

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه گیلان

دانشکده علوم انسانی

باسمه تعالی

تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

اعضای هیئت داوران نسخه نهایی پایان نامه خانم / آقای فاطمه شیبک تحت عنوان: مقایسه سبک زندگی،
کنش های اجرایی و رضایت زناشویی زوجین مبتلا و غیرمبتلا به اختلال نارسائی توجه / فزون کنشی

را از نظر فرم و محتوی بررسی نموده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه کارشناسی ارشد تائید می کنند.

امضاء	رتبه علمی	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دانشیار	دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبائی	۱- استاد راهنما (اصلی)
	دانشیار	دکتر علی شاری	۲- استاد راهنما (دوم)
	استادیار	دکتر مریم اسماعیلی نسب	۳- استاد ناظر (داخلی)
	دانشیار	دکتر رسول روشن	۴- استاد ناظر (خارجی)
	استادیار	دکتر مریم اسماعیلی نسب	۵- نماینده شورای تحصیلات تکمیلی

آیین نامه چاپ پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را چاپ کند:

«کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته روان شناسی است که در سال ۱۳۹۳ در دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی جناب آقای دکتر سید کاظم رسولزاده طباطبائی و مشاوره جناب آقای دکتر علی مشهدی از آن دفاع شده است.»

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اهدا کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

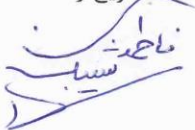
ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده رابه عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تأدیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند؛ به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتاب های عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب فاطمه شیبیک دانشجوی رشته روان شناسی مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی: فاطمه شیبیک

تاریخ و امضاء:



دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسان‌ها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهش‌های علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرح‌های تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

ماده ۱- حقوق مادی و معنوی پایان‌نامه‌ها / رساله‌های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هرگونه بهره‌برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مصوب دانشگاه باشد.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه / رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه / رساله نیز منتشر میشود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان‌نامه / رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آئین‌نامه‌های مصوب انجام میشود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه / رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم‌الاجرا است و هرگونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری خواهد بود.

نام و نام خانوادگی: فاطمه شیبک

تاریخ و امضاء
۱۳۹۳/۱۲/۲۰



دانشکده علوم انسانی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

مقایسه سبک زندگی، کنش‌های اجرایی و رضایت زناشویی زوجین
مبتلا و غیرمبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی

**Comparison of life style, Executive Functions and marital
satisfaction, with and without Attention Deficit- Hyperactivity
Disorder**

دانشجو:

فاطمه شیبک

استاد راهنما:

دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبائی

استاد مشاور:

دکتر علی مشهدی

زمستان ۱۳۹۳

اگر قابل تقدیم باشد؛

تقدیم به امام مهربانی ها

حضرت رضا (ع)

که همجواری با ایشان، آرامش بخش ترین فصل زندگی من است

با سپاس بی کران از پدر و مادر عزیزم که در تمامی مراحل زندگی در سایه حمایت‌های بی دریغشان، آسوده زیستم و اکنون موفقیت‌های خود را مدیونشان هستم.

باسپاس بی کران از استاد گرانمایه دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبائی

که بی هیچ چشم داشتی در تمامی مراحل انجام پژوهش، حضور داشتند و به ثمر نشستن
تلاشهایم را مدیون ایشان می دانم.

با تقدیر و تشکر از استاد محترم دکتر علی مهدی که با دقت نظر خود، امکان ارائه
پژوهشی دقیقتر و کاملتر را فراهم نمودند.

چکیده:

زمینه و اهداف: اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بزرگسالی، اختلالی شایع و تضعیف کننده است که اغلب ناشناخته و درمان نشده باقی می ماند زیرا اغلب مبتلایان آن را نمی شناسند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه کنش های اجرایی، سبک زندگی و رضایت زناشویی زوجین مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی با زوجین سالم می باشد.

روش: پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه ای است. با در نظر گرفتن تعداد متغیرهای پژوهشی، دو گروه متشکل از ۲۵ زوج و در مجموع ۵۰ زوج به شیوه ی نمونه گیری در دسترس تعیین گردیدند. ۲۵ زوج از میان والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مراجعه کننده به مرکز آرن و دبستان های نور هدایت و ۲۵ زوج گروه دوم، از میان زوجین غیرمبتلا مراجعه کننده به پارک ملت شهر مشهد انتخاب شدند که به لحاظ سن، تحصیلات، طبقه اقتصادی- اجتماعی با گروه زوجین مبتلا همتا شدند. داده ها با استفاده از مقیاس درجه بندی نارسایی توجه/ فزون کنشی بزرگسالان بارکلی (BAARS - IV)، کنش های اجرایی بارکلی (BDEFS-LF)، سبک زندگی اسلامی کاویانی و پرسشنامه زوجی انریچ گردآوری شد. داده ها به وسیله ی شاخص های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون T مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که کنش های 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 کنش های اجرایی معیوب، سبک زندگی نامطلوب و رضایت زناشویی پایین تری را تجربه می کنند.

نتیجه گیری: این پژوهش آگاهی بخشی و در مواردی مداخله ی درمانی در مورد زوجین مبتلا، حین مشاوره ازدواج یا بارداری و فرزندپروری را ضروری می داند چرا که این اختلال حوزه های وسیعی از زندگی فرد را مختل می سازد.

واژگان کلیدی: نارسایی توجه/ فزون کنشی، کنش های اجرایی، سبک زندگی، رضایت زناشویی، زوجین

فصل اول: گستره‌ی مسأله‌ی مورد پژوهش

۱	بیان مسئله:
۷	پیشینه تحقیق:
۹	ضرورت پژوهش:
۱۱	اهداف پژوهش:
۱۱	هدف اصلی:
۱۱	اهداف جزئی:
۱۱	فرضیات پژوهش:
۱۲	تعریف مفهومی متغیرهای پژوهش:
۱۳	تعریف عملیاتی متغیرهای پژوهش:

فصل دوم: گستره‌ی نظری و پیشینه پژوهشی

۱۵	تعریف ADHD
۱۶	تاریخچه ADHD
۱۶	ملاک‌های تشخیصی ADHD برای بزرگسالان (۱۷ سال به بالا)
۱۷	جدول معیارهای DSM- V برای تشخیص نارسایی توجه/ فزون کنشی
۲۱	چالش‌های تشخیص ADHD در بزرگسالان
۲۲	سیر ADHD
۲۳	شیوع ADHD در بزرگسالی
۲۴	پیامدهای ADHD در بزرگسالی
۲۷	همبودی و همپوشی با دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی

۲۷	افسردگی
۲۸	دوقطبی
۲۸	تمایل به خودکشی
۲۹	اضطراب
۲۹	سوء مصرف مواد
۳۰	اختلال شخصیت
۳۰	بزهکاری
۳۱	سوء استفاده جنسی
۳۱	سبب شناسی ADHD بزرگسالان
۳۱	عوامل ژنتیکی
۳۲	مطالعه خانواده‌ها و دوقلوها
۳۲	مطالعات ژنتیک ملکولی
۳۳	متغیرهای محیطی
۳۴	نواحی مغزی مرتبط با ADHD
۳۵	نظریه کنش‌های اجرایی (EF)
۳۸	سبک زندگی
۳۹	عناصر اصلی سبک زندگی کلی:
۳۹	ابعاد سبک زندگی
۳۹	تکالیف سبک زندگی
۴۰	ویژگی‌های سبک زندگی
۴۰	شخصیت و سبک زندگی
۴۱	عوامل موثر بر سبک زندگی:
۴۱	رضایت زناشوئی
۴۲	نظریه‌های مرتبط با رضایت زناشوئی
۴۲	روان تحلیل‌گری
۴۳	رفتارگرایی
۴۴	دیدگاه تلفیقی
۴۴	نظریه بوئن
۴۵	عوامل موثر بر رضایت زناشوئی

۴۵	..... مهارت‌ها و الگوهای ارتباطی
۴۶	..... دل‌بستگی
۴۶	..... جنسیت
۴۷	..... رضایت جنسی
۴۷	..... صمیمیت
۴۸	..... ویژگی‌های شخصیت
۴۹	..... مذهب
۵۰	..... مهارت‌های زندگی
۵۱	..... مدت زمان ازدواج

فصل سوم: روش پژوهش

۵۵	..... روش پژوهش
۵۵	..... جامعه آماری، گروه نمونه و شیوه‌ی نمونه‌گیری
۵۶	..... معیارهای ورود و خروج:
۵۶	..... گروه اول:
۵۶	..... گروه دوم:
۵۷	..... ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات:
۶۱	..... روش جمع‌آوری اطلاعات
۶۲	..... روش‌های تجزیه و تحلیل اطلاعات:

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۶۴	..... الف) اطلاعات جمعیت‌شناختی
۶۶	..... ب) تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی داده‌های متغیرهای پژوهش
۶۸	..... نتایج مربوط به فرضیه‌ها
۷۳	..... خلاصه فصل

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۷۵.....	بحث کلی
۷۸.....	محدودیت‌های پژوهش
۷۹.....	پیشنهاد‌های پژوهشی
۷۹.....	پیشنهاد‌های کاربردی
۸۰.....	فهرست مراجع:
۸۰.....	منابع فارسی:
۸۷.....	منابع انگلیسی:
۹۴.....	پیوست‌ها
۹۴.....	مقیاس BDEFS-LF
۱۰۲.....	مقیاس سبک زندگی
۱۰۵.....	مقیاس زوجی انریچ
۱۰۹.....	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۴ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های سنی (N=50).....	۶۵
جدول ۲-۴ شاخص‌های توصیفی جمعیت شناختی (N=50).....	۶۶
جدول ۳-۴ ویژگی‌های دموگرافیک نمونه به تفکیک مدت زمان ازدواج (N=50).....	۶۶
جدول ۴-۴ مبتلایان به ADHD در گروه زوجین مبتلا.....	۶۷
جدول ۵-۴ زوجین دارای کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون کنشی.....	۶۸
جدول ۶-۴ شاخص‌های توصیفی پرسشنامه کنش‌های اجرایی بارکلی (BDEFS-LF) در گروه‌های پژوهش.....	۶۹
جدول ۷-۴ شاخص‌های توصیفی پرسشنامه ADHD بارکلی (BAARS-IV) در گروه‌های پژوهش.....	۷۰
جدول ۸-۴ شاخص‌های توصیفی پرسشنامه سبک زندگی اسلامی در گروه‌های پژوهش.....	۶۹
جدول ۹-۴ شاخص‌های توصیفی پرسشنامه رضایت زوجی انریچ در گروه‌های پژوهش.....	۷۱
جدول ۱۰-۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در فرضیه اول پژوهش.....	۷۱
جدول ۱۱-۴ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای سبک زندگی، رضایت زناشویی و کنش‌های اجرایی در گروه زوجین مبتلا به ADHD و سالم.....	۷۱
جدول ۱۲-۴ داده‌های آزمون توکی.....	۷۰
جدول ۱۳-۴ نتایج آزمون T متغیر رضایت زناشویی در دو گروه زوجین سالم و مبتلا به ADHD.....	۷۰
جدول ۱۴-۴ نتایج آزمون T متغیر سبک زندگی در دو گروه زوجین سالم و مبتلا به ADHD.....	۷۱
جدول ۱۵-۴ نتایج آزمون T متغیر کنش‌های اجرایی در گروه زوجین سالم و مبتلا به ADHD.....	۷۱
جدول ۱۶-۴ نتایج آزمون T خرده مقیاس‌های کنش‌های اجرایی در گروه زوجین سالم و مبتلا به ADHD.....	۷۲
جدول ۱۷-۴ نتایج آزمون T خرده مقیاس‌های سبک زندگی در گروه زوجین سالم و مبتلا به ADHD.....	۷۲

فصل اول

گستره‌ی مسأله‌ی مورد پژوهش

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی^۱ و انواع آن یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران کودکی محسوب می‌شوند که در سال ۱۹۶۰ توسط پزشک انگلیسی به نام سر جورج استیل^۲ توصیف شد. در آن زمان این اختلال تحت عنوان آسیب خفیف مغزی دسته بندی می‌شد(بارکلی^۳، مورفی^۴ و فیشر^۵، ۲۰۰۸؛ کویج، ۲۰۱۲، ص ۴). تا چند سال اخیر تصور می‌شد که اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی فقط مختص دوران کودکی است و با بالا رفتن 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 باقی می‌مانند. بنابراین اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مفهومی جدید نیست و با تحقیقات طولی از سال ۱۹۰۲ تا سال ۱۹۷۰ شکل گرفته است. با وجود این، تشخیص بالینی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بزرگسال تا سال ۱۹۹۰، فراگیر نشد. در آن زمان این اختلال تحت عنوان آسیب خفیف مغزی دسته بندی می‌شد. اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی، اختلالی مزمن و تضعیف کننده است که اغلب ناشناخته و درمان نشده باقی می‌ماند، چرا که اغلب مبتلایان آن را نمی‌شناسند و در ضمن، در طول عمر فنوتیپ‌های مختلفی را شامل می‌شود.

بیان مسئله:

پورافکاری(۱۳۸۶، ص ۱۳۳) نارسایی توجه/ فزون کنشی را این گونه تعریف می‌کند: "مجموعه‌ای از علائم است که با محدودیت میزان توجه، ضعف تمرکز، رفتار خلق الساعه و بیش فعالی منجر می‌شود". سادوک^۶ و سادوک^۷ (۲۰۰۷، ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۸۸) برای این اختلال سه زیر نوع قابل مشاهده مطرح می‌کنند، که عبارتند از: با غلبه‌ی فزون کنشی، با غلبه‌ی نارسایی توجه و نوع مرکب.

^۱ . Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

^۲ . Still, J.

^۳ . Barkley, R. A.

^۴ . Murphy, K. R.

^۵ . Fischer, M.

^۶ . Sadock, B. J.

^۷ . Sadock, V. A.

شیوع^۱ اختلال در کودکی، ضرب در آن درصدی از اطفال مبتلا که علائمشان ادامه پیدا می‌کند، تقریباً معادل میزان شیوع اختلال در بزرگسالی است. سن و جنس در تعامل با هم بر میزان شیوع نارسائی توجه/ فزون کنشی بزرگسالی تاثیر می‌گذارند و باعث کاهش آن می‌شوند؛ هرچند که احتمال می‌رود که ملاک‌های تشخیصی ناواضح DSM - IV در کم‌تر برآورد شدن شیوع این اختلال بی‌تاثیر نبوده است (سایمن^۲، سیزبر^۳، بالنت^۴، مسزرس^۵ و بیتر^۶، ۲۰۰۹). تنها آماری که از شیوع این اختلال در بزرگسالان ایرانی در دسترس می‌باشد، مربوط به گروه دانشجویان است. طبق تحقیقات انجام شده، شیوع این اختلال در دانشجویان، ۸/۳٪ به دست آمده است (صادقی موحد، مولوی، صمد زاده، شهباززادگان و عسگری مقدم، ۱۳۹۱). گنجی، عسگری و ترک (۱۳۹۰) نیز شیوع کلی این نارسایی را ۷/۳ درصد و دیوپل^۷، وی انت^۸، اودل^۹ و ورجائو^{۱۰} (۲۰۰۹) ۲ تا ۸٪ در دانشجویان گزارش کرده‌اند. شیوع این اختلال در بیماران غیرروان پریش ۱۶/۸٪ و در بیماران غیربالینی ۵/۳۷٪ گزارش شده است. ۲۱/۶٪ از زنان و ۸/۶٪ از مردان مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی این اختلال را دارا هستند (مونتس^{۱۱}، هرناندز گارسیا^{۱۲} و ریکاردو گارسل^{۱۳}، ۲۰۰۷).

در بحث سبب شناسی باید به بنیان‌های قوی ژنتیکی و عصب روان شناختی این اختلال اشاره کرد. مطالعات عصب شناختی گوناگون، تفاوت‌هایی در ساختار و کنش مغز مبتلایان به نارسائی توجه/ فزون کنشی و غیرمبتلایان گزارش کرده‌اند و همگی بر وجود فرآیندهای تحولی نابهنجار در مبتلایان تاکید داشته‌اند. تحقیقات انجام شده در این حوزه حاکی از این حقیقت هستند که کنش‌های اجرایی^{۱۴} نامناسب شاخصی برای این اختلال به حساب می‌آیند (رمزی^{۱۵} و روستین^۱، ۲۰۰۸، ص ۱۵) تا آنجا که نارسایی توجه/ فزون کنشی را اختلال در کنش‌های اجرایی می‌نامند (کویچ، ۲۰۱۳).

1 . prevalence

2 . Simon, V.

3 . Czobor, P.

4 . Balint, S

5 . Meszaros, A

6 . Bitter, I.

7 . DuPaul, G. J.

8 . Weyandt, L. L.

9 . O'Dell, S. M.

10 . Varejao, M

11 . Montes, L. G. A.

12 . Hernández García, A. O. G.

13 . Ricardo-Garcell, J.

14 . Executive function (EF)

15 . Ramsay, J. R.

کنش‌های اجرایی فرآیندهای شناختی سطح بالایی محسوب می‌شوند که مسئول هماهنگی، انسجام و سازماندهی سایر فرآیندهای شناختی مغز هستند بنابراین با بسیاری از مناطق مغزی در ارتباط هستند. کنش‌های اجرایی شامل: (۱) بازداری (توانایی مداخله در رفتار خودمان)، (۲) جهت‌گیری (توانایی تغییر شیوه حل مسئله یا تغییر واکنش)، (۳) انعطاف پذیری (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 (بارکلی، ۱۹۹۷ به نقل از کویچ، ۲۰۱۲، ص ۸). پر واضح است که تمامی موارد فوق برای خودتنظیمی لازم می‌باشند. هرچند کنش‌های اجرایی یک محصول مشخص مانند تولید یک مهارت را به دنبال ندارند ولی همانند یک سیستم نظارت‌گر فرا سازمان دهنده عمل می‌کنند و همه‌ی فرآیندهای سطح بالایی مثل: خودتنظیمی را سازمان می‌دهند (رمزی و روستین، ۲۰۰۸، ص ۱۸). کنش‌های اجرایی در خودتنظیمی و تحول مهارت‌های شناختی اهمیت دارند (بارکلی، ۱۹۹۷ به نقل از کروسبی^۲، پیروس^۳، بار^۴ و اسکاکار^۵، ۲۰۰۸). بارکلی نارسایی توجه/ فزون کنشی را محصول عدم بازداری رفتاری می‌داند. نظریه‌ی وی مربوط به مشکلات افراد مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی، به خصوص نوع فزون کنش و تکانشی می‌باشد (رمزی و روستین، ۲۰۰۸، ص ۱۸).

بارکلی (۲۰۱۲) معتقدست که اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی چیزی ورای علائم قابل مشاهده مطرح شده در DSM-IV است. وی این اختلال را شامل نقص‌هایی در خودنگهداری^۶، خودآگاهی، گفتار درونی^۷، خودسنجی^۸، خودکنترلی، خودانگیزی و خود نظارتی^۹ در حل مسئله می‌داند. اهمیت کنش‌های اجرایی در این اختلال تا حدی است که روبرتس^{۱۰}، مارتل^{۱۱} و نیگ^{۱۲} (۲۰۱۳) پیشنهاد کرده‌اند که در طبقه بندی تشخیصی اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی باید تفاوت‌های فردی در کنش‌های اجرایی لحاظ شود.

¹ . Rostain, A. L.

² . Crosbie, J.

³ . Pe´russe, D.

⁴ . Barr, C. L.

⁵ . Schachar, R. J.

⁶ . self-restraint

⁷ . self-speech

⁸ . self-sensing

⁹ . self-directed

¹⁰ . Roberts, B. A.

¹¹ . Martel, M. M.

¹² . Nigg, J. T.

متغیر دیگری که در این پژوهش به آن پرداخته شده، سبک زندگی^۱ این مبتلایان است. در پژوهش‌های انجام شده پیرامون سبک زندگی این مبتلایان شاهد موارد ذیل بوده ایم: الگوی روابط ایزوله، تعویض سریع شغل، از نوسانات خلقی مادام‌العمر که دو تا سه بار در روز اتفاق می‌افتد و طغیان خشم رنج می‌برند. اکثراً دچار اختلال ساق‌های بی‌قرار، آپنه و دارای مراحل خواب با تاخیر^۲ (کویج^۳، ۲۰۱۲، ص ۶۰-۷۲؛ بیلنگا^۴ و همکارانش، ۲۰۱۱) و خواب آلودگی در حین روز(کویج، ۲۰۱۳، ص ۶۰-۷۲) و ساعات خواب متغیر، تا دیر وقت به تماشای تلویزیون نشستن و الگوی غذا خوردن ناپایدار(بیلنگا و همکارانش، ۲۰۱۱) می‌باشند. مبتلایان به این اختلال، در سنین پائین‌تری شروع به مصرف سیگار و مواد مخدر می‌کنند و دو برابر حد معمول سیگار می‌کشند، به گونه‌ای که شدت نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، تعداد سیگار مصرفی در روز را پیش‌بینی می‌کند(کویج، ۲۰۱۳، ص ۷۲-۶۰).

سبک زندگی عبارتست از: الگوی ذهنی فرد در مقابل مشکلات و شیوه‌ی دستیابی به اهداف در طول زندگی، که در برگیرنده‌ی ارزش‌های فرهنگی و اعتقادی افراد می‌باشد. آدلر^۵ نخستین روان‌شناسی بود که در حدود پنجاه سال پیش اصطلاح "سبک زندگی" را مطرح کرد. وی معتقد بود که سبک زندگی هر فرد به شدت تحت تاثیر دوران کودکی وی قرار دارد و افراد با نوعی احساس کهنتری متولد می‌شوند و شیوه‌ی مقابله با این احساس است که سبک زندگی آنها را شکل می‌دهد(کجیاف، سجادیان، کاویانی و انوری، ۱۳۹۰؛ رول و ملکی^۶، ۲۰۰۶، ص ۴). 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 به خصوص نقشه ذهنی منحصر به فرد شخصی متمرکز است. از نظر آدلر سبک زندگی بازتاب اهداف و عقاید نسبتاً هشیار^۸ فرد در زمینه‌ی تعامل با دیگران و نشان‌گر میزان خود ارزشمندی فرد است. سبک زندگی بر الگوی کلی و مداوم انتظارات شخصی نسبتاً هشیار تاکید دارد، چرا که ما از اینکه چطور سبک زندگی، در زندگی روزانه‌مان فراگیر می‌شود، آگاهی نداریم. این الگوی ذهنی، با

1 . lifestyle

2 . delayed sleep phase syndrome (DSPS)

3 . Kooij, S. J. J.

4 . Bijlenga, D.

5 . Adler, A.

6 . Rule, R. W.

7 . Malachy, B.

8 . dimly conscious

تاثیرگذاری بر احساسات و رفتارها، شیوه‌ی پاسخدهی فرد به موقعیت‌های زندگی را مشخص می‌سازد به عبارت دیگر 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 (رول و ملکی، ۲۰۰۶، ص ۵ و ۱۹). این مسئله به خصوص 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.

از آنجایی که افراد علاوه بر سبک زندگی فردی، نوعی سبک زندگی مشترک در زندگی زناشویی دارند که می‌تواند در جهت ارتقاء زندگی زوجی یا خلاف آن باشد، منطقی است اگر، مدعی شویم که سبک زندگی نه تنها در رضایت زناشویی زوجی بسیار تاثیرگذار است بلکه واجد قابلیت پیش بینی آن نیز هست (فاضل، حق شناس و کشاورز، ۱۳۹۰).

الیس (۱۹۸۹) رضایت زناشویی را "احساس عینی از خشنودی و رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و شوهر می‌داند، هنگامی که همه خصیصه‌ها و جنبه‌های ازدواجشان را در نظر بگیرند" (به نقل از ذوالفقاری و تبریزی، ۱۳۹۰). در طی تحقیقی که پورمحسنی کلوری، اللهیاری، فتحی آشتیانی، آزادفلاح و احمدی (۱۳۹۰) در باب عوامل بروز نارضایتی زناشویی از دیدگاه زوجین انجام داده‌اند، مهم‌ترین عامل را فقدان مهارت‌های ارتباطی سازگارانه دانسته‌اند و سایر عوامل را به شرح ذیل تبیین نموده‌اند: اعتیاد به مواد مخدر، ویژگی‌های فردی آسیب‌زنده، مشکلات اقتصادی، عدم توجه به حقوق مالی زنان، تعصب‌ها و باورهای فرهنگی نادرست، عدم تجربه جنسی رضایت‌بخش، تعارض نقش، عدم اعتماد میان زوجین. محسن زاده، نظری و عارفی (۱۳۹۰) عوامل نارضایتی زناشویی را در شهر کرمانشاه حاصل دو نوع عامل (قبل از ازدواج و بعد از ازدواج) ذکر کرده‌اند که ازدواج با انگیزه‌ی نامناسب و ازدواج اجباری از عوامل پیش از ازدواج و تعارض بر سر نگرش‌های نقش جنسیتی، تعارض با خانواده همسر، خشونت زناشویی، حضور اندک همسر در منزل و تداوم معاشرت‌های مجردی، بدگمانی و مشکلات اقتصادی را از عوامل پس از ازدواج خاطر نشان کرده‌اند. در تحقیق دیگری که بر دانشجویان متاهل دانشگاه تهران انجام شده، صفات شخصیتی، میزان عشق و علاقه، مهارت‌های ارتباط بین فردی، تعهد و وفاداری به زندگی زناشویی از عوامل نارضایتی زناشویی زوجین برشمرده شده است (مشهدی فراهانی، افروز، خانبانی و امرایی، ۱۳۸۹). در طی تحقیقی که اعلمی، بهرامی احسان و تویسرکانی (۱۳۹۱) روی رضایت زناشویی انجام داده‌اند مشخص شده تعارضات زناشویی والدین، پیش بینی کننده مناسبی برای ابتلای کودکان به اختلالات سلوک و نافرمانی مقابله‌ای است.