

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy-Based Parenting Training and Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation (Adaptive and Maladaptive) in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Amol

1. Seyyed Kambiz Hosseini^{ORCID}: PhD Student, Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

2. Reza Joharifard^{ORCID}*: Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

3. Marziyeh Talebzadeh^{ORCID}: Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

*Corresponding Author's Email Address: rjoharifard@gmail.com



Abstract:

Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy-based parenting training and acceptance and commitment therapy (ACT) on the emotion regulation of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the city of Amol.

Methods and Materials: The present study employed a quasi-experimental pretest-posttest and follow-up design with a control group. The statistical population consisted of all elementary school children aged 7 to 11 years with ADHD and their mothers in Amol during the 2020–2021 academic year. From this population, 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups: schema therapy-based parenting training (15 participants), acceptance and commitment therapy (15 participants), and control group (15 participants). Participants completed the Emotion Regulation Questionnaire by Garnefski (Garnefski et al., 2001). Data were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test in SPSS-24 software.

Findings: The results showed that both schema therapy-based parenting training and acceptance and commitment therapy significantly improved emotion regulation strategies in children with ADHD.

Conclusion: Given the effectiveness of these approaches in improving emotion regulation, psychologists and counselors in mental health service centers can utilize these interventions to reduce symptoms of ADHD.

Keywords: schema therapy-based parenting training, acceptance and commitment therapy, emotion regulation, children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

How to Cite: Hosseini, S. K., Joharifard, R., & Talebzadeh, M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy-Based Parenting Training and Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation (Adaptive and Maladaptive) in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Amol. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 1(3), 193-209.

Received: 30 June 2024

Revised: 31 October 2024

Accepted: 8 November 2024

Published: 21 November 2024



Copyright: © 2024 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی بر تنظیم هیجان (انطباقی و غیر انطباقی) کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه شهر آمل

۱. سید کامبیز حسینی¹، دانشجوی دکتری، روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. رضا جوهری فرد²، استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. مرضیه طالب زاده³، استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: rjoharifard@gmail.com

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی بر تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه شهر آمل بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه کودکان دبستانی ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD همراه با مادران آن‌ها در شهر آمل در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که از این جامعه ۴۵ نفر، به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های -آزمایشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی (۱۵ نفر)، گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. افراد نمونه پرسشنامه‌های تنظیم هیجان گارنفسکی (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و یک متغیره، آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS-۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و روش پذیرش و پابندی در بهبود روش‌های تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال بیش فعال/نقص توجه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به مؤثر بودن آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی بر تنظیم هیجان روانشناسان و مشاوران مراکز خدمات روان درمانی و مشاوره می‌توانند از این رویکردها جهت کاهش اختلال بیش فعال/نقص توجه استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی، تنظیم هیجان، کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه.

نحوه استناددهی: حسینی، سید کامبیز، جوهری فرد، رضا، و طالب زاده، مرضیه. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی بر تنظیم هیجان (انطباقی و غیر انطباقی) کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه شهر آمل. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۱(۳)، ۱۹۳-۲۰۹.



تاریخ دریافت: ۱۰ تیر ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۰ آبان ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۸ آبان ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۰۱ آذر ۱۴۰۳



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۲ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most prevalent neurodevelopmental disorders, characterized by symptoms of inattention, hyperactivity, impulsivity, and several cognitive impairments (Khorasanizadeh Gazki et al., 2020). These symptoms often result in functional, emotional, and cognitive deficits across various life domains (Castellanos et al., 2019). ADHD is hereditary in nature and its prevalence varies between 2% and 12.4% depending on meta-analytic estimates (Sanguineti et al., 2024). The condition typically begins before the age of 12 and continues into adulthood, impairing performance in academic, social, and occupational environments (Vold et al., 2023). Adult ADHD has been associated with poorer health, lower educational attainment, and higher unemployment rates (Ayano et al., 2023). These outcomes are linked to compromised academic achievement, low self-esteem, aggressive behaviors, and increased risk-taking (Faraone & Radonjić, 2023). The biological underpinnings of ADHD include reduced volume and function of brain white and gray matter and alterations in the prefrontal cortex responsible for attentional regulation (Amjad et al., 2024).

One major impairment observed in individuals with ADHD is difficulty with emotion regulation, which intensifies with age (Musser et al., 2019). Emotion regulation refers to processes through which individuals influence their emotions, how they experience them, and how they express them (Yazdan et al., 2022). Dysfunctional emotion regulation is a transdiagnostic factor that involves nonacceptance of emotional responses, difficulty in goal-directed behavior, lack of emotional awareness, impulse control problems, and limited access to effective regulation strategies (Colton et al., 2023). These issues negatively affect educational quality and emotional stability in children with ADHD (Koukli et al., 2022).

Schema therapy-based parenting training is one psychological intervention with increasing empirical support for improving parenting practices and child outcomes (Grau et al., 2023). Parenting style plays a critical role in a child's personality and emotional development (Abedini et al., 2019; Brummer et al., 2021). This intervention teaches parents how to interact effectively with their children, particularly by using positive reinforcement, structured boundaries, and emotional validation (Thijssen et al., 2017).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is another intervention based on a clear philosophical and theoretical foundation (Sewart et al., 2019). ACT focuses on promoting psychological flexibility, helping individuals accept negative emotions while committing to valued actions (El Fakir et al., 2016; Wetherell et al., 2021). It has proven effective for reducing psychological distress, enhancing resilience, improving perceived social support, and increasing well-being (Abdolazimi & Niknam, 2019; Pirhayati & Barghi Irani, 2017; Seyed Jafari et al., 2017).

Given the far-reaching impact of ADHD and the emerging evidence supporting schema therapy and ACT, this study aimed to compare the effectiveness of schema therapy-based parenting training and ACT in enhancing emotion regulation (adaptive and maladaptive) in children with ADHD.

Methods and Materials

This study followed a quasi-experimental pretest-posttest design with follow-up and included a control group. The sample consisted of 45 children aged 7 to 11 years with ADHD, along with their mothers, selected through purposive sampling from the city of Amol during the 2020–2021 academic year. Participants were randomly assigned to three groups: schema therapy-based parenting training (15 participants), ACT (15 participants), and control (15 participants).

Emotion regulation was assessed using the Garnefski Emotion Regulation Questionnaire. The intervention groups underwent eight 90-minute sessions based on their

respective therapeutic frameworks. Schema therapy sessions focused on identifying and restructuring maladaptive schemas through cognitive, experiential, and behavioral techniques. ACT sessions emphasized acceptance, cognitive defusion, mindfulness, and commitment to valued goals. Data analysis was conducted using multivariate and univariate ANCOVA, with Bonferroni post hoc tests via SPSS-24.

Findings

At the pretest stage, the mean scores of the three groups in emotion regulation strategies were nearly identical. However, in the posttest, the experimental groups showed increased scores in adaptive strategies and decreased scores in maladaptive strategies, while the control group remained largely unchanged. For example, the schema therapy group's mean score for adaptive strategies increased from 44.33 (SD = 5.13) in the pretest to 62.27 (SD = 7.72) in the posttest and remained at 57.07 (SD = 3.79) at follow-up.

ANCOVA results indicated significant group differences in both adaptive ($F = 28.59, p < 0.001$) and maladaptive ($F = 9.70, p < 0.001$) strategies. Post hoc tests showed both intervention groups significantly outperformed the control group in improving adaptive strategies and reducing maladaptive ones. The effect sizes were substantial: 60% of the variance in adaptive strategies and 34% in maladaptive strategies were explained by the interventions.

During follow-up, multivariate tests confirmed the durability of the interventions' effects. In adaptive strategies, the mean difference between schema therapy and control was 13.19 ($p < 0.001$), and between ACT and control was 12.67 ($p < 0.001$). For maladaptive strategies, schema therapy differed significantly from control ($p = 0.013$), and ACT from control ($p = 0.001$). No significant differences were found between the two experimental groups in either strategy domain at follow-up, indicating equivalent effectiveness.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both schema therapy-based parenting training and ACT significantly improved

emotion regulation in children with ADHD, with effects sustained over time. The lack of significant difference between the two interventions in terms of effectiveness suggests that either approach can be beneficial in clinical settings. This confirms the utility of equipping parents with schema-based strategies and applying acceptance-based therapeutic principles in addressing emotional dysregulation in children with ADHD.

Schema therapy may have been effective because it helped mothers restructure maladaptive parenting patterns, replacing punitive or inconsistent strategies with supportive, emotionally attuned interactions. This, in turn, likely enhanced children's emotional stability, promoting adaptive emotion regulation skills and reducing emotional volatility. The structured schema-focused approach may have encouraged consistency in parental behavior, which is particularly beneficial for children with ADHD who struggle with impulsivity and emotional outbursts.

The success of ACT can be attributed to its emphasis on psychological flexibility, teaching individuals to acknowledge difficult emotions without avoidance, and to act in alignment with personal values. Children in the ACT condition might have benefited from increased awareness and acceptance of their emotions, which supports more adaptive regulation and mitigates the escalation of maladaptive strategies like suppression or rumination.

These results underscore the potential of both interventions in addressing emotional dysregulation, a core impairment in ADHD that contributes to academic difficulties, peer conflict, and mental health challenges. The findings also reinforce the value of parent-focused interventions, suggesting that improving parental awareness and response to child behavior can positively influence children's emotional development.

However, this study had limitations. Its focus on a specific age group within a single geographic region limits the generalizability of the results. Institutional constraints, limited time for classroom access, and variability in participant engagement may also have affected the

implementation. Further studies with larger, more diverse samples, and comparisons across age groups and treatment settings, are needed to confirm these findings and refine intervention strategies.

In sum, this study highlights the importance of early and sustained interventions for children with ADHD,

particularly those targeting emotion regulation through parenting programs or acceptance-based therapies. Empowering parents with structured therapeutic tools can serve as a critical pathway to improving emotional and behavioral outcomes for children affected by this disorder.

مقدمه

(2023). چندین فرضیه برای مبنای عصبی زیستی اختلال کمبود توجه

بیش فعالی ارائه شده است: کاهش عملکرد و حجم ماده سفید و خاکستری مغز (که با اختلال در برنامه ریزی، شناخت، توجه و رفتار مرتبط است)، تغییرات قشر پیشانی مغز (که در تنظیم توجه و رفتار نقش دارد) شامل رشد و رشد کندتر، کاهش فعالیت و کاهش حجم قشر پیشانی مغز (Amjad et al., 2024).

یکی از مهم ترین مهارت هایی که در دوران بزرگسالی نسبت به کودکی مشکلات بیشتری ایجاد می کند اختلال در تنظیم هیجانی است که در مبتلایان به این اختلال به وفور دیده می شود (Musser et al., 2019). تنظیم هیجان را میتوان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آن ها را داشته باشند، و چگونه آن ها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (Yazdan et al., 2022). تنظیم هیجانی براساس مدل نظری، فرایندی منحصر به فرد برای تعدیل تجربه ی هیجانی به قصد دستیابی به مطلوبیت اجتماعی و قرار گرفتن در یک وضعیت جسمانی و روانی آماده، برای پاسخگویی مناسب به تقاضاهای بیرونی و درونی است. تنظیم هیجانی «منتظم کردن و تنظیم» فرایندهای احساسی در راستای عملکرد تطبیقی است، لذا بی نظمی احساسات، به فرایندهای تنظیمی اطلاق می شود که در نهایت عملکرد تطبیقی را مختل کند (Hwang, 2022). تنظیم هیجان آگاهی و ارزیابی از حالات هیجانی انسان را در بر می گیرد و همچنین شامل فرایندهایی است که در درک و تأثیرگذاری بر هیجانات او نقش دارد (Thümmel et al., 2022). در فرآیند تنظیم هیجان، ارزیابی مجدد شناختی شامل اصلاح معنای شناختی نسبت داده شده به یک موقعیت است، در حالی که سرکوب بیانی شامل مهار یا کاهش رفتار بیانگر هیجانی مداوم است (Gullo et al., 2022). در نتیجه میتوان گفت تنظیم هیجانی به

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی (ADHD)¹ یکی از شایع ترین اختلالات تشخیصی در حیطه اختلالات عصبی تحولی شناخته شده است. ویژگی های این اختلال شامل علائمی از بی توجهی، فعالیت بیش از اندازه، تکانشگری و تعدادی نقوص شناختی است (Khorasanizadeh Gazki et al., 2020). وجود این علائم منجر به نقص های عملکردی، هیجانی و شناختی در حیطه های مختلف زندگی می شود (Castellanos et al., 2019). اختلال نقص توجه/بیش فعالی²، یک اختلال عصبی رشدی ارثی است که میزان شیوع آن از ۲٪ تا ۱۲/۴٪ بسته به نرخ های فراتحلیلی متغیر است (Sanguineti et al., 2024). اختلال نقص توجه/بیش فعالی معمولاً در دوران کودکی شروع شده (کمتر از ۱۲ سال) و با بی توجهی و/یا بیش فعالی - تکانشگری مشخص می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا³، ۲۰۲۳). الگوهای رفتاری مرتبط می توانند باعث ایجاد مشکلات مرتبط با عملکرد در محیط های آموزشی، اجتماعی و حرفه ای شوند که ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد (Vold et al., 2023). شیوع اختلال نقص توجه/بیش فعالی در بزرگسالان بالاست و علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی در بزرگسالان با سلامت ضعیف تر، سطح تحصیلات پایین تر و نرخ بالاتر بیکاری مرتبط است (Ayano et al., 2023). این علائم با اختلال در عملکرد تحصیلی، عزت نفس پایین، پیامدهای شغلی منفی، عملکرد انطباقی پایین تر، مشکلات مهارت های اجتماعی، رفتارهای پرخطر و آسیب های تصادفی مرتبط است. هم زن ها و هم محیط، یا تعامل آنها، خطر ابتلا به این اختلال را افزایش می دهد. با توجه به علل چندعاملی زمینه ساز این اختلال، اختلال کمبود توجه بیش فعالی تظاهرات ناهمگونی دارد و بر حوزه های شناختی مختلف تأثیر می گذارد و اغلب با بیماری های روانپزشکی و پزشکی همراه است (Faraone & Radonjić, 2023).

³ American Psychiatric Association

¹ Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

² attention deficit hyperactivity disorder

مرحله‌ای اشاره دارد که افراد به واسطه‌ی آن بر هیجانات خود و اینکه چگونه آن‌ها را بیان و تجربه می‌کنند، تأثیرگذار است (اخوان خرازی و رمضانی، ۱۴۰۱). هنگامی که فرد با موقعیت‌های هیجانی مواجه می‌شود، برای تنظیم هیجان به بهترین کارکردهای شناختی نیاز دارد و می‌کوشد تا هیجان‌های خود را کنترل کند (Francesconi et al., 2022). وجود الگوهای مختل در تنظیم هیجان می‌تواند باعث تشدید و تداوم وضعیت منفی در دانش‌آموزان شده و بر کیفیت زندگی تحصیلی آنان نیز تأثیر بگذارد (Koukli et al., 2022). از طرفی دشواری در تنظیم هیجان، به عنوان یک عامل فراتشخیصی به عنوان عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی یا پریشانی، دشواری مشارکت در رفتارها و راهبردهای هدفمند و عدم آگاهی هیجانی، مشکل در کنترل تکانه‌ها، نبود شفافیت هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانات تعریف شده است (Colton et al., 2023).

از اینرو، توجه به مداخلات روانشناختی طی سال‌های اخیر در حل مشکلات این گروه از مادران در جامعه مورد توجه قرار گرفته است که از جمله این درمان‌ها که شواهد مطالعاتی به شکلی قدرتمند از نتایج مثبت آن در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی حمایت کرده‌اند، آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی می‌باشد (Grau et al., 2023). سبک فرزندپروری^۱ و تربیت کودکان یکی از مهم‌ترین وظایفی است که والدین بر عهده دارند. وظیفه آن‌ها در بین فرزندان، سازندگی، آفرینندگی و سازمان دادن فرزند در جهت رسیدن به انسانی کامل، متحرک و مؤثر است تا برای بقای وجود، صیانت نفس و انجام وظایف والدینی و اجتماعی آماده شود (Abedini et al., 2019). سبک‌های فرزندپروری رفتارها و رویه‌ای ویژه‌ای است که به طور مجزا و هم در تعامل با یکدیگر بر رشد فرزندان تأثیر می‌گذارد. محیط خانواده و نوع سبک اجرایی نقش مهمی در تعیین شخصیت

و رفتار فرزندان دارد (Brummer et al., 2021). فرزندپروری اصطلاح دیگری برای تربیت فرزندان است. تربیت فرزند، فرآیند اجتماعی شدن است که بستگی به نوع سبک دارد و نوع مشارکت پذیری فرزند را در زندگی اجتماعی رقم می‌زند. هر یک از انواع سبک‌های فرزندپروری (مسائبه، مقتدر و سهل‌گیر)، الگوهای متفاوتی منبعث از ارزش‌های مورد قبول والدین، شیوه‌ها و رفتارهای والدین و تعادلی متفاوت بین پاسخگویی و مطالبه‌گری را منعکس می‌کند (Bododo & Ibrahim, 2020). سبک‌های فرزندپروری را می‌توان به عنوان مجموعه یا سیستم رفتاری تعریف کرد که تعامل والدین و کودک را در طیف گسترده‌ای از موقعیت‌ها توصیف می‌کند و فضای تعامل مؤثر را ایجاد می‌کند (Smetana, 2022). این مداخله‌ها مراقبان و والدین به‌خصوص مادران را در برنامه‌های آموزشی درگیر می‌کند و به آن‌ها روش‌هایی را می‌آموزد که بتوانند نوع تعاملاتشان را با کودکان تغییر دهند. در این مداخلات اولین تکلیف این است که درحالی‌که خشم و ناامیدی کودک را درک می‌کنیم، با کودک و خانواده یک تعهد درمانی ایجاد کنیم. دومین مؤلفه مهم استفاده از پاداش و تقویت‌کننده مثبت برای رفتارهای مناسب است. پاداش‌ها و تقویت‌کننده‌ها هدف‌های گوناگونی نظیر ایجاد عزت‌نفس در کودک و تقویت رابطه کودک و والد دارند. برای تأثیرگذاری بیشتر در این رویکرد، پاداش‌ها باید پس از انجام کار خاصی توسط کودک به صورت واقعی به او داده شوند (Thijssen et al., 2017).

یکی از دیگر از اشکال درمان‌های روان‌شناختی، درمان پذیرش و پابندی (ACT)^۲ می‌باشد (Jerin & Borak, 2019). مزیت درمان پذیرش و تعهد این است که بر خلاف بسیاری از رویکردهای دیگر صاحب مبنای فلسفی و نظری روشن و منسجمی است (Sewart et al., 2019). در این درمان، بر شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف ضمن تأکید بر اشتیاق نسبت به تجربه

^۱ parenting styles

^۲ Acceptance and commitment therapy

نمودن همه هیجان‌ها و موقعیت‌ها متمرکز می‌شود (El Fakir et al., 2016). هدف اصلی روی کرد پذیرش و تعهد کاهش علائم بیماری نیست، بلکه کمک به افراد است تا در کنار پذیرش درد و مشکلات به عنوان بخش لاینفک زندگی، ارزش‌ها و معناهای شخصی زندگی خود را مشخص نمایند و با اقدام در مورد آن‌ها به زندگی شور و نشاط و معنای بیش‌تری دهند و انعطاف پذیری روان شناختی شان را افزایش دهند (Wetherell et al., 2021; White et al., 2015). اثرگذاری این شیوه درمانی در درمان مشکلات روان شناختی از سایر درمان‌های معمول کارآمدی بیشتری دارد (White et al., 2015). درمان مبتنی بر پذیرش در سال‌های گذشته برای کاهش افسردگی (Bunyathikan et al., 2020)، افزایش سلامت روان و عملکرد شناختی (Pirhayati & Barghi Irani, 2017)، کاهش دلزدگی وجودی (Rostami et al., 2018) افزایش تاب آوری (Seyed Jafari et al., 2017)، افزایش ادراک حمایت اجتماعی و کاهش ناراضایتی از بدن (Abdolazimi & Hadi Tareqi, 2019)، کاهش استرس ادراک شده (Hadi Tareqi & Masoudi, 2019; Kakavand et al., 2019)، افزایش سلامت روانشناختی و امید به زندگی (Golestani-Far & Dasht Bozorgi, 2020) افزایش سرمایه‌های روانشناختی (Ein Beigi et al., 2020) به کار رفته است.

بیش فعالی بر جنبه‌های مختلفی از زندگی کودکان اثرگذار است، عواملی از قبیل تنظیم هیجان‌ها که می‌تواند زندگی تحصیلی و روابط بین فردی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی، با توجه به تجربیات موفق که از اجرای رویکرد آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی در کشورهای مختلف و ایران حاصل شده است، بررسی این رویکرد در کشور جهت بررسی پیامدهای آن در تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به بیش فعالی ضرورت پیدا می‌کند. از سوی دیگر، پژوهش‌های اندکی در مورد اثربخشی آموزش

فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی مادران بر متغیرهای اثرگذار از قبیل تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به بیش فعالی انجام شده است و یا دست کم پژوهش‌ها همه متغیرهای بالا را یک جا با هم پوشش نداده‌اند. پژوهش حاضر، کوششی در جهت رفع کمبود عنوان شده می‌باشد. نتیجه این تحقیق می‌تواند به عنوان تلاشی اساسی در راستای بهبود تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به بیش فعالی مورد توجه قرار گیرد. توجه بیشتر به این مسئله و انجام پژوهش‌های متعدد در این زمینه می‌تواند گامی مؤثر در جهت کاهش معضلات بیش فعالی در کودکان باشد. بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر انجام شد. به این ترتیب، با عنایت به مطالب و مطالعات عنوان شده، پژوهش حاضر درصدد یافتن پاسخ به این سؤالات است که آیا آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی بر تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه شهر آمل اثربخش است؟ و آیا بین اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی بر تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه شهر آمل تفاوت وجود دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک طرح آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه است، که در آن از دو گروه آزمایشی مجزا و یک گروه گواه استفاده شد. مرحله پیگیری، یک ماه و نیم پس از انجام پس آزمون، اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه کودکان دبستانی ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD همراه با مادران آن‌ها در شهر آمل در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ می‌باشند که از این جامعه ۳۰ نفر، به صورت هدفمند انتخاب شدند. از این تعداد، ۳۰ دانش‌آموز و مادران آن‌ها به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. به این

ترتیب که از کودکان ارجاع داده شده به مراکز روانشناختی شهر آمل، آنهایی که ملاک ورود به پژوهش شامل تشخیص کودکان مبتلا به ADHD توسط روانشناس و طبق معیارهای DSM-5، پزشکان می‌توانند شدت ADHD را "خفیف"، "متوسط" یا "شدید" تعیین کنند. جهت دریافت اطلاعات مربوط به شدت اختلال از پرونده درمانی موجود در مراکز درمانی هدف استفاده شد. خفیف: علائم کمی بیش از تعداد مورد نیاز برای تشخیص وجود دارد و علائم منجر به اختلال جزئی در محیط‌های اجتماعی، مدرسه یا محل کار می‌شود. متوسط: علائم یا اختلال عملکرد بین "خفیف" و "شدید" وجود است. شدید: بسیاری از علائم فراتر از تعداد مورد نیاز برای تشخیص هستند. چندین علامت به طور ویژه شدید است. یا علائم منجر به نقص عملکرد در محیط اجتماعی، مدرسه یا محل کار می‌شود؛ رضایت مادران از حضور در پژوهش، حداقل سواد برای درک گویه‌های پرسشنامه توسط مادران، به صورت تصادفی انتخاب شد.

پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی^۱: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه (۹) راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی، ۰/۸۷ گزارش کردند (Garnefski et al., 2001). ضریب پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۴ ماه در مطالعه گارنفسکی و همکاران

(۲۰۰۲)، در دامنه‌ی ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (Garnefski et al., 2002). یوسفی (۱۳۸۲) در نمونه‌ای متشکل از آزمودنی‌های ۱۵ تا ۲۵ سال با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه را برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است (Yousefi, 2003). سامانی و صادقی (۱۳۸۹) در مطالعه‌ی خود، ضریب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ی ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی یک هفته را در دامنه‌ی ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه گزارش کردند (Samani & Sadeghi, 2010). صالحی، باغبان، بهرامی و احمدی (۱۳۹۰)، در مطالعه‌ی خود، ضریب آلفای کرونباخ برای تمام خرده مقیاس‌های آزمون را معنی دار گزارش کردند. بیشترین ضریب آلفای کرونباخ، برای زیر مقیاس بازآزمایی مثبت (۰/۸۶) و کم‌ترین آن برای زیر مقیاس پذیرش (۰/۶۰) گزارش شد. در پژوهش آن‌ها ضریب پایایی از طریق بازآزمایی نیز نتایج نسبتاً رضایت بخشی را نشان داد. دامنه‌ی این ضرایب از ۰/۴۰ برای راهبرد فاجعه سازی تا ۰/۶۷ برای راهبرد اتخاذ دیدگاه بود که تمامی ضرایب معنی دار بودند (Salehi et al., 2011).

درمان آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی: مداخلات آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر اساس چارچوب مفهومی جفری یانگ (۱۹۹۰) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی و اجرا شد. در جلسه نخست، با هدف ایجاد رابطه درمانی و ارزیابی اولیه، اعضای گروه معرفی شدند، قوانین گروهی نظیر رازداری و احترام مرور شد، قرارداد درمانی منعقد گردید و مشکلات فعلی با تمرکز بر تاریخچه زندگی مورد شناسایی قرار گرفت. در جلسه دوم، به آموزش مفاهیم پایه طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای پرداخته شد و ارتباط این طرحواره‌ها با مشکلات فعلی از طریق مثال‌های تحصیلی برقرار شد. جلسه سوم به راهبردهای شناختی اختصاص داشت؛ در آن منطق شیوه‌های شناختی معرفی و با استفاده از آزمون اعتبار

1. Difficulty in Cognitive Regulation Questionnaire

طرحواره و روش مواجهه همدلانه، بازسازی شناختی انجام گرفت. در جلسه چهارم، مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای بررسی شد، گفت‌وگوی درونی بین جنبه سالم و جنبه طرحواره‌ای شکل گرفت و تدوین کارت‌های آموزشی به افراد آموزش داده شد. در جلسه پنجم، رویکرد تجربی معرفی گردید که شامل تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگوی خیالی بود، به گونه‌ای که خاطرات گذشته به زمان حال متصل شوند. جلسه ششم به راهبردهای رفتاری اختصاص یافت که در آن اهداف رفتاری، فهرست رفتارهای مشکل‌ساز، اولویت‌بندی و انگیزش برای تغییر رفتار مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه هفتم نیز با بهره‌گیری از ایفای نقش و تصویرسازی، رفتارهای سالم تمرین شدند و تلاش شد تا بر موانع تغییر رفتار غلبه شود. در نهایت، جلسه هشتم به مرور مطالب جلسات پیشین، جمع‌بندی کلی، اجرای پس‌آزمون با فاصله یک هفته پس از پایان جلسات و خاتمه گروه اختصاص داشت (Young, 1990).

درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی (ACT): مداخلات مبتنی بر پذیرش و پابندی بر پایه مدل هایز (۲۰۱۳) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه اول، رابطه درمانی شکل گرفت، قرارداد درمانی منعقد شد و اطلاعات کلی از اهداف و تعداد جلسات ارائه شد و همچنین پیش‌آزمون انجام گرفت. در جلسه دوم، تلاش شد تا با ارتقای آگاهی از تجارب گذشته، افراد به سمت رها کردن راهبردهای ناکارآمد تشویق شوند. جلسه سوم به شناسایی تعارض‌های عاطفی و روایات فردی از مشکلات اختصاص یافت و تاریخچه دلبستگی اولیه و روابط فعلی مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه چهارم، شناخت احساسات زیربنایی، موقعیت‌های تمایلی، چرخه‌های تعاملی منفی، و

جنبه‌های درون‌فردی و بین‌فردی تجارب هیجانی با استفاده از استعاره‌هایی مانند «پیاده‌روی با ذهن» و «آتوبوس ذهن» دنبال شد. در جلسه پنجم، مرور تکالیف قبلی انجام شد و تمایز بین «خود مفهوم‌سازی‌شده» و «خود ناظر» با هدف ارتقای آگاهی فردی مورد تأکید قرار گرفت. جلسه ششم به تسهیل ساختاردهی مجدد در تعاملات و ادراکات اختصاص داشت و راه‌حل‌های نوآورانه برای پاسخ به نیازهای فردی بررسی شد. در جلسه هفتم، مفاهیم ارزش‌ها، اهداف و آرزوها مطرح و تبیین شدند. سرانجام، در جلسه هشتم، جمع‌بندی کلی از فرآیند درمان صورت گرفت و با مشارکت آزمودنی‌ها، پس‌آزمون به اجرا درآمد (Hayes, 2013).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره و یک متغیره، آزمون تعقیبی بنفرونی در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز در این پژوهش، $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته خواهد شد.

یافته‌ها

همانگونه که از نتایج ارائه شده در جدول زیر. مشاهده می‌شود میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در هر سه متغیر در مرحله پیش‌آزمون تقریباً همسان است. اما در مرحله پس‌آزمون میانگین گروه‌های آزمایش در متغیر راهبردهای انطباقی افزایش یافته و در متغیرهای راهبردهای غیرانطباقی هیجان کاهش یافته است. در مورد گروه کنترل تغییرات جزئی در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون مشاهده می‌شود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	طرحواره درمانی	پیش‌آزمون	۴۴/۳۳۳	۵/۱۳۶
		پس‌آزمون	۶۲/۲۶۷	۷/۷۲۳
		پیگیری	۵۷/۰۶۷	۳/۷۸۸
کنترل		پیش‌آزمون	۴۲/۸	۱۰/۱۲۲

۱۰/۶۸۸	۴۲/۳۳۳	پس آزمون	کنترل
۵/۸۱۷	۴۳/۴۶۷	پیگیری	
۸/۲۶۲	۹۱/۱۳۳	پیش آزمون	
۹/۸۹۱	۸۷/۶۰	پس آزمون	
۹/۴۵۳	۸۷/۰۶۷	پیگیری	

نتایج آزمون اثرات بین گروهی در بطن مانکواي اصلی نشان می‌دهد تفاوت معناداری در میانگین گروه‌ها در راهبردهای انطباقی ($\text{sig}=0/001$, $F=28/59$) و غیر انطباقی تنظیم هیجان ($\text{sig}=0/001$, $F=9/70$) وجود دارد. با توجه به وجود سه گروه برای مشخص ساختن محل تفاوت، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. مقدار مجذور اتای تفکیکی هم نشان می‌دهد حدود ۶۰ درصد از واریانس راهبردهای انطباقی و حدود ۳۴ درصد از واریانس راهبردهای غیرانطباقی از طریق متغیرهای مستقل یعنی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی و پذیرش/پایبندی تبیین می‌شود.

جدول ۲. نتایج آزمون اثرات بین گروهی روی نمره‌های پس آزمون راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم هیجان

راهبرد تنظیم هیجان	منابع	میانگین مجذورات بین	درجه آزادی	میانگین مجذورات خطا	F	p	η^2
راهبردهای انطباقی	پیش آزمون	۲۷/۸۵۹	۱	۲۷/۸۵۹	۰/۴۲	۰/۵۲۱	۰/۰۱۱
گروه	۳۷۹۴/۴	۲	۱۸۹۷/۲	۲۸/۵۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	
خطا	۲۵۲۱/۵۱۸	۳۸	۶۶/۳۵۶				
راهبردهای غیرانطباقی	پیش آزمون	۰/۰۱۵	۱	۰/۰۱۵	۰	۰/۹۸۷	۰
گروه	۹۹۷/۲۱۴	۲	۴۹۸/۶۰۷	۹/۷۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸	
خطا	۱۹۵۱/۴۱۴	۳۸	۵۱/۳۵۳				

همانگونه که از نتایج جدول فوق مشاهده می‌شود در راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تفاوت معناداری بین گروه آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و پذیرش/پایبندی با گروه گواه وجود دارد ($P<0/01$). به گونه‌ای که میانگین گروه‌های آزمایش در راهبردهای انطباقی به طور معناداری بیشتر از گروه گواه و در راهبردهای غیرانطباقی به طور معناداری کمتر از گروه گواه است. اما بین دو گروه آزمایشی مذکور تفاوت معناداری در میانگین راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون وجود ندارد. بنابراین فرضیه اختصاصی اول تایید می‌شود.

برای بررسی ثبات و پایداری نتایج بدست آمده در مرحله پس آزمون، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تفاوت میانگین‌های گروه‌های آزمایشی در مرحله پیگیری با مرحله پیش آزمون مورد مقایسه قرار گرفتند. قبل از انجام این آزمون مفروضه‌های اصلی آن شامل نرمال بودن تک متغیری به واسطه عدم معنادار بودن Z کولموگروف -اسمیرنوف نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع بهنجار بودن تبعیت می‌کنند (جدول ۵). نتایج آزمون لون نشان دهنده برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها در راهبردهای انطباقی ($\text{sig}=0/655$, $F=0/428$) راهبردهای غیرانطباقی ($\text{sig}=0/692$, $F=0/371$) عملکرد تحصیلی ($\text{sig}=0/494$, $F=0/718$) و علایم رفتاری بود ($\text{sig}=0/463$, $F=0/784$). نتایج آزمون ام باکس هم نشان دهنده وجود مغروضه همسانی ماتریس کوواریانس بود ($P>0/05$, $F=1/66$). همگنی شیب خط رگرسیون هم از طریق تحلیل واریانس بررسی شد. نتیجه تعامل برای

هر چهار متغیر معنادار نبود ($P > 0/05$). پس از تایید وجود مفروضه ها، نخست

نتایج آزمون های چندمتغیری لامبدای ویلکز نشان داد تفاوت معناداری در

ترکیبی از متغیرهای وابسته وجود دارد ($F = 9/10, P < 0/001$).

جدول ۳. آزمون بن فرونی جهت مقایسه زوجی میانگین های اصلاح شده متغیرهای وابسته در بین گروه ها

متغیر وابسته	مقایسه گروه	با گروه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
راهبردهای انطباقی	طرحواره درمانی	پذیرش و پابندی	۱/۲۰۴	۲/۹۸۸	۱
		گواه	۲۰/۱۴۱	۲/۹۹۸	۰/۰۰۱
	پذیرش و پابندی	گواه	۱۸/۹۳۷	۲/۹۷۶	۰/۰۰۱
راهبردهای غیرانطباقی	طرحواره درمانی	پذیرش و پابندی	۳/۲۱	۲/۶۲۹	۰/۶۸۹
		گواه	-۸/۰۰۶	۲/۶۳۷	۰/۰۱۳
	پذیرش و پابندی	گواه	-۱۱/۲۱۵	۲/۶۱۸	۰/۰۰۱

در جدول زیر نتایج تحلیل آزمون اثرات بین گروهی^۱ که در بطن مانکوا

انجام شده است، در مرحله پیگیری گزارش شده است:

جدول ۴. نتایج آزمون اثرات بین گروهی روی نمره های مرحله پیگیری راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم هیجان

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا
راهبرد انطباقی	۱۶۶۰/۷۹۷	۲	۸۳۰/۳۹۹	۲۹/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲
راهبرد غیرانطباقی	۶۳۶/۶۹۴	۲	۳۱۸/۳۴۷	۸/۸۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود نسبت F آزمون اثرات بین
گروهی برای متغیرهای وابسته نشان می دهد که در متغیرهای راهبردهای
انطباقی و غیرانطباقی بین گروه های طرح واره درمانی، پذیرش/پابندی و گواه
تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین حداقل یکی از روش های درمانی بر
متغیرهای وابسته مذکور تاثیر معناداری دارد. برای پی بردن به اینکه کدام
درمان موثر بوده و آیا بین درمان های مختلف تفاوت معناداری وجود داشته یا
خیر، از نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه زوجی تفاوت میانگین های راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی گروه های طرح واره درمانی، پذیرش/پابندی و

گواه در مرحله پیگیری

متغیر وابسته	گروه های مورد قایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
راهبردهای	طرحواره درمانی	پذیرش و پابندی	۰/۵۱۸	۱/۹۳۳
انطباقی	طرحواره درمانی	گواه	۱۳/۱۹۴	۱/۹۳۹
	پذیرش و پابندی	گواه	۱۲/۶۷۷	۱/۹۲۵

¹. Tests of Between-Subjects Effects

۱	۲/۲	۲/۱۴۸	پذیرش و پابندی	طرحواره درمانی	راهبردهای
۰/۰۱۳	۲/۲۰۷	-۶/۷۰۳	گواه	طرحواره درمانی	غیرانطباقی
۰/۰۰۱	۲/۱۹۱	-۸/۸۵۱	گواه	پذیرش و پابندی	

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، تفاوت بین میانگین گروه طرحواره درمانی و گواه در راهبردهای انطباقی ۱۳/۱۹ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که طرح واره درمانی بر افزایش راهبردهای انطباقی در مرحله پیگیری تداوم اثر داشته است. هم چنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان پذیرش /پابندی و گروه گواه در راهبردهای انطباقی برابر ۱۲/۶۷ است که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. این یافته نیز نشان می‌دهد که درمان پذیرش و پابندی بر افزایش راهبردهای انطباقی در مرحله پیگیری تداوم اثر داشته است. هم چنین، تفاوت بین میانگین گروه طرح واره درمانی و پذیرش /پابندی در راهبردهای انطباقی برابر ۰/۵۱۸ است که در سطح ۰/۰۵ معنی دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه طرحواره درمانی و گروه درمان پذیرش /پابندی بر راهبردهای انطباقی تفاوت معنی داری در مرحله پیگیری وجود ندارد. همین روند در خصوص متغیر راهبردهای غیرانطباقی نیز مشاهده می‌شود به طوری که تفاوت گروه‌های طرح واره درمانی (sig=۰/۰۱۳) و پذیرش /پابندی (sig=۰/۰۰۱) با گروه گواه در راهبردهای غیرانطباقی معنادار است و نشان دهنده تداوم اثر نتایج بدست آمده است. اما بین دو گروه درمانی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

غیرانطباقی به طور معناداری کمتر از گروه گواه است. اما بین دو گروه آزمایشی مذکور تفاوت معناداری در میانگین راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون وجود ندارد. بنابراین فرضیه اختصاصی اول تایید می‌شود. این نتیجه نشانگر اثربخشی همسان هر دور روش بر راهبردهای تنظیم هیجان است. این یافته همسو با نتایج پژوهش دیوید و همکاران (۲۰۱۴) و پارک و همکاران (۲۰۱۴) می‌باشد (David et al., 2014; Park et al., 2014). چنان که این پژوهشگران نشان داده اند که آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی می‌تواند منجر به کاهش آسیب‌های روانشناختی و هیجانی کودکان شود. در تبیین یافته حاضر، مبنی بر اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی بر بهبود تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی می‌توان گفت که مادران در آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی می‌آموزند که با شناخت پیش آمدها و پیامدهای رفتارهای نامناسب فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، مشخص کردن آنها، شیوه نظارت بر این رفتارها، نادیده گرفتن عمده و برنامه ریزی شده، محرومیت موقت بدون تنبیه بدنی، تلاش نمایند تا رفتارهای فرزند خود را تغییر دهند. در این روش تلاش می‌شود تا رفتارهای مناسب کودک مبتلا به این اختلال در کانون توجه قرار گیرد. توجهی که می‌تواند منجر به بهبود حالات روانشناختی و هیجانی کودک شود. این فرایند باعث میشود تا به مرور روند بهبودی در وضعیت روانشناختی و فرایندهای هیجانی همچون تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در اثر ارائه آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی مشاهده شود. در تبیینی دیگر باید بیان نمود که مبتنی بر نتایج پژوهش‌های پیشین، یکی از علل بی‌نظمی

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، تفاوت بین میانگین گروه طرحواره درمانی و گواه در راهبردهای انطباقی ۱۳/۱۹ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که طرح واره درمانی بر افزایش راهبردهای انطباقی در مرحله پیگیری تداوم اثر داشته است. هم چنین، تفاوت بین میانگین گروه طرح واره درمانی و پذیرش /پابندی در راهبردهای انطباقی برابر ۰/۵۱۸ است که در سطح ۰/۰۵ معنی دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه طرحواره درمانی و گروه درمان پذیرش /پابندی بر راهبردهای انطباقی تفاوت معنی داری در مرحله پیگیری وجود ندارد. همین روند در خصوص متغیر راهبردهای غیرانطباقی نیز مشاهده می‌شود به طوری که تفاوت گروه‌های طرح واره درمانی (sig=۰/۰۱۳) و پذیرش /پابندی (sig=۰/۰۰۱) با گروه گواه در راهبردهای غیرانطباقی معنادار است و نشان دهنده تداوم اثر نتایج بدست آمده است. اما بین دو گروه درمانی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که در راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تفاوت معناداری بین گروه آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و پذیرش /پابندی با گروه گواه وجود دارد (P<۰/۰۱). به گونه‌ای که میانگین گروه‌های آزمایش در راهبردهای انطباقی به طور معناداری بیشتر از گروه گواه و در راهبردهای

هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی، عدم وجود روش‌های بهنجار فرزندپروری از سوی والدین این کودکان است (Chronis-Tuscano et al., 2016). بر این اساس، آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی سبب می‌شود تا والدین اصول فرزندپروری مبتنی بر ویژگی‌های این کودکان را آموخته و با به کارگیری آن در تعامل خود با فرزندان، سبب می‌شوند که به بروز رفتارهای مناسب و کاهش مشکلات روانشناختی و هیجانی یاری رسانند. این فرایند نیز به شکل طبیعی از آشفته‌گی‌های هیجانی کاسته و روند بهبود تنظیم هیجانی را تسریع میکند. علاوه بر این، نتایج نشان داد که فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی توانسته منجر به تنظیم هیجان انطباقی و بی‌ثباتی هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی با داشتن آموزه‌هایی همچون دادن استقلال به کودک، مواجه کردن کودک با پیامدهای منطقی و طبیعی بدون اعمال روش‌های تنبیهی و تادیبی سختگیرانه و به کار نبردن سرزنش بیش از حد و پرخاشگراییانه در قبال مشکلات رفتاری کودکان، سبب می‌شود این کودکان با تغییرات خلقی مداوم والدین مواجهه نشده و از این رو، خود نیز ثبات خلقی و هیجانی بیشتری را از خود نشان دهند. این فرایند سبب می‌شود تا آن‌ها انطباق‌پذیری هیجانی بیشتری همچون همدلی و خودآگاهی هیجانی را در محیط‌های مختلف از خود به نمایش گذارند.

در تبیین اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی، می‌توان بیان کرد که به طور کلی راهبردهای تنظیم هیجانی، پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخوانده هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند. به نظر می‌رسد که آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی سبب شده است که کودکان مبتلا به

اختلال بیش فعال/نقص توجه با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها با تمرکز مثبت و برنامه ریزی منظم و ارزیابی شرایط، فرایندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساسات شان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. زیرا انسجام و تنظیم مدیریت سازگاران هیجان (راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی) باعث می‌گردد افراد احساسات منفی و مثبت را تعدیل کنند و موقعیت‌های اضطراب را بهتر درک کنند و یاد بگیرند؛ چگونه هیجان‌های خود را مدیریت کنند. در نگاهی دیگر آموزش فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیری شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب، توانایی کنترل علاقه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تعدیل تنظیم هیجان‌های این کودکان در اضطراب شده است. همچنین، تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم انداز شخصی از هیجان‌ها؛ خودآگاهی و ذهن آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خود آگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسب تری داشته باشند و افکار خود سرزنش‌گری و احساسات ناخوشایند کم تری داشته باشند. بنابراین فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در کل راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال بیش فعال/نقص توجه را در شرایط اضطراب زا بهبود بخشد.

هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آن است. به‌هرحال در بطن خود یک مجموعه محدودیت‌هایی را خواهد داشت. این محدودیت‌ها ممکن است بر سر راه پژوهش ظاهر شده و امر پژوهش را دچار مشکلاتی نموده و تعمیم نتایج را با دشواری مواجه کنند. پژوهش حاضر

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش به حاضر یاری رساندند

تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Abdolazimi, M., & Niknam, M. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on perceived social support and body dissatisfaction in the elderly. *Aging Psychology*, 5(1), 13-25. https://jap.razi.ac.ir/article_1124.html
- Abedini, Y., Baqerian, R., & Kadkhodaei, M. A. (2019). Investigating the relationship between motivational beliefs and metacognitive cognitive strategies with academic achievement: Testing competing models. *Journal of New Advances in Cognitive Sciences*, 12(3), 34-48. <https://icssjournal.ir/article-1-121-en.html>
- Amjad, I., Niazi, I. K., Kumari, N., Duehr, J., Shehzad, G., Rashid, U., Duehr, J., Trager, R. J., Holt, K., & Haavik, H. (2024). The effects of chiropractic adjustment on inattention, hyperactivity, and impulsivity in children with attention deficit hyperactivity disorder: a pilot RCT. *Frontiers in psychology*, 15(1), 1323-1397. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1323397>
- Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., Necho, M., Yohannes, K., Abraha, M., Demelash, S., Anbesaw, T., & Alati, R. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: umbrella review of evidence generated across the globe. *Psychiatry research*, 2(4), 115-449. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115449>
- Bododo, M. M., & Ibrahim, D. S. (2020). Common parenting styles and behaviour disorders among senior secondary school students in gombe metropolis. *Kano journal of educational psychology*, 2(1), 63-69. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=O9uq__0AAAAJ&citation_for_view=O9uq__0AAAAJ:9yKSN-GCB0IC
- Brummer, J., Hesse, M., Frederiksen, K. S., Karriker-Jaffe, K. J., & Bloomfield, K. (2021). How do register-based studies contribute to our understanding of alcohol's harms to family members? A scoping review of relevant literature. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 82(4), 445-456. <https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.445>
- Bunyathikan, T., Soonthornchaiya, R., & Charenboon, T. (2020). The effects of an acceptance and commitment therapy program on the depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(2), 118-131.
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M. P., & Tannock, R. (2019). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(3), 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.01.011>
- Chronis-Tuscano, A., Lewis-Morrarty, E., Woods, K. E., O'Brien, K. A., Mazursky-Horowitz, H., & Thomas, S. R. (2016). Parent-Child Interaction Therapy With Emotion Coaching for Preschoolers With AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 62-78. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.11.001>
- Colton, K. C., Godleski, S. A., & Crane, C. A. (2023). Applying a bifactor model to the functions of relational aggression:

نیز از چنین امری مستثنی نبوده و دارای محدودیت‌هایی به این شرح است:

۱- با توجه به این که تحقیق حاضر بر روی کلیه کودکان دبستانی ۷ تا ۱۱

ساله مبتلا به ADHD همراه با مادران آن‌ها در شهر آمل اجرا گردیده است، و

به همین علت نیز نتایج به دست آمده برای همین جامعه کاربرد دارد و تعمیم

دهی آن به جوامع، جنسیت و مقاطع سنی دیگر مشکل بوده و بایستی با احتیاط

صورت پذیرد. ۲- محدودیت‌های سازمانی، به خصوص سازمان آموزش و

پرورش به دلیل عدم موافقت با مراجعه محقق به همه نواحی آموزشی و کمبود

وقت و نداشتن فرصت کافی و هم چنین عدم اختیار زمان کلاسی توسط

معلمان به پژوهشگران و عدم همکاری لازم و مشتاقانه آزمودنی‌ها و نیز کمبود

تحقیقات داخلی در مورد فرزندپروری مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان

مبتنی بر پذیرش و پایبندی که این مسئله امکان بی‌توجهی به این عامل مهم

را سبب شده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری است. در نگارش این مقاله تمامی

نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

- stress in elderly people with chronic pain. *Aging Psychology*, 1(5), 1-11. https://jap.razi.ac.ir/article_1123.html?lang=en
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press. https://books.google.com/books/about/Introduction_to_Mediation_Moderation_and.html?id=8YX2QwGgD8AC
- Hwang, J. (2022). *A processing model of emotion regulation: insights from the attachment system* College of Arts and Sciences, Georgia State University].
- Jerin, R., & Borak, Z. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Outcomes. *Bang J Psychol*, 22(3), 95-116.
- Kakavand, A., Bagheri, M., & Shirmohammadi, F. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing stress in elderly men with cardiovascular disease. *Aging Psychology*, 1(3), 169-178. https://jap.razi.ac.ir/article_336.html
- Khorasanizadeh Gazki, A., Bahrami, H., & Ahadi, H. (2020). The effectiveness of working memory training on increasing the attention of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychological Sciences*, 19(88), 509-503. <https://psychologicalscience.ir/article-1-668-en.html>
- Koukli, M., Issazadegan, A., & Zeinali, S. (2022). Comparison of health anxiety, difficulty in emotion regulation, and metacognitive beliefs in individuals with and without skin diseases. *Ruyesh Psychology*, 11(2), 1-20. https://frooyesh.ir/browse.php?a_id=3308&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Musser, E. D., Backs, R. W., Schmitt, C. F., Ablow, J. C., Measelle, J. R., & Nigg, J. T. (2019). Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of abnormal child psychology*, 39(6), 841-852. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9499-1>
- Park, S. Y., Doh, H. S., Kim, M. J., & Song, S. M. (2014). The Effects of Maternal Grandmothers Positive Parenting Behavior, Mothers Emotion Regulation and Positive Parenting Behavior on Childrens Emotion Regulation. *Korean Journal of Child Studies*, 35(2), 117-136. <https://doi.org/10.5723/KJCS.2014.35.2.117>
- Pirhayati, Z., & Barghi Irani, Z. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on mental health and cognitive performance in elderly people with age-related macular degeneration. *Aging Psychology*, 3(2), 137-146. https://jap.razi.ac.ir/article_748_en.html?lang=fa
- Rostami, M., Rasouli, M., & Kasaei, A. (2018). Comparison of the effectiveness of group counseling based on spirituality therapy and acceptance and commitment therapy on existential boredom in the elderly. *Aging Psychology*, 3(4), 165-178. https://contextualscience.org/publications/comparison_effect_group_counseling_based_spiritualitybased_therapy_act_reducing
- Salehi, A., Baghban, I., Bahrami, F., & Ahmadi, S. A. (2011). The effect of two emotion regulation training methods based on Gross's process model and dialectical behavior therapy on emotional problem symptoms. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 2(1), 49-52. <https://www.sid.ir/paper/84476/en>
- Associations with hostile attribution biases and difficulties with emotion regulation. *Aggressive Behavior*. <https://doi.org/10.1002/ab.22053>
- David, O. A., David, D., & Dobrean, A. (2014). Efficacy of the rational positive parenting program for child externalizing behavior: Can an emotion-regulation enhanced cognitive-behavioral parent program be more effective than a standard one? *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 14(2), 159-172. https://www.researchgate.net/publication/281925831_Efficacy_of_the_rational_positive_parenting_program_for_child_externalizing_behavior_Can_an_emotion-regulation_enhanced_cognitive-behavioral_parent_program_be_more_effective_than_a_standard_one
- Ein Beigi, A., Soleimanian, A., & Jajarmi, M. (2020). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and existential therapy in enhancing psychological capital in the elderly. *Aging Psychology*, 2(6), 165-178. https://jap.razi.ac.ir/article_1521.html?lang=en
- El Fakir, S., El Rhazi, K., Zidouh, A., Bennani, M., Benider, A., Errihani, H., Mellass, N., Bekkali, R., & Nejari, C. (2016). Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Patients and Influencing Factors in Morocco. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(12), 79-88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5454637/>
- Faraone, S. V., & Radonjić, N. V. (2023). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. In *Tasman's Psychiatry* (pp. 1-28). https://doi.org/10.1007/978-3-030-42825-9_33-1
- Francesconi, M., Flouri, E., & Harrison, A. (2022). Decision-making difficulties mediate the association between poor emotion regulation and eating disorder symptoms in adolescence. *Psychological medicine*, 3(1), 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35227340/>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and individual differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Dater. <https://doi.org/10.1037/t03801-000>
- Golestani-Far, S., & Dasht Bozorgi, Z. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, psychological well-being, and hope for life in elderly people with subclinical depression. *Aging Psychology*, 6(3), 191-203. https://jap.razi.ac.ir/article_1540.html
- Grau, P. P., Sripada, R. K., Ganoczy, D., Weinstein, J. H., & Pfeiffer, P. N. (2023). Outcomes of Acceptance and Commitment Therapy for depression and predictors of treatment response in Veterans Health Administration patients. *Journal of affective disorders*, 323(4), 826-833. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.025>
- Gullo, S., Gelo, O. C. G., Bassi, G., Lo Coco, G., Lagetto, G., Esposito, G., Pazzagli, C., Salcuni, S., Freda, M. F., Mazzeschi, C., Giordano, C., & Di Blasi, M. (2022). The role of emotion regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*, 1(3), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5>
- Hadi Tareqi, H., & Masoudi, S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing perceived

- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema - Focused approach*. Professional Resource Exchange Inc. <https://psycnet.apa.org/record/1990-97882-000>
- Yousefi, F. (2003). *A causal model of emotional intelligence, cognitive development, cognitive emotion regulation strategies, and general health* [Shiraz University].
- Samani, S., & Sadeghi, L. (2010). Psychometric evaluation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Psychological Methods and Models*, 1(1), 51-62. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_1154_en.html
- Sanguineti, C., Nisticò, V., Folatti, I., Santangelo, G., Faggioli, R., Bertani, A., Gambini, O., & Demartini, B. (2024). Toward an Increased Attention on ADHD Symptoms and Traits in Young Adults: Prevalence Data From Screening Tools in a Psychiatric Outpatient Clinic. *Journal of Attention Disorders*, 28(2), 151-160. <https://doi.org/10.1177/10870547231201954>
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 50(6), 1112-1124. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.001>
- Seyed Jafari, J., Mo'tamedi, A., Mehrad Sadr, M., Alamaei Koopae, M., & Hashemian, S. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment-based training on resilience in the elderly. *Aging Psychology*, 3(1), 21-29. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_1154_en.html
- Smetana, J. (2022). Current research on parenting styles, dimensions, and beliefs. *Current opinion in psychology*, 15(7), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.012>
- Thijssen, J., Vink, G., Muris, P., & de Ruiter, C. (2017). The Effectiveness of Parent Management Training-Oregon Model in Clinically Referred Children with Externalizing Behavior Problems in The Netherlands. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 136-150. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0660-5>
- Thümmel, R., Engel, E. M., & Bartz, J. (2022). Strengthening Emotional Development and Emotion Regulation in Childhood-As a Key Task in Early Childhood Education. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 3978. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073978>
- Vold, J. H., Halmøy, A., Chalabianloo, F., Pierron, M. C., Løberg, E. M., Johansson, K. A., & Fadnes, L. T. (2023). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and their relation to diagnosed ADHD, sociodemographic characteristics, and substance use among patients receiving opioid agonist therapy: a Norwegian cohort study. *BMC psychiatry*, 23(1), 479. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04980-w>
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., Solomon, B. C., Lehman, D. H., Liu, L., Lang, A. J., & Atkinson, J. H. (2021). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>
- White, R. G., Gumley, A. I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., & Cleare, S. (2015). Acceptance and commitment therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 203-209. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.06.004>
- Yazdan, K., Khosravi, S., & Chin-Aveh, M. (2022). Predicting self-harming behaviors based on parent-child relationship and emotion regulation in adolescents. *Biannual Journal of Psychological Studies of Adolescents and Youth*, 3(2), 227-238. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.17>