

بررسی رابطه بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در مادران کودکان اختلال کمبود توجه و فزون کنشی و مقایسه آن با مادران کودکان بهنجار

زهرا محمدی^۱، علی اکبر سلیمانی^{۲*}، علی فتحی آشتیانی^۳، نصیرالدین جاویدی^۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۱۰/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: بهزیستی روانشناختی یکی از ملاک‌های مرتبط با سلامت روانی است و به ارزیابی افراد از زندگی‌شان اشاره دارد. تاب‌آوری نیز به توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک اشاره دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در بین مادران با کودکان اختلال کمبود توجه/ فزون کنشی و مقایسه آن‌ها با مادران کودکان بهنجار می‌باشد.

روش بررسی: جامعه آماری پژوهش، شامل تمام مادران دارای پسر ۵ تا ۱۲ ساله ساکن تهران بود که از بین مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه ۵۰ نفر و از بین مادران کودکان بهنجار ۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (Ryff) و پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون بود.

یافته‌ها: تحلیل نتایج با استفاده از روش همبستگی پیرسون و آزمون آگروه‌های مستقل نشان داد که بین مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای کودکان اختلال کمبود توجه/ فزون کنشی و مادران کودکان بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. ($p < 0.05$). به عبارت دیگر با توجه به میانگین بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوریدر دو گروه مادران، میزان بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری در گروه مادران کودکان بهنجار بیشتر از گروه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ فزون کنشی می‌باشد. همچنین براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت در هر دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران کودکان بهنجار، بین دو متغیر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین، داشتن بهزیستی روانشناختی بالا می‌تواند ملاک خوبی برای پیش‌بینی تاب‌آوری مادران باشد. نتایج این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی درمانی و تدوین برنامه آموزشی برای خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال نارسایی کمبود توجه/ فزون کنشی موثر باشد.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، تاب‌آوری، کودکان دارای اختلال کمبود توجه/ فزون کنشی، کودکان بهنجار.

مقدمه

برانگیختگی (۴)، اغلب با عنوان تحریک پذیر، مداخله جو، پر جنب و جوش، نامرتب، پرخاشگر، پرتنش و هیجانی مشخص می‌شوند و دارای انواع مشکلات ثانوی دیگر می‌باشند. اهم این مشکلات عبارتند از: سطح پایین کارآمدی تحصیلی، سطح پایین حرمت خود، تضادورزی، رفتارهای ضد اجتماعی، طرد شدگی از سوی همسالان، اختلال‌های روابط خانوادگی، نارسایی‌های خاص شناختی و فراشناختی، نارسایی‌های خاص حسی-حرکتی و مشکلات خواب (۵). این اختلال توانایی‌های کودک در حفظ توجه و بازداری‌های متناسب با سن وی را در موقعیت‌های شناختی، رفتاری مختل می‌کند (۵). راهنمای تشخیصی آماری اختلال روانی آن را به عنوان الگوی پایدار عدم توجه و تکانشگری شرح می‌دهد و در واقع نوعی اختلال مزمن شدید در تحول روانی است و برای تشخیص آن حداقل ۶ مورد از ۹ معیار بی‌توجهی و

اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه (ADHD) یک اختلال شایع، مزمن و مختل‌کننده است که در دامنه‌ای از ۳٪-۷٪ کودکان سنین مدرسه م‌شاهده می‌شود (۱). از بین انواع اختلالات دوره‌ی کودکی، اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال عصبی-رفتاری است (۲) که در سال‌های اخیر، کانون توجه عمومی، علمی و بالینی بوده است (۳). کودکان مبتلا به این اختلال، علاوه بر سه نشانه اساسی بی‌توجهی، فزون کنشی و

۱. کارشناس ارشد روانشناسی-خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

(نویسنده مسوول) Email: solaymani64@yahoo.com

۳. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند(۹). تاب آوری یکی از مفاهیم و سازه های بهنجار مورد توجه و مطالعه روانشناسی مثبت نگر است و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار اطلاق می شود(۱۲) و فراترازجان سالم به در بردن از استرس و نامالایمات زندگی است(۱۳). همچنین تاب آوری را به معنای مهارت‌ها و خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می کنند که فرد را قادر میسازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود، هر چند برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاب آوری را میتوان یاد داد و تقویت نمود، در یک جمع بندی کلی تاب آوری عبارت است از: حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواریها و خلاص شدن از موانع درونی.

به دلیل فراوانی مشکلات رفتاری در ارتباط با کودکان مبتلا به ADHD، والدین دارای کودک ADHD، تنش والدگری بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. تنش در قالب خانوادگی بخصوص وقتی که مزمن باشد و در اوایل رشد وجود داشته باشد اثرات مضر روی سلامت والدین، کودکان و ارتباطات والد با کودک می گذارد(۱۴) چنان که پژوهش ها نشان می دهد شدت اختلال رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش را محسوب می شود که یکی از شایع ترین این اختلالات ADHD است و موجب کاهش بهزیستی روانشناختی والدین می شود. تحقیقات نشان می دهد که تنش والدگری با آشفتگی های رفتاری و شدت ADHD ارتباط دارد(۱۵). رفتار و ویژگی‌های شخصیتی والدین تحت تاثیر رویدادهایی است که در سالهای زندگی برای آنها اتفاق می افتد؛ از این رو برای درک فرایندهای روانی آنها یعنی ادارک، الگوهای تفکر، انگیزه ها، هیجانها تعارضها و شیوه های مقابله با آن بایستی بدانیم که این فرایندها از کجا سرچشمه می گیرد و چگونه با گذشت زمان تغییر می کند.

ریو(۲۰۰۵) نشان داد که تابآوری، باهیجانان مثبت، همبستگی مثبت و با هیجانان منفی همانند خشم و غمگینی، همبستگی منفی دارد(۵). همچنین پژوهش کار(۲۰۰۴) نشان داد که سطوح بالای تابآوری به فرد کمک می کند تا از عواطف و هیجانهای مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. در واقع به نظرمی رسد که و تاب آوری به عنوان یکی از متغیرهای روانشناسی مثبت‌نگر، ارتباط بالایی با بهزیستی روانشناختی داشته باشد(۱۶). ارک، سیمونز، استین، ویکلمن و هیچکاک(۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای تاب آوری بالا، در مواجهه با رویدادهای هیجانی با ماهیت خشی و نامعلوم، بیشتر تمایل به نشان دادن هیجانان مثبت داشتند. به اعتقاد آنها این امر ممکن است به علت توانایی این افراد برای کنار آمدن موفقیت آمیز به هنگام رو به رو شدن با موقعیتهای دشوار، بخصوص موقعیتهایی با ماهیت بینرفدی

یا بیش فعالی - تکانشگری بایستی در دو موقعیت جداگانه (مثلا خانه و مدرسه) مشاهده شود (۹) مشخصه رفتاری برای نوع بی توجهی و ۹ مشخصه رفتاری نوع بیش فعالی - تکانشگری فهرست شده است). این علائم بایستی ۶ ماه به طول انجامد و با سطح تحول کودک تطابق نداشته و پس از ۷ سالگی ظاهر شده باشد(۲). علل اختلالات بیش فعالی / کمبود توجه معلوم نیست. حوادث استرس آمیز، اختلال در تعادل خانوادگی، یا سایر عوامل اضطراب انگیز در شروع و دوام این اختلال سهیم هستند، همچنین در این اختلال تعاملات کودک - والد به طور وسیعی تحت تاثیر نشانگان کودک مبتلا به ADHD می باشد. ارتباط متقابل بین والدین و فرزندان نسبت به خانواده های دیگر بیشتر دچار اختلال می باشد. بسیاری از مادران از روشهای پرخاشگرانه برای کنترل این کودکان استفاده می کنند(۶). کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نقص توجه رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می دهند؛ کمتر تبعیت می کنند و والدین آنها بیشتر منفی گرا هستند و کمتر در فعالیتهای اجتماعی شرکت می کنند(۷). این روابط نامناسب و تنیدگی زا بین والد و کودک بیش فعال، در یک چرخه معیوب قرار می گیرد(۸). بنابراین، اشکال در روابط والد - کودک در خانواده های دارای فرزند ADHD از ویژگیهای این قبیل خانواده ها به شمار می رود و فرض بر این است که مشکلات مربوط به والدین، به ویژه مادر مانند اضطراب و بهزیستی روانشناختی، کودک را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می دهد(۹).

بهزیستی روانشناختی یکی از مفاهیم مثبت بهداشت بهزیستی روانی است که به معنای فقدان عواطف منفی و رضایتمندی از زندگی است(۱۰). بهزیستی روانشناختی مقوله وسیعی از پدیده هایی است که پاسخ های هیجانی افراد، قلمروی رضایت ها و ارزیابی های کلی از زندگی را شامل می شود(۱۱). بهزیستی روانی دارای چندین مولفه عاطفی و شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجانان مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع زندگیشان ارزیابی مثبتی دارند. در حالیکه افراد با بهزیستی روانی پایین، حوادث و وقایع زندگیشان را نامطلوب ارزیابی نموده و بیشتر هیجانان منفی، نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند(۱۰). بهزیستی روانی سازه ای چند بعدی دانسته شده است که به صورت ۱- عاطفه: احساسات مثبت ۲- شناخت: زندگی قابل درک و کنترل ۳- رفتار: علاقه به کار و فعالیت، ۴- خودپنداره: توانایی اثبات خویش ۵- روابط بین فردی: تعامل اجتماعی بروز می یابد(۸). یکی دیگر از راهبردهای مناسب و متغیری که برای ارتقای سلامت روان در افراد به شمار می آید، تاب آوری است. تاب آوری به این مسأله می پردازد که فرد علیرغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می

گیری هدفمند انتخاب شدند که دو گروه از نظر سن و تحصیلات همتا می باشد. تشخیص کودکان دارای اختلال ADHD، براساس ملاک های تشخیصی DSM-IV توسط روان پزشک کودک انجام گرفت.

در این پژوهش، جهت سنجش بهزیستی روانشناختی مادران از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (Ryff) استفاده شد. این آزمون، نوعی ابزار خودسنجی است که در سال ۱۹۸۹ توسط ریفر دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است و در سال ۲۰۰۲ مورد بازبینی قرار گرفته است. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف ۸۴ سوال دارد و ۶ عامل را در بر می گیرد. آزمودنی ها در مقیاس شش درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالفه سوالات پاسخ می دهند. دامنه ضریب ثبات درونی برای ابعاد مختلف مقیاس ریف بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۱). پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی مورد تایید قرار گرفته است. واحدی و غنی زاده (۱۳۸۸) مقدار پایایی این آزمون را به روش دونیمه کردن و آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و ۰/۷۱ گزارش کرده اند.

دیگر ابزار مورد استفاده پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS) به منظور بررسی میزان تاب آوری مادران دو گروه نمونه استفاده شد. مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون (۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب آوری در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. حداقل نمره تاب آوری شرکت کنندگان در این مقیاس صفر و حداکثر نمره آنها صد است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آنرا تایید کرده است (۲۲). این مقیاس در فرم فارسی در مطالعات قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است (بشارت، ۱۳۸۶) و در پژوهش حاضر پایایی مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته ها

در جدول شماره ۱ و ۲، ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه نمونه ارائه شده است.

باشد (۱۱). ولف (۲۰۰۱) در زمینه تأثیر مثبت تاب آوری بر سلامت روان بر ویژگی های اساسی افراد تاب آور که سلامت روان را ارتقایی بخشد، مانند توان اجتماعی، توانمندی در حل مسأله، خود گردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده ای روشن تأکید دارد (۱۷). در مطالعه بيفرا و همکاران مادران کودکان نقص توجه درخواست کننده تر بوده و کشمکش ها و نزاع های زیادی با فرزندان شان داشتند. این مادران با عاطفه منفی بیشتر و درخواست های منفی بیشتری به کودکان شان پاسخ می دادند (۱۸). والدین کودکان دارای اختلال ADHD غالباً در معرض تمسخر و انتقاد افراد فاقد آگاهی نیز می باشند که همین امر بیش از پیش سلامت روان آنان را در خطر قرار می دهد (۱۹).

موریسون (۱۹۷۱) به نقل از لهندو (۲۰۰۱) در بررسی میزان شیوع آسیب شناسی روانی در بین خویشاوندان کودکان بیش فعال گزارش می نماید که یک سوم والدین کودکان بیش فعال یک تشخیص روان پزشکی دریافت کرده بودند و بسیاری از والدین کودکان بیش فعال ملاک های تشخیصی لازم برای الکلیسم، انحراف اجتماعی و هیستریا داشتند. نشانگان هیستری در میان مادران شایع تر بود؛ در حالیکه شاخص های الکلیسم و رفتار ضد اجتماعی در پدرها شایع تر بوده است (۲۰). مطالعه بکوددیگران نشان می دهد، مادرانی که پسران آنها درجه بیشتری از فزون کنشی داشتند به طور مشخص تنش بیشتری را در مقایسه با مادران کودکانی که به طور مزمین یا درجه ی کمتری از فزون کنشی دارند، تجربه می کنند (بک^۱ و همکاران، ۱۹۹۰).

باتوجه به این موضوع که اختلال بیش فعالی امروزه یک امری جدی و قابل ملاحظه تلقی می گردد، پژوهشی در رابطه با ارتباط این اختلال با مبحث تاب آوری و بهزیستی روانشناختی انجام نشده است؛ لذا با توجه به آنچه در خصوص اهمیت سلامت روان خانواده ها و بویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ فزون کنشی گفته شد، هدف از مطالعه حاضر بررسی بهزیستی روانشناختی و تاب آوری مادران کودکان اختلال کمبود توجه/ فزون کنشی و مقایسه آن ها با مادران دارای کودکان بهنجار می باشد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام مادران دارای پسر ۵ تا ۱۲ ساله ساکن تهران در سال ۱۳۹۲ بود. برای انتخاب دو گروه نمونه این پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شده است. بدین صورت که از بین مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه مراجعه کننده به مراکز روان پزشکی و مشاوره ۵۰ نفر و از بین مادران دارای کودکان بهنجار ۵۰ نفر با روش نمونه

جدول (۱): ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه نمونه برحسب سن مادران

سن	فراوانی		درصد فراوانی	
	دارای کودکان ADHD	دارای کودکان بهنجار	دارای کودکان ADHD	دارای کودکان بهنجار
۲۰-۲۵	۲	۲	٪۴	٪۴
۲۶-۳۰	۴	۵	٪۸	٪۱۰
۳۱-۳۵	۱۳	۱۴	٪۲۶	٪۲۸
۳۶-۴۰	۲۵	۲۴	٪۵۰	٪۴۸
۴۱-۴۵	۷	۴	٪۱۴	٪۸
بالتر از ۴۵ سال	۱	۱	٪۲	٪۲
مجموع	۵۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰

همانگونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، بیشترین تعداد نمونه در هر دو گروه در گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال، با فراوانی ۵۰٪ در گروه مادران دارای کودکان ADHD و فراوانی ۴۸٪ در گروه مادران دارای کودکان بهنجار می باشند.

جدول (۲): ویژگی های جمعیت شناختی دو گروه نمونه برحسب سطح تحصیلات

سن	فراوانی		درصد فراوانی	
	دارای کودکان ADHD	دارای کودکان بهنجار	دارای کودکان ADHD	دارای کودکان بهنجار
پایین تر از دیپلم	۵	۵	٪۱۰	٪۱۰
دیپلم	۱۸	۲۱	٪۳۶	٪۴۲
فوق دیپلم	۷	۶	٪۱۴	٪۱۲
لیسانس	۱۵	۱۲	٪۳۰	٪۲۴
فوق لیسانس	۳	۳	٪۶	٪۶
دکتر	۲	۳	٪۴	٪۶
مجموع	۵۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰

گروه اول (مادران دارای کودکان ADHD) از گروه دوم (مادران دارای کودکان بهنجار) پایین تر است. به منظور مقایسه سطح بهزیستی روانشناختی و تاب آوری دو گروه مادران از آزمون تی هتلینگ استفاده شد. جدول شماره ۴ نتایج آزمون تی هتلینگ برای مقایسه دو صفت بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در دو گروه مادران کودکان بهنجار و مبتلا به اختلال کمبود توجه و فزون کنشی را نشان می دهد.

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، یافته های توصیفی پژوهش نشان می دهد که میانگین کلی متغیرهای بهزیستی، در گروه اول (مادران دارای کودکان ADHD) از گروه دوم (مادران دارای کودکان بهنجار) پایین تر است (جدول شماره ۳). همچنین بالاتر بودن انحراف معیار نمرات گروه دوم از گروه اول نشان دهنده بیشتر بودن پراکندگی نمرات این گروه در آزمون بهزیستی روانشناختی است. علاوه بر آن، میانگین تاب آوری در

جدول (۳): نتایج آزمون تی هتلینگ برای بررسی پارامترهای بهزیستی روانشناختی و تاب آوری

متغیر	گروه	B	t	خطای استاندارد	سطح معناداری
بهزیستی	مادران دارای کودکان ADHD	۰/۷۲	۹/۸۷	۲/۵۱	۰/۰۰۰
	مادران دارای کودکان بهنجار	۰/۴۱			
تاب آوری	مادران دارای کودکان ADHD	۱/۱۷	۹/۰۶	۲/۷۹	۰/۰۱۷
	مادران دارای کودکان بهنجار	۱/۱۱			

کودکان بهنجار در سطح ($p < 0.05$) تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در دو گروه مادران، میزان بهزیستی روانشناختی و

با توجه به یافته های جدول شماره ۴ مشاهده می شود که بین بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در دو گروه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ فزون کنشی و مادران

همچنین برای بررسی رابطه میان بهزیستی روانشناختی و تاب آوری از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج ماتریس همبستگی در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

تاب آوری در گروه مادران کودکان بهنجاری بیشتر از گروه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی می باشد.

جدول (۴): ماتریس همبستگی بین متغیرهای بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در دو گروه نمونه

مولفه	مادران دارای کودکان بهنجار		مادران دارای کودکان ADHD	
	تاب آوری	بهزیستی	تاب آوری	بهزیستی
	معنی داری	r	معنی داری	R
بهزیستی	۰/۰۰۱*	۰/۵۸	-	۰/۵۶
تاب آوری	-	-	۰/۰۰۱*	۰/۵۸

مبتهیجانان منفی و استفاده از راهبردهای انطباقی متناسب با موقعیت، شاخصهای سلامتی را تحت تأثیر قرار می دهد. تاکید و فردریکسون (۲۳) و کارلچسین (۲۳) در پژوهشهای جداگانه نشان دادند که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمکی می کند تا از عواطف و هیجانهای مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. از آنجا که افزایش تاب آوری می تواند موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی گردد (۲۳). مادرانی که سطح تاب آوری بالاتری دارند، در کیفیت زندگی و مؤلفه های آن هم میتوانند نمرات بهتری را به دست آورند؛ این افراد با مشکلات زندگی بهتر میتوانند کنار بیایند و در زیر بار مشکلات خم نشوند و انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند؛ این مادران در روابط خانوادگی احساس امنیت می کنند و از پیشرفت های کمی که فرزند کم توان ذهنی آنها دارد راضی هستند و کودکان سازگارتر شده و تلاش برای یادگیری و سازگاری با دنیای خارج نیز در فرزندان مادران دارای تاب آوری بالا بیشتر است و به دنبال آن کیفیت زندگی مطلوبتری را خواهند داشت (۲۴).

یافته های این پژوهش نشان داد که تاب آوری با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت دارد. این یافته، همسو با یافته های پژوهش بونانو، ماستن، کانرودیدوسون، لازار و سوباس و است که کاهش میزان تاب آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته اند (۲۵). تاب آوری، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس و مقابله موفق با تجربه های منفی می شود. براین اساس، تاب آوری از طریق تقویت عزت نفس به عنوان یک مکانیزم واسطه ای به انطباق پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی می شود و افرادی که از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند، توانایی سازگاری آنها با مشکلات، بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. از طرفی، هرچه فرد قدرت بیشتری در تاب آوری، مقابله با مشکلات و استرس های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگیهای روانی و هیجانی قرار می گیرد و از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری بهره مند می شود.

جدول فوق نشان می دهد که در هر دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران کودکان بهنجار، بین دو متغیر بهزیستی روانشناختی و تاب آوری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p=0/001$).

بحث و نتیجه گیری

ادبیات پژوهشی گسترده ای در رابطه با تاب آوری وجود دارد و همچنین در رابطه با کیفیت زندگی پژوهش های متنوعی صورت گرفته است. اما مطالعاتی در رابطه با تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی صورت نگرفته است. برقراری رابطه بین مطالب مذکور و انجام مداخلات آموزشی در این زمینه می تواند گامی در جهت غنی کردن ادبیات پژوهش موجود باشد.

نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین مقیاس های بهزیستی روانشناختی و تاب آوری مادران دارای کودکان اختلال کمبود توجه / فزون کنشی و مادران کودکان بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین بهزیستی روانشناختی و تاب آوری دو گروه مادران، میزان بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در گروه مادران کودکان بهنجاری بیشتر از

گروه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی می باشد. همچنین براساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت در هر دو گروه مادران دارای کودکان ADHD و مادران کودکان بهنجار، بین دو متغیر بهزیستی روانشناختی و تاب آوری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در توجیه این یافته می توان گفت که با ارتقای تاب آوری، مادران می توانند در برابر عوامل استرس زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان شناختی می شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه کنند. همچنین تاب آوری، با تعدیل عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی روانی افراد را تضمین می کند. از سویی دیگر ویژگیهای مثبت اشخاص تاب آور مثل مشارکت در رفتارهای ارتقای سلامتی، لذت بردن از چالش، تفسیر

آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می تواند نتایج تحقیق را تحت تاثیر قرار دهد. پیشنهاد می شود در زمینه درمان کودکان ADHD از دیدگاه سیستمی وبا رویکرد خانواده پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند که از کلیه خانواده ها، مسؤولان و کارکنان که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

References:

1. Angold A, Erkanli A, Egger HL, Costello EJ. Stimulant Treatment for Children: A Community Perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 975-984.
2. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. 4th ed. Washington D.C: American psychiatric association press. 2000; 312-25.
3. Greenhill LL, Hechtman LI. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (eds). *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams & Wilkins. 2009; 356-359
4. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD Results of a population screen of 966 adults? *Journal of Attention Disorders*. 2009; 9 (2), 384-391.
5. Shiels K, Hawk LW. Self-regulation in ADHD: The role of error processing. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30: 951-961.
6. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *M J Psychiatry*. 2008; 165(9): 1148-1154.
7. McBurnett K, Pfiffner L. Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions *Psychiatry*. New York: In forma Health Care. 2008.
8. Liffore KJ, Harold TG, Thapar A. Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36: 285-296.
9. Abidin RR. Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *J Clin Child Psychol*. 1990; 19: 298-301.
10. Feist G, Bonder TE, Jacobs JF, Miles M, Tan V. Integrating top down and bottom-up structural models of subjective well-being: a longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 68: 138-150.
11. Veenhoven R. Quality of life in individual society. *Social Indicators Research*. 1999; 48: 157-187.
12. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Journal of American Psychologist*. 2001; 56(3), 227-238.
13. Bonanno GA. Loss, Trauma and Human Resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *Journal of American Psychologist*. 2004; 59(1), 20-28.
14. Abidin RR. Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *J Clin Child Psychol*. 1990; 19: 298-301.
15. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, Dupaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnormal Child Psychol*. 1992; 20(5): 503-20.
16. Koltko-Rivera ME. The Psychology of Worldviews. *Review of General Psychology*. 2004; 8(1): 3.
17. Wolf W. Embarrassment in diagnostic process. *Mental Retarded*. 2001; 3: 29-31.

19. 18. Befera MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys: Mother – child interaction, parent Psychiatric status, and child Psychopathology. *J Child Psychol Psychiatr.* 1985; 26: 439- 452.
20. 19. Kaduson HG, Schaefer CE. Short– term play Therapy for children. New York: Guilford press. 2006.
21. 20. Lehner-Dua LL. The Effectiveness of Russell A. Barkley's Parent Training Program on Parents with School-aged Children who have ADHD on Their Perceived Severity of ADHD, Stress, and Sense of Competence: Hofstra University. 2001; 34:51-59
22. 21. Lindfors P, Berntsson L, Lundberg U. Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences.* 2006; 40(6): 1213-1222.
23. 22. Luthar SS, Cichiti D. The Construct of Resilience. Implications for Interventions and Social Policies. *Development and Psychology.* 2000; 12:857-885.
24. 23. Letzring TD, Block J, Funder DC. Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality.* 2005; 39:395-422.
25. 24. Beck SJ, Young GH, Tarnowski KG. Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyper actives and normal controls. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry.* 1990; 88: 150-6.
26. 25. Basu SR. Economic growth, well-being and governance under economic reforms: Evidence from Indian States. *International Economics.* 2004.
27. 26. Tully E, Iacono W, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *American Journal of Psychiatry.* 2008; 165(9):1148-54.