





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه روانپزشکی
رساله دکتری

مقایسه میزان رضایت زناشویی
در مادران کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش
فعالی با مادران کودکان عادی

حمید کچوئی

استاد راهنما : دکتر کتایون خوشابی
استاد مشاور : دکتر مرسده سمیعی
استاد مشاور آمار : دکتر بهروز دولتشاهی

تیر ماه ۱۳۸۹

شماره ثبت : ۱۶۴ - ۹۰۰

این برگ سبز را تقدیم می کنم به :

تمامی فرزندان ایران زمین،

مادران پر امید،

معلمان زحمتکش و دردآشنای

آموزش و پرورش،

و دانش آموزان با

انگیزه و آینده دار این مرز و بوم،

و نیز

فرزندانم حسین،

که برای تمامی

شان آرزوی بهترین فرداها را دارم.

سپاسگزاری

خداوندا ، ای معشوق ازلی و ابدی ، تو را سپاس می گویم به خاطر نعمت های بیشماری که به من ارزانی داشتی و محبت طریق جاهلان را از دلم دور داشتی.

همچنین سپاس خود را تقدیم می دارم به :

- استاد گرامی و ارجمند سرکار خانم دکتر کتایون خوشابی که با راهنمایی ها و زحمات بی دریغ خود؛ در آموزش و نیز تحقیق و پژوهش، حق استادی را برای اینجانب تمام فرمودند.

- اساتید ارجمند آقای دکتر بهروز دولتشاهی و خانم دکتر مرصده سمیعی که از فیض وجودشان هم در امر این تحقیق و هم در آموزش روانشناسی و روانپزشکی بهره مند شدم.

- داوران ارجمند خانم دکتر ربابه مزینانی و خانم دکتر معصومه تجریشی

- اساتید بزرگوارم در مرکز آموزشی روانپزشکی رازی

- خانواده ام که محبت و همراهی شان را دریغ نکردند.

- و تمام دوستانی که هر يك با محبت و حمایت دوستانه شان سهمی در یاری من برای اجرای پایان نامه به عهده داشتند بخصوص آقای رضا خدام ، آقای علی وفایی، و خانم ها مریم امینی، ناهید بلبلی، فاطمه جعفری، مژگان سوری، نازنین صفائی، فرزادفر، سمانه طالبی و خاطره موسوی

- و نیز تمامی مادران عزیزی که در این تحقیق شرکت داشتند.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی میزان رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان عادی بوده است. **روش:** این مطالعه از نوع مورد-شاهدی و نمونه‌گیری آن نیز بصورت تصادفی ساده بوده است و بر روی ۳۵ مادر کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی روانپزشکی کودکان و نوجوانان رفیده (بعنوان گروه مورد) و ۳۵ مادر کودکان عادی (بدون اختلال روانپزشکی) ۶ تا ۱۲ ساله که با هم‌تاسازی خوبی برگزیده شدند، صورت گرفت. مادران پرسشنامه مشخصات فردی و اجتماعی و پرسشنامه گلوبوک-راست را تکمیل نمودند و برای تجزی و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و همبستگی پیرسون و منحنی رگرسیون و تست دقیق فیشر استفاده شد. **نتایج:** بر اساس این مطالعه، میانگین نمره رضایت زناشویی گلوبوک-راست در گروه مورد $11/35 \pm 29/11$ و در گروه شاهد $12/79 \pm 25/02$ با $p = 0/162$ بود که در نتیجه تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنا دار نبود. ($p = 0/162$) ولی در مقیاس تعبیر و درجه بندی گلوبوک-راست؛ درجه رضایت زناشویی در گروه مورد "بالای متوسط" و در گروه شاهد "خوب" بوده است. ولی مقایسه نمره رضایت زناشویی مادران شاغل با خانه دار نشان داد که نمره رضایت زناشویی در گروه اول ($22/27 \pm 10/71$) و در گروه دوم ($28/73 \pm 12/3$) بود. ($p = 0/042$) و نمره رضایت زناشویی مادران در خانواده‌های با درآمد بالاتر از ۶۰۰ هزار تومان ($12/31$) $22/95 \pm$ و در خانواده‌های با درآمد کمتر ($11/7 \pm 29/22$) بود. ($P = 0/04$) و همچنین میانگین نمره رضایت زناشویی در گروه با اختلاف سنی "۷ سال یا کمتر" ($26/42 \pm 12/32$) و "۸ سال یا بیشتر" ($30/54 \pm 11/23$) بود که تفاوت معناداری نداشت. ($p = 0/306$) رضایت زناشویی دو گروه با میزان متفاوت تحصیلات مادر (دانشگاهی در مقایسه با دیپلم و پایین‌تر) نیز تفاوت معناداری نداشت. ($P = 0/633$)

بحث: در این مطالعه میزان رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان عادی تفاوت معناداری نداشت. هرچند تفاوت بین دو گروه بر اساس مقیاس تفسیر گلوبوک-راست می‌تواند مدّ نظر قرار گیرد. تفاوت میزان رضایت زناشویی بین دو گروه مورد و شاهد؛ کمتر از تفاوت برحسب متغیر شاغل بودن مادران و نیز متغیر درآمد خانوار و بیشتر از تفاوت برحسب متغیر اختلاف سنی و نیز متغیر تحصیلات مادر بوده است. انجام مطالعات طولی با جامعه آماری بزرگتر پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه: رضایت زناشویی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، کمبود توجه، پرفعالیتی، ADHD، شاغل، شغل، درآمد، تحصیلات، اختلاف سنی

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

فصل اول- کلیات تحقیق
۱

۱-۱) مقدمه
۲

۲-۱) بیان مساله
۴

۳-۱) اهمیت و ضرورت تحقیق
۷

۴-۱) بیان واژه ها
۱۰

۵-۱) اهداف پژوهش
۱۱

۵-۱- الف) هدف کلی
۱۱

۵-۱- ب) اهداف اختصاصی
۱۱

۵-۱- ج) اهداف کاربردی
۱۱

۱-۶) سوال ها و فرضیه ها
۱۲

فصل دوم
۱۳

فصل دوم - پیشینه تحقیق
۱۴

۲-۱- تعریف
۱۴

۲-۲- تاریخچه
۱۵

۲-۳- طبقه بندی مقایسه ای
۱۸

۲-۴- محدودیت های DSM-IV-TR
۱۹

۲-۵- اتیولوژی
۲۱

۲-۵- الف) ژنتیک
۲۳

(* مطالعات دوقلوئی
۲۴

عنوان صفحه

(* مطالعات بر روی برادران تنی و ناتنی
۲۴

(* مطالعات فرزند خواندگی
۲۵

(* مطالعات خانوادگی
۲۵

(* نحوه ی توارث
۲۶

(* مطالعات ژنتیک ملکولی
۲۶

(* ژن رسپتور B تیروئید
۲۷

(* ژن رسپتور دوپامینی تیپ: D2 (DRD2)
۲۷

(* ژن ناقل دوپامین: (DAT1)	۲۷
(* ژن رسپتور دوپامین : (DRD4)	۲۸
(* ژن های دیگر	۲۸
(* خلاصه ی مطالعات ژنتیکی مکولی	۲۸
۲-۵-ب) ابعاد نوروآناتومیگ و نورو فیزیوژیک	۲۹
۲-۵-ج) نوروترانسمیترها در اختلال نکتوجه /بیش فعالی	۳۱
(* سیستم دوپامین	۳۲
(* سیستم نورآدرنرژیک	۳۲
(* سیستم سروتونرژیک	۳۳
(* نظریه ی کاتکول آمین های غیر اختصاصی	۳۳
(* نوروترانسمیترهای دیگر	۳۴
۲-۵-د) عوامل محیطی	۳۴
۲-۵-ه) عوامل روانی اجتماعی	۳۶
(* اختلال نقص توجه /بیش فعالی به عنوان تیپ شخصیتی با هدف تکاملی	۳۶
۲-۶-تشخیص و یافته های بالینی	۳۷

عنوان صفحه

(* ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال اختلال نقص توجه /بیش فعالی	۴۳
---	----

(*) یافته های بالینی	۴۷
۲-۶- الف) بیش فعالیتی	۴۷
۲-۶- ب) مشکلات توجه	۴۸
۲-۶- ج) تکانشگری	۵۰
(*) عوامل همراه	۵۲
۲-۶- د) رفتاری	۵۳
۲-۶- ه) شناختی	۵۴
(*) نقص در مهار رفتاری و عملکرد اجرائی	۵۴
۲-۶- و) هیجانی	۵۵
۲-۶- ز) اجتماعی	۵۵
۲-۷- مطالعات آزمایشگاهی و آسیب شناسی	۵۷
۲-۸- تشخیص افتراقی	۵۸
۲-۹- سیر و پیش آگهی	۶۲
(** درمان	۶۵
۲-۱۰- الف) درمان دارویی- محرک ها	۶۵
(*) فارماکولوژی و فارماکوکینتیک	۶۸
(*) اثربخشی	۷۰
(*) اثرات شناختی	۷۲

(* اثرات رفتاری
۷۳

(* عوارض جانبی
۷۳

(* عوارض جانبی کوتاه مدت
۷۳

عنوان صفحه

(* عوارض دراز مدت
۷۵

(* خلاصه ی درمان با محرک ها
۷۶

۲-۱۰-ب) درمان دارویی با عوامل غیر محرک
۷۷

اتوموکستین
۷۸

ضد افسردگی های سه حلقه ای
۷۹

عوارض جانبی ضد افسردگی های سه حلقه ای
۸۰

عوامل آلفا آدرنرژیک
۸۱

بوپروپیون
۸۲

دیگر درمانهای جایگزین
۸۳

خلاصه درمان دارویی
۸۴

۲-۱۱- اختلالات همبود با اختلال نقص توجه/بیش فعالی و درمان آنها
۸۵

(* اختلال سلوک و پرخاشگری.
۸۶

(* اختلال اضطرابی.
۸۷

(*) اختلال خلقی.	۸۹
(*) اختلال تیگه.	۹۳
(*) اختلال صرع.	۹۴
(*) اختلال یادگیری	۹۴
(*) اختلال نقص توجه/بیش فعالی و عقب ماندگی ذهنی	۹۵
(*) اختلالات رشدی.	۹۵
۲-۱۲- درمان روانی اجتماعی کودکان اختلال نقص توجه/بیش فعالی	۹۶
(*) مهارتهای سازمانی آموزشی	۹۸

عنوان صفحه

(*) آموزش والدین در رفتار درمانی	۹۸
(*) خانواده درمانی	۹۹
(*) آموزش مهارتهای اجتماعی	۱۰۰
(*) روان درمانی اختصاصی	۱۰۲
(۲-۱۳) درمان چند وجهی	۱۰۳
(۲-۱۴) رضایت زناشویی	۱۰۶
فصل سوم - روش شناسی تحقیق	۱۱۶
(۳-۱) نوع مطالعه	۱۱۷

۲-۳ (نمونه آماری و روش نمونه گیری
۱۱۷

حجم نمونه
۱۱۷

معیارهای ورود به تحقیق
۱۱۸

معیارهای خروج از تحقیق
۱۱۸

۳-۳ (روش جمع آوری داده ها
۱۱۹

ابزار پژوهش
۱۲۰

پرسشنامه مشخصات فردی و اجتماعی
۱۲۰

پرسشنامه گلوبوبوک- راست
۱۲۱

۴-۳ (متغیرها
۱۲۳

اختلال بیش فعالی / کمبود توجه
۱۲۳

رضایت زناشویی
۱۲۴

متغیرهای مداخله گر
۱۲۴

۵-۳ (روش اجرا
۱۲۵

۶-۳ (روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱۲۶

عنوان صفحه

۷-۳ (ملاحظات اخلاقی
۱۲۶

فصل چهارم - توصیف و تحلیل داده ها
۱۲۷

فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات
۱۴۱

۵-۱- فرایند طی شده
۱۴۲

۵-۲- بحث
۱۴۳

۵-۳- نتیجه گیری
۱۴۹

۵-۴- پیشنهادات و محدودیت ها
۱۵۰

منابع
۱۵۳

فهرست جداول

جداول
صفحه

جدول ۳-۱- تقسیم بندی و تعبیر نمرات خام (GRIMS)
۱۲۲

- جدول ۱-۴- تعداد و درصد کودکان گروه مورد و شاهد برحسب جنسیت
۱۲۸
- جدول ۲-۴- تعداد و درصد کودکان گروه مورد و شاهد برحسب رده سنی
۱۲۹
- جدول ۳-۴- تعداد و درصد مادران شاغل و خانه دار در گروه مورد و شاهد
۱۲۹
- جدول ۴-۴- تعداد و درصد افراد برحسب مساحت محل سکونت در گروه مورد و شاهد
۱۳۰
- جدول ۵-۴- تعداد و درصد سطوح درآمد ماهیانه در گروه مورد و شاهد
۱۳۰
- جدول ۶-۴- امتیاز مدارک تحصیلی مادران در گروه مورد و شاهد
۱۳۱
- جدول ۷-۴- امتیاز توازن مدارک تحصیلی مادران با همسرانشان در گروه مورد و شاهد
۱۳۲
- جدول ۸-۴- تعداد و درصد افراد برحسب میزان اختلاف سنی با همسر در گروه مورد و شاهد
۱۳۲
- جدول ۹-۴- جدول سطح معناداری رضایت زناشویی گروه مورد و شاهد
۱۳۳
- جدول ۱۰-۴- تعداد نفرات در هر درجه رضایت زناشویی طبق مقیاس گلوبوک- راست
۱۳۴
- جدول ۱۱-۴- جدول سطح معناداری رضایت زناشویی در گروه مادران شاغل و گروه مادران خانه دار
۱۳۶
- جدول ۱۲-۴- جدول سطح معناداری رضایت زناشویی در گروه های متفاوت درآمدی
۱۳۷
- جدول ۱۳-۴- جدول سطح معناداری رضایت زناشویی در گروه های متفاوت تحصیلی
۱۳۸
- جدول ۱۴-۴- جدول سطح معناداری رضایت زناشویی در گروه های با اختلاف سنی متفاوت
۱۳۹

فهرست نمودارها

نمودارها صفحه

- نمودار ۱-۴ : مقایسه میانگین نمره رضایت زناشویی گروه
مورد و شاهد
۱۳۳
- نمودار ۲-۴ : تعداد نفرات با هر درجه رضایت
زناشویی (گلوبوک-راست) در گروه مورد
۱۳۵
- نمودار ۳-۴ : تعداد نفرات با هر درجه رضایت
زناشویی (گلوبوک-راست) در گروه شاهد
۱۳۵
- نمودار ۴-۴ : قایسه میانگین نمره رضایت زناشویی بر حسب
شاغل بودن یا نبودن مادران
۱۳۶
- نمودار ۵-۴ : مقایسه میانگین نمره رضایت زناشویی بر حسب سطح
درآمد
۱۳۷
- نمودار ۶-۴ : مقایسه میانگین نمره رضایت زناشویی بر حسب
سطح تحصیلات
۱۳۸
- نمودار ۷-۴ : مقایسه میانگین نمره رضایت زناشویی بر حسب
اختلاف سنی
۱۳۹
- نمودار ۸-۴ : مقایسه تأثیر هر یک از متغیرها بر میزان
رضایت زناشویی
۱۴۰

فصل اول

کلیات تحقیق

فصل اول

کلیات

(۱-۱) مقدمه

رضایت زناشویی به احساس رضایت هریک از زوجین از هماهنگی و مطابقت با همسر خود در زمینه چگونگی سازماندهی زندگی مشترک شامل هماهنگی در نحوه ی گذراندن اوقات فراغت، تقسیم کارهای خانه، تعامل و ارتباط با یکدیگر، روابط جنسی و ابراز عواطف و احساسات به یکدیگر، اطلاق میشود. (yogman et al, 1986)

از عواملی که بر رضایت زناشویی تأثیر می گذارند میتوانیم به سطح تحصیلات بالا و وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا اشاره کنیم که احتمالاً علت آن، مهارت های بهتر حل مسئله و کمتر بودن استرس های وارده در زندگی است. از عوامل دیگر تأثیر گذار بر رضایت زناشویی، شباهت در علایق و هوش و شخصیت زوجین است و علت ارتباط بیشتر همسانی با رضایت زناشویی این است که احتمالاً افراد همسان بهتر می توانند با یکدیگر همدردی نمایند و علایق مشترک را دنبال کنند. عامل دیگر تأثیرگذار بر رضایت زناشویی طی کردن مرحله ی ابتدایی یا انتهایی چرخه ی زندگی خانوادگی است به طوری که رضایت زناشویی در زمان های مذکور در حداکثر میزان خود است و برعکس در طول سالهای فرزند پروری افت می کند و هنگامی که فرزندان خانه را ترک می کنند مانند زمان قبل از تولد فرزندان به حداکثر خود می رسد زیرا والدین وقت و انرژی بیشتری برای هماهنگی با یکدیگر اختصاص می دهند و تعارضات مربوط به تربیت فرزندان در رضایت زناشویی تداخل ایجاد نمی کند. عامل مهم دیگر تأثیرگذار بر رضایت زناشویی، سازگاری جنسی است که بیشتر از فراوانی فعالیت جنسی با رضایت زناشویی ارتباط دارد و مشکلات و ناسازگاریهای جنسی و نارضایتی زناشویی حاصله از آن میتواند سبب مراجعه ی زوجین برای زوج درمانی یا خانواده درمانی بشود (CAR.A, 2000).

اختلال نقص توجه/بیش فعالی که علایم مشخصه آن بی توجهی، بیش فعالی و رفتار تکانشی است، از جمله بحث انگیزترین اختلالات روانی کودکان است که مورد مطالعه ی بسیاری قرار گرفته است. علایم اصلی اختلال نقص توجه/بیش فعالی بیش فعالی و نقص توجه و رفتار تکانشی است. بر حسب علایم غالب بیماری برای این اختلال سه

الگوی بالینی تعریف شده است؛ در نوع اول کودک علایم مربوط به بیش‌فعالی و علایم تکانشی را نشان می‌دهد، در نوع دوم علایم مربوط به کمبود توجه و تمرکز، شکایت اصلی هستند و در نوع سوم که شایعترین نوع است ترکیبی از علایم بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی و کمبود توجه و تمرکز وجود دارد. (Benjamin, 2005)

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال رفتاری تشخیص داده شده در بین کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سرپایی روانپزشکی است. بر طبق مطالعات متاآنالیز شامل صدها مقاله و بررسی بیش از صد هزار بیمار، شیوع این اختلال در سرتاسر جهان ۵/۲۹ درصد تخمین زده شده است که البته مطالعات مذکور بیشتر به اروپا و آمریکای شمالی قابل‌تعمیم است. در مطالعه‌ای که با استفاده از معیارهای DSM-III-R و بر مبنای مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته با کودکان و والدین آنها در منطقه کوهستانی اسموکی^۱ در آمریکا انجام شده، شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در پسران ۵/۳ درصد و در دختران ۱/۵ درصد گزارش شده است (Benjamin, 2009) .

(۲-۱) بیان مساله

والدین و کودکان در خانواده در فرایندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند و می‌توانند تأثیرات مهمی بر یکدیگر بگذارند، روانپزشکان و روانشناسان واکنشهای متقابل را اساس رشد عاطفی کودک ذکر کرده‌اند، صمیمیت والدین، فاکتوری محافظتی در برابر وقوع اختلالات روانی کودکان محسوب می‌شود و بالعکس. مسئله محبت والدین و انس

^۱ smoky

آنها به یکدیگر براساس بررسی های بنیامین اسپاک و دیگران، از مهمترین و مؤثرترین عواملی است که کودک از ۶ ماهگی شروع به شناخت آن می کند تا در آن موقعیت، موضع خود را مشخص کند. (قائمی، ۱۳۷۸)

همانگونه که رضایت زناشویی از عواملی متأثر می شود، رضایت زناشویی یا عدم رضایت زناشویی میتواند بر روی بازدهی و کارکرد خانواده و نیز تربیت فرزندان اثر بگذارد. اگرچه مسیر علت و معلول به وضوح مشخص نیست و عوامل گوناگون مداخله کننده ای وجود دارند، اما همواره ازدواج های موفق، کودکان سالم را دنبال داشته اند. بلسکی بیان کرده است که رابطه ی زناشویی کودکان را متأثر می کند و بالعکس، کودکان بر روی رابطه ی زناشویی تأثیرگذارند. کیفیت رابطه ی زناشویی بصورت رابطه ی علیتی با رشد کودک در نظر گرفته شده است و تأثیر رابطه ی زناشویی بر تربیت کودک و یا روابط متقابل والد- کودک مورد توجه قرار گرفته است؛ کودک ممکن است عاملی مزاحم در رابطه ی زناشویی باشد و در آن اختلالاتی ایجاد کند. (استافورد، ۱۳۷۷)

با ورود فرزند به محیط خانواده باعث فاصله افتادن بین زن و شوهر می شود و معمولاً با ورود اولین فرزند از میزان رضایت زناشویی کاسته می شود. (مایکل کرو و جین ریڈلی^۱، ۲۰۰۰) بر اساس مطالعه ژوزه، سن و تعداد فرزندان، تأثیر مهمی بر رضایت زناشویی دارد (Jose, 2007).

^۱ Crow, Michael & Ridley, Jane

در مطالعات میلواکی^۱ و بیدرمن^۲، خانواده‌های مبتلایان به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی پیوستگی کمتر و تعارضات و مشکلات خانوادگی بیشتری داشتند. چنانکه، ثبات کمتر، میزان طلاق بالاتر، نقل مکان متعددتر و تعویض شغل مکرر در آنها وجود داشت. (Lewis, ۲۰۰۳).

تولد کودک تأثیری غیرمستقیم بر روابط زناشویی برجای می‌گذارد. غالباً چرخه‌های خواب کودک، میزان خستگی مادر را زیاد می‌کند و این موضوع نیز روابط زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همسر ممکن است در این وضعیت نسبت به روابط جنسی بی‌علاقگی نشان دهد که این امر ناهم‌هنگی زناشویی را شدت می‌بخشد (Belsky.J., 1984).

کامینز^۳ و دیگران گزارش کرده‌اند کودکانی که تعارضات مداومی را بین والدینشان را مشاهده کرده‌اند، آشفتگی‌های روانی بیشتری را طی سالهای اول مدرسه بروز داده‌اند و ظاهراً مسائل کودک تا نوجوانی نیز ادامه می‌یابد. البته همه‌ی کودکان به ازدواج‌های ناهم‌هنگ والدین به یک شیوه پاسخ نمی‌دهند. با ورود کودک به خانواده، اختلالاتی در تعادل خانواده رخ می‌دهد و در واقع کودک ارتباط بین زوجین را متأثر می‌سازد و مسبب کاهش کیفیت ارتباط زناشویی می‌شود (Belsky.J., 1984).

ارتباط بین اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (بخصوص کوموربید با اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله جویانه) با درجات مختلفی از روابط نابسامان والدین و کودکان و افزایش سطح استرس و کاهش کفایت در نحوه‌ی تربیت

^۱ Milwaky
^۲ Biederman
^۳ Cummings