

مقدمه

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD)^۱ یک تشخیص روان‌شناختی است و برای افرادی بکار می‌رود که در دوره‌ی رشدی شان سطوح نامناسبی از بی‌توجهی و یا مقدار بیشتر فعالیت حرکتی/تکانشی از خود نشان می‌دهند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰). ADHD در ۷ درصد کودکان دیده می‌شود. بسیاری از کودکان مبتلا به ADHD دارای نشانه‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشوری هستند ولی برخی اوقات این نشانه‌ها در دوران بزرگسالی نیز پایدار می‌مانند (پولانزیک، دی-لیما، هورتا، بیدرمن و روهد^۲، ۲۰۰۷). در جهان حدود ۵ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD هستند و بالای ۴/۴ درصد بزرگسالان دارای ملاکهای تشخیصی ADHD می‌باشند (کسler، آدلر، بارکلی بیدرمن، کانرز و همکاران^۳، ۲۰۰۶). تقریباً ۳ تا ۵ درصد دانش‌آموزان مقطع متوسطه در آمریکا تشخیص ADHD دارند و به طور متوسط حداقل یک دانش‌آموز در هر کلاس ۲۰ تا ۳۰ نفره مبتلا به ADHD می‌باشد (بارکلی، ۱۹۹۸).

یانگ و گودجانسون^۴ (۲۰۰۸) نشان دادند که ADHD ممکن است عامل خطری برای سازگاری پایین در زندگی بزرگسال باشد. احتمالاً نشانه‌های اصلی ADHD و برخی مشکلات آنها مانند فقدان کنترل هیجانی و رفتارهای غیر اجتماعی با رضایت از زندگی همبستگی منفی دارند. شاید به این دلیل باشد که افراد دارای سابقه نشانه‌های ADHD احتمالاً شکست‌ها و مشکلات مکرری را تجربه می‌کنند و این عوامل رضایت از زندگی را کاهش می‌دهد (یانگ و برامهام^۵، ۲۰۰۷). ADHD اختلالی است که بر زندگی کودکان و خانواده آنها تأثیر عمیقی می‌گذارد، چون دارای علائم تحولی نامناسب می‌باشند (بیدرمن و فاران^۶، ۲۰۰۵).

1. Attention Deficit Hyperactive Disorder
2. Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde
3. Kesler, Adler, Barkley, Biederman, Connors et al.
4. Young & Gudjonsson
5. Bramham
6. Biederman & Faraane

رضایت از زندگی^۱ یکی از واکنش‌های انسانی در زندگی فردی و اجتماعی است و به عنوان ارزیابی کلی فرد از زندگی تعریف می‌شود. به اعتقاد دینر، امونز، لارسن و گریفین^۲ (۱۹۸۵) رضایت از زندگی، قضاوت شخصی از سعادت و بهروزی و کیفیت زندگی مبتنی بر معیارهای انتخابی هر فرد است. گودجانسون، سی گوردسون، آیچولفس دوتیر و اسماری^۳ (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که نشانه‌های ADHD و مشکلات مربوط به آن ۲۲ تا ۲۵ درصد واریانس رضایت از زندگی را در دانشجویان تبیین می‌کند. در پسران کارکرد اجتماعی پایین و در دختران کنترل هیجانی پایین بهترین پیش‌بینی‌کننده نارضایتی از زندگی بود. افراد دارای نشانه‌های ADHD در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی دچار مشکل شده و احتمال بروز رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی و تصادفات رانندگی در آنها بیشتر می‌شود (به نقل از بارکلی، گاومونت و آناس توپولوس^۴، ۱۹۹۳).

احساس پیوستگی^۵ یکی از متغیرهایی است که با رضایت از زندگی مرتبط می‌باشد. احساس پیوستگی سازه‌ای است که توسط آنتونوسکی^۶ (۱۹۹۳) برای نشان دادن مقابله موفقیت آمیز در برابر فشارزاهای زندگی بیان شده است. آنتونوسکی (۱۹۹۳) احساس پیوستگی را به عنوان سازه‌ای تعریف کرده است که جهت‌گیری کلی فرد و احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر را در زندگی و دنیای پیرامون وی نشان می‌دهد. احساس پیوستگی باعث می‌شود فرد تحریکات درونی و بیرونی دریافت شده را در زندگی سازمان یافته‌تر، قابل پیش‌بینی‌تر و توضیح‌پذیرتر درک نماید. به بیان ساده‌تر، احساس پیوستگی به ادراک و احساسات فرد اشاره می‌کند که زندگی برای او قابل درک، کنترل‌پذیر و پرمعنی است. آنتونوسکی (۱۹۹۳) معتقد است احساس پیوستگی در طول دوران کودکی و نوجوانی رشد می‌کند و این رشد تا ۳۰ سالگی ادامه دارد (اشنایدر، بوچی،

- 1 . life satisfaction
- 2 . Diener, Emmonse, Larsen & Griffin
- 3 . Gudjonsson, Sigurdsson, Eyjolfsdottir & Smari
- 4 . Barkley, Guevermont & Anastopoulos
- 5 . sense of coherence
- 6 . Antonovsky

اسنسکی و کلافر^۱ (۲۰۰۰). شواهد حاکی است که احساس پیوستگی با کیفیت زندگی (گیبسون و پارکر^۲، ۲۰۰۳) و رضایت از زندگی ارتباط مثبت (اریکسون و لیندستروم^۳، ۲۰۰۵) و با سطوح افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط منفی دارد (اشنایدر، بوچی، سنسکی و کلاگوفر^۴، ۲۰۰۰). سومین، هلینیوس، بلومرگ، اوتلا و کوسکن وو^۵ (۲۰۰۱) در پژوهشی نتیجه‌گیری کردند که احساس پیوستگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده وضعیت جسمی و میزان تندرستی زنان و مردان است. پالانت و لای^۶ (۲۰۰۲) در پژوهشی دریافتند که احساس پیوستگی با بهزیستی روان‌شناختی و جسمی و عوامل شخصیتی مانند خوش‌بینی، عزت‌نفس و احساس تسلط رابطه مثبت دارد. مونز و نورکوال^۷ (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی بر بهبود کیفیت زندگی و تندرستی بیماران مزمن تأثیر زیادی دارد. دراگست، اید، نیگارد، بوندوک، نورت وود و ناتویگ^۸ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که احساس پیوستگی با کارکردهای اجتماعی و تندرستی جسمانی رابطه مثبت دارد.

متغیر مرتبط دیگر با رضایت از زندگی، نارسایی هیجانی^۹ است. نارسایی هیجانی سازه شخصیتی است که با فقدان خیالپردازی، ظرفیت کم برای افکار سمبولیک و ناتوانی برای تجربه و بیان هیجانات مشخص می‌شود. نارسایی هیجانی به حالتی اطلاق می‌شود که در اثر آن فرد در درک، پردازش و بیان هیجانات خود مشکل دارد (سیفنئوس^{۱۰}، ۱۹۷۳). شیوع آن در جمعیت بزرگسال مرد حدود ۹ تا ۱۷ درصد و در زنان ۵ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (کوکونن، کارونن و وایجولا^{۱۱}،

- 1 . Schnyder, Buchi, Sensky & Klaghofer
- 2 . Gibson & Parker
- 3 . Eriksson & Lindstrom
- 4 . Schnyder, Buchi, Sensky & Klaghofer
- 5 . Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela & Koskenvuo
- 6 . Pallant & Lae
- 7 . Moons & Norekvål
- 8 . Drageset, Eide, Nygaard, Bondevik, Nortvedt & Natvig
- 9 . alexithymia
- 10 . Sifneos
- 11 . Kokkonen, Karvonen, Veijola

۲۰۰۱). مطالعات نشان داده اند که نارسایی هیجانی با بسیاری از اختلالات مثل اختلال اضطراب فراگیر(شات، کاستونگای و بورکوکوس^۱، ۲۰۰۱)، اضطراب اجتماعی و هراس (فوکونیشی، کی کوچی، ووگان و تاکوبو^۲، ۱۹۹۷)، اختلالات خوردن(زونوویل-بندر، وان گوزن، کوهن کتنیس، وان البورگ و وان انگلند^۳، ۲۰۰۲)، سوء مصرف مواد(سرو و هولم استرون^۴، ۱۹۹۷) و خستگی(ایستوود، کاوالیر، فولمن و ایستوود^۵، ۲۰۰۷) ارتباط دارد. هلمرز و منته^۶(۱۹۹۹) دریافته اند که نارسایی هیجانی با رفتارهای غیر بهداشتی مانند اختلال در تغذیه و سبک زندگی بی تحرک در افراد مرتبط است. شواهد پژوهشی حاکی است که نارسایی هیجانی به دلیل رخدادهای دوران کودکی ایجاد می شود(مونتوباروکسی، کودیس پوتی، بالداری و روسی^۷، ۲۰۰۴).

همچنین نارسایی هیجانی با اضطراب(کوکس، اسوینسون، شولمن و بوردیو^۸، ۱۹۹۵)، افسردگی(کولهان و واتسون^۹، ۲۰۰۳) و برخی از اختلال‌های روانی و بدنی(ریچاردز، فورتون، گریفیتز و ماین^{۱۰}، ۲۰۰۵) رابطه دارد. برای مثال مالینکروود و وی^{۱۱}(۲۰۰۵) نشان دادند هشپاری هیجانی با دلبستگی ناامین و اجتناب همبستگی منفی و با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در دانشجویان همبستگی مثبت دارد. مونتوباروکسی و همکاران(۲۰۰۴) در مطالعه‌ای نشان دادند که نارسایی هیجانی با عدم صمیمیت و نزدیکی با دیگران و اشکال در روابط بین فردی همبستگی مثبتی دارد. لی، برن بام و راگهوان^{۱۲}(۲۰۰۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که رضایت از زندگی با

- 1 . Schut, Castonguay & Borkovec
- 2 . Fukunishi, Kikuchi, Wogan & Takubo
- 3 . Zonnevijlle-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg & van Engeland
4. Cecero & Holmstrom
- 5 . Eastwood, Cavaliere, Fahlman & Eastwood
- 6 . Helmers & Menté
- 7 . Montebanocci, Codispoti, Baldaro & Rossi
- 8 . Cox, Swinson, Shulman & Bourdeau
- 9 . Culhane & Watson
- 10 . Richards, Fortune, Griffiths & Main
- 11 . Mallinckrodt & Wei
- 12 . Le, Berenbaum & Raghavan

نارسایی هیجانی در دانش‌آموزان همبستگی منفی دارد. فوکونی شی، برگر و ووگان^۱ (۱۹۹۹) و پالمر، دونالدسون و استوگ^۲ (۲۰۰۲) در پژوهش‌های مجزایی نشان دادند که نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی همبستگی منفی دارد. بشارت (۱۳۸۸) دریافت که نارسایی هیجانی با مشکلات بین فردی همبستگی مثبت معناداری دارد، و مشکلات بین فردی دانشجویان را در زمینه‌های قاطعیت، مردم‌آمیزی، صمیمیت و مسئولیت‌پذیری پیش‌بینی می‌کند. واینری، گوستاوسون، لیل جکوئیست، پوپن و راسل^۳ (۱۹۹۷) نشان دادند که نارسایی هیجانی، کیفیت زندگی را پایین می‌آورد. سالمینن، ساریجاووی و تویکا^۴ (۲۰۰۲) در مطالعه‌ی نشان دادند که افراد دارای نارسایی هیجانی کارکرد جسمی و اجتماعی کمتر، مشکلات هیجانی بیشتر و بهزیستی هیجانی پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارند. هنری، فلیس و کراوورد^۵ (۲۰۰۶) در مطالعه‌ی بر روی بیماران آسیب‌دیده مغزی نشان دادند که نارسایی هیجانی با کیفیت زندگی پایین مرتبط است. ماتیلایا، پوتانن، کوی ویستو، سالوکانگاس و جوکاما^۶ (۲۰۰۷) دریافتند که نارسایی هیجانی پیش‌بینی‌کننده مهمی برای رضایت کمتر از زندگی است.

با توجه به نقش احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی بر کیفیت زندگی، تحقیقات محدود در این زمینه و برجسته‌نشدن آن در افراد دارای نشانه‌های ADHD و نقش مهم آنها بر پیشرفت تحصیلی، این پژوهش به بررسی رابطه احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD ایرانی پرداخته است.

روش

این پژوهش از نوع همبستگی که به صورت گذشته‌نگر انجام شده است. در این پژوهش احساس

- 1 . Fukunishi, Berger & Wogan
- 2 . Palmer, Donaldson & Stough
- 3 . Weinry, Gustavsson, Liljeqvist, Poppen & Rossel
- 4 . Salminen, Saarijärvi & Toikka
- 5 . Henry, Phillips & Crawford
- 6 . Mattila, Poutanen, Koivisto, Salokangas & Joukamaa

پیوستگی و نارسایی هیجانی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و رضایت از زندگی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده‌اند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر کلاس‌های دوم و سوم راهنمایی در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ در شهرستان اردبیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۹۴ دانش‌آموز دارای نشانه‌های ADHD بود که از میان ۶۰۰ دانش‌آموز به صورت زیر انتخاب گردیدند: ابتدا ۸ مدرسه راهنمایی و از هر مدرسه یک کلاس دوم و یک کلاس سوم به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس کل دانش‌آموزان هر کلاس به عنوان نمونه تحقیق انتخاب و مقیاس ADHD را تکمیل نمودند. سپس ۹۴ دانش‌آموزی که نمرات بالایی در مقیاس نقص توجه/بیش‌فعالی بدست آوردند (یک انحراف معیار بالای میانگین)، به عنوان نمونه نهایی انتخاب گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده گردید:

مقیاس اختلال بیش‌فعالی / کم‌توجهی بزرگسالان: این مقیاس توسط کانرز، ارهاردت و اسپارو^۱ (۱۹۹۹) ساخته شد و ۲۶ آیتم دارد. نمرات خام این مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب به نمرات T تبدیل می‌شود (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ می‌باشد). نمرات T بالای ۶۵ به لحاظ بالینی معنی‌دار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کنند (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹). در یک بررسی مقدماتی روی ۲۰ نفر ضریب پایایی همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ($r=0/81$) و روایی محتوایی آن از طریق سه متخصص کودکان تایید شده است (عرب‌گل، حیاتی و حدید، ۱۳۸۳).

مقیاس احساس پیوستگی: فرم کوتاه مقیاس احساس پیوستگی توسط آنتونوسکی (۱۹۹۳) ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد که مؤلفه‌های معنی‌دار بودن، قابل درک بودن و کنترل‌پذیری را می‌سنجند. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت «بندرت»، «گاهی اوقات» و «اغلب

1. Connerss, Erhardt & Sparrow

اوقات» پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم‌های کوتاه و بلند مقیاس احساس پیوستگی معنی‌دار ($r=0/74$) می‌باشد. ابوالقاسمی، زاهد و نیرمانی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. **پرسش‌نامه نارسایی هیجانی:** پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو مخصوص کودکان و نوجوانان از نسخه اصلی پرسشنامه نارسایی هیجانی بزرگسالان گرفته شده و توسط ریف، استروالد و تروگت^۱ (۲۰۰۵) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۰ سؤال دارد که با مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (کاملاً، تا حدودی و به هیچ وجه) پاسخ داده می‌شود و سه عامل ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۵ بدست آمده است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های این آزمون با چک لیست نشانه‌های روانی در دامنه از ۰/۰۷ تا ۰/۴۸ گزارش شده است. ابوالقاسمی، حرفتی و رضایی (۱۳۹۰) در پژوهشی همبستگی مقیاس نارسایی هیجانی را با مقیاس‌های آزار روانی ($r=0/34$) و غفلت روانی ($r=0/20$) معنی‌دار بدست آوردند ($p<0/01$).

مقیاس رضایت از زندگی: مقیاس رضایت از زندگی^۲ توسط داینر و همکاران (۱۹۸۵) ساخته شده است. این مقیاس پنج آیتم دارد که توسط آزمودنی بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات این مقیاس از ۵ تا ۳۵ می‌باشد. داینر و همکاران (۱۹۸۵) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش کردند. بیانی، محمد کوچکی و گودرزی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. ضریب اعتبار این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک ($r=0/60$) و مقیاس شادکامی آکسفورد (۰/۶۲ تا ۰/۷۹) معنی‌دار می‌باشد ($P<0/01$).

روش اجرا: برای شناسایی دانش‌آموزان مبتدا مقیاس ADHD بر روی آنها اجرا شد.

1. Rieffe, Oosterveld & Terwogt
2. The Satisfaction with Life Scale

دانش‌آموزانی که در این چک لیست یک انحراف بالای نمره میانگین داشتند، مشخص شدند. دانش‌آموزان دارای ADHD سپس به صورت مجزا و انفرادی مقیاس‌های تحقیق را تکمیل نمودند. سرانجام، داده‌های جمع‌آوری شده با ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

میانگین (و انحراف استاندارد) سن این دانش‌آموزان (۱۳/۷۳ و ۰/۷۳) با دامنه ۱۳ تا ۱۵ سال بود. شغل پدر ۷۶/۱ درصد آزمودنی‌ها آزاد و ۲۳/۹ درصد آنها شغل دولتی داشتند. مادر ۹۲/۵ درصد دانش‌آموزان خانه‌دار و ۷/۵ درصد آنها شاغل بودند. تحصیلات والدین آزمودنی‌ها از دبیرستان تا فوق لیسانس بود. از بین آزمودنی‌ها ۲۵/۳ درصد فرزند اول، ۴۵/۳ درصد فرزند دوم، ۱۰/۵ درصد فرزند سوم، ۷/۴ درصد فرزند چهارم، ۱۰/۸ درصد فرزند پنجم و بالاتر بوده‌اند.

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات نارسایی هیجانی، احساس پیوستگی و رضایت از زندگی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD در جدول ۱ ارائه شده است. جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نارسایی هیجانی، احساس پیوستگی و رضایت از زندگی دانش‌آموزان دارای

نشانه‌های ADHD

متغیر	M	SD
ناتوانی در شناسایی احساسات	۱۴/۷۴	۲/۴۵
ناتوانی در توصیف احساسات	۱۰/۴۹	۱/۶۱
سبک تفکر عینی	۱۴/۵۵	۲/۰۹
کل	۴۰/۱۹	۴/۰۶
معنی دار بودن	۹/۴۹	۰/۱۰
قابل درک بودن	۹/۵۹	۱/۳۱
کنترل پذیری	۸/۸۹	۱/۴۹
کل	۲۷/۹۹	۲/۲۰
رضایت از زندگی	۲۰/۵۹	۵/۴۳

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نارسایی هیجانی ($r = -0.26$) و احساس پیوستگی ($r = 0.33$) با رضایت از زندگی رابطه معنی داری دارند. همچنین مؤلفه‌های قابل درک بودن ($r = 0.37$) و کنترل‌پذیری ($r = 0.35$) با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی داری داشتند ($P < 0.01$)، ولی بین مؤلفه معنی دار بودن و رضایت از زندگی ($r = -0.18$) رابطه معنی داری بدست نیامد. همچنین مؤلفه‌های ناتوانی در توصیف احساسات ($r = 0.04$)، سبک تفکر عینی ($r = 0.10$) و ناتوانی در شناسایی احساسات ($r = -0.06$) با رضایت از زندگی رابطه معنی داری نداشتند.

جدول ۲. ضریب همبستگی متغیرهای نارسایی هیجانی و احساس پیوستگی با رضایت از زندگی دانش‌آموزان دارای

نشانه‌های ADHD

نارسایی هیجانی	رضایت از زندگی	احساس پیوستگی	رضایت از زندگی
ناتوانی در شناسایی احساسات	-۰/۰۶	معنی دار بودن	-۰/۱۸
ناتوانی در توصیف احساسات	۰/۰۴	قابل درک بودن	**۰/۳۷
سبک تفکر عینی	۰/۱۰	کنترل پذیری	**۰/۳۵
کل	**۰/۲۶	کل	**۰/۳۳

** $P < 0.01$

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و رضایت از زندگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. در جدول ۳ میزان F مشاهده شده معنی دار است ($P < 0.001$). همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود حدود ۲۰ درصد واریانس مربوط به رضایت از زندگی دانش‌آموزان توسط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی تبیین می‌شود. ضرایب بتا نشان می‌دهد که احساس پیوستگی ($B = 0.371$) و نارسایی هیجانی ($B = -0.309$) می‌توانند به ترتیب تغییرات مربوط به رضایت از زندگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کنند ($P < 0.01$).

جدول ۳. تحلیل رگرسیون چندگانه پیش بینی کننده‌های رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های

ADHD				
متغیر	F (P)	B	SE	β
احساس پیوستگی	*۱۱/۵۳	۰/۹۵۱	۰/۲۴۰	۰/۳۷۱
نارسایی هیجانی	*۱۱/۸۱	-۰/۴۳۳	۰/۱۳۱	-۰/۳۰۹
$R^2 = ۰/۲۰۴$		$R = ۰/۴۵۳$		$P < ۰/۰۰۱$ **

برای تعیین قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های رضایت از زندگی از طریق مؤلفه‌های احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی از تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش گام به گام استفاده شد. ضرایب بتای مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که قابل درک بودن ($B = ۰/۳۹۰$) و کنترل پذیری ($B = ۰/۲۲۲$) می‌توانند به ترتیب تغییرات مربوط به رضایت از زندگی در دانش‌آموزان را پیش‌بینی کنند ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۴. تحلیل رگرسیون چندگانه مؤلفه‌های پیش بینی کننده رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های

ADHD				
متغیر	B	SE	β	t
قابل درک بودن	۱/۹۳۷	۰/۴۷۷	۰/۳۹۰	*۴/۰۶
کنترل پذیری	۰/۹۰۰	۰/۴۰۴	۰/۲۲۲	*۲/۲۳
$R^2 = ۰/۲۱۹$		$R = ۰/۴۶۱$		$P < ۰/۰۵$ *
				$P < ۰/۰۱$ **

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین بررسی ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های ADHD بود. نتایج نشان داد که احساس پیوستگی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD رابطه مثبت معنی‌داری دارد. همچنین مؤلفه‌های قابل درک بودن و کنترل پذیری با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی‌داری داشتند ولی مؤلفه معنی‌دار بودن با رضایت از زندگی رابطه معنی‌داری نداشت. این نتیجه در راستای نتایج

اریکسون و لیندستروم (۲۰۰۵)، مواد^۱ (۲۰۰۴) و گیسون و پارکر (۲۰۰۳) می‌باشد. نتایج این پژوهشها نشان داده اند که احساس پیوستگی با بهزیستی روان شناختی و جسمی و عوامل شخصیتی مانند خوش بینی، عزت نفس و احساس تسلط رابطه مثبت دارد (پلانت و لی، ۲۰۰۲). طبق نظر آنتونوسکی (۱۹۹۳) احساس پیوستگی منجر به مقابله موفقیت آمیز در برابر استرسورهای زندگی می‌شود. افراد مبتلا به ADHD در زندگی خود استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند و دارا بودن احساس پیوستگی می‌تواند باعث مقابله با اضطراب در آنها شود.

این نتیجه را می‌توان اینگونه تبیین کرد که احساس پیوستگی باعث می‌شود فرد بتواند هیجانات و رویدادهایی که در زندگی متحمل می‌شود را بهتر درک کرده و آنها را قبول نماید. افراد مبتلا به ADHD نیز وقتی احساس پیوستگی بیشتری داشته باشند، مشکلاتی را که به خاطر این اختلال تجربه می‌کنند، بهتر درک کرده و ضمن کنار آمدن با مشکلات، احساس واقعی تری نسبت به آنها دارند. احساس پیوستگی منجر به ایجاد اعتماد به نفس در این افراد شده و در نتیجه رضایت از زندگی آنها را بالا می‌برد. لذا تقویت احساس پیوستگی از دوران کودکی، نشانه‌های ADHD را کم‌رنگ تر نموده و به دوران بزرگسالی کشیده نمی‌شوند. همچنین طبق شواهد پژوهشی افرادی که احساس پیوستگی بیشتری داشته، از لحاظ جسمانی سالمتر و استرس و اضطراب کمتری تجربه می‌کنند (گلمن^۱، ۱۹۹۵؛ بیدرمن و فاران، ۲۰۰۵؛ ماتیلا، پوتانن، کوویستو، سالوکانگاس و جوکاما^۳، ۲۰۰۷)، از این رو احساس پیوستگی می‌تواند رضایت از زندگی را بالا ببرد.

در پژوهش حاضر بین مؤلفه معنی دار بودن و رضایت از زندگی رابطه معنی داری بدست نیامد، این نتیجه می‌تواند به این دلیل باشد که معنی دار بودن یک مؤلفه انگیزشی است و میزان درگیری فرد در حیطه‌های مختلف زندگی را نشان می‌دهد، اما نمونه پژوهشی مطالعه در اوایل نوجوانی بوده و تجربه کافی از جریان زندگی ندارند. به همین خاطر این مؤلفه نقش پر رنگی در

1 . Mowad

2 . Goldman

3 . Mattila, Poutanen, Koivisto, Salokangas & Joukamaa

زندگی این گروه نداشته است و به این دلیل نمی‌تواند نقش مهمی در رضایت از زندگی آنها ایفا کند. دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD به دلیل مشکلاتی که به خاطر این اختلال تجربه می‌کنند نمی‌توانند خودشان را به طور واقعی درگیر زندگی کرده و برای تغییر و رشدشان تلاش کنند و این عوامل می‌توانند از دلایل رضایت پایین در زندگی باشند.

همچنین نتایج نشان دادند که نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD رابطه منفی معنی‌داری دارد. مؤلفه‌های ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی‌دار، اما بین ناتوانی در شناسایی احساسات و رضایت از زندگی رابطه معنی‌داری بدست نیامد. این نتایج با یافته‌های لی،^۱ (۲۰۰۲)، فوکونی شی و همکاران (۱۹۹۹) و پالمر و همکاران (۲۰۰۲) همسو است. یانگ و برم‌هان (۲۰۰۷) نتیجه‌گیری کردند که افراد دارای نشانه‌های ADHD به دلیل داشتن ویژگی‌هایی مانند فقدان کنترل هیجانی و رفتارهای غیر اجتماعی و تجربه مکرر شکست و مشکلات، از زندگی خود رضایت ندارند. گودجانسون و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند مشکلات مربوط به ADHD رضایت از زندگی را پایین می‌آورد. همچنین افرادی که حالت‌های هیجانی را بیان می‌کنند در کنار آمدن با تجربه‌های منفی موفق‌تر عمل می‌کنند (به نقل از گل‌من، ۱۹۹۵).

این نتیجه را می‌توان اینگونه تبیین کرد که چون افراد دارای نشانه‌های ADHD از سنین پایین‌تر بیش فعالی و تکانشوری را تجربه می‌کنند، همیشه با مشکلاتی مواجه بوده و نتوانسته‌اند از زندگی لذت ببرند، به این دلیل رضایت کمتری از زندگی دارند. افرادی که دچار نارسایی هیجانی هستند در تجربه و بیان هیجان‌اتشان مشکل دارند و به این دلیل نمی‌توانند با دیگران برخورد راحتی داشته باشند و این می‌تواند یکی از عواملی باشد که رضایت از زندگی را پایین می‌آورد. همچنین این افراد به خاطر بیش فعالی از لحاظ هیجانی سرکوب شده و نتوانسته‌اند هیجان‌اتشان را به طریق مثبت بیان کنند.

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی ۲۰

1 . Lee, Berenbaum & Raghavan

درصد از واریانس رضایت از زندگی را تبیین کرده و دارای توان پیش بین معنا داری بودند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۸۰ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای دیگر موثر بر رضایت از زندگی (نظیر عوامل زیست شیمیایی، شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می‌شود. همچنین با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی تأثیرشان بر رضایت از زندگی خیلی قابل ملاحظه نبوده است. لذا برای روشن شدن این نکته لازم است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. در پژوهش‌های ماتیلا و همکاران (۲۰۰۷)، واینری و همکاران (۱۹۸۵) و بشارت (۱۳۸۸) نتیجه‌گیری شده است که نارسایی هیجانی کیفیت زندگی را پایین می‌آورد و سلامت عمومی و کارکرد اجتماعی آسیب می‌بیند و احساس پیوستگی باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود. همچنین اشکال در برنامه ریزی، تکمیل و به پایان رساندن تکالیف، انجام دادن به موقع وظایف کاری افراد دارای نشانه‌های ADHD (وندر، ۱۹۹۵) و ناپایداری عاطفی، عصبانیت‌های ناگهانی و شدید، بی‌ثباتی در روابط بین فردی و ناکامی تحصیلی آنها (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰) باعث می‌شود که این افراد احساس رضایت کمتری از زندگی داشته باشند.

منحصر بودن نمونه به دانش‌آموزان دختر، عدم استفاده از مصاحبه بالینی برای شناسایی و استفاده از نمونه غیربالینی از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند. پیشنهاد می‌شود که با آموزش‌های روانشناختی در مدارس و کلینیک‌های روان‌شناختی مشکلات دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD را کاهش و از این طریق رضایت از زندگی آنها افزایش داد. این نتایج در زمینه پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD نیز کاربرد ویژه‌ای دارد.

منابع

ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۲). بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان ابتدایی. گزارش

- پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی و سازمان آموزش و پرورش استان اردبیل.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۸). ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، دانشگاه فردوسی، ۱۰(۱)، ۱۲۹-۱۴۵.
- ابوالقاسمی، عباس؛ حرفتی، رعنا؛ رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۰). ارتباط ناگو طبعی، آزار و غفلت جسمی با پیشرفت و انضباط تحصیلی دانش آموزان. *مجله علوم شناختی*، ۳۸(۲)، ۲۱۹-۲۰۷.
- ابوالقاسمی، عباس؛ زاهد، فاطمه؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری. *اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۳)، ۲۲۲-۲۱۳.
- بیانی، اصغر؛ کوچکی، محمد؛ گودرزی، عاشور (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی، *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱۱، ۲۶۵-۲۵۹.
- عرب گل، فریبا؛ حیاتی، مرتضی؛ حدید، مائده (۱۳۸۳). شیوع اختلال بیش فعالی و کم توجهی در گروهی از دانشجویان، *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۲و۱)، ۷۲-۵۳.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.7 Author.
- Antonovsky, A., (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.
- Barkley, R. A., Guevermont, D.C., & Anastopoulos, A.D. (1993). Driving related risks and outcomes of ADHA in adolosecents and young adoults: A 3-5 year follow-up survey. *Pediatrics*, 92, 212-218.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.)*. New York7 Guilford.
- Biederman, J., Faraane, S.V.(2005). Attention deficit hyperactivity disorder. *Journal Child Psychol*, 22(2), 43-52
- Cecero, J. J., & Holmstrom, R. W. (1997). Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 201-208.
- Connerss, C.K., Erhardt, D., Sparrow, E. (1999). *Connerss Adlt ADHD Rating Scales (CAARS) Tech Nical Manual*. N Tonawanda, ny: Multi Health Systems, 431-437.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Shulman, I.D., & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 195-198.
- Culhane, S.E., & Watson, P.J. (2003). Alexithymia, irrational beliefs, and the rationalemotive explanation of emotional disturbance. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 21, 57-73.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Drageset, J., Eide, G. E., Nygaard, H. A., Bondevik, M., Nortvedt, M.V., Natvig, G.K. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of

- life among nursing home residents—A questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 66-76.
- Eastwood, J.D., Cavaliere, C., Fahlman, S.A., & Eastwood, A.E. (2007). A desire for desires: Boredom and its relation to alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 42, 1035–1045.
- Eriksson, B.L., Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal Epidemiology and Community Health*, 59, 460–466.
- Fukunishi, I., Berger, D., Wogan, J. (1999). Alexithymic traits as predictors of difficulties with adjustment in an outpatient cohort of expatriates in Tokyo. *Psychol Rep*, 85, 67–77
- Fukunishi, I., Kikuchi, M., Wogan, J., & Takubo, M. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 166–170.
- Gibson, L.M., Parker, V. (2003). Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer Control*, 10(1), 52–98.
- Goleman, D. (1995). Emotional intelligence. New York: Bantam.
- Helmers, K. F., Mente, A. (1999). Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 635–645.
- Henry, J.D., Phillips, L.H., Crawford, J.R. (2006). Cognitive and psychosocial correlates of alexithymia following traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 44, 62–72.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2688-2691). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kesler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716–723.
- Kokkonen, P., Karvonen, J.T., Veijola, J., et al (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry*, 42, 471–476.
- Lee, H.N., Berenbaum, H., Raghavan, C. (2002). Culture and alexithymia: mean levels, correlates, and the role of parental socialization of emotions. *Emotion*, 2, 341–360.
- Mattila, A.K., Poutanen, O., Koivisto, A.M., Salokangas, R.K.R., Joukamaa, M.(2007). Alexithymia and life satisfaction in primary care patients. *Psychosomatics*, 48, 523–9.
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 358–367.
- Mowad, L. (2004). Correlates of quality of life in older adult veterans. *West J Nurs Res*, 26, 293–306.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499–507.
- Moons, P., & Norekvål, T.M. (2006). Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 16-20.

- Pallant, J.F., Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33(1), 39-48.
- Palmer, B., Donaldson, C., Stough, C.(2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Pers Individ Diff*, 33, 1091–1100.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., Rohde, L.A.,(2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am. J. Psychiatry*, 164, 942–948.
- Richards, H.L., Fortune, D.G., Griffiths, C.E.M., & Main, C.J. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 89-96.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M. (2005), An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results, *Personality and Individual Differences*, 40(1), 123-133.
- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Toikka, T.(2002). Alexithymia and health-related quality of life. *J Psychosom Res*, 52, 324- 331.
- Schnyder, U., Buchi, S., Sensky, T., Klaghofer, R.(2000). Antonovsky's sense of coherence: trait or state? *Psychother Psychosom*, 69, 296– 302.
- Schut, A.J., Castonguay, L.G., & Borkovec, T.D. (2001). Compulsive checking behaviours in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 705–715.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Suominen P, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 77-86.
- Weinry, R.M., Gustavsson, J.P., Liljeqvist, L., Poppen, B., Rossel, R.J. (1997). A prospective study of personality as a predictor of quality of life after pelvic pouch surgery. *Am J Surg*, 173, 83-87.
- Wender, P.H. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press.
- Young, S., & Gudjonsson, G.H. (2008). Growing out of ADHD: The relationship between functioning and symptoms. *Journal of Attention Disorder*, 12, 162–169.
- Young, S., & Bramham, J. (2007). *ADHD in adults: A psychological guide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Zonnevijlle-Bender, M.J.S., van Goozen, S.H.M., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38–42.