

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و

همجوشی شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال

نارسایی توجه/بیش‌فعالی

زکيه سادات مسعودی، ایمان شاکری*^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و همجوشی شناختی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود.

روش پژوهش: طرح پژوهشی حاضر، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های روانشناسی و روان پزشکی شهر یزد مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن تعیین شد که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) استفاده شد و مداخله ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش ارائه شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش چند متغیری کوواریانس (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و همجوشی شناختی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بر اهمیت کاربرد این مداخله بر علائم افسردگی و همجوشی شناختی 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، همجوشی شناختی، افسردگی، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی.

۱. کارشناسی ارشد، روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران

* دانشجوی دکتری رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران، ایمیل: imanshakeri70@gmail.com

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-تحوالی دوره کودکی است (انجمن روانپزشکی آمریکا؛ ۲۰۱۳) و حدود ۵۰ درصد از مراجعان به درمانگاه‌های روانپزشکی کودک را تشکیل می‌دهد (دی بو و پرینس؛ ۲۰۰۷). بر همین اساس در تاریخچه روان‌شناسی بالینی هیچ اختلالی به اندازه ADHD بحث برانگیز نبوده است (اوهان و همکاران؛ ۲۰۱۳). کودکان دچار اختلال ADHD بچه‌های پرحرف، 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 بپردازند (کاسادا و همکاران؛ ۲۰۱۸). این کودکان علاوه بر داشتن مشکلات رفتاری بسیار حساس هستند و به آسانی آشفته می‌شوند. در خانواده بسیاری از این کودکان 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 تأثیر می‌گذارد (گادماندسون و همکاران؛ ۲۰۱۹). مشکلات روانشناختی در میان خانواده‌های کودکان ADHD بیشتر از خانواده دارای کودک سالم دیده می‌شود. خانواده‌های کودکان مبتلا به این اختلال استرس بیشتری را تحمل می‌کنند و ارتباط متقابل بین والدین و فرزندان نسبت به خانواده‌های دیگر بیشتر دچار اختلال می‌باشند (لارسن مئن؛ ۲۰۱۴). در میان اعضای خانواده، مادران، به دلیل گذران زمان بیشتر با کودکان ADHD، مشکلات روانشناختی بیشتری دارند و به دلیل اینکه با چالش‌های فرزندپروری بیشتری روبه‌رو هستند، استرسی فراتر از مادران کودکان سالم دارند (شهیم و همکاران ۱۳۸۶). بسیاری از مادران از روش‌های پرخشگرانه برای کنترل این فرزندان استفاده می‌کنند (لارسن مئن، ۲۰۱۴). بعضی دیگر از مادران از روش‌های تنبیهی به خصوص نوع جسمی آن استفاده می‌کنند (شین و استین؛ ۲۰۰۸) که این روش‌ها، باعث افزایش مشکلات آنان می‌شود و نمی‌توانند به طور مناسبی با کودکانشان ارتباط برقرار کنند. افسردگی یکی از مشکلاتی است که در مادران کودکان مبتلا به ADHD دیده می‌شود. شیوع آن در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ۴۰ درصد می‌باشد (الهاداد؛ ۲۰۱۸). این

۱ Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

۲ American Psychiatric Association

۳ De Boo, G., Prins, P

۴ Ohan, J. L

۵ Quesada, D. & colleague

۶ Gudmundsson, O. & colleague

۷ Larsen Moen. O

۸ Shin, D. W., Stein, M. A

۹ Elhadad, A. A

در حالی است که براساس گزارش وزارت بهداشت و درمان میزان افسردگی در زنان ایرانی ۲۲ درصد می باشد (جلدر و جدس؛ ۲۰۰۵). در مطالعه سیر و همکاران (۲۰۱۹) افسردگی و سایر اختلالات سایکولوژیک در خانواده‌هایی که فرزندان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دارند، به میزان بیش‌تری گزارش شده است.

برخی پژوهش‌ها مانند؛ دینیس و همکاران (۲۰۱۵)، نشان داده‌اند همجوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای (گسلش) در نشانگان افسردگی نقش اساسی ایفا می‌نمایند. منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (گیلاندرز و همکاران؛ ۲۰۱۴). گسلش شناختی فرایند تضعیف تدریجی کارکردهای تنظیم رفتاری و تأثیرات لفظی رویدادهای درونی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌نماید که رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. مراجعان می‌آموزند که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند (زارع، ۱۳۹۶). در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای رخ می‌دهد، فرایندهای پذیرش و گسلش شناختی به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانین تنظیم‌کننده آن‌ها کمک می‌نماید (هیز، ۲۰۰۵).

علاوه بر دارودرمانی رویکردهای روانشناسی برای کمک به مادران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شکل گرفته‌اند که یکی از این رویکردها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد. درمان اکت در سال ۱۹۸۶ توسط هیز ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمد. آشکارا این رویکرد تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد (فورمن و هربرت؛ ۲۰۰۸). در درمان اکت، مراجعین را به این سمت هدایت می‌کنند تا افکار و هیجانات را از خود جدا ببینند که این امر به درمانگران اجازه می‌دهد تا چهارچوب رابطه و حالات شناختی منفی را اصلاح کنند (باتن؛ ۲۰۱۱). این راهبرد درمانی شبیه برونی کردن در روایت درمانی است (رولاند؛ ۲۰۱۰). اصول زیربنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل: ۱) پذیرش، یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفتنه کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف

۱ Gelder, M. R., Geddes, J

۲ Sair, Y. B. & colleague

۳ Dinis, A. & colleague

۴ Gillanders, D. T & colleague

۵ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

۶ Forman, E. M., & Herbert, J. D

۷ Batten, A. V

۸ Rowland, M

معنی دار شخص، بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیر کلامی که به شیوه‌ای که منجر به کارکرد سالم می‌شود (هیز؛ ۲۰۱۰). هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز که در حقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و در مقابل اعمالی که تحت کنترل فرد نیستند کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته و بی‌اثر است، یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید (این تجارب بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به طور کامل پذیرف (باتن، ۲۰۱۱). بنابراین بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد در تمام حالات روانی به افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. 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. اگر چه تحقیقات زیادی در خصوص سبب شناسی 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 گرفته‌است. از طرفی هیچ پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افسردگی و همجواری شناختی بر روی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بررسی نکرده است. با توجه به مطالب ذکر شده و خلأ پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی افسردگی و همجواری شناختی بر روی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌پردازد

در این زمینه زمستانی، قلی زاده و علایی (۱۳۹۷) در پژوهشی به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پرداختند، نتایج نشان دادند که در مرحله پس‌آزمون نمرات افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کاهش معناداری داشته است. همچنین زارع بیدکی و جهانگیری (۱۳۹۷) در پژوهشی به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم پرداختند، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم تأثیر معناداری دارد. برادران، زارع، علی پور و فرزاد (۱۳۹۵) در پژوهشی به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر همجواری شناختی و شاخص‌های سلامت جسمانی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی پرداختند، نتایج نشان داد که بین دو گروه در همجواری شناختی و شاخص‌های جسمانی (فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و کورتیزول) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به عنوان یک مداخله موثر در بیماران مبتلا به فشارخون اساسی تلقی می‌گردد.

همچنین بلکلج و هیز (۲۰۰۶) در پژوهشی به اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی روی مادران دارای کودک اوتیسم پرداختند، نتایج بیانگر کاهش افسردگی، شاخص شدت کل و سلامت عمومی بود.

لذا با توجه به ضرورت‌های بیان شده، فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

۱. در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به طور معناداری موثر است.
۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش همجواری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به طور معناداری موثر است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل مادران افرادی بود که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر یزد مراجعه کرده و طبق تشخیص مشاوران و کادر روانشناسی مراکز مربوطه مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تشخیص داده شدند. برای تعیین حجم نمونه از جدول تدوین شده به وسیله کوهن استفاده شد. با توجه به دو گروه (آزمایش و گواه) و میزان خطای $0/05$ و $P < 0/05$ و حجم اثر مساوی $0/05$ و توان آزمون برابر $0/97$ نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری درد سترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، فقدان اختلالات روان‌پزشکی و مصرف دارو در دو هفته اخیر، عدم وجود بیماری جسمی و عصب‌شناسی و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت بودند از غیبت بیش از سه جلسه و سطح سواد پایین‌تر از سیکل افراد انتخاب شده، پس از هم‌سازی به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت هفتگی و هر هفته دو جلسه یک و نیم ساعته طبق پروتکل درمانی برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۱۹۹۹) دریافت کردند. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به اختصار در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱: پروتکل درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اقتباس شده از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۱۹۹۹).

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 تأثیر درمان‌های روانشناختی بر آن، سنجش و مفهوم سازی/درماندگی خلاق

۱. Hayes, S. C., & colleague



جلسه دوم	در ماندگی خلاق. بررسی دنیای بیرون و درون در در مان 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/ گسلس از افکار و احساسات افسرده ساز
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی به خودمفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلس آن / تمایز خود مفهوم سازی شده
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی و گسلس و انجام تمرین‌هایی برای گسلس/ سنجش توانایی درمان جو برای گسلس
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تاکید برای در زمان حال بودن / اهمیت ارزش‌ها
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه / منعکس کردن پیشرفت حاصل شده و اهداف پیوسته درمان جو

پرسشنامه افسردگی بک

این پرسشنامه نوع بازنگری شده BDI است که توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) ارائه شده است و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق شده است. پرسشنامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. حداکثر نمره آزمون ۶۳ می‌باشد. طبقه‌های آن به این قرار است: ۰-۱۳- افسردگی جزئی، ۱۴-۱۹- افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸- افسردگی متوسط، ۲۹-۶۳- افسردگی شدید. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۱۳۸۳) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود، همسانی درونی آزمون را در دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای این آزمون گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه همجوئی شناختی

این پرسشنامه را گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) ارائه داند که حاوی ۱۳ سوال است که براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای تنظیم گردیده است. این پرسشنامه دو زیرمقیاس گسلس شناختی (سوالات ۱، ۲، ۹) و همجوئی شناختی شامل (سوالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲) می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۲ - ۷۲ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده همجوئی شناختی بیشتر است. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش

۱ Beck, A, T. & colleague

۲ Sinclair, A, K. & colleague

۱۹ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و همجوشی شناختی مادران ...

کردند. زارع (۱۳۹۳) جهت هنجاریابی پرسشنامه مذکور ۳۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام‌نور و سستی را مورد آزمون قرار داد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای دو خرده مقیاس همجوشی شناختی و گسلس به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، فراوانی و جداول و روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و سپس از تحلیل آنکوا در متن مانکوا استفاده شد. کلیه تحلیل‌ها به وسیله نرم افزار SPSS16 انجام شده است.

یافته‌ها

نتایج توصیفی و اطلاعات جمعیت شناختی پژوهش حاکی از آن است که میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب ۳۸/۹۱ و ۸/۲۴ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۳۶/۷۵ و ۷/۸۶ بوده است. ۸ نفر (۳۳/۳ درصد) از آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل شاغل و تعداد ۱۶ نفر (۶۶/۷ درصد) از آزمودنی‌ها غیرشاغل بوده‌اند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی همجوشی، گسلس و افسردگی را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون.

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار
همجوشی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۹۳
		کنترل	۱۴/۸۰
	پس آزمون	آزمایش	۲۰/۶۶
		کنترل	۱۵/۴۶
گسلس	پیش آزمون	آزمایش	۲۱/۸۶
		کنترل	۲۰/۳۳
	پس آزمون	آزمایش	۲۶/۰۶
		کنترل	۱۹/۶۰
افسردگی	پیش آزمون	آزمایش	۳۹/۶۰
		کنترل	۳۸/۴۰
	پس آزمون	آزمایش	۳۳/۴۰
		کنترل	۳۸/۱۳

اطلاعات جدول (۲) نشان می‌دهد که شدت افسردگی در افراد گروه آزمایش بعد از مداخله و آموزش رویکرد پذیرش و تعهد درمانی کاهش داشته است و میزان گسلس شناختی افزایش یافته است ولی این شرایط برای گروه کنترل تقریباً یکسان بوده است. در هر حال استنتاج تفاوت‌های معنی‌دار در این متغیرها

۲۰ فصل نامه سلامت و آموزش در اوان کودکی؛ سال دوم، شماره اول؛ شماره پیاپی (۳)؛ بهار ۱۴۰۰

مستلزم بکارگیری آزمون‌های مناسبی است. بنابراین جهت بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

در راستای بررسی پیش فرض‌های آزمون و به منظور بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون در متغیر همجوشی شناختی ($F = 1/92$ و $P = 0/17$)، گسلس ($F = 0/17$) و افسردگی ($F = 1/24$ و $P = 0/27$) معنی‌دار نبودند که نشان می‌دهد واریانس دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. برای بررسی همگنی شیب رگرسیون، تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون‌ها) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایشی و کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش آزمون) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایشی و کنترل)

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پس آزمون‌ها
0/22	1/49	44/31	1	44/31	همجوشی شناختی
0/09	2/88	17/11	1	17/11	گسلس
0/86	0/02	0/31	1	0/31	افسردگی

با توجه به جدول بالا، سطوح معنی‌داری تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون‌ها) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایشی و کنترل) از 0/05 بیشتر است و معنی‌دار نیست. بنابراین با اطمینان، می‌توانیم بگوییم، شرط همگنی شیب رگرسیون، برای انجام تحلیل برقرار است.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون همجوشی شناختی، گسلس و افسردگی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df خطا	Df فرضیه	اندازه اثر	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلای	0/56	9/81	23	3	0/56	0/001
آزمون لامبدای ویکلز	0/43	9/81	23	3	0/56	0/001
آزمون اثر هتلینگ	1/28	9/81	23	3	0/56	0/001
آزمون بزرگترین ریشه روی	1/28	9/81	23	3	0/56	0/001

مندرجات جدول (۴) نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < 0/01$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (همجوشی شناختی، گسلش و افسردگی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت سه تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول (۵) درج شده است. اندازه اثر بخشی مداخله در کل پژوهش حاضر $0/56$ می‌باشد.

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون

همجوشی شناختی، گسلش و افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل						
نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معنی داری
همجوشی شناختی	۱۸۳/۰۹	۱	۱۸۳/۰۹	۶/۸۵	۰/۲۱	۰/۰۱
گسلش	۴۳۹/۴۷	۱	۴۳۹/۴۷	۱۲/۷۶	۰/۳۳	۰/۰۰۱
افسردگی	۲۳۰/۹۲	۱	۲۳۰/۹۲	۲۱/۹۲	۰/۴۶	۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول (۵) مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون برای متغیر همجوشی شناختی در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار است. ضریب اندازه اثر این متغیر نشان می‌دهد که ۲۱ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس آزمون در متغیر همجوشی شناختی مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است. تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل برای متغیر گسلش در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار است. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۳ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس آزمون از نظر متغیر گسلش مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و نهایتاً تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر افسردگی در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار است و ضریب اندازه اثر آن نشان می‌دهد که ۴۶ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس آزمون مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و همجوشی شناختی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام گرفت. این پژوهش نشان داد که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل همجوشی شناختی کاهش و گسلش افزایش یافته است. نتایج این پژوهش با یافته‌های برادران و همکاران (۱۳۹۵) و زارع بیدکی و جهانگیری (۱۳۹۷) همخوانی می‌باشد. فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمانی که لازم بود تغییر یا پافشاری نمایند. در این درمان برای کمک به همجوشی شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به این نوع اختلال از تکنیک‌هایی استفاده می‌کنند که یکی از آنها ذهن‌آگاهی است. در این تکنیک به افراد کمک می‌شود تا راهبردهای مقابله سازگاران و کمتر اجتنابی را اتخاذ نمایند. به باور هیوز (۲۰۰۵) این درمان مراجعان را تشویق می‌کند

که رابطه شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی بدانند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر منجر به تضعیف همجو شی شناختی می‌شود. همچنین باید دانست که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرد با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و فرد تشویق می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حال حرکت است با تجربیاتش به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد، این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود تلاش کند. در این درمان برای کمک به همجو شی شناختی و کاهش همجو شی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نار سایه توجه/بیش فعالی از طریق شناسایی ارزش‌های این افراد، تصریح ارزش‌های هر کدام، تصریح اهداف آن‌ها و گسلس از افکار و احساسات افسرده‌ساز کمک می‌شود تا همجو شی شناختی این افراد کاهش یابد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایه توجه/بیش فعالی موثر می‌باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های زمستانی و همکاران (۱۳۹۷) و بلکلج و هیز (۲۰۰۶) همخوان می‌باشد.

افسردگی یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات روانپزشکی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایه توجه/بیش فعالی می‌باشد (الهاداد، ۲۰۱۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است و افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، بخواهند به شیوه‌ای عمل کنند که منطبق بر ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (ایزدی و همکاران ۱۳۹۳). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلس و پذیرش و نیز بحث پیرامون ارزش‌ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی در بیماران شد. چون در این درمان به درمانجویان کمک می‌شود تا واقعیت موجود را بپذیرند، افکار خودشان را نسبت به آن مشکل مدیریت کنند و از این طریق می‌توان افسردگی را در آن‌ها کاهش داد. در این درمان هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش در نظر نگرفتن دیگر مشکلات و بحران‌های زندگی این مادران بود، همچنین به لحاظ محدودیت زمانی و اجرایی امکان پیگیری در این پژوهش وجود نداشته است و از آن‌جا که این پژوهش تنها مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایه توجه/بیش فعالی شهر یزد را مورد بررسی قرار داده است، نمی‌توان آن را به افراد و فرهنگ‌های دیگر تعمیم داد. لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مناطقی دیگر با فرهنگ‌های مختلف و بر روی مادران، پدران و سایر اعضای خانواده کودکان مبتلا به اختلال نارسایه توجه/بیش فعالی و سایر اختلالات مانند سندروم داون، اوتیسم و کم



اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و همجوشی شناختی مادران ...

توان ذهنی انجام شود تا با استفاده از نتایج حاصل بتوان یافته‌ها را مقایسه کرد. همچنین با توجه به نتایج این پژوهش و ماهیت مزمن و پایدار بیماری افراد با نیازهای ویژه پیشنهاد می‌شود سازمان آموزش و پرورش استثنایی، سازمان بهزیستی و مراکز نگهداری و توانبخشی معلولین کارگاه‌های آموزشی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای والدین و خانواده این افراد، برگزار کنند.

ملاحظات اخلاقی:

جهت رعایت اصول اخلاقی، اطلاعات افراد شرکت کننده در پژوهش محرمانه مانده و به آن‌ها این اطمینان خاطر داده شده است.

تضاد منافع:

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ گونه تعارض منافی ندارد.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگانی که در اجرای این پژوهش نقش داشته‌اند، صمیمانه قدردانی نمایند.

منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC: Author.
- Batten, A. V. (2011). *Essentials of Acceptance and commitment therapy*. Sage Publication.
- Baradaran, M., Zare, H., Alipoor, A., Farzad, V. (2016). effectiveness of Acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive fusion and physical Health Indicators in essential hypertensive patients, *Journal of Cognitive Psycholog*, 4(1).
- 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. 18-34.
- Dabson, K. S., Mohammadkhani, P., Massah Choulabi, O. (2007). *Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder*. *Archives of Rehabilitation*, 8(1), 82.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory –II. San Antonio: Psychological Corporation*.
- De Boo, G. & Prins, P. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skill training. *Clinical Psychology Review*, 27, 78-97.
- Dinis, A., Carvalho, S., Gouveia, J. P. & Estanqueiro, C. (2015). Shame Memories and Depression Symptoms: The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15, 63-86
- Elhadad, A. A. (2018). *Case-control study of depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder*. *Egypt J Psychiatr*, 39, 100-104.
- Fata L, Birashk B, Atefvahid M K, Dabson K S. (2005). Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *Iranian Journal Of Psychiatry and Clinical Psychology* (IJPCP). 11 (3) :312-326
- Forman, E. M. & Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in wo'donohue, je. Fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, Wiley*; 263-265.
- Gelder M. R. & Geddes, J. (2005). *Oxford Text Book of Psychiatry*. 1st ed. Italy: Oxford university press.
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M., Jardine, K. (2015). *Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. J Context Behav Sci*; 4, 300–314.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L. & Remington, B. (2014). *The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire*. *Behavior Therapy*, 45, 83–101.
- Gudmundsson, O. O., Walters, G. B., Ingason, A., Johansson, S., Zayats, T., Athanasiu., et al. (2019). *Attention-deficit hyperactivity disorder shares copy*

- number variant risk with schizophrenia and autism spectrum disorder*. Transl Psychiatry, 9, 258-302.
- Hayes, S. (2005). *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and third wave of behavioral and cognitive therapies*. Behavior Therapy, 35, 635-639.
 - Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
 - Hayes, S. C., Strosahl, K. D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business, Media Inc.
 - 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, 495-504.
 - Izadi, R., Neshatdust, H. T., Asgari, K., Abedi, M. R. (2014). Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder, *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 12(1).
 - Larsen Moen, O. (2014). *Everyday life in families with a child with ADHD and public health nurses' conceptions of their role*. Distribution: Karlstad University Faculty of Health, Science and Technology Department of Health Sciences.
 - Ohan, J. L., Visser, T. A., Moss, R. G. & Allen, N. B. (2013). *Parents Stigmatizing Attitudes toward Psychiatric Labels for ADHD and Depression*. Psychiatric Services, 64, 1270-1273.
 - Rowland, M. (2010). *Acceptance and commitment therapy for Non-suicidal self- injury among Adolescents*. A Dissertation Submitted to the Faculty of the Chicago School of Professional Psychology for the Degree of Doctor of Psychology.
 - Shshim, S., Mehr Angiz, L., Yousefi, F. (2007). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Group of Elementary School Children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 17(2 (Supplement)), 211-216
 - Sair, Y. B., SevinCok, D., Kutlu, A., Çakaloz, B., Levent Sevincok, L. (2019). The affective temperament traits and pregnancy-related depression in mothers may constitute risk factors for their children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 7, 1-6.
 - Shin, D. W., Stein, M. A. (2008). *Maternal depression predicts maternal use of corporal punishment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Yonsei Med J, 49, 573- 580.
 - Zare Bidaki, Z., Jahangiri M. M. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy on Psychological Flexibility among Mothers with Autistic Children. *J Arak Uni Med Sci*, 21 (7) :39-47.
 - Zare, H. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion. *Social Cognition*, 6(1), 125-134.

- Zare, H., (2014). Standardizing of the Social scale of cognitive fusion Gillanders based on Bohrnstedt model, *Social Psychology Research*, 4(15), 17.
- Zemestani, M., Gholizadeh, Z., Alaei, M. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Anxiety of ADHD Childrens' Mothers. *Psychology of Exceptional Individuals*, 8(29), 61-84.