

شیوع نقص توجه و بیش فعالی دانش آموزان پیش دبستانی زیر هفت سال و رابطه آن با سلامت روان مادران

مهران علی بازی^۱، فرزانه فرجاد^۲، سحر بخت^۳، وحید علی بازی^۴

۱- کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت (نویسنده مسئول)

۲- کارشناسی روان شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد مرودشت

۳- کارشناسی مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشگاه پیام نور واحد یاسوج

۴- کارشناسی روان شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، مشاور دبیرستان.

چکیده

موضوع: بررسی رابطه شیوع نقص توجه و بیش فعالی دانش آموزان زیر ۷ سال و رابطه آن با سلامت روان مادران. **هدف:** هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین شیوع نقص توجه و بیش فعالی در دانش آموزان کلاس اول ابتدایی و رابطه آن با سلامت روان مادران در شهرستان دهرشت می باشد. مطالعات نشان می دهد که میزان افسردگی و علایم اضطرابی و برخی اختلالات روان پزشکی دیگر ب میزان بیشتری در مادران با فرزندان مبتلا به ADHD دیده می شوند. از آن جا که افسردگی و اضطراب مادر بر مدیریت رفتار فرزند مبتلایش تأثیری گذارد تشخیص و درمان به موقع افسردگی و اضطراب مادر نقش مهمی در پیش آگهی ADHD در فرزند مبتلا دارد. در این پژوهش شیوع نقص توجه و بیش فعالی دانش آموزان زیر ۷ سال و رابطه آن با سلامت روان مادران ارزیابی می گردد. **روش:** پژوهش حاضر، براساس هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی- همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر دانش آموزان پیش دبستانی زیر ۷ سال شهر دهرشت در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ می باشد. در جامعه مزبور، براساس جدول مورگان، حجم نمونه ۱۱۰ نفر برآورد گردید که به صورت تصادفی ساده مشخص گردید. پس از انتخاب افراد برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان از پرسشنامه کانرز (conners parent rating scale) و برای سنجش سلامت روان مادران از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده گردید. **یافته ها:** بین اختلال نقص توجه - بیش فعالی کودکان و سلامت روان مادران رابطه معنی داری وجود دارد. بین اختلال نقص توجه - بیش فعالی کودکان و سطح تحصیلات مادران رابطه معنی داری وجود دارد. بین میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش فعالی در دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد. اختلال نقص توجه - بیش فعالی کودکان بر سلامت روان مادران تأثیر معنادار و مثبت دارد؛ بنابراین فرضیه اصلی پژوهش معنادار می باشد و تأیید می شود. بدین معنا که با افزایش نقص توجه- بیش فعالی در فرزندان، سطح سلامت روان مادران آنها نیز افزایش می یابد (نمره در تست کاهش می یابد). لذا فرضیه تحقیق تأیید می شود. نتایج تحقیق این بود که آشکار شد که تحصیلات مادر در بروز اختلالهای رفتاری نقش مهم و مؤثری دارد؛ بدین معنی که مادران دارای تحصیلات بیشتر، کودکانی با مشکلات عاطفی و رفتاری کمتر دارند. کاستی توجه و بیش فعالی در پسران، شایع تر از دختران و در کودکان نسبت به نوجوانان شایع تر است.

واژه های کلیدی: اختلال نقص توجه بیش فعالی، سلامت روان، دانش آموزان، پیش دبستانی، دهرشت

۱. مقدمه

بیش فعالی و نقص توجه یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی کودکان است که ۸-۱۰ درصد از کودکان سنین مدرسه را گرفتار می کند. بیش فعالی و نقص توجه الگوی پایدار نقص توجه و بیش فعالی است که شدیدتر و شایع تر از آن است که در کودکان با رشد مشابه دیده می شود (فارون، ۲۰۰۳). علایم اصلی این اختلال شامل بیش فعالی، نقص توجه و تکانشگری می باشد که هر کدام بسته به شرایط سنی کودک می تواند بارزتر باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). این بیماری روی عملکرد کودکان در خانواده، اجتماع و مدرسه تأثیر سوء گذاشته و باعث واکنش منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان می شود. این رفتارها مشکلات جدی برای کودک ایجاد کرده و باعث کاهش اعتماد به نفس، احساس بی کفایتی، اختلالات ارتباطی، اضطراب و افسردگی و بزهکاری می شود (همان منبع).

خانواده شبکه ای از الگوهای ارتباطی است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات بس شگرفی بر یکدیگر بگذارند (ملک خسروی، ۱۳۸۲). در دهه های اخیر روان شناسان تأکید بسیاری بر روابط کودک به مراقبینش داشته اند. آنها واکنش های متقابل را اساس رشد شناختی- عاطفی کودک می دانند (بالبی، ۱۹۶۹) و باور دارند که صمیمیت والدین خطر ابتلای کودک به اختلالات روانی را کاهش می دهد. در محیط خانواده که در واقع جامعه ای محدود است، کنش و واکنشهای میان اعضاء تأثیر به سزایی در کاهش یا افزایش مشکلات موجود دارد. لذا در چنین محیطی صحبت از تأثیر یکسویه (چه کودک و چه والدین) بر یکدیگر خطاست. نمی توان صرفاً از مشکلات کودک سخن گفت، حال آنکه روشن است در یک سیستم تعاملی رشد می یابد (مش و جانسون، ۲۰۰۱). از خانواده انتظار می رود تا نه تنها نیازهای تغذیه ای و رشدی اعضا را فراهم نماید، بلکه ارزش ها، باورهای سنتی و داستان های گذشته خانوادگی خود را نیز به فرزندان منتقل سازند. مهمتر آنکه با ایجاد محیطی امن و مطمئن، احساس هویت شخصی، حمایت و راهنمایی برای اعضا، توأم با عشق و محبت غیرمشروط برای فرزندان فراهم نمایند. ایجاد این امکان، بیانگر تأثیر خانواده بر شکل گیری هویت در اعضاء است (ماتیوس و همکاران، ۱۹۹۹). اما یافته ها حاکی از آن است که تعاملات درون خانوادگی، در خانواده های دارای فرزند بیش فعال با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهماهنگی همراه است. چرا که این کودکان، از دستورات والدین و سایر اعضا تبعیت نمی کنند، تکالیف انجام نمی دهند و رفتارهای منفی بیشتری نسبت به همسالان خود دارند که این شرایط، ناکارآمدی کارکردهای خانوادگی را به دنبال دارد (جان، ۱۹۹۴).

اختلال نقص توجه و بیش فعالی، از مهم ترین و شایع ترین اختلال های دوران کودکی است که توجه روان شناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده است (شعبانی و یادگاری، ۱۳۸۴). پیش آگهی این اختلال در کودکی به میزان آسیب روانی همراه، به خصوص اختلال سلوک و ناتوانی اجتماعی و عوامل مربوط به خانواده بستگی دارد. بهترین نتایج ممکن است با بهبود

عملکرد اجتماعی کودک، کاهش پرخاشگری و اصلاح هر چه سریع تر شرایط خانوادگی به دست آید) هیم و مهرانگیز و حکمکاران، ۱۳۸۶).

مهم ترین مشکل این کودکان توجه و نیز توجه پایدار است (لرنر، ۲۰۰۱). در کودکان به ویژه کودکان پیش دبستانی مواردی چون فعال بودن، پرانرژی و پرنشاط بودن، پریدن از یک فعالیت به فعالیت دیگر، هنگامی که محیط خود را کاوش می کنند، عمل کردن بدون احتیاط، پاسخ دادن به طور تکان های به رویدادهایی که در اطراف آنها رخ می دهد و واکنش های هیجانی سریع، امری عادی تلقی می شود (کارر، ۱۹۹۹). اما زمانی که کودکان همواره سطوحی از فعالیت را به نمایش می گذارند که متفاوت از گروه سنی آنها است. وقتی آنها توانایی حفظ توجه، علایق یا ادامه انجام دادن فعالیت های همانند همتایان خود را ندارند یا نمی توانند اهداف بلندمدت یا تکالیف واگذار شده از سوی دیگران را دنبال کنند، یا زمانی که توانایی خود نظارتی در آنها پایین تر از سطح مورد انتظار رشدی است، دیگر به آنها صرفاً کودکان پرخاش و پرنشاط، ویژگی خاص دوران کودکی، اطلاق نمی شود (بارکلی، ۲۰۰۶). افزون بر این، بر خلاف آنچه تا کنون تصور می شد، علائم بالینی این اختلال در بزرگسالی نیز عمدتاً از بین نمی رود، اما اغلب تشخیص داده نمی شود. این اختلال مربوط به محدودیت های بازداری رفتار است که از نظر رفتاری سطوح نامناسبی از بی توجهی، تکانشگری و بیش فعالی را قبل از ۷ سالگی شامل می شود و به ویژه برای دانش آموزان مبتلا، مشکلات بسیاری را در زمینه های عاطفی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد می کند. این مشکلات همراه با هم می تواند تأثیر زیادی بر عملکرد روانی اجتماعی والدین و فرزندان داشته باشد (علی بخشی و همکاران، ۱۳۹۰).

در مطالعه مک کورمیک (۱۹۹۵) شیوع افسردگی ماژور و مینور در بیماران بدون فرزند مبتلا به بیش فعالی به ترتیب ۶-۴ درصد و ۱۴-۶ درصد است، در حالی که شیوع آن در مادران کودکان مبتلا به بیش فعالی و نقص توجه ۱۷/۹ درصد برای افسردگی ماژور و ۲۰/۵ درصد در افسردگی مینور است (سایت سلامت نیوز، ۱۳۸۸/۱۱/۳).

در مطالعه غنی زاده و همکاران، کوموربیدیتی اختلالات روان پزشکی در والدین و کودکان مبتلا به بیش فعالی و نقص توجه سنجیده شد. در این پژوهش اختلالات خلقی شایع ترین اختلال روان پزشکی بوده ست که میزان افسردگی ماژور در مادران ۱/۴۸ درصد و در پدران ۴۳ درصد بوده است (مک کورمیک، ۱۹۹۵). خانواده های کودکان مبتلا به این اختلال استرس بیشتری را تحمل می کنند (لی و همکاران ۲۰۰۸). و ارتباط متقابل بین والدین و فرزندان نسبت به خانواده های دیگر بیشتر دچار اختلال می باشد. بسیاری از مادران از روش های پرخاشگرانه برای کنترل این کودکان استفاده می کنند (تولی و همکاران ۲۰۰۸). ارزیابی و درمان افسردگی مادران می تواند نقش مهمی در درمان این کودکان و بهبود. پیش آگهی بیماری برعهده داشته باشد. دیده شده افسردگی مادر پیشگویی کننده ی مسائل سلوک در این کودکان است افسردگی مادر یک عوامل خطر می باشد و آموزش افسردگی مادر یک عوامل خطر می باشد و آموزش فرزند پروری مثبت زودرس به مادران یوکی از عوامل محافظتی

برای جلوگیری از شکل گیری مسائل اختلال سلوک در این کودکان است (گردس و حکمکاران ۲۰۰۷). ارزیابی و مدیریت سلامت روان مادران می تواند نقش مهمی در درمان این کودکان بر عهده داشته باشد به عبارت دیگر با تشخیص زودرس بیماریهای روانپزشکی مادران می توان از بروز مشکلات بیشتر و اختلالات رفتاری در این کودکان جلوگیری کرد. مطالعه فوق مشکل موردنظر را از دیدگاه اپیدمیولوژیک مورد ارزیابی قرار داده است زیرا اطلاعات اندکی در این زمینه وجود دارد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر، براساس هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر دانش آموزان پیش دبستانی زیر ۷ سال شهر دهشت در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ می باشد. در جامعه مزبور، براساس جدول مورگان، حجم نمونه ۱۱۰ نفر برآورد گردید که به صورت تصادفی ساده مشخص گردید. اعضای نمونه مرد (۶۱/۶۷٪) و زن (۳۹/۴۳٪) می باشد. پس از انتخاب افراد برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان از پرسشنامه کانرز (conners parent rating scale) و برای سنجش سلامت روان مادران از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) استفاده گردید.

چیونگ و اسپیرز (۱۹۹۴) ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی به روش باز آزمایی را ۰/۷۴ گزارش کرده است که در سطح $p < ۰/۰۵$ عادی معنادار است. علاوه براین، ضریب آلفا برای کل مقیاس، برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاسهای علائم جسمانی (۷ سؤال اول)، علائم اضطراب و اختلالات خواب (۷ سؤال دوم)، اختلال در کارکردهای اجتماعی (۷ سؤال سوم) و علائم افسردگی و گرایش به خودکشی (۷ سؤال آخر) به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۵ گزارش شده است. پژوهشگران اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را بارها مورد تأیید قرار دادند و گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده است.

یافته ها:

فرضیه شماره ۱: بین نقص توجه- بیش فعالی کودکان و سلامت روان مادران آنها رابطه معنی داری وجود دارد. برای بررسی این فرضیه از آزمون معنی داری ضریب همبستگی استفاده شده است. نتایج ضرایب همبستگی بین نقص توجه- بیش فعالی با سلامت روان مادران در جدول زیر آمده است:

جدول ۱: (میانگین و انحراف استاندارد و ضریب همبستگی نقص توجه- بیش فعالی و سلامت روان مادران)

گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
کل دانش آموزان	نقص توجه- بیش فعالی	۶۵/۱۲	۱۵/۳۸	۰/۱۴۳	۰/۰۰۰
	سلامت روان	۶۷/۷۰	۱۱/۷۶		

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان می دهد که در کل دانش آموزان، بین نقص توجه- بیش فعالی و سلامت روان مادران همبستگی معناداری وجود دارد. بدین معنا که با افزایش نقص توجه- بیش فعالی در فرزندان، سطح سلامت روان مادران آنها نیز افزایش می یابد (نمره در تست کاهش می یابد). لذا فرضیه تحقیق تأیید می شود.

فرضیه شماره ۲: بین سطح تحصیلات مادران و شیوع نقص توجه بیش فعالی در فرزندان آنها رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۲: (درصد شیوع اختلال نقص توجه بیش فعالی به تفکیک تحصیلات مادر)

تحصیلات مادر	نوع اختلال	شدت اختلال		
		متوسط تا شدید	شدید به بالا	کل
بی سواد	کاستی توجه	۱۵/۹	۱۱/۴	۲۷/۳
	بیش فعالی- تکانشگری غالب	۹/۳	۱۱/۶	۲۰/۹
	ترکیبی	۱۴/۶	۱۲/۲	۲۶/۸
ابتدایی تا دیپلم	کاستی توجه	۷/۵	۵/۱	۱۲/۶
	بیش فعالی- تکانشگری غالب	۱۳/۶	۴/۸	۱۸/۴
	ترکیبی	۱۳	۴/۴	۱۷/۴
لیسانس و بالاتر	کاستی توجه	۱	۸/۸	۹/۸
	بیش فعالی- تکانشگری غالب	۵/۷	۴	۹/۷
	ترکیبی	۴	۴	۸

با توجه به درصد های گزارش شده در جدول ۵ و با استفاده از آزمون Z برای تفاوت نسبتها در دو جامعه Z مستقل مشاهده شده برای اختلال کاستی توجه ۲/۷۵ به دست آمد و بدین معناست که بین نسبت های این اختلال در دانش آموزان دارای مادران بی سواد و دانش آموزان با مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر، تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به بیان دیگر نسبت دانش آموزان دارای این اختلال رفتاری که مادران بی سواد دارند، نسبت به دانش آموزانی که مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. در مورد اختلال بیش فعالی تکانشگری، Z مشاهده شده ۳/۲۸ است و بنابر این، تفاوت معنی داری بین نسبت های این اختلال با توجه به تحصیلات مادر وجود دارد؛ به عبارتی نسبت دانش آموزان دارای این اختلال رفتاری که مادران بی سواد دارند، نسبت به دانش آموزانی که مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. در مورد اختلال نوع ترکیبی Z مشاهده شده ۲/۱۳ است و بنابر این تفاوت معنی داری بین نسبت های این اختلال با توجه به تحصیلات مادر وجود دارد؛ به بیان دیگر، نسبت دانش آموزان دارای این اختلال رفتاری که مادران بی سواد دارند، نسبت به دانش آموزانی که مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. به نظر می رسد که سطح تحصیلات

مادر در بروز اختلالهای رفتاری در فرزندان مؤثر است که این تأثیر می تواند ناشی از اطلاعات مادر با تحصیلات بالاتر نسبت به نحوه رفتار صحیح تر با فرزندان باشد.

فرضیه شماره ۳: بین میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش فعالی در دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۳: (آزمون t مستقل جهت مقایسه متغیرهای پژوهش برای دانش آموزان پسر و دختر)

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
کاستی توجه	پسر	۱۹/۴۱	۵/۶۳	۲/۸ *	۳۷۳	P=۰/۰۰۵
	دختر	۱۷/۸۴	۴/۹۷			
بیش فعالی - تکانشگری غالب	پسر	۱۲۲/۷۹	۱۹/۶۲	۳/۲ *	۳۷۳	P=۰/۰۰۰
	دختر	۱۱۶/۱	۱۹/۶۷			
ترکیبی	پسر	۷/۹۷	۳/۴۴	-۰/۱ *	۳۷۳	P=۰/۹۳۰
	دختر	۸	۳/۲۶			

بین میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش فعالی در دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به جدول ۶ می توان نتیجه گرفت با اطمینان ۹۵٪ بین بعد کاستی توجه و بیش فعالی - تکانشگری غالب دانش آموزان پسر و دختر تفاوت معناداری وجود دارد. پس از مقایسه میانگین های مربوطه با اطمینان ۹۵٪ دریافتیم که بعد کاستی توجه و بیش فعالی - تکانشگری غالب دانش آموزان پسر در مقایسه با دانشجویان دختر بیشتر بوده، ولی در بعد ترکیبی، میانگین دانش آموزان دختر بیشتر از دانش آموزان پسر است.

جدول ۴: (میزان شیوع ابعاد اختلال نقص توجه - بیش فعالی به تفکیک جنسیت)

ابعاد	مرد		زن
کاستی توجه	تعداد	۳۱	۲۸
	درصد	۴/۲۲	۳/۵۸
بیش فعالی - تکانشگری غالب	تعداد	۱۵	۱۰
	درصد	۱/۲۱	۰/۴۵
ترکیبی	تعداد	۱۸	۸
	درصد	۲/۱۶	۰/۳۸

کل	تعداد	۶۴	۴۶
	درصد	۹/۵۳	۵/۸۲

یافته های حاصل از جدول شماره ۷ نشان می دهد که میزان شیوع کلی اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در کودکان کلاس اول دبستان دبستان شهر دهدشت ۱۵/۳۵ درصد بوده که این میزان در پسرها ۹/۵۳ درصد و در دخترها ۵/۸۲ درصد بوده است. همچنین میزان شیوع در زیر گروه بدون توجه، در پسران ۳/۵۸ و در دختران ۴/۲۲ درصد می باشد. در زیرگروه تکانشگر، در پسران ۱/۲۱ و در دختران ۰/۴۵ درصد می باشد. در زیرگروه مرکب، میزان شیوع در پسران ۲/۱۶ و در دختران ۰/۳۸ درصد می باشد. بنابراین نتیجه می گیریم که میزان شیوع اختلال کمبود توجه و بیش فعالی در پسران بیشتر است.

فرضیه شمار ۴: بین مؤلفه های اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان و مؤلفه های سلامت روان مادران آنها رابطه وجود دارد

جدول ۵: (نتایج تحلیل ضریب همبستگی پیرسون بین مؤلفه های اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان و مؤلفه های سلامت روان مادران)

متغیرها	کاستی توجه	تکانشگری غالب	ترکیبی	نقص توجه کلی	علائم جسمانی	علائم اضطرابی	اختلال در کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی	سلامت روان کلی
کاستی توجه	۱								
تکانشگری غالب	**۳۹۹/۰	۱							
ترکیبی	*۴۱۴/۰	*۲۰۱/۰	۱						
نقص توجه کلی	*۷۶۹/۰	**۶۴۸/۰	*۶۲۸/۰	۱					
علائم جسمانی	۰/۰۷۹	۰/۰۴۱	۰/۰۷۸	۰/۱۵۰	۱				
علائم اضطرابی	۰/۱۲۹	-۰/۰۷۰	۰/۱۸۰	۰/۱۵۲	۰/۱۴۳	۱			

		۱	۰/۰۵۹	۰/۰۸۴	۰/۲۵۸ **	۰/۲۶۲* *	۰/۱۴۵	۰/۲۷۸* *	اختلال در کارکرد اجتماعی
	۱	-۰/۰۹۹	۰/۰۵۲	۰/۱۲۹	۰/۳۸۳ **	۰/۲۸۸* *	۰/۳۰۸**	۰/۳۴۷* *	علائم افسردگی
۱	۰/۴۳۱* *	۰/۴۹۷* *	۰/۴۷۸ **	۰/۷۳۶ **	۰/۴۰۸ **	۰/۳۴۰* *	۰/۱۸۵	۰/۳۵۴* *	سلامت روان کلی

*ضریب همبستگی در سطح ۰،۰۵ معنی دار است. **ضریب همبستگی در سطح ۰،۰۱ معنی دار است.

ضرایب همبستگی که سطح معنی داری آن ها از ۰،۰۵ بزرگتر است به لحاظ آماری معنی دار نیستند. ضرایبی که سطح معنی داری آن ها از ۰،۰۵ کوچکتر است، در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار بوده و ضرایبی که سطح معنی داری آن ها از ۰،۰۱ کوچکتر است، در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار می باشند.

همان طور که در جدول (۸) نشان داده شده است، از سه بعد نقص توجه، دو بعد کاستی توجه و بعد ترکیبی با سلامت روان کلی رابطه معناداری دارند. تنها بعد تکانشگری غالب با سلامت روان کلی رابطه معنی داری ندارد. بعد کاستی توجه با ابعاد اختلال در کارکرد اجتماعی ($r=0/278$) و علائم افسردگی ($r=0/347$) رابطه معناداری دارد.

رابطه بعد تکانشگری غالب، تنها با بعد علائم افسردگی ($r=0/308$) معنادار است. بعد ترکیبی نیز با ابعاد اختلال در کارکرد اجتماعی ($r=0/262$) و علائم افسردگی ($r=0/288$) رابطه معناداری دارد. همچنین از چهار بعد سلامت روان، تنها دو بعد اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی با نقص توجه کلی رابطه معناداری دارند. همچنین دو بعد علائم جسمانی و علائم اضطرابی، با نقص توجه کلی رابطه معناداری ندارند. بعد علائم افسردگی، با ابعاد کاستی توجه ($r=0/278$) و ترکیبی ($r=0/262$) رابطه معناداری دارد. همچنین بعد علائم افسردگی با ابعاد کاستی توجه ($r=0/347$)، تکانشگری غالب ($r=0/308$)، و ترکیبی ($r=0/288$) رابطه معناداری دارد.

نتیجه گیری

یافته های حاصل از توصیف داده های مرتبط با شاخصهای مرکزی و پراکندگی خرده مقیاسها و کل پرسشنامه سلامت روان نشان داد که خرده مقیاس «علائم افسردگی» دارای بیشترین میانگین ($17/43$)، خرده مقیاس «علائم جسمانی» دارای بیشترین انحراف معیار ($3/97$) و خرده مقیاس «علائم اختلال در کارکرد اجتماعی» دارای کمترین میانگین ($16/43$) و انحراف معیار ($3/46$) می باشند.

یافته های مرتبط با متغیر جنسیت نشان داد که ۶۱ درصد پاسخ دهندگان مرد و ۳۹ نیز زن بوده اند.

یافته های حاصل از توصیف داده های مرتبط با شاخصهای مرکزی و پراکندگی خرده مقیاسها و کل پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان نشان داد که خرده مقیاس « کاستی توجه » دارای بیشترین میانگین (۲۸/۶۸) و انحراف معیار (۵/۶۳) و خرده مقیاس « بیش فعالی - تکانشگری غالب » دارای کمترین میانگین (۱۳/۹۷) و انحراف معیار (۱۰/۵۱) می باشد.

اختلال نقص توجه - بیش فعالی کودکان در سطح اطمینان ۹۵ درصد بر سلامت روان مادران تأثیر معنادار و مثبت دارد؛ بنابراین فرضیه اصلی پژوهش معنادار می باشد و تأیید می شود. بدین معنا که با افزایش نقص توجه - بیش فعالی در فرزندان، سطح سلامت روان مادران آنها نیز افزایش می یابد (نمره در تست کاهش می یابد). لذا فرضیه تحقیق تأیید می شود.

با توجه به درصد های به دست آمده از آزمون Z برای تفاوت نسبتها در دو جامعه Z مستقل مشاهده شده، برای اختلال کاستی توجه ۲/۷۵ به دست آمد و بدین معناست که بین نسبت های این اختلال در دانش آموزان دارای مادران بی سواد و دانش آموزان با مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر، تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به بیان دیگر نسبت دانش آموزان دارای این اختلال رفتاری که مادران بی سواد دارند، نسبت به دانش آموزانی که مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. در مورد اختلال بیش فعالی تکانشگری، Z مشاهده شده ۲/۲۸ است و بنابراین، تفاوت معنی داری بین نسبت های این اختلال با توجه به تحصیلات مادر وجود دارد؛ به عبارتی نسبت دانش آموزان دارای این اختلال رفتاری که مادران بی سواد دارند، نسبت به دانش آموزانی که مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. در مورد اختلال نوع ترکیبی Z مشاهده شده ۲/۱۳ است و بنابراین تفاوت معنی داری بین نسبت های این اختلال با توجه به تحصیلات مادر وجود دارد؛ به بیان دیگر، نسبت دانش آموزان دارای این اختلال رفتاری که مادران بیسوادی دارند، نسبت به دانش آموزانی که مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند، بیشتر است. به نظر می رسد که سطح تحصیلات مادر در بروز اختلالهای رفتاری در فرزندان مؤثر است که این تأثیر می تواند ناشی از اطلاعات مادر با تحصیلات بالاتر نسبت به نحوه رفتار صحیح تر با فرزندان باشد. بنابراین فرضیه فرعی اول پژوهش معنادار می باشد و تأیید می شود. از جمله نتایج تحقیق این بود که آشکار شد که تحصیلات مادر در بروز اختلالهای رفتاری نقش مهم و مؤثری دارد؛ بدین معنی که مادران دارای تحصیلات بیشتر، کودکانی با مشکلات عاطفی و رفتاری کمتر دارند و اختلال کاستی توجه و بیش فعالی با کاهش سواد والدین، افزایش می یابد. علاوه بر این، از یافته های موجود در پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گیری نمود که اکثر کودکان دارای بیش فعالی بررسی شده در این پژوهش متعلق به طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین بوده اند. به عبارت دیگر، کودکانی که والدینشان از سطح سواد و درآمد پایین تری برخوردار بودند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال بیش فعالی قرار داشتند. با توجه به اینکه در ایران سواد و تحصیلات والدین می تواند شاخصی از طبقه اقتصادی و اجتماعی باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که دانش آموزان

متعلق به طبقات اقتصادی اجتماعی پایین در مقایسه با دانش آموزان متعلق به طبقات اقتصادی بالاتر، مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتری دارند؛ بنابراین شاید بتوان نتیجه گرفت که شیوع اختلالهای رفتاری در طبقات اقتصادی اجتماعی پایین جامعه، بیشتر است.

در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین بعد کاستی توجه و بیش فعالی- تکانشگری غالب دانش آموزان پسر و دختر تفاوت معناداری وجود دارد. پس از مقایسه میانگین های مربوطه با اطمینان ۹۵٪ دریافتیم که بعد کاستی توجه و بیش فعالی- تکانشگری غالب دانش آموزان پسر در مقایسه با دانشجویان دختر بیشتر بوده، ولی در بعد ترکیبی، میانگین دانش آموزان دختر بیشتر از دانش آموزان پسر است. بنابراین فرضیه فرعی دوم پژوهش معنادار می باشد و تأیید می شود.

شیوع بیشتر اختلالهای رفتاری در بین پسران می تواند ناشی از این باشد که به طور کلی پسرها نسبت به دخترها از نظر زیستی، آسیب پذیرتر هستند. از همان دوره جنینی میزان مرگ و میر در پسرها، نسبت به دخترها بیشتر است و به نظر می رسد بیماریهای جدی، تغذیه نادرست و فقر در آنان تأثیر بیشتری می گذارد (افروز، ۱۳۸۵). با وجود این، اختلافهایی که در پرورش این گروه در اجتماع وجود دارد، در مورد اختلالهای مربوط به جنسیت نیز بی تأثیر نیست؛ برای مثال، تردیدی نیست که پرخاشگری در پسران سهل تر پذیرفته می شود تا در دختران (افروز، ۱۳۸۴). در هر حال شواهدی موجود است که نشان می دهد درجه شیوع بالاتر اختلال های رفتاری نزد پسران را می توان ناشی از این دانست که کج رویهای پسران بیشتر شنیده می شود. مادران انتظار دارند که گرفتاریهای پسران از دختران طولانی تر شود. معلمان و والدین نسبت به تحرک بیش از حد، ناپایداری، حواسپرتی، نفاق و از هم گسیختگی پسران، تاب تحمل کمتری دارند. در همین حال، امکان دارد تحمل بزرگسالان نسبت به کارهای پسران به این علت کمتر باشد که اداره کردن پسران از بدو زندگیشان مشکلتر بوده است و امکان دارد که ویژگیهای زیست شناسی با پرورشها و انتظارات اجتماعی در هم آمیزند. در نتیجه، می توان آنها را نشان دهنده بحرانهای زودگذر رشد دانست. این نتیجه گیری زمانی تقویت می شود که می بینیم بسیاری از مسائل دوران کودکی بدون درمان فرو می نشیند (نلسون، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۲).

در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین مؤلفه های اختلال نقص توجه و بیش فعالی کودکان و مؤلفه های سلامت روان مادران آنها رابطه معنی داری وجود دارد. از سه بعد نقص توجه، دو بعد کاستی توجه و بعد ترکیبی با سلامت روان کلی رابطه معناداری دارند. تنها بعد تکانشگری غالب با سلامت روان کلی رابطه معنی داری ندارد. بعد کاستی توجه با ابعاد اختلال در کارکرد اجتماعی ($r=0/278$) و علائم افسردگی ($r=0/347$) رابطه معناداری دارد. رابطه بعد تکانشگری غالب، تنها با بعد علائم افسردگی ($r=0/308$) معنادار است. بعد ترکیبی نیز با ابعاد اختلال در کارکرد اجتماعی ($r=0/262$) و علائم افسردگی ($r=0/288$) رابطه معناداری دارد. همچنین از چهار بعد سلامت روان، تنها دو بعد اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم

افسردگی با نقص توجه کلی رابطه معناداری دارند. همچنین دو بعد علائم جسمانی و علائم اضطرابی، با نقص توجه کلی رابطه معناداری ندارند. بعد علائم افسردگی، با ابعاد کاستی توجه ($r=0/278$) و ترکیبی ($r=0/262$) رابطه معناداری دارد. همچنین بعد علائم افسردگی با ابعاد کاستی توجه ($r=0/347$)، تکانشگری غالب ($r=0/308$)، و ترکیبی ($r=0/288$) رابطه معناداری دارد.

تقدیر و تشکر:

«من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق»

خدای را بسی شاکرم که از روی کرم، پدر و مادری فداکار نصیبم ساخته تا بر درخت پر بار وجودشان تکیه دهم و از ریشه آنها شاخ و برگ گیرم و از سایه وجودشان در راه کسب علم و دانش تلاش نمایم. والدینی که بودندشان تاج افتخاری است بر سرم و نامشان دلیلی است بر بودنم، چرا که این دو وجود، پس از پروردگار، مایه هستی‌ام بوده‌اند دست مرا گرفتند و راه رفتن را در این وادی زندگی پر از فراز و نشیب آموختند. بدین وسیله از همکاری مدیرپیش دبستانی های شکوفه سرکارخانم حیدری و پیش دبستانی گل‌های بهار خانم دمیا و اداره آموزش و پرورش شهرستان چرام و والدین دانش آموزانی که در اجرای این طرح شرکت کردند و تلاش و همکاری نمودند صمیمانه قدردانی و تشکر می شود.

1. John F. We are people first: The social and emotional lives of individuals with mental retardation. London: Quorum; 1994.
2. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. New York : Basic Books.
۳. Matos PM, Barlbosa S, Almeida HM, Costa ME. Parental attachment and identity in Portuguese late adolescents. J Adolesc. 1999;22:805-18.
۴. ملک خسروی، غفار (۱۳۸۲). کارکرد خانواده در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - نقص توجه، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۵. شعبانی، مینا؛ یادگاری، امیر (۱۳۸۴). بررسی شیوع اختلالات بیش فعالی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر زنجان، مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۳، شماره ۵۱.
۶. Lechner- Dua L. The effectiveness of Russell A. Barkley's parent training program on parents with school-aged children who have ADHD on their perceived severity of AHD, Stress, an sense of competence. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of psychology Hofstra university, 2001.
۷. Carr. A. (1999). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach. London: Routledge.
۸. Barkley, R. A. (2006). Attention deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for ..diagnosis and treatment (3rd ed.). New York: Guilford Press.
۹. McCormick LH. Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Fam Med 1995; 27(3): 176-179.
۱۰. Shin DW, Stein MA. Maternal depression predicts maternal use of corporal punishment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Yonsei Med J 2008; ۴۹(۴): ۵۷۳-۵۸۰.
۱۱. شهیم، سیمای مهر انگیز، لیلیا و یوسفی فریده (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه - بیش فعالی در کودکان دبستانی، مجله بیماریهای کودکان ایران، دوره ۱۷، ویژه نامه ۲.
۱۲. Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE, Pelham WE, Swanson JM, Wigal T, et al. Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. J Abnorm Child Psychol 2007; 35(5): 705-714
<http://www.khabaronline.ir/news-38916.aspx>13.
۱۴. McCormick LH. Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Fam Med 1995; 27(3): 176-179.

۱۵. Lee SJ, Kwon JH, Lee YJ. Personality characteristics of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder as assessed by the Minnesota multiphasic personality inventory. *Psychiatry Investig* 2008; 5(4): 228-231.
۱۶. Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE, Pelham WE, Swanson JM, Wigal T, et al. Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35(5): 705-714.
۱۷. 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.
۱۸. worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2(2):104-113.
۱۹. Kaplan & sadok. *Synopsis of Psychiatry*. 10th Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J, (2003). ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2007.
۲۰. علی بخشی، سیده زهرا؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ زارع، حسین؛ و بهزادی پور، ساره (۱۳۹۰). اثربخشی تحول راهبرد خودنظم دهی بر عملکرد نوشتن دانش آموزان دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی، فصلنامه روانشناسی کاربردی، تابستان، ۵ (۲) پیاپی، ۱۸).