی میکنند. تصمیمات اصلی خود را بر اساس اجتناب از تعارض و آنچه زندگی شان را دچار نوسان نکند می گیرند (مصلی نژاد، ۱۳۹۱).

خانواده به عنوان نخستین پایگاه شکل گیری شخصیت، اساسی ترین عامل به وجود آورنده تمایز یافتگی افراد است و دارای چهارمولفه است؛ الف: واکنش هیجانی سه حالتی که در آن احساسات فرد بر عقل ومنطقش غلبه دارد و در یک دنیای عاطفی، به دام افتاده. ب: موقعیت موقعیت من که به معنای داشتن عقاید و باورهای مشخص در زندگی است. ج: گسلس عاطفی به معنای فرار از بند پیوندهای هیجانی حل نشده خانواده است. وقتی تعاملات میان فردی شدید باشند، افراد کمتر

تمایز یافته ممکن است اهمیت خانواده را انکار کرده و یک نمای افراطی از استقلال را نشان دهند. د: امتزاج با دیگران بدان معنا که فرد به شدت به تأیید و حمایت اطرافیان خود نیاز دارد و رفتارهایش تحت تأثیر سیستم هیجانی محیط شکل می گیرد. تأکید بوئن بر این است که خودشکوفایی مستلزم آن است که فرد از دلبستگی های عاطفی ناگشوده به خانواده اصلی رهایی یابد.

مبانی نظری مربوط به نقص توجه/بیش فعالی

مفاهیم

اختلال کاستی توجه و بیش فعالی نوعی اختلال مزمن و شدید در رشد روانی است که ریشه در رفتارهای بی توجهی، بی قرارانه و براساس انگیزش آنی دارد. شروع آن در اوایل کودکی، یعنی پیش از ۷ سالگی است و تقریباً همیشه قبل از ۵ سالگی و اغلب پیش از دو سالگی مشخص می شود. معمولاً تا دوران نوجوانی و بلوغ ادامه یافته و شخص را در معرض پاره ای از ناهنجاری های رشدی-شخصیتی قرار می دهد. پیامدهای مضر آن شامل نقص قانون و سایر رفتارهای آزارشی اجتماعی و عدم موفقیت در مدرسه می شود. مطالعات طولی نشان می دهد که رفتارهای بی قرارانه و بی توجهی، خطری قابل گسترش است. این رفتار فقط نشانه ای از یک مجموعه مشکلات بنیادی نیست. به همین دلیل، درمان رفتارهای به شدت بیش فعالانه هدف اصلی در خدمات سلامت روانی کودک است (بشیری، ۱۳۸۹).

اختلال کاستی توجه و بیش فعالی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۵) شامل سه طبقه مهم: بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری است. بی توجهی با توجه انتخابی محدود (توجه به محرک نامربوط یا پرت کننده حواس و چشم پوشی از محرک مربوط) و فقدان توجه مداوم (توانایی حفظ توجه در طول زمان) مشخص شده است. کودکان دارای این اختلال به آسانی حواس پرت گردیده و از تکالیفی که نیازمند توجه نمودن برای زمانی طولانی است، اجتناب می کنند. بیش فعالی با فعالیت بالای حرکتی نشان داده می شود. به نظر می رسد کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی در متوقف ساختن فعالیت های خود در موقعیت های مورد نیاز ناتوانند. آنها به حد افراط تکان خورده، نمی توانند آرام بازی کنند و دست ها یا پاهای شان اغلب بی قرار و ناآرام است. تکانشگری با فقدان کنترل در موقعیت هایی که مستلزم توجه کنترل شده یا یک تکلیف سازمان یافته است، مشخص می شود. کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی تمایل دارند به اولین فکری که وارد ذهن شان می شود پاسخ دهند، آنها پیامدهای رفتارشان را به حد کافی در نظر نمی گیرند و برای به تعویق انداختن ارضای نیازهای خود با مشکل روبه رو می شوند. این سه ویژگی مهم نقص توجه/بیش فعالی لازم نیست به طور همزمان یا به میزان یکسانی نشان داده شود (توکلی زاده، ۱۳۹۰).

ویژگی های تشخیصی اختلال کاستی توجه/بیش فعالی براساس DSM-۵

ویژگی اصلی اختلال کاستی توجه/بیش فعالی (نقص توجه/بیش فعالی) الگوی مداوم بی توجهی و/یا بیش فعالی-تکانشگری است که در عملکرد یا رشد اختلال ایجاد می کند. بی توجهی در نقص توجه/بیش فعالی از لحاظ رفتاری به صورت پرت شدن از تکلیف، نداشتن پشتکار، مشکل متمرکز ماندن، و نامنظم بودن آشکار می شود و ناشی از لجبازی یا فقدان درک نیست. بیش فعالی به فعالیت حرکتی بیش از حد (نظیر اینکه کودک به اطراف می دود) در زمانی که نامناسب است، یا ول خوردن مفرط، تلنگر زدن، یا پرحرفی اشاره دارد. در بزرگسالان، بیش فعالی می تواند به صورت بیقراری شدید یا منحرف

کردن دیگران از فعالیت شان آشکار شود. تکانشگری به اعمال عجولانه ای اشاره دارد که به صورت لحظه ای بدون دور اندیشی روی می دهند و به احتمال زیاد به فرد لطمه می زنند (مثل جست زدن در خیابان بدون نگاه کردن). تکانشگری می تواند میل به پاداش های فوری یا ناتوانی در به تعویق انداختن خشنودی یا لذت را منعکس کند. رفتارهای تکانشی می توانند به صورت مزاحمت اجتماعی (مثل ایجاد مزاحمت بیش از حد برای دیگران) و یا / گرفتن تصمیمات مهم بدون در نظر گرفتن پیامدهای بلند مدت، آشکار شود (مثل گرفتن یک کار بدون اطلاعات کافی) توجه. اختلال بیش فعالی / نقص توجه در کودکی شروع می شود. شرایط لازم برای اینکه چند نشانه قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشند از اهمیت جلوه بالینی قابل ملاحظه در طول کودکی خبر می دهد. در عین حال، به خاطر مشکلاتی در تعیین دقیق شروع کودکی با نگاه به گذشته وجود دارد، سن پایین تر موقع شروع، مشخص نشده است. یادآوری بزرگسالان در مورد نشانه های کودکی نامطمئن است، و گردآوری اطلاعات جنبی مفید واقع می شود توجه. جلوه های این اختلال با در بیش از یک موقعیت وجود داشته باشند (مثلاً در خانه و مدرسه، محل کار). تایید نشانه های قابل ملاحظه در موقعیت های مختلف، معمولاً بدون مشورت با منابع خبر که فرد را در این موقعیت دیده اند، نمی تواند به صورت دقیق انجام شود. معمولاً نشانه های بسته به زمینه در موقعیتی خاص ریال تفاوت دارند. در صورتی که فرد برای رفتار مناسب پاداش های مکرر بگیرد، تحت نظارت دقیق باشد، در موقعیت تازه باشد، به فعالیت های خیلی جالب بپردازد، تحریک بیرونی مستمر داشته باشد (مثلاً از طریق صفحه های نمایش الکترونیک)، یا در موقعیت های تک به تک در حال تعامل کردن باشد، علائم این اختلال می تواند خیلی کم یا وجود نداشته باشد توجه (شوشتری و همکاران، ۱۳۹۰).

مشکلات کودکان مبتلا به کاستی توجه و بیش فعالی

مشکلات این کودکان را می توان به چند دسته تفکیک کرد؛

۱. **مشکلات مربوط به بی توجهی:** بی توجهی جدی ترین مشکل این کودکان است که به علائم آن اشاره شد.
۲. **مشکلات مربوط به بیش فعالی:** بیش فعالی بارزترین مشکل آنهاست که به علائم اشاره شد.
۳. **مشکلات مربوط به تکانشگری:** تکانشگری یکی از نشانه های اصلی است که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی مورد توجه و تأکید قرار می گیرد. صاحب نظران معمولاً تکانشگری را «رفتار بدون تفکر» در نظر می گیرند. تکانشگری چهار نوع است: ۱. عمل بدون کنترل، بازداری یا توقف ۲. عمل بدون تفکر یا ملاحظه گری ۳. عمل بدون پیش بینی، برنامه ریزی کافی یا در نظر گرفتن پیامدها ۴. عمل آنی و ناگهانی (پیشابادی، خطایی، فتحی، رنجبر، ۱۳۹۱).
۴. **ناتوانی های یادگیری:** در این زمینه دارای مشکل هایی دائمی هستند.
۵. **مشکلات اجتماعی:** این کودکان در رفتارهای اجتماعی مشکل دارند و معمولاً کودکانی ناراحت، پرسروصدا و زورگو هستند که دوستان و همسالان شان آنها را از خود می رانند، دوستان کمتری دارند، و دیگران نظر منفی در مورد آنها دارند. به ویژه زمانی که پرخاشگر و خسونت جو هم باشند، هرچه بزرگتر شوند مشکلات بیش تری ایجاد می کنند.

۶. نارسایی های شناختی: علاوه بر مشکل در توجه این کودکان، اگر چه دارای هوش کمی نیستند، وجود برخی مشکل ها در عملکردهای مربوط به توجه و تمرکز حواس، باعث بروز مشکل در عملکرد هوشی این کودکان می شود.

درمان اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی

انواع مهم شناخته شده درمان نقص توجه/بیش فعالی عبارتند از: برقراری و تداوم یک محیط سازمان یافته، رفتاردرمانی، رفتاردرمانی شناختی، و دارودرمانی.

۱- برقراری و تداوم یک محیط سازمان یافته

چون کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی فاقد کنترل محرک می باشند، اولین قدم در فرایند درمان این است که محیطی به خوبی سازمان یافته و منظم فراهم آوریم. چنین محیطی احتمال بروز رفتار بیش فعالی و تکانشگری در کودک را کاهش می دهد. در گزارش پرینس (۱۹۹۴) به منظور جبران فقدان کنترل محرک در کودکان بایستی تذکر، سرخ و تقویت کننده های بیشتری نسبت به کودکان عادی دریافت نمایند. همچنین یک محیط کاملاً سازمان یافته که به محیط پراستیک معروف است اثر سودمندی بر رفتار کودکان دارد و باید به طور نامحدودی تداوم یابد.

۲- رفتار درمانی

توجه به مشکلات رفتار از طریق مداخله های درمانی- رفتاری ممکن است مؤثر واقع شود که این مداخله ها فنون مختلفی از قبیل پاداش پته ای، جریمه و محروم کردن را شامل می شود (توکلی زاده، ۱۳۸۷). برنامه های شرطی سازی کنشگر در درمان بیش فعالی و کاستی توجه توام با آن، به ویژه در کوتاه مدت، نسبتاً مؤثر بوده اند.

۳- درمان شناختی- رفتاری

از چشم انداز شناختی- رفتاری، کندال و همکاران (۱۹۹۹) خاطرنشان می سازند که کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی در پردازش اطلاعات نقص نشان می دهند. آنها وقت خود را صرف توجه به نشانه ها و اطلاعات اجتماعی و پردازش آنها، همچنین فکر کردن در مورد یک موقعیت و برنامه ریزی برای آن نمی کنند. هدف رفتاردرمانی شناختی کمک به کودکان رای خود نظارتی بیشتر آنها و استفاده از راهبردهایی است که بتوانند خود را اداره نموده و با خود کنار آیند. در نتیجه، هدف نهایی درمان نقص توجه/بیش فعالی توانا ساختن کودکان در کنار آمدن با موقعیت ها و مشکلاتی است که در طول زندگی با آن روبه رو می شوند که چنین هدفی تنها با دارودرمانی یا حفظ قواعد یادگیری کودکان به دست نمی آید و دستیابی به این هدف تنها با آموزش راهبردهای کودکان برای سروکار داشتن با مردم و همچنین تکالیفی که به عملکرد روزمره آنها کمک می کند، امکان پذیر است. اغلب رفتار درمانی های شناختی را می توان به عنوان آموزش های (تمرین) توقف کن- فکر کن- و عمل کن توصیف نمود. این نوع درمان معمولاً توسط یک درمانگر حرفه ای هدایت می شود (کامپو باش، ۱۹۸۱)، با این حال گاهی اوقات این درمان ها توسط والدینی که برای هدایت برنامه با کودک شان آموزش دیده اند، انجام گرفته است (براسول و بلموم کوئیس، ۱۹۹۱) کودک آموخته است به روشی منطقی و گام به گام از عهده تکلیف ها و مشکلات برآید. این درمان ها را می توان با فنون سرمشق گیری شناختی همراه نمود که در آن یک بزرگسال

خودآموزی را به صورت کلامی به کودک ابراز می‌دارد. در این آموزش اولین قدم توقف کردن و برای درک مشکل نگاه کردن و در نهایت گوش دادن است. گام بعدی در نظر گرفتن تمام موقعیت‌های احتمالی است. سومین گام شامل اجرای موقعیت انتخابی می‌باشد و در گام نهایی، کودک فرایند کار و نتیجه اعمالی را که به عهده گرفته است، ارزیابی می‌کند. در این روش کودک به تدریج می‌آموزد زمینه استفاده از راهبردهای عمومی و اختصاصی را که به او کمک می‌کند با موقعیت‌های دشوار کنار آمده و از مشکل فاصله بگیرد، فراهم آورد (شوشتری و همکاران، ۱۳۹۰).

۴- دارو درمانی

شگفت این‌که، کودکان بیش فعال با داروهای آرامبخش بدتر می‌شوند. در عوض، وقتی که به این کودکان داروهای محرک می‌دهند، رفتار بیش فعال آنها کاهش می‌یابد. رایجترین داروی محرک، آمفتامینی است به نام میتل فندیت با نام تجاری ریتالین). کودکانی که این دارو را مصرف می‌کنند در رفتار پرتوقع، مخرب، و سر پیچیده کاهش نشان می‌دهند. با این حال، ریتالین عوارض جانبی مهمی چون بی خوابی، سردرد، و تهوع دارد. به علاوه، بهبودی در کودکان نقص توجه/بیش فعالی با مصرف داروهای محرک کوتاه مدت است، و کودکانی که تحت این دارو درمانیها قرار می‌گیرند از کودکانی که تحت این درمان قرار نمی‌گیرند پیش آگهی بهتری ندارند. به علاوه بین کودکان از نظر پاسخ هایشان به این داروها تفاوت‌های زیادی وجود دارد. برخی کودکان سریعاً و به مقدار دارو پاسخ می‌دهند، در حالی که کودکان دیگر فقط به مقدار زیاد دارو پاسخ می‌دهند (پیشابادی و همکاران، ۱۳۹۱).

پیشینه پژوهش در داخل و خارج کشور

۱- پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور

توسلی و سیفی (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه اختلال کم توجهی، بیش فعالی با هوش هیجانی و ناگویی خلقی در کودکان انجام دادند. پژوهش به لحاظ ماهیت و هدف بنیادی و از حیث روش توصیفی -همبستگی بوده است. نتایج نشان داد که بین اختلال کم توجهی، بیش فعالی با هوش هیجانی و ناگویی خلقی در کودکان رابطه معنی داری وجود دارد. ضمناً نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد اختلال کم توجهی، بیش فعالی قادر است تغییرات هوش هیجانی و ناگویی خلقی کودکان را پیش بینی نماید.

فرامرزی و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان ارائه الگوی ساختاری پیش بینی ناگویی هیجانی براساس پردازش هیجانی با میانجی گری خودافشایی هیجانی انجام دادند. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی به شیوه معادلات ساختاری است. نتایج نشان داد که خودافشایی هیجانی در رابطه بین ناگویی هیجانی و پردازش هیجانی نقش واسطه ای ایفا میکند و میان ناگویی هیجانی و پردازش هیجانی با در نظر گرفتن خودافشایی هیجانی به عنوان عامل میانجی، رابطه غیرمستقیم وجود دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین پردازش هیجانی و ناگویی هیجانی ارتباط مستقیم و معنادار وجود دارد به نحوی که از بین متغیرهای پردازش هیجانی، متغیر هیجانات تضعیف و سرکوب شده، ناگویی هیجانی را پیش بینی می‌کنند و بطور کلی ناگویی هیجانی در زوجین را می‌توان براساس متغیرهای مذکور پیش بینی کرد. بنابراین، در برنامه های پیشگیری و درمانی باید به این عوامل توجه شود.

محمدزاده و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین نظریه ذهن و ناگویی هیجانی در کودکان دارای نشانه های بیش فعالی-نقص توجه با در نظر داشتن نقش میانجی تنظیم هیجان و هوش هیجانی انجام دادند. روش پژوهش همبستگی با روش تحلیل مسیر بود. نتایج نشان داد ناگویی هیجانی هم به صورت مستقیم و هم با میانجی گری های هوش هیجانی و تنظیم هیجان بر نظریه ذهن تأثیر دارد. به علاوه، نتایج حاکی از آن بود که ناگویی هیجانی هم به صورت مستقیم و هم با میانجی گری دو متغیر تنظیم هیجان و هوش هیجانی می تواند نظریه ذهن در کودکان دارای نشانه های نقص توجه-بیش فعالی را پیش بینی کند. نتایج مطالعه حاضر می تواند به عنوانی الگویی برای تبیین مؤلفه های هیجانی در نقص در نظریه ذهن در این کودکان به کار رود.

مهربان و همکاران (۱۴۰۱) به بررسی پرخاشگری، نشخوار ذهنی، و خودکنترلی تحت تأثیر آموزش تنظیم هیجان و آموزش ذهن آگاهی در دانش آموزان با عملکرد تحصیلی پایین پرداختند. یافته ها حاکی از آن بود که روش آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با آموزش ذهن آگاهی در کاهش پرخاشگری اثربخشی بیشتری داشت. همچنین، تأثیر هر دو روش آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر نشخوار ذهنی و خودکنترلی تأیید شد، ولی بین اثربخشی این دو روش تفاوت معناداری در دو گروه مشاهده نشد. نتایج نشان داد استفاده از روش های تنظیم هیجان و ذهن آگاهی می تواند در کاهش پرخاشگری و نشخوار ذهنی و افزایش خودکنترلی دانش آموزان دارای عملکرد تحصیلی پایین موثر باشد.

شیرازی نقندر (۱۴۰۱) به بررسی تأثیر ذهن آگاهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر نارسایی هیجانی و پرخاشگری دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص پرداخته است. نتایج نشان داد از طریق ذهن آگاهی افکار و رفتارهایی که قبلاً ناهوشیار و اتوماتیک بودند، تبدیل به پدیده هایی قابل مشاهده می شوند که در بدن یا ذهن فرد در حال وقوع هستند. آموزش ذهن آگاهی به دانش آموزان یاد داد که از فرایندهای ناخودآگاه ذهن خود، آگاه می شوند و به شیوه ایی موثر به افکار، احساسات و حواس بدنی واکنش دهند. با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت که روش درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش نارسایی هیجانی و پرخاشگری دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص موثر می باشد.

حسینی و رئیس (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط طرحواره ناسازگار اولیه و سرمایه روانشناختی با تمایز یافتگی خود و بخشودگی مادران کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام دادند. پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران کودکان با اختلال نقص توجه/بیش فعالی مراجعه کننده به مطب های روانپزشکی کودک شهر شهرکرد بود که به روش در دسترس تعداد ۱۵۰ نفر از آنان انتخاب شدند. نتایج این پژوهش نشان داد طرحواره های ناسازگار طرد و نیز طرحواره ناسازگار دیگر جهت مندی در جهت منفی و سرمایه روانشناختی در جهت مثبت قادر به پیش بینی تمایز یافتگی بود ($p < 0.05$). همچنین نتایج این پژوهش نشان داد طرحواره های ناسازگار محدودیت مختل در جهت منفی و سرمایه روانشناختی در جهت مثبت قادر به پیش بینی بخشودگی است.

اخته (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان تعیین تأثیر خشونت خانوادگی بر رفتارهای خود آسیب رسان با میانجیگری راهبردهای شناختی تنظیم هیجان انجام داد. این پژوهش با روش توصیفی همبستگی انجام شد و جامعه آماری شامل همه دختران متوسطه شهر فومن بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد مواجهه با خشونت خانگی و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان بر بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر تأثیر دارد همچنین راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان می تواند در رابطه مواجهه با خشونت و آسیب عمدی به خود نقش میانجی ایفا کند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان بیان

نمود از جمله عوامل تاثیرگذار بر رفتارهای خود آسیب رسان نوجوانان دختر قرار گرفتن در معرض خشونت و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است (افشار، ۱۴۰۳).

زارع و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سازگاری دانش آموزان دچار اختلال کاستی توجه/فزون کنشی انجام دادند. روش پژوهش شبه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه و جامعه آماری ۳۴۱ دانش آموز پسر ارجاع داده شده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان اسلام شهر در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. نتایج نشان داد آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر بهبود سازگاری و همچنین بر کاهش نشانگان کاستی توجه/فزون کنشی موثرند و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار مانده است. نتیجه گیری از آنجا که آموزش تنظیم هیجان، بر تعامل فرد با هم سال ها و اجتماع به شکل مستقیم تاثیرگذار است و از سوی دیگر به نظر میرسد شامل مولفه ذهن آگاهی نیز باشد تا فرد بتواند به تنظیم هیجان خویش بپردازد؛ از اینرو، می توان آن را روش موثرتری نسبت به آموزش ذهن آگاهی برای ارتقای سطح سازگاری و کاهش نشانگان کاستی توجه/فزون کنشی دانش آموزان به شمار آورد.

روشنی و همکاران (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان مقایسه ویژگیهای ناگویی خلقی در بزرگسالان با و بدون اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام دادند. روش پژوهش علی مقایسه ای و جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه تهران بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که نمرات افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی در مؤلفه های ناگویی خلقی شامل؛ ناتوانی در شناسایی احساسات و ناتوانی در توصیف احساسات به صورت معنی داری بیشتر از افراد عادی بود، اما از لحاظ تفکر برون مدار تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. بر اساس یافته های حاصل از پژوهش میتوان نتیجه گیری کرد که افراد با اختلال نقص توجه/بیش فعالی دارای برخی از ویژگیهای ناگویی خلقی هستند و در پاسخهای هیجانی دچار نارسایی هستند. بنابراین توجه به مسائل هیجانی افراد با اختلال نقص توجه/بیش فعالی بیش از پیش حائز اهمیت است.

حیدری و همکاران (۱۳۹۵) پژوهشی با عنوان مقایسه ویژگیهای روانشناختی و سرمایه روانشناختی مادران دارای کودکان بیش فعال و اتیسم انجام دادند. روش این پژوهش از نوع پیمایشی و جامعه تحقیق از مادران دارای فرزند بیش فعال و اتیسم واقع به تعداد ۸۰ نفر در دو منطقه شهری ۵ و ۱۱ تهران تشکیل و گروه نمونه آنها به روش تمام شمارش انتخاب شدند. یافته ها نشان داد که از لحاظ ویژگی ها و سرمایه روانشناختی کل دو گروه مادران با هم تفاوت معنادار ندارند اما در ویژگی های روانشناختی مولفه های اضطراب، جسمانی سازی، و پرخاشگری گروه مادران کودکان بیش فعال نمره بالاتری گرفتند و در افسردگی مادران کودکان اتیسم نمره بالاتری گرفتند. اما از لحاظ مولفه های ترس، حساسیت در روابط، روان پریشی، وسواس و پارانویا دو گروه با هم تفاوت معناداری نداشتند. همچنین در سرمایه روانشناختی خود کار آمدی و تاب آوری مادران کودکان اتیسم نمره بالاتری از مادران کودکان بیش فعال داشتند و تفاوت دو گروه معنادار بود. اما دو گروه از لحاظ مولفه های امید و خوش بینی با هم تفاوت معناداری نداشتند. نتایج به طور کلی نشان می دهد که به لحاظ ویژگی های روانی و سرمایه روانشناختی مادران کودکان بیش فعال نسبت به مادران کودکان اتیسم وضعیت بدتری دارند.

۲- پژوهش های انجام شده در خارج از کشور

میککل (۲۰۲۴) پژوهشی با عنوان پارادایم تنظیم هیجان و شروع رابطه: ابزاری جدید برای بررسی ناامنی دلبستگی در زمینه قرار ملاقات انجام دادند. روش پژوهش توصیفی-همبستگی و از نوع الگویابی معادلات ساختاری است. نتایج نشان داد که تنظیم هیجان و سبک های دلبستگی با یکدیگر رابطه دارند.

راجیر و همکاران (۲۰۲۳) پژوهشی با عنوان سبک دلبستگی، بی نظمی هیجانی و رضایت جنسی در بین افراد چندشاخه و غیر چندشاخه ای انجام دادند. روش پژوهش توصیفی-همبستگی و از نوع الگویابی معادلات ساختاری است. نتایج نشان داد که بین سبک های دلبستگی و دشواری در تنظیم هیجان رابطه وجود دارد.

دیار (۲۰۲۳) در بررسی های خود به این نتیجه دست یافتند که آسیب های روانشناختی ناشی از دوران تحصیل، به شکل معنی دار با میزان بالای تنظیم هیجانی و اجتماعی در ارتباط است. نتایج نشان داد که ناگویی خلقی از عوامل تأثیرگذار در سلامت عمومی دانشجویان می باشد.

ابزار گردآوری داده ها

۱- پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷)

این پرسشنامه توسط لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) تهیه شده است و شامل ۲۴ گویه و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب آوری، خوشبینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است. این پرسشنامه در ایران توسط خسروشاهی، هاشمی نصرت آبادی و بیرامی (۱۳۹۱) ترجمه شده است. این پرسشنامه برای سنجش سرمایه روانشناختی افراد بزرگسال بیشتر از ۱۸ ساله طراحی شده است. سوالات ۱ تا ۶ مربوط به خرده مقیاس خودکارآمدی، سوالات ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده مقیاس امیدواری، سوالات ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده مقیاس تاب آوری و سوالات ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده مقیاس خوشبینی می باشد. حداکثر نمره کل این پرسشنامه ۱۴۴ و حداقل آن ۲۴ است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) لیکرت پاسخ داد. هر خرده مقیاس نیز نمره ای بین ۶ تا ۳۰ خواهد گرفت. کسب نمره بیشتر هر هریک از خرده مقیاس ها، نشان دهنده سطح بالاتری از آن مؤلفه سرمایه روان شناختی است. "من برای تحلیل یک مسئله بلند مدت جهت یافتن راه حل آن، به خودم احساس اعتماد می کنم" و "اگر با مسئله سختی در زندگی مواجه شوم، می توانم راهی برای رهایی از آن وضعیت پیدا کنم" نمونه هایی از گویه های این پرسشنامه هستند. در پژوهش یوسف و لوتانز (۲۰۰۷) روایی اکتشافی این پرسشنامه بررسی شد و آماره های RMSEA و CFI در این مدل به ترتیب ۰.۹۷ و ۰.۰۸ بدست آمد و ضریب آلفای پرسشنامه نیز بین ۰.۸۷ تا ۰.۸۹ ذکر شد. در ایران رجایی، نادری و جعفری (۱۳۹۶) همبستگی بین کل مقیاس سرمایه روان شناختی مثبت با عامل های خوشبینی، امید، تاب آوری و خودکارآمدی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۸ و ۰/۸۴ است که روایی مطلوبی را نشان می دهد. در پژوهش خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۱) میزان پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین در پژوهش امینی، ابراهیمی و فلک دین (۱۳۹۷) پایایی مولفه های خوشبینی، امید، تاب آوری و خودکارآمدی به ترتیب ۰.۸۱، ۰.۸۹، ۰.۷۸ و ۰.۷۴ گزارش شد که رقم محاسبه شده میزان برخورداری از اعتبار بالای این پرسشنامه را نشان می دهد.

۲- پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۸۶) (TAS)

این مقیاس در سال (۱۹۸۶) توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، پارکر و تیلور تجدید نظر شد. سالها مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ۲۶ سوالی (TAS) تنها مقیاس خود گزارشی برای سازه ناگویی خلقی بود که برای پژوهشها و کار بالینی مناسب قلمداد شد و دارای ساختار ۴ عاملی بود. نسخه تجدیدنظر شده دوم مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ۲۰ سوال بود، که پیشرفتی برای سازندگان اولیه تست به نظر می رسید. در این مقیاس، سازه ناگویی خلقی در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی، ارزیابی میشود. زیرمقیاس اول شامل ۷ سوال می باشد (۱۴-۱۳-۹-۷-۶-۳-۱) که توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حسهای بدنی را ارزیابی می کند. زیرمقیاس دوم ۵ سوال دارد (۱۷-۱۲-۱۱-۴-۲) که توانایی شخص در بیان احساسات و این که آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر را می سنجد. زیرمقیاس سوم ۸ سوال دارد (۲۰-۱۹-۱۸-۱۶-۱۵-۱۰-۸-۵) و میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران را بررسی می کند. شیوه نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) است. تنها سوال ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری میشود. حداقل نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ میباشد. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۸۳، دشواری در توصیف احساسات ۰/۸۰ و تفکر با جهت گیری خارجی ۰/۷۱ بدست آمد. افشاری (۱۳۸۷) روایی سازه و محتوا را تایید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲ و تفکر با جهت گیری خارجی ۰/۵۳ بدست آمد.

۳- پرسشنامه تمایز یافتگی خود اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸)

پرسشنامه تمایز یافتگی خود دارای ۴۳ ماده بوده و توسط اسکورون و فریدلندر در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است که شامل ۴ خرده مقیاس واکنش پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم آمیختگی با دیگران است و در طیف لیکرت ۶ درجه ای پاسخ داده می شود. خرده مقیاس واکنش پذیری عاطفی (۱۱ ماده) بازتاب دهنده درجه ای است که فرد به محرک محیطی با حساسیت بیش از حد یا با تغییر پذیری عاطفی پاسخ می دهد. خرده مقیاس جایگاه من (۱۱ ماده) که در کنار تعریف واضح حس خود، میزان وفاداری به عقاید شخصی را در زمانی که فرد مجبور به انجام خلاف عقاید خود است، مشخص می کند. خرده مقیاس گریز عاطفی (۱۲ ماده) نشان دهنده احساس ترس از صمیمت و احساس آسیب پذیری بیش از حد در ارتباط با دیگران است. سرانجام خرده مقیاس هم آمیختگی با دیگران (۹ ماده)، نشان دهنده درگیری در روابط بیش از حد عاطفی با دیگران است. این پرسشنامه ۴۳ عبارت دارد و براساس مقیاس لیکرت ۱ تا ۶ درجه بندی شده است که شامل از «کاملاً در مورد من صحیح است» تا «اصلاً در مورد من صحیح نیست». دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱ تا ۱۲۰ است و نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده سطح تمایز یافتگی بالاتر است. اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) اعتبار و روایی قابل قبولی را برای این خرده مقیاسها بیان کرده اند. همچنین بوسر و گیسون (۲۰۱۴) در پژوهش خود اعتبار چهار خرده مقیاس واکنش عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و برای هم آمیختگی با دیگران را به این ترتیب بیان کرده اند: ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۷۶ و (بوسر و گیسون، ۲۰۱۴). نمرات بالاتر نشان دهنده ی تمایز یافتگی بیشتر هستند. همچنین علیکی و نظری (۱۳۸۷) در پژوهش خود به نقل از بهات (۲۰۰۱) بیان کردند که پایانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه تمایز یافتگی ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس واکنش عاطفی، ۰/۸۱؛ جایگاه من، ۰/۶۹؛ گریز

عاطفی، ۰/۶۵ و برای هم آمیختگی با دیگران، ۰/۶۰ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه از طریق محاسبه ی ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ به دست آمد.

بحث و نتیجه گیری

ناگویی خلقی با سرمایه روانشناختی در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی رابطه معنی داری دارد. نتایج حاصل از بررسی فرضیه دوم پژوهش نشان داد که بین سرمایه روان شناختی و مؤلفه های آن با ناگویی خلقی رابطه معکوس وجود دارد به این معنی که هر چقدر سرمایه روان شناختی و مؤلفه های در نوجوانان مبتلا به بیش فعالی/ نقص توجه بیش تر باشد ناگویی خلقی آنان کم تر خواهد بود. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که از طریق سرمایه روان شناختی و مؤلفه های آن می توان ناگویی خلقی نوجوانان را پیش بینی کرد. نتایج این فرضیه از پژوهش با یافته های دموروتی و همکاران (۲۰۲۱)، ساونی و همکاران (۲۰۲۰)، نازلن و همکاران (۲۰۲۲)، آلان و همکاران (۲۰۲۰)، روبینا و همکاران (۲۰۲۱) و ژانگ و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی، فراتر از چالش های توجه و کنترل تکانه، اغلب با دشواری های قابل توجهی در حوزه تنظیم هیجانات دست و پنجه نرم می کنند. این مشکلات می تواند به صورت تحریک پذیری بالا، آستانه پایین ناکامی، طغیان های خشم ناگهانی و نوسانات خلقی بروز کند که مدیریت زندگی روزمره را برای آنها و اطرافیانشان دشوار می سازد. این پدیده که از آن به عنوان ناگویی خلقی یاد می شود، صرفاً یک پیامد ثانویه نیست، بلکه به نظر می رسد بخشی جدایی ناپذیر از تظاهرات عصبی روانشناختی نقص توجه/بیش فعالی باشد. در تبیین یافته فوق می توان بیان داشت که افرادی با سرمایه روانشناختی بالاتر ممکن است مجهزتر باشند تا با چالش های هیجانی مرتبط با نقص توجه/بیش فعالی مقابله کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴). به طور خاص، خودکارآمدی بالا در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی می تواند به آنها کمک کند تا باور داشته باشند که قادر به مدیریت علائم نقص توجه/بیش فعالی و همچنین هیجانات خود هستند، که این باور می تواند منجر به تلاش بیشتر برای شناسایی و درک احساسات شود و ناگویی خلقی را کاهش دهد (روبینا و همکاران، ۲۰۲۱). خوش بینی در زمینه نقص توجه/بیش فعالی می تواند به افراد کمک کند تا با وجود چالش های مداوم، دیدگاه مثبتی نسبت به توانایی خود برای مدیریت زندگی و هیجانات شان حفظ کنند. این نگرش مثبت ممکن است آنها را به سمت کاوش و بیان احساسات سوق دهد، برخلاف تمایل به اجتناب که در ناگویی خلقی دیده می شود (آلان و همکاران، ۲۰۲۰). امیدواری می تواند به افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی انگیزه دهد تا اهدافی مرتبط با بهبود تنظیم هیجانی تعیین کنند و راهبردهایی برای دستیابی به آنها بیابند، مانند جستجوی درمان یا یادگیری مهارت های مقابله ای. این رویکرد هدفمند ممکن است به طور غیرمستقیم به کاهش مشکلات در شناسایی و توصیف هیجانات کمک کند (نازلن و همکاران، ۲۰۲۲). تاب آوری بالا به افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی کمک می کند تا از شکست ها و ناکامی های مکرری که ممکن است به دلیل علائم اختلال تجربه کنند، بازگردند. این فرآیند بازگشت اغلب شامل پردازش هیجانی است و می تواند توانایی فرد برای درک و مدیریت هیجانات را تقویت کند و در نتیجه با ناگویی خلقی مقابله کند (ساونی و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به ویژگی های سرمایه روانشناختی، منطقی است که فرض کنیم این منبع مثبت می تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر ناگویی خلقی در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی عمل کند. بنابراین، انتظار می رود که یک رابطه معکوس بین سطح سرمایه روانشناختی و شدت ناگویی خلقی در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی وجود داشته باشد. افرادی که از سطوح بالاتری از امید، خوش بینی، تاب آوری و خودکارآمدی برخوردارند، احتمالاً مشکلات کمتری در شناسایی، توصیف و پردازش هیجانات خود خواهند داشت (دموروتی و همکاران،

(۲۰۲۱). از سویی دیگر نظریه های مختلف روانشناختی می توانند چارچوبی برای درک این ارتباط فراهم کنند. نظریه شناختی-اجتماعی بندورا، بر نقش خودکارآمدی در تنظیم رفتار و هیجان تأکید دارد. افرادی که خودکارآمدی بالاتری در مدیریت هیجانات خود دارند، احتمالاً تلاش بیشتری برای استفاده از راهبردهای مقابله ای می کنند و در مواجهه با مشکلات هیجانی، پشتکار بیشتری از خود نشان می دهند، که این امر می تواند به کاهش نوسانات خلقی کمک کند. نظریه تعیین کنندگی خود دسی و رایان، بیان می کند که ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) برای بهزیستی و تنظیم هیجان ضروری است. چالش های نقص توجه/بیش فعالی می توانند این نیازها را ناکام بگذارند (مثلاً احساس بی کفایتی به دلیل مشکلات عملکردی یا مشکلات در روابط). سرمایه روانشناختی بالا، به ویژه امیدواری و خودکارآمدی، می تواند به فرد کمک کند تا با وجود این چالش ها، احساس شایستگی و کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشد و راه هایی برای ارضای نیازهایش بیابد، که این به نوبه خود می تواند به تنظیم هیجانی بهتر منجر شود. نظریه گسترش و ساخت باربارا فردریکسون، پیشنهاد می کند که هیجانات مثبت (که توسط خوش بینی و امیدواری تقویت می شوند) دامنه توجه و تفکر فرد را گسترش می دهند و به ساخت منابع پایدار فردی (مانند مهارت های مقابله ای و تاب آوری) کمک می کنند. بنابراین، افرادی که سرمایه روانشناختی بالاتری دارند، احتمالاً بیشتر هیجانات مثبت را تجربه می کنند که این امر می تواند به مرور زمان ظرفیت آنها را برای مدیریت هیجانات منفی و کاهش پیش بینی ناپذیری خلقی افزایش دهد. بر اساس این مبانی نظری، می توان پیش بینی کرد که سطح بالاتر سرمایه روانشناختی با پیش بینی ناپذیری خلقی کمتر در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی مرتبط است. امیدواری می تواند انگیزه لازم برای جستجو و به کارگیری راهبردهای مدیریت هیجان را فراهم کند. خودکارآمدی می تواند باور به توانایی کنترل واکنش های هیجانی را تقویت کرده و از شدت آنها بکاهد. تاب آوری می تواند به بازگشت سریع تر از طغیان های هیجانی کمک کند و خوش بینی می تواند با تغییر تفسیر موقعیت های استرس زا، از بروز واکنش های هیجانی شدید جلوگیری نماید. در مقابل، سطح پایین سرمایه روانشناختی می تواند یک عامل خطر برای تشدید مشکلات هیجانی در نقص توجه/بیش فعالی باشد. فردی با امیدواری پایین ممکن است به سرعت در برابر مشکلات تسلیم شود و تلاشی برای مدیریت هیجانات خود نکند. خودکارآمدی پایین می تواند منجر به اجتناب از موقعیت های چالش برانگیز و احساس درماندگی در برابر هیجانات شود. تاب آوری کم باعث می شود فرد برای مدت طولانی تری تحت تأثیر هیجانات منفی باقی بماند و خوش بینی پایین می تواند منجر به الگوهای فکری منفی و فاجعه سازی شود که خود محرک نوسانات خلقی هستند. در جمع بندی، شواهد نظری و تجربی نشان می دهند که سرمایه روانشناختی به عنوان یک مجموعه از منابع مثبت فردی (امیدواری، خوش بینی، تاب آوری و خودکارآمدی) شناخته می شود که می تواند به افراد در مقابله با ناملایمات و ارتقای سلامت روان کمک کند. نتایج پژوهش حاضر استدلال می کند که یک رابطه معکوس بین سرمایه روانشناختی و ناگویی خلقی در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی وجود دارد؛ به این معنی که سطوح بالاتر سرمایه روانشناختی ممکن است با سطوح پایین تر ناگویی خلقی همراه باشد.

پیشنهادهای پژوهشی

- ۱- پیشنهاد می شود تحقیقات بیشتری در منطقه جغرافیایی وسیع تری انجام شود تا نتایج با اطمینان بیشتری تعمیم یابد.
- ۲- پیشنهاد می شود پژوهشگران آینده در صورت مهیا بودن شرایط از سایر روش ها تکمیل پرسشنامه ها از جمله تکمیل حضوری استفاده کنند و علاوه بر استفاده از پرسشنامه ها از سایر روش های گرد آوری داده ها نیز استفاده شود.

- ۳- در صورت امکان جهت افزایش قدرت تعمیم دهی از روش های نمونه گیری تصادفی استفاده شود.
- ۴- از آنجا که پژوهش حاضر از نوع پژوهش های رابطه ای است و رابطه علت و معلولی بین متغیرها را مورد بررسی قرار نمی دهد پیشنهاد می شود پژوهشگران آینده متغیرهای پژوهش را در قالب پژوهش های آزمایشی انجام دهند.
- ۵- پژوهش های آتی باید این مدل میانجی گری را با استفاده از طرح های طولی و نمونه های بالینی بزرگ تر مورد بررسی قرار دهند. اندازه گیری دقیق سازه های ناگویی خلقی، تمایز یافتگی، تنظیم هیجانی و سرمایه روانشناختی با ابزارهای معتبر و تحلیل های آماری مناسب برای آزمون مسیرهای پیشنهادی ضروری است.
- ۶- تحقیقات آینده باید به بررسی دقیق تر مکانیسم های عصبی زیستی زیربنای این رابطه و ارزیابی اثربخشی مداخلات هدفمند برای بهبود همزمان مهارت های تنظیم هیجان و کاهش ویژگی های الکسی تایمیک در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش فعالی بپردازند تا بتوان خدمات درمانی مؤثرتری ارائه داد.
- ۷- پیشنهاد می شود که پژوهش های آتی به صورت تجربی به بررسی دقیق ارتباط بین سطح سرمایه روانشناختی و شاخص های مختلف تنظیم هیجان (مانند شدت و فراوانی نوسانات خلقی، استفاده از راهبردهای مقابله ای سازگارانه و ناسازگارانه) در نمونه های بالینی افراد مبتلا به بیش فعالی بپردازند.

منابع فارسی

- ۱- حسنی، جعفر و شاهمرادی، فریاد، طیبیه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش نظم جویی فرایندی هیجان در دشواری تنظیم هیجان. مجله طب نظامی، ۱۸ (۱)، ۳۳۹-۳۴۶.
- ۲- حسینی، سیده اعظم و رئیس، زهره. (۱۴۰۱). بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه و سرمایه روانشناختی در رابطه بین تمایز یافتگی و بخشودگی در مادران کودکان با علایم نقص توجه/بیش فعالی، هفتمین همایش بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و حقوق کودک در جهان اسلام، تهران.
- ۳- حسین پور، داوود، ارمندئی، مریم، و ولدی، رضا. (۱۳۹۵). تأثیر سرمایه روانشناختی بر تسهیم دانش با میانجی احساس امنیت روانشناختی؛ مورد: دانشگاه صنعتی شریف. پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، ۲۲ (۴)، ۰-۵۰.
- ۴- حیای، غزاله، مرادی، آسیه، مومنی، خدامراد، و ارشدی، نسترن. (۱۴۰۱). اثر سرمایه روانشناختی، اعتماد به سازمان و سبک رهبری تحولی بر رشد روانشناختی در کار: نقش میانجی گری نیازهای روانشناختی اساسی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۲۳ (۱ (پیاپی ۸۷))، ۳۸-۵۰.
- ۵- حیدری، ژاله و حیدری، حسن رضا. (۱۳۹۵). مقایسه ویژگی های روانشناختی و سرمایه روانشناختی مادران دارای کودکان پسر بیش فعال و مادران دارای کودکان پسر اوتیسم، کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز.
- ۶- رضائیان، حمید، معصومی، سمیرا، حسینیان، سیمین. (۱۳۹۶). بررسی و مقایسه تمایز یافتگی خود، الگوهای ارتباطی و رضایت جنسی در زوج های متقاضی طلاق و عادی. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، دوره ۷، شماره ۲، ۲۰.

۷-زارع، محبوبه؛ آقازارتی، علی؛ ملک شیخی، سمیه و شریفی، مسعود. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در مقایسه با تنظیم هیجان بر سازگاری دانش آموزان نوجوان دچار اختلال کاستی توجه/فزون کنشی. روان شناسی کاربردی، ۱۲ (۲) (پیاپی ۴۶)، ۲۰۳-۲۲۲.

۸-روشنی، فرشته، نجفی، محمود، نقشبندی، شهرام، & ملک زاده، پرویز. (۱۳۹۶). مقایسه ناگویی خلقی در افراد با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش فعالی. روان شناسی بالینی، ۹ (۲)، ۷۳-۸۲.

منابع انگلیسی

۱. Benner, G. J. , Filderman, M. J. , Barnard-Brak, L. , Pennefather, J. , Smith, J. L. M. , & Strycker, L. A. (۲۰۲۳). Evidence of efficacy of the Integrated Literacy Study Group professional learning program to enhance reading instruction for students with emotional and behavioral disorders. *Psychology in the Schools*, ۶۰ (۱), ۱۸۲-۱۹۸.
۲. Berking, M. , Eichler, E. , Luhmann, M. , Diedrich, A. , Hiller, W. & Rief, W. (۲۰۱۹). Affect regulation training reduces symptom severity in depression—A randomized controlled trial. *PloS one*, ۱۴ (۸), e۰۲۲۰۴۳۶. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220436>
۳. Can, G., & Yildirim, M. (۲۰۲۱). Differentiation of self and psychological capital as predictors of psychological well-being among Turkish university students. *Current Psychology*, ۴۰(۱۰), ۴۹۱۷-۴۹۲۵.
۴. Cavicchioli, M. , Barone, L. , Fiore, D. , Riccardi, I. , & Maffei, C. (۲۰۲۱). Emotion regulation, physical diseases, and borderline personality disorders: conceptual and clinical considerations. *Frontiers in Psychology*, 12, ۵۶۷۶۷۱.
۵. Çelik, İ. (۲۰۲۳). The Mediating Role of Differentiation of Self in the Relationship Between Alexithymia and Subjective Well-Being. *Psychological Reports*, ۱۲۶(۴), ۱۷۸۵-۱۸۰۴.
۶. Chervonsky, E. , & Hunt, C. (۲۰۱۹). Emotion regulation, mental health, and social wellbeing in a young adolescent sample: A concurrent and longitudinal investigation. *Emotion*, 19 (۲), ۲۷۰.