

## مقایسه بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی با مادران کودکان عادی

علی شیخ‌الاسلامی<sup>۱</sup>، سارا تقی‌زاده‌هیر<sup>۲</sup>، پژمان هنرمند قوجه‌بگلو<sup>۳</sup>، علیرضا مرادیان<sup>۴</sup>

## Comparing the emotional well-being, marital intimacy and quality of life of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder and mothers of normal children

Ali Sheykhholeslami<sup>1</sup>, Sara Taghizadeh Hir<sup>2</sup>, Pezhman Honarmand Ghojabeyglou<sup>3</sup>, Alireza Moradiyan<sup>4</sup>

### چکیده

زمینه: پژوهش‌هایی در زمینه کیفیت زندگی، سلامت روانی و اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی انجام شده است. اما مسأله اصلی این است، پژوهشی که به مقایسه بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی با مادران کودکان عادی پی‌رزد، مغفول واقع شده است. **هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی با مادران کودکان عادی انجام شد. **روش:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی و مادران کودکان عادی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۲۰ مادر (۶۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی و ۶۰ نفر از مادران دارای کودک عادی) به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تجدیدنظر شده درجه‌بندی کانرز والدین - فرم کوتاه (کانرز، ۱۹۹۹)، مصاحبه بالینی، مؤلفه بهزیستی هیجانی پرسشنامه بهزیستی ذهنی کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳)، پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (۱۹۹۸) جمع‌آوری گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میزان بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی به طور معنی‌داری کمتر از مادران کودکان عادی بود ( $P < 0/01$ ). **نتیجه‌گیری:** مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون کنشی از بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی کمتری نسبت به مادران کودکان عادی برخوردار هستند. **واژه کلیدی‌ها:** بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی، کیفیت زندگی، اختلال کمبود توجه / فزون کنشی

**Background:** Studies on quality of life, mental health and anxiety and depression in parents of children with attention deficit / hyperactivity disorder have been conducted. But the main issue is that research comparing emotional well-being, marital intimacy, and quality of life of mothers of children with ADHD with mothers of normal children has been neglected. **Aims:** The aim of this study was to compare the emotional well-being, marital intimacy and quality of life of mothers of children with ADHD with mothers of normal children. **Method:** This study was a descriptive causal-comparative study. The statistical population of the study consisted of all mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder and mothers of normal children in Ardebil in 2015-2016. Mothers with children with attention deficit / hyperactivity disorder and 60 mothers with normal children were selected as the sample. Data were analyzed using the revised Conner Parent-Short Form Rating Scale (Conners, 1999), Clinical Interview, Emotional Well-being Components' of Keyes and Magyaromo Subjective Well-being Questionnaire (2003), Bougarose's Marital Intimacy Questionnaire (2001), and the Organization Quality of Life Questionnaire. Global Health-Short Form (1998) was collected. Multivariate analysis of variance was used to analyze the data. **Results:** The results showed that emotional well-being, marital intimacy and quality of life of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder were significantly lower than normal mothers ( $P < 0/01$ ). **Conclusions:** Mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder have lower levels of emotional well-being, marital intimacy, and quality of life than mothers of normal children. **Key Words:** Emotional well-being, marital intimacy, quality of life, attention deficit / hyperactivity disorder

Corresponding Author: a\_sheikhholeslami@yahoo.com

<sup>۱</sup> دانشیار، روانشناسی تربیتی، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> Associate Professor, Educational Psychology, Department of Counseling, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۲</sup> Ph.D Student in General Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۳</sup> M.A. in Rehabilitation Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۴</sup> M.A. in Clinical Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

## مقدمه

اختلالات رفتاری، به الگوهای رفتاری گفته می‌شود که به رابطه سالم بین کودک و محیط و فرصت‌های یادگیری خدشه وارد می‌کند (رنج‌دوست و یزدانی، ۱۳۹۴). به بیان دیگر، کودکان در مقابل تنش‌های زندگی یا تعارضاتی که برایشان رخ می‌دهد، واکنش‌های نسبتاً تند و سریع از خود بروز می‌دهند (ترکش‌دوز و فرخ‌زاد، ۱۳۹۶). برخی از پژوهشگران اختلال‌های رفتاری را به دو دسته کلی تقسیم کرده‌اند: اختلال‌های رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود (ستاری، حسینی، رصافیانی، محمودی قرایی، بیگلریان و همکاران، ۱۳۹۶). مشکلات درون‌نمود مانند افسردگی و اضطراب، بیشتر معطوف به درون کودک بوده و مشکلات برون‌نمود مانند فزون‌کنشی، اختلال سلوک و اختلال لجبازی، نافرمانی که معطوف به محیط پیرامون است (خانجانی، ۱۳۹۱). از جمله شایع‌ترین اختلالات رفتاری، اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی می‌باشد که در سال ۲۰۰۷ شیوع آن را در کودکان دبستان ۵ درصد و در بزرگسالی در حدود ۲/۵ درصد تخمین زدند (کورتز و لسندروکس، ۲۰۱۷). نشانه‌های اصلی اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی، بر اساس پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا (DSM-5-APA, 2013)، وجود ۶ نشانه مرتبط با تکانشگری، کمبود توجه یا فزون‌کنشی که باید قبل از سن ۱۲ سالگی شروع شود و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان، مدرسه، خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روانشناختی دیده شود. در ایران شیوع این اختلال در کودکان دبستانی، ۱۲/۵ درصد گزارش شده است (پرورش، ضیاء‌الدینی، عرفانی و شکوهی، ۱۳۹۳).

کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی‌قراری و کم‌توجهی تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می‌گذارد. از آنجا که مشکلات رفتاری این کودکان زیاد است، والدین آنها تنیدگی بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند، تنیدگی در زمینه خانوادگی، به ویژه زمانی که تنیدگی مزمن و پایدار در رشد فرد باشد، اثرات قابل توجهی بر بهزیستی والدین، کودکان و رابطه‌ی والد - کودک دارد (بختیاری، ۱۳۸۸) که می‌تواند به کاهش سلامت‌روانی و بهزیستی والدین منجر شود (هستینگ، کوشوف، وارد، اسپینوزا و براون، ۲۰۰۵). در واقع وجود کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی در خانواده، با توجه به

نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس و افسردگی است و بر سلامت روانی آنها نیز تأثیر می‌گذارد، در حقیقت وجود کودک فزون‌کنش، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین به‌خصوص مادران را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر آنها دارد (بحرینیان، حاجی‌علیزاده، ابراهیمی و هاشمی گرجی، ۱۳۹۱). این فشارهای روانی می‌تواند ناشی از نگرانی از آینده کودک، چگونگی کنار آمدن کودک با مشکلات آینده، مشکلات رفتاری، هزینه‌های سنگین اقتصادی، نگرش منفی جامعه، تعارضات مربوط به بچه‌دار شدن مجدد و غیره باشد. مجموعه این عوامل باهم، فشار روانی مضاعفی را بر والدین علی‌الخصوص مادران وارد می‌کند که زندگی شخصی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (راینسون، راینسون، اومن و کامیون، ۱۹۷۶؛ ترجمه ماهر، ۱۳۸۵). مادران دارای فرزند با ناتوانی شدید ممکن است کیفیت زندگی خود را بسیار متفاوت از خانواده‌های عادی ارزیابی کنند (پایوت، کیت و بارینگتون، ۲۰۱۱). تعریف یکپارچه از کیفیت زندگی شامل: سلامت جسمی فرد، وضعیت روانشناختی، روابط اجتماعی، رفاه مالی، اعتقادات مذهبی و فرهنگی و تعاملات ویژه با محیط است (دارداس و احمد، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی و مفهومی پویا و چندبعدی است که جنبه‌های فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی زندگی را در بر می‌گیرد (شیخ‌الاسلامی و رمضان، ۱۳۹۸). در پژوهش کاسن، سایبراس، یوکامان و افرون (۲۰۱۲) والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی کیفیت زندگی پایینی در ابعاد هیجانی، فعالیت‌های خانوادگی، صمیمیت خانوادگی و همچنین اضطراب و افسردگی بالایی را گزارش کردند. نتایج پژوهش لی و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی کیفیت زندگی و سلامت روانی کمتری نسبت به والدین کودکان عادی گزارش کرده‌اند. نتایج مطالعات اندراد و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که مراقبان کودکان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به طور معنی‌داری نمرات کمتری در روابط اجتماعی و محیطی ابعاد کیفیت زندگی داشتند و همچنین همبستگی منفی بین نمرات کیفیت زندگی مراقبان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی و شدت نشانگان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی وجود دارد. کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که می‌تواند توسط هر روش عینی یا ذهنی اندازه‌گیری

صدرالسادات و محمدی و صدرالسادات، ۱۳۸۱). یافته‌های محوری، شهریور و تهرانی دوست (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند. در این افراد تعارضات زناشویی افزایش یافته و سطوح افسردگی در مادران بالا است که در نهایت می‌تواند منجر به تعارض در بین زوجین شود. با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از خانواده‌های ایرانی از اثرات منفی داشتن کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی و همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد، فشار روانی اجتماعی و مالی ناشی از داشتن کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی رنج می‌برند و این عوامل باعث تأثیرات منفی در زندگی والدین و علی‌الخصوص مادران، روابط اعضای خانواده و برهم‌ریختگی سازمان خانواده می‌شود، لذا ضروری است در زمینه تأثیر وجود فرزند مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی بعنوان یک تنیدگی مزمن بر مادران ارزیابی صورت گیرد. بنابراین، پرداختن به بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران این کودکان حائز اهمیت است. با توجه به مواردی که ذکر شد هدف پژوهش حاضر پاسخ-گویی به این سؤال می‌باشد که آیا بین بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی با مادران کودکان عادی تفاوتی وجود دارد؟

### روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. این پژوهش شامل دو جامعه آماری مادران کودکان عادی و مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی ناحیه‌ی ۲ شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود که براساس ملاک‌های DSM-5 و مقیاس تجدیدنظر شده درجه‌بندی کانرز والدین - فرم کوتاه، به عنوان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی تشخیص داده شده بودند. در انتخاب آزمودنی‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، با مراجعه به مدارس ناحیه‌ی ۲ شهر اردبیل، ابتدا معلمان، دانش‌آموزان مشکوک به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی را بر اساس پیشینه رفتاری آنها شناسایی کردند. سپس مقیاس تجدیدنظر شده درجه‌بندی کانرز والدین - فرم کوتاه، توسط مادران این دانش‌آموزان تکمیل شد و دانش‌آموزان دارای نمره بالا (نقطه برش ۶۵) در این آزمون مورد مصاحبه بالینی باساختار قرار گرفتند و متناسب با نشانگان ثبت شده، عمل غربالگری تکمیل شد و

شود؛ اندازه‌گیری عینی شامل: شرایط زندگی، تعداد دوستان و شدت معلولیت، در حالی که ابعاد ذهنی که به عنوان بهزیستی هیجانی اشاره شده است که شامل میزان شادی یا رضایت ادراک شده است.

مطالعات متعددی اثرات حضور کودک مبتلا به اختلال‌های رفتاری در خانواده و کاهش بهزیستی هیجانی مادران را نشان می‌دهد. بهزیستی هیجانی به ارزیابی و درک شخصی افراد از کیفیت زندگی‌شان (شامل کیفیت کنش‌های اجتماعی، روانشناختی و عاطفی) اطلاق می‌شود (میرزایی، ۱۳۸۶). کیز (۱۹۹۸) بهزیستی هیجانی را به عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران و مدیریت بر هیجانانشان تعریف می‌کند. مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان ارتباط مستقیمی با سلامت روانی مادران دارد (به پژوه و موسوی، ۱۳۹۳). در مطالعه درخشان‌پور، خاکی، شاهینی، و کیلی و ثاقبی (۱۳۹۵) نشان داده شد که سلامت روانی مادران کودکان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی، پایین‌تر از گروه عادی است و مادران کودکان اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی اضطرابی و اختلال عملکرد کمتری دارند. وجود کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی تأثیر منفی بر نشانگان کیفیت زندگی والدین به ویژه بر بهزیستی آنها می‌گذارد، روابط زناشویی، همچنین فعالیت‌های روزانه آنها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (کپ، بولدوس، سایگ و دلورم، ۲۰۱۷). مطالعه‌ای که توسط هوبر (۲۰۱۰) انجام شده نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی معمولاً مشکلات زیادی را در ارتباط با کودکانشان و حفظ پایداری خانواده تجربه می‌کنند و همچنین گزارش داده که این والدین سطح تنیدگی بالاتری را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند.

آنچه امروزه در کنار آسیب‌شناسی روانی ناشی از حضور کودک استثنایی مورد توجه قرار گرفته، مسئله صمیمیت زناشویی می‌باشد. ارتباط بین مادران و کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی نسبت به ارتباط مادر و کودک در خانواده‌هایی که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی ندارند با تعارضات بیشتری همراه است و بطور قابل ملاحظه‌ای این ارتباط، تنش‌آورتر است (وهمیر، اسکاچت، بارکلی، ۲۰۱۰). در سال‌های آغازین، پیش از اینکه کودکان کم سن و سال مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به خوبی تشخیص داده شوند، این ناکامی اغلب منجر به تعارض و تضاد بین زن و شوهرها می‌شود (رونالد. جی، ترجمه

مصاحبه بالینی: علاوه بر پرسشنامه کانرز به منظور قابلیت اعتماد بیشتر تشخیص و شناسایی دقیق‌تر دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی برگرفته از پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا توسط محققان به عمل آمد.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳): پرسشنامه بهزیستی ذهنی توسط کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) تنظیم شده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه مؤلفه برای سنجش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی تشکیل شده است. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (بدترین حالت: ۱ و بهترین حالت: ۵) و سؤالات بعدی مربوط به بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی و براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای تنظیم شده است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). در این پژوهش فقط بعد بهزیستی هیجانی (۱۲ سؤال اول) این پرسشنامه در نظر گرفته شده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی ساختار سه عاملی نشان داد که قابلیت اعتماد درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی ۰/۷۸ بود. زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و اجتماعی دارای قابلیت اعتماد درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و قابلیت اعتماد مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۰/۸ و بالاتر بود (شکری و همکاران، ۱۳۸۷). قابلیت اعتماد مقیاس بهزیستی ذهنی و زیرمقیاس‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند (گلستانی بخت، ۱۳۸۶).

پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱): پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی، یک ابزار ۴۱ سوالی است که برای سنجش صمیمیت عاطفی (شامل سؤالات ۱ تا ۶)، صمیمیت روانشناختی (شامل سؤالات ۶ تا ۱۰)، صمیمیت عقلانی (شامل سؤالات ۱۱ تا ۱۵)، صمیمیت جنسی (شامل سؤالات ۱۶ تا ۲۰)، صمیمیت بدنی (شامل سؤالات ۲۱ تا ۲۵)، صمیمیت معنوی (شامل سؤالات ۲۶ تا ۳۱)، صمیمیت زیباشناختی (شامل سؤالات ۳۲ تا ۳۶) و صمیمیت اجتماعی - تفریحی (شامل سؤالات ۳۷ تا ۴۱) استفاده می‌شود. در این پرسشنامه برای هر یک از ابعاد صمیمیت به جز یک بعد که ۶ سؤال دارد ۵ سؤال جهت ارزیابی در نظر گرفته شده است و در یک طیف ۱۰ گزینه‌ای از ۱ (ابتداً این نیاز در من وجود ندارد)

در نهایت دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی شناسایی شده و از بین آنها ۶۰ نفر انتخاب شدند. برای انتخاب دانش‌آموزان عادی، ۲ مدرسه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و در هر مدرسه دو کلاس و در هر کلاس ۱۵ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌ها توسط مادران این دانش‌آموزان تکمیل شد. در مورد انتخاب ۱۲۰ نفر نمونه (۶۰ نفر برای هر گروه) باید اشاره کرد که در روش علی - مقایسه‌ای باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای این که نمونه انتخاب شده، نماینده واقعی جامعه باشد و قابلیت اعتماد بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد و آزمودنی‌ها با تکمیل فرم رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. ملاک‌های ورود به این پژوهش داشتن سواد حداقل سیکل، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال و ملاک‌های خروج داشتن بیماری مزمن جسمی و داشتن اختلال روانی بودند. ضمناً سعی شده است که مادران دو گروه، به لحاظ سن، تحصیلات و وضعیت اقتصادی همتا باشند.

### ابزار

مقیاس تجدیدنظر شده درجه‌بندی کانرز والدین - فرم کوتاه (۱۹۹۹): این مقیاس دارای ۲۷ سؤال می‌باشد که توسط مادران تکمیل می‌شود و دارای ۴ زیر مقیاس مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی / بی‌توجهی، فزون‌کنشی و شاخص اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی می‌باشد. نمره‌ی خام آزمودنی در هر زیر مقیاس از مجموع درجه بندی‌های والدین (از ۳ تا ۰) در عبارات مربوط به آن زیر مقیاس محاسبه می‌شود و سپس بر اساس سن و جنس او به نمرات معیار t تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵، معمولاً نشانگر مشکلات قابل توجه بالینی در آن زیرمقیاس است. محدوده سنی مورد استفاده در مقیاس‌های کانرز، ۱۷-۳ سال است که هنگامی سنی جداگانه‌ای با فواصل ۳ سال برای دختران و پسران تهیه شده است. تکمیل این پرسشنامه ۱۰-۵ دقیقه طول می‌کشد. کانرز و همکاران (۱۹۹۹) قابلیت اعتماد این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (خلعتبری، خورشیدیان، رنجبر و مداحی، ۱۳۹۰) و در ایران نیز قابلیت اعتماد آن را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ (خوشابی، ۱۳۸۱) و درستی آن را بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ (شهایان، شهیم، بشاش و یوسفی، ۱۳۸۶) گزارش کرده‌اند.

تا ۱۰ (کاملاً این نیاز در من قوی است) درجه‌بندی شده است. برای هشت بعد صمیمیت نمرات عددی محاسبه شده که با جمع نمرات هر بعد نمره صمیمیت کلی به دست می‌آید. کمترین نمره ۴۱ و بیشترین نمره ۴۱۰ می‌باشد که پس از تبدیل به درصد کمتر از ۰/۳۳ صمیمیت کم و ۰/۳۳ تا ۰/۶۶ متوسط و بالای ۰/۶۶ صمیمیت بالا در نظر گرفته می‌شود (متولی، ازگلی، بختیاری، علوی مجد، ۱۳۸۸). ضریب قابلیت اعتماد کل با روش کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد (اعتمادی، نوابی نژاد، احمدی، فرزاد، ۱۳۸۵). درستی همزمان این آزمون نیز ۰/۵۸ بدست آمد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (۱۹۹۸): این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که چهار بعد کیفیت زندگی؛ سلامت جسمی، سلامت روان، محیط زندگی و روابط با دیگران را می‌سنجد. برای سنجش سلامت جسمی ۷ گویه، سلامت روانی ۶ گویه، روابط اجتماعی ۳ گویه و محیط زندگی ۸ گویه در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه ۵ گزینه‌ای می‌باشد که نمره‌گذاری آنها بین ۱ تا ۵ است. در ایران نصیری (۱۳۸۵) برای بررسی پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده نموده است که ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۶۷، تصنیفی ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۴ می‌باشد. نصیری (۱۳۸۵) به منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی همزمان استفاده کرد و رابطه‌ی نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید. برای تعیین روایی از همبستگی نمره کل هر بعد با تک تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه‌ی ضریب‌های همبستگی به دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ معنادار بودند و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند.

### یافته‌ها

داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی (۷/۴۳، ۳۰/۱۶) و مادران کودکان عادی (۴۶/۸۸، ۹/۷۱)

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت

زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی و عادی

متغیرها	اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی		عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی هیجانی	۳۰/۱۶	۷/۴۳	۴۶/۸۸	۹/۷۱
صمیمیت زناشویی	۱۹۱/۲۴	۷/۳۹	۲۶۷/۶۰	۸/۵۷
کیفیت زندگی	۶۰/۱۲	۶/۶۸	۹۳/۳۰	۸/۷۸

جدول ۲. تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی اثر گروه بر متغیرهای

وابسته

آزمون‌ها	مقادیر	F	df فرضیه	df خطا	Sig
اثر پیلایی	۰/۷۷	۱۰/۵۵	۳	۱۱۶	۰/۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۱۰/۵۵	۳	۱۱۶	۰/۰۱
اثر هنتینگ	۳/۴۲	۱۰/۵۵	۳	۱۱۶	۰/۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۴۲	۱۰/۵۵	۳	۱۱۶	۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتیجه تحلیل واریانس چندمتغیری حاکی از آن است که هر چهار آماره معنادار می‌باشند. بنابراین، مشخص می‌گردد که بین دو گروه، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای مورد مطالعه تفاوت وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تحلیل واریانس تک‌متغیری به بررسی تفاوت‌های موجود پرداخته می‌شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده شده، مربوط به کدام متغیرها می‌باشد.

جدول ۳. تحلیل واریانس تک‌متغیری به منظور مقایسه بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی با مادران کودکان عادی				
متغیرها	گروه	F	Sig	ضریب اتا
بهزیستی هیجانی	عادی	۴۶/۷۰	۰/۰۱	۰/۴۹
نیازهای صمیمیت	عادی	۳۶/۲۳	۰/۰۱	۰/۴۳
کیفیت زندگی	عادی	۱۰۷/۵۷	۰/۰۱	۰/۶۹

تأثیرات منفی بر بهزیستی هیجانی، روانشناختی و جسمانی افراد به همراه دارد (تنانت، ۲۰۰۲). شرایط خاص یک کودک با اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی سلامت‌روانی مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تأثیر هم ناشی از مشکلات خود کودک است و هم ناشی از تنش‌ها و فشارهای است که به واسطه وجود چنین کودکی از سوی دیگران متوجه مادران می‌شود. به طور کلی والدین با داشتن یک کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی احساس ناکارآمدی می‌کنند، از تحرک بیش از اندازه او خسته و عصبی می‌شوند، همیشه نگران دردها و مشکلات ناشی از فزون‌کنشی فرزند خود هستند و احساس شکست می‌کنند. از طرفی وجود کودک با اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی در خانه یا سایر موقعیت‌های اجتماعی موجب نگاه‌ها، برداشت‌ها و قضاوت‌های خاص دیگران در مورد والدین می‌شود همسران به طور معمول دچار تنش و درگیری‌هایی می‌شوند که ریشه اغلب آنها مشکلات ناشی از فزون‌کنشی کودک است. از آنجا که مشکلات رفتاری کودکان با اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی زیاد است، والدین آنها تنیدگی بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند. تنیدگی در زمینه‌ی خانوادگی، به ویژه زمانی که تنیدگی مزمن و پایدار در تحول باشد، اثرات قابل توجهی بر بهزیستی والدین، کودکان و رابطه‌ی والد - کودک دارد (ذوقی پایدار و همکاران، ۱۳۹۴).

یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر کمتر بودن صمیمیت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی نسبت به مادران کودکان عادی با نتایج پژوهش‌های آیلانز، ایلماز و پولات (۲۰۱۲)، وهیمر، اسکات و بارکلی (۲۰۱۰)، براست، کلاپتون و هنریچ (۲۰۰۹)، همسو می‌باشد. وجود کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی با درجات مختلفی از اختلافات در خانواده و ناهماهنگی زناشویی رابطه دارد (جانسون و مش، ۲۰۰۱). داشتن کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی باعث بروز تنش و تعارض بین والدین می‌شود که می‌تواند بر صمیمیت زناشویی مادران

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تحلیل واریانس تک‌متغیری حاکی از آن است که از لحاظ متغیرهای بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی بین مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به یافته‌های توصیفی مشخص می‌گردد که میانگین نمرات مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی در متغیرهای مورد مطالعه، پایین‌تر از مادران کودکان عادی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی و مادران کودکان عادی انجام گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میزان بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به طور معناداری کمتر از مادران کودکان عادی بود.

یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر کمتر بودن بهزیستی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی نسبت به مادران کودکان عادی با نتایج پژوهش‌های ذوقی پایدار، قاسمی، بیات و صنایعی (۱۳۹۴)، کپ، بولدوس، سایگ و دلورم (۲۰۱۷)، کوینترو و مک‌اینتای (۲۰۱۰)، استیس و همکاران (۲۰۰۹)، بلاچر و مک‌لینتار (۲۰۰۶)، آیزنهاور، بیکر، بلاچر (۲۰۰۵)، آیدوتو و همکاران (۲۰۰۴)، همسو می‌باشد. نتایج پژوهش لین و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که مادران کودکان استثنایی از میزان سلامت و بهزیستی روانی کمتر و تنیدگی، افسردگی و اضطراب بالاتری برخوردارند. احساس روان درستی، یکی از شاخص‌های بارز کیفیت زندگی است که آثار آن به وضوح در زندگی و حالات افراد دیده می‌شود. وجود کودک دارای مشکلات ویژه موجب ایجاد فشارهای روانی و تنیدگی در مادران آنها می‌شود. در نتیجه‌ی تجربه‌ی تنیدگی مزمن در زندگی،

تأثیر بگذارد. اغلب مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی مشکلات زناشویی داشته و سطوح بالایی از تنیدگی و تعارضات بین فردی را گزارش می‌کنند. والدین این کودکان تنیدگی بیشتر و رضایت کمتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند (کاکاوند، ۱۳۸۵). افسردگی، تعارضات زناشویی و طلاق در خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی یش از سایر خانواده‌هاست (پرند و افروز، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش وهمیر، اسکات و بارکلی (۲۰۱۰) نشان داد که ارتباط بین والدین و کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی نسبت به ارتباط والدین و کودکان در خانواده‌هایی که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی ندارند با تعارضات بیشتری همراه است و بطور قابل ملاحظه‌ای این ارتباط، تشکر است؛ در این خانواده‌ها مادران بیشتر مسئولیت مراقبت از کودکان را بر عهده می‌گیرند و متقابلاً زمان کمتری برای تعاملات و روابط جنسی با همسر خود اختصاص می‌دهند (آیلاز، ایلماز و پولات، ۲۰۱۲). همچنین یافته‌های محرری و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند. در این افراد تعارضات زناشویی افزایش یافته و سطوح افسردگی در مادران بالا است که در نهایت می‌تواند منجر به تعارض در بین خانواده شود.

یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر کمتر بودن کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی نسبت به مادران کودکان عادی با نتایج پژوهش‌های پژوهش‌های کپ، بولدوس، سایگ و دلورم (۲۰۱۷)، لی و همکاران (۲۰۱۶)، اندراد و همکاران (۲۰۱۶)، کاسن، سایبراس، یوکامان، افرون (۲۰۱۲)، همسو می‌باشد. نتایج پژوهش لی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی کیفیت زندگی و سلامت روانی کمتری نسبت به مادران کودکان عادی گزارش کرده‌اند. همچنین نتایج مطالعات اندراد و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که مراقبان کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به طور معناداری نمرات کمتری در روابط اجتماعی و محیطی ابعاد کیفیت زندگی داشتند، همچنین همبستگی منفی بین نمرات کیفیت زندگی مراقبان کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی و شدت نشانگان این اختلال وجود دارد. ماهیت ناتوان‌کننده‌ی اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی به‌طور قابل توجهی احتمال مشکلات روانی،

اجتماعی، قانونی و خانوادگی را در بزرگسالی افزایش می‌دهد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۴). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد خانواده‌ای که کودکش محدودیت شدید دارد کیفیت زندگی خود را بسیار متفاوت با خانواده‌های عادی ارزیابی می‌کند (پایوت، کیت و بارینگتون، ۲۰۱۱). خانواده‌های کودکان فزون‌کنش فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می‌کنند و حس صلاحیت و شایستگی کمتری دارند، از این رو به نظر می‌رسد فشارهای تجربه شده ممکن است بر ابرازگری (گستره‌ای که اعضای خانواده در آن برای صادقانه عمل کردن و بیان احساسات خود به صورت مستقیم تشویق می‌شوند) آنان اثر بگذارد (آناستاپولوس، قورمونت، شلتون و دوپل، ۱۹۹۲). مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی در مقایسه با کودکان بهنجار به جای اینکه فکر خود را به مسائلی که باعث بهبودی در زندگی آنها می‌شود متمرکز کنند، دائماً در ذهن خود درگیر مشکل فرزندان خود و مشکلات حاصل از حضور وی در زندگی‌شان هستند و از مسائلی چون سلامت جسمانی و روانی خود غافل می‌شوند که به منظور افزایش کیفیت زندگی این مادران ضرورت حمایت‌های اجتماعی بیش از پیش احساس می‌شود. احساس درماندگی، گناه، تنیدگی و سرزنش در این مادران کار را برای نگهداری و آموزش این کودکان مشکل ساخته و در برخی موارد یک خشم پنهان و اندوهی خاص در والدین ایجاد می‌کند که خود باعث به وجود آمدن کدورت، سردی در روابط و کاهش رضایت از زندگی می‌شود که مواردی مانند افسردگی، اضطراب و تنیدگی را برای مادران در بر دارد که همگی در کاهش کیفیت زندگی تأثیر دارند (جانسون، دمن، اندرسون، ونگ فاکرلند، ۲۰۱۳) در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان گفت که بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / فزون‌کنشی پایین‌تر از مادران کودکان عادی می‌باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی درباره نحوه تعامل والد - فرزند، برگزاری دوره‌های آموزش خانواده به ویژه در زمینه‌های توانش‌های زندگی، روش‌های والدگری، توانش‌های ارتباطی، توانش‌های کنارآمدن با تنیدگی‌ها و اصلاح رفتار کودک برای این مادران برگزار شود تا در جهت افزایش بهزیستی هیجانی، صمیمیت زناشویی و کیفیت زندگی آنها گام‌هایی برداشته شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه به‌صورت در دسترس و محدود بودن نمونه به شهر

خلعتبری، جواد؛ خورشیدیان، حمیدرضا؛ رنجبر، جبار و مداحی، محمدابراهیم (۱۳۹۰). تشخیص و درمان بیش‌فعالی. تهران: نشر ساد.

خوشابی، کنایون (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

درخشان‌پور، فیروزه؛ خاکی، سعید؛ شاهینی، نجمه؛ و کیلی، محمدعلی و ثاقبی، علی (۱۳۹۵). ارتباط سلامت روانی مادران با سبک فرزندپروری در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی.

مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸(۳)، ۱۵۵-۱۵۱.

ذوقی‌پایدار، محمدرضا؛ قاسمی، معصومه؛ بیات، احمد و صناعی‌کمال، سمانه (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم توجهی / بیش‌فعالی. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳۶(۸)، ۱۴-۵.

رایسون، نانسی. ام؛ رایسون، هالبرت. بی؛ اومن، گیلبرت و کامپیون، جوزف. سی. (۱۹۷۶). کودک عقب مانده‌ی ذهنی. (ترجمه ماهر، فرهاد: ۱۳۸۵). مشهد: آستان قدس رضوی.

رنج دوست، شهرام و یزدانی، شهرام (۱۳۹۴). نقش خودکارآمدی، تحول زبانی و مهارت‌های اجتماعی در مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با رهیافت رگرسیون فازی. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۸(۵)، ۱۷۵-۱۵۷.

رونالدجی، فریمن و گای تی، دویال (۱۳۸۱). شیوه رفتار با کودکان و نوجوانان دچار اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی. ترجمه صدر السادات، لیلیا؛ سیدجلال؛ محمدی، صدرالسادات، محمدرضا. تهران: انتشارات اسپند هنر.

ستاری، مهسا؛ حسینی، علی؛ رصافیانی، مهدی؛ محمودی قرایی، محمد جواد؛ بیگلریان، اکبر و ترکش‌اصفهان، نجمه (۱۳۹۶). بررسی میزان همبودی اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به کمبود توجه / بیش‌فعالی. مجله توانبخشی، ۱۷(۱)، ۳۲-۲۶.

سیف نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۳۸۴). اختلالات یادگیری. تهران: انتشارات امیر کبیر.

شکری، امید؛ دستجردی، رضا؛ دانش‌پور، زهره؛ غنایی، زیبا و گراوند، فریبرز (۱۳۸۷). تفاوت‌های جنسیتی در مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی شهر بیرجند در سال تحصیلی ۱۳۸۴-۸۵. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۵(۳)، ۵۴-۶۱.

شهائیان، آمنه؛ شهیم، سیما؛ بشاش، لعیا و یوسفی، فریده (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس

اردبیل اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش در صورت امکان با انتخاب نمونه به صورت تصادفی و در جوامع دیگر اجرا شود تا قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد.

## منابع

اعتمادی، عذرا (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه اثربخشی رویکرد روانی - آموزشی مبتنی بر شناختی - رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. پایان‌نامه دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم. تهران.

اعتمادی، عذرا؛ نوایی نژاد، شکوه؛ احمدی، احمد و فرزاد، ولی‌الله (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر صمیمیت زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. مطالعات روانشناختی، ۲(۱ و ۲)، ۸۷-۶۹.

بحرینیان، سید عبدالمجید؛ حاجی‌علیزاده، کبری؛ ابراهیمی، لیلیا و هاشمی گرجی، ام‌البین (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و میزان سازگاری مادران دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی و عادی شهر تهران سال ۸۸-۸۷ فصلنامه افراد استثنایی، ۲(۷)، ۱۶۷-۱۵۳.

برنستاین، فیلیپ؛ برنستاین، ماری (۱۳۸۰). روش‌های درمان مشکلات زناشویی. ترجمه تونزده‌جانی، حسن و کمال‌پور، نسرين. مشهد: انتشارات مرنديز، ژرف.

به پژوه، احمد و موسوی، بشری السادات (۱۳۹۳). رابطه رضایت زناشویی و سلامت روانی در مادران دارای فرزندان مبتلا به مشکلات عاطفی و رفتاری. مجله علوم روانشناختی، ۱۳(۵۲)، ۵۰-۱۸.

پرند، اکرم؛ افروز، غلامعلی؛ منصور، محمود؛ شکوهی یکتا، محسن؛ بشارت، محمدعلی و خوشابی، کنایون (۱۳۸۸). آموزش مدیریت استرس به مادران کودکان دارای نارسایی توجه / بیش‌فعالی و تأثیر آن بر روابط والد - کودک. مجله علوم روانشناختی، ۸(۳۲) و ۲۴، ۵۳۹-۵۲۰.

پرورش، نوشین؛ ضیاء‌الدینی، حسن؛ عرفانی، راضیه و شکوهی، مصطفی (۱۳۹۳). فراوانی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی و ارتباط آن با افسردگی در دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گراگان، ۱۶(۱)، ۹۹-۹۴.

ترکش‌دوز، شیرین و فرخ‌زاد، پگاه (۱۳۹۶). بررسی رابطه اختلالات رفتاری کودکان با سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های دلبستگی. سلامت اجتماعی، ۲(۴)، ۱۲۶-۱۱۸.

خانجانی، زینب (۱۳۹۱). رابطه ابعاد شخصیت مادران با اختلال‌های برونی سازی و درونی‌سازی دختران. روانشناسی معاصر، ۷(۱)، ۹۹-۱۰۸.



- Ayalz, R., Yilmaz, U., & Polat, S. (2012). Effect of difficulties experienced by parents of autistic children on their sexual life: A qualitative study. *Sexual Disabilities*, 30, 395-406.
- Blacher, J., & McIntyre, L. L. (2006). Syndrome specificity and behavioural disorders in young adults with intellectual disability: Cultural differences in family impact. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 184-198.
- Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(1), 38-49.
- Cappe, E., Bolduc, M., Rougé, M. C., Saiag, M. C., & Delorme, R. (2017). Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Quality Of Life Research*, 26(5), 1283-1294.
- Cortese, S., & Lecendreux, M. (2017). *Sleep Disturbances in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Principles and practice of sleep medicine*. 6<sup>th</sup> ed. 390-1397.
- Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O. C., & Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr*, 171(2), 271-80.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1333-1326.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657-671.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Xiao-Hua, Z., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F. D., Brown, T., & Remington, B. (2005). System analysis of stress and positive perception in mothers and fathers of pre - school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 35(5), 635-644.
- Huber, J. S. (2010). *The Mediating Effect of Sibling Warmth on Parental Stress in Families with Children Who Have Attention Deficit Hyper Activity Disorder (Doctoral dissertation)*. Florida State University, Tallahassee, Florida.
- Johansen H, Dammann B, Andersen I. L., & Wang Fagerland M. (2013). Health-related quality of life for children with rare diagnoses, their parents, satisfaction with life and the association between the two. *Health Qual Life Outcomes*, 11, 152-160. doi: 10.1186/1477-7525-11-152
- درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز. *مطالعات روانشناختی*، ۳(۳)، ۹۷-۱۲۰.
- شیخ‌الاسلامی، علی و رضمانی، شکوفه. (۱۳۹۸). اثربخشی امیددرمانگری گروهی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر کیفیت زندگی مردان با ناتوانی جسمی - حرکتی. *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۵)، ۳۱۷-۳۲۶.
- کاکاوند، علیرضا (۱۳۸۵). *اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی*. تهران: نشر سرفراز.
- گلستانی بخت، طاهره (۱۳۸۶). *ارائه الگوی بهزیستی و شادمانی در جمعیت شهر تهران*. رساله دکتری روانشناسی چاپ نشده. دانشگاه الزهرا. تهران.
- متولی، رؤیا؛ ازگلی، گیتی؛ بختیاری، مریم و علوی مجد، حمید (۱۳۸۸). رضایت‌مندی از زندگی زناشویی و صمیمیت زوجین در زنان باردار شاغل و غیر شاغل شهر اردبیل. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۹(۴)، ۳۱۵-۳۲۴.
- محرری، فاطمه؛ شهریور، زهرا و تهرانی‌دوست، مهدی (۱۳۸۸). تأثیر آموزش "برنامه تربیت سازنده" به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم توجهی. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۱)، ۳۱-۴۰.
- نصیری، حبیب (۱۳۸۵). *بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و تهیه نسخه ایرانی آن*. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
- یوسفی، شکیلا؛ سلطانی فر، عاطفه و تیموری، سعید (۱۳۸۸). مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه با مادران کودکان بهنجار. *مجله بهداشت علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۲)، ۱۱۵-۱۲۲.
- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down syndrome or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(3), 237-254.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & Dupaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychology*, 20(5), 503-20.
- Andrade, E. M., Geha, L. M., Duran, P., Suwwan, R., Machado, F., & Rosario, M. C. (2016). Quality of life in caregivers of ADHD children and Diabetes Patients. *Original Research*, 127(7), 1-6.
- Andrade, E. M., Geha, L. M., Duran, P., Suwwan, R., Machado, F., & Rosário, M. C. (2016). Quality of life in caregivers of ADHD children and Diabetes Patients. *Original Research*, 127(7), 1-6.

- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with ADHD: Review and recommend actions for future research. *Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Keyes, C. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). *The measurement and utility of adult subjective well-being*. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lee, Y. C., Yang, H. J., Chen, V. C. H., Lee, W. T., Teng, M. J., Lin, C. H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in Developmental Disabilities*, 51, 160-172.
- Lee, Y., Yang, H., Chen, V., Lee, W., Teng, M., Lin, C., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 160-72. Doi: 1016/j.ridd.
- Lin, J., Hu, J., Yen, C., Hsu, Sh., Lin, L., Loh, C., Chen, M., Wu, Sh., Chu, C., & Wu, J. (2011). Quality of life in caregivers of children and adolescents with intellectual disabilities: Use of WHOQOL-BREF survey. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1448-1458.
- Mirzaei, P. (2007). *Build mental well-being and to compare the effectiveness of this program with the program in reducing depression, happiness Fordyce high school students in Isfahan (Doctoral dissertation)*. Alzahra University, Tehran. [Persian].
- Payot, A., Keith, J., & Barrington, K. (2011). The Quality of Life of Young Children and Infants with Chronic Medical Problems: Review of the Literature. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 41(4), 91-101.
- Quintero, N., & McIntyre, L. L. (2010). Sibling adjustment and maternal well-being: An examination of families with and without an autism spectrum disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 25(1), 37-46.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(2), 173-82.
- Wehmeier, P., Schacht, A., & Barkley, A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217.