

## روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب آوری بین دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی و دانش آموزان عادی

مسلم عباسی<sup>۱</sup>، شهریار درگاهی<sup>۲</sup>، کامبیز کریمی<sup>۳\*</sup>، علی درگاهی<sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۳/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۱۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال نقص توجه / بیش فعالی، اختلال مزمن و آسیب زایی است که از کودکی تا بزرگسالی ادامه می یابد. دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی در مقایسه با دانش آموزان عادی از نظر شاخصه های مهمی با هم تفاوت دارند. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب آوری بین دانش آموزان مبتلا به ADHD و دانش آموزان عادی بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر، پس رویدادی از نوع مقطعی - مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر اردبیل که دارای اختلال نقص توجه توام با بیش فعالی بوده و در سال تحصیلی (۱۳۹۳-۱۳۹۲) در شهر اردبیل مشغول به تحصیل هستند بود. نمونه این پژوهش، شامل ۱۶۰ دانش آموز دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و بهنجار بودند (۸۰ نفر دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و ۸۰ بهنجار) که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. در پژوهش حاضر جهت جمع آوری داده ها از مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بزرگسالان کانرز، پرسشنامه محیط خانوادگی شیفر، پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس تاب آوری کونرو و دیوید سون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که بین دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی از لحاظ روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد. به گونه ای که دانش آموزان عادی از روابط خانوادگی پایدار تر، کیفیت زندگی بالاتر و میزان تاب آوری بیشتری نسبت به دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه / بیش فعالی برخوردارند. **نتیجه گیری:** می توان چنین نتیجه گرفت که با آگاهی رسانی در مورد ارتباط این متغیرها با یکدیگر و تاثیر گذاری این عوامل در ایجاد و تداوم این اختلال و همچنین با آموزش شیوه های مناسب تربیتی به والدین این افراد، می توان زمینه رشد و زندگی مناسب تری را برای این افراد فراهم کرد.

**واژگان کلیدی:** روابط خانوادگی، کیفیت زندگی، تاب آوری، اختلال نقص توجه/ بیش فعالی.

### مقدمه

در موقعیت های تحصیلی یا اجتماعی ظاهر می شود و به دلیل عدم توجه به جزئیات این افراد در انجام تکالیف مدرسه با مشکل مواجه هستند. اغلب کارهای آنها با بی دقتی و بی فکری انجام می شود، در حفظ توجه به بازی ها و تکالیف مشکل دارند و به پایان رساندن کار برای آنها دشوار است و اغلب فکشان جای دیگر است و از فعالیتی به سوی فعالیت دیگر می روند. بیش فعالی ممکن است به صورت بی قراری، پیچ و تاب خوردن، فاقد آرامش بودن، پرحرفی، بروز کند و ظاهراً این افراد گویی توسط موتورهای به حرکت در می آیند (۲). تکانشگری، رفتار بدون تفکر نامیده شده است (۱) که به صورت بی صبری، ناتوانی در به تأخیر انداختن پاسخ، جوابگویی قبل از اتمام شدن سؤال، مشکل در منتظر نوبت

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی ( Attention deficit Hyperactivity Disorder) اختلال ناشی از ضعف در بازداری رفتاری است و سه مشکل بنیادین در این کودکان عبارت است از «بی توجهی»، «بیش فعالی» و «تکانشگری». نارسایی توجه بزرگترین مشکل این کودکان است (۱). بی توجهی کودکان

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران.  
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.  
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

\* (نویسنده مسؤول) Email: kambiz.karimi90@gmail.com

۴. کارشناسی گروه دینی و عربی، آموزش و پرورش شهرستان پارس آباد مغان، اردبیل، ایران.

اجتماعی، ثبات روابط نزدیک و مهارت حل مسأله دارد (۱۲). که به طور کلی مهارت‌های حل مسأله رابطه مستقیمی با شاخص‌های سلامتی بین فردی و خانوادگی دارد (۱۰). پایگاه اجتماعی-اقتصادی و کیفیت زندگی با شیوع و شدت اختلال ADHD همبستگی دارد. بدین معنا که در طبقه‌های اجتماعی پایین‌تر و کیفیت زندگی پایین‌تر، میزان شیوع و شدت نشانه‌ها بیشتر است. براساس یافته‌های پژوهشی، می‌توان گفت که نوجوانان دارای اختلال ADHD، مشکل‌های اجتماعی بیشتر، اعتماد به نفس پایین، احساس درماندگی و عقب‌ماندگی تحصیلی دچار باشند. این مشکل‌ها به طور عمده در شکست‌ها و ناکامی‌های آنان در زندگی، ریشه دارد. تعداد کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD در طبقات اجتماعی پایین، بیشتر است. در واقع محیط آشفته خانواده‌های دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین می‌تواند بی‌ثباتی خانوادگی، طلاق و اختلالات روانشناختی بیشتر را به وجود آورد و در نتیجه، باعث ایجاد زندگی با کیفیت نامطلوب شود (۱۳). یکی دیگر از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی این کودکان را در قالب تفکر، خلق و رفتار بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روانشناختی را افزایش دهد تاب‌آوری می‌باشد. تاب‌آوری<sup>۲</sup> یک فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف شده است (۱۴).

تاب‌آوری متغیری است که می‌تواند کیفیت زندگی را در نوجوانان با ADHD افزایش دهد (۱۵). می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط خطرناک است (۱۶). افزون بر این، اکثر پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی می‌باشد (۱۴). به طور کلی، تاب‌آوری، توانایی بازگشت به حالت پایدار به دنبال یک تنش یا توانایی جذب فشار حاصل از تنش با حداقل اختلال تعریف می‌شود (۱۷). پژوهش‌ولف نشان داد که کودکان مبتلا به ADHD از تاب‌آوری کمتری نسبت به کودکان عادی برخوردار هستند (۱۸). در ارتباط با تاب‌آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده‌هایی با کودکان ADHD و معلولیت جسمی در پژوهشی نتیجه گرفتند که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و ناراضی‌ت و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند (۱۹).

با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته پیرامون تأثیر ADHD در زمینه سبب شناسی و درمان آن هنوز پژوهش خاصی در ایران در ارتباط با پیامدهای خانوادگی و تأثیر آن در ایجاد و تداوم این اختلال و همچنین در خصوص تأثیر روانشناختی این اختلال در زمینه‌های گوناگون صورت نگرفته است، لذا سوال اساسی در این

ماندن و ایجاد مزاحمت برای دیگران به حدی که در موقعیت‌های اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای ایجاد مشکل کند، ظاهر می‌شود (۲). یکی از عواملی که بسیاری از جنبه‌های رشد اجتماعی کودکان ADHD را شکل می‌دهد نوع ارتباط والدین با این کودکان می‌باشد. این نکته مدتهاست که عنوان گردید که عملکرد والدین بر رفتار، افکار و هیجانات کودکان تأثیر معناداری دارد. رابطه بین کودکان و والدین و سایر اعضای خانواده را می‌توان به عنوان شبکه‌ای دانست که در کنش متقابل بایکدیگر هستند. به عبارتی دیگر، ADHD بر سلامت فیزیکی و عاطفی خانواده و به طور کلی روابط خانوادگی تأثیر منفی دارد و عملکرد خانوادگی را مختل می‌کند (۱). روابط خانوادگی عبارت است از انتقال اطلاعات به طور شفاهی و غیر شفاهی بین اعضای خانواده که شامل مهارتهایی برای تبادل الگوهای اطلاعات در درون سیستم خانواده می‌باشد (۳). گرچه عوامل زیادی در ADHD نقش دارند؛ اما نقش روابط خانواده در سبب شناسی این اختلال مهم است. یافته‌ها حاکی از آن است که تعاملات درون خانوادگی، در خانواده‌های دارای فرزند ADHD با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است (۴). ماش و بارکلی معتقدند اختلال نارسایی توجه/ فزون کنش، تأثیر مخربی بر خانواده و روابط خانوادگی می‌گذارد. رفتارهای پرخاشگرانه این کودکان منجر به تعارض درون خانوادگی با والدین و دیگر اعضا می‌شود (۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خانواده‌های کودکان ADHD نسبت به خانواده‌های عادی از تعارضات و گسیختگی بیشتری برخوردار بوده و والدین آنها نسبت به فرزندانشان مسؤولیت پذیری کمتری دارند (۶، ۷ و ۸).

از جمله متغیرهایی که می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون زندگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی تأثیر گذار باشد، کیفیت زندگی است. ADHD به صورت جدی کیفیت زندگی و تحصیلی نوجوانان مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، مفهوم کیفیت زندگی یک مفهوم فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد. در واقع کیفیت زندگی گسترده‌ای است در برگیرنده ابعاد عینی و ذهنی که در تعامل با یکدیگر قرار دارند (۹). ADHD می‌تواند بر روابط صمیمی و عاطفی فرد در حیطه ازدواج، خانواده تأثیر سوء بگذارد و به ثبات کمتر و طلاق بیشتر منجر شود (۱۰). در تحقیقات بسیاری، تأثیر این اختلال بر کیفیت زندگی این افراد نشان داده شده است. یان<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که کیفیت زندگی کودکان ADHD از کودکان عادی پایین‌تر می‌باشد (۱۱). پاری و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که اختلال ADHD تأثیر منفی بر وضعیت تحصیلی و شغلی، زندگی

پژوهش این است که آیا روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب آوری در دانش آموزان ADHD و عادی شهر اردبیل تفاوت وجود دارد؟

### روش بررسی

پژوهش حاضر، پس رویدادی از نوع مقطعی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر اردبیل - که دارای اختلال نقص توجه توام با بیش فعالی بوده و در سال تحصیلی (۹۳-۱۳۹۲) در شهر اردبیل مشغول به تحصیل هستند - بود. با توجه به گزارش آماری اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل، تعداد کل دانش آموزان متوسطه (دختر و پسر) مشغول به تحصیل در شهر اردبیل ۱۰۱۰۸ نفر می باشد.

نمونه آماری این تحقیق در دو مرحله انجام شد (الف) مرحله شناسایی: در این مرحله ۱۲۰۰ دانش آموز به صورت تصادفی ساده از میان دانش آموزان دبیرستان شهر اردبیل انتخاب شد. سپس مقیاس کانرز توسط همه این دانش آموزان تکمیل گردید. (ب) مرحله انتخاب آزمودنیها: در این مرحله ۸۰ دانش آموزی که در آزمون مقیاس کانرز نمره بالا گرفت (با دو انحراف معیار بالای میانگین) به عنوان دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در نظر گرفته شد. ۸۰ دانش آموز نیز به عنوان دانش آموزان بهنجار که نمرات آنها در این آزمون پایین تر و برابر میانگین بود از میان دانش آموزان انتخاب و بر اساس سن و پایه تحصیلی با گروه دارای ADHD همتا شد. در تحقیقات علی مقایسه ای حداقل ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۲۰) و برای افزایش اعتبار بیرونی، ۸۰ آزمودنی برای هر گروه انتخاب شد.

مقیاس تشخیصی کوتاه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بزرگسالان کانرز<sup>۱</sup> این پرسشنامه به صورت خودگزارشی است که توسط کانرز و همکاران ساخته شده است. این مقیاس شامل ۲۶ آیتم صفر تا ۳ امتیازی است که در تصحیح آن از پنج خرده مقیاس زیر استفاده می شود. A- کم توجهی/ مشکل حافظه، B- بی قراری / بیش فعالی، C- بی ثباتی هیجانی/ تکانه ای بودن، D- مشکلات با تصور کلی از خود، E- شاخص بیش فعالی/ کم توجهی، نمرات خام هر زیر مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب به نمرات T تبدیل می شود (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ می باشد) نمرات T بالای ۶۵ به لحاظ بالینی معنی دار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب شناسی آن حوزه را نشان می دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علایم را نیز مطرح می کنند. در بررسی مقدماتی روی ۲۰ نفر اجرا و ضریب پایایی همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ (T=۰/۸۱) و روایی

محتوایی آن را از طریق سه نفر فوق تخصص کودکان تایید کرده اند (۲۱، ۲۲).

پرسشنامه محیط خانوادگی شیفر (Shefer Family Assessment Device): پرسشنامه محیط خانوادگی شیفر در سال ۱۳۵۸ توسط نقاشیان در شیراز و بر مبنای کارهای شیفر طراحی گردید. پرسش نامه مذکور، دارای ۷۷ سوال است که ابعاد مختلف (کنترل - آزادی) و (گرمی - سردی) روابط خانوادگی را مورد سنجش قرار می دهد. آزمون شونده برای هر سوال یکی از پاسخهای (خیلی موافقم تا خیلی مخالف) را انتخاب می کند. بنابر گزارش نقاشیان هر یک از دو بعد مذکور در برگیرنده مفاهیم متعددی است. ضریب پایایی تصنیف پرسشنامه که توسط سازنده گزارش شده است ۰/۸۷ می باشد که به ترتیب برای بعد کنترل - آزادی ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و برای بعد گرمی - سردی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۰ است. در مطالعات اولیه که توسط نقاشیان انجام شده، جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار یابی محتوی استفاده شده است. در کل نتیجه تحلیل عوامل تایید کننده اعتبار عاملی سوالات مورد نظر سازنده پرسش نامه را مبنی بر اینکه وسیله مذکور دو بعد را مورد سنجش قرار می دهد، تایید نمود. لازم به ذکر است که در تحقیقی ضریب پایایی پرسشنامه از طریق باز آزمایی ۰/۸۳ به دست آمده است. همچنین ضریب پایایی این آزمون از طریق روش همسانی درونی (۰/۸۳) و بازآزمایی (۰/۹۳) گزارش شد. ضریب روایی همزمان ابعاد نه گانه این آزمون از طریق مقایسه با آزمون (MMPI) محاسبه و همگرایی ابعاد بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۳).

پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۲</sup>: پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سؤال است و دارای ۴ خرده مقیاس، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می باشد که به ترتیب هر یک از خرده مقیاس ها دارای ۷، ۶، ۳، و ۸ سؤال است. دو سؤال اول به هیچ یک از خرده مقیاس ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می کند. بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. طیف نمره گذاری به روش لیکرت پنج گزینه ایی از ۱ - ۵ که عبارت گزینه ها در کل مولفه های مقیاس از بسیار بد، خیلی کم، هرگز و کاملاً ناراضی با نمره ۱ و همیشه، خیلی زیاد، خیلی خوب و کاملاً راضی با نمره ۵ متفاوت است. پس از محاسبات لازم در هر خرده مقیاس، امتیازی معادل ۲۰ - ۴ برای هر خرده به تفکیک به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت خرده مقیاس مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰ - ۰ می باشند. این پرسشنامه به ارزیابی کیفیت زندگی در ۴ دامنه زندگی می پردازد. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است (۲۴).

مقیاس تاب آوری کونرو و دیویدسون<sup>۱</sup>: برای سنجش تاب آوری، مقیاس تاب آوری کانرو و دیویدسون<sup>۲</sup> به کار برده شد. مقیاس تاب آوری کونرو و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. این مقیاس در ایران، توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر گویه با نمره کل به جز گویه ۳ ضرابی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کانرو و دیویدسون ارزش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ بدست آمد (۲۵).

گردآوری اطلاعات در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه صورت گرفت. در این پژوهش، روش گردآوری اطلاعات به این صورت بود که پس از جلب رضایت آزمودنیها و برای شناسایی دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه / بیش فعالی، ابتدا توضیحات کاملی در مورد نحوه تکمیل آزمون کانرز ارائه شد. سپس آزمون کانرز بر روی آنها اجرا گردید. دانش آموزانی که دارای نمره بالا (با دو انحراف معیار بالاتر از میانگین) در آزمون کانرز بودند، انتخاب گردید. نهایتاً پرسشنامه روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و مقیاس تاب آوری برای هر دو گروه (دانش آموزان مبتلا به ADHD و دانش آموزان بهنجار) اجرا شد و در نهایت بعد از جمع آوری اطلاعات، داده های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### یافته ها

با توجه به اطلاعات به دست آمده، از ۱۶۰ نفر نمونه شرکت کننده در پژوهش، ۸۸ نفر پسر (یعنی ۵۵ درصد) و ۷۲ نفر دختر (یعنی ۴۵ درصد) می باشند. گردد فراوانی اعداد کودکان شرکت کننده که تحصیلاتی ندارند ۵۱ نفر (یعنی ۳۱/۹)، ابتدایی ۷۶ نفر (یعنی ۴۷/۵ درصد) و راهنمایی ۳۳ نفر (یعنی ۲۰/۶ درصد) می باشد. تعداد کودکان شرکت کننده که والدین آنها تحصیلاتی نداشتند ۲۰ نفر (یعنی ۱۲/۵ درصد)، ابتدایی ۲۲ نفر (یعنی ۱۳/۸ درصد)، راهنمایی ۳۹ نفر (یعنی ۲۴/۴ درصد)، دیپلم ۳۷ نفر (یعنی ۲۳/۱ درصد)، فوق دیپلم ۲۶ نفر (۱۶/۳ درصد) و لیسانس ۱۶ نفر (یعنی ۱۰ درصد) می باشد.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد مولفه های کیفیت زندگی دو گروه نقص توجه / بیش فعال و گروه نرمال

متغیرها	گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	نقص توجه / بیش فعال	۱۹/۳۰	۳/۱۸
	نرمال	۳۵/۳۰	۶/۸۸
سلامت محیطی	نقص توجه / بیش فعال	۹/۷۱	۲/۴۱
	نرمال	۱۲/۹۱	۲/۹۱
سلامت اجتماعی	نقص توجه / بیش فعال	۶/۰۸	۰/۷۶
	نرمال	۳/۲۷	۰/۸۸
سلامت روانی	نقص توجه / بیش فعال	۱۱/۸۲	۲/۷۵
	نرمال	۲۳/۵۶	۳/۸۲

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب آوری دو گروه نقص توجه / بیش فعال و گروه نرمال

متغیرها	گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد
سردی - آزادی	نقص توجه / بیش فعال	۱۱۸/۱۰	۱۴/۳۳
	نرمال	۱۰۸/۸۳	۲۰/۰۱
کنترل - گرمی	نقص توجه / بیش فعال	۱۰۴/۵۵	۱۲/۱۸
	نرمال	۱۲۴/۸۶	۱۷/۸۲
کیفیت زندگی	نقص توجه / بیش فعال	۳۵/۳۰	۶/۸۸
	نرمال	۶۱/۴۲	۱۱/۱۱
تاب آوری	نقص توجه / بیش فعال	۲۵/۸۶	۳/۶۸
	نرمال	۴۵/۸۶	۹/۳۶

یافته های پژوهش نشان داد مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۵ می باشد که در سطح (۰/۰۱)  $p \leq$  معنی دار است. این بدین معنی است که بین دو گروه افراد آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای

روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب آوری تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول (۳): جدول اطلاعات مربوط به شاخص های اعتباری آزمون واریانس ارتباط خانوادگی

اثر	ارزش	F	درجات آزادی	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلابی	۰/۹۲	۴۷۴/۹۴	۴	۱۵۵	$p \leq 0.01$
لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۴۷۴/۹۴	۴	۱۵۵	$p \leq 0.01$
اثر هتلینگ	۱۲/۲۵	۴۷۴/۹۴	۴	۱۵۵	$p \leq 0.01$
بزرگترین ریشه روی	۱۲/۲۵	۴۷۴/۹۴	۴	۱۵۵	$p \leq 0.01$

همان طور که در جدول مشاهده می گردد مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۷ می باشد که در سطح (۰/۰۱)  $p \leq$  معنی دار است.

جدول (۴): تحلیل واریانس چند متغیره مولفه های کیفیت زندگی و روابط خانوادگی و تاب آوری بین دو گروه نقص توجه / بیش فعال و گروه نرمال

منبع تغییرات	مقیاس ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	سلامت جسمانی	۲۰۴۴/۹۰	۱	۲۰۴۴/۹۰	۵۴۶/۶۲	۰/۰۰۱
	سلامت محیطی	۴۰۸/۸۰	۱	۴۰۸/۸۰	۵۶/۹۷	۰/۰۰۱
	سلامت اجتماعی	۳۱۶/۴۰	۱	۳۱۶/۴۰	۴۶۱/۴۴	۰/۰۰۱
	سلامت روان	۵۵۱۰/۷۵	۱	۵۵۱۰/۷۵	۴۹۶/۰۵	۰/۰۰۱
	سردی - آزادی	۱۰۲۷۲/۰۲	۱	۱۰۲۷۲/۰۲	۳۹/۹۱	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۱۱/۳۲	۳۴۳۱/۷۵	۱	۳۴۳۱/۷۵	گرمی کنترل
۰/۰۴	۳۱۵/۷۲	۱۶۰۰۰/۰۰	۱	۱۶۰۰۰/۰۰	تاب آوری

همچون توجه به یادگیری و تحصیل و موارد دیگر دارند (۲۶). در توجیه این مطلب می توان گفت که وقتی که والدین کودکان نرمال با مشکلات عمده‌ای در روابط خانوادگی رو به رو می شوند، متداول ترین راه حل، به کارگیری یک استراتژی کنترل است و سعی می کنند که کودک خود را وادار به تغییر کنند. گاهی این تلاش به نتیجه می رسد، بویژه اگر هم خواسته والد و هم نیاز طرف کودک، هر دو، منطقی باشند؛ اما در بیشتر مواقع این موضوع تنها باعث عصبانیت طرفین می شود از طرف دیگر اگر والدین نتوانند کودک بیش فعال را تغییر دهند؛ از سبک روابط خانوادگی آزادی استفاده می کنند و در واقع توانایی ایجاد تغییر در کودک را از دست می دهند (۲۷). اطلاع والدین از تاثیر روش ارتباط خانوادگی گرم و شیوه های برقراری ارتباط صحیح با فرزندان سبب می شود که در رفتارهای خود تجدید نظر کرده و روش های صحیح برخورد را با فرزندان پی بگیرند. اولیای خانواده های بیش فعال اغلب با روحیات فرزندان خود آشنا نیستند و قادر به درک اصلی مشکل کودک خود نمی باشند. و همین مسأله باعث می شود که ناتوانی های کودک خود را با سردی جواب دهند و به دلیل تداوم مشکل، دچار درماندگی می شوند و همین درمانده شدن باعث می شود تا دست از کنترل و مراقبت برداشته و رویه‌ای آزادمنشانه را دنبال می کنند (۲۸).

همچنین یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی شهر اردبیل از نظر کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با تحقیقات دیگر، مثل (۲۹) منطبق است و حاکی از آن است دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی از نظر کیفیت زندگی در سطح پایین تری نسبت به دانش آموزان عادی قرار دارند. در توجیه این مطلب می توان گفت که کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی به دلیل اینکه فشار زیادی از طرف خانواده برای امور تحصیل و آموزش و از طرف مدرسه نیز متحمل می شوند و مدام با درمانگر، توصیه ها و انواع آموزش هایی که برای این کودکان در نظر گرفتند سرو کار دارند همیشه دچار اضطراب و استرس هستند و بیماری های روانی بیشتری را تجربه می کنند (۳۰).

کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی، بیشتر از سایر کودکان در معرض پیامد های منفی تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و هیجانی این اختلال قرار می گیرند و در پیروی از قواعد و اطاعت کردن دستورها مشکلات قابل توجهی را نشان می دهند (۳۱).

با توجه به مطالعه حاضر، بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی شهر اردبیل از نظر مولفه نقش هیجان تفاوت وجود دارد که این نتیجه با نظریه بارکلی در رابطه

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می گردد، فرضیه «بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/بیش فعال و دانش آموزان عادی شهر اردبیل از نظر روابط خانوادگی(کنترل-آزادی) تفاوت وجود دارد» در سطح (0/01)  $p \leq$  مورد تایید قرار گرفت. پس فرض صفر رد و فرض خلاف مورد تایید قرار گرفت و بدین معنی است که با توجه به جدول میانگین ها والدین کودکان نرمال کنترل بیشتر و متعادلی برای کودکان خود رعایت می کنند. فرضیه « بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/بیش فعال و دانش آموزان عادی شهر اردبیل از نظر روابط خانوادگی(سردی- گرمی) تفاوت وجود دارد» در سطح (0/01)  $p \leq$  مورد تایید قرار گرفت. پس فرض صفر رد و فرض خلاف مورد تایید قرار گرفت و بدین معنی است که والدین کودکان نرمال با کودکان خود روابط گرمی دارند و برعکس والدین کودکان نقص توجه/ بیش فعال روابط سردی دارند. فرضیه « بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعال و دانش آموزان عادی شهر اردبیل از نظر کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد» در سطح (0/05)  $p \leq$  مورد تایید قرار گرفت. پس فرض صفر رد و فرض خلاف مورد تایید قرار گرفت. بدین معنی است که کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی پایین تر از گروه نرمال است. فرضیه شماره «بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعال و دانش آموزان عادی شهر اردبیل از نظر تاب آوری تفاوت وجود دارد» در سطح (0/05)  $p \leq$  مورد تایید قرار گرفت. پس فرض صفر رد و فرض خلاف مورد تایید قرار گرفت و بدین معنی است که تاب آوری والدین کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی پایین تر از گروه نرمال است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه روابط خانواده، کیفیت زندگی و تاب آوری دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی شهر اردبیل صورت گرفت. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی و دانش آموزان عادی از نظر روابط خانوادگی تفاوت وجود دارد. به این معنا که دانش آموزان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی از نظر روابط خانوادگی آشفته تر و دارای حمایت و کنترل کمتری از سوی خانواده برخوردارند. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر به نوعی همسو با پژوهش های دیگر مانند (۸، ۱۰ و ۱۲) می باشد. همچنین این یافته همسو با نتایج پژوهش راجرز و همکاران (۲۰۰۹) و گارسیا، جارا و سانچز (۲۰۱۱) است که نشان دادند والدین با کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی حمایت کمتری را از فرزندان خود در خانه در امور

های اخیر نشان می دهند که اختلال در هماهنگی حرکتی و نیز کارکرد جسمانی مربوط به نقص توجه نیست بلکه این اختلال مجزا از نقص توجه است. نتایج تحقیق (۳۶) نشان می دهد که ارتباط معنی دار و محکم بین نقص توجه / بیش فعالی و مهارت های حرکتی ضعیف و در عین حال ارتباط نسبتاً ضعیف بین این اختلال و مهارت های حرکتی درشت وجود دارد. همچنین تفاوت در کارکرد های جسمانی دانش آموزان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی نسبت به دانش آموزان عادی که در این تحقیق ارائه گردید همسو با نتایج تحقیقات (۳۶) می باشد.

ناسازگاری کودک با خانواده و همسالان، عدم توجه برخی خانواده ها به کودکان و اینکه این کودکان نمی توانند مثل بقیه کودکان سالم تحصیل کنند، دچار اعتماد به نفس پایین می شوند و همین اعتماد به نفس پایین باعث می شود که کیفیت زندگی شان پایین باشد. کودکان بیش فعال، جدا از اینکه بعد جسمانی آنها سالم نیست، این مسأله روی بعد روانی آنها تاثیر بسزایی می گذارد، چون با تداوم مشکل توجه والدین به آنها کم می شود و بیشتر احساس تنهایی می کنند؛ اما در عوض کودکان سالم به دلیل اینکه توانایی خاصی در برقراری ارتباط و تحصیل دارند، کمتر در زندگی استرس و اضطراب را تجربه می کنند (۳۰).

همچنین نتایج نشان داد بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی و دانش آموزان عادی شهر اردبیل از نظر تاب آوری تفاوت وجود دارد. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با تحقیقات دیگر مثل (۱۸ و ۱۹) منطبق است و حاکی از آن است که دانش آموزان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی از تاب آوری پایین تری نسبت به دانش آموزان عادی برخوردارند. تاب آوری می تواند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط استرس زا تعدیل کند و افزایش رضایت از زندگی را باعث شود. تاب آوری روان شناختی به فرآیند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی گفته می شود (۳۷). تاب آوری را در محیط آموزشی به عنوان احتمال موفقیت بسیار بالا در مدرسه و سایر موقعیت های زندگی به رغم مصائب و دشواری های محیطی می دانند. در محیط آموزشی، دانش آموزان سالم دارای تاب آوری، به رغم موانع و مشکلات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در سطح بالایی موفق می شوند (۳۸). کودکان دارای مشکل بیش فعالی / نقص توجه به دلیل اینکه نمی توانند مدت زمان زیادی روی تکلیف تمرکز کنند از تاب آوری پایین تر برخوردارند؛ طبق یافته یانگ و همکاران (۲۰۰۶) است که سطوح بالاتر تاب آوری، هیجان مثبت و منفی را پیش بینی می کند. کودکان بیش فعال چون هیجان منفی دارند و معمولاً برای کارها از تحمل کمتری برخوردارند میزان تاب آوری آنها پایین است. همچنین تجربه هیجان های مثبت به افراد دارای تاب آوری کمک می کند که بتواند با استرس های روزمره بهتر مقابله کنند (۳۹).

با کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی که در خود تنظیمی هیجان و انگیزش (به علت نقص در بازداری رفتاری) نقص دارند، منطبق است (۳۲).

افراد مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی، به خاطر کم یا بی توجهی، تکانشگری و بیش فعالی، اغلب مشکلات اجتماعی متعددی را مانند طرد شدن از جامعه و ایجاد مسائل مختلف در روابط میان فردی خود تجربه می کنند. برای داشتن تعاملات موثر با دیگران، فرد باید مورد توجه و پذیرش قرار گیرد و بتواند رفتارهای تکانشگری خود را کنترل کند و در برابر رفتار های خود مسؤول باشد، در حالی که افراد مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی به علت عدم یا کمبود کنترل بر رفتار های خود، مورد توجه قرار نمی گیرند و فراموش می شوند، بویژه از آنجایی که اختلال نقص توجه / بیش فعالی، یک ناتوانی غیر قابل دیدن است و بیشتر مردم نیز با این اختلال آشنا نیستند، با مشاهده این اختلال رفتار بسیار نامناسبی از خود نشان می دهند و افراد مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی را خود محور، خشن، وظیفه شناس، تنبل و بی ادب می خوانند و این امر موجب طرد شدن این افراد از جامعه می شود و نتیجه آن مشکل در کارکرد اجتماعی و منزوی شدن هر چه بیشتر می باشد (۳۳).

نتایج این مطالعه، تفاوت معناداری را در مولفه سلامت روانی بین دانش آموزان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی و دانش آموزان عادی نشان می دهند. در تعریف سلامت روانی باید گفت انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود فلج نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد، فردی است دارای سلامت روانی، از طرف دیگر فرد مبتلا به این اختلال و والدین وی نه تنها بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند؛ بلکه سایر اعضای خانواده؛ یعنی دیگر فرزندان را تحت تاثیر قرار می دهند (۳۴).

از آنجایی که سلامت روان، تحت تاثیر عواملی چون آرایش ژنتیکی، شرایط اقتصادی - اجتماعی و رفتار های اطرافیان است (۳۵)، دانش آموزان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی هم از لحاظ ژنتیکی دچار مشکل می باشند و همچنین شرایط اجتماعی مناسبی را به علت نقص در کارکرد های اجتماعی دارا نمی باشند و رفتار های اطرافیان نیز با این افراد همانگونه که شرح داده شد غالباً با مشکل همراه است، لذا تفاوت معنا داری را در شاخص سلامت روان این افراد در مقایسه با افراد عادی شاهد هستیم.

افراد مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی، ویژگی های رفتاری از قبیل ناتوانی در کنترل مهارت های حرکتی، کارکرد جسمانی، نقص توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی و بی قراری حرکتی را در مقایسه با افراد سالم از خود نشان می دهند. تحقیقات پیشین، اختلال در هماهنگی حرکتی و کارکرد جسمانی کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی را مربوط به ضعف توجه این افراد می پنداشتند؛ ولی یافته

مواجه نشود. همچنین پیشنهاد می شود با انجام تحقیقاتی در همین راستا توجه به نقش و تاثیر متغیرهایی نظیر وضعیت تحصیلی والدین و وضعیت اقتصادی دانش آموزان صورت گیرد.

با توجه به اینکه در این پژوهش، نمونه مختص به شهر می باشد. لذا پیشنهاد می شود در این راستا پژوهش های دیگری در شهر های مختلف انجام گیرد و نتایج پژوهش های مورد بررسی دقیق صورت گیرد تا امکان تعمیم یافته ها به سایر شهرها با محدودیت

### References:

1. Alizadeh H. Attention Deficit Disorder / prodigiously movement. Tehran: Roshd. 2004; 290[Persian].
2. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. 4<sup>th</sup> ed. Washington D.C: American psychiatric association press. 2000; 387.
3. Ankica K. Self-monitoring: A moderating role between acculturation strategies and adaptation of immigrants. International Journal of Intercultural Relations. 2007; 30(2):141-157.
4. John F. We are people first: The social and emotional lives of individuals with mental retardation. London: Quorum. 1994.
5. Barbare M, Richard R, Julie M, Robert G, Haward M. Conduct disorder and propositional defiant disorder in national sample: Developmental epidemiology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2004; 45:609-621.
6. Peter M. Wehmeier MD, Schacht A, Barkley R. Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. Journal of Adolescent Health 2010; 46: 209-217.
7. Johnston C, Reynolds S, Freeman WS, Geller J. Assessing parent attributions for child behavior using open-ended questions. J Child Psychol. 1998; 27:87-97.
8. Seidman LJ, Biederman J. Neuropsychological function in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 1998; 44 (4):260-272.
9. Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS. Comparison of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: Data from first, Systematic Treatment Enhancement Program For bipolar Disorder (STEP-BD) participants. Compr Psychiatry. 2006; 47(3):161-8.
10. Siu M, Shek N. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognitive therapy and research. 2004; 21(3): 563-606.
11. Yan W. An investigation of adult outcome of hyperactive children in Shanghai. Chin Med J. 2007; 109(11):80-87.
12. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy P, Safi M, Lippmann S. Attention deficit disorder in adults. Annals Clinical Psychiatry. 2002; 14(3):105-111.
13. Goldstein S, Goldstein M. Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A Guide for practitioner (2nd Ed), NY. 1998; 620.
14. Garmezy N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. American Behavioral Scientist. 2004; 34(5):416-430.
15. Ann I, Alriksson-Schmidt MA, MSPH Wallander, Biasini F. Quality of Life and Resilience in Adolescents with a Mobility Disability. Journal of Psychology. 2011; 32 (3):370 379.
16. Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003; 18(3):76-82.
17. Amico AD, Currà E. The Role of Urban Built Heritage in Qualify and Quantify Resilience. Specific Issues in Mediterranean City. Procedia Economics and Finance. 2014; 181-189.
18. Ensberger W. Embarrassment in diagnostic process. Mental Retarded. 2010; 3(2):29-31.
19. Tali Heiman E. Understanding Mental Retardation. Cambridge University Press. 2012; 15(2):45-121.
20. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences second edition. Tehran: Roshd. 2001; 350.
21. Conners C, Erhardt D, Sparrow E. Conners' Adult ADHD Rating Scales



- (CAARS) technical manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems. Inc. 1999; 131(2):431-437.
22. Narimani M, Bagyan kolemarz M, Ahadi B, Abolghasemi A. Efficacy of dialectical behavior therapy training group to reduce the symptoms of attention deficit / hyperactivity and improve quality of life for students. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 1 (21).
  23. Hosainian R, Tahmaseb Poor A. The relationship between family functioning and adolescent popularity in the peer group. *Psychology master's thesis*. 2007. [Persian].
  24. Nojoomi M, Anbari Kh. The comparison of life quality in patients with AIDS / HIV positive with healthy individuals. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2008; 15:58.
  25. Mohammadi M. Investigate the determinants of resilience in individuals at risk for substance abuse. PhD Psychology thesis. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran. 2005. [Persian].
  26. García R, Jara P, Sánchez D. School Context: Family satisfaction and Social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder "ADHD". *Social and Behavioral Sciences* 2011; 544 – 551.
  27. Ebadi GH, Motamedin M. Study on the relationship of parent - child, assertiveness and academic performance Tabriz boys high school students. *Quarterly Journal of Counseling Association*. 2006; 6:23. [Persian].
  28. Christenson S. Parent Education, website development center for information technology impacts children. 2003.
  29. Alizadeh H. Attention Deficit-Hyperactivity disorder. Tehran: Roshd publishing house. 2007; 250. [Persian].
  30. Khayat Zadeh M. Present the quality of life of mothers of children with cerebral palsy, mental retardation and mothers of healthy children. *Journal of Medical Daneshvar, University of shahed*. 2009; 11:83. [Persian].
  31. Sadeghi M, Giti SH. Comparison of Executive functions of self-regulation of emotion and motivation s in a subset of attention deficit disorder - hyperactivity based on Barkley model. *Journal of Cognitive Science News*. 2010; 48. [Persian]
  32. Barkley RA. ADHD and nature of self control. New York. Guilford Press. 1997.
  33. Behboodi H. Social skills in people with attention deficit disorder, hyperactivity. *Exceptional education*. 2008; 78. [Persian].
  34. Agha Mohammadian H, Narimani M, Rajabi S. Comparison of mental health in mothers of exceptional Children with mental health mothers of normal children. *Journal of Mental Health*. 2007; 33-34. [Persian].
  35. Solaimani Nia L, Mohammad Khani P, Jazayeri A. The role of mental health in emerging high risk behaviors in adolescents. *Journal of Social Welfare*. 2005; 19. [Persian].
  36. Sami S, Karimiani N, Sayed Ebrahimi S, Hakimi M. Comparison motor skills between normal children and those with ADHD. *Journal of Ilam University Medical Sciences*. 2013; 12(4):24-29. [Persian].
  37. Howard S, Dryden J, Johnson B. Childhood resilience: Review and critique of literature. *Oxford Review of education*. 1999; 25(3):307-23.
  38. Cabrera N, Padilla AM, Entering and succeeding in the "culture of college. *Journal of Behavioral Sciences*. 2004; 26(2):152-175.
  39. Rubin KH, Bukowski WM, Parker JG. Peer interactions, relationships, and groups. *Handbook of child psychology*. 1998.