



The Effectiveness of “Emotionally Focused -Meta Cognitive Couple Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” on the Psychological Capital of Couples with Hyperactive Children

Fatemeh Yavari¹, Asghar Aghaei^{2,*}, Mohsen Golparvar³

¹ PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Asghar Aghaei, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. E-mail: aghaeipsy@gmail.com

Received: 19 Apr 2018

Accepted: 11 Jul 2019

Abstract

Introduction: Hyperactivity of children can cause problems for couples and threaten their mental health. The aim of this study was to determine the effectiveness of emotionally focused-meta cognitive couple therapy and mindfulness-based cognitive therapy on psychological capital among couples with hyperactive children.

Methods: The research method was semi-experimental, and research design was three groups with two stages (pre-test and post-test). Among couples with hyperactive children in primary school in Isfahan, in the summer and autumn of 2018, 45 couples were selected purposefully and divided into three groups (two experimental and one control group) and each group was 15 pairs. "Psychological Capital Questionnaire" was used in the pre-test and post-test phases to measure the dependent variable. The emotionally focused-meta cognitive couple therapy group for 15 sessions and mindfulness-based cognitive therapy for 10 sessions was treated and the control group did not receive any treatment.

Results: In the post-test, after eliminating the effect of pre-test, there was a significant difference between the emotionally focused-meta cognitive couple therapy, and mindfulness-based cognitive therapy group with the control group in all four components of self-efficacy, hope, resilience and optimism ($P < 0.01$). However, there was no significant difference between the effectiveness of two groups of therapy in improving self-efficacy, hope, resiliency and optimism ($P < 0.05$).

Conclusions: Two interventions emotionally focused-meta cognitive couple therapy and mindfulness-based cognitive therapy group on the improvement of all four components of self-efficacy, hope, vitality and optimism in couples with over-active children have enduring effects. Therefore, it is recommended to organize workshops to provide two interventions for couples with hyperactive children.

Keywords: Emotionally Focused-meta Cognitive Couple Therapy, Mindfulness-based Cognitive Therapy, Psychological Capital, Hyperactive Children



اثر بخشی "زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر سرمایه روان شناختی زوج های دارای فرزند بیش فعال

فاطمه یآوری^۱، اصغر آقایی^{۲*}، محسن گل پرور^۳

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران
^۲ استاد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران
^۳ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران
 * نویسنده مسئول: اصغر آقایی، استاد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران. ایمیل: aghaeipsy@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۳۰

چکیده

مقدمه: بیش فعالی کودکان می تواند موجب به وجود آمدن مشکلاتی برای زوجها گشته و سلامت روان آنها را تهدید کند. با توجه به نکته مورد اشاره، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان شناختی زوج های دارای فرزند بیش فعال اجرا شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش، سه گروهی دو مرحله ای (پیش آزمون و پس آزمون) بود. از میان زوجین دارای فرزند بیش فعال در مقطع دبستان در شهر اصفهان در تابستان و پاییز ۱۳۹۷، ۴۵ زوج بر مبنای ملاک های ورود و خروج به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) و هر گروه ۱۵ زوج گمارده شدند. "پرسشنامه سرمایه روان شناختی" (Psychological Capital Questionnaire) در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد. به دلیل سنجش روایی و پایایی ابزار گردآوری داده ها در داخل و خارج کشور به ارائه یافته های آن اکتفا شد. دو گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی طی ۱۵ جلسه و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۱۰ جلسه، تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچگونه درمانی دریافت نکردند. داده ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: در مرحله پس آزمون پس از حذف اثر پیش آزمون، گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل در هر چهار مؤلفه خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0/01$). ولی بین اثربخشی دو گروه، در بهبود خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: دو مداخله زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود هر چهار مؤلفه خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی در زوج های دارای فرزند بیش فعال، دارای اثرات ماندگار هستند. بنابراین، برگزاری کارگاه هایی جهت ارائه دو مداخله برای زوج های دارای فرزند بیش فعال توصیه می شود.

واژگان کلیدی: زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سرمایه روان شناختی، کودک بیش فعال

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

دشواری در نگهداری توجه و آشفته بودن، فعالیت حرکتی بیش از اندازه و ناآرامی بیش از حد، ضربه زدن یا زیاد حرف زدن آشکار می شود. خصیصه تکانشگری مربوط به اعمال شتاب زده ای است که در یک لحظه و بدون اندیشه رخ می دهد و ظرفیت بالایی برای آسیب زدن به افراد دارد. رفتارهای تکانشی ممکن است به عنوان دخالت های بی مورد اجتماعی یا به عنوان تصمیم مهم گرفتن بدون در نظر گرفتن پیامدهای

از میان اختلالات دوران کودکی، اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است [۱] که دامنه شیوع آن ۲ به یک تا ۹ به یک می باشد [۲]. کودک مبتلا به این اختلال از مشکلات نافذ، طولانی مدت و شدیدی در سه حوزه توجه، فعالیت و تکانه رنج می برد [۳] و دارای خصیصه های بیش فعالی و تکانشگری می باشد؛ خصیصه بیش فعالی به صورت نوعی سرگردانی در تکلیف، نداشتن ثبات،

تماس و موانع، وجود دارد. از چشم انداز زوج درمانی هیجان مدار، زمانی که زوجین آشفته و آسیب پذیر هستند احتمال استفاده آن‌ها از مهارت‌های مقابله‌ای و ارتباطی‌شان، بعید خواهد بود. در این رویکرد درمانی تصور می‌شود آشفته‌گی و آسیب پذیری زوج‌ها ناشی از نقص تشخیص باشد و بر دست‌یابی نقش‌های جدید درباره تعارضات درون روانی، تاکید می‌شود. فرایند درمان هیجان محور در قالب ۹ گام درمانی تدوین می‌یابد. چهار گام نخست، سنجش اولیه و محدود کردن چرخه‌های تعاملی مشکل آفرین را شامل می‌شود. در گام‌های میانی (گام ۵ و ۶ و ۷) تاکید بر خلق و ایجاد رویدادهای خاص و تازه‌ای است که به واسطه الگوهای تعاملی دگرگون شدن و تجارب دل‌بستگی مدار نوین پدیدار می‌گردد. دوگام نهایی درمان (گام ۸ و ۹) به یکپارچه سازی این تغییرات ایجادشده در زندگی روزمره‌ای همسران مربوط است [۲۲]. این درمان برای زوجین که هنوز به یکدیگر دل‌بسته هستند و مشکل اصلی‌شان گیر افتادن در چرخه‌های تعاملی معیوب است و یا بر روی زوج‌هایی که با وجود علاقه‌مندی به رابطه از کمبود صمیمیت رنج می‌برند و به تغییراتی در پیکره ارتباطی‌شان نیاز دارند، کاربرد دارد و در مدت زمانی کوتاه مسائلشان را از میان بردارد [۲۳]. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان داده‌اند این درمان در بهبود تاب آوری زوجین [۲۴]، کارآمدی [۲۵]، افزایش عواطف مثبت [۲۶]، ارتقاء سطح خوش بینی و امید [۲۷] و بهبود پریشانی روان شناختی [۲۸] مؤثر بوده است. هر چند درمان هیجان مدار به واسطه تمرکز بر تجربه هیجانی و دل‌بستگی، یک مداخله قدرتمند در زمینه بهبود روابط زوجین محسوب می‌گردد، لیکن تمرکز صرف بر هیجان‌ات بر برخی از افراد مانند زوجین دارای کودک بیش فعال که هیجان‌ات منفی بسیاری را تجربه می‌کنند، می‌تواند مشکل‌زا باشد [۲۳]. در این راستا نتایج پژوهشی نشان داد تصحیح باورهای فراشناختی در ایجاد تغییرات پایدار در تعدیل هیجان‌ات منفی در افراد، با توجه به تأثیری که بر سطوح شناختی و هیجانی دارند می‌تواند مفید باشد [۲۹]. به عبارتی، به نظر می‌رسد، تلفیق دو درمان هیجان مدار و فراشناختی بتواند از مشکل‌زایی تمرکز صرف بر هیجان‌ات بکاهد و اثری مثبت و طولانی مدت بر رفع مشکلات والدین دارای کودک مبتلا به بیش فعالی داشته باشد. نظریه فراشناختی، نوعی مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی است [۳۰]. دلیل چنین نام گذاری این است که مدل حاضر به تبیین عوامل شناختی و فراشناختی دخیل در کنترل نزولی یا تداوم اختلال هیجانی می‌پردازد. در این روش، فرآیندهای شناختی در سه سطح متعامل مد نظر قرار گرفته شده‌اند؛ پردازش خودکار و انعکاسی (پردازش سطح پایین)، پردازش هشیار و پیوسته افکار و رفتارها (که به عنوان سبک شناختی مشهور است) و مجموعه دانش یا باورهایی که ماهیتی فراشناختی داشته و در حافظه بلند مدت ذخیره می‌شوند. فراسیستم، یک نمونه از پردازش شناختی متداول و فعلی را در بطن خودش به وجود می‌آورد و آن را به سمت دستیابی به اهداف نقشه فعال شده رهنمون می‌سازد. فراشناخت درمانی بر این اصل اساسی بنا شده است که اختلال روان شناختی بر اثر فعال‌سازی سبک فکری خاص و زهرآگینی به وجود می‌آید. به عبارتی بر اساس این رویکرد، اغلب افراد دوره‌هایی از هیجان و ارزیابی منفی (مثل غمگینی، اضطراب، خشم، بی‌ارزشی) را به طور موقتی و گذرا تجربه می‌کنند که باعث می‌شود افراد در دام آشفته‌گی‌های تکراری و دیر پا بیفتند [۳۱]. بنابراین، اصلاح باورهای

بلندمدت دیده شود [۴]. خصیصه‌های مذکور در موقعیت‌های مختلف، زوجین دارای فرزند بیش فعال را با تنیدگی‌های بسیاری مواجه می‌سازد [۵]. تنیدگی در زمینه خانوادگی، به ویژه زمانی که تنیدگی مزمن و پایدار در رشد باشد، اثرات قابل توجهی بر والدین، کودکان و رابطه والد-کودک دارد [۶]. این والدین سطوح بالاتری از افسردگی [۷] و تنیدگی را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند [۸]. در پژوهشی گزارش شد که ۸۹ درصد والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی از تنش رنج می‌برند و ۶۴ درصد از آنان از رفتار کودکان خود احساس آرامش ندارند [۹] و بیش از والدین کودکان سالم به اختلال‌های خلقی و اضطرابی دچار می‌شوند [۱۰]. نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که میزان تاب آوری [۱۱]، خودکارآمدی [۱۲]، امید و خوش بینی [۱۳] در مادران کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی پایین‌تر از کودکان بهنجار است؛ در نتیجه، سرمایه روانشناختی که سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته از این چهار مؤلفه ادراکی-شناختی است [۱۴] نیز در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی پایین‌تر از مادران عادی می‌باشد. سرمایه‌روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرایی می‌باشد که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف شده که می‌تواند از بروز اختلالات خلقی، پیشگیری نماید [۱۵]. این سازه می‌تواند توانایی خانواده را در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات، همبستگی بین اعضاء، موفقیت در اعمال الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای مقررات و اصول این نهاد با هدف حفاظت تحت تأثیر قرار دهد [۱۶]. چراکه برخوردار بودن از سرمایه روان شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های تنش‌زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردارباشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، لذا این گونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری نیز هستند [۱۷]. افرادی که از سرمایه روان‌شناختی برخوردارند، به توانایی‌های خود برای انجام درست تکالیف اعتقاد دارند و می‌توانند در شرایط سخت و دشوار از خود انعطاف‌پذیری نشان دهند (خودکارآمدی و تاب آوری)، اتفاقات مثبت را به تلاش‌های خود اسناد می‌دهند و انتظار وقوع اتفاقات مثبت در آینده را داشته باشند (خوش بینی و امیدواری)، که هر کدام از این ویژگی‌ها نقش سازنده در افزایش توانمندی زوجین دارای فرزند بیش فعال می‌تواند داشته باشد [۱۵].

با توجه به آنکه والدین و کودکان در فرآیندی دو سویه با هم تعامل دارند و در این مجموعه طرفین قادرند تأثیرات شگرفی بر یکدیگر داشته باشند [۱۸]، و با توجه به آنکه ایجاد مشکلات روانشناختی زوجین می‌تواند علائم بیش فعالی فرزندان را تشدید نماید [۱۹]. بنابراین، در زمینه کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی، لازم است بر حل مشکلات زناشویی توجه شود. دیدگاهی که در سال‌های اخیر در این زمینه مورد توجه بوده است، درمان هیجان مدار می‌باشد [۲۰]. در توسعه این روش درمانی اولین گام از سوی Johnson & Greenberg در سال ۱۹۸۶ برداشته شد [۲۱]. در این درمان همواره تلاشی برای دغدغه‌های دل‌بستگی یعنی امنیت، اعتماد،

از میان جامعه آماری مورد اشاره، ۴۵ زوج، با احتساب ۱۵ زوج برای هر یک از سه گروه پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه قرار داده شدند. معیارهای ورود شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال برای زوجین، داشتن حداقل یک فرزند بیش‌فعال در مقطع ابتدایی که بیش‌فعالی کودک توسط روان‌شناس بالینی پس از بررسی دقیق مورد تأیید قرار گرفته باشد، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی یا روانپزشکی حاد یا مزمن، عدم ابتلا به بیماری جسمانی که موجب ناتوانی در برنامه زوج درمانی باشد، عدم شرکت در دوره درمانی موزی در طول زمان انجام پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بودند. اصول اخلاقی شامل رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش بود. از ابزار زیر در این پژوهش استفاده شده است.

برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از "پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی" (Psychological Capital Questionnaire) استفاده شد. این پرسشنامه توسط Luthans & Avolio طراحی گردیده است [۵۰] و دارای ۲۴ گویه و چهار خرده‌مقیاس خودکارآمدی (۶ گویه)، امیدواری (۶ گویه)، تاب‌آوری (۶ گویه) و خوش‌بینی (۶ گویه) می‌باشد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه شش درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، تا اندازه‌ای مخالفم=۳، تا اندازه‌ای موافقم=۴، موافقم=۵ و کاملاً موافقم=۶ و دامنه نوسان نمرات برای هر یک از چهار مؤلفه این پرسشنامه ۶ تا ۳۶ و برای کل پرسشنامه برابر با ۲۴ تا ۱۴۴ است. افزایش نمرات در سطح خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل پرسشنامه به معنای افزایش سطح متغیر مورد نظر است. در راستای روایی سازی این پرسشنامه، نتایج تحلیل عاملی تأییدی ۱۶۷ نفر از دانش آموزان دانشگاه میدوست حاکی از آن بوده که این پرسشنامه دارای چهار عامل مورد نظر است. نسبت خی دو این آزمون در تحلیل عاملی تأییدی برابر با ۲۴/۶ و شاخص‌های CFI و RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش شدند [۵۰]. در پژوهش بهادری خرمشاهی و همکاران میزان پایایی آن بر ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است [۵۱]. به دلیل سنجش روایی ابزار گردآوری داده‌ها در داخل و خارج کشور، در مطالعه حاضر اقدامی جهت سنجش روایی این ابزار انجام نشد، و تنها پایایی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت. آلفای کرونباخ پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی بر روی ۴۵ زوج دارای دارای کودک بیش‌فعال در مقطع دبستان برابر با ۰/۷۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر برای انجام دادن مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوز و معرفی نامه از دانشگاه برای مراکز خانواده درمانی شهر اصفهان، با آگاهی فراخوانی از زوجین دارای فرزند بیش‌فعال دعوت شد تا در پژوهش شرکت کنند. از زوجین داوطلب، بر اساس معیارهای ورود و خروج ۴۵ زوج انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا در جلسه توجیهی که در مرکز مشاوره تشکیل شد، حضور بهم رسانند. بعد از برگزاری جلسه توجیهی، پژوهشگر با انجام قرعه‌کشی شرکت

فراشناختی می‌تواند به تداوم اثرات درمان هیجان مدار کمک نماید و اثرات قابل توجهی در ارتقاء خودکنترلی [۳۲]، بهبود خودکارآمدی [۳۳-۳۵]، افزایش تاب‌آوری [۳۶]، و افزایش خودکارآمدی اجتماعی [۳۷] داشته باشد.

در کنار زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه اینکه به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد و دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی است [۳۸]. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی روان‌درمانی می‌باشد که برای جلوگیری از عود افسردگی طراحی شده است [۳۹] و هدف اصلی آن، رها سازی فرد از گرایش به واکنش‌های خودکار به تفکرات، احساسات، و رخدادها است. طبق این رویکرد، مراجعان رابطه خود با تفکرات، احساسات و رخدادهایی همانند درد مزمن را تغییر می‌دهند، به طوری که این تفکرات، احساسات و رخدادها برای بیمار قابل کنترل گردد. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد برای توسعه تعهد نسبت به خود برای هشجاری ذهنی لحظه به لحظه در مورد عواطف، شناخت‌ها و رویدادها آماده می‌گردد [۴۰]. این رویکرد درمانی شامل پنج جزء شایع می‌باشد؛ توصیف کردن (توانایی بیان کردن تجارب درونی با کلمات)، مشاهده کردن (فرایند ملاحظه کردن یا توجه کردن به تجارب داخلی و خارجی)، عمل کردن با آگاهی (رسیدگی به فعالیت‌های فعلی در حال حاضر و غالباً با عمل کردن به شکل خودکار مقایسه می‌شود)، عدم قضاوت (پذیرش یک دیدگاه غیر ارزیابی‌کننده نسبت به افکار و احساسات) و عدم واکنش‌دهی (اجازه دادن به ورود و خروج افکار و احساسات بدون واکنش دادن یا ترمیم کردن آن‌ها) [۴۱]. پژوهش‌های انجام شده در این راستا نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند منجر به افزایش سرمایه روان‌شناختی [۴۲، ۴۳]، بهبود تاب‌آوری [۴۴-۴۶]، خودکارآمدی [۴۷، ۴۸]، امید [۴۸] و تعدیل طرزحواها [۴۹] شود. بنابراین، به شیوع بالای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اهمیت مداخله بهنگام و پیشگیری از پیامدهای این اختلال در کودک و خانواده و ارتباط بین تشدید علائم این اختلال با سرمایه روان‌شناختی والدین و همچنین عدم وجود پژوهشی مبنی بر بررسی تأثیر بسته زوج درمانی تلفیقی هیجان مدار-فراشناختی و همچنین بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی زوج‌های دارای فرزند مبتلا به بیش‌فعال در داخل و خارج از کشور، پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی بسته زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی زوج‌های دارای فرزند مبتلا به بیش‌فعال انجام شد.

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش، سه‌گروهی دو مرحله‌ای (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بود. لذا یک طرح نیمه‌آزمایشی سه گروهی شامل یک گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی، یک گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و یک گروه کنترل با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری پژوهش، کلیه زوجین دارای کودک بیش‌فعال در مقطع دبستان در پائیز سال ۱۳۹۷ بودند که به مراکز مشاوره و کلینیک‌های شهر اصفهان مراجعه نموده بودند.

کنندگان را در سه گروه، شامل دو گروه آزمایش (بگ گروه آزمایش زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و یک گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و یک گروه کنترل جایگزین نمود و با استفاده از "پرسشنامه سرمایه روان شناختی" پیش‌آزمون به صورت گروهی اجرا شد. سپس گروه زوج‌درمانی هیجان مدار-فراشناختی طی ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه توسط درمانگر مجرب و بیش از ۱۰ سال تجربه درمان و آموزش، در مرکز روان شناختی پردیس تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت، در لیست انتظار بودند.

در هر جلسه درمان، درمانگر با بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل متوجه شد که مطالب جلسه گذشته، بدون مشکل بوده و به خوبی تفهیم شده است. پس از پایان جلسات درمان، هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون به "پرسشنامه سرمایه روان شناختی" مجدد پاسخ دادند؛ به این صورت که جمع‌آوری اطلاعات از دو گروه آزمایش (زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) پس از اتمام جلسات درمانی و از گروه کنترل نیز هماهنگ با دو گروه آزمایشی انجام شد. لازم به ذکر است که زوج درمانی هیجان مدار-

فراشناختی برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط زوج‌های دارای فرزند بیش‌فعال تهیه و تدوین گردید. در این راستا ابتدا مصاحبه‌ای جهت شناسایی عوامل مؤثر و تقویت کننده اختلافات زوجین دارای کودک مبتلا به کمبود توجه/بیش‌فعالی، از ۲۰ زوج دارای کودک مبتلا به کمبود توجه/بیش‌فعال انجام شد و پس از استخراج این عوامل در ده حوزه، روش‌هایی جهت رفع و کاهش این عوامل، از دو مداخله زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تلفیق شد. ضریب توافق شش داور با تخصص ارزیابی درمان‌های روان‌شناختی در زمینه زوج درمانی، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کیفیت درمانی بین ۰/۸ تا ۱ در نوسان بود. علاوه بر این، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تأثیر بسته زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی بر متغیر سرمایه روان‌شناختی ($P < 0.05$, $df = 15$, $t = 3.758$) بررسی و تأیید گردید. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز مطابق با بسته‌های درمانی قبلاً آزموده و تأیید شده [۵۲] که در مطالعات قبلی روایی آن تأیید شده بود، در این پژوهش اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در دو قسمت زیر ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات زوج درمان هیجان مدار-فراشناختی

جلسه	شرح اختصاری جلسه
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضای امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط با یکدیگر بود (راهبرد: برقراری ارتباط مناسب)، آشنایی با قوانین کلی درمان، آشنایی با اهمیت ارتباط مناسب در زندگی زناشویی.
جلسه دوم	برقراری رابطه درمانی با زوجین، تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران، چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند، تهیه لیستی از روابط مختل و آسیب دیده (عم از روابط مختل در خانواده و خانواده گسترده)، ارزیابی تاریخچه دلبستگی زوجین.
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، مشخص نمودن جایگاه هر همسر در چرخه روابط مختل و آسیب دیده و مشخص نمودن موضع گیری زوجین، شناسایی و انعکاس باورهای آسیب زای تعاملات، شناسایی موضوعات دلبستگی خاص، شناسایی فرصت‌های تعامل مثبت و مشارکت هیجانی.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، آشنایی زوجین با نقش هیجان‌ها در ایجاد روابط مختل و آسیب دیده، شناسایی و معتبر شمردن هیجان‌ها و شناسایی هیجان‌ها اولیه مورد غفلت واقع شده در مورد روابط مختل و آسیب دیده، شناسایی رفتارهای غیر کلامی ویژه تشدید کننده روابط مختل و آسیب دیده.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی به راه اندازها، فرمول بندی آشکار روابط و تعاملات مختل و آسیب دیده، آشکار نمودن جنبه‌های درونی هر یک از زوجین، چارچوب دهی مجدد مشکل.
جلسه ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارتقای شناسایی نیازهای دلبستگی پذیرش نشده، شناسایی ابعاد خود، ادغام و یکپارچه سازی نیازهای دلبستگی در رابطه، افزایش و تقویت پذیرش تجربه همسر و شیوه‌های جدید ارتباطی، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها، ایجاد مشارکت هیجانی.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی، بررسی چرخه تعاملی منفی در رابطه جنسی، بررسی نیازها و خواسته‌های جنسی زوجین، درک همدلانه زوجین در مسائل جنسی.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح باورهای فراشناختی مثبت و منفی، شناسایی باورهای فراشناختی و الگوهای غیر مفید خود نظم دهی شناختی در هر یک از همسران (مانند رفتارهای اجتنابی و کناره گیرانه).
جلسه نهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی اهداف و انتظارات هر همسر با در نظر گرفتن باورهای فراشناختی و الگوهای غیر مفید خود نظم دهی شناختی، پذیرش نیازهای هر یک از همسران (تاکید بر مسئولیت پذیری و تعهد).
جلسه دهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش موانع ارتباطی، آموزش مهارت‌های غیر کلامی، آموزش مهارت‌های گوش دادن، آموزش ابراز وجود و جرات ورزی، معرفی و آموزش فرایندهای حل تعارض و برنامه ریزی برای حل تعارض و پیشگیری از آن.
جلسه یازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، چالش ورزی با باورهای فراشناختی، آموزش به تعویق انداختن نگرانی/نشخوار فکری.
جلسه دوازدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، اجرای مواجهه سازی تمرکز یافته به صورت فراشناختی، فعال سازی درگیری هیجانی، خلق و ایجاد تحریکات هیجانی نوین و خاص و تعلق آفرینی، ترغیب زوجین به فرایند حل مساله.
جلسه سیزدهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با محدودیت‌های شناختی و ارتباطی کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعال، به چالش کشیدن باورها و افکار غلط در مورد محدودیت‌های کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعال، القای حس پذیرش محدودیت‌های کودک، آگاهی از اثر مشکلات زناشویی بر مشکلات کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعال.
جلسه چهاردهم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش ذهن آگاهی به منظور مدیریت تنش.
جلسه پانزدهم	بررسی اشکالات زوجین در مواجهه سازی تمرکز یافته به صورت فراشناختی، تسهیل پدیدآیی راه حل‌های تازه برای مشکلات قدیمی، ایجاد طرح‌های جدید پردازش در الگوی فراشناختی، تقویت و تثبیت مواضع تازه‌ای که همسران نسبت به هم نشان دادند.

جدول ۲: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	معرفه و مفهوم سازی اختلال، آماده سازی گروه برای شروع درمان، توضیح در مورد بیش فعالی و اثرات آن بر خانواده، مفاهیم خانواده و ارتباطات خانوادگی. ایجاد رابطه درمانی، اطمینان بخشی، گرفتن تعهد از مراجع که در صورت تمایل به ادامه، نسبت به انجام تکالیف و تکمیل دوره متعهد شود، پرواز بر روی خلبان خودکار، تمرین خوردن کشمش، ذهن آگاهی خوردن کشمش، ذهن آگاهی تنفس.
جلسه دوم	مبارزه با افکار خودکار، آموزش ذهن آگاهی دقیقه‌ای فضای تنفس، آموزش ذهن آگاهی قدم زدن، آموزش ذهن آگاهی احساسات ناخوشایند، استفاده از استعاره‌های مرد درون چاه، فرزند چیخ و جیغو، ثبت وقایع خوشایند یا لذت بخش (هر روز)، مراقبه نشسته ۱۱ تا ۱۵ دقیقه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	آموزش چند نمونه از ذهن آگاهی فعالیت‌های روزمره و بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، بازنگری ذهن آگاهانه، قدم زدن ذهن آگاهانه، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	آموزش پذیرش، استفاده از استعاره‌های مهمانخانه، فرد دست شکسته، فنجانت را خالی کن...، ۱۵ دقیقه ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین، افکار خودکار، فضای تنفس ۳ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	ذهن آگاهی نشستن آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاربمان ارتباط برقرار می‌کنیم؛ بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن‌ها بر بدن و واکنش به آنها، بازنگری تمرین، ذهن آگاهی فضای تنفس و بازنگری آن، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه ششم	آموزش راهی از طریق بخشش: متافور مرد چاقو خورده، آموزش ذهن آگاهی رها کردن، افزایش خود ارزشمندی: استعاره کوزه ترک برداشته، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، قبل از این که نسبت به افکار دید وسیع‌تری در مورد تنفس، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	دوستی و مهربانی با خود و دیگران، ایجاد رابطه با خود، ذهن آگاهی گوش دادن برای بهبود روابط، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده آبی می‌شود، برنامه ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، شناسایی نشانگان عود، شناسایی کارهای مورد نیاز برای روبرویی با عود / بازگشت، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی، دادن تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	صبر کردن قدردانی کردن، تأمل و تغییر، سیاست‌گذار هر روز باشید، تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن، بازنگری کل برنامه (آنچه که یاد گرفته شده)، بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظم که در ۷ هفته گذشته؛ چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیر منظم ایجاد شده ادامه یابد، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس در پایان این جلسه پس از آن دو ماه پس از آن مرحله پیگیری برای سنجش متغیرهای وابسته (کنترل رفتار، صمیمیت) اجرا شد.

جدول ۳: مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در سن و تحصیلات (تعداد هر گروه=۱۵ نفر)

تحصیلات	زوج درمانی هیجان مدار فراشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل (گواه)	مقدار کای اسکور	معناداری
	مرد (زن)	مرد (زن)	مرد (زن)	مرد (زن)	مرد (زن)
تا دیپلم	۱ (۰)	۱ (۰)	۰ (۰)	۴/۱۸ (۰/۶)	۰/۴۲ (۰/۹۵)
کاردانی و کارشناسی	۱۲ (۱۱)	۸ (۹)	۹ (۱۰)		
کارشناسی ارشد و بالاتر	۲ (۴)	۶ (۶)	۶ (۵)		
سن				۱/۸۶ (۸/۵۶)	۰/۶۵ (۰/۰۷)
تا ۳۰ سال	۱ (۳)	۰ (۰)	۰ (۱)		
۳۱ تا ۴۰ سال	۶ (۱۰)	۸ (۱۵)	۷ (۱۴)		
۴۱ سال و بالاتر	۸ (۲)	۷ (۰)	۸ (۰)		

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، در راستای بررسی پیش فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توزیع داده‌ها نرمال است ($P > 0.05$)، آزمون لوین نشان داد برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده است ($P > 0.05$) و آزمون ام باکس (برابر با $29/22$) نیز برابری ماتریس واریانس-کوواریانس را تأیید نمود ($P > 0.05$). در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار چهار مؤلفه سرمایه روان شناختی به تفکیک سه گروه پژوهش و دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین چهار مؤلفه سرمایه روان شناختی شامل خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش بینی نشان داد که در دو گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل افزایش اتفاق افتاده است (جدول ۴).

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام باکس، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداکثر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سه گروه پژوهش از نظر سن مرد، سن زن همراه با تحصیلات زن و مرد با یکدیگر از طریق آزمون کای اسکور مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای سن و تحصیلات زن و مرد بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۳).

و همسو با نتایج پژوهش مبنی بر اثر مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی زوجین دارای فرزند بیش فعال می‌توان به صورت مستقیم به پژوهش رجیبی [۴۲]، برقی ایرانی و همکاران [۴۳]، شجاعیان و ابوالمعالی [۴۴]، حیدریان و همکاران [۴۵]، حسینی جمال آبادی و گرامی احمد آبادی [۴۶]، بوسفی [۴۷]، معصومیان و همکاران [۴۸] و سامویی و قاسمی [۵۳] مبنی بر اثر مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی اشاره نمود.

در مورد اثر بسته تلفیقی زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) زوجین دارای فرزند بیش فعال بر اساس مبانی نظری، می‌توان گفت که بی‌تردید حضور کودکی با اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی در هر خانواده‌ای به مثابه یک رویدادی نامطلوب و چالش‌زا، موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی، ناامیدی در هر یک از زوجین و ایجاد مشکلات زناشویی بسیار می‌شود، که این امر با سرمایه روان‌شناختی پایین زوجین مرتبط است. سرمایه روان‌شناختی شامل خصوصیات بنیادی در روان افراد است که در بیشتر مواقع در موارد حساس زندگی نقش پیشگیرانه‌ای را در بروز مشکلات فردی و خانوادگی دارد [۵۴]. به نظر می‌رسد اگر زوجین دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، هیجانات منفی، الگوهای تعاملی مخرب، روش صحیح برخورد با چالش‌های زندگی و بینش لازم برای ایجاد یک تغییر با دوام را بیاموزند نه تنها قادر خواهند بود به شیوه موثرتری مشکلات بین فردی خود را سازماندهی کنند، بلکه بهتر می‌توانند تعاملاتشان را با کودک بیش‌فعال خویش بهبود بخشند. درمانگر طی جلسات بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار-فراشناختی، به زوجین کمک نمود تا از بی‌خوبی‌های (بیگانگی با خود) به لمس هیجانات درونی، از گوش به زنگ بودن‌های افراطی و پاسخ‌های خود حمایت‌گرانه به گوشه‌گیری و خطر کردن، از ناامیدی‌های منفعلانه در مواجهه با دگرگونی‌های گریزناپذیر ارتباطی به احساس توانمندی در خصوص خلق فعالانه دگرگونی‌ها، از سرزنش‌های بی‌بهره دیگری به درک اینکه چگونه خودش موجب بی‌تفاوتی همسر را فراهم آورده و مراقبت و پاسخ‌گویی را برای افراد دشوار می‌سازد و از تمرکز بر کاستی‌ها و نقصان‌های دیگری به کشف ترس‌ها و حسرت‌های شخصی و از همه مهمتر، از تنهایی به سمت با هم بودن حرکت نمایند [۵۵].

همراهی درمانگر برای تشخیص، توسعه و سازماندهی مجدد تجارب درون‌نشان در زوجین، موجب ظهور یک خود تازه شد و مقارن این ظهور، شیوه‌های نوینی از تعامل با همسر پدیدار گردید. این پدیداری خود محرک، باعث ایجاد پاسخ‌های مطلوب از سوی نفر دیگر بود. به سخن دیگر تجارب جدید درون فردی محاورات میان فردی متفاوتی ایجاد نمود که خود موجب خلق رویکردهای مشترک کامرواساز شد. به نظر می‌رسد این تغییرات در هیجانات، تفکرات و تعاملات، و همچنین ارائه اطلاعات از ویژگی‌ها و مشکلات کودک مبتلا به کمبود توجه/بیش‌فعالی و تأثیرات مشکلات رفتاری این کودکان در بروز و تشدید مشکلات زناشویی‌شان در کنار آموزش مدیریت تنش، موجب ایجاد بینش تازه‌ای در زوجین شد تا از نگاهی دیگر به مشکلات خود بنگرند و با اخذ توانایی فراشناختی اکتساب شده به ارزیابی منطقی پیامدهای رفتارهای خود دست یابند و با اصلاح فرآیندهای افکار و احساسات خود، تمرکز کمتری بر ارزیابی‌های منفی در مورد زندگی زناشویی و فرزند خود داشته باشند و خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی بیشتری را نسبت به گذشته گزارش دهند. در مورد نحوه اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) زوجین دارای فرزند بیش‌فعال می‌توان بیان نمود درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه جدید

جدول ۴: مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در سه گروه پژوهش در دو مرحله زمانی (میانگین \pm انحراف معیار)

مرحله	زوج درمانی هیجان مدار- فراشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل (گواه)
خودکارآمدی			
پیش‌آزمون	۲/۰۸±۱۴/۴۴	۱/۷۱±۱۴/۹۵	۲/۲۸±۱۳/۹۰
پس‌آزمون	۲/۱۴±۱۷/۹۵	۱/۹۳±۱۶/۶۹	۱/۷۷±۱۴/۱۴
امیدواری			
پیش‌آزمون	۱/۷۲±۱۵/۴۰	۱/۹۸±۱۳/۸۸	۱/۶۹±۱۳/۶۰
پس‌آزمون	۲/۹۹±۱۸/۵۶	۱/۸۲±۱۵/۸۰	۱/۵۸±۱۳/۷۲
تاب‌آوری			
پیش‌آزمون	۲/۰۸±۱۴/۴۴	۲/۰۸±۱۳/۸۰	۲/۵۲±۱۲/۷۴
پس‌آزمون	۱/۹۲±۱۶/۶۶	۲/۳±۱۶/۶	۱/۳۳±۱۲/۷۰
خوش‌بینی			
پیش‌آزمون	۱/۷۴±۱۵/۴۰	۲/۴۶±۱۴/۸۹	۳/۴۶±۱۴/۸۹
پس‌آزمون	۱/۹۰±۱۷/۲۹	۲/۴۳±۱۷/۴۴	۲/۶۷±۱۳/۵۴

برای مقایسه سه گروه پژوهش در پس‌آزمون چهارمؤلفه سرمایه روان‌شناختی پس از کنترل پیش‌آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که در خودکارآمدی ($F=11/56, df=2, p<0/01$) و امیدواری ($F=10/13, df=2, p<0/01$)، تاب‌آوری ($F=14/36, df=2, p<0/01$) و خوش‌بینی ($F=14/19, df=2, p<0/01$) بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵). برای تعیین تفاوت جفتی گروه‌های سه گانه پژوهش، آزمون تقییبی بونفرونی انجام شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در هر چهار مؤلفه خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی در مرحله پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون، گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ($p<0/01$)، ولی بین دو گروه زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$) (جدول ۶).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بسته زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) زوجین دارای فرزند بیش‌فعال انجام شد. نتایج به دست آمده از نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی زوجین دارای فرزند بیش‌فعال اثرات ماندگار دارند و در اثر بخشی این دو درمان تفاوتی وجود ندارد. بر اساس جست و جوی پژوهشگران مطالعه حاضر، تاکنون پژوهشی که اثربخشی بسته زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی را بر سازه‌های مختلف روان‌شناختی مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد تا به صورت مستقیم استنادی به همسویی و یا ناهمسویی اثربخشی بسته تلفیقی زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی بر سرمایه روان‌شناختی زوجین دارای فرزند بیش‌فعال صورت گیرد که این موضوع جنبه نوآوری پژوهش را نشان می‌دهد لیکن می‌توان گفت این بخش از نتایج به صورت غیر مستقیم با یافته‌های پژوهش آقا گدی و همکاران [۲۴]، حامدی و همکاران [۲۵]، خالق خواه و همکاران [۳۳]، گل محمد نژاد بهرامی و رحیمی [۳۷]، ملکانه و همکاران [۳۴] و میردریکوند و همکاران [۳۵] مبنی بر تأثیر مثبت زوج درمانی هیجان مدار-فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی همسو می‌باشد. به علاوه، در راستا

منفی وابسته به آن را ارائه می‌کند و می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در ارتقاء سرمایه روان شناختی ایفا کند [۵۸]. در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی زوجین می‌آموزند که چگونه در لحظه حال، ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهند و چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی و هیجانات و احساسات منفی خود ارتباط برقرار کنند و با ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف با حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش به دور از قضاوت، به مشکل خود نگاه کرده و به حل آن بپردازند. این روش درمانی با ایجاد تراوش‌های فکری و عاطفی از آسیب‌پذیری و حساسیت‌های غیرمنطقی در موقعیت‌های تنش‌زا کاسته و موجب ارتقاء خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی زوجین دارای فرزند بیش فعال گردیده است [۵۶].

با افکار به جای تغییر آن‌ها تأکید می‌شود که نشخوارهای ذهنی را کاهش می‌دهد. این توانایی به واسطه پرورش دو مهارت مهم پذیرش تجارب درونی افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند و عدم اجتناب از این تجارب است. یکی از روش‌های اثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افزایش پذیرش، ارائه شیوه متفاوتی از مواجهه با هیجانات، درد و پریشانی است [۵۶]. به گونه‌ای که زوجین را ترغیب می‌کند تا به تجارب خود به شیوه‌ای خالی از قضاوت و در زمان حال توجه کند و از این طریق میزان ناراحتی روانشناختی را کاهش می‌دهد [۵۷].

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه هیجانات منفی می‌باشد و همواره به عنوان یک محرک قوی پیش‌گیرنده کننده عمل می‌کند. این درمان شیوه متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مؤلفه‌های سرمایه روان شناختی در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون

شاخص آماری	مقدار	ضریب F	df فرضیه	df خطا	P-value
آزمون‌های چهارگانه					
اثر پیلائی	۰/۹۳	۷/۸۲	۸	۷۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکس	۰/۲۳	۹/۳۸	۸	۷۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۵۹	۱۱/۰۳	۸	۶۸	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۲۹	۲۰/۶۰	۴	۳۶	۰/۰۰۱
تحلیل ولریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری					
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	P-value
خودکارآمدی					
پیش‌آزمون	۱۲/۸۳	۱	۱۲/۸۳	۹/۸۶	۰/۰۰۳
عضویت گروهی	۳۰/۰۸	۲	۱۵/۰۴	۱۱/۵۶	۰/۰۰۱
امیدواری					
پیش‌آزمون	۵۱/۱۷	۱	۵۱/۱۷	۲۳/۹۹	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۴۳/۲۱	۲	۲۱/۶۱	۱۰/۱۳	۰/۰۰۱
تاب‌آوری					
پیش‌آزمون	۱۱/۴۱	۱	۱۱/۴۱	۱۲/۸۳	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۲۵/۵۳	۲	۱۲/۷۶	۱۴/۳۶	۰/۰۰۱
خوش‌بینی					
پیش‌آزمون	۳۰/۶۲	۱	۳۰/۶۲	۱۷/۸۶	۰/۰۰۱
عضویت گروهی	۴۸/۶۵	۲	۲۴/۳۳	۱۴/۱۹	۰/۰۰۱

جدول ۶: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در مؤلفه‌های سرمایه روان شناختی

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها تعدیل شده	خطای استاندارد	P-value
خودکارآمدی				
زوج درمانی هیجان‌مدار-فرانشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۵۶	۰/۶۹	۰/۰۸۶
زوج درمانی هیجان‌مدار-فرانشناختی	گروه کنترل (گواه)	۳/۳۴**	۰/۷۰	۰/۰۰۱
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل (گواه)	۱/۷۸**	۰/۶۴	۰/۰۲۸
امیدواری				
زوج درمانی هیجان‌مدار-فرانشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۴۶	۰/۷۰	۰/۱۳
زوج درمانی هیجان‌مدار-فرانشناختی	گروه کنترل (گواه)	۳/۲۰**	۰/۷۲	۰/۰۰۱
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل (گواه)	۱/۷۴*	۰/۶۷	۰/۰۳۹
تاب‌آوری				
زوج درمانی هیجان‌مدار-فرانشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۴	۰/۷۶	۱
زوج درمانی هیجان‌مدار-فرانشناختی	گروه کنترل (گواه)	۳/۱۸**	۰/۷۶	۰/۰۰۱
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل (گواه)	۳/۶۰**	۰/۷۲	۰/۰۰۱
خوش‌بینی				
زوج درمانی هیجان‌مدار-فرانشناختی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۷۲	۰/۷۸	۱
زوج درمانی هیجان‌مدار-فرانشناختی	گروه کنترل (گواه)	۳/۰۹**	۰/۷۹	۰/۰۰۱
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل (گواه)	۳/۸۳**	۰/۷۵	۰/۰۰۱

محدودیت‌هایی روبه است، بنابراین پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. از جمله محدودیت‌ها می‌توان به عدم امکان هم‌تاسازی گروه‌ها از لحاظ شدت علائم بیش‌فعالی کودکان، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زوجین اشاره نمود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری فاطمه یاوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی به شناسه ۱۳۹۷،۲۶۳ و به تاریخ ۱۳۹۷/۱۲/۸ می‌باشد. بدین وسیله از مدیریت محترم و مراجعه کنندگان مراکز خانواده درمانی اصفهان به پاس همکاری بی دریغشان و سایر عوامل، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Chen Q, Hartman CA, Haavik J, Harro J, Klungsoyr K, Hegvik TA, et al. Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PLoS One*. 2018;13(9):e0204516. doi: 10.1371/journal.pone.0204516 pmid: 30256837
2. Alijani A, Rahman M, Ghahari S. [Efficacy of cognitive behavioral parent group on a number of behavioral problems in ADHD children]. *J Soc Behav Sci*. 2013;84(12):874-8.
3. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry (11th edition.). 11 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
4. Association AP. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]. Tehran: Roshan Publishing House; 2013.
5. Jasem ZA, Delpont SM. Mothers' Perspectives on the Play of Their Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Occup Ther Int*. 2019;2019:1-10. doi: 10.1155/2019/6950605
6. Zoghi Paidar M, Ghasemi M, Bayat A, Kamali S. [Comparison of mental health of mothers with children with and without attention deficit hyperactivity disorder]. *Except Educ*. 2016;15(8):15-5.
7. Williamson D, Johnston C. Maternal ADHD Symptoms and Parenting Stress: The Roles of Parenting Self-Efficacy Beliefs and Neuroticism. *J Atten Disord*. 2019;23(5):493-505. doi: 10.1177/1087054717693373 pmid: 28201945
8. Moharri F, Shahriver Z, Tehrani Dost M. [Effect of positive parenting education program on mothers in behavioral problems of children with ADHD]. *J Bas Princ Mental Health*. 2008;11(1):40-31.
9. Yousefi S, Soltani Far A, Timurid S. [Comparison of parental stress in mothers of children with hyperactivity disorder and attention deficit in mothers of normal children]. *J Mental Health*. 2008;11(2):122-15.
10. Hosogane N, Kodaira M, Kihara N, Saito K, Kamo T. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17(1). doi: 10.1186/s12991-018-0180-8
11. Mohammadi Z, Soleimani A, Fathi Ashtiani A, Jawidi N. [Investigating the relationship between psychological well-being and resilience in mothers of attention deficit hyperactivity disorder and its comparison with normal children's mothers]. *Nasim Wishing*. 2012;2(3):22-8.
12. Gohari Z, Dehghani F, Rajabi G, Mahmoudi-Gharaei J. Parenting Self Efficacy in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs. Normal Children. *Iran J Psychiatry*. 2012;7(2):57-60. pmid: 22952546
13. Wizman-Man D. Optimistic Approach Towards Life as a Protective Factor for Adolescents with LD and ADHD. *Studia Edukacyjne* nr. 2018;48(10):377-91.
14. Erez A, Judge TA. Relationship of core self-evaluations to goal setting, motivation, and performance. *J Appl Psychol*. 2001;86(6):1270-9. pmid: 11768067
15. Youssef-Morgan CM, Luthans F. Psychological Capital and Well-being. *Stress Health*. 2015;31(3):180-8. doi: 10.1002/smi.2623 pmid: 26250352
16. Janabadi H. [The effect of marital counseling on reducing Marital conflict among parents of mentally retarded children referring to Zahedan Welfare Advice Center]. *Psychol Excep People*. 2011;4(1):73-53.
17. Đurišić M, Bunijevac M. Parental involvement as a important factor for successful education. *Cent Educ Policy Stud J*. 2017;7(3):137-53.
18. Krasikova DV, Lester PB, Harms PD. Effects of Psychological Capital on Mental Health and Substance Abuse. *J Leadersh Organ Stud*. 2015;22(3):280-91. doi: 10.1177/1548051815585853
19. Michaeli-Monee F. Structural relationships between psychological well-being and perceived emotional intelligence, the ability to control negative thinking and depression in mothers of children with mental retardation and comparing it with normal children. *Res Excep Child*. 2009;9(2):103-20.

20. Namni A, Mohammadpour M, Nuri J. [Effectiveness of emotional group therapy on interpersonal forgiveness and hope in divorced women]. *Cult Couns Psycho*. 2017;8(29):78-57.
21. Lebow JL, Chambers AL, Christensen A, Johnson SM. Research on the treatment of couple distress. *J Marital Fam Ther*. 2012;38(1):145-68. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00249.x pmid: 22283385
22. Hosseini B. [Couples Therapy]. Tehran: Jungle; 2009.
23. Johnson S. [Emotion Circuit Therapy (Therapeutic Lethal Therapy for Emotional Injuries)]. *Soc Health*. 2003;12(1):1-11.
24. Agha Gadi P, Golparvar M, Ghani A, Khayatan F. [The effect of Cognitive Anxiety Therapy and Emotional Therapy on Depression and Resilience of women affected by wife's compromise]. *Soc Health*. 2018;12(1):1-11.
25. Hamed B, Shafi Abadi A, Nawbi Nejad S, Delaware A. [Evaluating the effectiveness of the emotion-focused therapy approach to increasing the degree of marital intimacy and self-efficacy of student couples]. *J Educ Manage Res*. 2001;4(3):43-57.
26. Hassan Abadi H, Mojarad S, Soltani Far A. [Investigating the effectiveness of Emotion-Oriented Therapy on marital adaptation and positive affections of couples with out-of-marriage relationships]. *Clin Psychol Couns Res*. 2010;1(2):38-25.
27. Gençoğlu C, Yılmaz M. The effect of Emotional Awareness Education, based on Emotion Focused Therapy, on young adults' levels of optimism. *J Happ* 2012;2(1):51-62.
28. Renna ME, Quintero JM, Fresco DM, Mennin DS. Emotion Regulation Therapy: A Mechanism-Targeted Treatment for Disorders of Distress. *Front Psychol*. 2017;8:98. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00098 pmid: 28220089
29. Huntley CD, Fisher PL. Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scand J Psychol*. 2016;57(5):446-52. doi: 10.1111/sjop.12306 pmid: 27401146
30. Wells A. *Meta cognitive for anxiety and depression: The Guilford press*; 2009.
31. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective: Psychology Press*; 2014.
32. Yousefi N, Karimipour B. [Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and self-regulated couple's therapy on coping strategies and self-control of couples]. *Clini Psychol Res Cons*. 2018;8(1):12-1.
33. Khalegh Khah A, Alipour S, Heidari H, Mirmohdi R. [The effectiveness of metacognitive learning education on self-efficacy and quality of life of students with mental disorders]. *Lear Disabil*. 2018;7(1):60-42.
34. Malekaneh M, Salarifar M, Rusto Moghaddam M. [The effectiveness of teaching beliefs and metacognitive mode on self-efficacy and academic achievement]. 9th International Congress on Psychotherapy (Asian Summit on Cultural Values)2017.
35. MirDarikvand F, Sabzian S, Gravand E. [The effectiveness of metacognitive techniques training on self-efficacy of high school students in Isfahan]. *Res Virt Sch Learn*. 2016;2(8):16-7.
36. Mansour S, Bohrani M. [The effectiveness of Cognitive-Based Mindfulness Therapy in Reducing Contradictory conjunctivities of Couples in Tehran]. Second National Conference on Psychology and Educational Sciences; Khuzestan Province: Islamic Azad University, Shadegan Branch; 2016.
37. Golmohammad Nezhad Bahrami GR, Rahimi E. Studying the effectiveness of metacognitive strategies training on social adjustment and social self-efficacy of female high school students in Naghadah. *Educ Eval Sci Res J*. 2016;9(35):81-65.
38. Bayrami M, Movahedi Y, Alizadeh GJ. The effectiveness of cognition-based mindfulness therapy on the reduction of social anxiety and dysfunctional attitude in adolescents. *J Soc Cog Res*. 2015;4(1):53-41.
39. Davidson RJ. Mindfulness-Based Cognitive Therapy and the Prevention of Depressive Relapse: Measures, Mechanisms, and Mediators. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):547-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0135 pmid: 27119526
40. Younesi S, Rahimian B. [Jazzidil is the gateway to meta-cognition]. Tehran: Publisher Danjeh; 2008.
41. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):565-74. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076 pmid: 27119968
42. Rajabi A. [Effect of a group therapy based on mindfulness approach on empowerment and psychological capital in employed divorced women]. The 3rd National Conference on New Studies and Researches in the field of Iranian Educational Sciences and Psychology2018.
43. Barghi IZ, Zare H, Abedin M. [Effectiveness of acceptance and commitment based therapy (ACT) on the psychological capital in patients with esophageal cancer]. *Psychol Health*. 2015;14(16):20-5.
44. Shojaeyan M, Abolmaali K. [Effectiveness Of Cognitive Therapy-Based Mindfulness On Increasing The Psychological Capital Of Veterans]. *Veteran Med*. 2016;8(4):195-201.
45. Heidarian A, Zaharakar K, Farshad M. [The effectiveness of Mindfulness Training on resilience and reduced rumination in female patients with breast cancer: A Randomized Trial]. *J Breast Dis Iran*. 2017;2:52-9.
46. Hosseini Jamalabadi F, Gerami Ahmad Abadi M. [The effect of cognitive-mindedness-based cognitive therapy on the resonance of mothers of overactive preschool children in Yazd city]. National Conference on Knowledge and Technology of Psychology: Edu Sci Compre Psychol Iran; 2017.
47. Mohamadpour S, Tajikzadeh F, Aflakseir A. [The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on self-efficacy and anxiety among epileptic patients]. *Arch Neurosci*. 2017;4(2).

48. Masoumian S, Shoori M, Shams C, Momenzadeh S. [The effect of treatment of Mindfulness-Based stress reduction on self-efficacy in women with chronic low back pain]. *Res Med*. 2011;37(3):158-63.
49. Shahmoradi Z, Khaleghipour S, Masjedi M. [Comparing Effectiveness of "Schema Therapy" and "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" on Maladaptive Schemas and General Health in Patients with Vitiligo]. *JHPM*. 2018;7(6):42-52.
50. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. *Personnel Psychol*. 2007;60(3):541-72. doi: 10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x
51. Bahadori Khosro Shahi J, Hashemi Nosrat Ababd T, Babapour K. [The relationship of psychological capital with social capital of students of Tabriz University]. *J Res Health Res Cen Soc Dev Health Prom of Gonabad*. 2012;2(1):1-12.
52. Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther*. 1995;33(1):25-39.
53. Samouei R, Ghasemi F. Role of mindfulness training on psychological capital of Isfahan University of Medical Sciences students. *Int J Educ Psychol Res*. 2015;1(4):293. doi: 10.4103/2395-2296.163936
54. Culbertson SS, Fullagar CJ, Mills MJ. Feeling good and doing great: the relationship between psychological capital and well-being. *J Occup Health Psychol*. 2010;15(4):421-33. doi: 10.1037/a0020720 pmid: 21058856
55. Jelvani R, Etemadi O, Jazayeri R, Fatehizadeh M. [Finding out factors influencing emotion regulation: A qualitative survey]. *J Res Behav Sci*. 2017;15(3):363-70.
56. Kabat-Zinn J, Hanh TN. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness: Delta; 2009.
57. Kabat-Zinn J. The heart of rehabilitation. In Leskowitz E. (Ed.), *Complementary and alternative medicine in rehabilitation* (pp. xi-xv). Saint Louis: Churchill Livingstone; 2003.
58. Mehrinejad S, Ramezan SL. [Impact Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy On Depression, Anger And Emotion Regulation Of Veterans'spouses]. *Iran J War Public Health*. 2016;8(3):141-8.