

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

مهدی زمستانی<sup>۱</sup>، زلیخا قلی‌زاده<sup>۲</sup>، مریم علایی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۸/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۲۵

### چکیده

وجود فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در خانواده‌ها می‌تواند منجر به افسردگی و اضطراب مادران، احساس ناتوانی در ایفای نقش والدینی و احساس عدم کفایت در امر تربیت فرزند شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. در پژوهش حاضر که با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود، گروه نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس و از مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر سنندج انتخاب شدند. از بین این گروه تعداد ۳۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. در مرحله پیش‌آزمون از پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک و پرسشنامه کانرز والدین استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طی ۸ جلسه ۲ ساعته قرار گرفت و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در مرحله پس‌آزمون، پرسشنامه‌های فوق‌رویی هر دو گروه مجدداً اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون نمرات افسردگی و اضطراب کاهش معناداری داشته است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر بوده است. نتایج بر

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. Email: m.zemestan@gmail.com

m.zemestani@uok.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)

z.gholizadeh92@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

اهمیت کاربرد این مداخله بر علائم افسردگی و اضطراب در مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی این مادران و فرزندان آنها تأکید دارد.

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، اضطراب، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

### مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-تحوالی<sup>۱</sup> دوره‌ی کودکی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و حدود ۵۰ درصد از مراجعان به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودک را تشکیل می‌دهند. بر همین اساس در تاریخچه‌ی روان‌شناسی بالینی هیچ اختلالی به اندازه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بحث‌انگیز نبوده است (اوهان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بچه‌هایی پر حرف، لجباز و خودسر بوده، با پدر و مادر همراه نشده و از آن‌ها اطاعت نمی‌کنند. از دیگران توقع کمک دارند و نمی‌توانند به گونه‌ای مستقل به بازی و فعالیت پردازند (کاسادا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). اکثر این کودکان از لحاظ عاطفی بی‌ثبات هستند؛ به این معنی که به‌طور ناگهانی خلق‌شان تغییر می‌کند و والدین اظهار می‌دارند که کودکانشان چگونه به سرعت از خوب به بد و مجدداً به خوب تغییر خلق می‌دهند. بنابراین کودکانی که مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند، علاوه بر داشتن مشکلات رفتاری، بسیار حساس هستند و به آسانی آشفته می‌شوند. در بسیاری از خانواده‌ها این نکته باعث ایجاد سطحی از تنش می‌شود؛ زیرا اعضای خانواده همواره گوش به زنگ هستند، چون کودک در هر لحظه ممکن است یک انفجار عاطفی نشان دهد. در نتیجه این اختلال نه تنها بر فرد، بلکه بر نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده نیز تاثیر می‌گذارد (شیر و جانسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲؛ ماش و جانستون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱).

هرچند سبب‌شناسی این اختلال بر پایه‌ی عوامل زیستی-عصبی قرار گرفته، این کودکان دارای نارسایی‌های شناختی هستند و نارسایی در کارکردهای شناختی منجر به بروز

- 
1. neuro-developmental disorder
  2. American Psychiatric Association (APA)
  3. Ohan
  4. Quesada
  5. Sheeber & Johnson
  6. Mash & Johnston

نشانه‌های اختلال می‌شود (غریبی، قلی‌زاده و حکمتی، ۱۳۹۴). نظام خانواده باید برای حفظ ثبات و تعادل، خود را با فرد دارای نشانه‌های اختلال تطبیق دهد. مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به دلیل اینکه با چالش‌های فرزندپروری بیشتری روبرو هستند، استرسی فراتر از مادران کودکان سالم دارند (شهیم، مهرانگیز و یوسفی، ۱۳۸۶). شیوع افسردگی اساسی و خفیف در بیماران بدون فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ۴-۶ درصد و ۱۴-۶ درصد است، درحالی‌که شیوع آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، ۱۷/۹ درصد برای افسردگی اساسی و ۲۰/۵ برای افسردگی خفیف است (مک‌کورمیک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵: به نقل از شفاعت و نیرگری، ۱۳۹۰؛ والن، سیلوستر و لوبی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). افراد دچار افسردگی علائمی چون اختلال در خواب، کاهش انرژی و احساس خستگی، از دست دادن علاقه و احساس لذت، احساس بی‌ارزشی و احساس گناه و کاهش توانایی تفکر و تمرکز را دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). احساس گناه و تقصیر از طرف مادران یکی از تجربه‌های زندگی مادران است که هم در گزارش‌های آن‌ها آمده و هم در مشاهده حالات مادران توسط پژوهشگران به‌وضوح به چشم می‌خورد و چون نگران تداوم مشکل کودک و طولانی بودن زمان درمان هستند، اکثر آن‌ها احساس ناامیدی در مورد درمان و آینده‌ی روانی کودکان دارند و علائم و نشانه‌هایی از تجربه افسردگی در این مادران دیده می‌شود (غریبی و قلی‌زاده، ۲۰۱۱). وجوه رفتاری متعدد اختلال پایداری چون نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی و احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند در خانواده‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی منجر شود (ذوقی پایدار و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین خشم و عصبانیت به خاطر تعارضات بین مادر و کودک و نیز عملکردهای ضعیف اجتماعی و تحصیلی کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و نارضایتی مادر از او، خشم مادر را برمی‌انگیزد (ماش و جانستون، ۲۰۰۱).

برای درمان مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب همبود، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی گوناگونی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع

1. Mac ckormik
2. Whalen, Sylvester, & Luby

شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان‌تحلیلی، بر پایه‌ی دیدگاه‌های شرطی‌سازی کلاسیک و شرطی‌سازی عامل در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمان‌ها تحت عنوان درمان رفتاری-شناختی تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید اصلی بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد و تداوم اختلال‌های روانی بود و اینکه در روان‌درمانی باید با تکنیک‌های مختلف در سیستم شناختی تغییر یا تعدیل ایجاد شود و یا آن‌ها را به کلی حذف کرد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.<sup>۱</sup> در این درمان‌ها به جای تغییر محتوای شناختی بر فرایند شناختی توجه می‌شود و سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ رومر و اورسیلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۱۵؛ زمستانی و اوتاویانی، ۲۰۱۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان یکی از درمان‌های نوظهور نسل سوم، به نظر می‌رسد به علت تلفیق با تکنیک‌های شرقی، برای بیماران ایرانی مناسب‌تر باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه پژوهشی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون

- 
1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
  2. Heys
  3. Roemer & Orsillo

هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت؛ در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد؛ در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسم یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی باشند (گرکو<sup>۱</sup> و هیز، ۲۰۰۸).

وجوه رفتاری متعدد اختلال پایداری چون نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب و احساس محدود شدن نقش والدینی و احساس عدم لیاقت در امر تربیت فرزند در خانواده‌های کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی منجر شود (ذوقی پایدار و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین تعارضات بین مادر و کودک و عملکرد ضعیف اجتماعی و تحصیلی کودک نارسایی توجه/بیش‌فعالی و نارضایتی مادر از او، خشم مادر را بر می‌انگیزد (اوهان و همکاران، ۲۰۱۳) و این چرخه معیوب بین مادر و کودک منجر به تشدید اختلال و مشکلات جدی‌تر در آینده‌ی کودکان می‌شود، در همین راستا با توجه به شیوع این اختلال در کودکان و نیز تاثیر وجود این اختلال بر عملکرد سیستم خانواده، فراهم نمودن منابع حمایتی برای این مادران جهت تامین سلامت روان آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

پژوهش‌های اخیر بر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کار بالینی و مخصوصاً کار با اختلالات مرتبط با اضطراب و افسردگی فراهم کرده‌اند (فورمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در

- 
1. Greco
  2. Forman

یکی از مطالعات که توسط بلک‌لج<sup>۱</sup> و هیز (۲۰۰۶) صورت گرفت، اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مادران کودکان دارای اختلال اوتیسم مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج بیانگر کاهش علائم افسردگی، شاخص شدت کل و سلامت عمومی بود. در پژوهشی دیگر این درمان به صورت فردی روی ۵ بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی انجام گرفت؛ البته در این مطالعه علاوه بر سنجش شدت وسواس به بررسی افسردگی و اضطراب بیماران نیز پرداخته‌اند. نتایج حاکی از کاهش چشمگیری در فراوانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواس، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان‌زدایی و لزوم پاسخ‌دهی به آن‌ها و نیز نمرات افسردگی و اضطراب بود (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش دیگری پور فرج عمران (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد را بر هراس اجتماعی دانشجویان مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که نمرات اضطراب اجتماعی گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، به‌طور معناداری کاهش یافت و در طول مدت پیگیری تغییر چشمگیری نداشت. مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمان‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی مختلف ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند در روان‌درمانی اختلالات روانی، تحولی ایجاد نماید (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳). در همین راستا با توجه به شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کودکان و نیز تأثیر وجود این اختلال بر عملکرد سیستم خانواده، فراهم نمودن منابع حمایتی برای این مادران جهت تأمین سلامت روان آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اگرچه تحقیقات زیادی در خصوص سبب‌شناسی و درمان نارسایی توجه/بیش‌فعالی صورت گرفته ولی کنترل و درمان پیامدهای خانوادگی نارسایی توجه/بیش‌فعالی، خصوصاً در تعامل با مادر، خیلی کم مورد پژوهش قرار گرفته است. افسردگی و اضطراب از عواملی است که شیوه‌های فرزندپروری و نحوه‌ی پاسخ‌دهی به کودکان را در والدین تحت تأثیر قرار می‌دهد و با توجه به اضطراب و افسردگی‌ای که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارند و اینکه مادران در امر

---

1. Blackledge

تربیت کودکان بیشتر دخیل‌اند، همچنین شایان ذکر است که تا به حال هیچ پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اضطراب و افسردگی والدین دارای فرزند مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی بررسی نکرده است. با توجه به مطالب ذکر شده و خلأ پژوهشی در این زمینه، در پژوهش حاضر بر آن هستیم تا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان با نارسایی توجه/بیش‌فعالی را آزمایش کنیم.

## روش

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری عبارت بود از مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که در سال ۱۳۹۴ به کلینیک‌های روانشناسی و روان‌پزشکی شهر سنندج مراجعه کرده‌اند و طبق مصاحبه روان‌پزشکی اختلال افسردگی و اضطراب داشتند. برای تشخیص اختلال در مادران از مصاحبه روان‌پزشکی استفاده شد. نمونه‌گیری با روش نمونه‌گیری در دسترس بود. ابتدا از تمام مادرانی که به کلینیک‌های روانشناسی و روان‌پزشکی مراجعه کردند و متمایل به شرکت در گروه درمانی افسردگی و اضطراب بودند ثبت‌نام به عمل آمد و از میان شرکت‌کنندگان در نهایت ۳۰ مادر که امکان شرکت در جلسات درمانی را داشتند انتخاب شدند. سپس افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش با استفاده از پروتکل درمانی هشت جلسه‌ای که از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زتل<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) و هیز، استروسال و ویلسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) گرفته شد و در کلینیک خصوصی، فرایند درمان اجرا شد. به دنبال آن بیماران با توافق کتبی و با استفاده از ابزارهای موردنظر، مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از داشتن فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تشخیص افسردگی و اضطراب، فقدان سایر اختلال‌های روان‌پزشکی، عدم وجود بیماری‌های جسمی و عصب‌شناختی مشخص و قابل‌ملاحظه و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در دو هفته اخیر تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش.

1. Zettle
2. Hayes, Stromal, & Wilson

ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از غیبت بیش از سه جلسه، سابقه مصرف طولانی داروهای ضد افسردگی و سطح سواد پایین‌تر از سیکل.

ابزارها: برای تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از مصاحبه روان‌پزشکی و نشانه‌های کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و پرسشنامه کانرز والدین<sup>۱</sup>، استفاده شد.

پرسشنامه کانرز والدین: این پرسشنامه توسط کانرز و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شد و ۲۶ سؤال دارد که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را می‌سنجد. این پرسشنامه در اغلب نقاط دنیا به‌عنوان رایج‌ترین ابزار غربالگری و تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گرفته است و همچنین ابزار مناسبی برای سنجش شدت نشانه‌های آن به شمار می‌رود. به هرکدام از سوالات نمره ۱ تا ۴ تعلق می‌گیرد. نمره کل آزمون دامنه‌ای از ۲۶ تا ۱۰۴ دارد. اگر نمره کودک بالاتر از ۳۴ به دست بیاید، بیانگر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. هرچه نمره بالاتر برود، شدت اختلال کودک بیشتر خواهد بود و برعکس. کانرز و همکاران (۱۹۹۰)، پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. اعتبار این پرسشنامه از سوی موسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است (علیزاده، ۱۳۸۳).

پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup>: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده است و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (بک، استیر و براون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). در ایران فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۴) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه را ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). کاویانی

- 
1. Kanerz
  2. Beck
  3. Beck, Steer, & Brown



(۱۳۸۷) در تحقیق خود ضریب روایی این پرسشنامه را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و همسانی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است.

پرسشنامه اضطراب بک؛ یک مقیاس خودسنجی ۲۱ سوالی است که اضطراب را می‌سنجد (بک و کلارک ۱۹۹۸)، این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه‌ی اضطرابی تنظیم شده است. و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ برای هر سوال) نمره‌ی بالاتر اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. این پرسشنامه بیشتر بر فیزیولوژیک اضطراب تاکید دارد، سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده‌ی دیگر مربوط به هراس‌های مشخص و سایر سوالات آن نشانه‌های خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می‌سنجد. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند.

برنامه مداخله: پس از انتخاب نمونه، با توجه به ملاک‌های بیان شده، آزمودنی‌ها به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، گمارش شدند و پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل یعنی، مداخلات مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته و هفته‌ای ۱ جلسه اجرا شد. پروتکل درمانی از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زتل (۱۹۹۹) و هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) اقتباس شد. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به‌اختصار در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانی پذیرش و تعهد

| جلسه     | محتوای مداخله / هدف جلسه   |
|----------|--|
| جلسه اول | آشنا نمودن اعضای گروه با موضوع مورد پژوهش، مقدمه‌ای در مورد بیماری نارسایی توجه/بیش‌فعالی و اثرات آن بر والدین و اعضای خانواده و تاثیر درمان‌های روان‌شناختی بر آن، سنجش و مفهوم‌سازی/ درماندگی خلاق |
| جلسه دوم | درماندگی خلاق. بررسی دنیای بیرون و درون در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد/به چالش کشیدن راهبردهای کنترل   |

|            |  |
|------------|--|
| جلسه سوم   | شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف، تصریح اعمال و موانع/ استخراج این تجربه که کنترل، یک مشکل است |
| جلسه چهارم | بررسی ارزش‌ها و تعمیق مفاهیم قبلی/ گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز  |
| جلسه پنجم  | تفہیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش/ سنجش توانایی درمان‌جو برای گسلش                             |
| جلسه ششم   | تفہیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن/ تمایز خود مفهوم‌سازی شده                        |
| جلسه هفتم  | ذهن‌آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن/ اهمیت ارزش‌ها   |
| جلسه هشتم  | بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه/ منعکس کردن پیشرفت حاصل شده و اهداف پیوسته درمان‌جو                          |

پروتکل درمانی از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زتل (۱۹۹۹) و هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) اقتباس شده است.

### یافته‌ها

نتایج توصیفی و اطلاعات جمعیت‌شناختی پژوهش حاکی از آن است که تمامی افراد نمونه متاهل و خانه‌دار و تحصیلات اکثر آن‌ها در سطح دیپلم است و سن اکثریت آن‌ها (۷۳/۳ درصد) بین ۲۵ تا ۳۵ سال بوده است.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده است. همچنین برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. لازم به ذکر است که معنی‌دار نبودن نتایج این آزمون نشانگر طبیعی بودن توزیع متغیرهاست.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

| متغیر   | وضعیت     | گروه   | میانگین | انحراف استاندارد | آماره K-S | p    |
|---------|-----------|--------|---------|------------------|-----------|------|
| افسردگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۲۰/۵۰   | ۷/۹۳             | ۰/۱۲      | ۰/۲۰ |
|         | پس‌آزمون  | گواه   | ۲۴/۷۵   | ۴/۵۹             | ۰/۱۸      | ۰/۲۰ |
| اضطراب  | پیش‌آزمون | آزمایش | ۱۶/۱۷   | ۶/۶۱             | ۰/۱۸      | ۰/۲۰ |
|         | پس‌آزمون  | گواه   | ۲۴/۹۲   | ۴/۲۳             | ۰/۱۷      | ۰/۲۰ |
|         |           | آزمایش | ۱۶/۶۷   | ۷/۶۲             | ۰/۲۲      | ۰/۰۹ |

|          |       |      |      |      |
|----------|-------|------|------|------|
| گواه     | ۱۵/۲۵ | ۸/۳۹ | ۰/۲۳ | ۰/۰۹ |
| آزمایش   | ۱۱/۵۸ | ۲/۰۱ | ۰/۲۲ | ۰/۰۹ |
| پس آزمون | ۱۶    | ۲/۳۶ | ۰/۱۹ | ۰/۲۰ |
| گواه     |       |      |      |      |

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که آماره کالموگروف-اسمیرنوف گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون افسردگی به ترتیب (۰/۱۲) و (۰/۱۸) می‌باشند که معنی‌دار نیست. در گروه گواه نیز این آماره به ترتیب (۰/۱۸) و (۰/۱۷) می‌باشد که معنی‌دار نیست. در متغیر اضطراب آماره کالموگروف-اسمیرنوف گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب (۰/۲۲) و (۰/۲۲) می‌باشند که معنی‌دار نیست. در گروه گواه نیز این آماره به ترتیب (۰/۲۳) و (۰/۱۹) می‌باشد که معنی‌دار نیست. با توجه به معنی‌دار نبودن نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف می‌توان گفت که توزیع متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون در تمامی گروه‌ها نرمال است.

نتایج به دست آمده از آماره F آزمون تحلیل واریانس برای بررسی خطی بودن رابطه پیش آزمون و پس آزمون افسردگی ( $F=78/82, p>0/001$ ) و اضطراب ( $F=37/90, p>0/001$ ) نشان داد که معنی‌دار می‌باشد.

با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بین پیش آزمون و پس آزمون افسردگی و اضطراب رابطه خطی وجود دارد.

عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در متغیر کووریت، برای بررسی این پیش فرض از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد. در جدول ۳ و ۴ نتایج این آزمون گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون افسردگی

| گروه   | میانگین | انحراف معیار | تفاوت میانگین | آماره t | df | p    |
|--------|---------|--------------|---------------|---------|----|------|
| آزمایش | ۲۰/۵۰   | ۷/۷۹         | -۴/۲۵         | -۱/۶۰   | ۲۲ | ۰/۱۲ |
| گواه   | ۲۴/۷۵   | ۴/۵۹         |               |         |    |      |

جدول ۴. نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون اضطراب

| گروه   | میانگین | انحراف معیار | تفاوت میانگین | آماره t | df | p    |
|--------|---------|--------------|---------------|---------|----|------|
| آزمایش | ۱۶/۶۷   | ۷/۶۲         | ۱/۴۱          | ۰/۴۳    | ۲۲ | ۰/۶۶ |
| گواه   | ۱۵/۲۵   | ۸/۳۹         |               |         |    |      |

با توجه به جداول ۳ و ۴ آماره  $t$  بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون افسردگی ( $t=-1/60, df=22, p>0/05$ ) و اضطراب ( $t=0/43, df=22, p>0/05$ ) نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

همگنی شیب رگرسیون متغیر کووریت و وابسته در گروه‌ها، نتایج آزمون  $F$  برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش و گواه در زیر گزارش شده است.

با توجه به نتایج به دست آمده از آماره  $F$  آزمون همسانی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی ( $F=0/04, p>0/05$ ) و اضطراب ( $F=1/53, p>0/05$ ) در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر است.

همگنی واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌ها هستند، برای بررسی این فرض در جداول ۵ و ۶ نتایج آزمون  $F$  لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیر وابسته (پس‌آزمون افسردگی و اضطراب) گزارش شده‌اند.

جدول ۵. نتایج آزمون  $F$  لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های پس‌آزمون افسردگی در گروه‌ها

| آماره $F$ | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی‌داری |
|-----------|--------------|--------------|---------------|
| ۰/۰۱      | ۱            | ۲۸           | ٪۹۵           |

جدول ۶. نتایج آزمون  $F$  لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های پس‌آزمون اضطراب در گروه‌ها

| آماره $F$ | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی‌داری |
|-----------|--------------|--------------|---------------|
| ۲/۳۸      | ۱            | ۲۸           | ۰/۱۴          |

با توجه به نتایج جدول، آماره  $F$  لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون افسردگی (۰/۰۱) و اضطراب (۲/۳۸) می‌باشد که معنی‌دار نیست. بنابراین واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها برابر می‌باشد.

در جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون افسردگی با گواه پیش‌آزمون این متغیر گزارش شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره تفاوت گروه‌ها در افسردگی

| منبع        | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معنی داری | اندازه اثر |
|-------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|------------|
| پیش‌آزمون   | ۵۹۷/۸۵        | ۱          | ۵۹۷/۸۵          | ۱۵۵/۵۱  | ۰/۰۰۱         | ۰/۸۸       |
| عضویت گروهی | ۱۵۲/۷۹        | ۱          | ۱۵۲/۷۹          | ۳۹/۷۴   | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۵       |
| خطا         | ۸۰/۷۳         | ۲۸         | ۳/۸۴            |         |               |            |

با توجه به جدول ۷ آماره F عضویت گروهی برای متغیر افسردگی در پس‌آزمون (۳۹/۷۴) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۶۵ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. لازم به ذکر است که مقدار ۰/۰۱ به‌عنوان اندازه اثر کوچک، ۰/۰۴ متوسط و ۰/۱ به‌عنوان اندازه اثر بزرگ در نظر گرفته می‌شود (هوبرتی، ۲۰۰۲). آماره F پیش‌آزمون افسردگی نیز (۱۵۵/۵۱) می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. یعنی پیش‌آزمون تاثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد و استفاده از تحلیل کوواریانس ضروری است. برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون افسردگی پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است در جدول ۸ میانگین‌های تصحیح شده گزارش شده است. لازم به ذکر است که از روش تصحیح بنفرونی برای برآورد میانگین‌های نهایی استفاده شده است.

جدول ۸. میانگین‌های برآورد شده نهایی افسردگی در گروه‌ها

| گروه   | میانگین | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|--------|---------|---------------|----------------|---------------|
| آزمایش | ۱۷/۸۷   |               |                |               |
| گواه   | ۲۳/۲۰   | -۵/۳۳         | ۰/۸۴           | ۰/۰۰۱         |

با توجه به جدول ۸ میانگین گروه آزمایش در افسردگی (۱۷/۸۷) و میانگین گروه گواه (۲۳/۲۰) می‌باشد. تفاوت میانگین بین این دو گروه (-۵/۳۳) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش در افسردگی به‌صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این یافته، درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد.

در جدول ۹ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون اضطراب با کنترل پیش‌آزمون این متغیر گزارش شده است.

جدول ۹. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره تفاوت گروه‌ها در اضطراب

| منبع        | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|-------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|------------|
| پیش‌آزمون   | ۱۰۵۹/۱۸       | ۱          | ۱۰۵۹/۱۸         | ۱۰۲/۱۵  | ۰/۰۰۱         | ۰/۸۲       |
| عضویت گروهی | ۱۸۹/۴۶        | ۱          | ۱۸۹/۴۶          | ۱۸/۲۷   | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۶       |
| خطا         | ۲۱۷/۷۲        | ۲۱         | ۱۰/۳۶           |         |               |            |

با توجه به نتایج جدول ۹ آماره F عضویت گروهی برای متغیر اضطراب در پس‌آزمون (۱۸/۲۷) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان اضطراب تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۴۶ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. آماره F پیش‌آزمون اضطراب نیز (۱۰۲/۱۵) می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. یعنی پیش‌آزمون تاثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد و استفاده از تحلیل کوواریانس ضروری است. برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون اضطراب پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است در جدول ۱۲ میانگین‌های تصحیح شده گزارش شده است.

جدول ۱۰. میانگین‌های برآورد شده نهایی اضطراب در گروه‌ها

| گروه   | میانگین | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی‌داری |
|--------|---------|---------------|----------------|---------------|
| آزمایش | ۱۰/۹۷   |               |                |               |
| کنترل  | ۱۶/۶۱   | -۵/۶۴         | ۱/۳۲           | ۰/۰۰۱         |

با توجه به جدول ۱۰ میانگین گروه آزمایش در اضطراب (۱۰/۹۷) و میانگین گروه گواه (۱۶/۶۱) می‌باشد. تفاوت میانگین بین این دو گروه (-۵/۶۴) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش در اضطراب به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه گواه است. با توجه به این می‌توان گفت که

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. یافته‌ها حاکی از آن بود که در پایان درمان، نمرات افسردگی و اضطراب گروه مداخله نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافته است. این نتایج نشانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. اختلال در عملکرد والدین می‌تواند، به کارکردهای خانواده، نقش‌های خانوادگی، پویایی‌های تعامل خانوادگی و توانایی والدین برای اجرای طرح جامعی که برای درمان به آن نیاز است، اثر بگذارد. همچنین عملکرد بد خانوادگی پدران و مادران با عملکرد بد کودکان، شامل اختلال اضطرابی شدید در کودکان، نشانگان اضطراب و عملکرد کلی کودک رابطه معنی‌داری دارد (اوهان و همکاران، ۲۰۱۳).

یافته‌های تحقیقاتی تأیید می‌کنند که خانواده درمانی برای والدین با فرزند نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند چارچوبی برای ایجاد راهبردهایی برای مدیریت ناکارآمدی‌های مزمن خانوادگی فراهم آورد، به‌ویژه آموزش‌های رفتاری به والدین و کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کمک می‌کند تا چرخه تعامل ناکارآمد را بشکنند و الگوهای تعاملی حمایتی مثبت متقابلی به وجود آورند (کار<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

نقش والدین، به‌خصوص مادران در سبب‌شناسی این اختلال و در شکل‌گیری هویت کودکان و نوجوانان بسیار مهم است (کارلوت، مندی و جنوا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). اصلاح نقش و درمان والدین به‌خصوص مادران نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کلیدی است که می‌تواند به مدیریت تکانشگری، بی‌توجهی و رفتارهای بیش‌فعالی کودک کمک نماید و مدیریت این رفتارها و درمان افسردگی و اضطراب، به کمک دستورات روشن و صریح وضع قوانین و محدودیت‌های مشخص از طرف والدین، به‌ویژه مادران که زمان بیشتری را

---

1. Carr

2. Charlotte, Mandy, & Jeneva

با این کودکان می‌گذرانند و در نهایت چرخه درون نسلی روشن‌بینی والدین و کودک، روابط خانوادگی گرم و حمایتی، قوانین و روابط مشخص نقش‌ها و جهت‌گیری میانه و انعطاف‌پذیری را در والدین به دنبال دارد (بارکلی<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ بارکلی، ۲۰۰۶).

جدیدترین یافته‌ها حاکی از آن است که کارآمدترین درمان برای کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی، درمان چندوجهی است که علاوه بر درمان و آموزش رفتاری والدین، از دارو، مداخله‌های مدرسه‌ای و مشورت با معلمان نیز استفاده می‌شود. چرا که این اختلال به‌طور معنی‌داری با اختلال‌های روان‌پزشکی، روان‌شناختی و خانوادگی، همچون افسردگی و اضطراب والدین، وضعیت خلقی آن‌ها، احساس شایستگی والدین و خودکارآمدی مادران در رابطه است (ویلیامز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

یافته‌های این پژوهش همچنین، حاکی از آن بود که در انتهای درمان، نمرات افسردگی و اضطراب گروه مداخله نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافته است. این نتیجه نشانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان افسردگی و اضطراب برای مادران دارای فرزند مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش انجام شده با پژوهشی که توسط زتل انجام شد همسو می‌باشد، آن‌ها در پژوهش خود دریافتند که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش چشمگیری را در اعتقاد و باورپذیری و فراوانی افکار منفی نشان دادند (زتل، ۱۹۹۹). همچنین با پژوهش بلک‌لیج و هیز (۲۰۰۶) که اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مادران کودکان دارای اختلال اوتیسم انجام شده همسو می‌باشد. نتایج تحقیق آن‌ها بیانگر کاهش علائم افسردگی، شاخص شدت کل و سلامت عمومی بود.

برانستتر و همکاران (۲۰۰۴) افرادی که در مرحله آخر سرطان بودند در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و CBT همزمان با شیمی‌درمانی مورد مقایسه قرار گرفتند، این محققان گزارش نمودند که بیماران در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش چشمگیر در اضطراب، افسردگی، اندوه و پریشانی نسبت به گروه CBT نشان دادند که نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های آن‌ها همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد چون شرکت‌کنندگان تحت آموزش تکنیک‌های مختلف رویکرد پذیرش و تعهد

---

1. Barkley  
2. William



درمانی برای کاهش افسردگی خود در دوره آزمایشی قرار گرفتند، این فرضیه تایید شده است.

این نتایج مؤید نتایج به دست آمده در پژوهش ایزدی و همکاران (۱۳۹۳) در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وسواس، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی است. در این پژوهش کاهش چشمگیری در فروانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواسی، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان‌زایی و لزوم پاسخ‌دهی به آن‌ها و نیز کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در سنجش پس از درمان پذیرش و تعهد در ۵ مورد دیده شد که این کاهش تا یک ماه پس از درمان نیز تداوم داشت. در همین راستا پژوهش‌های فورمن و همکاران (۲۰۰۷) بر روی اختلال اضطراب و افسردگی، دالریمل و هربرت (۲۰۰۷) بر روی اختلال اضطراب اجتماعی و زتل (۲۰۰۳) بر روی اضطراب ریاضی همسو با نتایج پژوهش حاضر است.

در این درمان هدف ما تغییر نشانه‌ها و علامت‌ها نبود، بلکه هدف تغییر رابطه والدین با افکار و احساسات‌شان بود، به نحوی که دیگر آن‌ها را نشانه نبینند. بر اساس زمینه‌گرایی عملکردی که از مبنای نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، ما به هدف نهایی که همان تغییر افکار و احساسات رنج‌آور از مشکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادار هستند. در واقع ما به جای این که صرفاً بر کاهش نشانه‌ها تأکید کنیم، زمینه‌ای به تغییر داده‌ایم که این نشانه‌های فکر مزاحم (نشانه‌های افسردگی) یا اجتناب (نشانه‌های اضطراب)، در آن رخ می‌دهد و سپس به مراجع کمک کردیم به گونه‌ای عمل کند که با ارزش‌هایش منطبق‌تر باشد (کایرنکراس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

نتایج پژوهش حاضر بیانگر این بود که مداخله درمانی از طریق تأثیر بر انعطاف‌پذیری روانشناختی بر سایر مؤلفه‌ها تأثیر گذاشته است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی برای ارتباط با زمان حال به‌طور کامل و به‌عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد است و برای این هدف از شش فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می‌شود. پذیرش، گسلش خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان

حال، ارزش‌ها و عمل متعهد هدف از پذیرش، کاهش نیاز به بازدارنده‌ی فکر است، البته نباید با تحمل یا تسلیم اشتباه شود و در حقیقت با آگاهی از تجارب درونی و پذیرفتن فعال آن‌ها بدون اقدامی برای کاهش آن‌ها و مراجعان به شیوه‌ای تجربی با اثرات متناقض کنترل افکار و احساسات مواجه می‌شوند و تفاوت بین نتایج ناکارآمد کنترل افکار و احساسات مواجه می‌شوند. مراجعان از طریق استعاره و تمرینات مختلف، تفاوت پذیرش و تحمل را یاد می‌گیرند و مهارت‌های پذیرش در زمینه رویدادهای درونی دشوار به تمرین می‌کنند. با تمرینات مختلف می‌آموزند که می‌توان احساسات شدید را تجربه کرده یا به احساسات بدنی شدید توجه کرد، بدون این که آسیبی به آن‌ها وارد شود. بنابراین به جای کنترل و اجتناب که از نشانه‌های اضطراب و افسردگی است، با تغییر این زمینه و تبدیل آن به پذیرش همه‌ی رویدادهای درونی می‌توانند تجربه شوند، بدون این که آسیب‌زا باشند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

در مدل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، برطرف نمودن اجتناب‌های تجربی ضرورتاً هدف مراجع قرار نمی‌گیرد، هدف کمک به مراجع در جهت کشف و شفاف‌سازی ارزش‌هایش می‌باشد و تاندازه‌ای در این مورد که اجتناب از موقعیت‌های ترس‌آور با حرکت در جهت ارزش‌ها ممکن است تداخل کند، بحث می‌شود. پذیرش به مراجع کمک می‌کند تا فعالیت‌هایی که در جهت ارزش‌هایش است را انتخاب کرده و راهبردهای کنترل را رها کند. در پذیرش و تعهد درمانی، تنظیم اهداف و شفاف‌سازی ارزش‌ها با اهمیت شمرده می‌شود. ارزش‌ها به‌عنوان مسیر کلی زندگی مطرح می‌شوند. اهداف و ارزش‌ها، انتخاب‌های خود مراجع هستند. این مرحله درمانی دو هدف مفید را تأمین می‌کند: اول اینکه مراجع را تشویق می‌کند تا خودش اهداف و ارزش‌هایش را انتخاب کند و دوم اینکه اهدافی را که احتمالاً واضح نبوده را برجسته می‌نماید. در زمینه کار با ارزش‌ها در این پژوهش نیز به مراجعان آموزش داده شد تا ارزش‌های خود را در حیطه‌های مختلف بررسی کنند و ضرورت آن‌ها را در هر حیطه مشخص نمایند تا در نهایت از تمرکز بر مشکلات رها شده و در مسیر ارزش‌ها حرکت کنند و در نهایت اهداف را در مسیر ارزش‌ها شناسایی کنند (پروچاسکا و نورکراس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸).

این گونه به نظر می‌رسد که مداخله حاضر با تأثیر بر روی ارزش‌های مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (مثلاً مادر خوب بودن، کنار آمدن با فرزند دارای اختلال...) منجر به بهبود در علائم افسردگی و سایر مؤلفه‌های روانشناختی در آن‌ها گشته است. به‌طور کلی با توجه به ویژگی‌های افراد افسرده که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و خاطره‌های افسرده‌کننده، کوشش جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، نشخوار کردن و الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست‌کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد مداخله درمانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر توانسته است با تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، حذف قدرت افکار افسرده‌کننده، کاهش نشخوار فکری، به دست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌های آزمودنی‌ها تأثیر گذار باشد و منجر به کاهش افسردگی در مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالی گردد.

در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد، در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نا مؤثر کاهش یابد. به مراجع آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (گسلش شناختی) به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها)، درنهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی، این

تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی و... باشند. به‌کارگیری این روش به علت سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، ریا رویی و رهاسازی ضمن اینکه علائم افسردگی را کاهش می‌دهند، اثربخشی را افزایش می‌دهند (هیز-اسکلتون، رومر و اورسیلو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳).

مراجع دارای اختلال معمولاً به این دلیل به سراغ درمان می‌روند که کمکی برای کنترل اختلالشان پیدا کنند (بهشتی، زمستانی، رضاعی، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تجربه مراجعان استفاده می‌کند تا این تناقض را که کنترل، مسئله است را نشان دهد (توهیگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این عقیده استوار است که پذیرش تجارب درونی، رویکرد جایگزین مؤثری برای مقابله با افکار و احساسات است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دیگر رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی، این عقیده را که به‌منظور بهبود روان‌شناختی، تجارب درونی باید تعدیل شوند را به چالش می‌کشند و بیان می‌کنند که کنترل تجارب درونی مشکل است، نه راه‌حل. بر طبق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، لازم نیست مراجعان تجارب درونی‌شان را تغییر دهند تا به آنچه می‌خواهند برسند؛ به آن‌ها کمک می‌شود تا ببینند که چگونه تلاش برای کنترل تجارب درونی ناکارآمد است (کارینکورس، ۲۰۱۵).

در نتیجه درمان مادران به بهبود رفتار آن‌ها منجر شده و به دنبال آن رفتار کودک هم تغییر می‌کند و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد. همچنین سبب کاهش بیش‌فعالی، نقص توجه کودکان و پرخاشگری آن‌ها می‌شود و مهارت‌های والدینی را تقویت می‌کند، فشار روانی آن‌ها را کم و اعتمادبه‌نفس مادران را افزایش می‌دهد. بعداً این که کودک درمان را می‌گیرد باز به خانواده برمی‌گردد و تا زمانی که در خانواده بستر مناسبی ایجاد نکرده باشیم درمان کودکان به‌تنهایی مؤثر نخواهد شد. همه‌ی این دلایل تأییدی است بر انجام پژوهش‌های متعدد در رابطه با درمان و آموزش خانواده‌ها و خصوصاً مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی. بنابراین در چرخه‌ی درمان کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی باید درمان و آموزش والدین، خصوصاً مادران آن‌ها را هم مورد توجه قرار داد چراکه نه‌تنها این والدین نیازمند دریافت

1. Hayes-Skelton, Roemer, & Orsillo  
2. Tohig

درمان و آموزش هستند بلکه این امر خود می‌تواند چرخه‌ی درمان را سرعت بخشد و نتایج بهتری برای کودک نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مادر و هم برای تسهیل ارتباط کودک و مادر به دنبال داشته باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. نخست آنکه، نمونه پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده و حجم نمونه نیز پایین بود، دوم آنکه به لحاظ محدودیت‌های اجرایی، امکان پیگیری در این پژوهش وجود نداشته است. به همین دلیل تعمیم آن به کل جامعه باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه روی نمونه‌هایی با حجم گسترده‌تر صورت گیرد؛ بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیگر متغیرهای مادران چون کیفیت زندگی، افکار و سواسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، جهت اجرای برنامه‌های پیشگیرانه برای والدینی که در شرف بچه‌دار شدن هستند استفاده شود، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودک به صورت همزمان، بر روی کودکانی که مادرانشان تحت درمان هستند و مقایسه آن‌ها با گروهی که فقط مادران درمان را می‌گیرند و نهایتاً پکیج آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای والدین و فرزندان آن‌ها جهت آموزش و پیگیری مبتنی بر فرهنگ بومی تهیه و تدوین گردد.

### منابع

- ایزدی، ر؛ نشاط‌دوست، ح. ط؛ عسگری، ک؛ عابدی، م. ر. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجباری. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲ (۱): ۳۳-۱۹.
- بهشتی، ن.، زمستانی، م.، رضاعی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری معطوف بر عدم تحمل ابهام و درمان دارویی بر مؤلفه‌های نگرانی، عدم تحمل ابهام و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۴ (۳): ۲۴۰-۲۵۵.
- پورفرج عمران، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶ (۲): ۲۶-۳۹.

- ذوقی پایدار، م. ر؛ قاسمی، م؛ بیات، ا؛ صنایعی کمال، س. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی. *تعلیم تربیت اسلامی*. ۸ (۱۳۶): ۵-۱۴.
- رجبی، س و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس. *مجله روانشناسی بالینی*. ۶ (۱): ۱۵-۲۷.
- فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. کک. و دابسون، ک. ا. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری / طرحواره‌ها و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۱، ۳۱۲-۳۲۶.
- کاویانی، ح. (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی، پرسشنامه سلامت عمومی، فهرست وارسی صفات خلقی و پرسشنامه افسردگی بک در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. *گزارش تحقیق*. دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.
- کاویانی، ح و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران*، ۶۶، (۲): ۱۶-۳۱.
- شهیم، س. مهرانگیز، ل. یوسفی، ف. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کودکان دبستانی؛ *مجله بیماری‌های کودکان ایران*، ۱۷ (۲): ۲۱۶-۲۱۱.
- شفاعت، ع: تیرگری، ع. (۱۳۹۰). بررسی شیوع علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در کلینیک روانپزشکی کودک و نوجوان شهرستان ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۱ (۱): ۶۶-۷۲.
- علیزاده ح. *اختلال نارسایی توجه فزون جنبشی. ویژگی‌ها. ارزیابی و درمان*. چاپ اول: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۳.
- غریبی، ح؛ قلی زاده، ز؛ حکمتی، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خود تعلیمی کلامی بر بهبود کارکردهای شناختی کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی. *فصلنامه علمی - تخصصی عصب روانشناسی*. ۱ (۳): ۲۱-۳۷.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC: Author.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. *An 8-year prospective follow-up study Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 546-557.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory- II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Blackledge, J. T & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy* 28(1): 18.
- Branstetter, A. D. Wilsn, K. G. Hidebrandt, M. & Mutch, D. (2004). *Improving Psychological adjustment among cancer patient: ACT and CBT*. Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45.
- Cairncross, M. (2015). The Efficacy of Mindfulness-Based Therapies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Electronic Theses and Dissertations*, 5446.
- Charlotte J, Mandy C, Jeneva O. (2006). Mother's attribution for behavior in no problem boys, boys with attention deficit hyperactivity disorder and boys with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant behavior. *J Clin Adolesc Psychol*, 35(1):60-71.
- Dalrymple, K. L. & Herbert, J.D. (2007). Acceptance and Commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study. *Behaviour Modification*, 31(5): 543-568.
- Forman, E.M. Herbert, J.D. Mitra, E. Yemans, P. D. & Geller, P. A. (2007). A Randomized controlled effectiveness trial f acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behaviour modification* 31(6): 772-799.
- Gharibia, H. & Gholizadeh, Z. Phenomenology of mothers experiences in living with children with AD/HD disorder. *Social and Behavior Science*, 30 (2011) 1630 – 1634.
- Greco, L. A., & Hayes, S. C. (Eds.). (2008). *Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: A practitioner's guide*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C. Luma, J. B. Bnd, F. W. Massuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: model, processes, and outcomes. *Behavior research and Therapy*, 44(1): 1-25.

- Hayes, S.C., Stroman, & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes-Skelton, S, A., Roemer, L, & Orsillo, S, M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*, 33:965-978.
- Mash, E. J, Johnston, C. (2001). Families of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Review and Recommendation for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*; 4: 183- 207.
- Ohan, J, L., Visser, T, A, W., Moss, R, G., & Allen, N, B. (2013). Parents' Stigmatizing Attitudes Toward Psychiatric Labels for ADHD and Depression. *Psychiatric Services*, 64:12, 1270-1273
- Prochaska, J, O., & Norcross, J, C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (9<sup>th</sup> ed). Oxford University Press. pp, 270-289.
- Quesada, D., Ahmed, N, U., Fennie, K, P., Gollub, E, L., Ibrahimou, B. (2018). A Review: Associations Between Attention-deficit/hyperactivity Disorder, Physical Activity, Medication Use, Eating Behaviors and Obesity in Children and Adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (3), 495-504.
- Roemer, L, & Orsillo, S, M. (2009). *Mindfulness and Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Sheeber, L. B. Johnson. H. (1992). Child temperament, maternal adjustment, and changes in family life style. *American Journal of Orthopsychiatry*. 62(2) 178-185.
- Twohig, M. P. (2005). Acceptance and Commitment Therapy. Introduction. *Cognitive and behavioral practice*. 19 (4) 499-507.
- Whalen, D. J., Sylvester, C. M., & Luby, J. L. (2017). Depression and anxiety in preschoolers: A review of the past 7 years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
- Williams, K. E. Ciarrchi, J. & Heaven, P. C. (2012). Inflexible parents, inflexible Kids: A 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 41(8): 1053-1066.
- Zemestani M., & Ottaviani, C. (2016). Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention for Co-occurring Substance Use and Depression Disorders. *Mindfulness*, 7 (6): 1347-1355.
- Zemestani, M., Davoodi, I., Mehrabizadeh Honarmand, M., Zargar, Y., & Ottaviani, C. (2015). Comparative Effects of Group Metacognitive Therapy versus Behavioral Activation in Moderately Depressed Students. *Journal of Mental Health*, 12 (1): 1-7.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy Vs. Systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Recrd*. 53: 197-215.