

POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI I SUBIEKTYWNA JAKOŚĆ ŻYCIA U CHŁOPCÓW Z ADHD W WIEKU WCZESNOSZKOLNYM

Natalia Książd-Gołębiowska¹, Maria Oleś²

SELF EFFICACY AND SUBJECTIVE QUALITY OF LIFE IN BOYS WITH ADHD
IN EARLY SCHOOL AGE

Summary. The aim of this study was to analyze self-efficacy and subjective quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The research was conducted on 30 boys with diagnosis of ADHD according to ICD-10 criteria, compared to a second group – 30 healthy boys. This case-control study included 9 to 12 years old children. The main hypothesis of the research study concerned the differences between various groups and the relationships between variables. It was postulated that: 1) boys with ADHD presented significantly lower level of self-efficacy and subjective quality of life; 2) there was a positive correlation between self-efficacy and subjective quality of life. The results of the present study confirmed assumptions that boys with attention deficit hyperactivity disorder, compared with healthy boys, demonstrate in some aspects, lower subjective quality of life and lower belief in one's capabilities. Furthermore there was interested that self-efficacy correlated with subjective quality of life only in one dimension. Present results have important implications for therapy of ADHD. In therapeutic activities, it will be necessary to implement a form of aid which can strengthen self-efficacy and raise quality and satisfaction of life.

Key words: self efficacy, subjective quality of life, ADHD

¹ Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II (Institute of Psychology, John Paul II Catholic University of Lublin), ORCID: 0000-0002-4139-5032.

² Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II (Institute of Psychology, John Paul II Catholic University of Lublin), ORCID: 0000-0003-1562-4804.

Adres do korespondencji: Natalia Książd-Gołębiowska,
e-mail: natalia-golebiowska@wp.pl

Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi to zaburzenie charakteryzujące się deficytem uwagi, impulsywnością i nadpobudliwością ruchową, które nie ustępują przez ponad sześć miesięcy, a ich nasilenie powoduje znaczne trudności w funkcjonowaniu w najważniejszych obszarach życia (Treuting, Hinshaw, 2001, za: Hanć, 2009, s. 9). Osiowe objawy ADHD mogą wykazywać różnorodne natężenie u danego dziecka. Stąd też według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 możemy mówić o trzech podtypach zespołu nadpobudliwości psychoruchowej: 1) podtypie z przewagą objawów dotyczących zaburzeń koncentracji uwagi; 2) podtypie z przewagą nadruchliwości-impulsywności oraz o najpowszechniejszym 3) podtypie mieszanym – łączącym objawy ze wszystkich sfer: deficytów uwagi, nadruchliwości, impulsywności (American Psychiatric Association, 2013). Niezależnie od tego podziału w działaniach dziecka z ADHD brak jest równowagi między emocjami, funkcjami poznawczymi i aktywnością ruchową. Obserwuje się u niego dezorganizację zachowania, która objawia się poprzez chaotyczność, przerywanie czynności rozpoczętych czy nierównomierne tempo pracy (Mihilewicz, 2010). Między 7. a 10. rokiem życia około 30-50% dzieci z ADHD ujawnia zwykle zachowania określane jako zaburzone, aspołeczne. Ponad 50% ma poważne problemy w kontaktach z rówieśnikami (Barkley, 2009). Wywiera to także wpływ na funkcjonowanie rodziny. Występowanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej powoduje zwiększenie liczby konfliktów w rodzinie (Harrison, Sofronoff, 2002), dezorganizuje relacje między dzieckiem i rodzicami, zwiększa poziom stresu przeżywanego przez rodziców (Johnston, Mash, 2001). Rodzice dzieci z ADHD częściej wykazują negatywne nastawienie do dziecka aniżeli rodzice dzieci, u których nie stwierdzono powyższego zaburzenia (Dąbkowska, 2013).

Z uwagi na rozpowszechnienie zjawiska kwestie nadpobudliwości psychoruchowej stały się przedmiotem licznych publikacji. Przedstawione charakterystyki ADHD obejmują wiele właściwości niesprzyjających samoakceptacji u dzieci z tym zespołem, utrudniających tworzenie pozytywnego obrazu siebie. W związku z powyższym warto zwrócić uwagę na te właściwości psychospołecznego funkcjonowania, które mogą sprzyjać poczuciu jakości życia, jak np. ważne dla prawidłowego rozwoju poczucie własnej skuteczności. Zarówno subiektywna jakość życia, jak i poczucie własnej skuteczności korespondują z podejściem typowym dla psychologii pozytywnej, która skupia się na zasobach, a nie negatywnych stronach funkcjonowania człowieka. Stąd pytanie o poziom i wzajemne powiązania tych zmiennych u dzieci z ADHD.

Poczucie własnej skuteczności a poczucie jakości życia dzieci z ADHD

Bandura (1993, 1997, 2001, 2006) zaznacza, iż samoskuteczność (*self-efficacy*) jest nieodłącznie związana z przekonaniami odnoszącymi się do własnych możliwości jednostki. Jest przeświadczeniem osoby o możliwości skutecznego radzenia sobie w nowych, nieznanymi, a nawet niesprzyjających warunkach, przeświadczeniem, które reguluje funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i motywacyjno-decyzyjne (Bandura, 2006). Poczucie własnej skuteczności odgrywa istotną rolę w osiągnięciu celów i odnoszeniu sukcesów, stąd im jest ono silniejsze, tym większe prawdopodobieństwo poradzenia sobie z zagrażającymi sytuacjami, trudnymi zadaniami czy przeszkodami i porażkami (Bandura, 2007; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Poczucie własnej skuteczności decyduje także o podjęciu działania, wysiłku w nie wkładanym, uczuciach, jakie mu towarzyszą, wytrwałości w dążeniu do celu (Oleś, 2011). Im silniejsze przekonanie o samoskuteczności, tym ambitniejsze cele osoba wybiera i bardziej zaangażuje się w podjęte działanie, nawet w obliczu trudności (Locke, Latham, 1990). W przypadku dzieci poczucie własnej skuteczności ma szczególnie bliski związek z funkcjonowaniem emocjonalnym. Wzrost poczucia własnej skuteczności zmniejsza podatność na lęk, co ma istotne znaczenie w nauce szkolnej (Zimmerman, Bonner, Kovach, 2005), zmniejsza również podatność na depresję, ponieważ niepowodzenia spostrzegane są jako możliwe do przezwyciężenia (Bandura, 1997). Samoskuteczność ma również znaczenie niespecyficzne, wiąże się z mniejszą podatnością na stres i mobilizacją do radzenia sobie z nim (Bandura, 2006). Ponadto, jak wykazano w badaniach, spostrzegana własna skuteczność odgrywa rolę w relacjach z rówieśnikami oraz w komunikacji z rodziną (Bandura, 1998). Pośrednio zapobiega więc rozwojowi negatywnych wzorców zachowań oraz – jak można przypuszczać w przypadku dzieci z ADHD, które są szczególnie narażone na brak sukcesów – zapobiega rozwojowi wtórnych zaburzeń, takich jak np. obniżenie samooceny czy zaburzenie relacji rodzinnych i rówieśniczych. Zaznacza się bowiem, że przekonanie o własnej skuteczności w określonych domenach może wspomagać samoocenę proporcjonalnie do tego, jakie mają one znaczenie dla danej osoby (Zimmerman, 2000; Pastorelli i in., 2001; Maddux, 2002; Bandura, 2006). Niska spostrzegana skuteczność własna może zwiększyć podatność dziecka na odczuwanie smutku i przygnębienia; dochodzi do tego na trzech drogach poprzez: (1) niespełnione aspiracje, (2) wycofanie z relacji z rówieśnikami oraz (3) brak kontroli nad negatywnymi (depresyjnymi) myślami o sobie (Bandura i in., 1999).

W odniesieniu do dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej mało jest badań nad poczuciem własnej skuteczności. Przykładem są badania przeprowadzone przez Tabassam i Grainger (2002), dotyczące poczucia własnej skuteczności w nauce m.in. u dzieci z trudnościami szkolnymi i z ADHD. Uzyskane wyniki

sugerują, że dzieci z ADHD mają istotnie niższy poziom przekonań o własnej skuteczności w nauce w porównaniu z grupą kontrolną. Hanć i Brzezińska (2009) wykazali, że dzieci z wysokim nasileniem symptomów ADHD ujawniają istotnie niższy poziom ogólnego poczucia kompetencji, uzyskują też niskie wyniki w skalach dotyczących wiedzy i umiejętności oraz wiary w sukces w porównaniu z dziećmi z niskim nasileniem symptomów ADHD. Rezultaty uzyskane przez Major, Martinussen i Wiener (2013) wskazały, że jedynie dziewczynki z ADHD mają niższy poziom pewności co do swoich umiejętności samoregulacji oraz niższe poczucie własnej skuteczności w uczeniu się w stosunku do swoich rówieśniczek, natomiast chłopcy z ADHD nie różnią się od swoich rówieśników.

Istnieją też badania wskazujące, iż poczucie jakości życia dzieci z ADHD jest również obniżone. Topolski i in. (2004) wykazali, że młodzież z ADHD prezentuje istotnie niższą jakość życia w porównaniu z grupą kontrolną i porównywalną do grupy z niepełnosprawnością ruchową. Niższa jakość życia wiązała się z dwiema sferami: sferą relacji z innymi ludźmi i sferą „ja” (samoocena). W badaniach prowadzonych przez Escobara i in. (2005) oraz Coghill i in. (2006) wykazano, że dzieci z ADHD mają istotnie obniżoną jakość życia w stosunku do dzieci z grupy kontrolnej i nawet w stosunku do dzieci chronicznie chorych. Pongwilairat i in. (2005) wykazali natomiast, że jakość życia zarówno w ocenie dzieci z ADHD, jak i ich rodziców jest istotnie niższa w porównaniu z jakością życia dzieci z grupy kontrolnej oraz ich rodziców. Co ważne, dzieci z ADHD wykazują istotnie niższą jakość życia w wymiarze fizycznym pomimo bycia fizycznie zdrowymi. Hetchman (2000) także wykazał, że u dzieci z ADHD poczucie jakości życia jest niższe niż w grupie kontrolnej. Podsumowując, większość badań wskazuje na obniżone poczucie jakości życia dzieci z ADHD. Są jednak badania, które ukazują brak różnic w porównaniu z grupą kontrolną. Na przykład Landgraf, Abetz i Ware (1997) oraz Klassen, Miller i Fine (2006) w swoich badaniach wykazali, że jakość życia jest porównywalna u dzieci z ADHD i dzieci zdrowych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, jakość życia ujmowana jest jako „spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i obaw” (WHOQOL Group, 1995, s. 1405). Meeberg (1993) definiuje jakość życia jako poczucie ogólnego zadowolenia z życia, Raphael, Renvick i Brown (1996) podkreślają aspekt zadowolenia z życia w odniesieniu do możliwości dostępnych dla jednostki. Diener, Lucas i Oishi (2002) mówią z kolei, że subiektywna jakość życia wiąże się z poznawczą i emocjonalną ewaluacją własnego życia. Wskaźniki subiektywne odnoszą się zatem do tego, jak człowiek postrzega, doświadcza czy też wartościuje własne życie, jak ocenia stan zaspokojenia potrzeb, realizację celów czy aspiracji (Okła, Steuden, 2006; Oleś, 2010; Trzebiatowski, 2011). Obejmują postawy wobec własnego życia jako całości i zadowolenia płynącego ze specyficznych obszarów funkcjonowania człowieka (Zalewska, 2005) oraz mogą korespon-

dować z takimi zmiennymi, jak samoocena, spostrzegana kontrola lub spostrzegane wsparcie społeczne (Oleś, 2010). Jest to więc, tak jak mówią o tym Diener, Lucas i Oishi, kategoria wiążąca się z aspektem poznawczym i emocjonalnym, w którym osoba jest najważniejszym źródłem danych, na temat tego, jaka jest jej jakość życia (Sęk, 1993; Czerwińska, 2002; Wnuk i in., 2013). Określenie, iż poczucie jakości życia jest doświadczeniem subiektywnym, oznacza zatem, że niekoniecznie musi wiązać się z realnymi osiągnięciami człowieka (Czerwińska, 2002), np. dziecko może nie osiągać najlepszych wyników w nauce, ale jest z nich zadowolone, ponieważ pasują do jego aspiracji. Sytuacje takiej niezgodności (w obie strony) określane są jako paradoks zadowolenia albo niezadowolenia (Sęk, 1993; Straś-Romanowska, 2005).

Poczucie jakości życia rozpatrywane jest w kontekście różnorodnych ujęć teoretycznych. Autorem modelu istotnego z punktu widzenia badań zreferowanych w tym tekście jest Schalock (2000, 2004), wskazujący, iż jakość życia jest zmienną wielowymiarową, ponieważ odnosi się do subiektywnej oceny zadowolenia z różnych obszarów życia. Schalock (2000) podkreśla, że „jakość życia jest koncepcją odzwierciedlającą posiadaną kondycję życiową w stosunku do ośmiu wymiarów: dobry stan emocjonalny, stosunki interpersonalne, dobry stan materialny, rozwój osobisty, dobry stan fizyczny, autonomia, integracja społeczna i prawa jednostki” (s. 122). Istnieją trzy podstawowe czynniki decydujące o jakości życia: życie domowe i społeczne, zajęcia (kompetencje) i funkcjonowanie zdrowotne (Schalock, 1994).

Cel badań

Podjęte badania miały na celu ustalenie, jaki jest poziom poczucia jakości życia i poczucia własnej skuteczności chłopców z ADHD w wieku szkolnym oraz czy i jakie istnieją powiązania między tymi zmiennymi?

Udział samych chłopców w badaniu wynika z faktu, iż diagnoza ADHD jest znacznie częstsza w przypadku płci męskiej. Dane epidemiologiczne wskazują, że rozpoznanie ADHD jest trzykrotnie częstsze u chłopców niż u dziewcząt (Pisula, Wolańczyk, 2005), chociaż istnieją również badania wskazujące na nawet dziewięciokrotnie wyższą częstotliwość tego rozpoznania wśród chłopców niż dziewcząt (Borkowska, 1999).

Biorąc pod uwagę doniesienia literatury, postawiono trzy hipotezy:

- H1: Średni poziom poczucia własnej skuteczności chłopców z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej jest istotnie niższy w porównaniu z grupą kontrolną.
- H2: Średni poziom poczucia jakości życia chłopców z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej jest istotnie niższy w porównaniu z grupą kontrolną.
- H3: Między poczuciem własnej skuteczności a poczuciem jakości życia zachodzi pozytywny związek – dodatnia korelacja o umiarkowanej wartości.

Metoda badań

Osoby badane

Badanie przeprowadzono wśród chłopców w wieku od 9. do 12. roku życia ($M = 10,30$; $SD = 1,08$), uczniów klas III–VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego. Grupę kliniczną stanowili chłopcy z diagnozą ADHD ($N = 30$); grupę kontrolną – ich rówieśnicy dobrani pod kątem wieku i klasy szkolnej nieprzejawiający zaburzeń rozwojowych ($N = 30$). Wszyscy chłopcy z grupy klinicznej objęci byli leczeniem farmakologicznym (metylofenidat lub atomoksetyna). W badaniu udział wzięli jedynie chłopcy, których opiekunowie prawni wyrazili na to zgodę; uczestnictwo miało charakter dobrowolny.

Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowano Skalę Kompetencji Osobistej KompOs autorstwa Juczyńskiego oraz Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia dla Dzieci i Młodzieży (KPJŻ-DiM), będący modyfikacją Kwestionariusza Poczucia Jakości Życia (QLQ) Schalocka i Keitha; zmiany w metodzie zostały wprowadzone pod kątem dzieci biorących udział w badaniu (Oleś, 2010).

W doborze metod kierowano się potrzebą scharakteryzowania dzieci z ADHD, zgodnie z opisywanymi w literaturze przejawianymi przez nich trudnościami. W związku z tym wybrano Skalę KompOs, która mierzy m.in. aspekt poczucia własnej skuteczności, jakim jest wytrwałość w dążeniu do finalizacji zadania. Kwestionariusz KPJŻ-DiM ujmuje z kolei takie aspekty jakości życia, jak poczucie kompetencji w zakresie nauki szkolnej, poczucie przynależności do grupy rówieśniczej czy ogólne zadowolenia z podstawowych obszarów funkcjonowania. W kontekście przedstawionego wcześniej wprowadzenia teoretycznego wydaje się, że te aspekty badań są szczególnie istotne w przypadku dzieci z ADHD.

Skala Kompetencji Osobistej KompOs składa się z dwóch podskal. Pierwsza część obejmuje Czynniki Siły dotyczący przekonania o dysponowaniu siłą konieczną do zainicjowania działania. Druga część obejmuje Czynniki Wytrwałości, wiążące się z wytrwałością w realizacji i kontynuowaniu już podjętego działania. Skala KompOs pozwala także na pomiar uogólnionego poczucia własnej skuteczności. W podskali obejmującej czynnik siły wybiera się jedną z czterech możliwych odpowiedzi: *tak*, *raczej tak*, *raczej nie*, *nie* – dotyczą one oczekiwań związanych z podjęciem działania. W podskali obejmującej czynnik wytrwałości osoba badana wskazuje na częstotliwość występowania podanych w twierdzeniach form zachowania poprzez wybór jednej z czterech odpowiedzi: *prawie zawsze*, *często*, *czasem*, *prawie nigdy*. Interpretując uzyskane wyniki, oblicza się sumę dla całości oraz oddzielnie sumy dla podskal. Dla każdej podskali rozpiętość wyników może wynosić od 6 do

24 punktów, natomiast dla całej skali – od 12 do 48 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższe poczucie własnej skuteczności oraz odpowiednio siły i wytrwałości. Wynik ogólny poczucia własnej skuteczności można dodatkowo przeliczyć na jednostki standaryzowane w skali stenowej. Rzetelność Skali Kompetencji Osobistej mierzona jako zgodność wewnętrzna *alfa* Cronbacha wynosi dla całej skali $\alpha = ,72$, dla czynnika siły (podskala A) $\alpha = ,74$, a dla czynnika wytrwałości (podskala B) $\alpha = ,64$. Rzetelność ustalana metodą test-retest w grupie młodzieży w wieku 15 i 17 lat wynosi $,51$ (Juczyński, 2009, s. 99–104).

Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia dla Dzieci i Młodzieży (KPJŻ-DiM) opiera się na modelu jakości życia Schalocka i obejmuje cztery podstawowe wymiary poczucia jakości życia:

- I Zadowolenie – ogólne poczucie satysfakcji z życia, z relacji rodzinnych i kontaktów społecznych, z osiągnięć, pozycji w rodzinie, oznacza też brak większych problemów wewnętrznych;
- II Umiejętności/ Kompetencje – wymiar obejmujący poczucie kompetencji w zakresie nauki szkolnej oraz zadowolenia z posiadanych zdolności i umiejętności, w tym także z kontaktów interpersonalnych w szkole;
- III Możliwość działania/ Samodzielność – obejmuje stopień samodzielności i niezależności w życiu codziennym, wolność wyboru, odpowiedzialność i możliwość decydowania o codziennych sprawach, stosownie do wieku;
- IV Przynależność do grupy/ Integracja z grupą – poczucie przynależności do jakiejś grupy rówieśniczej, poczucie związku z innymi i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym (za: Oleś, 2010, s. 169).

Kwestionariusz zawiera 40 twierdzeń, po 10 do każdego wymiaru, które są oceniane na trzystopniowej skali. Minimalny wynik dla każdego z wymiarów wynosi 10, natomiast maksymalny – 30. Wynik ogólny mieści się więc w przedziale od 40 do 120. Im wyższa wartość, tym wyższe poczucie jakości życia zarówno ogólne, jak i związane z poszczególnym wymiarem.

Wskaźniki psychometryczne metody są satysfakcjonujące. W grupie osób zdrowych rzetelność typu zgodność wewnętrzna mierzona wskaźnikiem *alfa* Cronbacha wynosi $\alpha = ,90$. Metoda ma potwierdzoną trafność w badaniu dzieci (patrz: Oleś, 2010, s. 169).

Wyniki badań

W celu dokonania analizy porównawczej badanych grup w przeprowadzonych obliczeniach statystycznych zastosowano test istotności różnic *t*-Studenta dla prób niezależnych. Analizę zależności między badanymi zmiennymi sprawdzono, stosując korelacje *r* Pearsona.

Tabela 1. Przekonanie o własnej skuteczności badane Skalą KompOs (*M* i *SD*) u dzieci w grupie klinicznej i kontrolnej; test istotności różnic *t*-Studenta

	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		Istotność różnic	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i> <
Czynnik Siły	16,40	4,80	18,00	3,13	1,53	n.i.
Czynnik Wytrwałości	14,23	3,43	16,70	3,36	2,81	,001
Wynik ogólny	30,63	6,68	34,70	5,19	2,63	,01

W wyniku przeprowadzonych analiz statystycznych wykazano, iż ogólne poczucie własnej skuteczności w grupie chłopców z ADHD jest obniżone w stosunku do samoskuteczności u chłopców zdrowych, a różnica występująca pomiędzy nimi jest istotna statystycznie ($p < ,01$) (tabela 1). Dzieci z ADHD istotnie różnią się od zdrowych rówieśników tylko pod względem wytrwałości w działaniu ($p < ,001$); chłopcy z grupy klinicznej uzyskują niższe wyniki w omawianym zakresie aniżeli chłopcy zdrowi, co wiązać można bezpośrednio z nadpobudliwością. Wynik ten świadczy o mniejszej konsekwencji chłopców z nadpobudliwością w realizacji podjętego działania i łatwość ulegania zniechęceniu. Natomiast brak jest istotnych różnic między grupami w zakresie siły koniecznej do zainicjowania działania.

Tabela 2. Poczucie jakości życia (*M* i *SD*) w badaniu kwestionariuszem KPJŻ-DiM; test istotności różnic *t*-Studenta

	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		Istotność różnic	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i> <
Zadowolenie	22,00	3,07	23,93	2,96	2,48	,01
Umiejętności/ Kompetencje	23,20	3,47	23,80	2,39	,79	n.i.
Możliwość działania/ Samodzielność	21,50	2,99	22,73	3,40	1,49	n.i.
Przynależność do grupy/ Integracja	22,26	3,99	23,93	3,00	1,82	n.i.
JŻ – Wynik ogólny	88,96	10,67	94,40	8,55	2,18	,05

Ogólna jakość życia chłopców z ADHD jest istotnie niższa w porównaniu z grupą kontrolną ($p < ,05$), różnica nie jest jednak spektakularna (tabela 2). Co więcej, jeśli chodzi o poszczególne komponenty subiektywnej jakości życia, to istotna

różnica dotyczy jednego z czterech wymiarów: zadowolenia ($p < ,01$). Oznacza to, że chłopcy z ADHD cechują się istotnie niższym ogólnym poczuciem satysfakcji z życia, z osiągnięć, relacji w rodzinie i kontaktów z rówieśnikami. Natomiast brak jest istotnych statystycznie różnic w obszarze umiejętności (chłopcy z ADHD i zdrowi mają więc podobne poczucie kompetencji w zakresie nauki szkolnej), możliwości/niezależności w życiu codziennym i w sferze poczucia przynależności do grupy oraz integracji z grupą.

Tabela 3. Korelacje między poczuciem jakości życia (KPJŻ-DiM) i poczuciem własnej skuteczności (KompOs) w grupie klinicznej i w grupie kontrolnej (w nawiasach); korelacje r Pearsona

Skale KompOs	Skale KPJŻ-DiM	Zadowo- lenie	Umiejęt- ności/ Kompe- tencje	Możliwość działania/ Samodziel- ność	Przynależ- ność do grupy/ Integracja	JŻ – Wynik ogólny
Czynnik Siły		,40* (,07)	,18 (,35)	,10 (,18)	-,01 (,19)	,20 (,21)
Czynnik Wytrwałości		,47** (,10)	,16 (,19)	,19 (–,02)	,00 (,06)	,27 (,10)
Czynnik Ogólny		,53** (,03)	,21 (,32)	,17 (,10)	-,01 (,11)	,27 (,17)

Uwaga: * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Wzajemne powiązania poczucia jakości życia i poczucia własnej skuteczności występują jedynie w obszarze zadowolenia i tylko w grupie klinicznej. Wymiar ten dodatnio i umiarkowanie koreluje z obydwoma czynnikami ze skali KompOs oraz z wynikiem ogólnym (tabela 3). W związku z powyższym twierdzić można, iż zadowolenie z życia, z własnych osiągnięć, z relacji rodzinnych i rówieśniczych koresponduje z wyższymi przekonaniem co do skuteczności własnych działań, poczuciem siły i konsekwencji w ich realizacji. W zakresie pozostałych wymiarów jakości życia oraz wyniku ogólnego nie występują istotne statystycznie związki ze wskaźnikami poczucia własnej skuteczności ani w grupie klinicznej, ani kontrolnej.

Dyskusja

Przedstawione hipotezy zostały częściowo potwierdzone. Poczucie własnej skuteczności u chłopców z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej różni się od samoskuteczności chłopców zdrowych pod względem wyniku ogólnego i czynnika wytrwałości, ale nie różni się w zakresie czynnika siły. Uzyskany wynik można rozumieć w kontekście objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, a są

nimi impulsywność, ogólna szybkość działania i jego chaotyczność oraz problemy z hamowaniem reakcji (np. Wolańczyk i in., 2007; Hanć, 2009). Wiąże się z tym trudność w zakresie kontynuacji i skutecznej realizacji podjętego działania oraz ogólnie niższa wiara we własne możliwości, natomiast siła poczucia własnej skuteczności, czyli aspekt odpowiedzialny za dysponowanie motywacją pozwalającą na podjęcie danego wysiłku/działania nie różni badanych z obydwu grup. Bardzo możliwe, że skłonność dzieci z ADHD do podejmowania działań niejako bez zastanowienia, a w każdym razie bez analizy własnych zdolności co do ich realizacji chroni te dzieci przed obniżeniem tego komponentu własnej skuteczności. Trudność stanowi bowiem samo wytrwanie w podjętym już działaniu i wysiłek (też umysłowy) z nim związany, a nie zainicjowanie go. Zarysowany mechanizm może mieć reperkusje w nauce szkolnej, wiele zadań rozpoczętych, mało skończonych.

Uzyskane wyniki można uznać za częściowo zgodne z doniesieniami z innych badań nad poczuciem własnej skuteczności, które okazywało się niższe u dzieci z objawami ADHD (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999; Tabassam, Grainger, 2002; Hanć, Brzezińska, 2009). Jednocześnie rozróżnienie dwu komponentów samoskuteczności związanych w podjęciem aktywności i wytrwałości pozwoliło ustalić, iż problem dzieci z symptomami zespołu nadpobudliwości psychoruchowej dotyczy tylko jednego z nich – wytrwałości. Analizując ten wynik, trudno odnieść się do badań, ze względu na ich znikomą liczbę. Jedne z nich można powiązać ze stwierdzonym brakiem różnic – chłopcy z ADHD nie różnili się od swoich rówieśników w zakresie samoregulacji w uczeniu się (Major, Martinussen, Wiener, 2013).

Hipoteza druga również uzyskała częściowe potwierdzenie. Dzieci z ADHD mają niższą ogólną subiektywną jakość życia oraz niższy poziom zadowolenia niż ich zdrowi rówieśnicy, różnice te nie są jednak duże (około pół odchylenia standardowego) i dotyczą tylko jednego spośród czterech komponentów poczucia jakości życia. Poczucie kompetencji w zakresie nauki szkolnej, samodzielność, a także przynależność do grupy, wbrew przewidywaniu zawartemu w hipotezie, nie różnią chłopców z ADHD od grupy kontrolnej. Jest to o tyle intrygujące, że badania zagraniczne na ogół potwierdzały niższą subiektywną jakość życia dzieci z ADHD (Topolski i in., 2004; Escobar i in., 2005; Pongwilairat i in., 2005; Coghill i in., 2006).

Tymczasem w naszych badaniach chłopcy z ADHD nie różnią się od chłopców z grupy kontrolnej w zakresie poczucia kompetencji w nauce szkolnej oraz zadowolenia z posiadanych zdolności i umiejętności, w tym także z kontaktów interpersonalnych w szkole. Z jednej strony to, że nie cierpią z powodu obniżonego poczucia jakości życia w tych sferach wydaje się adaptacyjne. Z drugiej strony brak różnic może wynikać z efektu pozytywnej iluzji u dzieci z ADHD (Kaneko, Okumura, 2005), a więc z zawyżania samooceny – tak, że nie odpowiada ona rzeczywistym osiągnięciom – w obszarach szczególnie ważnych lub w tych, gdzie istnieje największe ryzyko porażek (Hanć, 2009). Dzieci z ADHD często doznają niepowodzeń w nauce szkolnej, ponieważ z powodu trudności z koncentracją uwagi czy

podtrzymywaniem wysiłku myślowego koniecznego do wykonania wielu zadań gorzej radzą sobie z obowiązkami szkolnymi (Pfiffner, 2004).

Fakt, że grupy nie różnią się między sobą w zakresie odczuwanego stopnia samodzielności i niezależności w życiu codziennym można komentować tak, iż badani są w okresie preadolescencji, kiedy jeszcze kwestia autonomii nie ma dużego znaczenia. Możliwe też, że pomimo opieki, jakiej obiektywnie wymagają więcej, nie odbierają jej w kategoriach ograniczenia.

Z kolei brak różnic w zakresie poczucia przynależności do grupy rówieśniczej, poczucia związku z innymi i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym wydaje się zaskakujący ze względu na opisywane w literaturze przedmiotu problemy w uspołecznieniu i przystosowaniu do grupy rówieśniczej dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999; Pisula, Wolańczyk, 2005; Hanć, 2009). Taki rezultat można interpretować jako wynikający z faktu, iż to nie sama osoba, ale jej otoczenie ma więcej problemów z osobą nadpobudliwą. Istotne, że chłopcy z ADHD znajdują wsparcie w grupie rówieśniczej i czują się w niej akceptowani, co w tym wieku ma duże znaczenie. Niemniej jednak innym czynnikiem mogącym wyjaśnić brak różnic między chłopcami zdrowymi i z ADHD jest rola „błazna”, przyjmowanie przez dzieci z nadpobudliwością zachowań nieadekwatnych do sytuacji, pozwalających natomiast zabłysnąć, rozbawić rówieśników i zdobyć, choćby na moment ich aprobatę (Wolańczyk i in., 2007), co sprzyja integracji z grupą. Przypomnijmy, że poczucie jakości życia jest doświadczeniem subiektywnym, więc niekoniecznie musi odpowiadać spostrzeżeniom obserwatorów, które w tym przypadku mogą być odmienne (por. Straś-Romanowska, 2005).

Hipoteza trzecia uzyskała potwierdzenie tylko w jednym aspekcie. W grupie chłopców z ADHD poczucie własnej skuteczności koresponduje z jednym składnikiem subiektywnej jakości życia – odczuwanym zadowoleniem z życia. Im wyższe jest ogólne zadowolenie z życia, z relacji społecznych oraz osiągnięć, tym wyższe jest w tej grupie przekonanie o możliwości podjęcia danego wysiłku i trwania w nim mimo pojawiających się trudności. I odwrotnie, a więc im wyższa samoskuteczność, tym wyższa subiektywnie odczuwana satysfakcja z życia. Pozytywna, umiarkowana zależność między tymi zmiennymi zgodna jest z wynikami innych badań (Cunningham, Lockwood, Cunningham, 1991; Kreitler, Peleg, Ehrenfeld, 2007; Kvarme i in., 2009; Chanduszko-Salska, Chodkiewicz, 2010; Cramm i in., 2013), które w większości dotyczyły osób chorych przewlekłe, co może mieć jedynie pośrednie odniesienie do grupy dzieci z ADHD, nieprzejawiających innych zaburzeń zdrowotnych. Co więcej, hipoteza nie została potwierdzona w grupie kontrolnej, a w grupie klinicznej samoskuteczność nie korespondowała z takimi wymiarami subiektywnej jakości życia, jak: możliwość działania/samodzielność, przynależność do grupy umiejętności/kompetencje oraz z wynikiem ogólnym.

Pytanie, dlaczego tylko jeden wymiar jakości życia koresponduje z samoskutecznością, dlaczego ten i dlaczego tylko w grupie klinicznej?

Brak zależności między poczuciem samodzielności i możliwości decydowania o sobie oraz aktywnym uczestnictwem i przynależnością do grupy a poczuciem własnej skuteczności może wynikać z tego, iż poczucie jakości życia chłopców w okresie preadolescencji opiera się na innych przesłankach, bardziej typowych dla okresu dzieciństwa (opieka rodziny) niż dorastania (autonomia). Samoskuteczność z kolei jest przekonaniem lub poczuciem, które towarzyszy aktywności jednostki i ma związek z realizacją zadań, od których efektów jednocześnie zależy. Oznacza to, że wysoka wiara we własne możliwości może gwarantować dziecku pozytywne mierzenie się z wymagającą sytuacją, natomiast niekoniecznie musi współwystępować z możliwością podejmowania decyzji i samodzielnością (o której w znacznym stopniu decydują w tym wieku opiekunowie) oraz z integracją z grupą (w czym większe znaczenie niż skuteczność działań mają umiejętności komunikacyjne dziecka oraz ekstrawersja i ugodowość). Bardzo prawdopodobne, że wymiary jakości życia dzieci obejmujące samodzielność i integrację z grupą są powiązane bardziej z wpływem czynników zewnętrznych niż z własną aktywnością podmiotu. Takie uzasadnienie mogłoby wyjaśniać brak istotnych statystycznie korelacji.

Nieoczekiwanie w obydwu grupach brak jest także istotnych zależności między poczuciem kompetencji w nauce a poczuciem własnej skuteczności. Obydwa wskaźniki są ze sobą jakościowo (treściowo) powiązane. Bandura (1993, 1997) zaznacza, że spostrzegana własna skuteczność sprzyja przystosowaniu, funkcjonowaniu i samopoczuciu, które z kolei są elementami odczuwanej jakości życia. Niemniej jednak metoda służąca do badania subiektywnej jakości życia w wymiarze kompetencji odwołuje się do oceny zadowolenia ze swoich zdolności, ale również do zadowolenia z samego uczęszczania do szkoły, z osiągniętych wyników, traktowania przez nauczycieli itd. Wszystkie te kwestie mogą wpływać z czynników niezależnych od dziecka, takich jak np. osoba nauczyciela, atmosfera w klasie czy podejście do uczniów. Jakość życia jest tu ujmowana specyficznie jako zadowolenie z posiadanych możliwości i kompetencji, a nie samych działań, których związek z przekonaniem o własnej skuteczności byłby bardziej oczywisty. Być może brak zależności wynika też ze zbyt małej liczby osób badanych, co sugeruje konieczność wykonania rozszerzonych eksploracji w tym zakresie.

Fakt, iż tylko w grupie chłopców z ADHD istnieje współzależność między zadowoleniem jako wymiarem jakości życia a dwoma komponentami przekonania o własnej skuteczności oraz wynikiem ogólnym można próbować wyjaśniać, odwołując się do specyfiki nadpobudliwości psychoruchowej. Stan frustracji może nasilać te zaburzenia, co skutkuje również obniżoną samoskutecznością. Stan zadowolenia może pozwalać na częściowe kompensowanie zaburzeń, co pozytywnie wpływa na samoskuteczność i ocenę zadowolenia z życia. Zarówno wynik, jak i taka interpretacja wymagają replikacji.

Wartość przeprowadzonych badań wyraża się w poszerzeniu wiedzy na temat psychospołecznego funkcjonowania chłopców z ADHD w okresie preadolescencji.

Podtrzymanie poczucia własnej skuteczności oraz wspieranie subiektywnej jakości dzieci z ADHD może przyczyniać się do zapobiegania wtórnym problemom wynikającym z obecności tego zaburzenia.

Literatura cytowana

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, D.C.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117–148.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623–649.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164–180.
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się* (przekł. J. Kowalczevska, J. Radzicki). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaronelli, C., Caprara, G.V. (1999). Self-efficacy pathways of childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258–269.
- Barkley, R.A. (2009). *ADHD: podjąć wyzwanie. Kompletny przewodnik dla rodziców* (przekł. A. Blachnio). Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Borkowska, A. (1999). Nadpobudliwość psychoruchowa w neuropsychologicznej koncepcji Russella A. Barkleya. W: A. Herzyk, A. Borkowska (red.), *Neuropsychologia emocji* (s. 164–189). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Chanduszko-Salska, J., Chodkiewicz, J. (2010). Zadowolenie z życia a poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne oraz stan zdrowia u kobiet z nadwagą i otyłością. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 6(4), 171–178.
- Coghill, D., Spiel, G., Baldursson, G., Dopfner, M., Lorenzo, M.J., Ralston, S.J., Rothenberg, A. (2006). Which factors impact on clinician-rated impairment in children with ADHD? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 30–37.
- Cramm, J.M., Strating, M.M., Roebroek, M.E., Nieboer, A.P. (2013). The importance of general self-efficacy for the quality of life of adolescents with chronic conditions. *Social Indicators Research*, 113, 551–561.
- Cunningham, A.J., Lockwood, G.A., Cunningham, J.A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 17(1), 71–78.
- Czerwińska, N. (2002). Kształtowanie jakości życia w okresie dorastania. W: A. Brzezińska, M. Bardziejewska, B. Ziółkowska (red.), *Szanse rozwoju w okresie dorastania* (s. 11–27). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

- Dąbkowska, M.I. (2013). Schematy poznawcze osób z ADHD a kształtowanie się zaburzeń zachowania. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci* (s. 78–100). Gdańsk: GWP.
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2002). Subjective well-being. The science of happiness and life satisfaction. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of Positive Psychology* (s. 63–73). New York: Oxford University Press.
- Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116(3), 364–369.
- Hanć, T. (2009). *Dzieciństwo i dorastanie z ADHD. Rozwój dzieci nadpobudliwych psychoruchowo: zagrożenia i możliwości wsparcia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Hanć, T., Brzezińska, A. (2009). Intensity of ADHD symptoms and subjective feeling of competence in school age children. *School Psychology International*, 30(5), 491–506.
- Harrison, C., Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics and parental cognitions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703–711.
- Hetchman, L. (2000). Assessment and diagnosis attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 481–498.
- Johnston, C., Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183–207.
- Juczyński, Z. (2009). Skala Kompetencji Osobistej – KompOs. W: Z. Juczyński (red.), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (s. 99–106). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kaneko, F., Okumura, H. (2005). Study on the social maturity, self-perception, and associated factors, including motor coordination, of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 25(4), 45–58.
- Klassen, A., Miller, A., Fine, S. (2006). Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: Care, Health, and Development*, 32(4), 397–406.
- Kreitler, S., Peleg, D., Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psychooncology*, 16(4), 329–341.
- Kvarme, L.G., Haraldstad, K., Helseth, S., Sørum, R., Natvig, G.K. (2009). Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12–13-year-old school children: A cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 85.
- Landgraf, J.M., Abetz, L., Ware, J.E. (1997). Functional status and well-being of children representing three cultural groups: Initial self-reports using the CHQ-CF87. *Psychology and Health*, 12, 839–854
- Locke, E., Latham, G. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. New York: Prentice Hall.

- Maddux, J.E. (2002). Self-efficacy: The power of believing you can. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of Positive Psychology* (s. 277–287). New York: Oxford University Press.
- Major, A., Martinussen, R., Wiener, J. (2013). Self-efficacy for self-regulated learning in adolescents with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Learning and Individual Differences*, 27, 149–156.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32–38.
- Mihilewicz, S. (2010). Nadpobudliwość psychoruchowa. W: S. Mihilewicz (red.), *Dziecko z trudnościami w rozwoju* (s. 55–64). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Okła, W., Steuden, S. (2006). *Jakość życia w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, P. K. (2011). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pastorelli, C., Caprara, G.V., Barbaronelli, C., Rola, J., Rozsa, S., Bandura, A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: A cross national study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(2), 87–97.
- Pfiffner, L.J. (2004). *Wszystko o ADHD*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Pisula, A., Wolańczyk, T. (2005). Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci* (s. 215–237). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pongwilairat, K., Louthrenoo, O., Charmsil, C., Witoonchart, C. (2005). Quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(8), 1062–1066.
- Raphael, D., Renvick, R., Brown, I. (1996). *Quality of Life Profile. Adolescent Version*. University of Toronto: Centre for Health Promotion.
- Schalock, R.L. (1994). Quality of life, quality enhancement, and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and developmental disabilities. *Evaluation & Program Planning*, 17, 121–131.
- Schalock, R.L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(2), 116–127.
- Schalock, R.L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203–216
- Sęk, H. (1993). Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna* (s. 472–504). Warszawa: PWN.
- Stras-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 261–274.
- Tabassam, W., Grainger, J. (2002). Self-concept, attributional style and self-efficacy beliefs of students with learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Learning Disability Quarterly*, 25(2), 141–151.

- Topolski, T.D., Edwards, T.C., Patrick, D.L., Varley, P., Way, M.E., Buesching, D.P. (2004). Quality of life of adolescent males with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 163–173.
- Treuting, J.J., Hinshaw, S.P. (2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 23–39.
- Trzebiatowski, J. (2011). Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), 25–31.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 10, 1403–1409.
- Wnuk, M., Zielonka, D., Purandare, B., Kaniewski, A., Klimberg, A., Ulatowska-Szostak, E., Palicka, E., Zarzycki, A., Kaminiarz, E. (2013). Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health*, 48(1), 10–16.
- Wolańczyk, T., Kołakowski, A., Pisula, A., Skotnicka, M., Bryńska A. (2007). *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Gdańsk: GWP.
- Wolańczyk, T., Kołakowski, A., Skotnicka, M. (1999). *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Lublin: Biforium.
- Zalewska, A. (2005). Transakcyjny model jakości życia – założenia, wyniki badań, dalsze hipotezy. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 245–259.
- Zimmerman, B.J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 82–91.
- Zimmerman, B.J., Bonner, S., Kovach, R. (2005). *Poczucie własnej skuteczności ucznia*. Gdańsk: GWP.

Streszczenie. Celem badań była analiza poczucia własnej skuteczności i subiektywnej jakości życia u chłopców z ADHD. W badaniach wzięło udział 60 chłopców w wieku 9–12 lat: 30 chłopców z diagnozą ADHD i 30 chłopców nieprzejawiających zaburzeń neurorozwojowych, stanowiących grupę porównawczą. Główne pytania badawcze skoncentrowano wokół analizy różnic między grupą kliniczną i grupą porównawczą oraz wokół oceny zależności między badanymi zmiennymi. Uzyskane wyniki pozwoliły na potwierdzenie części z przyjętych założeń. Chłopcy z ADHD prezentują niższe poczucie jakości życia i niższe przekonanie o własnej skuteczności, jednak tylko w wybranych aspektach. Co więcej, poczucie jakości życia koreluje z samoskutecznością jedynie w jednym wymiarze. Prezentowane rezultaty badań mają istotne znaczenie w planowaniu terapii dzieci z ADHD.

Słowa kluczowe: poczucie własnej skuteczności, poczucie jakości życia, ADHD

Data wpłynięcia: 16.05.2016

Data wpłynięcia po poprawkach: 18.02.2018

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 28.02.2019