

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری و سخت‌رویی مادران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی

زهرة ولیئی\*<sup>۱</sup>، احمد امانی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۷/۱۰

### چکیده

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، یکی از درمان‌های رفتاری نسل سوم است که در آن تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد افزایش یابد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری و سخت‌رویی در مادران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بود. روش پژوهش نیمه تجربی با شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل تمام مادران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بود که کودکانشان در مدارس شهر سنندج مشغول به تحصیل بودند. از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس ابتدا ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و سپس با گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از مقیاس رابطه والد-کودک (بیانتا، ۱۹۹۲)، شاخص تنیدگی والدینی (آبیدین، ۱۹۹۵) و پرسش‌نامه سخت‌رویی (کوباسا، ۱۹۷۹). گروه آزمایش تحت درمان گروهی پذیرش و تعهد، طی ۸ جلسه دو ساعته قرار گرفت و گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در مرحله پس‌آزمون، پرسشنامه‌های فوق روی هردو گروه مجدداً اجرا شد. همچنین برای پیگیری اثرات مداخله، پس از ۲ ماه ابزارهای پژوهش

۱. کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول).

nvaliei7171@gmail.com

۲. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

دوباره اجرا شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، نمرات استرس والدگری کاهش یافته، رابطه والد-فرزندی و سخت‌رویی در مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است و این افزایش در مدت پیگیری دوماهه تغییر چشمگیری نیافته است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس والدگری، سخت‌رویی و رابطه والد-فرزندی مادران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی مؤثر بوده است. نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخلات بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری و سخت‌رویی در مادران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی برای این مادران و فرزندان آن‌ها تأکید دارد.

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی؛ رابطه والد-فرزندی؛ استرس والدگری؛ سخت‌رویی.



## مقدمه

اختلال کم توجهی/بیش فعالی<sup>۱</sup> (ADHD) یک اختلال عصبی-رشدی دوران اولیه کودکی است که با الگوی پایدار کم توجهی و/یا بیش فعالی-تکانشگری مشخص می‌شود و با کاهش عملکرد تحصیلی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی همراه است. این اختلال جزو شایع‌ترین اختلالات رفتاری دوران کودکی است که ۳ تا ۷ درصد کودکان مدرسه‌ای را تحت تأثیر قرار داده و در کارکرد و رشد این کودکان تداخل ایجاد می‌کند. نسبت پسران به دختران در این اختلال ۳ به ۱ گزارش شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). ADHD بیش از همه در دوران تحصیلی ابتدایی تشخیص داده می‌شود، زمانی که بی‌توجهی مشهود شده و باعث افت کارکرد کودک می‌شود. افت تحصیلی، مشکلات مربوط به مدرسه و نادیده گرفته شدن از سوی همسالان، معلمان و والدین شایع‌ترین مشکلات همراه با این اختلال هستند (سادوک، سادوک و سوزمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷).

همان‌گونه که والدین بر افراد خانواده تأثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های رشدی و رفتاری خود، تأثیراتی را بر والدین به‌جای می‌گذارند. در این میان، تأثیر اختلال کم توجهی/بیش فعالی کودکان بر روی سلامت روان خانواده‌ها کاملاً بارز و مشخص است (محمدپور و کسائی، ۲۰۱۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که در خانواده‌های کودکان با این اختلال، استرس والدگری، احساس بی‌کفایتی در والدگری، انزوا و محدودیت روابط، تعارض زناشویی، جدایی و طلاق و افسردگی بیشتر است (تل، وینر، تانوک و جنکینز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳؛ مارکل و وینر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ بردن، هنکینسون، پری-پریش، رینولدز، اسپکت و استاندر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶؛ سائران، لاپالاین، کاپاینن، کارلستد، آنکلیر و هیلتونن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). والدین این کودکان بیش از سایر والدین با چالش‌های منحصربه‌فردی در زمینه نقش والدینی

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. American Psychiatric Association (APA)
3. Sadock, Kaplan, & Sussman
4. Theule, Wiener, Tannock & Jenking
5. Markel & Wiener
6. Borden, Hankinson, Perry-Parrish, Reynolds, Specht, & Ostrander
7. Sairanen, Lappalainen, Kaipainen, Carlstedt, Anclair, & Hiltunen,

مواجه هستند (کرنیک، گیز و هافمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). در این میان، مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند استثنایی خود ایفاء می‌کنند و به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (گیل، هایدی، شاو، دیشیون و ویلسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

مادران کودکان با ADHD به دلیل اینکه با چالش‌های والدگری بیشتری روبرو هستند، استرسی فراتر از والدین کودکان سالم دارند. استرس والدگری<sup>۳</sup> در نتیجه‌ی ناهمخوانی ادراک‌شده بین تقاضاهای والدینی و منابع فردی حاصل می‌شود و چنین استرسی می‌تواند در چندین حیطه زندگی که مربوط به والدگری است تجربه شود (میراندا، تاراگا، فرناندز، کولومر و پاستور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این والدین بیش از والدین کودکان سالم به اختلالات خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت فرزندپروری، عدم رضایت از نقش والدینی خود، فشار مالی و افزایش مصرف الکل دچار می‌شوند. علاوه بر این، سطح استرس والدین با شایستگی اجتماعی کودکان ارتباط محسوسی داشته (آنتونی، آنتونی، گلنویل، نییمان، ندرز و شافر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵) و رابطه مناسب والد-کودک عامل تعیین‌کننده‌ای در تحول کودک و سلامت روانی او در بزرگسالی است (یوشیزومی، موراس، مورکامی و تاکایی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). در میان گستره وسیعی از مداخلات درمانی، والدین به‌عنوان عامل کلیدی تغییر رفتارهای کودک در نظر گرفته می‌شوند؛ بنابراین، حل و فصل مشکلات استرس والدینی به‌خصوص مادر منجر به ارتقاء بهداشت روانی وی و عملکرد بهتر در ایفای نقش والدگری می‌شود (سندرز، مارکی ددز، تولی، بور<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰).

1. Crinic, Gaze, & Haffman
2. Gill, Hyde, Shaw, Dishion & Willson
3. parenting stress
4. Miranda, Tárraga, Fernández, Colomer & Pastor
5. Anthony, Anthony, Glanville, Naiman, Wanders & shafer
6. Yoshizumi, Murase, Marakemi & Takai
7. Sanders, Markie, Tully & William

آسیب‌هایی که این کودکان می‌بینند به همراه تأثیر آن‌ها بر خانواده، نیاز به مداخله و درمان مؤثر را افزایش می‌دهند. برنامه‌های چند مدلی در حال حاضر برای کودکان با ADHD مفیدتر است. این برنامه شامل دارودرمانی، خانواده‌درمانی، آموزش والدین، برنامه‌های رفتاری مدرسه‌ای و آموزش مهارت‌های سازگاری برای والدین این کودکان است. از میان رویکردهای درمانی مختلف مهم‌ترین روش درمان برای این کودکان در کنار دارودرمانی، آموزش والدین مبنی بر نحوه سازگاری و کنار آمدن با کودک با مشکلات رشدی است (علیزاده، ۱۳۹۱؛ ایوانز، اونز، ویمبز و ری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸؛ شاتز، آلو، فابیانو، پلهام، اسمیت، ژائو و آلتزولر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). از این دست مداخلات درمانی اثربخش برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سازگاری والدین دارای کودک با اختلالات رشدی، می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳</sup> (ACT) اشاره کرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان یکی از درمان‌های نوظهور موج سوم<sup>۴</sup>، ترکیبی از ذهن‌آگاهی همراه با اصول رفتاری و ادراک صحیح فرد از ارزش‌های شخصی خود را به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد به کار می‌گیرد (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۱؛ برکار، مانیکاواساگار، باترهام و هادزی-پاولوویز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). مؤلفه‌های اصلی این درمان شامل شش فرایند محوری است که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند (هیز، استروسال و ویلسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). درحقیقت آنچه در این درمان مهم است رسیدن به یک فرآیند کلی به نام انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که فرد را به‌عنوان شخصی آگاه نسبت به افکار و احساسات خود، کاملاً در تماس با زمان حال و انجام‌دهنده رفتارهایی که وی را در مسیر زندگی به سمت ارزش‌ها حرکت می‌دهد و متعهد نسبت به این ارزش‌ها معرفی می‌کند (هوپر و لارسون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵؛ بورکه و مور<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ وانزین،

1. Evans, Owens, Wymbs & Ray
2. Schatz, Aloe, Fabiano, Pelham, Smyth, Zhao, & Altszuler
3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
4. third wave
5. Burckhardt, Manicavasagar, Batterham & Hadzi-Pavlovic
6. Hayes, Stromal, & Wilson
7. Hooper & Larsson

موری، والی، پوزی، پرستی، اوپو و نوییل<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به نظر می‌رسد به علت تلفیق با تکنیک‌های شرقی، برای والدین ایرانی دارای کودک با ADHD مناسب‌تر باشد (زمستانی، قلی‌زاده و علایی، ۱۳۹۷).

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که این درمان بر بهبود علائم و ارتباط والد-فرزندی کودکان با ADHD (وانزن و همکاران، ۲۰۲۰)، بهبود ارتباط والد-نوجوان و تنظیم هیجانات (مورل، شالمز، میتچل و لابورد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹)؛ افزایش ذهن آگاهی و کاهش تعارضات والدین و نوجوانان (گریکو و ایفرت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴)؛ کاهش پریشانی روان‌شناختی والدین (براون، ویتینگمن، کینلی و سافرونوف<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵)؛ مونتگومری<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵)، توانمندسازی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس (زاهدی، عزیزی، خورشیدی و حسینی، ۱۳۹۹) و افزایش بهزیستی روان‌شناختی والدین کودکان دارای اختلالات مزمن (سایرانن و همکاران، ۲۰۱۹) مؤثر است؛ بنابراین، با توجه به تأثیر منفی اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بر تعامل‌های والد-فرزند و همچنین با توجه به اهمیت افزایش سازگاری والدین و نقش برجسته فرآیند پذیرش از سوی مادران این کودکان و همچنین هم‌خوانی ساختارهای مبتنی بر شیوه درمان پذیرش و تعهد با مشکلات و مسائل پیش روی این مادران و لزوم کاهش پیامدهای منفی ناشی از این اختلال در خانواده‌های دارای فرزند ADHD پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری و سخت‌رویی مادران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی انجام شد.

1. Burke & Moore
2. Vanzin, Mauri, Valli, Pozzi, Presti, Oppo & Nobile
3. Murell, Schmalz, Mitchell & Laborede
4. Greco & Effert
5. Brown, Whittingham, McKinlay & Sofronoff
6. Montgomery

## روش پژوهش

پژوهش حاضر در دسته‌بندی بر مبنای هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی و در دسته‌بندی بر مبنای شیوه جمع‌آوری داده‌ها نیمه تجربی با شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بود که فرزندان‌شان در مدارس شهر سنندج تحصیل می‌کردند. از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از ساکن شهر سنندج، عدم دریافت هیچ‌گونه مداخله درمانی روان‌شناختی در طی یک سال گذشته، داشتن سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از ۳ جلسه غیبت از جلسات آموزشی، عدم همکاری، انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی و بروز حوادث پیش‌بینی نشده. برای گردآوری نمونه دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی از تشخیص روان‌پزشک استفاده شد. بدین منظور، صرفاً مادرانی که فرزند آن‌ها تشخیص قطعی اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی را دریافت کرده بودند در پژوهش وارد شدند. جلسات درمانی برای گروه آزمایش با استفاده از پروتکل درمانی کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۱۱) در ۸ جلسه هفتگی ۲ ساعته در یکی از اتاق‌های گروه‌درمانی مرکز مشاوره دانشگاه کردستان انجام شد. جلسات با نظارت مستقیم استاد راهنما (دانشیار مشاوره خانواده) انجام شده است. درمانگر، دو سال سابقه کار با کودکان دارای مشکلات رفتاری را داشته و قبل از شروع ارائه مداخلات، در کارگاه‌های آموزشی مربوطه شرکت نموده و مجوز ارائه مداخلات ACT را دریافت نموده است. برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای ارائه نشد، اما به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش پس از اتمام طرح درمانی دو جلسه آموزش فرزندپروری برای آن‌ها برگزار شد. به‌منظور جلوگیری از سوگیری نتایج، تمامی داده‌های حاصل از اجرای پژوهش، توسط فردی مستقل که هیچ نقشی در پژوهش نداشته گردآوری شده است. 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 اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی و اثرات آن بر والدین و اعضای خانواده و تأثیر 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	تفهم آمیختگی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش/سنجش توانایی درمان‌جو برای گسلش
جلسه ششم	تفهم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن/تمایز خود مفهوم‌سازی شده
جلسه هفتم	ذهن آگاهی 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 هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) به نقل از زمستانی و همکاران (۱۳۹۷) اقتباس شده است.

## ابزارهای پژوهش

**مقیاس رابطه والد-کودک<sup>۱</sup> (پیانتا، ۱۹۹۲):** این مقیاس شامل ۳۳ سؤال است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودک می‌سنجد. این مقیاس دارای حوزه‌های نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه مثبت کلی مادر-کودک می‌باشد. این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۵=کاملاً موافقم تا ۱=کاملاً مخالفم را در برمی‌گیرد. شیوه نمره‌گذاری برحسب پاسخ‌های ۵ تا ۱ انجام می‌پذیرد. رابطه مثبت کلی که همان نمره کل

1. Child Parent Relationship Scale

2. Pianta



است از مجموع نمرات حوزه نزدیکی و معکوس نمرات حوزه تعارض و وابستگی به دست می‌آید. در پژوهش منفرد (۱۳۹۰) روایی و پایایی مقیاس ۳۳ آیتمی آن مورد محاسبه قرار گرفت؛ و برای احراز روایی و پایایی این پرسشنامه از روایی سازه به شیوه تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ استفاده شد. آلفای کرونباخ در حوزه نزدیکی برابر با ۰/۷۴، در حوزه وابستگی ۰/۵۰، در حوزه تعارض ۰/۸۷ گزارش شده است (منفرد، ۱۳۹۰).

**شاخص تنیدگی والدینی<sup>۱</sup> (آبیدین، ۱۹۹۵):** این ابزار شامل ۱۲۰ سؤال از نوع ۵ گزینه‌ای می‌باشد که دارای ۱۰۱ ماده اصلی و ۱۹ ماده اختیاری است و شامل ۱۴ مقیاس فردی در سه قلمرو کودکی (۶ مقیاس)، والدینی (۷ مقیاس) و یک مقیاس برای اندازه‌گیری استرس کلی زندگی است. مقیاس‌های قلمرو کودکی عبارت‌اند از: سازش‌پذیری ۱۱ ماده، پذیرندگی ۷ ماده، فزون‌طلبی ۹ ماده، خلق ۵ ماده، کم‌توجهی/بیش‌فعالی ۹ ماده، تقویت‌گری ۶ ماده، مقیاس‌های قلمرو والدین شامل؛ افسردگی ۹ ماده، دل‌بستگی ۷ ماده، محدودیت‌های نقش والدینی ۷ ماده، احساس صلاحیت ۱۳ ماده، انزوای اجتماعی ۶ ماده، روابط با همسر ۷ ماده، سلامت والدین ۵ ماده می‌باشد؛ و نیز استرس زندگی (مقیاس اختیاری) که دارای ۱۹ ماده است. شیوه نمره‌گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم انجام می‌شود. ضریب قابلیت اعتبار و اعتماد همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران ۰/۹۳ گزارش شده است. این ضریب در قلمرو کودک ۰/۸۵ و در قلمرو والد ۰/۹۱ بوده است (آبیدین، ۱۹۹۵). همچنین در پژوهش دادستان، احمدی ازقندی و حسن آبادی (۱۳۸۵) ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب قابلیت اعتماد بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۰/۹۴ به دست آمده است.

- 
1. Parenting Stress Index
  2. Abidin

**پرسش‌نامه سخت‌رویی<sup>۱</sup> (کوباسا<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹):** پرسشنامه سخت‌رویی توسط کوباسا در سال ۱۹۷۹ برای اندازه‌گیری سخت‌رویی از طریق بررسی دیدگاه‌های شخصی، تهیه و تنظیم شده است. این مقیاس یک پرسشنامه ۵۰ آیتمی است که سه خرده‌آزمون را دربرمی‌گیرد. همچنین براساس طیف لیکرت شکل گرفته و دارای دامنه‌ای از صفر تا ۳ است. آزمون سخت‌رویی توسط قربانی در سال ۱۳۷۸ ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده. برای پایایی ضریب اعتبار کنترل، تعهد و چالش به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ به دست آمد. این ضرایب برای کل صفت سخت‌رویی ۰/۷۵، گزارش شده است (قربانی، ۱۳۷۸).

#### یافته‌ها

نمونه نهایی پژوهش با احتساب ریزش و افت آزمودنی‌ها حاضر شامل ۲۵ نفر (مادر) بودند: ۱۲ نفر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ ۱۳ نفر در گروه کنترل. میانگین سن کل شرکت‌کنندگان ۳۲ سال بود. تحصیلات شرکت‌کنندگان نیز به صورت ۱۰ نفر زیر دیپلم، ۸ نفر دیپلم، ۷ نفر بالای دیپلم بود. 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 و پیگیری از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. لازم به ذکر است که معنی‌دار نبودن نتایج این آزمون نشانگر طبیعی بودن توزیع متغیرهاست.

1. Hardiness Questioner
2. Kobasa

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره K-S P
رابطه والد-فرزندی	پیش‌آزمون	آزمایش	۹۱/۵۸	۹/۷۱	۰/۱۸۰/۲۰۳
		کنترل	۹۱/۸۴	۱۰/۹۴	۰/۲۰/۱۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰۰/۷۵	۱۰/۱۲۷	۰/۲۰/۱۶
		کنترل	۹۱/۹۲	۱۱/۶۰۰	۰/۲۰/۱۶
	پیگیری	آزمایش	۱۰۰/۲۵	۱۱/۶۹	۰/۱۷۰/۲
		کنترل	۹۵/۶۴	۱۰/۹۴۳	۰/۲۰/۱۹
استرس والدگری	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۲۴/۸۳	۳۸/۸۲	۰/۲۰/۱۶
		کنترل	۳۳۰/۰۰	۳۵/۶۶	۰/۱۹۰/۲۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۳۰/۰۰	۴۲/۷۷	۰/۰۶۰/۲۴
		کنترل	۳۲۸/۰۰	۳۴/۲۵	۰/۰۸۰/۲۳
	پیگیری	آزمایش	۲۳۸/۹۱	۴۱/۸۷	۰/۲۰/۱۵
		کنترل	۳۳۵/۲۳	۵۲/۹۸	۰/۰۹۰/۲۷
سخت‌رویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰۷/۷۵	۱۵/۲۷	۰/۲۰/۱۷
		کنترل	۱۰۴/۳۰۷	۱۳/۷۵	۰/۲۰/۱۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷۰/۰۰	۱۸/۰۸	۰/۰۹۰/۲۲
		کنترل	۱۰۴/۰۰	۱۳/۸۵	۰/۲۰/۱۸
	پیگیری	آزمایش	۱۶۷/۵۰	۱۸/۰۵	۰/۲۰/۱۹
		کنترل	۱۰۸/۹۲	۲۲/۵۵	۰/۲۰/۱۶

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که آماره کولموگروف-اسمیرنوف گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نیست. با توجه به معنی‌دار نبودن نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف می‌توان گفت که توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها نرمال است. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون M باکس، لوین و کرویت موچلی بررسی شد که نتایج مؤید برآورده شدن پیش‌فرض‌ها هستند.

نتایج نشان داد که مقادیر آزمون لوین برای متغیر رابطه والد-فرزندی ( $P=0/83$ ) و استرس والدگری ( $F=0/43$ )، استرس والدگری ( $P=0/26$  و  $F=1/319$ ) و سخت‌رویی ( $P=0/22$  و  $F=0/59$ )

می‌باشد. با توجه به اینکه همگنی واریانس هر دو متغیر در گروه‌های آزمایشی و گواه معنی‌داری نیستند، فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. برای بررسی پیش فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون موجلی استفاده شد. نتایج نشان داد که مقادیر آزمون موجلی برای متغیر رابطه والد-فرزندی ( $P=0/08$  و  $F=0/46$ )، استرس والدگری ( $P=0/06$  و  $F=0/74$ )، سخت‌رویی ( $P=0/71$  و  $F=0/27$ ) می‌باشد. با توجه به اینکه سطح معناداری برای تمامی متغیرها از ۰/۰۵ بیشتر می‌باشد، بنابراین پیش‌فرض کرویت برای متغیرهای پژوهش برقرار است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

متغیر	گروه	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	اندازه اثر	P
رابطه والد-فرزندی	مقایسه درون گروه (مراحل)	۳۳۶/۹۳	۲ و ۱/۲۹	۲۸۲/۵۰۰	۲۸/۲۹	۰/۵۵۲	۰/۰۰۱
	مقایسه بین گروهی (مداخله)	۷۰۶/۴۶	۱	۷۰۶/۴۶	۲/۰۶۷	۰/۸۲	۰/۰۰۱
	تعامل (مراحل*مداخله)	۳۸۶/۹۸	۲ و ۱/۲۹	۲۹۷/۹۳	۲۹/۸۴	۰/۵۶۵	۰/۰۰۱
استرس والدگری	مقایسه درون گروه (مراحل)	۳۳۵۸۷/۱۰۸	۲ و ۱/۵۸	۲۱۱۳۵/۱۷۴	۶۰/۷۵۰	۰/۷۲	۰/۰۰۱
	مقایسه بین گروهی (مداخله)	۸۲۷۶۸/۵۶	۱	۸۲۷۶۸/۵۶	۱۷/۷۷	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	تعامل (مراحل*مداخله)	۳۵۲۱۱/۷۴۸	۲ و ۱/۵۸۹	۲۲۱۵۷/۵۰۲	۶۳/۶۸	۰/۷۳	۰/۰۰۱
سخت‌رویی	مقایسه درون گروه (مراحل)	۱۶۶۱۰/۰۹۷	۲ و ۱/۵۶	۱۰۶۳۶/۲۰۱	۸۱/۲۵	۰/۷۷	۰/۰۰۱
	مقایسه بین گروهی (مداخله)	۳۴۰۸۸/۹۶۱	۱	۳۴۰۸۸/۹۶۱	۴۹/۸۷	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	تعامل (مراحل*مداخله)	۱۴۵۷۷/۴۵۷	۲ و ۱/۵۶	۹۳۳۴/۶۰۹	۷۱/۳۱۵	۰/۷۵	۰/۰۰۱

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول ۳، تفاوت بین نمرات رابطه والد-فرزندی ( $P<0/01$ ) و تفاوت بین نمرات استرس والدگری ( $P<0/01$ ) و تفاوت بین نمرات سخت‌رویی ( $P<0/01$ )، در سه مرحله پژوهش معنی‌دار است. همچنین میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار به‌دست‌آمده است ( $P<0/05$ ). همچنین نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که اثر تعاملی برای متغیر رابطه مادر کودک حدود

۵۶ درصد، برای متغیر استرس والدگری حدود ۷۳ درصد و برای متغیر سخت‌رویی حدود ۷۵ درصد است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش رابطه والد-فرزندی، کاهش استرس والدگری و افزایش سخت‌رویی مادران کودکان دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار شده است.

به‌منظور مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پژوهش

کنترل		آزمایش		مرحله		متغیر
خطای معیار	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	اختلاف میانگین‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
۰/۵۲	-۰/۰۷	۱/۵۰	*-۱۰/۱۶۷	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	رابطه والد-فرزندی
۰/۴۶	۰/۴۶	۱/۸۰	*-۸/۶۶	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۴۰	۰/۵۳	۰/۷۰	*۱/۵۰	پیگیری	پس‌آزمون	
۱/۰۰۶	۲/۰۰	۸/۱۸	*۹۴/۸۳	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	استرس والدگری
۸/۲۱	-۵/۲۳	۸/۰۸	*۸۵/۹۱	پیگیری	پیش‌آزمون	
۷/۸۵	-۷/۲۳	۱/۶۲	*-۸/۹۱	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۳۴	۰/۳۰۸	۴/۹۴	*-۶۲/۲۵	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	سخت‌رویی
۰/۳۲	۰/۳۰۸	۵/۰۳	*-۵۹/۷۵	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۳۲	۰/۰۰	۰/۳۱۴	*۲/۵۰۰	پیگیری	پس‌آزمون	

\* $P < 0.05$

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در جدول ۴ نشان می‌دهد که در متغیر رابطه مادر فرزندی تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ( $P < 0.05$ ) و با پیگیری ( $P < 0.05$ )، تفاوت پس‌آزمون با پیگیری ( $P < 0.05$ )، معنی‌دار به‌دست‌آمده است. در متغیر استرس والدگری تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ( $P < 0.05$ ) و با پیگیری ( $P < 0.05$ )، تفاوت پس‌آزمون با پیگیری ( $P < 0.05$ )، معنی‌دار به‌دست‌آمده است.

همچنین در متغیر سخت‌رویی تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ( $P < 0/05$ ) و با پیگیری ( $P < 0/05$ )، تفاوت پس‌آزمون با پیگیری ( $P < 0/05$ )، معنی‌دار به‌دست آمده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری و سخت‌رویی مادران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بود. تحلیل نتایج نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود رابطه والد-فرزندی، کاهش استرس والدگری و افزایش سخت‌رویی مادران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزند در مادران مؤثر بوده است. این نتایج با پژوهش‌های قبلی (وانزن و همکاران، ۲۰۲۰؛ مورل و همکاران، ۲۰۰۹؛ گریکو و ایفرت، ۲۰۰۴؛ براون و همکاران، ۲۰۱۵؛ مونتگومری، ۲۰۱۵)، مبنی بر مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزندی همسو است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان به این دیدگاه اشاره کرد که رابطه والد-فرزندی معرف نخستین ارتباطات کودک و یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است. رابطه والد-فرزندی متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظاراتی است که منحصر به پدر و مادر خاص و یک کودک خاص است. چالش در تعامل والد-فرزند رشد کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد؛ بنابراین، در جهت بهبود رابطه والد-فرزند در خانواده‌هایی که مشکلات بین فردی، خصوصاً در تعاملات بین والدین-فرزندان دارند، نیاز به یک درمان است که از طریق به‌کارگیری فنون و شیوه‌های خاص آن در جهت بهبود رابطه‌های درون خانواده اقدام شود که در جهت تحقق این هدف در این پژوهش از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-کودک همچنین می‌توان گفت که این درمان با هدف قرار دادن نحوه برخورد با مشکلات می‌تواند تأثیر مثبتی در کاهش مشکلات میان فردی والد و فرزند داشته باشد. در رابطه والد-

فرزندی که می‌تواند به هر دلیلی دچار تنش شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر نحوه پاسخ‌دهی فرد به این مشکلات، استرس و تنش‌های فرد را کاهش داده، اجتناب‌های وی را از بین می‌برد و بدون کناره‌گیری از فرزند خود به تعامل و پذیرش وی می‌رسد (همیل، پیکت، آمسباغ و آهو، ۲۰۱۵). ذهن آگاهی در بستر فرزندپروری یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد است که با شکستن چرخه‌ای افکار منفی و تکراری به والدین کمک می‌کند تا به‌جای توجه افراطی به نشخوارهای فکری خود، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند؛ و به‌جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک، با نگاهی باز و غیرقضاوتی با فرزندانشان تعامل کنند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به والدین این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند پردازند، تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. همچنین، مادران در طی فرآیند درمان به تقویت یک رابطه غیرقضاوت‌گرایانه با تجارب خود می‌پردازند و یاد می‌گیرند افکار و احساساتشان را همان‌گونه که هستند بپذیرند. در این حالت است که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های ناکارآمد در مورد شرایط موجود در خانواده کاهش می‌یابد (رانکن، ۲۰۱۲).

تحلیل نتایج همچنین نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس والدگری مادران مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی که بر روی مادران دارای فرزندان با نیازهای ویژه از جمله کم‌توجهی/بیش‌فعالی، اوتیسم و کم‌توان ذهنی انجام شده است (کاوالکوسکی، ۲۰۱۲؛ دی‌فریتاس، ۲۰۱۵) همخوانی دارد. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اضافه کردن آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر دانش رفتاری والدین باعث تغییر آشکار رفتار و کاهش استرس فرزند پروری والدین دارای

1. Hamill, Pickett, Amsbaugh & Aho
2. Runcan
3. Kawalkowski
4. DeFreitas

فرزند با ناتوانی‌های رشدی می‌شود. چنین آموزش‌هایی ادراک والدینی از نحوه تعامل مادر-فرزند را بهبود بخشیده و مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخاشگرانه حین تعامل با فرزند را کاهش می‌دهد (نیس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). در این بین سیستم‌های توجهی نقش بسزایی ایفا می‌کنند، کسب آگاهی از اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی و نیز دستیابی به مهارت‌هایی برای پذیرش مشکلات کودک، باعث می‌شود مادران مشکلات رفتاری کودک خود را کمتر تنش آور بدانند، یعنی در حقیقت ادراک مادران از چگونگی پیامد، کیفیت خلقی خاصی در آن‌ها ایجاد می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آنان را در خصوص وضعیت محیطی، توسعه مهارت‌های حل مسئله و غلبه بر ناامیدی کمک می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد که واکنش مطلوب به رفتارهای تکانش‌گرانه کودک نشان دهند و از روش‌هایی نظیر خودآرام‌سازی نیز استفاده کنند (هیز، ۲۰۰۵). کاهش توجه به این‌گونه افکار منفی به کاهش علائم استرس و اضطراب کمک می‌کند. با توجه به این نکته که احساسات فقط احساس هستند، بدین ترتیب به والدین اجازه می‌دهند که با کودکشان در لحظه حال باشند، در واقع تکنیک‌هایی مانند تنفس ذهن آگاهانه در مواقع استرس‌زا باعث می‌شود که علائم بدنی که تحت تأثیر شرایط استرس‌زا تحریک شده بودند کاهش یافته و والدین که دیگر تحت تأثیر هیجانات قوی نیستند، قادر می‌شوند در مورد چگونگی پاسخ‌دهی خود آگاهانه‌تر عمل کنند و از میان روش‌های مختلف پاسخ‌دهی دست به انتخاب آگاهانه بزنند (بوگلز، لهتونن و رستیفو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲).

به کار گرفتن تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی موجب می‌شود که فرد به جای سرکوب کردن یا رد کردن افکار و احساسات دردناک و منفی خود فقط آن‌ها را مشاهده کند و به آن‌ها اجازه می‌دهد همان‌طوری که هستند باشند. با توسعه توجه پایدار و آگاهی غیر قضاوتی و غیرواکنشی، دامنه گسترده‌ای از عرصه‌های مختلف از قبیل آرمیدگی جسمانی، تعادل هیجانی، تنظیم رفتاری و تغییراتی در خودقضاوتی، خودآگاهی

- 
1. Neece
  2. Bögels, Lehtonen & Restifo



و ارتباط با دیگران، به طور بالقوه تحت تأثیر قرار خواهند گرفت (زمستانی و اوتاویانی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ زمستانی و نیکو، ۲۰۲۰). بهبود هر یک از حوزه‌های کارکردی می‌تواند به طور بالقوه تجربه فشار روانی و استرس والدگری را کاهش دهد. تمرین‌های گسلش شناختی باعث می‌شود مادران، در مقابل برداشت‌های شناختی استرس‌زا در زمینه فرزندپروری (مقایسه با فرزندان دیگران، باورهایشان در مورد قابلیت‌های خود در اداره کردن شرایط دشوار مربوط به چنین کودکانی، احساس قربانی شدن و خودسرزنی بالا)، انعطاف بیشتری از خود نشان دهند. در این بین تکنیک‌های ذهن آگاهی و پذیرش از جمله تمرین‌های مربوط به روشن‌سازی ارزش‌ها جایگزین اجتناب قرار می‌گیرد و به والدین فرصت می‌دهد تا در مسیر ارزش‌های مربوط به حوزه‌های مختلف زندگی‌شان حرکت کنند (کاوالکوسکی، ۲۰۱۲).

همچنین یافته‌های پژوهش‌های گویای اثربخشی این تکنیک‌ها بر سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری و افزایش سلامت روان مادران است؛ به عبارتی با بالا رفتن مؤلفه سخت‌رویی، استرس والدینی کاهش یافته و در نتیجه شاهد بهبود تعامل والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان هستیم. بر این اساس می‌توان به پیامد عملی پژوهش اشاره کرد بدین صورت که با آموزش مهارت‌های مناسب و کارآمد با هدف افزایش سطح تاب‌آوری و سخت‌رویی مادران کودکان با اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی در راستای بهبود سلامت خانواده و جامعه کمک کرد. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بین سخت‌رویی، سازگاری و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در واقع سخت‌رویی بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان است و افرادی که از سلامت روان بالایی برخوردارند، قادرند معنی و هدف در زندگی‌شان پیدا کنند. در بررسی چگونگی این تأثیر می‌توان گفت در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزاردهنده منجر به تقویت این احساسات و افکار و آزاردهندگی بیشتر آن‌ها می‌شود (زمستانی و مظفری، ۲۰۲۰). در نتیجه فرد احساس

توانمندی و کارایی خود را از دست می‌دهد و به دنبال آن کیفیت روان‌شناختی و جسمی زندگی کاهش می‌یابد. در این رویکرد به فرد کمک می‌شود تا به جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال سازد و بتواند ارزش‌های خود را شناسایی کند و به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی، آن‌ها را بپذیرد و مطابق ارزش‌ها و اهداف خود عمل کند (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۱).

درمان مادران به بهبود رفتار آن‌ها منجر شده و به دنبال آن رفتار کودک هم تغییر می‌کند و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان ADHD را کاهش می‌دهد. همچنین سبب کاهش بیش‌فعالی، کم‌توجهی کودکان و پرخاشگری آن‌ها می‌شو و مهارت‌های والدینی را تقویت می‌کند، فشار روانی آن‌ها را کم و اعتمادبه‌نفس مادران را افزایش می‌دهد. پس‌ازاین که کودک درمان را دریافت می‌کند باز به خانواده برمی‌گردد و تا زمانی که در خانواده بستر مناسبی ایجاد نکرده باشیم درمان کودکان به‌تنهایی مؤثر نخواهد بود. همه این دلایل تأییدی است بر انجام پژوهش‌های متعدد در رابطه با درمان و آموزش خانواده‌ها و خصوصاً مادران کودکان با ADHD؛ بنابراین در چرخه درمان کودکان با ADHD باید آموزش والدین، خصوصاً مادران آن‌ها را هم مورد توجه قرار داد چرا که نه تنها این والدین نیازمند دریافت درمان و آموزش هستند، بلکه این امر خود می‌تواند چرخه درمان را سرعت بخشد و نتایج بهتری برای کودک ADHD و مادر و هم برای تسهیل ارتباط کودک و مادر به دنبال داشته باشد.

یافته‌های پژوهشی تأیید می‌کنند که آموزش والدین کودکان دارای کم‌توجهی/بیش‌فعالی می‌تواند چارچوبی برای ایجاد راهبردهایی برای مدیریت ناکارآمدی‌های مزمن خانوادگی فراهم آورد. به‌ویژه آموزش‌های رفتاری به والدین و کودکان ADHD کمک می‌کند تا چرخه تعامل ناکارآمد را شکسته و الگوهای تعاملی حمایتی مثبت متقابلی به وجود آورند. اصلاح نقش و درمان والدین به‌خصوص مادران ADHD، کلیدی است که می‌تواند به مدیریت تکانشگری، بی‌توجهی و رفتارهای بیش‌فعالی کودک کمک نماید و مدیریت این رفتارها به کمک دستورات روشن و صریح

وضع قوانین و محدودیت‌های مشخص از طرف والدین، به‌ویژه مادران که زمان بیشتری را با این کودکان می‌گذرانند و درنهایت چرخه درون نسلی روشن‌بین 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>، ۲۰۰۶). خانواده‌های دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی تحت درمان با این رویکرد می‌آموزند که به‌جای مرور فکری اشکالات رفتاری و هیجانی فرزند، تعارضات زناشویی ایجادشده و ناتوانی در مقابله با این مشکلات و غرق شدن در احساس غم، خشم، ناامیدی، شرمساری، درماندگی، بی‌کفایتی و اضطراب، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند و در سایه این پایبندی به اهداف خود، همه امکانات و خدمات اجتماعی و خانوادگی را مدنظر بگیرند تا با استفاده از آن‌ها به بهترین عملکرد ممکن برسند. بدین ترتیب درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با متعهد کردن فرد به شناسایی بیشتر و بهتر امکانات و خدمات و بهره‌گیری از آن‌ها، توانمندی روان‌شناختی فرد را افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارت‌اند از حجم پایین نمونه و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها. بر این اساس، تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم پژوهش‌های بیشتری در این زمینه است. لذا، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی این پژوهش را با نمونه بزرگ‌تر اجرا نمایند.

### تشکر و قدردانی

از والدین کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

دادستان، پ؛ احمدی ازقندی، ع؛ حسن آبادی، ح (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری و سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال. فصلنامه روان‌شناسی تحولی، ۷، ۲: ۱۸۴-۱۷۱.

زاهدی، ز؛ عزیزی، آ؛ خورشیدی، پ؛ حسینی، س (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر توانمندی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۳۷ (۱۰): ۷۵-۹۰.

زمستانی، م؛ قلی زاده، ز؛ علایی، م (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۲۹ (۸): ۶۱-۸۴.

علیزاده، ح (۱۳۹۱). تدوین برنامه آموزش والدین برای خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و تأثیر آن بر کاهش نشانه‌ها و کارکرد خانواده. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۲ (۷)، ۷۰-۴۳.

قربانی، نیما (۱۳۷۸). پیامدهای فیزیولوژیک و روان‌شناختی شکست مقاومت و افشای هیجانی در روان‌درمانگری. تهران: دانشگاه تربیت مدرس. رساله دکتری.

منفرد، ف (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین رابطه مادر-کودک با رشد هیجانی کارکردی و رشد کاربردی زبان در کودکان پیش‌دبستانی ناحیه ۷ مشهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

Abidin, R. (1995). *Parenting stress index: Short form*. Psychological Assessment Resources: Inc.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). *The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and*

- behaviour problems in the classroom*. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 14(2), 133-154.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd Ed.)*. New York: Guilford Press.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). *Mindful parenting in mental health care*. *Mindfulness*, 1, 107-120.
- Borden, L. A., Hankinson, J., Perry-Parrish, C., Reynolds, E. K., Specht, M. W., & Ostrander, R. (2016). *Family and maternal characteristics of children with co-occurring ADHD and depression*. *Journal of attention disorders*, 1087054716666321.
- 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.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). *A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology*. *Journal of school psychology*, 57, 41-52.
- Burke, K., & Moore, S. (2014). *Development of the parental psychological flexibility questionnaire*. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), 548-557.
- Crnicek, K.A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). *Cumulative parenting stress across the preschool period Relations to maternal parenting and child behavior at age 5*. *Journal of Infant and Child Development* 14(2), 117-132.
- DeFreitas, J. (2015). *Acceptance and Commitment Training to Enhance a Behavioral Parent Training with Parents of Children with Autism*. Doctoral dissertation, University of South Florida.
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2018). *Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157-198.
- Gill, A.M., Hyde, L.W., Shaw, D.S., Dishion, T.J., & Willson, N.W. (2008). *The family check-up in early childhood: A case study of intervention process and change*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Oct; 37(4): 893-904.
- 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.

- Hamill, T. S., Pickett, S. M., Amsbaugh, H. M., & Aho, K. M. (2015). *Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress*. *Personality and Individual Differences*, 72, 24-29.
- Hayes, S.C., Stromal, & Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes. S. C. (2005). *Get of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hooper, N., & Larsson, A. (2015). *The research journey of acceptance and commitment therapy (ACT)*. Springer.
- Kawalkowski. (2012). *The Impact of a Group-based Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Parents of Children Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder*. Doctoral Dissertation, Eastern Michigan University.
- Kobasa, S. C. (1979). *Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 37 (1): 1-11
- Markel, C., & Wiener, J. (2014). *Attribution processes in parent-adolescent conflict in families of adolescents with and without ADHD*. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(1), 40.
- Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M. I., Colomer, C., & Pastor, G. (2015). *Parenting stress in families of children with autism spectrum disorder and ADHD*. *Exceptional Children*, 82(1), 81-95.
- Mohammad pour, E., Kasaei, F. (2013). *Family functioning in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder*: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1864 – 1865
- Montgomery, D., (2015). *The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Parents of Children Diagnosed with Autism*. Walden Dissertations and Doctoral Studies.
- 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.
- Neece, C. L. (2014). *Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents of Young Children with developmental Delays: Implications for Parental Mental Health and Child Behavior Problems*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 174-186.
- Pianta, R. C. (1992). *Parent-child relationship scale*. Charlottesville, VA: University of Virginia.

- Runcan, P. L. (2012). *The time factor: does it influence the parent-child relationship?* Procedia-social and behavioral sciences, 33, 11-14.
- Sadock, B., & Sadock, V. A. & Sussman, N (2017). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sairanen, E., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Kaipainen, K., Carlstedt, F., Anclair, M., & Hiltunen, A. (2019). *Effectiveness of a web-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for wellbeing of parents whose children have chronic conditions: A randomized controlled trial*. Journal of Contextual Behavioral Science, 13, 94-102.
- Sanders, Matthew R.; Markie-Dadds, Carol; Tully, Lucy A.; & Bor, William (2000). *Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 4, 624-640.
- Schatz, N. K., Aloe, A. M., Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Smyth, A., Zhao, X., ... & Altszuler, A. R. (2020). *Psychosocial Interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Systematic Review with Evidence and Gap Maps*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 41, S77-S87.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). *Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 21(1), 3-17.
- Vanzin, L., Mauri, V., Valli, A., Pozzi, M., Presti, G., Oppo, A., ... & Nobile, M. (2020). *Clinical effects of an ACT-group training in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal of Child and Family Studies, 29(4), 1070-1080.
- Yoshizumi, T., Murase, S., Murakami, T., & Takai, J. (2007). *Dissociation as a mediator between perceived parental rearing style and depression in an adult community population using college students*. Personality and Individual Differences, 43(2), 353-364.
- Zemestani, M., & Mozaffari, S. (2020). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of depression in persons with physical disability: a randomized controlled trial*. Clinical Rehabilitation, 34(7), 938-947.
- Zemestani, M., & Nikoo, Z. F. (2019). *Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial*. Archives of Women's Mental Health, 23(2), 207-214.
- Zemestani, M., & Ottaviani, C. (2016). *Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for co-occurring substance use and depression disorders*. Mindfulness, 7(6), 1347-1355.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی