

مقاله اصلی

## مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و فراشناخت بر عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی مادران دارای فرزند مبتلا به بیش فعالی / کمبود توجه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۲

### خلاصه

#### مقدمه

اختلال کمبود توجه / بیش فعالی<sup>۱</sup> ADHD شایعترین اختلالهای روانپزشکی است که از کودکی آغاز میشود و یک مسئله مهم بهداشت روانی جامعه به حساب می آید. این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و فراشناخت بر عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD انجام گرفت.

#### روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و از نوع شبه آزمایشی با سه گروه به صورت پیش آزمون-پس آزمون می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دارای کودک بیش فعال شهر بجنورد تشکیل می دهند. از جامعه آماری تعداد ۴۸ نفر، به صورت روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت انتصاب تصادفی به دو گروه آزمایشی تخصیص داده شد. در ابتدا از هر دو گروه پیش آزمون اخذ گردید که شامل پرسشنامه عملکرد خانواده (اپشتاین و همکاران؛ ۱۹۸۰)، پرسشنامه مهار هیجانی و پرسشنامه همدلی بود.

#### نتایج

نتایج نشان داد که پس از تعدیل میانگین های پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین گروههای آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان ذهن آگاهی و فراشناخت باعث بهبود در عملکرد خانواده، همدلی و کنترل هیجانی مادران دارای کودک بیش فعال شده و تاثیر مطلوبی روی آنها به جا گذاشته است.

#### نتیجه گیری

به طور کلی با توجه به نتایج بدست آمده می توان اظهار داشت که روشهای درمانی روی متغیرهای مورد عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی مادران دارای فرزند مبتلا به بیش فعالی / توجه تایر معناداری داشته است.

#### کلمات کلیدی

بیش فعالی، همدلی عاطفی، کنترل هیجان، عملکرد خانواده  
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

معصومه یزدانی<sup>۱</sup>

مهدی قاسمی مطلق<sup>۲\*</sup>

ابوالفضل بخشی پور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی عمومی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد

<sup>۲</sup>استاد یار روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

<sup>۳</sup>استاد یار روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

Email: avestaps@yahoo.com

<sup>1</sup>. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder



## مقدمه

می‌بیند اما مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند دچار اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، والدین، به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد. همان‌طور که واکنش‌های مادر قدرت اثرگذاری بسیاری بر کودک دارد، رفتارها و خلق‌وخوی کودک نیز می‌تواند بر رفتار و عواطف مادر نسبت به فرزندش تأثیر فراوان داشته باشد. کودکان بیش‌فعال به دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی‌قراری و کم‌توجهی تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می‌گذارند. وجود چنین رفتارهایی در کودک، به بروز واکنش‌هایی مانند پرخاشگری، تنبیه فیزیکی و احساس خصومت از جانب والدین نسبت به کودک می‌انجامد. این واکنش‌ها سرانجام منجر به حادث شدن مشکلات کودک می‌شود. به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می‌آید؛ به صورتی که به تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می‌رسد (۵).

بر اساس پژوهش‌های انجام شده، افسردگی و تنیدگی در مادران کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نسبت به مادران بدون اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بیشتر است. یکی از متغیرهای مرتبط با مشکلات والدین خصوصاً مادر می‌تواند به کنترل هیجانی اشاره کرد. توانایی کنترل هیجانات مادر یکی از عواملی است که از طریق آموزش می‌تواند بهبود یابد. مادرانی که از توانایی تنظیم هیجانات بالایی برخوردار می‌باشند؛ حالات فرزند خود را به خوبی درک می‌نمایند و در انجام وظایف مادری از قابلیت‌های بیشتری برخوردار می‌باشند. (۶) والدین در جریان یک ارتباط عاطفی و همدلانه می‌توانند عواطف و احساسات خود را کنترل و رفتار خود را با انتظارات فرزندان خود هم‌آهنگ و سازگار سازند. از نظر الگوهای تعاملی میان مادر و کودک بیش‌فعال، نقش مادر می‌تواند به اندازه کودک و یا حتی مهم‌تر از او باشد. مادرانی که مشکلات عاطفی دارند، واکنش کمتر مناسبی به رفتارهای تحریک‌آمیز کودک می‌دهند که در بازگشت مشکلات رفتاری کودک را تشدید می‌کند (۷).

اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی با توسعه نامناسب سطح فعالیت، تحمل کم، تکانشی بودن، اختلال و ناتوانی در حفظ توجه و تمرکز مشخص می‌شود. بی‌توجهی، توانایی محدود به منظور حفظ توجه و تمرکز در مدت‌زمان لازم برای انجام یا درک یک کار خاص است؛ بیش‌فعالی با فعالیت حرکتی و تکانشی بیش‌ازاندازه در کودکان مشخص می‌شود و در واکنش‌های ناگهانی و غیرقابل‌تصور ظاهر می‌شود؛ که هر دو موارد گفته‌شده، از نشانه‌های ابتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی می‌باشند (۱). اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی شایع‌ترین اختلالات عصبی-رفتاری در دوران کودکی است که حدود ۳-۶٪ از کودکان سن مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲ و ۳) شیوع تخمینی اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی در سراسر جهان ۵،۲۹٪ است. این اختلال بیشتر در پسران اتفاق می‌افتد تا در دختران و اغلب همراه با دیگر بیماری‌های عصبی و روانی بروز پیدا می‌کند. بخش قابل‌توجهی (تقریباً نیمی از) کودکان، مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی، تحت تأثیر اختلال خلقی مخالف نیز قرار دارند. بر اساس معیارهای مشخص شده در انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV) اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی به سه نوع تقسیم می‌شود: عمدتاً بی‌توجه، عمدتاً بیش‌فعال / تکانشی و نوع ترکیبی (که علائم هر دو گروه یعنی عدم توجه و بیش‌فعالی / تکانشی را دارد). نوع ترکیبی شایع‌تر است و در مقایسه با دو نوع دیگر اختلالات بیشتری را در عملکرد کلی ایجاد می‌کند. تا به امروز، تحقیقات متعددی، پایگاه‌های عصبی-زیستی اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی را توصیف کرده‌اند. مطالعات مورفومتری و تصویربرداری، نواحی مناطق مغزی افرادی را که دچار این اختلالات هستند را شناسایی کرده‌اند (۴)

در محیط خانواده که به‌واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضا تأثیر بسزایی در افزایش یا کاهش مشکلات موجود دارد. تولد کودک با مشکلات سازگاری در هر خانواده‌ای با نوعی تنش همراه است و در چنین موقعیتی اگرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب

همدلی، مفهوم مهمی در حوزه روان‌شناسی و ارتباط بین فردی است. سازه همدلی دربرگیرنده تعدادی از خصوصیات لازم برای سلامت روان شناختی در کودکان است. همدلی عنصری ضروری برای عملکردهای موفقیت آمیز بین شخصی محسوب می‌شود (۸) مؤلفه عاطفی همدلی، نیازمند حساسیت به احساسات فرزند و گوش دادن به گفته‌های او درباره احساسات خویش است. این احساسات در قالب کلام، حرکات یا اعمال فرزند جلوه‌گر می‌شود. این مؤلفه‌ها نیازمند هماهنگی در یافت‌های والدین از عواطف فرزند با رفتارهای فرزند است (۹).

خانواده به وسیله الگوهای ارتباطی بین اعضای آن عمل می‌کند. این روابط توسط فرآیند تبادل اطلاعات (احساسی، شناختی و یا رفتاری) که ارتباطات را تشکیل می‌دهند ایجاد می‌شود. ساختار خانواده شیوه بررسی چگونگی ارتباط همه سیستم‌های فرعی با یکدیگر است که الگوهای متفاوت روابط در خانواده را شکل می‌دهد. هر عضو خانواده به نحو متفاوتی با دیگر اعضای خانواده پیوند دارد. این پیوندهای متفاوت، تعاملاتی را در بین مجموعه‌های خاصی از افراد ایجاد می‌کند (۱۰). مینوچین معتقد است که خانواده‌ها باید به طور دائمی با تغییرات تطابق یابند و با آن سازگار شوند. این تغییرات نتیجه مشکلات و عوامل استرس‌زای خارج از خانواده، مراحل رشدی، و انتقالی در چرخه خانواده، و مشکلات منحصر به فرد (برای مثال، تولد یک کودک معلول) است. خانواده‌هایی که دچار اختلال می‌شوند، آن‌هایی هستند که در مواجهه با عوامل استرس‌زا، انعطاف‌پذیری و سختی الگوهای تبادلی و مرزهای خود را افزایش می‌دهند و برای جست و جوی جایگزین‌ها مقاومت می‌کنند و از آن اجتناب می‌ورزند (۱۱).

رابطه مثبت والد - کودک و دلبستگی ایمن منجر به پیامدهای مثبت برای کودکان می‌شود که در موقعیت‌های پرخطر قرار دارند والدینی که در فعالیت‌های کودک مشارکت می‌کنند و با آن‌ها همکاری می‌نمایند، ثابت شده است که از رفتارهای برونی کردند و بزهکاری در کودکان

خود جلوگیری می‌کنند (۱۲). نقش والدین، به‌خصوص مادران در سبب‌شناسی اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی مهم است. چراکه مادران این کودکان سخت‌گیر یا کاملاً رها کننده هستند. اخیراً کارآمدترین روش برای درمان برنامه‌های چندوجهی شناخته شده که یکی از آن‌ها آموزش والدین می‌باشد. آموزش رفتاری، به والدین و کودکان کمک می‌کند تا چرخه تعاملی نا کارآمد را بشکنند و الگوهای تعاملی حمایتی مثبت متقابلی به وجود آورند. خانواده‌درمانی در مورد مشکلات بیش‌فعالی - نقص توجه، برای کمک به خانواده‌ها به منظور ایجاد الگوهای سازمان‌داری برای برخورد و مدیریت کارآمد در رابطه با کودک، متمرکز است (۱۳) خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که اگر نه در تمام جوامع، حداقل در اکثر آن‌ها، به‌عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده است. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات کودک‌کان ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین و شیوه‌های تربیتی آنان دارد (۱۴) والدین دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بیشتر از والدین دیگر از شیوه‌های فرزند پروری منفی و خودکامه استفاده می‌کنند اگرچه داشتن کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی منبع استرس است؛ اما تأثیر آن بر والدین تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آنان از مسئله و معجز بودن به مهارت‌های مدیریت کودک بستگی دارد. (۱۵) با توجه به مطالب ارائه شده می‌توان گفت در این زمینه باید آموزش‌هایی به مادران دارای فرزند بیش‌فعال داده شود تا بتوانند با فرزندان با این اختلال هماهنگ باشند و راه‌های درمانی نیز در این زمینه ارائه شده است که می‌توان گفت این درمان‌ها در دو طبقه عمده در مان‌های روانی - اجتماعی و درمان‌های دارویی قرار دارند. یکی از این درمان‌های روانی - اجتماعی، آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی می‌باشد. (۱۵) فراشناخت به دانش درباره‌ی تفکر و شناخت و عواملی که بر افکار اثر می‌گذارد اشاره دارد.

همدلی، مفهوم مهمی در حوزه روان‌شناسی و ارتباط بین فردی است. سازه همدلی دربرگیرنده تعدادی از خصوصیات لازم برای سلامت روان شناختی در کودکان است. همدلی عنصری ضروری برای عملکردهای موفقیت آمیز بین شخصی محسوب می‌شود (۸) مؤلفه عاطفی همدلی، نیازمند حساسیت به احساسات فرزند و گوش دادن به گفته‌های او درباره احساسات خویش است. این احساسات در قالب کلام، حرکات یا اعمال فرزند جلوه‌گر می‌شود. این مؤلفه‌ها نیازمند هماهنگی در یافت‌های والدین از عواطف فرزند با رفتارهای فرزند است (۹).

خانواده به وسیله الگوهای ارتباطی بین اعضای آن عمل می‌کند. این روابط توسط فرآیند تبادل اطلاعات (احساسی، شناختی و یا رفتاری) که ارتباطات را تشکیل می‌دهند ایجاد می‌شود. ساختار خانواده شیوه بررسی چگونگی ارتباط همه سیستم‌های فرعی با یکدیگر است که الگوهای متفاوت روابط در خانواده را شکل می‌دهد. هر عضو خانواده به نحو متفاوتی با دیگر اعضای خانواده پیوند دارد. این پیوندهای متفاوت، تعاملاتی را در بین مجموعه‌های خاصی از افراد ایجاد می‌کند (۱۰). مینوچین معتقد است که خانواده‌ها باید به طور دائمی با تغییرات تطابق یابند و با آن سازگار شوند. این تغییرات نتیجه مشکلات و عوامل استرس‌زای خارج از خانواده، مراحل رشدی، و انتقالی در چرخه خانواده، و مشکلات منحصر به فرد (برای مثال، تولد یک کودک معلول) است. خانواده‌هایی که دچار اختلال می‌شوند، آن‌هایی هستند که در مواجهه با عوامل استرس‌زا، انعطاف‌پذیری و سختی الگوهای تبادلی و مرزهای خود را افزایش می‌دهند و برای جست و جوی جایگزین‌ها مقاومت می‌کنند و از آن اجتناب می‌ورزند (۱۱).

رابطه مثبت والد - کودک و دلبستگی ایمن منجر به پیامدهای مثبت برای کودکان می‌شود که در موقعیت‌های پرخطر قرار دارند والدینی که در فعالیت‌های کودک مشارکت می‌کنند و با آن‌ها همکاری می‌نمایند، ثابت شده است که از رفتارهای برونی کردند و بزهکاری در کودکان

و پیگیری می‌باشد. که مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و فراشناخت بر عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD را مورد بررسی قرار می‌دهد.

نمونه آماری این پژوهش شامل ۴۸ مادر دارای کودک ADHD می‌باشد که به صورت تصادفی در سه گروه ۱۶ نفره به گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تخصیص داده خواهند شد.

جامعه و نمونه آماری پژوهش: طرح پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل است. مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران ۱۲ تا ۱۶ ساله دانش‌آموزان دختر سال اول تا ششم (گروه سنی سال) دبستانهای ابتدایی شهر نورآباد، بوده است. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدفانجام شد. پس از تکمیل پرسشنامه توسط والدین و ارجاع آن به مهد، مادران کودکانی که مشکل بیش‌فعالی بوده و با نظر روانشناس و پزشک این بیماری قطعی گردیده بود در ۳ گروه به طو تصادفی گمارده شده و پس از کسب رضایت لازم و توجیح در مورد پژوهش حاضر نسبت به شرکت در آموزشهای مدنظر اقدامات لازم انجام شد و در نهایت ۴۸ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در مرحله بعد پس از کسب رضایت برای شرکت در پژوهش به صورت تصادفی با قرعه کشی این ۴۸ نفر در سه گروه ۱۶ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود این مادران به گروه نمونه عبارت بودند از ۱- داشتن کودک زیر ۶ سال مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه ۲- میزان تحصیلات حداقل دیپلم ۳- انگیزه همکاری و مشارکت در درمان ۴- عدم جدایی والدین از یکدیگر

درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد؛ تأکید ندارد (۱۶) و سعی می‌کند باورهای فراشناختی را که به شیوه ناسازگارانه، تفکرات منفی تکرارشونده را زیاد می‌کنند را تغییر دهد (۱۲).

در درمان فراشناختی می‌توان گفت، فراشناخت همواره بر عوامل شناختی درونی تأکید دارد که وظیفه کنترل، بازبینی و ارزیابی فکر را بر عهده دارند. فراشناخت قابل تقسیم به سه دسته کلی دانش فراشناختی (برای مثال، برای مقابله با شرایط باید نگران شوم) تجارب فراشناختی (برای مثال، احساس دانستن) و راهبردهای فراشناختی (برای مثال، شیوه‌های کنترل افکار و محافظت از باورها) می‌باشد (۱۶).

یکی دیگر از درمان‌ها، درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است. درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه این که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. در دو دهه‌ی اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ایجاد شده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده که برخی از مادر فرزندان بیش‌فعال در مرور زمان دچار مشکلات روانی می‌شود و احساس ناکارآمدی مادر در حل مسائل به بی‌ثباتی منجر شده که این عوامل به پیامدهای ضعیف در خصوص کودکان نیز می‌انجامد (۱۷). مارشال لینهان (۱۹۹۳) برای اولین بار به‌ضرورت اهمیت دادن به ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی درمان‌های روان‌شناختی تأکید کرد. (۱۸).

با توجه به توضیحات، این تحقیق قصد داشت اثرات درمان ذهن آگاهی و فراشناخت بر روی متغیرهای عملکرد مادران، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی مادران دارای فرزند مبتلا به بیش‌فعالی (ADHD) بررسی کند.

### روش کار:

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی از نوع شبه آزمایشی با سه گروه ۱۶ آزمودنی به‌صورت پیش آزمون-پس آزمون

## ۲. پرسشنامه مهار هیجانی

راجر و نشور (۱۹۸۷) ساختار اولیه پرسشنامه کنترل هیجانی را تنظیم و راجر و نجاریان (۱۹۸۹) این پرسشنامه را مورد تجدید نظر قرار دادند. پرسشنامه ی مذکور دارای ۵۶ ماده و ۴ خرده مقیاس بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش خیم می باشد. هر خرده مقیاس ۱۴ ماده دارد. **روایی و پایایی:** راجر و نجاریان (۱۹۸۹) بین نشخوار و روان رنجورخویی پرسشنامه شخصیتی آیزنگ<sup>۲</sup> همبستگی مثبت معنادار بین کنترل پرخاشگری و پرسشنامه خصومت باس - دار که آیین بازداری هیجانی و برون گرایی پرسشنامه شخصیتی آیزنگ و بین کنترل خوش خیم و روان پریش گرایی پرسشنامه شخصیتی آیزنگ همبستگی منفی معنادار یافتند. رفیعی نیا (۱۳۸۰) ضریب آلفای کرونباخ را با استفاده از روش همسانی درونی برای کل مقیاس و خرده مقیاس های بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۵۸ به دست آورده است.

۳. **پرسشنامه همدلی:** پرسشنامه همدلی توسط داویس در سال ۱۹۸۳ معرفی شد. این پرسشنامه از ۲۱ گویه تشکیل شده است و میزان همدلی را در افراد مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. مولفه های این پرسشنامه عبارت است از دغدغه همدلانه، دیدگاه گرایی، آشفستگی شخصی. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای بوده و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف امتیازبندی شده است.، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه همدلی ۱۹ سوالاتی برابر ۱۰,۹۱ است. میزان پایایی عامل اول با ۷ سؤال ۰,۹۳، عامل دوم با ۷ سؤال ۸۸۹,۰ و عامل سوم با ۵ سؤال ۷۵۴,۰ برآورد شد.

معیارهای خروج مادران از پژوهش نیز شامل: (۱) وجود علائم مروانپریشی در مادر و کودک؛ (۲) سابقه سوء مصرف موادمخدر (ماد) (۳) غیبت در بیش از یک جلسه از کلاسهای برنامه آموزشی بود.

## ابزار پژوهش:

۱. **ابزار عملکرد خانواده:** این مقیاس توسط اپشتاین، لارنس، بالدوین و بیشاب در سال ۱۹۸۰ تهیه شده است و هدف آن سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می سازد و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می کند. همچنین توانایی خانواده در سازش با حوزه ی وظایف خانوادگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه ای کیلرت به صورت کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) مشخص می نماید. برای نمره گذاری FAD تمام پاسخ ها از ۱ تا ۴ کد گذاری می شوند، نمره ی بالاتر نشانگر کارکرد نا سالم است برای بدست آوردن نمره هر مقیاس، متوسط نمرات مواد آن مقیاس محاسبه می شود سپس نمرات مواد هر خرده مقیاس با هم جمع شده و بر تعداد مواد آن مقیاس تقسیم می شود. بنابراین نمره ی هر مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) خواهد بود اگر ۴۰ درصد از مواد یک مقیاس پر نشده باشد نمره ی مقیاس محاسبه نمی شود.

در پژوهش امینی (۱۳۷۹) ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاس های حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی به ترتیب، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵، ۰/۶۵ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

<sup>3</sup> Buss-Durkee Hostility Inventor

<sup>1</sup> - Epshtain, Larsen, Baldwin and Beishab

<sup>2</sup> Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)

## نتایج

**جدول ۱.** شاخص‌های توصیفی عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی در دو مرحله آزمون در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف میانگین	میانگین	انحراف
عملکرد خانواده	درمان ذهن آگاهی	۱۱۳,۳۳	۱۳,۷۵	۹۴,۲۵	۹,۲۸
	درمان فراشناخت	۱۱۵,۵۰	۹,۳۶	۹۱,۶۶	۱۵,۰۳
	گواه	۱۱۲,۲۵	۱۷,۲۶	۱۱۰,۵۸	۱۸,۲۷
همدلی	درمان ذهن آگاهی	۱۳,۲۵	۳,۴۴	۱۶,۸۵	۲,۹۳
	درمان فراشناخت	۱۲,۴۱	۲,۵۰	۱۶	۲,۲۵
	گواه	۱۲,۶۶	۲,۰۱	۱۳	۱,۸۵
کنترل هیجان	درمان ذهن آگاهی	۲۶	۷,۰۸	۳۲,۵۰	۵,۹۰
	درمان فراشناخت	۲۵,۷۵	۴,۲۴	۳۳,۵۸	۵,۹۷
	گواه	۲۷,۶۶	۶,۹۸	۲۸,۵۰	۷,۱۰

همان‌طور که جدول بالا نشان می‌دهد میانگین عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی در گروه درمان ذهن آگاهی و درمان فراشناخت از پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافته است. در گروه گواه تغییری در میانگین در پس آزمون ایجاد نشده است. جهت اطمینان از یکسان بودن نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون از آزمون تحلیل واریانس یک-راهه استفاده گردید. نتایج تحلیل واریانس یکراهه جهت مقایسه میانگین‌ها در پیش آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲.** تحلیل واریانس عملکرد خانواده، همدلی و کنترل هیجانی در پیش آزمون در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
عملکرد خانواده	بین گروهی	۷۳,۵۰۰	۲	۳۶,۷۵۰		
	درون گروهی	۶۳۳۳,۵۰۰	۳۳	۱۹۱,۹۲۴	۰,۱۹۱	۰,۸۲۷
	کل	۶۴۰۷,۰۰۰	۳۵			
همدلی	بین گروهی	۴,۳۸۹	۲	۲,۱۹۴		
	درون گروهی	۴۳۰,۸۳۳	۳۳	۷,۳۸۹	۰,۲۹۷	۰,۷۴۵
	کل	۲۴۸,۲۲۲	۳۵			
کنترل هیجان	بین گروهی	۲۸,۰۵۶	۲	۱۳,۰۲۸		
	درون گروهی	۱۲۸۶,۹۱۷	۳۳	۳۸,۹۹۷	۰,۳۴۴	۰,۷۱۸
	کل	۱۳۱۲,۹۷۲	۳۵			

بودن انتساب گروه‌ها بوده و به پژوهشگر کمک می‌کند تا تفاوت‌های به دست آمده را با اطمینان بیشتری به اثر متغیر مستقل نسبت دهد.

جهت پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کواریانس استفاده شد. در ادامه ابتدا پیش فرض‌های

نتایج جدول فوق گویای آن است که در پیش آزمون تفاوت معناداری در عملکرد خانواده ( $P=0/827$ )، همدلی ( $F=0/297$ ,  $P=0/745$ ) و کنترل هیجانی ( $F=0/718$ ,  $P=0/244$ ) در سه گروه ذهن آگاهی، فراشناخت و گروه گواه وجود ندارد. این یافته نشان دهنده تصادفی

تحلیل کواریانس نرمال بودن داده ها و یکسانی واریانسها  
ارائه و پس از آن نتایج بدست آمده از تحلیل کواریانس  
ارایه شده است.

**جدول ۳.** نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف (توزیع داده ها)

متغیر	آماره کولموگروف-اسمیرنوف	معنی داری
عملکرد خانواده	۰/۷۳۵	۰/۱۵۳
همدلی	۰/۶۱۹	۰/۰/۰۷۶
کنترل هیجانی	۰/۷۰۷	۰/۰/۰۹۷

بر اساس نتایج درج شده در جدول فوق و با توجه به اینکه سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ می باشد می توان چنین استنباط کرد که توزیع نمرات عملکرد خانواده، همدلی و کنترل هیجانی نرمال می باشد. بنابراین پیش فرض نرمال بودن داده ها جهت اجرای آزمون تحلیل کواریانس برآورده می شود.

**جدول ۴-** نتایج آزمون لوین جهت تعیین همگنی واریانسهای گروههای آزمایش و کنترل

متغیر	F	df1	df2	Sig
عملکرد خانواده	۳/۰۹	۲	۳۳	۰/۰۵۸
همدلی	۲/۸۹۴	۲	۳۳	۰/۰۷۰
کنترل هیجانی	۲/۷۳۸	۲	۳۳	۰/۰۷۹

همانگونه که از نتایج حاصل از اجرای آزمون لوین در جدول فوق مشاهده می شود با توجه به این که سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ می باشد پراکندگی داده های متغیر عملکرد خانواده، همدلی و کنترل هیجانی همسان می باشد. بنابراین پیش فرض یکسانی واریانسها جهت اجرای آزمون تحلیل کواریانس برآورده می شود.

**جدول ۵-** خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر عملکرد خانواده

متغیرها	منابع تغییرات	مکعب	df	میانگین	F	سطح معناداری	مجدور توان سهمی
عملکرد خانواده	پیش آزمون	۷۸۸/۰۴۶	۱	۷۸۸/۰۴۶	۴/۷۶۳	۰/۰۳۹	۰/۰۳۹
	عضویت گروهی	۱۸۰۱۸/۱۳۹	۲	۹۰۴/۰۶۹	۵/۴۶۵	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳
	خطا	۳۱۴۳/۳۲۶	۳۲	۱۶۵/۴۳۸			
همدلی	پیش آزمون	۱۱۴/۷۲۰	۱	۱۱۴/۷۲۰	۴۹/۴۷۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	عضویت گروهی	۸۰/۶۹۱	۲	۴۰/۳۴۵	۱۷/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	خطا	۷۴/۱۹۷	۳۲	۲۳۱۹			



کنترل هیجانی	پیش آزمون	۱	۱۱۲۷,۳۶	۱	۱۱۲۷,۳۶	۱	۰,۸۶۴	۰,۰۰۰	۲۰۴,۰۴۱	۱۱۲۷,۳۶
عضویت گروهی		۲	۹۸,۲۸۱	۲	۹۸,۲۸۱	۲	۰,۳۵۷	۰,۰۰۱	۸,۸۹۴	۴۹,۱۴۰
خطا		۳۲	۴۷۴,۶۲۶	۳۲	۴۷۴,۶۲۶	۳۲			۵,۵۲۶	

نتایج جدول ۴-۵- نشان می‌دهد که نتایج هر ۳ گروه ذهن آگاهی، فراشناخت یا گواه در عملکرد خانواده (Partial $\eta^2=0/785$ ,  $F=5,465$ ,  $P=0/013$ )، همدلی (Partial $\eta^2=0/521$ ,  $F=17,40$ ,  $P=0/000$ ) و کنترل هیجانی (Partial $\eta^2=0/958$ ,  $F=204,04$ ,  $P=0/001$ ) معنادار است. و این نشان می‌دهد که آموزش‌ها بر خانواده موثر بوده است. بنابراین نتایج نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های

پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان ذهن آگاهی و فراشناخت باعث بهبود در عملکرد خانواده، همدلی و کنترل هیجانی مادران دارای کودک بیش فعال شده و تاثیر مطلوبی روی آنها به جا گذاشته است. به طور کلی با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان اظهار داشت که روش‌های درمانی روی متغیرهای مورد بررسی اثربخش بوده اند.

نتایج جدول ۴-۵- نشان می‌دهد که نتایج هر ۳ گروه ذهن آگاهی، فراشناخت یا گواه در عملکرد خانواده (Partial $\eta^2=0/785$ ,  $F=5,465$ ,  $P=0/013$ )، همدلی (Partial $\eta^2=0/521$ ,  $F=17,40$ ,  $P=0/000$ ) و کنترل هیجانی (Partial $\eta^2=0/958$ ,  $F=204,04$ ,  $P=0/001$ ) معنادار است. و این نشان می‌دهد که آموزش‌ها بر خانواده موثر بوده است. بنابراین نتایج نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های

#### جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه کنترل هیجانی، همدلی و عملکرد خانواده در گروه ذهن آگاهی، فراشناخت و گروه گواه

متغیر	گروهها	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		
		کرانه بالا	کرانه پایین	سطح معناداری
کنترل هیجانی	ذهن آگاهی	۱,۹۱۶	-۴/۴۹۰	۰/۴۱۹
	ذهن آگاهی	۸/۵۸۳	۲/۱۳۶	۰/۰۰۲
	فراشناخت	۹/۸۷۷	۳/۴۱۷	۰/۰۰۰
همدلی	ذهن آگاهی	۱,۲۸۹	-۱/۲۸۶	۰/۹۸۵
	ذهن آگاهی	۴,۴۵۵	۱,۹۱۲	۰/۰۰۰
	فراشناخت	۴,۴۳۹	۱,۹۰۴	۰/۰۰۰
عملکرد خانواده	ذهن آگاهی	۱۰,۱۸۷	-۲۴/۴۸۵	۰/۴۰۷
	ذهن آگاهی	۵,۰۲۸	۳۹,۵۶۰	۰/۰۱۳
	فراشناخت	۴۶,۹۵۶	۱۱,۹۳۰	۰/۰۰۲

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و فراشناخت بر عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD انجام شد.

نتایج حاصل از اجرای پژوهش نشان داد که روش‌های درمان ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر عملکرد خانواده مادران دارای کودک بیش فعال تاثیر معنادار ولی درعین حال یکسانی داشته با این حال نتایج آزمون تحلیل کواریانس

پژوهش حاضر به منظور بررسی مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و فراشناخت بر عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD انجام شد.

شامل حذف نگرانی، رها کردن راهبردهای تهدید یابی و کمک به افراد برای تجربه، افکار مزاحم بدون اجتناب کردن از آنها باشد (۱۳)

بر اساس نظریه ی فراشناختی اختلالات روانی، ناسازگاری در دانش، تجربه ها و راهبردها به الگوی تفکر ناکارآمد منجر شده و موجب بروز اختلال روانشناختی میشوند (۱۱).

به منظور تبیین درمان ذهن آگاهی و فراشناختی بر کنترل هیجان مادران دارای فرزند مبتلا به بیش فعالی باید گفت: هیجان، عنصر اصلی وجود ماست، هیجان واکنش ما در مقابل محیط را رنگین می کند و ادراک ما را تحت تأثیر قرار می دهد. شدت زیاده از حد و عدم وجود هیجان نشانه بیماری است. هیجان عبارت است از یک فرایند روانی پیچیده که جنبه های متعددی را شامل می شود: تجربه ذهنی (مثلاً احساس رنج به هنگام غم)، جلوه ارتباطی (چهره غم انگیز و بی علاقتگی به محیط) و تغییرات فیزیولوژیک (بغض در گلو، افزایش ضربان قلب (۱۶) هیجان نقش مهمی در جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای استرس زا ایفا می کند، بنابراین کنترل هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگاران و همچنین جلوگیری از هیجان های منفی و رفتارهای ناسازگاران محسوب می شود (۱۰)

مطابق نظر کراج و اسپانیهون (۲۰۰۲) افراد در مواجهه با تجارب و موقعیت های استرس زا برای حفظ سلامت روانی هیجان خود از راهکارهای شناختی متنوعی برای تنظیم هیجانان خود استفاده می کنند.

معروفی و همکاران (۱۳۹۷) از پژوهش خود نتیجه گرفتند که درمان فراشناختی با تأثیر گذاشتن بر M یعنی چالش با باورهای فراشناختی و حذف سندرم شناختی- توجهی، باعث تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی و در نهایت افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان دانش آموزان گردید.

درباره اثر بخشی درمان ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر

نشان داد که هر دو روش درمانی بر عملکرد مادران اثر بخش می باشد.

همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات آزمودنی های گروه درمان ذهن آگاهی و درمان فراشناختی در عملکرد خانواده مادران دارای کودک بیش فعال تفاوت معنی داری وجود نداشته است ( $P < 0/01$ ). بر این اساس فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت بین تأثیر درمان ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر عملکرد خانواده مادران دارای کودک بیش فعال رد می شود.

همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات آزمودنی های گروه درمان ذهن آگاهی و درمان فراشناختی در کنترل هیجانی مادران دارای کودک بیش فعال تفاوت معنی داری وجود نداشته است ( $P < 0/01$ ). بر این اساس فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت بین تأثیر درمان ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر عملکرد خانواده مادران دارای کودک بیش فعال رد می شود این یافته با تحقیقاتی از جمله: معصومی و همکاران (۱۳۹۵)، خانجانی و همکاران (۱۳۹۳)، ترابی (۱۳۹۵) و اسپیکر، جانسن، میر وریجانسویلد (۲۰۱۰). همسو می باشد.

و با تحقیقاتی از جمله. سهرابی فرد و همکاران (۱۳۹۷)، طالبی و همکاران (۱۳۹۷) و مطهری و دیگران (۱۳۹۲) ناهمسو می باشد.

به منظور تبیین این نتایج می توان گفت که همدلی، مفهومی پیچیده و چند بعدی است و دارای مولفه های عاطفی، اخلاقی، شناختی و رفتاری میباشد (مرکر و رینولدز، ۲۰۰۲) همدلی عاطفی به توانایی تجربه و شناسایی عواطف، همدلی اخلاقی به انگیزه درونی برای همدلی کردن، همدلی شناختی به توانایی شناسایی و درک تجربه بیمار و همدلی رفتاری به توانایی انتقال درک همدلی به بیمار بر میگردد (۱۴)

درمان دیگری که در راستای این بحث به کار گرفته شده است، درمان فراشناختی است. در درمان فراشناختی، باورهای فراشناختی تأثیر محوری بر شیوه پاسخگویی به افکار، باورها، علائم و هیجانان منفی دارند و درمان باید

و افزایش همدلی در گروه آزمایش شده و این افزایش معنی دار بوده است. (۲۱) به نظر میرسد تنظیم و کنترل هیجان میتواند سلامت روان مادران را ارتقاء ببخشد. گرچه انجام مطالعات بیشتری در این زمینه پیشنهاد می گردد.

### نتیجه گیری

با توجه به یافته های مطالعه مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و فراشناخت بر عملکرد خانواده، کنترل هیجانی و همدلی عاطفی مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD به منظور ارتقاء سطح سلامت روان آنان پیشنهاد می گردد.

کنترل هیجانی مادران دارای کودک بیش فعال می توان گفت که تمرین ذهن آگاهی متضمن دو مکانیزم است: خودتنظیمی توجه و آگاهی بدون قضاوت از تجربه، تنظیم توجه، آگاهی از تجربه شناختی و هیجانی و فیزیکی را در حالی که لحظه به لحظه اتفاق افتاده، ارتقا می دهد.

همچنین نتایج جدول تحلیل کواریانس حاکی از وجود تفاوت معنادار بین میانگین های گروههای تحت درمان با ذهن آگاهی و گروه گواه در همدلی می باشد. با توجه به این که میانگین همدلی از پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافته است می توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی باعث بهبود

### References

- 1-Barkley RA E. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment 2014;1023-5.
- 2-Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychology Bulletin*, 121(1), 65-94
- 3-Barkley, R. A. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder. New York: Guilford Press.
- 4-Barkley, R. A. (2000). Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. New York: Guilford Press.
- 5-Baron-Cohen S. Autism: the empathizing-systemizing (E-S) theory. *J Cogn Neurosci*. 2009;1156(1): 68-80.
- 6-Baron-Cohen, Simon (2003). The Essential Difference: The Truth about the Male and Female Brain. Basic Books. ISBN 9780738208442
- 7-Bartlett M. Y.; Desteno D. (2006). "Gratitude and Prosocial Behavior: Helping When It Costs You". *Psychological Science*. 17 (4): 319-325
- 8-Batson, C.D. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J. Decety and W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 3-15). Cambridge: MIT Press
- 9- Bellet, Paul S.; Michael J. Maloney (1991). "The importance of empathy as an interviewing skill in medicine". *JAMA*. 226 (13): 1831-1832
- 10-Benelli, Enrico, Erhard Mergenthaler, Steffen Walter, Irene Messina, Marco Sambin, Anna Buchheim, Eun J. Sim, and Roberto Viviani. "Emotional and cognitive processing of narratives and individual appraisal styles: recruitment of cognitive control networks vs. modulation of deactivations." *Frontiers in Human Neuroscience* 6 (2012).
- 11- Boyatzis, Richard, and Annie McKee. *Resonant Leadership: Renewing Yourself and Connecting with Others through Mindfulness, Hope and Compassion*. Harvard University Press, 2005.
- 12-Bussing R, Zima BT, Mason DM, Meyer JM, White K GC. ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *J Adolesc Heal*. 2012;51(6):593-600
- 13-Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, Grigaityte K, Iacoboni M, Ferrari PF. Empathy: gender effects in brain and behavior. *N Neurosci Biobehav Rev*. 2014; 46: 604-27.
- 14-Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coude, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., and Ferrari, P. F. (2014). Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neurosci. Biobehav. Rev*. 46(Pt 4), 604-627
- 15-Cox CL, Uddin LQ, Di Martino A, Castellanos FX, Milham MP, Kelly C (August 2012). "The balance between feeling and knowing: affective and cognitive empathy are reflected in the brain's intrinsic functional dynamics". *Soc Cogn Affect Neurosci*. 7 (6): 727-37.
- 16-Decety, J., and Michalska, K. J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Dev. Sci*. 13, 886-899.
- 17-Dovidio J.F.; Allen J.L.; Schroeder D.A. (1990). "Specificity of empathy-induced helping: Evidence for altruistic motivation". *Journal of Personality and Social Psychology*. 59 (2): 249-260
- 18-Einolf, Christopher (March 13, 2012). "Is Cognitive Empathy More Important than Affective Empathy? A Response to "Who Helps Natural-Disaster Victims?"" (PDF). *Analyses of Social Issues and Public Policy*. 12 (1): 268-271
- 19-Eres R, Desety J, Winnifred R, Molenberghs p. individual differences in local gray matter density are associated with differences in affective and cognitive empathy. *Neuroimage* 2015 Aug 1-23.

- 20-Eyles C, Leydon GM, Hoffman CJ, Copson ER, Prescott P, Chorozioglou M, Lewith G. Mindfulness for the selfmanagement of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integrative cancer therapies* 2015;14(1):42-56.
- 21-Feldman, R., Galili, G., Singer, M., and Louzoun, Y. (2011). Mother and infant coordinate heart rhythms through episodes interaction synchrony. *Infant Behav. Dev.* 34, 569–577
- 22-Frans B.M. deWaal (2008). "Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy"(PDF). *Annu. Rev. Psychol.* 59 (1): 279–300
- 23-Frith, C. D., and Frith, U. (2003). The neural basis of mentalizing. *Neuron* 50, 531–534.
- 24-Gallagher, Helen L., and Christopher D. Frith. "Functional imaging of 'theory of mind'." *Trends in cognitive sciences* 7, no. 2 (2003): 77-83
- 25-Gerace, A.; Day, A.; Casey, S.; Mohr, P. (2013). "An exploratory investigation of the process of perspective taking in interpersonal situations". *Journal of Relationships Research.* 4: e6, 1–12.
- 26-Graziano, Michael SA, and Tyson N. Aflalo. "Mapping behavioral repertoire onto the cortex." *Neuron* 56, no. 2 (2007): 239-251.
- 27-Greenglass Struthers, (August 8, 2011). "Who Helps Natural-Disaster Victims? Assessment of Trait and Situational Predictors" (PDF). *Analyses of Social Issues and Public Policy.* 12 (1): 245–267
- 28-Guerney, L., & Ryan, V. (2013). *Group Filial Therapy: The Complete Guide to Teaching Parents to Play Therapeutically with Their Children.* Jessica Kingsley Publishers.
- 29-Homauni M, Mariani BM, Yaacob SN AM. Parent-child relationship and aggression among adolescents in Tehran, Iran. *Life Sci J.* 2014;11(9):766–70.
- Johnston C. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev.* 2012;32:215–28.
- 30-Kanske, P. (2018). The social mind: disentangling affective and cognitive routes to understanding others. *Interdiscip. Sci. Rev.* 43, 115–124
- 31-Klein K. Hodges S. (2001). "Gender Differences, Motivation, and Empathic Accuracy: When it Pays to Understand". *Personality and Social Psychology Bulletin.* 27 (6): 720–730.
- 32-Kret, M. E.; De Gelder, B. (June 1, 2012). "A review on sex differences in processing emotional signals". *Neuropsychologia.* 50 (7): 1211–1221.
- 33-Lamm, C., Decety, J., and Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage* 54, 2492–2502
- 34-Lamm, C., Rütgen, M., and Wagner, I. C. (2017). Imaging empathy and prosocial emotions. *Neurosci. Lett*
- 35-Lischke, A., Pahnke, R., Mau-Moeller, A., Behrens, M., Grabe, H., Freyberger, H. J., et al. (2018). Inter-individual differences in heart rate variability are associated with inter-individual differences in empathy and alexithymia. *Front. Psychol.* 9:229.
- 36-Llobera, J., Charbonnier, C., Chagué, S., Preissmann, D., Antonietti, J. P., Ansermet, F., et al. (2016). The subjective sensation of synchrony: an experimental study. *PLoS One* 11:e0147008.
- 37-Marschal, D., Quinn, P. C., and Lea, S. E. G. (2010). *The Making of Human Concepts.* Oxford: Oxford University Press Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002;52 Suppl:S9-12. PMID: 12389763
- 38-Minio-Paluello, Ilaria; Lombardo, Michael V.; Chakrabarti, Bhismadev; Wheelwright, Sally; Baron-Cohen, Simon (December 2009). "Response to Smith's Letter to the Editor "Emotional Empathy in Autism Spectrum Conditions: Weak, Intact, or Heightened?"". *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 39 (12): 1749
- 39-Müller, V., and Lindenberger, U. (2011). Cardiac and respiratory patterns synchronize between persons during choir singing. *PLoS One* 6:e24893
- 40-Pahnke, R., Mau-Moeller, A., Behrens, M., Grabe, H., Freyberger, H. J., et al. (2018). Inter-individual differences in heart rate variability are associated with inter-individual differences in empathy and alexithymia. *Front. Psychol.* 9:229.
- 41-Popov LM IR. Parent-Child Relationship: Peculiarities and Outcome. *Rev Eur Stud.* 2015;7(5):253.
- Cornejo, C., Cuadros, Z., Morales, R., and Paredes, J. (2017). Interpersonal coordination: methods, achievements, and challenges. *Front. Psychol.* 8:1685
- 42-Rizzolatti, G., and Craighero, L. (2008). The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.* 27, 169–192.
- 43- Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A (April 2007). "Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome" (PDF). *J Autism Dev Disord.* 37 (4): 709–15.
- 44-Roth-Hanania, Ronit; Davidov, Maayan; Zahn-Waxler, Carolyn (June 1, 2011). "Empathy development from 8 to 16 months: Early signs of concern for others". *Infant Behavior and Development.* 34 (3): 447–458
- 45-Schilling CM, Walsh A YI. ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary, and treatment literature for criminologists. *J Crim Justice.* 2011;39(1):3–11.

- 46-Smith, Adam (December 2009). "Emotional Empathy in Autism Spectrum Conditions: Weak, Intact, or Heightened?". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 39 (12): 1747–8, author reply 1749–54
- 47-Staub, E. "Commentary on Part 1." In *Empathy and Its Development*, edited by N. Eisenberg and J. Strayer. 103-15. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- 48-Steinbeis, N., Bernhardt, B. C., and Singer, T. (2015). Age-related differences in function and structure of rSMG and reduced functional connectivity with DLPFC explains heightened emotional egocentricity bias in childhood. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 10, 302–310
- 49-Stellar, J. E., Cohen, A., Oveis, C., and Keltner, D. (2015). Affective and physiological responses to the suffering of others: compassion and vagal activity. *J. Pers. Soc. Psychol.* 108, 572–585.
- 50-Steptoe A, O'Donnell K, Marmot M, Wardle J. Positive Affect and Psychosocial Processes Related to Health. *Br J Psychol.* 2018; 99: 211-72
- 51-Zeinivand m, kazemi F, Salemi A. Positive thinking and optimism on parents' mental health education review children with cancer in a Mahak hospital in Tehran. *Culture Counselling and Psychotherapy.* 2013;5(19):49-72. [In persian]
- 52-Azam Kamali, Saeed Raghghi, Negar Asgharipour, Hamid Reza Behnam Vashani The effect of emotion regulation training on the mental health of mothers with hyperactive children - Attention Deficit. *Journal of Health Tanin* 1395(4)(3)16-23

*Original Article***Comparison of the effectiveness of mindfulness and metacognition therapy on family functioning, emotional control and emotional empathy of mothers with children with ADHD**

Received: 01/06/2023 - Accepted: 26/09/2023

Masoome Yazdani<sup>1</sup>  
 Mehdi Ghasemi Motlagh<sup>2\*</sup>  
 Abolfazl Bakhshipour<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of General Psychology,  
 Bojnord Branch, Bojnord Islamic Azad  
 University

<sup>2</sup>Assistant Professor of Psychology,  
 Faculty of Islamic Azad University,  
 Bojnord Branch

<sup>3</sup>Assistant Professor of Psychology,  
 Faculty of Islamic Azad University,  
 Bojnord branch

Email: avestaps@yahoo.com

**Abstract****Introduction**

Attention Deficit / Hyperactivity Disorder ADHD is the most common psychiatric disorder that begins in childhood and is an important mental health issue in the community. This study was conducted to compare the effectiveness of mindfulness and metacognition therapy on family functioning, emotional control and emotional empathy of mothers with children with ADHD.

**Material and Method**

The present study is an applied and quasi-experimental study with three groups as pretest-posttest. The statistical population of this study consists of all mothers with hyperactive children in Bojnourd. From the statistical population, 48 people were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two experimental groups. Initially, pre-test was taken from both groups, which included the Family Functioning Questionnaire (Epstein et al., 1980), the Emotional Control Questionnaire and the Empathy Questionnaire. questionnaire, an emotional control questionnaire, and an empathy questionnaire.

**Results**

The results showed that after adjusting the pre-test means, there was a significant difference between the means of the experimental and control groups in the post-test. In other words, the treatment of mindfulness and metacognition has improved family functioning, empathy and emotional control of mothers with hyperactive children and has had a positive effect on them.

**Conclusion**

In general, according to the obtained results, it can be stated that the treatment methods had significant effects on the variables of family functioning, emotional control and emotional empathy of mothers with children with hyperactivity / tire nodule.

**Key words**

Hyperactivity, Emotional empathy, Emotion control, Family performance

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest