

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان ADHD

اعظم السادات موسوی تابشیان^۱، هیمن محمودفخه^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان ADHD انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در یک پژوهش نیمه تجربی، ۲۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به مرکز آشیان در شهرستان مهاباد، در سال ۱۳۹۵ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰) جایگزین شدند. گروه مداخله با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته: نتایج نشان داد: ۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان ADHD مؤثر است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمامی خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی معنی‌دار بوده است ($P < 0/05$) به‌غیر از خرده مقیاس خودمختاری و روابط مثبت.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان ADHD استفاده نمود.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، مادران کودکان ADHD

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱- گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

^۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسئول) hemanpsycho@yahoo.com

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی - نارسایی توجه شایع‌ترین اختلال روانی در میان کودکان است و تأثیر منفی قابل‌توجهی در بهداشت روانی جامعه محسوب می‌شود و تشخیص آن از سال ۱۹۹۰ به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (ناس و لونتال^۱، ۲۰۱۱). برای این اختلال سه‌طبقه در نظر گرفته شده که شامل نوع عمدتاً بی‌توجه، نوع عمدتاً تکانش‌گر و نوع مرکب است (کوگان، بایرد، پوپا، وگنر و تام^۲، ۲۰۱۶). علائم این بیماری شامل ناتوانی در توجه و تمرکز، حواس‌پرتی و تکانش‌گری است. این کودکان قادر به کنترل فعالیت‌های خود نیستند، آرام و قرار ندارند، بیش‌ازحد جنب‌وجوش دارند و دائم در حال حرکت هستند نمی‌توانند آرام بازی کنند و اغلب در دست‌ها و پاها حالت بی‌قراری دارند. همچنین اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌تواند بر کارکردهای کودک در زمینه‌های تحصیلی، ارتباط با همسالان در مدرسه اثرگذار باشد (پاندیر، نگارکار و پاندا^۳، ۲۰۰۷). علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی غالباً پیش از هفت، سالگی شروع می‌شود و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد طبیعی باشد (بخشی، نجاتی، رضایی و حکمتی، ۱۳۹۰). سلامت روان یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه مؤثر است و از جمله کلیدی‌ترین مفاهیم روان‌شناختی است که کیز^۴ آن را ترکیبی از احساسات مثبت و عملکرد مثبت تعریف کرده است (بهرامی، رضا پور، ۱۳۸۹). خانواده یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی است که می‌تواند نیازهای انسان را ارضاکند. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا باهم و کمک به استقلال کودکان است (نریمانی، آقا محمدیان، رجبی، ۱۳۸۶). تحقیقات پژوهشی نشان داده است که کودکان ADHD فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهند (شکوهی یکتا و زمانی، ۱۳۹۱). افسردگی، اضطراب و محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم‌کفایت در تربیت فرزند، دلبستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، بالاتر رفتن میزان طلاق و ازهم‌گسیختگی روابط خانوادگی منجر شود (هوشور، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸). بنابراین، این اختلال نه‌تنها فرد، بلکه نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده (ساندرز، بور و موراسک^۵، ۲۰۰۷). و بهزیستی روان‌شناختی اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجایی که خانواده به‌عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای کودکان ADHD محسوب می‌شود، نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری و اختلالات عاطفی ناشی از آن تأثیر ویژه‌ای بر این کودکان دارد. یکی از مؤلفه‌های مهم بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان «ارزیابی‌های شناختی و مؤثر زندگی» تعریف شده است. این ارزیابی علاوه بر قضاوت‌های شناختی، شامل واکنش‌های هیجانی به وقایع و رضایت از زندگی نیز می‌شود. بنابراین بهزیستی یک مفهوم کلی است که شامل تجربه هیجان‌های خوشایند، سطوح پایین خلق منفی و رضایت بالا از زندگی است (دینر، اوشی و لوکاس^۶، ۲۰۰۳؛ به نقل از طاهری و همکاران، ۱۳۹۲). بهزیستی روان‌شناختی عاملی است که در صورت

¹ - NAS and Leonthal

² Cogan, Byrd, Popa, Wagner and Tom,

³ Pandier, Pengas and Pandas

⁴ Keys

⁵ Sanders, M. R., Bor, W., & Morawsk, A

⁶ : Diner, Oishi & Lucac

کاهش ممکن است فرد دچار مشکلات روانی مانند احساس تنهایی، انزوا و افسردگی در زندگی شود. اصطلاح «بهبودی روان‌شناختی» یک مفهوم چندبعدی است که علاوه بر فقدان بیماری، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در برمی‌گیرد. ریف (۱۹۸۹) الگوی بهزیستی روان‌شناختی را ارائه نموده است. بر اساس این الگو، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد فردی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (ریف^۱، ۱۹۸۹؛ ریف و کیز، ۱۹۹۵ به نقل از حاتملوی سعدآبادی و هاشمی نصرت آباد، ۱۳۹۱). امروزه مجموعه‌ای از رویکردهای درمانی در جهت حل مشکلات مزمن طراحی شده‌اند که «رفتاردرمانی موج سوم» نام‌گذاری شده‌اند. یکی از این رویکردهای درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا (ACT) نوعی از تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی بکار می‌رود. این روش یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در هم می‌آمیزد. در مجموع می‌توان گفت یکی از اهداف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ به عبارت دیگر به بیمار کمک می‌کند، تا خود را از چرخه اجتناب و همجوشی شناختی خارج نماید (هیز و استورسال^۲، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، شناخت ارزش‌ها و عمل متعهد (محمدی، ارشدی، فرزاد و صالحی، ۱۳۹۵). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (انوری، ۲۰۱۳). بایکان به نقل از کوستاک (۲۰۱۳) طی تحقیقات خود دریافت که رضایت از زندگی والدین کودکان دچار بیماری‌های مزمن، از والدین کودکان عادی پایین‌تر است. از آنجایی که خانواده به‌عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای بیماران و مبتلایان به اختلالات روانی محسوب می‌شود، نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری و اختلالات عاطفی ناشی از آن تأثیر ویژه‌ای در امر مراقبت از بیمار دارد. بنابراین با توجه به اینکه مادران کودکان ADHD نقش همراهی مراقبتی بالایی را بر دوش دارند این پژوهش به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش را بر بهزیستی روان‌شناختی کودکان مبتلا به ADHD پرداخت است تا به این مهم برسد که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به ADHD مؤثر است

¹ : Ryff

² : Strosahl

روش پژوهش

این تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، والدین کودکان بیش‌فعالی بودند که از طریق اداره آموزش و پرورش به موسسه آشیان (شهرستان مهاباد و حومه در سال ۱۳۹۵ معرفی شده بودند که بر اساس دفتر ثبت موسسه ۲۷ نفر بود. در این تحقیق ۲۰ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شد روش نمونه‌گیری نیز به‌صورت تصادفی بوده. بنابراین برای هر گروه ۱۰ نفر در نظر گرفته شد یعنی ۱۰ نفر گروه درمان پذیرش و تعهد، و ۱۰ نفر گروه کنترل را تشکیل دادند. ابزار پژوهش مقیاس بهزیستی روان‌شناختی است که در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را در برمی‌گیرد. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف نمره ۱، تا حدی مخالف نمره ۲، کمی مخالف نمره ۳، کمی موافق نمره ۴، تا حدی موافق نمره ۵ و کاملاً موافق نمره ۶) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. چهل و هفت سؤال مستقیم و سی و هفت سؤال به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. لیندفورس، برنتسون و لندبرگ (۲۰۰۶) دامنه ضریب ثبات درونی را برای ابعاد مختلف مقیاس ریف بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۰ گزارش نمودند. همچنین ریف (۱۹۸۹) در پژوهشی برای بررسی پایایی این ابزار، از آلفای کرونباخ بهره گرفت. آلفای به‌دست‌آمده برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است (۲۰). پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:

جدول ۱. محتویات جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکل زیر اجرا شد.

جلسه اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: به‌موقع آمدن- عدم غیبت (وقت‌شناسی) انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و شرح رابطه درمانی و اجرای پرسشنامه جمعیت‌شناختی و اجرای پیش‌آزمون.
جلسه دوم	بررسی خلاصه جلسه قبل؛ صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را صرفاً مشاهده کنند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار؛ ارائه‌ی تکنیک‌هایی برای ایجاد گسلش بین ذهن قصه‌گو و ذهن چسبنده (شامل تکنیک تلویزیون، استعاره سیلاب، قطار، ابر، به سخره گرفتن محتویات ذهن قصه‌گو، خواندن محتوای ذهن قصه‌گو)؟
جلسه سوم	معرفی ارزش‌های جهان‌شمول و شرح تفاوت ارزش و هدف و تعیین اولویت‌بندی ارزش‌ها. درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوی مناسب با ارزش‌ها با استفاده از استعاره تصویر کاریکاتوری، تغییر دکوراسیون منزل. تعیین دو ارزش به‌عنوان هدف برای اعمال کار روی آن‌ها در خلال یک هفته
جلسه چهارم	بررسی تکالیف مرتبط با ارزش‌ها؛ آموزش اصل پذیرش با استفاده از استعاره خوردن یک سیب؛ ارائه تکالیف در مورد دو ارزش دیگر به‌صورت تراکمی.

جلسه‌ی پنجم	بررسی تکالیف و اضافه کردن دو مورد از ارزش‌ها به صورت تراکمی برای افزایش عملکرد متعهدانه؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی (انجام کارهای روزمره با تمام وجود، پیاده‌روی روزانه به طریق ذهن آگاهی).
جلسه‌ی ششم	پیگیری تکالیف مرتبط با ارزش‌ها و اضافه کردن دو ارزش دیگر برای کار، بررسی تکالیف مرتبط با مایندفولنس (ذهن آگاهی) و شفاف سازی نکات تاریک.
جلسه‌ی هفتم	بررسی تکالیف مربوط به ارزش‌ها و افزودن دو ارزش باقیمانده به برنامه آموزشی و ارائه تکلیف در خصوص آن و توضیح اینکه تمام اعمال انجام شده در خصوص ارزش‌ها نوعی عملکرد متعهدانه بودند.
جلسه‌ی هشتم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام آموزش، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه و اجرای پس‌آزمون.
<p>روش اجرا مداخله بدین شکل بوده: ابتدا خود را به آزمودنی‌ها معرفی و پس از توضیحات کامل و روشن در مورد اهداف و روش انجام پژوهش و تأکید در خصوص بی‌نامی آزمودنی‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات و پس اخذ رضایت از آن‌ها درخواست نموده که سؤالات پرسشنامه‌ها را به دقت خوانده و پاسخی را که مناسب‌تر به نظر می‌رسد را انتخاب کنند. در ضمن برای افرادی که سواد کافی نداشتن تمامی سؤالات خوانده شده و گزینه‌های مورد نظر آن‌ها انتخاب شده و سپس مداخله درمانی به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دو جلسه و به مدت یک ماه برای گروه‌های مداخله برگزار شد و گروه کنترل، مداخله درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ملاک‌های ورود و خروج شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل: عدم شرکت در دوره‌های روان‌شناختی دیگر در گذشته و حال، و فقدان ناتوانی یا بیماری‌های جسمی و روانی که مانع حضور گردد و ملاک‌های خروج شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه از شرکت در جلسات و هرگونه ناتوانی که حضور شرکت‌کنندگان را با دشواری همراه کند. با توجه به اینکه والدین بسیار مشتاق بودند که مسائل فرزندان خویش را حل کنند با اشتیاق در تمام جلسات حضور داشتند.</p> <p>برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. تمامی اطلاعات به دست آمده از این مطالعه از طریق SPSS تجزیه و تحلیل شده است.</p>	

یافته‌های پژوهش

جدول ۲. شاخصه‌های آمار توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
بهبودی	اکت	۲۹/۰۷۰	۳۵۴/۱۰۰	۲۱/۶۵۶	۳۲۶/۲۰۰
روان‌شناختی	کنترل	۲۳/۷۳۳	۳۰۵/۲۰۰	۲۱/۹۱۲	۲۹۵/۸۰۰

۷/۱۸۷	۵۷/۱۰۰	۷/۹۷۴	۵۳/۶۰۰	اکت	پذیرش خود
۳/۲۹۳	۴۸/۸۰۰	۵/۴۵۲	۴۷/۸۰۰	کنترل	
۴/۹۶۶	۶۱/۰۰۰	۵/۳۷۵	۵۶/۳۰۰	اکت	روابط مثبت
۷/۴۳۰	۵۱/۱۰۰	۶/۱۶۰	۴۶/۸۰۰	کنترل	
۶/۲۵۴	۵۶/۳۰۰	۵/۵۲۱	۴۸/۶۰۰	اکت	خودمختاری
۴/۱۱۵	۴۹/۴۰۰	۷/۰۰۷	۵۰/۰۰۰	کنترل	
۶/۱۷۲	۶۱/۹۰۰	۹/۳۳۸	۵۵/۹۰۰	اکت	تسلط بر خود
۶/۰۱۴	۵۲/۲۰۰	۷/۵۵۴	۵۱/۸۰۰	کنترل	زندگی هدفمند
۵/۳۰۸	۶۰/۸۰۰	۶/۵۱۱	۵۷/۲۰۰	اکت	
۵/۳۰۰	۵۰/۱۰۰	۵/۰۳۷	۴۸/۶۰۰	کنترل	رشد فردی
۷/۰۱۱	۵۹/۴۰۰	۷/۱۸۰	۵۷/۳۰۰	اکت	
۶/۲۳۶	۵۲/۷۰۰	۸/۷۹۴	۵۲/۷۰۰	کنترل	

در جدول ۲ مؤلفه‌های آمار توصیفی مربوط به پیش‌آزمون، پس‌آزمون گزارش شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین گروه آزمایش در بهزیستی روان‌شناختی و زیر مؤلفه‌های، تاب‌آوری و زیر مؤلفه‌های آن افزایش پیدا کرده است. جدول ۳. نتایج آزمون نرمالیتی متغیرهای تحقیق (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) برحسب گروه (کنترل و آزمایش)

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		تعداد	گروه‌ها	متغیرها
مقدار -p	آماره	مقدار -p	آماره			
۰/۲۵۰	۰/۹۰۵	۰/۰۹۹	۱/۸۷۰	۱۰	اکت	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۵۸	۰/۸۲۶	۰/۱۲۰	۰/۸۷۷	۱۰	کنترل	
۰/۱۹۳	۰/۸۹۵	۰/۳۹۴	۰/۹۲۴	۱۰	اکت	پذیرش خود
۰/۱۲۰	۰/۸۷۹	۰/۹۷۷	۰/۹۸۲	۱۰	کنترل	
۰/۲۶۵	۰/۹۰۸	۰/۸۰۳	۰/۹۶۲	۱۰	اکت	روابط مثبت با دیگران
۰/۱۴۲	۰/۸۸۳	۰/۹۳۰	۰/۹۲۴	۱۰	کنترل	
۰/۴۴۷	۰/۹۳۰	۰/۳۵۵	۰/۹۲۰		اکت	خودمختاری
۰/۲۹۹	۰/۹۱۳	۰/۴۲۴	۰/۹۲۸		کنترل	
۰/۸۳۶	۰/۹۶۵	۰/۸۱۰	۰/۹۶۲	۱۰	اکت	تسلط بر محیط
۰/۸۸۵	۰/۹۶۹	۰/۵۶۹	۰/۹۴۱	۱۰	کنترل	
۰/۷۶۴	۰/۹۵۸	۰/۳۸۴	۰/۹۲۳		اکت	زندگی هدفمند
۰/۸۳۶	۰/۹۶۴	۰/۴۴۴	۰/۹۳۰		کنترل	
۰/۷۲۰	۰/۹۵۴	۰/۷۰۲	۰/۹۵۳		اکت	رشد فردی
۰/۵۷۹	۰/۹۴۲	۰/۴۸۵	۰/۹۳۴		کنترل	

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۳ و نیز از آنجای که p -مقدار بدست آمده برای متغیرهای موردبررسی در هر دو حالت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بزرگ‌تر از سطح معناداری یعنی $\alpha = ۰/۰۵$ می‌باشد، فرض نرمال بودن داده‌ها را پذیرفته و

می‌توان برای بررسی فرضیه‌ها از روش‌های پارامتری استفاده کرد که در اینجا از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون:

جدول ۴. اثرات آزمون بین گروهی جهت بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون برای زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پذیرش خود پیش آزمون و گروه	۴۱/۲۱۸	۱	۴۱/۲۱۸	۲/۰۴۷	۰/۱۷۲
روابط مثبت پیش آزمون و گروه	۲۷/۹۴۱	۱	۲۷/۹۴۱	۰/۷۸۶	۰/۳۸۸
خودمختاری پیش آزمون و گروه	۵۸/۷۲۶	۱	۵۸/۷۲۶	۱/۴۲۹	۰/۲۴۹
تسلط بر محیط پیش آزمون و گروه	۰/۴۷۲	۱	۰/۴۷۲	۰/۰۱۷	۰/۸۹۷
زندگی هدفمند پیش آزمون و گروه	۳/۱۸۲	۱	۳/۱۸۲	۰/۰۸۲	۰/۷۷۹
رشد فردی پیش آزمون و گروه	۱۶/۰۱۲	۱	۱۶/۰۱۲	۰/۰۵۶۹	۰/۴۶۹

با توجه به اینکه اثر تقابلی (گروه * زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی پیش آزمون) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار نیست ($\text{sig.} > 0/05$) لذا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است و اجرای آزمون ANCOVA صحیح می‌باشد.

بررسی همگنی واریانس‌ها:

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	F	df1	df2	سطح معنی داری
پذیرش خود پس‌آزمون	۱/۵۴۷	۱	۱۸	۰/۲۴۳
روابط مثبت پس‌آزمون	۰/۲۰۸	۱	۱۸	۰/۶۵۴
خودمختاری پس‌آزمون	۰/۶۸۳	۱	۱۸	۰/۴۱۹
تسلط بر محیط پس‌آزمون	۰/۲۳۹	۱	۱۸	۰/۶۳۱
زندگی هدفمند پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۱	۱۸	۰/۹۸۱
رشد فردی پس‌آزمون	۰/۱۲۶	۱	۱۸	۰/۷۲۷

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که فرض تساوی واریانس‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون برقرار است ($\text{sig.} \geq 0/05$). حال که کلیه پیش فرض‌ها برقرار هستند جهت آزمون فرضیه فوق تحلیل کوواریانس را اجرا خواهیم نمود.

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در آزمودنی‌های گروه

آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پذیرش خود	۱۱۷/۰۸۲	۱	۱۱۷/۰۸۲	۵/۸۱۵	۰/۰۲۸	۰/۲۶۷
روابط مثبت	۱۰۴/۸۲۰	۱	۱۰۴/۸۲۰	۲/۹۴۹	۰/۱۰۵	۰/۱۵۶

۰/۰۱۵	۰/۶۲۸	۰/۲۴۴	۱۰/۰۱۲	۱	۱۰/۰۱۲	خودمختاری
۰/۳۳۶	۰/۰۱۲	۸/۰۹۲	۲۲۲/۴۶۱	۱	۲۲۲/۴۶۱	تسلط بر محیط
۰/۲۱۳	۰/۰۳۳	۰/۴۷۷	۱۰۳/۹۰۸	۱	۱۰۳/۹۰۸	زندگی هدفمند
۰/۱۹۵	۰/۰۵	۰/۸۶۴	۱۵۰/۵۱۵	۱	۱۵۰/۵۱۵	رشد فردی

چنانچه از جدول فوق مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس‌آزمون تمامی زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) به‌غیر از (روابط مثبت و خودمختاری) بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$). بنابراین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معنی‌داری در زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی بیش از گروه گواه است. به‌عبارتی دیگر، می‌توان گفت که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری موجب افزایش زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون شده است. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت که بالاترین اثربخشی مربوط به زیرمقیاس تسلط بر محیط (۳۳/۶ درصد) و کمترین اثربخشی مربوط به زیرمقیاس رشد فردی (۱۹/۵ درصد) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه مادران کودکان ADHD با مشکلات فراوانی مواجه هستند و آنها نیاز به مداخلات روان‌شناختی دارند؛ در نتیجه پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی اینک مادران کودکان ADHD انجام شد. یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران تأثیر داشته است و با نتایج یافته‌های پژوهش محمدعلی و صداقت (۱۳۹۵)، امین براتیان، آمنه سادات کاظمی، رضا داورنیا، مجتبی حقانی زمیدانی (۱۳۹۵)، فرزانه نورافشان (۱۳۹۵) نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳)، وترل و همکاران (۲۰۱۱) و فرمن و همکاران (۲۰۰۷) هماهنگ و همسو است. در تبیین این فرض می‌توان گفت در تبیین آن می‌توان گفت که آموزش پذیرش تعهد بجای نادیده گرفتن هیجان‌ها و تجارب درونی، برعکس، با گرایش دادن فرد به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش آنها و استفاده بجا و متناسب از آنها، با خود و تجارب درونی‌اش و در نتیجه با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار می‌کند و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه می‌کند. این موضوع می‌تواند باعث احساس بهزیستی روان‌شناختی فرد شود. درمان ACT از جمله درمان‌هایی است که می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر واقع شود. درمان ACT، پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعالی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند در واقع این رویکرد به‌جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ها خود را بپذیرند و بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی بیشتری داشته باشند. انتظار می‌رود فردی که پذیرش و درک مثبتی نسبت به مشکل دارد، بهزیستی روان‌شناختی بالاتری داشته باشد. آموزش والدین کودکان مبتلا به ADHD و بخصوص مادران آنها که مهم‌ترین مراقبین این کودکان بشمار می‌روند، در کمک به فرزندان کارآمدتر خواهند بود. تاکنون مطالعات اندکی در مورد مراقبین کودکان مبتلا به ADHD انجام گرفته است اما به نظر می‌رسد طراحی و اجرای پژوهش‌هایی با موضوع درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد بر مراقبین این گروه از کودکان می‌تواند زمینه را برای ارتقاء کیفیت بهزیستی و سلامت روان‌شناختی ایشان فراهم آورد. به‌طورکلی، یکی از مواردی که باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان مبتلا به ADHD می‌شود مشغولیت‌های فکری بی‌ثمری است که این افراد در ارتباط با بیماری دارند از این رو تکنیک‌های ناامیدی خلاقانه که در درمان ACT از آن‌ها استفاده می‌شود باعث شد از درگیر شدن با شرایط غیرقابل کنترل مثل افکار و هیجاناتی که مرتبط با این بیماری است بپرهیزند و با پذیرش این تجارب درونی برای رسیدن به یک زندگی ارزشمند برنامه‌ریزی کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کند؛ چیزی که به‌عنوان یک فرایند دانستن از آن یاد می‌شود. این تجربه در زمان حال، به مراجعان کمک می‌کند تا تغییرات دنیا را آن‌گونه که هست، تجربه کنند نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد. هدف نهایی درمان ACT افزایش دادن خزانه رفتاری این افراد در برابر این افکار و هیجانات بود؛ بنابراین افراد گروه آزمایش با استفاده از تکنیک‌های پذیرش و گسلش و خود به‌عنوان زمینه و ذهن آگاهی توانستند به ماهیت ذهنی بودن تجارب درونی خود پی بردند و افکار و هیجانات منفی را تعیین‌کننده رفتار خود ندانند و در نهایت به‌جای کنترل کردن این تجارب درونی سعی کردند این تجارب را همان‌گونه که هستند، بپذیرند. تکنیک‌های روشن‌سازی ارزش‌ها نیز که در این درمان استفاده شد به افراد گروه آزمایش کمک کرد به ارزش‌های شخصی خود که زندگی آن‌ها را غنی می‌کند پی ببرند. انتخاب ارزش‌ها راهی را جهت ایجاد اهداف انعطاف‌پذیر و عملی فراهم آورد و منجر به عملکرد موفق‌تر و کارایی بهتر افراد شد. در واقع، درمان ACT به افراد کمک کرد که مسیر زندگی خود را بررسی کرده و انتخاب‌های خود را نه بر اساس نگرانی، شرمندگی و احساس خجالت و یا سایر افکار منفی بلکه آگاهانه و آزادانه برگزینند. علاوه بر این درمان ACT افراد گروه آزمایش را ترغیب کرد در جهت رسیدن به ارزش‌های خود اهداف رفتاری مشخصی تعیین کنند و نسبت به این رفتار متعهد باشند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر برخی از خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی موثر بوده است

یکی از مولفه، تسلط بر محیط می‌توان گفت که تسلط بر محیط به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است. براین اساس، فردی که احساس تسلط بهتر محیط داشته باشد، می‌تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان دست‌کاری کند، تغییر دهند و بهبود بخشد. در مداخله اکت به افراد آموزش داده می‌شود تا اهداف مهم، قابل‌دستیابی و قابل‌اندازه‌گیری برای خود تعیین کنند. رشد فردی به گشودگی نسبت به تجربیات جدید و داشتن رشد فردی پیوسته و مستمر بازمی‌گردد. این ویژگی به فرد امکان می‌دهد تا همواره درصدد بهبود زندگی شخصی خویش از طریق یادگیری و تجربه باشد. در این تحقیق تاثیر گذاری ACT بر داشتن ارتباط مثبت با دیگران و خودمختاری تایید نشد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هدفمندی در زندگی موثر است و می‌توان گفت که هدفمندی به معنی دار بودن اهداف درازمدت و کوتاه‌مدت در زندگی و معنی‌دار شمردن آن است. این حس به فرد امکان می‌دهد تا نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان دهد و به شکل مؤثر با آن‌ها درگیر شود. یافتن معنی برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی در قالب این مؤلفه قرار می‌گیرد. همین‌طور پذیرش خود که به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. اگر فرد در ارزشیابی، استعدادها، توانایی‌ها و فعالیت‌های خود در کل احساس رضایت و در رجوع به گذشته خویش احساس خشنودی

کنند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. همه انسان‌ها تلاش می‌کنند علی‌رغم محدودیت‌های که در خود سراغ دارند، نگرش مثبتی نسبت به خویشتن داشته باشند، این نگرش پذیرش خود است پذیرش خود نوعی بینش است که باعث می‌شود فرد در مورد نقاط ضعف و قوت خویشتن به آگاهی واقعی برسد بنابراین می‌توان گفت، افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، درحالی‌که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و وقایع زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی کرده، بیشتر هیجان‌ات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (دینر، لوکاس و اوئیشی، ۲۰۰۲. به نقل از درووزه و کهکی، ۱۳۸۷). در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر فرد قادر می‌شود جهت زندگی‌اش را انتخاب کند و هرگاه انتخاب‌ها و رفتارها فرد را به اهداف زندگی‌اش و ارزش‌هایش نزدیک‌تر کند پس زندگی او مؤثر است و باعث می‌شود تسلط بر محیط در فرد افزایش یابد. در نظریه پذیرش و تعهد به این نکته در سلامت روان تأکید دارد که به‌جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌ات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرد و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نماید و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست‌بردارند (نریمانی، بخشایش، ۱۳۹۳). درنهایت، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکنیک‌های که در جهت رسیدن به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از آن‌ها استفاده می‌کند در مادران کودکان مبتلا به ADHD در همه موارد به‌غیر از خودمختاری و روابط مثبت باعث بهبود مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شده است.

منابع

- بخشی، س؛ نجاتی و؛ رضایی، س؛ و حکمتی، ع (1390) شیوع اختلال نقص توجه -بیش فعالی در بین دانش‌آموزان سال سوم ابتدایی شهرستان رشت در سال تحصیلی 87-86. مجله پژوهشی حکیم، ۱۴- (۴) ۲۰۳-۲۱۰
- براتیان امین، کاظمی آمنه سادات، داور نیا رضا، مجتبی حقانی زمیدانی (۱۳۹۵) تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان، نشریه ارمغان دانش، دوره ۲۲، شماره ۵
- بهرامی احسان هادی، رضاپور میرصالح یاسر (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت با سلامت روان مادران دارای کودک کم توان ذهنی. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۰ (۳): ۲۴۵-
- حاتملوی سعدآبادی منیژه، هاشمی نصرت آباد تورج (۱۳۹۱) مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و رضامندی زناشویی در گروهی از زنان بارور و نابارور شهر تبریز فصلنامه روانشناسی سلامت، بهار ۱۳۹۱، دوره ۱، شماره .
- درویزه، زهرا .کهنکی، فاطمه (۱۳۸۷). (بررسی رابطه سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی .مطالعات . زنان ، ۶، (1) ۹۴
- شکوهی یکتا و زمانی نیره (۱۳۹۱) آموزش برنامه حل مسأله بین فردی در کاهش رفتارهای مشکل ساز دانش آموزان دیرآموز: مطالعه تک آزمودنی روش ها و مدل های روان شناختی سال دوم تابستان شماره ۸
- طاهری ، مهدی ؛ یاریاری؛ فریدون، صرامی؛ غلامرضا، مرزبان ادیب منش (۱۳۹۲) رابطه بین سبک‌های هویت، شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه مجله روانشناسی کاربردی، دانشگاه خوارزمی دوره ۱۴، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۲، صفحه ۷۲-۸۲
- محمدی، الهام. کشاورزی ارشدی، فرناز. ولی الله، فرزاد. صالحی، مهدیه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. سال هفدهم، شماره ۲ (پیاپی ۶۴). ص: ۲۶-۳۵.
- نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳) اثربخشی آموزش پذیرش _ تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق، فصلنامه‌ی پژوهش‌های مشاور، شماره ۵۲
- نریمانی، محمد. (۱۳۸۸). "بررسی رابطه ی بین سرسختی روان‌شناختی و خود تاب آوری فرسودگی شغلی". مجله فراسوی مدیریت، سال دوم، شماره ۸، ص ۳۱-۴۹.
- هوش‌ور پارسا، بهنیا فاطمه، خوشابی کتایون، میرزایی هوشنگ، رهگذر مهدی (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نقصان توجه -بیش‌فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندانشان. مجله توانبخشی؛ ۱۰
- Anvari MH.(2013) The Effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain index, stress, anxiety, depression, catastrophizing & life satisfaction in patients with chronic pain. M.A. Thesis in clinical psychology. University of Isfahan, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Department of Psychology
- Coogan, A. N., Baird, A. L., Popa-Wagner, A., & Tome, J. (2016). Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: The what, the when and the why, Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 67, 74-81.

- Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA(2007).A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. Behavior Modification
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science and Business Media. Inc.
- Nass, D., & Leventhal, F. (2011). 100 Questions & Answers about Your Child's ADHD:From Preschool to College, USA: Jones & Bartlett Learning
- Pundir, M., Nagarkar, A. N., & Panda, N. K. (2007). Intervention strategies in children with cochlear implants having attention deficit hyperactivity disorder, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 71(6), 985-988.
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawsk, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a Comparison of enhanced, standard, and self-directed tripple-ppositive parenting program, Journal of abnormal child psychology, 35(6), 983-998.
- Wetherell JLA, Niloofar & Rutledge, Thomas & Sorrell, John T. & Petkus,Andrew J & Solomon, Brittany C. & Lehman, David H. & Liu, Lin & Lang, Ariel J. & Stoddard, Jill A(2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain.. International Association for the Study of Pain



The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment to the Psychological Well-Being of Mothers of ADHD Children

Azam Sadat Mousavi Tabeshian¹, Heman Mahmoudfakheh²

Abstract

Purpose: The aim of this study was to determine the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to the psychological well-being of mothers of ADHD children.

Methodology: The present study was a quasi-experimental study of pre-test-post-test designs with a control group. In a quasi-experimental study, 20 mothers referring to the nesting center in Mahabad in 2016 were selected by convenience sampling method and the experimental group (n = 10) and the control group (n = 10) were replaced. The intervention group received training with acceptance and commitment-based therapy and the control group did not receive training. The research tool was Reef Psychological Welfare Questionnaire (1989). Data analysis was performed using covariance analysis using SPSS software.

Findings: The results showed that treatment based on acceptance and commitment was effective on the psychological well-being of mothers of ADHD children. Also, acceptance-based therapy and commitment to all subscales of psychological well-being have been significant ($P < 0.05$) except for autonomy subscales and positive relationships.

Conclusion: Based on the results of this study, acceptance and commitment-based therapy can be used to increase the psychological well-being of mothers of ADHD children.

Key words: Acceptance and commitment-based therapy, psychological well-being, mothers of children with ADHD



¹ - Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

² - Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran (responsible)

hemanpsycho@yahoo.com.