

مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های

دارای کودک دچار اختلال نقص توجه - بیش فعالی

Comparison of the effectiveness of meta-cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on function of families with children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Dr. Ahmad Amani

Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Fatemeh Zarein*

M. A. in Counseling and Guidance, Islamic Azad University, Research Branch of Tehran (Yazd), Iran.

Maryam Ranjbar

M. A. in Counseling, Khouzestan University of Olom va Tahghighat, Ahvaz Branch, Iran.

Arman Azizi

Ph.D. Family Counseling, Isfahan University Isfahan, Iran

Ghaffar Nassiri Hanis

Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

gh.nasiri.hanis@gmail.com

دکتر احمد امانی

دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

فاطمه زارین

کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران (یزد)، ایران.

مریم رنجبر

کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان، واحد اهواز، ایران.

دکتر آرمان عزیز

دکتری تخصصی مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

غفار نصیری هانیس (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد ایران.

Abstract

This research aims to compare the effectiveness of meta-cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on the function of families with children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. The research method is semi-experimental that is accomplished using pre-test and post-test design with two experimental groups and a control group. This study population includes parents with ADHD children who have been referred to counseling centers in Ahvaz in ۱۳۹۷. The sample consisted of ۶۰ parents. Subjects were randomly divided and replaced into three groups of ۲۰ people (۱۰ couples) consisting of two experimental and one control group. The tools of this research were the Epstein, Baldwin, and Bishop Family Assessment Questionnaire (۱۹۸۳). Data were analyzed using covariance analysis. The results showed that both acceptance and commitment therapy and meta-cognitive therapy were effective in the function of the families. Still, the meta-cognitive treatment had a more significant impact than acceptance and commitment therapy. This research has discussed the findings and the reasons for impact difference.

Keywords: meta-cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, family function, attention deficit/hyperactivity

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه - بیش فعالی است. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی است و با به‌کارگیری طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل والدین دارای کودک دچار اختلال نقص توجه - بیش فعالی بود که طی سال ۹۷ به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش ۶۰ نفر از این والدین بود که با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری (۱۰ زوجی) شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش پرسشنامه سنجش خانواده اپستاین، بالدوین و بی‌شاپ (۱۹۸۳) بود. داده‌های پژوهش با به‌کارگیری روش تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناخت بر کارکرد خانواده‌ها مؤثر است ولی روش درمانی فراشناخت نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری داشته است. این پژوهش یافته‌ها و علت تفاوت تأثیرات را مورد بحث قرار داده است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناخت، درمان پذیرش و تعهد، کارکرد خانواده،

نقص توجه - بیش فعالی

قدمه

اختلال نقص توجه- بیش فعالی^۱ نوعی اختلال عصب- روان‌شناختی است که علائم آن کم‌توجهی، تکانشگری و فعالیت بیش از اندازه و غیرمتناسب با سن و شرایط محیطی است (آمارال و کولیا سانتوز^۲، ۲۰۱۰). این اختلال، اختلالی رشدی در توجه، مهار تکانش، بی‌قراری و هدایت رفتار است که به‌طور طبیعی ایجاد می‌شود و برآمده از اختلالات عصب‌شناختی، حسی، حرکتی یا هیجانی است (هاروی، رید و گریزنکو^۳، ۲۰۰۷). این اختلال ۳ تا ۷ درصد از کودکان سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (وانگ، هاوس، کلارک و کوهن^۴، ۲۰۱۸) و میزان گسترش آن در ایران ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده شده است (کوبین^۵، ۲۰۰۷). این اختلال بیش از حد پایدار و فراگیر است (کنگرلو، لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۹۱) که بر اهمیت بررسی و کندوکاو بیشتر آن می‌افزاید.

توانمندی اعضای خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (عزیزی، فاتحی‌زاده، احمدی و جزایری، ۱۳۹۷)؛ به‌ویژه والدین کودکان دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی، به دلیل مشکلات ناشی از پرورش فرزندشان رنج فراوانی را متحمل می‌شوند و این کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. منظور از کارکرد خانواده^۶ توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات زندگی، حل تضادها و تعارض‌ها، همبستگی میان اعضاء و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حدود مرز میان افراد، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است (پورتس^۷ و همکاران، ۲۰۰۵). گرچه رفتارهای والدینی ناکارآمد، شاید به‌عنوان واکنشی در مقابل مشکلات رفتاری کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی باشد، ولی می‌تواند یک نقش سبب‌شناسی در ظهور اختلال رفتاری هم‌زمان در میان این کودکان نیز داشته باشد (جانسون و ماش^۸، ۲۰۰۱). نظریه‌پردازان سیستمی خانواده را نظامی در نظر می‌گیرند که اعضا از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند به‌طوری که کارکرد خانواده از راه الگوهای مرادده‌ای آن‌ها صورت می‌گیرد و در این میان کارکرد سالم منوط به این است که تا چه اندازه الگوهای خانواده در کسب هدف‌های آن مؤثر و سودمند واقع شده‌اند (حسینی، ۲۰۱۲). نبود مهار رفتار در یک رابطه زناشویی و تحت تأثیر علائم رفتاری فرزند دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی موجب رفتارهای خشونت‌آمیزی همچون توهین، سرزنش، انتقاد و ستیز بدنی می‌شود و زوجین در آن نسبت به یکدیگر احساس دشمنی، کینه، نفرت و خشم می‌کنند و هر یک از زوجین باور دارد که همسرش انسان ناسازگاری است که موجب رنجش و عذاب او می‌گردد (دوستی و محقق، ۲۰۱۵). تجارب متخصصین کودک و نوجوان پیشنهاد می‌کنند که بدکارکردی خانواده یکی از علل رفتارهای مربوط به اختلال نقص توجه- بیش فعالی بوده و یا آن را تشدید می‌کند. نتایج پژوهش زمینه‌یابی در گستره وسیعی از اروپا نشان داد که اختلال نقص توجه- بیش فعالی تأثیر چشمگیری بر کودک و خانواده داشته و کار در مدرسه، روابط با همسالان و روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کوگیل^۹ و همکاران، ۲۰۰۸).

درمان‌های متعددی می‌توانند برای بهبود کارکرد خانواده کارساز واقع شود ولی بهبود کارکرد خانواده‌هایی که دارای کودک دچار اختلال نقص- توجه- بیش فعالی است نیاز به مهارت و درمان‌های خاصی دارد. درمان پذیرش و تعهد^{۱۰} یکی از کارسازترین درمان‌های موج سوم درمان رفتاری است. درمان پذیرش و تعهد مدلی از اقدام روانی است که از نظر فلسفی در بافت‌گرایی تابعی و از دیدگاه نظری در نظریه چهارچوب ارتباطی ریشه دارد. پذیرش و تعهد به‌مثابه درمان اختلال اجتناب تجربه‌ای تصور می‌شود که رویکردی ابعادی و تابعی به آسیب‌شناسی روانی است (فرانسیسکو^{۱۱}، ۲۰۱۰). می‌توان این درمان را این‌گونه تعریف کرد: یک مداخله مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه است که رنج انسان را برآمده از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و ایجاد الگوی گسترده عمل متعهدانه مربوط به این ارزش‌ها است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی انتخاب کنشی است که برای پرهیز از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده صورت می‌گیرد. در مجموع مزیت عمده درمان

-
- ۱. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders (ADHD)
 - ۲. Amaral & Colella-Santos
 - ۳. Harvey, Reid & Grizenko
 - ۴. Wong, Hawes, Clarke & Kohn
 - ۵. Quinn
 - ۶. Family Functioning
 - ۷. Portes
 - ۸. Johnston & Mash
 - ۹. Coghil
 - ۱۰. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
 - ۱۱. Francisco

پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان‌های دیگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، در راستای تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هربرت، فورمن و جاراشو^۱، ۲۰۱۰).

پذیرش و تعهد از جمله درمان‌هایی است که می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی و خشنودی زناشویی زوجین مؤثر باشد (نریمانی و بخشایش، ۱۳۹۳). هدف اصلی این رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی برای او ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد نماید. شناسایی و تشخیص مرزهایی که افراد را از زندگی مطلوب بازداشته است مؤلفه‌های کلیدی مداخلات این درمان را تشکیل می‌دهند (ایفرت و فورث^۲، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش در کاهش بسیاری از علائم و نشانه‌های مرضی کارآمد است؛ بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات مرضی مانند افکار تکراری، باورهای ناکارآمد، درگیری‌های ناخوشایند، احساسات بدنی منفی، خلق پایین و تحریک‌پذیری تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود می‌یابند (فولک^۳، ۲۰۱۲).

درمان دیگری که برای افزایش کارکرد خانواده در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته درمان فراشناخت است که ممکن است تأثیر مطلوبی بر کارکرد خانواده داشته باشد. نخستین بار فلاول^۴ (۱۹۷۶) مفهوم فراشناخت را وارد متون پژوهشی کرد. وی یک تعریف کلی از مداخلات مبتنی بر فراشناخت ارائه داد: هر دانش یا فعالیت شناختی که جنبه‌ای از تلاش‌های شناختی را موضوع شناخت قرار می‌دهد یا آن را تنظیم می‌کند. مدل درمانی فراشناختی توسط آدریان ولز^۵ ارائه شد. فراشناخت سازه‌ای است که بر باورهایی درباره تفکر و راهبردهای کاربردی تمرکز دارد و شامل مدل فراشناختی شکل‌گیری بیماری بر پایه مدل خودتنظیمی اجرایی، تنظیم و کنترل تفکر است. درمان فراشناختی که به نحوه پاسخگویی فرد به افکارش و شکل ارتباط با آن‌ها تأکید دارد، می‌تواند موجب تغییرات معناداری در نشانه‌های بیمارانی می‌شود و فواید درمانی آن تا مرحله پیگیری ادامه می‌یابد (راجزی اصفهانی، فتی، حسن‌آبادی و یعقوبی، ۱۳۹۵). انبوهی از پژوهش‌ها نشانگر اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش رنج اختلالات روانی جمعیت‌های گوناگون است. نتایج پژوهش‌های کورکوران و سگال^۶ (۲۰۰۸)، ون در هایدن، موریس و ون دن مولر^۷ (۲۰۱۲)، مورسیون و ولز^۸ (۲۰۰۳)، فیشر و ولز^۹ (۲۰۰۸)، والی زاده، داودی، بردی اوزونی دوجی و اعلائی (۲۰۱۳) نشانگر این مدعا بوده و یوسفی و سهرابی (۱۳۹۳) نیز نشان دادند که درمان فراشناختی باعث افزایش خوشنودی زناشویی، کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

با توجه به کاهش کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی و نیاز این خانواده‌ها به حمایت و کمک (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۷) و عدم بررسی جامع اثربخشی درمان‌های فراشناخت و تعهد بر کارکرد این خانواده‌ها در گذشته، اهمیت بررسی بیشتر در این باره روشن است. همچنین درمانگران و پژوهشگران جویای یک درمان جامع و کامل و تأیید شده هستند و با توجه به پیشینه دو درمان مذکور احتمال موفقیت این دو درمان بر اثربخشی بر کارکرد خانواده وجود دارد، لذا این پژوهش بر آن است تا به مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال کاستی توجه فزون‌کنشی را بررسی کند تا بهترین درمان برای این خانواده‌ها و درمانگران‌شان شناسایی شود.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل همه خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی است که به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه نموده‌اند. نمونه تحقیق شامل ۳۰ خانواده (۶۰ نفر مادر و پدر) بود که با نمونه‌گیری در دسترس از میان مراکز مشاوره شهر اهواز انتخاب شدند. این خانواده‌ها به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری (۱۰ زوجی) شامل درمان پذیرش و تعهد، درمان فراشناخت و گروه گواه جایگزین شدند. در مرحله اول پژوهش ۳۵ خانواده از خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. قبل از شروع آزمون ۵ خانواده از شرکت در آزمون انصراف دادند، بنابراین جلسات با حضور ۶۰

۱. Herbert, Forman & Juarascio
 ۲. Eifert & Forsyth
 ۳. Folke
 ۴. Flavel
 ۵. Adrian Wells
 ۶. Corcoran & Segal
 ۷. Van der Heiden, Muris & Van der Molen
 ۸. Morrison & Wells
 ۹. Fisher & Wells

مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی
Comparison of the effectiveness of meta-cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on ...

نفر ادامه یافت. زوجین گروه گواه صرفاً در پیش‌آزمون - پس‌آزمون شرکت کردند و در انتظار درمان قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول، درمان پذیرش و تعهد را در طی در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایشی دوم درمان فراشناخت را طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۱/۵ ساعت دریافت نمودند.

ابزار سنجش

ابزار سنجش خانواده^۱ (FAD): ابزار سنجش خانواده یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجیدن کارکرد خانواده بنا بر الگوی مک مستر^۲ تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از کارکرد خانواده را مشخص می‌کند. این ابعاد شامل حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی هیجانی، درگیری هیجانی^۳ و کنترل رفتار است. لذا ابزار سنجش خانواده متناسب با این شش بعد، از شش خرده مقیاس برای سنجیدن کارکرد خانواده تشکیل شده است. جمع همه مقیاس‌ها، نمره کل کارکرد خانواده را نشان می‌دهد. شرکت‌کنندگان برای هر ماده یکی از گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم را انتخاب می‌کنند. پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا به معنای کارکرد ناسالم است. اعتبار و روایی ابزار سنجش کارکرد خانواده پس از تهیه توسط اپشتاین^۴ و همکارانش در سال ۱۹۸۳، بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا شد. دامنه ضریب آلفای مقیاس‌ها میان ۷۲ تا ۹۲ نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است (ثنایی، ۱۳۷۹). در ایران نیز پژوهش‌ها توسط بهاری (۱۳۷۹) و امینی (۱۳۷۹) حاکی از اعتبار و روایی بالای این پرسشنامه است. از لحاظ روایی و پایایی در این پژوهش آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز ۰/۸۸ بود و تمام سؤالات آن برای اعضای نمونه قابل فهم و مشخص بود و به‌صورت هدفمند برای سنجش هدف موردنظر به‌کاربرده شده بود.

شرح جلسات آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد: آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (فرمن و هربرت^۵، ۲۰۰۸) در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و درمان فراشناخت (ولز و متیوس^۶، ۱۹۹۴) در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای آموزش داده شد. ابتدا با والدین ارتباط درمانی لازم برقرار شد و سپس در هر جلسه موضوعات اصلی آموزش با زبانی ساده و قابل فهم برای آن‌ها بازگو گردید و در صورت احساس مشکل یا داشتن سؤال، به ایفای نقش یا بحث گروهی پرداخته شد تا با کمک درمانگر و به‌اتفاق دیگر اعضا، در این مورد به بحث و گفتگو بپردازند. در ابتدای هر جلسه خلاصه‌ای از رؤس مطالب به‌صورت دفترچه مخصوص والدین به آن‌ها ارائه شد و تکالیف خانگی مربوط به آن جلسه و جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت تا مشکلات احتمالی و سؤالات آن‌ها برطرف گردد.

جدول ۱. شرح جلسات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	معارفه و آشنایی، ایجاد اتحاد درمانی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان
	پژوهش، اجرای پیش‌آزمون		
دوم	آشنایی اعضا با اختلال نقص توجه- بیش فعالی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمان‌جویان، ارائه توضیحاتی درباره اختلال نقص توجه- بیش فعالی، نشانه‌ها و پیامدهای آن	مشخص کردن تأثیرات بیش‌فعالی فرزند در زندگی شخصی و خانوادگی توسط درمان‌جویان
	بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد درماندگی خلاق	بررسی تأثیرات اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی فرزندشان در زندگی خانوادگی، بررسی راهبردهای کنترلی که افراد برای روبرویی با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی فرزند بکار برده‌اند و کمک به پی بردن به بهبودی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه	مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی و خانوادگی

- ۱. Family assessment device
- ۲. Mc Master model
- ۳. Involvement
- ۴. Epstien
- ۵. Forman & Herbert
- ۶. Wells & Matthews

آموزش ذهن آگاهی و پذیرش	چهارم	بحث درباره بهبودی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات	اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی و خانوادگی
آموزش گسلش شناختی	پنجم	آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار	تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و خانوادگی
آشنایی با خود به‌عنوان زمینه	ششم	بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان جویان، توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر با استفاده از استعاره صفحه شطرنج	تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و بررسی تأثیر آن در زندگی
تصریح ارزش‌ها	هفتم	بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمان جویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، کمک به درمان جویان در جهت روشن‌سازی آنچه برای آن‌ها اهمیت دارد، آنچه برای آن‌ها پرمعنا و مهم است،	مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ابعاد مختلف زندگی
ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها	هشتم	بحث در مورد ارزش‌ها و موانع عمل بر طبق آن‌ها، ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها و گذر از موانع با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس	شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و خانوادگی
جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	نهم	بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان جویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی	

جدول ۲. شرح جلسات درمان فراشناخت

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و نمادسازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری (افزایش فراآگاهی) و آشنایی کامل با انواع تعارض	-
دوم	آشنایی اعضا با اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری به‌عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل ناپذیری	تمرین فن آموزش توجه و بررسی سطح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی با تعارض زناشویی
سوم	به چالش کشیدن راهبردها	شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری تعارض زناشویی	تمرین فن آموزش توجه و بررسی سطح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی با تعارض زناشویی.
چهارم	شناسایی و مهار نشخوارهای ذهنی	وارسی به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری و تقویت ذهن در مورد حداقل ۷۵٪ از برانگیزاننده‌ها و اقدامات همسران و بیش از دو دقیقه طول نکشیدن دوره‌های نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری،	تمرین فن آموزش توجه
پنجم	مهار نشخوارهای فکری	وارسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت همسران و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن	تمرین فن آموزش توجه.
ششم	زدایش باورهای منفی	بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجان/ افسردگی،	تمرین فن آموزش توجه با افزایش سطح دشواری
هفتم	مهار بازگشت علائم	کار بر روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم	تمرین فن آموزش توجه با افزایش سطح دشواری

مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی
Comparison of the effectiveness of meta-cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on ...

استفاده از برنامه‌های جدید
کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره‌ی نحوه‌ی استفاده از برنامه‌های جدید برای خود و همسر، برنامه‌ریزی جلسه‌های تقویتی برای آن‌ها.
انجام برنامه جلسه‌های تقویتی

یافته‌ها

میانگین سن افراد نمونه به‌این ترتیب بود: گروه فراشناخت: ۳۶,۶۶، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: ۳۹,۵۸ و گروه کنترل: ۳۷,۷۶. جدول شماره ۳ به بررسی میانگین و انحراف معیار سه گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرداخته است. در این جدول خرده‌مقیاس‌ها و مقیاس کلی ابزار کارکرد خانواده در هر دو درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبود یافته بود که نتایج آن‌ها در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳: نتایج میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه فراشناخت		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه کنترل		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حل مشکل	پیش‌آزمون	۱۶,۸۳	۴,۰۸	۱۷,۰۰	۲,۰۴	۱۵,۱۷	۱,۴۶
	پس‌آزمون	۷,۵۰	۱,۱۶	۶,۴۹	۰/۹۹۶	۱۵,۲۵	۱,۵۴
ارتباط	پیش‌آزمون	۲۶,۳۳	۳,۵۲	۲۳,۹۲	۷,۰۱	۲۵,۲۵	۲,۲۶
	پس‌آزمون	۵,۴۲	۰/۵۱۵	۷,۸۳	۱,۲۹	۲۵,۶۷	۲,۲۲
نقش‌ها	پیش‌آزمون	۲۱,۸۳	۳,۲۴	۲۱,۴۲	۲,۱۰	۲۲,۵۰	۲,۳۴
	پس‌آزمون	۶,۰۸	۰/۹۹۶	۸,۷۵	۱,۰۵	۲۲,۹۲	۳,۶۰
همراهی	پیش‌آزمون	۲۶,۵۸	۵,۰۸	۲۵,۳۳	۳,۷۷	۲۴,۲۵	۲,۴۵
	پس‌آزمون	۶,۹۲	۰/۷۹۳	۹,۰۰	۱,۷۷	۲۴,۷۵	۱,۸۱
درگیری	پیش‌آزمون	۱۹,۱۷	۳,۹۶	۲۰,۴۲	۶,۰۵	۱۸,۰۰	۲,۲۵
	پس‌آزمون	۸,۱۷	۰/۶۶۹	۹,۶۷	۲,۰۸	۱۷,۰۸	۲,۳۶
کنترل رفتار	پیش‌آزمون	۲۷,۳۳	۶,۱۱	۲۴,۸۳	۴,۱۹	۲۵,۵۸	۲,۰۲
	پس‌آزمون	۶,۰۸	۰/۸۳۵	۹,۳۳	۱,۰۷	۲۴,۵۰	۳,۶۳
کارکرد خانواده (نمره کل)	پیش‌آزمون	۵۱,۴۲	۳,۵۰	۴۷,۱۷	۹,۲۹	۵۰,۸۳	۳,۱۲
	پس‌آزمون	۱۴,۷۵	۲,۱۲	۲۳,۸۳	۷,۱۷	۴۹,۳۳	۳,۶۰

با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است، در صورت رعایت شدن پیش‌فرض‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس این آزمون بهترین روش تجزیه و تحلیل است (دلاور، ۱۳۹۱). به همین منظور برای پاسخگویی به این سؤال از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده کرده‌ایم. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، وجود رابطه خطی بین متغیر همراه و متغیر وابسته و همگنی ماتریس کوواریانس هاست (شیولسون، ۱۳۸۴) که تمام پیش‌فرض‌ها در این پژوهش رعایت شده است. نتایج حاصل از بررسی مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیر وابسته در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار نیست ($P > 0/05$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است. نتایج آزمون لون نشان داد که مقادیر آماره F در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست ($P > 0/05$). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه مهم‌ترین پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی کارکرد خانواده

منبع	Df	Ms	F	Sig.	Eta	power
پیش‌آزمون	۱	۳۷۸/۰۲	۲/۱۸	۰/۱۴۵	۰/۰۳۸	۰/۳۰۷
گروه	۲	۸۷۳۳۲/۱۲	۴۸۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶	۱
خطا	۵۶	۱۷۱/۸۷				
کل	۶۰					

همان‌گونه که در جدول ۴ نمایان است با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است. لذا نتایج نمایانگر تفاوت در میان گروه‌ها است. حال باید ببینیم که میان کدام گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول شماره ۵ به منظور بررسی این نکته که کدام‌یک از دو روش بر کارکرد خانواده تأثیر بیشتری داشته و آیا تفاوت برآمده از تأثیر دو روش از لحاظ آماری معنادار است از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید.

جدول ۵. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر کارکرد خانواده

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	Sig.
فراشناخت	اکت	-۱۲/۵۸*	۴/۲۶	۰/۰۰۴
	کنترل	-۱۱۹/۱۹*	۴/۲۵	۰/۰۰۱
	فراشناخت	۱۲/۵۸*	۴/۲۶	۰/۰۰۴
اکت	کنترل	-۱۶۰/۳۳*	۴/۱۴	۰/۰۰۱
	فراشناخت	۱۱۹/۱۹*	۴/۲	۰/۰۰۱
کنترل	اکت	۱۶۰/۳۳*	۴/۱	۰/۰۰۱

همان‌گونه که از نتایج به‌دست‌آمده مشخص است، میان گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی هم میان دو روش درمانی فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت وجود داد و هم میان روش‌های درمانی با گروه گواه این تفاوت قابل مشاهده است. همان‌گونه که از نتایج مشاهده می‌شود با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی داشته‌اند ولی روش درمانی فراشناخت در مقایسه با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با بررسی اثربخشی دو رویکرد فراشناخت و پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (ADHD) انجام شد. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که میان اثربخشی دو رویکرد فراشناخت با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی تفاوت معناداری وجود ندارد. برآیندهای این پژوهش نشان داد که رویکردهای فراشناخت و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در گروه آزمایشی در سنجش با گروه گواه اثربخش بوده است.

درباره اثربخشی درمان فراشناخت بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، برآیندهای این پژوهش با پژوهش‌های کورکوران و سگال (۲۰۰۸)، ون در هایدن و همکاران (۲۰۱۲)، ولی زاده و همکاران (۱۳۸۹) و یوسفی و سهرابی (۱۳۹۰) همسو بود. یکی از دلایل موفقیت درمان فراشناختی در این پژوهش این است که درمان فراشناختی با حل تعارض‌های میان فردی از راه آموزش فونونی مانند شناسایی افکار و احساسات منفی، به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه، بازگویی احساسات و هیجانات، قضاوت مثبت، بررسی راه‌های رسیدن به هدف و رویارویی با چالش‌ها، خلق راهکار برای رویارویی با موقعیت‌های چالش‌انگیز و مدیریت رفتار به خانواده کمک کرده است تا نه تنها با مشکلات موجود برآمده از داشتن فرزند دچار اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی به شیوه‌ای کارآمد و شایسته رویارویی کنند، بلکه از رویارویی با هرگونه مشکل احتمالی دیگر نیز پیشگیری کنند، به‌ویژه در مداخله‌های خانوادگی فراشناخت درمانی تأکید فراوانی بر بازسازی الگوهای باور و تفکر غیرمنطقی و انتظارات غیرواق‌نگر می‌شود.

مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی
Comparison of the effectiveness of meta-cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on ...

دلیل دیگری که در موفقیت درمان فراشناختی می‌توان گفت این است که در روند درمان فراشناختی مراجعین مشارکت فعالانه‌ای داشتند که توانستند نظرات خود را به گونه روشن و آشکار بیان و ابراز وجود کنند هنگامی که روابط یک نفر از دید هیجانی تغییر کند، می‌تواند در دیگری تغییر ایجاد کند؛ برای نمونه هنگامی که زن تغییر کند و به موضع انعطاف پذیرانه‌تری در ابراز هیجان متمایل شود، مرد و دیگر اعضای خانواده نیز مهربان‌تر پاسخ می‌دهند که این امر در نهایت سبب بهبود کارکرد خانواده می‌شود. همچنین یکی از برجسته‌ترین اهداف درمان فراشناختی این است که افراد مشکل را به گونه‌ای دیگر ببینند یعنی خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار به‌ویژه افکار منفی، بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند بی‌گمان کاربرد این نحوه تفکر و بیرونی کردن مشکل در گستره‌های ارتباط از جمله ارتباط صمیمی، وظایف، عشق، کیفیت روابط جنسی و زناشویی و دیگر گستره‌ها کارساز بوده و باعث می‌شود که جنگ و کشمکش و مقصر دانستن یکدیگر کمتر شود و از روابط خانوادگی خود احساس خوشنودی بیشتری کنند.

برآیندهای این پژوهش نشان داد که رویکرد پذیرش و تعهد در بهبود کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی اثربخش بوده است. برآیندهای این پژوهش با پژوهش‌های فرانسیسکو (۲۰۱۰)، هربرت و همکاران (۲۰۱۰) و فولک (۲۰۱۲) همسو بوده است. چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند؛ بنابراین آموزش آن به زوجین باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد به مسائل فرزندان و اختلال آن‌ها و مسائل زناشویی می‌شود، در نتیجه سازگاری آن‌ها بهبود می‌یابد. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به‌جای آنکه روی برطرف‌سازی و زدودن عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعین کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند و خود را از مهار قوانین گفتاری که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نمایند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند (نیرمانی و بخشایش، ۱۳۹۳). تبیین دیگر در باب سازوکار درگیر در نحوه تأثیرگذاری تعهد و پذیرش درمانی بر کارکرد خانواده به توان بالقوه و پایدار این نوع درمان بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مربوط می‌شود. همان‌طور که نتایج حاصل از بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده، در درجه اول بسیاری از تعارضات و ناراضی‌های زناشویی در اثر انعطاف‌ناپذیری رفتاری و روانی زوج‌ها با یکدیگر ایجاد می‌شوند. در کنار این دست شواهد، افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ پژوهشی هدف و نتیجه باثبات برای پذیرش و تعهد درمانی است (فولک، ۲۰۱۲). هافمن و اسموندسون^۱ (۲۰۰۸) هدف اصلی زوج‌درمانی با رویکرد پذیرش و تعهد را شامل درمان اجتناب‌های هیجانی، گسترش پاسخ‌ها به محتوای شناخت و ایجاد و حفظ تغییرات رفتاری بیان می‌کنند. آنان می‌نویسند که پذیرش و تعهد زوجین را تشویق می‌نماید که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها گردند. در تبیین اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد در این پژوهش می‌توان گفت که این رویکرد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی جهت ارتباط هرچه بیشتر فرد با زمان حال، پذیرش زندگی و درد رنج‌های آن و ایجاد توانایی در فرد برای انتخاب کارهایی که باعث اجتناب از افکار و احساس‌های دردآور سبب کاهش اثرات مضر فشارهای روانی در فرد و بهبود کارکرد می‌شود. کسانی که نتوانند درد و رنج‌های زندگی را بپذیرند و در زمان حال زندگی کنند می‌توانند به‌طور مستقیم با این دردها روبه‌رو شده و جهت حل کردن آن‌ها اقدام کنند و یا آن‌ها را به‌عنوان واقعیت‌های زندگی بپذیرند.

در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن می‌توان از درمان فراشناخت و پذیرش و تعهد به برای بهبود کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی استفاده کرد. یکی از محدودیت‌های پژوهش این بود که در شهر اهواز اجرا شده است لذا ممکن است عوامل فرهنگی نیز در نتایج تحقیق مؤثر باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش این بود که مدت‌زمان به‌کارگیری مداخلات آزمایشی محدود بود و امکان دسترسی به زوجین در مراحل بعد از مداخلات نبود و به‌این‌علت امکان پیگیری تغییرات حاصله وجود نداشت و همچنین با توجه به شرایط کاری و وقت گروه فراشناخت دوره درمانی آن‌ها نسبت به گروه آزمایشی دیگر یک جلسه کوتاه‌تر بود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در شهرهای مختلف، با دوره‌های پیگیری و به‌صورت یکسان انجام شود.

منابع

- بهروز، ب. (۱۳۹۱). مقایسه کودکان دارای اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی و عادی در دو مقوله هوش هیجانی و شبکه‌های دل‌بستگی. مجله پژوهش در علوم توان‌بخشی، ۸(۶)، ۱۰۴۴-۱۰۳۲.
- ثابتی، ب. (۱۳۷۹). مقیاس سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- سیار، ث و اقلیما، م. (۱۳۹۲). مقایسه کارکرد خانواده در مردان متأهل معتاد و غیر معتاد. فصلنامه علمی- پژوهشی علوم پیراپزشکی و توان‌بخشی، ۲(۲)، ۴۱-۳۵.

- دلاور، ع. (۱۳۹۱). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- راجزی اصفهانی، س؛ فتی، ل؛ حسن آبادی، ح؛ یعقوبی، ح و ظهیرالدین، ع. (۱۳۹۵). کاربرد فراشناخت درمانی در کاهش نشانه‌ها و افزایش سطح عملکرد در اختلال وسواس - اجبار مقاوم به درمان دارویی: مطالعه موردی. فصلنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی، ۲۵(۲)، ۴۰-۵۱.
- عزیزی، آ؛ فاتحی زاده، م؛ احمدی، ا؛ جزایری، ر و عیسی نژاد، ا. (۱۳۹۷). ساخت پرسشنامه آسیب‌های زیر منظومه زوجی، والدینی و همشیرها در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۹(۳۳)، ۱۰۳-۱۲۳.
- کنگرلو، م؛ لطفی، ف؛ کاشانی، ش. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش خانواده در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش فعالی ADHD، فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۲ (۳)، ۲۱۶.
- کوبین، پ. آ. (۲۰۰۷). بیش فعالی (کمک به کودکان و نوجوانان حواس پرت و بی‌قرار)، ترجمه دکتر حمید علیزاده (۱۳۸۸). تهران: جوانه رشد.
- نریمانی، م و بخشایش، ر. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق. فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۱۳(۵۲)، ۱۰۸-۱۲۲.
- ولی زاده، ش؛ داودی فر، آ؛ بردی اوزونی دوجی، ر و اعلائی، ز. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله بر سطح استرس و ناامیدی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۰ (۳)، ۲۴۴-۲۳۷.
- یوسفی، ن و سهرابی، ا. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی اثربخشی رویکردهای خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعین در آستانه‌ی طلاق. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۲)، ۲۱۱-۱۹۲.
- Amaral, M.I.R., Maria Francisca Colella-Santos, M.F. (۲۰۱۰). Temporal Resolution: performance of school-aged children in the GIN – Gaps-in-noise test. *Brazilian journal of Otorhinolaryngology*, ۷۶(۶), ۷۴۵-۵۲.
- Azizi, A., Fatehizade, M., Ahmadi, A., Jazayeri, R. (۲۰۱۸). Effect of child-parent relationship therapy on parenting stress and empowerment of parents with children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Family Counseling and Psychotherapy*, ۸(۱),
- Behrouz, B., Aliabadi, S., Yazdkhasti, F., Veisi, S. (۲۰۱۳). Comparing children with attention deficit/hyperactivity disorder with their normal peers in terms of emotional intelligence and attachment styles. *Journal of research in rehabilitation sciences*, ۸(۶), ۱۰۳۲-
- Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J. (۲۰۰۸). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, ۲, ۳۱-۴۷.
- Corcoran, K. M., & Segal, Z. V. (۲۰۰۸). Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, ۱, (۱), ۳۳-
- Dousti, P, Mohagheghi, H. (۲۰۱۵). The relationship between social networks and marital conflicts. *International Conference on Psychology and the Culture of Life*; Istanbul.
- Eifert, G., & Forsyth, J. (۲۰۰۶). Acceptance & commitment therapy for anxiety disorder: A practioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values- based behavior change strategies. *Journal of Contempt Psychotherapy*, ۳۶, ۱۹۱-۱۹۲.
- Flavell, J.H. (۱۹۸۸). The development of children's knowledge about the mind: From cognitive connections to mental representations. *Develop theori mind*, ۳۴, ۲۴۴-۶۷.
- Folke, F. (۲۰۱۲). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on long- Term sick leave. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*. ۱۹, ۵۸۳-۵۹۴.
- Francisco, J. (۲۰۱۰). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental, psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, ۱۰, ۱۲۶-۱۶۲.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (۲۰۰۴). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive compulsive symptoms: a test of the metacognitive model? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, ۱۱, ۱۳۷-۱۴۴.
- Hafmann, S. & Asmundson, G. (۲۰۰۸). *Acceptance and mind fullness-based. Therapy*: New wave or old hat. Available online at www.science direct. Com.
- Harvey, W.J., Reid, G., Grizenko, N., et al. (۲۰۰۷). Fundamental movement skills and children with attention deficit hyperactivity disorder: peer comparisons and stimulant effects. *J abnormal child psycho*, ۳۵(۵), ۸۷۱-۸۸۲.
- Hasani, M. (۲۰۱۲). The relationship between family functioning and children's self-regulation. *Family Research*, ۸(۳), ۳۰۵-۱۷. [Persian]
- Herbert, J., Forman, E., & Juarascio, A. (۲۰۱۰). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(۲), ۱۷۵-۱۹۰.
- Irak, M., & Tosun, A. (۲۰۰۸). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, ۲۲, ۱۳۱۶-
- Johnston, C., & Mash, E.J. (۲۰۰۱). Families of Children with Attention deficit/ Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research, *Clinical Child and Family Psychology Review*, ۴,
- Kangarlou, M., Lotfi Kashani, F., Vaziri, S. (۲۰۱۲). Investigating the effects of parents training on decreasing behavioral problems of children suffering from attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University - Tehran Medical Branch*, ۲۲(۳), ۲۱۶-۲۲۰.
- Lajoie, S. P., & Lu, J. (۲۰۱۲). Supporting collaboration with technology: Does shared cognition lead to co-regulation in medicine. *Metacognition and Learning*, ۷ (۱), ۴۵-۶۲.

مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده‌های دارای کودک دچار اختلال نقص توجه- بیش فعالی
 Comparison of the effectiveness of meta-cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on ...

- Markman, H.J., Stanley, S., Blumberg, S.L. (۲۰۰۱) *Divorce and Building a lasting Love*. ۱st Ed: San Francisco; *Jossey-Bass*.
- Portes, P.R., Howell, S.C., Brown, S.H., Eichenberger, S, et al. (۲۰۰۵). Family functions and children's post-divorce adjustment. *AM.: J Orthopsychiatry*, ۶۲(۴), ۶۱۳-۷.
- Van der Heiden, C., Muris, P. T., & Van der Molen, H. (۲۰۱۲). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research & Therapy*, ۵۰(۲), ۱۰۰-۱۱۹.
- Valizade, M., Hasanvandi, S., Mehrabzade Honarmand, M., & Afkar, A. (۲۰۱۳). Effectiveness of group metacognitive therapy for students' metacognitive beliefs and anxiety. *Social and Behavioral Sciences*, ۸۴, ۱۵۵۵-۱۵۵۸.
- Wells, A., Matthews, G. (۱۹۹۴). *Attention and emotion. A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (۲۰۱۰). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Research and Therapy*, ۴۸, ۱۰۰-۱۰۸.
- Wong, Hawes, Clarke & Kohn. (۲۰۱۸). Perceptions of ADHD Among Diagnosed Children and Their Parents: A Systematic Review Using the Common-Sense Model of Illness Representations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, ۲۱(۱), ۵۷-۹۳.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishar, M.E. (۲۰۰۳). *Schema therapy, a practitioner's guid*. New York: *Guilford Press*.



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی