

Comparison of the Effectiveness of Positive Parenting Program and Distress Tolerance Skills on the Psychological Well-Being of Mothers of Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder

Atieh Hajbabay Ravandi 

Ph.D. Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Parisa Tajalli *

Assistant professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Afsane Ghanbaripناه 

Assistant professor, Department of Education and Counseling, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Mansooreh Shahriari Ahmadi 

Assistant professor, Department of General Exceptional Psychology, Islamic Azad University of Central Tehran, Branch, Tehran, Iran.

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of positive parenting programs and distress tolerance skills on the psychological well-being of mothers with children with attention-deficit/hyperactivity disorder. The research design was a quasi-experimental and pretest-posttest one with a control group. The statistical population of this study included all mothers of children aged ۷ to ۱۱ years with attention-deficit/hyperactivity disorder in Tehran in ۲۰۲۱-۲۰۲۲. The sample size included ۴۵ students who were selected from the statistical population by the available sampling method


* Corresponding Author: p_tajalli@yahoo.com


How to Cite: Hajbabay Ravandi, A., Tajali, P., Naghsh, A., Shahriari Ahmadi, M. (۲۰۲۲). Comparison of the Effectiveness of Positive Parenting Program and Distress Tolerance Skills on the Psychological Well-Being of Mothers of Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, ۲۲(۴۷), ۳۳-۹۹.


(n=۱۵). For the first experimental group, a positive parenting training program was implemented and for the second experimental group, a distress tolerance training program was implemented while the control group did not receive any training. The research instrument included the Psychological Well-Being Scale (Reef, ۱۹۸۹). The results showed that both interventions had an effect on improving the psychological well-being of mothers with children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. ($P < ۰,۰۰۱$). Evidence shows that positive parenting programs and distress tolerance skills are effective in increasing mothers' psychological well-being and the difference between positive parenting groups and distress tolerance skills is not significant ($P < ۰,۰۵$). Overall, it can be concluded that a positive parenting program and distress tolerance skills can lead to the improvement of the psychological well-being of mothers with children with attention-deficit/hyperactivity disorder.


Keywords: positive parenting program, distress tolerance skills, psychological well-being, mothers, attention deficit hyperactivity disorder.

مقایسه اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

عطیه حاجی بابایی راوندی  دانشجوی دکتری، روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

پریسا تجلی  * استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

افسانه قنبری پناه  استادیار گروه تربیت و مشاوره، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

منصوره شهریار احمدی  استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان ۷ تا ۱۱ ساله با تشخیص اختلال توجه - بیش‌فعالی (بیش‌فعالی غالب) در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ شهر تهران بود. حجم نمونه شامل ۴۵ دانش‌آموز بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند (۱۵ نفر گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر گروه کنترل). برای گروه آزمایشی اول، برنامه آموزش فرزندپروری مثبت و برای گروه آزمایشی دوم، برنامه آموزش تحمل پریشانی اجرا شد درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای

فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی اثر داشته‌اند، اثرات آن‌ها در مرحلهٔ پیگیری نیز ماندگار است و تفاوت بین میانگین‌های گروه‌های آزمایش با کنترل معنی‌دار است ($P < 0/001$). شواهد به دست آمده نشان می‌دهد که برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل‌پریشانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران مؤثر هستند و تفاوت بین گروه‌های فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل‌پریشانی معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل‌پریشانی می‌تواند منجر به بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی گردد.

کلیدواژه‌ها: فرزندپروری مثبت، مهارت‌های تحمل‌پریشانی، بهزیستی روان‌شناختی، مادران، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی.



مقدمه

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی در کودکان و نوجوانان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری از ویژگی‌های اولیه این اختلال هستند (روبیا، وست‌وود، اگنستینر و براندیس^۳، ۲۰۲۱). میزان شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان ۵/۹ درصد و در بزرگ‌سالان ۲/۵ درصد گزارش شده است (فارون، باناسچوسکی، کوگیل، ژنگ، بیدرمن، بلگروف^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی توجه با طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب همراه است (یانگ، آشرسون، لیود، آسود، آریف، کولی^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به این اختلال بیشتر درگیر بزهکاری، رفتار مجرمانه و مصرف مواد (یونگ، گودجانسون، چیتسایسان، کولی، فاراگ، فورستر^۶ و همکاران، ۲۰۱۸)، تجربه بارداری زود هنگام یا ناخواسته (اونس، زالکی، گیلت و هینشاو^۷، ۲۰۱۷) و تجربه چالش در تحصیل و کار هستند (ساونی، پیرا، باست، زیا، الکساندر، شانکار^۸، ۲۰۲۱). مشکلات و بیماری‌های همراه نیز از جمله اضطراب و افسردگی در این افراد شایع هستند که اغلب در دوران کودکی ایجاد می‌شوند (پاول، ریجلین، هامرتون، ایری، مارتین، آنی^۹ و همکاران، ۲۰۲۰).

زندگی با کودک دارای اختلال رفتاری از جمله نارسایی توجه / بیش‌فعالی، اغلب به‌صورت عاملی تنش‌زا برای خانواده درک شده و همه جنبه‌های خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کریم‌زاده، خدابخشی کولایی، داوودی وحیدری، ۱۴۰۰). در این بین مادران - به‌عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک

۱. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

۲. American Psychiatric Association

۳. Rubia, Westwood, Aggensteiner, Brandeis

۴. Faraone, Banaschewski, Coghill, Zheng, Biederman, Bellgrove

۵. Young, Asherson, Lloyd, Absoud, Arif, Colley

۶. Young, Gudjonsson, Chitsabesan, Colley, Farrag, Forrester

۷. Owens, Zalecki, Gillette, Hinshaw

۸. Sawhney, Perera, Bassett, Zia, Alexander, Shankar

۹. Powell, Riglin, Hammerton, Eyre, Martin, Anney

است- نقش مراقبتی خود را برای کودک مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی، سخت و استرس‌زا توصیف کرده‌اند (پیترس و جکسون^۱، ۲۰۰۹). در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که اگرچه برخی از مادران به‌خوبی با مشکلات روبرو می‌شوند، اما در کل مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان عادی، بهزیستی روان‌شناختی^۲ پایین‌تری دارند (هامفریس، مهتا و لی^۳، ۲۰۱۲، موین، هدلین و هال‌رود^۴، ۲۰۱۶). بهزیستی روان‌شناختی به دنبال این است که به افراد اجازه دهد تا با رشد فضایل، تمرکز بر قابلیت‌ها و رشد شخصی و درک اینکه شادی از طریق خودشناسی فردی به دست می‌آید، به حداکثر پتانسیل خود دست یابند (ریف، ۲۰۱۴) در واقع بهزیستی روان‌شناختی به‌جای فعالیت‌های لذت‌بخش و پرهیز از درد، بر فرآیند و دنبال کردن ارزش‌هایی که منجر به رشد شخصی می‌شود تمرکز می‌کند، بنابراین باعث می‌شود فرد احساس زنده‌بودن و معتبربودن کند (پینیرو-کاسیو، فرناندز-مارتینز، نویالا و پرز-اورداس^۵، ۲۰۲۱). ریف (۲۰۱۸) یک مدل چند بعدی برای درک بهزیستی روان‌شناختی به نام مدل یکپارچه تحول شخصی^۶ ارائه کرد که شامل شش بعد پذیرش خود^۷، خودمختاری^۸، رشد شخصی^۹، هدف در زندگی^{۱۰}، تسلط بر محیط^{۱۱} و روابط مثبت با دیگران^{۱۲} است. شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارند که نشان می‌دهند وجود یک کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی قادر است بهزیستی روان‌شناختی مادران را تحت تأثیر قرار دهد و مختل کند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی (چو، هسیائو،

۱. Peters, Jackson

۲. Psychological well-being

۳. Humphreys, Mehta, Lee

۴. Moen, Hedelin, Hall-Lord

۵. Piñeiro-Cossio, Fernández-Martínez, Nuviala, Pérez-Ordás

۶. Integrated Model of Personal Development (IMPD)

۷. self-acceptance

۸. autonomy

۹. personal growth

۱۰. purpose in life

۱۱. environmental mastery

۱۲. positive relations with others

چانگ و یین^۱، (۲۰۲۱)، اضطراب (سمیعی، دانشمند، کرامت‌فر، خوشابی، امیری، فرهادی و همکاران، ۲۰۱۵)، احساس بی‌کفایتی در والدگری (باینسکی، پلهام، مولینا، گناگی، و اچوش، ویمبس^۲ و همکاران، ۲۰۱۶)، محدودیت روابط و تعارض زناشویی (شرمه‌هورن، دی‌انوفریو، اسلاتسکی، امری، تورکیمر، هاردن^۳ و همکاران، ۲۰۱۲)، جدایی و طلاق (هکل، کلارک، باری، مک‌داریسی و سلیکوویتز^۴، ۲۰۰۹) و خشم (والن، هنکر، ایشیکاوا، فلورو، امرسون، جانستون^۵ و همکاران، ۲۰۰۹) منجر شود.

با توجه به اینکه تحقیقات نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی مثل مشکلات روانی والدین در رشد و حفظ مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسانی توجه / بیش‌فعالی نقش مهمی دارند (گوردون و هینشاو^۶، ۲۰۱۷، ووستنر، اوتو، اشلاک، هولینگ، کلاسن، راونس-سیبرر^۷، ۲۰۱۹). لذا از جمله روش‌های مؤثر جهت پیشگیری از این اختلال، برنامه فرزندپروری مثبت^۸ است که والدین را مورد هدف قرار می‌دهد (فرشاد، نجارپوریان و شنبیدی، ۱۳۹۷). برنامه فرزندپروری مثبت برنامه راهبردی چندسطحی درباره فرزندپروری و با روی‌آورد پیشگیرانه و حمایتی نسبت به خانواده‌ها است که توسط ساندرز^۹ (۲۰۰۳) در دانشگاه کویینزلند در استرالیا تدوین شده است (به نقل از حاتمی‌فر، زارع و شهریاری احمدی، ۱۳۹۹). محتوای این برنامه بر اساس مدل یادگیری اجتماعی بندورا است که تعامل والد-کودک و ماهیت دوسویه بودن این تعاملات را برجسته می‌سازد (عاشوری، افروز، ارجمندنیا، پورمحمدرضا تجریشی، غباری بناب، جلیل‌آب‌کنار، ۲۰۱۹). این برنامه به ویژه برای والدین کودکانی که رفتارهای مداوم سرکشی، نافرمانی، پرخاشگرانه و به‌طور کلی ناراحت‌کننده دارند مفید است (ساندرز، ۲۰۱۲). هدف

۱. Chou, Hsiao, Chang, Yen

۲. Babinski, Pelham, Molina, Gnagy, Waschbusch, Wymbs

۳. Schermerhorn, D'Onofrio, Slutske, Emery, Turkheimer, Harden

۴. Heckel, Clarke, Barry, McDarthy, Selikowitz

۵. Whalen, Henker, Ishikawa, Floro, Emmerson, Johnston

۶. Gordon, Hinshaw

۷. Wüstner, Otto, Schlack, Hölling, Klasen, Ravens-Sieberer

۸. Positive Parenting Program

۹. Sanders

این برنامه ارتقای تعامل مثبت بین کودک و والد از طریق توسعه مهارت‌های والدین، کاهش افسردگی، خشم، اضطراب و تنیدگی بالا است؛ همچنین به زوج‌ها، مهارت‌ها و راهکارهای مؤثر ارتباطی برای کاهش استرس والدین می‌آموزد (ساندرز، ۲۰۰۸). نتایج مطالعه جعفری، موسوی، فتحی‌آشتیانی و خوشابی (۱۳۸۹) نشان داد که شرکت در برنامه آموزش فرزندپروری مثبت، مشکلات سلامت روان عمومی مادران دارای کودک با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد. همچنین نتایج پژوهش ارکان، گونیر، رالف و دای^۱ (۲۰۲۰) نشان داد که برنامه فرزندپروری مثبت منجر به بهبود بهزیستی روانی والدین، کاهش رفتار مشکل‌ساز نوجوانان و کاهش مشکلات بین نوجوانان و والدین آن‌ها می‌شود.

یکی دیگر از مداخلات روان‌شناختی که کارایی بالینی آن جهت ارتقاء توانمندی‌های افراد در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است، برنامه آموزش تحمل پریشانی^۲ است (طاهری، رضایی جمالوئی و زمانی، ۱۳۹۸، تفنگچی، رئیسی، قمرانی و رضایی، ۱۴۰۰). تحمل پریشانی یک مفهوم چندبعدی است که به توانایی فرد برای تحمل احساسات ناراحت‌کننده اشاره دارد (سیمون و گاهر^۳، ۲۰۰۵). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند هیجانات منفی را غیرقابل کنترل و سرکوب‌کننده می‌دانند، از افکار و احساسات منفی اجتناب می‌کنند و به احتمال بیشتر اجتناب تجربه‌ای را نشان می‌دهند (رابینسون و فریستون^۴، ۲۰۱۴). آموزش تحمل پریشانی از جمله مهارت‌های مبتنی بر پذیرش در رفتاردرمانی دیالکتیک است (طاهری و همکاران، ۱۳۹۸). برنامه تحمل پریشانی مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجانات، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر و یا کنترل هرگونه عامل می‌باشد (ابوترابی کاشانی، نادری، صفرزاده، حافظی، افتخار، ۱۳۹۹). در این برنامه سعی می‌شود تا افراد با یادگیری یک سری فنون (مانند پرت کردن حواس، خودآرام سازی با حواس پنج‌گانه، مهارت بهسازی لحظات، پذیرش محض، برگرداندن ذهن، تنظیم

۱. Arkan, Güvenir, Ralph, Day

۲. distress tolerance

۳. Simons, Gaher

۴. Robinson, Freeston

هیجان و مهارت‌های مقابله‌ای) بدون این که کوششی برای ایجاد هر نوع تغییر در شرایط فعلی داشته باشند، فقط تجربه‌های هیجانی خود را مشاهده نموده و آن‌ها را بپذیرند (عرب-زاده، سودانی، شعاع کاظمی، شهبازی، ۱۳۹۹). به همین منظور، با استفاده از این فنون، فرد ترغیب می‌شود تا تجارب هیجانی خویش را در قالب رویدادهای موقتی و گذرا درک کند و در برابر آن‌ها رفتارها و واکنش‌های نامناسب و ناسازگارانه بروز ندهد (نچارپور استادی، اکبری، خلعتبری، باباپور، ۱۳۹۹). در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که بررسی اثربخشی تحمل پریشانی بر بهزیستی روانی مادران پرداخته باشد یافت نشد اما در پژوهشی همسو یافته‌های لی و ماسون^۱ (۲۰۱۸) بیانگر این بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی، بر افزایش تحمل پریشانی، تاب‌آوری و سلامت عمومی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه اثربخش بوده است. در پژوهشی دیگر عزیزی و محمدی (۱۳۹۵) دریافتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش استرس ادراک شده و افسردگی بیماران مبتلاء به سندرم روده تحریک پذیر مؤثر می‌باشد.

با توجه به میزان شیوع بالای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در جامعه ایرانی (۸/۶۲) (زارع بهرام‌آبادی و گنجی، ۱۳۹۳) و تفاوت آن با آمارهای جهانی (۵/۹ درصد) و روند شدت یافتن آن در طول زمان و تأثیر این اختلال بر رابطه والد - کودک در تعاملات درون خانوادگی و پیامدهای آن در کوتاه‌مدت و بلندمدت، استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی، به‌مثابه بخش جدایی‌ناپذیر تعاملات بین‌فردی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان، یک ضرورت پژوهشی اجتناب‌ناپذیر قلمداد می‌شود. از آنجایی که برنامه‌های فرزندپروری مثبت باعث ایجاد رابطه مثبت بین والدین و فرزندانشان می‌شود و کمک می‌کند تا والدین راهبردهای مؤثر مدیریت را در برخورد با انواع مسائل رشدی و رفتاری کودک بیاموزند از سوی دیگر برنامه‌ی آموزشی تحمل پریشانی به‌منظور شناسایی ارزش‌ها، پذیرش افکار و هیجانات منفی به افراد ارائه می‌شود. از این رو و با توجه به تفاوت این دو برنامه که تأکید یکی بر روی هیجان و تأکید دیگری بر روی تغییر رفتار و بهبود

۱. Lee, Mason

ارتباطات است؛ همچنین با نظر به این که محققان همیشه به دنبال بهترین نوع درمان برای بیماران هستند به نظر می‌رسد انجام مداخلات مقایسه‌ای به بهتر شناختن تفاوت‌های این دو روش می‌تواند کمک کند. از طرفی توجه به بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و معنا بخشیدن به زندگی آنان و ایجاد انگیزه برای این افراد آسیب‌پذیر می‌تواند آنان را برای داشتن یک زندگی شاد و پرامید و هدفمند یاری دهد. لذا ضرورت پژوهش درباره بهزیستی روان‌شناختی مادران و رویکردهایی که برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران انجام گرفته‌اند به شدت احساس می‌شود؛ بنابراین با توجه کمی مطالعات انجام‌شده در ایران، در مقایسه روش‌های مختلف درمانی بر روی بهزیستی روان‌شناختی، همچنین برای مشخص کردن مداخله‌ای که هم مؤثر و هم مقرون‌به‌صرفه باشد؛ بر این اساس پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش برنامه مهارت‌های فرزندپروری مثبت و تحمل‌پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی صورت گرفت.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مادران دانش‌آموزان ۷ تا ۱۱ سال دارای اختلال توجه - بیش‌فعال (بیش‌فعالی غالب) در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ شهر تهران بودند که با توجه به شرایط کرونایی حاکم بر جامعه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از مراجعه‌کننده‌های مرکز مشاوره پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی انتخاب شدند و افراد انتخاب‌شده در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل جایگزین شدند ($n=15$). میانگین و انحراف معیار سنی در گروه دریافت‌کننده آموزش فرزندپروری مثبت ($2/36 \pm 34/82$)، گروه دریافت‌کننده تحمل‌پریشانی ($3/52 \pm 36/44$) و گروه کنترل ($2/52 \pm 35/46$) بود. در گروه فرزندپروری مثبت ۷ نفر ($46/66$ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۸ نفر ($53/33$ درصد) لیسانس و بیشتر بودند و در گروه تحمل‌پریشانی ۶ نفر (40 درصد) دارای مدرک دیپلم و ۹ نفر (60 درصد) لیسانس و بیشتر بودند؛ اما در گروه کنترل ۹ نفر (60 درصد)

مقایسه اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل...؛ حاجی بابایی راوندی و همکاران | ۶۳

مدرک دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و بیشتر داشتند. هر سه گروه قبل از هرگونه مداخله در شرایط یکسان به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس برای یکی از گروه‌های آزمایش، برنامه فرزندپروری مثبت و برای گروه آزمایشی دوم برنامه تحمل‌پریشانی اجرا گردید درحالی‌که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند. پس از پایان جلسات آموزشی، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان پس‌آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۱ ماه تکمیل شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن فرزند ۷ تا ۱۱ سال، دارا بودن فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی از نوع غالب با تشخیص روان‌پزشک، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم شرکت در کلاس-های آموزشی روان‌شناختی دیگر و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱ (۱۹۸۹): این آزمون که توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی شده است و شامل ۸۴ گویه است که در یک مقیاس شش‌درجه‌ای از کاملاً موافق (نمره ۶) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شود و بعضی از سؤالات به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بالاترین نمره ۵۰۴ و کمترین نمره ۸۴ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. این پرسشنامه شامل شش خرده‌مقیاس استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند است. ریف و کیس^۲ (۱۹۹۵) ضریب همسانی درونی پرسشنامه را برای خرده‌مقیاس‌های استقلال (۰/۷۵)، تسلط بر محیط (۰/۷۵)، رشد شخصی (۰/۶۱)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۷۱)، هدفمندی در زندگی (۰/۷۲) و پذیرش خود (۰/۷۸) و ضریب قابلیت اعتماد پرسشنامه

۱. Ryff psychological well-being scale

۲. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M.

بهزیستی روان‌شناختی نیز از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در ایران بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌های استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و پذیرش خود به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۱ به دست آورده‌اند و روایی مقیاس نیز به روش روایی سازه و با اجرای پرسش‌نامه‌های رضایت از زندگی، شادکامی آکسفورد و عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

در این مطالعه بر ای گروه آزمایش اول، برنامه فرزندپروری مثبت مبتنی بر مدل ساندرز، بیکر و ترنر^۱ (۲۰۱۲) به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که روایی محتوایی آن برای والدین توسط پژوهش‌های مختلفی مورد تأیید قرار گرفته است (ارجمندینا، عاشوری، جلیل آبکنار، ۱۳۹۶)، توسط پژوهشگر ارائه شد و برای گروه آزمایشی دوم برنامه تحمل پریشانی بر اساس دیدگاه چندبعدی (سیمون و گاهر^۲) (۲۰۰۵) به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که روایی محتوایی آن برای زنان سنین ۲۵ تا ۵۰ سال در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰)، توسط مجری مجرب اجرا گردید. خلاصه محتوای جلسات درمانی دو گروه آزمایش در جداول ۱ و ۲ به تفکیک ارائه شده‌اند:

جدول ۱. جلسات آموزش فرزندپروری مثبت

جلسات	اهداف درمانی	تکلیف
جلسه اول	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب و توضیح اجمالی اختلال ADHD و برنامه فرزندپروری مثبت	تعیین لیستی از مشکلات تعاملی خود با فرزندشان
جلسه دوم	توضیح و تشریح عوامل مؤثر بر رفتار کودک و فرزندپروری و کمک به مادران برای کسب توانایی تعیین اهداف برای تغییر در رفتار خود و کودک	شناسایی عوامل مؤثر بر تعارضات مادر و کودک
جلسه	آموزش شیوه‌های تقویت تعاملات مثبت بین مادر و کودک	تعیین لیستی از رفتارهای مثبت با

۱. Sanders, Baker & Turner

۲. Simons & Gaher

جلسات	اهداف درمانی	تکلیف
سوم		کودک
جلسه چهارم	آموزش شیوه‌های کنترل رفتار نامطلوب خفیف و شدید کودک	تعیین لیستی از رفتارهای نامطلوب کودک
جلسه پنجم	آموزش کنترل کودک در موقعیت‌هایی با کنترل پایین و ارائه راهکارهایی به منظور بقای خانواده	تبدیل تعاملات منفی به تعاملات مثبت در موقعیت‌های ناراحت‌کننده
جلسه ششم	اجرای دستورات و موارد آموزش داده شده به مدت دو هفته و پیگیری تلفنی توسط درمانگر و ارائه راهنمایی‌های لازم در صورت وجود مشکلات	تعیین لیستی از جایگزینی تعاملات مثبت بجای منفی
جلسه هفتم	اجرای دستورات و موارد آموزش داده شده به مدت دو هفته و پیگیری تلفنی توسط درمانگر و ارائه راهنمایی‌های لازم در صورت وجود مشکلات	تعیین لیستی از جایگزینی تعاملات مثبت بجای منفی
جلسه هشتم	بررسی و شرح موانع حفظ تغییرات و اصلاح‌های صورت گرفته و ارائه راه حل جهت حفظ تغییرات	تعیین تأثیر نتیجه تعاملات

جدول ۲. جلسات آموزش تحمل پریشانی

جلسات	اهداف درمانی	تکلیف
جلسه اول	معارفه و آشنایی. آموزش پیامدهای منفی راهبردهای کنار آمدن خود آسیب‌رسان، تمرین پذیرش بنیادین، تمرین توجه برگردانی از رفتارهای پریشان‌کننده	تمرین توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
جلسه دوم	توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، توجه برگردانی از افکار، توجه برگردانی از طریق ترک موقعیت	توجه برگردانی از طریق شمارش، تدوین برنامه توجه برگردانی
جلسه سوم	مهارت خودآرامش بخشی، خودآرامش بخشی با استفاده از احساس بویایی، با استفاده از احساس شنوایی، با استفاده از احساس چشایی و استفاده از احساس لامسه	تدوین طرح‌های آرمیدگی در منزل و در خارج از منزل
جلسه چهارم	تن آرامی، آرامش وابسته به نشانه، کشف مجدد ارزش‌ها، کشف ارزش‌ها	تمرین عمل متعهدانه
جلسه پنجم	شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، ارتباط با قدرت برتر، تعیین وقت استراحت و تمرین آن	.

جلسات	اهداف درمانی	تکلیف
جلسه ششم	استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق‌گرایانه و خود تصدیقی، فهرست افکار مقابله‌ای، آموزش مهارت افکار مقابله‌ای و کامل کردن برگه تمرین افکار مقابله‌ای، تشخیص هیجان‌ها، غلبه بر موانع سر راه هیجان‌های (هیجان‌ها و رفتارهای فریب دادن خود)	تمرین گوش سپاری به زمان حال، تمرین تنفس آگاهانه
جلسه هفتم	پذیرش بنیادین و استفاده از پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین، خودگویی‌های تأیید‌گرایانه، تدوین و ایجاد راهبردهای کنار آمدن جدید برای موقعیت‌های آشفته ساز بین فردی، و موقعیت‌های آشفته ساز شخصی	ایجاد یک برنامه سازش یافتگی فوری، تدوین طرح مقابله‌ای برای شرایط ضروری
جلسه هشتم	آموزش بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خود تخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، افزایش هیجان‌های مثبت.	شناسایی رفتارهای خود تخریبی

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (نرمال بودن با استفاده از شاپیرو-ویلک، همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، آزمون موچلی جهت کرویت) در سطح معناداری برابر ۰/۰۵ تحلیل شد. بر اساس اصول اخلاقی در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به افراد داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شود و آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از همه آزمودنی‌ها گرفته شد.

یافته‌ها

داده‌های مربوط به متغیر بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

مقایسه اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل‌...؛ حاجی بابایی راوندی و همکاران | ۶۷

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استقلال	فرزندپروری مثبت	۴۵/۴۰	۲/۴۱	۵۱/۸۶	۲/۸۵	۵۲/۷۳	۲/۷۳
	تحمل پریشانی	۴۵/۴۶	۲/۶۹	۵۰/۰۶	۲/۱۲	۵۰/۷۲	۲/۳۴
	کنترل	۴۵/۱۳	۲/۳۱	۴۵/۲۶	۱/۹۸	۴۴/۳۳	۱/۹۵
تسلط بر محیط	فرزندپروری مثبت	۴۳/۵۳	۱/۶۴	۵۱/۰۰	۳/۲۷	۵۳/۵۳	۲/۷۹
	تحمل پریشانی	۴۳/۷۳	۱/۲۲	۵۳/۱۳	۲/۳۲	۵۱/۳۳	۲/۸۴
	کنترل	۴۳/۶۶	۱/۱۱	۴۵/۳۳	۱/۷۹	۴۵/۰۶	۱/۷۹
رشد شخصی	فرزندپروری مثبت	۴۹/۴۰	۱/۵۹۷	۵۵/۲۶۶	۲/۴۹۱	۵۴/۹۳۳	۱/۶۳۱
	تحمل پریشانی	۴۸/۴۶۶	۱/۵۹۴	۵۵/۷۳۳	۱/۷۰۹	۵۴/۱۳۳	۱/۸۴۶
	کنترل	۴۹/۶۰	۱/۷۶۴	۵۰/۲۰۰	۱/۷۴۰	۵۰/۸۰۰	۱/۶۱۲
پذیرش خود	فرزندپروری مثبت	۴۸/۴۶۶	۱/۵۹۷	۵۳/۲۰۰	۲/۳۳۶	۵۲/۹۳۳	۲/۶۳۱
	تحمل پریشانی	۴۸/۵۳۳	۱/۳۵۵	۵۱/۸۰۰	۱/۷۴۰	۵۲/۲۶۶	۱/۸۳۰
	کنترل	۴۸/۸۰۰	۱/۸۲۰	۴۵/۲۰	۱/۷۲۰	۴۸/۷۶۰	۱/۶۱۲
رابطه مثبت با دیگران	فرزندپروری مثبت	۵۰/۳۳۳	۱/۰۴۶	۶۵/۸۰۰	۲/۶۵۱	۶۵/۷۳۳	۲/۴۰۴
	تحمل پریشانی	۵۱/۳۳۳	۱/۳۹۷	۶۴/۸۰۰	۲/۲۷۴	۶۴/۶۰۰	۲/۴۱۴
	کنترل	۵۰/۱۳۳	۱/۷۶۳	۵۰/۶۶۶	۱/۳۴۵	۴۹/۸۶۶	۱/۵۴۷
زندگی هدفمند	فرزندپروری مثبت	۵۱/۸۶۶	۱/۱۸۷	۶۴/۵۳۲	۲/۳۵۶	۶۵/۰۰۰	۲/۳۸۰
	تحمل پریشانی	۵۲/۱۳۳	۰/۸۳۳	۶۳/۷۲۵	۱/۴۳۷	۶۳/۵۲۹	۱/۵۴۳
	کنترل	۵۱/۷۳۳	۱/۳۳۴	۵۷/۵۳۳	۱/۵۰۵	۵۷/۷۳۳	۱/۷۵۱
بهزیستی روان-شناختی	فرزندپروری مثبت	۲۹۱/۰۰۰	۵/۰۷۰	۳۴۳/۸۰۰	۷/۲۷۲	۳۴۵/۲۰۰	۷/۴۸۵
	تحمل پریشانی	۲۹۲/۶۰۰	۳/۵۴۱	۳۳۵/۱۳۳	۶/۱۹۷	۳۳۶/۴۰۰	۷/۲۸۷
	کنترل	۲۹۱/۰۶۶	۵/۷۷۵	۲۹۷/۲۰۰	۴/۴۴۳	۲۹۶/۶۰۰	۷/۳۷۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی افزایش داشته است؛ اما در گروه کنترل نمرات در هر سه دوره تفاوت چندانی باهم ندارند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار

گرفت. از آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین و آزمون موجلی جهت کرویت برای رعایت پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون شاپیروویلک و لوین برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین‌هاس-گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	P	مجدور تا
استقلال	تعامل مراحل با گروه	۲۹۴/۳۵۶	۳/۶۳۹	۸۰/۸۹۱	۱۶/۷۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴
تسلط بر محیط	تعامل مراحل با گروه	۳۶۴/۵۱۶	۳/۰۰۰	۱۲۱/۵۲۱	۳۸/۶۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸
رشد شخصی	تعامل مراحل با گروه	۱۲۷/۸۹۶	۲/۹۷۱	۴۳/۰۴۹	۲۰/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
پذیرش خود	تعامل مراحل با گروه	۱۳۵/۴۶۷	۲/۹۱۹	۴۶/۴۰۹	۲۱/۶۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۷
رابطه مثبت با دیگران	تعامل مراحل با گروه	۱۳۸۰/۵۶۳	۲/۵۲۶	۵۴۶/۴۹۴	۱۵۷/۴۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
زندگی هدفمند	تعامل مراحل با گروه	۲۸۶/۶۹۶	۲/۸۹۶	۹۹/۰۰۲	۴۷/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳

نتایج جدول (۴) نشان داد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای استقلال (۱۶/۷۴۱)، تسلط بر محیط (۳۸/۶۰۰)، رشد شخصی (۲۰/۵۴۱)، پذیرش خود (۲۱/۶۳۹)، رابطه مثبت با دیگران (۱۵۷/۴۵۰)، زندگی هدفمند (۴۷/۲۹۹) است که در سطح ۰/۰۱

معنی دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان داد که بین گروه فرزندپروری مثبت و تحمل پریشانی در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$)؛ اما بین گروه فرزندپروری مثبت و گروه کنترل همچنین گروه تحمل پریشانی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P \leq 0/01$) و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع گروه‌های آزمایشی (فرزندپروری مثبت و تحمل پریشانی) است. به عبارتی هر دو درمان بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اثر داشته‌اند، اما دو درمان تفاوتی از نظر اثربخشی باهم نداشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی آموزش برنامه مهارت‌های فرزندپروری مثبت و تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی صورت گرفت. نتایج نشان داد که آموزش برنامه مهارت‌های فرزندپروری مثبت بر بهزیستی روان‌شناختی مادران فرزندان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته با نتایج عاشوری و همکاران (۲۰۱۹)، حاتمی‌فر و همکاران (۱۳۹۹)، جعفری و همکاران (۱۳۸۹) و ارکان و همکاران (۲۰۲۰) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که مادران فرزندان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به دلیل رفتارهای چالش‌برانگیز فرزندان و همکاری کم پدر در امور فرزند بیش‌فعال دچار مشکلاتی در روابط بین‌فردی هستند و سلامت روانی آن‌ها در خطر است (حامد، کویر و استیونس^۱، ۲۰۱۵)؛ اما شرکت مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در جلسات آموزشی، همراه با توضیح در مورد ماهیت و علت اختلالات رفتاری، دانش، مهارت، اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی و خوش‌فکری والدین در تربیت

۱. Hamed, Kauer, Stevens

کودکانشان را افزایش داده و شناخت‌های نادرست آن‌ها را نسبت به خود و فرزندانشان اصلاح می‌کند (پوراحمدی، جلالی، شعیری، طهماسیان، ۱۳۸۸). از سوی دیگر اهداف تمامی سطوح درمانی این روش، بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتار کودکان مبتنی است که از طریق آموزش‌های والدین به‌منظور ارتقاء تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی و خودکنترلی میسر می‌شود (ساندرز، ۲۰۱۲). بدین ترتیب، یادگیری شیوه‌های تعامل درست با کودکان و پیدایش ظرفیت خودتنظیمی در والدین، به ایجاد روابط بهتر با کودکان و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مادران منجر می‌شود. از سوی دیگر می‌توان گفت که والدین کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده در تربیت فرزندانشان از قوانین بی‌ثبات، مهارت‌های ضعیف حل مسئله و مسئولیت‌پذیری ضعیف برخوردار بوده و از تنبیه شدید و ناهماهنگ استفاده می‌کنند؛ این والدین در برخوردهای انضباطی‌شان والدینی، خشن، ناهماهنگ و ناتوان هستند (پیرامی، ۱۳۸۸)؛ اما برنامه فرزندپروری مثبت موجب می‌شود آن دسته از ویژگی‌های مادران که بر توانایی والدگری آن‌ها مؤثر است، تغییر کند و این موضوع قابلیت مادران را افزایش داده و به ارتباط صحیح با فرزندشان منجر می‌شود و در نتیجه باعث می‌شود دانش خود را در مهارت‌های تربیت فرزند و ارتباط صحیح با او گسترش دهند و رابطه آن‌ها با کودک خود مثبت‌تر و بیشتر شده و سبب بهبود بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها می‌شود (حاتمی‌فر و همکاران، ۱۳۹۹).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که برنامه تحمل‌پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران فرزندان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته با بخشی از نتایج ابوترابی کاشانی و همکاران (۱۳۹۹)، عرب‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، تفنگچی و همکاران (۱۴۰۰)، طاهری و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که درمانگر از طریق برنامه تحمل‌پریشانی با آموزش مواجهه با درد، رنج، پریشانی، پشیمانی، کنترل و مدیریت هیجانات و تحمل عاطفه‌ی منفی، جهت داشتن زندگی لذت‌بخش و معنی‌دار با تأثیرات معنوی و همچنین با استفاده از راهبردهایی نظیر پرت کردن حواس، خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه، مهارت بهسازی لحظات، پذیرش محض، برگرداندن ذهن، تنظیم هیجان و مهارت‌های مقابله‌ای به والدین زمینه را برای افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی آنان فراهم می‌کند

(عرب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع، این مهارت‌ها به درمانجو کمک می‌کند تا با انجام برخی از فعالیت‌ها (مثل تلفن‌زدن به یک دوست صمیمی یا حتی مرتب کردن اتاق)، مشارکت در برخی از کارها (مثل کمک کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند یا ایجاد تعمدی هیجان‌های مثبت (مثل دیدن فیلم)، فرونشانی موقتی شرایط دردناک (مثل کشیدن یک دیوار خیالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حس‌ها (مثل فشردن قطعه‌های یخ یا شنیدن موسیقی با صدای بلند)، حواس برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی خود را بهبود بخشند (لینهان و ویلکس، ۲۰۱۵). به عبارتی این برنامه به مادران کمک می‌کند با کاهش آشفتگی هیجانی از طریق رویارویی با هیجان اولیه در یک فضای غیر قضاوت‌گرایانه، کمتر احساس رنج کنند و بتوانند شرایط اضطراب‌انگیز و ناسازگار را تاب بیاورند و به بهبود و توسعه چشمگیر رفاه و بهزیستی روان‌شناختی مبادرت ورزند و به این سمت سوق داده شوند تا به شیوه‌ای فکر، احساس و عمل کنند که باعث ارتقاء منابع لازم جهت رسیدن آن‌ها به اهدافشان در زندگی شود و با وسعت بخشیدن به زمینه‌های شناختی‌شان بتوانند منابع پایداری را برای خودشان بسازند و در نتیجه، این فضای ذهنی توسعه‌یافته، باعث گردد تا در درازمدت و به‌طور غیرمستقیم سازگاری و بهزیستی آن‌ها در زندگی‌شان ارتقاء پیدا کند (عرب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر نتایج این بررسی در خصوص مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی حاکی از برابری نسبی آن‌ها بود. به عبارت دیگر یافته‌ها نشان داد که هر دو نوع درمان تقریباً به یک میزان موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی در مادران فرزندان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌شوند. در این زمینه پژوهش مشابه ایرانی یا خارجی موجود نیست؛ اما آنچه مشخص است شباهت‌هایی بین دو شیوه درمانی وجود دارد که نتایج درمانی مشابه را می‌تواند توجیه کند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهزیستی روانی، ارزش‌ها و توانمندی‌ها، مدیریت رفتار ناکارآمد، خودآگاهی، تمرین عمل متعهدانه و مواجهه و روبرو شدن با موقعیت‌های دشوار هیجانی از جمله مفاهیم مشترک در برنامه

فرزندپروری مثبت و برنامه تحمل‌پریشانی است. برنامه فرزندپروری مثبت سعی در افزایش خودکارآمدی و سلامت روان‌شناختی مادران دارد و از طریق آموزش والدین در جهت ارتقا تحول کودک، دستیابی به حس شایستگی اجتماعی و خویشنداری را در والدین هموار می‌سازد (اسپیچکرز، جانسن و ریجنولد^۱، ۲۰۱۳) و برنامه تحمل‌پریشانی در راستای ارتقاء بهزیستی افراد سعی در آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، تقویت توانمندی‌ها، بالابردن سطح عاطفه‌ی مثبت و افزایش رضایت از زندگی دارد که این نیز نهایتاً خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی را در افراد افزایش می‌دهد (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع برنامه فرزندپروری مثبت بر خودکارآمدی مادر در مدیریت و کنترل رفتار متمرکز است. از این‌رو، با یادگیری مهارت‌های رشد کودک، احساس شایستگی اجتماعی و خودکنترلی در مادران ایجاد می‌شود؛ در واقع این برنامه دانش والدین را نسبت به مشکلات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بیشتر می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا مهارت‌های مدیریت رفتار و متعاقباً خودکارآمدی خود را بهبود بخشند که همگی منجر به ارتقای سلامت روانی مادران می‌شود (عاشوری و همکاران، ۲۰۱۹). از طرف دیگر برنامه تحمل‌پریشانی از طریق آموزش فنون ذهن‌آگاهی، مهارت‌های کنترل هیجانی و مهارت‌های ارتباط بین‌فردی به والدین کمک می‌کند تا تعارض‌هایشان را مدیریت کرده و با شناخت بهتر یکدیگر، شایستگی اجتماعی، خودکارآمدی و صمیمیت بین‌فردی‌شان را افزایش دهند (حبیب‌الله‌زاده، شفیق‌آبادی و قمری، ۱۳۹۹). همچنین از آنجایی که نگرش والدین نسبت به مشکل کودک و فرایند درمان در اثربخشی هر برنامه مرتبط با کودکان مؤثر است. قبل از هر چیز، والدین باید بدانند که علت ایجاد اختلال نیستند و این که بسیاری از مشکلات کودک را می‌توان مدیریت کرد. لذا قسمتی از اثربخشی این دو برنامه را نیز می‌توان به اطلاع‌رسانی به والدین در خصوص مشکلات کودکان و فرایند درمان نسبت داد که به‌عنوان بخشی از برنامه در آن گنجانده شده است. در ضمن افزایش اطلاعات و آگاهی والدین، به نوبه خود می‌تواند نگرانی‌ها و اضطراب مادران را کاهش داده و در عین حال شناخت‌های نادرست مادران را

۱. Spijkers, Jansen, Reijneveld

مقایسه اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل...؛ حاجی بابایی راوندی و همکاران | ۷۳

نسبت به خود و فرزندانشان تغییر دهد و احساس گناه و افسردگی، به‌خاطر مقصر بودن خود و احساس خشم به دلیل مقصر دانستن کودکان را کاهش داده و به این ترتیب بهزیستی روانی آن‌ها را تحت‌تاثیر قرار دهد (جعفری و همکاران، ۱۳۸۹).

با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم‌یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین بر اساس نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی مداخله آموزش فرزندپروری مثبت و برنامه تحمل‌پریشانی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود این برنامه در مدارس با همکاری مربیان به کار گرفته شود تا آگاهی و بینش والدین درباره افزایش مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی افزایش پیدا کند.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

ORCID

Atieh Hajbabay
Ravandi

 <http://orcid.org/0000-0002-6019-7277>

Parisa Tajalli

 <http://orcid.org/0000-0003-2078-5485>

Afsane Ghanbaripناه

 <http://orcid.org/0000-0002-9595-215>

Mansooreh Shahriari

 <http://orcid.org/0000-0002-7344-0758>

Ahmadi

پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- ابوترابی کاشانی، پریسا؛ نادری، فرح؛ صفرزاده، سحر؛ حافظی، فریبا و افتخار، زهرا. (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی و تنظیم هیجانی بر تحمل پریشانی و اندیشه پردازشی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*. ۲۷(۲): ۶۹-۸۸.
- ارجمندنی، علی اکبر؛ عاشوری، محمد و جلیل آبکنار، سمیه. (۱۳۹۶). نگاهی جامع بر برنامه فرزندپروری مثبت: اصول، اهداف، سطوح و محتوا. *رویش روان‌شناسی*. ۶(۲): ۳۵-۵۲.
- بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور و بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به‌زیستی روان‌شناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*؛ ۱۴(۲): ۱۴۶-۱۵۱.
- بیرامی، منصور. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی‌شده بر بهداشت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۱(۴۲): ۱۱۴-۱۰۵.
- پوراحمدی، الناز؛ جلالی، محسن؛ شعیری، محمدرضا و طهماسیان، کارینه. (۱۳۸۸). بررسی اثر کوتاه مدت آموزش برنامه فرزندپروری مثبت (P۳) بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *خانواده پژوهی*. ۵(۲۰): ۵۳۲-۵۱۹.
- تفنگچی، مریم؛ رئیسی، زهره؛ قمرانی، امیر و رضایی، حسن. (۱۴۰۰). تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*. ۲۰(۱۰۰): ۶۳۴-۶۲۱.
- جعفری، بهناز سادات؛ موسوی، رقیه؛ فتحی آشتیانی، علی و خوشایبی، کتایون. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه. *خانواده پژوهی*. ۶(۴): ۴۹۷-۵۱۰.
- حاتمی‌فر، خدیجه؛ زارع، حسین و شهریاری احمدی، منصوره. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش والدگری مثبت و مدیریت والدین بر بهبود رابطه والد - کودک. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۷(۳): ۳۹-۲۵.

مقایسه اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل...؛ حاجی بابایی راوندی و همکاران | ۷۵

حبیب‌الله‌زاده، حسین؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و قمری، محمد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک با زوج‌درمانی خودتنظیمی بر کاهش طلاق عاطفی زوجین. *پژوهشنامه زنان*. ۱۱(۱): ۴۳-۶۳.

زارع بهرام‌آبادی، مهدی؛ گنجی، کامران. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش‌آموزان دبستانی *ناتوانی‌های یادگیری*. ۳(۴): ۲۵-۴۳.

طاهری، زهرا؛ رضایی‌جمالویی، حسن و زمانی، سعید. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش تحمل‌پریشانی بر توانایی تنظیم هیجانی و بهبود نارسایی هیجانی مبتلایان به اختلال نیمه‌بالینی خودارضایی. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۶(۱): ۵۴-۶۹.

عرب‌زاده، احمد؛ سودانی، منصور؛ شعاع‌کاظمی، مهرانگیز و شهبازی، مسعود. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. *پژوهش‌های مشاوره*. ۱۹(۷۳): ۹۹-۱۲۱.

عرب‌زاده، احمد؛ سودانی، منصور و شهبازی، مسعود. (۱۳۹۹). اثربخشی رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. *روان‌شناسی خانواده*. ۷(۱): ۳۹-۵۴.

عزیزی، امیر و محمدی، جواد. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک‌شده و افسردگی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل*. ۱۶(۱): ۹۵-۱۰۴.

فرشاد، محمدرضا؛ نجارپوریان، سمانه و شنیدی، فرزاد. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش والدگری مثبت مبتنی بر روی‌آورد ساندروز بر شادزیستی و تعارض والد-فرزندی دانش‌آموزان. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۵(۱): ۵۹-۶۷.

کریم‌زاده، مه‌رسا؛ خدابخشی‌کولایی، آناهیتا؛ داوودی، حسین و حیدری، حسن. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه والدگری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر خودکارآمدی، ناگویی هیجانی و بار روانی مادران کودکان با مشکلات رفتاری. *مجله پرستاری کودکان*. ۷(۳): ۱-۱۱.

نجارپور استادی، سعید؛ اکبری، بهمن؛ خلعتیری، جواد و باباپور، جلیل. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل‌پریشانی

دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*. ۲۷(۲):

۴۸-۵۲.

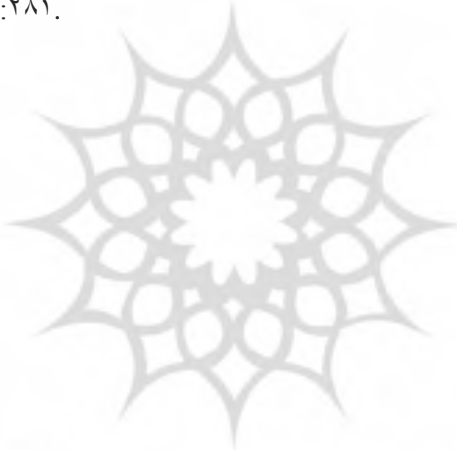
References

- American Psychiatric Association (۲۰۱۳). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ۵th ed. Arlington: American Psychiatric Association.
- Arkan, B., Güvenir, T., Ralph, A., & Day, J. (۲۰۰۰). The efficacy and acceptability of the Triple P: Positive Parenting Program with Turkish parents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. ۳۳(۳): ۸۸۸-۶۶۶
- Ashori, M., Afrooz, G.h.A., Arjmandnia, A.A., Pourmohamadrez-Tajrishi, M., Ghobari-Bonab, B., Jalil-Abkenar, S.S. (۱۹۹۹). Adaptation of positive parenting program training based on cultural values and evaluation of its effectiveness in psychological health and interaction of mother with slow paced children. *J Research & Health*. ۹(۴): ۴۴۴-۳۳۳.
- Babinski, D. E., Pelham, W. E., Jr, Molina, B. S., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Wymbs, B. T., Sibley, M. H., Derefinko, K. J., & Kuriyan, A. B. (۲۰۰۶). Maternal ADHD, Parenting, and Psychopathology Among Mothers of Adolescents With ADHD. *Journal of attention disorders*. ۱۰(۵): ۸۸۸-۸۸۸.
- Chou, W. J., Hsiao, R.C., Chang, C. C., Yen, C. F. (۲۰۱۱). Predictors of Depressive Symptoms in Caregivers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A One-Year Follow-Up Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. ۸۸, ۵۵۵۵.
- Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M.A., et al. (۲۰۱۱). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: ۸۸۸ evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. ۸۸۸: ۹۹۹-۸۸۸.
- Gordon, C.T., Hinshaw, S.P. (۲۰۰۷). Parenting stress as a mediator between childhood ADHD and early adult female outcomes. *J Clin Child Adolesc Psychol*. ۳۶(۴): ۵۸۸-۹۹.
- Hamed, A.M., Kauer, A.J., Stevens, H.E. (۲۰۰۵). Why the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder matters. *Front. Psychiatry*. ۶, aaa.
- Heckel, L. D., Clarke, A. R., Barry, R. J., McDarthy, R., & Selikowitz, M. (۱۹۹۹). The relationship between divorce and children with AD/HD of different subtypes and comorbidity: Results from a clinically referred sample. *Journal of Divorce & Remarriage*. ۳۳: ۳۳۳-۷۷۷.

- Humphreys, K. L., Mehta, N., & Lee, S. S. (۲۰۲۲). Association of parental ADHD and depression with externalizing and internalizing dimensions of child psychopathology. *Journal of Attention Disorders*. ۲۶: ۷۷۷-۵۵۵.
- Lee, S., & Mason, M. (۲۰۱۸). Effectiveness of brief DBT-informed group therapy on psychological resilience: A preliminary naturalistic study. *Journal of College Student Psychotherapy*. ۳۳(۱): ۵۵-۷۷.
- Linehan, M., Wilks, C. (۲۰۰۵). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American journal of psychotherapy*. ۶۱(۲): ۷۷-۹۹۹
- Moen, Ø. L., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (۲۰۱۶). Family Functioning, Psychological Distress, and Well-Being in Parents with a Child Having ADHD. *SAGE Open*. ۶(۱): ۱-۱۰
- Owens, E.B., Zalecki, C., Gillette, P., Hinshaw, S.P. (۲۰۱۷). Girls with childhood ADHD as adults: cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *J. Consult. Clin. Psychol.* ۸۵:۷۲۳-۶۶.
- Peters, K., & Jackson, D. (۲۰۱۹). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*. ۵۵: ۲۲-۱۱.
- Piñero-Cossio, J., Fernández-Martínez, A., Nuviala, A., Pérez-Ordás, R. (۲۰۱۱). Psychological Wellbeing in Physical Education and School Sports: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. ۸۸, ۴۴۴.
- Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R., et al. (۲۰۱۰). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. ۲۹: ۱۵۸۱-۱۱.
- Robinson, L.J., Freeston, M.H. (۲۰۱۴). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*. ۴۴: ۶۶۶-۱۱۱.
- Rubia, K., Westwood, S., Aggensteiner, P. M., Brandeis, D. (۲۰۱۱). Neurotherapeutics for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Review. *Cells*. ۰۰, ۶۶۶.
- Ryff C. D. (۲۰۰۸). Well-Being With Soul: Science in Pursuit of Human Potential. Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science. ۳۳(۲): ۲۲۲-۲۴۸.
- Ryff, C. D. (۲۰۱۹). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, ۱۷(۶), ۹۹۹۹.

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (۲۰۰۰). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, ۷۹(۴), ۹۹۹.
- Ryff, C.D. (۲۰۰۴). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychother. Psychosom.* ۷۳: ۷۷-۸۸
- Samiei, M., Daneshmand, R., Keramatfar, R., Khooshabi, K., Amiri, N., Farhadi, Y., Farzadfar, S. Z., Kachooi, H., & Samadi, R. (۲۰۰۰). Attention Deficit Hyper Activity Disorder (ADHD) and Stress: A Mutual Relationship between Children and Mothers. *Basic and clinical neuroscience*. ۶(۲): ۱۱۱-۱۱۳.
- Sanders, M. R. (۱۹۹۸). Triple P positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*. ۱۲(۴): ۷۷۷-۷۸۶
- Sanders, M. R. (۲۰۰۲). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P Positive Parenting Program. *Annual review of clinical psychology*. ۸(۱): ۱-۳۰
- Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. (۲۰۰۲). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. *Behaviour research and therapy*, ۴۰(۱۱), ۱۱۱۱-۱۱۲۴.
- Sawhney, I., Perera, B., Bassett, P., Zia, A., Alexander, R. T., & Shankar, R. (۲۰۱۱). Attention-deficit hyperactivity disorder in people with intellectual disability: statistical approach to developing a bespoke screening tool. *BJPsych open*. ۷(۶): e۷۷۷.
- Schermerhorn, A. C., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Emery, R. E., Turkheimer, E., Harden, K. P., & Martin, N. G. (۲۰۰۲). Offspring ADHD as a risk factor for parental marital problems: Controls for genetic and environmental confounds. *Twin Research and Human Genetics*. ۵(۶): ۳۳۳-۳۳۷.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (۲۰۰۰). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, ۲۴(۲), ۲۲۲-۲۳۳.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (۲۰۰۰). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. ۲۴(۲): ۲۲۲-۲۳۳.
- Spijkers, W., Jansen, D.E. & Reijneveld, S.A. (۲۰۱۳). Effectiveness of primary care triple P on child psychosocial problems in preventive child healthcare: a randomized controlled trial. *Bio Med Central Medicine*. ۱۱(۰۰): ۱-۸
- Whalen, C. K., Henker, B., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Emmerson, N. A., Johnston, J. A., & Swindle, R. (۱۹۹۹). ADHD and anger contexts:

- electronic diary mood reports from mothers and children. *Journal of pediatric psychology*. ۴۴(۹): ۳۳۳-۳۳۳.
- Wüstner, A., Otto, C., Schlack, R., Hölling, H., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U. (۱۹۹۹). Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *PLoS ONE*. ۴۴(۳):e۲۲۲۲۲۲۲.
- Young, S., Asherson, P., Lloyd, T., Absoud, M., Arif, M., Colley, W.A., et al. (۱۱۱۱). Failure of Healthcare Provision for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the United Kingdom: A Consensus Statement. *Front. Psychiatry*. ۱۲:۶۴۹۳۹۹.
- Young, S., Gudjonsson, G., Chitsabesan, P., Colley, B., Farrag, E., Forrester, A., et al. (۸۸۸۸). Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus. *BMC Psychiatry*. (۸۸۸۸) ۱۸:۲۸۱.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله: حاجی بابایی راوندی، عطیه، تجلی، پریسا، قنبری پناه، افسانه، شهریار احمدی، منصوره. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت و مهارت‌های تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، روان‌شناسی افراد استثنایی، ۱۲(۴۷)، ۵۳-۷۹.

DOI: ۱۰.۲۲۰۵۴/jpe.۲۰۲۲.۶۵۱۶۹.۲۴۰۱



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial ۴.۰ International License.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی