

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه

۱. پیام ورعی

دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی دانشگاه تبریز

۲. حسین قاسمیان رضا محله

کارشناس ارشد روان شناسی عمومی روان شناسی واحد شاهرود دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود

۳. نرجس طبخ زاده (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

۴. ثریا دمیرچی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on self-efficacy and positive and negative emotions of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder

Payam Varaee

PhD Student of Clinical Psychology, Tabriz University

Hossein Ghasemian Reza Mahalleh

Master of general Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch

Narjes Tabakhzadeh

Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr Branch

Soraya Demirchi

Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr Branch

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-efficacy and positive and negative emotions of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population was all mothers with children suffering from attention deficit/hyperactivity disorder in Qom city in 2024, and 30 of them were selected as a sample using the available method. The subjects completed the questionnaire of general self-efficacy and positive and negative emotions, and the experimental group received treatment based on acceptance and commitment in 8 sessions of 90 minutes. The obtained information was analyzed by multivariate covariance analysis and spss software. The findings showed that treatment based on acceptance and commitment led to an increase in the scores of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder in the dimensions of self-efficacy and the components of general self-efficacy, social self-efficacy and overall self-efficacy and an increase in their scores in positive affect and a decrease in scores. Affection has become negative. Therefore, counselors and therapists of clinical centers can benefit from psychological interventions such as therapy based on acceptance and commitment in increasing self-efficacy and positive emotion and reducing negative emotion.

Keywords: *treatment based on acceptance and commitment, self-efficacy, positive and negative affect, anxiety disorder*

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شهر قم در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنها ۳۰ نفر با شیوه در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنی ها پرسشنامه خودکارآمدی عمومی و عاطفه مثبت و منفی را تکمیل نمودند و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند. اطلاعات بدست آمده با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم افزار spss تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به افزایش نمرات مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه درابعاد خودکارآمدی و مولفه های خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کلی و افزایش نمرات آنها در عاطفه مثبت و کاهش نمره عاطفه منفی شده است. بنابراین، مشاوران و درمانگران مراکز بالینی می توانند از مداخلات روانشناختی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی بهره مند شوند. **واژه های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی، عاطفه مثبت و منفی، اختلال بیش فعالی/نقص توجه.

مقدمه

وجود یک جامعه برخوردار از سلامت بهداشت روان، به سلامت بخش های دیگر از جمله خانواده وابسته است. ساختار خانواده نخستین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می کنند، یاد می گیرند و رشد می نمایند. از اینرو نیازهای خانواده با وضعیت کودکی که تحت حمایت و آموزش آن قرار دارد، هماهنگ می شود. از منظر دیدگاه سیستمی، عملکرد هر فرد در درون سیستم خانواده بر ادامه بقا و تغییر رفتارهای دیگر اعضا تأثیر گذار است، بنابراین اختلال یکی از اعضای خانواده می تواند بر کارکرد سایر اعضا و در نهایت بر خانواده تأثیر بگذارد (احمدی و رئیسی، ۱۳۹۸).

و ممکن است با تولد کودکی در بیماری و یا اختلالی خاص، روند زندگی عادی والدین مختل شود. در این رابطه، یکی از اختلالاتی که کودک با آن متولد می شود و در پژوهش حاضر مورد توجه واقع شده، اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی^{۱۳۰} (ADHD) است. اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی یکی از رایج ترین اختلالات دوران کودکی است که توجه متخصصین را به خود جلب نموده است (کوندو، چان و کوفلر^{۱۳۱}، ۲۰۲۲). اصطلاح بیش فعالی برای اغلب مردم، بویژه والدین و معلمان، آشناست. کودکی که پیوسته در حال حرکت است، با انگشتان ضربه می زند، پاهایش را تکان تکان می دهد، بی هیچ دلیل آشکاری با آرنج به دیگران می زند، و ورجه ورجه می کند، معمولاً بیش فعال نامیده می شود. این کودکان اغلب در متمرکز کردن فکر خود روی تکلیف در دست انجام برای مدتی مناسب مشکل دارند. وقتی که این مشکلات به اندازه کافی شدید و پایدار باشد، این کودکان ممکن است واجد ملاک های تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی باشند (کرینگ، دیویسون، نیل و جانسون^{۱۳۲}، ۲۰۱۴). اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD) به عنوان یک وضعیت تشخیصی بسیار شایع در حوزه اختلالات عصبی-رشدی شناخته شده است. این اختلال با بی توجهی، بیش فعالی، تکانشگری و برخی نقص های شناختی مشخص می شود (مگنوس، نذیر، آنیلکومارو شهان^{۱۳۳}، ۲۰۲۳). این علائم می تواند تأثیر قابل توجهی بر جنبه های مختلف زندگی فرد از جمله عملکرد، احساسات و توانایی های شناختی داشته باشد (ملازمانی، باوی، جاپروند،^{۱۳۴} ۲۰۲۳). اختلال نقص توجه/بیش فعالی وضعیتی است که معمولاً از دوران کودکی شروع می شود و بر رشد و عملکرد مغز تأثیر می گذارد (انتشال و بارکلی^{۱۳۵} ۲۰۲۰). این بیماری حدود ۴ تا ۱۲ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می دهد و پسران سه برابر بیشتر از دختران به آن مبتلا می شوند (ویلنز، اسپنسر^{۱۳۶} ۲۰۱۰). تحقیقات جدید نشان می دهد که علائم ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد یا بعداً در زندگی ظاهر شوند (سیبلی، سوانسون، آرنولد و همکاران^{۱۳۷} ۲۰۱۷) وجود چنین کودکی در خانواده نیز برای مراقبان اصلی آنها، مشکلات مختلفی را به ایجاد می کند از اینرو مشکلات این کودکان متوجه مادر آنها نیز می شود (ماتئوسی، اسکالون، توماستو، کاورینی و سلری^{۱۳۸}، ۲۰۱۹).

- ۱۳۰ Attention Defect/ Hyperactivity Disorder (ADHD)
 ۱۳۱ Condo, Chan & Koffler
 ۱۳۲ Kring, Davison, Neale, Johnson
 ۱۳۳ Magnus, W., Nazir, S., Anilkumar, A. C., & Shaban,
 ۱۳۴ Molazamani F, Bavi S, Jayervand H
 ۱۳۵ Antshel KM, Barkley R.
 ۱۳۶ Wilens TE, Spencer TJ.
 ۱۳۷ Sibley MH, Swanson JM, Arnold LE,
 ۱۳۸ Matteucci, Scalone, Tomasetto, Cavrini, Selleri

مشکلات رفتاری از جمله مسائلی است که ممکن است در کودکان مبتلا به ADHD نیز وجود داشته باشد (لدر، موری، چن و همکاران، ۲۰۲۲^{۱۳۹}). به گفته کیوومبی و همکاران، علائم اختلال ADHD نیز در کودکان خاصی با مشکلات رفتاری مخرب گزارش شده است. (کیوومبی، بیانسی، دامولیرا، ناماتوو و ۲۰۱۹^{۱۴۰}). کودکان مبتلا به ADHD اغلب رفتارهای چالش برانگیزی از خود نشان می دهند، مانند مسائل رفتاری (کابرال، لیو، سوارز ۲۰۲۰^{۱۴۱}). این مشکلات رفتاری می تواند به ویژه برای خانواده هایی با سطوح پایین تاب آوری چالش برانگیز باشد ویلنز و ۲۰۱۰ اسپنسر. ۴^{۱۴۲}). این کودکان ممکن است با مشکلات عاطفی-رفتاری مانند اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس پایین، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی دست و پنجه نرم کنند (یو، هان، کیم، سونگ، یی ۲۰۲۱^{۱۴۳}). آنها همچنین ممکن است در درک و پاسخگویی به احساسات، رفتارها و نیت دیگران مشکل داشته باشند که می تواند بر تعاملات اجتماعی و ارتباط آنها با همسالان تأثیر بگذارد (ریزرتی سچوخ آگوستی ۲۰۱۵^{۱۴۴}).

بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال نارسایمی توجه / بیش فعالی در سازگاری با همسالان و برقراری روابط دوستانه مشکل بیش از حد دارند. شاید به این دلیل که رفتارشان معمولاً پرخاشگرانه و در کل آزارنده و زننده است. هر چند این کودکان معمولاً مهربان و پرحرف هستند، اغلب متوجه نشانه های ظریف اجتماعی نمی شوند، مثلاً وقتی که هم بازی ها از جنب و جوش مداوم شان خسته می شوند، آنها این موضوع را نمی فهمند. آنها به طور مکرر خواسته ها و مقاصد همسالان شان را اشتباه تعبیر می کنند و مرتکب اشتباهات اجتماعی ناخواسته می شوند، مثلاً نشان دادن واکنش پرخاشگرانه به دلیل آنکه فرض می کنند رفتار عادی یک هم سال به قصد پرخاشگری بود این گونه تعبیرهای نادرست شناختی در میان برخی از کودکان دچار اختلال سلوک نیز دیده می شود (کوندو^{۱۴۵} و همکاران، ۲۰۲۲). لذا مادران آنها مشکلات مختلفی را در این خصوص تجربه می کنند که در پژوهش حاضر عاطفه مثبت و منفی^{۱۴۶} و همچنین خودکارآمدی آنان مورد توجه واقع شده است. عاطفه عبارت است از حالت هیجانی شخص که اندیشه او را همراهی می کند. عاطفه و هیجان اغلب به طور متداخل به کار می روند. اما خلق حالتی نافذتر و پایدارتر از دو حالت قبلی است. بدین معنی که ممکن است خلق کسی در یک روز بخصوص بالا باشد، ولی حالاتی از افسوس، غم، خشم یا نگرانی را بطور گذرا در زمینه این خلق بالا مشاهده کند (بنکه، باچوالد، بیکوسکی، کوپینسکی و کازمارک^{۱۴۷}، ۲۰۲۲). در اهمیت عواطف، یوگین بلولر بیش از پنجاه سال قبل عنوان کرده است «همانظوری که همه انواع اختلالاتی که ما سایکوپاتی می نامیم در واقع چیزی جز اختلالات خلقی نیستند، عوامل عاطفی نیز چنان نقش مهمی در سایکوپاتولوژی دارند که می توان گفت هر عامل دیگر در واقع جنبه اتفاقی دارد. فقط عقب ماندگی و حالات دلیریومی بطور عمده اختلال شعوری شمرده می شوند. لذا، حتی این اختلالات نیز رنگی از مکانیسم های عاطفی دارند و اغلب اهمیت عملی و نظری آنها به وسیله عوامل عاطفی تعیین می گردد» (گان و فو^{۱۴۸}، ۲۰۲۲). عاطفه را می توان پاسخ دهی هیجانی فعلی فرد تعریف کرد که از روی حالت چهره بیمار و از جمله میزان و حدود رفتار بیانی او استنباط می شود. عاطفه ممکن است با خلق هماهنگ باشد یا نباشد. عاطفه را می توان در حد طبیعی، محدود، کند (کم روح) یا سطحی (بی روح) توصیف نمود. در محدوده بهنجار عاطفه دامنه متنوعی از حالت چهره، لحن صدا، استفاده از دستها و حرکات بدنی مشاهده می شود. وقتی عاطفه محدود است حدود و شدت ابراز هیجان کاهش می یابد. به همین ترتیب در عاطفه کند ابراز هیجان بیشتر کاهش می یابد. برای تشخیص عاطفه سطحی باید هیچ نشانی از بیان عاطفی وجود نداشته باشد، یعنی صدای فرد یکنواخت و چهره او بی حرکت باشد (اولسن، پاول، آنیس، والرند و تامپسون^{۱۴۹}، ۲۰۲۲). عاطفه به صورت واکنش های در حال نوسانی که به طور مداوم تحت تأثیر طرز تفکر و شناخت فرد قرار دارد تعریف می شود. عاطفه بخش مهمی از فرایند تعامل موجود زنده با محرک را تشکیل می دهد. از حالات صورت، صدا و حرکات بدن برای نشان دادن حالات عاطفی و همچنین سنجش آنها استفاده می شود در واقع عاطفه را می توان بیان یا پاسخ هیجانی قابل مشاهده به موقعیت های مختلف دانست، عاطفه به همراه شناخت و انگیزه سه بخش جدید روانشناسی مدرن را تشکیل می دهد. همچنین ممکن است انگیزه به عنوان بخشی از عاطفه و یا عاطفه

- ۱۳۹ Leader G, Moore R, Chen JL
 ۱۴۰ Kivumbi A, Byansi W, Damulira C, Namatovu P
 ۱۴۱ Cabral MDI, Liu S, Soares N
 ۱۴۲ Wilens TE, Spencer TJ
 ۱۴۳ Yoo HJ, Han JM, Kim K, Song G, Yee J
 ۱۴۴ Rizzutti S, Schuch V, Augusto BM
 ۱۴۵ Condo
 ۱۴۶ positive emotions, negative emotions
 ۱۴۷ Behnke, Buchwald, Bykowski, Kupiński, & Kaczmarek
 ۱۴۸ Gan & Fu
 ۱۴۹ Olsen, Powell, Anic, Vallerand

به عنوان بخشی از شناخت در نظر گرفته شود (گان و فو^{۱۵۰}، ۲۰۲۲). عاطفه مثبت به معنای این است که یک شخص تا چه میزان شور و شوق به زندگی دارد و به چه میزان احساس فاعلیت و هویشیاری می کند. عواطف مثبت بخش جدایی ناپذیر از زندگی روزمره هستند این عواطف به شخص کمک می کند تا پردازش اطلاعات هیجانی برای حل مشکلات، برنامه ریزی صحیح و کسب موفقیت را به طور دقیق و کارآمد انجام دهد. بنابر نظریه گسترش و ساخت احساسات مثبت، عواطف و احساسات مثبت باعث گسترش آگاهی یک شخص و تقویت افکار و اعمال جدید، متنوع و اکتشافی می شود، در واقع عاطفه مثبت باعث گسترش فهرست های آئی از افکار و اعمال و ایجاد منابع پایدار شخصی می شود (گان و فو، ۲۰۲۲). از سویی، پژوهش ها نشان داده اند که عاطفه مثبت، خلاقیت، انعطاف پذیری شناختی، کارایی در تصمیم گیری، حل مساله و دیگر شاخص های تفکر مفید را افزایش می دهد. در این میان، دو رویکرد، اثرات عاطفه مثبت را بر شناخت توجیه می کند؛ در رویکرد اول، بر نقش کیفی و اطلاع رسانی عاطفه در بازنمایی های شناختی تاکید دارد. در این رویکرد اثر پردازش اطلاعات هماهنگ با خلق است. در رویکرد دوم، اثر عاطفه بر فرایند شناخت و سبک پردازش اطلاعات حائز اهمیت است. در رویکرد اول، عاطفه مثبت موجب افزایش موضوعات خوشایند و ایده های مثبت در محتوای پردازش اطلاعات فرد می شود. مثلاً فرد در ارزیابی خود از یک پدیده، بیشتر به جنبه های مثبت آن اشاره می کند. در رویکرد دوم، عاطفه مثبت موجب می شود فرد در پردازش شناختی به استفاده از سبک پردازش بالا-پایین، اکتشافی و کل-گرا-شهودی تمایل پیدا کند. این سبک پردازش می تواند انعطاف پذیری شناختی و حل مسئله خلاق را تسهیل کند (اولسن^{۱۵۱} و همکاران، ۲۰۲۲). عاطفه منفی نیز یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می دهد و حالات خلقی ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبی بودن را شامل می شود (داتو، والدز، مینرینی و کایوبیت^{۱۵۲}، ۲۰۲۲). عاطفه منفی به عنوان خصیصه ای پایدار و قابل توارث به صورت طیف گسترده ای از احساسات منفی مانند نگرانی، اضطراب، خود انتقادی و دیدگاه منفی درباره خود تعریف می شود. عاطفه منفی حالت بیرونی عوامل استرس زای درونی و مشغولیت های زجرآور است که به عنوان حالت خلقی بیزار کننده در نظر گرفته می شود (بنکه^{۱۵۳} و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین عاطفه منفی را به عنوان یک حساسیت خلقی به محرک های منفی که از احساس ترس، اضطراب، احساس گناه و نارضایتی از خود ناشی می شود در نظر می گیرند، افراد با عاطفه منفی بالا نسبت به افراد با عاطفه منفی پایین تر تمایل بیشتری برای تجربه کردن هیجانات منفی دارند. عاطفه منفی شباهت نزدیکی با ساختار روان رنجور خوئی و اضطراب خصلتی دارد. این سازه نشان دهنده یک خصوصیت شخصیتی پایدار از بی ثباتی عاطفی و افزایش پایه ای فعالیت سمپاتیک است و افراد با عاطفه منفی بالا با هیجانات بیش از حد و شرطی شدن بالا مشخص می شوند. ساختار عکس العمل این افراد در قبال پاداش و مجازات نسبت به دیگر افراد آماده تر است (اورن^{۱۵۴} و همکاران، ۲۰۲۲). مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه با توجه به مشکلات متعددی که دارند، منجر به کاهش توانایی مادران بر برخی از امورات زندگی روزمره می شوند، این امر زمانی بیشتر نمایان می شود که این مادران از لحاظ کارآمدی نیز وضعیت نامناسبی داشته باشند (رودول، باتس، لارو، واتسون و هاورث^{۱۵۵}، ۲۰۲۲). در این خصوص، بندورا^{۱۵۶} (۲۰۰۰) معتقد است که خودکارآمدی، توان سازنده ای است که بدان وسیله، مهارت های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به گونه ای اثربخش ساماندهی می شود. به نظر وی داشتن دانش، مهارت ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش بینی کننده های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان در باره توانایی های خود در انجام آنها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است. بین داشتن مهارت های مختلف با توان ترکیب آنها به روش های مناسب برای انجام وظایف در شرایط گوناگون، تفاوت آشکار وجود دارد. از دید بندورا کارآمدی شخصی به معنی احساس عزت نفس یا ارزش شخصی است که فرد در مواجهه با مسائل زندگی در خود می یابد. افراد دارای کارآمدی شخصی بالا افرادی دارای پشتکار قوی، نمرات درسی بالا، دارای اهداف شخصی عالی و موفق هستند. در مقابل، افراد دارای کارآمدی شخصی پایین افرادی هستند با اعتماد به نفس پایین و ناامید که در مواجهه با مسائل تلاشی برای پیروزی انجام نمی دهند و معتقدند اوضاع تغییری نخواهد کرد (شانک، زن و ترومسدورف^{۱۵۷}، ۲۰۲۲). خودکارآمدی نیز باور و ادراک فرد در مورد توانایی خود برای عمل مؤثر در همه موقعیت های زندگی تعریف می شود به نحوی که شخص می تواند باورهای محکم یا سستی در یک محدوده وسیع یا موقعیتی خاص از کنش وری داشته باشد

- ۱۵۰ Gan & Fu
 ۱۵۱ Olsen
 ۱۵۲ Datu, Valdez, M cInerney & Cayubi
 ۱۵۳ Behnke
 ۱۵۴ Oren,
 ۱۵۵ Rodwell, Bates, Larue, Watson & Haworth
 ۱۵۶ Bandora
 ۱۵۷ Schunk, Zeh & Trom m sdorff

دوکس و گاسلین^{۱۵۸}، ۲۰۱۲). خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۹۷) روان‌شناس مشهور، مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار، محیط و فرد است. این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی (عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیک) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روان شناختی اشاره دارد، تأکید می‌کند. بر اساس این نظریه، افراد در یک نظام علیت سه جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می‌گذارند (بادن^{۱۵۹} و همکاران، ۲۰۲۱).

به طور کلی، با توجه به وضعیت مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقش توجه بیش فعالی از نظر عاطفی و همچنین عملکرد و خودکارآمدی، پژوهش حاضر، با در نظر گرفتن این وضعیت و در جهت تقویت مهارت‌های عاطفی و خودکارآمدی از روش‌های درمانی روانشناختی در این خصوص بهره گرفته است. یکی از روش‌های درمان روانشناختی، روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش^{۱۶۰} است که برگرفته از درمان رفتاری و شاخه‌ای از روانشناسی بالینی تجربی است. (چیساری، مک کراکن، کراسیانی، موس-موریس و اسکات^{۱۶۱}، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از این پیام مهم منشعب شده است «زمانی که شما چیزی خارج از کنترل خود را می‌پذیرید به اعمالی که می‌تواند کیفیت زندگی شما را بهتر کند تعهد پیدا می‌کنید. هدف این درمان کمک به افراد برای خلق کردن یک زندگی پرمعنا و پربار است در صورتی که به طور موثر به دست کاری و تغییر دردها و استرس‌هایی می‌پردازد که ناگزیر در زندگی وارد شده‌اند (توهینگ^{۱۶۲}، ۲۰۱۲). در واقع ACT یک نوع رفتار درمانی، درمان شناختی- رفتاری، نوعی از تحلیل رفتار بالینی، درمان وجودی، گشتالت درمانی را شامل می‌شود. این بر مبنای بافت گرایی عملی یا کارکردی و فلسفه بنیادی تحلیل رفتاری قرار دارد و اساس نظری آن از تحلیل رفتار بدست می‌آید (پائولوس-گارنیر، لینارس و ال رفیهی-فیریرا^{۱۶۳}، ۲۰۲۲). در هر دوی این مفاهیم، شکلی از تحلیل یا درمان رفتاری بالینی با توجه عقلانی و معقول به لحاظ رفتاری به تصویر کشیده شده است. اما، محتوای این نظریه همگی در مورد شناخت و هیجان است، حتی اگر این مدل در مفهومی از پردازش اطلاعات، قابل شناختن نباشد. بنابراین، معقول این است که این مدل از درمان را درمان رفتاری - شناختی بنامیم. بعلاوه، این روش بیشتر با گشتالت درمانی و آسیب روانی متمرکز بر هیجان و نیز همراه با بسیاری از روش‌های میانجی‌گر و معنوی شرقی سهم می‌شود. تفاوت‌هایی میان این جریانات با فرایندهای فکری که باید در عمل ACT مهم باشند. مشاهده نمی‌شود و از این حقیقت که این فرایند می‌تواند ظاهراً چند روش متمایز از هم را نیز بررسی نماید، بهره می‌برد (مونتانر، تارگا، پالگارین و مویکس^{۱۶۴}، ۲۰۲۲).

مدل پذیرش و تعهد درمانی (ACT) این فرضیه را که فرایندهای آسیب شناختی غیر عادی و عجیب و غریبی وجود دارند را رد نمی‌کنند و آنها این عمل را به وضوح، انجام می‌دهند. اگر فردی از یک آسیب مغزی رنج می‌برد، در نتیجه، به طرز نامناسبی رفتار می‌کند، این، مسبب ایجاد فرایند روانی نرمال و بهنجار نیست. حالت مشابه با این امر می‌تواند برای بیماری‌هایی از جمله اسکیزوفرنی، اوتیسم (در خود ماندگی) و اختلال دو قطبی و امثال اینها صادق باشد، اگرچه، شواهدی واقعی در چنین حوزه‌ای به مراتب نسبت آنچه که اکثر متخصصان بالینی و محققان به نظر می‌رسد بدان معتقدند قطعیت کمتری دارند. بنابراین، حتی با وجود چنین بیماری‌های روانی شدیدی، مدل پذیرش و تعهد درمانی تصور می‌کند که فرایندهای روانی عادی می‌توانند مشکل اصلی را بزرگ جلوه دهند و بنابراین مقدار کمی از آن فرضیه بهنجاری سالم باید وسعت داده شود (هان و مک کراکن^{۱۶۵}، ۲۰۱۴). همچنین از فرضیه‌های زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرایندهای کلامی، مجموعه‌ای محدودی از پاسخ‌ها را در بر خورد با موقعیت‌ها ایجاد می‌کنند. مراجعان معمولاً انرژی و وقت زیادی را صرف اجتناب و فرار از اضطراب و دیگر رویدادهای درونی می‌کنند. زبان و حتی فرهنگ نیز به افراد می‌آموزد که اضطراب و دیگر رویدادهای دورنی خود را بد ارزیابی کنند. و از هر گونه کوششی برای اجتناب از این رویداد حمایت می‌کند. در نتیجه این فرایندهای کلامی، زندگی فرد بر تجربه نکردن این رویدادهای منفی متمرکز میشود، تا زندگی کردن به شیوه‌ای که برای فرد مهم است. لذا هدف ACT کاهش نشانه‌ها نیست، بلکه افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که رفتار محدود شده است (رییز^{۱۶۶}، ۲۰۲۲).

- ۱۵۸ Maddux & Gosselin
 ۱۵۹ Baden
 ۱۶۰ Approach based on acceptance and com mit ent
 ۱۶۱ Chisari, M cCracken, Cruciani, M oss-M orris & Scott
 ۱۶۲ Tw ohig
 ۱۶۳ Paulos-Guarnieri, Linares & El Rafihi-Ferreira
 ۱۶۴ Montaner, Tárrega, Pulgarin & Moix
 ۱۶۵ Hann, McCracken
 ۱۶۶ Reyes

با مرور پیشینه پژوهشی مشخص شد که تاکنون تاثیر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه را بررسی کند، انجام نشده است، اما می توان به تعدادی از پژوهش های مشابه اشاره کرد به عنوان نمونه مطالعات فتحی، شهبازی، کرابی و ملک زاده (۱۳۹۹)، احمدی و رئیسی (۱۳۹۷) و سعیدی، مبارکی و عباسی زاغه (۱۳۹۶) نیز نشان داده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بسیاری از فرایندهای روانی و خودکارآمدی نقش موثری دارد. علاوه بر این، مطالعات هان، یون و جانکینز (۲۰۲۱) و عظیمی فر، جزایری، فتحی زاده و عابدی (۱۳۹۸) نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود و افزایش خودکارآمدی مادران دارای کودک بیمار می شود. بنابراین، از آنجاییکه سلامت جسمانی و روانشناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه برای پیگیری درمانها و پیشگیری از عوارض بیماری فرزندان خود نیز اهمیت بالایی دارد و از طرفی، مداخلاتی که بتوانند توسط شخص بیمار آموخته شوند و در موقع نیاز، توسط خود بیمار بکار برده شوند، دارای اولویت می باشند، تحقیق حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، جزو مطالعات کاربردی می باشد، همچنین از لحاظ روش جزو مطالعات نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود.

ردیف	عنوان متغیر	متغیر از نظر نوع آن در پژوهش	نحوه اندازه گیری
۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مستقل	-
۲	خودکارآمدی	وابسته	پرسشنامه
۳	عاطفه مثبت و منفی	وابسته	پرسشنامه

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه /بیش فعالی شهر قم بود. با توجه به محدودیت جامعه آماری پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین نحو که با مراجعه به مدرسه آموزشی پسرانه «مفید و بلال حبشی» واقع در شهر قم (که در آن آموزش کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه نیز انجام می گیرد)، از مادران آنان درخواست گردید تا در پژوهش شرکت نمایند. جهت تعیین تعداد نمونه پژوهش با توجه به جامعه آماری و نوع پژوهش، حجم نمونه با توان ۸۰ درصد و خطای آزمون ۵ درصد و با استفاده از اطلاعات مطالعات مشابه برای هر گروه طبق فرمول زیر بدست آمد:

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.8)^2 (8.8^2 + 9.6^2)}{(105.5 - 9.8)^2} = 3.9 = 4$$

$$4 + 1.4 = 6$$

بنابراین، در این پژوهش حجم گروه مورد مطالعه با توجه به احتمال ریزش ۱۶ نفر برای گروه آزمایش و ۱۶ نفر برای گروه کنترل (همتاسازی شده براساس سن) در نظر گرفته شده بود که در زمان اجرای پژوهش با انصراف دونفر (افت آزمودنی ها)، تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه که به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گرد آوری اطلاعات

مقیاس عاطفه مثبت و منفی: این مقیاس، در سال ۱۹۸۸ توسط واتسون، کلارک و تلگن^{۱۶۷} ساخته شده است و یک ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی است و برای اندازه گیری دو بعد خلقی، یعنی عاطفه مثبت و منفی طراحی شده است. آیتمها بر روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱= بسیار کم تا ۵= بسیار زیاد) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی میشود (واتسون و همکاران، ۱۹۹۳). مقیاس عاطفه مثبت و منفی شامل ۱۰ سوال برای عاطفه مثبت و ۱۰ سوال نیز برای عاطفه منفی می باشد. پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در مطالعه بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ گزارش شده است. در این پژوهش، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی عمومی GSE-۱۷: این مقیاس توسط شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنیتیک-دون، جاکوبس و راجرز (۱۹۸۲) ساخته شده است. نسخه اصلی آزمون شامل ۳۶ سوال بود که سازندگان آن بر اساس تحلیل های انجام شده، سوالاتی را نگه داشتند که بار ۰/۴۰ را در هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی داشتند. بر این اساس ۱۳ سوال که دارای این ویژگی نبودند. حذف و آزمون به ۲۳ سوال کاهش یافت. از این ۲۳ سوال ۱۷ سوال خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۹۹/۵۷ و انحراف معیار ۱۲/۰۸ می سنجد. و ۶ سوال نیز خودکارآمدی اجتماعی را نشان می دهد. نمره کا خودکارآمدی نیز از مجموع نمرات این ددو مولفه تشکیل می گردد. نمره گذاری این مقیاس بر اساس لیکرت می باشد که به صورت کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، حد وسط (۳)، موافقم (۴)، کاملاً موافقم (۵)، نمره گذاری می شود و در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان خودکارآمدی در این جامعه ضعیف می باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۴ تا ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی در سطح متوسطی می باشد. در صورتی که نمرات بالای ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی بسیار بالا می باشد. ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ برای هر یک به دست آمد. براتی (به نقل از وقری، ۱۳۷۹) به منظور بررسی پایایی مقیاس خودکارآمدی از روش دو نیمه کردن استفاده کرد که ضریب پایایی از طریق اسپیرمن - براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش نیمه کردن گاتمن، برابر ۰/۷۵ بود. در این پژوهش، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در ۴ هفته پیاپی برگزار گردید.

جلسه اول: آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی.

* تکلیف خانگی: فهرست نمودن ۵ نمونه از مهم ترین مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه اند.

جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT استخراج تجربه ی اجتناب، آمیختگی و ارزش های فرد).

* تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از مزایا و معایب و شیوه های کنترل مشکلات.

جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی.

* تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه های ناکارآمد کنترل شده اند.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده ی افکار بدون قضاوت.

* تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده اند.

جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره ی صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی.

* تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده اند.

جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، شناسایی ارزش های زندگی بیماران و سنجش ارزش ها بر مبنای میزان اهمیت آنها.

* تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزشها.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، ارایه ی راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش ها.

* تکلیف خانگی: گزارشی از گام های پیگیری ارزش ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.

جلسه هشتم: جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه ی زندگی.

روش گردآوری اطلاعات و اجرا

در پژوهش حاضر جهت گردآوری اطلاعات از دو روش کتابخانه ای و میدانی استفاده شد. به این نحو که در ابتدا با مراجعه به کتابخانه اطلاعات لازم در زمینه متغیرهای پژوهش جمع آوری شده و سپس در حیطه‌ی روش میدانی، ضمن اجرای مداخله‌ی آموزش شادکامی پرسشنامه‌های در نظر گرفته شده جهت بررسی متغیرهای پژوهش از آزمودنی‌ها به عمل آمد. بدین نحو که بعد از نمونه‌گیری و انتخاب آزمودنی‌ها، از کلیه آزمودنی‌ها پیش‌آزمون پرسشنامه‌های مربوطه، به عمل آمد. سپس آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایشی ارائه گردید، و مجدداً از کلیه‌ی آزمودنی‌ها پس‌آزمون پرسشنامه‌های مربوطه اخذ شد. در نهایت داده‌های بدست آمده وارد برنامه SPSS شده و تحلیل‌های مورد نظر صورت گرفت.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

مشخصه‌های آماری مجموعه مواد پرسشنامه‌ها با استفاده از روش‌های متداول در آمار توصیفی تعیین شد، و پس از تهیه نتایج پرسشنامه‌ها با استفاده از جداول، میانگین، انحراف معیار، به توصیف داده‌ها پرداخته شده و سپس فرضیه‌های اصلی پژوهش با استفاده از روش کوواریانس در برنامه SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های جمعیت شناختی

در این بخش به اطلاعات دموگرافیک (جمعیت شناختی) آزمودنی‌های پژوهش اشاره شده است. لازم به ذکر است با توجه به انصراف دو نفر از آزمودنی‌ها (از هر گروه یک نفر)، اطلاعات ۳۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ADHD در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی سن آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل		گروه آزمایش		سن
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۰	۳	۳۳/۳	۵	۲۶ تا ۳۰ ساله
۴۰	۶	۲۶/۷	۴	۳۱ تا ۳۵ ساله
۴۰	۶	۴۰	۶	۳۶ تا ۴۵ ساله
۳۵/۶		۳۵		میانگین
۵/۴۷		۶/۵۱		انحراف معیار

نتایج موجود در جدول ۱ حاکی از آن است که در گروه آزمایش ۳۳/۳ درصد آزمودنی‌ها در محدوده سنی ۲۶-۳۰ سال، ۲۶/۷ درصد در محدوده ۳۱-۳۵ سال، و ۴۰ درصد نیز در محدوده سنی ۳۶-۴۵ سال قرار داشتند. همچنین در گروه کنترل نیز ۲۰ درصد آزمودنی‌ها در محدوده سنی ۲۶-۳۰ سال، ۴۰ درصد در محدوده سنی ۳۱-۳۵ سال و ۴۰ درصد نیز در محدوده سنی ۳۶-۴۵ سال قرار داشتند. همچنین طبق جدول فوق، میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۳۵ و ۳۳/۳ سال بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی سطح تحصیلات آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل		گروه آزمایش		میزان تحصیلات
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۰	۳	۲۰	۳	دیپلم
۴۶/۷	۷	۴۶/۷	۷	فوق دیپلم
۲۶/۷	۴	۲۰	۳	لیسانس
۶/۷	۱	۱۳/۳	۲	فوق لیسانس و بالاتر

با توجه به جدول ۴-۲، در گروه آزمایش ۲۰ درصد آزمودنی ها دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴۶/۷ درصد فوق دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۱۳/۳ درصد نیز دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بودند. در گروه کنترل نیز ۲۰ درصد آزمودنی ها دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴۶/۷ درصد فوق دیپلم، ۶/۷ درصد لیسانس و ۶/۷ درصد نیز دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بودند. یافته‌های توصیفی در این بخش به شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی متغیرهای مورد مطالعه پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل اشاره شده است.

جدول ۳: میانگین (M) و انحراف معیار (SD) ابعاد عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی در گروه کنترل و آزمایش

گروه مولفه		گروه آزمایش				گروه کنترل	
		پیش آزمون		پس آزمون		پس آزمون	
عاطفه مثبت		۲۵/۰۷	۴/۶۹	۳۲/۲۷	۳/۱۲	۲۳/۶۷	۲۳/۴
عاطفه منفی		۲۹/۲۷	۴/۳۱	۲۲/۸۰	۲/۹۱	۳۰/۲	۳۰/۸۰
خودکارآمدی عمومی		۲۹/۴۰	۵/۱۵	۴۲/۳۳	۶/۶۵	۲۹/۶۷	۲۹/۱۳
خودکارآمدی اجتماعی		۹/۳۳	۲/۲۵	۱۴/۶۰	۱/۹۹	۹/۵۷	۹/۴۰
خودکارآمدی کلی		۳۸/۷۳	۶/۰۱	۵۶/۹۳	۵/۸۹	۳۹/۳۳	۳۸/۵۳

بر اساس جدول ۳-۳، میانگین و انحراف معیار عاطفه مثبت و منفی و خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD قابل مشاهده است. چنانچه ملاحظه می‌گردد میانگین عاطفه مثبت در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برابر با ۲۵/۰۷ و ۳۲/۲۷ است. میانگین عاطفه منفی نیز در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برابر با ۲۹/۲۷ و ۲۲/۸۰ است. میانگین خودکارآمدی عمومی در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر با ۲۹/۴۰ و ۴۲/۳۳ بود. میانگین خودکارآمدی اجتماعی در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر با ۹/۳۳ و ۱۴/۶۰ بود و میانگین خودکارآمدی کلی نیز در گروه آزمایش و در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر با ۳۸/۷۳ و ۵۹/۹۳ بود. یافته‌های استنباطی

در این بخش داده‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش بررسی می‌شود. جهت بررسی و پاسخ به فرضیه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (VA CO AN M) استفاده گردید. جهت استفاده از این آزمون، باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. ابتدا، برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) استفاده شده است. این آزمون‌ها می‌توانند نرمال بودن یا نبودن توزیع داده‌ها را نشان دهند. مهمترین پارامتر بررسی این تست مقدار احتمال (Sig) آن است که اگر بالای ۰/۰۵ باشد نشان می‌دهد که توزیع داده‌ها نرمال است. نتایج مربوط به آزمون کالموگروف-اسمیرنوف در جدول ۴ قابل مشاهده است:

جدول ۴: نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

مولفه‌ها		آماره			
		پیش آزمون		پس آزمون	
		Sig	مقدار Z	Sig	مقدار Z
عاطفه مثبت		۰/۷۲	۰/۵۸	۰/۵۶	۰/۹۱
عاطفه منفی		۰/۶۱	۰/۸۴	۰/۵۵	۰/۹۲
خودکارآمدی عمومی		۰/۷۸	۰/۵۶	۰/۵۳	۰/۹۳
خودکارآمدی اجتماعی		۱/۲۵	۰/۰۸	۱/۰۴	۰/۲۲
خودکارآمدی کلی		۰/۷۱	۰/۶۸	۰/۷۴	۰/۶۳

همانطور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، آزمون نرمالته کالموگروف-اسمیرنف حداقل برای یکی از متغیرها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی، معنادار نبود ($P > 0/05$). بنابراین می توان گفت داده ها نرمال بوده اند و می توان از آمار پارمتریک استفاده نمود. فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است.

جدول ۵: نتایج همگنی واریانس ها برای

آماره				
متغیر	F	df ₁	df ₂	P
خودکارآمدی عمومی	۱/۶۵۷	۱	۲۸	۰/۲۰۹
خودکارآمدی اجتماعی	۰/۰۱۶	۱	۲۸	۰/۹۰۱
خودکارآمدی کلی	۰/۳۶۲	۱	۲۸	۰/۵۵۲

همان طوری که نتایج آزمون لوین نشان می دهد، F مشاهده شده برای پس آزمون ابعاد خودکارآمدی حداقل برای یکی از مولفه ها از نظر آماری معنی دار نیست ($p > 0/05$). بنابراین پیش فرض همگنی واریانس ها برقرار است.

جدول ۶: نتایج آزمون معناداری واریانس چند متغیری در پس آزمون ابعاد خودکارآمدی

نام آزمون	ارزش	F	معنی داری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۸۳۷	۶۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
لامبدای ویلکز	۰/۱۶۳	۶۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
اثر هنتلیگ	۵/۱۲۶	۶۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
بزرگترین ریشه روی	۵/۱۲۶	۶۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳

همان طور که در جدول ۶ قابل مشاهده است؛ نتایج آزمون های واریانس چند متغیری، برای تمامی آزمون های «اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هنتلیگ و بزرگ ترین ریشه روی» معنی دار است.

خودکارآمدی جدول-۷: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی دو گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون ابعاد خودکارآمدی

آماره							منبع تغییرات گروه
Eat	SIG	F	SM	DF	SS	متغیر	
۵۸۰/	۰/۰۰۱	۳۹/۴۶		۱	۱۳۰۶/۸	خودکارآمدی عمومی	
۶۷۰/	۰/۰۰۱	۵۷/۲۴		۱	۲۰۲/۸	خودکارآمدی اجتماعی	
۷۵۰/	۰/۰۰۱	۸۶/۰۱		۱	۲۵۳۹/۲	کلی خودکارآمدی	

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر هم پراش (کمکی)، ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به تفاوت معنی دار بین نمرات گروه های آزمایش و کنترل بر ابعاد خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ADHD شده است. لذا، ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به افزایش نمرات آزمودنی ها در ابعاد خودکارآمدی گروه آزمایش شده است. ضریب اتا یا میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه های خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کلی به ترتیب برابر با ۰/۵۸، ۰/۶۷ و ۰/۷۵ بود.

آماره				
نام آزمون	ارزش	F	معنی داری	ضریب اتا
اثر پیلائی	۰/۸۲۴	۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲
لامبدایویلکز	۰/۱۷۵	۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲
اثر هتلینگ	۴/۶۸۸	۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲
بزرگ ترین ریشه روی	۴/۶۸۸	۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است.

جدول ۷: نتایج همگنی واریانس‌ها برای پس‌آزمون عاطفه مثبت و منفی با آزمون لوین

آماره				
متغیر	F	df _۱	df _۲	P
عاطفه مثبت	۰/۶۹۳	۱	۲۸	۰/۴۱۲
عاطفه منفی	۰/۰۳۰	۱	۲۸	۰/۸۶۵

همان‌طوری که نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد، F مشاهده‌شده برای پس‌آزمون عاطفه مثبت و منفی حداقل برای یکی از مولفه‌ها از نظر آماری معنی‌دار نیست ($p > ۰/۰۵$). بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. جدول ۸: نتایج آزمون معناداری واریانس چندمتغیری در پس‌آزمون عاطفه منفی، مثبت همان‌طور که در جدول ۹ قابل مشاهده است؛ نتایج آزمون‌های واریانس چندمتغیری، برای تمامی آزمون‌های «اثر پیلائی، لامبدایویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی» معنی‌دار است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین‌گروهی دو گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون عاطفه مثبت و منفی

آماره							
منبع تغییرات	متغیر	SS	DF	SM	F	Sig	Eta
گروه	عاطفه مثبت	۵۸۹/۶۳	۱	۵۸۹/۶۳	۷۵/۵۴	0/001	۰/۷۳
	عاطفه منفی	۴۸۰	۱	۴۸۰	۵۶/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶

نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی)، ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به تفاوت معنی‌دار بین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل بر عاطفه مثبت و منفی آزمودنی‌ها شده است. لذا، ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به افزایش نمرات آزمودنی‌ها در عاطفه مثبت و کاهش نمره عاطفه منفی گروه آزمایش شده است. ضریب اتا یا میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عاطفه مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۶۶ بود. بحث و بررسی یافته‌ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه انجام شد. در فرضیه اول، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است. براساس نتایج بدست آمده ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به افزایش نمرات آزمودنی‌ها در ابعاد خودکارآمدی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کلی به ترتیب برابر با ۰/۵۸، ۰/۶۷ و ۰/۷۵ بود. براین اساس می‌توان گفت فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

این یافته با نتایج مطالعات پژوهشگران مختلفی نظیر نویدی و همکاران (۱۴۰۱)، احمدی و رئیس (۱۳۹۷)، سعیدی، مبارکی و عباسی زاغه (۱۳۹۶)، امان اله پور (۱۳۹۶)، حیدری و همکاران (۱۳۹۵)، هربرت و همکاران (۲۰۲۲)، لی و همکاران (۲۰۲۲) و پاکنهام (۲۰۱۷) همخوان بود. در این رابطه پژوهش عظیمی فر و همکاران (۲۰۱۹) نیز حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود و افزایش خودکارآمدی مادران دارای کودک دارای مشکلات رفتاری بود.

خودکارآمدی برآورد کلی فرد از توانایی خود برای تأثیر گذاشتن بر عملکردهای ضروری در مدیریت شرایط می باشد (لین، هکمن و اندرسون^{۱۶۸}، ۲۰۲۲)، لذا استرسی که به مادران دارای کودکان دچار اختلال بیش فعالی/نقص توجه وارد می شود، منجر به کاهش خودکارآمدی این مادران می شود و خودکارآمدی پایین مادران، تأثیر منفی بسیار بر روند رشد کودک می گذارد، از این رو، ارائه برنامه های درمانی زود هنگام نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای حمایت مؤثر از کودکان و خانواده های درگیر با این گونه دشواری ها، پیامدهای منفی این اختلال را کاهش می دهد و انرژی های سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن، به مسیری صحیح سوق می دهد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی، می توان چنین استدلال نمود که در این درمان از راه گسلسن شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی می آموزند که رویدادهای درونی را همان گونه که واقعاً هستند ببینند نه آن گونه که خود آن رویدادها نشان می دهند. این درنهایت سبب می شود که فرایند پذیرش بهتر رخ دهد، چون گسلسن از افکار، ارزشیابی و احساسات سبب می شود که کارکرد این رویدادهای درونی به مثابه موانع روان شناختی کاهش یابد و شفاف سازی ارزشها و همچنین انجام دادن تمرینات گوناگون، می تواند در افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت از سوی این مادران مؤثر باشد. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار ناخوشایند حذف نمی شوند، بلکه تنها کمتر جدی گرفته می شوند. پذیرش برای اینکه همواره فرایند مفیدی باشد، اصولاً باید شامل تمایل به تجربه هر میزان از پریشانی باشد. داشتن تجزیه و تحلیل منطقی در برخورد با مشکلات و تسلیم مطلق نشدن در برابر استرس ها در دفعات اول و ارزیابی مجدد و مثبت این استرس ها توانست تأثیری مثبت بر افزایش میزان خودکارآمدی آزمودنی ها داشته باشد. همچنین به نظر می رسد این درمان، موجب ایجاد بینشی مثبت تر به شرایط در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شد و از سویی هم آنان را به مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد مجهز کرد که احتمال پذیرش کودک مبتلا را در این مادران بالاتر برد.

همچنین در تبیین این یافته می توان چنین اظهار نمود که درمان پذیرش و تعهد، نوعی از رویکرد درمانی است که از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری استفاده می کند و بیشتر بر آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت هایی که در راستای ارزش های شخصی است تأکید دارد. در این رابطه، از آنجا که مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه در برخی اوقات خود را مقصر این وضعیت می دانند، و احساس گناه از این شرایط بر توانایی کلی آنها تأثیر می گذارد و خودکارآمدی وی را کاهش می دهد، از این رو در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر حال و تمرکز ذهنی، ذهنیت سابق مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه نسبت به شرایط پیش آمده کاهش پیدا می کند و خودکارآمدی آنان افزایش پیدا می کند.

درفرضیه دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عاطفه مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه موثر است.

نتایج بدست آمده نشان داد ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایش، منجر به افزایش نمرات آزمودنی ها در عاطفه مثبت و کاهش نمره عاطفه منفی گروه آزمایش می شود به نحوی که میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عاطفه مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۶۶ بود. از این رو، می توان گفت فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تأیید قرار گرفت.

این یافته با نتایج مطالعات عثمانی و همکاران (۱۴۰۱)، فتحی و همکاران (۱۳۹۹)، متجی و گل پور (۱۳۹۷)، هان و همکاران (۲۰۲۱) سیوارت و همکاران (۲۰۱۹) و یاداویا و همکاران (۲۰۱۴) که نشان داده بودند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عواطف و راهبردهای هیجانی آزمودنی ها تأثیر دارد، همسو بود. در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عاطفه منفی، می توان گفت که بروز عواطف منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه با توجه به شرایطی که در آن قرار دارند، مستلزم پذیرش شرایط مزبور است. لذا، به نظر می رسد که پذیرش فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک منفی داشتن کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، همچنین پیش بین کارکردهای این مادران در آینده باشد. در این راستا، مک کراکن^{۱۶۹} و همکاران (۲۰۱۳) نیز عقیده دارند؛ پذیرش دو مؤلفه اساسی دارد: پذیرش ارادی شرایط دردناک نظیر داشتن فرزند بیمار و پرداختن به فعالیت با وجود این شرایط. در واقع، در این شیوه درمان به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه کمک می شود تا افکار آزار دهنده شان را فقط بعنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و بجای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است قدم بردارند. همچنین در این برنامه آموزشی به مادران

۱۶۸ Lin, Heckman & Anderson

۱۶۹ McCracken

دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه کمک می شود تا دریابند که داشتن یک زندگی سالم ضراحتاً همراه احساس بسیار خوب نیست، بلکه هدف اینست که هم احساس خوب و هم زندگی، خوبی را داشته باشیم. بدین معنا که اگر افراد همانطور که هیجانات را خود را تجربه می کنند، وقتی شرایط باعث ایجاد احساس بد می شوند و هیجانات بد را تجربه می کنند از نظر روانشناختی سالم می باشند. وقتی تفسیرهای افراد در مورد پیام ها غالب می شود، توانایی حفظ خود در برابر آن احساسات را نخواهند داشت و برعکس، وقتی هیجانات فقط که احساس باشند می توانند معنای واقعی خودشان را داشته باشند یا بعبارت دیگر احساسات کمی از گذشته آنها را به زمان حال می آورند. در واقع فرایندهای مرکزی پذیرش مبتنی بر تعهد به افراد آموزش می دهد، چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند بجای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند و رویدادها را بجای کنترل بپذیرند. در خصوص تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عاطفه مثبت نیز می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه را تشویق می کند رابطه شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می آیند و می روند. در واقع این مادران می آموزند که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند. در زمینه هایی که اجتناب تجربه ای رخ می دهد، فرایندهای گسلس شناختی و پذیرش به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانینی که آنها را تنظیم می کند، کمک می کند. در این خصوص، پذیرش بدون قضاوت بسیار با اهمیت است و در عواطف مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه تأثیر مهمی دارد، به دلیل این که تأثیر این افزایش توجه متمرکز بر خود به سطح پذیرش مادران بستگی خواهد داشت. در واقع، در سطوح پذیرش بالا یک فرد به سادگی می تواند متوجه (برانگیختگی های روانی) افکار و احساسات خود شود بدون اینکه تلاشی به منظور کنترل آن ها انجام دهد، از آن ها فرار کند یا اجتناب نماید و بنابراین همین موضوع باعث می شود تأثیر بر عملکرد رفتاری کاهش بیابد. از طرف دیگر، در سطوح پذیرش پایین، فردی که دچار برانگیختگی های روانی می شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار، احساسات و هیجاناتش می شود، مثلاً فردی ممکن است تلاش کند تا افکارش را توجیه کند یا سرکوب نماید (مقصودی، رضوی، رضوی، جوادی، ۱۳۹۸).

بنابراین می توان اظهار نمود با ارائه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه یاد گرفتند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن فاصله بگیرند، و به افکار و فرایندهای تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر بپردازند، و آنها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. وجود رفتارهای هدفمند که به واسطه آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در این مادران شکل گرفته، توانسته است تا موجب خودکنترلی و در نهایت کنترل بیشتر عواطف در آنان گردد. به بیانی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تنها مداخله روانی و تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می شود تا انعطاف پذیری روانشناختی (توانایی تغییر یا ثبات، همراه با رفتارهای عملکردی که از راه آن اهداف تحقق می یابند) و همچنین پذیرش موقعیت (بدون آنکه نیاز به کنترل و غلبه بر آن در میان باشد)، فرد را آماده مواجهه با موقعیت نمونه و ضمن کاهش راهبردهای اجتنابی با کنترل عوطف، منجر به کاهش عواطف منفی و ارتقای عواطف مثبت می شود (هیز و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۳). در نتیجه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شرایط ناگواری از به لحاظ سلامتی عمومی دارا هستند که منجر به افت خودکارآمدی و عدم کنترل عواطف مختلف نظیر عواطف مثبت و منفی می شود. به طور کلی نتایج نشان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به افزایش نمرات مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه در ابعاد خودکارآمدی و مولفه های خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کلی و همچنین افزایش نمرات آنها در عاطفه مثبت و کاهش نمره عاطفه منفی شده است. بنابراین، یافته های پژوهش حاضر می تواند حرکت مفیدی در زمینه درمان روانشناختی نمرات مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه با توجه به کم هزینه بودن بتوان عواطف نامناسب نمرات مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه کنترل نموده و سطح خودکارآمدی آنان را افزایش داد. هر پژوهش با محدودیت های روبه رو است. محدودیت های پژوهش حاضر، نبود مرحله پیگیری برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول زمان از جمله مهمترین محدودیت های پژوهش بود. استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از دیگر محدودیت های پژوهش بود. با توجه به اینکه کلیه مراحل اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگر بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ آزمودنی به پرسشنامه سوگیری هایی وجود داشته باشد. از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و عواطف مثبت و منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه شهر قم مورد بررسی قرار گرفته، بنابراین تعمیم نتایج آن به دیگر مادران دارای کودک بیمار سایر شهرها باید با احتیاط صورت بگیرد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاداتی توصیه میگردد که شامل پیشنهادات پژوهشی که شامل: پیشنهاد می شود بررسی های دیگری در سایر مناطق جغرافیایی انجام شود تا با اطمینان بیشتری نسبت به تعمیم نتایج آن پرداخته شود. با توجه به تایید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی، استفاده از این روش درمانی در پژوهش های مشابه در بین سایر مادران دارای کودک بیمار نیز توصیه می شود. با توجه به نبود مرحله پیگیری از آنجایی که ممکن است اثرات درمان پس از ۱۷۰

گذشت یک یا چند ماه از مرحله پس آزمون تداوم نداشته باشد لذا پیشنهاد می شود، جلسات حمایتی هر چند وقت یکبار پس از پایان درمان برای حفظ اثرات درمانی تا طولانی مدت برگزار شود. و پیشنهادهای کاربردی، با توجه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، می توان از این نوع درمان به طور گسترده برای مادرانی که کودک بیمار دارند استفاده نمود. با توجه به نتایج این تحقیق، متخصصان بالینی و مشاوران می توانند از این برنامه درمانی در کار با مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه و برخی از مشکلات روانشناختی آنها استفاده نمایند. دانشجویان و پژوهشگران مراکز آموزش عالی از نتایج این مطالعه می توانند بهره مند شوند. با توجه به اهمیت عواطف مثبت و منفی و خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه، آموزش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به ورت گسترده و با برگزاری کلاس و کارگاه در این زمینه کمک می کند که این مادران ادراک بهتری از ظرفیت ها و توانایی های خود برای پاسخدهی عاطفی پیدا کنند و با استفاده از توانایی های شخصی بر موقعیت های استرس زا فائق آیند.

منابع

احمدی اکرم، رئیسی زهره. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم. فصلنامه علمی- پژوهشی خانواده و پژوهش. ۱۳۹۸؛ ۱۶ (۲): ۱۲۳-۱۳۷

- Antshel KM, Barkley R. (2020) Attention deficit hyperactivity disorder. *Handb Clin Neurol.* ;174:37-45. [PubMed ID: 32977893]. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00003-X>.
- Behnke, M., Buchwald, M., Bykowski, A., Kupiński, S., & Kaczmarek, L. D. (2022). Psychophysiology of positive and negative emotions, dataset of 3317 cases and 0 biosignals. *Scientific Data*, 9(3), 3-31
- Cabral MDI, Liu S, Soares N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. *Transl Pediatr.* 2020;9(Suppl 1):S104-13. [PubMed ID: 32206588]. [PubMed Central ID: PMC7082246]. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.08>.
- Chisari, C., McCracken, L. M., Cruciani, F., Moss-Morris, R., & Scott, W. (2022). Acceptance and Commitment Therapy for women living with Vulvodynia: A single case experimental design study of a treatment delivered online. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 31-13
- Condo, J. S., Chan, E. S., & Kofler, M. J. (2022). Examining the effects of ADHD symptoms and parental involvement on children's academic achievement.
- Hosseini, S. K., Fard, R. J., & Shoushtari, M. T. (2024). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation, Behavioral Symptoms, and Academic Performance of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, 13(1). *Research in Developmental Disabilities*, 322, 333311.
- Datu, J. A. D., Valdez, J. P. M., McInerney, D. M., & Cayubit, R. F. (2022). The effects of gratitude and kindness on life satisfaction, positive emotions, negative emotions, and COVID-19 anxiety: An online pilot experimental study *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 33(2), 137-113.
- Gan, Y., & Fu, Q. (2022). Risk perception and coping response to COVID-19 mediated by positive and negative emotions: A study on Chinese college students. *Plos one*, 37(3), e3212313.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 33(2), 303-390.
- Hann, K. J., McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(3), 237-227
- Kivumbi A, Byansi W, Damulira C, Namatovu P, Mugisha J, Sensoy Bahar O, et al. Prevalence of behavioral disorders and attention deficit/hyperactive disorder among school going children in Southwestern Uganda. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):105. [PubMed ID: 30943981]. [PubMed Central ID: PMC6446353]. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2069-8>.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., Johnson, S. L. (2014). *Abnormal psychology*, Translated By Hamid Shamsipour. Tehran: Arjmand Pub.
- Leader G, Moore R, Chen JL, Caher A, Arndt S, Maher L, et al. (2022). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, comorbid psychopathology, behaviour problems and gastrointestinal symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Ir J Psychol Med.* ;39(3):240-50. [PubMed ID: 33973506]. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.135>.
- Lin, T., Heckman, T. G., & Anderson, T. (2022). The efficacy of synchronous teletherapy versus in-person therapy: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 317.
- Leader G, Moore R, Chen JL, Caher A, Arndt S, Maher L, et al. Attention deficit hyperactivity disorder

- (ADHD) symptoms, comorbid psychopathology, behaviour problems and gastrointestinal symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Ir J Psychol Med.* 2022;39(3):240-50. [PubMed ID: 33973506]. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.135>.
- Magnus, W., Nazir, S., Anilkumar, A. C., & Shaban, K. (2023). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Maghsoudi, Z., Razavi, Z., Razavi, M., & Javadi, M. (2019). Efficacy of acceptance and commitment therapy for emotional distress in the elderly with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 32, 2317
- Matteucci, M. C., Scalone, L., Tomasetto, C., Cavrini, G., Selleri, P. (2019). Healthrelated quality of life and psychological wellbeing of children with Specific Learning Disorders and their mothers. *Research in Developmental Disabilities*, 07: 31-11.
- Molazamani F, Bavi S, Jayervand H.(2023) .Effects of a Computer-Based Intervention on Sustained Attention, Divided Attention, and Impulsivity in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Res Paramed Sci.*;12(2)
- Montaner, X., Tárrega, S., Pulgarin, M., & Moix, J. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in professional dementia caregivers burnout. *Clinical gerontologist*, 31(3), 931-921.
- Maddux, J. E., & Gosselin, J. T. (2022). Self-efficacy. The Guilford Press
- McCracken, L. M., Sato, A., Taylor, G. J. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*, 33 (33), 3190-3331
- Olsen, K. N., Powell, M., Anic, A., Vallerand, R. J., & Thompson, W. F. (2022). Fans of violent music: The role of passion in positive and negative emotional experience. *Musicae Scientiae*, 21(2), 113-107.
- Oren, G., Poria, Y., & Reichel, A. (2022). The positive role of negative emotions in heritage-site visits: The case of Auschwitz Death Camp. *Journal of Heritage Tourism*, 37(2), 310-371
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 3-33.
- Reyes, A. T. (2022). The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 1-32.
- Rizzutti S, Schuch V, Augusto BM, Coimbra CC, Pereira JP, Bueno OF. Neuropsychological Profiles Correlated with Clinical and Behavioral Impairments in a Sample of Brazilian Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Front Psychiatry.* 2015;6:163. [PubMed ID: 26635638]. [PubMed CentralID: PMC4661035]. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00163>.
- Rodwell, D., Bates, L., Larue, G. S., Watson, B., & Haworth, N. (2022). Parents' self-efficacy and the quality of supervised driving practice they provide for their children. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 07, 30.
- Sibley MH, Swanson JM, Arnold LE, Hechtman LT, Owens EB, Stehli A, et al.(2017) .Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *J Child Psychol Psychiatry.*;58(6):655-62. [PubMed ID: 27642116]. [PubMed Central ID: PMC5809153]. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12620>.
- Schunk, F., Zeh, F., & Trommsdorff, G. (2022). Cybervictimization and well-being among adolescents during the COVID-19 pandemic: The mediating roles of emotional self-efficacy and emotion regulation. *Computers in human behavior*, 321, 337311
- Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 39(3), 399-137.
- Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med.* 2010;122(5):97-109. [PubMed ID: 20861593]. [PubMed Central ID: PMC3724232]. <https://doi.org/10.3810/pgm.2010.09.2206>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1998). Development and validation of briefmeasures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 13(1), 3311.
- Wilens TE, Spencer TJ.(2010). Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med.*;122(5):97-109. [PubMed ID: 20861593]. [PubMed Central ID: PMC3724232]. <https://doi.org/10.3810/pgm.2010.09.2206>.
- Yoo HJ, Han JM, Kim K, Song G, Yee J, Chung JE, et al. Association between attention deficit hyperactivity disorder and aggression subscales in adolescents. *Brain Behav.* 2021;11(3). e02030. [PubMed ID: 33439553]. [PubMed Central ID: PMC7994686]. <https://doi.org/10.1002/brb3.2030>.