

## Original Article

**The Effectiveness of Parenting Training Based on Acceptance and Commitment on Parent-Child Interaction, Self-Efficacy and Psychological Flexibility Of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder**Mahnaz Jalilian<sup>1</sup>, Jahangir Karami<sup>1✉</sup>, Hadi Parhoon<sup>1</sup>

1. Department of psychology, Faculty of social sciences, Razi university, Kermanshah, Iran.

Received: 2023-11-26

Revised: 2024-11-21

Accepted: 2024-11-23

Doi: [10.48308/JFR.2024.233926.1669](https://doi.org/10.48308/JFR.2024.233926.1669)**Extended Abstract**

**Introduction:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders that typically begins in childhood and persists into adolescence and adulthood. ADHD in children can negatively affect the psychological well-being of families, parenting behaviors, and parent-child relationships, often leading to inappropriate parental reactions and subsequent future behavioral problems in children (Makita et al., 2023). Given the increased interaction between mothers and their children, problematic behavior in early years negatively impacts parent-child interactions, resulting in stress, reduced general health, and unpleasant emotions in mothers (Bulgan & Kiftisi, 2017). Parental self-efficacy refers to parents' belief in their ability to successfully perform important parenting tasks (Witkowski, Garrett, Calm & Weisberg, 2017). Existing literature indicates a link between self-efficacy and healthy functioning in both parents and children (Albanese, Russo & Geller, 2019). Studies show that parents with high levels of self-efficacy exhibit more positive parenting behaviors, which in turn promotes child development (Halloway et al., 2019). Psychological flexibility refers to the ability to fully engage with present-moment experiences and adapt to changing environmental stimuli while engaging in behaviors consistent with personal values (Wright, Graham, Howton, Gillery & Berry, 2023). In the context of parent-child interactions, psychological flexibility may be defined as a mother's ability to non-judgmentally accept changes, negative thoughts, and feelings such as fear and lack of confidence related to parenting, while engaging in value-based behaviors that encourage sensitive responses to children's needs and good parenting practices (Brasel et al., 2016; Fonseca, Moreira & Canavero, 2020). Research has shown that increasing parents' sense of competence and reducing stress through training is associated with improved behavior in children with ADHD (Larsen et al., 2021). In this context, acceptance and commitment-based parenting training is considered one of the effective interventions. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as a third-wave cognitive-behavioral therapy, aims to increase parents' cognitive capacity by raising awareness of the mind and related processes, enabling them to behave in a manner that is consistent and appropriate with their child, thereby enhancing parenting skills through mindset correction, present-moment awareness,

mindfulness, acceptance of thoughts and feelings as they are, and committed action aligned with chosen goals and values (Faghihi & Kajbaf, 2017). Given the adverse impact of ADHD on the family, social, and academic lives of the child and those around them, and the need to mitigate the negative consequences of this disorder on family system functioning, employing appropriate therapeutic methods to enhance the mental health of parents and impart parenting skills to help parents, especially mothers, establish effective and positive interactions with their children is essential. However, few studies have examined the effect of acceptance and commitment-based therapy on parent-child interactions and self-efficacy in mothers of children with ADHD, and no research has been found on the effectiveness of this therapy on the psychological flexibility of this group of mothers. Therefore, addressing the identified gaps, this study aims to investigate the effectiveness of acceptance and commitment-based parenting training on parent-child interaction, self-efficacy, and psychological flexibility in mothers of children with ADHD.

**Methodology:** This study is quasi-experimental research with a pretest-posttest and follow-up design (one month after the posttest) along with a control group. The statistical population included all mothers of children aged 6 to 12 years (both boys and girls) with ADHD symptoms in Kermanshah city in 2022. The sample was selected using convenience sampling. After obtaining the necessary permissions from the university to conduct the research, lists of all mothers whose children had been diagnosed with ADHD by a psychiatrist or clinical psychologist were compiled from counseling centers affiliated with the Department of Education and private counseling centers in Kermanshah. From this list of 44 individuals, 30 volunteers meeting the inclusion criteria were selected and randomly assigned to experimental and control groups (15 in each group). Inclusion criteria included mothers of children aged 6 to 12 years with ADHD symptoms and consent to participate in the study. The exclusion criterion was incomplete questionnaire responses. Participants completed the Parent-Child Interaction Scale by Pianta, the Parental Self-Efficacy Questionnaire by Dumka, and the Cognitive Flexibility Inventory by Dennis and Vander Wal. The experimental group received 10 sessions of 90 minutes each on acceptance and commitment-based parenting training. During this period, the control group received no intervention. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (one-way ANCOVA) with SPSS version 26.

**Findings:** For data analysis and to control the effect of the pretest, one-way ANCOVA was used. One assumption of ANCOVA is the homogeneity of variances between the groups at the posttest stage, which was tested using Levene's test. Results indicated that none of the variables were statistically significant, confirming the homogeneity of variances at the 0.05 level. Another important ANCOVA assumption, the homogeneity of regression slopes, was tested through the interaction effect of the independent variable and the pretest of each dependent variable on the posttest, showing that F values were not significant at the 0.05 level for the study variables. Thus, the assumption of homogeneous regression slopes was met. The Shapiro-Wilk test was used to check the normality of data distribution, with all significance levels above the assumed value (0.01), indicating no violation of the normality assumption. Given that the ANCOVA assumptions were met, the use of this test was justified. Results showed that acceptance and commitment-based parenting training significantly improved parent-child interactions in the experimental group compared to the control group, increasing closeness and dependency while reducing conflict, with these changes maintained at follow-up. The training also led to increased self-efficacy and psychological flexibility in the mothers

of the experimental group compared to the control group, with these changes persisting through the follow-up stage.

**Conclusion:** Raising a child with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a challenging and time-consuming task that requires a great deal of energy. These persistent parenting challenges and high levels of stress can, in turn, jeopardize parents' psychological well-being (Chang, Aberdeen, Ward & Thule, 2018). Researchers emphasize that parent-child relationships are crucial for children's mental health and emotional issues. In other words, parents' mental health and their interaction with their child play a significant role in children's psychological development and acquisition of basic skills (Maya, Frizzo & Lewandowski, 2020). However, families with children who have behavioral problems often face many challenges in their interactions with the child. These families typically do not enjoy warm and intimate interactions and experience issues such as nervous tension, not listening, and ambiguity in communication, criticism, and blame. Any negative behavior by one party results in a similar response from the others, creating a chain of negative and ineffective interactions within the family (Emami & Mohammadi, 2011). Therefore, educating parents, especially mothers who interact the most with their child, helps them learn appropriate parenting techniques and coping strategies to reduce the child's problems. In this context, acceptance and commitment-based parenting training aids parents in compassionately accepting and acknowledging their feelings, concerns, and limitations related to their child. The goal is to accept their thoughts and feelings as they are, especially during challenging and difficult moments, without trying to change them, thereby understanding their child in the present moment and acting based on what is most valuable. This results in the most meaningful interactions with their child (Quinn & Morrell; translated by Bahrami, Fayzi & Khoshcheshm, 2018).

**Keywords:** Parenting Based on Acceptance and Commitment, Parent-Child Interaction, Self-Efficacy, Psychological Flexibility, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

**How to cite:** Jalilian, M. , Karami, J. and parhoon, H. (2024). The Effectiveness of Parenting Training Based on Acceptance And Commitment on Parent-Child Interaction, Self-Efficacy And Psychological Flexibility Of Mothers With Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Family Research, 20(3),107 -127. doi: 10.48308/jfr.2024.233926.1669

✉Corresponding Author Email Address: [j.karami@razi.ac.ir](mailto:j.karami@razi.ac.ir)



Copyright: © 2024 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقاله پژوهشی

## اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل والد-فرزندی، خودکارآمدی و انعطاف پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

مهناز جلیلیان<sup>۱</sup>، جهانگیر کرمی<sup>۱</sup>، هادی پرهون<sup>۱</sup>

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۰۵ دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۰۳

OO:: [10.48308/jfr.2024.233926.1669](https://doi.org/10.48308/jfr.2024.233926.1669)

**چکیده:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل والد-فرزندی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام گرفت. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ سال (دختر و پسر) با نشانه‌های نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود و بدین منظور نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب، و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. شرکت‌کنندگان مقیاس تعامل والد-کودک پیمان‌ت، پرسشنامه خودکارآمدی والدینی دومکا و پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال را تکمیل کردند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. در طی این مدت، در مورد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیره) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر بهبود تعامل والد-فرزندی در مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر معناداری داشته و موجب افزایش مؤلفه‌های نزدیکی و وابستگی و کاهش مؤلفه تعارض شده است همچنین منجر به افزایش خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده و این تغییرات تا مرحله پیگیری ادامه یافته است. با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی کارآمد و مؤثر در جهت بهبود تعامل والد فرزند، افزایش خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به شمار می‌آید.

**کلیدواژه‌ها:** فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعامل والد- فرزند، خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی.

استناد به این مقاله: جلیلیان، م.، کرمی، ج. و پرهون، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل والد-فرزندی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. خانواده پژوهی، ۲۰(۳)، ۱۰۷-۱۲۷

doi: 10.48308/jfr.2024.233926.1669

## مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات عصب- تحولی است که معمولاً در کودکی ایجاد می‌شود و تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد. ویژگی‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری هسته اصلی این اختلال را تشکیل می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،<sup>۲</sup> ۲۰۱۳). اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ۵/۳ درصد از کودکان سراسر جهان را متأثر کرده است. این اختلال مشکلات اساسی در حوزه‌های مختلف تحصیلی، شناختی، اجتماعی، جسمی و روانی زندگی فرد ایجاد می‌کند (کارا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). نشانگان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کودکان، می‌تواند اثرات منفی بر وضعیت روان‌شناختی خانواده، رفتار والدینی و روابط والد- کودک بگذارد، به طوری که واکنش‌های نامناسب والدین و در نتیجه مشکلات رفتاری آینده کودکان را نیز در پی دارد (مکیتا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع زندگی با این کودکان، به‌صورت عاملی تنش‌زا، طاقت‌فرسا و همراه با تعارض توصیف می‌شود که در این میان، والدین افسردگی، استرس و ناامیدی را تجربه می‌کنند (کریگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به تعامل بیشتر مادران با فرزند خویش، رفتار مشکل‌ساز کودک در آغازین سال‌های زندگی، بر تعامل والد-فرزندی<sup>۶</sup> تأثیر منفی گذاشته و منجر به بروز استرس، کاهش سلامت عمومی و هیجانات ناخوشایند در مادر می‌شود (بولگان و کیفیت‌یسی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). به‌عبارت‌دیگر، اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، کارکرد اعضای خانواده بخصوص مادر را به‌عنوان عضوی از این مجموعه که بیشترین تعامل و نزدیکی را با کودک دارد در معرض خطر قرار داده و تعاملات مثبت بین والدین و فرزندان را کاهش می‌دهد. افزون بر این والدین این کودکان به‌ویژه مادران، در ارتباط با فرزند خود از روش‌های دستوری بیشتر استفاده می‌کنند، باورهای اشتباه در مورد خود و فرزندشان داشته و در نتیجه تعامل مثبت کمتری با کودک خود دارند (دلواچ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). به‌طور کلی نتایج مطالعات حاکی از آن است که روابط خانوادگی در خانواده‌های دارای کودک مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با سطوح بالایی از ناسازگاری و ناهمگنی همراه است؛ زیرا این کودکان، توانایی پیروی از دستورات والدین و سایر اعضا خانواده را ندارند، تکالیف خود را انجام نمی‌دهند و نسبت به همسالان خود رفتارهای منفی بیشتری دارند. در مجموع، چنین شرایطی بر عملکرد خانواده تأثیر منفی می‌گذارد، در تعامل والد و فرزند اختلال ایجاد کرده و اضطراب را در والدین افزایش می‌دهد، اضطراب والدین نیز به‌نوبه‌ی خود بر نحوه واکنش و روش‌های تنبیهی آنان تأثیر گذاشته و مستقیماً باعث افزایش رفتارهای نامطلوب در کودک می‌شود (معتد یگانه، ۱۳۹۷).

خودکارآمدی<sup>۹</sup> مربوط به باور والدین در مورد توانایی‌شان در انجام وظایف مهم والدینی به شکلی موفقیت‌آمیز است (ویتکوفسکی، گرت، کالم و ویزبرگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). ادبیات موجود بیانگر ارتباط بین خودکارآمدی و عملکرد سالم در والدین و فرزندان می‌باشد (آلبانیز، روسو و گلر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۹). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که والدین با سطح بالای خودکارآمدی، رفتارهای مثبت والدینی بیشتری نشان می‌دهند که به‌نوبه خود رشد کودکان را ارتقا می‌بخشد. (هالوو<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). وجود مشکلات رفتاری در کودکان پیش‌بینی‌کننده مهمی در خودکارآمدی والدین به شمار می‌آید و باعث می‌شود تا والدین به‌ویژه مادران، در نقش والدگری خود احساس خودکارآمدی پایینی داشته باشند (ویور، شاو، دیشن و ویلسون<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸). در همین راستا، والدین

دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نسبت به والدین کودکان بهنجار، از میزان خودکارآمدی پایین‌تری برخوردارند (پریماک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۱۵</sup> به معنای توانایی ارتباط کامل با تجارب لحظه حال است و به اینکه فرد بتواند با محرک‌های در حال تغییر محیطی سازگار شود و به رفتارهای مرتبط با ارزش‌های شخصی خود بپردازد اشاره دارد (رایت، گراهام، هاوتن، گیلیری و بری<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۳). بر این اساس انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۱۷</sup> به‌عنوان یک خرده مؤلفه از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شامل توانایی تغییر فرآیندهای شناختی به‌منظور سازگاری با تغییرات محیطی است (وایتینگ، دین، سیمپسون، مک لئود و کروچی<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۷). به‌عبارت‌دیگر، انعطاف‌پذیری قابلیت مواجهه با شرایط ناخوشایند و غلبه بر موقعیت‌های دشوار و به معنی بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به سطح بالاتری از تعادل است که موجب سازگاری موفقیت‌آمیز در زندگی می‌شود. افراد دارای تفکر انعطاف‌پذیر، موقعیت‌های چالش‌برانگیز یا استرس‌زا را می‌پذیرند و قادرند راه‌حل‌های جایگزین مطرح نمایند (شهابی، شهابی و فروزنده، ۲۰۲۰؛ نیک‌خو و حسینی قمی، ۱۴۰۰). در تعامل والد-کودک، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ممکن است به‌عنوان توانایی مادر برای پذیرش بدون قضاوت تغییرات، افکار و احساسات منفی مانند ترس و عدم اعتماد به نفس در رابطه با والدگری و همچنین درگیر شدن در رفتارهای مبتنی بر ارزش که پاسخ‌های حساس به نیازهای کودک و شیوه‌های خوب فرزندپروری را تشویق می‌کنند تعریف شود (براسل<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ فونسکا، موریرا و کانارو<sup>۲۰</sup>، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین با انعطاف‌پذیری پایین در فرزندپروری، بیشتر از شیوه‌های ناکارآمد والدینی از جمله قوانین ناسازگار و انضباط شدید استفاده می‌کنند (براون، ویتینگهام و سافرونوف<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۵؛ برک و مور<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۵).

در فرایند درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، روش‌های درمانی مختلفی از جمله درمان دارویی و رفتاردرمانی مورد توجه قرار گرفته است. اگرچه درمان دارویی نشانه‌های اصلی را بهبود می‌بخشد باین حال پژوهش‌ها طی دو دهه گذشته نشان می‌دهند که مؤثرترین درمان، ترکیب دارودرمانی و رفتاردرمانی است (خوشابی و همکاران، ۱۳۹۲). در همین راستا، لازم است اشاره شود که عدم درمان اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در بلندمدت منجر به ایجاد مشکلات کاری، افت عملکرد تحصیلی، عدم حفظ ایمنی هنگام رانندگی در بسیاری از افراد می‌شود. از این‌رو درمان به‌موقع و مؤثر این اختلال دارای اهمیت فراوانی است (آرنولد، هوچکینز، کال، مدهو و کیولی<sup>۲۳</sup>، ۲۰۲۰). بر این اساس آموزش والدین، یکی از روش‌های درمان این اختلال است که بر دیگر شیوه‌های درمانگری برتری دارد (فایبانو<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزایش احساس شایستگی و کاهش استرس والدین پس از آموزش، با بهبود رفتار کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مرتبط است (لارسن<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در این زمینه آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲۶</sup> یکی از درمان‌های مؤثر محسوب می‌شود.

درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم<sup>۲۷</sup> تعریف می‌شود (وین<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان در اواخر دهه ۱۹۸۰ توسط هیز<sup>۲۹</sup> از رویکردهای رفتارگرایی به درمان ساخته و معرفی شد (لارمر، ویتروویسکی و لوییس درایور<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۴) و شامل شش فرآیند مرکزی است که در نهایت منجر به تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود که این فرآیندها عبارت‌اند از پذیرش، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، تماس با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (رایت و همکاران، ۲۰۲۳). هدف

آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که والدین با آگاهی از ذهن و فرآیندهای مبتنی بر آن ظرفیت شناختی خویش را افزایش دهند و رفتاری هماهنگ و متناسب با کودک خود داشته باشند، در نتیجه بتوانند با اصلاح ذهنیت، ارتباط با زمان حال، توجه آگاهی، پذیرش افکار و احساسات همان‌گونه که هستند و عمل متعهدانه همسو با اهداف و ارزش‌های انتخابی، مهارت‌های فرزند پروری خود را ارتقا بخشند (فقیهی و کجاف، ۱۳۹۶) در این درمان می‌توان از طریق تسهیل شناسایی اجتناب‌های تجربی والدین، تعامل بین والد کودک را بهبود بخشید و در نتیجه پاسخگویی والدین به نیازهای کودک مطلوب و مؤثر واقع شود (براون، ویتینگهام، بوید، مک کنلی و سافرونوف<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۴). آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب و تنش فرزندپروری را کاهش می‌دهد و باعث بهبود ارزش نهادن به کودک می‌گردد (ابرین<sup>۳۲</sup>، ۲۰۱۱).

پژوهش‌های متعددی تأثیر آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود رفتارهای فرزندپروری و همچنین افزایش خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین نشان داده‌اند. حسینعلی زاده، پیشرو، محسنی اژی و محکی (۱۴۰۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی شده کودکان مؤثر بوده است. نتایج پژوهش فراقی دستجرد، شریفی درآمدی و فرخی (۱۳۹۸) نشان داد که آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر تعامل والد-کودک مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیر معناداری داشته است. رف تری هلمر، موری، کوین و رید<sup>۳۳</sup> (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر تغییر تعامل مشکل‌ساز والد-کودک، موجب بهبود فرزند پروری والدین نیز شده است. بادن و ماتیسن<sup>۳۴</sup> (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان دادند که مشاوره مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد این امکان را برای والدین فراهم می‌آورد تا انعطاف‌پذیری خود را افزایش دهند و در نتیجه فرزند پروری مؤثرتری داشته باشند. امینی ناغانی، نجارپوریان و سماوی (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر کاهش مشکلات مادران و کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. در پژوهش عظیمی فر، جزایری، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۹۷) نتایج نشان می‌دهد که آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش میزان خودکارآمدی والدینی مادران در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. برابادی، برابادی و حیدرنیا (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود سبک‌های فرزندپروری مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود. نتایج پژوهش تردست، امان الهی، رجبی، اصلانی و شیرالی نیا (۱۳۹۹) نشان داد که آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر مثبتی بر کاهش استرس فرزند پروری والدین و اضطراب کودکان دارد. در پژوهش دیگر، پدرو، آلتافیم و لینهارس<sup>۳۵</sup> (۲۰۱۷) گزارش کردند که برنامه‌های مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد در بهبود مهارت‌های فرزند پروری والدین و رفتار کودکان مؤثر بوده است. رایت، گراهام، هاوتن، گیلیری و بری<sup>۳۶</sup> (۲۰۲۳) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سلامت مراقبین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر و قابل‌قبول نشان داده شد. نتایج مطالعه ولیئی و امانی (۱۳۹۹) نشان داد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر کاهش سطح استرس والدگری، افزایش سخت‌رویی و همچنین بهبود رابطه والد-فرزندی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی داشته است. فلوجسکنتراس و گومز<sup>۳۷</sup> (۲۰۱۸) در یک مطالعه موردی که برای مشکلات یک مادر

در تعامل با خانواده‌اش به کار گرفتند، انعطاف‌پذیری، اجتناب تجربی، رفتار کنترل، پذیرش رویدادهای خصوصی و انسجام اقدامات ارزشمند را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان‌دهنده کاهش رفتار کنترل و اجتناب و افزایش پذیرش و اقدامات ارزشمند در پایان درمان بود که در مرحله پیگیری نیز حفظ شد و همچنین به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین مادر و فرزند شده است. شیرالی‌نیا، عبداللهی، موسوی و خجسته مهر (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد سبب کاهش استرس فرزندپروری و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم می‌شود.

با مدنظر قرار دادن آنچه بیان شد و با توجه به تأثیر نامطلوب اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر زندگی خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی کودک و اطرافیان او و لزوم کاهش پیامدهای منفی ناشی از این اختلال بر عملکرد سیستم خانواده، به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب جهت ارتقای سلامت روانی والدین و همچنین آموزش مهارت‌های فرزند پروری به منظور آشنایی والدین به‌ویژه مادران با نحوه برقراری ارتباط مؤثر و مطلوب با کودک ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا مطالعات اندکی، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر تعامل والد-فرزندی و خودکارآمدی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مورد بررسی قرار داده‌اند اما پژوهشی مبنی بر اثربخشی این درمان بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این گروه از مادران یافت نشد. لذا با توجه به مطالب مطرح‌شده و خلأ پژوهشی، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل والد-فرزندی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی است.

## روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (۱ ماه پس از پس‌آزمون) همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان ۶ تا ۱۲ سال (دختر و پسر) با نشانه‌های نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ بود. انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. بدین منظور، پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه برای اجرای پژوهش، با مراجعه به مراکز مشاوره وابسته به آموزش و پرورش و مراکز مشاوره خصوصی سطح شهر کرمانشاه، ابتدا از تمام مادرانی که کودک آن‌ها توسط روان‌پزشک یا روانشناس بالینی تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده بودند لیستی شامل ۴۴ نفر تهیه شد و در نهایت ۳۰ نفر از میان افراد داوطلب به شرکت در جلسات آموزشی بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مادران کودک ۶ تا ۱۲ سال (دختر و پسر) با نشانه‌های نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج شامل عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها بود.

## ابزار پژوهش

**مقیاس تعامل والد-کودک<sup>۳۸</sup>:** مقیاس تعامل والد-کودک نخستین بار توسط پیانتا<sup>۳۹</sup> در سال ۱۹۹۴ ساخته و معرفی شد. این مقیاس از ۳۳ ماده برای ارزیابی ادراک والدین در مورد رابطه خود با فرزندشان تشکیل شده



است و دارای حوزه‌های تعارض (۱۷ گویه)، نزدیکی (۱۰ گویه)، وابستگی (۶ گویه) و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) می‌باشد. ارزیابی پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (قطعاً صدق نمی‌کند) تا ۵ (قطعاً صدق می‌کند) صورت می‌پذیرد (پور محمدرضای تجربی، عاشوری، افروز، ارجمند نیا و غباری بناب، ۱۳۹۴). دریکسول<sup>۴۰</sup> و پیناتا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این مقیاس را در حوزه تعارض ۰/۷۵، نزدیکی ۰/۷۴، وابستگی ۰/۶۹ و رابطه مثبت کلی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند؛ و در ایران هم پایایی این مقیاس توسط ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی (۱۳۸۸) با آلفای کرونباخ در هر یک از مؤلفه‌های تعارض ۰/۸۴، نزدیکی ۰/۷۰، وابستگی ۰/۶۱ و رابطه مثبت کلی ۰/۸۶ به دست آمد و روایی آن توسط متخصصین مورد بررسی قرار گرفته است. آلفای کرونباخ پژوهش حاضر برای خرده مقیاس تعارض ۰/۷۱، نزدیکی ۰/۶۵، وابستگی ۰/۶۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد.

**پرسشنامه خودکارآمدی<sup>۴۱</sup>:** این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط دومکا، استورزینگر، جکسون و روسا<sup>۴۲</sup> برای سنجش خودکارآمدی والدین معرفی شده است و شامل ۱۰ گویه است که پاسخ به سؤالات آن بر اساس طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود، بالاترین نمره در این مقیاس ۷۰ و پایین‌ترین نمره ۱۰ می‌باشد که نمرات بالا خودکارآمدی مطلوب را در والدین نشان می‌دهد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بدین صورت است که گویه‌های (۱، ۵، ۶، ۸) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و پنج گویه باقی‌مانده (۲، ۴، ۷، ۹ و ۱۰) به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. (رحیمی، اکرمی و قمرانی، ۱۴۰۰). دومکا و همکاران روایی این آزمون را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش کردند (راماسینی، ۲۰۰۰) و همچنین پایایی این پرسشنامه توسط تیلور<sup>۴۳</sup> (۲۰۰۶) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۵۴ گزارش شده است. در ایران نیز طالعی، طهماسیان و وفایی (۱۳۹۰) پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و روایی صوری آن را مناسب گزارش کردند. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

**پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۴۴</sup>:** پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی نخستین بار توسط دنیس و وندروال<sup>۴۵</sup> در سال ۲۰۱۰ به منظور ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر ساخته و معرفی شد. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ گویه است و نمره‌گذاری آن بر طبق مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از امتیاز ۱ = کاملاً مخالفم تا ۷ = کاملاً موافقم انجام می‌شود. پایین‌ترین امتیاز در پرسشنامه ۲۰، بالاترین امتیاز ۱۴۰ است و نمرات بالاتر انعطاف‌پذیری بیشتری را نشان می‌دهد (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). خرده مقیاس‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار و گزینه‌های مختلف که سه جنبه انعطاف‌پذیری را می‌سنجند. اعتبار همزمان این پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک<sup>۴۶</sup> ۰/۳۹ و اعتبار همگرایی آن با پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. همچنین دنیس و وندروال (۲۰۱۰) پایایی پرسشنامه را مطلوب ۰/۹۱ گزارش نمودند و در ایران شاره، فرمانی و سلطانی (۲۰۱۴) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش کرده‌اند و ضریب اعتبار باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر نیز ۰/۶۸ به دست آمد.

**پروتکل درمانی:** پروتکل که در این پژوهش اجرا شد عبارت است از آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر اساس فرزند پروری کوین و مورل<sup>۴۶</sup> (۲۰۰۹) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵) به نقل از امینی ناغانی و همکاران (۱۳۹۹) تدوین شده است و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا	هدف
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، بیان قوانین گروه، مقدمه‌ای در مورد اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی	اهمیت فرزند پروری و تفاوت شیوه فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر شیوه
جلسه دوم	آموزش درماندگی خلاق با استفاده از استعاره چاه	استعاره گیرکردن در شن زار، استعاره گیرکردن در باتلاق، ارائه تکلیف
جلسه سوم	آموزش تولیدات ذهن، آگاهی از دستورات ذهن	انواع خانواده از دیدگاه پذیرش و تعهد و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	آموزش این مفهوم که کنترل مسئله است نه راه‌حل با استفاده از استعاره به خاطر سپردن عددی ۲، ۱ و ۳	استعاره کشتی با هیولا، استعاره ببر گرسنه و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	آموزش پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش افکار و احساسات منفی به‌جای کنترل،	اجتناب و حذف آن‌ها با استفاده از استعاره مهمان و ارائه تکلیف
جلسه ششم	آموزش مفهوم خود مشاهده‌گر و خود مفهوم‌سازی شده با استفاده از استعاره شطرنج	تمرینات ذهن آگاهی (تمرین آگاهی از کوچک‌ترین صداها، تمرین بودن با کودک، تمرین معاینه کل بدن و تمرین خوردن کشمش) و ارائه تکلیف
جلسه هفتم	آموزش تمرینات ذهن آگاهی شامل تمرین آگاهی از کوچک‌ترین صداها، تمرین بودن با کودک	تمرین معاینه کل بدن و تمرین خوردن کشمش، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	آموزش شیوه‌های اصلاح رفتار، آموزش دستور دهی مؤثر	آموزش پیش‌بینی‌ها، رفتار، زمینه‌ها، پیامدهای رفتاری، آموزش تحلیل کارکردی رفتار و ارائه تکلیف
جلسه نهم	آموزش ارزش‌ها با استفاده از استعاره تشیع جنازه	استعاره سنگ‌قبر و استعاره جزیره، آموزش تفاوت ارزش با اهداف و انتظارات، ارائه تکلیف
جلسه دهم	مرور مباحث گذشته	خلاصه مطالب و جمع‌بندی

### شیوه اجرا

جهت اجرای مداخله ابتدا توضیحاتی راجع به هدف دعوت برای حضور در جلسات، زمان‌بندی جلسات، جلب رضایت و اعتماد آن‌ها و اهمیت حضور به‌موقع و کامل آن‌ها در تمامی جلسات مطرح شد. به‌تمامی شرکت‌کنندگان گفته شد که حضور و انتخاب آن‌ها در جلسه‌های آموزشی به‌صورت کامل تصادفی بود و شانس هر یک از آن‌ها برای حضور در جلسات آموزشی برابر است. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد بود و آنان اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش منصرف شوند. در ادامه پس از تکمیل رضایت‌نامه کتبی، در هر دو گروه پیش‌آزمون به‌منظور بررسی متغیرهای پژوهش، اجرا شد. جلسات درمانی برای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته توسط درمانگر، روز (پنج‌شنبه‌ها) و زمان (۱۰ تا ۱۱:۳۰ صبح) اجرا شد و طی این مدت در گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت، یک هفته پس از اتمام دوره آموزشی از هر دو گروه

پس‌آزمون گرفته شد و در پایان پژوهش به دلیل حفظ اصول اخلاقی، جلسات آموزش فرزند پروری برای گروه کنترل نیز اجرا شد و همچنین یک ماه پس از پایان مداخله، یافته‌های مرحله پیگیری جمع‌آوری گردید. ملاک‌های ورود در پژوهش حاضر عبارت بودند از (۱) داشتن کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در دامنه سنی ۶ تا ۱۲ سال، (۲) برخورداری از سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه و انجام تکالیف درمانی و ملاک خروج شامل دریافت دوره‌های درمانی و آموزشی طی یک سال گذشته بود و همچنین غیبت بیش از سه جلسه طی دوره آموزشی و متعهد نبودن به انجام تکالیف ارائه‌شده جزء معیارهای حذف شرکت‌کنندگان از پژوهش محسوب می‌شد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیر استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده SPSS\_26 بود.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در دو گروه آزمایش و کنترل شرکت کردند که میانگین سن مادران در گروه آزمایش ۳۵/۸۰ با انحراف معیار ۶/۴۹ و در گروه کنترل ۳۴/۲۷ با انحراف معیار ۴/۸۹ بود و میانگین سن کودکان در گروه آزمایش ۸/۳۳ با انحراف معیار ۱/۳۴ و در گروه کنترل ۸/۵۳ با انحراف معیار ۱/۸۸ بود و همچنین، میزان تحصیلات مادران از سیکل تا لیسانس بود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ آزمون‌گیری در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین (انحراف- معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
نزدیکی	۳۵/۳۳ (۶/۲۶)	۴۰/۶۰ (۲/۰۶)	۴۱/۱۳ (۲/۵۸)	۳۴/۶۶ (۳/۷۷)
وابستگی	۱۹/۲۰ (۳/۶۲)	۲۱/۴۰ (۳/۱۳)	۲۱/۶۶ (۳/۱۳)	۱۷/۸۶ (۳/۸۸)
تعارض	۶۰/۲۰ (۹/۸۲)	۴۰/۱۰ (۸/۹۷)	۳۷/۴۶ (۶/۵۶)	۵۶/۶۰ (۸/۸۲)
تعامل والد-فرزندی	۱۰/۵۳ (۹/۳۵)	۱۱/۲۶ (۱۰/۵۷)	۱۱/۲۶ (۹/۲۱)	۱۰/۲۰ (۸/۲۸)
خودکارآمدی	۴۱/۰۶ (۱۰/۱۶)	۴۹/۲۶ (۴/۹۹)	۵۷/۹۳ (۴/۹۰)	۴۴/۸۰ (۱۰/۱۰)
جایگزین‌ها	۵۴/۱۳ (۶/۵۷)	۶۱/۳۳ (۲/۹۴)	۶۲/۰۰ (۲/۳۶)	۵۱/۸۶ (۱۱/۴۲)
کنترل	۳۳/۹۳ (۸/۰۴)	۲۵/۸۰ (۳/۷۶)	۲۵/۱۳ (۲/۲۳)	۳۳/۵۳ (۴/۷۰)
جایگزین‌های رفتاری انسانی	۹/۴۶ (۲/۵۵)	۱۰/۹۳ (۱/۳۳)	۱۰/۶۰ (۱/۶۸)	۹/۱۳ (۱/۷۶)
انعطاف‌پذیری	۴۴/۰۶ (۸/۹۰)	۵۵/۲۶ (۱/۱۰)	۵۸/۶۰ (۱۱/۷۹)	۴۴/۷۳ (۸/۵۹)

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات گروه آزمایش در مقیاس تعامل والد-فرزندی و خرده مقیاس‌های نزدیکی و وابستگی در مرحلهٔ پس‌آزمون رو به افزایش و متغیر تعارض رو به کاهش است؛ علاوه بر این، در مرحلهٔ پیگیری نیز نسبت به مرحلهٔ قبل از آن (پس‌آزمون)، نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقیاس تعامل-فرزندی و خرده مقیاس‌های نزدیکی و وابستگی تقریباً ثابت مانده است و در متغیر تعارض کاهش یافته است. میانگین نمرات گروه آزمایش در مقیاس خودکارآمدی در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری رو به افزایش است؛ علاوه بر این، در مرحلهٔ پیگیری نیز نسبت به مرحلهٔ قبل از آن (پس‌آزمون)، نمرات

شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقیاس خودکارآمدی افزایش محسوسی یافته است. میانگین نمرات گروه آزمایش در خرده مقیاس‌های جایگزین‌ها و جایگزین‌هایی برای رفتار انسانی و کل مقیاس انعطاف‌پذیری در مرحله پس‌آزمون رو به افزایش و در خرده مقیاس کنترل رو به کاهش است؛ علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز نسبت به مرحله قبل از آن (پس‌آزمون)، نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در خرده مقیاس‌ها تقریباً ثابت مانده است و در نمره مقیاس انعطاف‌پذیری افزایش یافته است.

برای تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون است که از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر تعارض  $[F_{(1, 28)} = 6/92 \quad P = 0/064 > 0/05]$ ، وابستگی  $[F_{(1, 28)} = 3/57 \quad P = 0/069 > 0/05]$ ، نزدیکی  $[F_{(1, 28)} = 3/11 \quad P = 0/089 > 0/05]$ ، متغیر تعامل والد-فرزندی  $[F_{(1, 28)} = 4/67 \quad P = 0/080 > 0/05]$ ، متغیر خودکارآمدی  $[F_{(1, 28)} = 1/2 \quad P = 0/272 > 0/05]$ ، خرده مقیاس‌های جایگزین‌ها  $[F_{(1, 28)} = 5/65 \quad P = 0/150 > 0/05]$ ، کنترل  $[F_{(1, 28)} = 5/00 \quad P = 0/333 > 0/05]$ ، جایگزین‌هایی برای رفتار انسانی  $[F_{(1, 28)} = 2/46 \quad P = 0/128 > 0/05]$  و متغیر انعطاف‌پذیری  $[F_{(1, 28)} = 12/49 \quad P = 0/0123 > 0/05]$  به دست آمد که هیچ‌یک از متغیرها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها در سطح  $0/05$  تأیید شد.

مفروضه دیگر مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان  $F$  در سطح  $0/05$  برای متغیر تعارض  $[F = 0/325 \quad P = 0/547 > 0/05]$ ، وابستگی  $[F = 0/941 \quad P = 0/341 > 0/05]$ ، نزدیکی  $[F = 13/210 \quad P = 0/0232 > 0/05]$ ، تعامل والد-فرزندی  $[F = 2/304 \quad P = 0/411 > 0/05]$ ، متغیر خودکارآمدی  $[F = 5/675 \quad P = 0/250 > 0/05]$ ، خرده مقیاس‌های جایگزین‌ها  $[F = 1/914 \quad P = 0/178 > 0/05]$ ، کنترل  $[F = 9/280 \quad P = 0/0105 > 0/05]$ ، جایگزین‌هایی برای رفتار انسانی  $[F = 4/278 \quad P = 0/069 > 0/05]$  و مقیاس انعطاف‌پذیری  $[F = 0/06 \quad P = 0/938 > 0/05]$  بود. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار می‌باشد.

برای بررسی توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که سطوح معناداری تمام متغیرها بالاتر از مقدار مفروض ( $0/01$ ) می‌باشد، لذا این نتایج حاکی از عدم تخطی از مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات می‌باشد.

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس یکراهه، استفاده از این آزمون مجاز است. بنابراین، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ و ۵ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در نمرات مقیاس تعامل والد-فرزندی

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تعارض	پیش‌آزمون	۱۷۵۵/۳۶۹	۱	۱۷۵۵/۳۶۹	۶۹/۰۲۵	$P < 0/001$	۰/۷۱۹
	عضویت گروهی	۱۱۹۵/۳۵۷	۱	۱۱۹۵/۳۵۷	۴۷/۰۰۴	$P < 0/001$	۰/۶۳۵

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
نزدیکی	خطا	۶۸۶/۶۳۱	۲۷	۲۵/۴۳۱			
	پیش آزمون	۸۳/۷۰۵	۱	۸۳/۷۰۵	۱۱/۴۳۶	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۲۹۸
	عضویت	۱۸۰/۰۴۰	۱	۱۸۰/۰۴۰	۲۴/۵۹۷	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۷۷
وابستگی	خطا	۱۹۷/۶۲۹	۲۷	۷/۳۲۰			
	پیش آزمون	۱۹۵/۰۹۶	۱	۱۹۵/۰۹۶	۵۸/۴۶۱	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۸۴
	عضویت	۵۹/۵۲۷	۱	۵۹/۵۲۷	۱۷/۸۳۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۹۸
تعامل والد-فرزندی	خطا	۹۰/۱۰۴	۲۷	۳/۳۳۷			
	پیش آزمون	۶۶۹/۷۸۷	۱	۶۶۹/۷۸۷	۱۳/۱۹۲	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۲۸
	عضویت	۴۶۴/۴۸۶	۱	۴۶۴/۴۸۶	۹/۱۴۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۲۵۳
	خطا	۱۳۷/۸۸۰	۲۷	۵۰/۳۷۷			

با توجه به جدول ۳ آماره F در پس آزمون به ترتیب برای مقیاس تعامل والد-فرزندی و خرده مقیاس‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی ۹/۱۴۸، ۴۷/۰۰۴، ۲۴/۵۹۷ و ۱۷/۸۳۷ است که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان تعامل والد-فرزندی و در تمام خرده مقیاس‌های آن تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین میانگین‌های مندرج در جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین نمرات گروه آزمایش خرده مقیاس‌های نزدیکی، وابستگی و کل مقیاس تعامل والد-فرزندی در مرحله پس آزمون رو به افزایش و متغیر تعارض رو به کاهش است؛ علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز نسبت به مرحله قبل از آن (پس آزمون)، نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در خرده مقیاس‌های نزدیکی و وابستگی و مقیاس تعامل والد-فرزندی تقریباً ثابت مانده است و در خرده مقیاس تعارض کاهش یافته است. با توجه به این یافته‌ها و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود تعامل والد-فرزندی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در نمرات مقیاس خودکارآمدی

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
خودکارآمدی	پیش آزمون	۸۹۹/۸۵۴	۱	۸۹۹/۸۵۴	۵۱/۴۰۱	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۱۶۵
	عضویت گروهی	۱۱۷۷/۴۰۶	۱	۱۱۷۷/۴۰۶	۶۷/۲۵۵	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۷۱
	خطا	۴۷۲/۶۸۰	۲۷	۱۷/۵۰۷			

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در نمرات مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
جایگزین‌ها	پیش آزمون	۴۵۷/۶۱۴	۱	۴۵۷/۶۱۴	۱۵/۹۷۵	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۷۲
	عضویت گروهی	۲۵۵/۵۹۰	۱	۲۵۵/۵۹۰	۸/۹۲۲	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۴۸

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
	خطا	۷۷۳/۴۵۳	۲۷	۲۸/۶۴۶			
کنترل	پیش‌آزمون	۲۵۷/۵۶۹	۱	۲۵۷/۵۶۹	۱۲/۰۱۵	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۰۸
	عضویت	۵۲۶/۶۷۲	۱	۵۲۶/۶۷۲	۲۴/۵۶۷	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۷۶
	خطا	۵۷۸/۸۳۱	۲۷	۲۱/۴۳۸			
جایگزین‌های رفتار انسانی	پیش‌آزمون	۱/۴۱۹	۱	۱/۴۱۹	۰/۹۶۰	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۴۰
	عضویت	۳۲/۸۴۸	۱	۳۲/۸۴۸	۲۲/۲۲۰	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۵۱
	خطا	۳۹/۹۱۴	۲۷	۱/۴۷۸			
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۸۲۸/۰۶۲	۱	۱۸۲۸/۰۶۲	۵۵/۴۲۰	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۷۲
	عضویت	۹۷۵/۸۰۶	۱	۹۷۵/۸۰۶	۲۹/۵۸۳	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۵۲۳
	خطا	۸۹۰/۶۰۵	۲۷	۳۲/۹۸۵			

با توجه به جدول ۴ آماره F خودکارآمدی در پس‌آزمون ۶۷/۲۵۵ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین میانگین‌های مندرج در جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز نسبت به مرحله قبل از آن (پس‌آزمون)، نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقیاس خودکارآمدی افزایش محسوسی یافته است. و همچنین با توجه به جدول ۵ آماره F در پس‌آزمون به ترتیب برای مقیاس انعطاف‌پذیری و خرده مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل، جایگزین‌هایی برای رفتار انسانی ۲۹/۵۸۳، ۸/۹۲۲، ۲۴/۵۶۷ و ۲۲/۲۲۰ است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان انعطاف‌پذیری و در تمام خرده مقیاس‌های آن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. علاوه بر این میانگین‌های مندرج در جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین نمرات گروه آزمایش در خرده مقیاس‌های جایگزین‌ها و جایگزین‌هایی برای رفتار انسانی و مقیاس انعطاف‌پذیری در مرحله پس‌آزمون رو به افزایش و در خرده مقیاس کنترل رو به کاهش است؛ علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز نسبت به مرحله قبل از آن (پس‌آزمون)، نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در خرده مقیاس‌ها تقریباً ثابت مانده است و در نمره مقیاس انعطاف‌پذیری افزایش یافته است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل والد-فرزندی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تعامل والد-فرزندی در مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر معناداری داشته و موجب افزایش مؤلفه‌های نزدیکی و وابستگی و کاهش مؤلفه تعارض شده است و تغییرات در مرحله پیگیری نیز حفظ می‌شوند. همچنین آموزش فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در

مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده و این تغییرات تا مرحله پیگیری ادامه یافته است. نتایج این بررسی با پژوهش‌های برابادی، برابادی و حیدرنیا (۱۴۰۰)، رایت و همکاران (۲۰۲۳)، تردست، امان الهی، رجبی، اصلانی و شیرالی نیا (۱۳۹۹)، بادن و ماتیسین (۲۰۲۱)، ولیئی و امانی (۱۳۹۹)، فلوجسکنتراس و گومز (۲۰۱۸)، فراقی دستجرد، شریفی درآمدی و فرخی (۱۳۹۸)، شیرالی نیا، عبداللهی، موسوی و خجسته مهر (۱۳۹۶) و پدرو، آلتافیم و لینهارس (۲۰۱۷) همسو بود.

درواقع پرورش کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وظیفه‌ای دشوار و زمان‌بر است که انرژی زیادی می‌طلبد. به‌طوری‌که این چالش‌های همیشگی در فرزند پروری و سطح بالای استرس به‌نوبه‌ی خود سلامت روان‌شناختی والدین را به خطر می‌اندازد (چانگ، آبردین، وارد و ثنول<sup>۴۷</sup>، ۲۰۱۸). پژوهشگران معتقدند روابط والد و کودک، در سلامت روان و مسائل عاطفی کودکان نیز بسیار حائز اهمیت است. به‌عبارت‌دیگر، سلامت روان والدین و نحوه تعامل آن‌ها با کودک، نقش بسزایی در رشد روان‌شناختی و اکتساب مهارت‌های پایه در کودکان ایفا می‌کند (مایا، فریزو و لواندوفسکی<sup>۴۸</sup>، ۲۰۲۰).

با این وجود، خانواده‌های دارای فرزند با مشکلات رفتاری در بسیاری از تعاملات خود با کودک، چالش‌های زیادی را تجربه می‌کنند. این خانواده‌ها به‌طورمعمول از تعامل صمیمانه و گرم برخوردار نیستند و در ارتباط با فرزندان دچار مشکلاتی از قبیل: تنش عصبی، گوش نکردن و ابهام در ارسال پیام‌ها، تحقیر و سرزنش می‌شوند و هرگونه رفتار منفی توسط یکی از طرفین باعث می‌شود، دیگر افراد نیز پاسخی مشابه بدهند. بدین ترتیب زنجیره‌ای از تعاملات منفی و ناکارآمد در خانواده شکل می‌گیرد (امامی و محمدی، ۱۳۹۰). در همین راستا، آموزش والدین به‌ویژه مادران به‌عنوان فردی که بیشترین تعامل را با فرزند خود دارد باعث می‌شود تا والدین بتوانند با یادگیری شیوه‌های تربیتی و برخورد مناسب با کودک از این تکنیک‌ها برای کاهش مشکلات فرزند خود استفاده کنند. در این زمینه، فرزند پروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به والدین کمک خواهد کرد تا احساسات، نگرانی‌ها و محدودیت‌های مرتبط با فرزندشان را مشفقانه پذیرفته و تصدیق کنند و هدف این است که در چالش‌برانگیزترین و سخت‌ترین لحظات، افکار و احساساتشان را همان‌طور که هستند بپذیرند و برای تغییر آن‌ها تلاش نکنند. به‌گونه‌ای که فرزند خود را در لحظه حال درک کنند و بر اساس آنچه با ارزش‌تر است اقدام نمایند و در نتیجه معنادارترین تعامل را با فرزندشان داشته باشند (کوپن و مورل؛ ترجمه بهرامی، فیضی و خوش چشم، ۱۳۹۷).

آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، این امکان را برای مادران فراهم می‌آورد تا با داشتن یک حس متعالی از خود، ارتباط با زمان حال و با شناسایی ارزش‌های فرزندپروری و عمل متعهدانه و هدفمند در مسیر این ارزش‌ها، احساس مفید بودن و اعتمادبه‌نفس داشته و توانایی مقابله با چالش‌ها را در خود تقویت نمایند که این امر بر افزایش خودکارآمدی والدینی آنان تأثیر مثبت می‌گذارد. در همین راستا باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند که افراد چه اندازه برای انجام فعالیت‌های خود زمان می‌گذارند، در برخورد با مشکلات و دشواری‌ها چه اندازه مقاومت می‌کنند و هنگام مواجهه با موقعیت‌های گوناگون از چه میزان انعطاف‌پذیری برخوردار هستند (ارنست، بلروس، اکهارت، هایلد و رودریگز<sup>۴۹</sup>، ۲۰۱۴؛ زارعی، اسدپور و محسن زاده، ۱۴۰۰). می‌توان گفت مادران بعد از شرکت در برنامه آموزشی، تعهد بالایی برای رسیدن به اهداف خود دارند و حتی باوجود موانع و پیامدهای منفی، انگیزه زیادی خواهند داشت. آن‌ها قادرند بر ناکامی‌ها و ناامیدی‌ها تاحدی غلبه

کنند و در کنترل و مهار مشکلات رفتاری کودک، راه‌حل صحیح و مؤثر برگزینند. همچنین مادران طی جلسات درمانی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد آموختند که افکار و هیجانات منفی مرتبط با رفتارهای مشکل‌ساز فرزندشان را بدون هیچ‌گونه واکنش و قضاوتی بپذیرند و از طریق تکنیک‌های ذهن آگاهی و بودن در زمان حال، از آنچه در همین لحظه در حال وقوع است آگاهی یابند، از طرفی با فاصله‌گیری از تجارب ذهنی ناخوشایند و آزاردهنده درزمینه فرزندپروری بتوانند مستقل از این تجارب رفتار کنند و به دنبال آن با شناسایی ارزش‌های خود در راستای اهداف مهم و ارزشمند گام بردارند. در واقع این درمان به مادران کمک می‌کند در مواجهه با مشکلات رفتاری کودک، پاسخ‌های سازگارانه و منعطف‌تری نشان دهند و در موقعیت‌های چالش‌برانگیز بهترین و مناسب‌ترین روش را برگزینند و به این ترتیب سلامت روان‌شناختی خود را حفظ نمایند از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی برای جمع‌آوری اطلاعات اشاره کرد که ممکن است سوگیری‌هایی در پاسخ به آن وجود داشته باشد، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور ارزیابی متغیرهای پژوهش، علاوه بر پرسش‌نامه از مصاحبه، مشاهده رفتار شرکت‌کنندگان و همچنین تهیه گزارش از اعضای خانواده و افراد نزدیک با آن‌ها استفاده نمایند. در پژوهش حاضر از پیگیری یک‌ماهه جهت ماندگاری اثرات جلسات آموزشی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تداوم تغییرات با پیگیری بلندمدت‌تری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان بخشی از خدمات مشاوره و روانشناسی مدارس و مراکز تخصصی کودک و نوجوان معرفی و اجرا شوند. این برنامه‌ها می‌توانند شامل کارگاه‌های عملی و جلسات گروهی برای والدین باشند که به آن‌ها مهارت‌های پذیرش، تعهد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را آموزش دهند.



پی‌نوشت‌ها:

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
2. American Psychiatric Association
3. Kara & et al
4. Makita & et al
5. Craig & et al
6. Parent- child interaction
7. Bulgan & Qiftci
8. Deloatche
9. Self-efficacy
10. Wittkowski , Garrett, Calam & Weisberg
11. Albanese, Russo & Geller
12. Holloway & et al
13. Weaver, Shaw, Dishion & Wilson
14. Primack & et al
15. Psychological flexibility
16. Wright, Graham, Houghton, Ghiglieri & Berry
17. Cognitive flexibility
18. Whiting, Dean, Simpson, Mc Leod & Ciarrochi
19. Brassell & et al
20. Fonseca , Moreira & Canavarro
21. Brown, Whittingham & Sofronoff
22. Burke & Moore
23. Arnold, Hodgkins, Kahle, Madhoo & Kewley
24. Fabiano & et al
25. Larsen & et al
26. Acceptance and Commitment Therapy
27. Third wave
28. Wynne & et al
29. Hayes
30. Larmar , Wiatrowski & Lewis-Driver
31. Brown, whittingham, Boyd, Mckinlay & Sofronoff
32. Obrien
33. Raftery-Helmer, Moore, Coyne & Reed
34. Bodden & Matthijssen
35. Pedro, Altafim & Linhares
36. Wright, Graham, Houghton, Ghiglieri & Berry
37. Fluja- Contreras & Gomez
38. Child-Parent Relationship Scale
39. Pianta
40. Driscoll
41. Self-efficacy questionnaire
42. Dumka, Steorzinger, Jackson & Roosa
43. Taylor
44. Cognitive flexibility inventory (CFI)
45. Dennis & Vanderwal
46. Coyne & Murrell
47. Cheung , Aberdeen , Ward & Theule
48. Maia, Frizzo & Levandowski
49. Ernst, Belrose, Eckhardt, Hild & Rodriguez

## References

- Abulizi, M., Xu, H., Abuduguli, A., Zhao, W., He, L., & Zhang, C. (2023). Dual mediating effects of social support and fertility stress on mindfulness and fertility quality of life in infertile men: A case-control study. *Frontiers in Psychology*, 14, 1138282.
- Alimondegari, M., Karimi, M., & Razeghi Nasrabad, H. B. (2021). Infertility and Coping Strategies in Men and Women Referring to Yazd Institute of Reproductive Sciences. *Journal of Family Research*, 16(4), 473-492. Doi: 10.29252/jfr.16.4.473 [In Persian].
- Ahmadi, Z., & Mehrabi, H. A. (2020). Relationship between social support and resilience with posttraumatic growth: the mediating role of stress coping styles. *Journal of Psychology New Ideas*, 5(9), 1-13 [In Persian].
- Ahmadi, Z., Mehrabi, H., & Neshatdoost, H. T. (2017). Predictors of post traumatic growth in damaged women: Spirituality, social support, self-efficacy and resilience. *Clinical Psychology Achievements*, 3(3), 305-320 [In Persian].
- Alizadeh, T., Farahani, M. N., Shahraray, M., & Alizadegan, S. (2005). The relationship between self-esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. *Journal of Reproduction & Infertility*, 6(2), 194-204 [In Persian].
- Amani, O., Sheykhi, M., Sahabmokammel, N., Jahanbakhsh, N., Nasrollahi, S., & Ghorbani, P. (2022). The role of social support, resilience and rumination in predicting posttraumatic growth among Corona-Recovered Patients. *JNIP* ۱-۱۷:(۱۶) ۱۲ ; [In Persian].
- Babazadeh Namini, S., Elahi, S. A., Seirafi, M. R., Sabet, M., & Azadeh, P. (2021). Predicting post-traumatic growth inventory (PTGI) based on the perceived social support; the mediating role of resilience in women with breast cancer: A structural equation modeling approach. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 9(2), 172-186 [In Persian].
- Bagherian-Sararoudi, R., Hajian, A., Ehsan, H. B., Sarafraz, M. R., & Zimet, G. D. (2013). Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. *International journal of preventive medicine*, 4(11), 1277.
- Behbahani Mandizadeh, A., & Homaei, R. (2020). The casual relationship Stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women. *Journal of Family Research*, 16(1), 55-76.doi.org/10.29252/jfr. 16.1.4 [In Persian].
- Benard B. (2005). Resiliency: what we have learned. *Child Youth Environ*. 15(1):432-38
- Bradow, Allyson. (2012). primary and secondary infertility and post traumatic stress disorder: experiential differences between type of infertility and symptom characteristics. Spalding University.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive psychiatry*, 49(2), 195-201.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Routledge.
- Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A., & Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1-2).
- Clark, J. N. (2024). Post-traumatic growth, resilience and social-ecological synergies: some reflections from a study on conflict-related sexual violence. *Social Sciences*, 13(2), 104.
- Cohen, J. A., Jaycox, L. H., Walker, D. W., Mannarino, A. P., Langley, A. K., & DuClos, J. L. (2009). Treating traumatized children after Hurricane Katrina: Project Fleur-de lis™. *Clinical child and family psychology review*, 12(1), 55-64.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Davari, A., & Rezazadeh, A. (2013). Structural equation modeling with PLS software. University Jihad Publishing Organization [In Persian].
- Donarelli, Z., Salerno, L., Lo Coco, G., Allegra, A., Marino, A., & Kivlighan, D. M. (2019). From telescope to binoculars. Dyadic outcome resulting from psychological counselling for infertile couples undergoing ART. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(1), 13-25.
- Dong, X., Li, G., Liu, C., Kong, L., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. (2017). The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer

- survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 47-52.
- Fernandez-Ferrera, C., Llana-Suarez, D., Fernandez-Garcia, D., Castañon, V., Llana-Suarez, C., & Llana, P. (2022). Resilience, perceived stress, and depressed mood in women under in vitro fertilization treatment. *Reproductive Sciences*, 29(3), 816-822.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions-royal Society of London Series B Biological Sciences*, 1367–1378
- Ghoncheh, S., & Golpour, R. (2022). The Relationship between Resilience and Social Support with Social Health in Students: The Moderating role of Self-compassion. *Social Psychology Research*, 12(45), 45-64 [In Persian].
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of US women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87-94.
- Hair, J. (2015). *Structural equation modeling: partial least squares*, translated by Rasul Gholamzadeh and Adel Azar. Publication of Negha Danesh [In Persian].
- Harris, E. (2023). Cancer moonshot plan announced. *JAMA*, 329(17), 1443-1443.
- Hasanpour Dehkordi, A; Ganji, F; Kaveh Bagh Bahad Rani, F; and Omidi, M. (2019). Investigating perceived social support and related factors in infertile women referring to Shahrekord infertility clinic. *Clinical Journal of Nursing and Midwifery*, 9(2):677-666 [In Persian].
- Herbell, K., Breitenstein, S. M., Melnyk, B. M., & Guo, J. (2020). Family resilience and flourishing: Well-being among children with mental, emotional, and behavioral disorders. *Research in Nursing & Health*, 43(5), 465-477.
- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., Von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 28, 1111-1117.
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human reproduction update*, 21(4), 411-426.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical psychology review*, 26(8), 1041-1053.
- Kakanezhadifard, M., Heidari, A., & Naderi, F. (2021). The Mediating Role of Infertility Stress in the Relationship between Sexual Self-Concept, Family Resilience, and Marital Adjustment in Infertile Women. *MEJDS*; 11:69-69 [In Persian].
- Kang, X., Fang, M., Li, G., Huang, Y., Li, Y., Li, P., & Wang, H. (2021). Family resilience is a protective buffer in the relationship between infertility-related stress and psychological distress among females preparing for their first in vitro fertilization–embryo transfer. *Psychology, Health & Medicine*, 1-14.
- Khalifeh, F., Salame, A., & Ghazeeri, G. (2024). Infertility and Psychological Well-Being: The Interplay of Post-Traumatic Growth and Affective Personality Types in Infertile Lebanese Muslim Women. *Mental Illness*, 2024(1), 9572632.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kong, L., Fang, M., Ma, T., Li, G., Yang, F., Meng, Q., & Li, P. (2018). Positive affect mediates the relationships between resilience, social support and posttraumatic growth of women with infertility. *Psychology, Health & Medicine*, 23(6), 707-716.
- Latifnejad Roudsari, R., Rasolzadeh Bidgoly, M., Mousavifar, N., & Modarres Gharavi, M. (2011). The effect of collaborative counseling on perceived infertility-related stress in infertile women undergoing IVF. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 14(4), 22-31 [In Persian].
- Li, Y., Zhang, X., Shi, M., Guo, S., & Wang, L. (2019). Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 1-9.
- Liu, Z., Doege, D., Thong, M., & Arndt, V. (2020). The relationship between posttraumatic growth and health-related quality of life in adult cancer survivors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*.

- Mahmoudi, S.J.S., Rahimi, CH., & Mohammadi, N. (2013). Psychometric Properties of Posttraumatic Growth Inventory in an Iranian Sample. *Psychological Models and Methods*, 3(vol 3/ no 12), 93-108 [In Persian].
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113-2121.
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology*, 35(6), 485-489.
- Mo, P. K. H., Lau, J. T. F., Yu, X., & Gu, J. (2014). The role of social support on resilience, posttraumatic growth, hopelessness, and depression among children of HIV-infected parents in mainland China. *Aids Care*, 26(12), 1526-1533.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and sterility*, 72(1), 54-62.
- Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S., & Malave, A. F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human reproduction*, 25(1), 133-141.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2020). Electronic address: [asrm@asrm.org](mailto:asrm@asrm.org). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. 113:533-535
- Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2017). Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current opinion in psychology*, 13, 96-106.
- Rezaei, Z. S., Dehghani, M., & Heidari, M. (2018). Quality of Life of Women Heading Family: the Role of Resiliency, and Family Functioning Based on Mc Master Model. *Journal of Family Research*, 13(3), 407-421 [In Persian].
- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 31(1), 34-51.
- Rizalar, S., Ozbas, A., Akyolcu, N., & Gungor, B. (2014). Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(8), 3429-3434.
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2016). The impact of stress on fertility treatment. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 198-201.
- Saber, M., & Nosratabadi, M. (2014). Social support and health-related quality of life in elderly people covered by the Welfare organization of Kerman city. *Health and Development Journal*, 3(3), 189-199 [In Persian].
- Saeidian, A., Ahadi, M., Malihi, S., Sarami, G., & Sirafi, M. (2021). The mediating role of resiliency in the relationship between dimensions of social support and self-care in patients with asthma. *Feyz Medical Sciences Journal*, 25(1), 784-790 [In Persian].
- Safitri, M., Mariyanti, S., & Sasongko, B. (2020). Social Support and Resilience in Women Who Have Infertility.
- Safouraei Parizi, S., & Safouraei Parizi, M. (2019). The relationship between social support and resilience with the mediating role of life expectancy in corona patients. *Islamic Psychology Research*, 3(1), 75-102 [In Persian].
- Salami AR, Joukar B, Nikpour R. (2009). Internet and Communication: Perceived Social Support and Loneliness as Antecedent Variable. *Psychological Studies*. 2009; 5(3): 81-102 [In Persian].
- Seaton, C. L., & Beaumont, S. L. (2015). Pursuing the good life: A short-term follow-up study of the role of positive/negative emotions and ego-resilience in personal goal striving and eudaimonic well-being. *Motivation and Emotion*, 39(5), 813-826.
- Shafierizi, S., Faramarzi, M., Esmaelzadeh, S., Khafri, S., & Ghofrani, F. (2022). Does infertility develop posttraumatic growth or anxiety/depressive symptoms? Roles of personality traits, resilience, and social support. *Perspectives in Psychiatric Care*.
- Sultani, G., Heinsch, M., Wilson, J., Pallas, P., Tickner, C., & Kay-mmrbkin, F. (2024). NN I have deeam nnpccø of the ngghaaa ee an updaddyeeëmaic eevwww pott-traumatic growth among refugee populations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 795-812.

- Tanriverd, D., Savas, E., & Can, G. (2012). Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(9), 4311-4314.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.
- dddecch, .. G., & aa hloun, .. G. (2004.. "Pouuuuuuaic grohhh: conceptua ooundaion and empiiica evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2015). Clinical applications of posttraumatic growth. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 2, 503-518.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- World Health Organization. (2023). Infertility prevalence estimates, 1990–2021. World Health Organization.
- Xie, C. S., & Kim, Y. (2022). Post-traumatic growth during COVID-19: The role of perceived social support, personality, and Coping Strategies. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 2, p. 224). MDPI.
- Yeung, N. C., & Lu, Q. (2018). Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 41(1), 53.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry research*, 215(2), 401-405.
- Zhang, X., Deng, X., Mo, Y., Li, Y., Song, X., & Li, H. (2021). Relationship between infertility-related stress and resilience with posttraumatic growth in infertile couples: gender differences and dyadic interaction. *Human Reproduction*, 36(7), 1862-1870.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zlotnick, C., & Manor-Lavon, I. (2023). Resilience, optimism and posttraumatic growth in first-time mothers. *Research in Nursing & Health*, 46(6), 576-590.
- Zohoorparvande, V. (2018). The Relationship between Social Support and Resilience with Social Anxiety and Psychological Distress in Exceptional Children's Mothers. *Journal of Family Research*, 15(2), 283-301 [In Persian].