

Research Paper

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Stress in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Farhad Mohammadi Masiri^{*1}, Mahboobe Taher², Sara Moradi³, Mahshad Motaghedifard⁴

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

3. M.A. in Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran

4. Ph.D. in Educational Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran



Citation: Mohammadi Masiri F, Taher M, Moradi S, Motaghedifard M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(2): 312-321.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.2.26>

ARTICLE INFO

Keywords:

Acceptance and
commitment therapy,
stress,
anxiety,
attention deficit
hyperactivity disorder

Received: 28 Nov 2018

Accepted: 20 Jun 2020

Available: 21 Sep 2020

ABSTRACT

Background and Purpose: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common disorders among children, which is associated with symptoms such as hyperactivity, hyperarousal, distraction, and attention deficit. Parents of these children, especially their mothers, suffer from negative emotions such as anxiety and stress. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and stress in mothers of children with ADHD.

Method: This research was a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The study population included all the mothers of children with ADHD referring to the counseling centers of Isfahan in 2017. The sample included 30 mothers selected by convenience sampling based on inclusion and exclusion criteria. They were assigned to either the experimental or control group (15 per group). Both groups were assessed by Anxiety and Stress Scale- Short Form (Lovibond, 1995) at pretest and posttest stages. The experimental group received eight 90-min sessions of (ACT), while the control group received no intervention. Data were analyzed by ANCOVA.

Results: Results showed that the mean anxiety score ($F=22.13$, $P<0.01$) and the mean stress score ($F=18.17$, $P<0.01$) significantly decreased in the experimental group in comparison to the control group.

Conclusion: The results of the study indicated that ACT was effective in reducing the stress and anxiety in mothers of children with ADHD. This therapy taught mothers to get rid of annoying thoughts and to accept the events instead of getting away from them. Acceptance occurs in mothers when the emotions are in the field of consciousness and are experienced as they are, without an effort to change their frequency or shape.

* **Corresponding author:** Farhad Mohammadi Masiri, Assistant Professor, Department of Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran.

E-mail addresses: Neuropsychology@gmail.com

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و تنیدگی مادران داری کودک با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی

فرهاد محمدی مصیری^{۱*}، محبوبه طاهر^۲، سارا مرادی^۳، مهشاد معتقدی فرد^۴

۱. استادیار گروه روان شناسی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران

۲. استادیار گروه روان شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۳. کارشناس ارشد روان شناسی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران

۴. دکترای روان شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
تنیدگی،
اضطراب،
اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی

زمینه و هدف: نارسایی توجه / فزون کنشی یکی از شایع ترین اختلال ها در بین کودکان است که با نشانه هایی مانند فزون کنشی، بیش برانگیختگی، حواس پرتی، و نارسایی توجه همراه است. به دلیل مشکلاتی که این کودکان در خانواده ایجاد می کنند، والدین آنها به خصوص مادران از هیجان های منفی بسیاری مانند اضطراب و تنیدگی رنج می برند. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تنیدگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۶ بود که نمونه ای به حجم ۳۰ مادر بر اساس ملاک های ورود و خروج از پژوهش و با روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه جایدهی شدند (۱۵ مادر در هر گروه). هر دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب و تنیدگی (لوی باند، ۱۹۹۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند؛ این در حالی بود که گروه گواه هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکردند. داده های به دست آمده با آزمون تحلیل کواریانس مورد واریسی قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که پس از مداخله، میانگین نمرات اضطراب ($F=22/13$ ، $P<0/01$) و تنیدگی گروه آزمایش ($P<0/01$)، به طور معناداری کمتر از گروه گواه بود. ($F=18/17$)

نتیجه گیری: نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان دهنده سودمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنیدگی و اضطراب مادران دارای کودک با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی بود. این درمان به مادران آموزش داد تا بتوانند از افکار آزاردهنده رهایی یابند و به جای فاصله گرفتن، رویدادها را بپذیرند. پذیرش در مادران هنگامی رخ می دهد که هیجانات در حیطه آگاهی باشند و به همان صورت که هستند، تجربه شوند؛ بدون آنکه تلاشی برای تغییر فراوانی یا شکل آنها انجام شود.

دریافت شده: ۹۷/۰۹/۰۷

پذیرفته شده: ۹۹/۰۳/۳۱

منتشر شده: ۹۹/۰۶/۳۱

* نویسنده مسئول: فرهاد محمدی مصیری، استادیار گروه روان شناسی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران.

رایانامه: Neuropsychy.fa@gmail.com

تلفن: ۰۳۱-۵۵۵۴۰۰۵۵

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی^۱ یکی از شایع ترین اختلال های تحولی-عصب شناختی تشخیص داده شده در دوران کودکی و متداول ترین اختلال روانی مزمن تشخیص داده نشده در بزرگسالان است. نشانه های این اختلال شامل نارسایی توجه، فزون کنشی، و برانگیختگی^۲ است که با سطح تحولی فرد، نامتناسب است. این اختلال همبندی بالایی با شرایطی دیگر مانند کم توانی ذهنی، اختلال های تحولی، اختلال های طیف اوتیسم، و اختلال های یادگیری دارد (۱). اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی به عنوان الگوی تکراری فزون کنشی، تکانش گری، و بی توجهی توصیف شده که غالباً شروع آن قبل از دوازده سالگی بوده و شدیدتر از آن است که قابل استناد به تحول طبیعی باشد. بر اساس برآوردهای انجام شده، این اختلال در ایالات متحده ۳/۵ تا ۵ درصد کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد. در واقع طبق نتایج مرکز مهار بیماری ها^۳ در ایالات متحده، تقریباً ۴ میلیون نفر از کودکان ۴ تا ۱۷ ساله، تشخیص این اختلال را دریافت کرده اند (۲). شفاعت، تیرگری، دانش پور، حاجیان و خادمی در پژوهشی میزان شیوع این اختلال را ۲/۱۴ درصد گزارش کردند (۳).

زندگی با فرزند مبتلا به نارسایی توجه/ فزون کنشی برای مادران که بیشتر از سایر افراد با فرزندان خود سروکار دارند، منبع تنیدگی^۴ است و بر سلامت روانی و سازش یافتگی آنها تأثیر می گذارد (۴). برخی پژوهشگران ادعا کردند که در تعامل های والد-کودک، تأثیر منفی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بر والدین بیشتر است تا تأثیر والدین بر آنها؛ زیرا این اختلال که اغلب با پرخاشگری، قانون شکنی، نافرمانی، و تضادورزی همراه است، می تواند منعکس کننده شکست والدین در به کارگیری یک سبک والدگری^۵ مناسب به منظور مهار رفتار فرزندانشان باشد (۵-۷). مطابق گزارش والدین، دامنه زیادی از فعالیت های روزانه و اغلب روابط شان در طی روز تحت تأثیر رفتارهای این کودکان قرار می گیرد (۸).

اهمیت انتخاب مادر در این پژوهش آن است که برخی پژوهشگران معتقدند که غالباً مادران، نقش مراقبت گری فزاینده ای در مقابل نیازهای

جسمانی، عاطفی، و اجتماعی کودکان را به دوش می کشند و خود را درباره رفتارهای نامناسب کودک، مقصر می دانند؛ بنابراین با ادامه رفتارهای نامناسب کودکان، مادران این فرزندان دچار اضطراب می شوند (۹). مادران دارای فرزندان با اختلالات مختلف، سطح بالایی از اضطراب و مشکلات هیجانی را تجربه کرده و با کاستی در ایفای نقش والدینی (مانند نبود یک رابطه حمایتی و مثبت)، در پرورش کودکان با دشواری هایی روبه رو می شوند که افزایش نابسامانی های رفتاری در کودکان را به دنبال خواهد داشت (۱۰). با توجه به اهمیت سلامت روانی والدین، به تازگی گرایش زیادی به سمت درمان هایی با محوریت والدین ایجاد شده است. با در نظر گرفتن شواهد بالا، اقدام های مداخله گرایانه و برنامه های حمایتی به منظور ارتقاء بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی به ویژه مادران، بیش از پیش ضرورت می یابد؛ در این راستا برنامه درمانی آموزش والدین به عنوان یکی از رایج ترین و مؤثرترین شیوه های درمانگری است که اثربخشی آن بر جنبه های مختلف رفتار کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و والدین شان تأیید شده است (۱۱-۱۳).

یکی از مداخلات مورد توجه روان شناسان در سال های اخیر، استفاده از روش درمانی پذیرش و تعهد^۶ است و برای درمان در فعالیت بالینی و غیردرمانی استفاده می شود (۱۴). این شیوه یکی از درمان های نسل سوم رفتاردرمانی است و در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی، تأکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربه رویدادهای درونی دارد (۱۵). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انجام اقدام مؤثری است که به وسیله عمیق ترین ارزش های ما هدایت می شود؛ در حالی که ما کاملاً آماده و متعهد هستیم (۱۴).

در شیوه پذیرش و تعهد به درمانجویان یاد داده می شود چگونه عقیده سرکوب کردن پریشانی ها را ترک کنند، چگونه خود را از افکار مزاحم بگسلند، و احتمالاً چگونه هیجانات ناخوشایند شان را بیشتر تحمل کنند (۱۵). هدف نهایی این روی آورد، تغییر این افکار و احساسات رنج آور از شکل قدیمی (یعنی نشانه های آسیب زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند) به شکل جدیدتر (یعنی تجارب انسانی طبیعی که

4. Stress
5. Parenting
6. Acceptance and commitment therapy (ACT)

1. Attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD)
2. Impulsivity
3. Center for disease control and prevention

کنند؛ که این موضوع در نهایت به افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، تنظیم هیجانی، و راهکارهای کنار آمدن بهتری می انجامد و نافرمانی فرزندان را کاهش می دهد (۲۳-۲۴).

به طور خلاصه بر اساس مطالعات ذکر شده می توان نتیجه گرفت که اضطراب و تنیدگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی به شکل های مختلف بر درمان کودک تأثیر منفی دارد و موجب استفاده کمتر والدین از برنامه های درمانی می شود. پس لزوم انجام پژوهش هایی در جهت کمک به این گروه از کودکان و در کنار آن کمک به خانواده ها در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش توانمندی آنها در مقابله با مشکلات فردی و خانوادگی ناشی از وجود کودک مبتلا به نارسایی توجه / فزون کنشی در خانواده، ضروری به نظر می رسد. گرچه مطالعات زیادی درباره سبب شناسی و درمان نارسایی توجه / فزون کنشی انجام شده، ولی پژوهش های محدودی در زمینه مهار و درمان پیامدهای خانوادگی حضور کودکی با این اختلال به خصوص در تعامل با مادر انجام شده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب و تنیدگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه / فزون کنشی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود که ۳۰ نفر از آنها به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایدهی شدند. ملاک های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: زندگی کردن کودک با هر دو والد، برخورداری از بهره هوشی بهنجار، عدم داشتن مشکلات حاد روان پزشکی (که بر اساس مصاحبه مختصر توسط پژوهشگر با مراجعان، بررسی شد)، عدم مصرف دارو توسط کودک، عدم ابتلای کودک به اختلال های روانی همبود، و دامنه سنی ۶ تا ۹ سال برای کودکان و ۳۰ تا ۴۰ سال برای مادر. ملاک های خروج افراد از نمونه عبارت بودند

بخش هایی از یک زندگی غنی و معنادارند است (۱۶). در این شیوه، از فرایندهای توجه، آگاهی، پذیرش، تعهد، و تغییر رفتار استفاده می شود تا انعطاف پذیری روان شناختی حاصل شود (۱۷).

کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه های بسیاری نشان داده شده است. اثربخشی این درمان در کودکان با اختلال های عصبی - تحولی^۱ در پژوهش های مختلف (۲۰-۱۸) تأیید شده است. همچنین سودمندی این درمان در اختلال های افسردگی و اضطراب والدین و بهبود انعطاف پذیری خانواده (۲۱-۲۴) نیز مورد بررسی و تأیید شده است. سعیدی فرد (۲۵) در پژوهشی بر روی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص به این نتیجه رسید که در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، هدف ما تغییر نشانه ها و علامت ها نبود، که هدف تغییر رابطه والدین با افکار و احساسات شان بود؛ به طوری که دیگر آنها را نشانه نبینند. در واقع ما به جای اینکه صرفاً بر کاهش نشانه ها تأکید کنیم، زمینه ای را تغییر داده ایم که این نشانه های تنیدگی و نشانه های اضطراب، در آن رخ می دهد و سپس به مراجع کمک کردیم به گونه ای عمل کند که با ارزش هایش منطبق تر باشد.

گرچه پژوهش های بسیاری درباره کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی انجام شده است، اما بررسی روش های مؤثر در رفع مشکلات خانواده های این کودکان، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به اعتقاد نداف (۲۶) مشکلات روانی کودک با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، کیفیت زندگی مادران و سلامت و آرامش آنها و به تبع سلامت و آرامش جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد. این گونه به نظر می رسد که مداخله حاضر با تأثیر روی ارزش های مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی (مانند مادر خوب بودن، کنار آمدن با فرزند دارای اختلال و...) بتواند به بهبود علائم اضطراب و تنیدگی و سایر مؤلفه های روان شناختی مادران کمک کند. به عبارت دیگر، آگاه بودن از لحظه حاضر بدون استفاده از لنگر قضاوت و تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و بحث های گسترده پیرامون ارزش ها و اهداف فرد، به مادران کمک می کند با تأکید بر تمایلات بتوانند تا افکار آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و با مسئله نارسایی توجه / فزون کنشی در فرزندان شان ارتباط بهتری برقرار

از: غیبت بیش از سه جلسه در گروه آزمایش و عدم رضایت کتبی. لازم به ذکر است که تشخیص اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی توسط مشاهده و مصاحبه بالینی توسط متخصصان روان شناس و روان پز شک مراکز بالینی انجام شد.

ب) ابزار

۱. پرسش نامه جمعیت شناختی: با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته، ویژگی های جمعیت شناختی مادر شامل سن، جنس، و میزان تحصیلات؛ و ویژگی های کودک مانند دامنه سنی، دامنه هوشی، و تمامی ملاک های ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفت.

۲. مقیاس افسردگی، اضطراب، و تنیدگی^۱: در این پژوهش برای سنجش تنیدگی و اضطراب مادران از نسخه کوتاه پرسشنامه افسردگی، اضطراب، و تنیدگی لوی باند و لوی باند استفاده شده (۲۷) که دارای ۲۱ گویه است. در این مقیاس هر یک از سازه های افسردگی، اضطراب، و تنیدگی با هفت گویه متفاوت مورد ارزیابی قرار می گیرد که در این پژوهش فقط از گویه های مرتبط به سنجش اضطراب و تنیدگی استفاده شده است. شیوه پاسخ دهی به پرسش ها به صورت چهار گزینه ای است که به صورت خود سنجی تکمیل می شود. شیوه نمره گذاری گویه های این پرسش نامه از هیچ وقت (۰) تا همیشه (۳) متغیر است و دامنه نمرات

۰ تا ۶۳ است که نمره کمتر به معنای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی کمتر است و برعکس. لوی باند و لوی باند (۲۷) همسانی درونی این ابزار را با استفاده از یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری برای زیرمقیاس افسردگی ۰/۸۱، زیرمقیاس اضطراب ۰/۷۳، و زیرمقیاس تنیدگی ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۷). کرافورد و هنری (۲۸) در نمونه ۱۷۷۱ نفری، اعتبار (همسانی درونی) این ابزار را با شیوه آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد افسردگی، اضطراب، تنیدگی، و نمره کل به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۷ به دست آوردند. صاحبی، اصغری و سالاری (۲۹) نیز برای تعیین روایی همگرا، همبستگی های بین زیر مقیاس افسردگی این ابزار را با مقیاس افسردگی بک^۲ ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب را با مقیاس اضطراب زانگ^۳ ۰/۶۷ و زیر مقیاس تنیدگی را با مقیاس تنیدگی ادراک شده کوهن^۴ ۰/۴۹ گزارش کردند.

ج) برنامه مداخله ای: محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد که در این مطالعه اجرا شده است بر اساس روش هیز، لوما، والسر، باند، ما سودا و لیلیس (۱۷) و کتاب ایزدی و عابدی (۳۰) بوده است. این پروتکل درمانی برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد که رئوس مطالب جلسات درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
ایکم	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین گروه، خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر؛ شرح دلایل شرکت در این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قلبی و بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه الزامی است. از جمله: رعایت زمان، عدم غیبت (وقت شناسی) و انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف تمرکز و فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی درباره تعهد و پذیرش و نتایج آن، مقدمه ای بر درماندگی خلاق و استفاده از استعاره و دادن تکلیف
دوم	سنجش عملکرد، مرور واکنش ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، ادامه درماندگی خلاق، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
سوم	سنجش عملکرد، مرور واکنش ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، کنترل کردن امور به عنوان مسئله، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
چهارم	سنجش عملکرد، مرور واکنش ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، معرفی احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل/ پذیرش و تمایل جایگزینی برای کنترل و تعهد رفتاری، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
پنجم	سنجش عملکرد، مرور واکنش ها به جلسه قبل، مرور تکالیف تمایل و ناراحتی پاک و ناپاک و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه، استفاده از استعاره و ارائه تکلیف
ششم	سنجش عملکرد، مرور واکنش ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، گسلش و تمرین تعهد رفتاری، استفاده از استعاره و دادن تکالیف
هفتم	سنجش عملکرد، مرور واکنش ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، معرفی ارزش ها، دادن ارزش ها، افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری، استفاده از استعاره و ارائه تکلیف
هشتم	سنجش عملکرد، مرور واکنش ها به جلسه قبل، بررسی تکلیف ها، بحث و نتیجه گیری و پس آزمون (پرسشنامه اضطراب)

گذرانده بودند، اجرا شده است. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، و تحلیل کواریانس استفاده شد. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه SPSS-20 انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول نتایج این آزمون برای تمامی متغیرها معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

(د) روش اجرا: جهت اجرای پژوهش ابتدا با مسئول فنی کلینیک روان پزشکی اطفال در شهر اصفهان هماهنگی‌های لازم انجام شد و پیش از برگزاری جلسات آموزشی، جلسه‌ای توجیهی برای مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی برگزار شد و در این جلسه توضیحاتی درباره روند و چگونگی اجرای برنامه مداخله‌ای، توجه به حفظ امانت و رازداری به مادران ارائه شده و در عین حال که رضایت لازم جهت مشارکت در جلسات درمانی اخذ شد، به آنها گفته شد که در صورت عدم تمایل جهت حضور در برنامه مداخله‌ای، هر زمان که تمایل داشتند، می‌توانند از برنامه خارج شوند. در مرحله بعد پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایدهی آنها در دو گروه آزمایش و گواه، برای آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت هفته‌ای یک جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط یکی از پژوهشگران با مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی که دوره‌های آموزشی لازم را

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۳۰)

متغیر	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	آزمون شاپیرو-ویلکز	معناداری
تندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲/۱۳	۳/۹۱	۱۵	۰/۹۵	۰/۱۶
		پس‌آزمون	۱۰/۲۷	۲/۶۳	۱۵	۰/۹۳	۰/۰۷
	گواه	پیش‌آزمون	۱۳/۴۷	۳/۶۸	۱۵	۰/۹۲	۰/۲۱
		پس‌آزمون	۱۳/۴۷	۳/۹۸	۱۵	۰/۹۴	۰/۱۴
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲/۷۳	۳/۳۱	۱۵	۰/۹۶	۰/۳۷
		پس‌آزمون	۱۰/۰۷	۲/۱۳	۱۵	۰/۹۵	۰/۴۴
	گواه	پیش‌آزمون	۱۳/۸۷	۳/۸۳	۱۵	۰/۹۴	۰/۲۷
		پس‌آزمون	۱۳/۶۷	۳/۱۳	۱۵	۰/۹۳	۰/۰۹

گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F=۱/۸۲$ و $P=۰/۰۹$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین تندگی و اضطراب نشان داد که رابطه بین این متغیرها معنادار است ($P<۰/۰۵$ و $X^2=۱۶/۵۲$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در متغیرهای تندگی و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$ ، $F_{۲,۲۶}=۱۲,۱۶$ ، $Wilks' Lambda=۰,۵۱$). در جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر

برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و تندگی مادران داری کودک با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=۲/۴۳$ و $P=۰/۰۸$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس تندگی ($F=۴/۷۶$ و $P=۰/۰۶$) و اضطراب ($F=۲/۸۲$ و $P=۰/۰۵$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین

کاهش تنیدگی و اضطراب مادران کودک دارای نارسایی توجه / فزون کنشی بر حسب گروه گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تنیدگی و اضطراب مادران کودک دارای نارسایی توجه / فزون کنشی بر حسب گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدور انا	توان آزمون
تنیدگی	مدل اصلاح شده	۱۱۶۱/۱۵۲	۲	۵۸۰/۵۷۶	۳۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
	پیش آزمون	۷۸۶/۸۷۵	۱	۷۸۶/۸۷۵	۲۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گروه	۳۴۵/۵۶	۱	۳۴۵/۵۶	۱۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۸۳
	خطا	۱۴۶/۱۴۳	۲۷	۵/۴۱				
اضطراب	مدل اصلاح شده	۱۲۳۲/۱۲۳	۲	۶۱۶/۰۶۱	۴۳/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱/۰۰
	پیش آزمون	۶۸۷/۸۷۵	۱	۶۸۷/۸۷۵	۳۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
	گروه	۳۹۸/۳۴۵	۱	۳۹۸/۳۴۵	۲۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۸۸
	خطا	۱۹۸/۱۹۷	۲۷	۷/۳۴				

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، تفاوت در تنیدگی و اضطراب معنادار است. همچنین ضریب اتا نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۱ درصد از تغییرات تنیدگی و ۲۹ درصد از تغییرات اضطراب را تبیین می کند. توان آماری تنیدگی معادل ۰/۸۳ و اضطراب ۰/۸۸ نشان دهنده حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه گیری است؛ بدین ترتیب باید گفته شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تنیدگی و اضطراب تأثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تنیدگی و اضطراب مادران کودک دارای نارسایی توجه / فزون کنشی انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تنیدگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش های عزیزی، قاسمی، قربانی، شجاعی و محمدی (۱۸)، نواب، دهقانی و صالحی (۱۹)، فلو جاس-کانتراس و گومز (۲۰) و قرشی، محب و عبدی (۲۱) همسو است. در پژوهش های ذکر شده درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به کاهش تنیدگی و اضطراب مادران دارای کودک با اختلال منجر شده که تأکیدی بر موثر بودن این درمان دارد.

بر اساس دیدگاه هیز و همکاران (۱۷) روی آورد تعهد و پذیرش به درمانجویان می آموزد چگونه عقیده سرکوب کردن پریشانی ها را ترک کنند، چگونه خود را از افکار مزاحم دور کنند، و هیجانات ناخوشایندشان را تا حد بیتشری تحمل کنند. در این شیوه، از فرایندهای توجه، آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار استفاده می شود تا مشکلات روان شناختی از جمله اضطراب کاهش یابد. نتیجه به دست آمده در این پژوهش را می توان بر اساس دیدگاه هیز و همکاران (۱۷) و مطالعات فلو جاس-کانتراس و گومز (۲۰) و قرشی، محب و عبدی (۲۱) و نیز این گونه تبیین کرد که این درمان با ارایه تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها، باعث درک بیشتر و ایستادگی در برابر کشاکش های زندگی می شود. در نتیجه این درمان می تواند تنیدگی مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی را کاهش دهد. بر اساس نتایج یک مطالعه (۱۸) این مادران در مواجهه با رویدادهای تنش آور به دلیل پذیرش بدون قضاوت، آنها را به درستی ارزیابی می کنند و علاوه بر آن با تعهدی که دادند در مسیر صحیح گام برمی دارند که این مسیر صحیح شامل اقدامات رفتاری مناسب در مواجهه با رویدادهای تنش آور است؛ به عبارت دیگر در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می شود (۱۸).

وندراورد، بوگلز و پیچنبرگ (۱۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، موجب ایجاد بینشی مثبت تر به شرایط در مادران شده و از سویی دیگر آنان را به مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد مجهز کرده است و در نتیجه احتمال پذیرش کودک مبتلا به یک اختلال خاص را در این مادران بالاتر برده است. با توجه به تأکید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزش ها، عمل به تعهدات، پذیرش کودک و توجه به برقراری ارتباط در لحظه جاری، بدیهی است که مداخله حاضر به افزایش تحمل پریشانی ناشی از داشتن کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی کمک کرده است. در مطالعه ای مشابه با این پژوهش، نداف (۲۶) نتیجه گرفتند که که آگاه بودن از لحظه حاضر بدون استفاده از لنز قضاوت و تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و بحث های گسترده درباره ارزش ها و اهداف فرد، به مادران کمک می کند با تأکید بر تمایلات بتوانند تا افکار آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و با مسئله نارسایی توجه/فزون کنشی در فرزندان شان، ارتباط بهتری برقرار کنند.

بلک لیدج و هیز (۲۴) اظهار داشت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به مادران مضطرب آموزش می دهد که چگونه از افکار آزار دهنده رهایی یابند و رویدادها را به جای مهار کردن، بپذیرند نه اینکه از آن فاصله بگیرند. سعیدی فرد (۲۵) در پژوهشی بیان کردند که پذیرش در مادران، هنگامی رخ می دهد که هیجانات در حیطه آگاهی باشند و به همان صورت که هستند، تجربه شوند؛ بدون آنکه تلاشی برای تغییر فراوانی یا شکل آنها صورت گیرد. هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر نشانه ها و علامت ها نیست، بلکه هدف از این شیوه درمانی، تغییر رابطه والدین با افکار و احساسات شان است. در روی آورد مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر تلاش نمی کند که نشانه های مرضی را کاهش دهد، ولی در عوض شرایط و زمینه ها را تغییر می دهد و در واقع به انطباق و سازش یافتگی مراجع با شرایط خود و ارزش های زندگی، کمک می شود. بدین ترتیب این گونه به نظر می رسد که مداخله حاضر با تأثیر بر

ارزش های مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی مانند مادر خوب بودن، علائم اضطراب و تنیدگی را رد آنها کاهش داده است. یافته های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت های آن تفسیر و تعمیم داده شود. نخست آنکه، نمونه پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده است. محدودیت دوم این بود که به لحاظ محدودیت های اجرایی، امکان پیگیری نتایج به دست آمده در این پژوهش وجود نداشته است. نتیجه اینکه اجرا و تکرار این مطالعه با گروه های سنی و اختلالات مختلف می تواند به تعمیم دهی و دقت نتایج به دست آمده، بیفزاید. برای مثال علاوه بر متغیر اضطراب و تنیدگی در پژوهش های دیگر متغیرهای دیگری مانند خشم، وسواس، پر خاشگیری، و نظایر آن در والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر که نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش اضطراب و تنیدگی مادران دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی مؤثر بوده است؛ پیشنهاد می شود به منظور درمان هر چه بهتر این اختلال و استفاده از کمک های خانواده، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران به عنوان عنصر لازم فرایند درمانی کودک مبتلا قرار گرفته و در اولویت های درمانی مشاوران و متخصصان مجرب قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود آموزش های والدگری در قالب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه تکنیک هایی جهت مقابله با اضطراب و تنیدگی به صورت بروشور و سی دی در اختیار مادران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی با کد ۱۱۶۲۰۷۰۵۹۵۲۰۳۸ است. بدین وسیله نویسندگان این مقاله از تمامی والدین شرکت کننده و دیگر افرادی که شرایط اجرای این مطالعه را فراهم کردند به خاطر همکاری دوستانه و همه جانبه، تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافع را به دنبال نداشته است.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013. pp: 59-66. [Link]
2. Center for Disease Control and Prevention. Mental health in the United States: prevalence of diagnosis and medication treatment for attention- deficit/ hyperactivity disorder. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2005; 54: 842-847. [Link]
3. Shafaat A, Tirgari-Seraj A, Daneshpoor S M M, Hajian M, Khademloo M. Prevalence of Attention Deficit Hyper Activity Disorder in High-School Students of Sari, Iran. J Mazandaran Univ Med Sci. 2013; 23 (104):12-18. [Persian]. [Link]
4. Galloway H, Newman E, Miller N, Yuill C. Does Parent Stress predict the Quality of Life of Children with a Diagnosis of ADHD? A Comparison of Parent and Child Perspectives. J Atten Disord. 2016; 23(5): 1-16. [Link]
5. Robin A L. Family intervention for home-based problems of adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder. Adolesc Med State Art Rev. 2008; 19 (2): 268-277. [Link]
6. Bhide S, Sciberras E, Anderson Vicki, Hazell P, Nicholson J M. Association between parenting style and socio-emotional and academic functioning in children with and without ADHD: A community-based study. J Atten Disord. 2019; 23(5): 1-12. [Link]
7. Fischer M. Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. J Clin Child Psychol. 1990; 19: 337- 346. [Link]
8. Coghill D, Soutullo C, Aubuisson C, Preuss U, Lindback T, Silverberg M, et al. Impact of attentiondeficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008; 2(1): 2-31. [Link]
9. Neophytou K, Webbe R. Attention deficit hyperactivity disorder: The family and social context. Australian Social Work. 2005; 58(3): 313-325. [Link]
10. Moreira H, Canavarro M C. The Association between Self-Critical Rumination and Parenting Stress: The Mediating Role of Mindful Parenting. Journal of Child and Family Studies. 2018; 1-11. [Link]
11. Jensen P, Arnold L, Richters J. 14_ month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56: 1073- 1086. [Link]
12. Malin A, Lappalainen R, Muotka J, Hiltunen A. Cognitive behavioral therapy and mindfulness for stress and burnout: a waiting list controlled pilot study comparing treatments for parents of children with chronic conditions. Scand J Caring Sci. 2018; 32 (1): 389-396. [Link]
13. Vanderord S, Bögels S M, Peijnenburg D. The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. J Child Fam Stud. 2012; 21(1): 139-147. [Link]
14. Ahmadi A, Raeisi Z. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Mothers of Children with Autism.2018; 5 (3): 69-79. [Persian]. [Link]
15. Mohammadi A, Zargar F, Omid A, Mehrabi A, Akbari M, Baghooli H, et et al. An introduction the third generation of cognitive-behavioral therapies. Tehran: Arjmand; 2015. [Link]
16. Azadeh SM, Kazemi-Zahrani H, Besharat MA. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Problems and Psychological Flexibility in Female High School Students with Social Anxiety Disorder. Glob J Health Sci. 2015; 8(3): 131-138. [Link]
17. Hayes SC, Luoma JB, Walser RD, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006; 44: 1- 25. [Link]
18. Azizi A, Ghasemi S, Ghorbani A, Shojai F, Mohammadi F. Comparison the Effectiveness of Functional Family Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Family Empowerment and Quality of Life in Families with Attention Deficit /Hyperactivity Disorder Children. Psychologu of Exceptional Individuals. 2017; 7(26): 177-210. [Persian]. [Link]
19. Navab M, Dehghani A, Salehi M. The effectiveness of compassion- focused group therapy on quality of life and change in the goals and priorities of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 5(1): 127-137. [Link]
20. Flujas-Contreras J.M, Gómez I. Improving flexible parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A case study. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018; 8: 29-35. [Link]
21. Gharashi K, Moheb N, Abdi R. Effects of acceptance and commitment therapy on decreasing anxiety and depression symptoms in mothers of hearing-impaired or deaf children. Aud Vestib Res. 2019; 28 (2): 116-123. [Link]

22. Gharashi K, Moheb N, Abdi R. The effects of the acceptance and commitment therapy on the experiential avoidance and intolerance of uncertainty of mothers with hearing-impaired children. *Aud Vestib Res.* 2019; 28(4):256-264. [\[Link\]](#)
23. Salimi M, Mahdavi A, Yeghaneh SH. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Cognitive Regulation Strategies in Mothers of Children with Autism Spectrum. *MAEDICA – a Journal of Clinical Medicine.* 2019; 14(3): 240-246. [\[Link\]](#)
24. Blackledge JT, Hayes SC. Using Acceptance and Commitment Training in the Support of Parents of Children Diagnosed with Autism. *Child & Family Behavior Therapy.* 2006; 26(1): 1-18. [\[Link\]](#)
25. SaeediFard T. Effectiveness of acceptance and commitment approach on resilience and anxiety in mothers of children with learning disorders. (MA Dissertation). Tarbiat Moallem University, Human sciences Faculty; 2014. [\[Link\]](#)
26. Nedaf A. The effectiveness of acceptance-based therapy and commitment for mothers on the parent-child relationship of children with ADHD. 4th International Conference on Behavioral Sciences and Social Studies, Frankfurt, Germany, 2016. [Persian]. [\[Link\]](#)
27. Lovibond S H, Lovibond P F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc; 1995. [\[Link\]](#)
28. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin.* 2003 42 (2): 11-31. [\[Link\]](#)
29. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Journal of Iranian Psychologists.* 2005; 1(4): 36-54. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Izadi R, Abedi M. Acceptance and commitment therapy. Third edition. Tehran: Jangal, 2014; P: 160. [Persian]. [\[Link\]](#)