اثربخشی مهارت‌های تحمل پریشانی بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

▫ **عطیه حاجی بابایی راوندی**، دانشجوی دکتری تخصصی 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 روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
▫ **منصوره شهریاری احمدی**، استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۱ ● تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۲ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۹ - ۱۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه مهارت‌های تحمل پریشانی بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بود.

روش پژوهش: طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای دانش‌آموزان ۷ تا ۱۱ ساله با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (بیش‌فعالی غالب) در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ شهر تهران بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمایشی و گواه جایدهی شدند. برای گروه آزمایشی، برنامه مهارت‌های تحمل پریشانی اجرا شد در حالیکه گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل مقیاس سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۲) و مقیاس سازگاری زناشویی (اسپانیر، ۱۹۷۶) بود. جهت تجزیه و تحلیل آماری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مهارت‌های تحمل پریشانی بر بهبود سلامت عمومی و سازگاری زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته است. (P<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: شواهد به‌دست آمده نشان می‌دهد که مهارت‌های تحمل پریشانی در افزایش سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، سازگاری زناشویی، سلامت عمومی، مادران، مهارت‌های تحمل پریشانی

* Email: p_tajalli@yahoo.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی[1] یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی[2] در کودکان و نوجوانان است (۱). بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری از ویژگی‌های اولیه این اختلال هستند (۲). براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم[3] برای بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری ۶ نشانه زیر (یا تعداد بیشتر) حداقل باید به‌مدت ۶ ماه ادامه داشته باشد و شدت و درجه آنها با سطح رشدی فرد مطابقت و مناسبت نداشته باشد و بر فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی، شغلی تأثیر منفی بگذارد. برخی از این نشانه‌ها عبارت‌اند از: فرد اغلب نمی‌تواند به جزئیات توجه دقیق نشان دهد، اغلب در حفظ کردن توجه در تکالیف یا فعالیت‌ها مشکل دارد، اغلب به نظر می‌رسد که وقتی مستقیماً با او صحبت می‌شود گوش نمی‌دهد، اغلب در سازمان دادن به تکالیف و فعالیت‌ها مشکل دارد، اغلب لوازم لازم برای تکالیف و فعالیت‌ها را گم می‌کند، اغلب دست‌ها و پاها بی‌قرارند و در صندلی خود وول می‌خورد، اغلب در موقعیت‌های نامناسب، می‌دود یا از چیزها بالا می‌رود، اغلب نمی‌تواند ساکت بازی کند یا به فعالیت‌های اوقات فراغت بپردازد، اغلب منتظر نوبت ماندن برایش دشوار است، اغلب بیش از اندازه صحبت می‌کند (۱). میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در کودکان ۵/۹ درصد و در بزرگسالان ۲/۵ درصد گزارش شده است (۳). اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب همراه است (۴). افراد با این اختلال بیشتر درگیر بزهکاری، رفتار مجرمانه و مصرف مواد (۵)، تجربه بارداری زودهنگام یا ناخواسته (۶) و تجربه چالش در تحصیل و کار هستند (۷). مشکلات و بیماری‌های همراه نیز از جمله اضطراب و افسردگی در این افراد شایع هستند که اغلب در دوران کودکی ایجاد می‌شوند (۸).

از طرفی، زندگی با کودک با اختلال یا ناتوانی، اغلب به‌صورت عاملی تنش‌زا برای خانواده درک شده و همه جنبه‌های خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). در این بین مادر - به‌عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک است- می‌تواند در معرض خطر بیشتری باشد (۱۰). در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که اگرچه برخی از مادران به‌خوبی با مشکلات روبه‌رو می‌شوند، اما در کل، مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نسبت به مادران کودکان عادی، سلامت عمومی پایین‌تری دارند (۱۱). والدین این کودکان بیشتر منفی‌گرا هستند و کمتر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند (۱۲). این والدین استرس فراتر از والدین کودکان عادی دارند و بیش از آنها به احساس عدم کفایت فرزندپروری، عدم رضایت از نقش والدینی خود و فشار مالی دچار می‌شوند (۱۳). همچنین نتایج مطالعات حاکی از این است که در خانواده‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، میزان مصرف الکل (۱۴) تنیدگی والدین (۱۵)، جدایی و طلاق (۱۶)، خشم (۱۷)، اختلال افسردگی (۱۸) و اختلال اضطرابی (۱۹) بیشتر است.

از سوی دیگر داشتن فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی منجر به کاهش کیفیت زندگی، گوشه‌گیری، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و احساس طرد شدن می‌شود و در پی آن، سازگاری زناشویی[4] در والدین کودکان با این اختلال کاهش می‌یابد (۲۰). سازگاری زناشویی به معنای نداشتن مشکل در زندگی نیست بلکه به معنای ظرفیت سازگار شدن با مشکلات و توانایی حل آنها است (۲۱). سازگاری زناشویی به‌عنوان یک فرآیند تکاملی در ارتباط میان زن و شوهر است که به حالتی از تطابق در جنبه‌های گوناگون زوجین که امکان دارد در آنها تعارضی موجود باشد، اطلاق می‌شود (۲۲). در واقع سازگاری زناشویی عبارت است از میزان نزدیکی به همسر، فعالیت‌های لذت‌بخش مشترک، روابط جنسی رضایت‌بخش و نزدیک، اشتراک ارزش‌ها و افکار بدون اجبار (۲۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد تنش ناشی از ناسازگاری زناشویی در چارچوب روابط بین زوجین باقی نمی‌ماند و دیگر روابط درون خانوادگی به‌خصوص روابط فرزندان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۴). در راستای این مطالعات، والریوس[5] و همکاران (۲۵) نشان دادند خانواده‌های فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، فرزندان‌شان دارای هیجانات ناخوشایند بیشتری هستند و این هیجانات منفی پیش‌بینی‌کننده آزار، اذیت و استرس روزانه برای والدین و تعارض زناشویی است که این امر می‌تواند ناشی از درخواست‌های بیشتر از معمول این کودکان باشد که والدین را در فرآیند فرزندپروری دچار چالش‌های اساسی می‌کند (۲۶)؛ این چالش‌ها و درخواست‌ها گاهی آنچنان آسیب‌رسان است

1. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
2. Neurodevelopmental disorders
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
4. Marital Adjustment
5. Walerius

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

که مدیریت هیجان‌های مربوط به فرزندپروری را دچار بحران می‌کند و باعث آسیب‌زدن به روابط زناشویی می‌شود (۲۷).

یکی از مداخلات روان‌شناختی که کارآیی بالینی آن جهت ارتقاء توانمندی‌های افراد در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است، برنامه آموزش تحمل پریشانی[1] است (۲۸ و۲۹). آموزش تحمل پریشانی از جمله مهارت‌های مبتنی بر پذیرش در رفتاردرمانی دیالکتیک[2] است (۳۰ و ۳۱). 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 (۳۲). در این برنامه سعی می‌شود تا افراد با یادگیری یک‌سری فنون (مانند پرت کردن حواس، خودآرام سازی با حواس پنج‌گانه، مهارت بهسازی لحظات، پذیرش محض، برگرداندن ذهن، تنظیم هیجان و مهارت‌های مقابله‌ای) بدون اینکه کوششی برای ایجاد هر نوع تغییر در شرایط فعلی داشته باشند، فقط تجربه‌های هیجانی خود را مشاهده نموده و آنها را بپذیرند (۳۳). در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که بررسی اثربخشی تحمل پریشانی بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران پرداخته باشد، یافت نشد اما در پژوهشی همسو یافته‌های لی و ماسون[3] (۳۴) بیانگر این بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی، بر افزایش تحمل پریشانی، تاب‌آوری و سلامت عمومی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه اثربخش بوده است. در پژوهشی دیگر عزیزی و محمدی (۳۵) دریافتند که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش استرس ادراک‌شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر می‌باشد. همچنین وکیلی و همکاران (۳۶) نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بی‌ثباتی هیجانی افراد با اختلال شخصیت مرزی اثربخش است. یافته‌های مقامی و همکاران (۳۷) نیز حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سازگاری زناشویی زنان دارای همسر معتاد بود.

با توجه به اینکه پژوهش‌های گذشته عمدتاً بر مشکلات مختلف کودکان با مشکلات رفتاری تمرکز داشته‌اند و به مشکلات والدین این کودکان کمتر توجه شده است (۳۸) درحالی‌که مادر اولین کسی است که با نوزاد ارتباط برقرار می‌کند لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک بر عهده دارد و کانون سلامتی و بیماری محسوب می‌شود به‌گونه‌ای که هر چقدر مشکل روانی والدین شدیدتر باشد، ظهور اختلالات رفتاری کودکان سریع‌تر خواهد بود (۳۹). همچنین با توجه به تأثیر منفی این اختلال بر سازگاری زناشویی مادران که می‌تواند مشکلات بهزیستی و روان‌شناختی گسترده‌ای به همراه داشته باشد و از آنجا که درباره شناسایی اثربخشی آموزش تحمل پریشانی به مادران و تأثیری که بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی دارد، پژوهش‌های محدودی وجود دارد این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش برنامه تحمل پریشانی بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی صورت گرفت.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مادران دارای دانش‌آموز ۷ تا ۱۱ ساله با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی (بیش‌فعالی‌غالب) در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ شهر تهران بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از مراجعه‌کننده‌های مرکز مشاوره پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی براساس پرسشنامه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز انتخاب شدند. افراد انتخاب‌شده در ۲ گروه (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گروه گواه) جایگزین شدند. پرسشنامه‌های مقیاس سلامت عمومی و مقیاس سازگاری زناشویی در مرحله پیش‌آزمون از گروه آزمایشی و گروه گواه گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی برنامه مهارت‌های تحمل پریشانی اجرا و پس از طی دوره آموزشی بار دیگر ارزیابی‌های مربوط با گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دارا بودن فرزند ۷ تا ۱۱ ساله، دارا بودن فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از نوع غالب بیش‌فعالی با تشخیص روان‌پزشک که بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر ندارد، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی روان‌شناختی دیگر. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در ۲ جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در دوره آموزشی بود. میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایشی (۳۴/۸۲ ±۲/۳۶) و گروه گواه (۳۵/۴۶±۲/۵۲) بود. در گروه آزمایشی ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) لیسانس و بیشتر بودند و در گروه گواه

1. distress tolerance
2. Dialectical behavior therapy
3. Lee, Mason

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

۹ نفر (۶۰ درصد) مدرک دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و بیشتر داشتند.

مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ[1]: این پرسشنامه ۲۸ پرسشی توسط گلدبرگ و هیلر[2] (۴۰) طراحی شده است که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از کاملاً موافق (نمره ۴) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود که نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر و بالاتر و بالعکس است. در مطالعه کی‌یس[3] (۴۱) ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۳ به‌دست آورد. در نمونه ایرانی نیز (۴۲) اعتبار پرسشنامه را به ۳ روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است و روایی همزمان این پرسشنامه از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان مدلسکس[4] انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ به‌دست آمد.

مقیاس سازگاری زناشویی[5]: این پرسشنامه توسط اسپانیر[6] (۴۳) با هدف ارزیابی سازگاری و کیفیت رابطه زناشویی تنظیم شده است. تعداد ۳۲ گویه دارد و با طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره کلی این مقیاس از صفر تا ۱۵۱ با جمع نمرات گویه‌ها به‌دست می‌آید. این پرسشنامه، سازگاری زناشویی را در ۴ بُعد توافق دونفری، ابزار محبت، رضایت زناشویی و همبستگی دونفری می‌سنجد. اسپانیر (۴۳) ضریب همسانی درونی آن‌را ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ گزارش کرده است. در ایران نیز حسن‌شاهی و همکاران (۴۴) پایایی به‌دست آمده با استفاده از روش تنصیفی برابر با ۰/۹۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد کرد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ به‌دست آمد.

معرفی برنامه مداخله: برنامه تحمل پریشانی براساس دیدگاه چندبُعدی (۴۵) به‌صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که روایی محتوایی آن برای زنان سنین ۲۵ تا ۵۰ سال در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۸)، توسط مجری مجرب اجرا شد. خلاصه جلسات برنامه تحمل پریشانی در جدول (۱) اشاره شده است.

جدول۱) شرح جلسات برنامه تحمل پریشانی

جلسه	اهداف و محتوا	تکالیف
یکم	معارفه و آشنایی. آموزش پیامدهای منفی راهبردهای کنار آمدن خودآسیب‌رسان، 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
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
سوم	مهارت خودآرامش‌بخشی، خودآرامش‌بخشی 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
چهارم	تن‌آرامی، آرامش وابسته به نشانه، کشف مجدد ارزش‌ها، کشف ارزش‌ها	تن‌آرامی
پنجم	شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر، ارتباط با قدرت برتر، تعیین وقت استراحت و تمرین آن	تمرین عمل متعهدانه
ششم	استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه و خودتصدیقی، 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 گوش‌سپاری به زمان حال، تمرین تنفس آگاهانه

1. General Health Questionnaire(GHQ)
2. Goldberg, D. P., & Hillier, V. F
3. Keyes, S
4. Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.)
5. Dyadic Adjustment Scale
6. Spanier, G. B

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

جلسه	اهداف و محتوا	تکالیف
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 سازش‌یافتگی فوری، تدوین طرح مقابله‌ای برای شرایط ضروری
هشتم	آموزش بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خود تخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، افزایش هیجان‌های مثبت.	شناسایی رفتارهای خودتخریبی

یافته‌ها

داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره (۲) گزارش شده است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	آزمایشی	۴۴/۶۰	۲/۳۵	۳۴/۵۳	۳/۸۵	۳۵/۸۰	۵/۰۰
	گواه	۴۴/۵۳	۲/۵۰	۴۳/۹۳	۲/۲۸	۴۴/۱۳	۲/۷۱
سازگاری زناشویی	آزمایشی	۵۲/۶۰	۵/۳۰	۷۲/۹۳	۵/۱۳	۷۱/۷۳	۵/۱۶
	گواه	۵۱/۸۰	۳/۵۸	۵۳/۲۰	۲/۶۵	۵۲/۶۰	۳/۹۴

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در مؤلفه‌های سلامت عمومی و سازگاری زناشویی افزایش داشته است؛ اما در گروه گواه نمرات در هر ۳ دوره تفاوت چندانی با هم 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 کالموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است (P>۰/۰۱). از آزمون لوین برای رعایت پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد واریانس متغیرهای سلامت عمومی (F=۰/۱۰۴ ،P> ۰/۰۵) و سازگاری زناشویی (F=۲/۴۲۳ ،P>۰/۰۵) در گروه‌ها برابر است. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس-گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

جدول ۳) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای مؤلفه‌های پژوهش

مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
سلامت عمومی	مراحل	۵۰۹/۳۵۶	۱/۵۷۲	۳۲۴/۰۹۱	۶۸/۶۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰
	تعامل مراحل و گروه	۳۹۶/۱۵۶	۱/۵۷۲	۲۵۲/۰۶۴	۵۳/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶
	گروه	۷۶۲/۷۱۱	۱	۷۶۲/۷۱۱	۳۰/۸۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
سازگاری زناشویی	مراحل	۲۱۸۲/۲۸۹	۱/۶۵۸	۱۳۱۵/۹۸۰	۲۱۱/۴۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳
	تعامل مراحل و گروه	۱۷۳۷/۳۵۶	۱/۶۵۸	۱۰۴۷/۶۷۳	۱۶۸/۳۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵۷
	گروه	۳۹۳۳/۶۱۱	۱	۳۹۳۳/۶۱۱	۸۲/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴۶

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای سلامت عمومی (۴۴/۱۰) و سازگاری زناشویی (۳۲/۴۵) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (سلامت عمومی و سازگاری زناشویی) در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. جهت بررسی تفاوت مهارت‌های تحمل پریشانی با گروه گواه در متغیرهای پژوهش در جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شده است.

جدول۴) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین اثر مداخله بر متغیرهای پژوهش

مؤلفه	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
سلامت عمومی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۵/۳۳۳	۰/۴۱۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۷۰۰	۰/۶۱۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۶۳۳	۰/۴۳۸	۰/۴۷۷
سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۰/۸۶۷	۰/۶۳۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۹/۹۶۷	۰/۶۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۹۰۰	۰/۴۳۶	۰/۱۴۶

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تفاوت بین نمرات هر دو متغیر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنادار است (P<۰/۰۱)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنادار نیست (P>۰/۰۱). این یافته بدان معنا است که مهارت‌های تحمل پریشانی نه تنها منجر به بهبود مؤلفه‌های سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران در گروه آزمایشی شده است بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش برنامه تحمل پریشانی بر سلامت عمومی و سازگاری زناشویی مادران فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی صورت گرفت. نتایج نشان داد که برنامه تحمل پریشانی بر سلامت عمومی مادران فرزندان با اختلال نارسایی‌توجه/ بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته تا حدی با نتایج آبیار و همکاران (۲)، صیادی (۳۰)، ریزوی[1] و همکاران (۳۱) و وکیلی و همکاران (۳۶) همسو است. نتیجه به‌دست‌آمده را می‌توان بر اساس مطالعه ریزوی و همکاران (۳۱) این‌گونه تبیین کرد که برنامه تحمل پریشانی با تکیه بر بنیادهای مبتنی بر یادگیری رفتار، لزوم به‌کارگیری آموخته‌ها و تعمیم مهارت‌های خاص، باعث جلوگیری از چرخه‌ی معیوب رفتاری افراد شده و از تجربه‌های هیجانی و آزارنده آنها می‌کاهد و با تغییر رفتارهایی که حتی بدون ارتباط با میزان غیرانطباقی‌بودن آنها تقویت شده، باعث می‌شود تا آنها مهارت‌های رفتاری جدیدی را برای خود برگزینند، تجارب هیجانی خود را بشناسند، تحمل ناکامی خود را افزایش دهند و آن‌را در محیط واقعی زندگی به اجرا در آورند. صیادی (۳۰) معتقد است که آموزش تحمل پریشانی بیمار را جهت پذیرش

1. Rizvi, Hughes, Thomas

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

و کنار آمدن با محیط و هیجانات دردناک، به‌صورت هم‌زمان آماده می‌کند. درواقع، این برنامه به درمانجو کمک می‌کند تا به انجام برخی از فعالیت‌ها (مثل، تلفن‌زدن به یک دوست صمیمی، یا حتی مرتب کردن اتاق)، مشارکت در برخی از کارها (مثل، کوک‌کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، 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 برگردانی‌کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد و در نتیجه این فعالیت‌ها به بهبود سلامت عمومی مراجعان می‌انجامد (۳۰). از طرفی براساس نتایج مطالعه وکیلی و همکاران (۳۶) می‌توان گفت که آموزش تحمل پریشانی، با افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید با مهارت‌هایی که به‌طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش، اطمینان از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی‌ها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و انگیزش خود درمانگر، می‌تواند به بهبود سلامت عمومی مراجعان منتهی شود (۳۸).

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که آموزش تحمل پریشانی بر سازگاری زناشویی مادران فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اثربخش است. این یافته تا حدی با نتایج صفا کرمانشاهی و همکاران (۲۳)، طاهری و محوی شیرازی (۲۹) و مقامی و همکاران (۳۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که سازگاری زناشویی در گرو چگونگی مقابله با فشارهای روانی که زوجین در مسیر زندگی با آنها روبه‌رو می‌شوند، است (۲۱). ازاین‌رو براساس مطالعه صفا کرمانشاهی و همکاران (۲۳) می‌توان گفت که عامل مهم در مقابله با فشارهای روانی، مسائل ذهنی و باورهای افراد است، تعدیل و اصلاح باورها درباره کیفیت برخورد با هیجانات ارتباطی و نیاز به کنترل افکار از طریق کاهش تلاش برای کنترل آنها و فاجعه‌زدایی و کم‌رنگ کردن اهمیت‌شان برای رهایی از نشانگان رنج‌آور مرتبط با فشارهای روانی و همچنین مشکلات زناشویی، تأثیر زیادی در سازگاری زناشویی دارد؛ برنامه تحمل پریشانی با ارائه راهبردهای مقابله مبتنی بر هشیاری فراگیر، پذیرش بنیادین، توجه برگردانی از رفتارهای پریشان‌کننده و مهارت‌های خود آرامش‌بخش، نظارت بهتری را بر موقعیت برای فرد به ارمغان می‌آورد. متعاقباً این نظارت بهتر بر موقعیت، استرس زناشویی را کاهش داده و سازگاری زناشویی را افزایش می‌دهد. همچنین مقامی و همکاران (۳۷) معتقدند برنامه تحمل پریشانی با تمرکز بر احساسات و تنش‌هایی که مادران کودک بیش‌فعال در زندگی تجربه می‌کنند، می‌تواند از میزان حساسیت هیجانی و میزان واکنش-پذیری هیجانی این افراد بکاهد و تجربه‌ی احساسات و هیجانات را در آنان متعادل کند و آنان را از غلبه‌ی هیجان و اتخاذ تصمیمات مبتنی بر هیجان (همچون پرخاشگری، درگیری لفظی و ترک منزل) بر حذر دارد. درنهایت با توجه به نتایج طاهری و محوی شیرازی (۲۹) می‌توان گفت زنانی که از تحمل پریشانی بالایی برخوردارند دارای قابلیت مدیریت بحران در زندگی هستند و می‌توانند به مسائل و مشکلات به‌عنوان یک واقعیت بنگرند، آن‌را بپذیرند و برای حل آن تلاش کنند، بدون آنکه از خود عکس‌العمل منفی نشان داده و باعث آشفتگی زندگی خود و دیگران شوند، زنانی که این قابلیت را دارند، تحمل بیشتری در برابر سختی‌ها و پریشانی‌ها از خود نشان می‌دهند و همین صبوری باعث ایجاد آرامش و سازگاری بیشتر در زندگی زناشویی می‌شود.

با توجه به شیوه نمونه‌گیری دردسترس در این پژوهش، تعمیم یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین براساس نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی مداخله آموزش تحمل پریشانی بر بهبود سلامت عمومی و سازگاری زناشویی، پیشنهاد می‌شود این برنامه در مدارس با همکاری مربیان به‌کار گرفته شود تا آگاهی و بینش والدین درباره افزایش مؤلفه‌های سلامت عمومی و کاهش تعارضات زناشویی افزایش یابد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edn. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596
2. Abyar Z, Ahmadi Nasrabad Sofla S, Mousavi Kia S S, Narges Zamani. The Effect of Teaching on Tolerance Skills, Awareness, Adjustment and Individual Efficiency on Harmful Remedies, Depression, Anxiety and Stress in Children with Stuttering Language. Health Research Journal. 2019; 4(3): 145-151. [Persian] https://www.magiran.com/paper/2019615?lang=en
3. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, Newcorn JH, Gignac M, Al Saud NM, Manor I, Rohde LA. The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2021; 128:789-818. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33549739/
4. Young S, Gudjonsson G, Chitsabesan P, Colley B, Farrag E, Forrester A, Hollingdale J, Kim K, Lewis A, Maginn S, Mason P. Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus. Bmc Psychiatry. 2018; 18(1):1-6. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30180832/
5. Young S, Asherson P, Lloyd T, Absoud M, Arif M, Colley WA, Cortese S, Cubbin S, Doyle N, Morua SD, Ferreira-Lay P. Failure of healthcare provision for attention-deficit/hyperactivity disorder in the United Kingdom: a consensus statement. Frontiers in psychiatry. 2021:324. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33815178/
6. Owens EB, Zalecki C, Gillette P, Hinshaw SP. Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. Journal of consulting and clinical psychology. 2017; 85(7):723. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28414486/
7. Sawhney I, Perera B, Bassett P, Zia A, Alexander RT, Shankar R. Attention-deficit hyperactivity disorder in people with intellectual disability: statistical approach to developing a bespoke screening tool. BJPsych Open. 2021; 7(6):e187. doi:10.1192/bjo.2021.1023
8. Powell V, Riglin L, Hammerton G, Eyre O, Martin J, Anney R, Thapar A, Rice F. What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. European child & adolescent psychiatry. 2020; 29:1581-91. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31932968/
9. Karimzadeh M, khodabakhshi-koolaee A, Davoodi H, Heidari H. The effectiveness of a parenting program based on positive psychology on self-efficacy، emotional distress، and psychological burden on mothers of children with behavioral problems. JPEN. 2021; 7 (3):1-11. [Persian] https://jpen.ir/article-1-534-fa.html
10. Robinson LR, Bitsko RH, O'Masta B, Holbrook JR, Ko J, Barry CM, Maher B, Cerles A, Saadeh K, MacMillan L, Mahmooth Z. A systematic review and meta-analysis of parental depression, antidepressant usage, antisocial personality disorder, and stress and anxiety as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. Prevention Science. 2022:1-9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35641729/
11. Yousef AM, Sehlo MG, Mohamed AE. The negative psychological impact of COVID-19 pandemic on mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a cross-section study. Middle East Current Psychiatry. 2021; 28(1):1-5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8413698/
12. McBurnett K, Pfiffner L. Attention deficit hyperactivity disorder: Concepts, controversies, new directions Psychiatry. New York: In forma Health Care. 2008. https://www.amazon.com/Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder-Controversies/dp/0824729277
13. Kajbaf, M. B., Shirazi Tehrani, A. R., Mirdrikvand, F., Mazaheri, M. The Effectiveness of Parent Behavioral Management Training on General Health of Mothers with Hyperactivity Children. Journal of Family Research. 2015; 11(1): 103-122. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_96399.html
14. Eilertsen EM, Gjerde LC, Reichborn-Kjennerud T, Ørstavik RE, Knudsen GP, Stoltenberg C, Czajkowski N, Røysamb E, Kendler KS, Ystrom E. Maternal alcohol use during pregnancy and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a prospective sibling control study. International Journal of Epidemiology. 2017; 46(5):1633-40. DOI: 10.1093/ije/dyx067
15. Leitch S, Sciberras E, Post B, Gerner B, Rinehart N, Nicholson JM, Evans S. Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. International journal of qualitative studies on health and well-being. 2019; 14(1):1690091. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6853214/
16. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, Bitsko RH, O'Masta B, Cerles A, Maher B, Rush M. All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. Prevention Science. 2022:1-23. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35438451/
17. Vitulano LA, Mitchell JT, Vitulano ML, Leckman JF, Saunders D, Davis N, Woodward D, Goodhue B, Artukoglu B, Kober H. Parental perspectives on

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

attention-deficit/hyperactivity disorder treatments for children. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2022; 27(4):1019-32. https://doi.org/10.1177/13591045221108836

18. Chou WJ, Hsiao RC, Chang CC, Yen CF. Predictors of depressive symptoms in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A one-year follow-up study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(16):8835. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444584/
19. Martin CA, Papadopoulos N, Rinehart N, Sciberras E. Associations between child sleep problems and maternal mental health in children with ADHD. Behavioral Sleep Medicine. 2021; 19(1):12-25. https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1696346
20. Shahinuzzaman M, Siddique MN, Hassan M, Liza M, Alia SS, Nishad MF. Parenting practice, Matrimonial Instability, and Children's Attention Deficit Hyperactivity Disorders. International Journal of Indian Psychology, 10 (3). 2022:857-66. DOI: 10.25215/1003.091
21. Alizadeh F, Azami Y. Prediction of Marital Satisfaction of Couples based on Basic Psychological Needs and Narcissism. Rooyesh. 2022; 11 (10):171-180. [Persian] URL: http://frooyesh.ir/article-۱-۴۱۱۴-fa.html
22. Montajabian Z, Rezai Dehnavi S. Study of the Effectiveness of Meta Cognitive Interpersonal Therapy on Improving Dysfunctional Communication Patterns Couples and Increase of Marital Adjustment. Rooyesh. 2021; 10 (8):135-148. [Persian] URL: http://frooyesh.ir/article-۱-۲۷۷۰-fa.html
23. Safa kermanshahi Y, Nikooei F, Hayati G. The effectiveness of dialectical behavior therapy on marital adjustment and intimacy of women with marital conflicts. Rooyesh 2022; 10 (12):169-178. [Persian] URL: http://frooyesh.ir/article-۱-۳۰۹۰-fa.html
24. Adare AA, Zhang Y, Hu Y, Wang Z. Relationship between parental marital conflict and social anxiety symptoms of Chinese college students: mediation effect of attachment. Frontiers in Psychology. 2021; 12:640770. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34552521/
25. Walerius DM, Fogleman ND, Rosen PJ. The role of ADHD and negative emotional lability in predicting changes in parenting daily hassles. Journal of Child and Family Studies. 2016; 25:2279-91. https://psycnet.apa.org/record/2016-17273-001
26. Jakobsen AV, Elklit A. Self-control and coping responses are mediating factors between child behavior difficulties and parental stress and family impact in caregivers of children with severe epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2021; 122:108224. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505021004856
27. Heidary S, Heydari H, choopani R, sedehi M. The effect of supportive care program based on Bandura self-efficacy on stress-exacerbating and stress-relieving factors of neonatal mothers admitted to neonatal intensive care unit. Payesh 2021; 20 (4) :451-460. [Persian] URL: http://payeshjournal.ir/article-1-1641-en.html
28. Tofangchi M, Raeisi Z, Ghomrani A, Rezaee H. Developing the distress tolerance promotion package and comparing its effectiveness with compassion-focused therapy on self-criticism, fear of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches. Journal of Psychological Science. 2021; 20(100), 621-634. [Persian] URL: http://psychologicalscience.ir/article-۱-۱۰۴۷-fa.html
29. Taheri, Z., Mahvi Shirazi, M. Investigating the Relationship Between Marriage Expectations and Tolerance of Distress with Marital Adjustment in Women. Women Studies. 2019; 10(27): 99-116. [Persian] https://womensstudy.ihcs.ac.ir/article_4031.html
30. Sayadi M. Dialectic Behavioral Therapy and Borderline Personality Disorder: A Review Study. Rooyesh 2020; 8 (11):119-126. [Persian] URL: http://frooyesh.ir/article-1-1251-fa.html
31. Rizvi SL, Hughes CD, Thomas MC. The DBT Coach mobile application as an adjunct to treatment for suicidal and self-injuring individuals with borderline personality disorder: A preliminary evaluation and challenges to client utilization. Psychological services. 2016; 13(4):380. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27797571/
32. Abootorabi Kashani, P., Naderi, F., Safar Zadeh, S., Hafezi, F., EftekharSaadi, Z. Comparison of the Effect of Dialectical Behavior Therapy and Emotion Regulation on Distress Tolerance and Suicide Ideation in Symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents. Psychological Achievements. 2020; 27(2): 69-88. [Persian] https://doi.org/10.22055/psy.2020.33056.2525
33. Arabzadeh A, Sodani M, Shoa Kazemi M, Shahbazi M. The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Resilience and Psychological Well-Being of Couples Referred to Counseling Centers. Journal of Counseling Research. 2020; 19 (73):99-121. [Persian] URL: http://irancounseling.ir/journal/article-1-1222-fa.html
34. 34. Lee S, Mason M. Effectiveness of brief DBT-informed group therapy on psychological resilience: A preliminary naturalistic study. Journal of College Student Psychotherapy. 2019; 33(1):25-37. https://psycnet.apa.org/record/2019-11343-003
35. Azizi A, Mohamadi J. Effectiveness of Dialectical Group Behavior Therapy on Perceived Stress and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome. J Ardabil Univ Med Sci. 2016; 16 (1):95-104. [Persian] URL: http://jarums.arums.ac.ir/article-1-1048-fa.html

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]

36. Vakili, J., Kimiaee, S., Salehi-Fadardi, J. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Borderline Personality Disorder Symptoms of prisoners. Journal of Clinical Psychology. 2016; 8(3): 97-106. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2248.html?lang=en
37. Maghami, O., Izady, R., Jaberi, S. The effect of dialectical behavior therapy skills training on shame, cognitive flexibility and marital adjustment of women with spouses quitting addiction in Isfahan city. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2021; 10(2): 1-18. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_25705.html?lang=en
38. Park JL, Hudec KL, Johnston C. Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. Clinical psychology review. 2017; 56:25-39. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28601690/
39. Bakhshi Sooreshjani L. The role of maternal general health ,Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Self Esteem's child on Academic Performance of the child. JPEN 2021; 8 (1):46-55. [Persian] URL: http://jpen.ir/article-۱-۵۳۲-fa.html
40. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine. 1979; 9(1):139-45. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/424481/
41. Keyes S. Gender stereotypes and personal adjustment: Employing the PAQ, TSBI and GHQ with samples of British adolescents. British journal of social psychology. 1984; 23(2):173-80. https://psycnet.apa.org/record/1985-13564-001
42. Sadeghi M S, Mazaheri M A. the effect of fasting on mental health. Psychology Journal. 2014; 9(3): 292-309. [Persian] https://www.sid.ir/paper/54508/fa
43. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family. 1976:15-28. https://www.jstor.org/stable/350547
44. Hassanshahi M, Nouri A, Molavi H,. Relationship between Locus of Control and Marital Adjustment Secondary School Teachers in Shiraz Marital, Psychological Research, 2004; 7(1): 51. [Persian] https://www.magiran.com/paper/199454?lang=en
45. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion. 2005; 29(2):83-102. https://psycnet.apa.org/record/2006-04036-002

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-12]