



## کانون کنترل: مقایسه الگوهای اسنادی در اختلال کمبود توجه - بیش فعالی و اختلالات درون‌سازی

دکتر زهرآ شهریور<sup>۱</sup>

گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر الهام شیرازی

گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر جواد علاقبندراد

گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

در این مطالعه، رابطه نوع اختلال رفتاری کودک با چگونگی درک او از حوزه تحت کنترل خویش در وقایع مختلف سنجیده شده است. بدین منظور، ۴۲ کودک و نوجوان ۶-۱۸ ساله که با شکایت از مشکلات رفتاری، هیجانی و یادگیری به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان‌های روزبه و ایران مراجعه کرده بودند، انتخاب و به دو گروه اختلالات درون‌سازی و اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی تقسیم شدند. سپس (قبل از اقدامات درمانی)، کودکان و والدین آنها پرسشنامه‌های سنجش کانون کنترل (locus of control) را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که میان اختلالات رفتاری کودکان و نتایج گزارش‌های شخصی آنان از کانون کنترل، رابطه وجود دارد. در هر دو گروه، ارجحیت با حوزه کنترل درونی بود که با افزایش سن همبستگی منفی داشت. در ضمن، والدینی که دارای تحصیلات بالاتری بودند، به صورت معنی‌داری، کمتر از سایر والدین، علت وقایع را به عوامل خارج از حوزه کنترل خویش نسبت می‌دادند.

### مقدمه

کانون کنترل (locus of control)، مفهومی شناختی است که طبق تعریف، افراد بر مبنای آن، دلایل بروز وقایعی را که تجربه می‌کنند، یا در حیطه کنترل خود می‌دانند یا به عواملی خارج از حوزه توانایی خویش نسبت می‌دهند.

در صورت‌بندی اولیه این مفهوم در نظریات مربوط به یادگیری اجتماعی (روتز، ۱۹۵۴)، کانون کنترل به این مفهوم است که انتظار یا توقع یک شخص برای دریافت تقویت یا پاداش در قبال انجام یک رفتار یا کسب یک موقعیت، در کنترل خود او می‌باشد (کانون کنترل درونی) یا خیر (کانون کنترل بیرونی)؟

بنابر رویکرد وینر که جنبه شناختی بیشتری دارد (وینر، ۱۹۷۲)، چگونگی درک علل حوادث پیشین، عوامل مهمی هستند که می‌تواند انگیزه فرد را در آینده پیشگویی نماید. از طرفی، سال‌ها بعد وینر و همکاران (۱۹۷۲) بدین نتیجه رسیدند که می‌توان مفهوم درک از کنترل را در افراد به دو جنبه مشخص تقسیم نمود: ارجاع دادن حوادث به علل درونی در برابر علل بیرونی و علل پایدار در برابر علل ناپایدار (دلایل به نسبت غیر قابل تغییر، در برابر دلایلی که ممکن است در شرایط و زمان‌های مختلف تغییر کنند). در توصیفی که آبرامسون، سلیگمن و تیزدل (۱۹۷۸) ارائه دادند، احساس درماندگی انسان از نداشتن یا ضعف کنترل ناشی می‌گردد و وقتی فرد می‌پندارد که شرایط قابل پیش‌بینی (contingency) وجود ندارد (احساس درماندگی)، آن را به

<sup>۱</sup> نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه



عوامل درونی یا بیرونی، پایدار یا ناپایدار و عمومی (فراموقعت) یا اختصاصی (بسته به موقعیت خاص) نسبت می‌دهد. بنسب این اسنادهای (attributions) انسان در نظام شناختی ویژه خودش، آثار مستقیمی بر میزان و تداوم عواقب رفتاری و هیجانی منفی در ماندگی ادراک شده او خواهد داشت.

مطالعه مفهوم کنترل ادراک شده کودکان، بر سه جنبه تمرکز دارد که بر اساس اظهارات کودک در مورد وقایع بررسی می‌شود: (الف) نمی‌دانند چرا آن وقایع رخ داده است (کانون کنترل ناشناخته). (ب) ویژگی‌های شخصی‌شان به آن پیامدها منجر شده است (کانون کنترل درونی). (ج) خصوصیات دیگران نتایج مزبور را باعث می‌شود (کانون کنترل بیرونی یا افراد صاحب نفوذ) (significant others).

مطالعاتی که ارتباط میان نوع کانون کنترل کودکان را با الگوی علامت شناختی آنان سنجیده‌اند، نتایج متناقضی ارائه نموده‌اند. جکسون، فریک و دراویچ - بوش (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌کنند که اگر انواع مشکلات رفتار به طور واضح تعریف شود (یعنی کودکان دچار اختلالات رفتاری برون‌سازی (externalizing) در مقایسه با کودکانی که همزمان به اختلالات درون‌سازی (internalizing) و برون‌سازی مبتلایند)، الگوی کاملاً روشنی از شیوه اسنادی به شکل کانون درونی یا بیرونی به دست نخواهد آمد. از طرفی، وجود آسیب‌شناسی درون‌سازی در کودکانی که دچار اختلالات رفتاری برون‌سازی هستند، ممکن است به آگاهی فزاینده آنان در زمینه مشکلات سلوک منجر شود و در عوض، آسیب‌شناسی برون‌سازی، رابطه منفی موجود میان آسیب‌شناسی درون‌سازی و عقاید مربوط به کنترل در حوزه‌های اجتماعی را کمرنگ سازد (هان، ویز و ویس، ۲۰۰۱).

در مطالعه‌ای که تارنوفسکی و نی (۱۹۸۹) روی ۵۱ پسر ۷-۹ ساله انجام دادند، طیف اختلالات یادگیری، در مقیاس‌های به کار رفته، با برون‌سازی بیشتری همراه بود. با وجود این، نمره به دست آمده در ابزار سنجش کانون کنترل، با بسیاری از مقیاس‌های توصیفی و تشخیصی اندازه‌گیری شده، ارتباط معنی‌داری نداشت (به جز در مورد ناهمخوانی بهره هوشی با موفقیت تحصیلی). با این حال، لوفی و پاریش - پلاس (۱۹۹۵) دریافتند که کودکان

دچار اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی (attention deficit hyperactivity disorder = ADHD)، در مقایسه با گروه شاهد از کانون کنترل بیرونی بیشتری برخوردار بودند، به طور معنی‌داری کمتر پشتکار به خرج می‌دادند و «نگرانی اجتماعی / تمرکز» (زیر گروهی از یک مقیاس اضطراب) را به میزان بیشتری گزارش می‌کردند.

برخی پژوهش‌ها، به شیوه اسناد والدین و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان بیشتر توجه داشته‌اند. جانستون و پاتاود (۱۹۹۴)، بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش خود اظهار نمودند که گزارش‌های شفاهی والدین در مورد رفتارهای بیش‌فعالانه توأم با کم توجهی یا بی‌اعتنایی - مقابله‌جویی کودکان، نسبت به گزارش کتبی این رفتارها، با واکنش‌های منفی‌تر آنان همراه می‌باشد. این واکنش‌ها با احساس رضایتمندی و کارآیی کمتر والدین رابطه دارد. طبق مطالعه هوزا و همکاران (۲۰۰۰)، مادران نسبت به پدران ادراک کنترل بیرونی‌تر، اعتماد به نفس ضعیف‌تر، کارآیی کمتر در فرزندپروری و تمایل بیشتری به اسناد دادن نافرمانی به کودکان دارند. در مقایسه با والدینی که دارای کودکانی با تکاملی طبیعی می‌باشند، والدین کودکان مبتلا به اختلالات برون‌سازی، از تأثیرات منفی شدیدتر روی زندگی اجتماعی، احساسات منفی بیشتر درباره فرزندپروری و احساس فشار و ناراحتی بیشتر در ارتباط با کودک خویش شکایت می‌نمایند (دانبرگ و بیکر، ۱۹۹۳).

مطالعه حاضر، رابطه میان دو گروه از اختلالات روان‌پزشکی کودکان؛ یعنی ADHD و اختلالات درون‌سازی (مثلاً اضطراب، افسردگی، وسواس و ...) را با نتایج گزارش‌های آنان از کانون کنترل آزموده است. چنین فرض شده است که این ارتباط بر اساس نوع کانون کنترل کودکان، می‌تواند طبقه تشخیصی اختلالات فوق را پیشگویی کند.

## روش

افراد مورد مطالعه، ۴۲ کودک و نوجوان ۶-۱۸ ساله بودند (۲۰ پسر و ۲۲ دختر) که در یک فاصله زمانی سه ماهه (نیمه فروردین تا نیمه تیرماه ۱۳۸۰) با شکایت از مشکلات هیجانی،

استخراج گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (شماره ۹ برای ویندوز) صورت گرفت. برای ارزیابی داده‌های پارامتریک، از آزمون t، برای سنجش همبستگی میان نمرات ۱۲ زیر گروه مقیاس MMCPK بین دو گروه، از آزمون همبستگی پیرسون و برای آزمون داده‌های غیر پارامتریک از آزمون مان-ویتنی استفاده شد.

### ابزار پژوهش

#### MMCPK مقیاس چند بعدی کانون کنترل کودکان

این پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال می‌باشد که ادراک کودک را از حوزه کنترل (درونی، افراد صاحب نفوذ و ناشناخته) و پیامد (موفقیت یا شکست) تجارب خویش در چهار حوزه (اجتماعی، شناختی، بدنی، عمومی) می‌سنجد. در جدول ۱ به چند مورد

جدول ۱- نمونه موارد مقیاس چند بعدی ادراک کانون کنترل در کودکان

ابعاد مورد بررسی (حوزه کنترلی، پیامد، حوزه تجارب)	مثال آیتم
درونی - شکست - عمومی	وقتی موفق نمی‌شوم، معمولاً کوتاهی از خودم بوده است.
درونی - موفقیت - بدنی	اگر به اندازه کافی تلاش کنم، در هر ورزشی می‌توانم خوب باشم.
ناشناخته - موفقیت - اجتماعی	خیلی اوقات نمی‌دانم چرا مردم مرا دوست دارند.
افراد صاحب نفوذ - شکست - شناختی	اگر معلم خوبی نداشته باشم، نمی‌توانم در مدرسه خوب عمل کنم.

پرسشنامه اشاره شده است. در این مقیاس خود گزارشی، از قلم و کاغذ استفاده می‌شود. در شرایط اجرای آزمون، این امر لحاظ شده است که در صورت لزوم و برای رفع هر مانعی در خواندن، پرسشگر با صدای بلند پرسشنامه را بخواند و به افراد کمک کند تا دور پاسخ‌های خود را خط بکشند. این مقیاس در مقایسه با سایر

رفتاری و یادگیری به درمانگاه‌های سرپایی روان پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان‌های روزبه (دانشگاه علوم پزشکی تهران) و ایران (دانشگاه علوم پزشکی ایران) مراجعه کرده بودند. این دو درمانگاه، از مراکز اصلی ارجاعی کشور در این زمینه با کادر فوق تخصصی محسوب می‌گردند. هنگام مصاحبه، برای تمامی مراجعان و والدین آنها درباره مطالعه توضیحات لازم داده می‌شد. نمونه‌ها، بر اساس معیارهای DSM-IV و با تشخیص بالینی یک روان‌پزشک کودک و نوجوان و نتایج مقیاس کودکان برای اختلالات هیجانی و اسکیزوفرنیا (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for children = K-SADS) تقسیم شدند. ما بیمارانی را در پژوهش پذیرفتیم که تا زمان ارزیابی هیچ گونه درمانی دریافت نکرده بودند. بیماران به دو گروه تشخیصی تقسیم شدند:

(۱) ADHD

(۲) اختلالات درون‌سازی (internalizing disorder=ID)

کلیه کودکان و نوجوانان حداقل به وسیله یکی از والدین (اکثراً مادران) همراهی می‌شدند. از تمام والدین رضایتنامه کتبی اخذ شد.

برای تعیین کانون کنترل کودکان و نوجوانان، از مقیاس چند بعدی ادراک کانون کنترل کودکان (Multidimensional Measure of Children's Perception of Control = MMCPK) استفاده شد. در صورت نیاز، سؤال‌های پرسشنامه به وسیله همکار روان‌شناس طرح، برای آزمودنی خوانده می‌شد. برای سنجش این مقوله در والدین، از مقیاس کانون کنترل درونی/ بیرونی روتر (Rotter Internal/External Locus of Control Scale = RI/ELCS) استفاده شد. هر دو پرسشنامه قبل از شروع هر نوع مداخله درمانی برای مراجعان، تکمیل می‌گردیدند.

در این مطالعه، نوع اختلال (ADHD یا ID) به عنوان متغیرهای مستقل و مقیاس‌های RI/ELCS، MMCPK، ابزار اندازه‌گیری متغیر وابسته (یعنی کانون کنترل) محسوب می‌شدند. آمار متغیرهای جمعیت شناختی نیز، با استفاده از پرسشنامه



جدول ۲- میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای مطالعه

اعضای گروه		متغیرها
ADHD <sup>۲</sup> (تعداد = ۲۰)	ID <sup>۱</sup> (تعداد = ۲۲)	
(SD = ۰/۴۶) ۳/۳۵	(SD = ۰/۴۶) ۳/۱۶	کنترل درونی
(SD = ۰/۵۹) ۳/۴۶	(SD = ۰/۵۹) ۳/۱۱	اجتماعی
(SD = ۰/۸۵) ۳/۴۲	(SD = ۰/۶۱) ۳/۴۸	شناختی
(SD = ۰/۴۸) ۳/۶۲	(SD = ۰/۶۹) ۳/۲۲	بدنی
(SD = ۰/۶۲) ۲/۹۱	(SD = ۰/۶۳) ۲/۸۵	عمومی
(SD = ۰/۵۹) ۲/۷۱	(SD = ۰/۵۵) ۲/۶۳	کنترل به وسیله افراد صاحب نفوذ
(SD = ۰/۸۹) ۲/۷۰	(SD = ۰/۸۲) ۲/۳۴	اجتماعی
(SD = ۰/۸۸) ۲/۵۸	(SD = ۰/۷۸) ۲/۶۹	شناختی
(SD = ۰/۸۱) ۲/۵۲	(SD = ۰/۶۴) ۲/۶۴	بدنی
(SD = ۰/۷۹) ۳/۰۶	(SD = ۰/۷۶) ۲/۸۲	عمومی
(SD = ۰/۶۳) ۲/۲۳	(SD = ۰/۵۷) ۲/۵۰	کنترل ناشناخته
(SD = ۰/۸۳) ۲/۳۳	(SD = ۰/۷۰) ۲/۵۹	اجتماعی
(SD = ۰/۷۲) ۱/۹۷	(SD = ۰/۸۴) ۲/۲۲	شناختی
(SD = ۰/۷۷) ۲/۰۳	(SD = ۰/۷۶) ۲/۳۰	بدنی
(SD = ۰/۷۴) ۲/۵۷	(SD = ۰/۶۱) ۲/۸۸	عمومی

<sup>۱</sup>ID = Internalizing Disorders اختلالات درونی

<sup>۲</sup>ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder اختلال کمبود توجه - بیش فعالی

<sup>۳</sup>SD = انحراف معیار

این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته می باشد که به پرسشگر کمک می کند تا از وضعیت فعلی و نیز دوران زندگی فرد، ارزیابی تشخیصی جامع تری به دست آورد. این ابزار دارای پایداری مناسبی برای مصاحبه با کودک و والد می باشد و قابلیت به کارگیری برای کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله با بهره هوش طبیعی را دارد (آمبروسینی، ۲۰۰۰).

### نتایج

در میان ۴۲ بیماری که در این مطالعه شرکت داشتند، مطابق با معیارهای DSM-IV، ۲۰ نفر دارای تشخیص ADHD (۴۵ درصد دختر، ۵۵ درصد پسر) و ۲۲ نفر مبتلا به اختلالات درون سازی (۵۹ درصد دختر، ۴۱ درصد پسر) بودند. میانگین سنی در گروه ADHD، ۹/۹ سال (انحراف معیار = ۲/۰۴) و در گروه ID، ۱۳/۷۷ (انحراف معیار = ۳/۳۸) بود. تمام شرکت کنندگان

ابزارهایی که کانون کنترل را در کودکان می سنجند، این مفهوم را در موقعیت های خاص و چند بعدی جست و جو می نماید. سؤال ها در چهار حیطه مطرح می شوند و هر مورد از یک تا چهار نمره می گیرد. سه حالت ممکن از ادراک کنترل در چهار حوزه محاسبه می شود و در نتیجه ۱۲ زیر گروه از کانون کنترل به دست می آید (کانل، ۱۹۸۵؛ جکسون، فریک و دراویج - بوش، ۲۰۰۰).

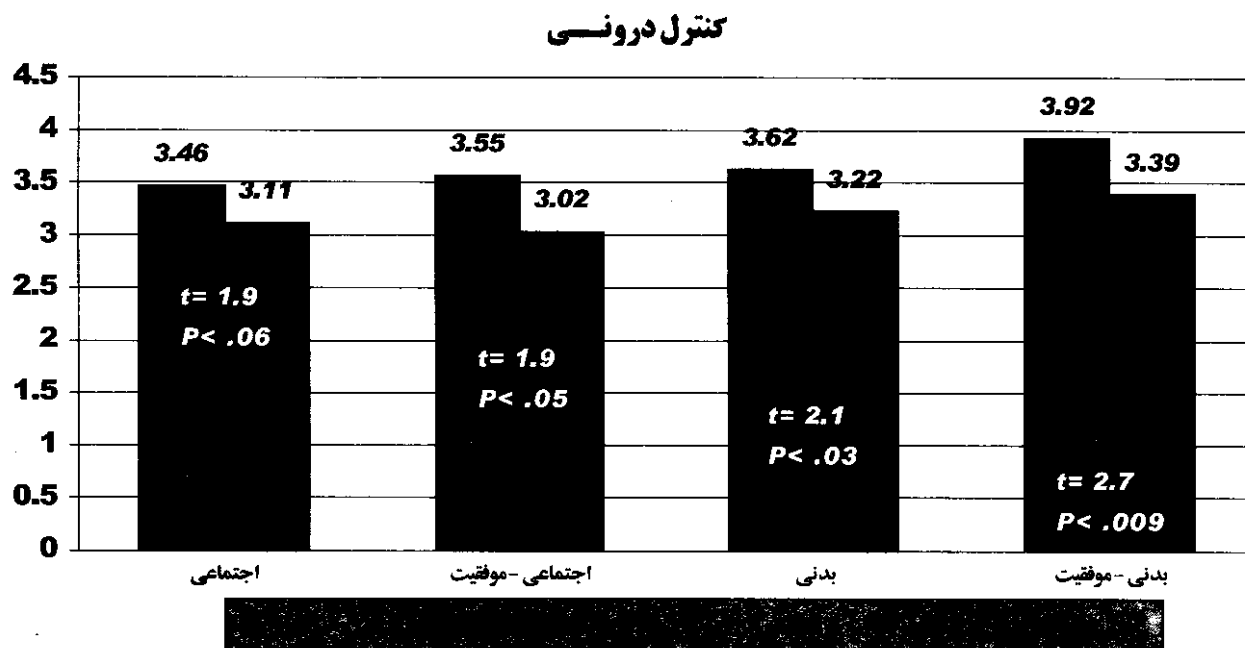
### RI/ELCS مقیاس کانون کنترل درونی/ بیرونی روتر

این ابزار شامل یک پرسشنامه قلم و کاغذی ۲۹ موردی می باشد که برای هر یک از موارد دو نوع انتخاب وجود دارد. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده کانون بیرونی و نمره پایین، نشان دهنده کانون درونی کنترل می باشد.

### K-SADS مقیاس کودکان برای اختلالات هیجانی و اسکیزوفرنیا



شکل ۱- مقایسه میانگین نمرات گروه‌های مورد آزمایش از نظر کانون کنترل درونی در آزمون MMCPC



حوزه کنترل درونی، نمرات بالایی در حوزه بدنی مجموع (total)  $(t = 2/13, P = 0/39)$  بدنی - موفقیت  $(t = 2/75, P = 0/09)$ ، اجتماعی - موفقیت  $(t = 1/96, P = 0/056)$  و یک گرایش در حوزه اجتماعی مجموع  $(t = 1/9, P = 0/65)$  به دست آمد (شکل ۱). این گرایش در حوزه کانون افراد صاحب نفوذ، اجتماعی - شکست  $(t = 1/84, P = 0/73)$  و کانون ناشناخته، بدنی - شکست  $(t = -1/88, P = 0/68)$  تکرار شد. در گروه ADHD، آزمون نمونه‌های جفت شده (paired sample t-test) بین سه حوزه اصلی MMCPC، اختلاف معنی‌داری  $(P < 0/01)$  نشان داد؛ به این صورت که بالاترین میانگین به کنترل درونی مجموع و پایین‌ترین میانگین به کنترل ناشناخته مجموع اختصاص داشت (شکل ۲). تکرار آزمون فوق در گروه ID مشخص کرد که این اختلاف معنی‌دار در مقایسه میان کنترل درونی کلی با کنترل ناشناخته مجموع  $(P = 0/01)$ ، و کنترل افراد صاحب نفوذ مجموع  $(P = 0/02)$ ،  $(t = 3/49)$  وجود دارد (شکل ۳).

در ضمن، هیچ گونه همبستگی واضحی میان جنسیت با

دانش آموز بودند. در مشخصات جمعیت شناختی این دو گروه، هیچ اختلاف معنی‌داری به دست نیامد. سطح تحصیلات والدین به دو دسته تقسیم شد: پایین‌تر یا بالاتر از تحصیلات راهنمایی؛ ۴۵ درصد از والدین گروه ADHD و ۶۸ درصد گروه ID، از تحصیلات پایین‌تر از کلاس سوم راهنمایی برخوردار بودند.

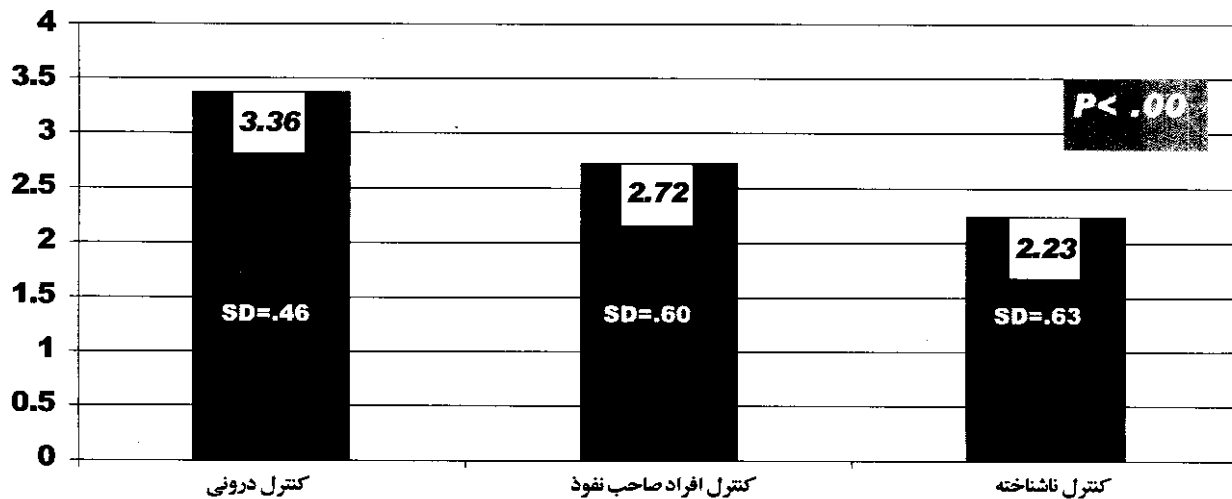
میانگین و انحراف معیار نمرات کانون کنترل و تقسیم‌بندی نمونه‌ها در مطالعه جاری، در جدول ۲ خلاصه شده است. مبنای تجزیه و تحلیل آماری برای مقایسه دو گروه ID و ADHD، نوع ادراک افراد شرکت‌کننده از کانون کنترل بود. تحلیل واریانس با استفاده از حوزه‌های درونی، افراد صاحب نفوذ و ناشناخته (به عنوان متغیرهای وابسته) و وضعیت گروه‌ها (ADHD-ID)، (به عنوان متغیرهای مستقل) انجام شد. نتایج این تجزیه و تحلیل، در هیچ یک از سه حوزه اصلی در میان دو گروه، اختلاف معنی‌داری نشان نداد.

از زیر گروه‌های پرسشنامه MMCPC در دو گروه مورد پژوهش، یافته‌های جالبی به دست آمد. در گروه ADHD، در



شکل ۲- مقایسه میانگین نمرات حوزه‌های سه گانه آزمون MMCPC در گروه ADHD

## گروه ADHD



بنابر نتایج به دست آمده از یافته‌های این مطالعه، در حوزه کنترل درونی، هر دو گروه نمره میانگین بالایی داشتند که این با برخی مطالعات پیشین که ارجحیت کانون بیرونی یا ناشناخته را در کودکان مبتلا به اختلالات بیرونی نشان داده‌اند، هماهنگی ندارد (جکسون، ۲۰۰۰؛ لوفی، ۱۹۹۵).

گروه ADHD، در حوزه‌های کنترل درونی، اجتماعی و درونی، بدنی - موفقیت نمره میانگین بالاتر و معنی‌داری احراز نمود. این یافته می‌تواند بدین معنی باشد که کودکان دچار ADHD، شکست خود را در یک وضعیت اجتماعی یا بدنی به دیگران نسبت می‌دهند یا فرض می‌کنند که موفق شدن در یک فعالیت اجتماعی یا بدنی حاصل تلاش‌های خود آنان است. بنابراین، به نظر می‌رسد جزء کلیدی در افتراق این دو گروه، مفهوم شکست و موفقیت فرد در وضعیت‌های مختلف باشد.

یافته دیگری که با سایر مطالعات ناهماهنگ می‌باشد (جکسون، ۲۰۰۰)، وجود همبستگی مثبت میان سن بیماران گروه ID با کنترل ناشناخته و افراد صاحب نفوذ است. انتظار کلی آن

حوزه‌های مختلف پرسشنامه MMCPC، به دست نیامد.

با اجرای آزمون همبستگی پیرسون، مشخص شد که در هر یک از گروه‌ها وقتی سن افزایش پیدا می‌کند، بالاترین نمرات در حوزه‌های کنترل افراد صاحب نفوذ (مجموع) و کنترل ناشناخته (مجموع) پدیدار می‌شوند (برای گروه ID،  $P = 0/001$ ، و برای گروه ADHD،  $P = 0/002$ ).

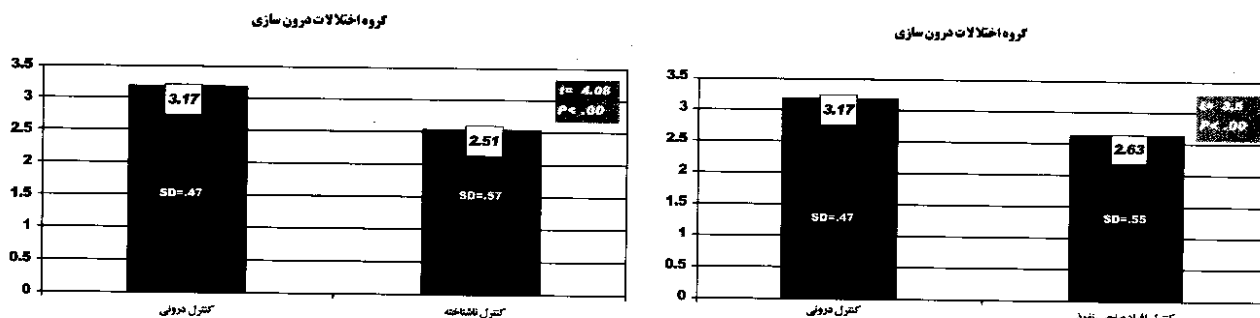
نتایج آزمون t بر مبنای نمرات به دست آمده از پرسشنامه روتر، میان وضعیت تحصیلی والدین در هر یک از گروه‌ها با کانون کنترل بیرونی (میانگین =  $8/05$  و انحراف استاندارد =  $2/41$ ) در سطح پایین‌تر از راهنمایی، میانگین =  $6/21$  و انحراف استاندارد =  $3/17$  در سطح بالاتر از راهنمایی، با در نظر گرفتن واریانس یکسان،  $P = 0/01$ ،  $t = 2/60$ ) یک ارتباط منفی نشان داد. (شکل ۴)

## بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، رابطه میان اختلالات رفتاری کودکان و گزارش‌های شخصی آنان از کانون کنترل تأیید شد.



شکل ۳- مقایسه میانگین نمرات دو حوزه کانون کنترل درونی با کنترل ناشناخته (نمودار چپ) و کنترل درونی با کنترل افراد صاحب نفوذ (نمودار راست) در آزمون MMCPD در گروه اختلالات درون‌سازی



یافته‌های ما و مرور پژوهش‌های گذشته در زمینه کانون کنترل در کودکان و شیوه‌های اسنادی در والدین حاکی از آن است که اندیشه «همه یا هیچ انگاری» در تقسیم افراد به دو طیف بیرونی و درونی، در عمل، نظری بسیار ساده‌اندیشانه می‌باشد؛ چرا که اثرگذاری زمینه‌های مختلف فعالیت، توانایی‌های شناختی تکاملی متعدد و نقش افراد مهم و مراقبان اصلی در زندگی کودکان امری شناخته شده است. نادیده گرفتن چنین عوامل مخدوش‌کننده‌ای باعث می‌شود نتایج پژوهش‌ها همچنان متناقض جلوه نمایند.

از طرفی، تعیین تشخیص‌های متعدد و همزمان در کار بالینی روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیشتر یک قاعده محسوب می‌گردد تا یک استثنا. بنابراین، بسیار محتمل است که در پژوهش‌های گذشته، نمونه‌های مختلطی از اختلالات بیرونی و درونی مورد ارزیابی قرار گرفته باشند که این امر، تفکیک انواع کانون‌های کنترل را در مورد انواع اختلالات رفتاری کودکان با مشکل مواجه می‌سازد.

پژوهش ما با محدودیت‌هایی مواجه بود: نخست اینکه، تمامی نمونه‌های مورد مطالعه از دو درمانگاه مرجع که ممکن است در مقایسه با نمونه‌های دیگر اجتماع از شدت بالاتری از علائم اختلال برخوردار باشند، انتخاب شدند. دوم اینکه، به علت تفاوت در سنین بروز اختلال ADHD و اختلالات درون‌سازی، میانگین سنی گروه ID از گروه

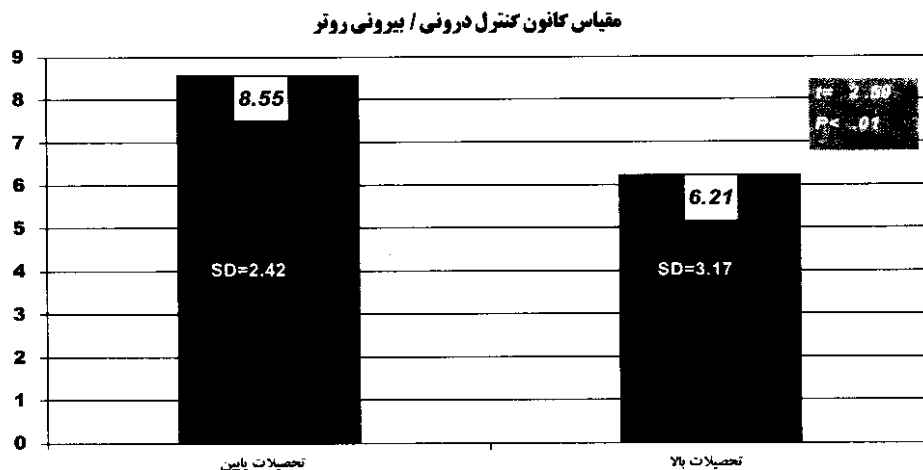
است که با افزایش سن و بلوغ شناختی، حوزه کنترل در افراد به سمت درونی شدن متمایل شود.

از طرفی به نظر می‌رسد در ارتباط با مشکلات رفتاری، زمینه کنترل درک شده نیز در چگونگی افتراق کانون کنترل کودک مؤثر باشد. بسیاری از مطالعات برای سنجش کانون کنترل، از ابزارهای تشخیصی عمومی استفاده کرده و به صورت عام در مورد درک یک کودک از منبع کنترل تحقیق نموده‌اند. اگر فرضیه فوق صحت داشته باشد، نشان می‌دهد که ماهیت اختلال فرد (بیرون‌سازی، درون‌سازی) به تنهایی نمی‌تواند نوع کانون کنترل درک شده به وسیله فرد را تعیین نماید. در واقع ممکن است کانون کنترل فرد در زمینه اجتماعی، با زمینه بدنی متفاوت باشد. برای مثال، یک کودک، کسب نمره مثبت در امتحان ریاضی را به آسان بودن امتحان ارتباط دهد، اما موفقیت خویش را در شنا به تمرین‌های مکرر خود مربوط بداند.

ارزیابی نتایج آزمون روتر روی والدین کودکان مورد مطالعه، در میانگین نمرات دو گروه تفاوت معنی‌داری را مشخص نکرد. تنها یک یافته معنی‌دار به دست آمد که نشان می‌داد میان سطح تحصیلات والدین با کانون کنترل بیرونی یک همبستگی منفی وجود دارد؛ یعنی افرادی که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، کمتر از افراد دارای تحصیلات پایین، علت وقایع و حوادث را به عوامل خارج از حوزه کنترل خویش نسبت می‌دادند.



شکل ۴- مقایسه میانگین نمرات والدین در مقیاس کانون کنترل درونی/ بیرونی روتر بر اساس میزان تحصیلات



درمان‌های چند بعدی روان‌پزشکی که در جهت توانایی‌های شناختی او و مراقبانش شکل گرفته باشد، نقشی تعیین کننده خواهد داشت.

#### سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری آقایان دکتر علی فیض زاده و حمیدرضا طاهری نخست برای عملیات آماری طرح و خانم‌ها سکینه حمیدی مقدم و فریبا نعیمی، روان‌شناسان محترم بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه، برای تکمیل پرسشنامه‌های تشخیصی، سپاسگزاری می‌شود.

ADHD بالاتر بود که این امر می‌تواند روی نتایج پژوهش تأثیر بگذارد. و نکته سوم اینکه، عوامل مؤثری مانند مشخصات محیطی (حمایت خانوادگی، روابط کودکان با مراقبان اصلی) و انفرادی (بهره‌هوشی، مزاج، نگرش) افراد مورد مطالعه در نظر گرفته نشد.

مطالعه مقوله شیوه‌های اسنادی کودکان و والدین کمک می‌کند تا از قوای شناختی کودکی که دچار رفتار مشکل‌زاست، درک بهتری به دست آید و روابط میان خصوصیات زمینه‌ای احاطه کننده فرد و پیامدهای متنوع ناشی از موقعیت‌های مختلف آشکار گردد. کسب آگاهی مبسوط و جامع‌تر از کودک و مشکلات او، در تثبیت یک رویکرد مناسب برای انتخاب

#### منابع

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.(1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Ambrosini, P.J.(2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 39(10),49-58.

Connell, J.P.(1985). A new multidimensional measure of children's perception of control. *Child development*, 56, 1018-1041.

Donenberg, G.,& Baker, B.L.(1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal child Psychology*, 21(2), 179-98.

Han, S.S., Weisz, J.R., & Weiss, B.(2001). Specificity of relations between children's control-related beliefs &





- internalizing & externalizing psychopathology. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 69(20), 240-51.
- Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Conners, C.K., & Hinshaw, S.P.(2000). Parent cognition's as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (6),569-583.
- Jackson, Y., Frick, P., & Dravage-Bush, J.(2000) Perceptions of control in children with externalizing and mixed behavior disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(1),43-58.
- Johnston, C., & Pelham, W.E.(1990). Maternal characteristics, ratings of child behavior, and mother-child interactions in families of children with externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(4), 407-17.
- Johnston, C., & Patenaude, R.(1994). Parent attributions for inattentive and oppositional-defiant child behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 18, (3), 261-27.
- Lufi, D., & Parish-Plass J.(1995). Personality assessment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 94-9.
- Rotter, J.B.(1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rotter, J.B.(1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, (General and Applied)*, 80 (1), 1-28 .
- Rotter, J.B.(1975). Some problems and misconceptions related to the constructs of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(1), 56-57.
- Tarnowski, K.J., & Nay, S.M.(1989). Locus of Control in children with learning disabilities and hyperactivity: A subgroup analysis. *Journal of Learning Disability*, 22(6), 381-4.
- Weiner, B., Heckhausen, H., Meyer, W.U., & Cook, R.E.(1972). Causal ascriptions and achievement motivation: A conceptual analysis of and reanalysis of locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, (21), 239-248.