Quarterly Journal of
Child Mental Health
Vol. 12, No. 4, Winter 2026

Research Paper

Comparison the effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on anxity, self-efficacy, and resilience in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder

Mojtaba Janalipor Chenarrodkhani[1], Maryam Deldar Gohardani[2], Farhad Asghari[*3]

1. M.A. in Family Counseling, Faculty of Literatu and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
2. M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
3. Associate Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Citation: Janalipor Chenarrodkhani M, Deldar Gohardani M, Asghari F. Comparison the effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on anxity, self-efficacy, and resilience in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Child Ment Health. 2026; 12 (4):101-118.

URL: http://childmentalhealth.ir/article-1-1526-en.html

10.61882/jcmh.12.4.7

ARTICLEINFO

Keywords:
Acceptance and commitment therapy & reality therapy,
anxiety,
attention deficit/hyperactivity disorder,
resilience,
self-efficacy

Received: 11 Aug 2025
Accepted: 1 Jan 2025
Available: 7 Dec 2025

ABSTRACT

Background and Purpose: Mothers of children with Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) face high psychological problems. The present study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on anxiety, self-efficacy, and resilience of mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder.

Method: The research method was quasi-experimental with a multi-group pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder who referred to counseling centers in Rasht in 2023. From this population, 30 people were selected by convenience sampling and randomly assigned to three groups of 10 people acceptance and commitment therapy (ACT), reality therapy (RT), & control. The ACT group received the Bond et al. (2011) protocol in 8 sessions 90-minute, and the RT group received the Glasser protocol (2003) in 7 sessions 90-minute. The control group did not receive any intervention during the study, they received a summary of the more effective intervention at the end of the study.The research tools included the Iranian-validated form of the Resilience Scale Connor and Davidson (CD-RISC, 2003), the Beck's Anxiety Inventory (BAI, 1988), and the General Self-Efficacy Scale Sherr et al (GSES, 1982). Data analysis was performed using SPSS-28 software and multivariate analysis of covariance test.

Results: The findings showed that both interventions resulted in significant reductions in anxiety and increases in self-efficacy and resilience (P> 0.05). However, compared to reality therapy, ACT had a more prominent effect on increasing self-efficacy (P=0.049, F=4.26), and especially resilience (P<0.001, F=16.66). The difference between the two interventions in reducing anxiety was not significant (P=0.288, F=1.17).

Conclusion: The results showed that although both therapeutic approaches are effective, ACT, by strengthening processes such as psychological flexibility and values-based action, can guide mothers not only in the face of conflicts, but also on the path of psychological flourishing and post-stress transformation.

* **Corresponding author:** Farhad Asghari, Associate Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
E-mail: Farhad.asghari@Guilan.ac.ir
Tel: (+98) 1332329073
2476-5740/ © 2024 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Extended Abstract

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common neurodevelopmental disorder with onset in childhood, characterized by a persistent pattern of attention deficit, hyperactivity, and impulsivity. The global prevalence of this disorder has been estimated at about 5.3% (1). In Iran, its prevalence has been reported to be between 3 and 7% among elementary school students (3). Mothers, as the primary caregivers of affected children, face significant psychological distress. Research shows that parenting these children is associated with high levels of stress (4) and mothers, in particular, are at risk of increased levels of anxiety and depression (6).

Another common problem in these mothers is low self-efficacy (8), which can affect their performance. Resilience, as a protective factor, provides the ability to constructively face these stresses and overcome difficult periods (12, 18). Despite awareness of these problems (6, 8), there is a research gap regarding effective psychological interventions to support these mothers in Iran. In this regard, two approaches, acceptance and commitment therapy(ACT) and reality therapy(RT), have been considered due to their reported effectiveness in reducing anxiety (21), increasing self-efficacy (24), and resilience (22) in different populations. Accordingly, the present study was designed to compare the effectiveness of these two interventions on anxiety, self-efficacy, and resilience of mothers of children with ADHD.

Method

This study was a quasi-experimental multi-group pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all mothers referring to counseling centers in Rasht in 2024 whose children were diagnosed with ADHD. From this population, 30 mothers were selected using convenience sampling and randomly assigned to three groups (10 in the ACT group, 10 in the RT group, and 10 in the control group). Two intervention programs, including ACT (in 8 sessions 90-minute) (25, 27, 31) and RT (in 7 sessions 90-minute) (31, 32) were implemented in groups, while the control group received passive intervention. In this study, the standardized versions of the Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (33-35) with 25 items and 5 subscales (perception of personal competence, tolerance of negative affect, positive acceptance of change, mastery, and spiritual influences), the Beck Anxiety Inventory (BAI) (36-40) with 21 items, and the General Self-Efficacy Scale of Scherer et al. (GSES) (41-44) with 17 items and 3 subscales (propensity to initiate behavior, propensity to extend effort to complete a task, and resistance in the face of obstacles) were used in Iran. The implementation method was as follows: after obtaining informed consent and administering a pretest, educational interventions were carried out for about 2 months, and then a post-test was taken. Finally, the data were analyzed using analysis of covariance and SPSS-28 software.

Results

Table 1 shows the descriptive indices of the dependent variables by group in the pre-test and post-test stages.

Table 1. Descriptive statistics of variables by groups and pre-test and post-test stages

Variable	Stage	Group	M	SD	P
Anxiety	Pre-test	ACT	18.87	5.64	.783
		RT	19.07	9.98	.388
		Control	20.53	5.78	.838
	Post-test	ACT	16.73	5.06	.514
		RT	17.53	8.28	.201
		Control	20.47	5.74	.696
Self-efficacy	Pre-test	ACT	48.27	8.71	.233
		RT	47.07	8.28	.142
		Control	48.47	9.37	.559
	Post-test	ACT	52.47	8.58	.483
		RT	49.87	7.95	.952
		Control	48.73	8.18	.949
Resilience	Pre-test	ACT	59.33	9.38	.914
		RT	55.33	7.92	.734
		Control	57.13	6.74	.237
	Post-test	ACT	64.53	8.06	.184
		RT	57.93	7.05	.217
		Control	57.20	6.45	.128

Note. M = Mean, SD = Standard Deviation, ACT= Acceptance & Commitment Therapy, RT= Reality Therapy.

The data in Table 1 show the mean and standard deviation of participants in the three intervention groups (ACT, RT, and control) in the pre-test and post-test stages. Initial examination of the means indicates a decrease in anxiety scores and an increase in self-efficacy and resilience scores in both intervention groups (ACT and RT) compared to the control group after the treatment. After meeting the assumptions of multivariate analysis of covariance such as (normality, homogeneity of variances, and homogeneity of regression

slope), the test results showed that both ACT and RT interventions had a significant effect on reducing anxiety and increasing self-efficacy and resilience. The effectiveness of the ACT intervention had a significant effect on reducing anxiety (P<0.001, F=18.37), increasing self-efficacy (P<0.001, F=33.61), and increasing resilience (P<0.001, F=41.38). The largest effect size was related to the resilience variable with a value of 0.605. The effectiveness of the RT intervention also showed a significant effect on reducing anxiety (P=0.006, F=8.98), increasing self-efficacy (P<0.001, F=16.99), and increasing resilience (P<0.001, F=17.21). The largest effect size of this intervention was also related to resilience with a value of 0.390. Comparing the effectiveness of the two interventions showed that both were equally effective in reducing anxiety (P=0.288, F=1.17), but in increasing self-efficacy (P=0.049, F=4.26) and especially in increasing resilience (P<0.001, F=14.66), the ACT intervention was significantly more effective than RT.

Conclusion

The aim of the study was to compare the effectiveness of ACT and RT on anxiety, self-efficacy, and resilience in mothers of children with ADHD. The results showed that both interventions were effective in reducing anxiety and increasing self-efficacy and resilience. However, ACT was significantly superior in increasing self-efficacy and resilience. These findings are consistent with previous studies that show the effect of ACT on increasing resilience (22) and self-efficacy (24) and the role of both approaches in reducing anxiety (21). These results are important considering the high level of stress (4) and anxiety (6) and low self-efficacy (8) in these mothers. Resilience is essential as a protective factor (18) to overcome difficult situations (12).

The explanation for this superiority is likely to be the strengthening of psychological flexibility processes and values-based action within the framework of ACT, which helps mothers accept negative thoughts and feelings rather than fight them, while taking steps with meaning and purpose to improve their quality of life. This mechanism promotes resilience and self-efficacy at a deeper and more sustained level than RT, which focuses on responsible behavioral choices in the present moment. The limitations of the study include the limited sample size and the lack of a long-term follow-up phase. It is suggested that ACT be used as an effective intervention in counseling centers and psychological services, and that future research be conducted with larger samples and follow-up periods.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study was conducted independently and is not the result of an approved thesis or research plan, and was conducted with the full consent of the participants in this study. The scientific license for this study was issued by the Research Ethics Committee of the University of Guilan with letter number 2/17928 on 2024/05/22. This study has an ethics code of IR.GUILAN.REC.1403.064. Also, the ethical considerations stated in the publication guide of the American Psychological Association and the ethical codes of the Iranian Psychological System Organization, including confidentiality, confidentiality of identity information and data analysis, and informed consent of parents to participate in the research, have been observed in this study.

Funding: This study was conducted without financial support from any institution and at the expense of the authors of the article.

Authors' contribution: In the present study, the first author was the main idea developer and designer of the article and was responsible for designing the protocol, method, and data collection; the second author was responsible for writing the introduction, collecting the background, and the results; The third author also contributed to this article as the corresponding author.

Conflict of interest: The authors had no conflict of interest in conducting this study, and the results were reported completely transparently and without bias.

Data availability statement: All data from this study are available to the corresponding author and were submitted to the journal at the time of manuscript review. They will also be made available to a specific researcher upon reasonable request.

Consent for publication: The authors expressed their full consent to the publication of this article.

Acknowledgments: We would like to thank the Rasht Psychological Counseling and Services Center located in District 1, the mothers of children with ADHD, and the children with ADHD who participated in this study.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر اضطراب، خودکارآمدپنداری، و تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

مجتبی جانعلی‌پور چنار رودخانی[۱]، مریم دلدار گوهردانی[۲]، فرهاد اصغری[۳*]

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:
اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی،
اضطراب،
تاب‌آوری،
خودکارآمدپنداری،
درمان پذیرش و تعهد و
واقعیت‌درمانی

دریافت شده: ۱۴۰۴/۰۵/۲۰
پذیرفته شده: ۱۴۰۴/۱۰/۱۱
منتشر شده: ۱۴۰۴/۱۰/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با مشکلات روان‌شناختی بالایی مواجه هستند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر اضطراب، خودکارآمدپنداری، و تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع شبه‌تجربی با طرح چند گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود. از این جامعه ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره (درمان پذیرش و تعهد، واقعیت‌درمانی، و گواه) جایگزین شدند. گروه درمان پذیرش و تعهد پروتکل باند و همکاران (۲۰۱۱) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه واقعیت‌درمانی پروتکل گلاسر (۲۰۰۳) را در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای در جریان پژوهش دریافت نکرد ولی در پایان مطالعه، خلاصه‌ای از مداخله مؤثرتر را دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل فرم اعتبار یابی شده در ایران مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، سیاهه اضطراب (بک و همکاران، ۱۹۸۸)، و مقیاس خودکارآمدپنداری عمومی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار **SPSS-28** و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله منجر به کاهش معنادار اضطراب و افزایش خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری شدند (**P**>۰/۰۵). با وجود این درمان‌پذیرش و تعهد در مقایسه با واقعیت‌درمانی، تأثیر معنادارتری بر افزایش خودکارآمدپنداری (**P**=۰/۰۴۹، **F**=۴/۲۶)، و به‌ویژه تاب‌آوری (**P**<۰/۰۰۱، **F**=۱۶/۶۶) داشت. تفاوت دو مداخله در کاهش اضطراب، معنادار نبود (**P**=۰/۲۸۸، **F**=۱/۱۷).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد اگرچه هر دو روی‌آورد درمانی کارآمد هستند، اما درمان‌پذیرش و تعهد با تقویت فرایندهایی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عمل مبتنی بر ارزش‌ها به‌عنوان یک مداخله مؤثرتر می‌تواند مادران را نه‌تنها در مواجهه با کشاکش‌ها، که در مسیر شکوفایی روان‌شناختی و تحول پس از تنیدگی هدایت کند.

* **نویسنده مسئول:** فرهاد اصغری، دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

رایانامه: Farhad.asghari@Guilan.ac.ir

تلفن: ۰۱۳-۳۲۳۲۹۰۷۳

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی[1] اختلالی عصبی - تحولی[2] با شروع در دوران کودکی[3] است که با سطح نامتناسب با سن، شدید، و مختل‌کننده نارسایی توجه[4]، فزون‌کنشی و برانگیختگی (تکانشگری) [5] مشخص می‌شود. بر اساس پژوهش‌ها شیوع[6] جهانی این اختلال حدود ۵/۳ درصد برآورد شده است (۱). در ایالات متحده در سال ۲۰۱۶ نیز تشخیص اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در کودکان پیش‌دبستانی و کودکان سن مدرسه ۲/۴ درصد و در نوجوانان ۱۳/۶ درصد افزایش‌یافته است (۲). در ایران نیز شیوع این اختلال در مدارس ابتدایی بین ۳ تا ۷ درصد گزارش شده است (۳).

اغلب والدگری[7] برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با سطوح بالایی از تنیدگی[8] همراه است (۴). ازآنجایی‌که مادران نقش مراقبان اصلی را برای فرزندان خود ایفا می‌کنند و بخش قابل‌توجهی از مسئولیت را در هنگام تربیت فرزند با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بر عهده می‌گیرند (۵)؛ به همین دلیل آنان تنیدگی روزانه و مشکلاتی در تنظیم رفتار فرزندان خود تجربه می‌کنند، که این موضوع منجر به افزایش سطح افسردگی و اضطراب[9] در آنان می‌شود (۶). اضطراب یکی از اساسی‌ترین پاسخ‌ها نسبت به یک تهدید ادراک‌شده است که با حالاتی مانند تنش، انتظار، و دلواپسی همراه است که به‌طور عمده به تغییرات جسمانی، رفتاری، و شناختی منجر می‌شود (۷). یکی دیگر از مشکلاتی که مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با آن مواجه هستند، خودکارآمدپنداری[10] پایین است (۸). به‌طورکلی خودکارآمدپنداری در همه اشکال بر افکار، هیجانات، اعمال، و انگیزه افراد تأثیر می‌گذارد. خودکارآمدپنداری تعیین می‌کند که افراد چگونه درباره خود فکر کنند و چه احساسی داشته باشند (۹). به‌طور مشخص خودکارآمدپنداری پایین در افراد منجر به فقدان حرمت خود[11] (۱۰) و به‌سرعت تمایل به تسلیم شدن در برابر موانع، عدم موفقیت و شکست می‌شود (۱۱)؛ درحالی‌که خودکارآمدپنداری بالا به تاب‌آوری[12] در مواجهه با موانع و مشکلات منجر می‌شود (۱۰).

تاب‌آوری به این معنی است که چگونه فرد می‌تواند با شرایط تنشگر، آسیب و خطر در زندگی مواجه شود. با تاب‌آوری افراد می‌توانند از دوره تاریک زندگی خود عبور کنند. فرد دارای تاب‌آوری می‌تواند یک مبارزه سخت را پشت سر بگذارد، درحالی‌که افراد فاقد تاب‌آوری نمی‌توانند بر مشکلات خود غلبه کنند (۱۲). در سال‌های اخیر، تأثیر تاب‌آوری بر خانواده‌ها توجه گسترده پژوهشگران را به خود جلب کرده است (۱۳). به‌ویژه این موضوع در خانواده‌های که با ناتوانی کنار می‌آیند، موردتوجه است (۱۴). به‌ویژه اینکه مادران کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی با کشاکش‌های پیچیده والدگری روبرو هستند (۱۵)؛ زیرا پرورش کودکان مبتلابه اختلالات عصب_ تحولی مانند اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی نیازمند تلاش‌های جسمانی، روان‌شناختی، و زمانی قابل‌توجهی است (۱۶). بنابراین به دلیل افزایش بحران، احساسات و افکار نامطلوب، تاب‌آوری‌شان کاهش می‌یابد (۱۷). درنتیجه ویژگی تاب‌آوری است که می‌تواند به آنان کمک کند تا عملکرد خود را ارتقا داده و بر مشکلات غلبه کنند (۱۸). در همین راستا نتیجه پژوهش (۱۹) نشان داد که می‌توان از تاب‌آوری به‌عنوان کلید کمک به والدین کودکان دارای نیازهای ویژه در رؤیارویی با مشکلات روزمره‌شان استفاده کرد تا این والدین بتوانند با موانع روزمره به شیوه‌ای سازنده‌تری سازش یابند.

هرچند با توجه‌به پژوهش‌های مختلف چه در ایران و چه در کشورهای دیگر آگاهی فزاینده‌ای از تأثیرات اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان بر ابعاد مختلف زندگی مادرانشان به وجود آمده است (۶، ۸)؛ اما با وجود این ابهامات زیادی درباره روی‌آوری‌های درمانی مؤثرتر که بتواند مشکلات را در زندگی مادران تخفیف یا کاهش دهد، به‌ویژه در داخل کشور باقی‌مانده است؛ زیرا در پهنه جهانی با توجه به مطالعات گوناگون از گذشته تاکنون بر مشکلات رفتاری مزمن کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بر مراقبان اصلی تأکید شده (۴، ۵) و با

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Neurodevelopmental disorders
3. Childhood-onset
4. Attention deficit
5. Impulsivity
6. Prevalence
7. Parenting
8. Stress
9. Anxiety & depression
10. Self-efficacy
11. Self-esteem
12. Resilience

توجه به این مسئله برنامه‌ریزی‌هایی انجام‌شده است؛ اما در کشور ما از این جنبه، کمتر به موضوع نگریسته شد. بعلاوه، مادران این کودکان به دلیل هزینه و بار مالی، کمتر پیگیر درمان خود هستند. بنابراین ضرورت درمان‌های روان‌شناختی برای آنان کاملاً محرز است.

بنابراین باتوجه‌به مطالب مطرح‌شده در بالا، یکی از روی‌آوردهای درمانی که اثربخشی خود را در جمعیت‌های بالینی مختلف با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[1] و ارتقای پاسخ‌های انطباقی به عوامل تنشگر نشان داده است روی‌آورد درمانی پذیرش و تعهد[2] است (۲۰). ازاین‌رو، تعداد فزاینده‌ای از شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که درمان‌پذیرش و تعهد به‌عنوان یک‌روی‌آورد درمانی برای طیف وسیعی از اختلالات بالینی ازجمله تنیدگی و اضطراب (۲۱)، افزایش مهارگری خشم[3] و تاب‌آوری (۲۲)، کاهش ابعاد درماندگی روان‌شناختی (۲۳)، افزایش خودکارآمدپنداری (۲۴)، و کاهش پریشانی روان‌شناختی و تنیدگی فرزندپروری[4] (۲۵) مؤثر شناخته شده است. هدف در این روی‌آورد درمانی، کمک به فرد برای مواجهه با تجربیاتش به روش‌های مختلف است تا باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی شود که اجتناب تجربی[5] غالب است و فرد را از زندگی اساسی بازمی‌دارد (۲۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شامل بهره‌گیری از کارکردهای سازش یافته شناخت مانند ایجاد حس انعطاف‌پذیرتر و پایدارتر از خود (خود به‌عنوان زمینه[6])، توجه به تجربیات در لحظه حال (یعنی توجه به لحظه حال[7])، تعهد به حفظ و گسترش الگوهای معنادار رفتاری (یعنی عمل متعهدانه[8])، و شفاف‌سازی و ارتباط‌دادن حس شخصی از معنا و انگیزه ذاتی با اعمال خود (یعنی ارزش‌ها[9]) است. درمجموع این زیرفرایندهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اجزای درمان‌پذیرش و تعهد را تشکیل می‌دهند (۲۷).

یکی دیگر از مداخلات پرکاربرد در روان‌شناسی شناختی واقعیت‌درمانی[10] گلاسر[11] است که هدف آن توصیف رفتار انسان، ایجاد اصول رفتاری و ترسیم مسیرهایی برای رضایت، شادی و موفقیت[12] است (۲۸). در این روی‌آورد درمانی، برای تغییر وضعیت روانی مراجع، انتخاب رفتار مفید و مؤثر به‌جای رفتار غیر مؤثر موردتوجه قرار می‌گیرد و با افزایش قدرت انتخاب و رفتار مبتنی بر واقعیت، عملکرد روانی مراجع بهبود می‌یابد (۲۹). پژوهش‌های بسیاری درباره واقعیت‌درمانی انجام شده است که در هر یک از این مطالعات بر اثربخشی این روی‌آورد درمانی بر خودکارآمدپنداری (۳۰)، کاهش اضطراب و افسردگی (۳۱)، ارتقا خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری (۱۱) و افزایش مسئولیت‌پذیری و شادزیستی[13] تأکید شده است (۳۲).

اگرچه پژوهش‌های بسیار زیادی درزمینه کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی انجام‌شده است، اما بررسی روش‌های اثربخش در برطرف‌کردن مشکلات والدین این کودکان به‌ویژه مادران، کمتر موردتوجه قرار گرفته است. درنتیجه نیاز به انجام پژوهش‌هایی در جهت کمک به این گروه از مادران جهت کنارآمدن با مشکلات فردی و خانوادگی ناشی از داشتن کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، بسیار ضروری به نظر می‌رسد. باتوجه‌به پژوهش‌های انجام‌شده درمان‌پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در بهبود مشکلات روان‌شناختی و رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و بهبود عملکرد خانواده‌هایشان به‌ویژه مادران مؤثر بوده است. از دیگر سو، باتوجه‌به خلأ پژوهشی موجود درزمینه شناسایی راهکارهای مؤثر بر بهبود شرایط مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و اثر مثبت دوروی آورد پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در مرتفع کردن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی کودکان و خانواده‌های آنان پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر اضطراب، خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی انجام شد.

1. Psychological flexibility
2. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)
3. Anger control
4. Psychological distress & parenting stress
5. Experimental avoidance
6. Self-as context
7. Present moment attention
8. Committed action
9. Values
10. Glasser
11. Reality Therapy (RT)
12. Satisfaction, Happiness, Succes
13. Responsibility, Happiness

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر شبه‌تجربی با طرح چندگروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر رشت در سال ۱۴۰۳ بود که طی انجام مصاحبه (با مادر و فرزند)، فرزند آنها توسط روان‌شناس متخصص مرکز و روان‌پزشک و بر مبنای ملاک‌های تشخیصی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[1](۱) تشخیص اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی دریافت کرده بودند. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ بدین‌صورت که از بین تمامی مراکز مشاوره شهر رشت دو مرکز مشاوره به‌صورت تصادفی انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۳۰ مادر از بین مادرانی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند؛ بنابراین طرح درمانی با شرکت ۳۰ مادر اجرا شد. این مادران به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۰ مادر در گروه درمان پذیرش و تعهد، ۱۰ مادر در گروه واقعیت‌درمانی و ۱۰ مادر در گروه گواه). جلسات آموزشی - درمانی بر روی گروه‌های آزمایش انجام شد و مادران گروه گواه نیز یک مداخله غیرفعال/ ساختگی را دریافت کردند و با تعهد پژوهشگر مبنی بر اینکه پس از پایان طرح پژوهشی و مشخص شدن میزان تأثیر هر یک از دو درمان، درمان مؤثرتر را دریافت کنند در انتظار درمان قرار گرفتند. جلسه درمانی برای مادران گروه درمان پذیرش و تعهد با استفاده از پروتکل باند و همکاران (۲۵) در ۸ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه و پروتکل واقعیت‌درمانی گلاسر (۳۲) در ۷ جلسه هفتگی به مدت تقریبی ۹۰ دقیقه دریکی از مراکز مشاوره شهر رشت بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد.

ملاک‌های ورود کودکان به طرح درمانی عبارت بود از؛ تشخیص اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بر اساس انجام مصاحبه در مادر و فرزند (و همچنین تشخیص متخصص روتنپزشک اطال یا متخصص روان‌شناس کودک)، قرارگرفتن در محدوده سنی (۶ تا ۱۲) سال و عدم مصرف دارو (به‌استثنای دارو تجویزشده توسط روان‌پزشک، ریتالین[2]) یا هر مداخله دیگر در بازه زمانی مداخلات روان‌شناختی توسط پژوهشگر. ملاک‌های خروج آنان از پژوهش نیز شامل دریافت مداخله روان‌شناختی دیگر هم‌زمان با مداخله درمانی توسط پژوهشگر، وجود اختلالات روان‌شناختی همبود در فرزند بر اساس پرونده تشخیصی، و عدم رضایت و انصراف از مشارکت در پژوهش بود.

ملاک‌های ورود مادران به طرح درمانی عبارت بود از؛ قرارگرفتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۲ سال، عدم وجود مشکلات جسمانی و روان‌شناختی خاص در آنان، زندگی با همسر و تمایل و رضایت داوطلبانه برای مشارکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل؛ داشتن فرزند با اختلال روان‌شناختی دیگر، دریافت دوره آموزشی یا مداخله‌ای هم‌زمان با دوره آموزشی پژوهشگر، و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله و مطلقه بودن مادران بود.

مشخصات جمعیت‌شناختی افراد نمونه حاکی از این بود که ازنظر سطح تحصیلات، در گروه پذیرش و تعهد ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند، در گروه واقعیت‌درمانی ۶ نفر (۴۰ درصد) تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و ۹ نفر (۶۰ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند و در گروه گواه ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. مشخصات جمعیت‌شناختی ۳۰ کودک دارای تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بدین شرح است که ۲۱ نفر (۷۰ درصد) پسر و ۹ نفر (۳۰ درصد) دختر بودند. بر اساس گزارش مادران، ۱۸ کودک (۶۰ درصد) در مقطع ابتدایی پایه اول تا سوم و ۱۲ کودک (۴۰ درصد) در مقطع ابتدایی پایه چهارم تا ششم بودند.

(ب) ابزار

۱. *مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیوید سون*[3]: مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون سنجشی مختصر از تاب‌آوری است. این مقیاس که قادر است افراد تاب‌آور و غیر تاب‌آور را در گروه‌های بالینی و غیر بالینی از یکدیگر تفکیک کند (۳۳) توسط کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تدوین‌شده است (۳۴) که بعدها توسط آنان در سال ۲۰۰۳ مورد بازنگری قرار گرفت (۳۳). در پژوهش حاضر نیز از نسخه

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM_5)
2. Ritalin
3. Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

بازنگری شده سال ۲۰۰۳ استفاده‌شده است. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از ۲۵ گویه و ۵ زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی[1] (گویه‌های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، تحمل عاطفه منفی[2] (گویه‌های ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، پذیرش مثبت تغییر[3] (گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۸)، مهارگری[4] (گویه‌های ۱۳، ۲۱، ۲۲) و تأثیرات معنوی[5] (گویه‌های ۳، ۹) تشکیل شده است که تصور می‌شود شامل ویژگی‌ها و رفتارهای تاب‌آورانه در افرادی است که با ناملایمات، به‌طور مثبت سازش می‌یابند (۳۳). این مقیاس ۲۵ گویه‌ای دارای طیف پاسخ ۵ امتیازی است؛ اصلاً درست نیست = ۰، به‌ندرت درست است = ۱، گاهی درست است= ۲، اغلب درست است = ۳ و تقریباً همیشه درست است=۴. این مقیاس بر اساس احساس فرد در طول ماه گذشته رتبه‌بندی می‌شود. نمره کل با جمع کردن تمام پاسخ‌ها به دست می‌آید و از ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است (۳۴). روایی محتوایی[6] این مقیاس در نسخه اصلی ۰/۸۹ گزارش شد (۳۳). همچنین روایی همگرا[7] از طریق همبستگی آن با مقیاس سرسختی کوباسا[8] ۰/۸۳ محاسبه شد. اعتبار[9] کل مقیاس نسخه اصلی در یک فاصله زمانی ۴ هفته‌ای با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۳). در نسخه فارسی از ضریب آلفای کرونباخ از روش لوپ[10] برای بررسی اعتبار استفاده شد که ضریب اعتبار برابر با مقدار ۰/۷۷۴ بود که نشان‌دهنده اعتبار قابل‌قبول این مقیاس بود (۳۵). همچنین ضریب همبستگی بین روان‌رنجورخوئی[11] سیاهه پنج عاملی شخصیت نئو[12] و تاب‌آوری برابر با ۰/۰۷- بود که نشان‌دهنده روایی واگرا[13] مقیاس تاب‌آوری است. علاوه بر این رابطه مثبتی بین ابعاد تاب‌آوری و توافق[14] با مقدار ۰/۲۸، تاب‌آوری و وظیفه‌شناس بودن[15] با مقدار ۰/۲۹، تاب‌آوری و برون‌گرایی[16] با مقدار ۰/۲۵ و تاب‌آوری و باز بودن به تجربه‌ها[17] با مقدار ۰/۱۸ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی همگرای قابل‌قبول برای این مقیاس است (۳۵). در پژوهش حاضر به‌منظور تعیین شاخص‌های روان‌سنجی، روایی آن به شیوه کیفی و با نظرخواهی از متخصصان با استفاده از شاخص و نسبت روایی محتوا، محاسبه و تأیید شد و اعتبار آن با آزمون ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ به دست آمد.

۲. *سیاهه اضطراب بک*[18]: این سیاهه خود گزارشی توسط بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ برای تشخیص علائم اضطراب از علائم افسردگی در طول هفته گذشته طراحی شد و دارای ۲۱ گویه است (۳۶). در این سیاهه ۱۳ گویه علائم جسمانی[19]، ۵ گویه جنبه‌های شناختی[20] اضطراب، و ۳ گویه نیز بر جنبه‌های جسمانی و شناختی دلالت دارد (۳۷). از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود تا میزان ناراحتی خود را در طول هفته گذشته در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ مساوی با «اصلاً» تا ۳ مساوی با «به‌شدت، به‌سختی می‌توانم تحمل کنم» ارزیابی کند. این موارد برای به دست آوردن نمره کل باهم جمع می‌شوند (۳۸). نمره کل از ۰ تا ۶۳ است. نمره به‌دست‌آمده در دامنه ۰ تا ۷ نشان‌دهنده این است که فرد هیچ اضطرابی ندارد، نمره به‌دست‌آمده بین ۸- ۱۵ حاکی از اضطراب خفیف فرد است، نمره به‌دست‌آمده بین ۱۶- ۲۵ نشان‌دهنده اضطراب متوسط بوده و درنهایت نمره به‌دست‌آمده بین ۲۶- ۶۳ نشان‌دهنده اضطراب شدید است (۳۹). اعتبار در نسخه اصلی همسانی درونی[21] بالایی را با استفاده از آلفای کرونباخ در سطح ۰/۹۲ نشان داد (۳۸). اعتبار بازآزمایی نیز در طول ۱ هفته ۰/۷۵ گزارش شد. همچنین همبستگی بین کل گویه‌ها از دامنه ۰/۳۰ تا ۰/۷۱ برخوردار است. در نسخه اصلی پنج نوع روایی هم‌زمان[22]، محتوا، تشخیصی[23]، عاملی[24] و سازه[25] تأیید شد که نشان‌دهنده کارایی بالای این سیاهه در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (۳۸). در نسخه فارسی نمرات

1. Personal competence
2. Tolerance of negative affect
3. Positive acceptance of change
4. Control
5. Spirituality influences
6. Content validity
7. Convergent validity
8. Kubasa's hardiness scale
9. Reliability
10. Loop
11. Neuroticism
12. NEO Personality Inventory (NEO-PI)
13. Divergent validity
14. Agreeableness
15. Conscientiousness
16. Extraversion
17. Openness to experiences
18. Beck Anxiety Inventory (BAI)
19. Physiological
20. Cognitive
21. Internal consistency
22. Concurrent validity
23. Diagnostic validity
24. Factor validity
25. Construct validity

این سیاهه با مقادیر ضریب آلفا، همسانی درونی خوب تا بسیار خوبی را نشان داد. یافته‌ها نشان داد که نسخه فارسی اعتبار خوبی با مقدار ۰/۸۸ و روایی بسیار مناسبی برابر با ۰/۵۹/۶ دارد (۴۰). همچنین اعتبار بازآزمایی برابر با ۰/۶۷، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی همگرا و واگرا به ترتیب ۰/۴۴ – ۰/۴۰ و ۰/۲۱۶ قابل قبولی را با سیاهه افسردگی بک_ نسخه ۲[1] نشان داد. در پژوهش حاضر به‌منظور تعیین شاخص‌های روان‌سنجی، روایی آن به شیوه کیفی و با نظرخواهی از متخصصان با استفاده از شاخص و نسبت روایی محتوا، محاسبه و تأیید شد و اعتبار آن با آزمون ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بود.

۳. *مقیاس خودکارآمدپنداری عمومی شرر*[2]: مقیاس خودکارآمدپنداری توسط شرر[3] و همکارانش در سال ۱۹۸۲ برای بررسی خودکارآمدپنداری افراد طراحی شد (۴۱). این مقیاس دارای ۱۷ گویه است که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند (۴۱). مقیاس خودکارآمدپنداری عمومی شرر شامل ۳ خرده مقیاس میل به آغازگری رفتار[4]، میل به گسترش تلاش برای تکمیل تکلیف[5]، و مقاومت در رؤیارویی با موانع[6] است (۴۲). حداقل نمره این مقیاس ۱۷ و حداکثر ۸۵ است. درصورتی‌که نمرات مقیاس بین ۱۷ تا ۳۴ باشد نشان‌دهنده میزان خودکارآمدپنداری پایین است. درصورتی‌که نمرات مقیاس بین ۳۴ تا ۵۱ باشد خودکارآمدپنداری در سطح متوسطی قرار دارد و درصورتی‌که نمرات بالای ۵۱ باشد میزان خودکارآمدپنداری بسیار بالا است (۴۲). هر گویه از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود، به‌طوری‌که گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ به‌صورت مثبت و گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل با جمع‌کردن نمرات همه گویه‌ها به دست می‌آید (۴۲). روایی این مقیاس در نسخه اصلی برابر با ۰/۸۶ است (۴۲). اعتبار همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ از ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های خودکارآمدپنداری عمومی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ به دست آمد (۴۲). در نسخه اصلی با استفاده از روش دونیمه کردن، ضریب اعتبار این مقیاس ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد. همچنین روایی این مقیاس را با دونیمه کردن گاتمن[7] مقدار ۰/۷۵ و با استفاده از آزمون اسپیرمن براون[8] با طول برابر و نابرابر به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۶ گزارش کردند (۴۲). روایی محتوایی و صوری[9] در پژوهشی (۴۳) نیز با استفاده از روش کیفی و نظر متخصصان به شیوه‌های شاخص و نسبت روایی محتوا، مطلوب گزارش شد. همچنین در پژوهشی دیگر (۴۴) روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از نظرات متخصصان تأیید شد و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر به‌منظور تعیین شاخص‌های روان‌سنجی، روایی این پرسشنامه به شیوه کیفی و با نظرخواهی از متخصصان با استفاده از شاخص و نسبت روایی محتوا، محاسبه و تأیید شد و اعتبار آن با آزمون ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ بود.

(ج) معرفی برنامه‌های مداخله‌ای

۱. مداخله درمان پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد یک مداخله مبتنی بر فرآیند است. از تمرکزهای اصلی این روی‌آورد درمانی این است که شناخت چگونه می‌تواند فرآیندهای رفتاری را به شیوه‌هایی تغییر دهد که به الگوهای رفتاری سازش‌نایافته یا سازش‌یافته منجر شود (۲۷). در این روی‌آورد که هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق ذهن-آگاهی و عمل مبتنی بر ارزش‌ها است، مراجعان تشویق می‌شوند تا به‌جای تلاش به‌منظور مهارگری یا اجتناب از افکار و احساسات خود، آنها را بپذیرند و به اقدامات همسو باارزش‌هایشان متعهد شوند (۳۱). در این پژوهش مداخله توسط درمانگر حاضر در پژوهش با تخصص مشاور خانواده با مدارک صلاحیت درمان در زمینه درمان پذیرش و تعهد انجام شده است. جلسات مداخله در ۸ جلسه به مدت تقریبی ۹۰ دقیقه برای گروه‌های تحت آزمایش به‌صورت گروهی دریکی از مراکز مشاوره شهر رشت انجام شد. در این مداخله، از پروتکل درمان پذیرش و تعهد باند و همکاران (۲۵) استفاده شده است. هر جلسه دارای ساختار و قوانین متناسب با موضوع جلسه است. در ابتدای هر جلسه درباره تکالیف جلسه قبل بحث و گفتگو شد، سپس مطالب آموزشی ارائه شد که مادران آن را به‌صورت

1. Beck Depression Inventory-II (BDA-II)
2. General Self-Efficacy Scale (GSES)
3. Sherer
4. Willingness to initiate behavior
5. Willingness to expand effort in completing the behavior
6. Persistence in the face of adversity
7. Guttman's split-half
8. Spearman-Brown
9. Formal validity

مکتوب نیز دریافت کردند. مادران مطالب آموزش داده‌شده در جلسات را با کمک درمانگر تمرین و در پایان تکالیف خانگی برایشان تشریح شد. موضوعات و اهداف هر جلسه به‌صورت خلاصه در جدول ۱ آورده شده است. همچنین خلاصه مداخله بر اساس پروتکل درمان مبتنی پذیرش و تعهد نیز ارائه شده است.

۲. *مداخله واقعیت‌درمانی*: واقعیت‌درمانی یک روی‌آورد درمانی مبتنی بر واقعیت، مسئولیت‌پذیری و تشخیص درست و غلط و رابطه آنها بازندگی روزمره افراد تأکید دارد و به برآورده کردن نیازهای اساسی از طریق انتخاب‌ها و رفتارهای مؤثر تمرکز دارد (۳۱). در پژوهش حاضر جلسه مداخله در ۷ جلسه به مدت تقریبی ۹۰ دقیقه هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش به‌صورت گروهی دریکی از مراکز مشاوره شهر رشت انجام شد. در این مداخله، از بسته آموزشی واقعیت‌درمانی بر اساس فنون مبتنی بر واقعیت‌درمانی و کتاب تئوری انتخاب[1] گلاسر ترجمه صاحبی (۳۲) استفاده شده است که توسط چند تن از استادان متخصص مورد ارزیابی قرار گرفت. اجرای جلسات به‌وسیله درمانگر متخصص حوزه واقعیت‌درمانی، حاضر در این پژوهش بر روی مادران گروه آزمایش انجام شده است. در هر جلسه در مرکز مشاوره خانواده شهر رشت توسط پژوهشگر موضوعی خاص و مطالب متناسب با همان موضوع مطرح می‌شد و در انتهای هر جلسه، تکالیف متناسب با مطالب آموزش داده‌شده به مادران ارائه شد. در ابتدای هر جلسه هر یک از مادران طی مدت‌زمانی مشخص، به شرح چگونگی انجام تکالیف جلسه گذشته در طول هفته پرداخته و پس‌ازآن در مورد تأثیرات و یا ابهامات احتمالی تکالیف بحث شد. در انتهای هر جلسه نیز مطالب و مثال‌های مکتوب همان جلسه به مادران داده می‌شد تا در طول هفته بتوانند مطالب ارائه‌شده در جلسه گذشته یا چگونگی نحوه انجام تکالیف هفته را مرور کنند. در جدول ۱ خلاصه جلسه مداخله بر اساس واقعیت‌درمانی ارائه‌شده است.

جدول ۱: خلاصه بسته آموزش مداخله درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی

محتوای جلسات آموزش مداخله درمان‌پذیرش و تعهد باند و همکاران (۲۵)		
جلسه	**عنوان جلسه**	**اهداف**
یکم	معارفه، آشنایی و شناخت مبانی نظری درمان‌پذیرش و تعهد	معارفه و گرفتن پیش‌آزمون، توضیحاتی درباره درمان‌پذیرش و تعهد
دوم	فرایندهای زیر بنائی درمان‌پذیرش و تعهد	زمینه‌گرایی عملکردی، چارچوب رابطه‌های ذهنی، استفاده از تمثیل، ارتباط بازمان حال
سوم	ناامیدی خلاقانه و فهم ارزش‌گذاری	پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه
چهارم	عینی‌تر کردن ارزش‌ها و عمل متعهدانه	شناسایی ارزش‌ها، اعمال، اهداف و موانع
پنجم	شروع درمان گواه است نه راه‌حل	جایگزین‌کردن تمایل به‌جای گواه با به‌کارگیری استعاره‌ها
ششم	مواجهه (نظری)	بررسی مواجهه با موقعیت دردآور
هفتم	مواجهه (عملی)	به اجراگذاشتن موقعیت‌های دردآور
هشتم	حمایت اجتماعی و جمع‌بندی	مرور جلسات و کارآمد بودن حمایت اجتماعی در زندگی افراد، گرفتن پس‌آزمون
محتوای جلسات آموزش مداخله واقعیت‌درمانی گلاسر (۳۲)		
	موضوع اهداف جلسه	
یکم	آشنایی اعضا با یکدیگر، بحث در مورد قوانین و هدف، آشنایی اولیه با واقعیت‌درمانی، معرفی اعضا و ایجاد ارتباط بین اعضا و درمانگر، گرفتن پیش‌آزمون و توضیحاتی درباره واقعیت‌درمانی	

1. Choice theory

دوم	آموزش مفاهیم نظریه واقعیت‌درمانی و معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار، بررسی مفهوم ارتباط با دیگران و آشنایی با ویژگی‌های ارتباط مؤثر
سوم	آشنایی افراد با ۴ مؤلفه کلی رفتار (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) و استفاده از ایفای نقش برای تفهیم مسائل و امور، آشنایی بامعنا و مفهوم تصمیم‌گیری، اهمیت تصمیم‌گیری و مراحل تصمیم‌گیری
چهارم	آشنایی، معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری، اهمیت ارتباط و نقش آن در رضایت، احساس خودارزشمندی و برآوردن نیازهای اساسی
پنجم	معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط و آموزش زندگی در زمان حال، تبدیل رفتارهای منجر به شکست به رفتارهای رضایت‌بخش و تأکید بر زمان حال
ششم	شناخت نیازهای اساسی از دیدگاه واقعیت‌درمانی و فهرست‌بندی آن‌ها با تلاش مادران و کمک درمانگر، بررسی اهمیت برآوردن آنها، آشنایی با ابعاد رفتار از دیدگاه گلاسر و نقش انسان در مهارگری رفتار
هفتم	شیوه حفظ و افزایش تغییرات، مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت مادران و متعهدشدن برای تحول، چگونگی حفظ تغییرات به وجود آمده و گرفتن پس‌آزمون

(د) روش اجرا: جهت اجرای این پژوهش ابتدا مجوز لازم (کد اخلاق) در تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۲۲ از معاونت پژوهشی دانشگاه گیلان دریافت شد. سپس هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر رشت واقع در منطقه یک انجام شد. در ادامه مادران مراجعه‌کننده به این مراکز که فرزندانشان دارای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. طرح درمانی با شرکت ۳۰ مادر به‌صورت گروهی اجرا شد. این مادران به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۰ مادر در گروه درمان پذیرش و تعهد، ۱۰ مادر در گروه واقعیت‌درمانی، و ۱۰ مادر در گروه گواه). مادران شرکت‌کننده به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. البته پاسخگویی به پرسشنامه‌ها قبل و بعد از انجام هرگونه مداخله‌ای در پژوهش به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌بار به‌صورت گروهی، این مداخله درمانی را دریافت کردند و در گروه آزمایش واقعیت‌درمانی، مداخله واقعیت‌درمانی به مدت ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌بار به‌صورت گروهی اجرا شد، درحالی‌که گروه گواه در این مدت مداخله غیرفعال/ ساختگی را دریافت کردند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان قول داده شد که پس از اتمام کار، جلسات مشابه مانند آنچه به گروه آزمایش ارائه شده بود، برای آنها نیز عملی شود (که خلاصه‌ای از هر دو مداخله برای گروه گواه ارائه شد). در راستای رعایت اصول اخلاق در این پژوهش، رضایت کامل شرکت‌کنندگان کسب شد و آنها از اهداف و تمامی مراحل مداخله به‌صورت کامل و جامع آگاه شدند. همچنین مداخلات این پژوهش توسط پژوهشگر و همکاران درمانگر به مدت ۲ ماه در مراکز مشاوره شهر رشت اجرا شد و به‌تمامی افراد هر سه گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند. در پایان تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس و با نرم‌افزار SPSS-28 انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن پاسخگویان در گروه پذیرش و تعهد ۲۰/۹۶±۳۷/۵، در گروه واقعیت‌درمانی ۶/۴۳±۳۴/۹۳، و در گروه گواه ۲۷/۱۱±۳۵/۵ است. نتایج آزمون کای اسکوئر برای تحصیلات و T مستقل برای سن نشان داد که شرکت‌کنندگان در سه گروه همگن بودند (P>۰/۰۵). جهت بررسی تعیین معناداری تفاوت میان گروه‌ها (درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی) در هر یک از متغیرهای اضطراب، خودکارآمدپنداری، و تاب‌آوری از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. آماره‌های توصیفی متغیرها و آزمون شاپیرو ویلک به تفکیک گروه و مرحله در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرها و آزمون نرمال بودن شاپیرو_ویلک به تفکیک گروه‌ها و مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره S-W	سطح معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	۱۸/۸۷	۵/۶۴	۰/۹۶۵	۰/۷۸۳
		واقعیت‌درمانی	۱۹/۰۷	۹/۹۸	۰/۹۴۰	۰/۳۸۸
		گواه	۲۰/۵۳	۵/۷۸	۰/۹۶۹	۰/۸۳۸
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۱۶/۷۳	۵/۰۶	۰/۹۴۹	۰/۵۱۴

		واقعیت‌درمانی	۱۷/۵۳	۸/۲۸	۰/۹۲۱	۰/۲۰۱
		گواه	۲۰/۴۷	۵/۷۴	۰/۹۶۰	۰/۶۹۶
		پذیرش و تعهد	۴۸/۲۷	۸/۷۱	۰/۹۲۵	۰/۲۳۳
	پیش‌آزمون	واقعیت‌درمانی	۴۷/۰۷	۸/۲۸	۰/۹۱۱	۰/۱۴۲
خودکارآمدپنداری		گواه	۴۸/۴۷	۹/۳۷	۰/۹۵۲	۰/۵۵۹
		پذیرش و تعهد	۵۲/۴۷	۸/۵۸	۰/۹۴۷	۰/۴۸۳
	پس‌آزمون	واقعیت‌درمانی	۴۹/۸۷	۷/۹۵	۰/۹۷۸	۰/۹۵۲
		گواه	۴۸/۷۳	۸/۱۸	۰/۹۷۷	۰/۹۴۹
		پذیرش و تعهد	۵۹/۳۳	۹/۳۸	۰/۹۷۴	۰/۹۱۴
	پیش‌آزمون	واقعیت‌درمانی	۵۵/۳۳	۷/۹۲	۰/۹۶۲	۰/۷۳۴
		گواه	۵۷/۱۳	۶/۷۴	۰/۹۲۶	۰/۲۳۷
تاب‌آوری		پذیرش و تعهد	۶۴/۵۳	۸/۰۶	۰/۹۱۹	۰/۱۸۴
	پس‌آزمون	واقعیت‌درمانی	۵۷/۹۳	۷/۵۰	۰/۹۲۳	۰/۲۱۷
		گواه	۵۷/۲۰	۶/۴۵	۰/۹۰۵	۰/۱۲۸

نتایج جدول ۲ نشان داد میانگین اضطراب در گروه پذیرش و تعهد از ۱۸/۸۷ در پیش‌آزمون به ۱۶/۷۳ در پس‌آزمون رسید و ۲/۱۴ نمره کاهش داشت و در گروه واقعیت‌درمانی از ۱۹/۰۷ به ۱۷/۵۳ رسید و ۱/۵۴ نمره کاهش داشت. میانگین خودکارآمدپنداری در گروه پذیرش و تعهد از ۴۸/۲۷ به ۵۲/۴۷ در پس‌آزمون رسید و ۴/۲۰ نمره افزایش داشت و در گروه واقعیت‌درمانی از ۴۷/۰۷ به ۴۹/۸۷ رسید و ۲/۸۰ نمره افزایش داشت. میزان تاب‌آوری در گروه پذیرش و تعهد از ۵۹/۳۳ به ۶۴/۵۳ رسید و ۵/۲۰ نمره افزایش داشت و در گروه واقعیت‌درمانی از ۵۵/۳۳ به ۵۷/۹۳ رسید و ۲/۶۰ نمره افزایش داشت. تغییرات میانگین متغیرها در گروه گواه اندک بود و نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر کمی در مقایسه با گروه‌های مداخله داشت.

در این پژوهش برای بررسی اثربخشی مداخله‌های پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری هستیم و قبل از تحلیل کوواریانس به بررسی برقرار بودن مفروضه‌های این آزمون پرداخته شد. مفروضه نرمال بودن متغیرها با آزمون شاپیرو - ویلک بررسی شد و چون سطح معناداری آزمون شاپیرو - ویلک بیشتر از ۰/۰۵ بود (P>۰/۰۵)، مفروضه نرمال بودن برقرار بود. مفروضه همگنی واریانس‌ها (با آزمون لوین) نشان داد همگنی واریانس‌ها برای اضطراب (P=۰/۱۳۳، F=۲/۱۶)، خودکارآمدپنداری (P=۰/۸۱۵، F=۰/۲۱) و تاب‌آوری (P=۰/۵۷۲، F=۰/۵۶) برقرار بود. همچنین مفروضه همگنی شیب‌خط رگرسیونی با آزمون اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه بر نمره پس‌آزمون بررسی شد که نتایج، نشان از برقرار بودن این مفروضه برای هر سه متغیر اضطراب (P=۰/۱۳۶، F=۱/۹۶)، خودکارآمدپنداری (P=۰/۵۱۶، F=۰/۷۷) و تاب‌آوری (P=۰/۷۰۳، F=۰/۴۷) داشت. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌منظور سنجش اثربخشی مداخله‌ها بر هرکدام از متغیرهای وابسته و همچنین مقایسه شدت اثربخشی دو مداخله، در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله مداخله‌های پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی و همچنین مقایسه میزان اثربخشی مداخله‌ها بر اضطراب، خودکارآمدپنداری، و تاب‌آوری

منبع اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	مجذور اتای جزئی	توان آزمون
الگوی تصحیح شده	اضطراب	۸۸۸/۰۱	۴	۲۲۲	۱۴۹/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۰	۱
	خودکارآمدپنداری	۱۹۸۱/۶۵	۴	۴۹۵/۴۱	۱۳۸/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۷	۱
	تاب‌آوری	۱۷۸۴/۲۹	۴	۴۴۶/۰۷	۱۰۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۱	۱
پذیرش و تعهد	اضطراب	۳۵/۶۵	۱	۳۵/۶۵	۱۸/۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۹۹۸

	خودکارآمدپنداری	۱۱۴/۸۹	۱	۱۱۴/۸۹	۳۳/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۱
	تاب‌آوری	۲۱۹/۶۰	۱	۲۱۹/۶۰	۴۱/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۵	۱
الگوی تصحیح شده	اضطراب	۱۴۴۴/۸۰	۴	۳۶۱/۲۰	۲۱۹/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۷۲	۱
	خودکارآمدپنداری	۱۷۶۵/۰۵	۴	۴۴۱/۲۶	۱۶۴/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۳	۱
	تاب‌آوری	۱۳۱۷/۲۴	۴	۳۲۹/۳۱	۱۴۶/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۱
واقعیت‌درمانی	اضطراب	۱۸/۴۸	۱	۱۸/۴۸	۸/۹۸	۰/۰۰۶	۰/۲۵۰	۰/۸۷۶
	خودکارآمدپنداری	۴۲/۴۵	۱	۴۲/۴۵	۱۶/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۶	۰/۹۶۳
	تاب‌آوری	۴۲/۶۴	۱	۴۲/۶۴	۱۷/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۰	۰/۹۷۶
الگوی تصحیح شده	اضطراب	۱۲۶۷/۷۷	۴	۳۱۶/۹۴	۱۴۲/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۱
	خودکارآمدپنداری	۱۸۶۷/۰۶	۴	۴۶۶/۷۶	۱۱۷/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۰	۱
	تاب‌آوری	۱۹۱۳/۴۳	۴	۴۷۸/۳۶	۱۰۸/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۶	۱
مقایسه دو مداخله	اضطراب	۲/۹۰	۱	۲/۹۰	۱/۱۷	۰/۲۸۸	۰/۰۴۲	۰/۲۲۴
	خودکارآمدپنداری	۱۵/۹۷	۱	۱۵/۹۷	۴/۲۶	۰/۰۴۹	۰/۱۳۶	۰/۵۱۴
	تاب‌آوری	۷۰/۵۰	۱	۷۰/۵۰	۱۴/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۲	۰/۹۷۴

یافته‌ها در جدول ۳ نشان داد اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بر هر سه متغیر وابسته یعنی اضطراب (P<۰/۰۰۱، F=۱۸/۳۷)، خودکارآمدپنداری (P<۰/۰۰۱، F=۳۳/۶۱) و تاب‌آوری (P<۰/۰۰۱، F=۴۱/۳۸) تأیید شد. مجذور جزئی اتا نشان داد مداخله پذیرش و تعهد بیشترین اثربخشی را بر تاب‌آوری با مقدار ۰/۶۰۵ داشت. همچنین اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر هر سه متغیر وابسته یعنی اضطراب (P=۰/۰۰۶، F=۸/۹۸)، خودکارآمدپنداری، (P<۰/۰۰۱، F=۱۶/۹۹) و تاب‌آوری (P<۰/۰۰۱، F=۱۷/۲۱) تأیید شد. مجذور جزئی اتا نشان داد مداخله واقعیت‌درمانی بیشترین اثربخشی را بر تاب‌آوری با مقدار ۰/۳۹۰ داشت. مطابق یافته‌ها هر دو مداخله پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی موجب کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری در شرکت‌کنندگان شدند. مقایسه میزان اثربخشی دو مداخله نشان داد اثربخشی دو مداخله بر اضطراب مشابه بود و تفاوت معناداری نداشت (P=۰/۲۸۸، F=۱/۱۷)، اما اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بر خودکارآمدپنداری (P=۰/۰۴۹، F=۴/۲۶) و تاب‌آوری (P<۰/۰۰۱، F=۱۴/۶۶) به‌طور معناداری بیشتر از مداخله واقعیت‌درمانی بود. میانگین تعدیل‌شده در گروه پذیرش و تعهد در متغیرهای اضطراب، خودکارآمدپنداری، و تاب‌آوری به ترتیب ۱۷/۴۵، ۵۲/۵۷ و ۶۳/۴۳ بود که تفاوت معناداری با گروه گواه به ترتیب با مقادیر ۱۹/۷۵، ۴۸/۶۳ و ۵۸/۳۰ داشت. میانگین تعدیل‌شده در گروه واقعیت‌درمانی در متغیرهای اضطراب، خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری به ترتیب ۱۸/۲۳، ۵۰/۴۸ و ۵۸/۷۱ بود که تفاوت معناداری با گروه گواه به ترتیب با مقادیر ۱۹/۷۷، ۴۸/۱۲ و ۵۶/۴۳ داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر اضطراب، خودکارآمدپنداری، و تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان‌پذیرش و تعهد به‌صورت معناداری موجب کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی می‌شود. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نیز نشان می‌دهد که درمان‌پذیرش و تعهد به‌صورت معناداری بیشترین اثربخشی را بر تاب‌آوری داشت. یافته‌های به‌دست‌آمده مبنی بر تأثیر درمان‌پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری، با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴) ازاین‌جهت که معتقدند درمان پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب، افزایش خودکارآمدپنداری، و تاب‌آوری مؤثر است، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در جلسات درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به مادران کمک می‌شود (۲۰) تا فرآیندهای تغییر مانند تغییر شناختی (یعنی دیدن چیزها به شکلی متفاوت یا دقیق‌تر) یا کاهش تجربیات درونی در آنان اتفاق بیفتد (۲۷) تا بتوانند کشاکش‌های مرتبط با بزرگ کردن

کودکانشان را بهتر مدیریت کنند و نیازشان بر مهارگری سفت‌وسخت رفتار فرزندشان کاهش یابد تا بتوانند روش‌های والدگری دلسوزانه‌تر و انعطاف‌پذیرتری را در پیش گیرند (۲۰). از دیگر سو آموزش پذیرش و تعهد به این مادران کمک می‌کند تا با تاب‌آوری هر چه بیشتر بتوانند با مشکلات پیش‌روی حاصل از داشتن فرزند مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کنار آیند (۲۲). به عبارتی تاب‌آوری‌شان برانگیخته می‌شود تا به آنان در غلبه بر مشکلات کمک کند و بر این اساس انگیزه آنها افزایش یابد (۱۰)، برنامه‌ریزی کنند و با انعطاف‌پذیری بیشتری به مسائل و مشکلات بنگرند (۲۲) و در مواجهه با تجارب منفی به طرز سازش‌یافته‌تری برخورد کنند (۱۰). درنتیجه خودکارآمدپنداری مادران تحت مشاوره با مداخله پذیرش و تعهد افزایش می‌یابد (۲۴) و به آنان در پذیرش صادقانه واقعیت و ایجاد احساس آرامش و داشتن یک زندگی آرام و مشتاقانه کمک می‌کند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی به‌صورت معناداری موجب کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی می‌شود. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نیز نشان می‌دهد که واقعیت‌درمانی به‌صورت معناداری بیشترین اثربخشی را بر تاب‌آوری دارد. یافته‌های به‌دست‌آمده مبنی بر تأثیر واقعیت‌درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری، با نتایج پژوهش‌های پیشین (۱۱، ۳۰، ۳۱) ازاین‌جهت که معتقدند واقعیت‌درمانی در کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری مؤثر است، همسو است. بر اساس نتایج پژوهشی دیگر (۳۱) می‌توان این‌طور تبیین کرد که با توجه به آموزش این مادران و تأکید در جلسات درمانی بر بهبود رابطه با افراد مهم زندگی، افزایش مسئولیت شخصی، اتخاذ دیدگاهی متفاوت درباره رویدادهای شناختی و دست کشیدن از مهارگری بیرونی، مادران کاهش اضطراب را تجربه می‌کنند. بر این اساس درمان پذیرش و تعهد به این مادران کمک می‌کند تا درک درستی از اضطراب داشته باشند و آنها را با زبان ترکیب نکنند و این هیجان را به‌طور کامل تجربه و ابراز کنند (۲۶).

بر اساس نظریه واقعیت‌درمانی گلاسر که مبتنی بر نظریه انتخاب است رفتار یا انتخاب‌های یک فرد توسط پنج نیاز اساسی ازجمله؛ نیاز به آزادی[1]، نیاز به تفریح و لذت[2]، نیاز به عشق و احساس تعلق[3]، نیاز به قدرت و ارزش[4] و نیاز به بقا[5] هدایت می‌شود (۱۱) می‌توان بیان کرد افرادی که از توانایی خودآگاهی برخوردار هستند، نسبت به افرادی که فاقد خودآگاهی هستند، سطوح بالاتری از خودکارآمدپنداری را دارا هستند. بنابراین واقعیت‌درمانی برای بهبود خودکارآمدپنداری به مادران می‌آموزد که زندگی یک انتخاب است و افراد قربانی گذشته خود نیستند و همواره بر زمان حال تأکید می‌کند. همچنین بر اساس نظریه انتخاب مادران یاد می‌گیرند که توانایی‌ها و نقاط قوت خویش را با هدف مسئولیت‌پذیری در برابر انتخاب‌ها و برنامه‌ریزی زندگی خود تشخیص دهند که این موضوع در ارتقا تاب‌آوری و عوامل محافظتی مرتبط با آن مانند کاهش اضطراب نیز مؤثر است (۱۱).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که مقایسه اثربخشی بین دو مداخله بر اضطراب مشابه بود و تفاوت معناداری نداشت. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش پیشین (۳۱) بر این اساس که درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در کاهش اضطراب تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند، همسو است. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان اذعان داشت تمرکز بر لحظه حال، توجه به روش‌های مؤثر، تعهد و مسئولیت‌پذیری از عناصر کلیدی در هر دو مداخله هستند که موجب کاهش رویدادهای شناختی مانند اضطراب به‌وسیله هر دو مداخله می‌شود (۳۱). همچنین مقایسه بین دو مداخله نشان داد که اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد به طور معناداری بر خود کارآمد پنداری و تاب‌آوری بیشتر از واقعیت‌درمانی بود. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش دیگر انجام‌شده از این نظر که درمان‌پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدپنداری (۳۰) و تاب‌آوری (۲۲) مؤثر است، در یک راستا قرار دارد. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت که گسلش شناختی که یکی از مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد است به مادران کمک می‌کند که افکار منفی نمی‌تواند تعیین‌کننده شخصیت و رفتار آنان باشد و این افکار منفی صرفاً فکر هستند. درنتیجه مادران در شناسایی افکار منفی و کنار آمدن و افزایش و ارتقا

1. Need for freedom
2. Need for fun & pleasure
3. Need for love & feeling of belonging
4. Need for power & value
5. Need for survival

خودکارآمدپنداری خود به‌طور مؤثری عمل می‌کنند (۳۰). از دیگر سو بر اساس نتایج پژوهش (۲۶) می‌توان بیان کرد فرآیند انتخاب ارزش‌ها که یکی از فرآیندهای اصلی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان پذیرش و تعهد محسوب می‌شود به مادران کمک می‌کند تا در موقعیت‌هایی که از چیزی فرار می‌کنند یا دچار آشفتگی و سردرگمی ذهنی می‌شوند یا هنگام مهار رفتار خود، بتوانند آنچه را که به زندگی‌شان مربوط می‌شود، تعریف کنند. درنهایت مادران به سمت یک زندگی هدفمندتر و غنی‌تر سوق داده می‌شوند و بر اساس ارزش‌ها و شرایط محیط فعلی خود عمل کنند که به‌نوبه خود می‌تواند تاب‌آوری در مادران دارای فرزند مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی را افزایش دهد (۲۶).

مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به دلیل مشکلات فرزندشان، زمان کمتری را به خود اختصاص می‌دهند تا بتوانند با تمرکز بیشتری به نیازهای فرزندشان رسیدگی کنند. این مسئله باعث می‌شود تا این مادران باگذشت زمان علائم اضطراب، عدم خودکارآمدپنداری، و تاب‌آوری را تجربه کنند. بدین ترتیب توجه به مشکلات مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به‌موازات درمان این کودکان، مهم و اثربخش است. از دیگر سو در پیشینه علمی بیشترپژوهش‌ها اغلب بر مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و درمان آنان صرفاً از منظر دارویی یا روان‌شناختی تمرکز شده و کمتر پژوهشی مداخلات روان‌شناختی را برای مادران این کودکان به‌صورت هم‌زمان، نظام‌مند، و مقایسه‌ای انجام داده است؛ بنابراین پژوهش حاضر توانسته است تمرکز صرف را از درمان کودک به‌سلامت روان‌شناختی مراقب اصلی (مادر)، معطوف کند و به‌جای بررسی جداگانه این دو مداخله، آنها را در شرایط یکسان مقایسه کند و نه‌تنها اثربخشی هر دو مداخله را در کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری نشان داده است، بلکه به شفاف‌سازی تناقضات احتمالی در انتخاب مداخله مؤثرتر با نشان دادن برتری معنادار مداخله‌پذیرش و تعهد در ارتقا دو متغیر خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری در حوزه مداخلات روان‌شناختی برای مراقبان (مادران) اصلی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی نیز کمک کرده است. بدین ترتیب نتایج پژوهش حاضر در جهت تولید دانش کاربردی و مبتنی بر شواهد به‌منظور بهبود سلامت روان‌شناختی مادران و درنهایت عملکرد مطلوب آنان در خانواده گام برداشته است.

این پژوهش باوجود یافته‌های قابل‌توجه، دارای محدودیت‌های روش‌شناختی ازجمله استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه محدود (۳۰) نفر از یک جامعه جغرافیایی خاص (شهرستان رشت)، عدم انجام مرحله پیگیری بلندمدت برای بررسی اثرات ماندگاری دو مداخله، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر (مانند حمایت اجتماعی)، اتکا و اخذ داده‌ها با استفاده از ابزارهای خود گزارشی، و استفاده از نسخه‌های قدیمی این ابزارها اشاره کرد. همچنین تمرکز صرف بر روی مادران و عدم درگیری و شرکت پدران یا دیگر مراقبان، تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر را محدود می‌کند. بنابراین با توجه به این محدودیت‌ها و بر اساس یافته‌های قابل‌توجه پژوهش، پیشنهادات کاربردی شامل استفاده از درمان پذیرش و تعهد در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به‌عنوان یک مداخله مؤثرتر برای ارتقای خودکارآمدپنداری و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، طراحی یک بسته آموزشی مختلط (ادغام درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی) برای پوشش جامع‌تر ابعاد مختلف سلامت روان‌شناختی این مادران؛ و همچنین پیشنهادات پژوهشی شامل انجام پژوهش‌هایی آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر و تصادفی‌سازی شده همراه با مرحله پیگیری و مشارکت هر دو والد برای قابلیت کاربرد نتایج و افزایش اعتبار خواهد بود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مطالعه به‌صورت مستقل اجراشده است و حاصل پایان‌نامه و طرح پژوهشی مصوب نیست و با رضایت کامل شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر انجام شد. مجوز علمی این مطالعه از سوی کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه گیلان به شماره نامه ۲/۱۷۹۲۸ در تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۲۲ صادر شد. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.GUILAN.REC.1403.064 است. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران ازجمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها، و رضایت آگاهانه والدین جهت شرکت در پژوهش در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه‌ای و با هزینه نویسندگان مقاله انجام‌شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در پژوهش حاضر نویسنده یکم ایده‌پرداز اصلی و طراح مقاله و مسئولیت طراحی پروتکل، روش و جمع‌آوری داده‌ها را بر عهده داشتند؛ نویسنده دوم نیز مسئولیت نگارش مقدمه، جمع‌آوری پیشینه، و نتیجه را بر عهده داشتند؛ و نویسنده سوم نیز به‌عنوان نویسنده مسئول در این مقاله نقش داشتند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را به دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش‌شده است.

دردسترس‌بودن داده‌ها: تمامی داده‌های این مطالعه در اختیار نویسنده مسئول است و در زمان داوری دست‌نوشته به نشریه تحویل داده شد. همچنین در صورت درخواست منطقی پژوهشگری خاص در اختیار او قرار خواهد گرفت.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تقدیر و تشکر: بدین‌وسیله از مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر رشت واقع در منطقه یک، مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و کودکان مبتلا به این اختلال که در پژوهش حاضر شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American psychiatric association; 2013 May 22. [Link]
2. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. J Clin Child Adolesc Psychol. 2018 4;47(2):199-212. [Link]
3. Mohammadaminzadeh L, Anousheh D. The effectiveness of mind theory training on self-regulatory executive function of hyperactive primary school students in Piranshahr. Journal of School Counseling. 2022 Nov 22;2(3):1-8. [Persian] [Link]
4. Peters K, Jackson D. Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. J Adv Nurs. 2009 ;65(1):62-71. [Link]
5. Avrech Bar M, Jlole Majadla S, Bart O. Managing everyday occupations as a predictor of health and life satisfaction among mothers of children with ADHD. J Atten Disord. 2018 Aug;22(10):1008-16. [Link]
6. Borden LA, Hankinson J, Perry-Parrish C, Reynolds EK, Specht MW, Ostrander R. Family and maternal characteristics of children with co-occurring ADHD and depression. Journal of attention disorders. 2020 May;24(7):963-72. [Link]
7. Mazaheri M, Saeedi Farid N, Asgari Toorzani N, Habashi Varnosfaderani F, Rahimi Niyar P. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on metacognition, depression, and self-concept of children with anxiety disorders. J Child Ment Health. 2025 Jul 10;12(2):1-7. [Persian] [Link]
8. Yaacoby-Vakrat R, Pade M, Bar-Shalita T. Exploring co-regulation-related factors in the mothers of ADHD children—proof of concept study. Children. 2023 Jul 26;10(8):1286. [Link]
9. Ali A, Tubastuvi N, Santoso SB, Hariyanto E. The impact of development and training, work life quality, self efficacy, safety, and job satisfaction on employee performance. International Journal of Management Science and Information Technology. 2024;4(1):70-80. [Link]
10. Abdolrezapour P, Jahanbakhsh Ganjeh S, Ghanbari N. Self-efficacy and resilience as predictors of students' academic motivation in online education. Plos one. 2023 May 23;18(5):e0285984. [Persian] [Link]
11. Malekzadeh M, Zoladl M, Movahedi H. The effect of reality therapy on resilience and self-efficacy of prisoners: a randomized controlled trial study. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2025 Oct;69(13-14):1860-72. [Persian] [Link]
12. Sari DK, Mariyati LI. Resilience of Parents with Autism Spectrum Disorder (ASD) in SLB Aisyiyah Tulangan Sidoarjo. Advances in Cancer Science. 2024 Apr 30;1(1):8-. [Persian] [Link]
13. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. Am Psychol. 2020 Jul;75(5):631. [Link]
14. Buchholz AA, Czerwińska K, Wolan-Nowakowska M. Psychological resilience of mothers of children with autism spectrum disorder (ASD) and perceived social support. Lubelski Rocznik Pedagogiczny. 2024 May 10;43(1):47-65. [Link]
15. Andayani SA, Pudjibudojo JK, Tjahjono E. Exploring the Subjective Well-Being of Mothers Raising Children with ADHD: A Mediation Model of Resilience, Parenting Self-Efficacy, and Social Support. Journal of Educational, Health and Community Psychology. 2025 Jun 30;14(2):449-65. [Link]
16. Finzi-Dottan R, Triwitz YS, Golubchik P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. Res Dev Disabil. 2011 Mar 1;32(2):510-9. [Link]
17. Gharibi H, Pashaei A, Dastbaz A. The effectiveness of parenting training based on the Lynn Clark model on resilience, sense of sufficiency and happiness in mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. Iranian Journal of Family Psychology. 2024 Jul 22;11(1):144-59. [Persian] [Link]
18. Savari K, Naseri M, Savari Y. Evaluating the role of perceived stress, social support, and resilience in predicting the quality of life among the parents of disabled children. International Journal of Disability, Development and Education. 2023 Jul 29;70(5):644-58. [Persian] [Link]
19. Djap W, Mustikasiwi A, Hermawati O, Irawan D, Santosa E. The resilience of single mothers with special needs children in supporting their education and fulfilling their needs during the COVID-19 pandemic. Indonesian Journal of Disability Studies. 2021 Dec 5;8(2):423-39. [Link]
20. Srikanth G, Narayan S. Exploring the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) group sessions in reducing maternal stress among mothers with autism. IOSR J. Humanit. Soc. Sci. 2024;29(9):41-5. [Link]
21. Mohammadi Masiri F, Taher M, Moradi S, Motaghedifard M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Child Ment Health. 2020 Aug 10;7(2):312-21. [Persian] [Link]
22. Jafari E, Chaichian M. Pourmohseni koluri, F. & Salmani, A. (2024). [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Training on Anger Control, Resilience in Parents of Children with Learning Disabilities(Persian)]. Journal of Learning Disabilities.;13(3):17-31. [Persian] [Link]
23. Tork A, Sajjadian I. The effect of acceptance and commitment based therapy on psychological distress and negative automatic thoughts in mothers of children with cerebral palsy. J Child Ment Health. 2020 Jan 10;6(4):156-67. [Persian] [Link]
24. Putri EA, Setiyowati AJ, Multisari W. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) to increase self-efficacy of vocational students who are victims of bullying.

In2024 3rd International Conference on Educational Management and Technology (ICEMT 2024) 2025 Mar 5 (pp. 29-37). Atlantis Press. [Link]
25. Nikkhoo F, Fathipoor S. The effectiveness of the training protocol based on acceptance and commitment on psychological distress and parenting stress of mothers with deaf children. Journal of Educational Psychology Studies. 2023 Aug 23;20(50):178-66. [Persian] [Link]
26. Zadeh EB, Farhoodi F, Azizi R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience at women with type 2 diabetes in Yazd city. Iranian journal of diabetes and obesity. 2022 Feb 19. [Persian] [Link]
27. Twohig MP, Capel LK, Levin ME. A review of research on acceptance and commitment therapy for anxiety and obsessive-compulsive and related disorders. Psychiatr Clin North Am. 2024 Dec 1;47(4):711-22. [Link]
28. Toope M, Mirzamani Bafghi SM, Hatami M. The Effectiveness of Reality Therapy and Emotion-Focused Therapy on the Psychological Well-Being of Women with Marital Distress. Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal. 2025 Dec 10;7(4):0-. [Persian] [Link]
29. Rafiee SH, Taklavi S, Abolghasemi A, Hatamian H. Comparing the effectiveness of reality therapy and positive psychotherapy on sleep quality in patients with multiple sclerosis. Caspian Journal of Neurological Sciences. 2021 Apr 10;7(2):104-17. [Persian] [Link]
30. Akhshijan ES, Hajializadeh K, Tajeri B. Comparing the Effectiveness of Group Therapy based on Reality-Therapy and Group Therapy based on Acceptance and Commitment on the Self-Efficacy of Parenting of Adoptive Couples of Orphaned Welfare Children. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article. 2024 Jun;12(2). [Persian] [Link]
31. Asgharyar M, Jajarami M, Bakhshipour A. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy in Reducing Depression and Anxiety in Families of COVID-19 Victims. Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2024 Mar 20;3(1):19-31. [Persian] [Link]
32. Shishefar S, Kazemi F. Pezeshk Sh. The effectiveness of reality therapy training to increase happiness and responsibility in the mothers of children with Autism disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2018;7(27):53-77. [Persian] [Link]
33. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003 Sep;18(2):76-82. [Link]
34. Gonzalez SP, Moore EW, Newton M, Galli NA. Validity and reliability of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in competitive sport. Psychology of Sport and Exercise. 2016 Mar 1;23:31-9. [Link]
35. Zarifi M, Honari H, Bahrololom H. Psychometrics properties and normalization of Persian version of resiliency questionnaire among athletes and non-athletes students. Sport Psychol Stud. 2016 Mar 20;5(15):131-50. [Persian] [Link]
36. Wetherell JL, Gatz M. The Beck Anxiety Inventory in older adults with generalized anxiety disorder. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2005 Mar;27(1):17-24. [Link]
37. Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. Journal of anxiety disorders. 1992 Jan 1;6(1):55-61. [Link]
38. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988 Dec;56(6):893. [Link]
39. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. J Pers Assess. 1996 Dec 1;67(3):588-97. [link]
40. Khesht-Masjedi MF, Omar Z, Masoleh SK. Psychometrics properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory in North of Iranian adolescents. Int J Educ Psychol Res. 2015 Apr 1;1(2):145. [Persian] [Link]
41. Nel P, Boshoff A. Evaluating the factor structure of the General Self-Efficacy Scale. South African Journal of Psychology. 2016 Mar;46(1):37-49. [Link]
42. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological reports. 1982 Oct;51(2):663-71. [Link]
43. Jarestan Doguri L, Moqtadar L. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on academic procrastination and self-efficacy of female students. J Child Ment Health. 2024 Apr 10;11(1):81-93. [Persian] [Link]
44. Samavi SA, Saeidi A. Predicting life expectancy based on emotional intelligence: Mediating role of self-efficacy in Covid-19 patients. Iranian Journal of Educational Research. 2022 Mar 10;1(3):25-36. [Persian] [Link]