

Research Paper

Developing a structural model of internalizing and externalizing behavioral problems in children with attention deficit- hyperactivity disorder based on attachment styles with the mediating role of typical family behaviors

Shirin Abdollahi¹ , Samira Vakili² , Leila Kashani Vahid³ , Mohamad Parsa Azizi³ 

1. Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Citation: Abdollahi S, Vakili S, Kashani Vahid L, Azizi MP. Developing a structural model of internalizing and externalizing behavioral problems in children with attention deficit- hyperactivity disorder based on attachment styles with the mediating role of typical family behaviors. J Child Ment Health. 2025; 12 (2):33-50.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1466-en.html>



doi [10.61186/jcmh.12.2.3](https://doi.org/10.61186/jcmh.12.2.3)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Internalizing and externalizing behavioral problems, children with attention deficit- hyperactivity disorder, attachment styles, typical family behaviors

Background and Purpose: Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) profoundly affect the family functioning and psychological system. Therefore, this study aimed to develop a structural model of internalizing and externalizing behavioral problems in parents with ADHD based on attachment styles, with the mediating role of family typical behaviors.

Method: This study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling analysis. The statistical population included all parents of children with ADHD referred to psychological service centers in District 1 of Tehran in 2023. A sample of 276 participants was selected using convenience sampling. The research instruments included the Revised Adult Attachment Scale (RAAS; Collins & Read, 1990), the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991), and the Family Time and Routines Index (FTRI; Cubin & Thompson, 1987). Data were analyzed using SEM in SPSS-27 and SmartPLS-4.

Results: Results showed that the path between anxious attachment, mediated by family typical behaviors, and internalizing problems ($r = 0.096$, $p = 0.004$) as well as externalizing problems ($r = 0.059$, $p = 0.005$) was positive and significant. Conversely, the path between secure attachment, mediated by family typical behaviors, and internalizing problems ($r = -0.081$, $p = 0.005$) as well as externalizing problems ($r = -0.050$, $p = 0.016$) was negative and significant at the 0.05 level.

Conclusion: The findings suggest that reducing anxious attachment, enhancing secure attachment, and improving family typical behaviors can decrease internalizing and externalizing behavioral problems. The role of secure attachment in promoting family typical behaviors and the detrimental effect of insecure attachment highlight the importance of considering attachment styles in this research.

Received: 5 Nov 2024

Accepted: 2 Jul 2025

Available: 2 Aug 2025



* **Corresponding author:** Samira Vakili, Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

E-mail: Lriauvkl@gmail.com

Tel: (+98) 2144865222

2476-5740/ © 2024 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in children (1), characterized by symptoms such as inattention, hyperactivity, and impulsivity, with profound effects on psychological functioning and family dynamics (2). Parents of these children often experience higher levels of internalizing problems and in contrast, parents with positive parenting strategies show fewer externalizing behavioral problems (7). Overall, comorbid conditions associated with ADHD can be categorized into externalizing and internalizing problems (8).

On the other hand, raising a child with ADHD presents many challenges for parents, who report higher levels of frustration. In this context, attachment styles, a term describing patterns of interpersonal relationships, may influence parents' coping abilities (13). Attachment theory classifies these styles into secure and insecure categories (14).

The consequences of ADHD can also disrupt family typical behaviors and routines. These routines consist of structured activities and rules governing daily interactions, shaping parent-child relationships, and prevent the emergence of some behavioral problems (20). Given the difficulties faced by these families, further studies in the field of their mental health seem necessary. Despite the significance of this issue, prior studies have not directly examined a structural model integrating these variables within a simultaneous analytical framework. Thus, this study aimed to develop a structural model of internalizing and externalizing behavioral problems in children with ADHD, based on parental attachment styles, with the mediating role of family typical behaviors.

Method

The present study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling and path analysis. The statistical population consisted of all parents of children with ADHD who were referred to psychological service centers in District 1 of Tehran in 2023. A sample of 276 participants was selected through convenience sampling. The diagnosis of this disorder was confirmed by clinical psychologists at the psychological service centers in the study area and according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR).

The inclusion criteria for the study included not having an acute psychiatric illness such as schizophrenia and bipolar disorder, not using drugs, having at least a high school diploma, and informed consent to take part in the study. The exclusion criteria for the study also included not answering more than eight items of questionnaires (incomplete completion of the questionnaires), taking any psychiatric medication.

The research instruments included the Revised Adult Attachment Scale (RAAS; Collins & Read (26) the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach (28), and the Family Time and Routines Index (FTRI; Cubin & Thompson (31). Of the 276 participants, 189 were mothers and 87 fathers. About their education level, 87 held high school diplomas, 121 bachelor's degrees, 45 master's degrees, and 21 Ph.D. or higher. About their marital status, 234 were married and 42 were divorced. About the children's gender, 187 were female and 89 were male with ADHD. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics in SPSS₂₇ and SmartPLS-4.

Results

The descriptive findings of the research variables are reported in Table 1.

Table 1. Description of Research Variables

Variables	M	SD	Max	Min	S-W	Sig	Skew	K
Internalizing behaviors	37.149	7.398	55	15	0.993	0.212	-0.160	-0.031
Externalizing behaviors	46.243	5.935	68	28	0.991	0.081	-0.099	0.478
Secure attachment	11.983	1.481	16	7	0.958	<0.001	-0.124	0.275
Avoidant attachment	16.152	2.863	23	8	0.986	0.007	0.012	-0.098
Anxious attachment	17.134	2.260	25	7	0.986	0.007	-0.010	0.218
Family typical behaviors	37.083	8.592	60	16	0.994	0.392	0.007	-0.409

Note. *M* = Mean, *SD* = Standard Deviation, *Max*= Maximum, *Min*= Minimum, *Shapiro*= Shapiro-Wilk, *Sig*= Significance, *skew*= Skewness, *k* = Kurtosis.

The results of the above table showed that the skewness and kurtosis of none of the variables exceeded the range of ± 2 . Given that the research assumptions were met, the variables did not have a normal distribution; therefore, SmartPLS software was used to analyze the research variables. To evaluate the multicollinearity assumption, the variance inflation factor (VIF) and tolerance coefficient of all variables were examined, and this assumption was confirmed. Furthermore, based on Pearson's correlation coefficient, the correlation between the research variables showed that the internalizing and externalizing behavior problems showed a significant positive correlation with avoidant and anxious attachment ($p < 0.001$), and a significant negative correlation with secure attachment and family typical behaviors ($p < 0.001$). The path coefficients and significance levels between the variables showed that avoidant attachment had a significant negative direct effect on family typical behaviors ($p = 0.016$, $r = -0.163$) but no significant effect on externalizing or internalizing behaviors ($p > 0.5$). In addition, anxious attachment had a significant positive effect on externalizing behaviors ($p = 0.013$, $r = 0.163$) and a significant negative effect on family typical behaviors ($p = 0.002$, $r = -0.207$), but no effect on internalizing behaviors ($p > 0.5$). Secure attachment had a significant negative effect on both externalizing ($p = 0.003$, $r = -0.160$) and internalizing behaviors ($p = 0.002$, $r = -0.180$), and a significant positive effect on family typical behaviors ($p = 0.005$, $r = 0.174$). Moreover, typical family behaviors had a significant negative effect on both externalizing ($p = 0.001$, $r = -0.287$) and internalizing behaviors ($p = 0.001$, $r = -0.464$).

The path between anxious attachment through the mediating role of family typical behaviors was significantly positive for internalizing behaviors ($p = 0.004$, $r = 0.096$) and significantly positive for externalizing behaviors ($p = 0.005$, $r = 0.059$). The path between secure attachment through the mediating role of family typical behaviors was significantly negative for internalizing behaviors ($p = 0.005$, $r = -0.081$) and significantly negative for externalizing behaviors ($p = 0.016$, $r = -0.050$). The path between avoidant attachment through the mediating role of family typical behaviors was significantly positive for internalizing behaviors ($p = 0.023$, $r = 0.075$) and significantly positive for externalizing behaviors ($p = 0.034$, $r = 0.047$). Additionally, Sobel test results confirmed the significant mediating role of family typical behaviors. Reliability and validity analysis showed satisfactory results. All model fit indices were confirmed.

Conclusion

The present study aimed to develop a structural model of internalizing and externalizing behaviors in parents of children with ADHD, based on attachment styles, with the mediating role of family typical behaviors. The results showed significant interactive effects among the research variables. These findings align with earlier studies (12, 17, 18, 23, 24). In explaining these results, it can be argued that, according to Bowlby's attachment theory, secure attachment reduces behavioral problems, while insecure attachment increases them (13). Additionally, many behavioral challenges reflect complex interpersonal dynamics within the family (14). In the current study, insecure attachment disrupts parental mentalization. These parents experience a lot of stress due to their inability to properly understand the child with ADHD. Conversely, parents with secure attachment enable their children to view the external world with positive expectations, freely express emotions, and thoughts, and explore their environment with autonomy.

On the other hand, structured family routines and habits are protective factors for behavioral adjustment and positive parent-child interactions (17), and parents with high negative emotions have more difficulty coping with these routines (17, 7). In addition, family routines are important for family functioning and for physical and mental health, and mother-child engagement is associated with fewer internalizing behaviors in children (19, 20). In fact, family routines provide a predictable structure to guide behavior and, by creating greater expectations and predictability in the family, promote psychological stability among family members and provide a predictable structure that guides behavior.

The limitations of the research were the use of self-report instruments, sampling in a limited cultural context, low cooperation of some parents, lack of control of intervening variables, and short data collection period. It is suggested that various data collection instruments be used, sampling in wider areas, using digital tools for parental cooperation, controlling intervening variables, and sampling over a wider time. Finally, the results of this study can be used to work on the relationships between children with ADHD and their parents, and it is suggested that families undergo training based on reinforcing positive family behaviors.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation, which was conducted in full compliance with research ethics standards and approved by the institutional review board under ethical code IR.IAU.SRB.REC.1403.108. This study was officially approved by Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran (Approval Letter No. 592/216/02, issued May 27, 2023). Ethical considerations outlined in the American Psychological Association's publication manual and the ethical codes of the Iranian Psychological Association, such as the principle of confidentiality, supporting data privacy, obtaining written consent from participants, etc., have been considered in this study.

Funding: This study was conducted without any financial support or sponsorship.

Authors' contribution: In this study, the first author served as the principal investigator and research designer, responsible for data collection. The second and third authors served as supervisors, while the fourth author served as the advisory professor.

Conflict of interest: There is no conflict of interest in this study and the results have been reported clearly with no bias.

Data availability statement: The materials and data that support this manuscript are available from the corresponding author upon reasonable request.

Consent for publication: The authors have full consent to publish this article

Acknowledgments: The authors would like to express their sincere gratitude to the administrators of psychological service centers in District 1 of Tehran, as well as to all participating parents and students who contributed to this research.

مقاله پژوهشی

تدوین مدل ساختاری مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی بر اساس سبک‌های دلبستگی با نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده

شیرین عبداللهی^۱، سمیرا وکیلی^{۲*}، لیلا کاشانی وحید^۳، محمد پارسا عزیزی^۲

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

مشکلات رفتاری درون‌نمود و

برون‌نمود،

کودکان مبتلا به اختلال نارسایی

توجه - فزون‌کنشی،

سبک‌های دلبستگی،

رفتارهای معمول خانواده

زمینه و هدف: کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی، تأثیرات عمیقی بر نظام روانی و عملکرد خانواده می‌گذارد. بنابراین

هدف پژوهش حاضر، تدوین مدل ساختاری مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه -

فزون‌کنشی بر اساس سبک‌های دلبستگی با نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده است.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی والدین کودکان مبتلا به

اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناسی منطقه یک شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۲۷۶ نفر

از جامعه مذکور به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تجدید نظر شده دلبستگی بزرگسالان

(کولینز و رید، ۱۹۹۰)، سیاهه مشکلات رفتاری کودکان (فرم والدین) (آخنباخ، ۱۹۹۱)، و پرسشنامه زمان و روال‌های رایج روزمره خانواده

(کوبین و تامپسون، ۱۹۸۷) بود. داده‌ها با روش الگوی معادلات ساختاری و نرم‌افزار SPSS²⁷ و SmartPLS⁴ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مسیر بین دلبستگی اضطرابی بر اساس نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده بر روی رفتارهای مشکل‌ساز

درون‌نمود ($r^2=0/096, p=0/004$) و رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود ($r^2=0/059, p=0/005$) مثبت و معنادار بود. همچنین مسیر بین

دلبستگی ایمن بر اساس نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده بر رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود ($r^2=0/081, p=0/005$) و رفتارهای

مشکل‌ساز برون‌نمود ($r^2=0/050, p=0/016$)، منفی و در سطح ۰/۰۵ معنادار بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست آمده، با کاهش سبک دلبستگی اضطرابی، افزایش دلبستگی ایمن، و رفتارهای معمول خانواده می‌توان

رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و برون‌نمود را کاهش داد. نقش دلبستگی ایمن در افزایش رفتارهای معمول خانواده و نقش دلبستگی ناایمن

در کاهش آن، لزوم توجه به سبک دلبستگی را در این پژوهش مورد تأکید قرار می‌دهد.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۸/۱۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۴/۰۴/۱۱

منتشر شده: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱

* نویسنده مسئول: سمیرا وکیلی، استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

رایانامه: Sriaauvkl@gmail.com

تلفن: ۰۲۱-۴۴۸۶۵۲۲۲

اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی^۱ یکی از رایج‌ترین اختلالات عصبی- تحولی^۲ است و به طور معمول با اختلالات روان‌شناختی دیگری مانند اختلالات یادگیری ویژه^۳، اختلال اضطرابی^۴، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۵ و افسردگی^۶ همراه است (۱). این اختلال که بین ۳ تا ۷ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد با علائمی همچون نارسایی توجه، فزون‌کنشی، و تکانشگری^۷ مشخص می‌شود و پیامدهای منفی بسیاری بر کاردهای اجتماعی، خانوادگی، و تحصیلی کودکان بر جای می‌گذارد (۲).

کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی به دلیل نارسایی‌هایی که در کنش‌های اجرایی^۸ یا خودتنظیمی^۹ دارند، مشکلات قابل توجهی برای خود و خانواده ایجاد می‌کنند و خانواده اغلب سطوح بالایی از تنیدگی^{۱۰} را تجربه می‌کنند که به اشکال مختلف از جمله درگیری‌های خانوادگی، کشاکش‌های^{۱۱} انضباطی، فشار مالی، افسردگی، و تعارضاتی در روابط زناشویی، نمود پیدا می‌کند (۳). در این راستا مطالعه‌ای که به بررسی کشاکش‌ها و مکانیسم‌های مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی پرداخته بود، نشان داد که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی جنبه‌های مختلفی از کشاکش‌های روانی، اجتماعی، و اقتصادی را تجربه می‌کنند (۴). در پژوهش دیگری مشخص شد که پرورش کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی با مشکلات سلامت روان مرتبط است (۵). همچنین کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی در توجه انتخابی^{۱۲} نیز مشکل دارند (۶).

والدگری^{۱۳} کودک یا نوجوان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی می‌تواند بسیار کشاکش برانگیز باشد؛ زیرا که این والدین پی در پی با مشکلات عاطفی و رفتاری فرزندشان مقابله می‌کنند و تجربه عواطف منفی ممکن است مانع روابط موفقیت‌آمیز والد-کودک شود به طوری که این والدین با احساسات منفی که دارند، درون‌نمود^{۱۴} رفتاری بالاتر را تجربه می‌کنند و در مقابل والدینی که راهبردهای مثبت والدگری

دارند، رفتارهای برون‌نمود^{۱۵} کمتری بروز می‌دهند (۷). در مجموع می‌توان اختلالات همبود با اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی را در دو دسته مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود طبقه‌بندی کرد. منظور از مشکلات رفتاری برون‌نمود، مجموعه رفتارهایی است که در رفتار بیرونی فرد نمایان است و بازتاب کارکرد منفی در محیط بیرونی است و شامل رفتارهای پرخاشگرانه، فزون‌کنشی، و نظایر آن است (۸).

به طور کلی، پسران مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی بیشتر با مشکلات رفتاری برون‌نمود مانند اختلال رفتار هنجاری^{۱۶} و اختلال نافرمانی مقابله‌ای مواجه می‌شوند، در حالی که دختران با مشکلات درون‌نمود بیشتر مانند اضطراب و افسردگی روبرو هستند (۹). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که علائم رفتاری برون‌نمود با علائم فزون‌کنشی - تکانشگری اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی مرتبط است (۱۰). یافته‌های پژوهش دیگری نشان داد که انواع مختلف نیمرخ‌های سبک دلبستگی به طور خاص با متغیرهای بدررفتاری مرتبط هستند و مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود و همچنین نمایه‌های سبک دلبستگی روابط بین بدررفتاری و مشکلات رفتاری درون‌نمود را تعدیل می‌کند (۱۱). در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد دلبستگی مضطرب مادر، پیش‌بینی‌کننده مستقیم رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و پیش‌بینی‌کننده غیرمستقیم رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود است (۱۲).

تربیت کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی، کشاکش‌های متعددی برای والدین به همراه دارد و والدین این کودکان اغلب در تلاش برای مدیریت رفتار خود، ناامیدی بیشتری را گزارش می‌دهند اما در این میان، سبک دلبستگی^{۱۷} که اصطلاحی برای توصیف نحوه ارتباط و تعامل با افراد مهم مانند والدین، فرزندان، و شریک عاطفی است، می‌تواند بر توانایی مقابله این والدین تأثیر بگذارد (۱۳). نظریه دلبستگی که به دو دسته ایمن و نایمن^{۱۸} طبقه‌بندی می‌شود، فرض می‌کند که در مواقع تهدید یا تنیدگی، عملکرد کلی خانواده، و کودک تغییر

10. Stress
11. Challeng
12. Selective attention
13. Parenting
14. Internalization
15. Externalizing behaviors
16. Conduct Disorder (CD)
17. Attachment style
18. Secure & insecure attachment

1. Attention- Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Neurodevelopmental disorder
3. Learning Disabilities (LD)
4. Anxiety disorder
5. Oppositional Defiant Disorder (ODD)
6. Depression
7. Impulsivity
8. Executive function
9. Self-regulation

می‌کند که به نوبه خود ممکن است بر برقراری روابط تأثیر بگذارد (۱۴). در این راستا در پژوهشی مشخص شد دلبستگی ناایمن، همبستگی معناداری با علائم اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی ارتباط دارد (۱۵). همچنین در پژوهشی دیگر بیان شد که عملکرد خانواده با الگوهای دلبستگی رابطه نزدیک دارد و سازش‌ناپاافتگی خانواده بالاتر با دلبستگی اضطرابی^۱ بالاتر همراه است (۱۶). در مطالعات دیگر نیز مشخص شد که روابط دلبستگی ایمن و حرمت خود بالا، عوامل محافظتی برای کیفیت زندگی هستند، و دلبستگی‌های ناایمن و حرمت خود پایین، کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند و به طور کلی کیفیت زندگی والدین با دلبستگی ایمن ارتباط مثبت و با دلبستگی ناایمن ارتباط منفی دارد (۱۷، ۱۸).

پیامدهای اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی با توجه به جنبه‌های مختلف آن، متفاوت است و می‌تواند بر رفتارهای و روال‌های معمول^۲ والدین این کودکان تأثیرگذار باشد. والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی، فرسودگی بیشتری را به صورت احساس خستگی، انزوا، اضطراب، تحریک‌پذیری، یأس، ناامیدی، خشم، کم‌توانی، و درماندگی تجربه می‌کنند و مشکلاتی در مدیریت امور روزمره کودک دارند (۱۹). رفتار و روال‌های معمول، به عنوان مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و قوانین مشخص مرتبط با موقعیت‌های روزمره (مانند بیدار شدن، آماده شدن برای مدرسه، غذا خوردن، انجام تکالیف یا رفتن به رخت‌خواب) تعریف می‌شود، که ارتباط متقابل میان والدین و کودکان در مورد قوانین خانواده را شکل می‌دهد و می‌تواند از بروز برخی مشکلات رفتاری جلوگیری کند (۲۰). در این زمینه در مطالعه‌ای مشخص شده است والدینی که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی دارند، سلامت روانی و حرمت خود^۳ پایین‌تری را تجربه می‌کنند و تنیدگی، افسردگی، سطوح سازش‌ناپاافتگی زناشویی، طلاق، و مصرف بیشتر الکل را تجربه می‌کنند (۲۱، ۲۲). در پژوهشی که به بررسی روال و

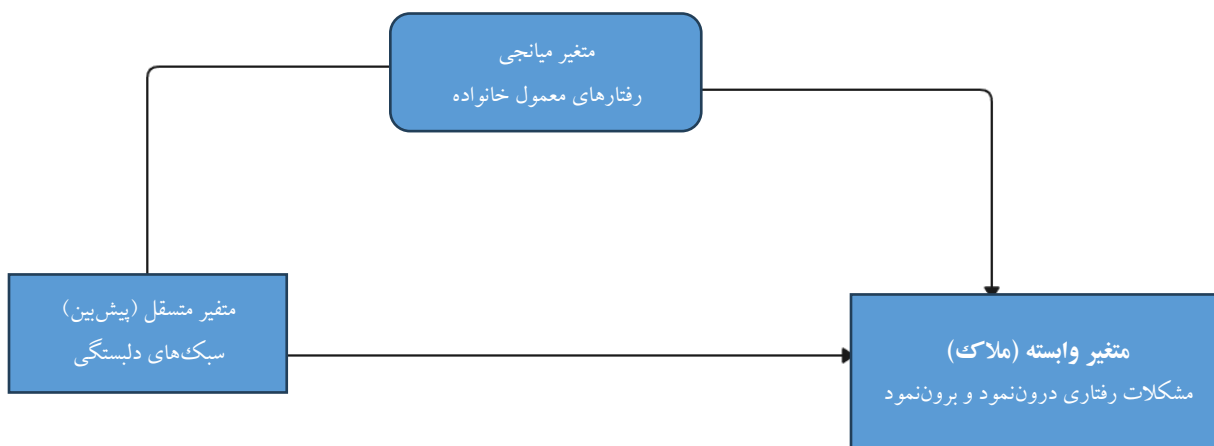
رفتارهای معمول خانواده پرداخته بود، مشخص شد کودکانی که در خانواده‌های پرجمعیت زندگی می‌کنند، رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود بیشتری از خود نشان می‌دهند (۲۳). نتایج مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داد که روال‌های خانوادگی به طور معناداری با رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و برون‌نمود و رفتارهای اجتماعی، از طریق روابط خانوادگی (انسجام، بیان، و تعارض) مرتبط است (۲۴).

خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی در مقایسه با خانواده‌های دارای کودکان بهنجار، تنیدگی، و اختلال عملکرد خانواده بیشتری را تجربه می‌کنند. آنها اغلب با کشاکش‌هایی مانند اختلافات زناشویی، فشار مالی، همراه با افزایش رفتار پرخاشگرانه یا نامناسب والدین که با علائم اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی کودک همراه است، مواجه می‌شوند (۳). به همین دلیل بررسی‌های بیشتر در زمینه سلامت روان والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی، ضروری به نظر می‌رسد.

با وجود اهمیت این موضوع، با جستجوهای انجام شده در پژوهش‌های پیشین، مطالعه‌ای که به طور مستقیم به بررسی رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و برون‌نمود والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی پرداخته باشد، یافت نشد. از سوی دیگر، بیشتر مطالعات پیشین یا صرفاً به بررسی رابطه دلبستگی و مشکلات رفتاری پرداخته‌اند یا نقش خانواده را به شکل کلی و غیرجزئی در نظر گرفته‌اند. همچنین اغلب این پژوهش‌ها از روش‌های آماری ساده‌تری همچون همبستگی یا تحلیل رگرسیون استفاده کرده‌اند و کمتر از مدل‌سازی ساختاری و آزمون متغیر میانجی بهره گرفته‌اند؛ در حالی که استفاده از مدل معادلات ساختاری می‌تواند روابط پیچیده میان متغیرهای پنهان را آشکار کند. بنابراین، خلأ پژوهشی واضحی در این زمینه وجود دارد که در مدل مفهومی پژوهش حاضر در شکل ۱ نشان داده شده است.

1. Anxious attachment
2. Typical behaviors

3. Self-esteem



شکل: مدل مفهومی پژوهش

اولیه در نظر گرفته شده برای پژوهش حاضر، ۲۸۰ است. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل، عدم ابتلا به بیماری حاد روان‌پزشکی از قبیل اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی، عدم سوء مصرف مواد، داشتن حداقل مدرک دیپلم، و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل، عدم پاسخدهی بیش از ۸ گویه پرسشنامه‌ها (تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها)، مصرف هرگونه دارو روان‌پزشکی، بود. مشخصات جمعیت‌شناختی افراد نمونه حاکی از این بود که از ۲۷۶ نفر شرکت‌کننده، ۱۸۹ نفر مادر و ۸۷ نفر پدر بودند. از نظر سطح تحصیلات ۸۷ نفر دیپلم، ۱۲۱ نفر کارشناسی، ۴۵ نفر کارشناسی ارشد، و ۲۱ نفر دکترا، و بالاتر بودند همچنین از نظر وضعیت تأهل ۲۳۴ نفر متأهل و ۴۲ نفر مطلقه بودند. از نظر جنسیت کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی ۱۸۷ نفر دختر و ۸۹ نفر پسر بودند.

(ب) ابزار

۱. مقیاس تجدیدنظر شده دلبستگی بزرگسالان^۷: این مقیاس جهت بررسی سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان توسط کولینز و رید در سال ۱۹۹۰ ابداع شده و دارای ۱۸ گویه است (۲۶). این مقیاس دارای سه خرده‌مقیاس وابستگی^۸ (گویه‌های ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵) که با دلبستگی اضطرابی - دوسوگرا، نزدیک بودن^۹ (گویه‌های ۱، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۷) با دلبستگی

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر توصیفی

_ همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناسی منطقه یک تهران در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه پژوهش ۲۷۶ نفر از جامعه آماری مذکور بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. وجود این اختلال توسط روان‌شناسان متخصص در مراکز خدمات روان‌شناسی محل پژوهش و همچنین معیارهای ویراست بازنگری شده پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۱ مورد تأیید قرار گرفته بود. کفایت حجم نمونه براساس فرمول کوهن برای تعیین حجم نمونه در روش‌های مدل معادلات ساختاری^۲، با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و پنهان^۳ در مدل، اندازه اثر پیش‌بینی شده^۴ و احتمال مورد نظر^۵ و سطوح توان آماری^۶ محاسبه شد (۲۵). براساس این فرمول برای تعیین حجم نمونه، اندازه اثر پیش‌بینی شده برابر ۰/۳، سطح توان آماری برابر ۰/۸، تعداد متغیرهای پنهان برابر ۰/۶، تعداد متغیرهای مشاهده شده برابر ۱۶۵ و سطح احتمال برابر ۰/۰۱ در نظر گرفته شد. با توجه به مقادیر مطرح شده حداقل حجم نمونه ۱۶۱ نفر باید باشد. جهت جلوگیری از ریزش احتمالی حجم نمونه

5. Desired probability
6. Statistical power levels
7. Revised Adult Attachment Scale (RAAS)
8. Dependence
9. Closeness

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)
2. Structural Equation Modeling (SEM)
3. Observed and latent variables
4. Anticipated effect size

ایمن، و اضطراب^۱ (گویه‌های ۲، ۵، ۷، ۱۴، ۱۶، ۱۸) با عکس دل‌بستگی اجتنابی مرتبط است. گویه‌ها به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد (۱) تا کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد (۵) نمره‌گذاری می‌شود و شامل خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خود - توصیفی شیوه شکل‌دهی روابط دل‌بستگی نسبت به چهره‌های دل‌بستگی نزدیک است. همچنین گویه‌های ۵، ۶، ۸، ۱۶، ۱۷، ۱۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۴۲ تا ۶۶ است و هرچه میزان نمرات افراد در مؤلفه‌ها بالاتر باشد بیانگر میزان بیشتر آن سبک دل‌بستگی در فرد است. در مطالعه‌ای (۲۶) اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نزدیک بودن، وابستگی، اضطراب به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین در یک مطالعه دیگر روایی سازه این ابزار به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی رضایت بخش بود (۲۷). در ایران در پژوهشی (۲۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ، اعتبار این مقیاس ۰/۶۸ به دست آمد. همچنین روایی سازه این ابزار با استفاده از روایی واگرا سنجش شد و نتایج نشان داد ضریب همبستگی خرده‌مقیاس‌های اضطراب و نزدیک بودن، ۰/۳۱۳- و خرده‌مقیاس‌های اضطراب و وابستگی ۰/۳۳۶- در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نزدیک بودن ۰/۷۱، اضطرابی ۰/۸۱، و وابستگی ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه نیز با روش کیفی و با نظرخواهی از متخصصان به شیوه‌های شاخص و نسبت روایی محتوا^۲ مطلوب به دست آمد.

۲. سیاهه مشکلات رفتاری کودکان (فرم والدین: سیاهه مشکلات رفتاری کودک در سال ۱۹۹۱ توسط آخنباخ طراحی و ابداع شده است و مجموعه‌ای از فرم‌های موازی (فرم کودک، فرم والد، و فرم معلم) است که مشکلات کودکان و نوجوانان را در دو محور ۸ عامل مشکلات رفتاری درون‌نمود شامل اضطراب (گویه‌های ۱۲، ۱۴، ۲۹، ۳۵، ۴۵، ۵۰، ۵۲، ۷۱، ۹۱، ۱۱۲)، انزوا^۳ (گویه‌های ۵، ۴۲، ۶۵، ۶۹، ۷۵، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۱۱)، شکایت‌های جسمانی^۴ (گویه‌های ۴۷، ۴۹، ۵۱، ۵۴، ۵۶) و مشکلات

رفتاری برون‌نمود شامل مشکلات اجتماعی^۵ (گویه‌های ۱۱، ۱۲، ۲۵، ۲۷، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۸، ۶۲، ۶۴، ۷۹)، مشکلات تفکر^۶ (گویه‌های ۹، ۱۸، ۴۰، ۴۶، ۵۸-۶۰، ۶۶، ۷۰، ۷۶، ۸۰، ۸۳-۸۵، ۹۲، ۱۰۰)، مشکلات توجه^۷ (گویه‌های ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۴۱، ۶۱، ۷۸، ۸۰)، نادیده گرفتن قواعد^۸ (گویه‌های ۲، ۲۶، ۲۸، ۳۹، ۴۳، ۶۳، ۶۷، ۷۲، ۷۳، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۶، ۹۹، ۱۰۱، ۱۰۵، ۱۰۶)، و رفتار پرخاشگرانه^۹ (گویه‌های ۳، ۱۶، ۱۹-۲۳، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶-۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷، ۱۰۴) ارزیابی می‌کند (۲۹). این سیاهه مشکلات عاطفی- رفتاری، توانمندی‌ها، شایستگی‌های تحصیلی، و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین سنجش می‌کند و دارای ۱۱۵ گویه است. نمره‌گذاری هر گویه به صورت لیکرت سه‌گزینه‌ای شامل هرگز در رفتار کودک مشاهده نمی‌شود (۰)، گاهی اوقات در رفتار کودک مشاهده می‌شود (۱)، و همیشه در رفتار کودک دیده می‌شود (۲) است. دامنه نمرات هم بدین صورت است که اگر نمره فرد کمتر از ۶۰ باشد در محدوده بهنجار، بین ۶۰-۶۳ در محدوده مرزی، و در نهایت اگر بزرگتر از ۶۳ باشد در محدوده بالینی قرار می‌گیرد. نحوه اجرای این سیاهه به دو صورت خودگزارشی و یا مصاحبه است. در مطالعه آخنباخ برای بررسی اعتبار از دو روش همزمان و سازه استفاده شد و اعتبار همزمان این پرسشنامه به روش همبستگی میان بخش مشکلات رفتاری فرم والدین و مقیاس کانرز، همبستگی ۰/۸۶-، ۰/۵۶ با مقیاس کانرز نشان داد. همچنین روایی محتوایی، ملاکی، سازه این فرم‌ها توسط آخنباخ، مطلوب گزارش شده است (۲۹). در مطالعات ایرانی (۳۰)، (۳۱) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و روایی این پرسشنامه را با تجدید نظرخواهی از متخصصان به لحاظ محتوایی مطلوب گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه نیز با روش کیفی و با نظرخواهی از متخصصان به شیوه‌های شاخص و نسبت روایی محتوا، مطلوب به دست آمد.

6. Thought problems
7. Attention problems
8. Rule-breaking behavior
9. Aggressive behavior

1. Anxiety
2. Index and content validity ratio
3. Isolation
4. Somatic complaints
5. Social problems

۳. پرسشنامه زمان و روال‌های رایج روزمره خانواده^۱: این پرسشنامه توسط کوپین و تامپسون در سال ۱۹۸۷ طراحی شده است (۳۲) که شامل ۳۲ گویه و ۸ خرده‌مقیاس باهم بودن والدین و فرزندان^۲ (گویه‌های ۱۱-۱۴)، باهم بودن زوجین^۳ (گویه‌های ۱۵-۱۶)، روال‌های رایج روزمره کودک^۴ (گویه‌های ۱-۱۰)، باهم بودن در وعده‌های غذایی^۵ (گویه‌های ۱۷-۱۸)، زمان باهم بودن خانواده^۶ (گویه‌های ۲۳-۲۶)، روال‌های رایج روزمره مربوط به کارهای خانه^۷ (گویه‌های ۲۹-۳۲) روال‌های رایج روزمره مربوط به بستگان^۸ (گویه‌های ۱۹-۲۲) و روال‌های رایج روزمره مربوط به مدیریت خانواده^۹ (گویه‌های ۲۷-۲۸) است به صورت لیکرت ۴ درجه از نادرست (۰) تا درست (۳) نمره‌گذاری می‌شود. از جمع نمرات خام خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه نمره کل به دست می‌آید که برای هدف ارزیابی رفتارهای معمول خانواده استفاده می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۹۶ است. هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد بیانگر میزان بالاتر رفتارهای معمول خانواده در فرد است. در مطالعه کوپین و تامپسون (۳۲)، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ گزارش شد. در ایران در مطالعه‌ای (۳۳) اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای مقیاس کل ۰/۸۶ و از طرفی کم‌ترین آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس روال‌های رایج روزمره کودک ۰/۷۰ و بیشترین به خرده‌مقیاس روال‌های رایج روزمره بستگان ۰/۸۶ تعلق داشت. همچنین ضریب روایی محتوایی نیز برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ محاسبه شد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه نیز با روش کیفی و با نظرخواهی از متخصصان به شیوه‌های شاخص و نسبت روایی محتوا مطلوب به دست آمد.

(ج) روش اجرا: جهت اجرای پژوهش حاضر، ابتدا به کمیته تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران مراجعه شد و مجوزهای لازم جهت ورود به مراکز خدمات روان‌شناسی منطقه یک

تهران اخذ شد. سپس پژوهشگر با راهنمایی استادان راهنما و مشاور، به سه مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره منطقه یک تهران، معرفی شد (نام مراکز برای حفظ اطلاعات محفوظ ماند). این مراکز به دلیل سهولت در هماهنگی و اجرای پژوهش و امکان وجود همکاری برای ارتباط‌گیری با شرکت‌کنندگان، انتخاب شدند. سپس از این مراکز، به ۲۷۶ نفر از والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسیایی توجه- فزون‌کنشی که دارای ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش و پرونده مشاوره و درمانی بودند، پیامی حاوی محتوای پژوهش ارسال شد و جهت ورود به مطالعه از این والدین دعوت به عمل آمد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش اطلاعات لازم در ارتباط با مجوزها و مفاد مرتبط با رعایت اصول اخلاقی به این والدین داده شد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و در صورت تمایل در هر مرحله از پژوهش می‌توانند انصراف دهند. سپس از میان ۲۸۰ والدین واجد شرایط، ۲۷۶ پرسشنامه پژوهش به طور کامل تکمیل شد و ۴ پرسشنامه به دلیل تکمیل شدن به صورت ناقص و یا خطاهای عمدی در تکمیل پرسشنامه‌ها، از روند پژوهش حذف شد. با توجه به محدودیت در همکاری والدین، روند اجرای پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و آنلاین، ۳ ماه به طول انجامید. در نهایت برای انجام آمار توصیفی از نرم افزار Spss نسخه ۲۷ و برای تجزیه و تحلیل مسیر از نرم افزار mart PLS نسخه ۴ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود، رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود، دلبستگی ایمن، دلبستگی اجتنابی، دلبستگی اضطرابی، و رفتارهای معمول خانواده در جدول ۱ گزارش شده است.

6. Family time together
7. Family chores routines
8. Relatives connection routines
9. Family management routines

1. Family Time and Routines Index (FTRI)
2. Parent- child togetherness
3. Couple togetherness
4. Child routines
5. Meal's together subscale

جدول ۱: توصیف متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	پیشینه	کمینه	شاپرو ویلک	سطح معناداری	کجی	کشیدگی
رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود	۳۷/۱۴۹	۷/۳۹۸	۵۵	۱۵	۰/۹۹۳	۰/۲۱۲	-۰/۱۶۰	-۰/۰۳۱
رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود	۴۶/۲۴۳	۵/۹۳۵	۶۸	۲۸	۰/۹۹۱	۰/۰۸۱	-۰/۰۹۹	۰/۴۷۸
دلبستگی ایمن	۱۱/۹۸۳	۱/۴۸۱	۱۶	۷	۰/۹۵۸	<۰/۰۰۱	-۰/۱۲۴	۰/۲۷۵
دلبستگی اجتنابی	۱۶/۱۵۲	۲/۸۶۳	۲۳	۸	۰/۹۸۶	۰/۰۰۷	۰/۰۱۲	-۰/۰۹۸
دلبستگی اضطرابی	۱۷/۱۳۴	۲/۲۶۰	۲۵	۷	۰/۹۸۶	۰/۰۰۷	-۰/۰۱۰	۰/۲۱۸
رفتارهای معمول خانواده	۳۷/۰۸۳	۸/۵۹۲	۶۰	۱۶	۰/۹۹۴	۰/۳۹۲	۰/۰۰۷	-۰/۴۰۹

نتایج جدول فوق نشان داد که کجی^۱ و کشیدگی^۲ هیچ یک از متغیرها از محدوده بین ۲+ و ۲- خارج نشده است. این مطلب بیانگر آن است که توزیع متغیرهای پژوهش از نرمال بودن تک‌متغیری انحراف آشکاری ندارند. با این وجود بر اساس آزمون شاپرو ویلک توزیع متغیرهای دلبستگی ایمن، دلبستگی اجتنابی، و دلبستگی اضطرابی سطح معناداری یافت شد ($P < ۰/۰۵$). بر همین اساس از آن جایی که این آزمون برای

متغیرهای پژوهش معنادار بود، در نتیجه متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال نیستند، بنابراین از نرم‌افزار SmartPLS جهت تحلیل متغیرهای پژوهش استفاده شد. همچنین به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن، عامل تورم واریانس^۳ و ضریب تحمل^۴ تمامی متغیرها بررسی شد و این مفروضه تأیید شد. جدول ۲، براساس ضریب همبستگی پیرسون^۵، رابطه همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود	-					
رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود	۰/۵۵۷***	-				
دلبستگی ایمن	-۰/۳۷۳***	-۰/۳۸۸***	-			
دلبستگی اجتنابی	۰/۳۰۵***	۰/۳۴۸***	-۰/۴۲۸***	-		
دلبستگی اضطرابی	۰/۳۵۳***	۰/۳۸۵***	-۰/۴۳۱***	۰/۴۶۲***	-	
رفتارهای معمول خانواده	-۰/۵۶۸***	-۰/۴۳۵***	۰/۳۳۳***	-۰/۳۳۳***	-۰/۳۵۷***	-

* $P < ۰/۰۵$, ** $P < ۰/۰۱$, *** $P < ۰/۰۰۱$

براساس جدول ۲، متغیرهای رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود و رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود رابطه مثبت و معناداری با دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی داشت ($P < ۰/۰۰۱$). در عین حال متغیرهای رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود و رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود رابطه منفی و

معناداری با دلبستگی ایمن و رفتارهای معمول خانواده داشت ($P < ۰/۰۰۱$). ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش و سطح معناداری بین متغیرها را در جدول ۳ نشان داده شده است. در این پژوهش، مقدار بوت استرپ^۶ ۵۰۰۰ است.

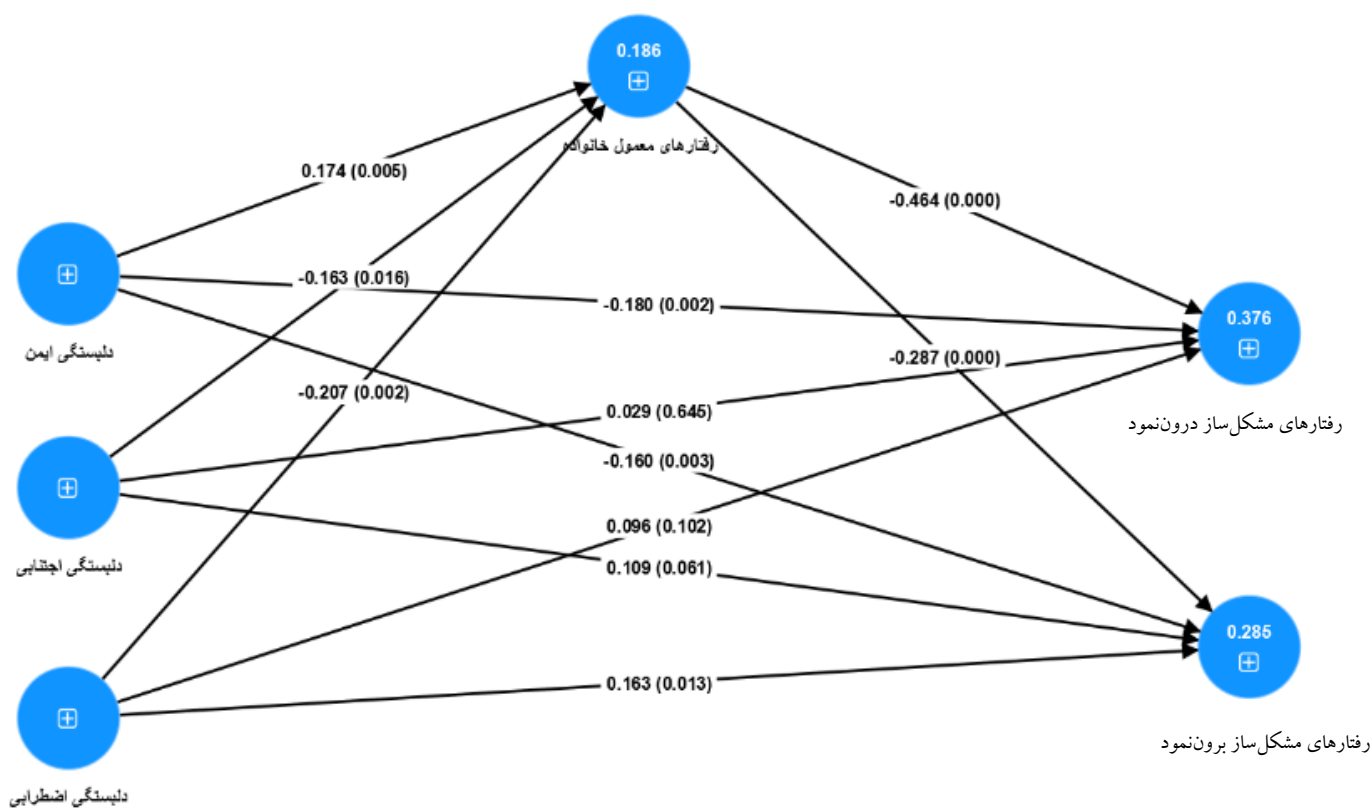
جدول ۳: نتایج بررسی فرضیه‌های تحقیق

روابط بین متغیرها	ضریب مسیر	انحراف استاندارد	سطح معناداری	T-value	نتیجه
دلبستگی اجتنابی -> رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود	۰/۱۰۹	۰/۰۵۸	۰/۰۶۱	۱/۸۷۳	عدم تأیید
دلبستگی اجتنابی -> رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود	۰/۰۲۹	۰/۰۶۲	۰/۶۴۵	۰/۴۶۰	عدم تأیید
دلبستگی اجتنابی -> رفتارهای معمول خانواده	-۰/۱۶۳	۰/۰۶۸	۰/۰۱۶	۲/۴۰۱	تأیید

4. Tolerance
5. Pearson's Correlations
6. Bootstrap

1. Skewness
2. Kurtosis
3. Variance Inflation Factor (VIF)

تأیید	۲/۴۸۵	۰/۰۱۳	۰/۰۶۶	۰/۱۶۳	دلبستگی اضطرابی- < رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود
تأیید	۱/۶۳۸	۰/۰۱۲	۰/۰۵۹	۰/۰۹۶	دلبستگی اضطرابی - < رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود
تأیید	۳/۰۵۵	۰/۰۰۲	۰/۰۶۸	-۰/۲۰۷	دلبستگی اضطرابی - < رفتارهای معمول خانواده
تأیید	۲/۹۳۲	۰/۰۰۳	۰/۰۵۵	-۰/۱۶۰	دلبستگی ایمن - < رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود
تأیید	۳/۰۶۳	۰/۰۰۲	۰/۰۵۹	-۰/۱۸۰	دلبستگی ایمن - < رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود
تأیید	۲/۸۲۴	۰/۰۰۵	۰/۰۶۲	۰/۱۷۴	دلبستگی ایمن - < رفتارهای معمول خانواده
تأیید	۵/۳۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۰۵۳	-۰/۲۸۷	رفتارهای معمول خانواده- < رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود
تأیید	۸/۹۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۰۵۲	-۰/۴۶۴	رفتارهای معمول خانواده - < رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود
اثرات غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش					
تأیید	۲/۸۵۰	۰/۰۰۴	۰/۰۳۴	۰/۰۹۶	دلبستگی اضطرابی- < رفتارهای معمول خانواده - < رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود
تأیید	۲/۷۸۴	۰/۰۰۵	۰/۰۲۹	-۰/۰۸۱	دلبستگی ایمن - < رفتارهای معمول خانواده - < رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود
تأیید	۲/۱۱۵	۰/۰۳۴	۰/۰۲۲	۰/۰۴۷	دلبستگی اجتنابی - < رفتارهای معمول خانواده - < رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود
تأیید	۲/۲۷۲	۰/۰۲۳	۰/۰۳۳	۰/۰۷۵	دلبستگی اجتنابی - < رفتارهای معمول خانواده - < رفتارهای مشکل ساز درون‌نمود
تأیید	۲/۴۰۲	۰/۰۱۶	۰/۰۲۱	-۰/۰۵۰	دلبستگی ایمن- < رفتارهای معمول خانواده - < رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود
تأیید	۲/۷۸۷	۰/۰۰۵	۰/۰۲۱	۰/۰۵۹	دلبستگی اضطرابی- < رفتارهای معمول خانواده - < رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود



شکل ۲: ضرایب مسیر بین متغیرها و سطوح معناداری

براساس نتایج به دست آمده در جدول ۳ و شکل ۲، دلبستگی اجتنابی به صورت مستقیم تأثیر منفی و معناداری بر روی رفتارهای معمول خانواده

داشت، ولی تأثیر معناداری بر روی رفتارهای مشکل ساز برون‌نمود و درون‌نمود نداشت ($p > 0.05$). همچنین متغیر

منفی و معنادار بود ($r = -0.050$, $p = 0.016$). در عین حال مسیر بین دلبستگی اجتنابی براساس نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده بر روی رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود مثبت و معنادار بود ($p = 0.023$, $r = 0.075$). همچنین مسیر بین دلبستگی اجتنابی براساس نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده بر روی رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود مثبت و معنادار بود ($r = 0.047$, $p = 0.034$).

جهت بررسی معناداری متغیر میانجی پژوهش از آزمون سوبل استفاده شد. این آزمون براساس فرمول زیر محاسبه شد. در آزمون سوبل، اگر مقدار Z از ۱/۹۶ بیشتر شود، می‌توان تأیید کرد که اثر میانجی یک متغیر در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است.

$$Z \text{ value} = \frac{|a \times b|}{\sqrt{(b^2 \times S_a^2) + (a^2 \times S_b^2) + (S_a^2 \times S_b^2)}}$$

مقدار Z برای متغیر رفتارهای معمول خانواده به عنوان میانجی بین متغیرهای دلبستگی اضطرابی و رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود و درون‌نمود به ترتیب برابر با ۲/۶۵ و ۲/۸۸ بود. با توجه به مقادیر به دست آمده در آزمون سوبل می‌توان نتیجه گرفت که متغیر میانجی معنادار است. مقدار Z برای متغیر رفتارهای معمول خانواده به عنوان میانجی بین متغیرهای دلبستگی ایمن و رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود و درون‌نمود به ترتیب برابر با ۲/۴۹ و ۲/۶۷ بود. همچنین مقدار Z برای متغیر رفتارهای معمول خانواده به عنوان میانجی بین متغیرهای دلبستگی اجتنابی و رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود و درون‌نمود به ترتیب برابر با ۲/۱۹ و ۲/۳۱ بود. با توجه به مقادیر به دست آمده در آزمون سوبل می‌توان نتیجه گرفت که متغیر میانجی معنادار است. در ادامه به بررسی مقادیر ضرایب تعیین^۱ به دست آمده در مدل پرداخته شد. در جدول ۵ اعتبار و روایی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

دلبستگی اضطرابی، تأثیر مثبت و معناداری بر روی رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود ($r = 0.163$, $p = 0.013$) و تأثیر منفی بر روی رفتارهای معمول خانواده ($r = -0.207$, $p = 0.002$) داشت ولی تأثیری بر روی رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود نداشت ($p > 0.05$). از سوی دیگر متغیر دلبستگی ایمن، تأثیر منفی و معناداری بر روی رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود ($r = -0.160$, $p = 0.003$) و رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود ($r = -0.180$, $p = 0.005$) و تأثیر مثبتی بر روی رفتارهای معمول خانواده ($r = 0.174$, $p = 0.011$) داشت. همچنین متغیر رفتارهای معمول خانواده، تأثیر منفی و معناداری بر روی رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود ($r = -0.287$, $p = 0.001$) و رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود ($r = -0.464$, $p = 0.001$) داشت. در ادامه در جدول ۴ ضرایب غیرمستقیم متغیرهای میانجی را مورد بررسی می‌دهد.

جدول ۴: ضرایب تعیین در مدل

متغیرها	R ²	ضریب تعیین تعدیل شده
رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود	۰/۲۸۵	۰/۲۷۵
رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود	۰/۳۷۶	۰/۳۶۷
رفتارهای معمول خانواده	۰/۱۸۶	۰/۱۷۷

براساس نتایج جدول ۴، مسیر بین دلبستگی اضطرابی براساس نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده بر روی رفتارهای مشکل‌ساز درونی مثبت و معنادار بود ($r = 0.096$, $p = 0.004$). همچنین مسیر بین دلبستگی اضطرابی براساس نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده بر روی رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود مثبت و معنادار بود ($r = 0.059$, $p = 0.005$). در عین حال مسیر بین دلبستگی ایمن براساس نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده بر روی رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود منفی و معنادار بود ($r = -0.081$, $p = 0.005$). همچنین مسیر بین دلبستگی ایمن براساس نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده بر روی رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود،

جدول ۵: پایایی و روایی متغیرهای پژوهش در مدل

متغیرها	آلفای کرونباخ	اعتبار ترکیبی	میانگین واریانس استخراج شده
رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود	۰/۷۳۰	۰/۷۴۱	۰/۶۶
رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود	۰/۸۲۰	۰/۸۳۲	۰/۵۳
دلبستگی ایمن	۰/۷۱۰	۰/۷۶۱	۰/۵۶

۰/۵۷۱	۰/۸۶۹	۰/۸۱۱	دلبستگی اجتنابی
۰/۵۴۴	۰/۸۰۸	۰/۷۲۷	دلبستگی اضطرابی
۰/۵۴۵	۰/۸۲۷	۰/۷۲۲	رفتارهای معمول خانواده

موجب افزایش رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و برون‌نمود شدند در حالی که دلبستگی ایمن به واسطه رفتارهای معمول خانواده، رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و برون‌نمود را کاهش داد. این یافته‌ها در راستای پژوهش‌های پیشین (۱۲، ۱۷، ۱۸، ۲۴، ۲۳) قرار دارد. به عنوان مثال در مطالعه (۱۱) نشان داده شده است که انواع مختلف نیمرخ‌های سبک دلبستگی به طور خاص با متغیرهای بدررفتاری مرتبط هستند و مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود و همچنین نیمرخ سبک دلبستگی روابط بین بدررفتاری و مشکلات درونی‌سازی را تعدیل می‌کند. در پژوهشی دیگر نیز بیان شد که دلبستگی مضطرب مادر پیش‌بینی‌کننده مستقیم رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و پیش‌بینی‌کننده غیرمستقیم رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود است (۱۲). در یک پژوهش نیز مشخص شد که روابط دلبستگی ایمن و حرمت خود بالا، عوامل محافظتی برای کیفیت زندگی هستند، در حالی که دلبستگی‌های نایمن و حرمت خود پایین کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند (۱۷). همچنین یافته‌های پژوهشی نشان داد که به طور کلی کیفیت زندگی والدین با دلبستگی ایمن ارتباط مثبت و با دلبستگی نایمن ارتباط منفی دارد (۱۸) و روال‌های خانوادگی به طور معناداری با درونی‌سازی و برونی‌سازی رفتارهای مشکل‌ساز و رفتارهای اجتماعی، از طریق روابط خانوادگی (انسجام، بیان، و تعارض) مرتبط است (۲۴). همچنین در پژوهشی که به بررسی روال و رفتارهای معمول خانواده پرداخته بود، نتایج نشان داد که افرادی که در خانواده‌های پرجمعیت زندگی می‌کنند، رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود بیشتری از خود نشان می‌دهند (۲۳).

در تبیین این یافته می‌توان گفت براساس نظریه دلبستگی بالبی، دلبستگی ایمن با تقویت اعتماد، خودتنظیمی، و تعامل مثبت در روابط، مشکلات رفتاری را کاهش می‌دهد، در حالی که دلبستگی نایمن (به‌ویژه اضطرابی) به دلیل ایجاد ناامنی و وابستگی شدید، موجب افزایش اضطراب

براساس جدول ۵، پایایی و روایی مدل تأیید شده است. اعتبار با ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرها بالاتر از ۰/۷ بود. اعتبار ترکیبی^۱ این متغیرها نیز بالاتر از ۰/۷ بود. از سوی دیگر، روایی همگرا مدل نیز با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج شده^۲ بررسی شد. از آن جایی که مقدار آن برای متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۵ است، می‌توان نتیجه گرفت که روایی مدل تأیید شده است. به همین ترتیب محقق برازش مدل را مورد بررسی قرار داد. تمامی شاخص‌های برازش مدل تأیید شد. شاخص میانگین مربع باقی‌مانده ریشه استاندارد شده^۳ تفاوت بین همبستگی مشاهده شده و ماتریس همبستگی مدل ساختاری است. مقدار شاخص میانگین مربع باقی‌مانده ریشه استاندارد شده برای مدل برابر با ۰/۰۵۳، مقدار شاخص برازش نرم شده^۴ برابر با ۰/۹۱۷ بود. در نتیجه برازش مدل تأیید شد. به همین ترتیب، مقادیر Q^2 که برای نیکویی برازش مدل^۵ است در صورتی که بالای صفر باشد نشان می‌دهد که مقادیر مشاهده شده به خوبی برازش شده و مدل توانایی پیش‌بینی دارد. مطابق نتایج، برازش مدل تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و برون‌نمود در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی براساس سبک‌های دلبستگی با نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده انجام شد. براساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، دلبستگی اضطرابی رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود را افزایش و دلبستگی ایمن این رفتارها را کاهش داد. همچنین دلبستگی اجتنابی و اضطرابی موجب کاهش و دلبستگی ایمن موجب افزایش رفتارهای معمول خانواده شد و متغیر رفتارهای معمول خانواده، رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود و درون‌نمود را کاهش داد و به عنوان میانجی نیز معنادار بود و دلبستگی اضطرابی و اجتنابی به عنوان واسطه میانجی رفتارهای معمول خانواده

4. Normed Fit Index (NFI)
5. Goodness of fit the model

1. Composite Reliability (CR)
2. Average Variance Extracted (AVE)
3. Standardized Root Square Residual (SRMR)

و مشکلات رفتاری می‌شود. مشکلات رفتاری درون‌نمود، مانند کناره‌گیری اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب؛ و افسردگی، اغلب موجب آسیب به فرد و نه اطرافیان می‌شود (۱۳). همچنین بسیاری از مشکلات رفتاری بازتاب شرایط پیچیده بین‌فردی در خانواده هستند، جایی که دلبستگی ایمن با رفتارهای همدلانه و والدگری مثبت، این مشکلات را کاهش داده، در حالی که دلبستگی ناایمن با افزایش اضطراب، مشکلات رفتاری را تشدید می‌کند (۱۴). به طور خاص مطالعات نشان داده‌اند که دلبستگی اضطرابی مادر پیش‌بینی‌کننده رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و برون‌نمود است، موضوعی که نتایج پژوهش حاضر نیز آن را تأیید می‌کند (۱۱).

در پژوهش حاضر به نظر می‌رسد دلبستگی ناایمن، به‌ویژه دلبستگی اضطرابی، موجب اختلال در پیش‌ذهنی‌سازی والدین می‌شود. این والدین به دلیل عدم توانایی در درک صحیح کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی، تنیدگی زیادی را تجربه می‌کنند که بر روال زندگی آنها تأثیر منفی گذاشته و آن را مختل می‌کند. والدین با دلبستگی ایمن، به کودکان این امکان را می‌دهند که دنیای بیرون را با انتظارات مثبت ببینند، در ابراز احساسات و افکار آزاد باشند و در کشف محیط استقلال داشته باشند. این موضوع باعث ایجاد اعتماد بیشتری در روابط آنها می‌شود و می‌تواند مشکلات رفتاری را کاهش و رفتارهای محبت‌آمیز را افزایش دهد و ایجاد یک روزمرگی با حداقل مشکلات برای خانواده ایجاد کند، در مقابل، سبک دلبستگی ناایمن که با توانایی‌های ناپایدار آشکار می‌شود، پیچیده‌تر و مشکل‌سازتر است و نتیجه رابطه‌ای است که شکل دلبستگی آن آسیب‌پذیر و غیرقابل پیش‌بینی است.

در تبیینی دیگر باید بیان کرد که عادات و روال‌های ساختاریافته خانواده، عوامل محافظتی برای سازش‌یافتگی رفتاری و تعاملات مثبت کودک و والدین هستند (۱۷) و والدینی که دارای احساسات منفی بالا هستند، در مقابله با این روال‌ها مشکلات بیشتری دارند و بیشتر درگیر رفتارهای تنبیهی والدینی می‌شوند و در نتیجه همین عامل، رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود را تشدید می‌کند و برعکس، والدینی که احساسات مثبتی از خود نشان می‌دهند، رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود کمتری را گسترش می‌دهند (۷). علاوه بر این روال‌های خانوادگی برای کارکرد خانواده و برای سلامت جسمی و روانی مهم است و مشارکت مادر و

کودک با رفتارهای درون‌نمود کمتر کودک مرتبط است که با کاهش سبک دلبستگی سازش‌نیافته، می‌تواند به کاهش رفتارهای مشکل‌ساز منجر شود (۱۹، ۲۰). در واقع روال‌ها برای عملکرد خانواده مهم هستند و چنین سازش‌یافتگی به ویژه در دوره‌های تحول‌تشنه، برای افزایش سلامت و بهزیستی روان‌شناختی یکایک اعضای خانواده مفید هستند و با پیامدهای مثبت، عملکرد تحصیلی بهتر، سطح بالاتر شایستگی اجتماعی-عاطفی، و مشکلات روان‌شناختی کمتر مرتبط است (۲۲). در واقع روال‌های خانوادگی ساختاری قابل پیش‌بینی برای هدایت رفتار فراهم می‌کند و با ایجاد انتظارات و قابلیت پیش‌بینی بیشتر در خانواده، ثبات روانی میان اعضای خانواده را ارتقا می‌دهد و یک ساختار قابل پیش‌بینی را ارائه می‌دهد که رفتار را هدایت می‌کند. وجود نظم خاص در روال‌های خانوادگی، ثبات و پیش‌بینی‌پذیری را در زندگی خانوادگی ایجاد می‌کند و احساسات پایداری را شکل می‌دهد که از سلامت جسمانی و روانی اعضا در برابر عوامل تشنگر محافظت می‌کند و به بروز کمتر رفتارهای نابهنجار درونی و برونی ختم می‌شود.

در آخر باید بیان کرد که پژوهش حاضر از پژوهش‌های پیشین متمایز است، زیرا در حالی که پژوهش‌های پیشین بیشتر به بررسی رابطه مستقیم سبک دلبستگی با مشکلات رفتاری پرداخته‌اند، این مطالعه بر پیچیدگی‌های روابط درونی این متغیرها و نقش میانجی رفتارهای معمول خانواده تأکید کرده است. این مطالعه همچنین مشخص کرد که رفتارهای معمول خانواده به عنوان عاملی محافظتی، نقش زیادی در کاهش رفتارهای مشکل‌ساز ایفا می‌کنند. بنابراین نتایج این مطالعه در کنار پژوهش‌های مشابه، می‌تواند به تدوین نظریه‌ها یا مدل‌های جامع‌تر در زمینه دلبستگی و سلامت خانواده کمک کند. همچنین این مطالعه به علم روان‌شناسی در سطح عمل نزدیک شده است، زیرا نشان می‌دهد چگونه ایجاد روال‌های بهنجار در خانواده و ارتقای سبک دلبستگی ایمن می‌تواند مشکلات رفتاری را کاهش و کیفیت زندگی خانواده را بهبود بخشد.

مطالعه حاضر با وجود ارائه نتایج معنادار و کاربردی، محدودیت‌هایی داشت که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌ها، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای گردآوری داده‌ها بود. این ابزارها ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های شناختی یا عدم خویشتن‌نگری دقیق والدین قرار گرفته باشند و در نتیجه، دقت داده‌های

گردآوری شده را تا حدی کاهش دهند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های ترکیبی مانند مصاحبه‌های عمیق، مشاهده رفتاری یا ابزارهای روان‌سنجی پیشرفته برای تکمیل داده‌ها استفاده شود. از سوی دیگر این پژوهش تنها در یک منطقه فرهنگی خاص انجام شد و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر مناطق با فرهنگ‌های گوناگون برای بررسی تأثیر عوامل فرهنگی انجام شود زیرا که زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی ممکن است برداشت والدین از اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی را تحت تأثیر قرار داده باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه، کشاکش‌های همکاری والدین بود. والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی، به دلیل ویژگی‌های خاص فرزندان و دشواری در ایجاد آرامش برای آنها، به سختی حاضر به همکاری یا تکمیل پرسشنامه‌ها می‌شدند. در پژوهش‌های آینده می‌توان از ابزارهای دیجیتال یا داده‌های ثانویه برای کاهش بار همکاری والدین استفاده کرد. علاوه بر این، متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سطح تحصیلات والدین و میزان انگیزه آنها در این پژوهش به‌طور کامل کنترل نشدند، که ممکن است بر نتایج تأثیرگذار بوده باشد و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه تحت کنترل قرار گیرند. طول مدت زمان گردآوری داده‌ها یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود. گردآوری داده‌ها در یک بازه زمانی کوتاه انجام شده است، که این موضوع ممکن است نوسانات در شرایط روان‌شناختی یا رفتاری والدین و کودکان را نادیده گرفته باشد که پیشنهاد می‌گردد در بازه زمانی وسیع‌تر این داده‌ها گردآوری شود.

در مجموع نتایج حاصل نشانگر آن بود که با کاهش سبک دلبستگی اضطرابی و افزایش دلبستگی ایمن و رفتارهای معمول خانواده، می‌توان رفتارهای مشکل‌ساز درون‌نمود و برون‌نمود را کاهش داد و همچنین با توجه به نقش دلبستگی ایمن در افزایش رفتارهای معمول خانواده و نقش دلبستگی ناایمن در کاهش آن، یافته‌های این پژوهش لزوم توجه به سبک دلبستگی را مورد تأکید قرار می‌دهد. نتایج این پژوهش می‌تواند به منظور

فعالیت روی روابط بین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی و والدین آنها به کار گرفته شود. یافته‌ها تأکید دارند که رفتارهای معمول خانواده نقش واسطه‌ای مهمی در کاهش رفتارهای مشکل‌ساز دارند. بنابراین پیشنهاد می‌شود خانواده‌ها تحت آموزش‌های مبتنی بر تقویت رفتارهای مثبت خانوادگی قرار گیرند. همچنین سبک دلبستگی ناایمن به عنوان یکی از عوامل مؤثر در افزایش رفتارهای مشکل‌ساز شناسایی شد. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود مداخلاتی برای شناسایی و کاهش سبک‌های دلبستگی ناایمن طراحی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده یکم با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1403.108 است. مجوز علمی این مطالعه توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۶ با شماره نامه ۰۲/۲۱۶/۵۹۲ صادر شد. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران مانند اصل رازداری، محرماندن اطلاعات، دریافت رضایت کتبی از افراد نمونه، و نظایر آن در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در این مطالعه نویسنده یکم به عنوان طراح و ایده‌پرداز اصلی پژوهش و مسئول جمع‌آوری داده‌ها، نویسندگان دوم و سوم به عنوان استادان راهنما، و نویسنده چهارم به عنوان استاد مشاور نقش داشتند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را به دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

در دسترس بودن داده‌ها: تمامی داده‌های این مطالعه در اختیار نویسنده مسئول است و در زمان داوری دست‌نوشته به نشریه تحویل داده شد. همچنین در صورت درخواست منطقی پژوهشگری خاص در اختیار او قرار خواهد گرفت.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مسئولان مراکز خدمات روان‌شناسی منطقه یک شهر تهران، والدین، و دانش‌آموزانی که در این پژوهش شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Hosseinnia M, Mazaheri MA, Heydari Z. Educational intervention of parents and teachers for children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Educ Health Promot.* 2024 Feb 1;13(1):53. [\[Link\]](#)
- Betancourt JA, Alderson RM, Roberts DK, Bullard CC. Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2024 Jan 21:102394. [\[Link\]](#)
- George BB, Dangroo AA, Sahu KK, Arun P. Stress, coping, and resilience among mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Indian Journal of Psychiatric Social Work.* 2024 Jul 11:17-27. [\[Link\]](#)
- Mesfin W, Habtamu K. Challenges and coping mechanisms of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC psychology.* 2024 Jun 17;12(1):354. [\[Link\]](#)
- Ko W, Jeong H. Association between children with attention-deficit hyperactivity disorder and parental mental health: Data from the 2011–2020 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *J Affect Disord.* 2024 Apr 1; 350:544-9. [\[Link\]](#)
- Musazadeh Moghaddam H, Arjmandnia A A, Afrooz G A, Ghobari-Bonab B. Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Program Based on Prospective Memory on the Attention Rate in the Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Child Ment Health* 2021; 7 (4) :248-263. [\[Persian\]](#). [\[Link\]](#)
- Melegari MG, Muratori P, Bruni O, Donolato E, Giallonardo M, Mammarella I. Externalizing and internalizing behaviors in children with ADHD during lockdown for COVID-19: the role of parental emotions, parenting strategies, and breaking lockdown rules. *Children.* 2022 Jun 20;9(6):923. [\[Link\]](#)
- Rostami R, Dehghani Arani F. Comparison of internalizing and externalizing problems in inattentive and combined subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of psychological science.* 2020 Nov 10;19(96):1547-56. [\[Link\]](#)
- Lau TW, Lim CG, Acharyya S, Lim-Ashworth N, Tan YR, Fung SS. Gender differences in externalizing and internalizing problems in Singaporean children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2021 Dec; 15:1-1. [\[Link\]](#)
- Sevincok D, Ozbay HC, Ozbek MM, Tunagur MT, Aksu H. ADHD symptoms in relation to internalizing and externalizing symptoms in children: The mediating role of sluggish cognitive tempo. *Nord J Psychiatry.* 2020 May 1;74(4):265-72. [\[Link\]](#)
- Manna G, Musso P, Kopala-Sibley DC, Cassibba R, Falgares G. The moderating effect of attachment styles on the relationships between maltreatment experiences and internalizing and externalizing problems among adolescents: implications for custody issues. *J Fam Trauma Child Custody Child Dev.* 2020 Apr 2;17(2):161-88. [\[Link\]](#)
- Fuentes-Balderrama J, Turnbull-Plaza B, Ojeda-García A, Parra-Cardona JR, Cruz del Castillo C, Díaz-Loving R, Von Mohr M. Insecure attachment to parents as a contributor to internalizing and externalizing problem behaviors in Mexican preadolescents. *Trends Psychol.* 2023 Mar;31(1):105-22. [\[Link\]](#)
- Mohammadi H, Naderi Nobandegani Z, Asadi S, Sadeghiyeh T. The mediating Role of Reflective Functioning Dimensions in the Relationship Between Parental Insecure Attachment Styles and Parenting Stress in Parents of Child with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals.* 2023 Dec 22;13(52):1-30. [\[Persian\]](#). [\[Link\]](#)
- Coutinho VM, Queiroga BA, Souza RC. Attachment style in children with chronic diseases: a comprehensive review. *Rev Paul Pediatr.* 2020 May 8;38:e2018308. [\[Link\]](#)
- Cavicchioli M, Stefanazzi C, Tobia V, Ogliari A. The role of attachment styles in attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analytic review from the perspective of a transactional development model. *Eur J Dev Psychol.* 2023 May 4;20(3):436-64. [\[Link\]](#)
- Alavi M, Latif AA, Ninggal MT, Mustaffa MS, Amini M. Family functioning and attachment among young adults in western and non-western societies. *The Journal of Psychology.* 2020 Jul 3;154(5):346-66. [\[Link\]](#)
- Sechi C, Vismara L, Brennstuhl MJ, Tarquinio C, Lucarelli L. Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. *Health psychology open.* 2020 Aug;7(2):2055102920947921. [\[Link\]](#)
- Musetti A, Zagaria A, Pezzi M, Fante C, Dioni B, Raffin C, Manari T, Lenzo V, Picione RD. Parental quality of life, child adjustment and adult attachment in parents of children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Res Dev Disabil.* 2024 Mar 1; 146:104684. [\[Link\]](#)
- Ringer N, Wilder J, Scheja M, Gustavsson A. Managing children with challenging behaviours. Parents' meaning-making processes in relation to their children's ADHD diagnosis. *Intl J Disabil Dev Educ.* 2020 Jul 3;67(4):376-92. [\[Link\]](#)
- Lussier-Desrochers D, Massé L, Simonato I, Lachapelle Y, Godin-Tremblay V, Lemieux A. Evaluation of the Effect of a Serious Game on the Performance of Daily Routines by Autistic and ADHD Children. *Adv Neurodev Disord.* 2023 Dec;7(4):566-78. [\[Link\]](#)
- Peasgood T, Bhardwaj A, Brazier JE, Biggs K, Coghill D, Daley D, Cooper CL, De Silva C, Harpin V, Hodgkins P, Nadkarni A. What is the health and well-being burden for parents living with a child with ADHD in the United Kingdom?. *J Atten Disord.* 2021 Dec;25(14):1962-76. [\[Link\]](#)
- Bater LR, Jordan SS. Child routines and self-regulation serially mediate parenting practices and externalizing problems in preschool children. *In Child & Youth Care*

- Forum 2017 Apr (Vol. 46, pp. 243-259). Springer US. [\[Link\]](#)
23. Larsen KL, Jordan SS. Organized chaos: Daily routines link household chaos and child behavior problems. *J Child Fam Stud*. 2020 Apr; 29:1094-107. [\[Link\]](#)
24. Hosokawa R, Tomozawa R, Katsura T. Associations between family routines, family relationships, and children's behavior. *J Child Fam Stud*. 2023 Dec;32(12):3988-98. [\[Link\]](#)
25. Cohen J. Statistical power analysis for behavioral sciences. Academic press; 2013 Sep 3. [\[Link\]](#)
26. Collins NL. Revised adult attachment scale. *Behavior therapy*. 1996. [\[Link\]](#)
27. Teixeira RC, Ferreira JH, Howat-Rodrigues AB. Collins and Read revised adult attachment scale (RAAS) validity evidences. *Psico*. 2019 Aug 1;50(2):e29567-. [\[Link\]](#)
28. Izadi M, Rezaee A M, Zahiredin A, Mohsenzadeh Y. The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Attachment and Marital Satisfaction with Applicants for Separation. *aumj* 2018; 7 (3-supple) :61-72 [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Achenbach TM, Edelbrock C. Child behavior checklist. Burlington (vt). 1991; 7:371-92. [\[Link\]](#)
30. Minaee A. Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *JOEC* 2006; 6 (1) :529-558. [\[Link\]](#)
31. Aghasi RM, Boubi M, Fard FD. Predicting children's internalized behavioral problems based on family function mediated by attachment style. *Journal of Psychological Science*. 2020 Jan 1;18(84):2311-8. [Persian]. [\[Link\]](#)
32. McCubbin HI, McCubbin M, Thompson AI. Family time and routines index. *Family assessment inventories for research and practice*. 1987:133-41. [\[Link\]](#)
33. Jamshidian E, Mirzaei H, Hosseini SA, Hosseinzadeh S, Farzad M. Validity and Reliability of Family Time and Routines Index in the Families of Children with Autism. *Archives of Rehabilitation*. 2019 Jul 10;20(2):158-73. [Persian]. [\[Link\]](#)