

## Structural model design of the Severity of child's Attention Deficit Hyperactivity Disorder based on Family Functioning and Mental Health: The Mediating Role of Marital Satisfaction in Mothers

**Seyyed Hossein Almadani** 

Ph.D. Student in Exceptional Child Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Parviz Asgary** \* 

Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Sasan Bavi** 

Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

### Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is originally a behavioral disorder that begins in childhood and could continue into adolescence and even middle age if appropriate therapies are not used. The aim of the present research was to design a structural model of the severity of a child's attention deficit hyperactivity disorder based on family functioning and mother-child interaction with the mediating role of marital satisfaction in mothers dwelling in Tehran. In this survey, the statistical population consists of hyperactive male children along with their mothers in Tehran in 2021, among them 212 people were selected through purposive sampling method. The research tools are McMaster Epstein et al. (1978) family functioning questionnaires, Dragatis and Ziklzorak's mental health (1973), Connor, Arhad, and Sparrow's severity of attention deficit/ hyperactivity disorder (1999), and Enrich's marital satisfaction from Olson, Fournier, and Derakman (1987). The proposed model was evaluated using structural equation modeling. The results indicated that all direct paths were significant ( $P > 0.05$ ), except family functioning path to severity of child's attention deficit

Corresponding Author: asgary47@yahoo.com \*

How to Cite: xxxxxxx

hyperactivity disorder. In addition, indirect paths of family functioning with the severity of child's attention deficit hyperactivity disorder with the mediating role of marital satisfaction ( $P < 0/01$ ), and also, mental health with the severity of child's attention deficit hyperactivity disorder with the mediating role of marital satisfaction ( $P < 0/01$ ), were significant. According to the results, the proposed model benefited from having a good model fit and has taken an important step towards understanding the factors affecting the severity of attention deficit/ hyperactivity disorder in children.

**Keywords:** Severity of Child's Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, Family Functioning, Mental Health, Marital Satisfaction.





روان‌شناسی افراد استثنایی


سال دوازدهم، شماره ۴۸، زمستان ۱۴۰۱، ص ۱ تا ۲۶

Jpe.atu.ac.ir


DOI: 10

## طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بر اساس عملکرد خانواده و سلامت روانی: نقش میانجی رضایت زناشویی در مادران


دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

سیدحسین المدنی 

استاد گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

پرویز عسگری\* 

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

ساسان باوی 

### چکیده

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی<sup>۱</sup> در اصل به معنای اختلالات رفتاری است که از زمان کودکی آغاز می‌شود و اگر از راه‌های درمانی مناسب استفاده نشود، ممکن است تا نوجوانی و حتی میان‌سالی ادامه پیدا کند. هدف از انجام پژوهش حاضر، طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بر اساس عملکرد خانواده و سلامت روانی با میانجی‌گری رضایت زناشویی در مادران شهر تهران بوده است. در این پژوهش توصیفی-همبستگی، جامعه آماری را کودکان پسر بیش‌فعال به همراه مادران آن‌ها در شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۲۱۲ نفر از آنان به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت‌اند از پرسشنامه‌های عملکرد خانواده مدل مک‌مستر اپشتاین و همکاران (۱۹۷۸)، سلامت روانی دراگاتیس و زیگلزوراک (۱۹۷۳)، شدت اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کانرز، ارهارد، و اسپارو (۱۹۹۹)، و رضایت زناشویی انریچ از السون، فورنیر، و دراکمن (۱۹۸۷). ارزیابی مدل پیشنهادی با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که تمامی مسیرهای مستقیم به جز مسیر عملکرد خانواده با شدت اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی معنادار بودند ( $P > .05$ ). همچنین، مسیرهای غیرمستقیم عملکرد خانواده با شدت اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با

\* نویسنده مسئول: asgary47@yahoo.com

۱. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

نقش میانجی رضایت زناشویی ( $P > .0/01$ )، و نیز رابطه سلامت روانی با شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با نقش واسطه‌ای رضایت زناشویی ( $P > .0/01$ ) معنادار بودند. بر اساس نتایج این پژوهش، الگوی پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بوده و گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کودکان برداشته است.

**کلیدواژه‌ها:** عملکرد خانواده، سلامت روانی، رضایت زناشویی، استرس.



## مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> از رایج‌ترین اختلال‌های عصبی، رشدی است به‌گونه‌ای که برای تشخیص‌گذاری این ویژگی‌ها، دست‌کم باید در دو محیط متفاوت منزل و مدرسه، پیش از رسیدن به سن دوازده‌سالگی، برای شش ماه مشاهده شوند و آسیب‌های جدی در حوزه‌های مهم زندگی از جمله عملکرد تحصیلی و ارتباطات اجتماعی به بار آورند (Mohr-Jensen et al., 2019). طبق اعلام انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، میزان شیوع این اختلال در کودکان حدود ۵ درصد و در بزرگسالان حدود ۲/۵ درصد است. از طرفی، فراوانی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در پسران دو تا سه برابر بیشتر از دختران اعلام شده است (Wofford & Ohrt, 2018).

پژوهشگران دریافته‌اند که بیش‌فعالی جنبهٔ وراثتی دارد، به‌گونه‌ای که در صورت ابتلای پدر و مادری به این اختلال، ۵۷ درصد احتمال دارد که فرزندان آن‌ها نیز به این اختلال مبتلا شوند. کمبود انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند دوپامین در قشر جلویی مغز از جمله علل شناخته‌شده است که باعث ایجاد اختلال در کارکردهای اجرایی مغز مبتلایان به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی می‌شود (Okumura et al., 2019). بررسی‌ها نشان می‌دهد که کودکان و مادران در این اختلال تحت تأثیر متقابل قرار می‌گیرند و ارتباط تنگاتنگی بین ویژگی‌های مادران و خانواده با کودکان دارای نارسایی توجه/ بیش‌فعالی برقرار است، و کودک بیش‌فعال به‌طور قابل‌توجهی عملکرد خانواده را مختل می‌کند و از خانواده با عملکرد مختل تأثیر می‌پذیرد (استوار، ۱۳۹۷). در دهه‌های اخیر، روان‌شناسان بر روابط کودک با مراقبانش تأکید بسیاری می‌کنند، زیرا باور دارند که واکنش‌های متقابل مادران، اساس رشد شناختی-عاطفی کودک را تشکیل می‌دهند و از خطر ابتلای کودک به اختلال‌های روانی می‌کاهند (همتی علمدارلو، ۱۳۹۳).

---

۱. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

۲. American Psychiatric Association

بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، عملکرد خانواده<sup>۲</sup> با مشکل مواجه است و ناکارآمدی خانواده<sup>۳</sup> بیشتر دیده می‌شود (Azazy et al., 2018; Foley, 2011; Kaplan et al., 1998). بررسی‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از ناهنجاری‌های روانی و رفتاری و پیشرفت‌های بشر نیز از خانواده نشئت می‌گیرد. نتایج پژوهش‌هایی که به‌تازگی در زمینه خانواده انجام گرفته است بر این عقیده تأکید دارند (Kelada et al., 2018).

خانواده‌های کودکان دارای نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، درگیری خانوادگی و انسجام کمتری نسبت به خانواده‌های کودکان بدون اختلال نشان می‌دهند (Pressman et al., 2006). علاوه بر این، میزان بیماری‌های روانی در این مادران بیشتر است (Biederman et al., 1998; 1996). در واقع، نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تأثیر بسزایی در زندگی کودکان و خانواده‌های آن‌ها دارد و می‌تواند سال‌ها ادامه یابد (Ramos-Quiroga et al., 2013). عملکرد خانواده به‌طور جدی تحت تأثیر کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی قرار دارد، به‌ویژه در خانواده‌هایی که مادران و کودکان هم‌زمان به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مبتلا هستند (Fleck et al., 2015).

از طرف دیگر، سلامت روان کودک تحت تأثیر بهداشت روانی خانواده است و مادران بیشترین تأثیر را بر شکل‌دهی شخصیت و رفتار کودک دارند. هنگامی که مادران مؤلفه‌های سلامت روان<sup>۴</sup> را داشته باشند، می‌توانند محیط غنی و سالمی را برای کودک خود فراهم کنند؛ بنابراین، توجه به سلامت روان مادران می‌تواند پیامدهای زیادی را برای کودک، خانواده، و جامعه داشته باشد، چرا که سلامت روان مادران و اضطراب آن‌ها تأثیر مستقیمی بر مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال دارد (Starck et al., 2016). مادرانی که سطوح بالایی از استرس و مشکلات هیجانی را تجربه می‌کنند، در ایفای نقش مادری ضعف

---

۱. ADHD

۲. Family Functioning

۳. Family Dysfunction

۴. Mental Health

طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر...؛ --- و همکاران | ۷

نشان می‌دهند و در نتیجه، در تربیت کودکان با مشکلاتی مواجه می‌شوند که افزایش اختلال‌های رفتاری در کودک را به دنبال خواهد داشت (Waters et al., 2009). مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، استرس و مشکلات روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (Martin et al., 2019) و درجات بالایی از مشکلات روان‌شناختی در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یافت می‌شود (Barkley, 2014).

هر دو عامل عملکرد خانواده و سلامت روانی مادران ممکن است به‌طور مستقیم شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کودکان را تحت تأثیر قرار دهند. این پژوهش قصد دارد به بررسی نقش عوامل غیرمستقیمی بپردازد که عملکرد خانواده، سلامت روانی، و شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را متأثر می‌سازد. از سوی دیگر می‌توان به نقش متغیر میانجی رضایت زناشویی به‌عنوان یک موقعیت روان‌شناختی اشاره نمود که در این راستا، می‌توان به نقش متغیر میانجی رضایت زناشویی<sup>۲</sup> به‌عنوان یک موقعیت روان‌شناختی اشاره کرد، که خودبه‌خود به وجود نمی‌آید، بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است، مخصوصاً با وجود کودک دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، رضایت زناشویی بسیار بی‌ثبات گردیده و روابط زناشویی در معرض بیشترین خطر قرار می‌گیرد (Qian & Sayer, 2016).

به‌طور کلی، رضایتمندی زناشویی فرایندی است که در طول زندگی زوجین به‌وجود می‌آید و لازمه آن انطباق سلیقه‌ها، شناخت ویژگی‌های شخصیتی، ایجاد قواعد رفتاری، و شکل‌گیری الگوهای مراوده‌ای است. بدین ترتیب، می‌توان گفت که زوجین دارای رضایت، در حیطه‌های گوناگون زندگی با همدیگر توافق دارند. چنین زن و شوهرهایی که از نوع و سطح روابط کلامی و غیرکلامی‌شان راضی هستند، روابط جنسی‌شان را لذت‌بخش و ارضاکننده می‌دانند (McDaniel et al., 2017). علاوه بر این، آرزوهای از دست‌رفته این مادران برای داشتن فرزندی سالم به بروز واکنش‌های روان‌شناختی از قبیل

---

۱. ADHD

۲. Marital Satisfaction

شوکه، انکار، افسردگی، احساس گناه، خشم اندوه، اضطراب، و احساس خجالت منجر می‌شود که این واکنش‌ها بر رضایت زناشویی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (Webb & Ayers, 2019). پژوهش‌های مختلفی بر ارتباط رضایت زناشویی مادران و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کودکان انجام می‌شود که نشان می‌دهد رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> کمتر از مادران کودکان عادی است (Eakin et al., 2014; Counts et al., 2005; Anastopoulos et al., 2009; Ben-Naim et al., 2019).

به‌طور کلی، مادران پیامدهای منفی گسترده‌ی مشکل‌های بهزیستی و روان‌شناختی را از ابتدای پی بردن به اختلال فرزندشان توصیف و گزارش نموده‌اند. بسیاری از آن‌ها در احساس شدید غم و اندوه عودکننده و احساس یأس و ناامیدی از گذشته‌ی دور درگیر بوده‌اند (Kuhn et al., 2018). همچنین مادران این کودکان، سردرگمی، فقدان، و مشقت زیادی را تجربه می‌کنند.

با توجه به اهمیت و نقش اساسی مادران در حفظ تعادل روانی-اجتماعی خانواده و با توجه به مشکلات و مسائل مختلفی که مادران با آن‌ها مواجه هستند، لزوم برنامه‌ریزی برای رفع مشکلات فراروی آن‌ها احساس می‌شود و از آنجایی که پژوهشگر در داخل کشور پژوهشی نیافت که به بررسی الگوی ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر اساس عملکرد خانواده و سلامت روانی با نقش میانجی رضایت زناشویی در مادران پرداخته باشد، لزوم انجام پژوهش حاضر بیش‌ازپیش احساس می‌شود. از این‌رو، بر اساس آنچه اشاره شد، هدف از انجام این پژوهش، طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر اساس عملکرد خانواده و سلامت روانی با نقش میانجی رضایت زناشویی در مادران شهر تهران در سال ۱۴۰۰ است.

## روش

---

۱. ADHD



طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر...: ---- و همکاران | ۹

پژوهش حاضر از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری را کودکان پسر ۶ تا ۱۳ ساله مبتلا به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی همراه با مادران در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دهند. حجم نمونه بر اساس تعداد متغیرهای پژوهش و مدل آماری مورد استفاده انتخاب می‌شود. در پژوهش، معادلات ساختاری با توجه به تعداد مسیرهای مستقیم، تعداد متغیرهای برون‌زا، تعداد واریانس‌های خطا، و تعداد پارامتر محاسبه می‌گردد. با در نظر گرفتن پیشنهاد لوهلین و بائوجین<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، با توجه به تعداد مسیرهای پژوهش به‌ازای هر مسیر، ۳۰ آزمودنی و در نتیجه، ۲۰۰ آزمودنی کافی است، اما برای پیش‌بینی ریزش آزمودنی‌ها، تعداد ۲۴۰ آزمودنی به‌عنوان نمونه پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به‌این ترتیب، از کودکان پسر ارجاع داده‌شده به مراکز روان‌شناختی، مادران آن‌هایی انتخاب شدند که ملاک ورود به پژوهش، شامل تشخیص کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۲</sup> توسط روان‌شناس، رضایت حضور مادران در پژوهش، سن بین ۲۷ تا ۵۲ سال، حداقل سواد برای درک گویه‌های پرسشنامه توسط مادران، و زندگی با همسر را دارا بودند. از این تعداد، ۲۱۲ نفر از مادران ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و وارد پژوهش شدند. ملاک خروج شامل مهاجرت، مرگ، عدم همکاری مناسب، از دست رفتن شرایط مطلوب مطالعه در فرد مثل پیدایش یک اختلال خاص دیگر حین مطالعه بود. سپس، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شدند و مورد تحلیل قرار گرفتند. برحسب نتایج جمع‌آوری اطلاعات مندرج در پرسشنامه بیشترین تعداد آزمودنی‌ها با توجه به سن متعلق به گروه سنی ۳۹-۴۳ سال و کمترین تعداد آزمودنی‌ها متعلق به گروه سنی ۲۷-۳۲ سال بوده و همچنین بیشترین تعداد آزمودنی‌ها برحسب وضعیت تحصیلی متعلق به مقطع تحصیلی دیپلم و کمترین آن متعلق به مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد بود.

در ادامه، ابزار اندازه‌گیری آورده شده است.

---

1. Loehlin, J. C. & Beaujean, A. A

2. ADHD

پرسشنامه شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز<sup>۱</sup>: پرسشنامه علائم نارسایی توجه/ بیش‌فعالی توسط کانرز، ارهاد و اسپارو<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) تهیه و اعتباریابی شده که شامل ۴۸ ماده ویژه والدین بوده است. نمره‌گذاری آن به‌صورت مقیاس صفر تا ۳ امتیازی است. نمرات خام این مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب، به نمرات T تبدیل می‌شود (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است). نمرات T بالای ۶۵ به لحاظ بالینی معنادار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آن که شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کنند (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹). سازندگان، پایایی پرسشنامه را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، و اعتبار آن را ۰/۳۷ گزارش کردند. عربگل، حیاتی و حدید و همکاران (۱۳۸۳) در پژوهشی روایی پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کردند. نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)، پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد.

پرسشنامه عملکرد خانواده<sup>۳</sup>: پرسشنامه عملکرد خانواده دارای ۵۳ پرسش است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک‌مستر<sup>۴</sup> تدوین می‌شود. این ابزار در سال ۱۹۷۸ توسط اپشتاین، بیشاب، و لوین<sup>۵</sup> طراحی شد. آزمودنی با خواندن هر عبارت، میزان هماهنگی خصوصیات توصیف‌شده با خانواده خود را روی مقیاس درجه‌ای لیکرت و به‌صورت کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، و کاملاً مخالفم (از ۱ تا ۴) مشخص می‌نماید. حداقل نمره ۵۳ و حداکثر نمره ۲۱۲ است. این پرسشنامه دارای هفت خرده‌مقیاس با عناوین ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، عملکرد کلی، حل مشکل، همراهی عاطفی، و کنترل رفتار است. سازندگان، اعتبار این پرسشنامه و هفت خرده‌مقیاس را از روش آلفای کرونباخ چنین ذکر کردند: حل مشکل ۰/۶۱، ارتباط ۰/۵۸، نقش‌ها ۰/۷۲، همراهی عاطفی ۰/۶۴،

- 
1. Connors
  2. Erhardt & Sparrow
  3. Family Assessment Device Questionnaire
  4. Mc Master
  5. Epshten, Bishop & Levin

طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر...؛ --- و همکاران | ۱۱

آمیزش عاطفی ۰/۶۵، کنترل رفتار ۰/۶۱، و عملکرد کلی ۰/۸۱ که نشان می‌دهد خرده‌مقیاس‌ها از همسانی درونی به‌نسبت خوبی برخوردار هستند. اردلان و اردلان (۱۳۹۵)، پایایی پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۷ به‌دست آمد.

پرسشنامه سلامت روان<sup>۱</sup>: پرسشنامه سلامت روان توسط دراگاتیس و زیکلزوراک<sup>۲</sup> (۱۹۷۳؛ به نقل از نجاریان و داودی، ۱۳۸۰) در قالب ۲۵ پرسش طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۹ خرده‌مقیاس روان‌پزشکی (شکایات جسمی، وسواس فکری و عملی، حساسیت بین‌فردی، اضطراب، افسردگی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی، ترس مرزی، ترس مرضی و خصومت، و پرخاشگری) را مورد بررسی قرار می‌دهد. علاوه بر ابعاد ۹ گانه بالا، ۳ معیار کلی نیز در این آزمون گنجانده می‌شود که شامل علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی، و جمع علائم مرضی است. برای تعیین شیوع علائم روان‌پزشکی در هر بُعد از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمره‌های ۲/۵ و بالاتر از ۲/۵ در هر بُعد به‌عنوان حالت مرضی به‌شمار می‌رود. در شاخص علائم مرضی نقطه برش ۱/۳ به‌کار رفته است. نمره‌گذاری به‌صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از هیچ (۰)، کمی (۱)، تا حدی (۲)، زیاد (۳)، و تا بسیار زیاد (۴) است. روایی محتوایی و پایایی با استفاده از بازآزمایی (۰/۷۸) این پرسشنامه توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) تأیید شد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

پرسشنامه رضایت زناشویی<sup>۳</sup>: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ<sup>۴</sup> توسط السون و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۸۷) تهیه شده است. پرسشنامه شامل ۱۲ زیرمقیاس پاسخ قراردادی، خرسندی، موضوع‌های شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی،

- 
۱. Mental Health Questionnaire
  ۲. Dragatis & Zickelsurak
  ۳. Mental Health Questionnaire
  ۴. Enrich
  ۵. Olson, Fournier & Druckman

فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندپروری، بستگان و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد، و جهت‌گیری عقیدتی است. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است، به این صورت که به کاملاً موافق ۵ نمره، موافق ۴ نمره، نه موافق و نه مخالف ۳ نمره، مخالف ۲ نمره، و کاملاً مخالف ۱ نمره تعلق می‌گیرد. در پرسش‌های ۴، ۸، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۵، ۴۶، و ۴۷ نمره‌گذاری معکوس صورت می‌گیرد (مرتضی و همکاران، ۱۳۹۷). نمره‌های کمتر از ۳۰ نشانگر نارضایتی شدید از روابط زناشویی، بین ۳۰-۴۰ بیانگر عدم رضایت، بین ۴۰-۶۰ بیانگر رضایت نسبی و متوسط، بین ۶۰-۷۰ بیانگر رضایت زیاد، و بالاتر از ۷۰ بیانگر رضایت خیلی زیاد است (غلامزاده بافقی و جمالی بافقی، ۱۳۹۷). روایی سازه رضایت زناشویی با پرسشنامه سازگاری زناشویی ضریب ۰/۶۵ و در سطح ۰/۰۱ معنادار به‌دست آمده است (سراج و همکاران، ۱۳۹۳). ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مؤلفه‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰، و با مؤلفه‌های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ نشانه روایی سازه است. همچنین، ضریب بازآزمایی پس از اجرای مجدد ضریب ۰/۸۸ به‌دست آمده است (آزادبخت و وکیلی، ۱۳۹۲). در خارج از کشور، همسانی درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌ها را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (O'Connor et al., 2018). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

## یافته‌ها

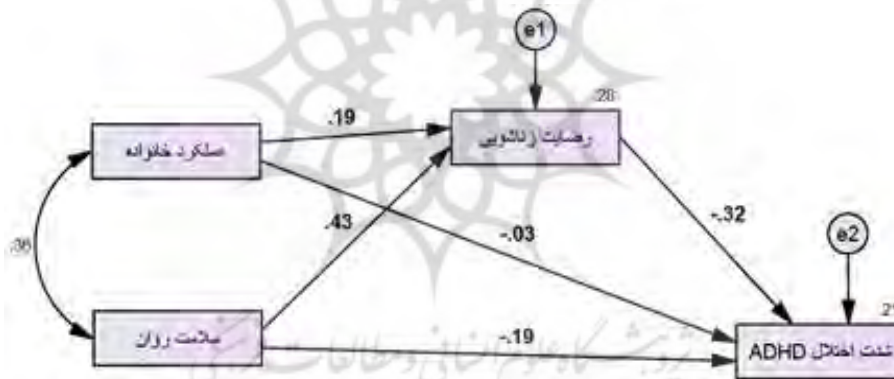
یافته‌های مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که از نظر میزان تحصیلات مادران ۴۲ درصد زیر دیپلم، ۳۵ درصد دیپلم، ۲۱ درصد کارشناسی، و ۲ درصد کارشناسی ارشد داشته و ۵۷/۶ درصد از مادران خانه‌دار و ۴۲/۴ درصد از آنان شاغل بودند. همچنین، ۱۰ درصد از مادران بین ۲۷ تا ۳۴ سال، ۴۹ درصد بین ۳۵ تا ۴۳ سال، و ۴۱ درصد بین ۴۴ تا ۵۲ سال داشتند. جدول (۱) میانگین، انحراف معیار، و ضریب همبستگی پیرسون را برای کلیه متغیرها نشان داده است.

طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر...؛ و همکاران | ۱۳

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، و ماتریس ضریب همبستگی پیرسون در متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری / متغیرها	میانگین	انحراف معیار	ماتریس ضریب همبستگی پیرسون
شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی	۷۶/۳۱	۳۴/۶۶	۱
عملکرد خانواده	۱۳۱/۰۹	۳۶/۳۱	-۰/۲۰۸
سلامت روانی	۵۳/۳۸	۲۵/۰۵	۰/۳۶۴
رضایت زناشویی	۱۳۰/۶۸	۳۷/۶۸	-۰/۴۲۱

در جدول (۱)، آماره‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آورده شده است. برای ارزیابی مدل پیشنهادی پژوهش حاضر از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری از نرم‌افزار SPSS<sup>27</sup> و AMOS<sup>27</sup> استفاده می‌شود. مدل پیشنهادی اولیه‌ای برای تبیین شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> بر اساس عملکرد خانواده، سلامت روانی، و رضایت زناشویی به‌دست آمد که در شکل (۱) آورده شد.

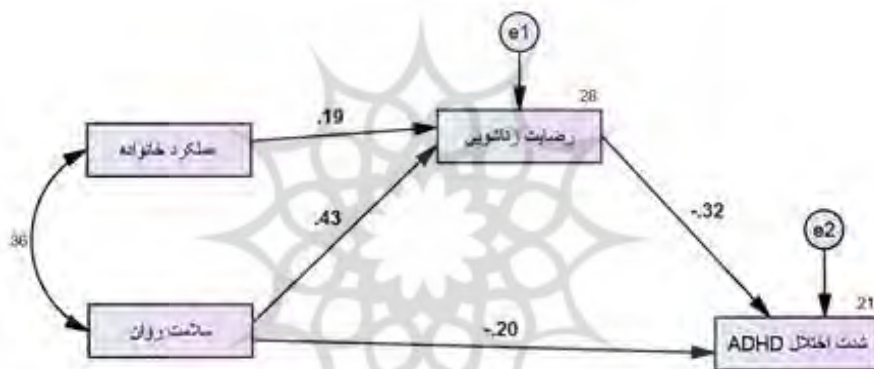


شکل ۱. مدل اولیه در حالت استاندارد

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی مدل اولیه و نهایی

شاخص نیکویی برازندگی	X <sup>2</sup>	df	X <sup>2</sup> /df	RFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل اولیه	-	-	-	-	۱/۰۰	-	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۳۳۵
مدل نهایی	۰/۱۹۹	۱	۰/۱۹۹	۰/۹۹۲	۱/۰۰	۱/۰۳	۱/۰۰	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰۱

با توجه به داده‌های جدول (۲)، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (۰/۳۳۵)  $RMSEA=$  نشان می‌دهد که مدل اولیه به اصلاح نیاز دارد. در مدل اولیه، مدل اشباع بوده است، به این معنا که تمام مسیرهای ممکن رسم شده‌اند. در این مدل، امکان محاسبه‌ی خی‌دو و برخی شاخص‌ها وجود ندارد و پس از حذف مسیر (عملکرد خانواده بر شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی)، مدل از حالت اشباع درآمد و محاسبه‌ی خی‌دو و سایر شاخص‌ها برای نرم‌افزار ممکن شد. در مدل نهایی، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (۰/۰۰۰۱)  $RMSEA=$  است که نشان‌دهنده‌ی برازش خوب مدل است. مدل اصلاح‌شده در شکل (۲) آورده شده است.



شکل ۲. مدل نهایی در حالت استاندارد

در ادامه، یافته‌های مربوط به برآورد ضرایب مسیر برای بررسی مسیرهای مستقیم در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب مسیر اثر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل اولیه و نهایی در حالت استاندارد

مسیر	مدل اولیه		مدل نهایی	
	معناداری	ضرایب مسیر (β) استاندارد	معناداری	ضرایب مسیر (β) استاندارد
عملکرد خانواده-شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی	۰/۶۵۵	-۰/۰۳۰	-	-
سلامت روان-شدت اختلال نارسایی توجه/	۰/۰۱۰	-۰/۱۸۸	۰/۰۰۶	-۰/۱۹۶

طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر...؛ و همکاران | ۱۵

مدل نهایی		مدل اولیه		مسیر
معناداری	ضرایب مسیر استاندارد ( $\beta$ )	معناداری	ضرایب مسیر استاندارد ( $\beta$ )	
				بیش‌فعالی
۰/۰۰۳	۰/۱۸۹	۰/۰۰۳	۰/۱۸۹	عملکرد خانواده-رضایت زناشویی
۰/۰۰۱	۰/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲	سلامت روان-رضایت زناشویی
۰/۰۰۱	-۰/۳۲۳	۰/۰۰۱	-۰/۳۱۶	رضایت زناشویی-شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

یافته‌های جدول (۳) نشان می‌دهد که مسیر اول ( $\beta = -۰/۰۳۰$ ) در سطح  $P < ۰/۰۵$  از لحاظ آماری معنادار نبود و این مسیر حذف شد. مسیر دوم ( $\beta = -۰/۱۹۶$ ) در سطح  $P < ۰/۰۱$ ، مسیر سوم ( $\beta = ۰/۱۸۹$ ) در سطح  $P < ۰/۰۱$ ، مسیر چهارم ( $\beta = ۰/۴۳۲$ ) در سطح  $P < ۰/۰۱$  و مسیر پنجم ( $\beta = -۰/۳۲۳$ ) در سطح  $P < ۰/۰۱$  از لحاظ آماری معنادار بودند. در ادامه، برای تعیین معناداری روابط میانجی، از روش بوت‌استرپ استفاده شده است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج روش بوت‌استرپ در بررسی مسیرهای غیرمستقیم و میانجی

مدل نهایی		مدل اولیه		متغیر ملاک	متغیر میانجی	متغیر پیش‌بینی
معناداری	بوت‌استرپ	معناداری	بوت‌استرپ			
۰/۰۰۶	-۰/۰۵۸	۰/۰۰۷	-۰/۰۵۷	شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی	رضایت زناشویی	عملکرد خانواده
۰/۰۰۶	-۰/۱۹۳	۰/۰۰۶	-۰/۱۸۹	شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی	رضایت زناشویی	سلامت روانی

سطوح اطمینان جدول (۴)، حاکی از معناداری مسیر غیرمستقیم عملکرد خانواده به شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> با نقش میانجی رضایت زناشویی است ( $\beta = -۰/۰۵۸$ ) که

در سطح  $P < ۰/۰۱$  از لحاظ آماری معنادار است. همچنین، مسیر غیرمستقیم سلامت روانی به شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با نقش میانجی رضایت زناشویی ( $\beta = -۰/۱۹۳$ ) در سطح  $P < ۰/۰۱$  معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر اساس عملکرد خانواده و سلامت روانی با نقش میانجی رضایت زناشویی در مادران شهر تهران انجام شد. نتایج نشان می‌دهد که تمام مسیرهای مستقیم، به‌جز مسیر عملکرد خانواده به شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، معنادار شدند. مسیرهای غیرمستقیم نیز از طریق رضایت زناشویی با شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی معنادار شدند. بر اساس نتایج این پژوهش، الگوی پیشنهادی از برازش قابل‌قبولی برخوردار است و می‌تواند گام مهمی برای شناخت عوامل مؤثر بر شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی محسوب شود. همچنین، پژوهش حاضر می‌تواند به‌عنوان الگوی مناسبی برای تدوین و طراحی برنامه‌های پیشگیری از تنیدگی‌های تجربه‌شده مادران و کاهش شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی فرزندان آن‌ها مفید باشد.

نخستین یافته پژوهش نشان می‌دهد که بین عملکرد خانواده و شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کودکان رابطه معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش کاسن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) ناهمسو و ناهماهنگ است. با توجه به وجود متغیر میانجی در پژوهش حاضر، رابطه مستقیم عملکرد خانواده بر شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۲</sup> معنادار نشده است؛ اما رابطه غیرمستقیم عملکرد خانواده بر شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با نقش میانجی رضایت زناشویی معنادار شده است؛ به‌عبارت‌دیگر، عملکرد خانواده بر

---

۱. Cussen et al.

۲. ADHD



طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر...؛ --- و همکاران | ۱۷

شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به‌صورت غیرمستقیم و از طریق رضایت زناشویی اثرگذار است.

با این حال، می‌توان گفت عملکرد درست و مؤثر در زمینه کارکردهای یک خانواده سبب کاهش آثار و کنترل استرس‌های تجربه‌شده در خانواده می‌شود. خانواده نقشی بنیادی در ایجاد سلامت و بیماری افراد ایفا می‌کند و اصلی‌ترین نهاد در حفظ سلامت فرد و جامعه است. یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد روانی و اجتماعی، روابط والدین و کودکان است که در زندگی کودک در حال رشد اهمیت بسزایی دارد. سبک‌های تربیتی ناکارآمد و تعامل نامناسب والد-کودک در طول دوران تحول، به ایجاد مشکلات ارتباطی و درنهایت، آسیب‌پذیری کودکان در برابر اختلال‌هایی نظیر اضطراب، مشکلات رفتاری، و آسیب روان‌شناختی منجر خواهد شد. رابطه والد-کودک ترکیبی از رفتارها، احساسات، و انتظارات منحصربه‌فرد است که بین والدین و فرزندان وجود دارد و شامل زمان باکیفیت، محبت فیزیکی، و ارتباط کلامی است. هرچه عملکرد خانواده پایین‌تر و ناسالم‌تر باشد، بار مراقبتی بیشتری تجربه می‌شود. به‌طور کلی، آموزش به مادران در خصوص چگونگی برخورد و کنترل این کودکان، موجب می‌شود عملکرد خانواده تحت تأثیر قرار گیرد و بر کاهش استرس والدگری این خانواده‌ها تأثیر مثبت داشته باشد.

دومین یافته نشان می‌دهد که بین سلامت روانی مادران و شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کودکان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیسگود و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) و شمیم آقا و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان کرد که سلامت روانی مادران نقش مهمی در شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ایفا می‌کند، به‌این ترتیب که حضور کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در خانواده، درخواست‌های مضاعفی را بر والدین، به‌ویژه مادران، تحمیل می‌کند و باعث افزایش فشار روانی و انواع مشکلات روان‌شناختی در این والدین می‌شود.

---

1. Peasgood et al.  
2. Shamim.Agha et al.

تأثیر اختلال بیش‌فعالی<sup>۱</sup> کودکان بر سلامت روان خانواده‌ها کاملاً مشهود است. استرس والدگری ممکن است به کاهش سلامت روانی و بهزیستی والدین منجر شود و آن‌ها انواع و اقسام اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه کنند. مشکلات رفتاری و نافرمانی کودکان بیش‌فعال به‌عنوان یکی از جدی‌ترین مشکلات این کودکان تأثیر بسیاری بر سیستم و عملکرد خانواده می‌گذارد و از آن‌سو، تأثیر تردیدناپذیر عملکرد والدین بر رفتار کودکان نیز وجود دارد. مادرانی که دچار استرس باشند، نمی‌توانند وظایف خود را نسبت به فرزندانشان به‌درستی انجام دهند. متأسفانه هرچه مشکلات رفتاری کودکان بیشتر می‌شود، این دسته از مادران استرس بیشتری پیدا می‌کنند؛ و درنهایت، روش تربیتی ناموفق‌تری خواهند داشت که نتیجه‌ای جز شدت یافتن این اختلال رفتاری در فرزندانشان به دنبال نخواهد داشت.

یافته سوم نشان می‌دهد که بین رضایت زناشویی مادران و شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کودکان رابطه منفی و مستقیم وجود دارد و می‌توان انتظار داشت که با بهبود رضایت زناشویی مادران، شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کودکان آن‌ها کاهش یابد. این یافته با نتایج پژوهش بن‌نعیم و همکاران (۲۰۱۹) همسوست. به‌طور کلی، می‌توان گفت رضایت زناشویی به شرایطی اشاره دارد که در آن زوجین با خواسته‌ها و ملزومات محیطی و بین‌فردی به‌گونه‌ای مناسب رفتار نمایند. در واقع، یکی از استرس‌های تجربه‌شده در خانواده، ابتلای یکی از اعضا به اختلال روانی است. آثار و عوارض ایجادشده از ابتلای کودک به اختلالات روانی، استرس‌های زیادی را برای خانواده به‌ویژه مادران ایجاد می‌کند و سبب می‌شود که آن‌ها عملکرد ناسالمی داشته باشند. عملکرد خانوادگی سالم در زمینه‌های مختلف می‌تواند استرس‌های تجربه‌شده را کاهش دهد. همان‌گونه که نیس و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند، به‌طور کلی رابطه دوطرفه‌ای بین استرس والدین و مشکلات رفتاری کودک وجود دارد. به اعتقاد کین و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، سطوح بالای استرس والدین، به‌ویژه مادر، باعث می‌شود که آنان گرایش بیشتری به استفاده

1 ADHD

2. Neece et al.

3. Keen et al.

از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر، تهدیدآمیز، و پرخاشگرانه والدگری داشته باشند. این امر تأثیری منفی بر رشد کودک می‌گذارد و به رفتارهای مخرب بیشتری منجر می‌شود. استرس والدگری با افزایش احساسات و عواطف منفی و کاهش احساسات و عواطف مثبت، رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد و مقابله با شرایط دشوار زندگی را مشکل می‌نماید و این عامل به‌خودی‌خود می‌تواند رضایت زناشویی را کاهش دهد؛ بنابراین، استرس والدگری موجب می‌شود مادران کودکان بیش‌فعال با کاهش رضایت زناشویی خود، هیجانات منفی بیشتری را تجربه کنند و نتوانند با شرایط پرتنش وجود کودک بیش‌فعال کنار بیایند.

نتایج نشان می‌دهد که رضایت زناشویی در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روانی با شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> نقش میانجی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که عملکرد خانواده در سطح مطلوب، باعث بهبود رضایت زناشویی در مادران می‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر، تعامل مناسب مادر-کودک و عملکرد خانواده، رضایت زناشویی این مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب کاهش شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در فرزندان می‌شود. درواقع، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد روانی و اجتماعی، روابط مادران و کودکان و عملکرد مطلوب خانواده است که در زندگی کودک در حال رشد اهمیت زیادی دارد، به‌طوری‌که کیفیت این روابط در سال‌های اولیه کودکی، رشد شناختی، اجتماعی، و هیجانی آینده را پایه‌گذاری می‌کند. خانواده نقش بنیادینی در سلامت و بیماری افراد دارد و اصلی‌ترین نهاد در حفظ سلامت فرد و جامعه است. همچنین، در شکل‌گیری مفاهیم سلامت و بیماری و الگوهای رفتار بهنجار و نابهنجار تأثیر بسزایی دارد. سبک‌های تربیتی ناکارآمد و تعامل نامناسب مادر-کودک در طول دوران تحول، به ایجاد مشکلات ارتباطی و درنهایت، آسیب‌پذیری کودکان در برابر اختلال‌هایی نظیر اضطراب، مشکلات رفتاری، و آسیب روان‌شناختی منجر خواهد شد (شکوهی یکتا، پرنده، و درگاهی، ۱۳۹۵).

از طرفی، سلامت روانی در مادران به هنگام روبه‌رو شدن با استرس‌های محیطی موجب خودمهارگری بیشتر، سازگاری بالاتر، نگاه مثبت به همسر و کودک، و ارتباط مؤثرتر با آن‌ها می‌شود. از طرفی، پژوهش‌ها حاکی از آن است که سطوح بالای تعارض و سطوح پایین پیوستگی در خانواده‌های دارای کودک بیش‌فعال وجود دارد. همچنین، احساس ناکافی بودن در مورد والدگری در گذر زمان، به سایر بخش‌های خصوصی زندگی و روابط زناشویی مادران این کودکان گسترش پیدا می‌کند. در نتیجه، با وجود داشتن کودک بیش‌فعال طبیعی است که این خانواده‌ها تحت تأثیر نشانه‌های اختلال کودک قرار می‌گیرند و مشکلات والدین، به‌ویژه مادران این خانواده‌ها افزایش پیدا می‌کند؛ بنابراین، اهمیت سلامت روانی و مدیریت کردن عواطف و هیجانات منفی، بیش‌ازپیش نمایان می‌شود. زمانی که فرد بتواند به این مهارت دست یابد، می‌تواند از مشکلات و استرس‌ها آگاهی داشته باشد، راه‌حل‌های مناسبی را پیدا کند، و در نتیجه، استرس در رابطه خود با فرزندش را کاهش دهد و به بهبود رضایت زناشویی و همین‌طور، شدت اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup> دست یابد. بیشتر مشکلات رفتاری کودکان منعکس‌کننده شرایط پیچیده بین‌فردی اعضای خانواده، به‌ویژه والدین، است؛ به‌عبارت‌دیگر، وجود مشکلات رفتاری در کودکان بیش‌فعال نشان‌دهنده روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر، با روش تربیتی نادرست والدین، و تعاملات معیوب آنان با فرزندان ارتباط تنگاتنگی دارد که با تقویت سلامت روانی مادران می‌توان انتظار داشت که رضایت زناشویی مادران و در پی آن، شدت اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دانش‌آموزان بیش‌فعال نیز کاهش یابد؛ بنابراین، می‌توان گفت که رضایت زناشویی به‌خوبی نقش میانجی را در رابطه بین عملکرد خانواده و سلامت روانی مادران با شدت اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کودکان ایفا می‌کند.

نتایج پژوهش حاکی از برازش مدل نهایی بود. در این راستا اما محدودیت‌هایی وجود داشت. نخستین محدودیت، جامعه آماری این پژوهش بود که شامل مادران کودکان بیش‌فعال شهر تهران بود و این موضوع تعمیم نتایج را به دیگر مادران در سایر شهرها با

طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر...؛ --- و همکاران | ۲۱

احتیاط همراه می‌سازد. از این رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری بر نمونه‌های دیگر به منظور تعمیم نتایج انجام گیرد. همچنین، پژوهش به جنسیت پدران این کودکان نپرداخته است و موجب می‌شود تعمیم نتایج به پدران با احتیاط باشد. برای رفع این مشکل می‌بایست پژوهش‌های مشابه بر پدران نیز صورت پذیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای بهبود عملکرد خانواده و سلامت روانی مادران، بتوان رضایت زناشویی را در آن‌ها افزایش داد و موجب شد که شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> کودکان آن‌ها کاهش یابد.

#### ORCID:

Seyyed Hossein Almadani  
Parviz Asgary  
Sasan Bavi



<https://orcid.org/0000-0003-3820-9080>



<https://orcid.org/0000-0002-0349-8727>



<https://orcid.org/0000-0001-8929-4719>

#### منابع

- آزادبخت، راجیل و وکیلی، پریش. (۱۳۹۲). رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی زنان، *روان‌شناسی تربیتی*، ۴(۳)، ۱۸-۱۱.
- اردلان، مارلین و اردلان، فراست. (۱۳۹۵). بررسی رابطه میان عملکرد خانواده و سلامت روانی در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. *دانشکده پرستاری، مامایی، و پیراپزشکی کردستان*، ۲(۲)، ۲۱-۱۲.
- استوار، صغری. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت رفتار کودکان به مادران بر سلامت روان مادران و نشانگان اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی در کودکان. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۹(۳۴)، ۳۴-۱۷.
- حدید، مانده، عربگل، فریا و حیاتی، مرتضی. (۱۳۸۳). شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در گروهی از دانشجویان، *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۲-۱)، ۷۸-۷۳.

سراج، فاطمه، نورانی، شهلا، و شاکری، محمدتقی. (۱۳۹۳). همبستگی بین سختی گذر به والد شدن و رضایت زناشویی و مقایسه آن در زنان با اولین و دومین فرزند، *روان پرستاری*، ۲(۳)، ۱۱-۱.

شکوهری، یکتا، پرند، درگاهی (۱۳۹۵). مداخله‌های پیشگیرانه خانواده محور: تأثیر بر روابط والد-کودک و روش‌های تربیتی والدین و سلامت روان کودک ۵۵-۶۳  
غلامزاده بافقی، طیبه و جمالی بافقی، طیبه. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین عضویت در شبکه‌های اجتماعی مجازی و رضایت زناشویی در بین زنان و مردان متأهل. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۱۲(۱)، ۱۱۶۵-۱۱۵۱.

مرتضی، حبیب، قربانی، راهب، علی‌بیگی، مهناز، میرآخورلو، شیرین و ارجنه، مژگان. (۱۳۹۷). بررسی رابطه رضایت زناشویی و رضایت شغلی در کارکنان مرکز بهداشت شهرستان گرمسار. *دانشگاه علوم پزشکی سمنان (کومش)*، ۲۰(۲)، ۳۰۹-۳۰۰.  
نجاریان، بهمن و داوودی، ایران. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه مدت SCL-90-R). *روان‌شناسی*، ۵(۲)، ۱۴۹-۱۳۶.

نریمانی، محمد، بگیان کوله‌مرز، محمدجواد، احدی، بتول و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان. *روان‌شناسی بالینی*، ۶(۱)، ۵۱-۳۹.  
همتی علمدارلو، قربان. (۱۳۹۳). مقایسه سبک فرزندپروری مادران کودکان پیش دبستانی با و بدون کم‌توانی ذهنی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۱۳۲-۱۲۲.

## References.

- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167-170. <https://doi.org/10.1007/s12618-009-0023-2>
- Azazy, S., Nour-Eldein, H., Salama, H., & Ismail, M. (2018). Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *East Mediterr Health Journal*, 24(6), 579-587. <https://doi.org/10.26719/2018.24.6.579>
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*: Guilford Publications.
- Ben-Naim, S., Gill, N., Laslo-Roth, R., & Einav, M. (2019). Parental Stress and Parental Self-Efficacy as Mediators of the Association Between

- Children's ADHD and Marital Satisfaction. *Journal of Attention Disorders*, 23(5), 506-516. <https://doi.org/10.1177/1087054718784659>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S., & Fine, C. (1998). Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a longitudinal clinical sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(3), 305-313. <https://doi.org/10.1097/00004583-199803000-00016>
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., Ouellette, C., Moore, P., & Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 343-351. <https://doi.org/10.1097/00004583-199603000-00016>
- Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review. *Jama*, 315(18), 1997-2008. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5453>
- Counts, C. A., Nigg, J. T., Stawicki, J. A., Rappley, M. D., & Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 690-698. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000162582.87710.66>
- Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O. C., & Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: A community-based study. *European Journal of Pediatrics*, 171(2), 271-280. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1524-4>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973) SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1). 13-27.
- Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Greenfield, B., Looper, K. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/108705470400800101>
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31.
- Fabiano, G. A., Schatz, N. K., Aloe, A. M., Pelham Jr, W. E., Smyth, A. C., Zhao, X., Merrill, B. M., Macphee, F., Ramos, M., Hong, N., Altszuler, A., Ward, L., Rodgers, D. B., Liu, Z., Ersen, R. K. & Coxe, S. (2021). Comprehensive Meta-Analysis of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Psychosocial Treatments Investigated Within Between Group Studies. *Review of Educational Research*, 91(5), 718-760. <https://doi.org/10.3102/00346543211025092>

- Fleck K, Jacob C, Philipsen A, Matthies S, Graf E, Hennighausen K, Haack-Dees B, Weyers P, Warnke A, Rösler M, Retz W., Gontard, A., Hänig, S., Freitag, C., Sobanski, E., Schumacher-Stien, M., Poustka, L., Bliznak, L., Becker, K., Holtmann, M., Colla, M., Gentschow, L., Kappel, V., Jaite, C., & Jans, T. (2015). Child impact on family functioning: a multivariate analysis in multiplex families with children and mothers both affected by attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(3), 211-223. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0164-8>
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 39-49. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x>
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>
- Kaplan, B. J., Crawford, S. G., Fisher, G. C., & Dewey, D. M. (1998). Family dysfunction is more strongly associated with ADHD than with general school problems. *Journal of Attention Disorders*, 2(4), 209-216. <https://doi.org/10.1177/108705479800200401>
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.09.009>
- Kelada, L., Hasking, P., & Melvin, G. (2018). Adolescent NSSI and recovery: the role of family functioning and emotion regulation. *Youth & society*, 50(8), 1056-1077. <https://doi.org/10.1177/0044118X16653153>
- Kuhn, J., Ford, K., & Dawalt, L. S. (2018). Brief report: Mapping systems of support and psychological well-being of mothers of adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(3), 940-946. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3381-0>
- Loehlin, J. C., & Beaujean, A. A. (2016). Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis. Taylor & Francis.
- McMaster Epstein et al. (1978) family functioning questionnaires, Dragatis and Ziklzorak's mental health (1973), Connor, Arhad, and Sparrow's severity of attention deficit/ hyperactivity disorder (1999), and Enrich's marital satisfaction from Olson, Fournier, and Derakman (1987).



- Martin, C. A., Papadopoulos, N., Chellew, T., Rinehart, N. J., & Sciberras, E. (2019). Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. *Res Dev Disabil*, 93. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103463>
- McDaniel, B. T., Drouin, M., & Cravens, J. D. (2017). Do you have anything to hide? Infidelity-related behaviors on social media sites and marital satisfaction. *Computers in human behavior*, 66, 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.09.031>
- Mohr-Jensen, C., Steen-Jensen, T., Bang-Schnack, M., & Thingvad, H. (2019). What do primary and secondary school teachers know about ADHD in children? Findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of Danish teachers. *Journal of attention disorders*, 23(3), 206-219. <https://doi.org/10.1177/1087054715599206>
- Neece, C. L., Green, Sh. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *Journal of Intellect DEV Disabil*. 117(1), 48-66. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>
- O'Connor, P., Izadikhah, Z., Abedini, S., & Jackson, C. J. (2018). Can Deficits in Emotional Intelligence Explain the Negative Relationship Between Abandonment Schema and Marital Quality?. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 67(4), 510-522. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/fare.12320>
- Okumura, Y., Yamasaki, S., Ando, S., Usami, M., Endo, K., Hiraiwa-Hasegawa, M., Kasai, K., & Nishida, A. (2019). Psychosocial Burden of Undiagnosed Persistent ADHD Symptoms in 12-Year-Old Children: A Population-Based Birth Cohort Study. *Journal of Attention Disorders*. 25(5), 636-645. <https://doi.org/10.1177/1087054719837746>
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Brazier, J. E., Biggs, K., Coghill, D., Daley, D., Cooper, C. L., De Silva, C., Harpin, V., Hogkins, P., Hodgkins, P., Nadkarni, A., Setyawan, J., & Sonuga-Barke, E. J. (2020). What is the health and well-being burden for parents living with a child with ADHD in the United Kingdom? *Journal of Attention Disorders*. 25(14), 1962-1976. <https://doi.org/10.1177/1087054720925899>
- Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCracken, J. T., McGough, J. J., Lubke, G. H., Yang, M. H. & Smalley, S. L. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(3), 346-354. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000192248.61271.c8>
- Qian, Y., & Sayer, L. C. (2016). Division of labor, gender ideology, and marital satisfaction in East Asia. *Journal of Marriage and Family*, 78(2), 383-400. <https://doi.org/10.1111/jomf.12274>

- Ramos-Quiroga, J. A., Montoya, A., Kutzelnigg, A., Deberdt, W., & Sobanski, E. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: Prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Current Medical Research and Opinion*, 29(9), 1093-1104. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.812961>
- Shamim-Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2020). Parent psychopathology and neurocognitive functioning in children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 24(13), 1836-1846
- Starck, M., Grünwald, J., & Schlarb, A. A. (2016). Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 581-588. <https://doi.org/10.2147/NDT.S100238>
- Waters, A. M., Ford, L. A., Wharton, T. A., & Cobham, V. E. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child+ parent condition versus a parent only condition. *Behaviour research and therapy*, 47(8), 654-662. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.008>
- Webb, R., & Ayers, S. (2019). Postnatal mental health and mothers' processing of infant emotion: An eye-tracking study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(5), 484-497. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1620215>
- Wofford, J. R., & Ohrt, J. H. (2018). An Integrated Approach to Counseling Children Diagnosed With ADHD, ODD, and Chronic Stressors. *The Family Journal*, 26(1), 105-109. <https://doi.org/10.1177/1066480718756594>

استناد به این مقاله: شاهی. (۱۴۰۱). طراحی مدل ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر اساس عملکرد خانواده و سلامت روانی: نقش میانجی رضایت زناشویی در مادران، روان‌شناسی افراد استثنایی، ۱۲(۴۸)، ۱-۲۶.

DOI: 10



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.