



Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Self-Compassion Training on the Psychological Flexibility of Mothers of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders

Nasrin Khanmohammadi¹ , Abass Bakhshi Pour Roudsari² , Rasoul Hashemti³ , Mansour Bayrami⁴ 

1. Ph.D. Student in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: nasrinkhanmohammadi2019@gmail.com

2. Professor in Psychology, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: bakhshipour@tabrizu.ac.ir

3. Professor in Psychology, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: psy.heshmati@gmail.com

5. Professor in Psychology, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: Dr.Bayrami@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 13 August 2025

Received in revised form

1 September 2025

Accepted 27 September

2025

Published online 22 May.

2026

Keywords:

Emotion-focused therapy, self-compassion training, psychological flexibility, mothers, attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

ABSTRACT

Background: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common childhood disorders, potentially impairing mothers' mental health. Reduced psychological flexibility increases these mothers' vulnerability to stress and emotional problems. Although recent attention has been given to interventions such as Emotion-Focused Therapy and Self-Compassion Training to enhance flexibility, comparative evidence on their effectiveness in this population remains limited.

Aims: The present study was conducted to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and self-compassion training on parental burnout and psychological flexibility in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: The research method employed a quasi-experimental design, with a pre-test-post-test format, a control group, and a two-month follow-up. The statistical population of this study comprised all mothers of children aged 7 to 11 years with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Zanjan city in 2024. Using purposive sampling and based on inclusion and exclusion criteria, 45 mothers were selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 participants in each group). Data were collected using the Psychological Flexibility Questionnaire (Dennis & Vander Wal, 2010). The first experimental group received eight 45-minute sessions of Emotion-Focused Therapy, and the second experimental group received eight 90-minute sessions of Self-Compassion Training. The collected data were analyzed using mixed analysis of variance with repeated measures and a Bonferroni post hoc test in SPSS version 26.

Results: The results indicated that both emotion-focused therapy and self-compassion training were effective in enhancing psychological flexibility ($P \leq 0.05$). Furthermore, Bonferroni post hoc tests showed that the mean scores of psychological flexibilities in the post-test and follow-up stages were higher in the emotion-focused therapy group compared to the self-compassion training group, indicating the superior effectiveness of emotion-focused therapy. The effects and stability of the interventions in the experimental groups persisted after a two-month follow-up.

Conclusion: Given the greater effectiveness and durability of emotion-focused therapy, it is recommended that counseling and treatment centers utilize this approach to psychologically empower mothers of children with ADHD, enabling them to better cope with the challenges of parenting and related stress.

Citation: Khanmohammadi, N., Bakhshi Pour Roudsari, A., Hashemti, R., Bayrami, M. (2026). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Self-Compassion Training on the Psychological Flexibility of Mothers of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders. *Journal of Psychological Science*, 25(159), 1-24. [10.61186/jps.25.159.3](https://doi.org/10.61186/jps.25.159.3)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 159, 2026.

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.25.159.3](https://doi.org/10.61186/jps.25.159.3)



✉ **Corresponding Author:** Abass Bakhshi Pour Roudsari, Professor in Psychology, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
E-mail: bakhshipour@tabrizu.ac.ir, Tel: (+98) 9144159109

Extended Abstract**Introduction**

Psychiatric disorders often begin in childhood and adolescence and have a significant impact on an individual's health and development (Barican et al., 2022). Childhood psychiatric problems are among the most common health issues, and their prevalence is increasing (Poppit et al., 2024). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent psychiatric disorders worldwide, especially among children and adolescents (Polanczyk et al., 2015). ADHD is a neurodevelopmental disorder characterized by persistent patterns of inattention and/or hyperactivity-impulsivity, which lead to impairment in multiple areas of life (American Psychiatric Association, 2013; Dekkers et al., 2020). Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder are often characterized by symptoms such as lack of concentration, difficulty maintaining attention and following through with tasks, impulsive behaviors, hyperactivity, restlessness, inability to engage in regular activities, problems with planning and organization, as well as challenges in establishing effective peer relationships and adhering to social rules. These features can seriously affect their academic performance, family relationships, and social functioning (Cénat et al., 2024). The prevalence of ADHD in children and adolescents has been estimated to be between 4 and 6 percent (Miklós et al., 2019). The results of studies conducted in Iran showed that 44.5% of children in grades one to three exhibited some degree of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, with 10.9% of cases being classified as severe (score of 60 or higher). Severe ADHD was observed in 13% of boys and 8.6% of girls, which was a statistically significant difference (li Sadollahi et al., 2019).

The psychological flexibility of mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder plays an important role in adapting to parenting challenges, managing stress, and maintaining their mental health. Strengthening this quality can help

improve the quality of life and parenting performance of mothers (Chong et al., 2024). They defined this concept as an individual's ability to consciously accept and embrace their emotions, thoughts, feelings, and memories while still pursuing meaningful personal life goals and values. As one of the fundamental concepts in Acceptance and Commitment Therapy (ACT), psychological flexibility is developed through six core processes of this approach (Hayes et al., 2006). The ACT approach, founded by Hayes and colleagues, includes six core therapeutic processes: "connection with the present moment," "cognitive flexibility," "acceptance," "self-as-context," "values," and "committed action" (Byrne et al., 2021). The results showed that parental psychological flexibility was indirectly associated, through adaptive parenting styles, with lower levels of internalizing and externalizing problems in children across different age groups. In the toddler model examined in this study, parental role-related psychological flexibility had a significant impact on adaptive parenting styles, which were defined based on both positive and negative parenting behaviors, as well as strict and permissive disciplinary approaches (Okajima & Okajima, 2025).

Studies have shown that emotion-focused training significantly leads to increased psychological flexibility and improved coping ability in mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (Klein et al., 2023). Emotion-Focused Therapy is a modern and dynamic therapeutic approach that integrates empathic attunement to the client's emotional experiences with process guidance (such as facilitating therapeutic tasks). In this approach, the acceptance and transformation of emotions, along with the therapist's presence in the therapeutic relationship, are equally emphasized. According to Emotion-Focused Therapy, the client's bodily feelings are monitored moment-to-moment and are understood within a dialectical-constructivist framework of meaning-making (Greenberg & Lyon, 1995; Kramer et al., 2025).

Evidence from recent research suggests that compassion-based therapy, by creating a safe space for acknowledging difficult emotions and reducing

self-criticism, plays a crucial role in promoting psychological flexibility. Participation in such interventions enables individuals to more effectively cope with negative thoughts and feelings, adapt to stressful situations, and adopt constructive approaches when facing life's challenges (Garrett et al., 2025). Compassion-Focused Therapy (CFT) is a psychotherapeutic intervention designed to enhance psychological well-being by increasing individuals' capacity for compassion toward themselves and others (Gilbert, 2014). CFT is a biopsychosocial approach inspired by evolutionary theory. It is considered an integrative and process-oriented therapy that draws upon teachings from Buddhism, attachment theory, cognitive-behavioral theories, psychodynamic and humanistic approaches, as well as findings from neuroscience (Gilbert, 2014; Garrett et al., 2025). In an experimental study, Navab et al. (2019) examined the effect of compassion-based group therapy on the psychological symptoms of mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. The results showed that after the intervention, the psychological symptoms of mothers in the therapy group significantly decreased, while no significant change was observed in the control group.

In recent years, increasing attention has been paid to the role of psychological factors in the well-being of parents of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Mothers of these children often face high levels of stress, burnout, and emotional challenges that affect their psychological flexibility. Emotion-Focused Therapy (EFT) and Self-Compassion Training are both considered practical approaches for enhancing mental health and promoting psychological flexibility in this group. However, it remains unclear which of these two methods can provide more effective psychological support for mothers of children with ADHD. Therefore, comparing the effectiveness of these two interventions is not only scientifically significant but can also offer practical guidance to mental health professionals in selecting the most appropriate therapeutic approach to support these mothers. The aim of this comparison is to identify the approach that has the greatest impact on

the psychological flexibility of this vulnerable group, thereby helping to improve the quality of life for families affected by ADHD. Thus, this study aims to investigate whether there is a difference between Emotion-Focused Therapy and Self-Compassion Training in terms of their effectiveness in enhancing the psychological flexibility of mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.

Method

This study is applied in terms of purpose and employs a quasi-experimental method, specifically utilizing a pretest-posttest design with a two-month follow-up and a control group. The statistical population included all mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Zanzan city in the year 2024 (1403 in the Iranian calendar). The research sample consisted of 45 mothers of children with ADHD, selected through purposive sampling from among the mothers referred to the relevant centers. Initially, after coordination with the heads of the counseling and psychological service centers and obtaining permission to announce the call for participation, mothers of children diagnosed with ADHD (aged 7 to 11 years) who had active records in counseling centers, psychology clinics, and psychiatric centers in Zanzan were identified. Based on inclusion and exclusion criteria, 45 mothers were purposively selected and then randomly assigned to two experimental groups and one control group. Following the call for participation, sufficient information was provided to the participating mothers regarding the study objectives, participation conditions, and the location and timing of the intervention sessions. At this stage, informed consent forms were administered, and initial screening forms and semi-structured interviews were used to evaluate the inclusion and exclusion criteria, resulting in the final sample selection. The sample size was estimated at 47 participants using G*Power 3.1 software for mixed ANOVA, with an effect size of 0.60, a significance level of 0.05, a power of 0.95, three groups (Emotion-Focused Therapy, Compassion-Based Therapy, and Control), and one

dependent variable (psychological flexibility). However, according to previous studies and the formula for determining sample size in quasi-experimental research for variance homogeneity, a sample size of 45 (15 per group) was adopted. Inclusion criteria were: having a child diagnosed with ADHD by a psychiatrist or clinical psychologist according to DSM-5-TR criteria, mothers aged between 32 and 40, children between 7 and 11 years old, willingness to participate in therapy sessions and complete questionnaires, minimum education of junior high school (or higher), residence in Zanjan, access to treatment centers for regular attendance, and not receiving similar individual/group psychological interventions at the same time

(especially EFT or self-compassion training). Exclusion criteria were: mothers with severe psychiatric disorders (schizophrenia, bipolar disorder, severe major depression) as determined by the therapist via self-report, use or change of psychiatric medication by the mother during the study, missing more than two therapy sessions, failure to complete questionnaires or insufficient cooperation with the research process, and experiencing acute family crises or bereavement during the study period.

Results

Table 1. Results of One-Way Repeated Measures ANOVA for Pre-test, Post-test, and Follow-up Scores

| Source of Variation | Dependent Variable | SS | DF | MS | F | p | Partial η^2 |
|-----------------------------------|---------------------------|---------|--------|---------|--------|---------------|------------------|
| Between-Subjects (Group) | Psychological Flexibility | 973.644 | 2 | 486.822 | 13.577 | $P \leq .001$ | 0.587 |
| Within-Subjects (Time) | Psychological Flexibility | 589.933 | 1.468 | 408.125 | 59.716 | $P \leq .001$ | 0.764 |
| Interaction (Group \times Time) | Psychological Flexibility | 365.156 | 2.935 | 124.412 | 18.204 | $P \leq .001$ | 0.464 |
| Error | Psychological Flexibility | 421.244 | 61.636 | 6.834 | – | – | – |

The results presented in Table 5 indicate that the one-way repeated measures ANOVA revealed statistically significant effects for the intervention (from pre-test to post-test), the stability of the intervention (from post-test to follow-up), and the effect of time (from pre-test to follow-up) on the dependent variable of psychological flexibility. According to the results, the effect of group on

psychological flexibility scores was significant, $F(2, 84) = 13.577, p < .001, \eta^2 = .587$. Similarly, the effect of time was significant, $F(1.468, 84) = 59.716, p < .001, \eta^2 = .764$, as was the group \times time interaction, $F(2.935, 84) = 18.204, p < .001, \eta^2 = .464$. These findings suggest that emotion-focused therapy and self-compassion-based therapy are both effective in enhancing psychological flexibility.

Table 2. Bonferroni Test Results for Within-Group and Between-Group Comparisons among Experimental and Control Groups in Pretest, Posttest, and Follow-up Scores of Dependent Variables

| Variable | Position/Comparison | Mean Difference | SD | P |
|--|-----------------------------|-----------------|-------|----------------|
| Self-Compassion (Within-Group) | Pre-test - Post-test | -4.267 | 0.697 | $P \leq 0.001$ |
| | Pre-test - Follow-up | -3.733 | 1.008 | $P \leq 0.001$ |
| | Post-test - Follow-up | 0.533 | 0.584 | 1 |
| Emotion-Focused Therapy (Within-Group) | Pre-test - Post-test | -8.733 | 0.697 | $P \leq 0.001$ |
| | Pre-test - Follow-up | -9.13 | 1.008 | $P \leq 0.001$ |
| | Post-test - Follow-up | -0.400 | 0.584 | 1 |
| Between-Group Comparison | Self-Compassion vs. EFT | -3.356 | 1.343 | $P \leq 0.05$ |
| | Self-Compassion vs. Control | -3.22 | 1.134 | $P \leq 0.05$ |
| | EFT vs. Control | -6.578 | 1.301 | $P \leq 0.001$ |

“EFT” = Emotion-Focused Therapy, SD = Standard Deviation, P = Value (significance)

The results of the Bonferroni correction indicated a significant difference in flexibility scores among the Emotion-Focused Therapy (EFT), Self-Compassion,

and control groups ($P \leq 0.001$). Moreover, a significant difference was also observed between the EFT and Self-Compassion groups ($P \leq 0.05$). In

other words, emotion-focused therapy was effective in improving the psychological flexibility of mothers with children diagnosed with ADHD. Specifically, the EFT experimental group achieved higher post-test and follow-up scores after receiving the intervention. It is noteworthy that the results of the Bonferroni post hoc tests, used for within-group comparisons (pre-test vs. post-test: intervention effect; post-test vs. follow-up: intervention stability; pre-test vs. follow-up: time effect) among the study groups (experimental and control), revealed significant differences in the intervention effect (pre-test vs. post-test) and the time effect (pre-test vs. follow-up) on psychological flexibility scores ($P \leq 0.001$). In other words, participants in the experimental groups demonstrated a linear upward trend in psychological flexibility scores, with this trend being more pronounced in the EFT group. Additionally, no significant differences were found in intervention stability scores (post-test vs. follow-up) for any of the variables, indicating the effects of the interventions remained stable after a two-month follow-up.

Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Self-Compassion Training on psychological flexibility in mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. The results of mixed repeated measures analysis of variance showed that Emotion-Focused Therapy was effective in improving the psychological flexibility of mothers of children with ADHD. These results can be explained by noting that Emotion-Focused Therapy (EFT), which is centered on the identification, acceptance, processing, and adaptive expression of emotions, is based on the belief that the healthy experience and regulation of emotions is fundamental to mental health. Accordingly, EFT provides a safe and supportive environment in which clients learn to recognize difficult emotions, such as sadness, anger, or anxiety, rather than suppressing or avoiding them, and to accept and manage these emotions constructively (Kramer et al., 2025). This process of recognizing and accepting emotions not only reduces

impulsive reactions and avoidant behaviors but also increases emotional self-awareness, enabling individuals to tolerate unpleasant thoughts and feelings and to make conscious, values-based choices when faced with stress and life challenges, rather than becoming trapped in cycles of avoidance. Numerous empirical studies have shown that EFT significantly enhances psychological flexibility in various groups, including parents of children with special conditions such as ADHD.

The results of mixed repeated measures analysis of variance showed that Self-Compassion Training was effective in improving the psychological flexibility of mothers of children with ADHD. In the process of Self-Compassion Training, clients learn through education, mindfulness-based exercises, and strategies such as compassionate imagery, compassionate self-talk, acceptance of vulnerability, and understanding the evolutionary origins of complex emotions—to approach themselves and their circumstances with a supportive and empathetic attitude, rather than blaming themselves or avoiding their thoughts and emotions (Navab et al., 2019). These practices increase tolerance for painful experiences, enhance flexibility in facing negative thoughts and feelings, and foster the ability to return to meaningful, value-based behaviors.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is based on the doctoral dissertation of the first author in Clinical Psychology at the Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz. To maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the participants' consent. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: This article is extracted from the doctoral dissertation of the first author, supervised by the second and third authors, with the fourth author serving as advisor.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors hereby express their gratitude and appreciation to all the mothers who participated in this study..



مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

نسرین خانمحمدی^۱، عباس بخش‌پور رودسری^۲، رسول حشمتی^۳، منصور بیرامی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲. استاد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. استاد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴. استاد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

زمینه: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) از شایع‌ترین اختلالات کودکی است که می‌تواند سلامت روان مادران را تضعیف کند. کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، این مادران را در برابر استرس و مشکلات هیجانی آسیب‌پذیر می‌سازد. با وجود توجه اخیر به مداخلاتی مانند درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی برای بهبود این انعطاف‌پذیری، شواهد مقایسه‌ای درباره اثربخشی آن‌ها در این گروه محدود است.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۲

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۶/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۰۵

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی بر فرسودگی والدگری، انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

روش: روش پژوهش از نظر هدف کاربردی از نظر روش شبه آزمایشی از سری طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان ۷ تا ۱۱ سال با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر زنجان در سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر از مادران انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). استفاده شد. گروه آزمایشی اول ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار و گروه آزمایشی دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش خودشفقت‌ورزی را دریافت کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS.26 تحلیل شدند.

کلیدواژه‌ها:

درمان هیجان‌مدار، آموزش

خودشفقت‌ورزی، انعطاف‌پذیری

روانشناختی، مادران اختلال

نارسایی توجه/بیش‌فعالی.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مؤثر هستند ($P \leq 0.05$). علاوه بر این نتایج آزمون‌های تعقیبی بونفرونی نشان داد که میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی در پس‌آزمون و پیگیری درمان هیجان‌مدار در مقایسه با آموزش خودشفقت‌ورزی بالاتر بود که نشان دهنده اثربخشی درمان هیجان‌مدار است. اثر و ثبات مداخله بعد از دو ماه پیگیری بر روی گروه‌های آزمایشی پایدار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی و پایداری بیشتر درمان هیجان‌مدار، توصیه می‌شود مراکز مشاوره و درمانی این روش را برای توانمندسازی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به ADHD به کار گیرند تا بتوانند بهتر با چالش‌های فرزندپروری و استرس‌های ناشی از آن کنار بیایند.

استاد: خانمحمدی، نسرین؛ بخش‌پور رودسری، عباس؛ حشمتی، رسول؛ بیرامی، منصور (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۵(۱۵۹)، ۲۴-۱.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۹، ۱۴۰۵. DOI:10.61186/jps.25.159.3



✉ نویسنده مسئول: عباس بخش‌پور رودسری. استاد تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رایانامه: bakhshepour@tabrizu.ac.ir تلفن: ۰۹۱۴۴۱۵۹۱۰۹

مقدمه

تحت تأثیر قرار می‌دهد (باریکان و همکاران، ۲۰۲۲). براساس مطالعه دُشی و همکاران (۲۰۱۲) هزینه‌های سالانه کلی در ایالات متحده بین ۱۴۳ تا ۲۶۶ میلیارد دلار برآورد شده است که این مبلغ شامل خدمات بهداشتی و آموزشی برای کودکان و همچنین از دست رفتن درآمد و بهره‌وری در بزرگسالان می‌باشد (سایال و همکاران، ۲۰۱۸). در سال ۲۰۲۲، باریکان و همکاران (۲۰۲۲) یک مرور سیستماتیک و فراتحلیل منتشر کردند که ۱۴ مطالعه را در ۱۱ کشور با درآمد بالا با نمونه تجمیعی ۶۱۵۴۵ کودک در بازه سنی ۴ تا ۱۸ سال بررسی کرد. نتایج نشان داد که شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی به ترتیب اضطراب (با شیوع ۵/۲ درصد) نقص توجه/بیش‌فعالی (۳/۷ درصد)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۳/۳ درصد) سوء مصرف مواد (۲/۳ درصد) اختلال رفتاری (۱/۳ درصد) و اختلالات افسردگی (۱/۳ درصد) بودند. نتایج مطالعات صورت گرفته در ایران نشان داد که ۵/۴۴ درصد از کودکان پایه اول تا سوم درجه‌ای از اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی داشتند که در ۹/۱۰ درصد موارد شدید (نمره‌ی ۶۰ یا بیش‌تر) بوده است. ۱۳ درصد پسران و ۶/۸ درصد دختران اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی شدید داشتند که تفاوت معنی‌دار بود (سعدالهی و همکاران، ۱۳۹۸). وجود اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان اثرات عمیق و گسترده‌ای بر سلامت روان و کارکردهای اجتماعی و خانوادگی مادران آنان دارد. مادران کودکان مبتلا به ADHD اغلب سطوح بالاتری از استرس، اضطراب، فرسودگی والدگری و کاهش تاب‌آوری روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (توسا و همکاران، ۲۰۲۴). دشواری در مدیریت رفتارهای رفتاری و هیجانی کودک، چالش‌های ارتباطی، و ناکامی در پاسخ‌گویی به نیازهای خاص فرزند، می‌تواند منجر به احساس ناکارآمدی، گناه و نگرانی نسبت به آینده کودک شود (کیتل - شنايدر، ۲۰۲۵). این فشارهای روانی نه تنها زمینه‌ساز بروز یا تشدید اختلالات روان‌پزشکی همچون افسردگی و اضطراب در مادران می‌شود، بلکه ممکن است موجب اختلال در روابط زناشویی و کاهش کیفیت زندگی خانوادگی گردد (پیسیتلو و همکاران،

بیماری‌های روان‌پزشکی معمولاً از دوران کودکی و نوجوانی آغاز می‌شوند و تأثیر قابل توجهی بر سلامت و رشد فرد دارند (باریکان و همکاران، ۲۰۲۲). مشکلات روان‌پزشکی دوران کودکی از شایع‌ترین مسائل بهداشتی محسوب می‌شوند و شیوع آن‌ها رو به افزایش است (پوپیت و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی^۱ (ADHD) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی در سراسر جهان، به‌ویژه در کودکان و نوجوانان است (پولانچیک و همکاران، ۲۰۱۵). اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یک اختلال عصبی-رشدی است که با الگوهای مداوم بی‌توجهی و/یا بیش‌فعالی/تکانشگری تعریف می‌شود که باعث اختلال در چندین حوزه زندگی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ دیگرس و همکاران، ۲۰۲۰). کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی غالباً با نشانه‌هایی مانند عدم تمرکز، دشواری در حفظ توجه و پیگیری امور، رفتارهای تکانشی، بیش‌فعالی، بی‌قراری، ناتوانی در انجام فعالیت‌های منظم، مشکلات در برنامه‌ریزی و سازماندهی، و همچنین برقراری ارتباط مؤثر با همسالان و رعایت قوانین اجتماعی شناخته می‌شوند که این ویژگی‌ها می‌تواند عملکرد تحصیلی، روابط خانوادگی و اجتماعی آنان را به طور جدی تحت تأثیر قرار دهد (چنتا و همکاران، ۲۰۲۴). ADHD یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در دوران کودکی است (پولانچیک و همکاران، ۲۰۱۴)؛ و علاوه بر آسیب‌های فرد و خانواده، بار مالی ناشی از ADHD برای جامعه نیز زیاد است (دیگرس و همکاران، ۲۰۲۰). شیوع ADHD در کودکان و نوجوانان ۴ تا ۶ درصد برآورد شده است (میگلوس و همکاران، ۲۰۱۹). بیماری‌های روان‌پزشکی و از جمله ADHD تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کنند و موجب تحمیل بارهای اجتماعی و اقتصادی فردی و جمعی می‌شوند. این تأثیر شامل افزایش هزینه‌ها، آموزش، سیستم رفاه و اداره عدالت است چراکه تمامی جنبه‌های زندگی از جمله عملکرد تحصیلی یا شغلی، روابط با خانواده و دوستان و مشارکت در جامعه را

¹ Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

۲۰۲۲). همچنین، قرار گرفتن در معرض قضاوت‌ها و انتظارات اجتماعی، فرایند سازگاری مادران با شرایط فرزند را پیچیده‌تر می‌سازد. بر این اساس، ارائه حمایت‌های روان‌شناختی و اجتماعی، آموزش مهارت‌های والدگری و ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی برای مادران این کودکان، عاملی کلیدی در بهبود سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی آنان محسوب می‌شود.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱ مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نقش مهمی در سازگاری با چالش‌های فرزندپروری، مدیریت استرس و حفظ سلامت روان آنان دارد و تقویت این ویژگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و عملکرد والدگری مادران کمک کند (چونگ و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها در زمینه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط روان‌شناس آمریکایی، هیز و همکاران (۲۰۱۱) آغاز شد که این مفهوم را به‌عنوان توانایی فرد برای پذیرش آگاهانه و پذیرش هیجانات، افکار، احساسات و خاطرات خود، در حالی که همچنان به دنبال اهداف و ارزش‌های معنادار زندگی شخصی خود است، تعریف کردند. به‌عنوان یکی از مفاهیم بنیادی در درمان پذیرش و تعهد^۲ (ACT)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی این رویکرد شکل می‌گیرد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز و کینگ، ۲۰۲۴). رویکرد ACT توسط هیز و همکاران پایه‌گذاری شده است، شامل شش فرایند درمانی اصلی «ارتباط با لحظه حال»، «انعطاف‌پذیری شناختی»، «پذیرش»، «خود به‌عنوان زمینه»، «ارزش‌ها» و «اقدام متعهدانه» می‌باشد (بایرن و همکاران، ۲۰۲۱). این فرایندها به افراد کمک می‌کنند تا تجربه‌های گذشته خود را بازتفسیر کرده، آگاهی خود را نسبت به لحظه حال حفظ کنند و انتخاب‌های فعالی را در زندگی اتخاذ نمایند که با ارزش‌های شخصی آن‌ها همسو باشد (چنگ و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد والدینی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایینی دارند، بیشتر از شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد مانند تنبیه سختگیرانه و

قوانین متناقض استفاده می‌کنند (بورک و مور، ۲۰۱۵). براسل و همکاران (۲۰۱۶؛ چاو و همکاران، ۲۰۲۴) روابط بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین، شیوه‌های فرزندپروری سازگارانه و مشکلات درونی‌سازی و بیرونی‌سازی کودکان را در سه مرحله رشد (کودکی نوپا؛ ۳ تا ۷ سال، کودکی؛ ۸ تا ۱۲ سال، نوجوانی؛ ۱۳ تا ۱۷ سال) مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ویژه والدین به صورت غیرمستقیم و از طریق شیوه‌های فرزندپروری سازگارانه با سطوح پایین‌تر مشکلات درونی‌سازی و بیرونی‌سازی کودکان در گروه‌های سنی مختلف مرتبط بود. در مدل کودکان نوپای این مطالعه، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط با نقش والدینی اثر قابل توجهی بر شیوه‌های فرزندپروری سازگارانه داشت؛ این شیوه‌ها براساس رفتارهای مثبت و منفی والدینی و همچنین شیوه‌های تربیتی سختگیرانه و سهل‌گیرانه تعریف شده بودند (اوکاجیما و اوکاجیما، ۲۰۲۵). چونگ (۲۰۲۴) در مطالعه‌ای با هدف نقش‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شایستگی والدگری و خوداثربخشی در مدیریت آسم در پیامدهای عملکردی والدین کودکان مبتلا به آسم همزمان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری تعدیل‌شده نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بیشتر در والدین، به‌طور معناداری با عملکرد ضعیف‌تر خانواده و افزایش ناسازگاری روان‌شناختی، مرتبط بود.

مطالعات نشان داده‌اند که آموزش هیجان‌مدار، به‌طور معناداری منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهبود توانمندی مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود (کلاین و همکاران، ۲۰۲۳). درمان هیجان‌مدار^۳ (EFT) یک رویکرد تلفیقی در روان‌درمانی است که ریشه در سنت‌های انسان‌گرایانه و تجارب‌محور دارد (کریبرگ و کلدمن، ۲۰۱۹). درمان هیجان‌مدار با ادغام اصول تغییر در رویکرد مراجع‌محور و گشتالت و همچنین بهره‌گیری از دانش به‌روز علوم عاطفی و علوم اعصاب توسعه یافته است (گریبرگ و پاسکوال -

3. Emotion-Focused Therapy (EFT)

1. Psychological flexibility

2. Acceptance and Commitment Therapy

لئون، ۲۰۲۴). درمان هیجان‌مدار رویکرد درمانی مدرن و پویایی است که تلفیقی از پیروی همدلانه از تجارب هیجانی مراجع با هدایت فرایند (مانند تسهیل تکالیف) را ارائه می‌دهد. در این رویکرد، پذیرش و دگرگونی هیجان‌ها در کنار حضور درمانگر در رابطه درمانی، به شکلی متعادل مورد توجه قرار می‌گیرد. براساس درمان هیجان‌مدار، احساسات بدنی مراجع به صورت لحظه‌به‌لحظه مورد رصد قرار می‌گیرند و در چهارچوب یک مدل دیالکتیکی-ساخت‌گرایانه از معناپردازی، درک می‌شوند (گرینبرگ و لیون، ۱۹۹۵؛ گرامر و همکاران، ۲۰۲۵). در جریان درمان، والدین می‌آموزند: نقش مربی هیجان‌فرزند خود را ایفا کرده و از او در پردازش و تنظیم هیجان‌اتش حمایت کنند؛ نقش مربی رفتار فرزند خود را به عهده گرفته و درخواست‌های رفتاری مؤثر و راهبردهای رفتاری توصیه‌شده بالینی را در خانه به کار ببرند؛ در تمرین «عذرخواهی درمانگرانه» (کار با صندلی) شرکت کنند تا رابطه والد-کودک را تقویت و آسیب‌های هیجانی را ترمیم نمایند؛ بر موانع هیجانی شخصی خود غلبه کنند که ممکن است مانع مشارکت کامل آن‌ها در روند درمانی شود (سیدون و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های فراتحلیلی نشان داده‌اند که اثرات کلی پیش‌آزمون تا پس‌آزمون درمان هیجان‌مدار در کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده یا مطالعات کنترل‌شده، در بازه‌ای بین $d=1/10-0/73$ متغیر است (الیوت و همکاران، ۲۰۲۱). به طور خاص، اثربخشی درمان هیجان‌مدار در زمینه روان‌درمانی فردی برای درمان افسردگی (یعنی کاهش مشکلات عزت‌نفس و نگرش‌های ناکارآمد همراه با کاهش علائم افسردگی در طول زمان (واتسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ الیوت، ۲۰۱۳)، درمان آسیب‌های بین‌فردی (پایویو و گرینبرگ، ۱۹۹۵)، درمان تروماهای پیچیده (پایویو و همکاران، ۲۰۱۰) و کاهش نگرانی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲) به اثبات رسیده است. این اثرات عمدتاً پس از دوره‌های درمانی بین ۱۸ تا ۲۰ جلسه مشاهده شده‌اند. سیدون و همکاران (۲۰۲۵) در یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده با عنوان تأثیر یک برنامه شش‌هفته‌ای گروهی از درمان هیجان‌مدار خانواده برای والدین کودکان دارای مشکلات سلامت روان نتایج نشان داد که اثرات مداخله بر پیامدهای اولیه (نشانه‌های روان‌شناختی والدین، نشانه‌های روان‌شناختی کودک،

تنظیم هیجان والدین، تنظیم هیجان کودک، هم‌تنظیمی والد-کودک) و پیامدهای ثانویه (اجتماعی‌سازی هیجان والدینی، موانع هیجانی والدین، خودکارآمدی والدین، استرس ادراک‌شده والدینی، رضایت از درمان، پابندی به درمان) در پیگیری ۴ ماهه و ۱ ساله اثربخش بود. به طوری که این مداخله با افزایش خودکارآمدی والدین (فروغ و همکاران، ۲۰۲۳؛ گوردیرو و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش ترس و سرزنش خود والدین در مورد سلامت روان فرزندشان (فروغ و همکاران، ۲۰۱۹)، افزایش قصد والدین برای ارائه حمایت رفتاری پیرامون نیازهای سلامت روان کودک بلافاصله پس از درمان مانند تعیین حد و مرز، توقف رفتارهای تسهیل‌کننده (ناشا و همکاران، ۲۰۲۰) و کاهش نشانه‌های سلامت روان کودک (فروغ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گوردیرو و همکاران، ۲۰۲۲؛ فروغ و همکاران، ۲۰۲۳) همراه بوده است.

شواهد حاصل از پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت، با فراهم آوردن فضایی امن برای پذیرش هیجان‌ات دشوار و کاهش خودانتقادی، نقش مهمی در ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایفا می‌کند؛ به گونه‌ای که افراد با شرکت در این نوع مداخلات، توانایی بیشتری برای مواجهه مؤثر با افکار و احساسات منفی، سازگاری با شرایط تنش‌زا، و اتخاذ رویکردهای سازنده در مواجهه با مشکلات زندگی از خود نشان می‌دهند (گرت و همکاران، ۲۰۲۵). درمان مبتنی بر شفقت^۱ (CFT) یک رویکرد مداخله‌روان‌درمانی است که با هدف ارتقای سلامت روانی، تلاش می‌کند ظرفیت شفقت نسبت به خود و دیگران را در افراد افزایش دهد (گیلبرت، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر شفقت رویکردی زیستی-روانشناختی-اجتماعی با الهام از نظریه تکامل است. این درمان، یک رویکرد تلفیقی و فرایندمحور به شمار می‌رود که با بهره‌گیری از آموزه‌های بودیسم، نظریه دلبستگی، نظریه شناختی رفتاری، نظریات روان‌پویشی و انسان‌گرایانه و همچنین یافته‌های علوم اعصاب به کار گرفته می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ گرت و همکاران، ۲۰۲۵). درمان مبتنی بر شفقت هم در محیط‌های بستری (هریوت-میتلند و همکاران، ۲۰۱۴) و هم در محیط‌های سرپایی مورد استفاده قرار گرفته است (لاسر و کرتن، ۲۰۱۳؛ آشفیلد و همکاران، ۲۰۲۱؛ ماینارد و همکاران، ۲۰۲۳) این درمان می‌تواند به صورت فردی یا گروهی اجرا شود (میلارد و همکاران،

1. compassion focused therapy

۲۰۲۳). انواع مختلفی از مداخلات مبتنی بر شفقت وجود دارد (گیربی و همکاران، ۲۰۱۷)، اما CFT که توسط گیلبرت توسعه یافته است (گیلبرت، ۲۰۱۴)، تا به امروز بیشترین ارزیابی را به عنوان یک رویکرد درمانی داشته و به طور گسترده در خدمات نظام سلامت^۱ (NHS) بریتانیا برای درمان مشکلات سلامت روان و/یا دشواری‌های روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. یک مفهوم کلیدی در درمان مبتنی بر شفقت ایده «مغز دشوار یا پیچیده»^۲ است (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ گیلبرت، ۲۰۲۰). گیلبرت (۲۰۰۲) استدلال می‌کند که مغز ما «برای ما و نه توسط ما» و در روند تکامل شکل گرفته تا به بقای ما کمک کند. ساختارهای «مغز قدیمی» ما مسئول انگیزه‌های پایه‌ای انسانی (مانند اجتناب از آسیب و یافتن غذا)، هیجان‌هایی نظیر خشم، نفرت و اضطراب و همچنین رفتارهایی چون فرار، وحشت و فریز شدن هستند که همگی برای بقا اهمیت دارند (گیلبرت، ۲۰۲۰). مفهوم «مغز دشوار» در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که چگونه استرس‌زاهای امروزی (مانند تصور شکست) می‌توانند سیستم تهدید مغز را به شیوه‌ای مشابه با تهدیدات بیرونی دوران تکامل اولیه انسان (مانند دیدن یک شیر گرسنه) فعال کنند. اگر این الگوهای تفکر مبتنی بر تهدید بیش از حد ادامه داشته باشند، می‌توانند به چالش‌های مزمن هیجانی منجر شوند (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ گیلبرت، ۲۰۲۰). از آنجا که سطوح بالای سرزنش خود و خودانتقادی، ویژگی بسیاری از اختلالات و مشکلات روان‌شناختی است، درمان مبتنی بر شفقت را می‌توان برای افراد با انواع تشخیص‌های بالینی و دشواری‌های روان‌شناختی به کار برد (کریگ و همکاران، ۲۰۲۰). به عنوان مثال، درمان مبتنی بر شفقت با موفقیت در درمان افرادی با اختلالات شخصیت (لاسر و کرتن، ۲۰۱۳)، اختلالات خوردن (استایندل و همکاران، ۲۰۱۷)، اختلال دوقطبی (گیلبرت و همکاران، ۲۰۲۲) و اختلال استرس پس از سانحه (آشفیلد و همکاران، ۲۰۲۱) نیز به کار رفته است. در یک مطالعه آزمایشی نواب و همکاران (۲۰۱۹) تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر علائم روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نتایج نشان داد که پس از مداخله، علائم روان‌شناختی مادران در گروه درمان به‌طور معناداری کاهش یافت، در حالی که در گروه گواه تغییر معناداری مشاهده نشد.

علاوه بر این، سطح افسردگی و اضطراب در گروه مداخله نسبت به گروه گواه به شکل معناداری کاهش یافت، در حالی که سطح استرس شرکت‌کنندگان در هر دو گروه بدون تغییر باقی ماند. بارت و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه‌ای با هدف درمان مبتنی بر شفقت برای والدین و نوجوانان نتایج نشان داد که پدران در هر دو زمان، بالاترین امتیاز را در شفقت به خود کسب کردند و نسبت به نوجوانان یا مادران، استرس ادراک‌شده کمتری داشتند. بین گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و درمان معمول، در هیچ یک از زمان‌ها از نظر شفقت به خود یا استرس ادراک‌شده تفاوت معناداری مشاهده نشد و اندازه اثر نیز کوچک بود. گروه مادران در درمان معمول تنها گروهی بود که میانگین امتیاز شفقت به خود آن‌ها پس از درمان به طور معناداری تغییر کرد. در سال‌های اخیر، توجه فزاینده‌ای به نقش عوامل روانشناختی در بهزیستی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی معطوف شده است. مادران این کودکان اغلب با سطح بالایی از استرس، فرسودگی و چالش‌های هیجانی مواجه هستند که انعطاف‌پذیری روانشناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی هر دو رویکردی مؤثر برای ارتقای سلامت روان و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در این گروه به شمار می‌آیند. این پژوهش از نخستین مطالعاتی است که اثربخشی دو رویکرد درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی را به‌صورت مقایسه‌ای در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بررسی می‌کند. در حالی که پژوهش‌های پیشین عمدتاً بر مداخلات شناختی-رفتاری یا رویکردهای پذیرش‌محور در این جمعیت متمرکز بوده‌اند، ارزیابی مقایسه‌ای این دو رویکرد متمایز و نسبتاً کم‌مطالعه‌شده در بافت فرهنگی-اجتماعی ایران بسیار محدود است. این مطالعه با طراحی ساختار جلسات بومی‌شده شامل هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار و هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش خودشفقت‌ورزی متناسب با نیازها و چالش‌های هیجانی و والدگری مادران، و به‌کارگیری طرح نیمه‌آزمایشی با الگوی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری، نوآوری محتوایی و روشی محسوب می‌شود. همچنین تمرکز بر «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» به‌عنوان پیامد اصلی،

1. national healthcare services

2. tricky brain

به‌جای متغیرهای رایج‌تر مانند استرس، اضطراب یا افسردگی والد‌گری، وجه تمایز این پژوهش را در پرداختن به بُعدی کمتر بررسی‌شده از سازگاری مادران کودکان ADHD برجسته می‌سازد. با این حال، هنوز مشخص نیست که کدام یک از این دو روش می‌تواند حمایت روانشناختی مؤثرتری برای مادران کودکان مبتلا به ADHD فراهم کند. بنابراین، مقایسه اثربخشی این دو مداخله نه تنها از لحاظ علمی اهمیت دارد، بلکه می‌تواند راهنمایی عملی برای متخصصان سلامت روان جهت انتخاب مناسب‌ترین رویکرد درمانی برای حمایت از این مادران فراهم آورد. هدف از این مقایسه، شناسایی رویکردی است که بیشترین تاثیر را بر انعطاف‌پذیری روانشناختی این گروه آسیب‌پذیر دارد و از این طریق به ارتقای کیفیت زندگی خانواده‌های درگیر با ADHD کمک کند. لذا این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی از نظر اثربخشی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:

این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر روش شبه آزمایشی از سری طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری ۲ ماهه و گروه گواه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر زنجان در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین مادران مراجعه‌کنندگان به مراکز مذکور انتخاب شد. بدین صورت که در ابتدا با هماهنگی با مسئولین مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی و کسب اجازه از آنها برای اعلام فراخوان جهت شرکت در پژوهش از بین مادران دارای فرزندان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی که در بازه‌ی سنی ۷ تا ۱۱ سال قرار داشتند و در مراکز مشاوره، کلینیک‌های روانشناسی و روان‌پزشکی شهر زنجان پرونده فعال داشته‌اند به صورت هدفمند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه

گمارده شدند. لازم به ذکر است بعد از اعلام فراخوان درباره هدف و شرایط شرکت در پژوهش، مکان و زمان برگزاری جلسات درمانی به مادران شرکت‌کننده در پژوهش اطلاعات کافی ارائه شد. در این مرحله با اجرای فرم رضایت آگاهانه برای شرکت‌کنندگان و تکمیل فرم غربالگری اولیه و مصاحبه نیمه‌ساختار یافته ملاک‌های ورود و خروج بررسی و نمونه‌نهایی انتخاب شد. حجم نمونه با توجه به نرم افزار G*Power. 3.1 برای تحلیل واریانس آمیخته با اندازه اثر ۰/۶۰، سطح معناداری ۰/۰۵، احتمال رد فرض صفر ۰/۹۵، تعداد گروه‌ها (درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه) و تعداد متغیرهای وابسته (انعطاف‌پذیری روانشناختی) ۴۷ نفر برآورد شد. اما بر مبنای مطالعات پیشین و بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه برای مطالعات شبه‌آزمایشی در جهت فرض همسانی واریانس‌ها حجم نمونه ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: داشتن فرزند با تشخیص ADHD توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی مطابق معیارهای DSM-5-TR، دامنه سنی ۳۲ تا ۴۰ سال برای مادران، بازه سنی کودک ۷ تا ۱۱ سال، تمایل مادر به شرکت در جلسات درمانی و تکمیل پرسشنامه‌ها، حداقل تحصیلات سیکل یا بالاتر، سکونت در شهر زنجان و دسترسی به مرکز درمانی برای حضور منظم در جلسات و عدم دریافت همزمان سایر مداخلات روانشناختی فردی یا گروهی مشابه (به ویژه درمان هیجان‌مدار یا خودشفقت‌ورزی) است. ملاک‌های خروج شامل ابتلای مادر به اختلالات روانپزشکی شدید (اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، افسردگی اساسی شدید) مطابق نظر درمانگر بر طبق فرم خودگزارش دهی، مصرف داروهای روانپزشکی در مادر یا تغییر دارو طی مدت پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا همکاری ناکافی با روند پژوهش و تجربه بحران‌های حاد خانوادگی یا سوگ طی مدت مطالعه بود.

ب) ابزار

مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی^۱ (CSF): در این مطالعه از پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی استفاده شد. این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) معرفی شد. یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی

1. Cognitive Flexibility Scale

صالحی و همکاران (۱۳۹۸) ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱، و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب، ۰/۷۲، ۰/۵۵، و ۰/۵۷، گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰، و برای خرده‌مقیاس‌ها، به ترتیب، ۰/۸۹، ۰/۵۵، و ۰/۷۸، گزارش نمودند. در پژوهش حاضر همسانی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و به روش امگا مک دونالد ۰/۸۷ به دست آمد.

برنامه آموزش درمان هیجان‌مدار (EFT): طراحی و اجرای این درمان برای مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به صورت جلسات گروهی، همراه با تمرین‌های عملی و تکالیف خانگی انجام شد تا مراجعان بتوانند مهارت‌های آموخته‌شده را به موقعیت‌های واقعی زندگی خود انتقال دهند. پروتکل درمان هیجان‌مدار که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت، شامل ۸ جلسه گروهی بود که به صورت هفتگی برگزار شد. مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. این پروتکل بر اساس مدل درمان هیجان‌مدار که توسط گریببرگ (۲۰۱۹) طراحی و تدوین شده است، اجرا گردید و محتوای آن متناسب با نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تنظیم شد.

است که برای اندازه‌گیری نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه‌نامه‌گذاری آن در یک مقیاس هفت درجه‌ای لیکرتی (کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، تا حدی مخالف=۳، نه موافق و نه مخالف=۴، تا حدی موافق=۵، موافق=۶ و کاملاً موافق=۷) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را اندازه‌گیری می‌کند که عبارتند از الف) جایگزین‌ها (سؤالات ۱۹، ۱۲، ۱۴، ۲۰، ۱۳، ۳، ۶، ۱۸ و ۱۶)، کنترل (سؤالات ۱۱، ۷، ۱۷، ۲، ۴، ۹، ۱۵ و ۱) و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی (سؤالات ۸ و ۱۰) است. دامنه نمرات ۲۰ تا ۱۴۰ است. سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷، به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ بدست آوردند (دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). در ایران

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان‌محور برگرفته از گریببرگ (۲۰۱۹)

| جلسات | هدف جلسه | محتوای آموزشی | تمرینات درون جلسه | تکالیف خانگی |
|------------|---------------------------------------|---|--|--|
| جلسه اول | آشنایی با مفاهیم هیجان و ساختار جلسات | معرفی اعضا و تسهیل‌گر، تعریف هیجان و اهمیت آن، انواع هیجان | شناسایی و نام بردن هیجان‌ها رایج، بحث گروهی | ثبت سه هیجان تجربه شده و موقعیت آن‌ها در هفته (دفترچه هیجان) |
| جلسه دوم | شناسایی و پذیرش هیجان‌ها | معرفی چرخه تجربه هیجان، افتراق احساس، فکر و رفتار، پذیرش هیجان | تمرین شناسایی حالات بدنی هیجان‌ها، مدیتیشن پذیرش هیجان | ثبت یک تجربه هیجان دشوار و بازتاب افکار و احساسات |
| جلسه سوم | تنظیم هیجان‌ها و ریشه‌یابی آن‌ها | شیوه‌های تنظیم هیجان، تاثیر تجربیات اولیه و نیازهای هیجانی | شبه‌سازی موقعیت پرتنش و تمرین توقف-فکر-عمل، بحث درباره تجربیات کودکی | شناسایی هیجان‌ها و ریشه آن‌ها در یک موقعیت استرس‌زا طی هفته |
| جلسه چهارم | نقش هیجان در رابطه با کودک | بررسی چرخه هیجان مادر-کودک، آموزش همدلی، محرک‌های هیجانی | ایفای نقش واکنش به رفتار دشوار کودک، تمرین همدلی و بازگویی احساسات | تمرین استفاده از همدلی و بازگویی هیجان در منزل و ثبت نتایج |
| جلسه پنجم | مواجهه با احساسات منفی و خودانتقادی | معرفی گفت‌وگوی انتقادی درونی، باور منفی نسبت به مادری، خودمهربانی | نوشتن نامه مهربانانه به خود، بازتعریف افکار منفی | تمرین گفت‌وگوی مهربانانه با خود هنگام خطاها در طول هفته |

¹ Emotion-Focused Therapy (EFT)

| | | | | |
|-----------|-----------------------------------|---|--|--|
| جلسه ششم | ابراز هیجان‌ات در روابط خانوادگی | مهارت‌های ارتباط مؤثر، اهمیت بیان خواسته‌های هیجانی، مدیریت تعارض | ایفای نقش برای بیان نیازهای هیجانی، تحلیل تعارض خانوادگی | تلاش برای بیان یک احساس یا نیاز هیجانی به یکی از اعضای خانواده |
| جلسه هفتم | تاب‌آوری هیجانی و نقش پذیرش | تعریف تاب‌آوری، مقابله با ناکامی، تکنیک‌های پذیرش و ذهن آگاهی | تمرین ذهن آگاهی، بحث تجربیات تاب‌آوری | اجرا و ثبت یک تکنیک ذهن آگاهی در خانه در لحظات استرس |
| جلسه هشتم | جمع‌بندی، ارزیابی، تداوم مهارت‌ها | مرور مباحث جلسات قبل، دستاوردها و چالش‌ها، راهکارهای حفظ پیشرفت | بازنگری دفترچه هیجان‌ات، تدوین برنامه شخصی تداوم | تکمیل پرسش‌نامه پایانی، تدوین برنامه عملی برای استفاده آینده از مهارت‌ها |

خانگی، آموزش مفاهیم نظری (مانند مدل سه‌سیستمی هیجان، مغز تکاملی، خودانتقادی، و اصول شفقت‌ورزی)، انجام تمرین‌های عملی (ذهن آگاهی، تصویرسازی شفقت‌آمیز، نامه نوشتن به خود، و تمرین تنفس آرام‌بخش)، بحث و هم‌اندیشی گروهی و تعیین تکالیف خانگی بود.

برنامه آموزش خودشفقت‌ورزی^۱ (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴). در این مطالعه طی هشت جلسه گروهی که به صورت هفتگی برگزار می‌شود، اجرا گردید. هر جلسه به طور میانگین ۹۰ دقیقه به طول انجامید. جلسه‌ها بر اساس پروتکل استاندارد و مبتنی بر نظریه و آموزش‌های گیلبرت (۲۰۱۰)، استاد روانشناسی بالینی و بنیان‌گذار این رویکرد، طراحی شده‌اند. ساختار جلسات شامل بخش‌های مختلفی از جمله مرور تکالیف

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان خودشفقت‌ورزی برگرفته از گیلبرت (۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴)

| جلسات | هدف جلسه | محتوا | تمرینات درون‌جلسه‌ای | تکالیف خانگی |
|------------|-------------------------------------|--|---|--|
| جلسه اول | آشنایی و ایجاد انگیزه | معرفی گروه، آشنایی با اهداف درمان تعاریف شفقت و اهمیت آن در بهبود روان‌شناختی مدل سه‌سیستمی هیجان (تهدید، برانگیختگی، آرامش) | گفت‌وگو درباره چالش‌های روزمره و مفهوم شفقت‌ورزی رسم مدل سه‌سیستمی هیجان برای خود | ثبت موقعیت‌هایی که به خود سخت‌گیری می‌کنند (دفترچه مشاهدات) |
| جلسه دوم | شناخت مغز و تکاملی و «مغز دردسرساز» | تاریخچه مغز و چرایی دشواری شفقت برای انسان‌ها طرز کار مغز و سیستم‌های ایمنی - تهدید، برانگیختگی، آرامش | تمرین ذهن آگاهی بدن و هیجان‌ات بحث درباره تجربیات واکنش به تهدید | مشاهده موقعیت‌های تهدید/اضطراب و واکنش خود، ثبت آن |
| جلسه سوم | کشف صدای انتقادی درون | بازشناسی انتقادگر درونی و اثرات آن بر عزت نفس و سلامت روان سبب‌شناسی صدای انتقادی (خانواده، فرهنگ و...) | نوشتن جملات انتقادی به خود بازآفرینی تجربه‌های منفی با صدای مهربان | نوشتن سه موقعیت انتقادی در هفته و افکار جایگزین شفقت‌آمیز |
| جلسه چهارم | آموزش ذهن شفقت‌ورز | ویژگی‌های ذهن شفقت‌ورز (صبر، پذیرش، نرمی، شهامت) تفاوت بین دلسوزی و شفقت | تصویرسازی (تصور مری مهربان یا «فرد شفقت‌آمیز ایده‌آل») | تمرین تصور راهنمای شفقت در موقعیت چالش‌زا و ثبت تجربه |
| جلسه پنجم | مواجهه با شرم و خودانتقادی | بررسی نقش شرم و خودانتقادی در مشکلات روانی بررسی تجربه‌های شخصی شرم و ریشه‌های آن | ایفای نقش: گفت‌وگو شفقت‌آمیز با خود خجالت‌زده یا شرمگین تمرین «نامه شفقت‌مندانه به خود» | نگارش نامه شفقت‌ورزانه خطاب به خود در شرایط شرمساری |
| جلسه ششم | مهارت‌های تنظیم هیجان | راه‌های تنظیم و آرام‌سازی هیجان‌ات شدید (نگرانی، خشم، اضطراب) با رویکرد شفقت‌تمرینات تنفسی و آرام‌سازی | آموزش و تمرین تنفس آرام و احساس شفقت به قلب تمرین کوتاه «پدرت گرم» | ثبت استفاده عملی از تنفس یا آرام‌سازی شفقت‌آمیز هنگام هیجان شدید |

1. Compassion-Focused Therapy (CFT)

| | | | | |
|-----------|--------------------------------|---|--|---|
| جلسه هفتم | تعمیم شفقت به دیگران و روابط | گسترش شفقت به عزیزان، دیگران و تقویت روابط مثبت مهارت همدلی و واکنش شفقت‌آمیز به رفتار کودکان | ایفای نقش برای مواجهه با فرزند/همسر یا فرد چالش‌زا با رویکرد شفقت‌آمیز ^۱ | انجام تمرین شفقت نسبت به یک فرد خاص و ثبت نتایج |
| جلسه هشتم | جمع‌بندی و برنامه‌ریزی بلندمدت | مروری بر رشد و تغییرات فردی تشویق به استمرار تمرین‌ها و ارائه راهکارهای تثبیت پاسخ به سوالات و برنامه‌ریزی فردی | مرور دستاوردها، به اشتراک‌گذاری تاثیر تمرین‌ها تهیه برنامه شخصی برای استمرار و تقویت شفقت به خود | طراحی یک برنامه عملی هفتگی جهت تمرین شفقت به خود و دیگران، تکمیل فرم ارزیابی پایانی |

یافته‌ها

جدول ۳. توصیف آماری نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه

| متغیر | گروه | مرحله | میانگین | انحراف استاندارد | Z کالموگروف اسمیرنوف | P |
|-------------------------|--------------------|-----------|---------|------------------|----------------------|-------|
| انعطاف‌پذیری روانشناختی | آموزش خودشفقت‌ورزی | پیش آزمون | ۳۴/۷۳ | ۳/۰۳۵ | ۰/۱۳۵ | ۰/۲۰۰ |
| | | پس آزمون | ۳۵/۳۳ | ۳/۱۷۷ | ۰/۱۱۶ | ۰/۲۰۰ |
| | | پیگیری | ۳۵/۰۷ | ۳/۳۳۴ | ۰/۲۳۹ | ۰/۰۲۱ |
| | | پیش آزمون | ۳۵/۶۰ | ۲/۷۴۶ | ۰/۱۸۶ | ۰/۱۷۰ |
| درمان هیجان‌مدار | پس آزمون | پس آزمون | ۳۹/۸۷ | ۳/۶۴۲ | ۰/۱۱۱ | ۰/۲۰۰ |
| | | پیگیری | ۳۹/۳۳ | ۴/۵۱۵ | ۰/۱۹۶ | ۰/۱۲۵ |
| | | پیش آزمون | ۳۵/۶۷ | ۳/۰۳۹ | ۰/۱۳۹ | ۰/۳۲۰ |
| | | پس آزمون | ۴۴/۴۰ | ۴/۶۲۶ | ۰/۰۸۲ | ۰/۸۹۷ |
| | | پیگیری | ۴۴/۸۰ | ۵/۲۶۷ | ۰/۱۴۸ | ۰/۲۵۴ |

بیانگر آن است که مداخله درمان هیجان‌مدار بیشترین تاثیر را بر بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی داشته و آموزش خودشفقت‌ورزی نیز اثربخشی قابل توجهی نسبت به گروه گواه داشته است، در حالی که در گروه گواه هیچ تغییر معناداری مشاهده نشد.

در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید و تمامی مفروضه‌های آماری لازم پیش از انجام تحلیل مورد بررسی و رعایت قرار گرفت. ابتدا جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته در گروه‌های مختلف و در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج در تمامی گروه‌ها و مراحل پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری در دامنه ($Z=0/135, P \leq 0/200, Z=0/186, P \leq 0/170$)، پس‌آزمون در دامنه ($Z=0/116, P \leq 0/200, Z=0/082, P \leq 0/897$) و

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج مقایسه میانگین‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی را در سه گروه نشان داد. میانگین نمره انعطاف‌پذیری مادران گروه گواه از ۳۴/۷۳ در پیش‌آزمون به ۳۵/۳۳ در پس‌آزمون و ۳۵/۰۷ در مرحله پیگیری رسید که این تغییرات بسیار اندک بوده و نشان‌دهنده عدم تغییر معنادار در این گروه است. در مقابل، شرکت‌کنندگان گروه آموزش خودشفقت‌ورزی، افزایش محسوسی را تجربه کردند به طوری که میانگین نمره این گروه از ۳۵/۶۰ در پیش‌آزمون به ۳۹/۸۷ در پس‌آزمون و ۳۹/۳۳ در پیگیری رسید که افزایشی معادل ۴ نمره و پایداری اثر مداخله را نشان می‌دهد. در نهایت، بیشترین تغییر در گروه درمان هیجان‌مدار مشاهده شد؛ به طوری که میانگین نمره این گروه از ۳۵/۶۷ در پیش‌آزمون به ۴۴/۴۰ در پس‌آزمون و ۴۴/۸۰ در پیگیری افزایش یافت که افزایشی نزدیک به ۹ نمره را نشان می‌دهد. این نتایج

^۱ . loving-kindness meditation

مورد انتظار بود ($F=0/554$ ، $DF=2$ ، $X^2=15/951$ و $P \leq 0/001$) بنابراین فرض کرویت برقرار نبود، با این حال در صورت عدم رعایت این فرض، از آزمون گرین هاوس گیرز با تعدیل درجه آزادی‌ها یافته‌های پژوهش گزارش شد. استقلال مشاهدات نیز از نظر ساختاری رعایت شد؛ بدین ترتیب که هر شرکت‌کننده نماینده یک واحد نمونه‌گیری مستقل بوده و در طول مطالعه مراقبت شد تا داده‌های شرکت‌کنندگان بر یکدیگر اثر نگذارند. در مجموع، نتایج همه آزمون‌های بررسی مفروضه‌ها نشان داد که شرایط لازم جهت انجام تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر فراهم بوده و لذا تحلیل‌ها با اطمینان و صحت لازم انجام شده است.

پیگیری در دامنه ($Z=0/148$ ، $P \leq 0/254$ ، $Z=0/239$ ، $P \leq 0/021$) حاکی از توزیع نرمال داده‌ها بود. مفروضه خطی بودن داده‌ها با استفاده از نمودار پراکندگی بررسی شد که نتایج نشان دهنده رعایت این مفروضه بود. به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون لون استفاده شد و نتایج برای تمامی سنجش‌ها در مرحله پیش‌آزمون ($P \geq 0/892$ ، $P \geq 0/019$ ، $P \geq 0/248$ ، $P \geq 0/390$ ، $P \geq 0/139$) و پیگیری ($P \geq 0/270$ ، $P \geq 0/266$) حاکی از رعایت این فرض می‌باشد. در مورد همگنی کوواریانس‌ها نیز، آزمون باکس معنی‌دار نبود که نتایج حاکی از رعایت همگنی ماتریس کوواریانس دارد. همچنین، برای ارزیابی فرض کرویت از آزمون ماچلی استفاده شد و سطح معنی‌داری کوچکتر از محدوده

جدول ۴. نتایج آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر در متن مانوای تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| موقعیت | ارزش | مقادیر | F | DF فرضیه | DF خطا | P | اندازه اثر |
|-------------------|-------------------|--------|--------|----------|--------|----------------|------------|
| گروه (بین گروهی) | اثر پیلایی | ۰/۵۱۲ | ۷/۲۲۳ | ۴ | ۸۴ | $P \leq 0/001$ | ۰/۲۵۶ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۴۹۳ | ۸/۷۰۲ | ۴ | ۸۲ | $P \leq 0/001$ | ۰/۲۹۸ |
| | اثر هتلینگ | ۱/۰۲۰ | ۱۰/۱۹۷ | ۴ | ۸۰ | $P \leq 0/001$ | ۰/۳۳۸ |
| زمان (درون گروهی) | بزرگترین ریشه روی | ۱/۰۱۰ | ۲۱/۲۱۸ | ۲ | ۴۲ | $P \leq 0/001$ | ۰/۵۰۳ |
| | اثر پیلایی | ۰/۸۰۵ | ۸۴/۵۳۸ | ۲ | ۴۱ | $P \leq 0/001$ | ۰/۸۰۵ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۱۹۵ | ۸۴/۵۳۸ | ۲ | ۴۱ | $P \leq 0/001$ | ۰/۸۰۵ |
| تعامل زمان × گروه | اثر هتلینگ | ۴/۱۲۴ | ۸۴/۵۳۸ | ۲ | ۴۱ | $P \leq 0/001$ | ۰/۸۰۵ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۴/۱۲۴ | ۸۴/۵۳۸ | ۲ | ۴۱ | $P \leq 0/001$ | ۰/۸۰۵ |
| | اثر پیلایی | ۰/۶۹۵ | ۱۱/۱۸۵ | ۴ | ۸۴ | $P \leq 0/001$ | ۰/۳۴۸ |
| (درون گروهی) | لامبدای ویلکز | ۰/۳۱۱ | ۱۶/۲۷۱ | ۴ | ۸۲ | $P \leq 0/001$ | ۰/۴۴۲ |
| | اثر هتلینگ | ۲/۱۹۹ | ۲۱/۹۸۶ | ۴ | ۸۰ | $P \leq 0/001$ | ۰/۵۲۴ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۲/۱۹۰ | ۴۵/۹۹۰ | ۲ | ۴۲ | $P \leq 0/001$ | ۰/۶۸۷ |

معنی‌داری وجود دارد. از آنجا که بین گروه‌های (آزمایشی و گواه) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد، برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل واریانس‌های یک‌راهه در متن مانوای تکراری روی هر یک از متغیرهای وابسته مبادرت شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از لامبدای ویلکز در مرحله بین‌آزمودنی گروه ($F=8/702$ ، $P \leq 0/001$)، درون‌آزمودنی زمان ($F=84/538$ ، $P \leq 0/001$) و تعامل گروه × زمان ($F=9/509$ ، $P \leq 0/001$) نشان می‌دهد که بین گروه‌های (آزمایشی و گواه) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ متغیر وابسته انعطاف‌پذیری روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، همچنین بین زمان‌های سنجش (پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر در متن مانوای تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | SS | DF | MS | F | P | Partial η^2 |
|---------------------|-------------------------|---------|-------|---------|--------|----------------|------------------|
| بین‌آزمودنی (گروه) | انعطاف‌پذیری روانشناختی | ۹۷۳/۶۴۴ | ۲ | ۴۸۶/۸۲۲ | ۱۳/۵۷۷ | $P \leq 0/001$ | ۰/۵۸۷ |
| درون‌آزمودنی (زمان) | انعطاف‌پذیری روانشناختی | ۵۸۹/۹۳۳ | ۱/۴۶۸ | ۴۰۸/۱۲۵ | ۵۹/۷۱۶ | $P \leq 0/001$ | ۰/۷۶۴ |

| | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|---------|--------|---------|--------|----------|-------|
| تعامل: (گروه×زمان) | انعطاف‌پذیری روانشناختی | ۳۶۵/۱۵۶ | ۲/۹۳۵ | ۱۲۴/۴۱۲ | ۱۸/۲۰۴ | PS<۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۴ |
| خطا | انعطاف‌پذیری روانشناختی | ۴۲۱/۲۴۴ | ۶۱/۶۳۶ | ۶/۸۳۴ | - | - | - |

*نتایج حاصل از آزمون گرین هوس گیرز با اصلاح در درجات آزادی

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهند که تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوای تکراری مربوط به اثر مداخله (از پیش‌آزمون-پس‌آزمون) ثبات مداخله (پس‌آزمون-پیگیری) و اثر زمان (پیش‌آزمون-پیگیری) در متغیر وابسته انعطاف‌پذیری روانشناختی معنی‌دار می‌باشند. با توجه به نتایج جدول تأثیر گروه بر نمرات متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی ($P < 0/001$)، $F(2, 84) = 13/577$ معنی‌دار است. همچنین تأثیر زمان ($P < 0/001$)، $F(1, 468, 84) = 59/716$ و تعامل زمان × گروه بر متغیر انعطاف‌پذیری ($F(2, 935, 84) = 18/204, P < 0/001$) معنی‌دار است. بنابراین می‌توان بیان کرد که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر انعطاف-پذیری اثربخش است. همچنین اثر ساده بین‌گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از تصحیح بنفرونی مورد بررسی قرار گرفت. که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

نتایج آزمون بنفرونی مقایسه درون‌گروهی و بین‌گروهی در گروه‌های آزمایشی و گروه‌گواه در نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته

جدول ۶. نتایج آزمون بنفرونی مقایسه درون‌گروهی و بین‌گروهی در گروه‌های آزمایشی و گروه‌گواه در نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته

| متغیر | موقعیت | تفاوت میانگین‌ها | SD | P |
|-------------------------------|------------------|------------------|-------|----------|
| خودشفقت‌ورزی (درون‌گروهی) | پیش‌آزمون | -۴/۲۶۷ | ۰/۶۹۷ | PS<۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | -۳/۷۳۳ | ۱/۰۰۸ | PS<۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۰/۵۳۳ | ۰/۵۸۴ | ۱ |
| درمان هیجان‌مدار (درون‌گروهی) | پیش‌آزمون | -۸/۷۳۳ | ۰/۶۹۷ | PS<۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | -۹/۱۳ | ۱/۰۰۸ | PS<۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | -۰/۴۰۰ | ۰/۵۸۴ | ۱ |
| بین‌گروهی | خودشفقت‌ورزی | -۳/۳۵۶ | ۱/۳۴۳ | PS<۰/۰۰۵ |
| | خودشفقت‌ورزی | -۳/۲۲ | ۱/۱۳۴ | PS<۰/۰۰۵ |
| | درمان هیجان‌مدار | -۶/۵۷۸ | ۱/۳۰۱ | PS<۰/۰۰۱ |

نتایج حاصل از سطح تصحیح بنفرونی نشان داد که در نمرات انعطاف-پذیری بین درمان هیجان‌مدار، خودشفقت‌ورزی و گروه‌گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). همچنین بین درمان هیجان‌مدار و خودشفقت‌ورزی نیز تفاوت وجود دارد ($P \leq 0/05$). به عبارت دیگر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران دارای کودکان ADHD مؤثر بوده است. به عبارت دیگر گروه آزمایشی درمان هیجان‌مدار بعد از دریافت مداخله نمرات بالاتری در پس‌آزمون و پیگیری به دست آوردند. لازم به ذکر است که نتایج آزمون‌های تعقیبی بنفرونی برای مقایسه درون‌آزمودنی پیش‌آزمون-پس‌آزمون (اثر مداخله)، پس‌آزمون-پیگیری (ثبات مداخله) و پیش‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) بین گروه‌های مورد مطالعه (گروه‌های آزمایشی و گواه) در دو موقعیت اثر مداخله (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و اثر زمان (پیش‌آزمون-پیگیری) در نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). به

عبارت دیگر شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی در نمرات انعطاف-پذیری یک روند خطی افزایشی داشته‌اند که در درمان هیجان‌مدار این روند خطی افزایشی نمود بیشتری داشته است. همچنین در نمرات ثبات مداخله (پس‌آزمون-پیگیری) تفاوت معنی‌داری در هیچ‌کدام از متغیرها به دست نیامد که نشان‌دهنده ثبات مداخله‌ها بعد از پیگیری دو ماهه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش خودشفقت‌ورزی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. نتایج حاصل از واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر بهبود انعطاف‌پذیری مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (سیدون و همکاران، ۲۰۲۵؛ فروغ و همکاران، ۲۰۲۳؛ گوردیرو و همکاران، ۲۰۲۲؛ ناشا و همکاران، ۲۰۲۰؛ فروغ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گوردیرو و همکاران، ۲۰۲۲؛ فروغ و همکاران،

روبه‌رو شود. این درمان با آموزش تکنیک‌هایی برای بازشناسی نیازهای اساسی و پذیرش احساسات، به فرد امکان می‌دهد از الگوهای ناکارآمد قدیمی فاصله بگیرد و پاسخ‌های جدید و سازگارانه‌ای را خلق کند. بنابراین، درمان هیجان‌مدار به مراجعان یاری می‌رساند که در موقعیت‌های متعدد، به جای واکنش‌های تکانشی یا سرکوب هیجان‌ات، با ذهنی باز و انتخابی آگاهانه دست به عمل بزنند و در عین وفادار ماندن به ارزش‌های خود، ظرفیت تحمل و مواجهه با استرس‌ها را افزایش دهند. این ویژگی نه‌تنها سازگاری روان‌شناختی را در زندگی روزمره تقویت می‌کند، بلکه زمینه‌ساز رشد شخصیتی و روابط سالم‌تر با دیگران خواهد بود.

نتایج حاصل از واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان خودشفقت‌ورزی بر بهبود انعطاف‌پذیری مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (استاینلد و همکاران، ۲۰۱۷؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۲۲؛ آشفیلد و همکاران، ۲۰۲۱؛ نواب و همکاران، ۲۰۱۹؛ بارت و همکاران، ۲۰۲۰) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت با تأکید بر توسعه نگرش مهربانانه، پذیرش و مراقبت از خود و دیگران، نقشی مؤثر در ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایفا می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰). این درمان که بر پایه نظریه تکاملی، روان‌شناسی عاطفه و علوم اعصاب توسعه یافته است، معتقد است بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در انتقاد از خود، احساس شرم یا تهدید ادراک‌شده دارند. افراد هنگام مواجهه با تجربه‌های ناخوشایند یا استرس‌زا، اغلب به دلیل فعال شدن سیستم تهدید مغز، به سمت اجتناب، انفعال یا سرزنش خود سوق داده می‌شوند که این فرایندها می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنها را به شدت کاهش دهد. هدف اصلی خودشفقت‌ورزی، تغییر تعادل این سیستم‌های مغزی از طریق پرورش سیستم تسکین‌دهنده و افزایش احساس ایمنی و شفقت نسبت به خود است (گیلبرت، ۲۰۲۰). در فرایند درمان خودشفقت‌ورزی، مراجع از طریق آموزش‌ها، تمرینات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و راهبردهایی مانند تصویرسازی شفقت‌آمیز، گفت‌وگوی شفقت‌آمیز با خود، پذیرش آسیب‌پذیری و درک ریشه‌های تکاملی احساسات دشوار، می‌آموزد به جای سرزنش یا اجتناب از افکار و هیجان‌ها، با نگرش حمایت‌گر و توأم با همدلی به خود و شرایط خویش نگاه کند (نواب و همکاران، ۲۰۱۹).

(۲۰۲۳) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، درمان هیجان‌مدار با محوریت شناسایی، پذیرش، پردازش و ابراز سازگارانه هیجان‌ها، بر این باور استوار است که تجربه و تنظیم سالم هیجان‌ها محور اساسی سلامت روان است؛ به همین دلیل، درمان هیجان‌مدار با فراهم کردن فضایی امن و حمایت‌گرانه، به مراجعان می‌آموزد هیجان‌های دشوار مانند غم، خشم یا اضطراب را به جای سرکوب یا اجتناب، شناسایی کرده و با پذیرش فعالانه، آن‌ها را به شیوه‌ای سازنده مدیریت کنند (گرامر و همکاران، ۲۰۲۵). این فرآیند شناخت و پذیرش هیجان‌ها نه تنها موجب کاهش واکنش‌های تکانشی و رفتارهای اجتنابی می‌شود، بلکه با افزایش خودآگاهی هیجانی، به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با استرس‌ها و چالش‌های زندگی بتوانند افکار و احساسات ناخوشایند را تحمل کرده و بدون گرفتار شدن در دور باطل اجتناب، انتخاب‌های آگاهانه و مبتنی بر ارزش‌های خود داشته باشند؛ پژوهش‌های تجربی متعدد نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار موجب افزایش معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های مختلف از جمله والدین کودکان با شرایط ویژه مانند اختلال ADHD می‌شود (فروغ و همکاران، ۲۰۱۹)، چرا که این افراد پس از شرکت در جلسات درمان هیجان‌مدار، نه تنها پذیرش افکار و احساسات منفی خود را افزایش می‌دهند و انتظارات غیرواقع‌بینانه یا تعارض‌های هیجانی را کاهش می‌دهند، بلکه مهارت حل مسئله، تاب‌آوری و انتخاب رفتارهای سازگار با ارزش‌های شخصی را نیز در خود تقویت می‌بینند؛ در مجموع، درمان هیجان‌مدار با فراهم آوردن بستری برای تجربه، پردازش و بازسازی معنادار هیجان‌ها، توانمندی افراد برای سازگاری انعطاف‌پذیر با چالش‌های عاطفی و خانوادگی را به شکل قابل توجهی ارتقا می‌بخشد و موجب بهبود کیفیت زندگی روانی-اجتماعی آنان می‌گردد. از سوی دیگر، درمان هیجان‌مدار بر این دیدگاه استوار است که هیجان‌ها مانند قطب‌نمایی عمل می‌کنند که مسیرهای صحیح را در زندگی عاطفی و تصمیم‌گیری به فرد نشان می‌دهند؛ اما بسیاری از افراد در مواجهه با هیجان‌های شدید یا دردناک، دچار سردرگمی، اجتناب، یا واکنش‌های افراطی می‌شوند که همین امر باعث کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش آسیب‌پذیری می‌گردد (الیوت، ۲۰۱۳). درمان هیجان‌مدار از طریق فرایندهای علمی و مبتنی بر تجربه به مراجع کمک می‌کند تا بتواند بدون قضاوت یا ترس، هیجان‌های خود را بشناسد و به شکلی سازنده با آن‌ها

نامالایمات توانمند می‌سازد (گیلبرت، ۲۰۱۰). در مجموع، درمان مبتنی بر شفقت با فعال‌سازی سیستم حمایت عاطفی درونی افراد، اصلاح نگرش نسبت به هیجان‌های منفی و کاهش اجتناب یا واکنش‌های ناسازگار، بستر رشد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را فراهم می‌آورد تا فرد بتواند حتی در شرایط دشوار زندگی، با آرامش، پذیرش و عزت‌نفس بیشتری مواجه شود و رفتارهایی هماهنگ با ارزش‌ها و اهداف خود برگزیند.

نتایج حاصل از آزمون‌های تعقیبی بنفرونی نشان داد که درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان خود شفقت‌ورزی بر انعطاف‌پذیری مادران دارای کودک اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثرتر بود. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای به مقایسه این دو روش درمانی نپرداخته است می‌توان این نتایج را با مطالعات غیرمستقیم (سیدون و همکاران، ۲۰۲۵؛ فروغ و همکاران، ۲۰۲۳؛ گوردیرو و همکاران، ۲۰۲۲؛ فروغ و همکاران، ۲۰۱۹؛ گوردیرو و همکاران، ۲۰۲۲) همخوان دانست. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در پژوهش‌های اخیر، اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با رویکردهای مبتنی بر شواهد مورد مقایسه قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهند که گرچه هر دو رویکرد می‌توانند به بهبود انعطاف‌پذیری کمک کنند، اما درمان هیجان‌مدار غالباً نتایج بالاتر و پایدارتر را در این زمینه رقم می‌زند. یکی از مهم‌ترین دلایل این امر، ساختار و شیوه مداخله در درمان هیجان‌مدار است: این درمان، ابتدا فرد را به شناسایی و تجربه فعال هیجان‌های بنیادی دعوت می‌کند، سپس از طریق تسهیل پذیرش، نام‌گذاری و پردازش کامل هیجان‌ها، امکان تغییر و بازسازی پاسخ‌های درونی را فراهم می‌آورد. این روند، به فرد کمک می‌کند تا به شکلی مستقیم و عمیق با هیجان‌های دشوار، خودانتقادی و افکار ناکارآمد مواجه شود؛ به‌جای اجتناب یا سرکوب آن‌ها، ظرفیت تحمل و مدیریت هیجان را به‌طور عملی می‌آموزد. همچنین در درمان هیجان‌مدار، تمرکز بر کشف و برآورده ساختن نیازهای هیجانی اساسی، فعالیت‌های مهارت‌آموزی در زمینه بازسازی معنایی و تجربه جایگزین، و تمرین رفتارهای جدید سازگارانه سبب می‌شود که فرد نه فقط پذیرش هیجان، بلکه انعطاف‌پذیری واقعی و عملی را در مواجهه با چالش‌های مختلف زندگی کسب کند (فروغ و همکاران، ۲۰۱۹). در مقابل، هرچند درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی نیز با کاهش خودانتقادی و افزایش احساس ایمنی هیجانی نقش مهمی در بهبود سلامت روان و انعطاف‌پذیری دارد،

این تمرین‌ها سطح تحمل تجارب دردناک، انعطاف‌پذیری در مواجهه با افکار و احساسات منفی، و توانایی بازگشت به رفتارهای معنادار و مبتنی بر ارزش‌های شخصی را افزایش می‌دهد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که مداخلات خودشفقت‌ورزی موجب کاهش افکار منفی خودکار، افزایش پذیرش، کاهش خودانتقادی و احساس شرم، و تقویت خودکارآمدی در افراد می‌شود؛ به‌ویژه در جمعیت‌هایی چون والدین کودکان با بیماری‌های مزمن یا اختلالات روان‌شناختی مانند ADHD (نواب و همکاران، ۲۰۱۹)، اجرای خودشفقت‌ورزی می‌تواند به افزایش انعطاف‌پذیری، بهبود مدیریت استرس‌ها و ارتقای کیفیت رابطه والد-کودک بینجامد (بارت و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان مبتنی بر شفقت، برخلاف بسیاری از روش‌های مرسوم درمانی که صرفاً به تغییر افکار یا مدیریت رفتاری می‌پردازند، تمرکز اصلی خود را بر پرورش نگرشی عمیق و انسانی نسبت به تجربه‌های درونی فرد قرار می‌دهد. درمان خودشفقت‌ورزی معتقد است که بسیاری از ما به واسطه تحولات زیستی و اجتماعی، ذهن‌هایی داریم که به‌طور طبیعی مستعد فعال‌شدن نظام تهدید و خودانتقادی هستند؛ این واکنش‌های زیستی اگرچه محافظتی هستند، اما وقتی مزمن یا افراطی شوند، فرد را در چرخه‌های اجتناب، سرکوب، احساس گناه یا بی‌کفایتی نگه می‌دارند و عملاً انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را کاهش می‌دهند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۲۲). در اینجا، درمان خودشفقت‌ورزی از طریق پذیرش شفقت‌آمیز شکست‌ها، توجه به نیازهای انسانی، آشتی با نقص‌ها و محدودیت‌های طبیعی، و آموزش مراقبت و حمایت از خود حتی در زمان‌های بحران، به افراد یاد می‌دهد که به‌جای فرار از تجربه‌های ناخوشایند یا دشوار، آن‌ها را با یک نگرش پذیرنده و مهربانانه در آغوش بگیرند. این تغییر نگرش، قدرتی ایجاد می‌کند که در شرایط دشوار، به‌جای خودسرزنی و درماندگی، فرد می‌تواند با آرامش بیشتر به ارزیابی شرایط، جست‌وجوی راه‌حل، و بازگشت به رفتارهای ارزش‌محور بپردازد (گیلبرت، ۲۰۱۴). بنابراین، اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نه فقط در کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش شخصی بلکه در توانمندسازی فرد برای رویارویی خلاقانه و پویا با مشکلات زندگی به‌طور چشمگیر قابل مشاهده است؛ به عبارت دیگر، این درمان با تقویت ریشه‌های شفقت و پذیرش، انسان را برای انعطاف و رشد در بستر

اثربخشی قابل توجه درمان هیجان‌مدار در ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به ADHD، پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی، مدارس و نهادهای حمایت از خانواده این رویکرد را به عنوان بخشی از برنامه‌های آموزش والدگری و حمایت روانی-اجتماعی والدین اجرایی کنند. برگزاری کارگاه‌های گروهی منظم با تأکید بر آموزش شناسایی، پذیرش و تنظیم هیجان‌ها، می‌تواند سبب رشد مهارت‌های مقابله‌ای سالم و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شرکت‌کنندگان شود. در کنار آن، آموزش درمانگران و مشاوران خانواده برای تسلط بر تکنیک‌ها و مداخلات درمان هیجان‌مدار و فراهم آوردن فضایی جهت تبادل تجارب حرفه‌ای، به کیفیت و اثربخشی ارائه مداخلات کمک می‌کند. همچنین طراحی و عرضه بسته‌های آموزشی متنوع شامل کتابچه‌های راهنما، ویدیوهای آموزشی و اپلیکیشن‌های تعاملی در حوزه تنظیم هیجان و مهارت‌های والدگری، امکان دسترسی گروه‌های بیشتری از والدین به این خدمات را فراهم می‌سازد. توصیه می‌شود پس از برگزاری مداخلات، پیگیری‌های منظم و ارزیابی اثربخشی در فواصل مختلف زمانی انجام شود تا نقاط قوت و چالش‌های احتمالی شناسایی و مداخلات تکمیلی یا یادآور به موقع ارائه گردد. این مجموعه اقدامات در کنار هم می‌تواند به طور قابل توجهی در پیشگیری از آسیب‌های روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی مادران و خانواده‌های دارای کودک ADHD نقش آفرین باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و سوم و مشاوره نویسنده چهارم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

اما میزان درگیری عمیق هیجانی و مواجهه فعال با هیجان‌های اولیه در آن به اندازه درمان هیجان‌مدار نیست؛ درمان خودشفقت‌ورزی اغلب بیشتر تأکید را بر تغییر نگرش‌ها، حمایت از خود، و پرورش خودمهربانی قرار می‌دهد و گرچه این فرایند می‌تواند اضطراب و احساس شرم یا گناه را کاهش دهد، اما همیشه به مواجهه مستقیم و تغییر ساختار هیجانات ریشه‌ای و طرحواره‌های هیجانی ختم نمی‌شود. همین تفاوت ساختاری و اجرایی سبب می‌شود آموزش‌های درمان هیجان‌مدار آزادی عمل بیشتری به فرد برای تجربه، پذیرش و اصلاح واکنش‌های هیجانی عمیق بدهد و در نهایت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به شکل محسوسی ارتقا دهد (سیدون و همکاران، ۲۰۲۵). شواهد پژوهشی، به‌ویژه در گروه‌هایی مانند مادران کودکان مبتلا به ADHD، نشان داده است که شرکت‌کنندگان در برنامه‌های درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان خودشفقت‌ورزی نه تنها افزایش بیشتری در امتیازات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تجربه کرده‌اند، بلکه توانسته‌اند هیجان‌های دردناک، افکار منفی و رفتارهای اجتنابی را به صورت عملی و پایدار مدیریت کنند و کیفیت سازگاری روانی آن‌ها در بلندمدت بهبود یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ساختار مبتنی بر تجربه، شدت و عمق پردازش هیجانی، و رویکرد عملی-مهارتی درمان هیجان‌مدار، آن را نسبت به درمان خودشفقت‌ورزی در تقویت و تثبیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثرتر ساخته است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه نسبتاً کوچک و محدودیت در تعمیم‌پذیری یافته‌ها اشاره کرد، زیرا شرکت‌کنندگان تنها از میان مادران دارای کودکان مبتلا به ADHD انتخاب شدند و ممکن است نتایج برای سایر گروه‌های جمعیتی یا افرادی با مشکلات روان‌شناختی دیگر قابل تعمیم نباشد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرها ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی یا تمایل شرکت‌کنندگان به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی همراه باشد. نبود پیگیری بلندمدت برای سنجش پایداری نتایج و کنترل نشدن برخی عوامل مداخله‌گر (مانند حمایت اجتماعی، شرایط خانوادگی یا دریافت مداخلات دیگر) نیز می‌تواند بر اعتبار نتایج تأثیرگذار باشد. افزون بر این، وابستگی به اجرای یک نوع خاص از هر درمان و تجربه و مهارت درمانگر نیز می‌تواند بر میزان اثربخشی و تفسیر نتایج نقش داشته باشد. با توجه به

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه مادرانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

سعداللهی، علی؛ قربانی، راهب؛ بختیاری، جلال؛ سلمانی، معصومه؛ خادمی، آرمان، محمدی، نرجس و نخعی نژاد، میترا (۱۳۹۸). شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پایه اول تا سوم مدارس ابتدایی شهر سمنان. *کومش*، ۲۱ (۲ پیاپی ۷۴)، ۱۹۲-۲۹۷.
<https://com/articles/koomesh-153070>

صالحی، محمدنبی؛ حمید، نجمه؛ بشیلده، کیومرث؛ و ارشادی، نسرین. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی شهر ایلام. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۷(۵)، ۱-۱۴.
<https://civilica.com/doc/1144189>

References

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Ashfield, E., Chan, C., & Lee, D. (2021). Building 'a compassionate armour': The journey to develop strength and self-compassion in a group treatment for complex post-traumatic stress disorder. *Psychology and psychotherapy*, 94 Suppl 2, 286-303.
<https://doi.org/10.1111/papt.12275>

Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-based mental health*, 25(1), 36-44.
<https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>

Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K., & Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral*

Science, 5(2), 111-120.
<https://doi.org/10.1037/t57375-000>

Bratt, A. S., Rusner, M., & Svensson, I. (2020). An exploration of group-based compassion-focused therapy for adolescents and their parents. *Scandinavian journal of child and adolescent psychiatry and psychology*, 8, 38-47.
<https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-005>

Burke, K., & Moore, S. (2015). Development of the Parental Psychological Flexibility Questionnaire. *Child psychiatry and human development*, 46(4), 548-557.
<https://doi.org/10.1007/s10578-014-0495-x>

Byrne, G., Ghráda, Á. N., O'Mahony, T., & Brennan, E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and psychotherapy*, 94 Suppl 2, 378-407.
<https://doi.org/10.1111/papt.12282>

Cao, J., Gou, M., Han, X., Li, D., & Zhou, G. (2024). Co-parenting, parental burnout, child internalizing and externalizing problems: Moderation by parental psychological flexibility. *Journal of Child and Family Studies*, 33(8), 2614-2623.
<https://doi.org/10.1007/s10826-024-02828-9>

Cénat, J. M., Kokou-Kpolou, C. K., Blais-Rochette, C., Morse, C., Vandette, M. P., Dalexis, R. D., Darius, W. P., Noorishad, P. G., Labelle, P. R., & Kogan, C. S. (2024). Prevalence of ADHD among Black Youth Compared to White, Latino and Asian Youth: A Meta-Analysis. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 53(3), 373-388.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2051524>

Cheng, S. L., Zhang, X., Zhao, C., Li, Y., Liu, S., & Cheng, S. (2024). Worldview, psychological flexibility, and depression-anxiety-stress in Chinese youth. *Frontiers in psychology*, 15, 1447183.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1447183>

- Chong, Y. Y., Yau, P. T., Kwan, J. Y. M., & Chien, W. T. (2024). Roles of Psychological Flexibility, Parenting Competence, and Asthma Management Self-Efficacy in the Functioning Outcomes of Parents of Children with Asthma Co-Occurring with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(11), 2835-2849. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14110186>
- Cordeiro, K., Wyers, C., Oliver, M., Foroughe, M., & Muller, R. T. (2022). Caregiver maltreatment history and treatment response following an intensive Emotion Focused Family Therapy workshop. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(5), 1728-1741. <https://doi.org/10.1002/cpp.2739>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Dekkers, T. J., Popma, A., Sonuga-Barke, E. J. S., Oldenhof, H., Bexkens, A., Jansen, B. R. J., & Huizenga, H. M. (2020). Risk Taking by Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a Behavioral and Psychophysiological Investigation of Peer Influence. *Journal of abnormal child psychology*, 48(9), 1129-1141. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00666-z>
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Doshi, J. A., Hodgkins, P., Kahle, J., Sikirica, V., Cangelosi, M. J., Setyawan, J., Erder, M. H., & Neumann, P. J. (2012). Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(10), 990-1002.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.008>
- Elliott, R., Watson, J., Timulak, L., & Sharbanee, J. (2021). Research on humanistic-experiential psychotherapies: Updated review. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 421-467). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/apa.org/record/2021-81510-013>
- Foroughe, M., Browne, D. T., Thambipillai, P., Cordeiro, K., & Muller, R. T. (2023). Brief emotion-focused family therapy: A 12-month follow-up study. *Journal of marital and family therapy*, 49(2), 394-410. <https://doi.org/10.1111/jmft.12628>
- Foroughe, M., Stillar, A., Goldstein, L., Dolhanty, J., Goodcase, E. T., & Lafrance, A. (2019). Brief Emotion Focused Family Therapy: An Intervention for Parents of Children and Adolescents with Mental Health Issues. *Journal of marital and family therapy*, 45(3), 410-430. <https://doi.org/10.1111/jmft.12351>
- Garrett, C., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2025). The acceptability of compassion-focused therapy in clinical populations: a metasynthesis of the qualitative literature. *Frontiers in psychiatry*, 16, 1400962. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1400962>
- Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert P. (2020). Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 11, 586161. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Gilbert, P. (2002). Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(3), 263-94. [doi: 10.1891/jcop.16.3.263.52515](https://doi.org/10.1891/jcop.16.3.263.52515)
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International journal of cognitive*

- therapy, 3(2), 97-112.
doi: [10.1521/ijct.2010.3.2.97](https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97)
- Gilbert, P., Basran, J. K., Raven, J., Gilbert, H., Petrocchi, N., Cheli, S., Rayner, A., Hayes, A., Lucre, K., Minou, P., Giles, D., Byrne, F., Newton, E., & McEwan, K. (2022). Compassion Focused Group Therapy for People With a Diagnosis of Bipolar Affective Disorder: A Feasibility Study. *Frontiers in psychology*, 13, 841932.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.841932>
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (Eds.). (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-000>
- Greenberg, L. S., & Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. *Education, Philosophy, Psychology*. <https://doi.org/10.1037/10170-008>
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2024). Changing emotion with emotion. In A. C. Samson, D. Sander, & U. Kramer (Eds.), *Change in emotion and mental health* (pp. 325–344). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-95604-8.00012-5>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., & King, G. (2024). Acceptance and commitment therapy: what the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 78–94.
<https://doi.org/10.1111/bjcl.12040>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kittel-Schneider S. (2025). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und kardiometabolische Erkrankungen: Prävalenz, Ätiologie und Behandlung [Attention deficit/hyperactivity disorder and cardiometabolic diseases: prevalence, etiology and treatment]. *Der Nervenarzt*, 96(3), 309–317.
<https://doi.org/10.1007/s00115-025-01828-4>
- Klein, R. J., Jacobson, N. C., & Robinson, M. D. (2023). A psychological flexibility perspective on well-being: Emotional reactivity, adaptive choices, and daily experiences. *Emotion (Washington, D.C.)*, 23(4), 911–924.
<https://doi.org/10.1037/emo0001159>
- Kramer, U., Sutter, M., Rubel, J., Machinea, J. B., Woldarsky, C., Auszra, L., ... Holtforth, M. G. (2025). Effectiveness of emotion-focused therapy: Main results of a practice–research network study. *Psychotherapy Research*, 1–9.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2454455>
- li Sadolahi, A., Bakhtiyari, J., Salmani, M., Khademi, A., Mohammadi, N., & Nakhaeenezhad, M. (2019). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorders in first to third grades primary school students in Semnan, Iran. *Koomesh*, 21(2), 292–297.
<https://com/articles/koomesh-153070> [In Persian]
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and psychotherapy*, 86(4), 387–400.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x>
- Maynard, P. G., van Kessel, K., & Feather, J. S. (2023). Self-forgiveness, self-compassion and psychological health: A qualitative exploration of change during compassion focused therapy groups. *Psychology and psychotherapy*, 96(2), 265–280. <https://doi.org/10.1111/papt.12435>

- Mayor, D. N., Page, A. R., McMakin, D. Q., Murrell, A. R., Lester, E. G., Walker, H. A. (2018). The impact of acceptance and commitment therapy on positive parenting strategies among parents who have experienced relationship violence. *J Family Violence*, 269–79. 10.1007/s10896-018-9956-5.
- Miklós, M., Futó, J., Komáromy, D., & Balázs, J. (2019). Executive Function and Attention Performance in Children with ADHD: Effects of Medication and Comparison with Typically Developing Children. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3822. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203822>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168–192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Nash, P., Renelli, M., Stillar, A., Streich, B., & Lafrance, A. (2020). Long-Term Outcomes of a Brief Emotion-Focused Family Therapy Intervention for Eating Disorders Across the Lifespan: A Mixed-Methods Study. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 54(2), 130–149. Retrieved from <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/62846>
- Navab, M., Dehghani, A., & Salehi, M. (2019). Effect of compassion-focused group therapy on psychological symptoms in mothers of attention-deficit hyperactivity disorder children: A pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(2), 149-157. <https://doi.org/10.1002/capr.12212>
- Okajima, J., & Okajima, I. (2025). Psychological flexibility as a moderator of the association between premenstrual dysphoric disorder, depression, anxiety, positive parenting, and negative parenting: a cross-sectional study. *BioPsychoSocial medicine*, 19(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13030-025-00327-x>
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business": efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(3), 419–425. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.3.419>
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(3), 353–366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>
- Piscitello, J., Altszuler, A. R., Mazzant, J. R., Babinski, D. E., Gnagy, E. M., Page, T. F., Molina, B. S. G., & Pelham, W. E., Jr (2022). The Impact of ADHD on Maternal Quality of Life. *Research on child and adolescent psychopathology*, 50(10), 1275–1288. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00935-z>
- Polaczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Polaczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Popit, S., Serod, K., Locatelli, I., & Stuhc, M. (2024). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 67(1), e68. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1786>
- Salehi, H., Hosseinian, S., & Yazdi, S. M. (2022). A comparative study of the relationship between successful marriage and self-differentiation with the mediating role of emotional cognitive regulation among married men and women in the city. *The Women and Families Cultural-Educational*, 17 (59), 41-60.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26454955.1401.17.5>

9.3.4 [In Persian]

- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The lancet. Psychiatry*, 5(2), 175–186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- Seddon, J. A., Reaume, C. L., & Thomassin, K. (2025). A six-week group program of emotion focused family therapy for parents of children with mental health challenges: protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 25(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06382-y>
- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21(2), 62-73. [doi: 10.1111/cp.12126](https://doi.org/10.1111/cp.12126)
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 59(1), 84–95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Tusa, B. S., Alati, R., Ayano, G., Betts, K., Weldesenbet, A. B., & Dachew, B. (2024). The risk of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring of mothers with perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Asian journal of psychiatry*, 102, 104261. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.104261>
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 773–781. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.4.773>