

مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد (ACT) و تنظیم هیجان (مدل گراس) بر تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)*

♦ سمیه پیری^۱ ♦ دکتر سید داود حسینی نسب^۲ ♦ دکتر شعله لیوارجانی^۳

چکیده:

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد با رویکرد مبتنی بر تنظیم هیجان (مدل گراس) بر تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود. طرح پژوهش شبه‌آزمایشی بود. جامعه آماری را دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در مدارس شهرستان تبریز مشغول به تحصیل بودند. از این تعداد ۴۰ نفر به عنوان نمونه به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (آموزش پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان) و گروه کنترل جایگزین شدند (گروه پذیرش و تعهد ۱۳ نفر، گروه تنظیم هیجان ۱۲ نفر و گروه انتظار ۱۵ نفر). گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس افسردگی بک (۱۹۶۷)، مقیاس تعلل‌ورزی تحصیلی سولومون و راث بلوم (۱۹۸۴) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس با به کارگیری نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شده است. در هر سه متغیر، میان سه گروه تفاوت معنادار آماری وجود داشت (افسردگی: $F=14/81$; $p<0/01$ ؛ تاب‌آوری: $F=9/84$; $p<0/01$ ؛ و تعلل‌ورزی: $F=15/15$; $p<0/01$). مقایسه زوجی نشان داد که هر دو آموزش نسبت به گروه کنترل اثربخشی بهتری داشتند. در هر سه متغیر گروه پذیرش و تعهد عملکردی بهتر داشتند. آموزش پذیرش و تعهد نسبت به روش آموزش تنظیم هیجان بیشتر سبب کاهش افسردگی و تعلل‌ورزی تحصیلی و افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان پسر مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود.

کلیدواژگان: پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، تاب‌آوری، افسردگی، تعلل‌ورزی تحصیلی

© تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۱۳

© تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۲۴

* این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانش‌آموخته دوره دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. somayehpiri1363@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: استاد گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. d.hosseininasab@iaut.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. Livarjanish@iaut.ac.ir

مقدمه

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی است که در دوران کودکی تشخیص داده می‌شود و در حدود ۶۰ درصد مبتلایان تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (فرونه^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). معیارهای تشخیصی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) برای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی روی دو نکته تأکید دارند: حضور نقصهای مرتبط با کم‌توجهی-بیش‌فعالی تا پیش از ۱۲ سالگی و حضور این اختلال در دستکم دو محیط متفاوت در خانه و مدرسه، خانه و محل کار، خانه و مدرسه و محل کار (فانده فورت، هی، جیمسن و مریکانگاس^۳، ۲۰۱۴).

بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نرخ شیوع اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی ۴/۴ درصد بوده است و ۳۰ درصد بزرگسالانی که در کودکی تشخیص ابتلا به آن را دریافت کرده بودند، در ۲۷ سالگی نیز مبتلا به این اختلال بوده‌اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در ایران شیوع آن در میان دانش‌آموزان طی چند سال اخیر ۸/۵ تا ۱۲/۵ درصد گزارش شده است (مرادی و همکاران، ۱۳۸۷). این اختلال منجر به مشکلات زناشویی و خانوادگی، مشکلات شغلی، رفتارهای جنسی خطرناک، عدم رعایت قوانین و تصادفات رانندگی و سوء مصرف مواد مخدر می‌شود (اوسامی^۴، ۲۰۱۶). عملکرد تحصیلی ضعیف از برجسته‌ترین ویژگیهای مرتبط با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است (دوپاول و پاور^۵، ۲۰۰۸).

یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی این بیماران را در قالب تفکر، خلق و رفتار بهبود بخشد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد تاب‌آوری است. در تحقیقات گذشته عوامل مرتبط با استعدادها و تواناییهای نوجوانان برای انجام دادن فعالیتها نادیده گرفته شده (هاروی و دلفابرو^۶، ۲۰۰۴) و کمترین توجه و تمرکز بر عوامل محافظت‌کننده بوده است (سندلر^۷، ۲۰۰۱).

تاب‌آوری یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف شده است. پژوهشها نشان داده‌اند که کودکان مبتلا به ADHD از تاب‌آوری کمتری نسبت به کودکان عادی برخوردارند (عباسی، درگاهی، کریمی و درگاهی، ۱۳۹۳). تاب‌آوری می‌تواند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط استرس‌زا تعدیل کند و سبب افزایش رضایت از زندگی شود. تاب‌آوری در محیط آموزشی به‌منزله احتمال موفقیت بسیار بالا در مدرسه و سایر موقعیتهای زندگی به‌رغم مصایب و دشواریهای

1. Faraone
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
3. Vande Voort, He, Jameson & Merikangas
4. Usami
5. DuPaul & Power
6. Harvey & Delfabbro
7. Sandler

محیطی در نظر گرفته می‌شود. در محیط آموزشی، دانش‌آموزان سالم دارای تاب‌آوری، به‌رغم موانع و مشکلات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در سطح بالایی موفق می‌شوند (کبرا و پادایلا، ۲۰۰۴). افراد دارای مشکل نقص توجه/ بیش‌فعالی به دلیل اینکه نمی‌توانند مدت زمان زیادی روی تکلیف تمرکز کنند از تاب‌آوری پایین‌تر برخوردارند.

بر اساس نتایج پژوهشهای گوناگون، میان علائم اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی با تعلل‌ورزی رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به این اختلال دچار تعلل‌ورزی نیز هستند (شوونبورگ و گرونه‌واوت، ۲۰۰۱). تعلل‌ورزی تحصیلی شامل تأخیر عامدانه یا تأخیر در انجام دادن تکلیفی است که باید انجام شود (شراو، وادکینز و اولافسون، ۲۰۰۷). نییرمن و شرس^۴ (۲۰۱۴) اظهار کرده‌اند که تظاهرات متفاوت تعلل‌ورزی تناسب بالایی با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دارند. آنها مشکلاتی در زمینه فعالیتهای تحصیلی و کاری مانند فراموشی تکالیف خانگی، مشکل در تکمیل پروژه‌های بلندمدت، مطالعه برای امتحان و سامان‌دهی وسایل و لوازم خود دارند که این مشکلات رابطه‌ای نزدیک با رفتار تعلل‌ورزی دارد (لانگبرگ، اپستاین و گراهام، ۲۰۰۸). وقتی که این افراد با رویدادهای منفی و استرس‌زا مواجه می‌شوند، احتمالاً راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه همچون تعلل‌ورزی و اجتناب را به کار می‌گیرند که آن هم باورهای منفی آنها را تقویت و چرخه‌ای باطل ایجاد می‌کند (نیوارک و استایگلitz، ۲۰۱۰).

از دیگر مشکلات کودکان و نوجوانان بیش‌فعال همبودی بیماری آنان با برخی اختلالات روانی دیگر مانند افسردگی است که براساس مطالعات بالینی (میک، بیدرمن، سنتنجلو و ویپی، ۲۰۰۳،^۷ در ۲۰ تا ۳۰ درصد موارد با هم دیده می‌شود و نشانگان افسردگی در ۳۵ تا ۵۰ درصد از بزرگسالان مبتلا به بیش‌فعالی/ نقص توجه گزارش شده است. با اینکه یک نمایش کلی از همبودی میان افراد بیش‌فعال و افسردگی وجود دارد کمتر در مورد ماهیت و رشد و درمان این همبودی پژوهش و بررسی صورت گرفته است (ناوس و سفرن، ۲۰۱۰،^۸).

در فرایند درمان کودکان دارای اختلال کم توجهی/ بیش‌فعالی انواع گوناگون مداخله‌های دارویی و غیر دارویی مورد توجه قرار گرفته است، اما عوارض جانبی داروها متخصصان را با شک و تردید مواجه کرده است. پژوهشها نشان داده‌اند که درمان دارویی تأثیر قابل توجهی در بهبود بخشیدن به مهارتهای تحصیلی، اجتماعی و شناختی مبتلایان به نقص توجه/ بیش‌فعالی ندارد (بنت، براون، کراور و اندرسن، ۱۹۹۹،^۹).

1. Cabrera & Padilla
2. Schouwenburg & Groenewoud
3. Schraw, Wadkins & Olafson
4. Niermann & Scheres
5. Langberg, Epstein & Graham
6. Newark & Stieglitz
7. Mick, Biederman, Santangelo & Wypij
8. Knouse & Safren
9. Bennett, Brown, Craver & Anderson

یکی از درمان‌های روان‌شناختی که اخیراً اثربخشی آن روی انواع اختلالات دوران کودکی و نوجوانی بررسی می‌شود، اما هنوز در حوزه ADHD مورد توجه قرار نگرفته مداخله پذیرش و تعهد است که از نسل درمان‌های موج سوم است. هدف از رویکرد پذیرش و تعهد^۱ کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است (در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچار با خود دارد). این رویکرد از شش فرایند اصلی یعنی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزشها و اقدام متعهدانه برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بهره می‌گیرد (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس^۲، ۲۰۰۶). شواهد پژوهشی، اثربخشی ACT را در زمینه مشکلات و اختلالات گوناگون تأیید کرده است (اوست^۳، ۲۰۱۴). مطالعات سنت و بوئس^۴ (۲۰۱۴) و وانگ^۵ و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی این نوع مداخله را بر تعلل‌ورزی تحصیلی تأیید کرده است. با وجود این تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی آن بر اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه انجام نشده یا بسیار نادر است.

از مداخلات دیگری که در حوزه این اختلال و ابعاد مختلف آن کار تحقیقی چشمگیر در مورد آن انجام نشده، تنظیم هیجان^۶ است که بخش عمده‌ای از زندگی روزمره افراد را تشکیل می‌دهد و جهت دستیابی به هدف یا اهداف معین انجام می‌شود. تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از اقدامات ضمنی یا عینی گفته می‌شود که با هدف اثربخشی بر فرایندهای هیجان‌زا^۷ صورت می‌گیرد (گراس، شپس، اوری^۸، ۲۰۱۱).

مطالعات تغییرپذیری قابل توجهی را در زمینه بدتنظیمی هیجانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD گزارش می‌دهند و پژوهش روی دو گروه از افراد مبتلا به این اختلال و افراد عادی نشان داده است که مبتلایان به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، الگویی خاص از بدتنظیمی هیجانی شدید را نشان داده‌اند (ملنیک و هینشاور^۹، ۲۰۰۰).

با توجه به توضیحات ذکرشده، مطالعه حاضر در صدد تعیین اثربخشی مقایسه‌ای دو روش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان روی تاب‌آوری، تعلل‌ورزی تحصیلی و افسردگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی است. نتایج پژوهش می‌تواند به‌منزله راهکاری برای دانش‌آموزان مبتلا به ADHA مورد توجه پژوهشگران باشد.

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

2. Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis

3. Öst

4. Scent & Boes

5. Wang

6. Emotion regulation

7. Emotion-generative process

8. Gross, Sheppes & Urry

9. Melnick & Hinshaw

سؤالهای پژوهش عبارت‌اند از:

۱. آیا اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و روش مبتنی بر تنظیم هیجان بر تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به ADHD متفاوت است؟
۲. آیا اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و روش مبتنی بر تنظیم هیجان بر افسردگی دانش‌آموزان مبتلا به ADHD متفاوت است؟
۳. آیا اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روش مبتنی بر تنظیم هیجان بر تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به ADHD متفاوت است؟

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی گروه کنترل نابرابر (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل با نمونه‌گیری غیرتصادفی) بود. جامعه آماری پژوهش، همه دانش‌آموزان پسر مبتلا به ADHD در محدوده سنی ۱۲ تا ۱۶ سال دوره متوسطه تمام مناطق شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. از این تعداد ۴۰ نفر به‌عنوان نمونه به‌روش هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش آموزش پذیرش و تعهد (۱۳ نفر) و آموزش تنظیم هیجان (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. پیش‌از ورود به درمان، هر یک از آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند که نمره‌های به‌دست آمده برای پیش‌آزمون منظور شدند و سپس گروه‌های آزمایش در هشت یا ده جلسه مداخله ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان مداخلات، مجدداً ابزارهای پژوهش روی هر دو گروه اجرا شدند و نمره‌های به‌دست آمده برای پس‌آزمون منظور شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای مبتلایان به ADHD داشتن هوش‌بهر متوسط (۹۰ و بالاتر)، وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط و همچنین نمره‌های بالاتر از متوسط در تعلل‌ورزی و همین‌طور کسب نمره بالاتر از نقطه برش در مقیاس افسردگی و نمره کمتر از نقطه برش در مقیاس تاب‌آوری بود. برای رعایت ملاک هوش‌بهر متوسط آزمودنی‌ها از آزمون هوش ریون بزرگسالان استفاده شد. همچنین سطح اجتماعی-اقتصادی دانش‌آموزان با کمک آزمون محقق ساخته که حاوی اطلاعات دموگرافیک بود بررسی شد. ملاک‌های خروج شامل ابتلا به اختلال همزمان روانپزشکی، آسیب مغزی، مشکلات عصب‌شناختی و حسی- حرکتی بودند.

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس تعلل‌ورزی تحصیلی سولومون و راث بلوم^۱: این مقیاس را سولومون و راث بلوم (۱۹۸۴) ساخته‌اند که شامل ۲۱ گویه به‌صورت چهار گزینه‌ای است. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرتی و از ۱ تا ۴ است. علاوه بر این طراحان این مقیاس، افزون بر ۲۱ سؤال مذکور، ۶ سؤال

1. Procrastination Assessment Scale-Students (PASS) (Solomon & Rothblum)

دیگر را به‌منظور سنجش دو ویژگی احساس ناراحتی از اهمال‌کار بودن و تمایل به تغییر عادت تعلل‌ورزی، در مقیاس خود گنجانده‌اند که نمره‌گذاری این سؤاها نیز مانند ۲۱ سؤال اصلی است. این پرسشنامه را جوکار و دلاورپور (۱۳۸۶)، به فارسی ترجمه کرده‌اند که اعتبار و روایی آن به‌ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۸۸ درصد به‌دست آمده است (جوکار و دلاورپور، ۱۳۸۶). همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۱ درصد بود.

۲. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته‌اند که دارای ۲۵ گویه است. آزمودنی به هر گویه روی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «همیشه نادرست» تا «کاملاً درست» پاسخ می‌دهد. نمره بالا در این مقیاس تاب‌آوری بالا را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در پژوهشی که سامانی، جوکار و صحراگرد در میان دانشجویان انجام داده‌اند، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند و روایی (به‌روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) آن را سازندگان آزمون در گروه‌های متفاوت عادی و در خطر احراز کرده‌اند (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۹ درصد محاسبه شده است.

۳. مقیاس افسردگی بک: این پرسشنامه یکی از پرکاربردترین ابزار اندازه‌گیری اختلالات روانی است. بک (۱۹۶۷) ویرایش اصلی پرسشنامه افسردگی بک را معرفی کرده است. این ابزار شامل ۲۱ سؤال از علائم افسردگی است. آزمودنی باید جملات گزینه‌های هر سؤال را به‌دقت مطالعه کند و جمله‌ای را که بیش از چند جمله دیگر حالت کنونی وی را بیان می‌کند، با ضریب مشخص کند. آزمودنی در هر جنبه می‌تواند نمره صفر تا ۳ بگیرد (صفر مبین عدم وجود علامت افسردگی و ۳ نشان‌دهنده شدت عارضه در آن جنبه). بک و همکاران ضریب آلفای کرونباخ آزمون افسردگی بک را در بیماران روانپزشکی و غیر روانپزشکی به‌ترتیب برابر ۰/۸۱ و ۰/۸۶ به‌دست آورده‌اند (به‌نقل از صادقی، حسنی، امامی‌پور و میرزایی، ۲۰۱۸). همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ درصد محاسبه شده است.

● راهنمای مداخلات

الف) پروتکل آموزش پذیرش و تعهد: پروتکل درمان حاضر بر اساس منابع رویکرد پذیرش و تعهد و با استفاده از آثار کاربردی مانند «درمان پذیرش و تعهد به زبان ساده» (هریس^۳، ۲۰۰۹) و «درمان پذیرش و تعهد: رویکردی تجربی به تغییر رفتار» (هیز^۴ و همکاران، ۲۰۰۳) طراحی شده است

1. The Connor-Davidson Resilience Scale
2. The Beck Depression Inventory (BDI)
3. Harris
4. Hayes

که گام‌های آن عبارت‌اند از:

جلسه اول: ارزیابی و مصاحبه بالینی با نوجوان و والدین و اجرای ابزارها؛ جلسه دوم: تحلیل کارکردی و ضابطه‌بند درمان بر اساس الگوی ACT؛ جلسه سوم: کاهش کنترل و نوسیدی سازنده؛ جلسه چهارم: ایجاد پذیرش و اشتیاق؛ جلسه پنجم و ششم: ایجاد گسلش شناختی؛ جلسه هفتم: تماس با زمان حال و ذهن آگاهی؛ جلسه هشتم: خود به مثابه بافت؛ جلسه نهم: تصریح ارزشها؛ جلسه دهم: اقدام متعهدانه؛ ایجاد الگوی عمل متعهدانه و تعریف اهداف سه‌گانه، تعیین اهداف مربوط به ارزشها و برنامه عمل آنها. زمان هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود.

ب) پروتکل آموزش تنظیم و هیجان: این پروتکل را جیمز گراس (۲۰۰۲) ساخته و برای آموزش چگونگی مدیریت و تنظیم هیجان افراد به کار گرفته می‌شود. پروتکل تنظیم هیجان در پژوهش حاضر مبتنی بر پروتکل اجرایی در پژوهش نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی (۱۳۹۲) و همچنین پروتکل اجرایی در پژوهش سستارپور، احمدی و بافنده قراملکی (۱۳۹۳) است. خلاصه جلسات این پروتکل عبارت‌اند از: جلسه اول: آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر، بیان اهداف گروه و گفتگوی اعضا درباره اهداف، بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه، ارائه تکلیف خانگی؛ جلسه دوم: آموزش آگاهی از هیجانات مثبت، ارائه تکلیف خانگی؛ جلسه سوم: آموزش آگاهی از هیجانات منفی و ارائه تکلیف خانگی؛ جلسه چهارم: اصلاح موقعیت و گسترش توجه، آموزش پذیرش هیجانات مثبت، ارائه تکلیف و بازخورد اعضا از جلسه؛ جلسه پنجم: اصلاح موقعیت و گسترش توجه، آموزش پذیرش هیجانات منفی و ارائه تکلیف؛ جلسه ششم: تغییر شناختی و تعدیل پاسخ و آموزش ارزیابی مجدد هیجانات و ابراز هیجانات مثبت؛ جلسه هفتم: تغییر شناختی و تعدیل پاسخ، آموزش ارزیابی مجدد هیجانات و ابراز هیجانات منفی؛ جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون. زمان هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود.

● روش اجرا

نخست دانش‌آموزان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی با تکمیل پرسشنامه و مصاحبه بالینی تشخیصی شناسایی شدند. علاوه بر این در غربالگری، دانش‌آموزان بیش‌فعالی انتخاب شدند که نمره تعلل‌ورزی و افسردگی آنها در مقیاسهای موردنظر بالاتر از میانه قرار گرفته بود و در مقیاس تاب‌آوری نیز نمره کمتر از نقطه برش کسب کرده بودند. اگر چه یکی از شرایط ورود به این طرح این بود که دانش‌آموزان در یک سال اخیر تحت درمان دارویی نباشند اما برخی از این نوجوانان (۸ نفر) در سالهای پیش، تجربه دارودرمانی داشتند. همچنین از آزمون هوشی ریون بزرگسالان برای بررسی میزان هوش آزمودنیها استفاده شد. برای بررسی وضعیت اجتماعی-اقتصادی نیز از آزمون محقق ساخته حاوی اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. سپس ۴۰ نفر از میان آنها انتخاب و به صورت تصادفی در گروههای آزمایش (۱۲ نفر در گروه درمان تنظیم هیجان، ۱۳ نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

پیش از ورود به درمان، هریک از آزمودنیها ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند که نمرات به‌دست آمده برای پیش‌آزمون منظور شد، سپس گروههای آزمایش هر کدام در ۸ جلسه مداخله تنظیم هیجان و ۱۰ جلسه مداخله پذیرش و تعهد شرکت کردند، درحالی‌که گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان مداخلات، مجدداً ابزارهای پژوهش روی هر سه گروه اجرا شد و نمرات به‌دست آمده برای پس‌آزمون منظور شد.

شایان ذکر است که پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان و والدینشان رضایت‌نامه کتبی گرفته شده و موضوع و روش اجرا تشریح شده است. در ضمن مجوز ترک آزمایش در صورت تمایل به آنها داده شده بود.

● روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. تحلیل‌های موردنظر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ انجام گرفت.

■ یافته‌ها

در جدول شماره ۱، آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی پرسشنامه‌های پژوهش

گواه		گروه ER		گروه ACT		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۵/۶۷	۱۵/۹۳	۴/۶۶	۱۶/۵۰	۴/۶۲	۱۵/۲۳	افسردگی
۱۶/۷۲	۵۵/۲۰	۱۴/۵۸	۵۱/۸۳	۱۳/۶۴	۵۳/۶۹	پیش‌آزمون تعلل‌ورزی
۱۵/۱۰	۵۳/۶۰	۱۴/۵۹	۵۲/۵۰	۱۵/۱۷	۵۶/۱۵	تاب‌آوری
۵/۳۷	۱۴/۰۶	۳/۶۷	۱۱/۵۸	۲/۱۸	۸/۴۶	افسردگی
۱۵/۸۹	۵۲/۴۶	۱۰/۶۳	۴۳/۳۳	۹/۰۷	۳۹/۷۶	پس‌آزمون تعلل‌ورزی
۱۲/۷۰	۵۳/۰۰	۱۳/۴۸	۵۸/۰۸	۱۵/۲۸	۶۴/۳۰	تاب‌آوری

پیش از تحلیل کوواریانس، پیش‌فرضهای این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. در جدول شماره ۲ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی شیب رگرسیون

Sig.	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	
۰/۷۶	۰/۲۷	۸/۸۴	۲	۱۷/۶۹	تاب‌آوری
۰/۰۷۱	۲/۸۴	۲۲/۸۰	۲	۴۵/۶۰	افسردگی
۰/۰۸	۲/۲۲	۸۴/۹۷	۲	۱۶۹/۹۴	تعلل‌ورزی

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که در هر سه متغیر (افسردگی، تاب‌آوری و تعلل‌ورزی) میان شیبهای رگرسیون سه گروه (ضرایب بتا) تفاوت معنادار وجود ندارد، بنابراین می‌توان گفت پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. به عبارت دیگر میان متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل تعامل وجود ندارد. در گام بعدی از آزمون لون برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس خطا استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد که برابری واریانس در متغیر تاب‌آوری رعایت شده اما در دو متغیر دیگر این‌گونه نبوده است (تاب‌آوری: $p < ۰/۷۹$ ؛ $F = ۰/۲۳$ ؛ افسردگی: $p < ۰/۰۵$ ؛ $F = ۴/۷۱$ ؛ و تعلل‌ورزی: $p < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۵/۱۷$). با توجه به اینکه پیش‌فرضهای دیگر رعایت شده است و نیز با توجه به تعداد کم نمونه‌ها و تفاوت تعداد نمونه‌ها در دو گروه، تحلیل کوواریانس نسبت به این تخطی مقاوم است. همچنین تحلیل داده‌ها نشان داد که پیش‌فرض خطی بودن رگرسیون همپراش و وابسته که نشانگر وجود همبستگی میان متغیر همپراش و وابسته است، رعایت شده است. در نهایت برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که داده‌ها نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع در هر سه گروه رعایت شده است. با توجه به رعایت همه پیش‌فرضهای اساسی، تحلیل کوواریانس انجام گرفته که نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس

Sig.	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۱	۹/۸۴	۶۰۶/۷۱	۲	۶۰۶/۷۱	تاب‌آوری
۰/۰۰۱	۱۴/۸۱	۹۳/۲۱	۲	۱۸۶/۴۳	افسردگی
۰/۰۰۱	۱۵/۱۵	۷۵۵/۹۵	۲	۱۵۱۱/۹۰	تعلل‌ورزی

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در هر سه متغیر، پس از کنترل متغیر همپراش (نمرات پیش‌آزمون) بین سه گروه ACT، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه گواه تفاوت معنادار آماری وجود دارد (تاب‌آوری: $p < 0/001$ ؛ $F = 9/84$ ؛ افسردگی: $p < 0/001$ ؛ $F = 14/81$ ؛ و تعلل‌ورزی: $p < 0/001$ ؛ $F = 15/15$). برای مشخص شدن اینکه میان کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از مقایسه زوجی استفاده شده است (جدول ۴).

جدول ۴. خلاصه نتایج مقایسه زوجی برای گروه‌های درمانی و کنترل

Sig.	تفاوت میانگین	گروه j	گروه i	
0/17	3/13	ER	ACT	تاب‌آوری
0/001	9/14	کنترل	ACT	
0/008	6/01	کنترل	ER	
0/02	-2/31	ER	ACT	افسردگی
0/001	-5/15	کنترل	ACT	
0/006	-2/84	کنترل	ER	
0/03	-4/93	ER	ACT	تعلل‌ورزی
0/001	-11/58	کنترل	ACT	
0/004	-6/64	کنترل	ER	

با توجه به جدول شماره ۴ و جدول داده‌های توصیفی می‌توان گفت دانش‌آموزانی که تحت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان قرار گرفته بودند نسبت به دانش‌آموزان گروه کنترل، افزایش معناداری را در متغیر تاب‌آوری نشان می‌دهند. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان، هر دو در کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان مؤثر بوده‌اند. همچنین میان این دو آموزش به لحاظ اثربخشی بر میزان افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). مراجعه به جدول توصیفی نشان می‌دهد که درمان ACT اثربخشی بالاتری دارد. در نهایت آموزش مبتنی

بر پذیرش و تعهد و نیز آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان هر دو در کاهش میزان تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان مؤثر بوده‌اند. همچنین میان این دو آموزش به‌لحاظ اثربخشی بر میزان افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). مراجعه به جدول توصیفی نشان می‌دهد که آموزش ACT اثربخشی بالاتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش آموزش پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان (مدل گراس) بر تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی صورت گرفته است. اولین سؤال پژوهشی عبارت بود از: آیا اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و روش مبتنی بر تنظیم هیجان بر تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به ADHD متفاوت است؟ یافته‌های پژوهشی نشان دادند که در مقایسه با گروه کنترل، هر دو گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به ADHD به‌طور معناداری مؤثر بوده‌اند و اثربخشی ACT بیشتر از تنظیم هیجان بوده است. این یافته در زمینه ACT با پژوهش‌های اودل، رودی و پروسنتو^۱ (۲۰۱۸)، ابدالی (۱۳۹۵) و خانجانی، دنیوی، اسمری و رجبی (۱۳۹۶) و در زمینه اثربخشی تنظیم هیجان بر افزایش تاب‌آوری با یافته‌های کریمی‌افشار، شعبانیان، سعیدتالشی و منطری‌توکلی (۱۳۹۷)، بیگدلی، نجفی و رستمی (۱۳۹۲) و شریفی‌باستان، یزدی و زهرایی (۱۳۹۵) همسوست.

سلیگمن (۱۹۹۵) معتقد است که تاب‌آوری ریشه در مثبت‌اندیشی و نحوه تفکر افراد درباره علتها دارد. او در این مورد مفهوم سبک اسناد را مطرح کرده است که نشان می‌دهد افراد چگونه رویدادهای ناخوشایند زندگی خود را توجیه می‌کنند. براساس این مفهوم می‌توان گفت دانش‌آموزان مبتلا به ADHD که از راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند زندگی را مثبت‌تر می‌بینند و علت رویدادهای ناگوار زندگی را بیرونی، ناپایدار و قابل کنترل می‌دانند. این بدان معناست که این دانش‌آموزان در اتفاقات و تجربیات منفی زندگی خود را مقصر نمی‌دانند و شرایط را گذرا و تحت کنترل برداشت می‌کنند و در مقابل آنها به آسانی تسلیم نمی‌شوند. همچنین به‌نظر می‌رسد استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و در نتیجه آن بهبود عملکرد شناختی و هیجانی همراه است که منجر به رویارویی دانش‌آموز مبتلا به ADHD با مشکلات و حل آنها و افزایش تاب‌آوری می‌شود. دانش‌آموزانی که به استفاده از راهبردهای مثبت هیجانی عادت می‌کنند و به وقایع مثبت به جای وقایع منفی فکر می‌کنند و اصطلاحاً نیمه پر لیوان

1. Udell, Ruddy & Procento

را می‌بینند و وقایع ناراحت‌کننده را کم‌اهمیت و کوچک می‌شمارند، نسبت به دیگر دانش‌آموزان با تاب‌آوری بالاتری با وقایع ناگوار روبه‌رو می‌شوند.

دانش‌آموزان مبتلا به ADHD که تاب‌آوری بالایی دارند نسبت به شرایط تنش‌زا از نگرش متفاوتی برخوردارند و تسلیم آن نمی‌شوند و حالت انفعالی نمی‌گیرند، بلکه به‌طور مؤثری با آن شرایط مقابله می‌کنند و مواجه می‌شوند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). دست یافتن به این امر نیازمند آن است که برای شناخت شرایط محیطی تلاش کنند و آموزش ACT از طریق افزایش ذهن‌آگاهی به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیتهای موجود بسپارند، بدون اینکه قضاوتی داشته باشند. به کارگیری رویکرد ACT به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده‌گری بدون قضاوت، می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی، اثربخشی را افزایش دهد و موجب افزایش تاب‌آوری شود. در واقع از طریق آموزش ACT توانایی دانش‌آموزان دچار ADHD در پاسخهای سازگارانه و تاب‌آور به رویدادهای زندگی و تحصیلی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و عدم تاب‌آوری آنها در برخورد با مشکلات اختلال خود است، افزایش می‌یابد.

سؤال دوم این پژوهش عبارت بود از: آیا اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و روش مبتنی بر تنظیم هیجان بر افسردگی دانش‌آموزان مبتلا به ADHD متفاوت است؟ یافته‌ها نشان دادند که با وجود اثربخشی هر دو آموزش بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان ADHD، آموزش ACT نسبت به تنظیم هیجان اثربخشی بالاتری دارد. این یافته‌ها در زمینه اثربخشی آموزش مبتنی بر ACT با پژوهش انوری (۱۳۹۱)، رحیمی (۱۳۹۳)، پتزر، دوئیناس و گینور^۱ (۲۰۱۷) و کوتالا، موئوتکا و لاپالاینن^۲ (۲۰۱۷) و در زمینه اثربخشی آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان با پژوهش صبحی‌قراملکی، پرزور، آقاجانی و نریمانی (۱۳۹۴)، کارل، گالاگر و بارلو^۳ (۲۰۱۸) و بروگینک، ویمن، وک، کرای و گارنفسکی^۴ (۲۰۱۶) همسو است. افراد مبتلا به ADHD به دلیل رویارویی مکرر با مسائل افسرده‌وار، کم‌کم به‌سوی درماندگی پیش می‌روند. سازمان فکر فرد افسرده را افکار منفی و نامعقول او درباره خود، تجربیات حال و آینده تشکیل می‌دهد. نشانگان بیش‌فعالی ممکن است به نمرات ضعیف در مدرسه و کاهش حمایت اجتماعی منجر شود، بنابراین احتمال ابتلا به افسردگی افزایش می‌یابد (سیمونی^۵، ۲۰۱۶). احتمالاً اثربخشی ACT را می‌توان به مهارت ذهن‌آگاهی که به مراجع آموزش داده می‌شود مربوط دانست. مثلاً گسترش ذهن‌آگاهی

1. Petts, Duenas & Gaynor
2. Kohtala, Muotka & Lappalainen
3. Carl, Gallagher & Barlow
4. Bruggink, Huisman, Vuijk, Kraaij & Garnefski
5. Simoni

می‌تواند به نوعی انعطاف‌پذیری توجه منتهی شود که ممکن است منابع شناختی فرد را از شر نشخوار فکری رها کند و با کاهش نشخوار فکری، افسردگی کاهش یابد. در حقیقت تکنیکهای پذیرش و تمایل مانند تکنیک استعاره‌شن‌زار، تمرین حمل کردن افسردگی، تمرین جسمانی‌سازی و تمرین نشستن با احساسات با کاهش درد کثیف و افزایش انعطاف‌پذیری فرد، سبب کاهش نشانه‌های افسردگی فرد می‌شوند.

به نظر می‌رسد که در روش آموزش تنظیم هیجان نیز همین اتفاقات می‌افتد ولی احتمالاً آموزش پذیرش و تعهد چیزی بیشتر از تنظیم صرف هیجانات به مراجع می‌دهد و همین مسئله منجر به اثربخشی بیشتر این آموزش می‌شود و مراجع بیش‌فعالی که از افسردگی نیز رنج می‌برد نتایج بهتری از آموزش پذیرش و تعهد به‌دست می‌آورد.

سؤال سوم پژوهش عبارت بود از: آیا اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روش مبتنی بر تنظیم هیجان بر تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به ADHD متفاوت است؟ یافته‌ها نشان دادند که در متغیر تعلل‌ورزی تحصیلی نیز اثربخشی هر دو روش آموزش ذکر شده نسبت به گروه گواه تأیید شده و اثربخشی ACT بیشتر بوده است. یافته‌های حاضر در زمینه اثربخشی ACT با یافته‌های ونگ و همکاران (۲۰۱۷)، چن و هان (۲۰۱۷) و سنت و بوئس (۲۰۱۴) همسوست. درباره اثربخشی تنظیم هیجان بر تعلل‌ورزی تحصیلی نیز اکرت و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که توانایی مدیریت هیجانهای منفی تعلل‌ورزی را کاهش می‌دهد، درحالی‌که آق‌آتابای (۱۳۹۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیده است که هیچ یک از مؤلفه‌های تنظیم هیجان نمی‌تواند تعلل‌ورزی تحصیلی را پیش‌بینی کند. آق‌آتابای (۱۳۹۳) معتقد است که دانش‌آموزان تعلل‌ورز و غیر تعلل‌ورز از نظر تنظیم هیجان تفاوتی ندارند و تعلل‌ورزی دانش‌آموزان را به دلیل بدبینی نسبت به آینده و ترس از شکست می‌داند. همچنین باتوجه به اینکه برای این افراد ارزیابی دیگران از عملکردشان دارای اهمیت بسیار است، باورهای فراسناختی در زمینه عملکردشان آنها را دچار تردید بیشتری می‌کند و احتمال ارزیابی منفی از سوی دیگران در آنها افزایش می‌یابد و در نتیجه میزان تعلل‌ورزی آنها در تکالیف افزایش می‌یابد.

در تبیین یافته این پژوهش می‌توان گفت که نگرانی و برانگیختگی هیجانی از عواملی‌اند که بر عملکرد دانش‌آموزان ADHD تأثیر بسیار می‌گذارند. این تأثیرات از دوجنبه قابل بررسی است. نخست اینکه تغییرات هیجانی به‌سبب اثراتی که بر عملکردهای ذهنی دارند، اختلالاتی را در کارکرد ذهنی ایجاد می‌کنند که می‌تواند به عدم تمرکز و توجه، فراموشی مطالب آموخته شده یا تداخل مطالب با یکدیگر، منجر شود که این فرایند، تعلل دانش‌آموزان را بیشتری می‌کند. دوم اینکه، تفسیری که دانش‌آموزان ADHD از این برانگیختگیها دارند، بر عملکرد و همچنین بر

میزان هیجانات آنها اثر می‌گذارد. اگر دانش آموزی از برانگیختگی هیجانی خود ارزیابی منفی بالایی داشته باشد، تعلل بیشتری را تجربه خواهد کرد، اما اگر بتواند بر این هیجانات خود نظارت داشته باشد و آنها را مثبت‌تر ارزیابی کند تعلل کمتری خواهد داشت و آموزش تنظیم هیجان در اینجا اثربخشی خود را در کاهش تعلل‌ورزی نشان خواهد داد.

دلیل تغییر و کاهش تعلل‌ورزی در دانش‌آموزان مبتلا به ADHD در مداخله پذیرش و تعهد نیز ناشی از تغییر رابطه فرد با هیجانها و احساسات منفی و عدم تلاش برای کنترل این حالات و تجارب شخصی در وهله نخست و تمرکز بر اهداف و ارزشها، به‌ویژه در حوزه تحصیل و تدوین برنامه اهداف و اقدام متعهدانه در راستای آن اهداف است. به‌دیگر سخن دانش‌آموزان ADHD پس از شرکت در جلسات آموزش ACT به‌جای تلاش برای کنترل یا اجتناب از احساسها و هیجانهای منفی، که قبلاً منجر به تأخیر انداختن فعالیت‌های تحصیلی می‌شد، همراه با گشودگی و پذیرش با این هیجانها و احساسها تعامل می‌کنند. در کنار این کاهش چسبندگی به افکار منفی یا کمال‌گرایانه، از طریق تکنیک‌های فرایند گسلش از افکار، این مداخله به کاهش تاثیر این افکار می‌انجامد، بنابراین استفاده از شیوه‌های اجتنابی و تعلل‌ورزی کاهش می‌یابد و فرد روی فعالیتهای هدفمند و مؤثر در بلندمدت بهتر تمرکز می‌کند. چنین تبیینی همسو با نظرات اکرت، ابرت، لر، سیلند و برکینگ^(۲۰۱۶) است که معتقدند چنانچه هیجانهای آزاددهنده زمینه و پیشایند اصلی تعلل‌ورزی باشند، می‌توان فرض کرد که توانایی مقابله سازگارانه با حالات هیجانی منفی منجر به کاهش تعلل‌ورزی شود.

در اجرای این پژوهش محدودیتهایی وجود داشت که از میان آنها می‌توان به چند مورد اشاره کرد: نداشتن مرحله پیگیری پس از درمان و حضور نامنظم مراجعان در تعدادی از جلسات به دلیل مشغله‌های تحصیلی و شخصی. افزون بر این داده‌های حاضر بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی گردآوری شده و شاید بیشتر ادراک افراد از متغیرهای مورد بررسی و نه لزوماً وضعیت واقعی از این پدیده‌های روان‌شناختی منعکس شده باشد، بنابراین ممکن است دارای سوگیری باشد. از آنجا که این پژوهش روی پسران مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی انجام گرفته است، یافته‌های این پژوهش قابل تعمیم به دختران مبتلا به این اختلال نیست.

■ پیشنهادهای کاربردی ■

۱. پیشنهاد می‌شود از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کمک به نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در مراکز آموزشی و بالینی بهره گرفته شود.

1. Eckert, Ebert, Lehr, Sieland & Berking

۲. با آموزش مناسب پذیرش و تعهد می‌توان تعلل‌ورزی تحصیلی این دانش‌آموزان را کاهش داد، بنابراین ضروری به‌نظر می‌رسد که همه روانشناسان، روانپزشکان و مشاوران با برگزاری دوره‌های آموزشی برای این افراد، معلمان و خانواده‌های آنها، شرایط مناسب را برای کاهش مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی این دانش‌آموزان فراهم آورند.

۳. شناسایی مشکلات کودکان و نوجوانان و مداخله برای حل این نوع مشکلات، شدت اختلالات و ناتوانیها را در بزرگسالی کاهش می‌دهد. این نوع درمانها و شناسایی مشکلات کودکان بیش‌فعال باید بخشی مهم از برنامه‌های بهداشتی و درمانی در سطح کشور شود.

- آق آتابای، آمنه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه هوش اجتماعی و تنظیم هیجان با تعلل‌ورزی تحصیلی با توجه به نقش میانجی‌گری برونگرایی در دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهر گنبد کاووس در سال ۹۲-۹۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته تحقیقات آموزشی. دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.
- ابدالی، اعظم. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب امتحان و تاب‌آوری تحصیلی دانش‌آموزان دختر مقطع دوم متوسطه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، گرایش مدرسه. دانشگاه رازی.
- انوری، محمدحسن. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر شاخص‌های درد، اضطراب، افسردگی، فاجعه‌پنداری و رضایتمندی از زندگی در بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
- بیگدلی، ایمان‌اله؛ نجفی، محمود و رستمی، مریم. (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دلبستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳ (۹)، ۷۲۱-۷۲۹.
- جوکار، بهرام و دلاورپور، محمداقا. (۱۳۸۶). رابطه تعلل‌ورزی آموزشی با اهداف پیشرفت. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۳ (۳)، ۶۱-۸۰.
- خانجانی، سجاد؛ دنیوی، وحید؛ اسمری، یوسف و رجبی، مسلم. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری پرستاران: یک مطالعه آزمایشی. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۱۶ (۵)، ۵۰-۵۸.
- رحیمی، ندا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان‌فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه محقق اردبیلی.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳)، ۲۹۰-۲۹۵.
- ستارپور فریبا؛ احمدی، عزت‌اله و بافنده‌قراملکی، حسن. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱ (۱)، ۳۱-۳۸.
- شریفی‌باستان، فرنگیس؛ یزدی، سیده‌منور و زهرایی، شقایق. (۱۳۹۵). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی در پیش‌بینی تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه. *نشریه روان پرستاری*، ۴ (۲)، ۳۸-۴۹.
- صحبی‌قراملکی، ناصر؛ پرزور، پرویز؛ آقاجانی، سیفالله و نریمانی، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۳ (۱)، ۵-۱۳.
- عباسی، مسلم؛ درگاهی، شهریار؛ کریمی، کامبیز؛ درگاهی، علی. (۱۳۹۳). روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی. *نسیم تندرستی (سلامت خانواده)*، ۳ (۱)، ۱۲-۲۰.
- کریمی افشار، عشرت؛ شعبانین، گلناز؛ سعیدتالشی، لیلا و منظری‌توکلی، وحید. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر مداخله تنظیم هیجان گروهی بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷ (۱)، ۹۵-۱۰۵.
- مرادی، علی؛ خبازخوب، مهدی؛ آگاه، تهمنه؛ جواهر فروش‌زاده، علی؛ رضوان، بیژن؛ حائری کرمانی، زهرا و پالانگ، سمیه. (۱۳۸۷). شیوع بیش‌فعالی - نقص توجه (ADHD) در کودکان دبستانی شهر نیشابور طی سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۰ (۲)، ۳۷-۴۲.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش/تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۲ (۴)، ۱۵۴-۱۷۶.

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Bennett, F. C., Brown, R. T., Craver, J., & Anderson, D. (1999). Stimulant medication for the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46(5), 929-944.
- Bruggink, A., Huisman, S., Vuijk, R., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2016). Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 22, 34-44.
- Cabrera, N. L., & Padilla, A. M. (2004). Entering and succeeding in the «culture of college»: The story of two Mexican heritage students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(2), 152-170.
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2018). Development and preliminary evaluation of a positive emotion regulation augmentation module for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 49(6), 939-950.
- Chen, B. B., & Han, W. (2017). Ecological assets and academic procrastination among adolescents: The mediating role of commitment to learning. *Frontiers in Psychology*, 8, 1971.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- DuPaul, G., & Power, T. J. (2008). Improving school outcomes for students with ADHD: Using the right strategies in the context of the right relationships. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 519-521.
- Eckert, M., Ebert, D. D., Lehr, D., Sieland, B., & Berking, M. (2016). Overcome procrastination: Enhancing emotion regulation skills reduce procrastination. *Learning and Individual Differences*, 52, 10-18.
- Farone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., & Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*, 48(1), 9-20.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Cognition and emotion lecture at the 2010 SPSP Emotion Preconference: Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition & Emotion*, 25(5), 765-781.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: A quick-start guide to ACT basics and beyond*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Harvey, J., & Delfabbro, P. H. (2004). Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39(1), 3-13.
- Hayes, S. C., Louma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Knouse, L. E., & Safren, S. A. (2010). Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 497-509.
- Kohtala, A., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2017). What happens after five years?: The long-term effects of a four-session Acceptance and Commitment Therapy delivered by student therapists for depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 230-238.
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., & Graham, A. J. (2008). Organizational-skills interventions in the

- treatment of ADHD. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(10), 1549-1561.
- Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 73-86.
- Mick, E., Biederman, J., Santangelo, S., & Wypij, D. (2003). The influence of gender in the familial association between ADHD and major depression. *The Journal of Mental and Nervous Disease*, 191(11), 699-705.
- Newark, P. E., & Stieglitz, R. D. (2010). Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioral perspective. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 2(2), 59-72.
- Niermann, H. C. M., & Scheres, A. (2014). The relation between procrastination and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in undergraduate students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(4), 411-421.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Petts, R. A., Duenas, J. A., & Gaynor, S. T. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144.
- Sadeghi, F., Hassani, F., Emamipour, S., & Mirzaei, H. (2018). Effect of acceptance and commitment group therapy on quality of life and resilience of women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*, 5(3), 111-117.
- Sandler, I. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 19-61.
- Scent, C. L., & Boes, S. R. (2014). Acceptance and commitment training: A brief intervention to reduce procrastination among college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 28(2), 144-156.
- Schouwenburg, H. C., & Groenewoud, J. (2001). Study motivation under social temptation: Effects of trait procrastination. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 229-240.
- Schraw, G., Wadkins, T., & Olafson, L. (2007). Doing the things we do: Grounded theory of academic procrastination. *Journal of Educational Psychology*, 99(1), 12-25.
- Simoni, Z. R. (2016). Do social skills mediate the relationship between ADHD and depression? *Sociological Spectrum*, 36(2), 109-122.
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Procrastination Assessment Scale-Students (PASS). In J. Fischer, & K. Corcoran (Eds.), *Measures for clinical practice* (pp. 446-452). New York: The Free Press.
- Udell, C. J., Ruddy, J. L., & Procento, P. M. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing resilience and reducing attrition of injured US Navy recruits. *Military Medicine*, 183(9-10), e603-e611.
- Usami, M. (2016). Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(8), 303-317.
- Vande Voort, J. L., He, J. P., Jameson, N. D., & Merikangas, K. RF. (2014). Impact of the DSM-5 attention-deficit/hyperactivity disorder age-of-onset criterion in the U.S. adolescent population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(7), 736-744.
- Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., & Chen, Y. F. (2017). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.