

نقش کنترل توجه و عدم تحمل آشفتگی در پیش‌بینی رفتارهای برونی‌سازی شده‌ی کودکان

دکتر سجاد بشرپور، زهرا رضاپور و دکتر عباس ابوالقاسمی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۶/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۶

چکیده

مقدمه: رفتارهای برونی‌سازی شده، الگوهای رفتاری غیرانطباقی هستند که در رفتار بیرونی کودک ظاهر شده و نمایانگر عمل منفی کودک در محیط می‌باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میزان کنترل توجه و عدم تحمل آشفتگی در پیش‌بینی رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان مقطع ابتدایی انجام گرفته است.

روش: روش این پژوهش همبستگی بود. تعداد ۱۸۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و مقیاس‌های کنترل توجه (دیربیری و رید، ۲۰۰۲) و عدم تحمل آشفتگی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) را تکمیل کردند. سپس مادران این دانش‌آموزان به مقیاس نشانه‌های مرضی کودک (گادو و اسپیرافکین، ۱۹۹۴) پاسخ دادند. سرانجام داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رفتارهای برونی‌سازی شده با کنترل توجه، تمرکز توجه و تغییر توجه ارتباط منفی دارد؛ اما این رفتارها با عدم تحمل، ارزیابی پایین و جذب پایین ارتباط مثبت داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۲۷ درصد از کل واریانس رفتارهای برونی‌سازی شده‌ی کودکان به وسیله‌ی کنترل توجه و ۷ درصد آن به وسیله‌ی عدم تحمل آشفتگی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج می‌توان نتیجه گرفت که ناتوانی در کنترل توجه و توانایی کمتر در تحمل آشفتگی نقش مهمی در رفتارهای برونی‌سازی شده‌ی کودکان دارد.

کلیدواژه‌ها: کنترل توجه، عدم تحمل آشفتگی، رفتارهای برونی‌سازی، کودکان

شیبوی ارجاع‌دهی به این مقاله: بشرپور، سجاد، زهرا رضاپور، زهرا، و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۲). نقش کنترل توجه و عدم تحمل آشفتگی در پیش‌بینی رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان. دوفصلنامه‌ی روانشناسی بالینی کودکان و نوجوان، ۱(۱)، ۵۵-۷۰.

۱. نویسنده‌ی مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (basharpoor_sajjad@yahoo.com)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اردبیل

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

مقدمه

اختلالات رفتاری دوره‌ی کودکی و نوجوانی، توجه پژوهشی بسیاری را به ویژه در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است. در گذشته گمان می‌شد که این اختلالات ناشی از نارسایی‌های رشدی بوده و به خودی خود بهبود می‌یابند؛ اما بسیاری از کودکانی که در سال‌های اولیه‌ی کودکی دارای مشکلات رفتاری و روانی هستند، نه تنها به سادگی از آن عبور نمی‌کنند، بلکه ممکن است این امر تا دوران بلوغ و بزرگسالی نیز تداوم یابد (گیمپل و هالند؛ ۲۰۰۳). اختلالات دوره‌ی کودکی به دو طبقه‌ی کلی اختلالات درونی‌سازی شده^۱ و برونی‌سازی شده^۲ تقسیم می‌شود. گروه اول مشکلاتی هستند که در درون شخص وجود دارند مانند اضطراب، افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و شکایات جسمانی بدون علت جسمانی؛ در حالی که اختلالات برونی‌سازی شده شامل مشکلاتی هستند که رو به بیرون بوده و در تعارض با افراد دیگر و محیط قرار می‌گیرند (آشنباخ و رسکورلار؛ ۲۰۰۱). نشانه‌های برونی‌سازی شده به طور کلی پایداری قابل توجهی طی زمان نشان داده و در طی تحول رشدی به شکل‌های مختلفی بروز می‌کنند. آشکال زودرس نشانه‌های برونی‌سازی شده که از دومین سال زندگی قابل مشاهده هستند به صورت بی‌قراری، بدقلقی، گریه‌ی زیاد و لجبازی ظاهر می‌شوند (گیلون و شاو؛ ۲۰۰۴). در سال‌های بعدی پرخاشگری جسمانی، تضادورزی و نخستین شکل‌های نقض قوانین در خانه و محیط آموزشگاه در صدر نشانه‌شناسی قرار می‌گیرند (یانگ، فیتز‌گرالد، وون‌ای، پاتلر و زاکر؛ ۲۰۰۱). در نهایت در نوجوانی،

^۱ Gimpel & Halland

^۲ Internalizing

^۳ externalizing

^۴ Achenbach & Rescolar

^۵ Gilliom & Shaw

^۶ Young, Fitzgerald, Von Eye, Puttler & Zucker

پرخاشگری کلامی، اشکال پنهان‌تر پرخاشگری مانند سرقت، تقلب، تخریب‌گری، سوء‌مصرف مواد مخدر و رفتارهای ضداجتماعی جدی که می‌توانند در تضاد آشکار با قوانین جامعه قرار گیرند و نوجوان را به سمت بزهکاری سوق دهند، غلبه می‌یابد (استورمونت؛ ۲۰۰۲). اختلالات برونی‌سازی شده، دربرگیرنده‌ی دو گروه از رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگرانه است که در قالب سه اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه^۱، اختلال سلوک^۲ و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳ در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مطرح شده‌اند (انجمن روان پزشکی آمریکا؛ ۲۰۰۰).

علائم برونی‌سازی شده در میان کودکان شیوع بالایی دارند. حدود ۵ تا ۱۳ درصد مادران کودکان پیش‌دبستانی گزارش می‌کنند که کودکان آنان رفتارهای برونی‌سازی متوسط تا شدید نشان می‌دهند؛ این میزان به ویژه در خانواده‌های دارای وضع اقتصادی اجتماعی نامساعد، بالا می‌باشد (کمپبل، شاو و گیلون؛ ۲۰۰۰؛ وبستر-استراتون و هاموند؛ ۱۹۹۸). علائم برونی‌سازی شده درمان نشده با طیف وسیعی از پیامدهای منفی در کودکان و نوجوانان همراه می‌باشند. بر اساس مدل آغازگر اولیه‌ی مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، این مشکلات اغلب بر دوره‌ی بزرگسالی بعدی نیز به صورت مصرف مواد، بی‌ثباتی شغلی و مشکلات ارتباطی تأثیر می‌گذارند (مک‌ماهون، ولز و کوتلر؛ ۲۰۰۶).

¹ Stormont

² Attention Deficit Hyperactivity Disorder

³ Conduct Disorder

⁴ Oppositional Defiant Disorder

⁵ American Psychology Association

⁶ Campbell, Shaw & Gilliom

⁷ Webster-Stratton & Hammond

⁸ McMahon, Wells & Kotler

شواهد جدید بیان می‌کند که عوامل مزاجی در رشد اختلالات درونی و برون‌سازی شده‌ی نقش مهمی دارند (کینگ، موریس و اولندیک،^۱ ۲۰۰۵). همچنین بر اساس شواهد موجود، کنترل توجه به عنوان یک عامل مزاجی، در تنظیم رفتارهای برون‌سازی شده نقش مهمی ایفا می‌کند. کنترل توجه، به توانایی تمرکز و برگرداندن آن از محرکی به محرکی دیگر و از موقعیتی به موقعیت دیگر گفته می‌شود (رودبارت، الیس و پوسنر،^۲ ۲۰۰۴). کنترل بالای توجه که به عنوان بخشی از مزاج نظم‌جویی^۳ در نظر گرفته می‌شود، توانایی بازدارداری پاسخ مسلط را در فرد موجب می‌شود (رودبارت و بیتس،^۴ ۱۹۹۸). بنابراین نوجوانانی که کنترل توجهی پایینی دارند به دلیل اینکه توانایی ضعیفی در تغییر دادن توجه خود از محرک‌های برانگیزنده‌ی درونی یا بیرونی دارند (برگرداندن توجه) ممکن است در برابر اختلالات درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده آسیب‌پذیر باشند. این افراد همچنین در چنین موقعیت‌هایی، توانایی ضعیفی در تمرکز توجه خود بر تکالیف جاری (تمرکز توجه) خواهند داشت (اسپورتل، نائوتا، هولو، دی‌جانگ و هارتمن،^۵ ۲۰۱۱). پژوهش‌های مقطعی پیشین ارتباط منفی قوی میان کنترل توجه و علائم اضطراب اجتماعی، اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال پانیک، اضطراب جدایی و افسردگی و اختلال بیش‌فعالی/کم توجهی نشان داده‌اند (موریس،^۶ ۲۰۰۶؛ موریس، وان‌درپنین، سیگموند و مایر،^۷ ۲۰۰۸؛ ویروورت، وولترز، هاگن‌دورن، پرینز، دی‌هان و بوئر،^۸ ۲۰۱۱). در مطالعه‌ی اسپورتل، نائوتا،

^۱ King, Muris & Ollendick

^۲ Rothbart, Ellis & Posner

^۳ regulatory temperament

^۴ Bates

^۵ Sportel, Nauta, Hullu, De Jong & Hartman

^۶ Muris

^۷ Muris, Van Der Pennen & Mayer

^۸ Vervoort, Wolters, Hoogendoorn, Prins, De Haan & Boer

هولو و دی‌جانگ (۲۰۱۳) کنترل توجه و سیستم‌های بازداری رفتاری و جنگ و گریز ارزش پیش‌بینی کننده‌ی علائم اضطراب و افسردگی در طول یک دوره‌ی پیگیری دو ساله داشتند. سیمین‌راد (۱۳۸۱) نیز نشان داد که تمرکز توجه با علایم مرضی در کودکان زیر ۱۵ سال مرتبط می‌باشد.

متغیر مهم دیگر مرتبط با رفتارهای برونی‌سازی می‌تواند چگونگی پاسخ‌دهی افراد به احساسات آشفتگی یا اصطلاحاً تحمل آشفتگی باشد. تحمل آشفتگی به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه‌ی منفی گفته می‌شود که اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف تجربه‌شده را دربر می‌گیرد. این رفتار، پاسخ عاطفی سودمندی است که به عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است (زوولینسکی، ووجانوویک، برنشتاین، لیرو،^۱ ۲۰۱۰). افراد با تحمل بالای آشفتگی قادرند حالات روان‌شناختی منفی را تحمل نمایند، در حالی که افراد با تحمل پایین آشفتگی برای تسکین تجربیات آزاردهنده‌ی درونی گرایش دارند که به رفتارهای جبرانی پردازند (سیمونز و گاهر،^۲ ۲۰۰۵). در پژوهش‌های پیشین، تحمل آشفتگی با تعدادی از پیامدهای معنی‌دار بالینی ارتباط داشته است. تحمل پایین آشفتگی به طور خاصی با طیفی از مشکلات غیرانطباقی چون پرخوری، مصرف مواد مخدر، قماربازی و خودزنی‌های غبدون هدف خوکشی دلالت ضمنی دارد (آنتستیک، سیلبی، فینک و جوینر،^۳ ۲۰۰۷؛ بوچنر، کوآف و اشمیت،^۴ ۲۰۰۷؛ نوک و مندیس،^۵ ۲۰۰۸). علاوه بر این، سطوح پایین تحمل آشفتگی به تعدادی از بیماری‌های روانشناختی نظیر اختلال

^۱ distress tolerance

^۲ Zvolensky, Vujanovic, Bernstein & Leyro

^۳ Simons & Gaher

^۴ Anestis, Selby, Fink & Joiner

^۵ Buckner, Keough & Schmidt

^۶ Nock & Mendes

استرس پس از سانحه (مارشال - بنز، ووجانویک، بون-میلر، برنشتاین و زوولنسکی، ۲۰۱۰) و اختلال شخصیت مرزی (لینهان، ۱۹۹۳) ارتباط داده شده است.

مرور شواهد موجود، بیانگر این است که کنترل توجه برای نظم‌جویی فکر، هیجان و رفتار ضروری است و ناتوانی در کنترل توجه می‌تواند در رفتارهای غیرانطباقی نقش داشته باشد و همچنین ناتوانی برای تحمل هیجان‌های منفی نیز می‌تواند افراد را به رفتارهای برونی‌سازی به عنوان واکنش‌های جبرانی برانگیزاند. با توجه به شیوع بالای مشکلات برونی‌سازی شده در کودکان و اهمیت بررسی عوامل مرتبط با آن و همچنین فقدان شواهد پژوهشی در داخل کشور، هدف پژوهش حاضر، تعیین نقش کنترل توجه و عدم تحمل آشفتگی در پیش‌بینی مشکلات برونی‌سازی شده‌ی دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر اردبیل می‌باشد.

روش

روش تحقیق: روش پژوهش حاضر همبستگی بود. بر اساس این روش، کنترل توجه و تحمل آشفتگی، به عنوان متغیرهای پیش‌بین و مشکلات برونی‌سازی شده، به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است.

شرکت‌کنندگان در پژوهش: کلیه‌ی دانش‌آموزان مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه‌ی مشغول به تحصیل در دبستان‌های شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ جامعه‌ی آماری این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۱۸۰ نفر از این دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و در پژوهش شرکت کردند.

¹ Marshall-Berenz, Vujanovic, Bonn-Miller, Bernstein & Zvolensky

². Linehan

ابزارهای گردآوری داده‌ها: برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از ابزارهای

زیر استفاده شد:

الف - مقیاس تحمل آشفتگی: مقیاس تحمل آشفتگی که به وسیله سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده یک ابزار خود گزارشی ۱۶ گویه‌ای است که در آن از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از گویه‌های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) درجه‌بندی کنند. در بررسی‌های پیشین، مقیاس تحمل آشفتگی با سنج‌های آشفتگی عاطفی ($r=0.59-$) و بدتنظیمی ($r=0.51-$) رابطه‌ی منفی و با سنج‌های هیجان‌پذیری مثبت، رابطه‌ی مثبت معناداری ($r=0.26+$) نشان داده است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۴، ۰/۷۷ و ۰/۷۴ به دست آمده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این آزمون در پژوهش حاضر در دامنه‌ی ۰/۶۸ تا ۰/۹۵ و برای کل مقیاس ۰/۷۳ محاسبه شد. لازم به ذکر است در این پژوهش برای سهولت در درک نتایج کلیه‌ی گویه‌های این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند تا نشان‌دهنده‌ی عدم تحمل آشفتگی باشند.

ب - مقیاس کنترل توجه: مقیاس کنترل توجه^۱ یک آزمون خودگزارشی است که توسط دیربیری و رید^۲ (۲۰۰۲) ساخته شده و مشتمل بر ۲۰ گویه می‌باشد که هر گویه در مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی می‌شود. این آزمون میزان کنترل توجه افراد را در دو خرده‌مقیاس تمرکز توجه و تغییر توجه بین تکالیف و یک نمره‌ی کلی، اندازه می‌گیرد. مقیاس کنترل توجه، واجد ویژگی‌های روان‌سنجی کافی می‌باشد (دیربیری و رید، ۲۰۰۲).

^۱ Attentional Control Scale

^۲ Derryberry & Reed

این آزمون همبستگی مثبتی با برخی از جنبه‌های هیجان‌پذیری مثبت از جمله برون‌گرایی ($r=0/40$) و همبستگی منفی‌ای با برخی از جنبه‌های هیجان‌پذیری منفی از جمله اضطراب صفت ($r=-0/53$) داشته است و پایایی درونی خوبی دارد (آلفای کرونباخ برابر با $0/88$) (دیربیری و رید، ۲۰۰۲). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش حاضر نیز $0/72$ به دست آمد.

ج- سیاهه‌ی نشانه‌های مرضی کودک: این ابزار توسط گادو و

اسپیرافکین (۱۹۹۴) ساخته شده و یک ابزار درجه‌بندی رفتار است که بر اساس طبقه‌بندی ویرایش سوم مجموعه‌ی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است. فرم والدین آن ۹۷ گویه دارد که ۱۸ اختلال را در ۱۱ گروه عمده قرار می‌دهد. گروه‌ها اختلال‌های نارسایی توجه / بیش‌فعالی، تضادورزی گستاخانه، اختلال رفتار هنجاری، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، روان‌گسیختگی درخودماندگی، هراس اجتماعی و اضطراب جدایی را دربر می‌گیرند (گادو اسپیرافکین، ۱۹۹۷). گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۷) اعتبار گروه‌ها را بین $0/37$ (روان‌گسیختگی) تا $0/82$ (نارسایی توجه / بیش‌فعالی) گزارش کرده‌اند. در ایران نیز پایایی کل این ابزار $0/90$ گزارش شده است (توکلی‌زاده، ۱۳۷۵). در این پژوهش، از سه خرده‌مقیاس نارسایی توجه / بیش‌فعالی، لجبازی / نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک استفاده گردید و مجموع نمره‌ی شرکت‌کنندگان در این سه خرده‌مقیاس نیز به عنوان نمره‌ی رفتارهای برون‌سازی در نظر گرفته شد.

روش اجرای پژوهش: جهت جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ مجوزهای لازم

از بین دو ناحیه‌ی آموزش و پرورش شهر اردبیل یک ناحیه، سپس از بین مدارس

ابتدایی یک مدرسه‌ی دخترانه و یک مدرسه‌ی پسرانه به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس به مدارس مربوطه مراجعه و از هر مدرسه یک کلاس چهارم، یک کلاس پنجم و یک کلاس ششم به تصادف انتخاب گردید و از اعضای کلاس‌ها خواسته شد به پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، کنترل توجه و تحمل آشفتگی پاسخ دهند. از آنجایی که سیاهه‌ی نشانه‌های مرضی کودکان باید توسط مادران تکمیل می‌شد، با استفاده از پرونده‌ی تحصیلی دانش‌آموزان، نسبت به اخذ تلفن تماس آنان اقدام و پس از تماس با تک تک مادران دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش، از آنان درخواست گردید که با حضور در مدرسه به سیاهه‌ی نشانه‌های مرضی کودکان پاسخ دهند. داده‌های به دست آمده نیز با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با روش ورود تحلیل شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۸۰ دانش‌آموز با میانگین (\pm انحراف معیار) سنی $۱۱/۰۵ (\pm ۱/۵)$ در این پژوهش شرکت داشتند که $۴۷/۴$ درصد آنها پسر و $۵۲/۶$ درصد آنها دختر بودند. $۳۳/۹$ درصد آزمودنی‌ها در پایه‌ی چهارم، $۳۱/۷$ درصد در پایه‌ی پنجم و $۳۴/۴$ درصد در پایه‌ی ششم مشغول به تحصیل بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین و ملاک را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین و ملاک

متغیرهای ملاک	M	SD	متغیرهای پیش‌بین	M	SD
تمرکز توجه	۲۰/۳۶	۵/۳۹	رفتارهای برونی‌سازی	۲۱/۱۵	۱۲/۸۵
تغییر توجه	۲۵/۴	۷/۲۰	نارسایی توجه	۶/۲۵	۴/۵۴
کنترل توجه	۴۵/۷۹	۱۱/۳۷	بیش‌فعالی	۶/۸۲	۵/۷۶
عدم تحمل	۹/۷۳	۲/۹۴	بیش‌فعالی/نارسایی توجه	۱۳/۰۹	۸/۹۱
ارزیابی پایین	۱۸/۵۵	۳/۸۰	لجایی نافرمانی مقابله‌ای	۵/۷۵	۴/۱۶
جذب پایین	۹/۳۸	۲/۸۸	اختلال سلوک	۱/۳۰	۱/۹۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که رفتارهای برونی‌سازی شده با کنترل توجه ($p \leq 0/001$; $r = -0/52$)، تمرکز توجه ($p \leq 0/001$; $r = -0/45$) و تغییر توجه ($p \leq 0/001$; $r = -0/46$) - ($p \leq 0/001$; $r = 0/21$) ارتباط منفی دارد؛ اما با عدم تحمل ($p \leq 0/05$; $r = 0/21$)، ارزیابی پایین ($p \leq 0/01$; $r = 0/19$) و جذب پایین ($p \leq 0/05$; $r = -0/15$)، ارتباط مثبت دارد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین کنترل توجه، عدم تحمل آشفتگی و رفتارهای برون‌سازی شده

متغیرهای ملاک						متغیرهای پیش‌بین
اختلال / لجاجی / بیش‌فعالی / نارسایی توجه / نافرمانی / سلوک	بیش‌فعالی	کم توجهی	رفتارهای برون‌سازی	بیش‌فعالی	کم توجهی	
-0/09	-0/30**	-0/49**	-0/51**	-0/33**	-0/45**	تمرکز توجه
-0/04	-0/31**	0/51**	-0/45**	-0/44**	-0/46**	تغییر توجه
-0/09	-0/37**	-0/55**	-0/52**	-0/44**	-0/52**	کنترل توجه
0/10	0/17*	0/20**	0/19**	-0/14	0/21**	عدم تحمل
0/009	0/16**	0/19**	0/17*	0/17*	0/19**	ارزیابی پایین
0/02	0/09	0/16*	0/15*	0/13	0/15*	جذب پایین
-0/07	0/05	-0/03	0/04	-0/12	-0/05	بدنظمی
0/02	0/11	0/14	0/15*	0/08	0/14	نمره‌ی کلی

* $<0/05$ و ** $<0/01$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با توجه به مقدار R^2 ، ۲۸ درصد از کل واریانس رفتارهای برون‌سازی شده کودکان به وسیله‌ی میزان کنترل توجه آنان تبیین می‌شود. مطابق نتایج آزمون تحلیل واریانس، مدل رگرسیون رفتارهای برون‌سازی شده بر اساس کنترل توجه معنادار می‌باشد ($F = 12/96$; $P < 0/001$). نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهند که هر دو مؤلفه‌ی تغییر و تمرکز توجه با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱، توانایی پیش‌بینی رفتارهای برون‌سازی را به صورت منفی دارند.

جدول ۳. نتایج ضرایب رگرسیون چندگانه با روش ورود برای پیش‌بینی مشکلات برونی‌سازی شده بر اساس دو مؤلفه‌ی کنترل توجه

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R ^۲	B	SEB	بتا	t	p
مشکلات برونی‌سازی	مقدار ثابت		۴۷/۷۱	۶/۸۷	-	۶/۹۴	۰/۰۰۱
	تمرکز توجه	۰/۲۸	-۰/۶۹	۰/۱۹	-۰/۲۸	-۳/۶	۰/۰۰۱
	تغییر توجه		-۰/۵۵	۰/۱۴	-۰/۳۰	-۳/۸	۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج ضرایب رگرسیون چندگانه با روش ورود برای پیش‌بینی مشکلات برونی‌سازی شده بر اساس مؤلفه‌های عدم تحمل آشفتگی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	۲R	B	SEB	بتا	t	P
مشکلات برونی‌سازی	مقدار ثابت	۰/۰۷	۹/۴۲	۵/۷۰	-	۱/۶۵	۰/۱۰
	عدم تحمل		۰/۷۳	۵/۷۱	۰/۱۷	۱/۸۹	۰/۰۵
	ارزیابی پایین		۰/۳۸	۰/۳۹	۰/۱۱	۱/۳۰	۰/۱۹
	جذب پایین		۰/۲۳	۰/۲۹	۰/۰۵	۰/۵۸	۰/۵۶
	بد تنظیمی		-۰/۴۸	۰/۳۲	-۰/۱۲	-۱/۵۰	۰/۱۳

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با توجه به مقدار R^2 ، ۷ درصد از کل واریانس رفتارهای برونی‌سازی شده کودکان به وسیله‌ی عدم تحمل آشفتگی تبیین می‌شود. همچنین مدل رگرسیون مشکلات برونی‌سازی بر اساس عدم تحمل آشفتگی نیز معنادار بوده است ($F=۳/۱۲$ ؛ $p<۰/۰۱$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که تنها خرده‌مقیاس عدم تحمل با سطح معناداری ۰/۰۵ (مرز بین رد یا تأیید) توانایی پیش‌بینی رفتارهای برونی‌سازی شده‌ی کودکان را دارد ($t=۱/۸۹$ ؛ $p<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی نقش کنترل توجه و عدم تحمل آشفتگی در پیش‌بینی رفتارهای برونی‌سازی کودکان مقطع ابتدایی انجام گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که میزان تمرکز توجه، تغییر توجه و نمره‌ی کلی کنترل توجه، با علائم برونی‌سازی ارتباط منفی دارد. این نتایج، با نتایج موریس (۲۰۰۶)،

موریس و همکاران (۲۰۰۸)، ویروورت و همکاران (۲۰۱۱)، اسپورتل و همکاران (۲۰۱۱) و سمین‌راد (۱۳۸۱) همسو می‌باشد. با توجه به نتایج حاصله می‌توان گفت کودکانی که توانایی توجه به محرک خاصی را ندارند و یا نمی‌توانند به اقتضای موقعیت از محرکی به محرک دیگر تغییر توجه دهند، به دلیل لزوم توانایی توجه برای تفکر هدفمند، این کودکان اغلب بدون تفکر اقدام به عمل نموده و معمولاً عمل بدون تفکر، آنان را مستعد مشکلات رفتارهای برون‌سازی می‌سازد. علاوه بر این می‌توان گفت با توجه به اینکه کنترل توجه به عنوان عاملی مهم در پیشرفت تحصیلی، برقراری و حفظ روابط و شایستگی اجتماعی محسوب می‌شود، هر چقدر دانش‌آموزان کنترل توجه کمتری داشته باشند، جذب و تحمل پایین و ارزیابی منفی از روابط، محیط و توانایی و کارکرد خود خواهند داشت که این عوامل نیز می‌توانند مسیری غیرمستقیم برای تأثیر منفی ناتوانی در کنترل توجه بر رفتارهای برونی‌سازی شده باشند. از طرفی نیز عامل توجه به واسطه‌ی نقشی که در خودتنظیمی هیجان‌های منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) نیز می‌تواند در رفتارهای برونی‌سازی شده نقش داشته باشد. به عبارت دیگر، مؤلفه‌ی توجه، با شناخت، فراشناخت و تصمیم‌گیری و کارکردهای اجرایی افراد، ارتباط مستقیم و غیرمستقیم دارد و بر آنها تأثیر می‌گذارد. ارتباط مستقیم به این شکل است که عدم توجه یا نارسایی توجه باعث می‌شود فرد نتواند شناخت درستی از مسائل داشته باشد و به دلیل عدم توجه کافی در فرایند تصمیم‌گیری، نتواند همه‌ی جوانب یک موقعیت یا موضوع را در نظر بگیرد. ارتباط غیرمستقیم نیز به این شکل است که عدم کنترل توجه می‌تواند بر دیگر جوانب درون فردی و محیطی فرد تأثیر منفی گذاشته و انواع مشکلات از جمله مشکلات برونی‌سازی را در فرد به وجود بیاورد.

نتایج ضریب همبستگی همچنین نشان داد که خرده‌مقیاس‌های عدم تحمل و ارزیابی پایین و جذب پایین، به طور مثبت با رفتارهای برونی‌سازی مرتبط می‌باشد.

این نتایج نیز با نتایج لینهان (۱۹۹۳)، آنتسیک و همکاران (۲۰۰۷)، بوچنر و همکاران (۲۰۰۷)، نوک و مندیس (۲۰۰۸) همخوان می‌باشند. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که آشفتگی و ناراحتی یکی از هیجانات معمول در دوره‌ی کودکی است که اغلب به علت ناکامی در ارضای نیازها به وجود می‌آید، ناتوانی در تحمل آشفتگی و ارزیابی ضعیف و ناکارآمد هیجان منفی که اغلب به دلیل ناتوانی‌های اجرایی حافظه‌ی کاری (فعال) به وجود می‌آید، می‌تواند باعث شود که کودکان هیجانات منفی ایجاد شده به وسیله‌ی ناکامی را به صورت مشکلات برونی‌سازی نشان دهند.

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون مشکلات برونی‌سازی بر اساس کنترل توجه نشان داد که ۲۷ درصد از کل واریانس رفتارهای برونی‌سازی شده به وسیله‌ی کنترل توجه تبیین می‌شود. این نتیجه همخوان با نتایج موریس (۲۰۰۶)، موریس و همکاران (۲۰۰۸)، وان‌درپین و همکاران (۲۰۰۸)، ویروورت و همکاران (۲۰۱۱) و سمین‌راد (۱۳۸۱) می‌باشد. همچنین این یافته همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که بیان می‌کنند ناتوانی در تمرکز توجه و نارسایی‌هایی در کارکردهای اجرایی، به مشکلات برونی‌سازی منجر می‌شود (بارکلی، ۲۰۱۲). توجه، مرحله‌ی اول در فرآیند پردازش اطلاعات می‌باشد، توانایی ضعیف در کنترل توجه می‌تواند جریان بهنجار پردازش اطلاعات که به واکنش‌های انطباقی با محیط منجر می‌گردد را مختل ساخته و باعث ایجاد ناسازگاری رفتاری در فرد شود.

آخرین یافته‌ی پژوهش حاضر این بود که ۷ درصد از کل واریانس مشکلات برونی‌سازی، به وسیله‌ی عدم تحمل آشفتگی پیش‌بینی می‌شود. این نتیجه، با نتایج لینهان (۱۹۹۳)، آنتسیک و همکاران (۲۰۰۷)، بوچنر و همکاران (۲۰۰۷)، نوک و مندیس (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. چگونگی مواجهه‌ی کودک با هیجانات آشفته‌ساز

به ویژه قدرت بالای تحمل آشفتگی دوره‌ی کودکی می‌تواند به عنوان یک سپر دفاعی در برابر بروز مشکلات جبرانی برونی‌سازی به‌ویژه بیش‌فعالی، لجبازی و پرخاشگری عمل کند؛ برعکس توانایی پایین برای تحمل آشفتگی باعث می‌شود که کودک بر رفتارهای برونی‌سازی متوسل شود.

در کل نتایج این مطالعه نشان داد که ناتوانی برای کنترل توجه و توانایی کمتر برای تحمل آشفتگی، در رفتارهای برونی‌سازی‌شده‌ی کودکان نقش دارد. محدود بودن جامعه‌ی آماری به دانش‌آموزان مقطع ابتدایی، استفاده از طرح پژوهش همبستگی و ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم، از محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آید. بر اساس نتایج این پژوهش ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی برای تقویت توجه و آموزش مهارت‌های مقابله با هیجانات منفی به‌ویژه آشفتگی و آموزش برنامه‌هایی برای افزایش قدرت تحمل آشفتگی برای پیشگیری از مشکلات برونی‌سازی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آواداناس. تهران، انتشارات سخن.
- توکلی‌زاده، جهانشیر. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتارآیندایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان شهر گناباد. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- سیمین‌راد، منصوره. (۱۳۸۱). ارتباط کنترل توجه با علائم مرضی کودکان (پرخاشگری) مطالعه موردی کودکان زیر ۱۵ سال در مدارس شهر مشهد. مجله‌ی مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، ۱۵(۴): ۲۳-۱۰.

Achenbach, T.M. & Rescolar, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School Age: Form & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

- Anestis, M.D., Selby, E.A., Fink, E., Joiner, T.E. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 718-26.
- Barkley, R.A. (2012). *Executive Functioning and Self-Regulation: Extended Phenotype, Synthesis, and Clinical Implications*. New York: Guilford Publications.
- Buckner, J.D., Keough, M.E., Schmidt, N.B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: the roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive Behaviors*, 32, 1957-1963.
- Campbell, S.B., Shaw, D.S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Derryberry, D., Reed, M.A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 225-236.
- Gadow, K.D. & Sparfkin, J. (1997). *Quick Guide to Using the Youth's Inventory Screening Kit*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. Guild Ford Press.
- Gilliom, M. & Shaw, D.S. (2004). Co-development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Developmental Psychopathology*, 16, 313-334.
- Gimpel, G.A., & Holland, M.L. (2003). *Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years*. New York: Guilford.
- King, N.J., Muris, P. & Ollendick, T.H. (2005). Childhood fears and phobias: Assessment and treatment. *Child and Adolescent Mental Health*, 10, 50-56.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Marshall-Berenz, E.C., Vujanovic, A.A., Bonn-Miller, M.O., Bernstein, A., Zvolensky, M.J. (2010). Multimethod study of distress tolerance and PTSD symptom severity in a trauma-exposed community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 623-630.
- McMahon, R. J., Wells, K. C., & Kotler, J. S. (2006). *Conduct problems*. In E. J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 137-268). 3rd Ed. New York: Guilford Press.
- Muris, P. (2006). Unique and interactive effects of neuroticism and effortful control on psychopathological symptoms in non-clinical adolescents. *Personality and Individual Differences*, 40, 1409-1419.
- Muris, P., VanDer Pennen, E., Sigmond, R. & Mayer, B. (2008). Symptoms of anxiety, depression, and aggression in non-clinical children. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 455-467.

- Nock, M.K. & Mendes, W.B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28-38.
- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., & Posner, M. I. (2004). *Temperament and self-regulation*. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Research, theory, and applications. Handbook of self-regulation* (pp. 357-370). New York: Guilford Press.
- Rothbart, M.K., & Bates, J.E. (1998). *Temperament*. In N. Eisenberg & W. Damon (Eds.), *Social, emotional, and personality development. Handbook of child psychology* (Vol. 3, pp. 105). New York: Wiley.
- Simons, J., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
- Sportel, B. E., Nauta, M. H., Hullu, E. d. & De Jong P.J. (2013). Predicting internalizing symptoms over a two year period by BIS, FFFS and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 54, 236-240.
- Sportel, B.E., Nauta, M.H., Hullu, E.D., De Jong, P.J., Hartman, C.A. (2011). Behavioral Inhibition and Attentional Control in Adolescents: Robust Relationships with Anxiety and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 149-156.
- Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, 39, 127-138.
- Vervoort, L., Wolters, L.H., Hoogendoorn, S.M., Prins, P.J., De Haan, E., Boer, F. (2011). Temperament, attentional processes and anxiety: diverging links between clinically anxious and non-clinical adolescents? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 144-55.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in head start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child Psychology and Family Psychology Review*, 1, 101-124.
- Young, E., Fitzgerald, H.E., Von Eye, A., Puttler, L. I. & Zucker, R.A. (2001). Temperamental characteristics as predictors of externalizing and internalizing child behavior problems in the contexts of high and low parental psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 22, 393-415.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A. & Leyro, T. M. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 406-410.