

Structural modeling of the ADHD severity based on family functioning and self-differentiation the mediating role of marital satisfaction in mothers

Almadani, S.H., Askary, *P., Bavi, S.

Abstract

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder is the most common behavioral disorder in childhood and adolescence, affecting about 3% to 5% of children below the age of seven. This complication is more common in children in early school and adolescence, and many patients enhance with age. The aim of this study was a structural model of the severity of ADHD based on family functioning and self-differentiation considering the mediating role of marital satisfaction in mothers.

Method: In this correlational study, the statistical population consisted of all female ADHD children and their mothers in Tehran in 2021. A total sample of 210 ADHD children was selected through the purposive sampling method. The study tools consisted of: Family Functioning of McMaster, Self-differentiation of Skowron and Schmitt, Conyers Severity of child's ADHD, Erhardt & Sparrow and Enrich Marital Satisfaction Olson, Fournier & Derakman. The proposed model was evaluated using a structural equation modeling.

Results: Results showed significant direct paths except for the family functioning path to the severity of the child's ADHD. Significant indirect pathways were found for family functioning with the severity of child's ADHD with mediating role of marital satisfaction, and for self-differentiation with the severity of child's ADHD with mediating role of marital satisfaction.

Conclusion: The proposed model showed an acceptable fitness to the result and an important step in recognizing the effective factors in the severity of child's ADHD of children.

Keywords: ADHD, Family Functioning, Self-Differentiation, Marital Satisfaction.

مدل‌یابی ساختاری شدت اختلال نارسایی توجه /

فزون‌کنشی بر اساس عملکرد خانواده و تمایز‌یافتگی

خود: نقش میانجی رضایت زناشویی مادران

سیدحسین المدنی^۱، پرویز عسگری^۲، ساسان باوی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸

چکیده

مقدمه: نارسایی توجه / فزون‌کنشی، شایع‌ترین اختلال رفتاری در سنین کودکی و نوجوانی است، و حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان پیش از هفت‌سالگی به آن مبتلا می‌شوند. این عارضه بیشتر در دوران ابتدایی مدرسه برای کودکان و در هنگام بلوغ رخ می‌دهد و با افزایش سن، بسیاری از افراد مبتلا بهتر می‌شوند. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی رضایت زناشویی در رابطه بین عملکرد خانواده و خودتمایز‌یافتگی مادران با شدت اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی کودکان شهر تهران است.

روش: در این پژوهش همبستگی جامعه آماری را کلیه کودکان دختر بیش‌فعال به همراه مادران آن‌ها در شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دهند. به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۲۱۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت‌اند از پرسشنامه‌های عملکرد خانواده مک‌مستر، خودتمایز‌یافتگی اسکورن و اسمیت، شدت اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی کانرز، ارهارد، و اسپارو، و رضایت زناشویی انریچ از السون، فورنیر، و دراکمن. ارزیابی مدل پیشنهادی با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج مسیرهای مستقیم معناداری به‌جز مسیر عملکرد خانواده را با شدت اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی نشان می‌دهد. همچنین، مسیرهای غیرمستقیم عملکرد خانواده با شدت اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی با نقش واسطه رضایت زناشویی و نیز، رابطه خودتمایز‌یافتگی با شدت اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی با نقش واسطه‌ای رضایت زناشویی معنادار شدند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، الگوی پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است و گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر شدت اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی کودکان محسوب می‌شود.

واژه‌های کلیدی: شدت اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، عملکرد خانواده، خودتمایز‌یافتگی، و رضایت زناشویی.

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

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

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

مقدمه

نارسایی توجه/ فزون‌کنشی^۱، شایع‌ترین اختلال رفتاری در سنین کودکی و نوجوانی است، و حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان پیش از هفت‌سالگی به آن مبتلا می‌شوند. این عارضه بیشتر در دوران ابتدایی مدرسه، برای کودکان و در هنگام بلوغ رخ می‌دهد و با افزایش سن، بسیاری از بیماران بهتر می‌شوند (۱). رفتارهایی مثل ارتباط ضعیف با همسالان، سرپیچی از فرمان‌ها، پرخاشگری، دروغ‌گویی، و خطرپذیری جزو علائم اجتماعی محسوب می‌گردند. علاوه بر این، این کودکان از لحاظ یادگیری و مسائل تحصیلی هم دچار مشکل هستند. کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی ممکن است دارای مشکلات هیجانی از جمله افسردگی، اعتماد به نفس پایین، ناآگاهی، و اضطراب نیز باشند. علائم اشاره‌شده در محیط‌های مختلفی قابل‌مشاهده است، از جمله هنگام تنهایی کودک، بازی با همسالان، تعامل با والدین و اعضای خانواده، مدرسه، کلاس درس، و محیط‌های جدید مثل فروشگاه و اتاق مشاوره. برخی دیگر از کودکان، صرفاً در تمرکز و توجه مشکل دارند و هیچ یک از علائم نارسایی توجه/ فزون‌کنشی را بروز نمی‌دهند (۲).

معمولاً اختلال رفتاری با گذشت زمان رفع می‌شود، اما گاهی اوقات نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در بزرگسالان نیز دیده می‌شود و منشأ آن، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی از دوران کودکی و نوجوانی است. ممکن است رفتارهای تکانشی کاهش پیدا کنند، اما علائمی مانند عدم تمرکز و حواس‌پرتی و ریسک‌پذیری بیشتر و بدتر شوند (۳). نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با سه ویژگی اصلی تکانشگری، بیش‌فعالی، و نقص توجه تعیین می‌شود، به‌گونه‌ای که برای تشخیص‌گذاری این ویژگی‌ها، دست‌کم باید در دو محیط متفاوت منزل و مدرسه، پیش از رسیدن به سن هفت‌سالگی، برای شش ماه مشاهده شوند، و موجب آسیب جدی در حوزه‌های مهم زندگی از جمله عملکرد تحصیلی و ارتباطات اجتماعی شوند (۴). طبق اعلام انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ (۵)، میزان شیوع این اختلال در کودکان حدود ۵ درصد و در بزرگسالان حدود ۲/۵ درصد است (۶). 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 شناخته‌شده‌ای است که باعث ایجاد اختلال در کارکردهای اجرایی مغز مبتلایان به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی می‌شود (۷).

در این شرایط، هم کودک و هم مادران در این اختلال، تحت تأثیر متقابل قرار می‌گیرند و ارتباط تنگاتنگی میان ویژگی‌های مادران و خانواده با کودکان دارای نارسایی توجه/ فزون‌کنشی برقرار است، و کودک بیش‌فعال به‌طور قابل‌توجهی عملکرد خانواده را مختل می‌کند و از خانواده با عملکرد مختل تأثیر می‌پذیرد (۸). در دهه‌های اخیر، روان‌شناسان بر روابط کودک با مراقبان خود تأکید بسیاری کرده‌اند، زیرا باور داشته‌اند که واکنش‌های متقابل مادران، اساس رشد شناختی-عاطفی کودک را تشکیل می‌دهد و خطر ابتلای کودک را به اختلال‌های روانی کاهش می‌دهد (۹). مطالعات نشان داده‌اند که در خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، عملکرد خانواده^۳ با مشکل مواجه می‌شود و ناکارآمدی خانواده^۴ بیشتر دیده می‌شود (۱۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از ناهنجاری‌های روانی و رفتاری افراد اعضای خانواده در خود خانواده ریشه دارد؛ در عین حال، بسیاری از پیشرفت‌های بشر نیز از خانواده نشئت می‌گیرد و نتایج پژوهش‌هایی که اخیراً در زمینهٔ خانواده انجام گرفته است، بر این عقیده تأکید دارند (۱۱).

خانواده‌های کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، درگیری خانوادگی و انسجام کمتری نسبت به خانواده‌های کودکان بدون اختلال نشان می‌دهند (۱۲). علاوه بر این، میزان بیماری‌های روانی در این مادران بیشتر است (۱۳؛ ۱۴). در واقع، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی تأثیر بسزایی در زندگی کودکان و خانواده‌های آن‌ها دارد و به عنوان یک بیماری مزمن می‌تواند سال‌ها ادامه یابد (۱۵). عملکرد خانواده به‌طور جدی تحت تأثیر کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی قرار دارد، به‌ویژه در خانواده‌هایی که هم

رضایتمندی زناشویی به عنوان یک موقعیت روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود که خودبه‌خود به‌وجود نمی‌آید، بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است، به‌ویژه با وجود کودکِ دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، رضایت زناشویی بسیار بی‌ثبات است و روابط در معرض بیشترین خطر قرار دارند (۲۲).

به‌طور کلی، آرزوهای از دست‌رفته این مادران برای داشتن فرزندی سالم، به بروز واکنش‌های روان‌شناختی از قبیل شوک، انکار، افسردگی، احساس گناه، خشم اندوه، اضطراب، و احساس خجالت در مادران منجر می‌شود که این واکنش‌ها بر رضایت زناشویی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۳). بررسی‌های مختلف انجام‌شده در مورد ارتباط رضایت زناشویی مادران و اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان، نشان می‌دهد که رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، کمتر از مادران کودکان عادی است (۲۴؛ ۲۵).

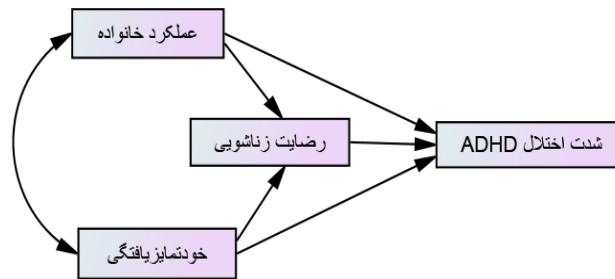
به‌طور کلی، مادران پیامدهای منفی و گسترده‌ی مشکل‌های بهزیستی روان‌شناختی را از ابتدای متوجه شدن اختلال فرزندشان توصیف و گزارش نموده‌اند. بسیاری از آن‌ها، در احساس شدید غم و اندوه عودکننده و احساس یأس و ناامیدی از گذشته دور درگیر بوده‌اند (۲۶). همچنین، مادران این کودکان سردرگمی، فقدان، و مشقت زیادی را 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 به پژوهشی در داخل خارج از کشور دست نیافت که به بررسی نقش میانجی رضایت زناشویی در رابطه بین عملکرد خانواده و خودتمایز یافتگی مادران با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان شهر تهران پرداخته باشد، لزوم انجام پژوهش حاضر بیش از پیش احساس می‌شود. از این‌رو، بر اساس آنچه عنوان شد، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی رضایت زناشویی در رابطه بین عملکرد خانواده و خودتمایز یافتگی مادران با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان شهر تهران در سال ۱۴۰۰ است. در ادامه، مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است:

مادران و هم کودکان، همزمان به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مبتلا هستند (۱۶).

در این راستا، خودتمایز یافتگی^۱ مادران نیز ممکن است بر شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان اثرگذار باشد. خودتمایز یافتگی به این موضوع اشاره دارد که فرد بین فرایند عقلی و هیجانی و مستقل شدن خود از دیگران، توانایی لازم را کسب نموده است. خودتمایز یافتگی، توان مقاومت در برابر ذوب شدن در واکنش‌های عاطفی شخصی دیگر است که از طریق توانایی جداسازی افکار از احساسات صورت می‌گیرد (۱۷؛ ۱۸). تمایز، در این نیروی زندگی ریشه دارد که موجود زنده‌ای را به پیروی از رهنمودهای خویش سوق می‌دهد تا هویت مستقل و مشخصی داشته باشد، در حالی که باهم بودن در این نیروی زندگی ریشه دارد که موجود زنده را به پیروی از رهنمودها یا دستورات دیگران سوق دهد، تا هویتی وابسته، مرتبط، و نامعلوم داشته باشد (۱۹). سطح بالاتری از خودتمایز یافتگی، فرد را قادر می‌سازد که به رشد بهتری از فردیت دست یابد که در تعادل یا باهم بودن است (۲۰).

هر دو عامل عملکرد خانواده و خودتمایز یافتگی مادران، به‌طور مستقیم ممکن است شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان را تحت تأثیر قرار دهند. این پژوهش قصد دارد به بررسی نقش عوامل غیرمستقیمی بپردازد که عملکرد خانواده، خودتمایز یافتگی، و نیز شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی را متأثر می‌سازند. در این راستا، می‌توان به نقش میانجی رضایت زناشویی^۲ پرداخت. وجود کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، رضایت زناشویی مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و آن را با مشکل مواجه می‌کند. 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، زوجین دارای رضایت در حیطه‌های گوناگون زندگی با همدیگر توافق دارند. چنین زن و شوهرهایی، از نوع و سطح روابط کلامی و غیرکلامی‌شان راضی‌اند، و روابط جنسی‌شان را لذت‌بخش و ارضاکنده می‌دانند (۲۱).

1. Self-Differentiation
2. Marital Satisfaction



نمودار (۱) مدل مفهومی پژوهش

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر، همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان دختر ۶ تا ۱۳ سال مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی همراه با مادران از شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. حجم نمونه بر اساس تعداد متغیرهای پژوهش و مدل آماری مورد استفاده انتخاب گردید. در پژوهش معادلات ساختاری، تعداد پارامترها با توجه به تعداد مسیرهای مستقیم، تعداد متغیرهای برون‌زا، و تعداد واریانس‌های خطا محاسبه می‌گردد. با در نظر گرفتن پیشنهاد لوهلین و بائوجین (۲۷)، با توجه به تعداد مسیرهای پژوهش، و به‌ازای هر مسیر ۳۰ آزمودنی، ۲۰۰ آزمودنی تخمین زده شده است، اما به جهت پیش‌بینی ریزش آزمودنی‌ها، تعداد ۲۲۵ آزمودنی به عنوان نمونه پژوهش از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در ادامه، ابزار اندازه‌گیری آورده شده است.

ابزار

۱. پرسشنامه شدت اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کانرز^۱. پرسشنامه علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی توسط کانرز و همکاران (۲۸) تهیه و اعتباریابی شده است، و شامل ۴۸ ماده ویژه والدین است. نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس صفر (اصلاً صحیح نیست، یا هرگز، یا به‌ندرت) تا ۳ (کاملاً صحیح است، یا اغلب اوقات، تقریباً همیشه) 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 (۲۸). سازندگان، پایایی پرسشنامه را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، و اعتبار آن را ۰/۳۷ گزارش کردند. عربگل و همکاران (۲۹)، در پژوهشی روایی پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کردند. نریمانی و همکاران (۳۰)، 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.

۲. پرسشنامه عملکرد خانواده^۲. پرسشنامه عملکرد خانواده، دارای ۵۳ پرسش است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک‌مستر^۳ تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط ایشتاین، بیشاب، و لوین طراحی شد. آزمودنی با خواندن هر عبارت، میزان هماهنگی خصوصیات توصیف‌شده با خانواده خود را روی مقیاس چهارطبقه‌ای لیکرت، به صورت کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، و کاملاً مخالفم (به‌ترتیب از ۱ تا ۴) مشخص می‌نماید. کمترین نمره ۵۳، و بیشترین 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 را از طریق آلفای کرونباخ هفت خرده‌مقیاس چنین اشاره نمودند: حل مشکل ۰/۶۱، ارتباط ۰/۵۸، نقش‌ها ۰/۷۲، همراهی عاطفی ۰/۶۴، آمیزش عاطفی ۰/۶۵، کنترل رفتار ۰/۶۱، و عملکرد کلی ۰/۸۱ که نشان می‌دهد خرده‌مقیاس‌ها از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردارند. اردلان و اردلان (۳۱)، در پژوهش خود، پایایی پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش

2. Family Assessment Device
3. Mc Master

1. Connors ADHD Severity Questionnaire

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 (۳۵). روایی سازه پرسشنامه رضایت زناشویی با پرسشنامه سازگاری زناشویی به صورت ضریب ۰/۶۵ و معناداری در سطح ۰/۰۱ به‌دست آمده است (۳۶). 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 نشانه‌ی روایی سازه است. همچنین، ضریب بازآزمایی پس از اجرای مجدد ضریب ۰/۸۸ به‌دست آمده است (۳۷). در خارج از کشور، همسانی درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌ها ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (۳۸). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

روند اجرای پژوهش: به این ترتیب، از مادران کودکان ارجاع داده‌شده به مراکز روان‌شناختی شهر تهران، آن‌هایی انتخاب شدند که ملاک ورود به پژوهش را دارا بودند که شامل تشخیص کودکان دختر مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی توسط روان‌شناس، و طبق نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، رضایت حضور مادران در پژوهش، سن بین ۲۷ تا ۵۲ سال، و حداقل سواد برای درک گویه‌های پرسشنامه توسط مادران و زندگی با همسر بودند، و پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده شد. از این تعداد، ۲۱۰ نفر از مادران ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و وارد پژوهش شدند. ملاک خروج نیز شامل عدم رضایت از ادامه همکاری و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. سپس، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شدند و مورد تحلیل قرار گرفتند. در پایان، از همکاری آزمودنی‌ها و مسئولان مراکز، تقدیر و تشکر به‌عمل آمد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در اجرای مطالعه، تکمیل پرسشنامه‌ها بی‌نام انجام شد، محرمانه بودن پاسخ‌های آزمودنی‌ها رعایت شد، و مشارکت‌کنندگان با آگاهی کامل در مطالعه شرکت کردند.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که از نظر میزان تحصیلات مادران، ۴۲ درصد زیر دیپلم، ۳۵ درصد دیپلم، ۲۱ درصد کارشناسی، و ۲ درصد

حاضر، برای بررسی پایایی پرسشنامه، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که ۰/۸۷ به‌دست آمده است.

۳. پرسشنامه خودتمایزیافتگی. پرسشنامه خودتمایزیافتگی توسط اسکورن و اسمیت (۳۲) طراحی شده و دارای ۴۶ ماده بوده که به منظور سنجش میزان تمایزیافتگی افراد به‌کار رفته است. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت و در یک ردیف شش‌گزینه‌ای درجه‌بندی شده است. پرسشنامه اشاره‌شده از چهار خرده‌مقیاس هم‌آمیختگی عاطفی با دیگران، جایگاه من، گریز عاطفی، و واکنش‌پذیری عاطفی تشکیل شده است. شیوه نمره‌گذاری به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۶ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. از جمع امتیاز همه ماده‌ها، نمره کل پرسشنامه به‌دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده توسط اسکورن و فریدلندر ۰/۸۸ است. این آزمون در ایران توسط یونسی و محمدی (۳۳) روی نمونه عادی هنجاریابی شده و اعتبار آن از طریق بازآزمایی و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، واکنش هیجانی ۰/۷۷، موقعیت من ۰/۶۰، گسلس عاطفی ۰/۶۵، و امتزاج با دیگران ۰/۷۰ به‌دست آمده است. روایی آزمون نیز از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفته و چهار عامل با ارزش ویژه بالاتر از ۱ به‌دست آمده، و در مجموع ۵۷/۶۷ واریانس را تبیین کرده است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

پرسشنامه رضایت زناشویی. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱ توسط السون، فورنیر، و دراکمن (۳۴) تهیه شده است. پرسشنامه شامل ۱۲ زیرمقیاس پاسخ قراردادی، خرسندی، موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، 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 پنج‌درجه‌ای به صورت کاملاً موافق (۵)، موافق (۴)، نه موافق و نه مخالف (۳)، مخالف (۲)، و کاملاً مخالف (۱) تعلق می‌گیرد. در پرسش‌های شماره ۴، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷ نمره‌گذاری معکوس صورت می‌گیرد (۳۴).

1. Enrich

کارشناسی ارشد داشتند. ۵۷/۶ درصد مادران خانه‌دار، و ۴۲/۴ درصد شاغل بودند. همچنین، ۱۰ درصد از مادران بین ۲۷ تا ۳۴ سال، ۴۹ درصد سن بین ۳۵ تا ۴۳ سال، و ۴۱ درصد

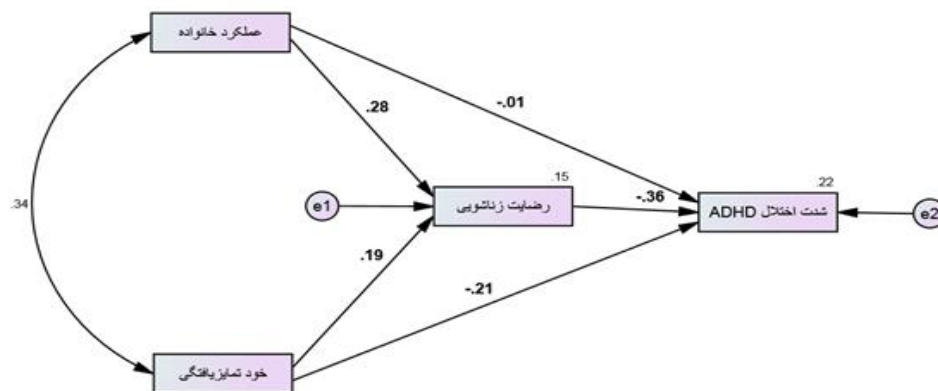
بین ۴۴ تا ۵۲ سال داشتند. در جدول (۱)، میانگین، انحراف معیار، و ضریب همبستگی پیرسون برای کلیه متغیرها آورده شده است.

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/ فزون‌کنشی	۷۶/۳۱	۳۴/۶۶	۱
عملکرد خانواده	۱۳۱/۰۹	۳۶/۳۱	-۰/۱۰۶
خودتمایز یافتگی	۱۴۱/۶۸	۵۶/۴۶	۰/۱۰۹
رضایت زناشویی	۱۳۰/۶۸	۳۷/۶۸	-۰/۳۱۴

برای ارزیابی مدل پیشنهادی این پژوهش، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 و AMOS استفاده شده است. مدل پیشنهادی اولیه‌ای برای

تعیین شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بر اساس عملکرد خانواده، خودتمایز یافتگی، و رضایت زناشویی به‌دست آمده که در نمودار (۲) آورده شده است.



نمودار (۲) مدل اولیه در حالت استاندارد

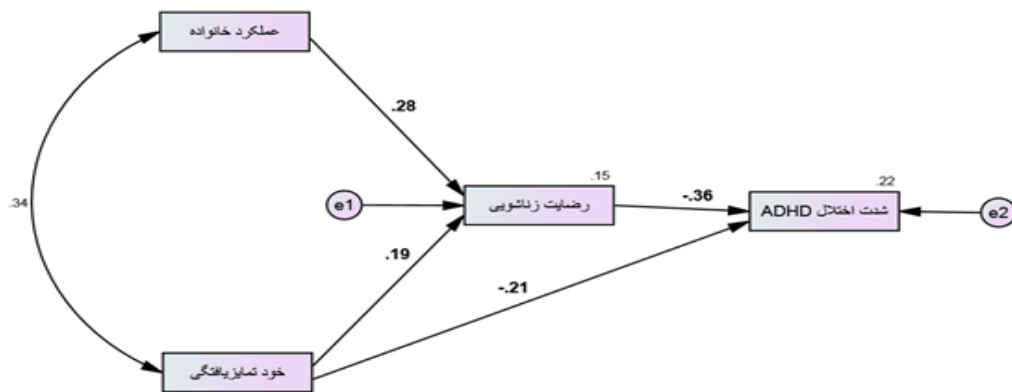
جدول (۲) شاخص‌های برازندگی مدل اولیه و نهایی

شاخص‌های نیکویی برازش	X ²	df	$\frac{x^2}{df}$	RFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل اولیه	-	-	-	-	۱/۰۰	-	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۲۹۰
مدل نهایی	۰/۰۴۵	۱	۰/۰۴۵	۰/۹۹۸	۱/۰۰	۱/۰۵	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۰۱

با توجه به داده‌های جدول (۲)، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA= ۰/۲۹۰) نشان می‌دهد که مدل اولیه نیاز به اصلاح دارد. در مدل اولیه، چون مدل اشباع بوده، به این معناست که تمام مسیرهای ممکن رسم شده‌اند. در این مدل، امکان محاسبه کای‌دو و برخی شاخص‌ها وجود ندارد، و پس از حذف یکی از مسیرها (عملکرد خانواده بر شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی)، مدل از حالت اشباع درآمده و امکان محاسبه کای‌دو و سایر شاخص‌ها

برای نرم‌افزار به‌وجود آمده است. مدل نهایی در نمودار (۳) آمده است. در مدل نهایی شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA= ۰/۰۰۱) است که نشان‌دهنده برازش خوب مدل است. مدل اصلاح‌شده در نمودار (۳) آورده شده است. در ادامه، یافته‌های مربوط به برآورد ضرایب مسیر برای بررسی مسیرهای مستقیم در جدول (۳) ارائه شده است.

برای نرم‌افزار به‌وجود آمده است. مدل نهایی در نمودار (۳) آمده است. در مدل نهایی شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA= ۰/۰۰۱) است که نشان‌دهنده برازش خوب مدل است. مدل اصلاح‌شده در نمودار (۳) آورده شده است. در ادامه، یافته‌های مربوط به برآورد ضرایب مسیر برای بررسی مسیرهای مستقیم در جدول (۳) ارائه شده است.



نمودار (۳) مدل نهایی در حالت استاندارد

جدول (۳) ضرایب مسیر اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل‌های اولیه و نهایی در حالت استاندارد

مدل نهایی		مدل اولیه		مسیر
معناداری	ضرایب مسیر استاندارد (β)	معناداری	ضرایب مسیر استاندارد (β)	
-	-	۰/۸۳۳	-۰/۰۱۴	عملکرد خانواده ← شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی
۰/۰۰۱	-۰/۲۱۱	۰/۰۰۲	-۰/۲۰۸	خودتمایزیافتگی ← شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی
۰/۰۰۱	۰/۲۸۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰	عملکرد خانواده ← رضایت زناشویی
۰/۰۰۴	۰/۱۹۴	۰/۰۰۴	۰/۱۹۴	خودتمایزیافتگی ← رضایت زناشویی
۰/۰۰۱	-۰/۳۶۰	۰/۰۰۱	-۰/۳۵۶	رضایت زناشویی ← شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

است. سطوح اطمینان جدول (۴)، حاکی از معناداری مسیر غیرمستقیم عملکرد خانواده به شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با نقش میانجی رضایت زناشویی است ($\beta = -0/096$)، که در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار بود. همچنین، مسیر غیرمستقیم خودتمایزیافتگی به شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با نقش میانجی رضایت زناشویی ($\beta = -0/043$) در سطح $P = 0/05$ معنادار بود.

یافته‌های جدول (۳) نشان داد که مسیر اول ($\beta = -0/014$) در سطح $P < 0/05$ از لحاظ آماری معنادار نبود و این مسیر حذف شد. مسیر دوم ($\beta = -0/211$) در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار بود. مسیر سوم ($\beta = 0/280$) در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار بود. مسیر چهارم ($\beta = 0/194$) در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار بود. مسیر پنجم ($\beta = -0/360$) در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار بود. در ادامه، در جدول (۴)، برای تعیین معناداری روابط میانجی، از روش بوت‌استرپ استفاده شده

جدول (۴) نتایج روش بوت‌استرپ در بررسی مسیرهای غیرمستقیم و میانجی

مدل نهایی		مدل اولیه		متغیر ملاک	متغیر میانجی	متغیر پیش‌بین
معناداری	بوت‌استرپ	معناداری	بوت‌استرپ			
۰/۰۰۴	-۰/۰۹۶	۰/۰۰۳	-۰/۰۹۵	شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	رضایت زناشویی	عملکرد خانواده
۰/۰۱۰	-۰/۰۴۳	۰/۰۱۰	-۰/۰۴۲	شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	رضایت زناشویی	خودتمایزیافتگی

انجام شد. نتایج نشان داد که تمام مسیرهای مستقیم به‌جز مسیر عملکرد خانواده به شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی معنادار بودند. مسیرهای غیرمستقیم نیز از طریق رضایت زناشویی با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

بحث

این پژوهش، با هدف بررسی نقش میانجی رضایت زناشویی در رابطه بین عملکرد خانواده و خودتمایزیافتگی مادران با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان شهر تهران

مشکل مواجه شده و ناکارآمدی خانواده^۱ بیشتر دیده می‌شود (۱۰)، چنانچه که خانواده‌های کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، درگیری خانوادگی و انسجام کمتری نسبت به خانواده‌های کودکان بدون اختلال نشان می‌دهند (۱۲). در واقع، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی تأثیر بسزایی در زندگی کودکان و خانواده‌های آن‌ها دارد و می‌تواند سال‌ها به عنوان یک بیماری مزمن ادامه یابد (۱۵).

دومین یافته نشان داد که بین خودتمایز یافتگی مادران با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان، رابطه منفی و معناداری وجود دارد. با جستجوی پیشینه، مطالعه‌ای به منظور مقایسه با این یافته در دسترس پژوهشگران قرار نگرفت. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان نمود که خودتمایز یافتگی مادران، نقش مهمی در کاهش شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی ایفا می‌کند. به این ترتیب که حضور کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در خانواده، درخواست‌های مضاعفی را بر والدین، به‌ویژه مادران تحمیل می‌کند و باعث افزایش فشار روانی و انواع مشکلات روان‌شناختی در این والدین می‌شود. تأثیر اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان بر سلامت روان خانواده‌ها کاملاً بارز و مشخص است. استرس والدگری ممکن است به کاهش خودتمایز یافتگی و بهزیستی والدین منجر شود و آن‌ها انواع اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه کنند. مشکلات رفتاری و نافرمانی کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، به عنوان یکی از جدی‌ترین مشکلات این کودکان، تأثیر بسیاری بر سیستم و عملکرد خانواده می‌گذارد. البته تأثیر غیرقابل تردید عملکرد والدین بر رفتار کودکان نیز وجود دارد. از طرفی، به عقیده بوون، افراد تمایز نیافته، اضطراب مزمنی را می‌گذرانند و به دنبال شیوه‌های جذب اضطراب هستند. دو الگوی رایج پاسخگویی افراد تمایز نیافته به مشکلات و موقعیت‌های تنش‌زا، واکنش عاطفی و گسلس عاطفی است. واکنش عاطفی ناشی از اضطراب جدایی و ترس از دست دادن روابط با اشخاص مهم زندگی شکل می‌گیرد. در این فرایند، واکنش‌ها به سه شکل دفاع از خود، حمله متقابل یا کناره‌گیری نشان داده می‌شود که این واکنش‌ها غیرارادی هستند و فرد احساس می‌کند قادر به کنترل آن‌ها نیست. از طرف دیگر، افرادی که

معنادار شدند. بر اساس نتایج این پژوهش، الگوی پیشنهادی از برازش قابل‌قبولی برخوردار است و می‌تواند گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مادران شهر تهران محسوب شود، و همچنین، به عنوان الگویی مناسب برای تدوین و طراحی برنامه‌های پیشگیری از تنیدگی‌های تجربه‌شده مادران و کاهش شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی فرزندان آن‌ها مفید باشد. نخستین یافته پژوهش نشان داد که بین عملکرد خانواده با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان رابطه معناداری وجود ندارد. با جستجوی پیشینه، پژوهشی برای مقایسه با این یافته در دسترس پژوهشگران قرار نگرفت. با دقت بیشتر می‌توان متوجه شد که با توجه به وجود متغیر میانجی در این پژوهش، از معادلات ساختاری استفاده شده و رابطه مستقیم عملکرد خانواده با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی معنادار نشده است. اما رابطه غیرمستقیم عملکرد خانواده با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با نقش واسطه رضایت زناشویی معنادار شده است. به عبارت دیگر، عملکرد خانواده بر شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به صورت غیرمستقیم و از طریق رضایت زناشویی اثرگذار است. با این حال، می‌توان گفت که 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، رابطه 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 در نهایت، آسیب‌پذیری کودکان در برابر اختلال‌هایی نظیر اضطراب، مشکلات رفتاری، و آسیب روان‌شناختی منجر خواهد شد. رابطه والد-کودک، ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظارات منحصر به فرد است که بین والدین و فرزندان وجود دارد و شامل زمان باکیفیت، محبت فیزیکی، و ارتباط کلامی است. هر چقدر عملکرد خانواده، پایین‌تر و ناسالم‌تر باشد، بار مراقبتی بیشتری تجربه می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که در خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، عملکرد خانواده با

1. Family Dysfunction

وجود کودک مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کنار بیابند (۲۲).

همچنین، نتایج نشان داد که رضایت زناشویی در رابطه بین عملکرد خانواده و خودتمایزیافتگی با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی نقش واسطه‌ای دارد. با جستجوی پیشینه، مطالعه‌ای برای مقایسه با این یافته در دسترس پژوهشگران قرار نگرفت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که عملکرد خانواده در سطح مطلوب باعث بهبود رضایت زناشویی در مادران می‌شود. به عبارت دیگر، تعامل مناسب مادر-کودک و عملکرد خانواده، رضایت زناشویی این مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب کاهش شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در فرزندان می‌شود. در واقع، 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، به طوری که کیفیت این روابط در سال‌های اولیه کودکی رشد شناختی، رشد اجتماعی، و رشد هیجانی در آینده را پایه‌گذاری می‌کند. خانواده نقشی بنیادین 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 تأثیری بسزا دارد. سبک‌های تربیتی ناکارآمد و تعامل نامناسب مادر-کودک در طول دوران تحول، به ایجاد مشکلات ارتباطی و در نهایت، آسیب‌پذیری کودکان در برابر اختلال‌هایی نظیر اضطراب، مشکلات رفتاری، و آسیب روان‌شناختی منجر خواهد شد (۸). از طرفی، خودتمایزیافتگی 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 مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی 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 مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، طبیعی است انتظار داشته باشیم که این خانواده‌ها تحت تأثیر نشانه‌های اختلال کودک قرار گیرند و مشکلات والدین،

تمایزیافتگی خود را کسب نموده‌اند، توانایی بیشتری برای اتخاذ موقعیت من دارند. این توانایی برای اتخاذ موقعیت من همراه با اضطراب مزمن کم، و نیز سازگاری روانی بالاست (۳۹). مادرانی که دچار اضطراب باشند، نمی‌توانند وظایف خود را نسبت به فرزندان‌شان به درستی انجام دهند. متأسفانه هرچه مشکلات رفتاری کودکان بیشتر می‌شود، این دسته از مادران، اضطراب بیشتری پیدا می‌کنند، و در نتیجه، روش تربیتی ناموفق‌تری خواهند داشت که نتیجه‌ای به جز شدت یافتن این اختلال رفتاری در فرزندان‌شان به دنبال نخواهد داشت.

یافته سوم نشان داد که بین رضایت زناشویی مادران با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان، رابطه منفی و مستقیم وجود دارد و با بهبود رضایت زناشویی مادران می‌توان انتظار داشت که شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان آن‌ها کاهش یابد. با جستجوی پیشینه، پژوهشی برای مقایسه با این یافته در دسترس پژوهشگران قرار نگرفت. به طور کلی، می‌توان گفت که 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 اعضای خانواده 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 عملکرد غیرعادی آن‌ها می‌شود. عملکرد خانوادگی سالم در زمینه‌های مختلف می‌تواند استرس‌های تجربه‌شده را کاهش دهد. سطوح بالای استرس والدینی، به‌ویژه مادر، باعث می‌شود که آن‌ها گرایش بیشتری به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر، تهدیدآمیز، و پرخاشگرانه والدگری داشته باشند. این امر تأثیری منفی بر رشد کودک می‌گذارد و رفتارهای مخرب بیشتری را 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 نیز کاهش دهد. بنابراین، استرس والدگری موجب می‌شود که مادران کودکان بیش‌فعال با کاهش رضایت زناشویی خود، هیجانات منفی بیشتری را تجربه کنند و این‌گونه نتوانند با شرایط پرتنش

- term Effects on Children, Fathers and Mothers. *Mindfulness*. 2021 Dec; 12(12):3011-3025.
2. Fabiano, G. A., Schatz, N. K., Aloe, A. M., Pelham Jr, W. E., Smyth, A. C., Zhao, X., ... & Coxe, S. Family Mindfulness Training for Childhood ADHD: Short-and Long-Term Effects on Children, Fathers and Mothers. *Mindfulness*, 2021, 12.12: 3011-3025.
3. Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of Attention-deficit/ Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. *Jama*. 2016 May 10; 315(18):1997-2008.
4. Mohr-Jensen C, Steen-Jensen T, Bang-Schnack M, Thingvad H. 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*. 2019 Feb; 23(3):206-19.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 2013.
6. Wofford JR, Ohrt JH. An Integrated Approach to Counseling Children Diagnosed with ADHD, ODD, and Chronic Stressors. *The Family Journal*. 2018 Jan; 26(1):105-9.
7. Okumura Y, Yamasaki S, Ando S, Usami M, Endo K, Hiraiwa-Hasegawa M, Kasai K, Nishida A. Psychosocial Burden of Undiagnosed Persistent ADHD Symptoms in 12-year-old Children: A Population-based Birth Cohort Study. *Journal of Attention Disorders*. 2021 Mar; 25(5):636-45.
8. Ostovar S. Effectiveness of Behavior Management Training for Mothers of Children with Symptoms of Attention Deficit-hyperactivity on ADHD Symptoms Of Children And Mental Health Of Mothers. *Psychological Methods and Models*. 2019 Jan 21; 9(34):17-34.
9. Hemmati Alamdarloo, Gh. Comparison of Parenting Style of Mothers of Preschool Children with and Without Mental Disability. *Behavioral Sciences Research*, 2014; 12(1), 132-122.
10. Azazy S, Nour-Eldein H, Salama H, Ismail M. Quality of Life and Family Function of Parents of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *East Mediterr Health J*. 2018 Jun 1; 24(6):579-87.
11. Kelada L, Hasking P, Melvin G. Adolescent NSSI and Recovery: The Role of Family Functioning and Emotion Regulation. *Youth & society*. 2018 Nov; 50(8):1056-1077.
12. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JT, McGough JJ, Lubke GH, Yang MH, Smalley SL. Relationship of Family Environment and Parental Psychiatric Diagnosis to Impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006 Mar 1; 45(3):346-354.

به‌ویژه مادران این خانواده‌ها افزایش پیدا کند. بنابراین، اهمیت خودتمایز یافتگی و مدیریت عواطف و هیجانات منفی، بیش از پیش نمایان می‌شود. زمانی که فرد بتواند به این مهارت دست یابد، می‌تواند از مشکلات و استرس‌ها آگاهی داشته باشد، و راه‌حل‌های مناسبی را پیدا کند. در نتیجه، مادر می‌تواند استرس را در رابطه خود با فرزندش کاهش دهد و به بهبود رضایت زناشویی و کاهش شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی دست پیدا کند. اکثر مشکلات رفتاری کودکان، منعکس‌کننده شرایط پیچیده بین‌فردی اعضای خانواده، به‌ویژه والدین است. به‌طور کلی، از نظر بون، نوعی نظام عاطفی بر ساختار خانواده حاکم است که قابلیت انتقال بین‌نسلی دارد و سلامت روانی فرد در گرو سطح تمایز و جدایی وی از این نظام است. خودتمایز یافتگی به توانایی ایجاد تعادل بین فرایندهای عقلی و عاطفی در سطح درون‌روانی و ایجاد تعادل بین حفظ فردیت همراه با تجربه صمیمیت در سطح بین‌فردی اشاره دارد (۳۸). بنابراین، می‌توان گفت، رضایت زناشویی به‌خوبی نقش واسطه‌ای را در رابطه بین عملکرد خانواده و خودتمایز یافتگی مادران با شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان ایفا می‌کند.

این پژوهش، با محدودیت‌هایی همراه بود. نخستین محدودیت، جامعه آماری این پژوهش است که شامل مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی شهر تهران بود، و این موضوع، تعمیم نتایج را به دیگر مادران در سایر شهرها با احتیاط همراه می‌سازد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری بر نمونه‌های دیگر برای تعمیم نتایج انجام گیرد. همچنین، پژوهش به جنسیت پدران این کودکان نپرداخته و تعمیم نتایج به پدران میسر نبوده است. برای رفع این مشکل، می‌بایست پژوهش‌های مشابه بر پدران نیز صورت پذیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی به منظور بهبود عملکرد خانواده و خودتمایز یافتگی مادران، بتوان رضایت زناشویی را در آن‌ها افزایش داد و موجب کاهش شدت اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان آن‌ها شد.

منابع

1. Bögels SM, Oort FJ, Potharst E, van Roosmalen R, Williams JM, de Bruin EI. Family Mindfulness Training for Childhood ADHD: Short-and Long-

24. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*. 2009 Dec;1(4):167-70.
25. Ben-Naim S, Gill N, Laslo-Roth R, Einav M. Parental Stress and Parental Self-efficacy as Mediators of the Association Between Children's ADHD and Marital Satisfaction. *Journal of Attention Disorders*. 2019 Mar; 23(5):506-16.
26. Kuhn J, Ford K, Dawalt LS. Brief report: Mapping Systems of Support and Psychological Well-being of Mothers of Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018 Mar; 48(3): 940-6.
27. Loehlin, J. C., & Beaujean, A. A. *Latent Variable Models: An Introduction to Factor, Path, and Structural Equation Analysis*, Taylor & Francis. 2016.
28. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. *Conner's Adult ADHD Rating Scales: Technical Manual*. Multi-Health Systems Incorporated (MHS); 1999.
29. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in a Group of University Students. *Cognitive Science News*, 2004; 6(2), 78-73.
30. Narimani M, Bagiyani-Kulemarez MJ, Ahadi B, Abolghasemi A. The Study of Effectiveness of Group Training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Reducing Of Symptoms of Attention Deficit/ hyperactivity Disorder (ADHD) and Promoting Quality of Life of Students. *Journal of Clinical Psychology*. 2014, 216(1):39-51.
31. Ardalan M, Ardalan F. The Study of the Relationship Between Family Functioning and Mental Health Among The Employees of Kurdistan University of Medical Sciences. *SJNMP*. 2016; 2(1):12-21.
32. Skowron EA, Schmitt TA. Assessing Interpersonal Fusion: Reliability and Validity of a New DSI Fusion with Others Subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003; 29(2): 209-222.
33. Younesi S, J., and Mohammadi M, R. Using the Information Dissemination Approach in Adolescent Addiction Prevention Programs. *Clinical Psychology and Personality*, 2006; 1(16), 1-10.
34. Morteza H, Ghorbani R, Alibeigi M, Mirakhorloo S, Arjaneh M. Relationship Between Marital and Occupational Satisfaction in the Iranian Health Center Employees. *Koomesh*. 2018 Mar 14:300-309.
35. Gholamzadeh Bafghi, T., and Jamali Bafghi, T. Investigating the Relationship Between Membership in Virtual Social Networks and Marital Satisfaction Among Married Men and Women. *Quarterly Journal of Research in Educational Systems*, 2019; 12(1), 1165-1151.
36. Seraj F, Nourani S, Shakeri MT. Correlation Between Transition Difficulty to Parenthood and Marital Satisfaction and its Comparison in Women
13. Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A.,... Spencer, T. Relationship of Family Environment and Parental Psychiatric Diagnosis to Impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2006; 45(3): 346-354.
14. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings From a Longitudinal Clinical Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998 Mar 1; 37(3):305-13.
15. Ramos-Quiroga JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski E. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the European Adult Population: Prevalence, Disease Awareness, and Treatment Guidelines. *Current medical research and opinion*. 2013 Sep 1; 29(9):1093-104.
16. Fleck K, Jacob C, Philipsen A, Matthies S, Graf E, Hennighausen K, Jans T. Child impact on family functioning: A Multivariate Analysis in Multiplex Families with Children and Mothers Both Affected by Attention-deficit/ hyperactivity Disorder (ADHD). *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2015; 7 (3), 211–223.
17. Lampis J, Cataudella S, Busonera A, Skowron EA. The Role of Differentiation of Self and Dyadic Adjustment in Predicting Codependency. *Contemporary Family Therapy*. 2017 Mar; 39(1):62-72.
18. Jankowski PJ, Hooper LM. Differentiation of self: A Validation Study of the Bowen Theory Construct. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2012 Sep; 1(3):226-243.
19. Scigala DK, Fabris MA, Badenes-Ribera L, Zdankiewicz-Scigala E, Longobardi C. Alexithymia and Self Differentiation: The Role of Fear of Intimacy and Insecure Adult Attachment. *Contemporary family therapy*. 2021; 43(2):165-76.
20. Pineda J. "But I Am (not) from...": A Qualitative Analysis of Intragroup Self-Differentiation Processes Among International Degree Seeking Students in Germany. In *Refugees in Higher Education 2021* (pp. 127-145). Springer VS, Wiesbaden.
21. McDaniel BT, Drouin M, Cravens JD. Do You Have Anything to Hide? Infidelity-related Behaviors on Social Media Sites and Marital Satisfaction. *Computers in Human Behavior*. 2017 Jan 1; 66(1):88-95.
22. Qian Y, Sayer LC. Division of Labor, Gender Ideology, and Marital Satisfaction in East Asia. *Journal of Marriage and Family*. 2016 Apr; 78(2):383-400.
23. Webb R, Ayers S. Postnatal Mental Health and Mothers' Processing of Infant Emotion: An Eye-tracking Study. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2019 Sep 3; 32(5):484-97.

- with First and Second Child. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014 Nov 10; 2(3):1-11.
37. Azadbakht R, Vakili P. Relationship between Early Maladaptive Schemas and Marital Satisfaction of Women. Journal of Educational Psychology. 2013 Nov 22; 4(3):11-8.
38. O'Connor P, Izadikhah Z, Abedini S, Jackson CJ. Can Deficits in Emotional Intelligence Explain the Negative Relationship Between Abandonment Schema and Marital Quality? Family Relations. 2018 Oct; 67(4):510-22.
39. Rahimi Pordanjani T, Mohamadzade Ebrahimi A. The Relationship between Differentiations of Self with Addiction Potential Based on the Bowen Family System. Journal of Police Medicine. 2016 Jun 15; 5(1):7-16.