

# کنش‌های اجرایی، سبک زندگی و رضایت زناشویی زوجین مبتلا و غیرمبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی

فاطمه شیبک<sup>۱</sup>، کاظم رسول زاده طباطبایی<sup>۲\*</sup>، علی مشهدی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بزرگ‌سالی، اختلالی شایع و تضعیف‌کننده است که اغلب ناشناخته و درمان نشده باقی می‌ماند زیرا اغلب مبتلایان آن را نمی‌شناسند و در طول عمر فوتیبه‌های مختلفی را شامل می‌شود. هدف از پژوهش حاضر مقایسه کنش‌های اجرایی، سبک زندگی و رضایت زناشویی زوجین مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با زوجین سالم می‌باشد.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. با در نظر گرفتن تعداد متغیرهای پژوهشی، دو گروه متشکل از ۲۵ زوج و در مجموع ۵۰ زوج به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس تعیین گردیدند. ۲۵ زوج از میان والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مراجعه‌کننده به مرکز آرن و دبستان‌های نور هدایت و ۲۵ زوج گروه دوم، از میان زوجین غیر مبتلا سطح شهر مشهد انتخاب شدند که به لحاظ سن، تحصیلات، طبقه اقتصادی-اجتماعی با گروه اول هم‌تا شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس درجه‌بندی نارسایی توجه/ فزون کنشی بزرگ‌سالان بارکلی، کنش‌های اجرایی بارکلی، سبک زندگی اسلامی کاویانی و پرسشنامه زوجی انریچ گردآوری شد. داده‌ها به‌وسیله‌ی شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** نتایج نشان داد که کنش‌های اجرایی، سبک زندگی و رضایت زناشویی در زوجین مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی در مقایسه با زوجین سالم کم‌تر مطلوب است بدین معنا که زوجین مبتلا کنش‌های اجرایی معیوب، سبک زندگی نامطلوب و رضایت زناشویی پایین‌تری را تجربه می‌کنند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** این پژوهش لزوم آگاهی بخشی و در مواردی مداخله‌ی درمانی در مورد زوجین مبتلا، حین مشاوره ازدواج یا بارداری و فرزندپروری را ضروری می‌داند چرا که این اختلال حوزه‌های وسیعی از زندگی فرد را مختل می‌سازد.

**کلیدواژه‌ها:** نارسایی توجه/ فزون کنشی، کنش‌های اجرایی، سبک زندگی، رضایت زناشویی، زوجین.

\*Email: rasool1340@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۲، پیاپی ۲۷  
پاییز و زمستان ۱۳۹۵  
صص: ۲۱-۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۸/۰۶

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No. 2, Serial 27

Autumn & Winter  
2016-2017

pp.: 21-30

## مقدمه

نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و انواع آن یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران کودکی محسوب می‌شوند که در سال ۱۹۰۲ توسط پزشکی انگلیسی به نام جورج استیل توصیف شد؛ بنابراین این اختلال، مفهومی جدید نیست و با تحقیقات طولی از سال ۱۹۰۲ تا سال ۱۹۷۰ شکل گرفته است. با وجود این، تشخیص بالینی بزرگسال آن تا سال ۱۹۹۰، فراگیر نشد. در آن زمان این اختلال تحت عنوان آسیب خفیف مغزی دسته‌بندی می‌شد [۱].

تا چند سال اخیر تصور می‌شد که نارسایی توجه/ فزون‌کنشی فقط مختص دوران کودکی است و با افزایش سن به مرور زمان از بین می‌رود ولی تحقیقات اخیر حاکی از این امر است که تقریباً در ۴۰ تا ۵۰ درصد موارد، علائم تا بزرگسالی ادامه می‌یابند [۲].

این اختلال ناشی از عدم انطباق در توجه (اختلال در تمرکز)، فزون‌کنشی (بی‌قراری افراطی) و تکانش‌گری (بی‌فکرانه عمل کردن) است [۳] که در کودکی آغاز می‌شود و طبق DSM-5 "مهم‌ترین ویژگی نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، عدم توجه و فزون‌کنشی - تکانش‌گری است که با عملکرد یا تحول تداخل ایجاد می‌کند" [۴]. برای این اختلال سه زیر نوع قابل مشاهده مطرح می‌شود که عبارت‌اند از: با غلبه‌ی فزون‌کنشی، با غلبه‌ی نارسایی توجه و نوع مرکب [۲].

نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، اختلالی فرصت برابر است و همه اقصای جامعه و با هر طبقه اقتصادی- اجتماعی را فرا می‌گیرد [۵] طبق DSM-5 شیوع این اختلال در بزرگسالان ۲/۵ درصد می‌باشد [۴] که با توجه به فرهنگ متفاوت است [۶]. تنها آماری که از شیوع این اختلال در بزرگسالان ایرانی در دسترس می‌باشد، مربوط به گروه دانشجویان است که پژوهش‌هایی که در سال ۸۹ و ۹۱ انجام شده‌اند شیوع این اختلال را ۷/۳ [۷] و ۸/۳ درصد [۸] گزارش کرده‌اند؛ بنابراین این اختلال در کشورمان نسبتاً شایع‌تر است. مطالعات عصب‌شناختی گوناگون، تفاوت‌هایی در ساختار و کنش‌وری مغز این مبتلایان گزارش کرده‌اند و همگی بر وجود فرآیندهای تحولی نابهنجار در مبتلایان تأکید داشته‌اند. تحقیقات انجام شده در این حوزه حاکی از این حقیقت هستند که کنش‌های اجرایی<sup>۱</sup> نامناسب، شاخصی برای این اختلال به حساب می‌آیند [۹] تا آنجا که نارسایی توجه/ فزون‌کنشی را اختلال در کنش‌های اجرایی می‌نامند [۱۰].

کنش‌های اجرایی فرآیندهای شناختی سطح بالایی هستند که مسئول هماهنگی، انسجام و سازمان‌دهی سایر فرآیندهای شناختی مغز می‌باشند. کنش‌های اجرایی شامل: (۱) بازداری (توانایی مداخله در رفتار خودمان)، (۲) جهت‌گیری (توانایی تغییر شیوه حل مسئله یا تغییر واکنش)، (۳) انعطاف‌پذیری (توانایی تولید حل مسئله به شیوه‌های گوناگون)، (۴) برنامه‌ریزی (توانایی برنامه‌ریزی مراحل جهت حل مسئله) و (۵) حافظه کاری (توانایی در نظر گرفتن اطلاعات حین انجام یک تکلیف) می‌باشند [۱۰]. بارکلی نارسایی توجه/ فزون‌کنشی را محصول عدم بازداری رفتاری می‌داند [۹].

متغیر دیگری که در این پژوهش به آن پرداخته شده، سبک زندگی<sup>۲</sup> این مبتلایان است. در پژوهش‌های انجام شده پیرامون سبک زندگی آن‌ها شاهد موارد ذیل بوده‌ایم: الگوی روابط ایزوله، تعویض سریع شغل، نوسانات خلقی مادام‌العمر که دو تا سه بار در روز اتفاق می‌افتند و طغیان خشم. اکثراً دچار اختلال ساق‌های بی‌قرار، آپنه، مراحل خواب با تأخیر<sup>۳</sup> [۱۰، ۱۱]، خواب‌آلودگی در حین روز [۱۰]، ساعات خواب متغیر تا دیروقت به تماشای تلویزیون نشستن و الگوی غذا خوردن ناپایدار [۱۱] می‌باشند. مبتلایان به این اختلال، در سنین پایین‌تری شروع به مصرف سیگار و مواد مخدر می‌کنند و دو برابر حد معمول سیگار می‌کشند، به‌گونه‌ای که شدت نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، تعداد سیگارهای مصرفی در روز را پیش‌بینی می‌کند [۱۰].

سبک زندگی عبارت است از: الگوی ذهنی فرد در مقابل مشکلات و شیوه‌ی دستیابی به اهداف در طول زندگی که دربرگیرنده‌ی ارزش‌های فرهنگی و اعتقادی افراد می‌باشد [۱۲، ۱۳]. سبک زندگی از نگاه آدلر نشان‌دهنده‌ی انتخاب‌ها و فعالیت‌های فرد است که به‌وسیله‌ی تجارب نخستین سال‌های زندگی، شکل می‌گیرد [۱۴].

پیروان آدلر سبک زندگی را ابزاری جهت فهم و درک افراد می‌دانند و آن را شامل قوت‌ها، ضعف‌ها و نقاط کور عملکرد فرد جهت سازگاری در تمامی حیطه‌های زندگی قلمداد می‌کنند. مفهوم سبک زندگی آدلر بر هسته‌ی شخصیت و به‌خصوص نقشه‌ی ذهنی منحصر به فرد شخصی متمرکز است. ما از اینکه چطور سبک زندگی، در زندگی روزانه‌مان فراگیر می‌شود، آگاهی نداریم. این الگوی ذهنی، با تأثیرگذاری بر احساسات و رفتارها، شیوه‌ی پاسخ‌دهی فرد

<sup>۲</sup> Lifestyle

<sup>۳</sup> Delayed Sleep Phase Syndrome (DSPS)

<sup>۱</sup> Executive function (EF)

از متغیرهای پژوهش حاضر هستند، بسنده می‌کنیم. بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که شایع‌ترین شکایت‌های افراد بزرگسال مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی شامل: افسردگی، آتشین مزاج بودن و ناسازگاری در کنار آمدن با مشکلات زندگی روزمره می‌باشد [۲۷]. اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌تواند حوزه‌های بسیاری از زندگی فرد از جمله: بهزیستی جسمی و روان‌شناختی، ارتباطات خانوادگی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد [۲۸] و با رضایت ضعیف از زندگی همبسته باشد [۲۹].

طبق بررسی‌های سال‌های اخیر، کنش‌های اجرایی بزرگسالان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مقایسه با غیر مبتلایان دچار نقصان‌هایی می‌باشد که ناشی از سازمان‌دهی نامناسب توجه در این گروه قلمداد می‌شود [۳۰، ۳۱]. در سال ۲۰۱۲ گروهی از محققان، پژوهشی بر روی این بزرگسالان انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که تصمیم‌گیری به‌عنوان یکی از زیرمولفه‌های کنش‌های اجرایی، در آنان آسیب دیده است [۳۲]. علاوه بر این، پژوهش‌ها حاکی از ناستواری هیجانی بالایی در این مبتلایان است [۳۳].

در پژوهشی دیگر مشخص شده که سبک زندگی با شیوه‌های مقابله‌ای که هر فرد در برابر فشارهای روانی اتخاذ می‌کند، ارتباط مستقیم دارد و از آنجایی که سبک زندگی بر هسته‌ی اصلی شخصیت متمرکز است می‌توان نتیجه گرفت که ویژگی‌های شخصیتی فرد، زمینه بروز واکنش‌های غیر سازشی را در زندگی فردی و اجتماعی فراهم می‌سازد [۳۴]. سبک زندگی با اختلالات روان‌شناختی دیران دوره متوسطه رابطه معکوس و معناداری داشته به‌طوری‌که بیشترین رابطه معکوس با اختلال وسواسی-جبری و حساسیت در روابط متقابل مشاهده شده است [۳۵]. از این نتایج می‌توان استنباط کرد که اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی می‌تواند با سبک زندگی نامطلوب همبسته باشد.

با توجه به مطالعات اندکی که در حوزه‌ی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بزرگسالی در کشورمان انجام شده است و نیاز روزافزون روان‌شناسان و مشاوران برای آگاهی بیشتر از این بیماری و با توجه به تأثیر مثبت تشخیص زودهنگام این بیماری بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا [۳۶] بر این اساس، پژوهش حاضر بر آن شد تا با مقایسه‌ی کنش‌های اجرایی، سبک زندگی، رضایتمندی زناشویی زوجین مبتلا و غیر مبتلا، فرضیه ذیل را بررسی نماید:

مبتلایان به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، سبک

به موقعیت‌های زندگی را مشخص می‌سازد به‌عبارت‌دیگر تمام رفتار فرد، از شیوه‌ی زندگی او نشأت می‌گیرد. با توجه به ماهیت شناختی سبک زندگی، چنانچه افراد از سبک زندگی‌شان آگاهی داشته باشند، می‌توانند به هنگام مواجهه با مشکلات یا موقعیت‌های تصمیم‌گیری به شیوه‌ای کارآمدتر عمل نمایند [۱۳]. این مسئله به‌خصوص درباره بزرگسالان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی حائز اهمیت است چرا که توجه، خودکنترلی و سازمان‌دهی مناسب که همگی در انجام اعمال و تصمیمات روزانه مهم تلقی می‌شوند، در این بزرگسالان دچار نقص هستند.

افراد علاوه بر سبک زندگی فردی، نوعی سبک زندگی مشترک را در زندگی زناشویی تجربه می‌کنند که نه‌تنها در رضایت زناشویی زوجی بسیار تأثیرگذار است بلکه می‌تواند آن را پیش‌بینی کند [۱۵].

رضایت از رابطه زناشویی یک مفهوم چندبعدی است که عوامل گوناگونی را در برمی‌گیرد و مجموعه‌ی این عوامل در خرسندی کلی نقش دارند. رضایت زناشویی را خشنودی و رضایت و لذت تجربه شده با در نظر گرفتن همه ابعاد زندگی زناشویی‌شان توسط زوجین تعریف شده است [۱۶].

عوامل مختلفی بر رضایتمندی زناشویی تأثیر دارند یا اینکه قابلیت پیش‌بینی آن را دارا هستند که از آن جمله می‌توان به روابط سالم بین زوجین و سطح انتظارات زناشویی [۱۷]، ویژگی‌های شخصیتی [۱۸، ۱۹، ۲۰]، ثبات هیجانی [۲۱]، رضایت جنسی [۲۲] و سلامت روان [۲۳]، [۲۴، ۲۵، ۲۶] اشاره کرد. ابتلای به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌عنوان یکی از عواملی که سلامت روان فرد را به چالش می‌کشد می‌تواند بر رضایتمندی زناشویی زوجین تأثیرگذار باشد.

برای تشخیص میزان نیاز به درمان مبتلایان به این اختلال، باید به میزان مزاحمت اختلال در عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی توجه کرد، در نتیجه کنش‌های اجرایی به‌عنوان متغیری فردی، رضایتمندی زناشویی که مهم‌ترین عامل در زندگی زوجین به شمار می‌آید به‌عنوان متغیر خانوادگی و سبک زندگی به‌عنوان یک متغیر اجتماعی در مطالعه حاضر جهت بررسی‌های بیشتر انتخاب گردید. با امید به اینکه با بررسی این سه متغیر در زوجین مبتلا، بتوان الگوی جامعی از زندگی آن‌ها به دست آورد تا گامی بلند در راستای تشخیص‌های درست و طراحی درمان‌هایی متناسب با الگوی زندگی این مبتلایان برداشته شود.

لازم به توضیح است که در هیچ پژوهشی به بررسی هم‌زمان این سه متغیر در مبتلایان مذکور پرداخته نشده است، پس به بیان نتایج مطالعات مشابه که بعضاً جلوه‌هایی

زندگی، کنش‌های اجرایی و رضایتمندی زناشویی نامطلوب‌تری را نسبت به غیر مبتلایان به این اختلال تجربه می‌کنند.

## روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. این طرح تحقیق زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که متغیر مستقل به دلیل خصیصه‌ای بودن دست‌کاری کردن آن، غیر اخلاقی باشد و محقق بخواهد با مطالعه متغیرهای وابسته (کنش‌های اجرایی، سبک زندگی و رضایت زناشویی)، به متغیر مستقل (نارسایی توجه/فزون‌کنشی) دست یابد.

## آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** پژوهش حاضر دارای دو جامعه آماری می‌باشد. جامعه آماری گروه اول: شامل زوجینی که برای درمان کودکانشان به مرکز توانمندسازی و توان‌بخشی آرن مراجعه کرده بودند و زوجینی که کودکانشان در مدارس نور هدایت (مختص کودکان ADHD) تحصیل می‌کردند. جامعه آماری گروه دوم: شامل زوجین سطح شهر مشهد می‌باشند که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه اول هم‌تا شدند.

**ب) نمونه پژوهش:** با توجه به ماهیت روش پژوهشی حاضر و با در نظر گرفتن تعداد متغیرهای پژوهشی، ۲۵ زوج مبتلا (مرد یا زن یا هر دو) انتخاب شدند و ۲۵ زوج گروه دوم، از میان زوجین غیر مبتلا که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه زوجین مبتلا هم‌تا بودند، انتخاب شدند. هر دو گروه، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس از جامعه هدف برگزیده شدند. در ضمن پیش از شرکت در پژوهش، رضایت آن‌ها برای حضور در پژوهش اخذ شد.

## معیارهای ورود گروه اول

۱. ۲۵ تا ۴۵ سال داشته باشند.
۲. ساکن شهر مشهد باشند.
۳. حداقل یک سال و حداکثر ۱۵ سال از زندگی مشترکشان سپری شده باشد.
۴. تشخیص ADHD بر اساس معیارهای DSM-4-IV از طریق مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگ‌سالان بارکلی (BAARS-IV) دریافت کردند.

## معیار خروج گروه اول

سابقه‌ی ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پزشکی دیگر از طریق پرسشنامه محقق ساخته

## معیار ورود گروه دوم

به لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه مورد مطالعه هم‌تا باشند.

## معیار خروج گروه دوم

سابقه ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پزشکی دیگر از طریق پرسشنامه محقق ساخته.

## ابزارهای پژوهش

**(۱) پرسشنامه محقق ساخته:** این پرسشنامه جهت کسب اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه مردودی یا ترک تحصیل، طبقه اجتماعی-اقتصادی، نوع ازدواج (فامیلی- غیر فامیلی)، مدت زمان ازدواج و اطلاعات درمانی شرکت‌کنندگان از قبیل سابقه بیماری و سابقه درمان تهیه شد.

## (۲) مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگ‌سالان

**بارکلی (BAARS-IV):** این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است. این مقیاس علائم کنونی نارسایی توجه/فزون‌کنشی و حوزه‌هایی که بزرگ‌سالان ۱۸ تا ۷۰ ساله در آن‌ها دچار نقص هستند را ارزیابی می‌کند. دارای ۳۰ گویه است که در یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت، به‌صورت همیشه (۴) اغلب (۳) بعضی اوقات (۲) و هرگز یا به‌ندرت (۱) نمره‌گذاری می‌شود. به‌وسیله‌ی ۲۷ سؤال آن، چهار خرده مقیاس مورد سنجش قرار می‌گیرند که عبارت‌اند از نارسایی توجه (۹ سؤال)، فزون‌کنشی (۵ سؤال)، تکانش‌گری (۴ سؤال) و کندی زمان شناختی (۹ سؤال). سه سؤال دیگر آن در بخش پایانی پرسشنامه قرار گرفته‌اند و به بررسی سن شروع نشانه‌های اختلال و چگونگی کنش‌وری در موقعیت‌های گوناگون می‌پردازند. نمره‌ی کل از جمع جبری ۱۸ سؤال اول حاصل می‌شود که شامل نمرات خرده مقیاس‌های نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانش‌گری می‌باشد؛ بنابراین در نمره کل، نمرات گویه‌های مربوط به مؤلفه کندی زمان شناختی لحاظ نمی‌شوند. تشخیص نارسایی توجه/فزون‌کنشی از طریق این مقیاس، زمانی گذاشته می‌شود که فرد حداقل به پنج گویه از ۱۸ گویه اول به‌صورت ۳ یا ۴ پاسخ داده باشد. این مقیاس علائم اختلال را در شش ماه گذشته بررسی می‌کند و به‌صورت فردی و گروهی قابل اجراست. زمان اجرا فرم بلند آن ۷-۵ دقیقه می‌باشد. بارکلی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانش‌گری به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۷، ۰/۸۰ گزارش نموده است. ضریب اعتبار بازآزمایی نیز برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده

از ۱ تا ۴ در نظر گرفته شده است. کم‌ترین نمره فرد در این آزمون برابر با ۷۶ و بیشترین آن، ۳۰۴ خواهد بود. این آزمون محتوی نه مؤلفه به شرح ذیل می‌باشد: روشنفکری منفی، ویژگی‌های درونی، دنیاخواهی، اجتماعی، گنه‌کاری، عبادی، نوع‌دوستی، لذت‌خواهی، کم‌همتی [۴۰]. این پرسشنامه به‌صورت فردی و گروهی قابل اجراست هرچند که اجرای گروهی آن مطلوب‌تر است. اجرای آن بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه زمان می‌برد. روی گروه‌های سنی جوانان، بزرگسالان و کهنسالان قابل اجراست [۴۱]. میزان روایی هم‌زمان آن از طریق ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۶۴ [۴۰] و پایایی آن ۰/۷۸۶ گزارش شده است [۴۱] که در این پژوهش بنا بر توصیه‌ی سازنده‌ی آن، از فرم کوتاه پرسشنامه بهره برده‌ایم. اعتبار این ابزار در پژوهش حاضر، با استفاده از روش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه شد که برابر با ۰/۸۹۳ می‌باشد.

**۵) پرسشنامه زوجی انریچ:** دیوید السون و امی السون در سال ۲۰۰۰، پرسشنامه زوجی انریچ را روی ۲۵۵۰۱ زوج متأهل اجرا کردند. هریک از مقیاس‌های این پرسشنامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم زندگی است. ارزیابی این زمینه‌ها می‌تواند نقاط قوت و ضعف بالقوه‌ی یک پیوند زناشویی را محرز کند. این پرسشنامه محتوی ۴ خرده مقیاس (رضایت، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی<sup>۱</sup>) می‌باشد. زیر مقیاس رضایت زناشویی ده بعد مختلف از ابعاد رضایت زناشویی را که شامل: موضوعات شخصیتی، مدیریت مالی، روابط جنسی، حل تعارض، فعالیت‌های اوقات فراغت، فرزندان، اقوام و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری مذهبی می‌باشد را می‌سنجد و نمره‌ی بالا در این خرده مقیاس، نشان‌دهنده‌ی سطح بالای رضایت زناشویی است. ضریب آلفا در هر یک از خرده مقیاس‌ها به قرار زیر است: رضایت زناشویی (۰/۸۶)، ارتباط (۰/۸۸)، حل تعارض (۰/۸۴)، تحریف آرمانی (۰/۸۳)؛ در ضمن اعتبار هریک از خرده مقیاس‌ها نیز به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ به دست آمده است. ضریب آلفا در پرسشنامه ترجمه شده آن برای هریک از مقیاس‌ها به ترتیب برابر: ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۸ می‌باشد. این پرسشنامه در یک طیف پنج‌درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق و نه مخالف، مخالفم و کاملاً مخالفم) از ۱ تا ۵ و برخی هم به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. به‌طورکلی ۴ نمره خام در خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی به دست می‌آید که جهت تفسیر تبدیل به

مقیاس نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانش‌گری به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۶ گزارش شده است [۳۷]. روایی صوری و سازه این فرم مورد تأیید است و اعتبار فرم فارسی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شده است [۳۸]. اعتبار این ابزار در پژوهش حاضر، با استفاده از روش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه شد که برابر با ۰/۹۶۳ می‌باشد.

**۳) مقیاس کنش‌های اجرایی بارکلی (BDEFS-LF):** این مقیاس شامل ۸۹ گویه می‌باشد که به‌منظور سنجش ابعاد کنش‌های اجرایی در زندگی روزمره بزرگسالان ۱۸ تا ۸۱ ساله طراحی شده است. شامل پنج بعد می‌باشد که عبارت‌اند از: مدیریت زمان، خودسازمان‌دهی/ حل مسئله، خودمهارگری، خودانگیزی و خودتنظیمی هیجانی. علاوه بر نمرات حاصل از این پنج بخش، مجموع نمرات پنج بخش و تعداد گویه‌هایی که به‌صورت سه یا چهار علامت‌گذاری شده‌اند، نیز محاسبه می‌گردند. گفتنی است چنانچه نمره فرد در سؤالاتی که تحت عنوان شاخص نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مشخص شده، بیش از ۲۰ شود می‌توان تشخیص نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و در معرض خطر بودن آن‌ها را محتمل دانست. این شاخص در ۹۴٪ موارد قابلیت تشخیص دارد. مقیاس کنش‌های اجرایی بارکلی در یک طیف چهاردرجه‌ای لیکرت به‌صورت همیشه (۴)، اغلب (۳)، بعضی اوقات (۲) و هرگز یا به‌ندرت (۱) نمره‌گذاری می‌شود و شامل دو فرم خودگزارشگر و دیگر گزارشگر (همسر یا والدین) است. علائم اختلال در طی شش ماه گذشته را بررسی می‌کند و به‌صورت فردی و گروهی قابل اجراست. مدت‌زمان اجرای آن حداقل ۵-۴ و حداکثر ۲۰-۱۵ دقیقه به طول می‌انجامد. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۶ گزارش شده است که حاکی از اعتبار خوب مقیاس است و نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر برازش خوب مقیاس می‌باشد؛ بنابراین روایی مقیاس نیز در حد مطلوبی است [۳۹]. اعتبار این ابزار در پژوهش حاضر، با استفاده از روش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه شد که برابر با ۰/۸۹۹ می‌باشد.

**۴) پرسشنامه سبک زندگی اسلامی:** پرسشنامه سبک زندگی را کاویانی در سال ۱۳۹۰ ساخته و بر روی گروهی از دانشجویان و طلاب هنجار کرده است. این پرسشنامه شامل دو فرم ۱۳۵ (بلند) و ۷۶ سؤالی (کوتاه) است که در یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌شود البته باید خاطر نشان کرد که نمره‌های واقعی سؤالات یکسان نیست و برای آن‌ها ضرایبی

<sup>۱</sup> Idealistic Distortion

مفروضه همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. همچنین نتایج حاصل از آزمون همگنی خطای واریانس‌های لوین نشان داد که در هیچ یک از متغیرها، تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است ( $p > 0.05$ ).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های سنی ( $N=50$ )

متغیرها	زیرگروه‌های متغیرها		زوجین مبتلا		زوجین سالم	
	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان
گروه‌های سنی	کم‌تر از ۲۵ سال					
	۳	۱	۳	۳	۲	۳
	۲۶-۳۰	۴	۵	۵	۴	۷
	۳۱-۳۵	۷	۷	۷	۹	۷
۳۶-۴۰	۵	۵	۵	۵	۶	
۴۱-۴۵	۸	۵	۵	۵	۲	

این امر حاکی از آن است که واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر مستقل یکسان است.

برای آزمون فرضیه پژوهش به دلیل حضور سه متغیر وابسته از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد. ابتدا مفروضه تساوی ماتریس‌های کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت که در پی آن ماتریس کوواریانس معنادار نبود، پس مفروضه‌های این آزمون، برقرار بود.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشانگر آن است که بین گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ( $F = 25.077, p < 0.05$ ).  $F = 0.561$  لامبدای ویلکز).

برای تعیین اختلاف بین دو گروه مبتلا و سالم، در تک تک متغیرهای وابسته از روش تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد که دو گروه به لحاظ تمامی متغیرها با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند.

برای تعیین اختلاف در هر گروه، در تک تک گروه‌های وابسته، آزمون تعقیبی توکی انجام شد که تمامی متغیرها به نفع گروه سالم بود؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه مبتلایان به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، کنش‌های اجرایی، سبک زندگی و رضایتمندی زناشویی ضعیف‌تری نسبت به غیر مبتلایان به این اختلال دارند، تأیید می‌شود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری

آزمون	ارزش	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معناداری	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۴۳۹	۳	۹۶	۲۵/۰۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۹
لامبدای ویلکز	۰/۵۶۱	۳	۹۶	۲۵/۰۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۹
اثر هتلینگ	۰/۷۸۴	۳	۹۶	۲۵/۰۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۹
ملاک بزرگ‌تری ریشه ری	۰/۷۸۴	۳	۹۶	۲۵/۰۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۹

درصد می‌شوند. اجرای آن بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه زمان می‌برد [۴۲]. ضریب پایایی مقیاس مذکور را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و به‌وسیله‌ی روش تنصیف ۰/۸۸ گزارش شده است [۴۳]؛ بنابراین، این پرسشنامه برای اندازه‌گیری میزان رضایت زناشویی مناسب است [۴۴].  
اعتبار این ابزار در پژوهش حاضر، با استفاده از روش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه شد که برابر با ۰/۹۱۰ می‌باشد.

### شیوه اجرای پژوهش

با توجه به اینکه تشخیص نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در بزرگسالان دشوار و گاهی بسیار شبیه به سایر اختلالات روان‌پزشکی است [۴۵]. با توجه به زمان محدود نمونه‌گیری، به ناچار تصمیم بر این شد تا پرسشنامه‌ها در اختیار والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، قرار گیرد چرا که طبق بررسی‌های پیشین در ۵۶ درصد موارد، پدر یا مادر این کودکان، سابقه ابتلا به این اختلال را گزارش کرده‌اند [۴۶]. پژوهشگر ابتدا به مرکز توان‌بخشی و توانمندسازی آرن و مدارس نور هدایت مراجعه نمود و ضمن توضیح اهداف و ابزارهای پژوهش، لیست خانواده‌هایی که جهت درمان اختلال فرزندشان مراجعه کرده بودند را تحویل گرفت. سپس از بین آن‌ها، خانواده‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند انتخاب شدند و طی تماس تلفنی رضایتشان جهت شرکت در پژوهش جلب گردید. در مرحله‌ی بعد، پرسشنامه‌های مذکور، درب منزل آنان تحویل داده شد و ظرف مدت یک الی دو هفته از آن‌ها تحویل گرفته شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS.20 تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در سطح آمار استنباطی به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های آماری خی دو، تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

### نتایج

برای اطمینان از هم‌تا بودن گروه زوجین سالم و مبتلا در تمامی اطلاعات جمعیت شناختی، آزمون خی دو گرفته شد که تفاوت معناداری در هیچ یک از آن‌ها دیده نشد. با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره،

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای سبک زندگی، رضایت زناشویی و کنش‌های اجرایی در دو گروه زوجین مبتلا به ADHD و سالم

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
سبک زندگی	۲۴۳۹۸/۴۴۰	۱	۲۴۳۹۸/۴۴۰	۱۶/۸۰۱	۰/۰۰۰	۰/۱۴۶
رضایت زناشویی	۱۰۷۵/۸۴۰	۱	۱۰۷۵/۸۴۰	۳۵/۸۱۳	۰/۰۰۰	۰/۲۶۸
کنش‌های اجرایی	۴۳۵۵۵/۶۹۰	۱	۴۳۵۵۵/۶۹۰	۵۶/۴۲۶	۰/۰۰۰	۰/۳۶۵

جدول ۴. داده‌های آزمون توکی

متغیرهای وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
سبک زندگی	مبتلا	سالم	۳۱ / ۲۴۰*	۷/۶۲۲	۰/۰۰۰
	سالم	مبتلا	۳۱ / ۲۴۰*	۷/۶۲۲	۰/۰۰۰
رضایت زناشویی	مبتلا	سالم	۶/۵۶۰*	۱/۰۹۶	۰/۰۰۰
	سالم	مبتلا	۶/۵۶۰*	۱/۰۹۶	۰/۰۰۰
کنش‌های اجرایی	مبتلا	سالم	۴۱/۷۴۰*	۵/۵۵۷	۰/۰۰۰
	سالم	مبتلا	۴۱/۷۴۰*	۵/۵۵۷	۰/۰۰۰

### بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با فرضیه پژوهش، یافته‌های این پژوهش تأییدکننده‌ی نقصان کنش‌های اجرایی و کم‌تر مطلوب بودن سبک زندگی و رضایت زناشویی این مبتلایان است. این یافته بدین معناست که اولاً مبتلایان به این اختلال در کنش‌های اجرایی‌شان دچار مشکل هستند که مطالعات انجام شده در این حوزه نیز به نقصان‌های موجود در ابعاد مختلف این کنش‌ها اشاره کرده‌اند [۳۱، ۳۲، ۳۳، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰].

ثانیاً مبتلایان به این اختلال سبک زندگی کم‌تر مطلوب‌تری را نسبت به افراد سالم دارا می‌باشند. مطالعات انجام شده در این حوزه نیز به نقصان‌های موجود در ابعاد مختلف سبک زندگی آن‌ها اشاره کرده‌اند [۱۱، ۳۵، ۵۱، ۵۲، ۵۳].

در ضمن ابتلا به این اختلال سلامت روان فرد را کاهش داده و منجر به کاهش رضایت زناشویی گردیده است. مطالعات انجام شده در این حوزه نیز به رابطه معکوس میان رضایت زناشویی و ابتلا به اختلالات روان‌شناختی اشاره کرده‌اند [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۴۳، ۵۴].

آنچه ما را در تبیین این مطالب کمک می‌کند توجه به این دو نکته می‌باشد که عامل کنترل هیجانی ضعیف، در زنان و روابط اجتماعی ضعیف در مردان، بهترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی نارضایتی از زندگی می‌باشد [۲۹]. همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، کنش‌های اجرایی به معنای اعمال خودفرمان و فراسازمان دهنده‌ای هستند که جهت

یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی تأثیرات نامطلوب اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بر کنش‌های اجرایی، سبک زندگی و رضایتمندی زناشویی مبتلایان است. در اینجا ابتدا به محدودیت‌های پژوهش اشاره خواهد شد و سپس یافته‌های پژوهش حاضر با توجه به منابع موجود مورد بحث و بررسی قرار خواهند گرفت. به دلیل دشواری‌های دستیابی به زوجین مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به ناچار نمونه پژوهش از میان والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی که در کلینیک‌های مذکور تشخیص دریافت کرده بودند، نمونه‌گیری شد. علاوه بر این، شیوه‌ی انتخاب زوجین سالم به‌عنوان گروه مقایسه نیز ممکن است محدودیت‌هایی را به لحاظ مکان اجرای آزمون‌ها فراهم آورده باشد. چرا که انتخاب این افراد، در مکان‌های همگانی نظیر پارک‌ها، صورت پذیرفته است که این مسئله احتمال همگنی درون‌گروهی و زمینه شباهت هرچه بیشتر این افراد با یکدیگر را بالا می‌برد. ذکر این یادآوری نیز مهم است که یکی از محدودیت‌های اصلی پرسشنامه‌ها، طبیعت خودگزارشی آن‌هاست. اهمیت این مطلب درباره‌ی مبتلایان به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی دوچندان است. چرا که طبق تحقیقات اشرسون و همکاران (۲۰۱۲)، بزرگ‌سالان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی اغلب علائم خود را کم برآورد می‌کنند. با در نظر داشتن این محدودیت‌ها، به بحث پیرامون یافته‌ها می‌پردازیم.

۲- سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۸۸). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی (چاپ دوم)، ترجمه فرزین رضاعی. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

3-National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.

4-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, (2013).

۵-آدلر، لنارد. (۱۳۸۷). حواس‌پرت‌ها روش‌های امید بخشیدن و کمک کردن به بزرگسالان مبتلا به اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی (چاپ اول)، ترجمه: فریبا بشردوست تجلی. اهواز: ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶).

6-Rivero, O., Sich, S., Popp, S., Schmitt, A., Franke, B., Lesch, K. (2013). Impact of the ADHD-susceptibility gene CDH13 on development and function of brain networks. *European Neuropsychology*, 23, 492-507.

۷- گنجی، کامران، عسگری، محمد، ترک، فرزانه. (۱۳۹۰). شیوع اختلال «نارسایی توجه/ بیش‌فعالی» در دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی استان مرکزی در سال ۹۰-۸۹. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، سال ۳، شماره ۱، صص ۱۳۸-۱۰۹.

۸- صادقی موحد، فریبا، مولوی، پرویز، صمدزاده، مهدی، شهباززادگان، بیتا، عسکری مقدم، راحله. (۱۳۹۱). شیوع اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در دانشجویان خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۲، شماره ۵، صص ۹۴-۸۷.

9-Ramsay, J. R. Rostain, A. L. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: An Integrative Psychosocial and Medical Approach.

10-Kooij, S. J. J., Huss, M., Asherson, P., Akehurst, R., R., Beusterien, K., French, A., Sasané, R., & Hodgkins, P. (2012). Distinguishing Comorbidity and Successful Management of Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16, 3s-19s.

11-Bijlenga, D., van der Heijden, K. B., Breuk, M., van Someren, E. J. W., Lie, M. E. H., Boonstra, A. M., Swaab, H. J. T., Kooij, J. J. S. (2011). Associations between Sleep Characteristics, Seasonal Depressive Symptoms, Lifestyle, and ADHD Symptoms in Adults. *Journal of Attention Disorders*, 17, 261-275.

خودتنظیمی به کار برده می‌شوند.

به نظر پژوهشگر، رفتارهای بدون بازداری، تصمیم‌گیری‌های نامطلوب، خشم‌های کنترل نشده، رانندگی‌های پرخاشگرانه و ... دست‌به‌دست هم می‌دهند و سبک زندگی نامطلوبی را برای این زوجین می‌سازند. به طوری که این خودسازمان‌دهی‌ها و حل مسئله‌های ناکارآمد در نمونه مورد پژوهش تحت عنوان کنش‌وری اجرایی آسیب دیده، ناشی از ابتلای آن‌ها به این اختلال قلمداد می‌شود. این خودسازمان‌دهی‌ها و حل مسئله‌های ضعیف، بارزترین ویژگی فردی ناسازگار آن‌ها در پژوهش حاضر محسوب می‌شوند که اصلی‌ترین عامل شکل‌گیری سبک زندگی نامطلوب است. ابتلای به این اختلال، محدود به زندگی فردی مبتلایان نمی‌شود بلکه تمامی ابعاد زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی مبتلایان را تحت تأثیر قرار داده است به گونه‌ای که نابسامانی‌ها در روابط شغلی و اجتماعی آن‌ها از یک سو و حواس‌پرتی‌ها و کم‌همتی‌های مبتلایان در رسیدگی به امور خانواده و مسائل زناشویی از سوی دیگر، نارضایتی‌هایی را به دنبال دارد که یکی از پیامدهای آن، کاهش رضایت زناشویی در این زوجین است. از این رو پژوهشگر، سبک زندگی در پژوهش حاضر را به مثابه یک متغیر تعدیل‌کننده می‌داند که با دست‌کاری آن در جهت مطلوب می‌توان نقایص ابتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و به تبع آن، نارساکنش‌وری‌های اجرایی که خصیصه اصلی این اختلال است را تا حدودی جبران کرد. این روش به خودی خود تغییرات شایانی را در سطوح مختلف زندگی این مبتلایان ایجاد و زمینه‌ی ارتقاء رضایت زناشویی را به همراه خواهد داشت. ایجاد سبک زندگی مطلوب موجب می‌شود تا افراد، زندگی توأم با رضایتمندی را تجربه کنند و با اتخاذ سبک زندگی جبران‌کننده‌ی علائم این اختلال، روابط خود را بهبود بخشند که این تجربه کارآمدی در اجتماع کوچک خانواده، نقطه‌ی عطفی برای گسترش آن در ابعاد دیگر زندگی این مبتلایان خواهد بود.

بنابراین، با توجه به اینکه چیزی حدود نیمی از والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ فزون‌کنشی خود به این اختلال مبتلا هستند. کاربرد این پژوهش در لزوم آگاهی بخشی و مداخله‌ی درمانی در مورد زوجین مبتلا به این اختلال، پیش از ازدواج، بارداری و فرزندپروری است. چرا که مداخلات درمانی در پیشگیری، کنترل، تشخیص و درمان به هنگام اختلال مذکور، در فرزندان چنین زوجینی نقش بسزایی دارد.

#### منابع

1-Barkley, R. A., Murphy, K. R., Fischer, M. (2008). ADHD IN ADULTS WHAT THE SCIENCE SAYS.



- 22-Rahmani, A., Merghati Khoei, E., Alah Gholi, L. (2009). Sexual Satisfaction and its Relation to Marital Happiness in Iranian. *Iranian J Publ Health*, 38, 77-82.
- ۲۳- علیپور، احمد، رحیمی، افسانه، زارع، حسین. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سلامت روان و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور استان تهران. *مجله پزشکی ارومیه*، سال ۲۴، شماره ۷، صص ۵۵۷-۵۶۵.
- ۲۴- طباطبائی، محمود، پناهنده، سامیه، حسین آبادی، مجید، روشنی، فرناز، عطاری، عباس. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سلامت عمومی و رضایتمندی زناشویی در کارکنان دانشگاه فردوسی مشهد. *تحقیقات علوم رفتاری*، سال ۱۰، شماره ۶، صص ۴۹۱-۴۹۹.
- ۲۵- شاهی، عبدالستار، غفاری، ابراهیم، قاسمی، خلیل. (۱۳۹۰). رابطه سلامت روان و رضایتمندی زناشویی زوجین. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه کرمانشاه*، سال ۲، صص ۱۱۹-۱۲۶.
- ۲۶- شاکر، علی، فتحی آشتیانی، علی، مهدویان، علیرضا. (۱۳۹۰). رابطه سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی با سازگاری زناشویی در زوجین. *مجله علوم رفتاری*، سال ۵، شماره ۲، صص ۱۷۹-۱۸۴.
- ۲۷- وندر، پل اچ. (۱۳۸۷). اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی در بزرگسالان، ترجمه پوریا صرامی فروشانی. تهران: رشد. *تاریخ انتشار به زبان اصلی*، (۱۹۹۵).
- 28-Asherson, P., Akehurst, R., Kooij, S. J.J., Huss, M., Beusterien, K., Sasané, R., Gholizadeh, Sh., & Hodgkins, P. (2012). Under Diagnosis of Adult ADHD: Cultural Influences and Societal Burden. *Journal of Attention Disorders*, 16, 20s-38s.
- 29-Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Eyjolfssdottir, G. A. Smari, J., Young, S. (2009). The Relationship between Satisfaction with Life, ADHD Symptoms, and Associated Problems among University Students. *Journal of Attention Disorders*, 12, 507-515.
- 30-Brown, T. E., Reichel, P. C., Quinlan, D. M. (2011). Executive function impairments in high IQ children and adolescents with ADHD. *Open Journal of Psychiatry*, 1, 56-65.
- 31-Martel, M., Nikolas, M., Nigg, J. T. (2007). Executive Function in adolescents With ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1437-1444.
- 32-Mäntylä, T., Still, J., Gullberg, S., Missier, F. D. (2012). Decision Making in Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16, 164-173.
- ۱۲- کجیاف، محمدباقر، سجادیان، پریناز، کاویانی، محمد، انوری، حسن. (۱۳۹۰). رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی در رضایت دانشجویان شهر اصفهان. *روان‌شناسی و دین*، سال ۴، شماره ۴، صص ۷۴-۶۱.
- 13-Rule, Warren R., Malachy, B. (2006). *Adlerian lifestyle counseling: practice and research*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- 14-John, K. (2011). *The Individual Psychology of Alfred Adler. Belonging & Significance*, ASIIP Conference, Bath. (pp. 29-30).
- ۱۵- فاضل، امین‌الله، حق‌شناس، حسن، کشاورز، زهرا. (۱۳۹۰). قدرت پیش‌بینی ویژگی‌های شخصیتی و سبک زندگی بر رضایتمندی زناشویی زوجی زنان پرستار شهر شیراز. *فصلنامه علمی- پژوهشی جامعه‌شناسی زنان*، سال ۳، شماره ۲، صص ۱۶۳-۱۳۹.
- ۱۶- امرالهی، ریحانه، روشن چسلی، رسول، شعیری، محمدرضا، نیک آدین، امیر. (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. *دانشور رفتار*، سال ۲۰، شماره ۸، صص ۲۲-۱۱.
- ۱۷- بخشوده، اسما، بهرامی احسان، هادی. (۱۳۹۱). نقش انتظارات زناشویی و مبادلات سالم در پیش‌بینی رضایت زناشویی زوجین. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال ۱۰، شماره ۳، صص ۴۲-۲۷.
- ۱۸- شاکریان، عطا، نظری، علی محمد، ابراهیمی، پائیناز، فاطمی، عادل، دانایی، صبا. (۱۳۹۱). ارتباط شباهت و تضاد در ویژگی‌های شخصیتی با سازگاری زناشویی، *مجله علوم رفتاری*، سال ۶، شماره ۳، صص ۲۵۱-۲۴۵.
- ۱۹- شاکریان، عطا، فاطمی، عادل، فرهادیان، مختار. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با رضایتمندی زناشویی *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۵۹، ۹۲-۹۹.
- ۲۰- قلی زاده، زلیخا، برزگری، لیلی، غریبی، حسن، باباپور خیر الدین، جلیل. (۱۳۸۹). بررسی رابطه پنج عامل شخصیتی NEO-FFI با رضایت زناشویی. *دانشور رفتار*، سال ۱۷، شماره ۴۳، صص ۶۶-۵۴.
- ۲۱- جدیری، جعفر، رسول‌زاده طباطبائی، کاظم. (۱۳۸۹). بررسی رابطه رضایتمندی زناشویی (بر اساس معیارهای دینی) با ثبات هیجانی. *روان‌شناسی و دین*، سال ۳، شماره ۳، صص ۳۸-۱۹.

- ۴۴-رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۸). ساختار عاملی مقیاس رضایت زناشویی در کارکنان متأهل دانشگاه شهید چمران. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. سال ۱۵، شماره ۴، صص ۳۵۱-۳۵۸.
- 45-Wender, P. H. & Tomb, D. A. (2010). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults: An Overview. Retz W, Klein RG (Eds): Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults. (pp. 1-37). Basel, Karger.
- ۴۶-صدری کرمانی، کاترین، شیرازی، الهام، نوحه سرا، شبنم. (۱۳۸۵). فراوانی اختلال بیش فعالی با کمبود توجه در سابقه والدین کودکان مبتلا به این اختلال. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، سال ۴۴، شماره ۱، صص ۵۸-۵۵.
- 47-Brown, T. E., Reichel, P. C., Quinlan, D. M. (2008). Executive function Impairments in High IQ Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*.
- 48-Mazzotta, G., Cirulli, L., Sposato, M., Serino, D. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder secondary to lesion. *World Journal of Neuroscience*, 2, 44-46.
- 49-Payne, T. W., Steege, N. B. Z. (2013). Working Memory and Distraction: Performance Differences between College Students with and without ADHD. *Scientific research*, 4, 37- 41.
- 50-Matthies, S., Philipsen, A., Svaldi, J. (2012). Risky decision making in adults with ADHD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 938-946.
- 51-Asherson, P., Akehurst, R., Kooij, S. J.J., Huss, M., Beusterien, K., Sasané, R., Gholizadeh, Sh., & Hodgkins, P. (2012). Under Diagnosis of Adult ADHD: Cultural Influences and Societal Burden. *Journal of Attention Disorders*, 16, 20s-38s.
- 52-Fedele, D. A., Lefler, E. K., Hartung, C. M., Canu, W. H. (2012). Sex Differences in the Manifestation of ADHD in Emerging Adults. *Journal of Attention Disorders*, 16, 109-117.
- 53-Vaa, T. (2014). ADHD and relative risk of accidents in road traffic: A meta-analysis. *Accident Analysis and Prevention*, 62, 415-425.
- ۵۴-بشر پور، سجاد، مولوی، پرویز، شیخی، سیامک. (۱۳۹۱). مقایسه رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی با مبتلایان به دیگر اختلالات اضطرابی و افراد سالم. مجله پزشکی ارومیه، سال ۲۳، شماره ۶، صص ۶۰۵-۵۹۷.
- 33-Skirrow, C. & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 147, 80-86.
- ۳۴- کشمیری، معصومه. (۱۳۸۸). مقایسه سبک زندگی و شیوه‌های مقابله با فشار روانی آموزگاران آموزش‌وپرورش استثنائی و عادی. تعلیم و تربیت استثنائی، ۹۹ و ۹۸، صص ۲۱-۳.
- ۳۵- پولادفر، راضیه، احمدی، سید احمد. (۱۳۸۵). رابطه سبک زندگی و اختلالات روان‌شناختی دبیران دوره متوسطه شهر اصفهان. مطالعات روان‌شناختی، سال ۲، شماره ۱ و ۲، ۱۸-۷.
- 36-Agarwal, R., Goldenberg, M., Perry, R., Ishak, W. W. (2012). The Quality of Life of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Innovations in CLINICAL NEUROSCIENCE*, 9, 10-21.
- 37-Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV)*. New York: Guilford Press.
- ۳۸- مشهدی، علی، میردورقی، فاطمه، حسنی، جعفر، یعقوبی، حمید، حمزه لو، محمد، حسین‌زاده ملکی، زهرا. (۱۳۹۲). شیوع شناسی نشانه‌های اختلال نارسیایی توجه/ فزون‌کنشی و رابطه آن‌ها با مؤلفه‌های زمان‌شناختی در دانشجویان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، سال ۱۲، شماره ۱، صص ۱۱۱-۱۰۳.
- ۳۹- مشهدی، علی، میردورقی، فاطمه، حسین‌زاده ملکی، زهرا، حسنی، جعفر و حمزه لو، محمد. (۱۳۹۴). ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس نارسیایی‌ها در کنش‌وری اجرایی بارکلی - نسخه بزرگ‌سال. مجله روانشناسی بالینی. سال ۷، شماره ۱، صص ۶۲-۵۱.
- ۴۰- کاویانی، محمد. (۱۳۹۱). سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن. قم: سبحان.
- ۴۱- کاویانی، محمد. (۱۳۹۰). کمی‌سازی و سنجش سبک زندگی اسلامی. روان‌شناسی و دین، سال ۴، شماره ۲، صص ۴۴-۲۷.
- 42-Asoodeh, M. H., Daneshpour, M., Khalili, SH., Gholamali Lavasani, M., Abuali Shabani, M., Dadras, I. (2011). Iranian Successful Family Functioning: Communication. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 367 – 371.
- ۴۳-غفاری، مظفر، رضائی، اکبر. (۱۳۹۲). بررسی رابطه رضامندی زناشویی و کیفیت زندگی با گرایش به وسواسی و مهارت زندگی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، سال ۳۲، شماره ۲، صص ۱۴۷-۱۴۰.