



ORIGINAL ARTICLE

Received:2024/09/09

Accepted:2024/10/27

The Comparison of the Effectiveness of Child-Centered Mindfulness Therapy and the Role of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional-Cognitive Empathy of Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Experiencing Bullying in Isfahan
Farzaneh Khodadad(Ph.D.s)¹, Gholamreza Manshaee(Ph.D.)², Hajar Torkan(Ph.D.)³

1.Ph.D. Student Psychology, Islamic Azad University, Khorsagan Branch, Isfahan, Iran.

2.Corresponding Author: Associate Professor Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorsagan Branch, Isfahan, Iran. Email: Smanshaee@yahoo.com Tell: 09133170300

3.Assistant professor Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorsagan Branch, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is considered a serious problem in educational environments and has significant negative impacts on the psychological well-being of students. The present study aimed to compare the effectiveness of child-centered mindfulness therapy and acceptance and commitment therapy on emotional-cognitive empathy of primary school students with ADHD experiencing bullying.

Methods: This semi-experimental study was conducted in 2023 using a pre-test and post-test design with a control group and a two-month follow-up over a six-month period in Isfahan city. A purposive sampling method was employed, and 54 boy students aged 9-11 years meeting the inclusion criteria were randomly assigned to three groups of 18 participants including child-centered mindfulness therapy (N=18), acceptance and commitment therapy (N=18), and a control group (N=18). Data were collected using the child and adolescent empathy questionnaire. Participants in the first group received child-centered mindfulness therapy in 10 60-minute sessions, conducted twice a week, while participants in the second experimental group received acceptance and commitment therapy in 9 60-minute sessions, conducted twice a week. By the end of the study, 15 participants remained in each group. Data analysis was performed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests, utilizing SPSS software version 26.

Results: The results indicated that both child-centered mindfulness therapy and acceptance and commitment therapy were effective in enhancing emotional empathy ($p<0/05$) and cognitive empathy ($p<0/05$). This effectiveness was also maintained at the follow-up stage ($p<0/05$). However, no significant differences were observed between the effectiveness of the interventions ($p>0/05$).

Conclusion: The results of this study indicated that both child-centered mindfulness therapy and acceptance and commitment therapy significantly affected emotional and cognitive empathy in students with ADHD and can be utilized by therapists.

Keywords: Mindfulness, Acceptance and Commitment, Empathy, Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Farzaneh Khodadad, Gholamreza Manshaee, Hajar Torkan. The Comparison of the Effectiveness of Child-Centered Mindfulness Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on.....Tolooebehdasht Journal. 2024;23(5)97-115.[Persian]



مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور و نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی - شناختی دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه دارای قلدری در شهر اصفهان

نویسندگان: فرزانه خداداد^۱، غلامرضا منشی^۲، هاجر ترکان^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

شماره تماس: ۰۹۱۳۳۱۷۰۳۰۰ Email: smanshaee@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه: اختلال بیش فعالی/نقص توجه از مشکلات جدی در محیط‌های آموزشی به شمار می‌آید و تأثیرات منفی قابل توجهی بر ابعاد سلامت روان دانش آموزان دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی - شناختی دانش آموزان دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه دارای قلدری انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش نیمه تجربی در سال ۱۴۰۲ و با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه در یک بازه زمانی شش ماهه در شهر اصفهان انجام شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام و ۵۴ پسر ۹ الی ۱۱ ساله دارای معیارهای ورود به صورت تصادفی در سه گروه ۱۸ نفره (ذهن آگاهی کودک محور (N=۱۸)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (N=۱۸) و گروه کنترل (N=۱۸)) جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه همدلی کودک و نوجوان جمع‌آوری شد. شرکت‌کنندگان گروه اول، درمان ذهن آگاهی کودک محور را در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و ۲ بار در هفته و گروه مداخله دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و ۲ بار در هفته دریافت کردند. در پایان پژوهش در هر گروه ۱۵ نفر باقی ماندند و تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی ($p < 0/05$) و شناختی ($p < 0/05$) موثر بوده و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است ($p < 0/05$) اما تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی مداخلات مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که هر دو مداخله درمان ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور موثری بر افزایش همدلی عاطفی و شناختی در دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه تأثیر داشته و می‌تواند توسط درمانگران استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، پذیرش و تعهد، همدلی، اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشگاه بهداشت یزد

سال بیست و سوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۷

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۶



مقدمه

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری از جمله پرخاشگری، افت تحصیلی و آسیب‌های اجتماعی را ایجاد می‌کنند (۱).

از جمله این اختلالات می‌توان به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه کرد (۲). اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه از شایع‌ترین اختلالات روانی کودکان است و در حدود ۶ تا ۷٪ از کودکان و نوجوانان و ۵٪ از بزرگسالان به این اختلال مبتلا بوده و تا ۶۵ درصد از بزرگسالان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه درمان نمی‌شوند (۳). برآوردها نشان می‌دهد که شیوع اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در ایران حدود ۵ تا ۷ درصد است که این رقم مشابه با دیگر کشورها به نظر می‌رسد (۴). کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه معمولاً درگیر مشکلات متنوعی از جمله قلدری و چالش‌های عاطفی و انطباقی هستند (۵-۷).

برخی از تحقیقات نشان دادند که میزان درگیری با قلدری در این کودکان به ۵۸ درصد می‌رسد؛ در حالی که این آمار برای جمعیت عمومی ۳۵ درصد است (۸). همچنین نتایج پژوهشی نشان‌دهنده شیوع ۳ درصدی قلدری در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه است (۹). در یک مطالعه دیگر تقریباً یک‌سوم از کودکان دارای این اختلال رفتارهای پرخاشگرانه مکرر از خود بروز دادند (۳). پژوهش مشابه نیز تأکید می‌کند که حدود ۱۵ درصد از این کودکان در مقایسه با کودکان عادی، رفتارهای قلدری بیشتری دارند (۱۰).

عدم مهارت کافی در همدلی یکی از مشکلات مهمی است که

در رابطه با رفتارهای مرتبط با بیش‌فعالی و قلدری مطرح می‌شود (۷، ۱۱). همدلی به توانایی درک و به اشتراک گذاشتن عواطف و احساسات دیگران اشاره دارد و نقشی کلیدی در رفتار اجتماعی ایفا می‌کند (۱۲). همدلی شناختی توانایی درک و تفسیر احساسات، نظرات و تجربیات دیگران و به عبارت دیگر شرایطی است که افراد می‌توانند آنچه دیگران احساس می‌کنند را شناسایی و تجزیه و تحلیل کنند (۱۳) و همدلی عاطفی به عنوان توانایی درک احساسات و عواطف دیگران است (۱۲).

مطالعات پیشین نشان می‌دهد کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه از مهارت‌های همدلی پایین‌تری در مقایسه با کودکان عادی دارند. در همین راستا آیلو و همکاران نشان دادند کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مهارت‌های همدلی ضعیفی دارند (۱۴). اوزیورت و همکاران نیز نشان دادند که همزمانی اختلال خلقی با اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه بر شناخت اجتماعی و همدلی تأثیر منفی دارد (۱۵). لاسمونو و همکاران نیز دریافتند که کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در مقایسه با همسالان عادی خود، نمرات پایین‌تری در همدلی کسب می‌کنند (۱۶). تکیم و همکاران نیز نشان دادند سطوح همدلی در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کمتر است (۱۷). علاوه بر این باپیروان نیز نشان داد سطوح همدلی در پسران ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در مقایسه با کودکان عادی کمتر است (۱۸).

این فقدان همدلی را می‌توان به نقص عملکرد اجرایی در قشر جلوی مغز که مسئول تنظیم احساسات و رفتار اجتماعی است نسبت داد (۱۹). این کمبودها می‌تواند درک احساسات دیگران



بیابند، اما این هیجانات جزئی از هویت ثابت آن‌ها نیستند. همچنین این افراد قادر خواهند بود به جای پاسخ‌های غیرارادی و بدون اندیشه به حوادث به صورت تفکر شده و با تأمل واکنش نشان دهند (۲۶). تحقیقات پیشین نشان‌دهنده این است که بهبود مهارت‌های ذهن‌آگاهی در افزایش میزان همدلی مؤثر بوده است (۲۷-۳۳).

در میان سایر مداخلات غیردارویی، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از روش‌های مورد توجه متخصصان و درمانگران بالینی در حال حاضر مطرح است (۳۴). این نوع درمان برخلاف روش‌های سنتی که بر کاهش علائم تمرکز دارند به تأیید و اعتباربخشی به تجربیات عاطفی کودکان می‌پردازد و همچنین به آنها می‌آموزد که چگونه پاسخ‌های خود را به محرک‌های درونی و بیرونی به طور متعادل مدیریت کنند (۳۵). پژوهشگران نشان دادند که این درمان می‌تواند در بهبود کودکان دچار مجموعه‌ای از مشکلات سلامت روان، نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات رفتاری، بسیار مؤثر باشد (۳۶، ۳۷). به جای اینکه اقدامات صرفاً به منظور اجتناب از افکار، احساسات، یادآوری‌ها یا تمایلات ویرانگر انجام شوند هدف اصلی این درمان، توانایی انتخاب آگاهانه از میان گزینه‌های موجود است که این خود نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی است. نتایج پژوهش‌های قبلی نشان‌دهنده این است که بهبود مهارت‌های ذهن‌آگاهی در افزایش همدلی تأثیر مثبت دارد (۴۱-۳۸). با این حال، این مطالعات کمتر بر روی دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه که همچنین دچار قلدری هستند متمرکز شده‌اند و مطالعه‌ای که به بررسی اهداف پژوهش حاضر پردازد در دسترس قرار نگرفت.

را برای کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه دشوار کند و منجر به عدم آگاهی در مورد تأثیر اعمال خود بر دیگران شود (۲۰). علاوه بر این، چالش‌های کنترل تکانه می‌تواند به رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه نسبت به دیگران کمک کند (۲۱). به طور کلی نتایج مطالعات پیشین از رابطه بین اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و رفتارهای پرخاشگرانه از جمله قلدری حمایت کرده است. برای مثال کریستوفانی و همکاران نشان دادند که عملکردهای اجرایی نقش مهمی در توسعه همدلی دارند و این همدلی با رفتارهای منفی در کودکان با اختلالات عصبی‌تکاملی و اختلالات روانی همراه است که می‌تواند پرخاشگری را افزایش دهد (۲۲). همچنین لی و همکاران دریافتند که سطوح پائین همدلی در افراد دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه می‌تواند قلدری و پرخاشگری را در این کودکان تشدید کند (۲۳). از سوی دیگر وانگ و همکاران نشان دادند اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه با رفتارهای پرخاشگرانه مرتبط است (۲۴).

عدم تسلط کافی بر مهارت همدلی در دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، ضرورت به‌کارگیری مداخلات درمانی مناسب برای بهبود این چالش‌ها را نمایان می‌سازد. در این راستا روش‌های درمانی گوناگونی مطرح شده است. یکی از آن‌ها، درمان ذهن‌آگاهی کودک‌محور است (۲۵). ذهن‌آگاهی به عنوان یک روش بالینی اثبات شده بر تمرکز غیرقضاوتی افراد بر لحظه حال تأکید دارد (۲۵). این نوع درمان با استفاده از رویکرد اندیشمندانه می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش پرخاشگری کودکان داشته باشد. افراد از طریق ذهن‌آگاهی درمی‌یابند که هیجانات منفی ممکن است به وجود



پرسشنامه قلدری، تشخیص اختلال بیش فعالی/نقص توجه ارزیابی شده توسط روانپزشک، تمایل به شرکت در مطالعه و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، عدم شرکت همزمان در مداخلات درمانی دیگر و عدم مصرف داروی بیش فعالی و ملاک‌های خروج عبارت بودند از انصراف از ادامه شرکت در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه.

برای جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ مجوزهای لازم با مراجعه به دو کلینیک آموزش و پرورش شهر اصفهان، لیستی از کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه تهیه شد. در گام بعدی از خانواده‌های این کودکان دعوت شد تا در یک جلسه توجیهی شرکت نمایند. در مرحله بعد لیستی از افراد دارای معیارهای ورود انتخاب و متقاضی شرکت در پژوهش تهیه شد. در ادامه این افراد به صورت تصادفی در سه گروه ۱۸ نفره جایگزین شدند. سپس پرسشنامه همدمی کودک و نوجوان به عنوان پیش‌آزمون بر روی آنها اجرا شد. گروه مداخله اول در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با استفاده از بسته ذهن آگاهی کودک محور (بوردیک) (۴۲) (جدول ۱) و گروه مداخله دوم در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با استفاده از بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (طبیعی و همکاران) (۴۳) (جدول ۲) تحت درمان قرار گرفتند. در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، آزمودنی‌ها مجدداً توسط پرسشنامه همدمی کودک و نوجوان ارزیابی شدند. در طول مدت مداخله ۳ نفر از گروه ذهن آگاهی کودک محور (۱ نفر به دلیل بیماری و ۱ نفر نیز به دلیل مشکلات شخصی)، ۳ نفر نیز از گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱ نفر به دلیل مشکلات شخصی، ۱ نفر به دلیل عدم تکمیل پس‌آزمون و ۲ نفر به دلیل عدم پایبندی به قوانین گروه) و ۳ نفر

بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدمی عاطفی- شناختی دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه دارای قلدری انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش نیمه‌تجربی در سال ۱۴۰۲ و با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه در یک بازه زمانی شش ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر ۹ الی ۱۱ ساله مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ که تشخیص اختلال بیش فعالی/نقص توجه دریافت کرده‌اند، بود. جهت انتخاب نمونه ابتدا از بین مراکز ۶ گانه آموزش و پرورش به صورت در دسترس انتخاب شدند. ماکزیمم حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد و در نظر رفتن ۲۰٪ درصد ریزش و بر اساس مطالعه‌ی رحمانی و همکاران برای هر گروه ۱۸ نفر برآورد گردید (۳۴). خروجی نرم افزار stata14 جهت برآورد حجم نمونه مورد نظر همراه با فرمول مورد استفاده و اجزاء مختلف آن به صورت زیر بود.

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

در مجموع ۵۴ نفر از دانش‌آموزان با توجه به معیارهای ورود به صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تحصیل در مقطع سوم تا پنجم دبستان، جنسیت مذکر، قرار داشتن در بازه سنی ۹ تا ۱۱ سال، کسب نمره برش ۱۵ در مقیاس کانرز فرم والدین، کسب نمره برش ۵۴ به بالا در



تن و همکاران پرسشنامه همدلی را بر روی ۱۲۲ کودک ۹ تا ۱۶ سال اجرا و آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های همدلی عاطفی، همدلی شناختی و همدلی جامعه‌یار را به ترتیب، ۰/۸۳، ۰/۶۶، ۰/۶۸ و ۰/۷۸ گزارش کردند (۴۶). در پژوهش خسروی لاریجانی و همکاران روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش خسروی لاریجانی و همکاران برای این پرسشنامه بالای ۰/۷۰ برآورد شد (۴۵).

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد) و آمار استنباطی (نرمال بودن توزیع متغیرها (آزمون شاپیروویلک)، برابری واریانس‌های خطا، برابری ماتریس واریانس-کواریانس) و جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه آن‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

از گروه کنترل (به دلیل عدم تکمیل پس‌آزمون) از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه همدلی کودک و نوجوان (EmQue-CA): این پرسشنامه توسط اورگاو، ریف، بروکوف، کرون و گورگلو طراحی شده (۴۴) و در ایران توسط خسروی لاریجانی و همکاران اعتباریابی شده است (۴۵). این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و ۳ زیرمقیاس است و بر اساس طیف لیکرت با سوالاتی مانند (اگر مادرم خوشحال باشد، من هم احساس شادی می‌کنم). به سنجش همدلی کودک و نوجوان می‌پردازد و نمره‌گذاری آن به صورت صحیح نیست (۰)، گاهی اوقات صحیح است (۱) و بیشتر اوقات صحیح است (۲) و به صورت مستقیم است. همدلی عاطفی در هفت آیتم همانند عبارت «اگر مادرم خوشحال باشد، من هم احساس شادی می‌کنم». همدلی شناختی در پنج آیتم مثل عبارت «اگر یک دوست گریه کند، بیشتر اوقات متوجه می‌شوم که چه اتفاقی افتاده است» و همدلی جامعه‌یار در شش آیتم مانند عبارت «من از هدیه دادن به یک دوست لذت می‌برم» است.

جدول ۱: خلاصه بسته ذهن آگاهی کودک محور (بوردیک)

جلسه	شرح جلسه
اول	جلسه والدین: معرفی آموزش ذهن آگاهی، تعریف آن و توضیح درباره علت اجرای این دوره آموزشی برای کودکان، توضیح درباره چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های مراقبه ذهن آگاهی و ارائه تکلیف خانگی
دوم	جلسه کودک: معارفه و آشنایی، بررسی قوانین گروه، گفتگو در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در زمینه ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	جلسه کودک: گفتگو در مورد تجربه قبلی از ذهن آگاهی، تکرار تنفس ذهن آگاهانه، آموزش بادی اسکن و ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	جلسه کودک: تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب، راه رفتن با ذهن آگاهی و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	جلسه کودک: صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن، لمس کردن، بوییدن، دیدن، آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفسی و آگاهانه و بادی اسکن و ارائه تکلیف خانگی.
ششم	جلسه کودک: تکرار تمرینات پایه تنفسی و تمرین خوردن ذهن آگاهانه، آموزش تمرین بوییدن ذهن آگاهانه و لمس کردن ذهن



هفتم	جلسه کودک: مرور تمرینات جلسات قبل، آموزش تمرین گوش دادن ذهن آگاهانه و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار، مراقبه رودخانه روان، تخته سفید نانوشته، حفظ تعادل مهره‌ها و ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	جلسه کودک: تکرار تمرینات پایه تنفسی و بادی‌اسکن، انجام تمرین ذهن آگاهی، عوض کردن کانال و افکار خودآیند منفی، تمرین «از کنترل خارج نشو»، بازی «ذرات یخی» و ارائه تکلیف خانگی.
نهم	جلسه کودک: مرور تمرینات جلسات قبل و آموزش مراقبه ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و بازی. من احساس می‌کنم یادداشت‌نویسی یا نقاشی درباره احساسات و هیجانات، حفظ تعادل مهره‌ها و ارائه تکلیف خانگی.
دهم	جلسه کودک: مرور تمرینات ذهن آگاهی که در طی جلسات گذشته آموزش داده شدند، آموزش ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزانه، مراقبه‌ی محبت‌آمیز (آرزوهای دوستانه)، بازی ذرات یخی و ارائه تکلیف خانگی.

جدول ۲: بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (طبیعی و همکاران)

جلسه	توصیف
اول	جلسه والدین: معرفی درمان و فلسفه آن، بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمانی و بیان استعاره دوکوه، سنجش هدفمند (سنجش بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و استعاره لوله‌کش. مقدمه‌ای بر درماندگی خلاق و بیان استعاره چکش و مزرعه، معرفی والد احساسی، منطقی و عاشق و استعاره لنگر، ارائه تکلیف، دادن فرم یادداشت تجربیات روزانه و لنگر انداختن.
دوم	جلسه والدین: سنجش عملکرد، مرور بازخوردها در مورد جلسه قبل، مرور تکلیف، ویژگی‌های والد عاشق، استعاره سفر، بیان حساسیت‌های مسیر فرزندپروری و مثال رانندگی روی یخ، استعاره تشییع جنازه، استعاره جزیره و مطرح کردن ارزش‌ها، ارائه تکلیف و پیدا کردن رفتارهای جزیره‌ای.
سوم	جلسه والدین: سنجش عملکرد، مرور تکلیف، قوانین مسیر فرزندپروری، استعاره اداره پرهرج و مرج، مثال تخم‌مرغ خراب و سالم در مورد تحکیم قوانین و ساختار خانواده، ایجاد تمایل و گسلش: استعاره نیش پشه، استعاره مهمان و اتوبوس، ادامه بحث ارزش‌ها و تعهد، تکلیف: حرکت به سمت والد عاشق، مشخص کردن اهداف در جهت ارزش‌های فرزندپروری و آگاهی نسبت به موانع و هیجانات درونی.
چهارم	جلسه کودک: معارفه و آشنایی همراه با بازی؛ هدف از جلسات با ارائه نقشه گنج و نشان دادن سیر درمان روی نقشه، تفهیم درست مشکل کودک، ارائه قوانین جلسات، تکنیک و جمع‌بندی.
پنجم	جلسه کودک: مرور تکلیف و بازخورد جلسه قبل، تفهیم دنیای درون و بیرون و قوانین درست هر کدام، تکالیف مربوط به نوشتن احساسات، افکار و نحوه مدیریت آن‌ها روی آدمک.
ششم	جلسه کودک: بازخورد و تکلیف جلسه قبل، تفهیم اینکه کنترل خود مسئله‌ای است با کمک استعاره ببر و بازی، بازی مار و پله برای شروع معرفی قلب و سم. تکلیف برای درست کردن جعبه سم و قلب و نوشتن بیهایی که سراغ کودک می‌آیند.
هفتم	جلسه کودک: بازخورد و مرور تکالیف جلسه قبل؛ تحکیم ارزش‌ها به وسیله بازی دارت و قرار دادن ارزش‌های کودک در جعبه قلب و اجتناب‌های او در جعبه سم، معرفی شش ارزش کلی (معنویت و خدا، تحصیل، پدر و مادر، سلامتی، دوستان و تفریح) و تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در جهت آن‌ها، همچنین تکلیف و دادن فرم ارزش‌ها به کودک.
هشتم	جلسه کودک: بازخورد و بررسی تکلیف جلسه قبل: گسلش و استعاره اتوبوس، تمایل و استعاره رادیو. تکلیف: یافتن مسافران مزاحم و باطل کردن قراردادها با آن‌ها.
نهم	جلسه کودک: بازخورد و مرور تکلیف جلسه قبل؛ تعهد و ارائه فایل قراردادها، فرم سر بزرگ، تکلیف، پیمان‌نامه و تعیین جلسات پیگیری.

یافته‌ها

۴ نفر (۲۶/۷ درصد) سوم، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) چهارم و ۷ نفر (۴۶/۶ درصد) پنجم؛ از مجموع ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پایه تحصیلی ۳ نفر

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد از مجموع ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان گروه ذهن آگاهی کودک محور، پایه تحصیلی



آزمون بود ($p > 0/05$) و همگنی واریانس‌های خطا تایید شد. همچنین برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده شده و نتایج نشان داد مقدار ام‌باکس در سطح $0/05$ غیرمعنی‌دار است ($p > 0/05$) و این پیش‌فرض نیز تأیید شد. علاوه بر این برای بررسی همگنی واریانس‌ها در بین گروه‌ها از آزمون کرویت موخلی استفاده شده و نتایج نشان داد که آماره‌های این آزمون در تمامی متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($p < 0/05$) و یکسان بودن واریانس‌ها در بین گروه‌ها در این متغیر رعایت نشده است. با توجه به برقرار نبودن این مفروضه به منظور ارزشیابی F از آزمون گرین هاوس-گیسر استفاده شد.

به منظور بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (جدول ۴). بر اساس نتایج جدول ۴، مقدار F و درجه آزادی اصلاح شده در آزمون گرین هاوس-گیسر در خصوص اثر زمان و اثر تعامل زمان و عضویت گروهی معنی‌دار است ($p < 0/001$). این نتایج نشان می‌دهد که در متغیرهای همدلی شناختی و عاطفی حداقل بین دو گروه (در خصوص اثر زمان و اثر تعامل زمان و عضویت گروهی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

برای تعیین تفاوت نمرات متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به منظور مشخص کردن پایداری اثر متغیر مستقل و بررسی تفاوت بین گروه‌های مداخله از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد (جدول ۵). بر اساس نتایج جدول ۵ بین میانگین نمرات همدلی شناختی و عاطفی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مداخله ۱ (ذهن‌آگاهی

۲۰/۰ درصد) سوم، ۳ نفر (۲۰/۰ درصد) چهارم و ۹ نفر (۶۰/۰ درصد) پنجم و از مجموع ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان گروه کنترل، پایه تحصیلی ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) سوم، ۶ نفر (۴۰/۰ درصد) چهارم و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) پنجم بود. در گروه ذهن‌آگاهی کودک محور، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) تک‌فرزند، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) فرزند اول، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) فرزند دوم و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فرزند سوم بودند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱ نفر (۶/۷ درصد) تک‌فرزند، ۶ نفر (۴۰/۰ درصد) فرزند اول، ۶ نفر (۴۰/۰ درصد) فرزند دوم و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فرزند سوم بودند و در گروه کنترل، ۱ نفر (۶/۷ درصد) تک‌فرزند، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فرزند اول، ۹ نفر (۶۰/۰ درصد) فرزند دوم و ۳ نفر (۲۰/۰ درصد) فرزند سوم بودند. میانگین انحراف معیار سنی گروه ذهن‌آگاهی کودک محور $8/53$ (۹۳۷)، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $8/77$ (۹۳۷) و در گروه کنترل $8/23$ (۹۳۷) بود.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای همدلی عاطفی و شناختی به تفکیک گروه و زمان‌های اندازه‌گیری در جدول ۳ ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول ۳ در مرحله پیش‌آزمون تفاوت زیادی بین میانگین نمرات همدلی عاطفی و شناختی در سه گروه وجود ندارد اما بعد از مداخله اختلاف ایجاد شده در گروه‌های مداخله به میزان بیشتری بوده است.

بررسی پیش‌فرض‌های آزمون اندازه‌گیری مکرر نیز نشان داد که سطوح معنی‌داری آزمون شاپیروویلک بزرگتر از $0/05$ است ($p > 0/05$) و این مساله نرمال بودن داده‌های پژوهش را تایید کرد. برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لوی استفاده شد. نتایج حاکی از عدم معنی‌داری این آماره‌های این



مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بوده اما این تفاوت در مرحله پیگیری وجود نداشته و هر دو درمان در این مرحله اثر مشابهی داشته‌اند ($p > 0.05$). علاوه بر این نتایج حاکی از این است که بین اثر بخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی نیز تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$) و هر دو مداخله اثر مشابهی بر همدلی عاطفی داشته‌اند.

کودک محور) و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$) و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز اثر خود را حفظ کرده است ($p < 0.05$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که در مرحله پس آزمون بین اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی شناختی تفاوت وجود دارد ($p < 0.05$) و اثر بخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور در مقایسه با درمان

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای همدلی عاطفی - شناختی به تفکیک گروه و زمان‌های اندازه‌گیری

همدلی عاطفی		همدلی شناختی		متغیر	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	مرحله	گروه
۱/۶۲	۴/۷۳	۱/۳۷	۱/۸۰	پیش آزمون	مداخله اول (ذهن آگاهی کودک محور)
۲/۸۸	۹/۲۰	۲/۰۶	۵/۱۳	پس آزمون	
۲/۶۹	۸/۶۰	۲/۰۲	۴/۶۰	پیگیری	
۱/۲۲	۸/۷۳	۱/۲۹	۲/۴۰	پیش آزمون	گروه مداخله دوم
۲/۳۸	۹/۱۳	۱/۸۶	۴/۷۳	پس آزمون	(درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)
۲/۰۹	۸/۶۶	۱/۶۷	۴/۶۶	پیگیری	
۱/۰۴	۴/۳۳	۱/۱۳	۲/۵۳	پیش آزمون	گروه کنترل
۱/۰۳	۴/۰۶	۱/۰۶	۲/۸۶	پس آزمون	
۰/۸۸	۴/۲۶	۱/۱۴	۲/۸۰	پیگیری	

جدول ۴: نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد تأثیر متغیر مستقل بر دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-value	اندازه اثر
همدلی شناختی	زمان	۱۷۸/۸۱۱	۱/۵۳۱	۱۱۶/۷۷۷	۲۰۲/۷۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
	زمان*گروه	۴۷/۸۱۱	۴/۵۹۴	۱۰/۴۰۸	۱۸۰/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
	خطا	۴۹/۳۷۸	۸۵/۷۴۸	۰/۵۷۶			
همدلی عاطفی	زمان	۳۰۶/۳۱۱	۱/۷۳۰	۱۷۷/۱۰۹	۱۹۹/۷۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱
	زمان*گروه	۱۲۲/۴۸۹	۵/۱۸۹	۲۳/۶۰۸	۲۶/۶۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۸
	خطا	۸۵/۸۶۷	۹۶/۸۵۲	۰/۸۸۷			



جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای تعیین پایداری اثر مداخله بر متغیرهای وابسته

پیش آزمون-پیگیری			پیش آزمون-پس آزمون			مرحله	متغیر
*P-value	خطا	تفاوت میانگین	P-value	خطا	تفاوت میانگین	گروه	
۰/۹۵۹	۰/۴۰۹	۰/۵۸۲	۰/۰۱۹	۰/۳۶۵	۱/۱۳۰	گروه ذهن آگاهی کودک محور - گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	همدلی شناختی
۰/۰۰۱	۰/۴۱۶	۰/۵۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷۱	۳/۱۳۰	گروه ذهن آگاهی کودک محور- گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۱/۹۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲	۲/۰۰۰	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - گروه کنترل	
۰/۸۵۲	۰/۴۴۷	۰/۶۶۶	۰/۰۳۳	۰/۴۶۶	۱/۳۴۷	گروه ذهن آگاهی کودک محور - گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	همدلی عاطفی
۰/۰۰۱	۰/۴۵۵	۳/۲۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴	۳/۱۱۵	گروه ذهن آگاهی کودک محور - گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۳/۸۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳	۴/۴۶۳	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - گروه کنترل	

*آزمون تعقیبی بن فرونی

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی- شناختی دانش آموزان دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه دارای قلدری انجام شد. نخستین نتیجه این بخش از پژوهش نشان داد ذهن آگاهی کودک محور بر همدلی عاطفی در مراحل پژوهش اثربخش بوده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسوست. برای مثال نتیجه مطالعه دهقانی و همکاران حاکی از اثربخشی آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر همدلی کودکان پیش دبستانی بود (۳۰). نعمتی و همکاران نیز نشان دادند آموزش ذهن آگاهی بر گذشت و همدلی با دیگران در دانش آموزان قلدر موثر است (۲۷). سادات طباطبایی نیز در مطالعه خود نشان داد که آموزش ذهن آگاهی مثبت نگر بر همدلی عاطفی دانش آموزان تیزهوش مبتلا به افسردگی غیربالینی موثر است (۲۸).

در توضیح نتایج این بخش می توان گفت همدلی عاطفی به عنوان توانایی درک احساسات و عواطف دیگران تعریف شده است (۱۲). ذهن آگاهی شامل حفظ آگاهی بدون قضاوت از لحظه حال، شامل افکار، احساسات و محیط اطراف فرد می شود (۴۲). مشارکت در تجارب تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی فضایی درونی را برای تشخیص احساسات خود و دیگران ایجاد کرد. این توجه برای تقویت همدلی عاطفی حیاتی است، زیرا کودکان را تشویق می کند تا از حالات و پاسخ های هیجانی در دیگران بیشتر آگاه شوند. با تمرکز بر نحوه ادراک و پاسخ دادن به ورودی های حسی، کودکان بینش های زیادی را در مورد واکنش های خود به دست آوردند و درک عمیق تری از احساس دیگران در موقعیت های مشابه ایجاد کردند که در نهایت به بهبود همدلی عاطفی منجر شد (۴۲).

دومین نتیجه این بخش از پژوهش نشان داد ذهن آگاهی کودک محور بر همدلی شناختی، در مراحل پژوهش اثربخش بوده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده



بنابراین آموزش ذهن آگاهی از طریق بهبود مهارت‌های شناختی، تنظیم هیجان و خودآگاهی کودکان را قادر ساخت تا نشانه‌های اجتماعی را بهتر تفسیر کنند و با همدلی شناختی بیشتری به هم‌تایان خود پاسخ دهند. سومین نتیجه پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی در مراحل پژوهش اثربخش بوده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسوست. برای مثال شوانی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی و بخشایشگری زنان موثر است (۳۸).

بهرامی نیز نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی زوجین موثر است (۴۱). محمدیان و همکاران نیز نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره موثر است (۴۸). در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد، یک مداخله مبتنی بر شواهد به دنبال افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش تجربیات درونی و تقویت تعهد به اقدامات مبتنی بر ارزش است (۳۵).

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تکیه بر پذیرش تجربیات درونی و تعهد به ارزش‌ها، به فرد کمک می‌کند تا احساسات خود را بشناسد و مدیریت کند و با تقویت آگاهی و حضور ذهن، درک بهتری از احساسات دیگران ایجاد می‌کند؛ به‌علاوه تمرینات مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شناسایی احساسات، باعث افزایش همدلی عاطفی می‌شوند و به این ترتیب، افراد قادرند روابط بین‌فردی سالم‌تری ایجاد و احساس همدلی عاطفی بیشتری را تجربه کنند (۳۸-۴۰).

است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسوست. برای مثال سادات طباطبایی در مطالعه خود نشان داد که آموزش ذهن آگاهی مثبت نگر بر همدلی شناختی دانش‌آموزان تیزهوش مبتلا به افسردگی غیربالینی موثر است (۲۸). هی و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند آموزش ذهن آگاهی بر همدلی پزشکان موثر است (۳۳). بونگ و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که ذهن آگاهی بر همدلی شناختی دانشجویان موثر است (۹).

در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت همدلی شناختی به توانایی درک و تفسیر احساسات، دیدگاه‌ها و تجربیات دیگران اشاره دارد و به افراد امکان می‌دهد تا احساسات دیگران را شناسایی و تحلیل کنند (۱۳). آموزش ذهن آگاهی به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی، می‌تواند توجه به تجربه‌های خود و دیگران را تقویت کند و این آموزش باعث افزایش آگاهی از افکار و احساسات می‌شود و به افراد کمک می‌کند پاسخ‌های عاطفی دیگران را بهتر درک کنند، که نهایتاً به بهبود مهارت‌های شناختی و هیجانی منجر می‌شود (۳۳). آموزش ذهن آگاهی با تمرکز بر توجه غیرقضاوتی به تجربه‌های حال، می‌تواند به طور قابل توجهی مهارت‌های شناختی را افزایش دهد (۳۳). این نوع آموزش به افراد می‌آموزد که احساسات و افکار خود و دیگران را شناسایی و درک کنند و فرآیندهای عصبی مرتبط با ذهن آگاهی، از جمله تقویت فعالیت در نواحی مغزی مرتبط با شناخت عاطفی و تعامل اجتماعی، به بهبود توانایی فرد در همدلی کمک می‌کند. با کاهش قضاوت‌های فوری و افزایش توانایی در دیدن مسائل از منظر دیگران، ذهن آگاهی می‌تواند به شکل‌گیری روابط اجتماعی مثبت‌تری منجر شود و در نتیجه همدلی شناختی را تقویت کند (۴۷).



اثربخشی درمان ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی-شناختی وجود دارد و ذهن آگاهی کودک محور در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری داشت ولی با کاهش میانگین نمرات گروه ذهن آگاهی کودک محور این تفاوت در مرحله پیگیری حذف و هر دو درمان در نهایت تأثیر مشابهی داشتند. بدین در ترتیب در مجموع ذهن آگاهی کودک محور بیشترین اثربخشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمترین اثربخشی را بر همدلی عاطفی- شناختی داشتند.

این یافته‌ها می‌تواند به دلیل تأکید درمان ذهن آگاهی بر توجه و حضور در لحظه و توسعه مهارت‌های تنظیم عواطف باشد، که در تحقیقات اخیر نشان داده شده است تجربیات عاطفی مثبت را تقویت می‌کند و به افزایش همدلی عاطفی کمک می‌کند (۳۳). به علاوه، مدل‌های مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری توضیح می‌دهند که ذهن آگاهی به کودکان کمک می‌کند تا از تفکرات منفی فاصله بگیرند و به آنها اجازه می‌دهد احساسات دیگران را بهتر درک کنند و این مساله در بهبود همدلی شناختی تأثیر دارد (۳۳). از سوی دیگر درمان پذیرش و تعهد به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش تجربیات درونی می‌پردازد و به فرد کمک می‌کند تا احساسات را شناسایی و مدیریت کند در نتیجه همدلی عاطفی را تقویت کرده و روابط بین فردی بهتری ایجاد کند (۴۱، ۳۵).

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا از واکنش‌های خودکار فاصله گرفته و احساسات و افکارشان را با دقت بیشتری تجربه کنند. این رویکرد، به افزایش خود آگاهی، درک و همدلی شناختی با دیگران کمک می‌کند و افراد را قادر

آموزش‌ها و استعاره‌های ارائه شده در طول جلسات درمانی ابزار مهمی برای بهبود هدفمندی در افکار و رفتارها و مدیریت بهتر هیجان‌ها بود و این بیان خلاقانه در درمان نه تنها به درک کودکان از آموزش‌ها کمک کرد بلکه باعث تسهیل شناسایی، درک و به اشتراک گذاشتن عواطف شد که یک جزء اصلی همدلی عاطفی است (۴۱).

چهارمین نتیجه پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی شناختی در مراحل پژوهش اثربخش بوده و پایداری اثر مداخله نیز در مرحله پیگیری حفظ شده است. نتایج این بخش با نتایج مطالعات پیشین همسوست. برای مثال شوانی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی و بخشایشگری زنان موثر است (۳۸). بهرامی نیز نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی زوجین موثر است (۴۱). محمدیان و همکاران نیز نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره موثر است (۴۸).

در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش احساسات و افکار به افراد کمک می‌کند تا از واکنش‌های اتوماتیک خود فاصله بگیرند و تجربه‌های خود را با دقت بیشتری مشاهده کنند و بواسطه این فرآیند، توانایی افراد در درک و همدلی با دیگران افزایش می‌یابد (۳۸). این رویکرد به مشارکت کنندگان کمک می‌کند تا از طریق خود آگاهی و پذیرش احساسات، به تجربه‌های عاطفی خود واکنش نشان دهند و در عین حال توجه خود را به تجربیات دیگران معطوف کنند (۳۸).

پنجمین نتیجه پژوهش نشان داد تفاوت معنی داری میان



محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهشگران از ابزارهای اندازه‌گیری چندوجهی و معتبر (ترکیبی از پرسشنامه، ارزیابی‌های معلم و والدین و همچنین مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته) برای ارزیابی همدلی عاطفی-شناختی استفاده کنند تا بتوانند جنبه‌های مختلف همدلی را مورد بررسی قرار دهند. با توجه به این یافته‌ها یک پیشنهاد عملی اجرای یک برنامه مداخله ترکیبی در مدارس است که شیوه‌های ذهن آگاهی را با عناصر درمان پذیرش و تعهد ادغام کند. این برنامه می‌تواند بر توسعه مهارت‌های تنظیم هیجانی در کنار تکنیک‌های ذهن آگاهی تمرکز کند، و بهبودهای فوری و بلندمدت را در توانایی‌های همدلی برای دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه با رفتارهای قلدری را تقویت کند. پیگیری‌ها و ارزیابی‌های منظم می‌تواند در برنامه گنجانده شود تا از پایداری و سازگاری مداخلات در طول زمان اطمینان حاصل شود.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله توضیح صادقانه اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت گردید. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.375 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه اصفهان واحد خوراسگان به تصویب رسیده است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه همدلی کودک و نوجوان بود.

سهم نویسندگان

فرزانه خداداد: اجرای مداخله، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نوشتن گزارش علمی، غلامرضا منشی: طراحی موضوع و نظارت بر

می‌سازد تا به تجربیات عاطفی خود و دیگران به نحو بهتری واکنش نشان دهند (۳۲، ۳۰).

با این حال در مرحله پیگیری با کاهش میانگین نمرات گروه ذهن آگاهی، این تفاوت از بین رفت و تأثیر هر دو درمان در یک سطح قرار گرفت. این امر می‌تواند بیانگر انطباق فرآیندهای شناختی و عاطفی در طول زمان باشد که با گذر از زمان، اثرات اولیه درمان ممکن است کاهش یابد و منجر به تثبیت مهارت‌های همدلی عاطفی و شناختی در هر دو رویکرد شده باشد. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله درمان ذهن آگاهی کودک محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود همدلی عاطفی و شناختی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه دارای قلدری تأثیرگذار بوده‌اند.

درمان ذهن آگاهی کودک محور در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد دارای اثربخشی بیشتری بود که می‌تواند به دلیل تمرکز این درمان بر توجه به لحظه حال و توسعه مهارت‌های تنظیم عواطف باشد. همچنین در حالی که اثرات مثبت درمان‌ها در مرحله پیگیری پایدار ماند، تفاوت‌های اولیه در اثر بخشی به مرور کاهش یافت و هر دو روش به سطح مشابهی از تأثیر رسیدند. بنابراین انتخاب هر کدام از روش‌ها و یا ترکیب هر دو می‌تواند بر اساس نظر روان‌شناس و مداخله‌گر باشد. یکی از محدودیت‌های مهم پژوهش به حجم محدود نمونه مربوط می‌شود که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود که تحقیقات بیشتری با نمونه‌های بزرگتر و متنوع‌تر انجام شود تا تأثیرات طولانی‌مدت و گسترده‌تر این مداخلات بهتر ارزیابی گردد.

استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار پژوهش نیز از مهم‌ترین

**تضاد منافع**

هیچ گونه تضاد منافی در این مقاله گزارش نشد.

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری رساندند

به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

اجرای پژوهش و گزارش علمی. هاجر ترکان: نظارت بر اجرا و

گزارش علمی. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده

و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

References

- 1-Fabregues S, Mumbardo-Adam C, Escalante-Barrios EL & et al. Mixed methods intervention studies in children and adolescents with emotional and behavioral disorders: A methodological review. *Research in Developmental Disabilities*. 2022;126:104239.
- 2-Offerman EC, Asselman MW, Bolling F & et al. Prevalence of adverse childhood experiences in students with emotional and behavioral disorders in special education schools from a multi-informant perspective. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(6):3411.
- 3-Zaccari V, Santonastaso O, Mandolesi L & et al. Clinical application of mindfulness-oriented meditation in children with ADHD: A preliminary study on sleep and behavioral problems. *Psychology & health*. 2022;37(5):563-79.
- 4-Heydari Farsani K, Ahmadi R, Sharifi T. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Play Therapy and Computer-based Working Memory Training on the Attention of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Farsan City. *Pajouhan Scientific Journal*. 2024;22(3):214-24.
- 5-Abootorabi Kashani P, Naderi F, Safar Zadeh S & et al. Comparison of the effect of dialectical behavior therapy and emotion regulation on distress tolerance and suicide ideation in symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in adolescents. *Psychological Achievements*. 2020;27(2):69-88.
- 6-Taylor LA, Climie EA, Yue MW-Y. The role of parental stress and knowledge of condition on incidences of bullying and ostracism among children with ADHD. *Children's Health Care*. 2020;49(1):20-39.



- 7-Mirshamsi Z, Behjat A, Saeedmanesh M & et al. The Effectiveness of Cognitive-behavioral training in anger control on Sympathy and Mental Health in Bullying Male Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2020;9(6):159-202.
- 8-Cuba Bustinza C, Adams RE, Claussen AH & et al. Factors associated with bullying victimization and bullying perpetration in children and adolescents with ADHD: 2016 to 2017 national survey of children's health. *Journal of attention disorders*. 2022;26(12):1535-48.
- 9-Bong SH, Kim KM, Seol KH & et al. Bullying perpetration and victimization in elementary school students diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Asian journal of psychiatry*. 2021;62:102729.
- 10-Rambaran JA, van Duijn MA, Dijkstra JK & et al. The relation between defending,(dis) liking, and the classroom bullying norm: A cross-sectional social network approach in late childhood. *International Journal of Behavioral Development*. 2022;46(5):420-31.
- 11-Maoz H, Gvirtz HZ, Sheffer M & et al. Theory of mind and empathy in children with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2019;23(11):1331-8.
- 12-Du K, Buchanan M, Hayhurst J & et al. Parent talk about the wellbeing of others in disciplinary situations relates to younger children's empathy. *New Zealand Journal of Psychology*. 2019;48(1).
- 13-Kimmig A-CS, Burger L, Schall M & et al. Impairment of affective and cognitive empathy in high functioning autism is mediated by alterations in emotional reactivity. *Scientific Reports*. 2024;14(1):21662.
- 14-Aiello S, Vagni D, Cerasa A & et al. Autistic Traits and Empathy in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Attention Deficit Hyperactivity Disorder/Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Neuroscience*. 2021;15:734177.
- 15-Özyurt G, Öztürk Y, Tufan AE & et al. Differential effects of disruptive mood dysregulation disorder comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder on social cognition and empathy. *Journal of attention disorders*. 2024;28(4):458-68.
- 16-Lasmono A, Ismail RI, Kaligis F & et al. Empathy quotient and systemizing quotient in elementary school children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(17):9231.



- 17-Takım U, Belli H, Gökçay H & et al. Examination of Changes in Levels of Empathy and Narcissistic Pathology After Treatment of Adult with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Alpha Psychiatry*. 2024;25(5):598.
- 18-Bapeirovan S. Investigating the effectiveness of filial therapy on increasing empathy and attention of primary school boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Mental Health in School*. 2024;2(1):21-30.
- 19-Garandeanu CF, Laninga-Wijnen L, Salmivalli C. Effects of the KiVa anti-bullying program on affective and cognitive empathy in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2022;51(4):515-29.
- 20-Giroux S, Guay M-C. Assessing the contribution of callous-unemotional traits and affective empathy to aggressive behaviour among teenagers hosted in a youth protection centre. *Psychology, Crime & Law*. 2022;28(5):511-22.
- 21-Geribavi H, Nosrati F, Fath abadi R. Impulse Control Training and its Effectiveness on Aggressive Behaviors of Students with Special Learning Disorders. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2020;9(6):129-38.
- 22-Cristofani C, Sesso G, Cristofani P & et al. The role of executive functions in the development of empathy and its association with externalizing behaviors in children with neurodevelopmental disorders and other psychiatric comorbidities. *Brain Sciences*. 2020;10(8):489.
- 23-Lee J, Cheung HS, Chee G & et al. The moderating roles of empathy and attachment on the association between latent class typologies of bullying involvement and depressive and anxiety symptoms in Singapore. *School mental health*. 2021;13(3):518-34.
- 24-Wang X, Qiao Y, Li W & et al. How is online disinhibition related to adolescents' cyberbullying perpetration? Empathy and gender as moderators. *The journal of early adolescence*. 2022;42(5):704-32.
- 25-Liu X, Xiao R, Tang W. The impact of school-based mindfulness intervention on bullying behaviors among teenagers: mediating effect of self-control. *Journal of interpersonal violence*. 2022;37(21-22):NP20459-NP81.
- 26-Hamidi M, Shariat S, Aghabozorgi S & et al. The effectiveness of child-based mindfulness program on impulsivity and aggression in children with externalizing disorders. *Quarterly journal of child mental health*. 2020;6(4):144-55.



- 27-Nemati S, badri r, Kazemi S. The Effect of Mindfulness Training on Forgiveness and Empathy Towards Others in Bully Students. *Journal of Applied Psychological Research*. 2025;(-):1-18.
- 28-Sadat Tabatabaei Z. The impact of optimistic mindfulness training on social skills and affective and cognitive empathy of gifted students with non-clinical depression. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*. 2021;3(4):41-52.
- 29-Jeong S, Aymerich-Franch L, Arias K & et al. Deploying a robotic positive psychology coach to improve college students' psychological well-being. *User Modeling and User-Adapted Interaction*. 2023;33(2):571-615.
- 30-Dehghani E, Manshaee G. Effectiveness of training child-oriented mindfulness on the self-esteem and empathy of preschool children. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2020;62(5.1):589-99.
- 31-Hoseini L, Manshaei G. Effectiveness of child-centered mindfulness therapy on 8-12 year-old children with depression symptoms. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2020;7(1):245-56.
- 32-Liberman T, Bidegain M, Berriel A & et al. Effects of a Virtual Mindful Self-Compassion Training on Mindfulness, Self-compassion, Empathy, Well-being, and Stress in Uruguayan Primary School Teachers During COVID-19 Times. *Mindfulness*. 2024:1-15.
- 33-He Y, Ge L, Yuan J & et al. Interoceptive awareness mediated the effects of a 15-minute diaphragmatic breathing on empathy for pain: A randomized controlled trial. *Psychophysiology*. 2024:e14573.
- 34-Rahmani F, Gowhari H, Jolfai Fotouhi M & et al. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Empathy and Interpersonal Relationships in Obsessive-Compulsive Patients. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*. 2024;6(1):94-105.
- 35-Chong YY, Chien WT, Mou H & et al. Acceptance and Commitment Therapy-based Lifestyle Counselling Program for people with early psychosis on physical activity: A pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*. 2025;275:1-13.
- 36-Petersen JM, Ona PZ, Twohig MP. A review of acceptance and commitment therapy for adolescents: developmental and contextual considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2024;31(1):72-89.
- 37-Fang S, Ding D. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020;15:225-34.



- 38-Showani E, Asadpour E, Zaharakar K & et al. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on women's emotional empathy and forgiveness. *Journal of Psychological Science*. 2023;22(122):229-48.
- 39-Mohammadi Farshi A, Shahnazari M, Bahrami Hidaji M & et al. The efficacy of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion emotional schemas and empathy in couples. *Journal of Psychological Science*. 2023;21(120):2449-67.
- 40-Golpayegani F, Bayat B, Majdiyan V & et al. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the quality of attachment and altruism of the children with externalized behavioral problems. *JOEC*. 2019;18(4):77-88.
- 41-Bahrami Hidaji M, Peyvandi P, Mohammadi Shirmahaleh F. The efficacy of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion emotional schemas and empathy in couples. *Journal of Psychological Science*. 2023;21(120):2449-67.
- 42-Debra Burdick L. *Mindfulness skills workbook for clinicians and clients: 111 tools, techniques, activities & worksheets*: PESI Publishing & Media; 2013.
- 43-Tayebi Naieni P, Mohammad-Khani S, Akbari M & et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility in children with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017;4(3):91-106.
- 44-Overgaauw S, Rieffe C, Broekhof E & et al. Assessing empathy across childhood and adolescence: Validation of the empathy questionnaire for children and adolescents (EmQue-CA). *Frontiers in psychology*. 2017;8:870.
- 45-Khosravi Larijani M, Mohammadpanah Ardakan A, Choobforoush-zadeh A & et al. Examining the validity and reliability of the persian version of the empathy questionnaire for children and adolescents. *Journal of Applied Psychological Research*. 2021;11(4):263-80.
- 46-Netten AP, Rieffe C, Theunissen SC & et al. Low empathy in deaf and hard of hearing (pre) adolescents compared to normal hearing controls. *PloS one*. 2015;10(4):e0124102.
- 47-Tement S, Ketiš ZK, Mirošević Š & et al. The impact of psychological interventions with elements of mindfulness (PIM) on empathy, well-being, and reduction of burnout in physicians: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(21):11181.



48-Mohammadian S, Asgari P, Makvandi B & et al. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, cognitive avoidance, and empathy of couples visiting counseling centers in Ahvaz City, Iran. *Journal of Research and Health*. 2021;11(6):393-402.