

The Effectiveness of Parent-Child Relationship Training based on ACT on the Parent-Adolescent Conflict of Mothers with Epileptic Child

S. Joshan-Poush

Graduate student of family counseling, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman

M. Fazilat-Pour*

Assistant professor of cognitive psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman

A. Rahmati

Associate professor of family counseling, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman

Abstract:

Suffering from chronic diseases including epilepsy during adolescence is a crisis for the whole family. Among the affected areas in these families is mother-child relationship quality which necessitates special attention. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of child relationship training based on ACT on the parent-adolescent conflict of mothers with epileptic child. This study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The population included mothers with epileptic teenagers of Isfahan city. Participants recruited through convenient sampling from Esfahan Epilepsy Center. 24 mothers were selected and randomly assigned to two groups of training and control with the equal sample sizes. They completed the Conflict Tactics Scales as the pretest and posttests. The results of multivariate analysis of covariance showed a significant decrease in parent-adolescent conflict in the mean posttest in the training group as compared to the control group ($p < .05$). In addition, the findings showed a significant increase in reasoning scores ($p < .05$) and a significant decrease in the scores of verbal and physical aggression ($p < .05$). According to the findings of this study, it can be concluded that parent-child relationship training based on ACT, decreases parent-adolescent conflicts.

Keywords: parent-child relationship, acceptance and commitment therapy [ACT], conflict, epilepsy

اثربخشی آموزش روابط والد - فرزند مبتنی بر ACT بر تعارض والد - نوجوانان مادران

دارای فرزند مصروع

شریفه جوشن پوش^۱، مسعود فضیلت پور^{۲*}، عباس رحمتی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، بخش روان شناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

Sh.Joshan@gmail.com

۲- استادیار روان شناسی شناختی، بخش روان شناسی، دانشکده ایبات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

Fazilatm@uk.ac.ir

۳- دانشیار مشاوره خانواده، بخش روان شناسی، دانشکده ایبات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

Abrahmati@uk.ac.ir

چکیده

ابتلا به بیماری‌های مزمن از جمله صرع، در دوران نوجوانی، یک بحران برای کل خانواده محسوب می‌شود. از بین جنبه‌های متأثر از این بحران در خانواده می‌توان به کیفیت ارتباط والد- فرزند اشاره نمود که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی آموزش روابط والد- فرزند مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تعارض والد- نوجوانان مادران دارای فرزند مصروع در شهر اصفهان بود. طرح پژوهش مطالعه حاضر، نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل مادران دارای فرزند نوجوان مصروع شهر اصفهان بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس با مراجعه به انجمن صرع اصفهان انجام پذیرفت. ۲۴ نفر از مادران به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند و پرسش‌نامه‌ی تاکتیک‌های تعارض را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. نتایج به دست آمده نشان دادند که میزان تعارض گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون به طور معناداری کاهش یافته است، ($p < 0/05$). همچنین یافته‌ها نشان دهنده‌ی افزایش معنادار نمرات استدلال ($p < 0/05$) و کاهش معنادار نمرات پرخاشگری کلامی و فیزیکی ($p < 0/05$) بودند. بنابر نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت آموزش روابط والد - فرزند مبتنی بر ACT می‌تواند میزان تعارض والد - نوجوان را کاهش دهد.

کلید واژه‌ها: روابط والد- فرزند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعارض، صرع

*Fazilatm@uk.ac.ir

*نویسنده مسئول

مقدمه

خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی در برگیرنده‌ی بیشترین و عمیق‌ترین مناسبات انسانی است که وظایفی مانند تمامیت بخشی به جنبه‌های زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و رشد و تکامل اعضای خود را در بر می‌گیرد (افروز و ویسمه، ۱۳۸۰).

عوامل تنش‌زای متعددی می‌توانند عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار دهند که از آن جمله می‌توان به وجود بیماری مزمن در یکی از اعضای آن به ویژه فرزندان اشاره نمود. وجود یک بیماری مزمن همیشه با استرس‌هایی برای فرد بیمار و نزدیکان او همراه است. اگر بیمار، فرزند خانواده باشد؛ استرس، نگرانی‌ها و مشکلات افزایش پیدا می‌کند و والدین و نزدیکان او این فشار را احساس خواهند کرد (سیکورووا و پلوچوا^۱، ۲۰۱۴)، در نتیجه عملکرد آنها و نهایتاً عملکرد کل خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد (شارون^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). بیماری‌های مزمن با عود منظم و داشتن تأثیرات بلند مدت روی فرد مبتلا مشخص می‌شوند (وانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۲).

یکی از انواع بیماری‌های مزمن، صرع^۴ است. صرع یک بیماری مزمن و پیچیده عصب-روانشناختی با پیامدهای اجتماعی قابل توجه است که به طور جدی می‌تواند مختل کننده کیفیت زندگی افراد چه در زمان کودکی (درول و کاپلان^۵، ۲۰۰۷) و چه در بزرگسالی باشد (لاچ^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). اثری که بیماری صرع بر عملکرد خانواده بر جای می‌گذارد، از سایر بیماری‌های مزمن بیشتر است (چیو

و هسیه^۷، ۲۰۰۸). زمانی که یکی از اعضای خانواده مبتلا به صرع می‌شود، حضور وی منجر به تغییر در پویایی سیستماتیک خانواده می‌شود. با توجه به اینکه صرع یک بیماری مزمن است و فرد مصروع جهت برآوردن نیازهای خود، وابستگی‌های زیادی به اطرافیان خود دارد (بینبرگ و همکاران^۸، ۲۰۰۵) این وضعیت می‌تواند سلامت روان خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. شرم و خجالت مداوم خانواده به دلیل ابتلای یکی از اعضای آن به اختلال صرع بر الگوهای ارتباطی بین اعضای خانواده تأثیرگذار است (صفوی و همکاران، ۱۳۸۹). تعارض‌های موجود در فرایند پذیرش نوجوان مصروع بویژه از سوی والدین، کارکردهای درونی خانواده را به چالش می‌کشند و به تعامل‌های نوجوان با اطرافیان آسیب می‌رسانند. تعارض‌های شدیدتر و ناکامی‌های مرتبط با آن، موجب بروز پرخاشگری، ستیزه‌جویی و سرانجام بحران در ساختار خانواده می‌شوند (دهقان، ۱۳۸۰؛ مرادی و ثنائی، ۱۳۸۴).

سبک اعمال قدرت، کنترل همه جانبه، خودداری از به حساب آوردن نقطه نظرات نوجوانان، در دسترس نبودن والدین، وضع قانون در لحظه، انتظارات غیرواقعی، نپذیرفتن انتقاد و پیش داوری در مورد نوجوانان، موضوعاتی هستند که از نظر نوجوان باعث تعارض وی و والدینش می‌شوند (رودنبرگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۵). درحالی که در دوره نوجوانی تعارض والد-فرزند افزایش می‌یابد (استینبرگ و موریس^{۱۰}، ۲۰۰۱)، وجود یک اختلال مزمن می‌تواند نوجوان و خانواده او را در عبور موفقیت آمیز از این

¹ Sikorova & Polochova

² Sharon et al.

³ Wang et al.

⁴ Epilepsy

⁵ Drewel & Caplan

⁶ Lach et al.

⁷ Chiou & Hesieh

⁸ Beyenburg et al.

⁹ Rodenburg et al.

¹⁰ Steinberg & Morris

دوره بحرانی دچار چالش‌های مضاعف کند (هملیچ^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

صرع یک اختلال مزمن بوده و از جمله اختلالات شایع در دوران نوجوانی است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۲) به طوری که صرع فعال در ۳۲ درصد از کودکان و نوجوانان گزارش شده است (جانسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین برای حل تعارض و بهبود روابط بین والدین و نوجوانان مصروع نیاز به برنامه مداخله‌ای است که بتواند به طور مؤثر به خانواده‌ها و به والدین و نوجوانان برای بهبود رابطه و کاهش مشکلات سازگاری کمک کند. از آنجایی که اکتساب درک و پذیرشی مناسب از رفتار فرزندان، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی همدلی والدین با فرزند، افزایش ادراک درست از مشکلات فرزندان و در نتیجه کاهش تعارض والد-نوجوان شود، (بهروزی، فرزادی و فرامرزی، ۱۳۹۵)، می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله درمانی برای این گروه از مادران استفاده کرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دهه ۱۹۸۰ توسط هیز^۳ در دانشگاه نوادا مطرح و با عنوان اختصاری ACT شناخته شد. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش^۴، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه^۵ (هیز، ۲۰۰۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی بافتاری کارآمد و مبتنی بر نظریه‌ی چارچوب ارتباطی است که

مشکلات روانشناختی انسان را عمدتاً نتیجه نوعی انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌داند. این عدم انعطاف روان‌شناختی به واسطه‌ی آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ایجاد می‌شود. در این راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، وابستگی‌های مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را در بافت یک ارتباط درمانی به کار می‌گیرد تا به طور تجربی بتواند از طریق پرورش پذیرش، گسلش، ایجاد یک حس فراتجربی از خود، افزایش ارتباط با لحظه‌ی اکنون، ارزش‌ها و ارائه الگوهای خوب از اقدامات متعهدانه‌ی مرتبط با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری در فرد ایجاد کند. این روش درمانی برای ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی از پذیرش و فرآیندهای توجه آگاهی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار استفاده می‌کند (کمالی و کیان راد، ۱۳۹۴).

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که این درمان بر بهبود ارتباط والد-نوجوان و تنظیم احساسات (مورل و همکاران^۶، ۲۰۰۹)؛ کاهش پریشانی روان‌شناختی والدین (براون^۷ و همکاران، ۲۰۱۵؛ اُبرین^۸ و مورل، ۲۰۱۱)، افزایش ذهن آگاهی و کاهش تعارضات والدین و نوجوانان (گریکو^۹ و ایفرت^{۱۰}، ۲۰۰۴) و درمان انواع صرع مقاوم به درمان (دهارست^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵؛ لاندگرن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۸) مؤثر است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شده (امیدیان، ربیعی و حسن زاده، ۱۳۹۴)

⁶ Murell et al.

⁷ Brown

⁸ O'Brien

⁹ Greco

¹⁰ Effert

¹¹ Dewhurst et al.

¹² Lundgren et al.

¹ Heimlich et al.

² Jonsson et al.

³ Hayes

⁴ Defusion

⁵ Committed Action

روش پژوهش

طرح پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه‌ی مادرانی بود که فرزند نوجوان مصروع داشتند و در شهر اصفهان زندگی می‌کردند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس با مراجعه به انجمن صرع اصفهان انجام پذیرفت. از بین مادرانی که عضو انجمن صرع اصفهان بودند، ۲۴ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل این موارد بود؛ مادرانی که فرزند مبتلا به صرع دارند و سن فرزند آن‌ها بین ۱۶-۱۲ سال باشد، کسب نمره‌ی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در مقیاس تاکتیک‌های تعارض^۱، نداشتن تشخیص اختلال روانشناختی شدید در فرزندان، تمایل و همکاری والدین جهت شرکت در جلسات. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل وجود اختلال روانشناختی شدید در فرزندان، داشتن بیماری جسمی شدید علاوه بر صرع، داشتن بیش از دو جلسه غیبت در جلسات درمانی و ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها، بودند. گروه آزمایش، مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۶ جلسه‌ای ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. گروه کنترل، در انتظار درمان مانده و پس از پایان مطالعه، مداخله را دریافت نمود (جدول ۱). پس از پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

و نوجوانان بعد از گذراندن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرخاشگری کمتری نشان می‌دهند (نساج، ۱۳۹۳؛ محمدی، ۱۳۹۳).

با رسیدن کودکان مصروع به مرحله‌ی نوجوانی، والدین و فرزندان با چالشی مضاعف رو به رو می‌شوند. از یک سو نوجوانی به همراه تغییرات طبیعی این مرحله آن‌ها را غافلگیر می‌کند و از سویی دیگر، با تغییرات غیرطبیعی و اختلال صرع دست به گریبان می‌شوند. این دو عامل نه تنها باعث بروز تعارض والد-فرزند می‌شوند بلکه تنش موجود در خانواده را نیز افزایش می‌دهند. بنابراین با توجه به کیفیت زندگی خانواده‌های دارای فرزند مصروع و نقش ویژه مادران برای برقراری ارتباط مؤثر با فرزندان، مطالعه حاضر برآن بود تا اثربخشی مداخله به روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر میزان تعارض والد-فرزند بررسی نماید. در این پژوهش فرضیه‌های ذیل مطالعه شد.

فرضیه اول: آموزش روابط والد-فرزند مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان تعارض والد-نوجوان مؤثر است.

فرضیه دوم: آموزش روابط والد-فرزند مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان استدلال والد-نوجوان مؤثر است.

فرضیه سوم: آموزش روابط والد-فرزند مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان پرخاشگری کلامی والد-نوجوان مؤثر است.

فرضیه چهارم: آموزش روابط والد-فرزند مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان پرخاشگری فیزیکی والد-نوجوان مؤثر است.

¹ Conflict Tactics Scales

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات آموزش روابط والد فرزند مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسه	شرح مختصر جلسات
مقدماتی	معرفی اعضا، بیان انتظارات اعضا، بیان اهداف اعضا و رهبر گروه، معرفی کار، معرفی هنجارهای گروه، اجرای پیش آزمون
جلسه‌ی اول	استفاده از استعاره کامپیوتر و اشاره به ساختار خانواده و رفتارها و مشکلات فرزندان.
جلسه‌ی دوم	بیان قوانین خانواده (خواب، تغذیه، تفریح، ارتباط، وظایف، جایگاه اعضای خانواده)
جلسه‌ی سوم	توضیح درباره انواع والدین (والدین احساساتی، منطقی و خردمند)، استعاره جزیره و مشخص کردن رفتارهای جزیره‌ای والدین (داد زدن، تسلیم شدن و منصرف شدن).
جلسه‌ی چهارم	بیان ویژگی‌های والدین خردمند و عاشق که شامل آشنایی، آگاهی، آزادی و آمادگی است.
جلسه‌ی پنجم	استفاده از مثال سیسمونی، ارائه ۱۰ گام برای رسیدن به ویژگی‌های والدین خردمند.
جلسه‌ی ششم	استفاده از مثال خانه ۵۰ متری، شناخت موانع رسیدن به ویژگی‌های والدین خردمند.

ابزار پژوهش

حداقل و حداکثر برای زیر مجموعه‌ها، ۵ تا ۲۵ و نمره کل بین ۱۵ تا ۷۵ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی استفاده‌ی بیشتر از یک تاکتیک به خصوص است.

پایایی برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس‌های استدلال، ۰/۷۰، پرخاشگری کلامی ۰/۷۴ و برای پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۱ به دست آمده است (مرادی و ثنائی، ۱۳۸۴). روایی محتوایی این مقیاس در پژوهش زابلی (۱۳۸۳) و مرادی و ثنائی (۱۳۸۴) تأیید شده است.

نتایج

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

مقیاس تاکتیک‌های تعارض (اشتراس^۱، ۱۹۹۰) دارای ۱۵ سوال است که برای سنجش سه تاکتیک حل تعارض یعنی استدلال^۲، پرخاشگری کلامی^۳ و خشونت^۴ بین اعضای خانواده تدوین شده است. پرسش‌ها، گویای رفتاری است که فرد در شرایط تعارض با اعضای خانواده به آن‌ها دست می‌زند. نمرات آن تعداد دفعاتی است که رفتار مورد نظر در سال گذشته رخ داده است. پنج سوال اول، استدلال؛ پنج سوال دوم، پرخاشگری کلامی و پنج سوال سوم، پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجند. پنج سوال مربوط به زیر مقیاس استدلال، به طریقه‌ی معکوس (خیلی کم=۵ و خیلی زیاد=۱) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی بالا در این زیرمقیاس نشان‌دهنده‌ی تعارض و استفاده‌ی کمتر از راهبردهای استدلال است. سوالات زیرمقیاس‌های پرخاشگری کلامی و فیزیکی به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات

1 Straus
2 Reasoning
3 Verbal aggression
4 Violence

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کل و خرده مقیاس‌های متغیرهای پژوهش دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعارض	آزمایش	۶۵/۳۳	۲۲/۰۸	۳۸/۹۲	۱۶/۵۷
	کنترل	۶۴/۱۷	۱۶/۰۲	۶۸/۶۷	۱۳/۵۵
استدلال	آزمایش	۲۶/۶۷	۸/۳۸	۱۹/۸۳	۷/۷۹
	کنترل	۲۹/۷۵	۸/۵۷	۳۱/۰۸	۸/۲۵
پرخاشگری کلامی	آزمایش	۲۲/۶۷	۷/۴۸	۱۳/۹۲	۷/۸۴
	کنترل	۲۰/۷۵	۶/۵۳	۲۳/۷۵	۵/۱۹
پرخاشگری فیزیکی	آزمایش	۱۵/۰۸	۱۰/۸۰	۴/۵۸	۵/۱۶
	کنترل	۱۳/۶۷	۴/۰۳	۱۳/۸۳	۳/۳۲

افزایش مهارت استدلال در گروه مورد مطالعه است. میانگین‌های دیگر زیرمقیاس‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آمده‌اند. پیش از تحلیل استنباطی یافته‌ها، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس، بررسی شدند. آزمون شاپیرو-ویلک، بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات و آماره لون نشان دهنده تساوی واریانس‌های دو گروه بودند، ($p > 0/05$). (جدول ۳ و جدول ۴).

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات تعارض گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۶۵/۳۳ و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۶۴/۱۷ است. در حالی که در پس‌آزمون میانگین نمرات تعارض گروه آزمایشی ۳۸/۹۲ و این میانگین در گروه کنترل ۶۸/۶۷ بوده است. لازم به ذکر است به دلیل نمره‌گذاری معکوس خرده مقیاس استدلال، کاهش نمرات در این زیرمقیاس به معنای

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	گروه	آماره	DF	معناداری
تعارض	آزمایش	۰/۹۰	۱۲	۰/۱۸
	کنترل	۰/۹۶	۱۲	۰/۷۷

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه

متغیر	گروه	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تعارض	پیش‌آزمون	۲/۶۱	۱	۲۲	۰/۱۲
	پس‌آزمون	۰/۰۵	۱	۲۲	۰/۸۱

بر درمان پذیرش و تعهد بر میزان تعارض والد-نوجوان مصروع با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

با توجه به رعایت مفروضه‌ها، داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مداخله و کنترل با هدف تعیین اثربخشی برنامه‌ی آموزش روابط والد-فرزند مبتنی

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تأثیر عضویت گروهی بر متغیرهای وابسته

شاخص	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۲۴	۱۷/۵۴	۳	۰/۰۰۱**	۰/۷۵	۱

* $p < 0/05$, ** $p < 0/01$

متغیره نشان داد که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۷۵ درصد است، یعنی ۷۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات مؤلفه‌های تعارض مربوط به تأثیر عضویت گروهی است. توان آماری نزدیک به یک نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

همان طوری که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، سطوح معنی داری همه‌ی آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته، میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون کاهش داده است، ($p < 0/01$). نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در رابطه با تأثیر درمان ACT بر نمرات تعارض والد - نوجوان و خرده

مقیاس‌های آن

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تعارض	پیش آزمون	۶۹۳۸/۱۷	۱	۶۹۳۸/۱۷	۶۹/۳۰	۰/۰۰۱**	۰/۷۶	۰/۹۹
	گروه	۵۵۹۴/۹۹	۱	۵۵۹۴/۹۹	۱۰۰/۲۱	۰/۰۰۱**	۰/۸۲	۱
	خطا	۱۹۰۳/۷۰	۱۸	۹۰/۶۵				
استدلال	پیش آزمون	۴۲۶/۶۹	۱	۴۲۶/۶۹	۱۸/۲۸	۰/۰۰۱**	۰/۴۹	۰/۹۸
	گروه	۵۲۸/۴۴	۱	۵۲۸/۴۴	۲۲/۶۵	۰/۰۰۱**	۰/۵۴	۰/۹۹
	خطا	۴۴۳/۲۷	۱۹	۲۳/۳۳				
پرخاشگری کلامی	پیش آزمون	۲۱۰/۵۹	۱	۲۱۰/۵۹	۱۳/۲۱	۰/۰۰۱**	۰/۴۱	۰/۹۳
	گروه	۶۶۸/۱۳	۱	۱۳/۶۶۸	۴۱/۹۱	۰/۰۰۱**	۰/۶۸	۱
	خطا	۳۰۲/۸۵	۱۹	۱۵/۹۴				
پرخاشگری فیزیکی	پیش آزمون	۱۳۹/۸۸	۱	۱۳۹/۸۸	۱۱/۹۹	۰/۰۰۱**	۰/۳۸	۰/۹۰
	گروه	۴۸۶/۶۳	۱	۴۸۶/۶۳	۴۱/۷۱	۰/۰۰۱**	۰/۶۸	۱
	خطا	۲۲۱/۶۳	۱۹	۱۱/۶۶				

تفاوت واریانس‌های نمرات تعارض را تبیین می‌کند. توان آماری ۱ بیانگر دقت آماری بالای این آزمون و کافی بودن حجم نمونه است. لذا فرضیه اول در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تعارض والد - نوجوان تأیید می‌شود (جدول ۶).

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با کنترل اثر نمرات پیش آزمون، بین میانگین تعدیل شده میزان تعارض دو گروه بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود، میزان تأثیر نیز بیانگر آن است که عضویت گروهی در مرحله‌ی پس‌آزمون ۸۲ درصد از

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که با کنترل اثر نمرات پیش آزمون، بین میانگین تعدیل شده میزان استدلال، پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی دو گروه بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود، ($p < 0/05$). میزان تأثیر برای نمرات استدلال، پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی به ترتیب برابر است با ۵۴، ۶۸ و ۶۸ درصد. لذا فرضیه‌های دو، سه و چهار به ترتیب در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان استدلال، پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی والد-نوجوان تأیید می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش روابط والد-فرزند مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تعارض والد-نوجوان انجام شد و نتایج به دست آمده نشان داد که این مداخله بر کاهش میزان تعارض مادران با فرزندان نوجوان مبتلا به صرع مؤثر است.

نتایج این پژوهش همسو با مطالعات قبلی است که از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود ارتباطات والد-نوجوان، تنظیم احساسات (مورل و همکاران، ۲۰۰۹؛ کوین و همکاران، ۲۰۰۹) و کاهش پریشانی روان‌شناختی والدین (براون و همکاران، ۲۰۱۵) حمایت کرده‌اند. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر در راستای یافته‌های قبلی است که نشان داده‌اند ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مداخلات آموزش مدیریت رفتار^۱ با هدف کاهش تعارضات والدین و نوجوانان، موجب افزایش ذهن آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، انجام رفتارهای

سازنده‌تر در جهت ارزش‌ها و نیز کاهش تعارضات والدین و نوجوانان می‌شود (گریکو و ایفرت، ۲۰۰۴). اجتناب تجربه‌ای در مادران فرزندان مبتلا به صرع، موجب احساس افسردگی، کنترل کمتر در نقش مادری، نظم و انضباط متناقض و نظارت ضعیف می‌شود (کوین و تامپسون^۲، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌شود؛ بدین معنی که هر گونه تلاش برای کنترل تجارب درونی کاهش می‌یابد. پیامد آن نیز افزایش پذیرش محتوای ذهن از طریق تکنیک‌های مرتبط با گسلش است که کاهش میزان تعارض بین مادران و فرزندان نوجوان را در پی داشته است. علاوه بر این یکی از علل تعارض والد-فرزند، نگرانی والدین درباره‌ی آینده فرزندان خود است. از آنجایی که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از علل آسیب‌شناسی روانی، عدم تمرکز بر زمان حال است، از طریق به‌کارگیری این رویکرد، تمرکز بر زمان حال افزایش یافته که به تبع آن میزان تعارض نیز کاهش یافته است.

آنچه در ارتباط با گروه مورد مطالعه باید مورد توجه قرار گیرد این است که در دوره‌ی نوجوانی، والدین و فرزندان بیشترین میزان تعارض را تجربه می‌کنند. تعارض بیشتر، زمانی رخ می‌دهد که تمایل نوجوان برای آزادی در تقابل با رفتارهای کنترل‌گر والدین قرار می‌گیرد (لارسن^۳، ۱۹۹۵). افزون بر این، وجود اختلال صرع سبب می‌شود که مادران به طور افراطی از نوجوان حمایت کنند که این موضوع در احساس استقلال و خودمختاری نوجوان مصروع، اختلال ایجاد کرده و موجب تعارض می‌شود. لذا، این

² Thompson

³ Laursen

¹ Behavior Management Training (BMT)

می‌یابد، از درگیر شدن در افکار و احساسات رهایی می‌یابد؛ در نتیجه راه‌حل‌های مؤثرتری ارائه می‌دهد.

پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی (امیدیان، ربیعی و حسن زاده، ۱۳۹۴) و دختران نوجوان می‌شود (نساج، ۱۳۹۳). به نظر می‌رسد پرخاشگری کلامی مادران راهی برای اجتناب تجربه‌ای است به این معنی که فرد با بروز اولین نشانه‌ی تعارض در راستای کنترل و یا اجتناب از محتوای ذهن خود، یک رفتار فوری و تکانشی از جمله پرخاشگری کلامی نشان می‌دهد؛ بنابراین، مداخله یاد شده با استفاده از تکنیک‌های پذیرش و گسلش به افراد برای پذیرش تجارب درونی کمک کرده است و این امر در کاهش میزان پرخاشگری کلامی درمانجویان مؤثر بوده است. در این پژوهش، مادران دارای فرزند مصروع، دائماً درگیر افکار مرتبط با بیماری فرزندشان بودند و به دلیل عدم وجود راهی برای تخلیه‌ی تنش‌ها و ناراحتی‌های خود، آن را به صورت پرخاشگری کلامی ابراز می‌کردند. در واقع مادران درگیر در اجتناب تجربه‌ای می‌شدند و با بروز پرخاشگری کلامی در حال پاسخگویی به محتوای ذهن خود بودند. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آنان کمک کرد تا در پذیرش محتوای ذهنشان توانمند شوند.

سرانجام یافته‌های این پژوهش نشان دادند که میزان پرخاشگری در روابط والد-فرزندی بدنبال مداخله انجام شده، کاهش یافته است. این یافته در راستای مطالعات قبلی است که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان پرخاشگری نوجوانان پسر بزهکار مؤثر است (محمدی، ۱۳۹۴) و

نتیجه‌گیری منطقی به نظر می‌رسد که جلسات درمانی، به مادران کمک نموده تا در ارتباط با صرع فرزندشان، به مرحله‌ی بالاتری از پذیرش افکار و احساسات برسند و حمایت‌های افراطی و نگرانی‌های غیرواقع‌بینانه در آنان کاهش یابد. هم‌چنین مطرح کردن بحث ارزش‌ها، مادران را ترغیب کرد تا درباره ویژگی‌های مرحله‌ی نوجوانی و اختلال صرع اطلاعات بیشتری به دست آورند. به نظر می‌رسد عوامل مذکور در کاهش تعارض مادران و فرزندانشان مصروع آنان مؤثر بوده است.

لازم به توضیح است پس از بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که تأثیر این نوع مداخله را بر میزان استدلال والدین بررسی کرده باشد، یافت نشد. با این حال مطالعه حاضر همسو با یافته‌های قبلی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب بهبود ارتباطات والد-نوجوان شده (مورل و همکاران، ۲۰۰۹) و بهبود عملکرد خانواده را پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (براون و همکاران، ۲۰۱۵) به همراه دارد.

یکی از ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عمل متعهدانه است که به معنای تعریف کردن اهداف در حوزه‌های خاص، در طول مسیر ارزش‌های فرد و سپس عمل به این اهداف و پیش‌بینی کردن و آمادگی داشتن برای موانع روان‌شناختی است. اختلال صرع به دلیل ویژگی‌هایی مانند مزمن و طولانی مدت بودن، عملکرد خانواده را در زمینه‌ی حل مسئله مختل می‌کند. به نظر می‌رسد علت افزایش نمرات استدلال مادران، تصریح ارزش‌ها و ترغیب ایشان به اقدام و یادگیری مهارت‌های حل تعارض و مهارت‌های گفتگوی مؤثر باشد. هم‌چنین زمانی که فرد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست

بودند، قدری احتیاط در تعمیم نتایج لازم است و بهتر است مطالعات مشابه با حجم نمونه بزرگ تری تکرار شوند.

همچنین، براساس یافته‌ها، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را با جلسات فرزندپروری ادغام نمایند. این پژوهش را برای پدران دارای فرزند مصروع، نوجوانان مصروع ارائه نمایند. به علاوه بهتر است جلسات به صورت جداگانه برای دختران و پسران نوجوان اجرا شوند.

تشکر و قدردانی

در پایان از جناب آقای شیاسی و سرکار خانم دکتر عظیمی و کلیه کارکنان انجمن و شرکت کنندگان در این پژوهش، کمال قدردانی و تشکر را داریم.

منابع

افروز، غ. و ویسمه، ع. (۱۳۸۰). بررسی رابطه میزان افسردگی فرزندان پسر جانبازان و نحوه ارتباط با پدرانشان. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۲(۳۱)، ۳۵-۵۰.

امیدیان، م.، ربیعی، م. و حسن زاده، ر. (۱۳۹۴). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر دبیرستانی، *اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران، تهران، انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین*.

بهروزی، ن.، فرزادی، ف. و فرامرزی، ح. (۱۳۹۵). رابطه علی خشونت فیزیکی و عاطفی والدین با مدیریت خشم و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان

انجام رفتارهای سازنده‌تر والدین در جهت ارزش‌ها را در پی دارد (گریکو و ایفرت، ۲۰۰۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی دیگر از ابعاد رویکرد پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌هاست. ارزش‌ها، تقویت کننده‌های درونی هستند که مسیری منتخب برای رفتارها و اعمال فرد فراهم می‌آورند (ویلسون^۱ و دافرنه^۲، ۲۰۰۹) و فرد را برای رو به رو شدن با موقعیت‌های مختلف از جمله موقعیت‌های استرس‌زا آماده می‌کنند. در این پژوهش با تصریح ارزش‌های مادران، آن‌ها بر غیر مؤثر بودن پرخاشگری فیزیکی به عنوان راهی برای رسیدن به ارزش‌ها پی بردند که منجر به کاهش این رفتار در آنان شد. علاوه بر این در گروه مورد مطالعه، آمیختگی شناختی با افکار منفی در زمینه‌ی والدگری، سبب الگوی فرزند پروری ناکارآمد در برابر نافرمانی فرزند شده بود؛ بدین صورت که والدین برای مطیع کردن نوجوانان، شدت عمل بیشتری نشان می‌دادند. رهایی از آمیختگی شناختی با استفاده از تکنیک‌های گسلش امکان‌پذیر شد که نهایتاً کاهش پرخاشگری فیزیکی را در پی داشت. بنابراین طبق آنچه ذکر شد آموزش روابط والد-فرزند مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد می‌تواند میزان تعارض والد-نوجوان را کاهش دهد.

این پژوهش، مانند مطالعات مشابه با محدودیت‌هایی روبرو بوده است که از جمله می‌توان به محدود شدن مشارکت‌کنندگان در مطالعه مادران اعضای انجمن صرع شهر اصفهان اشاره نمود. بنابراین، بهتر است در تعمیم نتایج به همه مصروعین شهر اصفهان احتیاط شود. با توجه به تعداد نسبتاً پایین افراد گروه مداخله و کنترل که هر کدام ۱۲ نفر

¹ Wilson

² DuFrene

دختران نوجوان دختر راهنمایی شهرستان نجف آباد. پایان نامه ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد.

Beyenburg, S., Mitchell, A., Schmidt, D., Elge, C., & Ereuber, M. (2005). Anxiety in patient with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behavioral*, 7 (2): 161-71.

Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following pediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73 (2015): 58-66.

Chiou, H. H., & Hesieh, L. P. (2008). Parenting stress in parents of children with epilepsy and asthma. *Journal Child Neurol*, 23(3): 301-306.

Coyne, L. W., & Murell, A. R. (2009). *The joy of parenting: An acceptance and commitment therapy guide for effective parenting in the early years*. Oakland, CA: New Harbinger.

Coyne, L., & Thompson, A. (2011). Maternal depression, locus of control, and emotion regulatory strategy as predictors of child internalizing problems. *Journal of Children & Family Studies*, 20 (6): 873-883.

Dewhurst, E., Novakov, B., & Reuber, M. (2015). A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, (46): 234-241.

Drewel, E. H., & Caplan, R. (2007). Social difficulties in children with epilepsy: Review and treatment recommendations. *Expert Rev Neurother*, 7(7):865-73.

Greco, L. A., & Effert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Journal of Cognitive and Behavior in Clinical Psychology*, 11 (3): 305-314.

مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری رابطه والد - فرزند و همدلی. فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳(۳)، ۴۳-۵۸.

دهقان، ف. (۱۳۸۰). مقایسه تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق با زنان مراجعه‌کننده برای مشاوره زناشویی غیر متقاضی طلاق. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

زابلی، پ. (۱۳۸۳). سنجش سودمندی روش نمایش‌گری در بهبود مهارت‌های رفع تعارض دختران با مادران دانش‌آموز سال اول دبیرستان‌های منطقه ۲ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه خاتم.

صفوی م.، پارسانیا، ز. و احمدی، ز. (۱۳۸۹). بررسی سلامت روان و شیوه‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع مراجعه‌کننده به انجمن صرع ایران. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۰(۳)، ۱۹۴-۱۹۸.

کمالی، س و کیان‌راد، ن. (۱۳۹۴). اکت در عمل. مفهوم پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد. تهران: انتشارات ارجمند.

محمدی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش پرخاشگری در نوجوانان پسر بزه‌کار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مرادی، ا. و ثنائی، ب. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر تعارض والد - فرزند در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم.

نساج، ن. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و عزت نفس

- O'Brien, K., & Murell, A. (2011). *Evaluating the effectiveness of a parent training protocol based on an acceptance and commitment therapy philosophy of parenting*. (Unpublished doctoral dissertation. University of North Texas).;
- Rodenburg, R., Jan Stams, G., Meijer, A. M., Aldenkamp, A. P., & Deković, A. (2005). Psychopathology in Children with Epilepsy: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (6): 453-468.
- Sharon, D., Heyman, I., & Goodman, R. (2003). A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45 (5): 292-295.
- Sikorová, L., & Polochová, M. (2014). Coping strategies of family with a chronically ill child. *KONTAKT*, 16 (1): 31-38.
- Steinberg, L. & Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52 (1): 83-110.
- Straus, M. A. (2007). Conflict tactics scales. *Encyclopedia of domestic violence*, 190-197.
- Wang, J., I., Wang, Y. I., Wang, L., I., Hui, X., u., & Zhang, X. (2012). A comparison of quality of life in adolescents with epilepsy or asthma using the Short-Form Health Survey. *Epilepsy Research*, 10(1): 157-165.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4): 639-665.
- Heimlich, T. E., Westbrook, L. E., Austin, J. K., Cramer, J. A., & Devinsky, O. (2000). Brief Report: Adolescents' Attitudes Toward Epilepsy: Further Validation of the Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS). *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (5): 339-345.
- Jonson, P., Jonson, B., & Eeg-Olofsson, O. (2014). Psychological and social outcome of epilepsy in well-functioning children and adolescents. A 10-year follow-up study. *European Journal of Pediatric Neurology*, 18 (3): 381-390.
- Lach, L., M., Elliot, I., Giecko, T., et al. (2010). Patient-reported outcome of pediatric epilepsy surgery: social inclusion or exclusion as young adults. *Epilepsia*, 51(10): 2089-97.
- Laursen, B. (1995). Conflict and social interaction in adolescent relationship. *Journal of Research on Adolescence*, 5 (1): 55-70.
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L. & Kies, B. (2006). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for Drug Refractory Epilepsy: A Randomized Controlled Trial in South Africa-A Pilot Study. *Epilepsia*, 47 (12): 2173-2179.
- Murell, A. R., Schmalz, J., Mitchell, P. R., & Laborede, C. T. (2009). Parent Action: Acceptance and Commitment Training for Parents. *Paper presented at Association for Behavior Analysis Annual Convention*, Phoenix, AZ, may.