

The effect of resilience and psychological hardiness on mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Masood Sadeghi, Ph.D.

Academic member, University of Lorestan, Iran

Tahereh Rahimpour, Ph.D Student

Psychology, University of Lorestan, Iran

Hossein Alimohammadi, Ph.D student

Psychology, University of Imam Reza, Iran

تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه

مسعود صادقی

عضو هیأت علمی دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

طاهره رحیمی‌پور*

دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، لرستان، ایران

حسین علیمحمدی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی - ورزش، دانشگاه امام رضا (ع)، مشهد، ایران

Abstract

The goal of the study was to investigate the effect of resilience and psychological hardiness on mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and to determine the contribution of each of the predicting variables in predicting mental health. The statistical population of this descriptive-correlation study included all the mothers who consecutively referred to the child and adolescent psychiatric clinics of shahid Modares, Noor, Farabi & shahid Rajai hospitals in Isfahan city that had at least one child with clinically diagnosed ADHD, aged between 6 to 12 years old. 141 mothers were selected through convenience sampling method. Research tools included the questionnaire of Goldberg & Hillier's General Health (1979), Connor & Davidson's resilience (2003) and Kobasa's Hardiness (1982). Stepwise multiple regression analysis used for statistical analysis. The research results showed that hardiness and resilience were able to predict mental health significantly ($p < 0.001$). In this research resilience was the best predictor of mental health. The findings indicate that hardiness and resilience are important and fundamental in the preservation and promotion of mental health in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The two mentioned variables are able to explain the high rate of mental health variation and considering them in mental health is essential.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), resilience, psychological hardiness, mental health, mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی بر سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه و تعیین وزن هر یک از این متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در پیش‌بینی سلامت روان بود. جامعه آماری تمامی مادران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان‌های شهید مدرس، نور، فارابی و شهید رجایی شهر اصفهان که دارای حداقل یک کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه در سنین ۶-۱۲ بودند را شامل می‌شد. نمونه آماری ۱۴۱ نفر از این مادران بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹)، تاب‌آوری (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳) و سخت‌رویی (کوباسا، ۱۹۸۲) را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون چندگانه از نوع گام‌به‌گام انجام شد. بر اساس نتایج، تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی توان پیش‌بینی معنی‌دار سلامت روان را دارند ($p < 0.001$). در این پژوهش، تاب‌آوری بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان بود. یافته‌های پژوهش گویای اصالت و اهمیت سرسختی و تاب‌آوری در حفظ و ارتقاء سلامت روان بود. دو متغیر یادشده می‌توانند میزان بالایی از تغییرپذیری سلامت روان را تبیین نمایند. در نتیجه توجه به آن‌ها در بهداشت روانی افراد ضروری است.

واژه‌های کلیدی: اختلال بیش‌فعالی، کمبود توجه، تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی، سلامت روان، مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، کمبود توجه.

مقدمه

از میان انواع اختلالات دوره کودکی، اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه^۱، به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در دوره کودکی قبل از ۷ سالگی تشخیص داده می‌شود و حدوداً ۵ تا ۱۲ درصد کودکان را مبتلا می‌سازد (لوئیس^۲، ۲۰۰۷). مبتلایان به این اختلال از مشکلات نافذ، طولانی‌مدت و شدیدی در سه حوزه توجه، فعالیت و تکانه رنج می‌برند (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۵). این اختلال از دوران کودکی آغاز شده و تا دوره‌های نوجوانی، جوانی و بزرگسالی پیشرفت می‌کند و مشخصه‌هایی همچون بیش‌فعالی یا حرکات اضافی و گاهی سکوت و بی‌حالی و آشفتگی بیش‌ازحد را به دنبال دارد که به‌صورت ناتوانی‌های یادگیری یا اختلالات روحی بروز می‌کنند (علیزاده، ۱۳۸۳).

از طرفی سلامت روان^۴ به معنای توانایی آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن است. به‌عبارت دیگر سلامت روان، آگاهی از درون و احساسات خویش، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله با فشارهای زندگی است. شخص سالم از کار و زندگی خود احساس رضایت دارد و توانایی پیدا می‌کند شرایط سخت را راحت‌تر تحمل کند و در زمینه‌های مختلف زندگی پیشرفت نموده و عملکرد بهتری داشته باشد (میلانی فر، ۱۳۸۲).

تأثیر اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه کودکان بر روی سلامت روان خانواده‌ها کاملاً بارز و مشخص است. در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، تنیدگی والدین، احساس بی‌کفایتی در والدگری، میزان مصرف الکل، محدودیت روابط، تعارض زناشویی، جدایی، طلاق، خشم، افسردگی و انزوا بیشتر است (مش، جانستون، ۲۰۰۱ و مش، جانستون و بارکلی^۵، ۲۰۰۳). شایع‌ترین اختلال‌های روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه به ترتیب شامل اختلال‌های افسردگی (۵۱/۷ درصد)، اختلال‌های اضطرابی (۴۱/۷ درصد) و اختلال وسواسی اجباری (۲۵ درصد) است (حبرانی، بهدانی و علاقبندراد، ۱۳۸۴). نتایج پژوهش‌های دیگر نیز مؤید این

است که سلامت روان والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه به‌مراتب، کمتر از والدین کودکان بهنجار است (رحیم‌زاده، پوراعتماد و سمیعی‌کرانی، ۱۳۸۷ و ملک‌خسروی، ۱۳۸۲).

در این میان تاب‌آوری^۶ به‌عنوان یکی از سازه‌های بهنجار مورد توجه روان‌شناسی مثبت‌نگر، به‌ویژه در عرصه روان‌شناسی سلامت، جایگاه ویژه‌ای یافته است (کمپل-سیلس، کوهان و استین^۷، ۲۰۰۶). این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان افراد جلوگیری می‌کند و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد (پینکارت، ۲۰۰۹). تاب‌آوری عاملی است که در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی به انسان کمک می‌کند (ایزدیان، امیری، جهرمی و حمیدی، ۲۰۱۰)، توانایی سازگاری با درد را افزایش می‌دهد (اسمیت، تولی، مونتاگیو، روینسون کاسپر و پائول، ۲۰۰۹)، افسردگی را کاهش می‌دهد (وایت، درایور و وارن^۸، ۲۰۱۰) و موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود (حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس، ۱۳۹۰). افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند ویژگی‌های شخصیتی دارند که سلامت روان آن‌ها را افزایش می‌دهد (پینکارت، ۲۰۰۹).

گرایش شخصیتی دیگری که در ارتباط با موضوع فشار روانی حائز اهمیت است سخت‌رویی^۹ است. سخت‌رویی که ریشه در فلسفه‌ی وجودی دارد ابتدا توسط کوباسا^{۱۰} (۱۹۷۹)، معرفی و سپس توسط همکارانش گسترش یافت (جمهری، ۱۳۸۰). سخت‌رویی مشتمل بر مجموعه‌ای از ویژگی‌های روان‌شناختی است که با تأثیرگذاری مستقیم بر عملکرد افراد در موقعیت‌های استرس‌زا از بروز واکنش آن‌ها به شرایط یا رویدادهای بالقوه فشارزا جلوگیری کرده (کوباسا، مدی^{۱۱} و کان^{۱۲}، ۱۹۸۲) و نقش بسزایی در سلامت روانی ایفا می‌کند. (وگت^{۱۳}، ریزوی، شپرد و رسیک، ۲۰۰۸؛ هریسون، لویسل، دوکوت و سمنیک^{۱۴}، ۲۰۰۲؛ هیستاد^{۱۵}، اید، لابرگ و بارتون، ۲۰۰۹؛ برووکس، ۲۰۰۳؛ بشارت، ۱۳۸۴؛ جمهری، ۱۳۸۰؛ ویسی، عاطف وحید و رضایی، ۱۳۷۹).

1. attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
3. Sadock & Sadock
5. Mash, Johnston & Barkley
7. Campbell-Sills, Cohan & Stein
9. hardiness
11. Maddi
13. Vogt
15. Hystad

2. Lewis
4. mental health
6. resilience
8. White, Driver & Warren
10. kobasa
12. kahn
14. Harrison, Loisel, Duquette, Semenic

۲. بر اساس میزان سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه می‌توان سلامت روان آن‌ها را پیش‌بینی کرد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

پژوهش با هدف بررسی تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه و تعیین اثر هر یک از این متغیرهای پیش‌بینی‌کننده انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش تمامی مادران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان‌های شهید مدرس، نور، فزایی و شهید رجایی شهر اصفهان که دارای حداقل یک کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سنین ۱۲-۶ سال بودند را در برمی‌گرفت. نمونه آماری شامل ۱۴۱ نفر از این مادران بود که با استفاده از فرمول کوکران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار پاسخ‌دهندگان قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱: پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹)، از ابزارهای غربالگری شناخته‌شده روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود (یعقوبی، نصر اصفهانی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴). این پرسش‌نامه دارای چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. الف: علائم جسمانی ب: علائم اضطرابی ج: کارکرد اجتماعی د: علائم افسردگی. بررسی‌ها نشان داده‌اند که جنس، سن و سطح تحصیلات تأثیر مهمی در این پرسش‌نامه نداشته است (گلدبرگ، گاتر و سارتریوس^۳، ۱۹۹۷). در تمام گزینه‌ها، به جز اختلال در کارکرد اجتماعی، درجات پایین نشان‌دهنده سلامت و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و ناراحتی در فرد است (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). پایایی این آزمون در پژوهش غضنفری و قدم‌پور (۱۳۸۷)، با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۸ محاسبه شده است. در این پژوهش نیز با

اگرچه مطالعات انجام‌شده در زمینه سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری بیانگر این است که این سازه‌ها از جمله منابع درون فردی هستند که با تأثیرگذاری مستقیم بر عملکرد افراد در موقعیت‌های استرس‌زا، می‌توانند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آن‌ها را تعدیل نموده و به سلامت روان افراد کمک نمایند (جوزف، ویلیامز و یول، ۱۹۹۷؛ لمبرت، لمبرت، پت رنی و ژانگ، ۲۰۰۷؛ بشارت، صالحی، شاه‌محمدی، نادعلی و زبردست، ۱۳۸۷ و رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۷)؛ اما در ایران پژوهش‌های معدودی در این زمینه انجام شده و یافته‌ها بسیار ابتدایی هستند. از طرفی خانواده به عنوان کانونی که بذر هویت، فرهنگ و شخصیت هر فرد در آن پایه ریزی می‌شود (جوانی، ۱۳۸۹) و هرگونه آسیبی به آن، نسل آینده را از آثار سوء خود مصون نخواهد گذاشت و بهداشت روانی نسل‌های جامعه در گرو تأمین بهداشت روانی خانواده است، به عنوان یک کانون مملو از محبت و آرامش برای تحول در رشد استعدادهاست (کاملی، ۱۳۸۵). علاوه بر این، سطح استرس والدین با شایستگی اجتماعی کودکان ارتباط محسوسی داشته (آنتونی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵) و رابطه مناسب والد-کودک عامل تعیین‌کننده‌ای در تحول کودک و سلامت روانی او در بزرگسالی است (یوشیزومی^۲، موراس، مورکامی و تاکایی، ۲۰۰۷). بنابراین با توجه به میزان شیوع بالای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و روند شدت یافتن آن در طول زمان و تأثیر این اختلال بر تعامل‌های والد-کودک، توجه به مفاهیم و سازه‌های روان‌شناسی مثبت از جمله تاب‌آوری و سخت‌رویی و بالا بردن سطح دانش، مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس والدین می‌تواند گامی مثبت در جهت کمک به بهبود سلامت روان والدین، خانواده و در نتیجه جامعه باشد. بر اساس آنچه گفته شد این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی بر سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه و تعیین وزن این دو متغیر پیش‌بینی‌کننده در پیش‌بینی سلامت روان به دنبال بررسی این فرضیه‌های است:

۱. بر اساس میزان تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه می‌توان سلامت روان آن‌ها را پیش‌بینی کرد.

1. Anthony
3. General Health Questionnaire
5. Goldberg, Gater & Sartorius

2. Yoshizumi
4. Goldberg & Hillier

دادند. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۶ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این مقیاس عبارت‌اند از: ۱- وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم. ۲- حداقل یک نفر هست که رابطه نزدیک و صمیمی ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.

مقیاس سخت‌رویی^۲: مقیاس سخت‌رویی کوباسا (۱۹۸۲)، ابزاری معتبر برای سنجش سخت‌رویی است (بارتون، اورسانو، رایت و اینگراهام^۳، ۱۹۸۹ و ژاندا^۴، ۲۰۰۱). این مقیاس شامل ۵۰ ماده است که آزمودنی در برابر هر ماده بر اساس آنکه این ماده تا چه اندازه درباره او درست است پاسخ خود را در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (از ۰ صحیح نیست تا ۳ کاملاً صحیح است) مشخص می‌نماید (ملک‌زاده، ۱۳۷۹). آزمون دارای سه مؤلفه چالش، تعهد و کنترل است که هر یک به ترتیب ۱۷-۱۶-۱۷ ماده را به خود اختصاص داده‌اند. نمره‌های ۳۹ ماده از آزمون به شکل وارونه در نظر گرفته شده در مجموع یک نمره کلی برای سخت‌رویی و سه نمره برای مؤلفه‌های جداگانه به دست می‌آید (ملک‌زاده، ۱۳۷۹).

کوباسا، مدی و کان (۱۹۸۲)، ضریب همبستگی ۰/۸۵ برای تعهد، ۰/۶۵ برای کنترل و ۰/۷۰ را برای چالش گزارش می‌دهد. این پرسشنامه در ایران توسط قربانی (۱۳۷۳)، ترجمه، روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده و در موارد لازم، اصلاحات به عمل آمده است. در اعتباریابی مقدماتی فرم فارسی مقیاس سخت‌رویی، در مورد سه نمونه از دانشجویان ورزشکاران و بیماران، مشخصه‌های روان‌سنجی آن به شرح زیر گزارش شده است: ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ برای زیر مقیاس تعهد، ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ برای زیر مقیاس کنترل، از ۰/۸۹ تا ۰/۹۵ برای زیر مقیاس مبارزه‌جویی و برای نمره کلی سخت‌رویی ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی نمره‌ها با فاصله دو تا چهار هفته از ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ برای تعهد، از ۰/۸۰ تا ۰/۸۸ برای زیر مقیاس کنترل، از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ برای زیر مقیاس مبارزه‌جویی و از

استفاده از ضریب آلفا پایایی پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد. پژوهش (تقوی، ۱۳۸۰؛ به نقل از رشیدی، ۱۳۸۶)، نیز با استفاده از سه روش «هم‌زمان» «همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل» و «تحلیل از عوامل» به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۷۷/۵۵ تا ۰/۸۷ و ۰/۵۰ را به دست آورد. دو نمونه از سؤالات این پرسش‌نامه عبارت‌اند از: ۱- آیا احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟ ۲- آیا دچار سردردهایی شده‌اید؟

مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون^۱: برای سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، به کار برده شد. کونور و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب‌آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود (محمدی، ۱۳۸۴). مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه‌ی تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره‌ی تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره‌ی وی صد است. (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷).

این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴)، هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه‌ی همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳ ضرایب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه‌ی ماتریس همبستگی گویه‌ها، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی‌دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان

برای بررسی سطح معنی‌داری، از تحلیل رگرسیون چندگانه از نوع گام‌به‌گام استفاده شد. بر پایه یافته‌های ارائه شده در جدول ۱، ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان داد که متغیرهای تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی می‌توانند سلامت روان را به گونه‌ای معنی‌دار پیش‌بینی کنند. وزن تاب‌آوری ($B=0/661$ و $t=10/873$ و $p<0/001$) نشان می‌دهد که می‌تواند در کنار متغیر سرسختی روان‌شناختی تغییرات مربوط به سلامت روان نمونه پژوهشی را تبیین نماید که در صورت تعمیم نمونه موردبررسی به جامعه اصلی وزن تاب‌آوری ($Beta=0/621$) خواهد بود. درنهایت این‌که هر چه تاب‌آوری فرد بالاتر باشد سلامت روان او افزایش می‌یابد؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. به عبارتی می‌توان گفت بر اساس میزان تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه می‌توان سلامت روان آن‌ها را پیش‌بینی کرد.

همچنین وزن سرسختی روان‌شناختی ($B=0/160$ و $t=5/299$ و $p<0/001$) نشان می‌دهد که این متغیر می‌تواند در کنار متغیر تاب‌آوری تغییرات مربوط به سلامت روان نمونه پژوهشی را تبیین نماید که در صورت تعمیم نمونه موردبررسی به جامعه اصلی، وزن سرسختی روان‌شناختی ($Beta=0/303$) خواهد بود. درنهایت این‌که هر چه سخت‌رویی فرد بالاتر باشد، سلامت روان او افزایش می‌یابد؛ بنابراین فرضیه دوم پژوهش که «بر اساس میزان سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه می‌توان سلامت روان آن‌ها را پیش‌بینی کرد» نیز تأیید می‌شود.

۰/۸ تا ۰/۸۸ برای نمره کل سخت‌رویی محاسبه شد که نشانه پایایی بازمی‌آزمایی کافی برای مقیاس است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی علاوه بر عامل کلی سخت‌رویی، وجود سه عامل تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی را تأیید کردند (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷). در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۲ برای مؤلفه تعهد، ۰/۷۱ برای مؤلفه کنترل، ۰/۵۶ برای مؤلفه چالش و ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۸ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این مقیاس به این شرح است:

۱. اغلب روزها با شوق از خواب بیدار می‌شوم تا زندگی‌ام را از جایی که در روز قبل ناتمام مانده است ادامه دهم.
۲. در کارم تنوع و گوناگونی فراوان را دوست دارم.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

ابتدا پژوهشگر، طی یک جلسه توجیهی آموزش‌های لازم را به افراد نمونه داد تا هم با هدف پژوهش آشنا شوند و هم انگیزه آن‌ها برای همکاری در انجام پژوهش افزایش یابد. سپس پرسشنامه‌های سخت‌رویی کوباسا (۱۹۸۲)، تاب‌آوری کونور و دیوید سون (۲۰۰۳) و سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، بر روی تمامی افراد نمونه اجرا شد. پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون چندگانه^۱ از نوع گام‌به‌گام به وسیله نرم‌افزار spss انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ نتایج رگرسیون گام‌به‌گام تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه ارائه گردیده است.

جدول ۱. نتایج رگرسیون گام‌به‌گام سلامت روان با استفاده از متغیرهای پیش‌بین (تاب‌آوری و سخت‌رویی) در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	فراوانی	ضریب رگرسیون	ضریب استاندارد رگرسیون	t	سطح معنی‌داری
$\frac{t}{n}$	تاب‌آوری	۰/۸۲۶	۰/۶۸۲	۱۴۷/۸۶۰	۰/۶۶۱	۰/۶۲۱	*۱۰/۸۷۳	۰/۰۰۱
	سخت‌رویی				۰/۱۶۰	۰/۳۰۳	*۵/۲۹۹	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش بررسی تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه و تعیین وزن هر یک از این متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در پیش‌بینی سلامت روان بود. نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که دو متغیر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی می‌توانند سلامت روان را به‌گونه‌ای معنی‌دار پیش‌بینی کنند. یافته‌های پژوهش در مورد تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روان با پژوهش‌های (پینکارت، ۲۰۰۹)، (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹)، (ایزدیان و همکاران، ۲۰۱۰)، (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷)، (رحیمیان بوگر و همکاران، ۱۳۸۷) و (حق رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰)، همسو است. این پژوهش‌ها گویای آن هستند که تاب‌آوری، به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی بر سلامت روان تأثیر دارد، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های روانی پیشگیری می‌کند.

در تبیین نتایج حاصل از پژوهش می‌توان گفت افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان خود را حفظ کرده و دارای سازگاری روان‌شناختی هستند به‌طوری‌که در برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی، با تسلط بر افکار، هیجانات و رفتار خود، آمادگی لازم برای مقابله با چالش‌های زندگی را به دست می‌آورند؛ به عبارتی تاب‌آوری، باعث مقاوم شدن شخصیت، افزایش بینش و مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط مؤثر با محیط اطراف و دیگران می‌گردد.

ولف (۱۹۹۵)، در زمینه تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان، بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که موجب ارتقاء سلامت روان می‌گردند، از جمله توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد. تاب‌آوری، عامل توانمندی افراد در راستای تغییر پیامدهای پیش‌آمدهای ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی آن‌ها است (ماستن^۱، ۲۰۰۱). توگاد و فردریکسون^۲ (۲۰۰۴) و کارل و چسین^۳ (۲۰۰۴) بر این باورند که سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت‌سرنهاندن

تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. در نتیجه حوادث ناگوار کم‌اثر یا بی‌اثر شده و سلامت روان حفظ می‌گردد (فریرگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). یافته‌های پژوهش در مورد تأثیر سرسختی روان‌شناختی بر سلامت روان در راستای پژوهش‌های (برووکس، ۲۰۰۳؛ وگت و همکاران، ۲۰۰۸؛ هریسون و همکاران، ۲۰۰۲؛ هیستاد و همکاران، ۲۰۰۹؛ بشارت، ۱۳۸۴؛ ویسی و همکاران، ۱۳۷۹ و جمهری، ۱۳۸۰)، است. بر اساس نتایج این پژوهش‌ها، افزایش سرسختی روان‌شناختی نقش مؤثری در سازگاری روان‌شناختی داشته و موجب بهبود و ارتقای سلامت روانی افراد می‌شود.

تارتاسکی^۵ (۱۹۹۳) معتقد است سرسختی روان‌شناختی توان افراد را برای مقابله با مشکلات بالا می‌برد. در تبیین تأثیر سرسختی بر سلامت روان، (کوباسا، ۱۹۷۹؛ ویب، ۱۹۹۱ و مدی، کان و مدی، ۱۹۹۸)، بر این باورند که سخت‌رویی به‌عنوان سپری در مقابل استرس در موقعیت‌های مختلف زندگی عمل می‌کند و به افراد در رویارویی با استرس کمک می‌کند. سرسختی روان‌شناختی، توانایی افراد را به کنترل موقعیت، تعهد به وظایف و رویارویی با پیشامدها بیشتر می‌کند (کوباسا، ۱۹۷۹) و راه‌های مناسب برای رسیدن به هدف را به‌خوبی شناسایی و انتخاب کند (ژاندا^۶، ۲۰۰۱). همچنین به باور کینگ و همکاران (۱۹۹۸) افراد سخت‌رو موقعیت‌های ناگوار را چالش‌انگیز ارزیابی می‌کنند تا تهدیدکننده، حس تعهد بیشتری از کنترل در مورد زندگی خود را تجربه کرده و عوامل فشارزا را به‌عنوان فرصت‌های بالقوه برای تغییر می‌بینند، در نتیجه سلامت روان خود را حفظ می‌کنند. یافته‌های پژوهش گویای اهمیت سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری در حفظ و ارتقای سلامت روان است؛ به عبارتی این دو متغیر در کاهش استرس‌های والدینی و در نتیجه بهبود تعامل والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان نقش بسیاری دارند. بر این اساس می‌توان به پیامد عملی پژوهش اشاره کرد بدین‌صورت که با آموزش مهارت‌های مناسب و کارآمد با هدف افزایش سطح تاب‌آوری و سخت‌رویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه به بهبود سلامت خانواده و جامعه

1. Masten
3. Carle & chassion
5. Tartasky

2. Tugade & fredrickson
4. Friborg
6. Janda

توجه و فزون کنشی و پیشنهاد شیوه‌های مداخله‌گرایانه، مجله روان‌شناسان ایرانی، ۱۶ (۴)، ۳۶۵-۳۵۵.

رحیمیان بوگر، ا و اصغر نژاد فرید، ع.ا. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴ (۱)، ۷۰-۶۲.

رشیدی، ف. (۱۳۸۶). بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی و کم‌رویی با سلامت روان دانش‌آموزان دختر پایه سوم دوره دبیرستان شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد رودهن.

غضنفری، ف و قدم پور، ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم‌آباد، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۰ (۳۷)، ۵۴-۴۷.

غلامی، ع و بشلیده، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱ (۳)، ۳۴۸-۳۳۱.

قربانی، ن. (۱۳۷۳). ارتباط سخت‌رویی، الگوی رفتاری تیپ A و رفتار مستعد بیماری‌های کرونری (تیپ B)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.

کاملی، م.ج. (۱۳۸۵). بررسی علل و عوامل مؤثر در بروز آسیب اجتماعی طلاق در جامعه ایران با توجه به آمار و اسناد، مجله دانش اجتماعی، ۹ (۳)، ۱۹۸-۱۸۰.

علیزاده، ح. (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی: ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان، تهران: رشد.

محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد، رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

ملک خسروی، غ. (۱۳۸۲). کارکرد خانواده در کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

ملک‌زاده نقصانی، پ. (۱۳۷۹). مقایسه سخت‌رویی دانشجویان رشته علوم انسانی، فنی مهندسی و علوم پایه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.

میلانی فر، ب. (۱۳۸۲). بهداشت روانی، تهران: نشر قومس.

ویسی، م؛ عاطف وحید، م.ک و رضایی، م. (۱۳۷۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی و سلامت روان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۶ (۲ و ۳)، ۷۹-۷۰.

یعقوبی، ن؛ نصر اصفهانی، م و شاه‌محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا گیلان، مجله اندیشه و رفتار، ۱ (۴)، ۶۴-۵۵.

کمک نمود. در نتیجه توجه به افزایش تاب‌آوری و سخت‌رویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه در ارتقای بهداشت روانی آنان مؤثر است. همچنین یافته‌های تحقیق نشان داد که تاب‌آوری و سرسختی توان پیش‌بینی معنی‌دار سلامت روان را دارند و تاب‌آوری بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان بود؛ به عبارت دیگر یافته‌های پژوهش گویای اصالت و اهمیت تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی در حفظ و ارتقای سلامت روان بود و دو متغیر یادشده می‌توانند میزان بالایی از تغییرپذیری سلامت روان را تبیین نمایند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به زیاد بودن شمار پرسش‌های پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد که به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید و می‌توانست بر میزان دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان اثر بگذارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی پرسش‌نامه‌های دارای فرم کوتاه به کاربرده شود. همچنین با توجه به اندک بودن بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری در جوامع آماری مختلف انجام شود.

منابع

بشارت، م.ع. (۱۳۸۴). رابطه سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی دانشجویان ورزشکار، مجله المپیک، ۳۰، ۱۳۳-۱۲۳.

بشارت، م.ع؛ صالحی، م؛ شاه‌محمدی، خ؛ نادعلی، ح و زبردست، ع. (۱۳۸۷). رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران، مجله روان‌شناسی معاصر، ۳ (۲)، ۴۹-۳۸.

جمهری، ف. (۱۳۸۰). ارتباط بین سخت‌رویی و گرایش به افسردگی و اضطراب، بین زنان و مردان دانشجوی شهر تهران، رساله دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، جوانی، ح. (۱۳۸۹). تأثیر آموزه‌های عرفانی اسلامی بر نهاد خانواده، مجله اسلام‌پژوهی، ۱۱۰، ۸۵-۴۰.

حیرانی، پ؛ بهدانی، ف و علاقبند راد، ج. (۱۳۸۴). ارتباط خانوادگی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه با اختلال افسردگی اساسی در مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌پزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد در نیمه دوم سال ۱۳۸۲، مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۲ (۷)، ۳۶-۳۱.

حق رنجبر، ف؛ کاکاوند، ع؛ برجعلی، ا و برماس، ح. (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی حامد، مجله سلامت و روان‌شناسی، ۱ (۱)، ۱۸۷-۱۷۷.

رحیم‌زاده، س؛ پورا اعتماد، ح. ر و سمیعی کرانی، ص. (۱۳۸۷). ارزیابی سلامت روانی والدین کودکان واجد اختلال نارسایی

- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 42 (1).168-77.
- Lambert V.A, Lambert C.E, Petrini M, Li XM, Zhang Y.J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing and Health Sciences Journal*. 9 (2).120-6.
- Lewis A. (2007). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 430-54.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 30.1-8.
- Maddi, S. R. Khan, S. & Maddi, K. L. (1998). The effectiveness of hardiness training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 50. 78-86.
- Mash, E.J. Johnston, C. (2001). Families of children with attention deficit / hyperactivity disorder: Review and recommendation for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 4.183-207.
- Mash, E.J. Johnston & Barkley. (2003). *Child Psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*. 56. 227-238.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Sadock B.J & Sadock V.A. (2005). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry and behavioral sciences*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 3183-98.
- Smith, B.W, Tooley, E.M, Montague, E.Q Robinson, A.E Cosper, C.J and Paul G. M. (2009). The Role of Resilience and Purpose in Life in Habituation to Heat and Pain. *The Journal or Pain*. 10.5.493-5.
- Tartasky, D. S. (1993). Hardiness: Conceptual and methodological issues. *Image*. 25. 225-229.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*. 86. 320-333.
- White, B. Driver, S. Warren, A.M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. Department of kinesiology health promotion and recreation. University of north Texas. *Rehabilitation psychology*. 55.23-32.
- Wiebe, D. J, (1991). Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 60. 89-99.
- Vogt D.S, Rizvi S.L, Shipherd J.C & Resick P.A. (2008). Longitudinal investigation of reciprocal relationship between stress reactions and hardiness. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 34(1).61-73.
- Wolff S. (1995). The concept of resilience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 29.565-74.
- Yoshizumi, T. Murase, S. Murakami, T. Takai, J. (2007). Dissociation as a mediator between perceived paternal rearing styles and depression in an adult community population using college students. *Personality and Individual Differences*. 43(2). 353-364.
- Anthony, L.G. Anthony, B.J. Glanville, D.N. Naiman, D.Q. Waanders. C. & Shaffer, S. (2005). The Relationships between Parenting Stress, Parenting Behaviour and Preschoolers' Social Competence and Behaviour Problems in the Classroom. *Infant and Child Development*. 14.133-154.
- Bartone, P. Ursano, R. J. Wright, K. M. & Ingraham, L. H. (1989). The impact of a Military Air Disaster on the Health of Assistance Workers. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 177.317-328.
- Baumeister, R. & Kathleen D. U. (2004). *Handbook of self-regulation research, theory and applications*. New York: The Guilford press.
- Brooks M.V. (2003). Health-related hardiness and chronic illness. *Nursing Forum*. 38. 11-20.
- Campbell-Sills, L. Cohan, S. L. & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*. 44.585-599.
- Carle, A. C. & Chassin, L. (2004). Resilience in a community sample of children of alcoholics: its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect. *Journal of applied development psychology*. 25. 577-596.
- Connor, M. K, & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISK). *Depression and Anxiety*. 18. 76-82.
- Friborg, O. Hjemdal, O. Rosenvinge, O. H. Martinussen, M. Aslaksen, M. & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 61. 213-219.
- Goldberg, D. P. Gater, R. & Sartorius, N. (1997). The validity of two version of GHQ in the study of mental illness. *Psychological Medicine*. 27. 191-197.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 9. 131-145.
- Harrison M, Loisselle CG, Duquette yA, Semenic S.E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (6):584-91.
- Hystad S.W, Eid J, Laberg J.C, Bartone P.T. (2009). Academic stress and health: exploring the moderating role of personality hardiness. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 53.421-9.
- Izadian N, Amiri M, Jahromi R, Hamidi SH. (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. *Proscena -Social and Behavioral Sciences*. 5. 1515-19.
- Janda, L. (2001). *The psychologist's book of personality tests*. New York: Wiley.
- Joseph, S. Williams, R. & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: A psychological perspective on PTSD and treatment*. West Sussex: Wiley.
- King, L. A. King, D. W. Keane, T. M. Faribank, J. F. & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74. 420-434.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 37(1). 1-11.