

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۸ زمستان ۱۳۹۶

## کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و عادی

شهرروز نعمتی<sup>۱</sup>

باقر غباری بناب<sup>۲</sup>

فرزانه معتمدی

شهرزاد بخشی‌زاده

محمدپارسا عزیزی

ابوالفضل رشیدی احمدآباد

سوگند قاسم‌زاده نساجی<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه کیفیت زندگی در بین مادران کودکان عادی و مادران دارای کودکان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی انجام شده است، در این راستا، ۵۱ مادر دارای کودکان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به‌صورت غیرتصادفی از کلینیک‌های توانبخشی و ۵۰ مادر دارای کودک عادی به صورت غربالگری دامنه سنی ۷-۱۴ ساله در شهر تهران انتخاب شدند و نسخه بومی شده پرسشنامه کیفیت زندگی در اختیار مادران هر دو گروه قرار گرفت. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که مادران دارای کودکان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در مقایسه با مادران عادی در همه ابعاد کیفیت زندگی شامل (سلامت روانی، ارتباط‌های اجتماعی، سلامت جسمانی و سلامت معنوی) نمرات پایین‌تری داشتند ( $F_{3,96}=9.03$ ,  $p<0.001$ ) در مقایسه با مادران عادی کیفیت زندگی در مادران دارای کودک اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی پایین است که نیازمند مداخلات روان‌شناختی برای ارتقای کیفیت زندگی هستند.

**واژگان کلیدی:** اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی؛ کیفیت زندگی، مادران

۱- استادیار دانشگاه تبریز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه علوم تربیتی (نویسنده مسئول)

Email:sh.nemati@tabrizu.ac.ir

۲- استاد دانشگاه تهران، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

۳- دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

## مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، در غالب فرهنگ‌ها، با میزان شیوع حداقل ۵ درصد در بین کودکان، یکی از اختلال‌های رشدی عصبی<sup>۱</sup> رایج فرایند تحولی است؛ این اختلال، با ویژگی‌های اصلی بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری که این علائم قبل از ۱۲ سالگی خود را نشان می‌دهند مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای فهم علت و ماهیت این شرایط هم از لحاظ متغیرهای محیطی و هم متغیرهای ژنتیکی انجام شده است (فاراتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ کونتزی و استیونسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰؛ سانوهارا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰)؛ در کنار شواهد زیستی در تبیین علت‌شناسی، عوامل خانوادگی و زمینه‌های محیطی نیز که به‌نوعی فرایند ابتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی را تسهیل کنند مورد توجه است؛ در این بین، بافت خانوادگی بیشتر مورد بررسی قرار گرفته است (بیدرمن، فاراتون و مونتاوکس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴).

شواهدی وجود دارد که اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی تعاملات و شرایط روان‌شناختی را، هم در افراد واجد این شرایط و هم خانواده‌های آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ در این راستا، شرایط پایدار و مزمن اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، افراد واجد این شرایط را، در زمینه‌های مختلف زندگی از جمله مسائل تحصیلی، هیجانی و اجتماعی با چالش جدی مواجه می‌کند (جانسون و ماش<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ کندال، لئو، پرین و هاتون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵). در کودکان پیش‌دبستانی در غالب موارد ویژگی‌های چون بی‌قراری حرکتی، تاخیرهای رشدی، رفتارهای مقابله‌ای و مهارت‌های ضعیف اجتماعی مشاهده می‌شود (الساندری<sup>۹</sup>، ۱۹۹۲؛ دوپائول، مک‌گوی، اکرت، وان براکل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱). در کودکان سنین مدرسه شکست‌های تحصیلی، عزت‌نفس پایین و طرد از سوی همسالان مشاهده می‌شود؛ در دوره نوجوانی افراد دارای ویژگی‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، ممکن است

1- neurodevelopmental disorders

3- Faraone

5- Sunohara

7- Johnston &amp; Mash

9- DuPaul, McGoey, Eckert &amp; VanBrakle

2- American Psychiatric Association

4- Kuntsi &amp; Stevenson

6- Biederman, Faraone &amp; Monuteaux

8- Kendall, Leo, Perrin &amp; Hatton

10- Alessandri

رفتارهای پرخاشگری و ضداجتماعی را از خود نشان دهند؛ همچنین آنها رفتارهای در معرض خطر داشته باشند (هارپین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). افزون بر این، در این گروه از کودکان اختلال‌های اضطرابی نیز ممکن است مشاهده شود؛ اگرچه این شرایط بیشتر بواسطه تنظیم هیجانی ضعیف در کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی است تا وجود شرایط ترس و وحشت‌زدگی در بین آنان (بارکلی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

در ارتباط با تأثیر این اختلال بر کانون خانواده، شواهد پژوهشی از تأثیر این اختلال به‌صورت منفی بر تعاملات خانواده دارد؛ والدین این گروه از کودکان، درصد بالایی از تنیدگی را به‌واسطه عدم فرمانبری کودکان و رفتارهای نامناسب آنها تجربه می‌کنند؛ مواجه شدن والدین با شرایط چالش‌برانگیز و مدیریت رفتارهای این گروه از کودکان آنها را در معرض از دست دادن سلامت روانی می‌کند (موسسه سلامت روانی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ مک برنت و پفینر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

در آموزش ویژه، همکاری والدین در آموزش و مدیریت والدین از اهمیت خاصی برخوردار است؛ در این راستا، نوع کیفیت زندگی<sup>۵</sup> با وجود اختلال‌های فرایند تحولی در بین والدین مسئله‌ای است که بیش از هر زمان دیگری در حال حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرد (لندگراف، ریچ و راپاپورت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲).

مفهوم کیفیت زندگی در اواخر قرن بیستم از سوی روان‌سنج‌ها، پژوهشگران و متولیان سلامت برای اندازه‌گیری مناسب نتیجه مداخلات روان‌شناختی از قلمرو مطالعات فلسفی وارد حوزه پزشکی و روان‌شناسی شد (آرنولد<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱). این مفهوم، به عنوان «ادراک افراد از موقعیت خویش در زندگی، در زمینه فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ملاک‌ها و نگرانی‌ها تعریف شده است» (کاناوارو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). خیلی از پژوهش‌گران کیفیت زندگی را مفهومی

1- Harpin

3- National Institute of Mental Health

5- quality of life

7- Arnold

2- Barkely

4- McBurnett &amp; Piffner

6- Landgraf, Rich &amp; Rappaport

8- Canavarro

چندبعدی می‌دانند که شامل حوزه‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی است؛ این ماهیت چند بعدی بودن باعث شده است که در ارزیابی آن ابعاد مختلفی در نظر گرفته شود (بای نمونه، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). علی‌رغم دیدگاه‌های مختلف، در کل، کیفیت زندگی، ادراک ذهنی شخصی به‌لحاظ ویژگی‌های سلامتی، جسمانی، روان‌شناختی و عملکردهای اجتماعی است (فلس و پری، ۱۹۹۵).

شواهدی وجود دارد که کیفیت زندگی در افراد واجد شرایط اختلا نقص توجه و بیش‌فعالی، تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد؛ طوری که همبودی<sup>۲</sup> شرایط کیفیت زندگی را در این گروه وخیم‌تر می‌کند (نیوکرن، اسپنسر، بیدرمن، میلتن و مایکلسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵)؛ در این راستا؛ پیشرفت تحصیلی پایین، طرد شدن از سوی همسالان، نافرمانی، مهارت‌های اجتماعی ضعیف در کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی؛ به‌همراه اختلال‌های روان‌پزشکی در والدین از جمله افسردگی اساسی، شرایط کیفیت زندگی را در بافت این گروه از خانواده‌ها بیشتر تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد (پلهام و لانگ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹؛ پودولسکی و نیگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ لندگراف، ریچ و راپاپورت، ۲۰۰۲؛ باستیانسن، کوت، فردیناند، ورهالست<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ کانتز، نیگ، استاویسکی، راپلی، وان آی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵؛ غنی‌زاده، محمدی، معینی، ۲۰۰۸).

در مقایسه شرایط کیفیت زندگی با دیگر اختلال‌های تحولی؛ به‌نظر می‌رسد اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اثرات منفی بیشتری بر کیفیت زندگی والدین دارد؛ در پژوهشی، میزان کیفیت زندگی والدین، کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در مقایسه با والدین، کودکان دارای مشکلات تنفسی و عادی پایین بود؛ والدین این گروه از کودکان زمان بیشتری را برای مدیریت رفتاری کودکان خود در طول فعالیت‌های روزانه اختصاص می‌دهند و استرس زیادی را متحمل می‌شوند (اسکوبار<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ یوتائو یانگ، ارنست، لاک، کلی و لای<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹).

1- Felce &amp; Perry

3- Newcorn, Spencer, Biederman, Milton &amp; Michelson

5- Podolski &amp; Nigg

7- Counts, Nigg, Stawicki, Rappley &amp; Von

9- Yu-Tao Xiang, Ernest, Luk, Kelly &amp; Lai

2- comorbidity

4- Pelham &amp; Lang

6- Bastiaansen, Koot, Ferdinand &amp; Verhulst

8- Escobar

در بعد اهمیت و ضرورت پژوهش در ارتباط با کیفیت زندگی در بین افراد از جمله والدین دارای کودکان با آسیب‌های رشدی، شواهد پژوهشی حاکی از آن است که منابع زیادی از جمله عوامل فرهنگی، روان‌شناختی، ویژگی‌های درونی، فلسفی و وضعیت سلامتی، کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ در این راستا، در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی به‌واسطه تنوع فرهنگی در سطح جهانی و بررسی عواملی از قبیل قومیت، باورهای مذهبی، جهت‌گیری‌های جنسیتی، سطوح اجتماعی- اقتصادی، حمایت‌های اجتماعی، گروه‌های سنی همسالان، زمینه آموزشی و ناتوانی جسمی- ذهنی در تبیین کیفیت زندگی ضروری است (موسسه ملی سلامت، ۲۰۱۰)

در ادبیات پژوهشی، کیفیت زندگی، سازه‌ای چندبعدی است که عوامل ذهنی به همراه مولفه‌های فرهنگی از جمله باورها و نگرش‌های افراد در ادراک آن تأثیر دارد؛ افزون بر این، شیوه برخورد خانواده‌ها و نوع شیوه تربیتی آنان و حمایت‌هایی که جامعه از خانواده‌های با کودکان با نیازهای خاص انجام می‌دهد ممکن است میزان تاب‌آوری والدین نسبت به چالش‌های فرایندهای تحولی و نیز کیفیت زندگی را در بین این گروه از والدین تحت تأثیر قرار دهد (علیزاده، ۱۳۹۳)؛ از سوی دیگر به‌دلیل فقدان خدمات و حمایت‌های انسجام یافته از سوی نظام‌های آموزشی و درمانی در ایران، نوع و کیفیت حمایت‌های دریافتی با توجه به وضعیت اجتماعی و اقتصادی در بین والدین کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی متفاوت است، به‌علاوه، ممکن است نوع متفاوتی از ادراک از شرایط اختلال و یا باورها و عقاید خاصی در بین این گروه از خانواده‌ها در مواجهه با شرایط چالش‌برانگیز باشد، که کیفیت زندگی را در مقایسه با والدین عادی تحت تأثیر قرار دهد؛ مجموعه این شرایط انجام پژوهش حاضر را توجیه می‌کند.

## روش

### جامعه و نمونه آماری، روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) است و جامعه پژوهش حاضر را کلیه مادران دارای کودکان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و عادی شهر تهران

تشکیل می‌دادند، که ۵۱ نفر از مادران کودکان ۷-۱۴ ساله دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس، از کلینیک‌های توانبخشی و ۵۰ نفر از مادران کودکان عادی به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه انطباق یافته بر روی والدین اجرا شد.

### ابزار اندازه‌گیری

ابزار پژوهش حاضر، پرسشنامه اصلاح و انطباق یافته سازمان بهداشت جهانی به همراه سؤالاتی در زمینه معنویت مرتبط با کیفیت زندگی است، که برای جامعیت و تضمین انطباق آن با فرهنگ ایران مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته از والدین به‌عمل آمد و روایی و پایایی آن محاسبه شد. ضریب اعتبار پرسشنامه نهایی شده و ابعاد آن با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد، این ضرایب اعتبار به تفکیک برای کل آزمون و هریک از ابعادهای آن به تفکیک در جدول (۱) آورده شده است، میزان به‌دست آمده نشان می‌دهد که مقیاس از همسانی درونی بالایی برخوردار است

جدول (۱) ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل و خرده‌مقیاس‌های مقیاس کیفیت زندگی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول (۱) ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل و خرده‌مقیاس‌های مقیاس کیفیت زندگی

کل	سلامت روانی	روابط اجتماعی و محیط زندگی	سلامت جسمی	سلامت معنوی
۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۸۸	۰/۷۶	۰/۷۷

ضرایب فوق نشان از قابلیت اعتماد (Reliability) بالای کل و خرده‌مقیاس‌های آزمون کیفیت زندگی دارد.

### یافته‌ها

پس از توصیف داده‌ها برای آزمون معناداری تفاوت مادران کودکان عادی و مادران

کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در ابعاد کیفیت زندگی از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در مقایسه با مادران کودکان عادی، در هر چهار بعد کیفیت زندگی (سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت جسمی و سلامت معنوی) وضعیت پایین‌تری داشتند ( $F_{(۹۶,۴)}=۹/۰۳, p<۰/۰۰۱$ ).

الف: میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان ( $n=۱۰۱$ ) در پژوهش به‌ترتیب ۳۸/۶۴ و ۵/۳۱ سال است.

ج: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول (۲)

گروه				
ADHD		عادی		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۹/۹۳	۳۸/۰۲	۶/۹۱	۴۲/۹۰	سلامت روانی
۶/۷۸	۳۰/۹۸	۶/۳۹	۳۵/۴۴	روابط اجتماعی
۴/۳۲	۲۲/۳۱	۴/۲۸	۲۵/۹۸	سلامت جسمی
۳/۴۷	۲۲/۷۰	۴/۴۷	۲۷/۱۸	سلامت معنوی

با توجه به جدول، بین میانگین متغیرهای کیفیت زندگی تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود. به‌طور کلی در گروه مادران دارای کودکان نقص توجه و بیش‌فعالی میانگین همه متغیرها پایین‌تر است. در ادامه، برای بررسی معنی‌داری تفاوت‌های خرده‌مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره هوتلینگ استفاده شد، مقدار شاخص هوتلینگ ( $۰/۳۷۶$ ) در سطح  $۰/۰۰۱$  معنادار بود ( $F_{(۹۶,۴)}=۹/۰۳, p<۰/۰۰۱$ ). براین اساس می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت دو گروه در حداقل یکی از چهار متغیر مورد بررسی معنادار است. جهت پیگیری این معناداری خلاصه آزمون‌های تک‌متغیره در جدول (۴) آمده است.

جدول (۴)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	F(۱,۹۹)	میانگین مجذورات	سطح معناداری
گروه	سلامت روانی	۸/۱۶	۶۰۰/۲۳	۰/۰۰۵
	روابط اجتماعی	۱۱/۵۳	۵۰۲/۱۲	۰/۰۰۱
	سلامت جسمی	۱۸/۳۰	۳۳۹/۳۶	۰/۰۰۰
	سلامت معنوی	۳۱/۶۶	۵۰۶/۳۲	۰/۰۰۰

جدول فوق نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در همه متغیرهای سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت جسمی و سلامت معنوی معنادار است و کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان نقص توجه و بیش‌فعالی نسبت به مادران دارای فرزند عادی به‌طور معناداری پایین است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان کیفیت زندگی در بین دو گروه از مادران کودکان عادی و مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بود. در این راستا، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و مقدار شاخص هوتلینگ نشان داد که کیفیت زندگی در بین مادران دارای کودکان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین است و در هر چهار بعد سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت جسمی و سلامت معنوی شرایط بهتری را تجربه نمی‌کنند.

شواهد پژوهشی از یافته‌های پژوهش حاضر حمایت می‌کنند، دامنه زیادی از آسیب‌ها در عملکرد این گروه از کودکان، عملکرد خانواده‌ها را به‌صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد و کیفیت زندگی والدین را پایین می‌آورد (بلانکرده، گورکا و بلکمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶، دانکرترز و همکاران، ۲۰۱۰). اگرچه، کیفیت زندگی، ادراک ذهنی افراد از موقعیت خویش در زندگی است و این ادراک ذهنی بر وضعیت سلامت جسمانی، روانی و عملکرد زندگی تأثیر می‌گذارد، با این وجود، در دیدگاه سیستم‌های بافت اجتماعی، استرس ناشی از یک

1- Blanckered, Gurka & Blackman



عامل مثل تولد کودکی با نیازهای ویژه و کودکان دارای نقص توجه و بیش‌فعالی با توجه به ماهیت چالش‌برانگیزی که دارند کل سیستم و بافت خانواده را تحت تأثیر قرار داده و کیفیت زندگی را پایین می‌آورند (ویت و دلیتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹)، در آموزش ویژه، اثرات تعاملی اختلال در بافت خانوادگی همواره مورد توجه است، بررسی تعامل والدین با کودکان دارای نارسایی‌هایی عصبی - تحولی پیشینه‌ای بیش از نیم قرن دارد، پژوهش‌های اولیه که در دهه ۱۹۵۰ آغاز شد بر تأثیرپذیری کودکان از رفتار والدین و در دهه ۱۹۶۰ تأثیرپذیری والدین از رفتارهای کودک سپس در دهه ۱۹۷۰ اثرگذاری وجود کودک دارای نارسایی‌های تحولی-عصبی بر برادران و خواهران عادی متمرکز بود؛ در این اواخر اثرهای تعاملی بیشتر مورد توجه است (بلاچر و هاتون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که شرایط مزمن و پایدار اختلال‌های نارسایی تحولی با توجه به هزینه‌ها و زمان‌های زیادی که والدین صرف مدیریت رفتارهای این گروه از کودکان می‌کنند تنش زیادی را در بافت خانواده به وجود می‌آورند که این شرایط وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی این گروه از خانواده‌ها را در مقایسه با افراد عادی بیشتر در معرض خطر قرار می‌دهد (هالاهان، کافمن و پولین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

ماهیت و شرایط مزمن اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی یکی از دلایل مهمی است که اثرگذاری منفی آن در حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و تحصیلی مورد توجه است که این شرایط نیز به نوعی می‌تواند کیفیت زندگی در بین والدین آن‌ها را با چالش‌هایی مواجه سازد، نارسایی در بازداری رفتاری<sup>۴</sup> این گروه از کودکان به اندازه‌ای شدید است که با عملکرد و فعالیت‌های روزمره اجتماعی و آموزشی تداخل پیدا می‌کند، اداره کردن آن‌ها در مدرسه برای معلمان به‌طور معمول دشوار است و مدیریت رفتار این گروه از کودکان با چالش‌های خاصی مواجه است، افزون بر این، رفتارهای پرخاشگرانه در آن‌ها باعث طرد از سوی همسالان می‌شود، در حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از مراجعان به مراکز مشاوره و درمانی را این گروه از کودکان تشکیل می‌دهند (علیزاده، ۱۳۹۲). افزون بر این، وجود مشکلاتی مثل

1- Witt &amp; Deleire

2- Blacher &amp; Hatton

3- Hallahan, Kauffman &amp; Pullen

4- behavioral inhibition

پایین بودن مهارت‌های اجتماعی که برای فرایندهای سازگاری با محیط اجتماعی امری مهم است تعاملات این گروه از کودکان با همسالان و حتی بزرگسالان را با مشکل مواجه می‌سازد، وجود این شرایط، یادگیری خیلی از مهارت‌ها و تقاضای اجتماعی که از طریق همسالان و در فرایند رشد اتفاق می‌افتد با مشکل مواجه می‌سازد و آنها را در معرض خطر برای زندگی بزرگسالی قرار می‌دهد، وجود این شرایط تنش‌هایی را برای والدین ایجاد می‌کند که به‌نوعی کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هارپین، ۲۰۰۵).

واقعیت‌های پژوهشی حاکی از آن است که ماهیت چالش‌برانگیز اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی شرایطی دارد که برای مدیریت بهتر آن نیازمند توجه و مداخله چندبعدی است، وجود این برنامه‌ها، هزینه‌های مادی و روانی دارد که والدین این گروه از کودکان را در مقایسه با والدین کودکان عادی بیشتر در معرض فرسودگی روانی قرار می‌دهد (پلهام و همکاران، ۱۹۹۸)، در کل، می‌توان بیان داشت که علی‌رغم حمایت‌های مختلف و ارایه مداخله‌های پزشکی و روان‌شناختی شرایط چالش‌برانگیز اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی اثرات منفی خود را بر بافت و ارتباط‌های سیستم درون خانوادگی انتقال داده و سلامت روانی و کیفیت زندگی والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این شرایط نیازمند مداخله‌های مستقیم و پیگیری‌های مداوم می‌باشد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۱۰

## منابع

- علیزاده، حمید (۱۳۹۲). تاب‌آوری روان‌شناختی، بهزیستی روانی و اختلال‌های رفتاری، تهران: نشر، ارسباران.
- Alessandri, S.M. (1992). Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(3), 289–302.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.—Text Revision). Washington, DC: Author
- Arnold, S.B. (1991). Measurement of quality of life in the frail elderly. In J. E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe, & D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (Vols. 50–73). San Diego, CA: Academic Press.
- Barkley, R.A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of clinical psychiatry*, 63, 10–15.
- Bastiaansen, D., Koot, H.M., Ferdinand, R.F., & Verhulst, F.C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(2), 221–230.
- Biederman, J., Faraone, S.V., & Monuteaux, M.C. (2014). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD, *American Journal of Psychiatry*, Retrieved from
- Birren, J.E., Lubben, J.E., Rowe, J.C.E., & Deutchman, D.E. (1991). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, *Based on a conference held Feb. 16-18, 1990 as a joint project of UCLA's Multicampus Division of Geriatric Medicine and Gerontology and the Jewish Homes for the Aging of Greater Los Angeles*.
- Blacher, J., & Hatton, C. (2001). Current perspectives on family research in mental retardation, *Current Opinion in Psychiatry*, 14(5), 477–482.
- Blanchard, L.T., Gurka, M.J., & Blackman, J.A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, 117(6), e1202-e1212.

- Canavarro, M.C., Serra, A.V., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., et al. (2009). Development and psychometric properties of the world health organization quality of life assessment instrument (WHOQOL-100) in Portugal, *International journal of behavioral medicine*, 16(2), 116-124.
- Counts, C.A., Nigg, J.T., Stawicki, J.A., Rappley, M.D., & Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 690-698.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J.S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., et al. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review, *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 83-105
- DuPaul, G.J., McGoey, K.E., Eckert, T.L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508-515.
- Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., & Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children, *Pediatrics*, 116(3), e364-e369.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M.P., Weaver, A., Spencer, T.J., Wilens, T.E., Frazier, J., Cleves, M., & Sakai, J. (1999). Dopamine D-sub-4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder, *American Journal of Psychiatry*, 156, 768-770.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement, *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M.R., & Moini, R. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 149-155.
- Group, M.C., others. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder, *Pediatrics*, 113(4), 754-761.

- 
- Hallahan, D.P., Kauffman, J.M., & Pullen, P.C. (2014). Exceptional learners, Pearson/Allyn and Bacon, Retrieved from:
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life, *Archives of disease in childhood*, 90(suppl 1), i2-i7.
- <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.159.9.1556>.
- <http://www.lavoisier.fr/livre/notice.asp?ouvrage=2565274>.
- Johnston, C., & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Kendall, J., Leo, M.C., Perrin, N., & Hatton, D. (2005). Modeling ADHD child and family relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27(4), 500-518.
- Kuntsi, J. & Stevenson, J. (2000). Hyperactivity in children: A focus on genetic research and psychological theories, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 1-24.
- Landgraf, J.M., Rich, M., & Rappaport, L. (2002). Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(4), 384.
- Landgraf, J. M., Rich, M., & Rappaport, L. (2002). Measuring quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families: development and evaluation of a new tool, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(4), 384-391.
- Leidy, N. K., Revicki, D. A., & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health*, 2(2), 113-127.
- McBurnett, K., & Pfiffner, L. (2007). *Attention deficit hyperactivity disorder: concepts, controversies, new directions* (Vol. 37). Informa Healthcare.
- Newcorn, J.H., Spencer, T.J., Biederman, J., Milton, D.R., & Michelson, D. (2005). Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 240-248.
-

- Pelham Jr, W.E., & Lang, A.R. (1999). Can Your Children Drive You To Drink? *Alcohol Research and Health*, 23(4), 292–298.
- Pelham, W.E., Lang, A.R., Atkeson, B., Murphy, D.A., Gnagy, E.M., Greiner, A.R.,... Greenslade, K.E. (1998). Effects of Deviant Child Behavior on Parental Alcohol Consumption: Stress-Induced Drinking in Parents of ADHD Children, *The American Journal on Addictions*, 7(2), 103-114.
- Podolski, C.L., & Nigg, J.T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems, *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 503–513.
- Sunohara, G.A., Roberts, W., Malone, M., Schachar, R.J., Tannock, R., Basile, V.S., Wigal, T., Wigal, S.B., Schuck, S., Moriarty, J., Swanson, J. M., Kennedy, J.L., & Barr, C.L. (2000). Linkage of the dopamine D4 receptor gene and attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1537-154.
- United States Department of Health and Human Services (2010). National Institutes of Health definition of Quality of Life Retrieved from: <http://www.nih.gov/>.
- Van den Brink, R.H.S., Witt, H.P., Kempen, G.I.J.M. & Van Heuvelen, M.J.G. (1996). Attitude and help-seeking for hearing impairment, *British Journal of Audiology*, 30, 313–324.
- WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Int J Ment Health* 1994a, 23(3): 24–56.
- Witt, W.P., & DeLeire, T. (2009). A family perspective on population health: The case of child health and the family, *WMJ: Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 108(5): 240.
- Yu-Tao Xiang, Ernest S.L. Luk, Kelly Y.C. Lai (2009). Quality of life in parents of children with attention-deficit\_hyperactivity disorder in Hong Kong Australian and New Zealand, *Journal of Psychiatry*, 43: 731-738.