

Research Paper

Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and good enough parenting training based on schema therapy approach on parenting stress of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder

Ali Ershadi Nezhad¹ , Zahra Bagherzadeh Golmakani² , Mohammadreza Khodabakhsh² 

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Ne. C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ne. C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Citation: Ershadi Nezhad A, Bagherzadeh Golmakani Z, Khodabakhsh M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and good enough parenting training based on schema therapy approach on parenting stress of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Child Ment Health. 2026; 13 (2):1-21.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1579-en.html>



 [10.61882/jcmh.13.2.1](https://doi.org/10.61882/jcmh.13.2.1)

ARTICLE INFO

Keywords:

Acceptance and commitment therapy, attention deficit/hyperactivity disorder, parenting training, parenting stress, schema therapy

ABSTRACT

Background and Purpose: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent neurodevelopmental disorders, which is associated with increased parenting stress in mothers. Given the differences in the mechanisms of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Good Enough Parenting (GEP) training based on schema therapy approach, the present study was conducted to compare the effectiveness of ACT and GEP based on schema therapy approach on parenting stress among mothers of children with ADHD.

Method: The present study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest and a three-month follow-up, using two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of all mothers of primary school students diagnosed with ADHD in the Tabadkan district of Mashhad in the academic year 2025-2026. The sample research included 45 mothers referring to psychological and counseling service centers within the population. Participants were selected based on convenience sampling and according to inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned into two experimental groups and one control group (15 people in each group). The first experimental group received 14 ninety-minute sessions of ACT interventions. The second experimental group received 12 ninety-minute sessions of GEP training based on schema therapy approach, while the control group received the usual training provided by the psychological service center. The data collection tool included the validated short form of the Parenting Stress Questionnaire (PSI-SF; Abidin, 1995) in Iran. To analyze the data, repeated measures analysis of variance method (ANOVA) and SPSS-27 software were used.

Results: The results showed that there was a significant difference between the two interventions, ACT and GEP training based on schema therapy approach, and the control group ($F=212/898$, $P=0/001$). Also, ACT was more effective compared to GEP training based on schema therapy approach, and these changes were supported in the follow-up phase.

Conclusion: Based on the findings, ACT plays a significant role in mitigating parenting stress by enhancing psychological flexibility and reducing experiential avoidance through the adoption of value-based parenting actions. Therefore, it is suggested that with the aim of improving the mental health of mothers, the use of this treatment as an approach with more stable effectiveness should be prioritized in intervention programs.

Received: 18 Apr 2026

Accepted: 27 Jun 2026

Available: 6 Jul 2026



* **Corresponding author:** Zahra Bagherzadeh Golmakani, Assistant Professor, Department of Psychology, Ne. C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

E-mail: Z.golmakani@iau.ac.ir

Tel: (+98) 5142621908

2476-5740/ © 2026 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent neurodevelopmental disorders in childhood. The main characteristic of this disorder involves levels of inattention, hyperactivity, and impulsiveness that widely affect the child's academic, interpersonal, and social functioning (1). Children with ADHD impose a great deal of psychological stress and parenting stress on their parents (3). Parenting stress appears from the discrepancy between "parenting demands" and "available parental resources" (8). Research evidence shows that mothers of children with neurodevelopmental disorders experience profound distress; therefore, it is crucial to recognize and manage parenting stress in mothers of these children (9-12). In this context, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) by emphasizing the identification of personal values and commitment to value-based actions offers a promising framework for mitigating stress and enhancing maternal mental health (16, 17). This therapy emphasizes acceptance and openness to distressing experiences rather than trying to suppress or end them (18, 17), and the effectiveness of this approach has been repeatedly confirmed in earlier studies (17-22).

Furthermore, Good Enough Parenting (GEP) training based on schema therapy approach, by helping the balanced fulfillment of emotional needs and affectionate expression, yields favorable psychological outcomes for both parents and children (26). As an effective intervention in child populations (28-31), it prevents the formation of maladaptive schemas. Consequently, there is a pressing need for interventions that integrate cognitive-affective mechanisms in mothers with practical parenting skills. Given the rationale, the present study aimed to compare the efficacy of ACT and GEP training based on schema therapy approach on the parenting stress of mothers with children diagnosed with ADHD.

Method

The present study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest and a three-month follow-up structure, involving two experimental groups and one control group. The target population included all mothers of primary school children diagnosed with ADHD in the Tabadkan district of Mashhad during the 2025-2026 academic year. A sample of 45 mothers referring psychological and counseling service centers within this population was selected via convenience sampling.

Based on predetermined inclusion and exclusion criteria, participants were then randomly assigned to either the experimental or the control groups ($n = 15$ per group). The inclusion criteria for mothers were being between 25 and 50 years of age, having at least a high school diploma, having no history of psychiatric hospitalization or use of psychiatric medication based on clinical interview, having at least two years elapsed since their child had been diagnosed with ADHD, having normal intelligence based on the diagnostic file of the psychological and counseling center, and having willingness and informed consent to participate in the study. The exclusion criteria included incomplete or invalid completion of the questionnaires and absence from more than two sessions. The research instrument was the Parenting Stress Index–Short form (PSI-SF) (33-35). The first experimental group received 14 sessions of 90-minute ACT interventions (37), and the second experimental group received 12 sessions of 90-minute Good-Enough Parenting Training based on the schema therapy approach interventions (39) in a group format, whereas the control group received the routine training provided by the psychological center. About demographic characteristics, the sample showed that in the ACT group, participants had educational levels of diploma ($n = 6$), associate degree ($n = 4$), bachelor's degree ($n = 3$), and master's degree ($n = 2$). In the Good-Enough Parenting Training based on the schema therapy approach group, educational levels were diploma ($n = 5$), associate degree ($n = 4$), bachelor's degree ($n = 4$), and master's degree ($n = 2$). Finally, in the control group, educational levels were diploma ($n = 6$), associate degree ($n = 5$), bachelor's degree ($n = 3$), and master's degree ($n = 1$). The age distribution of the sample was as follows: in the ACT group, participants were aged 25–30 years (20%), 31–35 years (20%), 36–40 years (20%), 41–45 years (13.30%), and 46–50 years (20%). In the Good-Enough Parenting Training based on the schema therapy approach group, participants were aged 25–30 years (20%), 31–35 years (26.70%), 36–40 years (20%), 41–45 years (20%), and 46–50 years (13.30%). Finally, in the control group, participants were aged 25–30 years (13.30%), 31–35 years (20%), 36–40 years (20%), 41–45 years (20%), and 46–50 years (20%).

Results

Descriptive findings, including the mean and standard deviation of the research variables at the pretest, posttest, and follow-up stages, are presented in Table 1.

Table 1. Descriptive statistics of research

Variables	Groups	M			SD			S-W					
		Pre-test	Post-test	Follow-up	Pre-test	Post-test	Follow-up	Pre- test		Post- test		Follow-up	
								S	P	S	P	S	P
Parenting stress (Total score)	G1	105.06	84.93	94.26	4.47	4.92	4.99	0.942	0.404	0.928	0.253	0.945	0.451
	G2	104.60	91.20	97.40	3.66	4.36	2.84	0.974	0.914	0.940	0.380	0.901	0.100
	CG	104.46	104.13	105.06	4.25	3.79	4.13	0.938	0.357	0.937	0.348	0.934	0.308
	G1	33.86	28.06	31.60	1.68	1.62	1.59	0.914	0.157	0.916	0.169	0.928	0.253
Parental distress	G2	33.33	29.53	31.33	1.54	1.72	1.63	0.902	0.103	0.957	0.632	0.945	0.445
	CG	33.53	33.66	33.73	1.55	1.58	1.43	0.900	0.096	0.916	0.169	0.926	0.234
	G1	35.66	28.00	31.40	2.12	2.59	2.72	0.941	0.399	0.982	0.551	0.904	0.108
Dysfunctional parent-child interactions	G2	35.13	30.46	32.66	1.84	2.26	1.95	0.955	0.604	0.928	0.253	0.978	0.952
	CG	35.40	35.13	35.66	2.09	2.13	1.95	0.961	0.710	0.942	0.402	0.978	0.952
	G1	35.53	28.86	31.26	1.92	2.29	1.66	0.977	0.941	0.925	0.226	0.964	0.763
Difficult child characteristics	G2	36.13	31.20	33.40	1.92	1.69	1.40	0.940	0.379	0.890	0.067	0.895	0.074
	CG	35.53	35.33	35.66	2.06	1.83	1.95	0.968	0.835	0.950	0.528	0.978	0.952

Not. M= Mean, SD= Standard Deviation, G1= ACT, G2=GEP training based on schema therapy CG= Control Groups, S-W=Shapiro- Wilk

The results presented in the table show a more significant reduction in post-test and follow-up parenting stress scores within the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) experimental group. To examine these research findings, a repeated measures analysis of variance (RM-ANOVA) was employed. Following the verification of the underlying assumptions, the results demonstrated statistically significant between-group F-values for the variables of 'Parental Distress' ($F = 11.690, p < 0.001$), 'Parent-Child Dysfunctional Interaction' ($F = 12.378, p < 0.001$), and 'Difficult Child' ($F = 16.113, p < 0.001$). These findings suggest statistically significant differences between the treatment groups. Accordingly, the comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) versus schema-based competent parenting training on the components of parenting stress (i.e., parental distress, parent-child dysfunctional interaction, and difficult child) was significant, with effect sizes (partial eta squared) of 0.358, 0.371, and 0.434, respectively. Furthermore, the within-group results revealed a significant main effect of time for Parental Distress ($F = 437.622, p < 0.001$), Parent-Child Dysfunctional Interaction ($F = 303.281, p < 0.001$), and Difficult Child ($F = 249.173, p < 0.001$). This shows significant differences across the pre-test, post-test, and follow-up stages, with effect sizes of 0.912, 0.878, and 0.856, respectively. Moreover, the 'time $\times$ group' interaction effect was significant for all three variables ($p < 0.001$), suggesting that the interventions yielded varying degrees of effectiveness across the different measurement stages. The effect sizes for these interactions were 0.866, 0.794, and 0.747, respectively.

Conclusion

The present study aimed to compare the efficacy of ACT and GEP training based on a schema therapy approach on parental stress among mothers of children diagnosed with ADHD. The

results showed that ACT was more effective than GEP training based on a schema therapy approach in reducing parental stress in these mothers; furthermore, these effects remained stable despite a slight increase during the follow-up phase. This finding is implicitly consistent with earlier studies (22, 26, 27, 29, 31), which have also emphasized the impact of this disorder. To explain these results, it can be argued that mothers of these children often disproportionately focus their attention on the child's negative behaviors, which in turn leads to increased parental stress (3). ACT sessions aimed to assist mothers in helping cognitive changes (seeing events with an open perspective), improving internal experiences, staying in the present moment, and achieving cognitive defusion. Meanwhile, GEP training based on a schema therapy approach aimed to increase resilience and the quality of parent-child interactions, and to reduce levels of dysregulation, the perception of the child as problem-causing, and overall parenting stress and difficulties, by creating a foundation for connection and security, targeting maladaptive early schemas of disconnection and rejection, and enhancing the sense of self-efficacy. Moreover, the superior efficacy of ACT compared to parenting training may be attributed to its emphasis on aligning parenting behaviors with biological and human values, as well as requiring less time to shift immediate responses to these children's behaviors. This study was limited by its exclusive focus on mothers, the use of convenience sampling, and a limited sample size. Additionally, daily life events and the three-stage research design may have influenced the responses. It is recommended that future research employ larger, randomized samples, mixed methods design, and objective indicators alongside questionnaires. Finally, it is suggested that future researchers use these two therapeutic approaches to take significant steps toward the prevention and treatment of challenges faced by mothers of children with ADHD.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of the first author in the field of General Psychology at the Islamic Azad University, Neyshabur Branch. The executive permission for its implementation on the sample individuals was issued by the Education Organization of Tabadkan District, Mashhad City, on 2025/04/17 under permit number 330/9840/6002. This research holds the ethical code IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1404.022, issued by the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Neyshabur Branch. Also, the ethical considerations contained in the publication guide of the American Psychological Association and the ethical codes of the Iranian Psychological Organization, such as the principle of confidentiality, confidentiality of information, obtaining written consent from the sample, etc., have been seen in this research

Funding: This study was conducted without financial support from any institution and was funded entirely by the authors.

Authors' contribution: In this study, the first author served as the designer and primary ideator of the research. During the data collection process, the second author functioned as the supervisor, and the third author served as the advisor

Conflict of interest: This research did not involve any conflicts of interest for the authors, and its results have been reported with complete transparency and without bias.

Data availability statement: All data from this study are available to the corresponding author and were sent to the journal at the time of manuscript review. They will also be made available to a specific researcher upon reasonable request.

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

Acknowledgement: We extend our sincere gratitude to all the esteemed participants and everyone who helped us in the execution of this research.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی بر تنیدگی والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی

علی ارشادی نژاد^۱، زهرا باقرزاده گل مکانی^{۲*}، محمدرضا خدابخش^۲

۱. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲. استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه ها:

آموزش والدگری،

اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی،

تنیدگی والدگری،

درمان پذیرش و تعهد،

طرحواره درمانی

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی یکی از شایع ترین اختلالات عصبی - تحولی است که با افزایش تنیدگی والدگری در مادران همراه است. با توجه به تفاوت در سازوکارهای درمان پذیرش و تعهد و والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی بر تنیدگی والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر، شبه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری سه ماهه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای دانش آموز مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه - فزون کنشی ناحیه تبادکان شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۴ - ۱۴۰۵ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز خدمات روان شناسی و مشاوره جامعه آماری مذکور بود که بر اساس نمونه گیری در دسترس و برحسب شرایط ورود و خروج، انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. گروه آزمایش یکم، طی ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخلات درمانی پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دوم، طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخلات آموزشی والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی به صورت گروهی دریافت کردند، در حالی که گروه گواه آموزش های معمول مرکز خدمات روان شناختی را دریافت می کرد. ابزار گردآوری داده ها شامل فرم کوتاه اعتباریابی شده پرسشنامه تنیدگی والدگری (آبیدین، ۱۹۹۵) در ایران بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-27 استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین دو مداخله درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($F=212/898$ ، $P=0/001$). همچنین درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری داشت و این تغییرات در مرحله پیگیری تداوم یافت.

نتیجه گیری: براساس یافته های به دست آمده، درمان پذیرش و تعهد از طریق ارتقای انعطاف پذیری روان شناختی و کاهش اجتناب تجربه ای با اتخاذ اقدامات متعهدانه مبتنی بر ارزش های والدگری در کاهش تنیدگی والدگری نقش قابل توجهی ایفا می کند؛ بنابراین پیشنهاد می شود با هدف ارتقای سلامت روان مادران، به کارگیری این درمان به عنوان روی آوردی با اثربخشی پایدارتر، در اولویت برنامه های مداخله ای قرار گیرد.

دریافت شده: ۱۴۰۵/۰۱/۲۹

پذیرفته شده: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶

منتشر شده: ۱۴۰۵/۰۴/۱۵

* نویسنده مسئول: زهرا باقرزاده گل مکانی، استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

رایانامه: Z.golmakani@iau.ac.ir

تلفن: ۰۵۱-۴۲۶۲۱۹۰۸

مقدمه

اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی^۱ یکی از شایع ترین اختلالات عصبی- تحولی^۲ دوران کودکی است که در مراکز آموزشی و توانبخشی بیشترین نرخ ارجاع را به خود اختصاص داده است. ویژگی اصلی این اختلال، دارا بودن سطوحی از نارسایی توجه، فزون کنشی، و یا تکانشگری^۳ است که به طور گسترده‌ای کنش‌وری کودک را در حوزه‌های تحصیلی، بین فردی، و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). برآوردها حاکی از شیوع^۴ ۷/۶ درصدی این اختلال در کودکان ۳ تا ۱۲ سال دارد که نشان‌دهنده ابعاد گسترده کشاکش‌های^۵ مرتبط با آن است (۲).

کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی به دلیل دشواری در نظم‌پذیری هیجانی و رفتاری نیازمند مراقبت‌های ویژه‌ای هستند که این موضوع، پریشانی روان‌شناختی^۶ مضاعفی را بر والدین تحمیل می‌کند (۳). در واقع نتایج پژوهش‌ها به‌طور مستند نشان می‌دهند که والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان دارای تحول بهنجار، تنیدگی والدگری^۷ به‌مراتب بالاتری را تجربه می‌کنند (۴، ۵). این تنیدگی مزمن، نه تنها کیفیت زندگی^۸ والدین را کاهش می‌دهد، که با تضعیف کارکردهای خانواده به‌ویژه در غیاب حمایت‌های اجتماعی و مهارت‌های سازشی^۹ کارآمد، می‌تواند به چرخه‌ای فرسایشی از مشکلات روان‌شناختی در بستر خانواده منجر شود (۶). تنیدگی والدگری، مفهومی چندبعدی است که بر پایه نظریه آیین^{۱۰}، از سه منبع ویژگی‌های کودک^{۱۱} (مانند سرشت^{۱۲} و میزان سازش‌یافتگی)، والد (مانند میزان دلبستگی و احساس کفایت در نقش والدگری)، و شرایط محیطی^{۱۳} (مانند وضعیت شغلی و رخداد‌های زندگی) تأثیر می‌پذیرد و به افزایش هیجانات منفی در والدین می‌انجامد. اگرچه سطوح اندکی از تنیدگی می‌تواند کارکرد انگیزشی داشته باشد، اما تداوم فراتر از حد آن، پیامدهای آسیب‌زایی برای خانواده و فرزندان به همراه دارد (۷).

به‌طور کلی تنیدگی والدگری برآمده از شکاف میان «تقاضاهای والدگری» و «منابع در دسترس والد»^{۱۴} است (۸). طبق پژوهشی (۹) وجود اختلالات عصبی- تحولی از جمله اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی، با حمایت اجتماعی کمتر و تنیدگی والدگری بیشتر مرتبط است. در پژوهش دیگری مشخص شده است که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی، در مقایسه با والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، تنیدگی والدگری بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۰). همچنین برون‌دادهای پژوهشی دیگر تأکید دارند که والدین کودکان با نیازهای ویژه^{۱۵} نسبت به کودکان با تحول بهنجار، بیشتر با ناکارآمدپنداری در والدگری^{۱۶}، نگرش‌های منفی به این نقش، و عدم رضایت از عملکرد خود روبه‌رو هستند (۱۱). در مجموع والدگری کودکان با مشکلات جسمانی یا روانی، پریشانی روان‌شناختی بسیاری بر والدین تحمیل می‌کند (۱۲) و بسیاری از والدین امروزه به دلیل فقدان دانش و مهارت کافی برای رویارویی با کشاکش‌های فرزندان خود و نیاز دائمی آنان به حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، احساس استیصال شدیدی را در نقش والدگری تجربه می‌کنند (۱۳).

در این راستا شناخت و مدیریت تنیدگی والدگری به‌عنوان یکی از کشاکش‌های اساسی در خانواده‌های دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی، موضوعی حیاتی است. در حالی که در پیشینه پژوهشی مداخلات متعددی برای کودکان مبتلا به این اختلال طراحی و اجرا شده است، اما تأثیرات این اختلال بر سلامت روان والدین، به‌ویژه مادران، نیازمند توجه ویژه و درمان‌های هدفمند است (۱۴). از جمله روی آوردهای درمانی متداول برای این گروه از مادران شامل دارودرمانی، آموزش والدین^{۱۷}، تکنیک‌های مدیریت تنیدگی^{۱۸}، درمان‌های شناختی- رفتاری^{۱۹} و نظایر آن است (۱۵) که بسیاری از مادران با وجود این درمان‌ها همچنان با سطوح بالایی از اضطراب،

11. Child characteristics
12. Temperament
13. Environmental conditions
14. Parenting demands & available parental resources
15. Children with special needs
16. Parenting inefficacy
17. Parent training
18. Stress management techniques
19. Cognitive behavioral therapy (CBT)

1. Attention Deficit- Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Neurodevelopmental disorders
3. Impulsivity
4. Prevalence
5. Challenges
6. Psychological distress
7. Parenting stress
8. Quality of life
9. Adaptive skill
10. Abidin theory

روان‌شناختی، و تاب‌آوری مادران است (۲۱، ۲۰). علاوه بر این مطالعه بر روی نوجوانان نیز حاکی از آن است که این روی آورد از طریق تعدیل الگوهای ذهنی و رفتاری، نقش مؤثری در کاهش مشکلات رفتاری این گروه سنی ایفا می‌کند (۲۲).

همچنین نتایج دیگر مطالعات بر وجود ارتباط میان شیوه‌های نامناسب والدگری و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی تأکید دارند (۲۳، ۸) که اغلب با تلاش افراطی والدین جهت مهارگری^{۱۲} و نظم‌بخشی به فرزندان همراه است و به کاهش ابراز محبت و صمیمیت شده و در نهایت، به خستگی والدین و تشدید مشکلات رفتاری در کودکان منجر می‌شود (۲۴). این چرخه تعامل منفی که در آن والدین و فرزندان به طور متقابل رفتارهای یکدیگر را تشدید می‌کنند، می‌تواند سطوح تنیدگی و اضطراب والدین را به طور چشمگیری افزایش دهد (۲۵). در نقطه مقابل والدگری با کفایت^{۱۳} که با تأمین متعادل نیازهای عاطفی و ابراز عشق صورت می‌گیرد، پیامدهای روان‌شناختی مساعدی را برای والدین و فرزندان به همراه دارد (۲۶). بدین ترتیب ضرورت آموزش والدگری با کفایت، به‌ویژه روی آوردهایی که بر پایه مدیریت ارتباط با افکار بنا شده‌اند، آشکار می‌شود؛ زیرا که این آموزش‌ها می‌توانند با تجهیز والدین به مهارت‌های لازم برای پذیرش و مدیریت تجارب درونی خود و فرزندان، به شکست چرخه معیوب تعاملات منفی و کاهش تنیدگی والدگری کمک کند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در کانون خانواده ارتقا دهند (۲۶).

در واقع در آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره‌درمانی، والدین نیازهای عاطفی اساسی فرزندان‌شان را برآورده می‌کنند تا از شکل‌گیری طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه^{۱۴} در آنها جلوگیری کنند، بنابراین در این زمینه، توجه به طرحواره‌ها و به طور کلی روی آورد طرحواره‌درمانی^{۱۵} بسیار حائز اهمیت است (۲۷). طرحواره‌درمانی روی آوردی است که به عمیق‌ترین سطح شناخت

افسردگی، و سایر مشکلات روان‌شناختی مواجه هستند (۱۳). بدین ترتیب ضرورت استفاده از روی آوردهای نوین که به پذیرش تجربیات دشوار و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱ کمک می‌کنند، بیش از پیش احساس می‌شود. در این میان، درمان پذیرش و تعهد^۲ به عنوان یکی از شاخص‌ترین و شناخته‌شده‌ترین درمان‌هایی که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است با هدف ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهبود مکانیسم‌های مقابله‌ای، چارچوبی نویدبخش برای کاهش تنیدگی و ارتقای سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی ارائه می‌دهد (۱۶، ۱۷).

درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از روی آوردهای نسل سوم رفتاردرمانی، بر پایه نظریه چارچوب رابطه‌ای^۳ بنا شده است. بر طبق این نظریه، رنج انسان نه از خود رویدادها، که از توانایی مغز در برقراری پیوند میان افکار و تجارب ناخوشایند ناشی می‌شود. پیوندهایی که موجب می‌شود فرد در محتوای افکار خود درگیر شده و از حضور در لحظه حال باز بماند (۱۷). تمایز بنیادین این روی آورد با رفتاردرمانی شناختی، در تغییر کانون تمرکز از «تغییر محتوای افکار»^۴ به «تغییر رابطه با آنها»^۵ است؛ به‌گونه‌ای که به جای تلاش برای مهار یا حذف تجارب آزاردهنده، بر پذیرش و گشودگی نسبت به آنها تأکید می‌ورزد (۱۸). از منظر این روی آورد، بخش عمده‌ای از مشکلات انسان ناشی از اجتناب تجربه‌ای و تلاش نافرجام برای گریز از افکار و هیجانات دشوار است. برای غلبه بر این کشاکش و ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درمان پذیرش و تعهد بر شش فرایند مرکزی پذیرش در برابر اجتناب^۶، گسلش شناختی در برابر آمیختگی^۷، حضور در زمان حال در برابر غرق‌شدگی در گذشته یا آینده^۸، خود مشاهده‌گر یا زمینه در برابر خود مفهومی^۹، شفاف‌سازی ارزش‌ها^{۱۰}، و در نهایت، عمل متعهدانه در برابر انفعال^{۱۱} استوار است (۱۹). پیشینه مطالعات پژوهشی نیز مؤید اثربخشی این درمان در کاهش تنیدگی، اضطراب، افزایش شادزیستی، انعطاف‌پذیری

9. Self-as-Context vs. Self-as-Content
10. Values clarification
11. Committed action vs. inaction
12. Control
13. Good enough parenting
14. Early maladaptive schemas
15. Schema therapy approach

1. Psychological flexibility
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. Relational Frame Theory (RFT)
4. Changing the content of thoughts
5. Changing one's relationship with them
6. Acceptance vs. avoidance
7. Cognitive defusion vs. cognitive fusion
8. Contact with the present moment vs. past/future preoccupation

طرحواره درمانی در این نکته است که اگرچه هر دو مداخله بر بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی تمرکز دارند، اما هریک مسیرهای متفاوتی را برای تغییر پیشنهاد می دهند به طوری که درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش و تغییر محتوای ذهن تمرکز دارد و طرحواره درمانی بر تغییر ساختارهای زیربنایی شخصیت تأکید می ورزد.

در نهایت پژوهش حاضر با پرکردن شکاف موجود در پیشینه مداخلات ترکیبی، به بررسی و مقایسه اثربخشی این دو الگوی درمانی بر تنیدگی والدگری مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی می پردازد تا مشخص شود هر یک از این مسیرها، چه سهمی در کاهش تنیدگی و ارتقای تاب آوری این گروه از مادران ایفا می کنند. این مقایسه می تواند بینش های نوینی را برای انتخاب مداخلات دقیق تر و شخصی سازی شده در حوزه سلامت روان خانواده های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی ارائه دهد. با توجه به آنچه که بیان شد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی بر تنیدگی والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی انجام شد.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از حیث روش از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری سه ماهه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای دانش آموزان مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی ناحیه تبادکان شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز خدمات روان شناسی و مشاوره از جامعه آماری مذکور بود که براساس نمونه گیری در دسترس و بر حسب شرایط ورود و خروج، انتخاب و به شکل تصادفی در گروه های آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. حجم نمونه انتخابی در این پژوهش بر اساس روش پیشنهادی کوهن بود (۳۲) که با نرم افزار جی پاور نیز تأیید

می پردازد و طرحواره های سازش نیافته اولیه را هدف قرار می دهد و با استفاده از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری، و بین فردی به افراد در غلبه بر طرحواره های سازش نیافته اولیه کمک می کند. در نتیجه می توان این گونه بیان کرد که هدف اولیه طرحواره درمانی، ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش مهار آگاهانه طرحواره ها و هدف نهایی آن بهبود سبک های کنار آمدن^۱ است (۲۸). نتایج یک پژوهش (۲۹) نشان داد که آموزش والدگری مبتنی بر طرحواره درمانی گروهی برای مادران در اصلاح برخی از طرحواره های سازش نیافته اولیه کودکان و بهبود کیفیت روابط والد- کودک مؤثر است.

به طور کلی در فرآیندهای درمانی، هیچ گاه یک روی آورد یا مدل درمانی به تنهایی قادر به پاسخگویی به تمام ابعاد پیچیده آسیب شناسی نخواهد بود، زیرا که هر چارچوب نظری دارای محدودیت ها و نقایص ذاتی خاص خود است. بنابراین تلفیق روی آوردهای نظری و درمانی متنوع، به منظور جبران کاستی های یکدیگر، می تواند به عنوان یک مداخله مطلوب و کارآمد عمل کند (۳۰). در مطالعه پژوهشی دیگر (۳۱) نیز مشخص شده است مداخلات ترکیبی مبتنی بر هم افزایی روی آوردهای پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی، تأثیرات قابل توجهی در کاهش عمیق مشکلات روان شناختی افراد ایفا می کنند.

با توجه به مبانی فوق، طراحی مداخلاتی که به طور همزمان مکانیسم های شناختی- هیجانی^۲ مادران و مهارت های عملی والدگری را هدف قرار دهد، ضرورتی اجتناب ناپذیر است. اهمیت این موضوع در آن است که مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی در مواجهه با کشاکش های مستمر تربیتی، نه تنها با فشارهای بیرونی، که با تنیدگی های ناشی از اجتناب تجربه ای و طرحواره های ناکارآمد درگیر هستند. در حالی که درمان پذیرش و تعهد با تأکید بر انعطاف پذیری و تاب آوری، به مادران کمک می کند تا رابطه خود را با افکار و هیجانات دشوار اصلاح کند، آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره درمانی با تمرکز بر ریشه های عمیق رفتاری و سبک های دلبستگی^۳، ابزارهای کنشی لازم برای اصلاح الگوهای تربیتی را فراهم می آورد. ضرورت مقایسه درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر

1. Coping styles
2. Cognitive- emotional

درصد) حضور داشتند. همچنین در گروه آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (۲۰ درصد)، ۳۱ تا ۳۵ سال (۲۶/۷۰ درصد)، ۳۶ تا ۴۰ سال (۲۰ درصد)، ۴۱ تا ۴۵ سال (۲۰ درصد) و ۴۶ تا ۵۰ سال (۱۳/۳۰ درصد) داشتند. در نهایت در گروه گواه نیز در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (۱۳/۳۰ درصد)، ۳۱ تا ۳۵ سال (۲۰ درصد)، ۳۶ تا ۴۰ سال (۲۰ درصد)، ۴۱ تا ۴۵ سال (۲۰ درصد)، و ۴۶ تا ۵۰ سال (۲۰ درصد) بودند.

(ب) ابزار

۱. شاخص تنیدگی والدگری- فرم کوتاه^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط آیین طراحی و ابداع شده است. هدف از استفاده از این ابزار در این پژوهش سنجش تنیدگی والدگری مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی بود. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه و ۳ خرده مقیاس شامل آشفتگی والدینی^۲ (گویه های ۱ تا ۱۲)، تعامل ناکارآمد والد- کودک^۳ (گویه های ۱۳ تا ۲۴)، ویژگی های کودک مشکل آفرین^۴ (گویه های ۲۵ تا ۳۶) است. نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج درجه ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) است. کمینه نمره در این پرسشنامه ۳۶ و بیشینه آن ۱۸۰ است و نمرات بالاتر در آن نشان از تنیدگی والدگری بیشتر دارد (۳۳). در پژوهشی (۳۳) روایی ملاکی^۵ این ابزار با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۶ (۳۴) ارزیابی شد و همبستگی مثبت و معنادار بالایی ($r=0.86$) مشاهده شد. همچنین اعتبار^۷ پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، برای خرده مقیاس های آشفتگی والدینی ۰/۸۱، تعامل ناکارآمد والد- کودک ۰/۸۹، ویژگی های کودک مشکل آفرین ۰/۸۸ گزارش شده است. در ایران طی پژوهشی (۳۵) مشخص شد این ابزار از روایی سازه مناسبی برخوردار است و گویه ها و زیرمقیاس های آن به طور مؤثری تنیدگی والدگری را می سنجد. همچنین اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های علائم آشفتگی، تعامل ناکارآمد کودک- والد، و کودک مشکل آفرین به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۶ و ۰/۸۹ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۸۷

شد. شناسایی این دانش آموزان بدین صورت بود که با مراجعه به مراکز خدمات روان شناسی و مشاوره ناحیه تبادکان شهر مشهد و مطالعه پرونده های این مراجعان، دانش آموزانی که دارای هوشبهر بهنجار بودند از مادرانشان درخواست شد تا در پژوهش شرکت کنند. گروه آزمایش یکم طی ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخلات درمانی پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دوم، طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخلات آموزشی والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی به صورت گروهی دریافت کردند این در حالی بود که گروه گواه آموزش های معمول مرکز روان شناختی را دریافت می کرد. معیارهای ورود به پژوهش مادران شامل دارا بودن دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال و حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن سابقه بستری در بخش های روان پزشکی و عدم مصرف داروهای روان پزشکی براساس مصاحبه بالینی، گذشتن حداقل ۲ سال از تشخیص ابتلای فرزندشان به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی و داشتن هوش بهنجار فرزندشان براساس پرونده تشخیصی مرکز خدمات روان شناسی و مشاوره، و تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل تکمیل پرسشنامه ها به صورت ناقص و مخدوش، و غیبت بیش از دو جلسه در برنامه های مداخله ای بود.

مشخصات جمعیت شناختی افراد نمونه حاکی از آن بود که در گروه درمان پذیرش و تعهد از تحصیلات دیپلم (تعداد: ۶)، کاردانی (تعداد: ۴)، کارشناسی (تعداد: ۳)، و کارشناسی ارشد (تعداد: ۲) و در گروه آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی از تحصیلات دیپلم (تعداد: ۵)، کاردانی (تعداد: ۴)، کارشناسی (تعداد: ۴)، و کارشناسی ارشد (تعداد: ۲) و در نهایت در گروه گواه از تحصیلات دیپلم (تعداد: ۶)، کاردانی (تعداد: ۵)، کارشناسی (تعداد: ۳) و کارشناسی ارشد (تعداد: ۱) برخوردار بودند. همچنین توزیع نمونه بر اساس سن بدین صورت بود که در گروه درمان پذیرش و تعهد در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (۲۰ درصد)، ۳۱ تا ۳۵ سال (۲۰ درصد)، ۳۶ تا ۴۰ سال (۲۰ درصد)، ۴۱ تا ۴۵ سال (۱۳/۳۰ درصد)، و ۴۶ تا ۵۰ سال (۲۰ درصد)

5. Criterion validity
6. General Health Questionnaire (GHQ)
7. Reliability

1. Parenting Stress Index- short from (PSI-SF)
2. Parental distress
3. Dysfunctional parent-child interactions
4. Difficult child characteristics

علائم آشفتگی ۰/۷۸، تعامل ناکارآمد کودک- والد ۰/۷۵، و کودک مشکل آفرین ۰/۸۰ و روایی صوری و محتوایی این ابزار نیز با روش کیفی و با نظرخواهی از متخصصان روان شناسی به شیوه های شاخص و نسبت روایی محتوا^۱ مطلوب به دست آمد.

(ج) معرفی برنامه های مداخله ای

۱. مداخله درمان پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد برای نخستین بار در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ توسط استیون هیز^۲ و همکارانش بر پایه روان شناسی سنت رفتاری و فلسفه پراگماتیک^۳ شکل گرفته است. این روی آورد از جمله درمان های موج سوم رفتاری است که هدف

اصلی آن ارتقای انعطاف پذیری روان شناختی از طریق پذیرش افکار و هیجانات منفی و عمل متعهدانه در راستای ارزش های فردی است (۳۶). در این مطالعه درمان پذیرش و تعهد در راستای بهبود تنیدگی والدگری مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی بر طبق پژوهش انجام شده (۳۷) و شرح جلسات در جدول ۱ گزارش شده است. این جلسات درمانی در قالب ۱۴ جلسه، هفته ای یک جلسه برای گروه آزمایش یک توسط نویسنده نخست این مقاله که دوره های آموزشی مربوطه را گذرانده بود، انجام شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

ج	هدف	محتوا	تکالیف	زمان هر جا
یکم	تعیین ساختار گروه، معرفی مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معارفه اعضاء گروه، مشخص کردن قوانین و اهداف گروه، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد اتحاد درمانی با استفاده از استعاره دو کوه، تعیین کوشش های قبلی اعضاء در مورد دشواری های والدگری کارآمد، معرفی سیستم مهاري ناکارآمد با استفاده از چاه و بیلچه	تعیین اهداف و انتظارات گروه، شناسایی افکار و هیجانات ناخوشایند	۹۰ دقیقه
دوم	مهارگری رویادهای درونی، قانون درون در برابر قانون بیرون	ادامه بررسی راهبردهای مقابله ای دشواری های والدگری با کفایت برای رسیدن به درماندگی خلاق، استفاده از استعاره گودال، کیک شکلاتی	ارائه کاربردگ ثبت افکار و احساسات آزاردهنده و مشکلات و راه حل های به کار برده شده برای حل آنها	۹۰ دقیقه
سوم	پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی او از این موضوع که مهارگری خود معضل است، توضیح در مورد ناراحتی پاک و ناپاک ایجاد یک جهت گیری برای توسعه مهارت های ذهن آگاهی، فهم اجتناب تجربه ای	استعاره طناب کشی با غول، استعاره دروغ سنج، به موز فکر نکن، تأکید بر اهمیت پرورش ذهن آگاهی	ارائه کاربردگ ثبت راه حل های به کار برده شده برای حل مشکلات، افکار و احساسات و ارزیابی کارآمد بودن راه حل ها در دراز مدت	۹۰ دقیقه
چهارم	توسعه مهارت های ذهن آگاهی، فهم اجتناب تجربه ای	خوردن آگاهانه و بحث در مورد تعمیم این آگاهی به کارهای روزانه، استعاره دروغ سنج	تمرین توجه آگاهی و پذیرش با استفاده از استعاره های مرتبط	۹۰ دقیقه
پنجم	پذیرش و تمایل، کارآمدی اضطراب	استعاره خرس قطبی، ایفای نقش طناب کشی با هیولا، استعاره هم اتاقی، استعاره ببر	شناسایی مواردی که در دام طناب کشی با هیولا افتاده اند و این که چگونه از این دام خارج شده اند	۹۰ دقیقه
ششم	توجه آگاهی، گسلش	تمرین تنفس آگاهانه، تمرین استعاره رادیو ذهنی، صفحه نمایش افکار	تمرین استعاره های برگ های روی رودخانه، صفحه کامپیوتر، عبور ماشین ها برای گسلش از افکار، تمرین تنفس آگاهانه	۹۰ دقیقه
هفتم	توجه آگاهی، گسلش	تمرین توجه کردن به احساسات و پایش بدن، تمرین توجه کردن، نام نهادن و خنثی کردن، تمرین نوشتن افکار، تمرین عینیت بخشی با آواز خواندن افکار	تمرین تکنیک های آگاهی و گسلش	۹۰ دقیقه
هشتم	معرفی ارزش ها و اهداف، تفاوت ارزش ها و اهداف	بحث در مورد ارزش ها و اهداف و تفاوت بین آنها، قطب نمای ارزش ها، استعاره ارزش ها به مثابه پیتر، استعاره جشن تولد هشتاد سالگی	تکمیل کاربردگ قطب نمای زندگی برای شناسایی ارزش ها	۹۰ دقیقه

نهم	معرفی حوزه‌های مختلف ارزش‌ها، هدف گذاری، برنامه‌ریزی و فعالیت	بررسی ارزش‌ها و اهداف و میزان همسو بودن با آنها، دارت ارزش‌ها، معرفی اهداف هوشمندانه، معرفی انواع اهداف	بررسی و شناسایی ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف و تعیین اهداف براساس اهداف هوشمندانه	۹۰ دقیقه
دهم	موانع زندگی بر اساس ارزش‌ها	بررسی موانع در مسیر ارزش‌ها بودن، بررسی آمیختگی‌های شناختی و هیجانی مانع	بررسی افکار و هیجانات مانع در مسیر ارزش‌ها بودن و تمرین گسلش از این موانع	۹۰ دقیقه
یازدهم	معرفی خود به عنوان بافتار، خود فرآیندی و خود مفهومی	تمرین توجه به تنفس و در جایگاه خود مشاهده گر قرار گرفتن، نگاه کردن به شیء در جایگاه خود مشاهده گر، تمرین حرف زدن و گوش دادن، احتمالاً من نمی‌توانم... آمیختگی با خودارزیابی‌ها	انجام تمرین‌های مرتبط با خود مشاهده گر	۹۰ دقیقه
دوازدهم	گسلش از خود مفهومی، خود مشاهده گر	استعاره صفحه شطرنج، کلاس درس، زمین بازی، آسمان و هوا، در آوردن زره دفاعی، محاکمه خود مفهوم سازی شده	تمرین گسلش از خود مفهومی با استفاده از تمرین‌های گسلش و خود مشاهده گر تمرین توجه آگاهی و پیاده کردن متعهدانه	۹۰ دقیقه
سیزدهم	توجه آگاهی، اقدام متعهدانه، شفقت به خود	آموزش حل مسئله، استعاره طوفان هیجانات و لنگر انداختن، استعاره کارخانه، پل طنابی، نرده برنده، گرفتن تعهد از اعضاء، تمرین شفقت به خود	ارزش‌ها به صورت الگوهای عملی مداوم استفاده از تکنیک حل مسئله به صورت الگوهای عملی مداوم	۹۰ دقیقه
چهاردهم	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	تصورسازی تک تک جلسات درمانی و بیان تجربیات و آنچه یاد گرفته‌اند، حل و فصل مشکلات باقی مانده، بیان احساسات و افکار اعضا در مورد اختتام گروه، تأکید بر انجام ادامه تمرینات تا جلسه پیگیری، اجرای پس آزمون	درخواست و توصیه ادامه انجام تمرین‌های آموزش داده شده در طی جلسات	۹۰ دقیقه

خود کارآمدپنداری و کفایت در نقش والدگری تمرکز دارد (۳۸). در پژوهش حاضر مداخله والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طراحی- رفتار و منطبق بر الگوی منظم آموزشی جیمز براون^۲ طراحی و ابداع شده است. این روی آورد با هدف گذار از الگوهای سنتی به سمت مدیریت نظام مند تقاضاهای والدگری، بر اصلاح ساختارهای شناختی والدین و تقویت مهارت‌های رفتاری آنها جهت دست یابی به

۲. مداخله والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی: این مداخله نخستین بار بر مبنای نظریه لوئیس^۱ در سال ۱۹۶۳ و روی آورد شناختی- رفتاری و منطبق بر الگوی منظم آموزشی جیمز براون^۲ طراحی و ابداع شده است. این روی آورد با هدف گذار از الگوهای سنتی به سمت مدیریت نظام مند تقاضاهای والدگری، بر اصلاح ساختارهای شناختی والدین و تقویت مهارت‌های رفتاری آنها جهت دست یابی به

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف	زمان هر جلسه
یکم	معرفی والدگری با کفایت	آشنایی با پروتکل پژوهش و بیان دلایل اهمیت آن با روش توضیحی و استفاده از ابزار پاورپوینت	ارائه کاربرگ به والدین با عنوان معنا و اهمیت والدگری با کفایت/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد	۹۰ دقیقه
دوم	معرفی پنج نیاز عاطفی اساسی	معرفی نیازهای عاطفی اساسی و بیان اهمیت آن/ آشنایی والدین با عدم رفع نیازهای عاطفی اساسی در طولانی مدت و پیامدهای آن بر شکل گیری طرحواره‌ها/ ذکر موانع تأمین نیازهای عاطفی و استفاده از ابزار پاورپوینت و گفت و گو با والدین	ارائه کاربرگ به والدین با عنوان یادداشت برداری از آنچه در جلسه بیان شد را به منظور تحکیم و تکمیل آموخته‌ها/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد	۹۰ دقیقه
سوم	معرفی نیاز عاطفی اساس (امنیت و ثبات)	تعریف نیاز به امنیت و ثبات/ ذکر اهمیت تأمین شدن این نیاز در کودکان	ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد	۹۰ دقیقه
چهارم	معرفی طرحواره‌های شکل گرفته شده	معرفی طرحواره‌های شکل گرفته از جمله ره‌اشدگی، بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی، بدرفتاری در اثر تأمین نشدن نیاز به دلستگی ایمن/ بیان پیام اصلی	ارائه کاربرگ به والدین با عنوان شناسایی رفتارهای به کار رفته در کودکان که در بزرگسالی باعث ایجاد	۹۰ دقیقه

پنجم	معرفی نیاز عاطفی اساسی (نیاز به محبت) و محرومیت هیجانی	طرحواره‌های شکل گرفته/ ردیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌های شکل گرفته/ بیان نشانه‌های طرحواره‌های شکل گرفته	طرحواره ره‌اشدگی، بد رفتاری در او شده باشد/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد
ششم	معرفی نیاز عاطفی اساسی (رابطه و پذیرش)- معرفی طرحواره (نقص/ شرم) و (انزوای اجتماعی)	تعریف نیاز به رابطه و پذیرش/ بیان اهمیت تأمین شدن این نیاز در کودکان/ معرفی طرحواره‌های (نقص، شرم، انزوای اجتماعی) / بیان پیام اصلی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ ردیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌های شکل گرفته/ ذکر نشانه‌های طرحواره‌های شکل گرفته	ارائه کاربرگ به والدین با عنوان شناسایی تأمین نیاز به رابطه و پذیرش و رفتارهای ایجادکننده آن/ شناسایی عوامل ایجادکننده طرحواره نقص- شرم، انزوای اجتماعی/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد
هفتم	معرفی نیاز عاطفی اساسی- معرفی طرحواره	تعریف نیاز اساسی خودگردانی، کفایت و احساس هویت/ بیان اهمیت تأمین شدن این نیاز در کودکان/ بیان پنج «باید» لازم برای تأمین این نیاز/ معرفی طرحواره‌های (وابستگی- بی کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول‌نیافته- گرفتار، شکست) که در اثر خودگردانی ناقص ایجاد می‌شوند/ بیان پیام اصلی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ ردیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ بیان نشانه‌های طرحواره‌های تحولی شکل گرفته	ارائه کاربرگ به والدین با عنوان شناسایی تأمین نیاز به خودگردانی، کفایت و احساس هویت را در کودک و رفتارهای ایجادکننده آن/ شناسایی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری وابستگی- بی کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول‌نیافته و شکست/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد
هشتم	معرفی نیاز اساسی آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های بهنجار . طرحواره اطلاعات و ایثار، پذیرش جویی، جلب توجه	تعریف نیاز اساسی آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم/ ذکر اهمیت تأمین شدن این نیاز در کودکان/ معرفی طرحواره‌های (اطلاعت و ایثار، پذیرش جویی- جلب توجه) / بیان پیام اصلی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ ردیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ بیان نشانه‌های طرحواره‌های تحولی شکل گرفته	ارائه کاربرگ به والدین با عنوان شناسایی تأمین نیاز به آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های بهنجار و رفتارهای ایجادکننده و مخاطره‌آمیز آن/ شناسایی عوامل ایجادکننده طرحواره‌های اطلاعات و ایثار- معرفی طرحواره پذیرش جویی- جلب توجه/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد
نهم	معرفی نیاز اساسی خود انگیختگی و تفریح/ معرفی طرحواره‌های تنبیه و بازداري هیجانی، منفی‌گرایی، بدبینی، معیارهای سرسختانه	تعریف نیاز اساسی خودانگیختگی و تفریح/ بیان اهمیت تأمین شدن این نیاز در کودکان/ معرفی طرحواره‌های تنبیه و بازداري هیجانی، منفی‌گرایی- بدبینی، معیارهای سرسختانه که در اثر تأمین نشدن نیاز اساسی خودانگیختگی و تفریح شکل می‌گیرند/ بیان پیام اصلی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ ردیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ بیان نشانه‌های طرحواره‌های تحولی شکل گرفته	ارائه کاربرگ به والدین با عنوان شناسایی تأمین نیاز به خودانگیختگی و تفریح در کودکان و رفتارهای ایجادکننده و مخاطره‌آمیز آن/ شناسایی رفتارهای ایجادکننده طرحواره‌های تنبیه و بازداري هیجانی، منفی‌گرایی- بدبینی، معیارهای سرسختانه/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد
دهم	معرفی نیاز اساسی محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری/ معرفی طرحواره‌های خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی، استحقاق- بزرگ‌منشی)	تعریف نیاز اساسی محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری/ معرفی طرحواره‌های (خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی، استحقاق- بزرگ‌منشی) که در اثر تأمین نشدن نیاز اساسی محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری شکل می‌گیرند/ بیان پیام اصلی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ ردیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌های تحولی شکل گرفته/ بیان نشانه‌های طرحواره‌های تحولی شکل گرفته	ارائه کاربرگ به والدین با عنوان شناسایی تأمین نیاز به محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری در کودکان و رفتارهای ایجادکننده و مخاطره‌آمیز آن/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد
یازدهم	معرفی موانع تأمین نیازهای اساسی	تعریف موانع تأمین نیازهای اساسی/ آثار موانع تأمین نیازهای عاطفی اساسی در کودکان	شناسایی موانع تأمین نیازهای عاطفی اساسی/ ایجاد آمادگی ذهنی برای جلسه بعد
دوازدهم	جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	ارائه خلاصه‌ای از جلسات/ تأکید بر تکرار و انجام دادن تمرینات تا جلسه پیگیری/ اجرای پس‌آزمون	

(د) روش اجرا: جهت اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور و مجوز اجرایی از سازمان آموزش و پرورش، به مرکز خدمات روان شناسی و مشاوره ناحیه تبادکان شهر مشهد مراجعه شد و پس از هماهنگی با مسئولان این مراکز و ارائه توضیحاتی درباره روند اجرای پژوهش، طبق پرونده تشخیصی این مراکز، مادران دارای دانش آموزان مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی واجد شرایط شناسایی و ۴۵ نفر از آنها برحسب شرایط ورود و خروج انتخاب شدند. پس از پایان این مرحله و آگاهی بخشی به مادران و دانش آموزان، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت نامه کتبی از مادران و رضایت شفاهی دانش آموزان دریافت شد. همچنین به هر سه گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و به گروه گواه نیز اطمینان داده شد که در صورت تمایل پس از پایان مداخلات جلسات درمانی برای آنها برگزار خواهد شد. سپس جابدهی تصادفی مادران در گروه های آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) انجام شد و با استفاده از ابزارهای پژوهش از تمامی مادران پیش آزمون به عمل آمد. در مرحله بعد، برنامه درمانی پذیرش و تعهد در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش یکم و برنامه آموزش

والدگری باکفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت یک جلسه در هفته در مرکز خدمات روان شناسی و مشاوره مبین مشهد توسط نویسنده نخست این مقاله که دوره های مربوطه را گذرانده است، برگزار شد. در این بازه زمانی، گروه گواه آموزش های متداول مرکز آموزشی خود را دریافت می کردند. پس از پایان جلسات مداخله، از تمامی مادران گروه های آزمایش و گواه به صورت گروهی پس آزمون به عمل آمد. تمام مراحل نامبرده، در بازه زمانی تیر تا مهر ماه سال ۱۴۰۴ انجام شد. لازم به یادآوری است که تمام جلسات مداخله ای به صورت رایگان انجام شد و اینکه در پایان جلسات در صورت موفقیت در اجرای درست تکالیف به تعدادی از افراد جوایز کوچکی اهدا شد. همچنین در این پژوهش برای تحلیل داده ها در سطح توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-27 استفاده شد.

یافته ها

یافته های توصیفی شامل مقادیر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه ها	میانگین			انحراف استاندارد			شاپیرو- ویلک	
		پیش آزمون		پیگیری	پس آزمون		پیگیری	پس آزمون	
		پیش آزمون	پس آزمون		پیش آزمون	پس آزمون		پس آزمون	پیگیری
		آماره	p	آماره	p	آماره	p	آماره	p
تنیدگی والدگری (نمره کل)	درمان پذیرش و تعهد	۱۰۵/۰۶	۸۴/۹۳	۹۴/۲۶	۴/۴۷	۴/۹۲	۴/۹۹	۰/۹۴۲	۰/۴۰۴
	آموزش والدگری	۱۰۴/۶۰	۹۱/۲۰	۹۷/۴۰	۳/۶۶	۴/۳۶	۲/۸۴	۰/۹۷۴	۰/۹۱۴
	طرحواره درمانی	۱۰۴/۴۶	۱۰۴/۱۳	۱۰۵/۰۶	۴/۲۵	۳/۷۹	۴/۱۳	۰/۹۳۸	۰/۳۵۷
علائم آشفتگی	درمان پذیرش و تعهد	۳۳/۸۶	۲۸/۰۶	۳۱/۶۰	۱/۶۸	۱/۶۲	۱/۵۹	۰/۹۱۴	۰/۱۵۷
	آموزش والدگری	۳۳/۳۳	۲۹/۵۳	۳۱/۳۳	۱/۵۴	۱/۷۲	۱/۶۳	۰/۹۰۲	۰/۱۰۳
	طرحواره درمانی	۳۳/۵۳	۳۳/۶۶	۳۳/۷۳	۱/۵۵	۱/۵۸	۱/۴۳	۰/۹۰۰	۰/۰۹۶
گواه	درمان پذیرش و تعهد	۱۰۵/۰۶	۸۴/۹۳	۹۴/۲۶	۴/۴۷	۴/۹۲	۴/۹۹	۰/۹۴۲	۰/۴۰۴
	آموزش والدگری	۱۰۴/۶۰	۹۱/۲۰	۹۷/۴۰	۳/۶۶	۴/۳۶	۲/۸۴	۰/۹۷۴	۰/۹۱۴
	طرحواره درمانی	۱۰۴/۴۶	۱۰۴/۱۳	۱۰۵/۰۶	۴/۲۵	۳/۷۹	۴/۱۳	۰/۹۳۸	۰/۳۵۷
گواه	درمان پذیرش و تعهد	۳۳/۸۶	۲۸/۰۶	۳۱/۶۰	۱/۶۸	۱/۶۲	۱/۵۹	۰/۹۱۴	۰/۱۵۷
	آموزش والدگری	۳۳/۳۳	۲۹/۵۳	۳۱/۳۳	۱/۵۴	۱/۷۲	۱/۶۳	۰/۹۰۲	۰/۱۰۳
	طرحواره درمانی	۳۳/۵۳	۳۳/۶۶	۳۳/۷۳	۱/۵۵	۱/۵۸	۱/۴۳	۰/۹۰۰	۰/۰۹۶

درمان پذیرش و تعهد	۳۵/۶۶	۲۸	۳۱/۴۰	۲/۱۲	۲/۵۹	۲/۷۲	۰/۹۴۱	۰/۳۹۹	۰/۹۸۲	۰/۵۵۱	۰/۹۰۴	۰/۱۰۸
ناکارآمد والد- کودک	۳۵/۱۳	۳۰/۴۶	۳۲/۶۶	۱/۸۴	۲/۲۶	۱/۹۵	۰/۹۵۵	۰/۶۰۴	۰/۹۲۸	۰/۲۵۳	۰/۹۷۸	۰/۹۵۲
گواه	۳۵/۴۰	۳۵/۱۳	۳۵/۶۶	۲/۰۹	۲/۱۳	۱/۹۵	۰/۹۶۱	۰/۷۱۰	۰/۹۴۲	۰/۴۰۲	۰/۹۷۸	۰/۹۵۲
درمان پذیرش و تعهد	۳۵/۵۳	۲۸/۸۶	۳۱/۲۶	۱/۹۲	۲/۲۹	۱/۶۶	۰/۹۷۷	۰/۹۴۱	۰/۹۲۵	۰/۲۲۶	۰/۹۶۴	۰/۷۶۳
مشکل آفرین	۳۶/۱۳	۳۱/۲۰	۳۳/۴۰	۱/۹۲	۱/۶۹	۱/۴۰	۰/۹۴۰	۰/۳۷۹	۰/۸۹۰	۰/۰۶۷	۰/۸۹۵	۰/۰۷۴
گواه	۳۵/۵۳	۳۵/۳۳	۳۵/۶۶	۲/۰۶	۱/۸۳	۱/۹۵	۰/۹۶۸	۰/۸۳۵	۰/۹۵۰	۰/۵۲۸	۰/۹۷۸	۰/۹۵۲

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد نمرات پس‌آزمون و پیگیری تنیدگی والدگری در گروه آزمایشی درمان پذیرش و تعهد کاهش بیشتری داشته است. به منظور بررسی یافته‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، ابتدا نرمال بودن توزیع متغیر وابسته با آزمون شاپیرو-ویلک مورد و لوین مورد آزمون قرار گرفت و نتایج نشان داد مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع تنیدگی والدگری و مؤلفه‌های آنها معنادار نیست ($p > 0.05$). همچنین نتیجه آزمون لون نشان داد برای متغیرهای تنیدگی والدگری و مؤلفه‌های آنها در هر سه مرحله

ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0.05$). بنابراین می‌توان این‌گونه بیان کرد که توزیع متغیرها نرمال است. با توجه به رعایت پیش‌فرض اصلی این آزمون، استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بلامانع است. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی گروه، زمان، و اثر تعاملی زمان و گروه در علائم آشفتگی، تعامل ناکارآمد والد-کودک، و کودک مشکل آفرین را با اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون گرین هاوس- گایزر نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی مؤلفه‌های تنیدگی والدگری

متغیر	منابع تغییرات	میانگین مجذورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
علائم آشفتگی	اثر گروه	۸۵/۷۸۵	۱۱/۶۹۰	۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۸	۱/۰۰
	اثر زمان	۱۲۹/۵۶۲	۴۳۷/۶۲۲	۱/۷۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۲	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۴۰/۰۶۹	۱۳۵/۳۴۳	۳/۴۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۶	۱/۰۰
تعامل ناکارآمد والد-کودک	اثر گروه	۱۶۴/۲۷۴	۱۲/۳۷۸	۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۱	۱/۰۰
	اثر زمان	۲۲۲/۹۹۹	۳۰۳/۲۸۱	۱/۷۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۵۹/۳۶۳	۸۰/۷۳۵	۳/۵۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۴	۱/۰۰
کودک مشکل آفرین	اثر گروه	۱۴۷/۸۳۰	۱۶/۱۱۳	۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	۱/۰۰
	اثر زمان	۱۸۵/۷۶۰	۲۴۹/۱۷۳	۱/۸۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۶	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۴۶/۲۵۸	۶۲/۰۴۹	۳/۷۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۷	۱/۰۰

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تنیدگی والدگری برای هر دو متغیر اثر اصلی زمان، گروه، و تعامل زمان و گروه معنادار است ($p < 0.01$).

اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری وجود دارد. در مؤلفه علائم آشفتگی اندازه اثر در اثر اصلی

گروه نشان می دهد که ۳۵ درصد مؤلفه علائم آشفتگی ناشی از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می دهد که ۹۱ درصد تغییرات مؤلفه علائم آشفتگی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می دهد ۸۶ درصد تغییرات واریانس مؤلفه علائم آشفتگی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است. اما در مؤلفه تعامل ناکارآمد والد-کودک اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می دهد که ۳۷ درصد تغییرات مؤلفه تعامل ناکارآمد والد-کودک از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می دهد که ۸۷ درصد تغییرات مؤلفه تعامل ناکارآمد والد-کودک از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می دهد ۷۹ درصد تغییرات واریانس مؤلفه تعامل ناکارآمد

والد-کودک ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است. در نهایت در مؤلفه کودک مشکل آفرین اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می دهد که ۴۳ درصد تغییرات مؤلفه کودک مشکل آفرین از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می دهد که ۸۵ درصد تغییرات مؤلفه کودک مشکل آفرین از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می دهد ۷۴ درصد تغییرات واریانس مؤلفه کودک مشکل آفرین ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است. برای بررسی دو به دوی تفاوت میانگین مؤلفه های تنیدگی والدگری در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ذکر شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون بونفرونی برای مؤلفه های تنیدگی والدگری

متغیر	مرحله مبنا	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
علائم آشفتگی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۱۵۶	۰/۱۱۸	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۳۵۶	۰/۰۸۴	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۳/۱۵۶	۰/۱۱۸	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۸۰۰	۰/۱۱۵	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	-۱/۳۵۶	۰/۰۸۴	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۱/۸۰۰	۰/۱۱۵	<۰/۰۰۱
تعامل ناکارآمد والد-کودک	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۲۰۰	۰/۱۶۲	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۲/۱۵۶	۰/۱۴۸	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۴/۲۰۰	۰/۱۶۲	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۲/۰۴۴	۰/۱۹۸	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	-۲/۱۵۶	۰/۱۴۸	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۲/۰۴۴	۰/۱۹۸	<۰/۰۰۱
کودک مشکل آفرین	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۹۳۳	۰/۱۶۴	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۲/۲۸۹	۰/۱۶۸	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۳/۹۳۳	۰/۱۶۴	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۶۴۴	۰/۱۹۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	-۲/۲۸۹	۰/۱۶۸	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون	۱/۶۴۴	۰/۱۹۷	<۰/۰۰۱

باتوجه به نتایج جدول ۵ در مؤلفه های تنیدگی والدگری اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). با توجه به اختلاف میانگین ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد

($p = ۰/۰۰۱$) و نمرات کمی افزایش یافته است. با وجود این برای دقت بیشتر در نتایج و اطمینان بیشتر، با توجه به اینکه آزمون بونفرونی جمع میانگین سه گروه را مورد محاسبه قرار می دهد در جدول ۶ تفاوت

میانگین‌های مؤلفه‌های تنیدگی والدگری را در مراحل پژوهش در سه گروه نشان داده شده است.

جدول ۶: تفاوت نمرات میانگین‌های مؤلفه‌های تنیدگی والدگری در گروه‌ها

متغیر	مراحل پژوهش	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	سطح معناداری
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	۰/۵۳	۰/۴۲۸
			گواه	۰/۳۳	۰/۵۴۲
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	-۰/۲۰	۰/۶۱۵
علائم آشفتگی	پس‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	-۱/۴۷	۰/۰۰۱
			گواه	-۵/۶۰	۰/۰۰۱
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	-۴/۱۳	۰/۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	۰/۲۷	۰/۵۸۳
			گواه	-۲/۱۳	۰/۰۰۱
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	-۲/۴۰	۰/۰۰۱
تعامل ناکارآمد والد-کودک	پیش‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	۰/۵۳	۰/۴۲۸
			گواه	۰/۲۶	۰/۵۹۲
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	-۰/۲۷	۰/۵۸۰
پیگیری	پس‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	-۲/۴۶	۰/۰۰۱
			گواه	-۷/۱۳	۰/۰۰۱
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	-۴/۶۷	۰/۰۰۱
کودک مشکل آفرین	پیش‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	-۱/۲۶	۰/۰۰۹
			گواه	-۴/۲۶	۰/۰۰۱
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	-۳	۰/۰۰۱
پیگیری	پس‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	-۰/۶۰	۰/۳۴۷
			گواه	۰	۰/۹۹۹
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	۰/۶۰	۰/۳۴۷
پیگیری	پس‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	-۲/۳۴	۰/۰۰۱
			گواه	-۶/۴۷	۰/۰۰۱
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	-۴/۱۳	۰/۰۰۱
پیگیری	پس‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	-۲/۱۴	۰/۰۰۱
			گواه	-۴/۴۰	۰/۰۰۱
		آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی	گواه	-۲/۲۶	۰/۰۰۱

مبتلا به نارسایی توجه- فزون کنشی داشته است که میزان این تفاوت در پس‌آزمون ۱/۴۷ و در پیگیری ۰/۲۷ است. علاوه بر این در مؤلفه تعامل ناکارآمد والد-کودک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره‌درمانی اثربخشی بیش‌تر بر تعامل ناکارآمد والد-کودک مادران دارای فرزند مبتلا به نارسایی توجه- فزون کنشی داشته است که میزان این تفاوت در پس‌آزمون ۲/۴۶

مندرجات جدول بالا نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های تنیدگی والدگری، درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره‌درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری ایجاد کرده‌اند ($p \leq 0/001$). همچنین در مؤلفه علائم آشفتگی درمان پذیرش و تعهد نسبت به آموزش والدگری باکفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره‌درمانی اثربخشی بیش‌تر بر علائم آشفتگی مادران دارای فرزند

و در پیگیری ۱/۲۶ است. در نهایت در مؤلفه کودک مشکل آفرین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی اثربخشی بیش تر بر مؤلفه کودک مشکل آفرین، والدین دارای فرزند مبتلا به نارسایی توجه- فزون کنشی داشته است که میزان این تفاوت در پس آزمون ۲/۳۴ و در پیگیری ۲/۱۴ است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی بر تنیدگی والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی انجام شده است. نتایج تحلیل داده ها نشان داد بین اثربخشی سه گروه درمان پذیرش و تعهد و والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی و گواه از لحاظ میزان و بهبود تنیدگی والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی تفاوت معنادار وجود دارد. طبق یافته های به دست آمده این پژوهش، درمان پذیرش و تعهد نسبت به آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی در کاهش تنیدگی والدگری این مادران مؤثرتر است و این تأثیرات با وجود اندکی افزایش در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. در هیچ یک از مطالعات قبلی شواهدی منطبق بر یافته پژوهش حاضر به دست نیامد اما این یافته به طور ضمنی با مطالعات پیشین (۲۹، ۲۷، ۲۶، ۲۲) همسویی دارد. از این حیث که در مطالعات نامبرده نیز مشخص شده است درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر روی آورد طرحواره درمانی موجب بهبود رابطه والد- کودک و کاهش تنیدگی والدگری در مادران می شود. همسویی نتایج مطالعات پیشین با پژوهش حاضر را می توان این گونه تبیین کرد که مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی که با کشاکش هایی مانند نارسایی توجه، مهارگری هیجانانگیز، تکانشگری، و نظایر آن از سوی فرزندانشان روبرو هستند، اغلب توجه خود را به طور نامتناسبی بر رفتارهای منفی کودک معطوف می کنند و همین عامل مانع از توجه کافی به رفتارهای مثبت کودک شده و به نوبه خود، به افزایش درگیری با فرزندان، حساسیت نسبت به رفتارهای آنها، و در نهایت افزایش

تنیدگی والدگری منجر می شود (۶، ۳). در نتیجه این والدین به طور معمول با صبور، مهربانی، و به طور کلی با شفقت به خود کمتری با فرزندان خود برخورد می کنند (۱۳). در این میان، ذهن آگاهی به عنوان یکی از مؤلفه های بنیادین درمان پذیرش و تعهد، چارچوبی برای شکستن این چرخه مخرب فراهم می آورد. ذهن آگاهی به والدین کمک می کند تا به جای غرق شدن در افکار منفی و نشخوار ذهنی، توجه خود را به تعاملات کنونی با کودک خود معطوف سازند و با دیدگاهی گشوده و غیرقضاوت گرانه با آنها تعامل کنند (۱۶).

در پژوهش حاضر نیز در جلسات درمان پذیرش و تعهد مادران توانستند از طریق کاهش درگیری با افکار منفی، نگرانی های تکراری، و ارزیابی های تهدیدمحور، تنیدگی والدینی را به طور معناداری در خود کاهش دهند. در واقع مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی معمولاً در روند والدگری با فشارهای مداوم، ناکامی های تکرارشونده، احساس درماندگی، و خودسرزنی قابل توجهی روبرو هستند که همین عامل به افزایش تنش هیجانی و کاهش احساس کفایت والدینی منجر می شود (۹). درمان پذیرش و تعهد در این جلسات مداخله ای توانست با کمک به والدین برای ایجاد تغییرات شناختی (مشاهده وقایع با دیدگاهی گشوده) و بهبود تجربیات درونی، زمینه را برای کاهش فرسودگی و افزایش انعطاف پذیری روانی فراهم کرد. همچنین این روی آورد به مادران کمک کرد تا از واکنش های خودکار فاصله بگیرند و به جای تمرکز افراطی بر اشتباهات کودک، در لحظه حاضر کشاکش های پرورش فرزند خود را مدیریت کرده و در ارتباطی آگاهانه با فرزندشان قرار گیرند. همچنین گسلش شناختی موجب شد افکاری مانند «من مادر خوبی نیستم»، «فرزندم هیچ وقت تغییر نمی کند» یا «من از عهده این شرایط بر نمی آیم» تنها به عنوان رویدادهای ذهنی دیده شوند. این تغییر، شدت درگیری هیجانی را کاهش داده و فرصت پاسخ دهی سنجیده تر را برای این مادران فراهم کرد و به مادران کمک می کند با تاب آوری هرچه بیشتر با فرزندان خود روبرو شوند در نتیجه این تغییرات مادران توانستند خود کارآمدپنداری خود را ارتقا بدهند. از سوی دیگر شفاف سازی ارزش ها در درمان پذیرش و تعهد به مادران کمک می کند تا به جای گرفتار شدن در چرخه اجتناب، سرزنش و واکنش های هیجانی، رفتارهای والدگری خود را در جهت اهداف و

ارزش‌های مهم زندگی‌شان تنظیم کنند. در نتیجه همین عامل به آنها کمک کرد به تدریج از الگوهای فرساینده و تنش‌گر فاصله بگیرند و توانایی بیشتری برای تحمل دشواری‌های والدگری پیدا کنند.

علاوه بر این در تبیین اثربخشی مداخله والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر تنیدگی والدگری می‌توان این گونه بیان کرد که مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی به طور معمول به دلیل رفتارهای مرتبط با این اختلال، از کودکان خود فاصله می‌گیرند و در نتیجه همین عامل موجب می‌شود این کودکان نسبت به سایر کودکان بهنجار احساس رهاشدگی بیشتری دارند (۲۸). این آموزش با توجه به نظریه دلبستگی و نیاز کودکان به دلبستگی ایمن با فراهم کردن بستری برای ایجاد ارتباط و امنیت موجب تقویت رابطه میان والدین و کودکان می‌شود. در واقع این آموزش به این مادران کمک می‌کند که طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه بریدگی و طرد که حاصل دلبستگی ناایمن است را هدف قرار داده و در صدد بهبود آن برآیند. فراتر از این، مداخله یادشده با ارتقای خودآگاهی در خصوص طرحواره‌ها، به مادران کمک می‌کند تا محرک‌های هیجانی خود را در مواجهه با رفتارهای تکانشی کودک شناسایی کنند و به جای واکنش‌های ناخودآگاه، به تنظیم هیجانی پردازند. این فرآیند از طریق جایگزینی طرحواره‌های ناکارآمد مانند معیارهای سخت‌گیرانه با سبک والدگری بهنجار، به کاهش کمال‌گرایی افراطی و در نهایت افزایش احساس کفایت در مادران منجر می‌شود که مستقیماً تنیدگی والدگری را به شکلی معنادار کاهش می‌دهد.

تأثیر بیشتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی را می‌توان از این منظر تبیین کرد که درمان پذیرش و تعهد با پیوند دادن رفتارهای والدگری به ارزش‌های زیستی و انسانی، به مادران معنایی فراتر از مدیریت رفتار کودک می‌دهد. در حالی که روی آورد مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر ترمیم آسیب‌های گذشته متمرکز است، درمان پذیرش و تعهد به والدین آموزش می‌دهد که حتی در حضور رفتارهای کشاکش‌برانگیز کودک، بر اساس ارزش‌های خود (مانند مهربانی یا صبوری) عمل کنند. این تغییر جهت از واکنش به رفتار کودک به "عمل بر اساس ارزش‌ها، به افزایش احساس معنا و کارآمدپنداری در مادران منجر شده و از طریق کاهش تضاد بین

رفتار و ارزش، تنیدگی والدگری را تعدیل می‌کند. از سوی دیگر آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی نیازمند اختصاص زمان بیشتر جهت بازسازی ساختارهای شخصیتی و اصلاح باورها و طرحواره‌های عمیق ناکارآمد داشت که هرچند برای ایجاد تغییرات پایدار بنیادین ارزشمند است، اما در مواجهه با تنیدگی‌های روزمره و فوریت‌دار ناشی از فشارهای غیرقابل پیش‌بینی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی، در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد، اثربخشی کمتری از خود نشان داد؛ زیرا درمان پذیرش و تعهد با ارائه مهارت‌های مدیریت آنی هیجانات و پذیرش تجربیات ناخوشایند، پاسخی سریع‌تر به کشاکش‌های والدگری ارائه می‌دهد.

افزون بر این اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی در خرده‌مقیاس‌های علائم آشفتگی، تعامل ناکارآمد والد-کودک، و کودک مشکل‌آفرین نیز مشهود است؛ درمان پذیرش و تعهد با آموزش کنار گذاشتن سرکوب پریشانی‌ها، فاصله‌گیری از افکار مزاحم، و افزایش تحمل هیجانات ناخوشایند، مستقیماً سطح آشفتگی مادران را کاهش می‌دهد، زیرا که به آنها اجازه می‌دهد افکار منفی را صرفاً به عنوان رویدادهای ذهنی تجربه کنند، موضوعی که در آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی با تمرکز بر تغییرات ساختاری عمیق‌تر، کمتر به صورت آنی رخ می‌دهد. علاوه بر این درمان پذیرش و تعهد با شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعهد به عمل بر اساس آنها، همراه با تمرکز بر ارتباط آگاهانه در لحظه حال، کیفیت تعاملات والد-کودک را بهبود بخشیده و در نتیجه حرمت‌خود مادران و کودکان را افزایش داد؛ در حالی که در آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی، با وجود تمرکز بر تغییر الگوهای عمیق شخصیتی، ممکن است مستقیماً به اندازه درمان پذیرش و تعهد، مهارت‌های مدیریت آنی هیجانات و تعاملات روزمره را تقویت نکند. در نهایت مهارت‌های پذیرش و تعهد، در کنار ایجاد بینشی مثبت‌تر به شرایط، به مادران کمک می‌کند تا رفتارهای مرتبط با اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی کودک را کمتر مشکل‌آفرین تلقی کرده و از برجسب‌زنی به کودک یا خودشان پرهیز کنند و ارتباط مؤثرتری با یکدیگر داشته باشند؛ موضوعی که این روی آورد را در مقایسه با آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره‌درمانی، در مواجهه با

کشاکش‌های روزمره اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی، کارآمدتر می‌سازد.

به طور کلی مطالعه حاضر با تمرکز بر مقایسه دو روی آورد درمانی متفاوت، تمایز قابل توجهی با پژوهش‌های پیشین دارد. در حالی که بسیاری از مطالعات قبلی به بررسی اثربخشی مداخله واحد بر تنیدگی والدگری پرداخته‌اند، این پژوهش به صورت همزمان تأثیر درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره درمانی را بر ابعاد مختلف تنیدگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی بررسی کرده است. این مقایسه دوگانه نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند از مسیرهای متفاوتی بر تجربه والدگری اثر بگذارند و به کاهش آشفتگی، بهبود تعامل والد-کودک، و کاهش ادراک کودک به عنوان عامل مشکل آفرین منجر شوند. پژوهش حاضر می‌تواند در کنار یافته‌های سایر مطالعات، به هدف نهایی علم یعنی تدوین نظریه یا مدل‌های تبیینی دقیق‌تر درباره اثربخشی مداخلات والدگری کمک کند و در نهایت به الگویی کاربردی برای انتخاب و طراحی مداخله‌های مؤثرتر برای مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی مبدل شود.

همچنین این پژوهش همانند بسیاری از مطالعات با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود؛ نخست آنکه جامعه آماری آن صرفاً شامل مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی بود؛ بنابراین تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و پدران باید با احتیاط انجام شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، هر دو والد به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شوند تا امکان بررسی دقیق‌تر و جامع‌تری از نتایج فراهم شود. همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، حداقل بودن حجم نمونه اندک به دلیل زمان‌بر و پرهزینه بودن انتخاب حجم نمونه‌های بالا، می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش محسوب شود. که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی انجام مطالعات با حجم نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. علاوه بر این رخدادهای روزانه زندگی مشارکت‌کنندگان نیز ممکن است با مداخلات آزمایشی تداخل کرده و اثربخشی آنها را تحت تأثیر قرار داده باشند؛ به ویژه آنکه طرح پژوهش سه مرحله‌ای با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری بود و تجربیات کسب شده در مرحله پیش‌آزمون ممکن است صحت

پاسخ‌دهی در پس‌آزمون را متأثر کرده باشد، و پاسخ‌های برخی مادران نیز به دلیل جدید بودن محیط مداخلات، ممکن است از جنبه حقیقی فاصله گرفته باشد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده مطالعات ترکیبی (استفاده همزمان از رویکردهای کمی و کیفی) برای والدین انجام شود. علاوه بر این استفاده از معیارهای عینی تغییر رفتار، مانند علائم فیزیولوژیکی در کنار ابزارهای خودگزارشی، با فراهم آوردن شواهد بیشتر در تأیید اثربخشی مداخلات، می‌تواند به اعتبار یافته‌های پژوهش بیفزاید. در نهایت به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود با به کارگیری درمان پذیرش و تعهد و آموزش والدگری با کفایت مبتنی بر طرحواره درمانی، گام‌های مهمی در زمینه پیشگیری و درمان مشکلات مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون کنشی بردارند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده یکم در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. مجوز اجرایی آن بر روی افراد نمونه توسط سازمان آموزش و پرورش ناحیه تبادلکان شهر مشهد در تاریخ ۱۴۰۴/۱/۲۸ با شماره مجوز ۳۳۰/۹۸۴۰/۶۰۰۲ صادر شد. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1404.022 صادره از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران مانند اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، و رضایت کتبی از افراد نمونه، و نظایر آن در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه‌ای و با هزینه نویسندگان مقاله انجام شده است.

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

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

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

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

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از شرکت‌کنندگان محترم و همه افرادی که در اجرای این پژوهش به ما یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Zaleski AL, Craig KJ, Khan R, Waber R, Xin W, Powers M, Ramey U, Verbrugge DJ, Fernandez-Turner D. Real-world evaluation of prevalence, cohort characteristics, and healthcare utilization and expenditures among adults and children with autism spectrum disorder, attention-deficit hyperactivity disorder, or both. *BMC Health Services Research*. 2025 Aug 9;25(1):1048. [Link]
2. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of affective disorders*. 2023 Oct 15; 339:860-6. [Link]
3. Olczyk AR, Rosen PJ, Alacha HF, Flynn MM. Indirect effect of ADHD on parenting stress through increased child anxiety and decreased emotional regulatory coping. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2024 May;33(5):1407-17. [Link]
4. Pardo-Salamanca A, Rosa-Martínez E, Gómez S, Santamarina-Siurana C, Berenguer C. Parenting stress in autistic and ADHD children: implications of social support and child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025 Jul;55(7):2284-93. [Link]
5. 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*. 2024 May;25(Suppl 2):272-90. [Link]
6. Zhang Z, Li R, Zhou Z, Wang P, Yang B, Wang X. The effect of physical activity on quality of life and parenting stress in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial. *Disability and Health Journal*. 2023 Jan 1;16(1):101377. [Link]
7. Fang Y, Luo J, Boele M, Windhorst D, Van Grieken A, Raat H. Parent, child, and situational factors associated with parenting stress: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2024 Jun;33(6):1687-705. [Link]
8. Mak MC, Yin L, Li M, Cheung RY, Oon PT. The relation between parenting stress and child behavior problems: Negative parenting styles as mediator. *Journal of Child and Family Studies*. 2020 Nov;29(11):2993-3003. [Link]
9. Riany YE, Ihsana A. Parenting stress, social support, self-compassion, and parenting practices among mothers of children with ASD and ADHD. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi*. 2021 May 30;6(1):47-60. [Link]
10. Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M. I., Colomer, C., & Pastor, G. (2015). Parenting stress in families of children with autism spectrum disorder and ADHD. *Exceptional Children*, 82 (1), 81–95. [Link]
11. 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 Jul;25(7):2279-91. [Link]
12. Ríos M, Zekri S, Alonso-Esteban Y, Navarro-Pardo E. Parental stress assessment with the parenting stress index (PSI): a systematic review of its psychometric properties. *Children*. 2022 Oct 28;9(11):1649. [Link]
13. Chung GS, Chan XW, Lanier P, Wong PY. Associations between work–family balance, parenting stress, and marital conflicts during COVID-19 pandemic in Singapore. *Journal of Child and Family Studies*. 2023 Jan;32(1):132-44. [Link]
14. Rasmussen PD, Storebø OJ, Shmueli-Goetz Y, Bojesen AB, Simonsen E, Bilenberg N. Childhood ADHD and treatment outcome: the role of maternal functioning. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2018 Jun 14;12(1):31. [Link]
15. Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, Chacko A, Chronis-Tuscano A. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical child and family psychology review*. 2015 Mar;18(1):77-97. [Link]
16. Banani M, Amini N, Borjali M, Keykhosravi M. Comparing the Effectiveness of Parenting Education Based on Acceptance and Commitment Therapy and Parenting Based on Positive Psychology on Emotion Regulation in Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *MEJDS* 2022; 12 :13-13. [Persian]. [Link]
17. Shahabi A, Ehteshamzadeh P, Asgari P, Makvandi B. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Guided Imagery on the Resilience of Cardiac Disease Patients Referring to the Heart Rehabilitation Department. *Intern Med Today* 2020; 26 (3) :276-297. [Persian]. [Link]
18. Fang S, Ding D. The differences between acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: A three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023 Apr 1; 28:149-68. [Link]
19. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004 Sep 1;35(4):639-65. [Link]
20. Janalipor Chenarrodkhani M, Deldar Gohardani M, Asghari F. Comparison the effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on anxiety, self-

- efficacy, and resilience in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Ment Health* 2025; 12 (4): 7. [Persian]. [\[Link\]](#)
21. Jokar L, Khayatan F, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of Schema-Oriented and ACT-Based Parenting Programs on Children's Hope and Happiness. *JPEN* 2025; 12 (1) :57-69. [Persian]. [\[Link\]](#)
 22. Moharrami S, Nasab DH, Vafa MA. Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on ambiguity tolerance in male high school students. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2024;5(5):41-9. [\[Link\]](#)
 23. Shahmiveh Isfahani A, Abedi A, Faramarzi S, Yarmohamadiyan A. Dimension Exploration of Multi-dimensional Model of Parenting of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Effect on Parent-Child Interaction: A Mix Methods Research. *J Child Ment Health* 2020; 7 (2) :241-256. [Persian]. [\[Link\]](#)
 24. Ozdemir N, Erginyavuz KA. Being a mother of children with ADHD and the problems it causes to mothers. *New Trends Issues Proc Humanit Soc Sci*. 2019; 6:425-9. [\[Link\]](#)
 25. Johnston C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of abnormal child psychology*. 1996 Feb;24(1):85-104. [\[Link\]](#)
 26. Ebrahimi Rad S, Sajjadian I. The Effect of Schema-Based Good Enough Parenting Training on Mother's Empathy and Parental Acceptance in Mothers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Children. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2024 Jul 10;19(1):1-2. [Persian]. [\[Link\]](#)
 27. Asgharzadeh Rafsanjani S, Vaziri Yazdi S, Saeedmanesh M. The Effectiveness of Competent Parenting Training Based on Schema Therapy on the Psychological Well-Being of Mothers and the Reduction of Autism Spectrum Disorder Symptoms in Children. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2025 May 10;14(3):183-92. [Persian]. [\[Link\]](#)
 28. Golavari M, Khayatan F. The Effectiveness of Schema Therapy on The Ambiguity Tolerance and Resilience in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical psychology and personality*. 2022 Aug 23;20(1):125-38. [Persian]. [\[Link\]](#)
 29. Sabzi N, Farah Bijari A, Khosravi Z. The Effectiveness of Group Schema Therapy-based Parenting Education of Mothers on Modifying Maladaptive Schemas of the Child and Improving the Quality of the Parent-Child Relationship. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2022;10(1):33-44. [\[Link\]](#)
 30. Vergeer-Hagoort F, Kraiss JT, Drossaert CH, Bohlmeijer ET. Exploring the benefits and acceptance of blended positive psychotherapy as an adjunctive treatment for clients with residual depressive symptoms: A mixed-method study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2024 Dec;54(4):315-25. [\[Link\]](#)
 31. Grecucci A, Messina I, Dadomo H. Decoupling internalized dysfunctional attachments: a combined ACT and schema therapy approach. *Frontiers in psychology*. 2018 Nov 23; 9:2332. [\[Link\]](#)
 32. Cohen AR, Stotland E, Wolfe DM. An experimental investigation of need for cognition. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1955 Sep;51(2):291. [\[Link\]](#)
 33. Aracena M, Gómez E, Undurraga C, Leiva L, Marinkovic K, Molina Y. Validity and reliability of the Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) applied to a Chilean sample. *Journal of Child and Family Studies*. 2016 Dec;25(12):3554-64. [\[Link\]](#)
 34. Goldberg DP, Hillier VF. A scale version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979 Feb;9(1):139-45. [\[Link\]](#)
 35. Shirzadi P, Framarzi S, Ghasemi M, Shafiee M. Investigating Validity and reliability of Parenting Stress Index-short form among Fathers of normal child under 7 years old. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2015 Jan 10;3(4):91-110. [Persian]. [\[Link\]](#)
 36. Zhu Z, Chao M, Gaskin J, Cao H, Luo H. The history and theoretical framework of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). In *The Palgrave handbook of third-wave psychotherapies* 2025 Oct 20 (pp. 87-109). Cham: Springer Nature Switzerland. [\[Link\]](#)
 37. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006 Jan 1;44(1):1-25. [\[Link\]](#)
 38. Louis JP, Ortiz V, Barlas J, Lee JS, Lockwood G, Chong WF, Louis KM, Sim P. The Good Enough Parenting early intervention schema therapy-based program: Participant experience. *PloS one*. 2021 Jan 22;16(1): e0243508. [\[Link\]](#)
 39. Mehrabinia M, Talebzade Shoshtari L, Khorshidzade M. Designing an adequate parenting education package with a schema-therapy approach. *Qualitative Research in Behavioral Sciences (QRBS)*. 2022 May 22;1(1):1-8. [Persian]. [\[Link\]](#)