MEJDS. 2021; 11:16. doi: 10.29252/mejds.0.0.190

Published online 2021 May. **Research Article**

The Relationship Between Alexithymia, Cognitive Failures, and General Health in Secondary High School Student With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Behravan S[1], *Borjali M[2], Hatami M[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** M_borjali501@yahoo.com

Received: 2020 July 13; **Accepted:** 2020 September 21

Abstract

Background & Objectives: Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most prevalent mental health disorder diagnosed in psychiatric outpatient clinics among school–age children. Researchers and clinicians indicated that mood disorders are among the main complications in children with ADHD that can affect their health. Another influencing factor on the general health of children and adolescents with ADHD is cognitive impairment. Public health is another issue encountered by students with ADHD. General health is associated with the dimensions of physical symptoms, anxiety, depression, and social functions; accordingly, a disorder in any of these dimensions can affect mental health, i.e., among the main characteristics of a healthy growth process. ADHD is associated with the risk of other conditions, like aggression in adolescence or obsessive–compulsive disorder. Thus, the present study aimed to investigate the relationship between alexithymia, cognitive failure, and general health in high school students with ADHD.

Methods: The present study was a descriptive correlational research. The statistical population of the study included all high school students in public schools in Urmia City, Iran, in the academic year of 2019–2020. In total, 40 students out of 9294 (boys) and 11008 (girls) in the second year of high school, from 4 high schools located in one urban area (2 boys' schools & 2 girls' schools) were selected by multistage multi–cluster random sampling method. The study participants were selected based on the scores obtained from the Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS; Conners et al., 1998), students' records, and a researcher–performed diagnostic interview (to confirm the diagnosis of ADHD). The inclusion criteria of the study included having ADHD, neurological and psychiatric disorders (based on scores achieved from the CPRS, students' records, and a researcher–conducted diagnostic interview, and the age range of 15 to 17 years. The exclusion criteria were providing incomplete questionnaires by the study subjects' parents and non–cooperation in the interview process. Data collection tools were the CPRS, the Twenty–Item Toronto Alexithymia Scale (TAS; Bagby et al., 1994), the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ; Broadbent et al., 1982), and the General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg & Hillier, 1979). Data analysis was performed by Pearson correlation coefficient and linear regression methods at a significance level of 0.05.

Results: There was a significant and reverse correlation between general health and alexithymia ($r=-0.29$ & $p<0.001$), and cognitive failures ($r=-0.26$ & $p<0.001$). Furthermore, the regression analysis data suggested that alexithymia (Beta=–0.29, $p<0.001$) and cognitive failures (Beta=–0.26, $p<0.001$) can predict general health in the explored secondary high school student with ADHD.

Conclusion: According to the research results, general health can be predicted with alexithymia and cognitive failures. Using psychological interventions could help improve the general health of children and adolescents with ADHD**.**

Keywords: Alexithymia, Cognitive failures, General health, Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۶.
doi: 10.29252/mejds.0.0.190

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی اصیل

بررسی ارتباط ناگویی خلقی و نارسایی شناختی با سلامت عمومی دانش‌آموزان دورهٔ دوم متوسطهٔ دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

سکینه بهروان[۱]، *محمود برجعلی[۲]، محمد حاتمی[۳]

توضیحات نویسندگان
۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیرهٔ کیش، ایران؛
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** M_borjali501@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۳ تیر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۱ شهریور ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: توجه به سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان امری بدیهی و مسلم است؛ اما در بین آن‌ها دانش‌آموزان دارای اختلال یافت می‌شود که به‌دلیل داشتن شرایط خاص، به توجه بیشتری نیازمند هستند. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ نارسایی خلقی و شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با سلامت عمومی بود.

روش‌بررسی: مطالعهٔ حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان دورهٔ دوم متوسطهٔ مدارس دولتی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۹ـ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین ۹۲۹۴ دانش‌آموز پسر و ۱۱۰۰۸ دانش‌آموز دختر، از چهار دبیرستان (دو دبیرستان پسرانه و دو دبیرستان دخترانه) واقع در ناحیهٔ یک که به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای در نظر گرفته شدند، چهل دانش‌آموز دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی براساس داده‌های به‌دست‌آمده، انتخاب شدند. ابزار پژوهش، مقیاس تجدیدنظرشدهٔ درجه‌بندی کانرز ـ ویژهٔ والدین (کانرز و همکاران، ۱۹۹۸)، مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسشنامهٔ نارسایی شناختی (برادبنت و همکاران، ۱۹۸۲) و پرسشنامهٔ سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹) بود. تحلیل داده‌ها به‌روش تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سلامت عمومی و ناگویی خُلقی ($p<۰/۰۰۱$ و $r=-۰/۲۹$) و بین سلامت عمومی و نارسایی شناختی ($p<۰/۰۰۱$ و $r=-۰/۲۶$) همبستگی معنادار منفی وجود داشت. همچنین متغیرهای ناگویی خُلقی ($p<۰/۰۰۱$ و $Beta=-۰/۲۹$) و نارسایی شناختی ($p<۰/۰۰۱$ و $Beta=-۰/۲۶$) توان پیش‌بینی سلامت عمومی را در دانش‌آموزان دورهٔ دوم متوسطهٔ دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی داشتند.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج پژوهش، می‌توان با متغیرهای ناگویی خُلقی و نارسایی شناختی، سلامت عمومی را پیش‌بینی کرد و با به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی، به ارتقای سطح سلامت عمومی کودکان و نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: نارسایی خلقی، نارسایی شناختی، سلامت عمومی، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]

۱ مقدمه

کودکان و نوجوانان در تمام جوامع دامنهٔ وسیعی از سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و آموزشی را به خود اختصاص داده‌اند و به‌نظر می‌رسد عوامل مختلفی سلامتی آن‌ها را به خطر می‌اندازد. توجه به سلامت و عملکرد بهتر دانش‌آموزان خصوصاً دانش‌آموزان دارای اختلال، امری بدیهی و مسلم است. نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی[1] اغلب عملکرد ضعیفی دارند؛ حتی آن‌هایی که دارای علائم کمتری هستند؛ بنابراین، شناسایی علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در میان نوجوانان جامعه از اهمیت بالینی زیادی برخوردار است؛ علاوه‌براین، دربارهٔ نقش علائم درونی اختلال از نظر اضطراب و افسردگی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی نوجوانان دارای اختلال اطلاعات کمی در دست است (۱).

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از اختلالات رشدی_عصبی[2] است. این اختلال به‌صورت الگوی پایدار نارسایی توجه یا رفتارهای فزون‌کنشی تعریف می‌شود که از آنچه معمولاً در کودکان هم‌سن یا سطح رشد مشابه دیده می‌شود، شدیدتر است (۲). اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اختلالی عصب‌تحولی است که در دوران رشد شیوع پیدا می‌کند و تا بزرگسالی ادامه دارد. این اختلال سبب ناتوانی فرد در ادامهٔ کار و فعالیت، گم‌کردن وسایل و بی‌توجهی به صحبت‌های دیگران می‌شود که این نابسامانی تا اندازه‌ای است که با سن تقویمی یا سطح رشدی موردانتظار یکسان نیست (۳). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3] برای این اختلال سه ملاک در نظرگرفته شده است که شامل نوع نارسایی توجه، نوع فزون‌کنشی و تسریع‌کننده‌های تظاهرات نوع مرکب می‌شود که علائم آن شامل پیوستاری از نارسایی توجه/فزون‌کنشی است و میزان بروز آن دراکثر جوامع در دوران رشد کودکان تقریباً ۵ درصد و در بزرگسالی تقریباً ۲/۵ درصد است (۴). جنبهٔ ژنتیکی در شکل‌گیری مفهومی این اختلال حائز اهمیت است (۵). شواهد علمی شیوع ۷/۱ درصدی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی را در دورهٔ نوجوانی گزارش می‌کند (۶).

محققان و متخصصان بالینی نشان داده‌اند، ناگویی خُلقی[4] ازجمله مشکلات اساسی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است که می‌تواند سلامتی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد (۷). ناگویی خُلقی براساس مطالعهٔ اسوارت و همکاران، ناتوانی در ابراز هیجانات و عواطف است و دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی روبه‌رو هستند و در جداسازی احساسات بدنی مشکل دارند (۸). شاو و همکاران اختلال ناگویی خُلقی را شایع‌ترین نشان اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌دانند (۹). فلگینهامر و همکاران نیز دریافتند کودکان دارای علائم اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در درک عاطفی، واکنش‌پذیری و تنظیم هیجان دارای مشکل هستند (۱۰). براساس مطالعهٔ ایدل و همکاران، بزرگسالان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در ناگویی خلقی مشکل دارند (۱۱).

عامل دیگری که می‌تواند بر سلامت عمومی کودکان و نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیرگذار باشد، نارسایی شناختی[5] است. والاس و همکاران نارسایی شناختی را اشتباهات یا خطاهایی می‌دانند که فرد هنگام انجام‌دادن تکالیفی مرتکب می‌شود که به‌طور طبیعی قادر به انجام‌دادن آن‌ها است (۱۲). براساس مطالعات راشتون و همکاران، نارسایی‌های شناختی با متغیرهای مختلفی مانند حافظهٔ کاری و کارکرد اجرایی رابطهٔ معناداری دارند (۱۳). ردریگو_رویز و همکاران نشان دادند، کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در شناخت عاطفی چهره‌ها دارای مشکل هستند (۱۴). یعقوبی و همکاران نیز دریافتند، نارسایی‌های هیجانی و شناختی می‌توانند بر کیفیت تحصیلی و سلامت عمومی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیرگذار باشند (۱۵).

کودکان و نوجوانان جامعه، لازمهٔ پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه هستند. ایجاد بستری مناسب برای فرایند رشد، خصوصاً رشد کودکانی با شرایط خاص، وظایف اصلی والدین و مربیان است. کسب حس عمیق هویت، استقلال از والدین و ایجاد روابط صمیمی با دیگران از شاخص‌های سلامت و تکالیف رشدی اصلی دورهٔ نوجوانی است. نوجوانی به‌عنوان دورهٔ مهم رشدی، برای مطالعه در زمینهٔ تغییرات در سیستم‌های زیستی، شناختی، اجتماعی، فرایند تحول توان‌مندی‌های ذهنی و کسب مهارت‌های اجتماعی_عاطفی مدنظر قرار گرفته است (۱۶).

کودکان و نوجوانان دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی ازجمله افراد دارای شرایط خاص هستند که به‌دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی‌قراری و نارسایی توجه، در هر محیطی که حضور پیدا می‌کنند، باعث بروز تنش و کشمکش می‌شوند؛ همچنین آن‌ها به‌علت توانایی‌نداشتن برای مقابلهٔ مؤثر با کشمکش‌ها، حمایت‌های اجتماعی و توجه دیگران را از دست می‌دهند؛ این روند بروز رفتارهای سازش‌نیافته، موفق‌نبودن زندگی و ازدست‌دادن سلامت عمومی را تقویت می‌کند (۱۷).

براساس یافته‌های پژوهش عیسی‌زادگان و فتح‌آبای، سلامت عمومی[6] از دیگر متغیرهایی است که دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی با آن روبه‌رو هستند (۷). سلامت عمومی ابعادی از علائم جسمانی، اضطرابی، افسردگی و عملکردهای اجتماعی است و اختلال در هریک از این ابعاد می‌تواند سلامت روان[7] را که از شاخص‌های اصلی فرایند رشد سالم است، تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۸). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت[8]، سلامت روان حالتی از بهزیستی بیان شده است که شخص به توانایی خودش آگاهی دارد، می‌تواند با تنش‌های طبیعی زندگی مقابله کند، به‌صورت مولد و مفید فعالیت کند و قادر است با اجتماع همکاری و مشارکت داشته باشد

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Neurodevelopmental disorders
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition
4. Alexithymia
5. Cognitive failures
6. General health
7. Mental health
8. World Health Organization (WHO)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]

(۱۹).
علاوه‌بر اثرات نارسایی‌های هیجانی و شناختی بر سلامت عمومی کودکان و نوجوانان، شناخت عوامل دخیل دیگر ناشی‌از اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی باتوجه به تبعاتی که برای افراد و جامعه دارد، می‌تواند نقش مهمی در بهبود و ارتقای آن داشته باشد. پژوهش‌های زیادی در این زمینه صورت گرفته است؛ به‌طوری‌که در پژوهش فلورز- گارسیا و همکاران کیفیت زندگی[1] نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی توأم با مصرف مواد مخدر، ضعیف ارزیابی شد و در پیگیری یک‌ساله، بهبودی آن در نوجوانان دارای اختلال همراه با مصرف موادمخدر، درخورتوجه بود (۲۰). در مطالعهٔ انکر و همکاران عملکرد شغلی بزرگسالان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، با بهره‌وری کم گزارش شد (۲۱). نتایج پژوهش پوپا- ولیا و همکاران نشان داد که ناگویی خلقی از عوامل مؤثر در بروز فرسودگی تحصیلی دانشجویان است (۲۲). در مطالعهٔ بِکِر و همکاران گزارش شد که سرعت پردازش شناختی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کُند است (۲۳). بهبود کیفیت زندگی، ارتقای عملکردهای شغلی، تحصیلی و برقراری ارتباطات مؤثر همراه با رفع نارسایی‌های خلقی و شناختی، توانایی روانی افراد را برای مقابله با کشمکش‌ها با رفتارهای سازش‌یافته تقویت می‌کند و سلامت عمومی را تأمین می‌کند.
در همین راستا مطالعات اپیدمیولوژیک مرتبط با بررسی ارتباط بین اختلالات پردازش شناختی و عاطفی با سلامت عمومی کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی محدود است و جامع نیز نیست؛ همچنین باتوجه به تأثیر زمینه‌های محیطی، فرهنگی و اجتماعی بر سلامتی و باتوجه به حساسیت رشد عاطفی، هیجانی، کسب شناخت و هویت‌یابی جوانان و نوجوانان در این مقطع سنی، ضرورت انجام تحقیق حاضر دوچندان می‌شود؛ درهمین راستا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط ناگویی خلقی و نارسایی شناختی با سلامت عمومی در دانش‌آموزان دورهٔ دوم متوسطهٔ دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش انجام مطالعه، بررسی مقطعی و از نوع مطالعات توصیفی- همبستگی بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان دورهٔ دوم متوسطهٔ مدارس دولتی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند که شامل ۹۲۹۴ پسر و ۱۱۰۰۸ دختر بودند. برای انتخاب نمونهٔ مدنظر، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌کار رفت که پس از کسب مجوزهای لازم، از بین نواحی دوگانهٔ آموزش‌وپرورش شهر ارومیه ناحیهٔ یک انتخاب شد. سپس، از بین مدارس واقع در ناحیهٔ یک، دو دبیرستان پسرانه و دو دبیرستان دخترانه در نظر گرفته شدند. در مرحلهٔ بعد از هر مدرسه و از هر پایهٔ تحصیلی یک کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شد. پس از کسب رضایت‌نامهٔ آگاهانه و اخذ امضای والدین، در هر مدرسه به والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش، مقیاس تجدیدنظرشدهٔ درجه‌بندی کانرز- ویژهٔ والدین (۲۴) داده شد. در ادامه براساس نمرهٔ این مقیاس (نمرهٔ ۶۰ تا ۱۴۴)، پروندهٔ دانش‌آموزان و مصاحبهٔ پژوهشگر، ۴۰ دانش‌آموز دختر (۲۱ نفر) و پسر (۱۹ نفر) دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در سطح اطمینان ۹۵درصد و توان آزمون ۸۰درصد برای مطالعهٔ حاضر و مطالعهٔ طولی اثربخشی تنظیم هیجان انتخاب شدند. سپس در دو گروه ۲۰نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. اطمینان‌دادن به والدین و دانش‌آموزان بابت محرمانه‌بودن اطلاعات به‌دست‌آمده از دانش‌آموزان، بیان اهداف پژوهش و حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از شرکت در پژوهش، ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در مطالعهٔ حاضر بود. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل داشتن اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (براساس نمرات حاصل از مقیاس تجدیدنظرشدهٔ درجه‌بندی کانرز- ویژهٔ والدین (۲۴)، پروندهٔ دانش‌آموزان و مصاحبهٔ تشخیصی)، مبتلانبودن به اختلالات نورولوژیک و روان‌پزشکی (براساس پروندهٔ پزشکی دانش‌آموزان) و قرارگیری در محدودهٔ سنی ۱۵تا۱۷ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش، تکمیل ناقص پرسشنامه از سوی والدین و همکاری‌نکردن دانش‌آموزان در فرایند مصاحبه بود. ابزارهای زیر در پژوهش حاضر به‌کار رفت.

- مقیاس تجدیدنظرشدهٔ درجه‌بندی کانرز- ویژهٔ والدین[2]: این مقیاس توسط کانرز و همکاران در سال ۱۹۹۸ تجدیدنظر شد (۲۴). این مقیاس دارای دو نسخهٔ ۹۳ماده‌ای و ۴۸ماده‌ای است که در پژوهش حاضر از نسخهٔ ۴۸ماده‌ای آن استفاده شد. این مقیاس یکی از ابزارهای سنجش میزان آسیب‌شناسی روانی در اطفال و افراد بالغ و به‌خصوص برای کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است و خرده‌مقیاس‌های زیر را دارد: مشکلات سلوک؛ مشکلات یادگیری؛ مشکلات روان‌تنی؛ بیش‌فعالی/تکانشگری؛ اضطراب- انفعال. برای هر سؤال چهار گزینه در نظر گرفته شده است. گزینه‌های هرگز، فقط کمی، زیاد و خیلی زیاد به‌ترتیب با اعداد ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نقطهٔ برش خاصی برای تعیین مشکلات بااهمیت بالینی پیشنهاد نشده است؛ ولی نمرات بیشتر از ۶۰، بیشتر از حد متوسط نامیده شده است؛ بنابراین در پژوهش حاضر نقطهٔ برش ۶۰ برای غربال کودکان با اختلال در نظر گرفته شد (۲۴). در مطالعه‌ای گویت و همکاران همبستگی درونی را بین ۰/۴۱ تا۰/۵۷ گزارش کردند (۲۵). در ایران نیز شهابیان و همکاران برای محاسبهٔ پایایی از روش‌های بازآزمایی، آلفای کرونباخ و پایایی بین نمره‌گذاران استفاده کردند. برای نمرهٔ کل مقیاس، ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۵۸ به‌دست آمد و ضریب پایایی از ۰/۴۱ برای زیرمقیاس مشکلات اجتماعی تا ۰/۷۶ برای زیرمقیاس مشکلات سلوک متغیر بود. براساس پژوهش آن‌ها، این مقیاس به‌خوبی کودکان سالم را از مبتلایان به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی جدا می‌کند (۲۶).
- مقیاس ناگویی خلقی تورنتو[3]: این مقیاس توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شد (۲۷) و توسط بگبی و همکاران در سال

[1]. Quality of life
[2]. Revised Conners' Parent Rating Scale
[3]. Toronto Alexithymia Scale-20

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]

۱۹۹۴ تجدیدنظر شد (۲۸). این مقیاس تجدیدنظرشده ابزار خودگزارش‌دهی ۲۰ سؤالی است که شامل سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار می‌شود؛ همچنین نمره‌گذاری آن برپایهٔ طیف ۵درجه‌ای لیکرتی از نمرهٔ ۱ (کاملاً مخالف) تا نمرهٔ ۵ (کاملاً موافق) صورت می‌گیرد. در بعضی سؤالات به‌علت منفی‌بودن جهت آن‌ها، نمره‌گذاری به‌شیوهٔ معکوس انجام می‌شود. این سؤالات شامل گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ است. نمرهٔ کل از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود که کمترین نمره ۲۰ و بیشترین آن ۱۰۰ در نظر گرفته شده است. به این صورت که نمرهٔ بین۲۰تا۴۰ نشان‌دهندهٔ ناگویی کم، نمرهٔ بین۴۰تا۶۰ بیانگر ناگویی متوسط و نمرهٔ بیشتر از۶۰ نشان‌دهندهٔ ناگویی زیاد در فرد است. بیشتربودن نمرهٔ فرد در زیرمقیاس‌ها و نمرهٔ کلی، ناگویی خلقی بیشتر را نشان می‌دهد (۲۸). نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ ناگویی خلقی تورنتو در ایران توسط بشارت تهیه شد. او ضریب آلفای کرونباخ را برای ناگویی خلقی کل و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار به‌ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانهٔ همسانی درونی خوب مقیاس است (۲۹).

ـ پرسشنامهٔ نارسایی شناختی[1]: این پرسشنامه توسط برادبنت و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شد (۳۰). پرسشنامه ۲۵ گویه و چهار خرده‌مقیاس دارد. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف ۵درجه‌ای لیکرت شامل«هرگز»، «به‌ندرت»، «گاهی»، «بعضی اوقات» تا «همیشه» به‌ترتیب با امتیازهای ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. در خرده‌مقیاس‌های حواس‌پرتی گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۲۱، مشکلات مربوط به حافظه گویه‌های ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، اشتباهات سهوی گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۴، ۱۶ و عدم یادآوری اسامی، گویه‌های ۷، ۲۰، توزیع شده است. دامنهٔ نمرات این پرسشنامه بین ۲۵تا۱۲۵ قرار دارد؛ به این صورت که نمرهٔ بین ۲۵تا۴۱ نشان‌دهندهٔ نارسایی شناختی در حد کم، نمرهٔ بین ۴۲تا۸۲ بیانگر میزان نارسایی شناختی در حد متوسط و نمرهٔ بیشتر از ۸۲ نشان‌دهندهٔ میزان نارسایی شناختی در حد زیاد است (۳۰). والاس و جن در تحقیق خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۹۶ و ضریب اعتبار آن را برابر با ۰/۵۱ گزارش کردند (۳۱). در تحقیق ابوالقاسمی و کیامرثی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس‌های حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۴، ۰/۶۶ و ۰/۶۲ به‌دست آمد (۳۲).

ـ پرسشنامهٔ سلامت عمومی[2]: این پرسشنامه برای سنجش سلامت عمومی افراد برای اولین‌بار توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹ ساخته شد (۱۸). این پرسشنامه به‌صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ دردسترس است. در این تحقیق، فرم ۲۸سؤالی آن به‌کار رفت. پاسخ‌گویی به این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت و خودگزارشی است. سؤالات پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس دارد که هریک از آن‌ها ۷ سؤال را در بر می‌گیرد. سؤالات ۱تا۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی، سؤالات ۸تا۱۴ مربوط به مقیاس علائم اضطراب، سؤالات ۱۵تا۲۱ مربوط به عملکرد اجتماعی و سؤالات ۲۲تا۲۸ مربوط به مقیاس علائم افسردگی است. نمرهٔ کمتر در تمام خرده‌مقیاس‌ها، سلامت روان بیشتری را بیان می‌کند. در این پرسشنامه نمرهٔ برش ۲۳ است. شیوهٔ نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت طیف لیکرتی ۴درجه‌ای است که در آن اصلاً نمرهٔ صفر، در حد معمول نمرهٔ ۱، بیشتر از حد معمول نمرهٔ ۲ و خیلی بیشتر از حد معمول نمرهٔ ۳ می‌گیرد. نمرهٔ فرد در هریک از خرده‌مقیاس‌ها از صفرتا۲۱ و در کل پرسشنامه ازصفرتا۸۴ است (۱۸). ابدریج و گورجی اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۳ تا ۰/۸۵ درصد گزارش کردند (۳۳). بشارت پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹تا ۰/۹۴ به‌دست آورد (۳۴).

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت پذیرفت.

۳ یافته‌ها

همان‌طورکه جدول ۱ نشان می‌دهد، تعداد کل نمونهٔ مطالعه‌شده ۴۰ دانش‌آموز شامل ۱۹ پسر (۴۵درصد) و ۲۱ دختر (۵۵درصد) با تعداد بیشتر در سن ۱۵ سال و تعداد کمتر در سطح دوم متوسطه است.

جدول ۱. توزیع افراد مطالعه‌شده برحسب جنسیت، سن و سطح تحصیلات

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۲۱	۵۵
	پسر	۱۹	۴۵
سن	۱۵ سال	۱۷	۴۲/۵
	۱۶ سال	۸	۲۰
	۱۷ سال	۱۵	۳۷/۵
تحصیلات	اول متوسطه	۱۵	۳۷/۵
	دوم متوسطه	۱۰	۲۵
	سوم متوسطه	۱۵	۳۷/۵

[1]. Cognitive Failures Questionnaire

[2]. General Health Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]

همان‌طورکه جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین سنی افراد مطالعه‌شده در این پژوهش ۱۵/۹۴ سال و براساس داده‌های جمع‌آوری‌شده با ابزارهای پژوهش، سلامت عمومی در سطح کمتر و ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در سطح متوسط است.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سن	۴۰	۱۵/۹۴	۱/۴
سلامت عمومی	۴۰	۲۵/۴۸	۹/۶۹
نارسایی شناختی	۴۰	۵۷/۸۹	۶/۶۴
ناگویی خلقی	۴۰	۵۴/۶۳	۷/۷۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین سلامت عمومی و ناگویی خُلقی ($p<$۰/۰۰۱ و r=−۰/۲۶) همبستگی معنادار منفی وجود دارد. ($p<$۰/۰۰۱ و r=−۰/۲۹) و بین سلامت عمومی و نارسایی شناختی

جدول ۳. ارتباط ناگویی خلقی و نارسایی شناختی با سلامت عمومی

متغیر	سلامت عمومی	مقدار p
ناگویی خُلقی	−۰/۲۹	<۰/۰۰۱
نارسایی شناختی	−۰/۲۶	<۰/۰۰۱

نتایج آنالیز رگرسیون در جدول ۴ نشان می‌دهد که متغیرهای ناگویی خُلقی ($p<$۰/۰۰۱ و Beta=−۰/۲۹) و نارسایی شناختی ($p<$۰/۰۰۱ و Beta=−۰/۲۶) توان پیش‌بینی سلامت عمومی را در دانش‌آموزان دورهٔ دوم متوسطهٔ دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارند.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت عمومی

متغیر	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار t	مقدار p
	برآورد	خطای معیار برآورد	برآورد		
مقدار ثابت	۴۲/۷۷	۱/۴۴	–	۲۸/۷۷	<۰/۰۰۱
ناگویی خُلقی	−۱/۸۸	۰/۴۹	−۰/۲۹	−۴/۱۹	<۰/۰۰۱
نارسایی شناختی	−۱/۶۳	۰/۴۵	−۰/۲۶	−۳/۵۹	<۰/۰۰۱

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی ارتباط ناگویی خلقی و نارسایی شناختی با سلامتی عمومی نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دورهٔ دوم مقطع متوسطه بود.

یافته‌ها نشان داد، ناگویی خُلقی و نارسایی شناختی با سلامتی عمومی نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، رابطهٔ معناداری داشتند. در این مطالعه میانگین نمرهٔ ناگویی خُلقی و انحراف معیار به‌ترتیب ۵۴/۶۳ و ۷/۷۶ بود که باتوجه به مقیاس رتبه‌ای لیکرت، این میزان برآوردی متوسط است؛ به این صورت که هرچه میزان ناگویی خلقی بیشتر باشد، سلامت عمومی نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بیشتر درمعرض خطر است. این نتایج با یافته‌های پژوهش شاو و همکاران در بررسی کیفی و کمّی ناگویی خلقی در اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی همسوست. آن‌ها نشان دادند، اگرچه بسیاری از افراد مبتلا در تنظیم احساسات دارای مشکل هستند، ترکیب اختلال ناگویی خُلقی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌تواند سبب نقص حرکتی و نقص در جهت‌گیری شود (۷). همین‌طور نتایج تحقیق حاضر با مطالعهٔ عیسی‌زادگان و فتح‌آبادی هم‌راستا است. آن‌ها دریافتند که رابطهٔ معناداری بین سلامت عمومی و ناگویی خلقی وجود دارد (۷). ایدل و همکاران نیز نشان دادند، ۲۲درصد از بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارای ویژگی‌های ناگویی خلقی هستند (۱۱).

باتوجه به این یافته می‌توان بیان کرد که دانش‌آموزان دارای اختلال، آن دسته از راهبردهای تنظیم عواطف و هیجان را به‌کار می‌برند که بر هیجان‌های منفی تأکید می‌ورزد. این راهبردهای ناکارآمد آن‌ها را مستعد نارسایی‌های هیجانی، افزایش تنش و استرس بیشتر می‌کند و با کاهش هیجان‌های مثبت، سلامت روانی آن‌ها درمعرض تهدید قرار می‌گیرد که با نظر اسوارت و همکاران همسوست. آن‌ها نشان دادند، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی روبه‌رو هستند (۶). یعقوبی و همکاران نیز که به بررسی مقایسهٔ میزان سلامت روان، انگیزهٔ پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و دانش‌آموزان عادی پرداختند، به نتیجهٔ مشابهی دست یافتند (۱۵). بر این اساس ناگویی خُلقی و ناتوانی تنظیم هیجانی می‌تواند برقراری ارتباط و ایجاد روابط صمیمی نوجوانان را

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]

تحت‌تأثیر قرار دهد و سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی، تحصیلی و هویتی آنان شود؛ همچنین نوجوانان برای مقابله و جبران این کمبودها، اقدام به رفتارهای ناسالم مانند کشیدن سیگار، کوتاهی در رسیدگی به بهداشت فردی و انجام‌ندادن تکالیف اساسی زندگی می‌کنند. این رفتارها می‌توانند سلامتی نوجوانان را تحت‌تأثیر قرار دهند و همان‌طورکه نتایج تحقیق نشان داد، بین ناگویی خُلقی و سلامت عمومی نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، همبستگی معناداری وجود دارد.

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر، سنجش نارسایی شناختی با ابعاد مشکلات مربوط به اشتباهات سهوی، حافظه و عدم یادآوری بود. در این مطالعه میانگین و انحراف معیار نارسایی شناختی به‌ترتیب ۵۷/۸۹ و ۶/۶۴ به‌دست آمد؛ این میزان برآوردی متوسط است و باتوجه به همبستگی منفی، نارسایی شناختی بر سلامت عمومی مؤثر است. این یافته با پژوهش راشتون و همکاران هم‌راستا است. آن‌ها نشان دادند، بین نارسایی‌های شناختی با متغیرهای مختلف مانند حافظهٔ کاری و کارکرد اجرایی رابطهٔ معناداری وجود دارد (۱۳). دانش‌آموزان دارای نارسایی شناختی به‌دلیل اینکه به هیجانات و شناخت‌های خود آگاهی ندارند و نمی‌توانند از کارکردهای اجرایی درست استفاده کنند، به‌احتمال زیاد، بیشتر دچار تعلل، شک و تردید در موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی می‌شوند؛ همچنین به‌دلیل مشکلات مربوط به حافظه در برقراری ارتباط مناسب با دیگران با مشکل روبه‌رو می‌شوند و این امر می‌تواند سبب کاهش سلامت عمومی آنان شود.

براساس پژوهش حاضر بیماران با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارای نارسایی هیجانی، سلامت عمومی اندکی داشتند. این یافته با یافته‌های مطالعهٔ عیسی‌زادگان و فتح‌آبادی دربارهٔ مطالعهٔ نقش راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی، هم‌راستا است (۷). همچنین براساس پژوهش ردریگو- رویز و همکاران، کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در شناخت عاطفی چهره‌ها دارای مشکل هستند (۱۴).

طبق نظر والاس و همکاران، افرادی به‌طور طبیعی قادر هستند تکالیف خود را انجام دهند، ولی به‌دلیل نارسایی شناختی مرتکب اشتباهات یا خطاهایی می‌شوند (۱۲). نارسایی شناختی و به‌تبع آن اشتباهات سهوی و یادآوری‌نکردن صحیح مطالب می‌تواند عملکردهای تحصیلی دانش‌آموزان را تحت‌تأثیر قرار دهد و سبب افت تحصیلی آنان شود. افت تحصیلی دانش‌آموزانی که به‌طور طبیعی قادر به انجام تکالیف هستند، ولی خطاهای صورت‌گرفته در شکل‌دادن به اهداف و انجام تکالیف، در صورت تداوم می‌تواند باعث سرخوردگی و خدشه‌دارشدن تصویر ذهنی و خودانگارهٔ آنان شود. باتوجه به نتیجهٔ تحقیق حاضر و مرحلهٔ حساس رشد هویت، نوجوانان با ازدست‌دادن اعتمادبه‌نفس‌شان، شک و تردیدشان در توانایی انجام تکالیف و نیز گریبانگیرشدن‌شان در مشکلات روان‌شناختی، سلامتی‌شان بیشتر تحت‌تأثیر قرار خواهد گرفت.

سلامت عمومی در این پژوهش براساس چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی سنجیده شد. در این مطالعه میانگین نمرهٔ سلامت عمومی ۲۵/۴۸ و انحراف معیار ۹/۶۹ بود؛ این میزان برآورد بیشتر از نقطهٔ برش ۲۳ است که نشان‌دهندهٔ وضعیت ناسالم دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی است. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه می‌توان گفت که ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در سلامت عمومی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است. این یافته با مطالعهٔ یعقوبی و همکاران همسوست. آن‌ها نشان دادند، سلامت عمومی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تحت‌تأثیر نارسایی‌های هیجانی و شناختی است (۱۵). نوجوانانی که از سلامت روانی برخوردار هستند، در رویارویی با مشکلات بین‌فردی، مقابله با مشکلات تحصیلی و حفظ روابط مناسب با والدین و هم‌نوعان خود فعال‌ترند و با اعتمادبه‌نفس بیشتر، سعی می‌کنند مسائل را مدیریت کنند. ناتوانی در ابراز هیجانات و تفکرات مناسب باعث خدشه‌دارشدن روابط بین‌فردی و تبیین منفی از رویدادها می‌شود که می‌تواند در سلامتی نوجوانان اثرگذار باشد. درواقع زمانی که افراد نتوانند اطلاعات هیجانی را در فرایند پردازش شناختی ادراک و ارزشیابی کنند، از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شوند و سازمان عواطف، تفکرات و باورهای آنان مختل می‌شود. برعکس، نوجوانانی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به‌گونهٔ مؤثری ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌تر هستند؛ درنتیجه، این نوجوانان از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود.

محدودیت‌های اصلی این پژوهش به‌لحاظ روش‌شناختی تعداد اندک نمونهٔ پژوهش، محدودیت زمانی پژوهش، نبود مرحلهٔ پیگیری و پرداخته‌نشدن به اختلالات همبود نافرمانی مقابله‌ای[1] و اختلال سلوک[2] با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده پیگیری طولانی‌مدت، افزایش حجم نمونه، بررسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و همچنین طرح‌ریزی درمان‌ها و مداخلات مؤثر همچون تنظیم هیجان و نیز به‌کارگیری نتایج پژوهش در برنامه‌ریزی‌های ارتقای سلامتی، عملکردهای تحصیلی و شغلی نوجوانان لحاظ شود تا احتمالاً نتایج واضح‌تر و دقیق‌تری برای تقویت عواطف، احساسات و عزت‌نفس نوجوانان دارای اختلال حاصل شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج پژوهش، می‌توان با متغیرهای ناگویی خُلقی و نارسایی شناختی، سلامت عمومی را پیش‌بینی کرد و با به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی، به ارتقای سطح سلامت عمومی کودکان و نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کمک نمود.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش و والدین آن‌ها، مدیریت مدارس شهر ارومیه و مدیرکل محترم آموزش‌وپرورش استان

[1]. Oppositional-Defiant Disorder

[2]. Conduct Disorder

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]

آذربایجان غربی که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله از رسالهٔ مقطع دکتری تخصصی در رشتهٔ روان‌شناسی سلامت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش، با کد بالینی IRCT20200223046599N1 و کد اخلاق IR.HUMS.REC.1398.342 استخراج شده است. این پژوهش با کسب رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان انجام شد. همچنین اطمینان‌دادن به والدین و دانش‌آموزان بابت محرمانه‌بودن اطلاعات به‌دست‌آمده از دانش‌آموزان، بیان اهداف پژوهش و حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از شرکت در پژوهش، ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در مطالعهٔ حاضر بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم با مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقاله حاضر به این داده‌ها دسترسی پیدا کنند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان پژوهش حاضر نقش یکسانی در تدوین، اجرا، مدیریت طرح، تحلیل داده‌ها، بازبینی، اصلاح، ویراستاری و نهایی‌سازی مقاله داشته‌اند.

References

1. Pan P-Y, Yeh C-B. Impact of depressive/anxiety symptoms on the quality of life of adolescents with ADHD: a community-based 1-year prospective follow-up study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(6):659–67. doi: 10.1007/s00787-016-0929-z
2. Travis F, Grosswald S, Stixrud W. ADHD, brain functioning, and transcendental meditation practice. Mind & Brain: The Journal of Psychiatry. 2011; 2(1):73-81.
3. Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VH, Lin KC. A meta-analysis of behavioral parent training forchildren with attention deficit hyperactivity disorder. Res Dev Disabil. 2012;33(6):2040-9. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.05.011
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Rezaee F, Fakhraee, Farmand A, Nilioufari A, Hashemi J, Shamloo F. (Persian translators). 5th edit. Tehran: Arjman Publishing; 2015, pp: 95-9.
5. Zayats T, Neale BM. Recent advances in understanding of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): how genetics are shaping our conceptualization of this disorder. F1000Res. 2019;8: F1000 Faculty Rev-2060. doi: 10.12688/f1000research.18959.2
6. Polanczy GV, Salum kG, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(3):345–65. https://doi.org/10.1111/jcpp.12381
7. Issazadegan A, Fathabadi J. The role of cognitive emotion regulation strategies and general health in alexithymia. Scientific Journal Management System. 2012;8(31):257–67. [Persian] http://jip.azad.ac.ir/article_512254_b0274b400a5c5478d8ac94d68303fa36.pdf
8. Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. PLoS One. 2009;4(6):e5751. doi: 10.1371/journal.pone.0005751
9. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2014;171(3):276–93. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13070966
10. Flegenheimer C, Lugo-Candelas C, Harvey E, McDermott JM. Neural processing of threat cues in young children with attention-deficit/hyperactivity symptoms. J Clin Child Adolesc Psychol. 2018;47(2):336–44. doi: 10.1080/15374416.2017.1286593
11. Edel M-A, Hölter T, Wassink K, Juckel G. A comparison of mindfulness-based group training and skills group training in adults with ADHD. J Atten Disord. 2017;21(6):533–9. doi: 10.1177/1087054714551635
12. Wallace JC, Popp E, Mondore S. Safety climate as a mediator between foundation climates and occupational accidents: a group-level investigation. J Appl Psychol. 2006;91(3):681–8. doi: 10.1037/0021-9010.91.3.681
13. Rushton S, Giallo R, Efron D. ADHD and emotional engagement with school in the primary years: Investigating the role of student-teacher relationships. Br J Educ Psychol. 2020;90 Suppl 1:193–209. doi: 10.1111/bjep.12316
14. Rodrigo-Ruiz D, Perez-Gonzalez JC, Cejudo J. Emotional facial recognition difficulties as primary deficit in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. Rev Neurol. 2017;65(4):145–52. [Spanish]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]

15. Yaghobi A, Alizadeh H, Moradi Amin F. A comparative study on mental health, academic achievement and educational functioning in students with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Educational Psychology. 2010;6(16):145–68. [Persian] https://jep.atu.ac.ir/article_2280_66398add8627306b511ee5f487cd08a3.pdf?lang=en
16. Wood D, Crapnell T, Lau L, Bennett A, Lotstein D, Ferris M. Emerging adulthood as a critical stage in the life course. In: Halfton L, Forrest ChB, Lerner R, Faustman EM. editors. Handbook of life course health development. Cham: Springer; 2017, pp: 123-43.
17. Zoghipaydar MR, Ghaseni M, Bayat A, Sanayee SK. Comparing the mental health in mothers of children with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Journal of Exceptional Education. 2016;8(136):5-14. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-422-en.html
18. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139–45. doi: 10.1017/s0033291700021644
19. World Health Organization (WHO). Mental health: a state of well-being; 2014 Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf;jsessionid=B08C000C5DC9B863B14130434665ABEF?sequence=1 [cited 2015 November 15].
20. Flores-García L, Lensing MB, Ytterstad E, Eisemann M. Quality of life in substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder 12 months after treatment: a naturalistic follow-up study. Atten Defic Hyperact Disord. 2019;11(3):299–310. doi: 10.1007/s12402-019-00297-5
21. Anker E, Halmøy A, Heir T. Work participation in ADHD and associations with social characteristics, education, lifetime depression, and ADHD symptom severity. Atten Defic Hyperact Disord. 2019;11(2):159–65. doi: 10.1007/s12402-018-0260-2
22. Popa-Velea O, Diaconescu L, Mihăilescu A, Jidveian Popescu M, Macarie G. Burnout and its relationships with alexithymia, stress, and social support among romanian medical students: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(6):560. doi: 10.3390/ijerph14060560
23. Becker SP, Burns GL, Schmitt AP, Epstein JN, Tamm L. Toward establishing a standard symptom set for assessing sluggish cognitive tempo in children: evidence from teacher ratings in a community sample. Assessment. 2019;26(6):1128–41. doi: 10.1177/1073191117715732
24. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol. 1998;26(4):257-68. doi: 10.1023/a:1022602400621
25. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. J Abnorm Child Psychol. 1978;6(2):221–36. doi: 10.1007/bf00919127
26. Shahaeian A, Shahim S, Bashash L. Standardization, factor analysis and reliability of the Conner's Parent Rating Scale for 6 to 11-year-old children in Shiraz. Psychological Studies. 2007;3(3):97-120.
27. Bagby RM. Taylor GJ, Ryan DP. Toronto Alcxithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology measure. Psychother Psychosom. 1986;45(4):207-15. doi: 10.1159/000287950
28. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994;38(1):23–32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
29. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychol Rep. 2007;101(1):209–20. doi: 10.2466/pr0.101.1.209-220
30. Broadbent DE, Cooper PF, FitzGerald P, Parkes KR. The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. Br J Clin Psychol. 1982;21(1):1–16. doi: 10.1111/j.2044-8260.1982.tb01421.x
31. Wallace JC, Chen G. Development and validation of a work-specific measure of cognitive failure: implications for occupational safety. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 2005;78(4):615–32. doi: 10.1348/096317905X37442
32. Abolghasemi A, Kiamarsi A. The relationship between metacognition and cognitive failures in the elderly. Advances in Cognitive Sciences. 2009;11(1):8–15. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-523-en.pdf
33. Aderibigbe YA, Gureje O. The validity of the 28-item general health questionnaire in a Nigerian antenatal clinic. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1992;27:280-3. doi: 10.1007/BF00788899
34. Besharat M. Reliability and validity of a short form of the mental health inventory in an Iranian population. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2009;15(2):87–91. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.201.0]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.190]