



## مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و رابطه مادر-کودک در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران  
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران  
استادیار مدعو گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران  
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

محبوبه بنانی <sup>id</sup>  
ناصر امینی\* <sup>id</sup>  
محمود برجلی <sup>id</sup>  
مولود کیخسروانی <sup>id</sup>

n.amini@iaubushehr.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۴

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۰

### فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ پیاپی ۷ | ۳۳۷-۳۶۰

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و رابطه مادر-کودک در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. روش پژوهش: مطالعه حاضر به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری مادران کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ۸ تا ۱۲ ساله پسر شهر تهران بودند که پس از غربالگری با مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس رابطه مادر-کودک پیاندا (۲۰۱۱) به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس، ۴۵ مادر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. گروه آزمایشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل کوین و مورل (۲۰۰۹) و گروه آزمایشی روان‌شناسی مثبت‌گرا بر اساس پروتکل سلینگمن (۲۰۰۵) به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. یافته‌ها: بین اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری ( $P=0/029$ ,  $F=5/38$ ) و رابطه مادر-کودک ( $P=0/009$ ,  $F=7/95$ ) و آموزش فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری ( $P=0/027$ ,  $F=5/59$ ) و رابطه مادر-کودک ( $P=0/021$ ,  $F=6/07$ ) مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود ( $P < 0/05$ ). نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش هر دو رویکرد بر تاب‌آوری و رابطه مادر-کودک در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثرند؛ بنابراین به مشاوران و درمانگران توصیه می‌شود از یافته‌های مطالعه حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی جهت کمک به افزایش تاب‌آوری و ارتقا کیفیت رابطه مادر-کودک در مادران کودکان دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تنظیم هیجان، فرزندپروری، پذیرش و تعهد، روان‌شناسی مثبت‌گرا

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

### درون متن:

(بنانی، امینی، برجلی و کیخسروانی، ۱۴۰۰)

### در فهرست منابع:

بنانی، محبوبه، امینی، ناصر، برجلی، محمود، و کیخسروانی، مولود. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و رابطه مادر-کودک در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳۳۷-۳۶۰. (۳۳)

## مقدمه

در سال‌های اخیر مشکلات رفتاری، هیجانی و روان‌شناختی کودکان مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است (خوشایبی و پوراعتماد، ۱۳۷۹). وجود فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> در خانواده می‌تواند منجر به احساس ناتوانی در ایفای نقش والدینی و احساس عدم کفایت و چالش‌های بیشتر در امر تربیت فرزند شود. این اختلال از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی- تحولی<sup>۲</sup> دوره کودکی است و در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۳</sup> شیوع آن در کودکی ۵ درصد برآورد شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). در ایران نیز بین ۳ تا ۵ درصد جمعیت کلی کودکان شرایط مربوط به تشخیص انواعی از اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی را احراز می‌کنند (خوشایبی و پوراعتماد، ۱۳۷۹). تاب آوری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی کمتر از مادران کودکان بیش‌فعال-نقص توجه است و مادران کودکان کم‌توان ذهنی تاب آوری کمتری نسبت به مادران کودکان بیش‌فعال-نقص توجه دارند و نسبت به مادران کودکان بیش‌فعال-نقص توجه مشکلات بیشتری روبرو هستند (جهان‌پناه و غلامی، ۱۳۹۰). تاب آوری<sup>۵</sup>، به معنی قدرت و توانایی سازگاری با سختی‌ها و انطباق یافتن با چالش‌هاست افراد تاب آور نکات مثبت و قوی زیادی مانند خوش‌بینی، دانش شخصی، رساندن منظور شخصی و توانایی افزایش روابط و مراقبت از خود و دیگران را دارا هستند (عرب زاده، ۱۳۹۰). با به حرکت در آوردن این توانایی‌ها، شخص می‌تواند با موانع زندگی روبرو شود و از این موانع، با تاب آوری و قدرت بیشتری خارج شود تاب آوری در واقع نیرویی تجدیدپذیر است که به حفظ یا تجدید هماهنگی پایدار خانواده کمک می‌کند، والدین و به خصوص مادران کودکان دارای اختلال با مشکلات متعدد و شرایط دشواری روبرو هستند و تاب آوری آن‌ها در معرض خطر است (الهورانی، حاسان و بتینه، ۲۰۱۳).

تعامل مادر و فرزند، یکی از زمینه‌هایی است که در اثر مشکلات رفتاری کودک مبتلا به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، دچار اختلال می‌گردد (یوسفی، ۲۰۰۹). تعامل مادر-کودک به ماهیت تعاملات بین فردی مادر و فرزند اطلاق شده و مؤلفه‌هایی همچون میزان پاسخ‌گو بودن و حساسیت مادر به نیازهای کودک، مقدار تماس فیزیکی، سطح اعتماد، همسانی و پیش‌بینی‌پذیری اعمال مادر و متناسب بودن محدودیت‌های اعمال شده را در بر می‌گیرد (لارزلی، گونو، رابرتز و فرگوسن، ۲۰۱۶). مطالعات نشان داده‌اند که وجود اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، به دلیل بروز مشکلات روان‌شناختی بیشتر در والدین، عملکرد خانواده را با اختلال مواجه می‌کند. والدین این کودکان معمولاً برای کنترل کودک خود به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت علائم اختلال در فرزند را بدتر نموده و اعمال کنترل شدید بر کودک، وضعیتی را موجب می‌شود که پیامد آن تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن علائم اختلال همچون بیش‌فعالی و تکانش‌گری و مشکلات رفتاری برون‌ریزانه در این کودکان است (امبواینوس، افووه و ایبادین، ۲۰۱۱). بررسی‌ها نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک به عنوان محرک تنش‌زا عمل نموده و به نوبه خود بر رفتار والدین کودک (به ویژه مادر) تأثیرگذار است؛ مشکلات ارتباطی کودک مبتلا به اختلال و مادر وی شدیداً مختل بوده و رابطه مادر فرزند

1. Attention Deficit /Hyperactivity Disorder
2. Neurodegenerative disorder
3. The fifth statistical diagnostic of mental disorder
4. American Psychological Association
5. Resilience

در این خانواده‌ها در چرخه منفی همراه با کنترل و توأم با تعارضات و تعاملات ناکارآمد خواهد بود (ذوقی پایدار، قاسمی، بیات و صنایعی کمال، ۱۳۹۴)؛ از سوی دیگر، مادر به عنوان مراقب اصلی کودک معمولاً استرس روان‌شناختی فراوانی را تجربه کرده که این به نوبه خود موجب آسیب دیدن فرایندهای روانی در وی می‌گردد (کرستیک، میهیک و میهیک، ۲۰۱۵). تعامل والد-کودک یک پدیده پیچیده و چند بعدی است و در اثر تعامل کلیدی عوامل متعددی از قبیل نگرش و میزان پذیرش والدین و نحوه مدیریت و کنترل رفتار، حس شایستگی اجتماعی و خویشنداری، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتماد به نفس و خوش فکری والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی با حداقل تعارض، کیفیت رابطه والد-کودک و مراقب عاطفی مادر، شکل می‌گیرد؛ از این رو، بهبود رابطه والد-کودک یک روش مبتنی بر شواهد کاهش رفتار مخرب کودک و بهبود مدیریت رفتاری والدین است که با تغییر نگرش مادر نسبت به فرزندپروری به‌عنوان مهم‌ترین فرد زندگی کودک، می‌توان چرخه معیوب فرزندپروری را اصلاح کرد و در واقع تغییر نگرش مادر نسبت به فرزندپروری سبب کاهش اختلالات کودکان و از میان برداشتن عامل اضطراب و ناخشنودی در مادران شود (متین، اخوان غلامی و احمدی، ۱۳۹۷).

در خصوص فرزندپروری<sup>۱</sup> رویکردهای متفاوتی وجود دارد که یکی از این رویکردها آموزش فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> است. این درمان در دهه ۱۹۸۰ توسط هیز در دانشگاه نوادا مطرح شد و شش فرایند مرکزی شامل پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه دارد (هیز، ۲۰۰۴). از منظر این رویکرد، یکی از عوامل اصلی در اختلالات هیجانی نحوه ارتباط فرد با افکار، هیجانات و رفتارهایش است و هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی<sup>۳</sup>، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد است و نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام گرفته و یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فرمن و هربت، ۲۰۰۸). ادبیات پژوهشی حاکی از تأثیرگذاری فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جنبه‌های مختلف شناختی و سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال رفتاری است؛ از جمله افزایش تاب‌آوری در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی (مصباح، حجت خواه گل محمدیان، ۱۳۹۷)، بهبود سبک تعامل پذیرش، تعدیل سبک تعامل بیش حمایت‌گری، سبک تعامل سهل‌گیری و سبک تعامل طرد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (فراقی دستجرد، شریفی درآمدی، ۱۳۹۸) بهبود رابطه والد-کودک و خودکارآمدی در مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (امینی ناغانی، نجارپوریان و سماوی، ۱۳۹۹)، بهبود مؤلفه‌های تاب‌آوری (تامپسون، ارکنوف و گلس، ۲۰۱۱)، افزایش تاب‌آوری (کوهولیک، ۲۰۱۱).

مداخله دیگر جهت آموزش والدین کودکان با مشکلات رفتاری، آموزش فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا<sup>۴</sup> است. رویکرد مثبت‌گرا که توسط سلیگمن در سال ۲۰۰۰ مطرح شد، با پرداختن به استعدادها و توانمندی‌های انسان به جای نابهنجاری‌ها، در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). این رویکرد هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و

1. Parenting
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. Mental flexibility
4. Positive psychology

شادکامی انسان را به دنبال دارند و بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش‌بینی متمرکز شده است؛ در این روش از فنون متفاوتی از جمله قدردانی و یادآوری نعمت‌ها با هدف افزایش شناخت، هیجان‌ها و رفتارهای مثبت، ارتقای سطح اعتماد، صمیمیت، شادی، همدلی، تفاهم و موارد مشابه استفاده می‌شود (رشید، ۲۰۱۵)، پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی آموزش مثبت‌نگر بر امید و تاب‌آوری مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی (رضازاده مقدم، خدابخشی کولایی، حمیدی پور، ثناگو، ۱۳۹۷)، کاهش تنیدگی والدینی و همچنین بهبود شیوه‌های فرزندپروری والدین (جباری، شهیدی و موتابی، ۱۳۹۳)، پیشرفت در مهارت‌های فرزندپروری، بهبود رفتاری کودک و ارتقاء رابطه والدکودک (حسن زاده و مساح بوانی، ۱۴۰۰) بود.

با توجه به مطالب بیان شده رویکردهای درمانی موج سوم همچون آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بیشتر به مشکلات و مدیریت هیجان‌ها مثبت و منفی و شناخت ادراکی توجه می‌نمایند و با پرداختن به هیجان‌ها و احساسات و باورهای مثبت به صورت موفق عمل نموده‌اند. بر این اساس مداخلات جدیدتر فرزندپروری همچون آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و والدگری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا به مادران کودکان دارای اختلال نیز بایستی مورد توجه بیشتر قرار گیرند و در این میان اتخاذ اثربخش‌ترین رویکرد درمانی در حوزه آموزش فرزندپروری، بسیار حائز اهمیت است، چراکه می‌توان، با به‌کارگیری آموزش‌های فرزندپروری اثربخش‌تر به والدین و به ویژه مادران خلأها و موانع تجربه شده رویکردهای درمانی موج اول و دوم (رویکردهای رفتاری، شناختی رفتاری و رفتاری کلاسیک) را رفع نمود. از طرفی پژوهش‌های اندکی به مقایسه این دو رویکرد درمانی به صورت هم‌زمان و تأثیر آن بر مؤلفه تاب‌آوری و رابطه مادر-کودک پرداخته‌اند، از این رو، انجام پژوهش‌های بیشتر در این خصوص و ارزیابی و مقایسه رویکردهای موجود از نظر میزان اثربخشی، به جهت معرفی و به‌کارگیری مؤثرترین درمان در حوزه مداخلات فرزندپروری از سوی درمانگران و ارزیابی نقش مؤلفه‌هایی چون تاب‌آوری و رابطه مادر-کودک و تأثیر آن در محیط خانواده، علی‌الخصوص مادران، از اهمیت و جایگاه ویژه‌ای برخوردار است که ضرورت انجام این تحقیق را نمایان می‌سازد. بر این اساس هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخگویی به سؤالات زیر است:

۱. آیا آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و رابطه ماد-کودک در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
۲. آیا آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و رابطه ماد-کودک در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و رابطه ماد-کودک در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد؟

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری کلیه مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ۸ تا ۱۲ ساله پسر در مناطق ۵، ۲ و ۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند و با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۰۰ مادر واجد شرایط که فرزندانشان پس از انجام مصاحبه بالینی تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را گرفته بودند، داوطلب وارد مطالعه شدند؛ بنابراین پس از انجام پیش‌آزمون از میان جامعه آماری، تعداد ۴۵ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش داشتند به‌عنوان حجم نمونه نهایی تعیین و در دو گروه آزمایش آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و آموزش فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از برخورداری از سواد کافی جهت آموزش و تکمیل پرسش‌نامه، کسب نمره پایین‌تر از حد نقطه برش در پیش‌آزمون توسط مادران، ارائه تعهدنامه کتبی جهت شرکت منظم در دوره و متعهد بودن در انجام تمرین‌های خانگی، ارائه برگه تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از سوی روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی برای کودکان، عدم وجود اختلالات روان‌شناختی شدید (اضطراب، افسردگی، وسواس فکری عملی) مادر و ملاک‌های خروج عبارت از عدم متعهد بودن در انجام تمرین‌های خانگی و عدم رضایت برای ادامه همکاری بودند ابزارها و برنامه‌های درمانی زیر در این پژوهش به کار رفت.

## ابزارهای پژوهش

۱. **مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون.** این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال (۲۰۰۳) ساخته شد. پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالا بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. در ایران نیز ضریب پایایی این مقیاس توسط محمدی، جزائری، رفیعی، جوکار و پور شهناز (۱۳۸۴)، ۰/۸۹ گزارش گردیده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مذکور در نمونه پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. **مقیاس رابطه مادر-کودک پیاننا.** این مقیاس توسط پیاننا برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودکشان را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط طهماسیان و خرم آبادی (۱۳۸۸)، ترجمه و روایی محتوی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد (ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی، ۱۳۸۸). این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، صمیمیت (ماده ۱۰) و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) است (عابدی شاپورآبادی، ۱۳۹۱). مقیاس رابطه مادر-کودک یک پرسشنامه خود گزارش دهی است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت نمره ۵ برای قطعاً صدق می‌کند و نمره ۱ برای قطعاً صدق نمی‌کند. پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ توسط ابارشی و همکاران (۱۳۸۸) به دست آمد. پایایی حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱، ۰/۸۶، گزارش شده است. در اسکول و پیاننا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت

کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹، ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مذکور در نمونه پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

۳. برنامه آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد. در این پژوهش محتوای جلسات درمانی بر اساس محتوای کتاب «لذت فرزندپروری» نوشته کوپون و مورل (۲۰۰۹) تدوین شد. روایی محتوای این برنامه مداخله که در پژوهش آمینی ناغانی و همکاران (۱۳۹۹) به تأیید رسیده است، توسط پژوهشگر طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مراحل اجرای جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف خانگی
اول	ایجاد انگیزه برای درمان	مروری بر ساختار جلسات، بیان مقررات مربوط به گروه‌درمانی، آشنایی اعضا با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	نوشتن اهداف
دوم	ایجاد درماندگی خلاق	مرور تکلیف جلسه قبل، درک اضطراب دیدگاه ACT، استعاره گودال، فهم سیستم ناکارآمد گذشته	ثبت تجربه‌های روزانه
سوم	ایجاد پذیرش	مرور تکلیف جلسه قبل، درک اینکه اضطراب به دلیل پاسخ‌های محدود به شیوه کنترل است/ گفتگو در مورد اضطراب‌ها، ایجاد فعال‌سازی رفتاری، تمرین فرونشانی، استعاره دروغ‌سنج، دونات زله‌ای، جنگ با هیولا	یادداشت روزانه تمایل ایجاد هدف رفتاری برای تمایل ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک
چهارم	گسلش از افکار و احساسات	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش گسلش تغییر کلامی در جهت افزایش تمایل استعاره شیر، شیر و شیر، مسافران اتوبوس	تمرین ذهن آگاهی
پنجم	تمایز خود مفهوم‌سازی شده از خود مشاهده‌گر	مرور تکلیف جلسه قبل، توضیح انواع خود در نظر گرفتن خود مشاهده‌گر به‌عنوان چشم-اندازی برای گسلش و ذهن آگاهی، تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده‌گر	تمرین عینیت بخشیدن
ششم	درک اهمیت ارزش‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل، نحوه شناسایی ارزش‌ها، ایجاد تمایل برای فعال‌سازی رفتاری، ارزش به‌عنوان رفتار نه احساسات، انتخاب ارزش‌ها، استعاره سنگ‌قبر جلوگیری از افتادن در دام تله-های کلامی، جایگزینی " و " به‌جای اما و چون استعاره مهمان ناخواسته، ماهیت همه‌یاهیچ	مسیر مبتنی بر ارزش‌ها اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین شده و فعال‌سازی رفتاری در راستای اهداف و ارزش‌ها
هفتم	شناسایی ناهماهنگی بارزش‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل درک ارزش‌ها به‌عنوان منشأ تعهد و عملی کردن مفهوم تمایل در خدمت فعال‌سازی رفتاری، استعاره اسکی‌بازی	فعالیت در راستای ارزش‌ها

هشتم	تمرکز بر ارزش‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل، بررسی عملکرد افراد در راستای ارزش‌ها، موانع موجود اهداف و تمایل در پذیرش آن‌ها	بررسی عمل بر اساس ارزش‌ها
نهم	افزایش تمایل	مرور تکلیف جلسه قبل، کشف ارتباط بین اهداف، فعالیت‌ها و افزایش تمایل و پذیرش در راستای دستیابی به اهداف نقش انتخاب در عمل متعهدانه، استعاره باغبانی، حباب در جاده	شناسایی یک عمل ارزشی برای تکلیف در طول هفته
دهم	تبدیل شدن به درمانگر خود	مرور تکلیف جلسه قبلی و مهارت‌های آموخته‌شده، انعکاس پیشرفت حاصل شده در گروه، پرداختن به نگرانی اعضا در مورد خاتمه درمان، استعاره دو کوه	مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی موانع، عمل متعهدانه بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد

۴. آموزش فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا. در این پژوهش آموزش فرزندپروری مثبت‌گرا بر اساس پکیج درمانی فرزندپروری روان‌شناسی مثبت‌گرای سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) انتخاب شد. روایی محتوای این برنامه مداخله که در پژوهش حسین‌آبادی و همکاران (۲۰۱۷) به تأیید رسیده است و توسط پژوهشگر طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه اجرا شد.

#### جدول ۲. محتوای آموزشی فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا

جلسه	موضوع	اهداف و خلاصه جلسات
اول	معارف، مقدمه، آشنایی با مفهوم مثبت‌نگری، انجام ارزیابی اولیه	آشنایی با اعضا، توضیح پیرامون جلسات در مورد خودپنداره، توضیح در مورد مثبت‌نگری، شناسایی نقاط قوت و آگاهی از توانایی‌ها و استعدادها، خویشن، ارائه تکالیف
دوم	آموزش مهارت‌های شادکامی و پیرامون اجتماعی بودن	مرور تکالیف، بحث در مورد مفهوم و دایره شادکامی، مرور فنون شادکامی و کاربرد آن در مهارت‌های مربوط به افزایش شادکامی تا جلسه بعد. تمرین و توسعه روابط اجتماعی.
سوم	معرفی مدل فرآیند بخشودگی	مرور تمرین و تکلیف‌های جلسات قبل، بحث و گفتگو در مورد بخشش، فرایند آن و تمرین نوشتن نامه بخشش، دستورالعمل برای نوشتن نامه بخشش برای جلسه بعد.
چهارم	معرفی مفهوم قردانی	مرور تکلیف جلسات قبل، تبیین مفهوم قردانی، فواید و روش‌های ابراز قردانی و سپاس‌گزاری، دادن تکلیف از جمله نوشتن نامه سپاس.
پنجم	تبیین خوش‌بینی (منبع کنترل افراد)	مرور تمرین و تکالیف جلسات قبل، بحث پیرامون مفهوم و فواید خوش‌بینی، بحث پیرامون معنی و مفهوم منبع کنترل،

ششم	معرفی مفهوم امید و امید افزایی	مرور تکالیف، بحث در مورد مفهوم امید و اهمیت آن، دادن تکلیف به اعضا برای تعیین کردن اهداف، کمک به اعضا جهت شناسایی موانع رسیدن به اهداف
هفتم	عزت‌نفس و احساس ارزشمندی، احساس کارآمدی	مرور تمرین‌های جلسه قبل، تبیین مفهوم و فواید عزت‌نفس و خود کارآمدی، تعیین راهبردهایی برای ارتقای عزت‌نفس و خودکارآمدی و راهبردهای کنار آمدن مثبت توجه به نقاط قوت افراد و پرورش توانمندی‌ها.
هشتم	معنادار بودن زندگی و توکل به خدا و برشمردن نعمت‌های زندگی	مرور راهبردهای افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی و نمونه رفتار خودکارآمد در افراد در زمان تحصیل، تبیین مفهوم و فواید معنادار بودن، نقش اهداف در معنادار بودن زندگی،
نهم	جمع‌بندی جلسات	یکپارچه‌سازی مطالب و مرور کلی مفاهیم و ذکر مثال در هر مورد، پرسش و پاسخ
دهم	مروری بر مباحث جلسات قبلی	پرسش و پاسخ، جمع‌بندی نهایی و اجرای پس‌آزمون.

**شیوه اجرا.** ابتدا لیست مراکز مشاوره مناطق ۲، ۵ و ۶ از سایت سازمان نظام روانشناسی و مشاوره تهیه شد سپس ضمن تماس با مراکز و صحبت تلفنی با مسئول فنی مراکز ضمن توضیح اهداف پژوهش از آن‌ها درخواست همکاری شد سپس با همکاری مراکز ۱۰۰ نفر از مادرانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند انتخاب شدند و در نهایت ۴۵ نفر در پژوهش شرکت کردند. دوره آموزشی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یکبار، به مدت ۳ ماه، همزمان برای دو گروه آزمایشی انجام گردید و یک هفته پس از اتمام دوره آموزشی، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه گواه به عمل آمد. همچنین به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، پس از انجام مداخلات آموزشی گروه آزمایش، طی یک دوره آموزشی محتوی مداخلات آموزشی به گروه گواه نیز آموزش داده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، از روش آمار استنباطی، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه بیست و دوم انجام شد و سطح معناداری همه آزمون‌ها ۰/۰۵۰ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

یافته‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناسی که با استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) تجزیه و تحلیل شدند نشان داد که در هر سه گروه بیشتر افراد خانه‌دار بودند. از نظر میانگین سنی، در گروه پذیرش و تعهد میانگین سنی  $36/80 \pm 3/569$  در گروه مداخله روانشناسی مثبت‌گرا برابر  $36/20 \pm 4/988$  و در گروه گواه برابر  $35/866 \pm 5/083$  سال بود و نتیجه مقایسه میانگین‌ها نشان داد، بین گروه‌ها به لحاظ سنی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p < 0/001$ ).



جدول ۳. شاخص‌های توصیفی تاب آوری و رابطه مادر-کودک برای گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش و تعهد		۵۵/۰۰	۱۲/۶۳	۷۵/۰۰	۱۲/۵۱	۷۴/۷۴	۱۲/۱۳
تاب آوری	روانشناسی مثبت‌گرا	۵۴/۴۰	۱۳/۷۰	۶۲/۱۳	۱۴/۲۹	۶۲/۸۰	۱۴/۳۶
	گواه	۵۶/۸۰	۲۷/۸۲	۵۵/۲۷	۲۴/۷۹	۵۵/۳۸	۲۴/۸۲
پذیرش و تعهد		۹۱/۶۷	۱۳/۷۹	۱۰۶/۷۳	۱۰/۷۱	۱۰۴/۴۴	۱۰/۱۰
رابطه مادر-	روانشناسی مثبت‌گرا	۹۰/۲۷	۲۰/۹۲	۹۷/۲۰	۲۰/۱۹	۹۷/۶۱	۲۰/۲۸
کودک	گواه	۸۹/۴۷	۲۱/۲۰	۸۸/۴۷	۱۳/۳۹	۸۸/۵۹	۱۳/۴۳

اطلاعات جدول ۳ حاکی از بهبود نمره تاب آوری و رابطه مادر-کودک در مرحله پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روانشناسی مثبت‌گرا نسبت به گروه گواه است.

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
تاب آوری	پذیرش و تعهد	۰/۱۸	۰/۱۰	۱/۷۱	۰/۲۴	۵/۶۴	۰/۹۰
	روانشناسی مثبت‌گرا	۰/۲۱	۰/۱۱				
	گواه	۰/۲۰	۰/۱۰				
رابطه مادر-کودک	پذیرش و تعهد	۰/۱۹	۰/۲۰	۱/۸۶	۰/۲۱	۷/۱۰	۰/۹۴
	روانشناسی مثبت‌گرا	۰/۱۷	۰/۲۰				
	گواه	۰/۱۴	۰/۲۰				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (تاب آوری و رابطه والد-کودک) است. همچنین آماره  $W$  موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح  $0/05$  معنی‌دار نیست؛ از این رو یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته معنی‌داری نبوده و مفروضه کرویت برقرار است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

## جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
تاب آوری	پذیرش و تعهد	مراحل مداخله	۳۳۴/۶۴	۲	۱۶۷/۳۲	۲/۴۷	۰/۰۹	۰/۰۹
	مراحل × گروه	مراحل مداخله	۱۱۶/۹۵	۲	۵۸/۴۷	۰/۸۶	۰/۴۲	۰/۰۳
	بین گروهی	بین گروهی	۴۸۳/۰۷	۱	۴۸۳/۰۷	۵/۳۸	۰/۰۲۹	۰/۱۸
رابطه مادر-کودک	روانشناسی مثبت‌گرا	مراحل مداخله	۵۹۴/۶۳	۲	۲۹۷/۳۱	۴/۵۵	۰/۱۶	۰/۰۱۶
	مراحل × گروه	مراحل مداخله	۲۹۹/۶۴	۲	۱۴۹/۸۲	۲/۲۹	۰/۱۱	۰/۰۹
	بین گروهی	بین گروهی	۴۶۴/۸۰	۱	۴۶۴/۸۰	۵/۵۹	۰/۰۲۷	۰/۱۹
رابطه مادر-کودک	پذیرش و تعهد	مراحل مداخله	۶۱۲/۰۹	۲	۳۰۶/۰۴	۳/۶۸	۰/۰۳	۰/۱۲
	مراحل × گروه	مراحل مداخله	۲۸۸/۰۹	۲	۱۴۴/۰۴	۱/۷۳	۰/۱۸	۰/۰۶
	بین گروهی	بین گروهی	۱۰۳۶/۰۱	۱	۱۰۳۶/۰۱	۷/۹۵	۰/۰۰۹	۰/۲۳
کودک	روانشناسی مثبت‌گرا	مراحل مداخله	۱۱۲۹/۶۲	۲	۵۶۴/۸۱	۱۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	مراحل × گروه	مراحل مداخله	۱۰۹۷/۵۳	۲	۵۴۸/۷۶	۱۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	بین گروهی	بین گروهی	۱۵۰۶/۱۰	۱	۵۶۰۶/۱۰	۶/۰۷	۰/۰۲۱	۰/۱۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مداخله بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره تاب آوری ( $F=۵/۳۸$ )، رابطه مادر-کودک ( $P=۰/۰۲۹$ ) با اندازه اثر ۰/۱۸ و رابطه مادر-کودک ( $P=۰/۰۰۹$ ,  $F=۷/۹۵$ ) با اندازه اثر ۰/۲۳ و مداخله روانشناسی مثبت‌گرا بر نمره تاب آوری ( $P=۰/۰۲۷$ ,  $F=۵/۵۹$ ) با اندازه اثر ۰/۱۹ و رابطه مادر-کودک ( $P=۰/۰۲۱$ ,  $F=۶/۰۷$ ) با اندازه اثر ۰/۱۹ مؤثر بوده است.

## جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دوی گروه‌های آزمایش و گواه

مرحله گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
تاب آوری	پذیرش و تعهد	۴/۵۵**	۱/۴۰	۰/۰۰۱
	روانشناسی مثبت‌گرا	۵/۱۰**	۱/۴۰	۰/۰۰۱
رابطه مادر-کودک	پذیرش و تعهد	۱/۲۰	۱/۴۰	۰/۳۱
	روانشناسی مثبت‌گرا	۶/۲۰**	۱/۷۸	۰/۰۰۱
کودک	پذیرش و تعهد	۷/۴۱**	۱/۷۸	۰/۰۰۱
	روانشناسی مثبت‌گرا	۱/۱۱	۱/۷۸	۰/۲۸

در جدول ۶ مقایسه اثر دو رویکرد مداخله بر متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان روانشناسی مثبت‌گرا در متغیرهای تاب آوری و رابطه مادر-کودک معنادار نیست ( $P=۰/۰۵$ )؛ بنابراین در تأثیر مداخله گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان روانشناسی

مثبت‌گرا در بهبود تاب‌آوری و رابطه مادر-کودک تفاوتی وجود ندارد و هر دو رویکرد به یک میزان اثربخش هستند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش فرزند‌پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش فرزند‌پروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری و رابطه مادر-کودک در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین اثربخشی آموزش فرزند‌پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش فرزند‌پروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تفاوت معناداری وجود نداشت. البته اثربخشی هر دوی این مداخلات نشان می‌دهد که هر دو برنامه آموزشی قابلیت‌هایی دارند که با ارائه دانش و مهارت‌هایی به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اثرات قابل توجهی بر آنان خواهند گذاشت. پژوهشی که بتوان نتایج مطالعه حاضر را در این زمینه با یافته‌های آن‌ها مقایسه نمود در دسترس نبود و به نظر می‌رسد که در این حیطه خاص، پژوهش مقایسه‌ای بین اثربخشی آموزش فرزند‌پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزند‌پروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی صورت نگرفته است؛ اما با توجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهش، مطالعاتی در زمینه اثربخشی هر دو رویکرد بر تاب‌آوری مادران کودکان دارای اختلال انجام گردیده و مؤثر بودن هر دو رویکرد در این زمینه مورد تأکید واقع شده است. برای مثال می‌توان به پژوهش‌های (مصطفایی، ۱۳۹۲؛ مصباح، حجت‌خواه و گل محمدیان (۱۳۹۷-ب)؛ تامپسون، آرکنوف و گلس، ۲۰۱۱؛ کوهلیگ، ۲۰۱۱ و گله‌گیریان، پولادی ریشه‌ری، کیخسروان، ۱۳۹۸)، اشاره نمود که نتایج حاصل از این مطالعات نشان از اثربخشی هر دو رویکرد آموزش فرزند‌پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و فرزند‌پروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری در مادران کودکان دارای اختلال دارد؛ بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده ترجیح دادن یک برنامه آموزشی بر دیگری در زمینه افزایش میزان تاب‌آوری در مادران کودکان دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن نیست؛ در عین حال نمی‌توان از ارزش‌های هر دو رویکرد کاست. با این همه آنچه امروزه شاهد آن هستیم این است که به دلیل نقاط قوت و ضعف این برنامه‌ها، به تازگی پژوهشگران سعی در تلفیق این دو برنامه آموزشی دارند. در واقع فرض اصلی رویکرد این است که سازه‌های روان‌شناسی مثبت همچون خودبخشایش‌گری و تجربه هیجانات مثبت را که عاملی تأثیرگذار در روابط درون فردی و بین فردی است به افراد آموزش می‌دهد (بری، ورتینگتون، اوکونور، پارون و وید، ۲۰۰۵). با بهره‌گیری از این مداخله، روابط ناپایدار بین فردی میان والدین و فرزند دارای اختلال کاهش یافته و اثرات فراوان و ماندگاری در طول زمان بر الگوی رفتار آن‌ها و کاهش مشکلات رفتاری فرزندان خواهد گذاشت.

خودبخشایش‌گری که در برنامه فرزند‌پروری مثبت به والدین آموزش داده می‌شود موجب می‌گردد تا مادر بر خشم و کینه خود نسبت به خطاکار که همان کودک خود است، غلبه پیدا کند (پالوتزیان و کالابجیان، ۲۰۱۰). از طرف دیگر جنبه‌های بین فردی این سازه سبب می‌شود تا افراد از طریق بخشش، مسائل خود را با دیگران حل کرده و به بهبود روابط خود با دیگران کمک کنند و زندگی موفق‌تری را تجربه نمایند (مورای، ۲۰۰۲). در واقع مادر به‌طور ارادی از حق عصبانیت و انزجار از عمل ارتكابی پرگزند کودک چشم‌پوشی

می‌کند و رفتاری گرم و محبت‌آمیز با فرد خاطی در پیش می‌گیرد. در این مداخله مادر می‌آموزد که نگره‌داشتن کینه و دلخوری از یک رویداد روش مناسبی برای رهایی از وضعیت خشم و سرخوردگی نیست و این خود موجب کاهش دلخوری از رفتارهای نامناسب کودک شده و به این وسیله، زمینه جهت بهبود رابطه مادر با فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی فراهم می‌گردد (ناعمی و فائقی، ۱۳۹۷). همچنین این برنامه به تغییر شناخت‌های غیرواقعی والدین بخصوص اسناد و انتظارات نادرست آن‌ها در مورد رفتار کودکان و نوجوانان می‌پردازد و به والدین می‌آموزد تا به نوع دیگری به اعمال فرزند خود بنگرند و آن‌ها را تفسیر نمایند (حسینی، ۱۳۹۸). البته بایستی متذکر شد که این نتیجه نشان‌دهنده کاهش ارزش برنامه فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد نبوده و در موارد بسیاری نیز می‌توان از فنون این مداخله در بهبود روابط بین والد و کودک بهره برد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش می‌توان به تأثیر معنادار آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش میزان تاب‌آوری در مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اشاره نمود. همان‌گونه که نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله نشان می‌دهند، این آموزش میزان تاب‌آوری در مادران را به‌طور معناداری افزایش داده است و در مرحله پیگیری نیز پایداری اثر گزارش شد. یافته‌های پژوهشی که مصباح، حجت خواه و گل محمدیان (۱۳۹۷-ب) در این زمینه انجام دادند نیز نتایجی همسو با پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار داده است. طبق این مطالعه نیز پس از مداخله آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، بین دو گروه آزمایش و گواه در تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود داشت که نشان از سودمندی این مداخله بر تاب‌آوری مادران بود. همچنین نتایج پژوهش حاضر با مطالعه سعیدی فرد، نظری و محسن زاده (۲۰۱۶) نیز همسو بوده و افزایش میزان تاب‌آوری در مادران دارای کودکان دچار اختلال پس از آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش معناداری نشان داده است. در پژوهش قربانی امیر و همکاران (۲۰۱۹) نیز نتایجی مشابه حاصل شد و بر اساس یافته‌های مطالعه، آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش میزان تاب‌آوری گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون شد. این یافته را با تعریف تاب‌آوری و عوامل مؤثر بر آن می‌توان تبیین نمود. تاب‌آوری صفت روان‌شناختی ثابت و بادوام (واگ، فردریکسون و تیلور، ۲۰۰۱)، یک سبک مقابله‌ای پایدار (گریف و نولتینگ، ۲۰۱۹) و یک فرایند پویا است که در آن، افراد باوجود تجارب آسیب‌زا یا مصیبت‌بار، سازگاری موفق و مثبتی نشان می‌دهند (تورنتون و سنچز، ۲۰۱۰؛ مارتین و مارش، ۲۰۱۴). افراد تاب‌آور از بهترین مهارت‌ها و منابع در دسترس خود برای مشارکت فعال در محیط استفاده می‌کنند، لذا به نظر می‌رسد افزایش تاب‌آوری در بهبود و سازگاری موفقیت‌آمیز با مشکلات فردی و بین فردی مؤثر است. با توجه به رابطه‌ای که بین تاب‌آوری و مشکلات بین فردی وجود دارد با استفاده از درمان حاضر که بر مشکلات بین فردی تأکید دارد تاب‌آوری نیز تحت تأثیر واقع می‌شود. آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد از مهارت‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بهره می‌برد و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است و عمل به شیوه‌ای که منطبق با ارزش‌های منتخب است را در پی خواهد داشت. تجربه زمان حال به مراجعان کمک می‌کند تغییرات را آن‌گونه که هست و نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد. تجربه کنند. درواقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را در پاسخ‌های سازگارانه و تاب‌آور به رویدادهای

زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده - که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و عدم تاب‌آوری آن‌ها در برخورد با مشکلات هنگام مراقبت از این کودکان می‌شود - افزایش می‌دهد (مصباح و همکاران، ۱۳۹۷-ب).

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به عنوان یک موقعیت استرس‌زا فشار زیادی را بر همه اعضای خانواده وارد می‌کند. به ویژه سلامت روانی مادران که ارتباط نزدیک‌تری با کودک دارند بیشتر از بقیه اعضای خانواده مورد تهدید واقع می‌شود. (گلداستین و بروکز، ۲۰۰۵). همان‌گونه که پیش از این نیز عنوان شد، افرادی که تاب‌آوری بالاتری دارند نگرش متفاوتی نسبت به موقعیت‌های تنش‌زا داشته، تسلیم نمی‌شوند و منفعل نیز نمی‌باشند، بلکه به طور مؤثر و به جای اجتناب از موقعیت با آن مواجه می‌شوند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در این مداخله نیز تمرکز بر اجرای فنون به جای بازسازی شناختی است (آرچ و کرسک، ۲۰۰۸). این تمرکز بر عملکرد نکته دیگری است که درمان را به تاب‌آوری متصل می‌کند. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، تاب‌آوری صرفاً به معنای تاب‌آوری در شرایط کنونی نیست، بلکه نحوه مدیریت شرایط را نیز شامل می‌شود. آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشارکت فعال در دنیای خارج، توانایی مادران را در ارتباط با تجربیات خود در زمان کنونی افزایش می‌دهد، به طوری که آن‌ها می‌توانند بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها ممکن است انتخاب نموده و مطابق با ارزش‌های انتخابی خود عمل کنند (هایس، پیستورلو و بیگلند، ۲۰۰۸). در واقع، این درمان به آن‌ها کمک می‌کند حتی زمانی که احساس می‌کنند کنترلی بر شرایط ندارند، توانایی خود را در کنترل موقعیت، زندگی و دستیابی به زندگی معنادار و معتبر مشاهده و باور کنند. این مفهوم نشان می‌دهد که اگر مادر به عنوان مراقب اولیه، زندگی فردی شاد و لذت بخشی نداشته باشد قادر نیست تا مشکلات مربوط به کودک را تحمل نماید؛ در نتیجه این درمان، کیفیت زندگی مادران افزایش یافته (باتلر و سیاروچی، ۲۰۰۷) و این امکان وجود دارد که بهبود کلی کیفیت زندگی، مادر را برای مواجهه با ناتوانی فرزند خود تقویت کند؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد فضای درمانی بر اساس افکار و هیجانات دردناک مادر موجب می‌شود واقعیت را حتی اگر تلخ باشد نیز بپذیرد، زیرا از منظر این مداخله، اجتناب از واقعیت است که مشکل را بدتر نموده و مادران کودکان به جای اجتناب از افکار و هیجانات ناخوشایند بایستی بتوانند بر آن‌ها غلبه کرده و بحران را کنترل کنند (کاپوزی و همکاران، ۲۰۰۸). یافته دیگر این مطالعه حاکی از این است که در گروه مداخله آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفاوت میانگین رابطه مادر-کودک بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون معنادار است بدین معنی که این مداخله موجب بهبود روابط مادران و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی گردیده است. این نتایج با مطالعاتی همچون فراقی دستجرد و همکاران (۱۳۹۸)، همسو است. در مطالعه فراقی دستجرد و همکاران نیز آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سبک‌های مختلف فرزندپروری مانند بهبود سبک تعامل پذیرش، تعدیل سبک تعامل بیش‌حمایتگری، سبک تعامل سهل‌گیری و سبک تعامل طرد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اثربخش بوده که خود موجب بهبود در روابط مادر-کودک شده است. همچنین نتایج حاصل از اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های پیگیری نشان داد که اثر این برنامه آموزشی در طول زمان پایدار است. مصباح و همکاران (۱۳۹۷-الف) نیز در پژوهشی که بر روی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی کارآمد در بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک دچار اختلال است. پژوهش حاضر با

مطالعه عظیمی فرد، جزایری، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۹۶)؛ ویتینگهام، شفیلد و بوید (۲۰۱۶) و عبداللهی (۱۳۹۴) نیز همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت مادرانی که فرزندشان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی هستند، تاریخچه‌ای از رفتارهای غیرقابل کنترل و هیجانات منفی داشته و بیشتر توجه خود را به رفتارهای منفی کودک اختصاص می‌دهند؛ چنین سوگیری نسبت به رفتارهای منفی، با توجه خنثی یا مثبت به رفتارهای کودکان تداخل ایجاد کرده و موجب حساس‌تر و تکانه‌ای‌تر شدن مادر و در مجموع کاسته شدن از مهربانی و صبوری آنان می‌شود (لی و ها، ۲۰۱۸). در واقع می‌توان گفت سیستم‌های توجهی نقش اساسی در این زمینه دارد؛ از این رو، ذهن آگاهی در بستر فرزندپروری که یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد است که با شکستن چرخه افکار منفی و تکراری به مادران کمک می‌نماید تا به جای توجه افراطی به نشخوارهای ذهنی، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند و به جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک، با نگاهی باز و غیرقضاوتی با فرزند خود تعامل کنند که این به مادران اجازه می‌دهد تا با کودکان در لحظه حال باشند (توهیگ و لوین، ۲۰۱۷). در واقع فنونی مانند تنفس ذهن آگاهانه در مواقع تنش‌زا موجب کاهش علائم بدنی ناشی از استرس شده و والدینی که دیگر تحت تأثیر هیجانات قوی نیستند قادر می‌شوند تا در مورد چگونگی پاسخ‌دهی خود، آگاهانه‌تر عمل کنند و از میان روش‌های مختلف پاسخ‌دهی، دست به انتخاب بزنند.

در این رویکرد با تأکید بر استعدادهای و توانایی‌ها، بهینه‌سازی شادی‌ها، توجه و تمرکز کردن بیشتر به مسائل و هیجانات مثبت و جلوگیری از ورود احساسات و هیجانات منفی به حیطه شخصی، و نیز افزایش ارتباطات مثبت که یکی از مبانی رویکرد مثبت‌گراست، می‌توان بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبتی گذاشت (بودن‌من و همکاران، ۲۰۰۸). خوش‌بینی حاصل از مداخله روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌تواند اتفاقی را که می‌خواهد رخ دهد، تغییر دهد. خوش‌بینی همچنین می‌تواند تحمل روانی فرد را در برابر چالش‌های زندگی بهبود بخشیده و سبب شود که قدرت مقابله بیشتری را ادراک نماید و بهبود تحمل روانی نیز با افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودکان مبتلا به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی همراه است (مصطفایی، ۱۳۹۲). به بیان دیگر با آموزش اصول روان‌شناسی مثبت‌گرا (سلیگمن، ۲۰۱۰)، فرد به حالات ذهنی مثبتی همچون افکار سازنده درباره خود و آینده، خوش‌بینی و امید دست می‌یابد؛ پس از آن با ادامه تغییرات در سطح ذهنی، فرد وارد سطح دوم یعنی سطح رفتاری شده و توانایی ایجاد و بسط حس زیبایی‌شناسی یا پرداختن به پتانسیل‌های خلاقانه و به‌ویژه فضایل اخلاقی همچون افزایش سطح تاب‌آوری را کسب نموده و در راه رشد و کمال خود گام برمی‌دارد. از طرف دیگر، مداخله روان‌شناسی مثبت به دلیل پرداختن به مؤلفه‌های روان‌شناختی همچون انعطاف‌پذیری و توانایی حل مسئله، به مرور زمان فرد را در برابر مشکلات زندگی تاب‌آورتر می‌سازد (گوپتا و سینگال، ۲۰۰۴). مداخله‌های روان‌شناسی مثبت می‌تواند ذهن فرد را در جهت انتخاب راه‌های مناسب و خلاقانه برای پیشبرد اهداف و حل مسئله آماده نماید؛ یکی از این مؤلفه‌ها خودآگاهی است. خودآگاهی مؤلفه‌ای است که در اثر آموزش مثبت‌اندیشی در افراد تقویت می‌شود. به این ترتیب می‌توان گفت مادرانی که این دوره آموزشی را دریافت کردند می‌توانند با بهبود مهارت‌های حل مسئله و بهبود خودآگاهی و افزایش معنای زندگی و ارتقاء سطح سازگاری، امید و تاب‌آوری خود را بهبود بخشند (رضازاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۷).

در تبیین تأثیر مداخله روان‌شناختی مثبت می‌توان گفت که این مداخله می‌تواند زندگی خوب (احساسات مثبت، تعامل، ارتباط، معنا و موفقیت) را تقویت کند (سلیگمن، ۲۰۱۰). همچنین مداخله روان‌شناسی مثبت سبب یافتن معانی مثبت، آرامش روانی، فراخوانی همدلی، ایجاد هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی می‌شود (فردریکسون، ۲۰۰۱). به باور پژوهشگران، احساسات والدین کودکان دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ارتباط با فرآیند فرزندپروری، به تصویر و ادراک آن‌ها از اختلال بستگی دارد و این امر تأثیر مهمی بر روابط عاطفی آن‌ها با کودک می‌گذارد. نگرش منفی ایجاد شده که ناشی از پایداری دیدگاه‌ها و نگرش‌های کلیشه‌ای است با فقدان و کمبود منابع آموزشی همراه می‌گردد (رابلدو-رامون و گارسیا-سانچز، ۲۰۱۳)؛ در حالی که پذیرش اختلال فرزند از سوی والدین به برقراری ارتباط مؤثر بین والدین و کودک کمک می‌کند (فرناندز-الکانتارا و همکاران، ۲۰۱۶). آرامش روانی و بهزیستی که در نتیجه آموزش فرزندپروری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا حاصل می‌شود می‌تواند فرد را از احساسات منفی نسبت به خود رها کرده و احساسات مثبت از قبیل همدلی، خوددلسوزی، مهربانی و عشق به خود را جایگزین آن‌ها نماید (بری و ورتینگتون، ۲۰۰۱) که این ویژگی‌های مثبت، نقشی اساسی در روابط بین فردی و تعاملات و تنظیم رفتارهای اجتماعی بازی می‌کنند و از این طریق است که می‌توان رابطه مادر با فرزند خود را در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی بهبود بخشید (فونتتل و همکاران، ۲۰۰۹).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه در دسترس و صرف انجام مداخله و همچنین استفاده از ابزار پژوهشی غیربومی بر روی مادران اشاره نمود. با توجه به اثربخشی هر دو رویکرد پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران در حوزه کودک و نوجوان از یافته‌های پژوهش حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی استفاده کنند؛ همچنین پیشنهاد می‌شود با ساخت ابزارهای بومی به نتایج دقیق‌تر بر اساس فرهنگ ایرانی دست یافت؛ بنابراین به مشاوران و درمانگران توصیه می‌شود از یافته‌های مطالعه حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی جهت کمک به افزایش تاب‌آوری و ارتقا کیفیت رابطه مادر-کودک در مادران کودکان دارای نارسایی توجه/بیش‌فعالی استفاده نمایند.

### موازن اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر بود که دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به شماره IR.BPUMS.REC.1400.34 است. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی بوشهر بود.

### سپاسگزاری

از تمامی عزیزانی که به هر نحو ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- ابارشی، زهره، طهماسبیان، کارینه، مظاهری، محمدعلی، و پناغی، لیلی. (۱۳۸۸). تاثیر آموزشی ارتقای روانی اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر کودک بر خود - برنامه اثرمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. سلامت روانشناختی. ۳(۳): ۵۰-۵۲.
- ارجمندنی، علی‌اکبر، عاشوری، محمد، و جلیل آبکنار، سمیه. (۱۳۹۶). نگاهی جامع بر برنامه فرزندپروری مثبت: اصول، اهداف، سطوح و محتوا. *رویش روان‌شناسی*، ۶(۲): ۳۵-۵۲.
- امینی ناغانی، شهریار، نجارپوریان، سمانه، و سماوی، سیدعبدالوهاب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت با فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری مادران و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۸(۱): ۶۷-۷۷.
- پورمحمدرضای تجربی، محمد، عاشوری، محمد، افروز، غلامعلی، ارجمندنی، علی‌اکبر، و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر تعامل مادر با کودک کم‌توان ذهنی. *توان‌بخشی*، ۱۶(۲): ۱۲۸-۱۳۶.
- حسینی، حمید. (۱۳۹۸). *اثربخشی آموزشی فرزندپروری مثبت در ارتقای خودکارآمدی مادران، بهبود رابطه والد فرزندی و کاهش پرخاشگری نوجوانان تک والد مادر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- حسین آبادی، صدیقه، پورشهریاری، مه‌سیما، و زندی پور، طیبه. (۱۳۹۶). اثربخشی روانشناسی مثبت نگر بر بهزیستی روان شناختی مادران دارای فرزندان اوتیسم. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۸(۲۱): ۵۴-۶۰.
- حسن زاده، سعید، و مساح، علی. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر ارتباط مادران با کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۲(۲): ۴۳-۵۸.
- حاج خدادادی، داد، اعتمادی، عذرا، عابدی، محمدرضا، و جزایری، رضوان سادات. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر والدگری مؤثر و کیفیت رابطه والد - فرزندی در مادران دارای نوجوان. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۲۰(۹۸): ۱۸۵-۱۹۸.
- خانجانی، زینب، هاشمی، تورج، پیمان‌نیا، بهرام، و آفاگل زاده، مریم. (۱۳۹۳). رابطه کیفیت تعامل مادر - کودک در اضطراب جدایی و مدرسه‌هراسی در کودکان. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۵(۳): ۲۳۱-۲۴۰.
- خوشابی، کتابون، و پوراعتماد، حمید. (۱۳۷۹). *شیوع اختلالات نقص توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران*. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.
- جباری، مهسا، شهیدی، شهریار، و موتابی، فرشته. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله‌ی مثبت نگر گروهی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش میزان شادکامی دختران نوجوان. *روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲): ۶۵-۷۵.
- جهانپناه، سامرا، و غلامی، سمیه. (۱۳۹۹). مقایسه تنظیم هیجان، تاب‌آوری و امیدواری در بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و کودکان دچار نقص توجه و بیش‌فعالی شهر شیراز. *سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت*
- درویشی، مریم. (۱۳۹۸). *بررسی اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی والدینی، تنظیم شناختی هیجان و انسجام مادران، در مادران غیربومی شهرستان بندرعباس*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه هرمزگان، دانشکده علوم انسانی.
- ذوقی پایدار، محمدرضا، قاسمی، معصومه، بیات، احمد، و صنایعی کمال، سمانه. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۸(۱۳۶): ۱۴-۵.



رضازاده مقدم، سونه، خدابخشی کولایی، آناهیتا، حمیدی پور، رحیم، و ثناگو، اکرم. (۱۳۹۷). اثربخشی روانشناسی مثبت نگر بر امید و تاب آوری مادران دارای کودک کم توان ذهنی. *روان پرستاری*، ۶ (۳): ۳۲-۳۸.

زاهدی مقدم، زهرا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت و آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی و خودکارآمدی مادران دارای کودک نافرمانی مقابله‌ای و نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، دانشکده علوم انسانی.

سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳): ۲۹۵-۲۹۰.

صابری، جواد، بهرامی پور، منصوره، قمرانی، امیر، و یارمحمدیان، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲ (۴): ۷۷-۸۹.

طاهری نیا، سمانه. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش فرزندپروری با رویکرد مثبت نگر بر خودکارآمدی مادران و بهبود رابطه‌ی مادر - کودک و مشکلات رفتاری کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

عزیزی، محسن، حسن آبادی، حمید، مهران، بهزاد، و سعیدی، محمد. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تاب آوری افراد مبتلا به سرد درد مزمن، دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، خراسان رضوی، ایران.

عبداللهی، احمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-کودک، بهبود شیوه‌های فرزندپروری و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی شهرستان نیشابور. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان.

عرب زاده، احمد، شفیق آبادی، عبدالله، و سودانی، منصور. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر افزایش تاب آوری در زوج‌های دارای تعارض زناشویی مراجعه کننده بر مراکز مشاوره‌ی شهر بوشهر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۰ (۳۹): ۳۹-۲۴.

عابدی شاپورآبادی، ثریا. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی برنامه والدگری مثبت بر رابطه والد-کودک و نشانه‌های بیش فعالی/کمبود توجه در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبود توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

عظیمی فر، شیرین، جزایری، رضوان السادات، فاتحی زاده، مریم السادات، و عابدی، احمد. (۱۳۹۶). هم سنجی تاثیر آموزش مدیریت والدین و آموزش فرزندپروری با روش درمانگری متمرکز بر پذیرش و تعهد در رابطه مادر-کودک مادران کودکان دچار مشکلات رفتاری برونی سازی شده. *مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۷ (۲) (پیاپی ۲۴): ۹۹-۱۲۲.

فراقی دستجرد، برات، شریفی درآمدی، پرویز، و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل مادر-کودک مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲ (۳): ۴۲۷-۴۳۶.

کبیری، آرزو، و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بر تنیدگی والدینی و روابط مادر- کودک در مادران کودکان مبتلا به شب‌اداری. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۲): ۱۱۵-۱۲۴.

گله‌گیریان، صدیقه، پولادی ری‌شهری، علی، و کیخسروانی، مولود. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۵): ۱۹۳-۲۱۳.

متین، حسین، اخوان غلامی، مریم، و احمدی، صدیقه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تعامل والد- کودک مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۸(۱): ۷۱-۸۹.

محمدی، مسعود، جزایری، علیرضا، رفیعی، امیرحسین، جوکار، بهرام، و پورشهباز، عباس. (۱۳۸۵). بررسی عوامل تاب آور در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد مخدر. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱(۲): ۲۰۳-۲۲۴

مصباح، ایمان، حجت‌خواه محسن، و گل‌محمدیان، محسن. (۱۳۹۷-الف). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزند در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۲): ۸۴-۱۰۰.

مصباح، ایمان، حجت‌خواه محسن، و گل‌محمدیان، محسن. (۱۳۹۷-ب). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۸(۲۹): ۸۵-۱۰۹.

مؤمنی، خدا مراد، تاریکی، طیبه. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر ارتباط والد - فرزند و تنیدگی والدینی دانش‌آموزان دارای نارسایی توجه. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۸(۱): ۸۳-۹۳.

مصطفایی، نسرين. (۱۳۹۲). تأثیر برنامه فرزندپروری مثبت بر افزایش تاب‌آوری، سلامت روان و رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، کاستی توجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

ناعمی، علی‌محمد، فائق، زهرا خاتون. (۱۳۹۷). تأثیر روش مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر خود بخشایشگری و تاب‌آوری مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۸(۲): ۲۳-۳۸.

## References

- AlHorany, A.K., Hassan, S.A., & Bataineh, M.Z. (2013). Do Mothers of Autistic Children are at Higher Risk of Depression? A Systematic Review of Literature. *Life Science Journal*, (10): 3303-3308.
- Ambuabunos, E. A., Ofovwe, E. G., & Ibadin, M. O. (2011). Community survey of attention-deficit/hyperactivity disorder among primary school pupils in Benin City, Nigeria. *Annals of African medicine*, 10(2): 91-96.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association: 2013.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4): 263-279.
- Bodenmann, G., Cina, A., & Ledermann, T. (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. *Behaviour research and therapy*, 46(4): 411-427.

- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 16(4), 607–615.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr, O'Connor, L. E., Parrott, L., 3rd, & Wade, N. G. (2005). Forgiveness, vengeful rumination, and affective traits. *Journal of personality*, 73(1): 183–225.
- Capozzi, F., Casini, M. P., Romani, M., De Gennaro, L., Nicolais, G., & Solano, L. (2008). Psychiatric comorbidity in learning disorder: analysis of family variables. *Child psychiatry and human development*, 39(1): 101–110.
- Coholic, D. A. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resiliency. *Child & youth care forum, Springer US*, 40(4): 303-17.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resiliency scale: the conner-davidson resiliency scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2): 76-82
- Coyne L, Murrell A. (2009). The joy of parenting an acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years. 2 Th Ed. New Harb Publications. 171-8.
- Driscoll, K., Pianta, R.C. (2011). Mother's and father's perceptions of conflict and closeness in parent- child relationships during early childhood. *Journal of early childhood and infant psychology*, 7: 1-18
- Fontenelle, L. F., Soares, I. D., Miele, F., Borges, M. C., Prazeres, A. M., Rangé, B. P., & Moll, J. (2009). Empathy and symptoms dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 43(4): 455–463.
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Laynez-Rubio, C., Pérez-Marfil, M. N., Martí-García, C., Benítez-Feliponi, Á., Berrocal-Castellano, M., & Cruz-Quintana, F. (2016). Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disability and health journal*, 8(1): 93–101.
- Fredrickson B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American psychologist*, 56(3): 218–226.
- Ghorbani Amir, H. A., Moradi, O., Arefi, M., & Ahmadian, H. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive-Emotional Regulation, Resilience, and Self-control Strategies in Divorced Women. *Avicenna J of Neuropsychophysiology*. 6(4): 195-202.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005). *Handbook of resiliency in Children*. New York, London: Plenum publishers.
- Greeff, A. P., & Nolting, C. (2019). Resilience in families of children with developmental disabilities. *Families, systems & health: The journal of collaborative family healthcare*, 31(4): 396–405.
- Gupta, A., & Singhal, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15(1): 22-35.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Bigland, A. (2008). Acceptance and commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide cognitive. *Brazilian Journal of Behavior Cognitive Therapy*, 10(1): 81-102.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2004). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1): 1–25.
- Herbert, J., Forman, E., & Juarascio, A. (2008). Acceptance and commitment therapy vesuse cognitive thrapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification* .34.(2): 175-190
- Josefsson, T., Ivarsson, A., Gustafsson, H., Stenling, A., Lindwall, M., Tornberg, R., & Böröy, J. (2019). Effects of Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) on sport-

- specific dispositional mindfulness, emotion regulation, and self-rated athletic performance in a multiple-sport population: An RCT study. *Mindfulness*, 10(8), 1518–1529.
- Krstić, T., Mihić, L., & Mihić, I. (2015). Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Research in developmental disabilities*, 47: 135–143.
- Larzelere, R. E., Gunnoe, M. L., Roberts, M. w., & Ferguson, C. J. (2017). Children and Parents Deserve Better Parental Discipline Research: Critiquing the Evidence for Exclusively "Positive" Parenting. *Parenting, Marriage & Family*, 53(2): 24-35
- Lee, A. S. (2007). Young adult's romantic relationships: a longitudinal study on the dynamics among parental divorce relationships with mother and Father, and children's committed romantic relationships. Unpublished. For the degree of doctor the university of Arizona.
- Lee, E. H., Zhou, Q., Eisenberg, N., & wang, Y. (2012). Bidirectional relations between temperament and parenting styles in Chinese children. *International journal of Behavioral Development*, 37 (1): 57-6
- Lee, J. W., & Ha, J. H. (2018). The effects of an acceptance-commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, self-efficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(4): 443–453.
- Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2014). Academic resilience and its psychological and educational correlates: A construct validity approach. *Psychology in the Schools*, 43(3): 267–281.
- Murray, J.R. (2002). Forgiveness as a therapeutic option. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 10(3): 315–321.
- Paloutzian, R.F., & Kalayjian, A. (2010). Introduction: Issues and themes in forgiveness and reconciliation. In A. Kalayjian & R.F. Paloutzian (Eds.), *Forgiveness and reconciliation: Psychological pathways to conflict transformation and peace building* (pp. 3–10). New York, NY: Springer.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1): 25–40
- Robledo-Ramón, Patricia, & García-Sánchez, Jesús N. (2013). The Involvement and Satisfaction with Education of the Families of Students with and without Specific Learning Disabilities. *Revista de Psicodidáctica*, 18(1): 137-155.
- Saeedifard, T., Nazari, A. M., & Mohsenzadeh, F. Effect of acceptance and commitment therapy on the resiliency of mothers of children with learning disability. *J Research & Health 2016*; 6(2): 263-271.
- Seligman, M.E.P. (2010). *Flourish: Positive psychology and positive interventions* (Tanner lectures on human values, delivered at the University of Michigan). Retrieved from: [https://tannerlectures.utah.edu/resources/documents/a-to-z/s/Seligman\\_10.pdf](https://tannerlectures.utah.edu/resources/documents/a-to-z/s/Seligman_10.pdf)
- Sin, N. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*, 65(5): 467-487
- Seligman, E.P., & Peterson, C., (2005). Positive psychology progress. (Electronic version). *Journal of American Psychologist*, 5: 410 - 421.
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, violence & abuse*, 12(4): 220–235.
- Thornton, B., & Sanchez, J. E. (2010). Promoting resiliency among Native American students to prevent dropouts, *Education*, 131 (2): 455-464.

- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4): 751–770.
- Josefsson, T., Ivarsson, A., Gustafsson, H., Stenling, A., Lindwall, M., Tornberg, R., & Böröy, J. (2019). Effects of Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) on sport-specific dispositional mindfulness, emotion regulation, and self-rated athletic performance in a multiple-sport population: An RCT study. *Mindfulness*, 10(8): 1518–1529.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2001). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of research in personality*, 42(4): 1031–1046.
- Whittingham, K., Sheffield, J., & Boyd, R. N. (2016). Parenting acceptance and commitment therapy: a randomised controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. *BMJ open*, 6(10): e012807
- Yousefi, Sh., Soltani Far, A., & Abdollahian, E. (2009). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30 (3): 1666 – 1671.

\*\*\*

### پرسشنامه تاب آوری

ردیف	همیشه درست	اغلب درست	گاهی درست	بندرت درست	کاملاً نادرست
۱	۴	۳	۲	۱	۰
۲	۴	۳	۲	۱	۰
۳	۴	۳	۲	۱	۰
۴	۴	۳	۲	۱	۰
۵	۴	۳	۲	۱	۰
۶	۴	۳	۲	۱	۰
۷	۴	۳	۲	۱	۰
۸	۴	۳	۲	۱	۰
۹	۴	۳	۲	۱	۰
۱۰	۴	۳	۲	۱	۰
۱۱	۴	۳	۲	۱	۰
۱۲	۴	۳	۲	۱	۰
۱۳	۴	۳	۲	۱	۰
۱۴	۴	۳	۲	۱	۰
۱۵	۴	۳	۲	۱	۰
۱۶	۴	۳	۲	۱	۰
۱۷	۴	۳	۲	۱	۰

۰	۱	۲	۳	۴	در صورت لزوم می‌توانم تصمیم‌های دشوار و غیر منتظره‌ای بگیرم که دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.	۱۸
۰	۱	۲	۳	۴	می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.	۱۹
۰	۱	۲	۳	۴	در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می‌شود که صرفاً بر اساس حدس و گمان عمل کنی.	۲۰
۰	۱	۲	۳	۴	در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.	۲۱
۰	۱	۲	۳	۴	حس می‌کنم بر زندگی‌ام کنترل دارم.	۲۲
۰	۱	۲	۳	۴	چالش‌های زندگی را دوست دارم.	۲۳
۰	۱	۲	۳	۴	بدون در نظر گرفتن موانع پیش‌رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.	۲۴
۰	۱	۲	۳	۴	به خاطر پیشرفت‌هایم به خود می‌بالم.	۲۵

\*\*\*

## پرسشنامه رابطه والد-کودک

ردیف	عبارت	قطعاً	تا حدی	مطمئن	تا	قطعاً
		صدق نمی‌کند.	صدق نمی‌کند.	نیستم.	حدودی	صدق می‌کند.
۱	من رابطه‌ای گرم و صمیمی با فرزندم دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	به نظر می‌رسد من و فرزندم همیشه در حال درگیری هستیم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	اگر فرزندم آشفته و نگران باشد با وجود من آرامش پیدا می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	فرزندم از نوازش یا لمس کردن خوشش نمی‌آید.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	فرزندم برای ارتباط من و خودش ارزش قائل است.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	وقتی فرزندم را تصحیح می‌کنم به نظر می‌رسد که خجالت می‌کشد.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	وقتی فرزندم به کمک احتیاج دارد کمک مرا نمی‌پذیرد.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	وقتی فرزندم را تشویق و تحسین می‌کنم خوشحال می‌شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	فرزندم به شدت نسبت به جدا شدن از من واکنش نشان می‌دهد.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	فرزندم به راحتی مسایل مربوط به خودش را با من در میان می‌گذارد.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	فرزندم شدیداً به من وابسته است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	فرزندم خیلی زود از دست من عصبانی می‌شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	فرزندم سعی می‌کند مرا راضی نگه دارد.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	فرزندم احساس می‌کند که من با او ناعادلانه رفتار می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	فرزندم زمانی که واقعا نیاز به کمک ندارد از من می‌خواهد تا به او کمک کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	می‌توانم احساسات فرزندم را به راحتی درک کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	فرزندم مرا تنبیه‌کننده و انتقادگر می‌داند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	وقتی که با بچه‌های دیگر صحبت می‌کنم یا وقتی را با آنها می‌گذرانم فرزندم احساس آزرده‌گی می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	وقتی سعی می‌کنم به فرزندم اصول تربیتی را آموزش دهم مقاومت می‌کند یا عصبانی می‌شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	وقتی فرزندم رفتار بدی انجام می‌دهد نسبت به نگاه یا تن صدای من واکنش نشان می‌دهد.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	رسیده‌گی به فرزندم تمام انرژی مرا می‌گیرد.	۱	۲	۳	۴	۵

۲۲	۱	۲	۳	۴	۵	من متوجه شده ام فرزندم رفتارهای من یا شیوه انجام کارها را از من تقلید می کند.
۲۳	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی فرزندم با بدخلقی از خواب برمی خیزد می دانم که یک روز طولانی و سخت را در پیش رو دارم.
۲۴	۱	۲	۳	۴	۵	احساسات فرزندم نسبت به من می تواند غیرقابل پیش بینی باشد یا ناگهان تغییر کند.
۲۵	۱	۲	۳	۴	۵	با اینکه تمام تلاشم را می کنم باز هم نمی توانم با کودکم کنار بیایم.
۲۶	۱	۲	۳	۴	۵	وقتی با یکدیگر نیستیم دائما به فرزندم فکر می کنم.
۲۷	۱	۲	۳	۴	۵	فرزندم وقتی چیزی از من می خواهد، نق می زند یا گریه می کند.
۲۸	۱	۲	۳	۴	۵	فرزندم مرا فریب می دهد یا زیرکانه با من رفتار می کند.
۲۹	۱	۲	۳	۴	۵	فرزندم به راحتی احساسات و تجربیاتش را با من در میان می گذارد.
۳۰	۱	۲	۳	۴	۵	شیوه ی رفتارم با فرزندم، به من به عنوان یک والد احساس مؤثر بودن و اعتماد به نفس می دهد.
۳۱	۱	۲	۳	۴	۵	مطمئن نیستم بهترین شیوه برای تربیت فرزندم چیست.
۳۲	۱	۲	۳	۴	۵	فرزندم مرا عصبانی می کند.
۳۳	۱	۲	۳	۴	۵	فرزندم به راحتی می تواند با انتقاد و خرده گیری از من باعث آزارم شود.

## A Comparison of the Effectiveness of Parenting Education based on Acceptance and Commitment, and Parenting based on Positive Psychology in Improving Resilience and Mother-Child Relationship in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Mahboobeh. Banani<sup>1</sup>, Naser. Amini\*<sup>2</sup>, Mahmoud. Borjali<sup>3</sup>, & Moloud. Keykhosrovani<sup>2</sup>

### Abstract

**Aim:** The present study aimed to compare the effectiveness of parenting education based on acceptance and commitment and parenting based on positive psychology in improving resilience and mother-child relationship in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Method:** The present study had a quasi-experimental method with a pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of mothers of 8 to 12-year-old boys with attention deficit hyperactivity disorder in Tehran. After screening with Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RIS) (2003) and Pianta's Child-Parent Relationship Scale (CPRS) by purposive and convenience sampling, 45 mothers were selected and randomly assigned to two experimental groups a control group. The experimental group of parenting based on acceptance and commitment was intervened based on Quinn and Morrell protocol (2009), and the experimental group of positive psychology based on Seligman protocol (2005) was intervened for eight 90-minute sessions. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** Parenting education based on acceptance and commitment in improving resilience ( $F=5.38$ ,  $P=0.029$ ), and mother-child relationship ( $F=7.95$ ,  $P=0.009$ ), and parenting education based on positive psychology were effective in improving resilience ( $F=5.59$ ,  $P=0.027$ ), and mother-child relationship ( $F=6.07$ ,  $P=0.021$ ) in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder, and the effect was stable in the follow-up phase ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** Both approaches were effective in improving resilience and mother-child relationship in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder; hence, counselors and therapists are recommended to use the findings of the present study for clinical and therapeutic interventions to help increase resilience and improve the quality of mother-child relationship in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder.

1. PhD Student, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

2. \*Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran  
Email: n.amini@iaubushehr.ac.ir

3. Invited Assistant Professor of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran



**Keywords:** *Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Emotion Regulation; Parenting; Acceptance and Commitment; Positive Psychology*

