

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان و توانمندی منش مادران کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی

پریسا بایزیدی*

مهناز علی اکبری دهکردی**

احمد علی پور***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان و توانمندی منش مادران کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی بود. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دارای مرحله پیگیری با گذشت ۶ هفته ای انجام شد. جامعه آماری شامل ۴۰ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی شهر بوکان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها تعداد ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تنظیم هیجان گراتز و روئمر (DERS) (۲۰۰۴) و توانمندی‌های منش سلیگمن و پترسون (VIA-IS) (۲۰۰۴) استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر دشواری تنظیم هیجان و ابعاد آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی دارد ($P < 0.05$). که درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری بر توانمندی منش و ابعاد آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی تأثیر می گذارد ($P < 0.05$). از پژوهش حاضر می توان دریافت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله ای سودمند و مؤثر برای بهبود دشواری تنظیم هیجان و تقویت توانمندی منش در مادران کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی بیش فعالی است.

واژه‌های کلیدی:

توانمندی منش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دشواری تنظیم هیجان، مادران کودکان اختلال کم توجهی بیش فعالی.

* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب، تهران، ایران.

** نویسنده مسئول: استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: aliakbaridehkordi@gmail.com

*** استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مقدمه

مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان یکی از عوامل مرتبط با تنش‌های درون خانواده بوده و می‌تواند پیامدهای نامطلوبی را بر سلامت روانی و جسمی والدین، کودکان و روابط والد-فرزند داشته باشد (الوریدو و پاولیدو، ۲۰۱۶). یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری در میان کودکان، اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی^۲ است (وانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۷).

مادران کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی، به جهت دارا بودن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند آسیب‌دیده خویش عهده‌دار شده و در نتیجه با چالش‌ها و مشکلات فراوانی نیز مواجه می‌شوند (کاپلان و مدیوکس^۴، ۲۰۰۲). در همین راستا، شواهد پژوهشی حاکی از آن است که بسیاری از مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، مشکلاتی همچون استرس، اضطراب، افسردگی، اختلال خواب، سلامت روانی مختل، کیفیت زندگی پایین و مشکلات هیجانی را تجربه می‌کنند (کمندلو، حقدادی، حقدادی، حسین‌زاده اسکویی و صمدی کاشان، ۱۳۹۹؛ به نقل از ساکت محبوب، خانزاده عباسی، استویی و منظومه، ۱۳۹۵؛ به نقل از مانی، خبیر، موسوی‌نسب و غنی‌زاده، ۲۰۲۰؛ به نقل از کریم‌زاده، خدابخشی، کولائی و حیدیری، ۲۰۲۰).

اخیراً، مطالعات متعددی، تنظیم هیجان^۵ را به‌عنوان یکی از سازه‌های مؤثر در حل مسئله، پردازش اطلاعات و نوآوری مطرح می‌سازند که از یک‌سو کارایی و سلامت عمومی افراد در موقعیت‌های تنش‌زا را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر، کاهش استرس و اضطراب را سبب می‌گردد (خدایاری‌فرد و آسایش، ۱۳۹۹؛ به نقل از فرهنگیان، میهن دوست و احمدی، ۱۳۹۹).

توانمندی منش، نوعی خودباوری است که بهبود نگرش فرد نسبت به توانمندی‌های خود و تداوم تلاش همه‌جانبه به جهت رسیدن به اهداف مطلوب را سبب می‌گردد (آمونو^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). توانمندی‌های منش در شش طبقه اصلی شامل: دانش و خرد، شجاعت، انسانیت، عدالت، میانه‌روی و تعالی دسته‌بندی می‌شوند (داسون و اوستین^۷، ۲۰۱۴).

یکی از مداخلات غیردارویی که اخیراً برای درمان اختلالات و بهبود سلامت افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ است (فتحی، شهبازی، کرایبی و ملک‌زاده، ۱۳۹۹). بر خلاف رویکردهای سنتی درمان

شناختی-رفتاری، تمرکز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تنها بر روی کاهش علائم نیست، بلکه ابزار و تجربه‌های روان‌شناختی مختلف مانند احساس‌ها، افکار، هیجانات و فعالیت‌های معنادار زندگی را مورد هدف قرار می‌دهد (هیز، لوما، بوند، مسودا و لیلیز^۹، ۲۰۰۶؛ به نقل از هیز، پستورولو و لوین^{۱۰}، ۲۰۱۲). پژوهش حاضر درصدد است تا اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش دشواری تنظیم هیجان و افزایش توانمندی منش مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی را مورد بررسی و تحلیل قرار دهد.

روش

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه و همراه با مرحله پیگیری با گذشت ۶ هفته‌ای استفاده شد. جامعه آماری شامل ۴۰ نفر از مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی شهرستان بوکان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که از میان آن‌ها ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌گیری در این پژوهش، از نوع نمونه‌گیری در دسترس هدفمند بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل، داشتن رضایت کامل برای شرکت در پژوهش، تحصیلات حداقل دیپلم به‌منظور داشتن تسلط و توانایی درک سؤالات پرسشنامه‌ها، عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی دیگر، عدم ابتلا به اختلالات جسمی و روانی بود. همچنین، عدم حضور بیش از ۱ نوبت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و عدم تمایل برای ادامه حضور در جلسات نیز به‌عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار سنجش

۱. پرسشنامه توانمندی‌های منش^{۱۱} (VIA-IS): پرسشنامه ۲۴ سؤالی و بر اساس طیف لیکرت و برای سنجش توانمندی‌های منش استفاده شد و شامل ۶ مؤلفه‌ی دانش و خرد، شجاعت، انسانیت، عدالت، میانه‌روی و تعالی است. سؤالی‌های دانش و خرد (۱ الی ۵)، سؤالی‌های شجاعت (۶ الی ۹)، سؤالی‌های انسانیت (۱۰ الی ۱۲)، سؤالی‌های عدالت (۱۳ الی ۱۵)، سؤالی‌های میانه‌روی (۱۶ الی ۱۹) و سؤالی‌های تعالی (۲۰ الی ۲۴) است. شیوه نمره‌گذاری به صورت «کاملاً شبیه من» (نمره ۵) تا «کاملاً برعکس من»

7. Dawson & Austin
8. Acceptance and Commitment-based Therapy
9. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
10. Pistorello & Levin
11. Valuse In Action Inventory of Strengths

1. Alevriadou & Pavlidou
2. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
3. Wang
4. Kaplan & Maddux
5. Emotion Regulation
6. Amonoo

هفته‌ای برای نمره کل ۰/۸۸ و برای نمره زیرمقیاس‌ها ۰/۵۷ در سطح $P < ۰/۰۱$ مناسب گزارش شد (کرمانی مامزندی و طالع‌پسند، ۱۳۹۷)، ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی و با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ، ضرایب اعتبار برای هر یک از عامل‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در به‌کارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و عدم شفافیت هیجانی را به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۶۶، ۰/۷۳، و ۰/۶۳ برآورد کردند.

بسته درمان پذیرش و تعهد

در این پژوهش روش مداخله بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ستورسahl، ویلسون، ۱۹۹۹)، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته‌ی پایانی، هر هفته ۲ جلسه برگزار شد. لازم به ذکر است که به دلیل شیوع بیماری کرونا و شرایط شرکت‌کنندگان، بسته درمانی به صورت خلاصه و جلسات به صورت ادغام شده برگزار شد، ولی در در محتوای اصلی بسته درمانی هیچ نوع تغییری اعمال نگردید.

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۱۹۹۹)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه درمانی، استفاده از استعاره دو کوه، آموزش تمرین توجه آگاهی
دوم	درماندگی خلاق، درک این نکته که کنترل، مسأله است نه راه‌حل به کمک استعاره طناب‌کشی با غول، جایگزینی تمایل به جای کنترل، ارتقاء تمرین توجه آگاهی
سوم	معرفی اهمیت ارزش‌ها و چگونگی تمایز آن‌ها از اهداف به کمک استعاره قطب‌نما و سفر، انجام تمرین توجه آگاهی
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد به کمک استعاره‌های سنگ قبر، ادامه تمرین توجه آگاهی
پنجم	توضیح مفاهیم هم‌جوشی و گسلش به کمک استعاره دست‌ها مانند افکار، انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره شیر
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر به کمک استعاره‌ی صفحه شطرنج
هفتم	تأکید بر زمان حال بودن به کمک تمرین توجه آگاهی
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها به کمک استعاره اتوبوس و جمع‌بندی

۲۴ نفر که کم‌ترین نمرات را در پرسشنامه‌ها کسب نموده بودند، با توجه به معیارهای ورود به پژوهش به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس، افراد انتخاب‌شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) گمارده شدند. پس از اجرای مرحله پیش‌آزمون، جلسات روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اعضای گروه آزمایش برگزار گردید. در مدت برگزاری جلسات، اعضای گروه گواه هیچ نوع آموزش و درمانی را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات پس‌آزمون‌های مربوط به متغیرهای پژوهش بر روی شرکت‌کنندگان اجرا و با گذشت مدت ۶ هفته از مرحله پس‌آزمون، مرحله پیگیری نیز اجرا شد.

(نمره ۱) است. بازه نمرات ۲۴ تا ۱۲۰ است. نمره برش ۷۲ است. میزان روایی این پرسشنامه در پژوهش شاهنگیان، خسروی و خدابخش (۱۳۹۳) با روش تحلیل عاملی تأییدی ۰/۷۸ و میزان پایایی آن با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ می‌باشد.

۲. مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۱ (DERS): مقیاس تنظیم هیجان یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که توسط گراتز و روئمر^۲ (۲۰۰۴) طراحی شده است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است و زیرمقیاس‌های آن عبارت‌اند از: عدم پذیرش هیجان‌ها، ناتوانی در به‌کارگیری رفتارهای معطوف به هدف، مشکل کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجان، نبود شفافیت هیجانی. این پژوهشگران پرسشنامه مذکور را در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس اجرا و ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه را ۰/۹۳ و در همه زیرمقیاس‌ها با ضریب آلفای بزرگتر از ۰/۸ و دارای ثبات درونی خوبی گزارش نمودند. پایایی آزمون- بازآزمون آن نیز در یک دوره زمانی ۴ تا ۸

روش اجرای پژوهش

بعد از اخذ مجوز از دانشگاه به اداره بهزیستی و سپس به مدرسه ویژه کودکان با مشکلات رفتاری شهرستان بوکان مراجعه گردید و بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان آن مراکز، لیستی از مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مراجعه‌کننده تهیه شد. سپس، بعد از تماس با مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، اهداف پژوهش برای آن‌ها تشریح و پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای تنظیم هیجان و توانمندی منش بر روی آن دسته از مادرانی که تمایل خود را برای شرکت در پژوهش ابراز کردند، اجرا و از میان آن‌ها،

3. Strosahl & Wilson

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale
2. Gratz & Roemer

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت اولیا و کودکان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود و نیز به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست.

یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۲۴ نفر بودند که بیشتر آنها در رده سنی ۳۱ تا ۳۵ سال کمترین آنها در رده سنی ۲۵ تا ۳۰ سال قرار داشتند. همچنین، از میان شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۶ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۶ نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم و ۱۲ نفر دارای تحصیلات در سطح کارشناسی بودند. در بخش توصیفی، نتایج نشان داد که میانگین نمرات مربوط به متغیر دشواری تنظیم هیجان و ابعاد آن در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، کاهش محسوسی داشته است. همچنین، یافته‌های توصیفی حاکی از آن بود که میانگین نمرات مربوط به متغیر توانمندی منش و ابعاد آن در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است.

در بخش تحلیل استنباطی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی اثر عمل آزمایشی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش‌فرض‌های این آزمون نیز با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، لوین، M باکس و کرویت ماچلی مورد بررسی واقع شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که مقادیر شاخص آماری در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نیست و توزیع متغیرهای وابسته نرمال می‌باشد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که مقادیر شاخص آماری در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نیست و فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. مقادیر مربوط به شاخص M باکس در تمامی متغیرها در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نمی‌باشد و بر این اساس می‌تواند گفت که ماتریس کوواریانس دو گروه آزمایش و گواه در متغیر وابسته همگن است. در نهایت، نتایج به‌دست‌آمده برای متغیر دشواری تنظیم هیجان و ابعاد آن در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نبود و بر این اساس می‌توان همگنی واریانس بین گروه در بازه زمانی را مورد تأیید قرار داد.

فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دشواری تنظیم هیجان مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مؤثر است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای دشواری تنظیم هیجان و ابعاد آن

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا
دشواری تنظیم هیجان	درون گروهی	۲۳۱۲/۶۹۴	۲	۱۱۵۶/۸۴۷	۵۹/۸۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	زمان*گروه	۳۳۶۹/۵۲۸	۲	۱۶۸۴/۷۶۴	۸۷/۲۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	بین گروهی	۵۱۱۷/۳۴۷	۱	۵۱۱۷/۳۴۷	۱۶/۶۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	درون گروهی	۶۹/۰۸۳	۲	۳۴/۵۴۲	۱۰/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	زمان*گروه	۱۰۲/۸۶۱	۲	۵۱/۴۳۱	۱۶/۳۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	بین گروهی	۱۰۷/۵۵۶	۱	۱۰۷/۵۵۶	۵/۰۵۸	۰/۰۳	۰/۱۹
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	درون گروهی	۴۸/۳۶۱	۲	۲۴/۱۸۱	۹/۴۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	زمان*گروه	۵۸/۸۶۱	۲	۲۹/۴۳۱	۱۱/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	بین گروهی	۸۲/۳۴۷	۱	۸۲/۳۴۷	۴/۶۸۶	۰/۰۴	۰/۱۸
دشواری در کنترل تکانه	درون گروهی	۵۷/۵۲۸	۲	۲۸/۷۶۴	۱۳/۴۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	زمان*گروه	۸۲/۰۲۸	۲	۴۱/۰۱۴	۱۹/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	بین گروهی	۱۱۷/۵۵۶	۱	۱۱۷/۵۵۶	۵/۰۷۵	۰/۰۳	۰/۱۹
ضعف راهکارهای تنظیم هیجانی	درون گروهی	۱۲۸/۷۷۸	۲	۶۴/۳۸۹	۱۴/۰۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	زمان*گروه	۱۱۱/۰۰۰	۲	۵۵/۵۰۰	۱۲/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	بین گروهی	۱۷۱/۱۲۵	۱	۱۷۱/۱۲۵	۵/۰۳۶	۰/۰۳	۰/۱۹
فقدان آگاهی هیجانی	درون گروهی	۳۳/۶۹۴	۲	۱۶/۸۴۷	۵/۴۹۳	۰/۰۱	۰/۲۰
	زمان*گروه	۱۵۴/۶۹۴	۲	۷۷/۳۴۷	۲۵/۲۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	بین گروهی	۲۲۷/۵۵۶	۱	۲۲۷/۵۵۶	۴/۷۹۱	۰/۰۴	۰/۱۸
فقدان شفافیت هیجانی	درون گروهی	۷۶/۱۹۴	۲	۳۸/۰۹۷	۱۷/۵۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	زمان*گروه	۷۷/۰۸۳	۲	۳۸/۵۴۲	۱۷/۷۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	بین گروهی	۱۷۱/۱۲۵	۱	۱۷۱/۱۲۵	۸/۶۹۷	۰/۰۰۷	۰/۲۸

نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P \leq 0.05$)؛ اما تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری ملاحظه نشد.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش توانمندی منش مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مؤثر است.

نتایج جدول ۲، نشانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر دشواری تنظیم هیجان و ابعاد آن با توجه به مقادیر F حاصل شده تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.05$). همچنین، بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری ملاحظه شد ($P \leq 0.05$). مقایسه دوجه دو در خصوص تفاوت‌های درون‌گروهی با استفاده از آزمون تعقیبی LSD صورت گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای توانمندی منش و ابعاد آن

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا
توانمندی منش	درون‌گروهی	۱۷۹۶/۷۷۸	۲	۸۹۸/۳۸۹	۶۸/۴۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	زمان * گروه	۱۹۷۰/۷۷۸	۲	۹۸۵/۳۸۹	۷۵/۰۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	بین‌گروهی	۴۳۴۰/۰۱۴	۱	۴۳۴۰/۰۱۴	۸۳/۹۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹
خرد و دانش	درون‌گروهی	۳۶/۳۳۳	۲	۱۸/۱۶۷	۱۱/۳۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	زمان * گروه	۲۶/۷۷۸	۲	۱۳/۳۸۹	۸/۳۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	بین‌گروهی	۱۲۵/۳۴۷	۱	۱۲۵/۳۴۷	۷/۵۳۱	۰/۰۱۲	۰/۲۵
شجاعت	درون‌گروهی	۴۱/۱۹۴	۲	۲۰/۵۹۷	۱۶/۸۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	زمان * گروه	۲۹/۵۲۸	۲	۱۴/۷۶۴	۱۲/۰۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	بین‌گروهی	۱۰۲/۷۲۲	۱	۱۰۲/۷۲۲	۶/۴۳۷	۰/۰۱۹	۰/۲۳
انسانیت	درون‌گروهی	۵۲/۵۸۳	۲	۲۶/۲۹۲	۹/۳۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	زمان * گروه	۷۳/۶۹۴	۲	۳۶/۸۴۷	۱۳/۰۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	بین‌گروهی	۷۴/۰۱۴	۱	۷۴/۰۱۴	۶/۴۰۶	۰/۰۱۹	۰/۲۳
عدالت	درون‌گروهی	۵۴/۱۱۱	۲	۲۷/۰۵۶	۱۵/۶۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	زمان * گروه	۸۴/۰۰۰	۲	۴۲/۰۰۰	۲۴/۳۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	بین‌گروهی	۲۳۱/۱۲۵	۱	۲۳۱/۱۲۵	۲۱/۸۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
میانه روی	درون‌گروهی	۵۰/۰۲۸	۲	۲۵/۰۱۴	۱۳/۹۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	زمان * گروه	۸۴/۱۹۴	۲	۴۲/۰۹۷	۲۳/۴۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	بین‌گروهی	۱۳۰/۶۸۱	۱	۱۳۰/۶۸۱	۶/۴۴۷	۰/۰۱۹	۰/۲۳
تعالی	درون‌گروهی	۸۳/۵۲۸	۲	۴۱/۷۶۴	۲۳/۸۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	زمان * گروه	۵۰/۶۹۴	۲	۲۵/۳۴۷	۱۴/۴۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	بین‌گروهی	۸۶/۶۸۱	۱	۸۶/۶۸۱	۹/۷۱۴	۰/۰۰۵	۰/۳۰

به کاهش دشواری تنظیم هیجان مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شده و همچنین، اثر آن تا مرحله پیگیری نیز باقی مانده است. این یافته به دست‌آمده از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات جلوداری، سودگرا و بهرامی هیدجی (۱۳۹۸) مبنی بر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیرش شناختی و تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به سرطان؛ زایری اصفهانی و رحیمی (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر بر کاهش دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به ام‌اس؛ ترخان (۱۳۹۶) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر بر بهبود توانایی تنظیم هیجان در زنان

نتایج جدول ۳، نشانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر توانمندی منش و ابعاد آن با توجه به مقادیر F حاصل شده تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.05$). همچنین، بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری ملاحظه شد ($P \leq 0.05$). مقایسه دوجه دو در خصوص تفاوت‌های درون‌گروهی با استفاده از آزمون تعقیبی LSD صورت گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P \leq 0.05$). اما تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری ملاحظه نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر معناداری داشته و منجر

افسرده؛ برنال-مانریکیو، گارسیا-مارتین و رویز^۱ (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از شیوه‌های مؤثر برای بهبود مشکلات هیجانی و افزایش قابلیت‌های مدیریت هیجانات؛ اسپیدال، لکومته، کیلی و دیاگنیولت^۲ (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر بر بهبود توانایی‌های تنظیم هیجان؛ داویز، نیلز، پیتینگ، آرچ و کراسک^۳ (۲۰۱۵) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های فیزیولوژیکی و رفتاری تنظیم هیجان همسو است.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر توانمندی منش تأثیر معناداری داشته و منجر به بهبود توانمندی منش مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شده و همچنین، اثر آن تا مرحله پیگیری نیز باقی مانده است. این یافته از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات انجام‌شده توسط مرادی و صادقی (۱۳۹۹) مبنی بر تعیین و مقایسه اثربخشی دو روش روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی؛ رضوی، ابوالقاسمی، نادری و اکبری نبی (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ارتقای احساس امیدواری در زنان مبتلا به درد مزمن؛ فاضلی کبریا و حسن‌زاده، میرزاییان و خواجوندخوشلی (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی همچون تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و امیدواری؛ رویز (۲۰۱۰) مبنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان روشی مؤثر و سودمند برای ارتقای توانمندی‌های شخصی و هیزی، پیستورلو و لوین (۲۰۱۲) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود و رشد مؤلفه‌های مثبت شخصی همخوانی دارد.

در مجموع، این پژوهش با اتخاذ رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان و توانمندی منش مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، یافته‌های امیدوارکننده‌ای برای بهبود مهارت‌های مربوط به تنظیم هیجان و ارتقای فضایل منش این دسته از مادران ارائه می‌دهد و در کل از نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای سودمند و مؤثر برای کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان و بهبود توانمندی‌های منش مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به جامعه آماری و روش نمونه‌گیری اشاره نمود که شامل مادران

کودکان مبتلا به کم‌توجهی بیش‌فعالی شهرستان بوکان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و کوچک بودن جامعه آماری و همچنین، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی می‌تواند تعمیم نتایج را با محدودیت‌های همراه سازد؛ بر این اساس پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آتی در جوامع آماری بزرگ‌تر و با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. به دلیل کمبود وقت، مرحله پیگیری پژوهش ۶ هفته بعد از مرحله پس‌آزمون اجرا شد که فاصله زمانی آن با مرحله پس‌آزمون نسبتاً کم بوده و می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی برای رسیدن به نتایج دقیق‌تر از لحاظ ثبات زمانی، مرحله پیگیری با فاصله زمانی ۳ الی ۶ ماهه اجرا گردد.

قدردانی و تشکر

بدین وسیله از تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی حاضر در پژوهش، مسئولان بهزیستی و مدیر مدرسه ویژه کودکان با مشکلات رفتاری شهرستان بوکان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- ترخان، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده. *مجله مطالعات روان‌شناختی*. ۱۱۳(۳)، ۱۴۷-۱۶۵.
- جلوداری، س.، سوداگر، ش.، و بهرامی هیدجی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*. ۴(۱۳)، ۵۴۸-۵۲۷.
- خدایاری‌فرد، م.، و آسایش، م. ح. (۱۳۹۹). راهبردهای روان‌شناختی و فنون مقابله با استرس و اضطراب در مواجهه با کروناویروس (کووید-۱۹). *مجله رویش روان‌شناسی*. ۹(۱)، ۱۸-۱.
- رضوی، س. ب.، ابوالقاسمی، ش.، اکبری، ب.، و نادری‌نبی، ب. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری و مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه علمی - پژوهشی بیهوشی و درد*. ۱۰(۱)، ۴۶-۳۶.
- زایری اصفهانی، ا.، و رحیمی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به ام اس شهر اصفهان، *دومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی، تهران، ایران*.
- ساکت محبوب، م.، خانزاده عباسعلی، ح.، استوی، ا.، و منظومه، ش. (۱۳۹۵). مقایسه انسجام خانواده، استرس ادراک‌شده و

3. Davies, Niles, Pittig, Arch & Crask

1. Bernal-Manrique, Garcia-Martin & Ruiz
2. Spidel, Lecomte, Kealy & Daigneault

Davies, C.D., Niles, A.N., Pittig, A., Arch, J.J., & Craskc, M.G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 46, 35-43.

Dawson, R., & Austin, N. (2014). Th consolation of character strength in ignatian spirituality and positive psychology. *Journal of the Way*. 53(3),7-21.

Hayes, S.C., Pistorello, J., & Levin, M.E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*. 40(7), 976-1002.

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.

Hayes, S.C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. 1st Edition, New York: Guilford Press.

Kaplan, M., & Maddux, J.E. (2002). Goals and marital satisfaction: Perceived support for personal goals and collective efficacy for collective goals. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 21(2),157-164.

Karimzadeh, M., Khodabakhshi-koolae, A., Davoodi, H., & Heidari, H. (2020). Experiences and worries in mothers with children suffering from ADHD: A Grounded Theory Study. *Caspian Journal Pediatrics*. 6(1), 390-398.

Mani, A., Khabir, L., Mousavinasab, S., & Ghanizadeh, A. (2020). Effectiveness of Group Stress Reduction on Mental Health, Mothers' Quality of Life, and Behavioral Problems in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal of School Health (IJSH)*. 7(3), 6-14.

Peterson C, & Seligman MEP. (2004). *Character strengths and virtues: A Handbook and Classification*. Washington: American Psychological Association.

Ruiz, F.J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10(1), 125-162.

Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, A. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 91(2), 248-261.

خودپنداشت در مادران کودکان با نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مادران عادی. *مجله مطالعات ناتوانی*. عم. ۳۳۰-۳۲۵.

شاهنگیان، س.ش، خسروی، ز، و خدابخش، ر. (۱۳۹۴). تأثیر روان درمانی مثبت نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منش در بیماران مبتلا به سرطان. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*. ۱(۱)، ۳۵-۴۹.

کرمانی مامامزندی، ز. و طالع‌پسند، س. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه سمنان. *نشریه آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)*. ۱۱(۴۲)، ۱۴۲-۱۱۷.

فتحی، ک، شهبازی، م، کرای، ا، و ملک‌زاده، م. (۱۳۹۹). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد و کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی - پژوهشی بیهوشی و درد*. ۱۱(۲)، ۶۷-۵۳.

فرهنگیان، س، میهن‌دوست، ز، و احمدی، و. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. ۹(۴)، ۵۳-۶۷.

فاضلی کبریا، م، حسن‌زاده، ر، میرزاییان، ب، و خواجه‌خوشلی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی در بیماران قلبی و عروقی شهرستان بابل. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*. ۲۰(۴)، ۷۳-۶۸.

کمندلو، ز، حقدادی، ه، حقدادی، ه، حسین‌زاده اسکوئی، ع، و صمدی کاشان، س. (۱۳۹۹). مقایسه استرس، اضطراب، افسردگی و کیفیت خواب مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم، کم‌توجهی-بیش‌فعالی و آهسته‌گام. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۱(۲)، ۲۲-۱۳.

مرادی، ز، و صادقی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر توانمندی‌های منش زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی. *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*. ۱۷(۳)، ۴۹-۳۲.

Alevriadou, A., & Pavlidou, K. (2016). Teachers inter. Rsonal style and its relationship to emotions, causal attributions, and type of challenging behaviors displayed by students with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*. 20(3), 213- 227.

Amonoo, H.L., Barclay, M.E., ElJawahri, A., Traeger, L.N., Lee, S.J., & Huffman, J.C. (2019). Positive Psychological Constructs and Health Outcomes in Hematopoietic Stem Cell Transplantation Patients: A Systematic Review. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 25(1), 5-16.

Bernal-Manrique, K.N., García-Martín, M.B., & Ruiz, F.J. (2020). Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 17, 86-94.

and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 17(32), 154-161.

Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Liu, Y., Shi, W., & Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children

Effectiveness of acceptance and commitment -based therapy on the difficulty of emotion regulating and character strengths of mothers of children with ADHD

Parisa Bayazidi *

Mahnaz Aliakbari Dehkordi **

Ahmad Alipur ***

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the difficulty of emotion regulation and character ability of mothers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The method of the present study was quasi-experimental with pre-test-post-test design with a control group and 6-week follow-up. The statistical population included 40 mothers with children with ADHD in the city of Bukan in 1399-1400. From among them 24 people (12 people in the experimental group and 12 people in the control group) were selected as the research sample using purposive sampling method. emotion regulation questionnaires Gratz and Roemer (DERS) (2004) and Character Strengths Questionnaires (VIA-IS) (2004) were used to collect data. The collected data were analyzed using repeated measures analysis of variance test in SPSS-26 software. Findings showed that acceptance and commitment therapy has a significant effect on the difficulty of emotion regulation and its dimensions in mothers of children with ADHD ($p \leq 0.05$). Also, the findings of the study showed that the treatment of acceptance and commitment significantly affects the ability of the character and its dimensions in mothers of children with ADHD ($p \leq 0.05$). Based on the results of the present study, it can be seen that treatment based on acceptance and commitment is a useful and effective intervention to improve the difficulty of emotion regulation and strengthen the ability of character in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: *Emotion Difficulty, Character Ability, Acceptance and Commitment Therapy, Mothers of ADHD Children.*

* MSc, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.

** **Corresponding Author:** Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: aliakbaridehkordi@gmail.com

*** Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran.