

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی

مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان داری اختلال بیش-
فعالی همراه با نقص توجه با مادران کودکان بهنجار

استاد راهنما:

دکتر مهرداد کلانتری

استاد مشاور:

دکتر احمد عابدی

پژوهشگر:

راضیه زارع

تیر ۱۳۹۰

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات
و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان‌نامه
متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی
گروه روان شناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی خانم راضیه زارع
تحت عنوان

مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان داری اختلال
بیش فعالی همراه با نقص توجه با مادران کودکان بهنجار

در تاریخ ۹۰/۴/۲۵ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

امضا	با مرتبه علمی دانشیار	دکتر مهرداد کلانتری	۱-استاد راهنمای پایان نامه
امضا	با مرتبه علمی استادیار	دکتر احمد عابدی	۲-استاد مشاور پایان نامه
امضا	با مرتبه علمی استاد	دکتر حمیدطاهر نشاط	۳-استاد داور داخل گروه
امضا	با مرتبه علمی استاد	دکتر مختار ملک پور	۴-استاد داور خارج از گروه

امضای مدیر گروه



تقدیر و تشکر:

ش و پاس رای یا ان، آن گا و د نده و بان، ن و ق کام دا ن ان مراداد اورا نام. و د

لازم ن دام اجاز اتاد روارم ناب آی دمر دادکلاری و ناب آی دمرعاری ا اجام رسان ان ق

ازرا مای سی دندا و د ه ند و در ردان م.

ن از مران ام ن را ان راه ای د ن م.

با کمال ادب و احترام تقدیم به:

رروام با ورنشان ق ل و ب عم ن شوت

و اوت و ووشان مارباغ زری ن ات.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه و مادران کودکان بهنجار در دوره ابتدایی شهرستان یزد بود. نمونه مورد استفاده در این پژوهش ۶۰ نفر از مادران کودکان که ۳۰ نفر از آنها دارای کودکان بیش‌فعال همراه با نقص توجه و ۳۰ نفر آنها مادران کودکان بهنجار بودند که به عنوان نمونه‌های پژوهش به صورت روش خوشه مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. در این پژوهش از ابزارهای مختلفی از جمله فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی، پرسشنامه کانرز (فرم والد) برای تشخیص بیش‌فعالی و همچنین از پرسشنامه محقق ساخته جمعیت شناختی استفاده شده است. روش آماری استفاده شده در این پژوهش با توجه به موضوع پژوهش، روش تحلیل واریانس چند متغیری بود. یافته‌های تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) نشان داد که مادران کودکان بیش‌فعال همراه با نقص توجه نسبت به مادران دارای کودکان بهنجار در تمام ابعاد بهزیستی روانشناختی به جز خودمختاری تفاوت معناداری (۰/۰۰۱) داشتند و همچنین این مادران در تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت روانی (۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود داشت. بحث: با توجه به یافته‌های به دست آمده در این پژوهش مادران کودکان دارای بیش‌فعالی همراه با نقص توجه از بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند و این نشان دهنده این است که این کودکان نیاز به مراقبت و توجه بیشتری دارند و لذا باید برای این مادران برنامه‌های از جمله درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمانهای دیگری جهت ارتقا بهزیستی و سلامت روانی آنها و همچنین برنامه‌های در مورد آموزش ویژگی این کودکان و نیازهایی که آنها دارند، در نظر گرفته شود که در نتیجه آنها بتواند ارتباط عاطفی خود را با این کودکان بهبود ببخشند.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی، اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول : کلیات
۱.....	مقدمه
۴.....	بیان مسئله
۸.....	ضرورت و اهمیت تحقیق
۹.....	اهداف پژوهش
۹.....	فرضیه های پژوهش
۱۰.....	تعریف مفاهیم و اصطلاحات
	فصل دوم : ادبیات و پیشینه تحقیق
۱۲.....	مقدمه
۱۳.....	بیش فعالی همراه با نقص توجه
۱۳.....	تاریخچه
۱۷.....	توصیف
۱۷.....	بی توجهی
۱۸.....	رفتار بیش فعالی - تکانشگری
۱۹.....	عقاید متخصصان پیرامون اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه
۱۹.....	لافر و دنهاف
۲۱.....	دنيس كانتول
۲۳.....	سافر و آلن
۲۳.....	جانوری
۲۴.....	کروالوالن
۲۴.....	راسل بارکلی
۲۵.....	راس و راس
۲۶.....	سیر تحول اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی
۲۶.....	شیرخوارگی
۲۶.....	بیش دبستانی
۲۷.....	کودکان دبستانی

عنوان

صفحه

نوجوانی	۲۷
بزرگسالی	۲۹
همه گیرشناسی	۳۰
تشخیص افتراقی	۳۱
سبب شناسی	۳۱
بعد زیستی	۳۲
عوامل ژنتیکی	۳۲
عوامل عصبی-فیزیولوژیک	۳۲
عوامل عصبی-شیمیایی	۳۳
عوامل مادرزادی	۳۴
الکل، مواد مخدر و دخانیات	۳۴
مسمومیت با سرب	۳۵
تاثیر تشعشع	۳۵
آسیب مغزی	۳۵
بعد روانی	۳۶
بعد اجتماعی	۳۷
ارزیابی و تشخیص	۳۸
درمان	۴۰
درمان دارویی	۴۰
متیل فنیدیت (ریتالین)	۴۱
آمفتامین‌ها	۴۲
مداخلات روانشناختی	۴۲
آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق آموزش کودکان	۴۲
آموزش مبتنی بر رویکرد رفتاری	۴۳
آموزش مبتنی بر رویکرد شناختی	۴۳
آموزش مبتنی بر رویکرد هیجانی	۴۳

آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان از طریق آموزش به والدین.....	۴۴
کیفیت زندگی.....	۴۵
تاریخچه.....	۴۵
تعریف کیفیت زندگی.....	۴۷
اندازه‌گیری کیفیت زندگی.....	۴۹
بهبودی روانشناختی.....	۵۰
تعریف بهبودی روانشناختی.....	۵۰
بهبودی روانشناختی و روانشناسی مثبت.....	۵۲
زیربنای فلسفی مطالعه بهبودی روانشناختی.....	۵۳
مفهوم سازی یک الگوی چند بعدی بهبودی روانشناختی.....	۵۵
عوامل موثر بر بهبودی روانشناختی.....	۵۶
شخصیت و بهبودی روانشناختی.....	۵۸
مسائل فرهنگی و بهبودی روانشناختی.....	۶۰
هویت و بهبودی روانشناختی.....	۶۱
سلامت جسمی و بهبودی روانشناختی.....	۶۱
پژوهش‌های انجام شده.....	۶۲
پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور.....	۶۲
پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور.....	۶۵

فصل سوم: روش تحقیق

روش تحقیق.....	۶۹
جامعه آماری.....	۶۹
نمونه و روش نمونه‌گیری.....	۶۹
ابزارهای پژوهش.....	۷۰
پرسشنامه کیفیت زندگی.....	۷۰
پرسشنامه بهبودی روانشناختی.....	۷۳
پرسشنامه کانرز.....	۷۵

پرسشنامه محقق ساخته دموگرافیک.....	۷۵
روش اجرای تحقیق.....	۷۵
روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....	۷۶
فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها	
مقدمه.....	۷۷
تحلیل استنباطی داده ها.....	۷۹
آزمون فرضیه‌های پژوهش.....	۷۹
بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات آزمون.....	۸۰
بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌ها.....	۸۱
تحلیل واریانس.....	۸۳
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری	
مقدمه.....	۸۷
بحث درباره یافته‌های پژوهش.....	۸۹
محدودیت های تحقیق.....	۹۱
پیشنهادات.....	۹۲
پیوست.....	۹۳
منابع.....	۱۰۴

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱ اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه از مادران کودکان بیش‌فعال و عادی.....	۷۸
جدول ۴-۲ میانگین و انحراف معیار دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران دارای کودکان بهنجار در آزمون کیفیت زندگی	۷۸
جدول ۴-۳ میانگین و انحراف معیار دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران دارای کودکان بهنجار در آزمون بهزیستی روانشناختی	۷۹
جدول ۴-۴ آزمون کولموگروف-اسمیرنف و آزمون شاپیرو-ویلک کیفیت زندگی	۸۰
جدول ۴-۵ آزمون ناپارامتریک در آزمون کیفیت زندگی	۸۰
جدول ۴-۶ آزمون کولموگروف-اسمیرنف و آزمون شاپیرو-ویلک در بهزیستی روانشناختی	۸۰
جدول ۴-۷ آزمون لوین در آزمون کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن	۸۱
جدول ۴-۸ آزمون باکس در کیفیت زندگی	۸۱
جدول ۴-۹ نتایج آزمون لوین در آزمون بهزیستی روانشناختی و زیرمقیاس‌های آن	۸۲
جدول ۴-۱۰ نتایج آزمون باکس در بهزیستی روانشناختی	۸۲
جدول ۴-۱۱ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تفاوت دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران دارای کودکان در پرسشنامه کیفیت زندگی	۸۳
جدول ۴-۱۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تفاوت دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران دارای کودکان در زیر مقیاس های کیفیت زندگی	۸۳
جدول ۴-۱۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تفاوت دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران دارای کودکان در آزمون بهزیستی روانشناختی	۸۵
جدول ۴-۱۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تفاوت دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران دارای کودکان بهنجار در زیر مقیاس های بهزیستی روانشناختی	۸۵

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه (ADHD)^۱ رایج‌ترین اختلال رفتاری دوران کودکی است. علی‌رغم تحقیقات زیادی که در طول چند دهه اخیر انجام شده و پیشرفت‌هایی که در زمینه ارزیابی، تشخیص و درمان کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه صورت گرفته، این اختلال هنوز به طور قابل ملاحظه‌ای مورد بحث است. برای بررسی این مبحث، سازمان ملی بهداشت آمریکا (NIH)^۲ در سال ۱۹۹۸ متخصصین در این زمینه را گرد هم آورد تا آنچه را درباره این اختلال می‌دانند مشخص کنند و پیشنهادهایی برای تحقیقات آینده ارائه دهند. اعضای این کنفرانس در مورد نکات مهمی به توافق رسیدند.

۱- براساس چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^۳ اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه یک اختلال رسمی است با وجود این مشخص نیست که آیا این اختلال، بازتاب تظاهرات افراطی مجموعه‌ای از ویژگی‌های خلقی است یا سندرمی است که از لحاظ کیفی متفاوت از رفتار نرمال است.

^۱ Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder

^۲ National Institutes of health

^۳ Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition (DSM-IV)

همچنین خاطر نشان شده است که ملاک‌های تشخیص DSM-IV برای کودکان طراحی شده است و برای نوجوانان و بزرگسالان قابل انطباق نیست.

۲- اگرچه شواهدی از این فرضیه که نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه مبتنی بر سیستم اعصاب مرکزی است حمایت می‌کنند اما چنین همبستگی‌های مغزی رفتاری را اثبات نمی‌کنند که این اختلال بازتاب یک وضعیت زیستی مختل است و هنوز درباره سبب‌شناسی این اختلال اطلاعات کمی در دست است

۳- شواهد نشان می‌دهند که اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه، یک اختلال جدی است و در بسیاری از افراد با پیامدهای اجتماعی همراه می‌شود.

۴- اگرچه رفتار درمانی و دارودرمانی هر دو درمان‌های موثر اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی هستند، اما شواهد زیادی نشان می‌دهند که رفتاردرمانی توأم با دارو بر دارو درمانی صرف برتری دارد.

تنوع و ناهماهنگی گسترده این اختلال و گاهی اوقات کیفیت پایین ارزیابی، درمان و فعالیت‌های پیگیری، منجر به تشخیص کمتر یا بیشتر اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه در جمعیت واقعی می‌شود. گذشته از این ارائه خدمات از جامعه‌ای به جامعه دیگر به طور گسترده‌ای متغیر است و دسترسی به خدمات نه تنها بر حسب ناحیه جغرافیایی، بلکه با توجه به عوامل اقتصادی-اجتماعی و قومیت متفاوت است. فقدان هماهنگی بین سیستم آموزشی و پزشکی نیز در تشخیص و درمان موثر نقش دارد.

در مجموع، یافته‌های سازمان ملی بهداشت، نشان می‌دهد که ارزیابی و درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه پیچیده می‌باشد، بسیاری از زمینه‌های عملکردی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و ممکن است در دوران نوجوانی و بزرگسالی باقی بماند (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲).

اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه با علائم کمبود توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود که به ناتوانی‌های عملکردی در فعالیت‌های مختلف زندگی منجر می‌شود. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات، چاپ چهارم برای تشخیص این اختلال وجود ۶ تا ۹ نشانه خاص عملکردی و رفتاری کمبود توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری را به مدت ۶ ماه و قبل از ۷ سالگی ضروری می‌داند. این اختلال ۵ تا ۷ درصد جمعیت کلی را تحت-تأثیر قرار می‌دهد (کافمن و همکاران، ۲۰۰۹).

تظاهر کمبود توجه و بیش‌فعالی بسیار متغیر است. برای برخی کودکان بی‌توجهی برجسته‌ترین نشانه است و برای دیگران ممکن است تمام رفتارهای بیش‌فعالی، بی‌توجهی و رفتار مقابله‌ای تظاهر کند. گاهی اوقات تمایز

¹ Schroeder & Gordon

² Kaufman

قائل شدن بین رفتارهای مرتبط با اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی و رفتارهای بهنجار دوران کودکی بسیار دشوار است. بیشتر کودکان گاه‌گاهی به صورت بیش‌فعالی، بی‌توجهی یا مقابله‌ای رفتار خواهند کرد. برای تشخیص بالینی این اختلال نشانه‌ها باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند و قبل از سن ۷ سالگی بروز کرده باشند و مشکلات معناداری در زمینه تحصیلی، اجتماعی یا در خانه برای کودک ایجاد کرده باشند (انستیتو ملی سلامت روانی، ۲۰۰۸؛ به نقل از عظیمی، ۱۳۸۷).

میزان تشخیص این اختلال از آن جهت که نشانه‌ها و نقائص از حدود سن دو سالگی قابل ردگیری هستند در حال افزایش می‌باشند (آنگولا و ایگر^۱، به نقل از پوسنر، ۲۰۰۷). بعلاوه در یک مطالعه بین مقطعی از کودکان ۳ تا ۱۸ ساله، شدت اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی تجربه شده توسط کودکان پیش‌دبستانی بالاتر از آنچه توسط کودکان دبستانی مبتلا به اختلال تجربه می‌شود، گزارش شد (نولان^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). مشخص شده است اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی که در سنین پیش‌دبستانی ظهور می‌کند در طی زمان مزمن و پایدار است و یک عامل خطر ساز نیرومند برای مشکلات رفتاری بعدی در سنین دبستانی می‌باشد (پیرس^۳ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از پوسنر و همکاران، ۲۰۰۷).

اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی بطور معناداری عملکرد یک کودک خردسال را در زمینه‌های مختلف شامل خانه، مدرسه و محیط اجتماعی، همچنین امنیت جسمانی دچار آسیب می‌سازد. برای مثال در یک مطالعه مشخص که ۱۵ درصد از کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به این اختلال در مقابل ۴ درصد گروه کنترل بدون این اختلال از کودکان تعلیق می‌شوند و ۷/۸ درصد از آنها در مقایسه با ۰/۸ درصد از گروه کنترل بدون این اختلال از کودکان اخراج شده‌اند (پوسنر و همکاران، ۲۰۰۷). امروزه مطالعه خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی و سلول اصلی جامعه و یا کوچکترین واحد بنیادی جامعه مورد توجه بسیاری از روانشناسان و جامعه‌شناسان بوده است (وثوقی و نیک خلق، ۱۳۷۰). با توجه به تاثیرات گسترده‌ای که خانواده می‌تواند روی کودک و از جمله اختلالات رفتاری بگذارد آنچه که زمینه‌ساز و رفتار ساز کارانه یا بالعکس کودک در محیط زندگی می‌باشد، کیفیت مطلوب و سالم عوامل است که ساخت شخصیت او را از سال‌های اولیه کودکی در اولین محیط اجتماعی یعنی خانواده شکل داده است (علوی، ۱۳۴۷؛ به نقل از عظیمی، ۱۳۸۷).

¹ Angold & Egger

² Nolalan

³ pierce

۲-۱ شرح و بیان مساله پژوهشی

طبق چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه یک الگوی ثابت بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی، تکانش‌وری^۱ است که در کودکان مبتلا به این اختلال نسبت به همسالان عادی آنها از شدت و فراوانی بیشتری برخوردار است. بعضی از علائم باید قبل از ۷ سالگی ظاهر شوند، هرچند ممکن است بعد از گذشت چند سال که فرد دارای این علائم است، این اختلال تشخیص داده شود. تخریب باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و تداخل در کارکرد متناسب با رشد باید در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی و یا کاری روی دهد. براساس چهارمین تجدیدنظر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص با تایید وجود علائم متعدد در زمینه بی‌توجهی یا بیش‌فعالی-تکانشگری یا هر دو به عمل می‌آید. کودکان بیش‌فعال همراه با نقص توجه یک جمعیت ناهمگن را تشکیل می‌دهند و از لحاظ شدت نشانه‌ها، فراگیری مشکلات و میزان همراهی سایر اختلالات با یکدیگر فرق دارند. این اختلال یکی از مهمترین علل ارجاع کودکان به متخصصان بهداشت روانی است (هربرت^۲ ۱۹۹۴، ترجمه فیروزبخت ۱۳۸۷).

اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه به عنوان یک مسأله برای روانپزشکان، روانشناسان، والدین، معلمان مطرح گردیده است زیرا ویژگی‌های رفتاری این کودکان از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، ناراسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بیقراری حرکتی معضل اساسی برای والدین، همسالان و متولیان آموزشگاهی به شمار می‌آیند. افزون بر این، اختلال مذکور به فرایند تحول، استعدادهای ذهنی، مهارت اجتماعی و عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می‌کند به طوری که فراوانی مشکلات تحصیلی، هوشی، بزهکاری، افسردگی، عزت نفس پایین، اختلالات شخصیت، الکلیسم، سوء مصرف مواد. مشکلات زناشویی و شغلی در بزرگسالی این کودکان به طور معناداری از جهت عادی بیشتر است (عظیمی، ۱۳۸۷).

یکی از عوامل مؤثر در کاهش یا افزایش این اختلال خانواده می‌باشد چرا که خانواده اولین و مهمترین پایگاه و تأمین پرورش ابعاد مختلف وجود انسان به ویژه بعد روانشناختی او می‌باشد ولی از طرف دیگر بیش‌فعال بودن این کودکان و نداشتن توجه یا داشتن توجه ضعیف می‌تواند بر کیفیت زندگی مادران و هم‌چنین بهزیستی روانی آنها تاثیر زیادی داشته باشد.

با توجه به تعریف تندرستی توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ مبنی بر ابعاد وسیع آن بشکل رفاه کامل جسمانی، روحی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری، لازم شد اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی

^۱ Impulsivity

^۲ Herbert

مداخلات بهداشتی تنها به شاخص‌های تغییر در فراوانی و شدت بیماری محدود نباشد، بلکه وضعیت سلامت افراد بطور کامل در نظر گرفته شود. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (بونومی^۱، ۲۰۰۰). اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره پنج بعد رادر بر می‌گیرد از جمله: ۱- فیزیکی ۲- روانی ۳- اجتماعی ۴- روحی ۵- علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان (کینگ^۲، ۲۰۰۳).

با تأکید بر اینکه سلامت چیزی فراتر از فقدان بیماری است، ریف پیشنهاد کرد که بهزیستی روانشناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد اشاره می‌کند. ریف دریافت که محققان درباره معیارهایی از قبیل دیدگاه مثبت نسبت به خود (پذیرش خود)، توانایی ایجاد بافت‌هایی منطبق با وضعیت روانشناختی خود (تسلط محیطی)، روابط گرم و قابل اعتماد با دیگران (روایط مثبت با دیگران)، هدفمندی و احساس جهت داشتن (هدف در زندگی)، رشد پیوسته توانایی‌های بالقوه فردی (رشد فردی) و مستقل بودن (استقلال) اتفاق نظر دارند. ملاک‌های فوق با کنش‌وری مثبت از قبیل رضایت از زندگی رابطه مثبت و با کنش‌وری‌هایی از قبیل افسردگی رابطه منفی نشان می‌دهد (ریف، سینگر، ۱۹۹۸)^۳. علاوه بر این معیارهای مورد نظر با بهزیستی زیست‌شناختی نیز رابطه نشان می‌دهد (ریف و سینگر ۲۰۰۲).

در پژوهش رحیم‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) با عنوان "ارزیابی سلامت روانی والدین کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و پیشنهاد شیوه‌های مداخله‌گری" سلامت روانی والدین دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (ADHD) با والدین دانش‌آموزان بهنجار مقایسه شد. معلمان، ۳۱۵ دختر و ۳۱۵ پسر ۷ تا ۱۱ ساله، فهرست نشانه مرضی کودک CSI-4 را تکمیل کردند. دو گروه (در هر گروه در هر گروه ۱۵ دختر و ۲۳ پسر) از دانش‌آموزان واجد اختلال و فاقد اختلال ADHD انتخاب شدند. سپس والدین تمام ۷۶ دانش‌آموز به پرسشنامه سلامت عمومی پاسخ دادند. نتایج نشان دادند که سطح سلامت روانی والدین کودکان واجد اختلال ADHD به گونه معنادار ($P < 0/001$) پایین‌تر از والدین کودکان بهنجار بود.

بک و همکارانش (۱۹۹۰) ویژگی‌های مادری و بیش‌فعالی نافذ و موقعیتی را مورد مطالعه قرار دادند. در این تحقیق ۳۰ آزمودنی پسر که سن آنها بین ۶ تا ۹ سال بود، به ۳ گروه؛ بیش‌فعال نافذ، بیش‌فعال موقعیتی و گروه

¹ Bonomi

² King

³ Ryff & Singer

کنترل تقسیم شدند. مقایسه گروه‌ها نشان داد که مادران آزمودنی‌هایی که بیش فعال نافذ بودند در مقایسه با مادران گروه کنترل به طور معنی داری افسرده تر بودند و شایستگی مادری کمتری را احساس می‌کردند. همچنین مادران بیمارانی بیش فعال در مقایسه با مادران گروه کنترل محدودیت اجتماعی و استرس مادرانه بیشتری را گزارش کردند. همبستگی بین گزارش مادران از عزت نفس خود و دید آنها نسبت به رفتار کودک نشان داد که ادراک مادران از مهارت و دانش خود به عنوان والد به طور معکوسی با ادراک آنها از رفتار مشکل کودک و فعالیت او همبستگی داشت. همچنین بین استرس مادری و درک رفتار مشکل کودک همبستگی معنی داری وجود داشت. بر مبنای ادعاهای درمانگران شناختی، افراد افسرده در مقایسه با افرادی که افسرده نیستند، بیشتر منفی و بد بین هستند. بر این اساس سطوح بالای افسردگی در مادران میتواند قضاوت‌های منفی تر آنها را در رابطه با سازگاری و فرمانبرداری کودک به همراه داشته باشد. بررسی‌های متعدد نشانگر آن است که پیشرفت مادران تکنیک‌های هدایت کودک، نتیجه اش پیشرفت در رفتار کودکان بیش فعال است. لذا بنظر می‌رسد از نظر الگوهای تعاملی میان مادر و کودک بیش فعال، نقش مادر میتواند به اندازه کودک و یا حتی مهمتر از او باشد. موریسون (۱۹۸۰) دریافت که بسیاری از والدین کودکان بیش فعال از نظر شخصیتی مبتلا به اختلال شخصیت هیستریک هستند.

کنت ول (۱۹۷۲) والدین کودکان بیش فعال را با والدین کودکان گروه کنترل بدون مشکل که با هم جور شده بودند، مقایسه نمود. او متوجه شد که پدران کودکان بیش فعال با احتمال بیشتری، علائمی از جامعه ستیزی را از خود نشان می‌دادند و مادران آنها بیشتر مستعد تشخیص الکلیسم و هیستری بودند.

در یک مطالعه مش و جانستون^۱، ۱۹۸۳ به بررسی تعامل مادر و کودک در طی بازی و تکالیف ساخت‌دار به منظور پیش‌بینی رفتار مادران کودکان مبتلا به ADHD با فرزندانشان پرداخته شد. نتایج نشان دادند که میزان تعامل، مهار و عدم پاسخ‌دهی مادران، از یکسو، با رفتار کودکان و از سوی دیگر، با سطوح حرمت خود و تنیدگی آنها در رابطه با نقش مادرگری ارتباط دارد. به نظر می‌رسد که کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD، با مادران بیش از پدران مشکل دارند. ارتباط این مادران با فرزندانشان منفی تر از مادران دیگر است و به هنگام بروز اختلاف، خشمگین تر می‌شوند.

بنابر مطالعات مش و جانسون (۱۹۸۲)، که در آن نحوه تعامل مادر-کودک در گروه‌های بیش فعال و بهنجار در دو گروه سنی (میانگین ۹،۷ سال و ۶،۲ سال) مقایسه شد، نتایج مؤید آن بود که مادران گروه‌های بیش فعال بطور

^۱ Mash, Johnston

معمول در طی بازی بیشتر حالت رهنمودی و منفی داشتند. آنها در تعامل با کودک، آغاز گری کمتر پاسخگو بودند.

کودکان بیش فعال (خصوصاً آنهایی که سن پایین تری داشتند)، سوالات بیشتری می کردند، رفتارهای منفی بیشتری داشتند و طی بازی تسلیم نمی شدند. کودکان بیش فعال از نظر واکنش به رفتارهای مادر-آغاز گری حین بازی از کودکان بهنجار متفاوت نبودند. اما وقتی مادرانشان با آنها تعاملی نداشتند، در فعالیت های مستقلانه کمتری درگیر می شدند.

هارشو و بمرت (۱۹۸۲) بطور نظامدار تعامل های مادران کودکان بیش فعال را همراه با تاریخچه خانوادگی کودکان بررسی کردند. نتایج آنها مؤید آن بود که والدین کودکان بیش فعال در مقایسه با افراد بدون مشکل، اشتیاق کمتری نسبت به فرزندانشان دارند. آنها همچنین تذکر می دهند که والدین این کودکان، از تأدیب جسمانی بیشتری استفاده می کنند.

میزان بالاتر عدم فرمانبرداری کودک، منجر به آن می شود که او به عنوان فردی با ناسازگاری شدید قلمداد شود. در چنین شرایطی افسردگی گزارش شده از طرف مادران شدت می یابد. ادراکات والدین در مورد رفتار کودک بدون تردید می تواند بر تعامل والد و کودک اثر بسیار داشته باشد. بدیهی است واکنش کودک در مقابل والدین، در این شرایط پیامد رفتار آنان است و لذا این چرخه معیوب همچنان ادامه می یابد.

مادرانی که دارای کودکانی با مشکلات رفتاری هستند (که گروه بیش فعال شباهت بسیاری به آنها دارند) به طور معمول در عملکرد خود به عنوان یک والد دارای کاستی هایی می باشند (پاترسون، ۱۹۸۲؛ راتر و گیلر، ۱۹۸۳). بارلو^۱ و همکاران در طی پژوهشی با عنوان بهزیستی روانی میان مادران دارای کودکان فلج مغزی دریافتند ۲۹/۸، ۲۶، ۱۱/۷ درصد این مادران به ترتیب در معرض خطر پایین، متوسط، بالای افسردگی و اضطراب در مقایسه با مادران دارای کودکان بهنجار ۲۳، ۱۳ و ۳ درصد در معرض خطر پایین، متوسط، بالا افسردگی و اضطراب بودند و به طور کلی بهزیستی روانی آنها پایین تر از مادران کودکان بهنجار بود.

در پژوهشی مانی^۲ (۲۰۰۸) به مقایسه بهزیستی روانی مادران کودکان ابتدایی دارای معلولیت ذهنی با مادران کودکان بدون معلولیت ذهنی پرداخت هدف این پژوهش این بود که سبک های مقابله ای با استرس در مادران به عنوان پیش بینی کننده بهزیستی روانی بررسی کنند. بدین منظور ۷۵ نفر برای هر گروه انتخاب شدند و پرسشنامه بهزیستی روانی ریف و سبک های مقابله ای اندلر-پارکر برای آنها اجرا شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری

^۱ Barlow

^۲ Mani

بین دو گروه از لحاظ بهزیستی روانی وجود دارد. اما مادران هر دو گروه از سبک مقابله با استرس ناسالمی استفاده می‌کنند و تحلیل رگرسیون نشان داد که سبک مقابله با استرس به تنهایی نمی‌تواند بهزیستی روانی را پیش‌بینی کند.

با توجه به یافته‌های تحقیقاتی فوق مسأله اساسی پژوهش حاضر عبارت است از مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی با مادران کودکان عادی می‌باشد.

۱-۳ اهمیت پژوهش و کاربرد آن

توجه کردن به مشکلات دوران کودکی از لحاظ فردی و اجتماعی حائز اهمیت می‌باشد. این مشکلات اگر درمان نشود، نه تنها کودکان از آنها رهایی نمی‌یابند، بلکه به اختلالات روانی بزرگسالی تبدیل می‌شوند. اختلالات روانی مهم در کودکی، حتی اگر موقتی و گذرا باشد احتمال دارد که پیامدهای جدی در برداشته باشد. زیرا ممکن است یادگیری و رشد کودک را مختل کند. کودکان دارای مشکلات رفتاری، ممکن است موفق نشوند بر وظیف کلیدی مختلف رشد مانند: رشد عزت نفس، برقراری رابطه با همسالان، حل تضادهای بین فردی و کسب مهارت‌های تحصیلی، مسلط شوند.

این نارسایی‌ها به نوبه خود ممکن است به احساس ناکامی و طرد منجر شود. تقریباً همه متخصصین بهداشت روانی از همه الگوها و نظریه‌های رفتار، در یک مورد متفق هستند. سال‌های شکل‌گیری اولیه، در سازگاری بعدی اهمیت دارند و وجود مشکلات در خلال این سال‌ها، زمینه سازگاری در سال‌های بعدی است (کندال، ترجمه کلانتری، ۱۳۸۲). یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران کودکی، اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه است که ۳ تا ۵ درصد کودکان دبستانی به اختلال مبتلا هستند. این تعداد کودک سازش‌نا یافته و پیامدهای تحولی بدخیم، حجم قابل توجهی از تحقیقات را در طول سه دهه آخر قرن بیستم به خود اختصاص داد تا بتواند این معضل روانی-اجتماعی را حل کند و والدین و مربیان و دیگر افراد درگیر با این کودکان را نجات دهند و همچنین از معلولیت روانی، اجتماعی بعدی این افراد پیشگیری نمایند. علی‌رغم تحقیقات زیاد در این زمینه، هنوز روش قطعی برای درمان این اختلال توصیه نشده است.

این تحقیق به منظور بررسی و مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه با مادران کودکان بهنجار است. ضرورت دارد بفهمیم که وجود این کودکان