

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

آرمان عزیزی^۱، سیمین قاسمی^۲، آزاد قربانی^۳، فاطمه شجاعی واژنانی^۴، فاروق محمدی^۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۳/۰۴

چکیده

با توجه به وجود مشکلات روانی، جسمانی و ارتباطی در خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و خانواده درمانی کارکردی بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده‌های این کودکان انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل تمامی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سنندج در سال ۱۳۹۵ بودند که پس از انجام مصاحبه تشخیصی، فرزند آنها تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی دریافت کرده بود. تعداد ۳۰ خانواده با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین کسانی که به فراخوان پژوهشگر پاسخ مثبت داده بودند به عنوان گروه نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، گروه خانواده درمانی کارکردی و گروه گواه، جایدهی شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۹ جلسه درمانی ۲ ساعته دریافت کردند. از پرسشنامه توانمندسازی خانواده و پرسشنامه کیفیت زندگی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مشخص شد که خانواده درمانی کارکردی در افزایش توانمندی خانواده‌ها و ارتقاء کیفیت زندگی آنها نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، موثرتر است. بر این اساس می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و خانواده

۱. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول) armanazizi2020@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان

۳. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه کردستان

۴. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه اصفهان

۵. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه کردستان

درمانی کارکردی می‌تواند باعث افزایش توانمندی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی آنها شود.

واژگان کلیدی: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، توانمندسازی خانواده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خانواده درمانی کارکردی، کیفیت زندگی

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی در کودکان است (قاسم‌پور و مظاهریان، ۱۳۹۴). در حال حاضر این اختلال مساله مهمی در بهداشت روانی جامعه محسوب می‌شود و تشخیص آن از سال ۱۹۹۰ به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (ناس و لونتھال^۱، ۲۰۱۱). برای این اختلال سه طبقه 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، بیش از حد جنب و جوش 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). شایع‌ترین اختلال‌های همراه، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای است که حدود نیمی از این کودکان به آن مبتلا هستند. همچنین اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، تیک و اختلال وسواسی-اجباری، از جمله اختلال‌های شایع بعدی در این گروه از کودکان است (سادوک^۴، ۲۰۱۵).

پیشینه‌های پژوهشی به‌صراحت نشان داده است که این کودکان فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهند (شکوهی‌یکتا و زمانی، ۱۳۸۷). بررسی

-
1. Nass & Leventhal
 2. Coogan, Baird, Popa-Wagner & Tome
 3. Pundir, Nagarkar & Panda
 4. Sadock

تعامل‌های این کودکان نشان‌دهنده آن است که رفتار کودک به عنوان یک محرک تنش‌زا عمل می‌کند (یوسفی، سلطانی‌فر و تیموری، ۱۳۸۸) و می‌تواند به ایجاد احساس ناکامی، خشم، نادیده گرفته شدن و خجالت در خواهر، برادرها و والدین (میکامی و پفیفر^۱، ۲۰۰۸)، افسردگی، اضطراب و محدود شدن نقش والدینی، احساس عدم کفایت در تربیت فرزند، دلستگی ضعیف عاطفی بین کودک و والد، بالا رفتن سطح تنیدگی در خانواده، بالاتر رفتن میزان طلاق و از هم گسیختگی روابط خانوادگی منجر شود (هوش‌ور، خوشابی، میرزایی و رهگذر، ۱۳۸۸). بنابراین، این اختلال نه تنها فرد، بلکه نظام یکپارچه و گسترده‌تر خانواده (ساندرز، بور و موراسک^۲، ۲۰۰۷) و کیفیت زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی یعنی درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظرش (کاتسچینگ، فریمن و سارتوریوس^۳، ۲۰۰۶). کاستانزیا، فیشر، علی، بیر و باند^۴ (۲۰۰۷) با ارائه یک مدل مفهومی، کیفیت زندگی را نتیجه تعامل نیازهای انسان و ادراک ذهنی او از نحوه ارضا و فرصت‌های موجود برای ارضای این نیازها مفهوم‌سازی کرده‌اند. برخی پژوهشگران، کیفیت زندگی را با رویکرد عینی و برخی دیگر با رویکرد ذهنی تعریف می‌کنند. رویکرد عینی کیفیت زندگی را به استانداردهای آشکار زندگی نظیر سلامت جسمی، شرایط شخصی، ارتباط اجتماعی و سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی مرتبط می‌داند. در مقابل رویکرد ذهنی، کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد. این منظر، بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید می‌کند (لیو^۵، ۲۰۰۶). طبق تعریف‌های ارائه شده، با توجه به استرس جسمانی و روانی که وجود کودک مشکل‌دار بر خانواده تحمیل می‌کند (اسچیو^۶، ۲۰۰۷)، بسیاری از خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از کیفیت زندگی

-
۱. Mikami & Pfiffner
 ۲. Sanders, Bor & Morawsk
 ۳. Katschnig, Freeman & Sartorius
 ۴. Costanzia, Fisher, Ali, Beer & Bond
 ۵. Liu
 ۶. Schieve

مطلوبی برخوردار نیستند و بدون دسترسی به منابع حمایتی خاص با مشکلات عدیده‌ای مواجه خواهند شد.

یکی از مفاهیمی که می‌تواند به‌عنوان منبع روانی و حمایتی در مراقبت از کودکان با ناتوانی‌های پیشرفته به حساب آید، توانمندی خانواده است (خلوتی، نافع‌ی و سلطانی، ۱۳۹۳). توانمندی خانواده فرایندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است که در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد (والین و ایدوال، ۲۰۰۶) و نگرش، دانش و رفتار خانواده را در حوزه ارتباط با فرزند، سیستم خدمات و جامعه شرح می‌دهد (خلوتی و همکاران، ۱۳۹۳). توانمندی خانواده فرایندی است که طی آن خانواده، دانش و مهارت‌هایی را جهت مدیریت مطلوب زندگی کسب می‌کند و در نتیجه سبک زندگی و کیفیت زندگی اعضای خانواده ارتقاء می‌یابد (سوندی، ۲۰۱۳). این نوع از توانمندی که از تعامل بین متخصصان سلامت و خانواده‌ها حاصل می‌شود، باعث به وجود آمدن احساس کنترل بر زندگی خانواده می‌شود و منجر به تغییراتی می‌شود که قدرت، توانایی و مهارت‌های خانواده را بهبود می‌بخشد (لاریتسن، کوکرو، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان داده است که توانمندی خانواده و دریافت خدمات خانواده محور بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان تأثیر دارند (گراوز و شلتون، ۲۰۰۷). برای مثال پژوهش ویس، کاپادوکیا، مکمولین، ویسیلی و لانسکای^۵ (۲۰۱۲) نشان داد که هر چه توانمندی والدین بیشتر باشد، مشکلات روانی مربوط به داشتن کودک اوتیسم در آنها کمتر خواهد بود.

یکی از درمان‌های مرتبط با اختلال‌های کودکان، خانواده درمانی کارکردی است. در بسیاری از رویکردهای خانواده درمانی عقیده بر این است که علت اصلی انواع اختلالات رفتاری کودکان را باید در خانواده آنها جستجو کرد. رفتار انحرافی کودک در خانواده می‌تواند کارکردهای خاص خود را داشته باشد. اعضای خانواده به طریقی با یکدیگر مرادده دارند که بتوانند نیازهای ارتباطی‌شان برای دوری یا نزدیکی به یکدیگر را برآورده سازند؛ اما این الگوهای ارتباطی همچنین باعث ایجاد یا ماندگاری مشکلات رفتاری می‌شود. مشکلات رفتاری وقتی حل خواهد شد که در روش‌های تعاملی خانواده تغییر ایجاد شود.

1. Wahlin & Idvall
2. Subandi
3. Lauritsen & Kokckrow
4. Graves & Shelton
5. Weiss, Cappadocia, MacMullin, Viecili & Lunsky

بدین ترتیب خانواده درمانی کارکردی برای کمک به خانواده‌ها در جهت شناسایی الگوهای ارتباطی و بهبود تعاملات خانوادگی تدوین شده است، به طوری که هر کدام از اعضای خانواده بتواند به اهداف شخصی خود دست پیدا کند (الکساندر، والدین، رویینز و نیب^۱، ۲۰۱۳). این روش درمانی، یک درمان چند سطحی است که درمانگر ابتدا بر توسعه قدرت‌های درونی خانواده و ایجاد و افزایش احساس خودکفایی کار می‌کند. طوری که خانواده به این باور برسد که توانایی بهبود بخشیدن به وضعیت خود را دارد و همین امر زمینه تغییرات بعدی خانواده بدون حمایت مستقیم درمانگر و سیستم‌های حمایتی را فراهم آورد (سکستون و تورنر^۲، ۲۰۱۱). خانواده درمانگر کارکردی می‌کوشد تا الگوی ارتباطی خانواده را که در ایجاد مشکل دخیل است، تغییر دهد و با آموزش مهارت‌های خاصی نظیر برقراری ارتباط موثر، حل تعارض، فرزندپروری کارآمد و حل مسأله، تعاملات خانواده را بهبود بخشد. وقتی تغییرات رفتاری موردنظر در خانواده ایجاد شد، درمانگر به خانواده کمک می‌کند تا مهارت‌های کسب شده را در سایر موقعیت‌ها نظیر مدرسه و جامعه نیز مورد استفاده قرار دهد (اوندررا^۳، ۲۰۰۶). با توجه به آنچه گفته شد، خانواده درمانی کارکردی به منظور ایجاد تغییرات در افراد و خانواده، در پنج مرحله تدوین شده است که عبارتند از ۱. تعهد به تغییر، ۲. انگیزش برای تغییر، ۳. ارزیابی تعاملات و طراحی تغییرات، ۴. تغییرات رفتاری و ۵. عمومیت بخشیدن به تغییرات در سایر ابعاد رفتارها و دیگر سیستم‌ها (الکساندر و رویینز، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که خانواده درمانی کارکردی بر کاهش مشکلات اختلال سلوک (لایلین فلد^۴، ۲۰۰۵)، درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (اسماعیل پور، ۱۳۸۶) و بهبود کارکرد خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (عزیزی، کریمی پور، رحمانی و ویسی، ۱۳۹۵) موثر بوده است.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که در بهبود بسیاری از اختلالات روانشناختی و مشکلات خانوادگی موثر بوده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی او حاصل می‌شود و با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود. بدین ترتیب تلاش‌های ناموفق افراد برای غلبه

1. Alexander, Waldron, Robbins & Neeb
2. Sexton & Turner
3. Onedera
4. Lilienfeld

بر درد و رنج یا جلوگیری از آن منجر به ناراحتی عمیق‌تر می‌شود (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس^۱، ۲۰۰۶). در واقع مفهوم اساسی در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش این است که رنج‌ها و مشکلات روانشناختی به وسیله اجتناب نمودن از تجارب، شناخت‌های در هم تنیده، شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق نیافتن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌شود (هیز و لیلیس، ۲۰۱۲). در این رویکرد هدف درمان، ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق شش فرایند پذیرش^۲، گسلش^۳، خود به‌عنوان زمینه^۴، ارتباط با زمان حال^۵، ارزش‌ها^۶ و عمل متعهدانه^۷ به ارزش‌ها است (رادیتی و روینسون^۸، ۲۰۱۱). انعطاف‌پذیری روانشناختی یعنی فرد این توانایی را داشته باشد که بتواند به جای غرق شدن در گذشته و آینده، در زمان حال زندگی کند و ارزش‌ها و اهداف خود را شناسایی کند و به‌جای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده، رفتاری را در پیش بگیرد که با ارزش‌ها و اهدافش هماهنگ باشد (هیز و استروسال^۹، ۲۰۱۰). بدین منوال فرد با کنترل موثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی به‌طور اجتناب‌ناپذیری برای او ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد می‌نماید. شناسایی و تشخیص مرزهایی که افراد را از زندگی مطلوب بازداشته‌اند، مولفه‌های کلیدی مداخلات مبتنی بر تعهد و پذیرش است (ایفرت و فرسیس^{۱۰}، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علائم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند (هریس^{۱۱}، ۲۰۰۹).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش اضطراب بین فردی و روانشناختی (پترسون، ایفرت، فینگولد

1. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
2. Acceptance
3. Defusion
4. Self as a context
5. Contact with present moment
6. Values
7. Committed action
8. Roditi & Robinson
9. Strosahl
00. Eifert & Forsyth
11. Harris

و داویدسون^۱، ۲۰۰۹) کاهش پریشانی زوجین (امان‌اللهی، حیریان فرد، خجسته مهر و ایمانی، ۱۳۹۳) بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی (نریمانی و بخشایش، ۱۳۹۳) پذیرش درد و اضطراب (انوری، ابراهیمی، نشاط دوست، افشار و عابدی، ۱۳۹۳)، افسردگی (حر، آقایی، عابدی و عطاری، ۱۳۹۲)، بیماری‌های روانی و جسمی (مانتوانی، سیمپسون، فالون، روسی و لسانبای^۲، ۲۰۱۰)، کاهش علائم اضطراب فراگیر (مژدهی، اعتمادی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۰) و ارتقاء کیفیت زندگی (ابراهیمی، رضائیان، خوروش و زرغام، ۱۳۹۲) کاهش آسیب‌های هیجانی مادران کودکان اوتیسم (طالب‌زاده، ۱۳۹۵)، کاهش درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی مادران کودکان دیرآموز (شعاعی، ۱۳۹۵)، بهبود رابطه والد-فرزندی مادران دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (نداف سنگانی، ۲۰۱۶) موثر بوده است.

اگرچه پژوهش‌های بسیاری در زمینه کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شده است، اما بررسی روش‌های موثر در رفع مشکلات خانواده‌های این کودکان، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. مشکلات روانی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، کیفیت زندگی این خانواده‌ها و سلامت و آرامش آنها و به تبع سلامت و آرامش جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نتیجه، لزوم انجام پژوهش‌هایی در جهت کمک به این گروه از کودکان و در کنار آن کمک به خانواده‌ها در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش توانمندی آنها در مقابله با مشکلات فردی و خانوادگی ناشی از وجود کودک بیش‌فعال در خانواده، ضروری به نظر می‌رسد. همان‌طور که اشاره شد خانواده درمانی کارکردی در بهبود وضعیت کودکان دارای مشکلات رفتاری و روانشناختی نظیر اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای و بهبود کارکرد خانواده آنها موثر بوده است، همچنین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش علائم مشکلات بین فردی و روانشناختی، افزایش بهزیستی روانی، ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش درماندگی و پریشانی خانواده‌های دارای فرزندان دچار مشکلات رفتاری و روانشناختی موثر بوده است. با توجه به خلأ پژوهشی موجود در زمینه شناسایی راهکارهای موثر بر بهبود شرایط خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و توانایی اثبات شده دو رویکرد خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر تعهد

1. Peterson, Eifert, Feingold & Davidson
2. Mantovani, Simpson, Fallon, Rossi & Lisanby

و پذیرش در رفع بسیاری از مشکلات و معضلات روانشناختی کودکان و خانواده‌های آنها، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش توانمندی خانواده‌های دارای فرزندان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی سعی داشت به پرسش‌های پژوهشی زیر پاسخ دهد:

۱. آیا بین میانگین نمرات توانمندی خانواده در گروه خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سنندج در سال ۱۳۹۵ بودند که پس از انجام مصاحبه تشخیصی، فرزند آنها تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده بود. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ بدین صورت که از بین کلیه مراکز مشاوره شهر سنندج دو مرکز مشاوره به صورت تصادفی انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۳۵ خانواده از بین خانواده‌هایی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند و طی انجام مصاحبه روانشناختی توسط روانپزشک و بر مبنای ملاک‌های تشخیصی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) فرزندشان تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی دریافت کرده بود، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. پیش از شروع طرح درمانی تعداد ۵ خانواده از شرکت در پژوهش انصراف دادند. بنابراین طرح درمانی با شرکت ۳۰ خانواده (زن و شوهر) اجرا شد. این خانواده‌ها به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۰ خانواده در گروه خانواده درمانی کارکردی، ۱۰ خانواده در گروه درمانی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۰ خانواده در گروه گواه). جلسات آموزشی-درمانی بر روی گروه‌های آزمایش انجام شد و زوجین گروه گواه صرفاً در پیش‌آزمون - پس‌آزمون شرکت کردند

و با تعهد پژوهشگر مبنی بر اینکه پس از پایان طرح پژوهشی و آشکار شدن میزان تأثیر هر یک از دو درمان، درمان موثرتر را دریافت کنند، در انتظار درمان قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به طرح درمانی برای والدین عبارت بودند از تشخیص نارسایی توجه/بیش‌فعالی بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی در فرزند، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۴ تا ۴۰ سال و دارا بودن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در شش ماه گذشته، سوء مصرف مواد یا الکل و وجود اختلالات شخصیتی و روانی در والدین و وجود اختلالاتی غیر از نارسایی توجه/بیش‌فعالی در فرزند بود.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس توانمندسازی خانواده بود که در ادامه ویژگی‌های هر ابزار توضیح داده خواهد شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی یک ابزار خودگزارشی ۲۶ سوالی است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسشنامه که در سال ۱۹۹۱ توسط سازمان بهداشت جهانی و برای ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده بود، برگرفته شده است. این پرسشنامه چهار حیطه کیفیت زندگی جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی را ارزیابی می‌کند و علاوه بر موارد ذکر شده، سلامت عمومی را نیز ارزیابی می‌کند. آیتم‌های این پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (اصلاً، خیلی کم، در حد متوسط، زیاد و خیلی زیاد) ارزیابی می‌شود. بر طبق نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان که از اجرای مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان به دست آمده است، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (به نقل از نصیری، ۱۳۸۵). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) در حیطه سلامت جسمانی، ۰/۷۶، حیطه روانی، ۰/۷۷، حیطه محیطی، ۰/۸۴ و در حیطه روابط اجتماعی برابر با ۰/۷۵ گزارش شده است.

مقیاس توانمندسازی خانواده: مقیاس توانمندسازی خانواده توسط کورن، دیچیلو و فریسن^۱ در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. این ابزار از ۳۴ گویه و ۳ خرده مقیاس خانواده (۱۲ سوال)، سیستم‌های خدماتی (۱۲ سوال) و اجتماعی/سیاسی (۱۰ سوال) تشکیل شده است.

1. Koren, DeChillo & Friesen

نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً غلط»، «بسیار غلط»، «تا حدی صحیح»، «بسیار صحیح» و «کاملاً صحیح» به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. ثبات درونی این پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های اجتماعی/سیاسی، سیستم‌های خدماتی و خانواده به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ به دست آمده است. پایایی این ابزار برای زیر مقیاس‌های خانواده، سیستم خدمات و اجتماعی/سیاسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۷۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است (کورن، دیچیلو و فریسن، ۱۹۹۲). در پژوهش خلوتی و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های خانواده، سیستم‌های خدماتی و جامعه/سیاست به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۸ و ۰/۶۳ گزارش شده است.

پس از انتخاب گروه نمونه و موافقت آن‌ها با شرکت در پژوهش، خانواده‌ها به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و توانمندی خانواده به عنوان پیش‌آزمون در هر سه گروه اجرا شد. سپس گروه گواه در انتظار ماندند و دو گروه آزمایش خانواده درمانی کارکردی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۹ جلسه دو ساعته تحت درمان قرار گرفتند. در انتها نیز در هر سه گروه پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و توانمندی خانواده دوباره اجرا شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندگانه تحلیل شد. خلاصه جلسات خانواده درمانی کارکردی در جدول ۱ گزارش شده است. جلسات درمانی مبتنی بر خانواده درمانی کارکردی بر مبنای سکستون و الکساندر (۲۰۰۴) و الکساندر (۲۰۰۹)، تدوین شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات خانواده درمانی کارکردی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	معارفه و آشنایی، ایجاد جو مثبت برای تشویق درمان‌جویان جهت شرکت در جلسات و انجام تکالیف به طوری که درمان‌جویان احساس کنند در کنار درمانگر مورد احترام و در عین حال راحت هستند، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان
دوم	آشنایی اعضا با اختلال نارسایی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمان‌جویان، ارائه توضیحاتی درباره اختلال	مشخص کردن تأثیرات بیش‌فعالی فرزند در

زندگی شخصی و خانوادگی و مشخص کردن تأثیر خانواده در شدت علائم فرزند بیش فعال	بیش فعالی و عوامل خانوادگی مرتبط با آن، بررسی ویژگی‌های سیستم تربیتی، انضباطی، نظارتی و نحوه آموزش مهارت‌های اجتماعی در خانواده، بررسی پیامدهای سیستم ناکارآمد خانوادگی، استفاده از تکنیک‌های مشاوره‌ای برای کاهش هرگونه احساس منفی نظیر خشم، سرزنش و ناامیدی در درمان‌جویان، بررسی انتظارات مثبت درمان‌جویان و تقویت آنها جهت ایجاد انگیزه و امید جهت بهبود	توجه/بیش فعالی و آشنایی با چگونگی عملکرد خانواده	
مشخص کردن نگرش‌ها و احساسات منفی و تأثیر آن در زندگی شخصی و خانوادگی، مشخص کردن نقش خود در وضعیت فعلی خانواده	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات متقابل فرزند بیش فعال و خانواده بر یکدیگر، بحث در مورد نگرانی‌های والدین در مورد فرزندشان، بیان نگرش‌ها و احساسات اعضای خانواده نسبت به یکدیگر و وضعیت موجود، اصلاح و بازنگری نگرش‌ها و احساسات منفی، تمرکز بر توانایی‌ها و شایستگی‌های خانواده، بررسی نقش هر یک از اعضای خانواده در ایجاد وضعیت موجود	اصلاح نگرش‌ها، احساسات و واکنش‌های عاطفی	سوم
تمرین مهارت گوش دادن و ارتباط موثر در روابط خود با فرزند بیش فعال و سایر اعضای خانواده و بررسی نتایج آن در زندگی شخصی و خانوادگی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره نتایج بررسی نقش خود در به وجود آمدن مشکلات خانواده، آموزش مهارت ارتباط موثر و گوش دادن فعال شامل آشناسازی درمان‌جویان با موانع گوش دادن فعال، گوش دادن، بازگویی، روشن سازی و ارائه بازخورد	آموزش مهارت گوش دادن فعال و ارتباط موثر	چهارم
تمرین مهارت قرارداد وابستگی و سرمشق دهی در روابط خود با فرزند بیش فعال و سایر اعضای خانواده و بررسی نتایج آن در زندگی شخصی و خانوادگی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره نتایج انجام تمرین گوش دادن فعال و ارتباط موثر در زندگی شخصی و خانوادگی و ارتباط با فرزند بیش فعال، آموزش مهارت قرارداد وابستگی شامل آموزش شیوه برقراری قرارداد، تعیین رفتار موردنظر، پاداش و شیوه ارائه آن، آموزش مهارت سرمشق دهی شامل چگونگی آموزش رفتار خاص، تمرین و پس‌خوراند	آموزش مهارت قرارداد وابستگی و سرمشق دهی	پنجم و ششم
تمرین مهارت مذاکره و حل مسأله در روابط خود با فرزند بیش فعال و سایر اعضای خانواده	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره نتایج انجام تمرین قرارداد وابستگی و سرمشق دهی در زندگی شخصی و خانوادگی و ارتباط با فرزند بیش فعال، آموزش مهارت مذاکره شامل چگونگی بیان	آموزش مهارت مذاکره و حل مسأله	هفتم و هشتم

و بررسی نتایج آن در زندگی شخصی و خانوادگی	احساسات، علایق و خواسته، ارائه راه‌حل‌های پیشنهادی و چگونگی رسیدن به توافق، آموزش مهارت حل مسئله شامل تعریف مشکل، تعیین هدف‌ها، بارش فکری درباره راه‌حل‌ها، آزمایش راه‌حل‌ها و ارزیابی نتایج
تثبیت و تقویت مهارت‌های آموخته شده، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره نتایج انجام تمرین مذاکره و حل مسئله در زندگی شخصی و خانوادگی و ارتباط با فرزند بیش‌فعال، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آنها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان‌جویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی

جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای راهنمای درمانی هریس (۲۰۰۷) تدوین شد. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	معارفه و آشنایی، ایجاد اتحاد درمانی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان
دوم	آشنایی اعضا با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمان‌جویان، ارائه توضیحاتی درباره اختلال بیش‌فعالی، نشانه‌ها و پیامدهای آن	مشخص کردن تأثیرات بیش‌فعالی فرزند در زندگی شخصی و خانوادگی توسط درمان‌جویان
سوم	بررسی راهبردهای کنترل‌ناکارآمد و ایجاد درماندگی خلاق	تأثیرات بیش‌فعالی فرزندشان در زندگی شخصی و خانوادگی درمان‌جویان، بررسی راهبردهای کنترل‌ناکارآمد که افراد برای مقابله با بیش‌فعالی فرزند بکار برده‌اند و بررسی هزینه‌های این راهبردها و کارآمدی و ناکارآمدی آنها در درازمدت، کمک به درمان‌جویان در	مشخص کردن راهبردهای کنترل‌ناکارآمد و تأثیر آنها در زندگی شخصی و خانوادگی

جهت پی بردن به بیهودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه	
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره بیهودگی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات، یادگیری کاهش اثر و نفوذ افکار و احساسات نامطلوب با استفاده موثر از ذهن آگاهی</p>	<p>آموزش ذهن آگاهی و پذیرش</p> <p>چهارم</p>
<p>اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آنها در زندگی شخصی و خانوادگی</p>	<p>آموزش گسلش شناختی</p> <p>پنجم</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد ذهن آگاهی و تأثیر آن بر زندگی شخصی و خانوادگی درمان‌جویان، توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار</p>	<p>آموزش گسلش شناختی</p> <p>پنجم</p>
<p>تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و خانوادگی</p>	<p>آشنایی با خود به‌عنوان زمینه</p> <p>ششم</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، کمک به درمان‌جویان در جهت روشن‌سازی آنچه برای آنها اهمیت دارد، آنچه برای آنها پر معنا و مهم است، ایجاد</p>	<p>تصريح ارزش‌ها</p> <p>هفتم</p>
<p>مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آنها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط، دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت،</p>	<p>تصريح ارزش‌ها</p> <p>هفتم</p>

انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر	زندگی اجتماعی، محیط زیست و طبیعت و سلامتی
بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد ارزش‌ها و موانع عمل بر طبق آنها، ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها و گذر از موانع با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس	شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و خانوادگی
بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آنها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان‌جویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی	جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون

یافته‌های پژوهش

در ابتدای پژوهش افراد نمونه به صورت تصادفی در سه گروه قرار داده شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سه گروه

گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
ACT	۲۰	۳۰/۴	۴/۱۳
FFT	۲۰	۳۰/۲	۳/۶۰
Control	۲۰	۳۰/۵	۵/۱۴
ACT	۲۰	۱۲/۶	۰/۷۵
FFT	۲۰	۱۳	۰/۶۴
Control	۲۰	۱۲/۴	۰/۸۸
ACT	۲۰	۱	۰/۰۰
FFT	۲۰	۱/۳	۰/۵۷
Control	۲۰	۱	۰/۰۰

پس از اجرای مداخله میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته ارزیابی و محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
توانمندی خانواده	پیش آزمون	ACT	۶۳,۴۰	۶,۲۶
		FFT	۶۰,۴۵	۵,۵۳
		CONTROL	۶۴,۵۰	۷,۱۱
	پس آزمون	ACT	۹۲,۰۰	۷,۱۳
		FFT	۱۰۱,۱	۶,۳۵
		CONTROL	۶۴,۹۰	۴,۹۶
کیفیت زندگی	پیش آزمون	ACT	۵۶,۴۵	۵,۱۳
		FFT	۵۷,۷۰	۵,۲۹
		CONTROL	۵۷,۸۵	۶,۰۵
	پس آزمون	ACT	۶۷,۸۵	۵,۹۰
		FFT	۷۲,۹۰	۷,۲۴
		CONTROL	۵۶,۳۰	۴,۲۶

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است میانگین دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش پیدا کرده است. با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. بر همین اساس برای تک تک متغیرهای کلی از آزمون آنکوا و برای بررسی خرده مقیاس‌های پژوهش از تحلیل مانکوا استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است. یکی از این پیش فرض‌ها، طبیعی بودن توزیع نمرات است. این پیش فرض با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف آزمون شد. نتایج حاصل از بررسی این پیش فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش در یک گروه آزمایش در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت آزمون طبیعی بودن توزیع نمرات متغیرهای کیفیت زندگی و توانمندی خانواده

متغیر	آزمون	گروه آزمایش		گروه گواه	
		مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری
حیطه جسمی	پیش آزمون	۰/۶۶۸	۰/۷۶	۱/۱۲	۰/۸۳۰
	پس آزمون	۰/۶۵۲	۰/۷۴۷	۰/۶۵۴	۰/۷۸۲
حیطه	پیش آزمون	۱/۲۴	۰/۰۸	۰/۶۱۹	۰/۸۳۰

۰/۷۸	۰/۶۵۰	۰/۷۶۵	۱/۰۲	پس آزمون	روانشناختی	روان‌شناسی خانواده
۰/۹۷۷	۰/۴۷۸	۰/۱۷	۱/۱۰	پیش آزمون	حیطه روابط	
۰/۸۱۷	۰/۶۳۳	۰/۸۳۳	۱/۱۶	پس آزمون	اجتماعی	
۰/۹۸	۰/۴۷۱	۰/۷۸	۰/۶۵۵	پیش آزمون	حیطه	
۰/۸۸۳	۰/۵۸۵	۰/۹۸۹	۰/۸۴۱	پس آزمون	محیطی	
۰/۸۵۹	۰/۶۰۳	۰/۸۳۴	۰/۶۲۲	پیش آزمون	مقیاس کلی	
۰/۸۱۰	۰/۵۹۸	۰/۴۲۹	۰/۸۷۵	پس آزمون	کیفیت زندگی	
۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۱۲	پیش آزمون	خانواده	
۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۱۳	پس آزمون		
۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۱۱	پیش آزمون	خدماتی	
۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۱۲	پس آزمون		
۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۱۱	پیش آزمون	اجتماعی	
۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۱۳	پس آزمون		
۰/۱۲	۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۱۶	پیش آزمون	توانمندی کل	
۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۱۳	پس آزمون		

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود مقادیر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای حیطه جسمی، روانشناختی، روابط اجتماعی، محیطی و مقیاس کلی کیفیت زندگی و مقیاس‌های خانواده، خدماتی، اجتماعی و مقیاس کلی توانمندی خانواده در هیچ کدام از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و گواه معنادار نیست ($P > 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها طبیعی است.

پیش فرض بعدی که بررسی شد پیش فرض همگنی واریانس‌ها بود. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون برای متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها

متغیر	آزمون	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
حیطه جسمی	پیش آزمون	۱/۷۱	۲	۵۷	۰/۱۷۷
	پس آزمون	۰/۳۵۸	۲	۵۷	۰/۷۸۳
حیطه	پیش آزمون	۱/۲۱	۲	۵۷	۰/۳۱۳
	پس آزمون	۱/۱۱	۲	۵۷	۰/۳۲۰
روانشناختی	پیش آزمون	۰/۷۰۸	۲	۵۷	۰/۵۵۲
	پس آزمون	۰/۳۵۷	۲	۵۷	۰/۷۸۴

۰/۵۱۰	۵۷	۲	۰/۷۸۱	پیش آزمون	حیطه	توانمندی اجتماعی
۰/۴۶۱	۵۷	۲	۰/۸۷۴	پس آزمون	محیطی	
۰/۶۵۷	۵۷	۲	۰/۵۴۱	پیش آزمون	مقیاس کلی	
۰/۱۲۲	۵۷	۲	۲/۰۳	پس آزمون	کیفیت زندگی	
۰/۶۱	۵۷	۲	۰/۲۷	پیش آزمون	خانواده	
۰/۰۶	۵۷	۲	۳/۶۱	پس آزمون		
۰/۱۰	۵۷	۲	۲/۹۲	پیش آزمون	خدماتی	
۰/۶۲	۵۷	۲	۰/۲۶	پس آزمون		
۰/۰۶	۵۷	۲	۳/۶۳	پیش آزمون	اجتماعی	
۰/۱۰	۵۷	۲	۲/۹۰	پس آزمون		
۰/۷۱	۵۷	۲	۰/۱۴	پیش آزمون	توانمندی کل	
۰/۶۸	۵۷	۲	۰/۲۰	پس آزمون		

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس های گروه های آزمایش و گواه است، در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس های دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش تأیید می شود.

پیش فرض بعدی همگنی ماتریس کوواریانس ها بود. فرضیه اصلی رویکرد تحلیل کوواریانس چندمتغیری آن است که بردار متغیرهای وابسته از یک توزیع طبیعی چندمتغیره تبعیت کند و ماتریس های واریانس - کوواریانس در بین خانه هایی که بر اساس اثرات بین آزمودنی ها تشکیل شده اند، برابر باشد. برای بررسی این فرض از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون ام باکس: همگنی ماتریس کوواریانس ها

سطح معناداری	F	Box s M
۰/۹۵	۰/۳۹۳	۴/۸۲۶

با توجه به مقادیر نمایش داده شده در جدول ۷ و با توجه به اینکه آزمون ام باکس معنادار نشده است ($F=۰/۳۹۳$ و $P > ۰/۰۵$) می توان نتیجه گرفت که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف برابر هستند. بنابراین مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس تأیید شد.

با توجه به اینکه مهمترین پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج اجرای این آزمون در جداول ۸ و ۹ ارائه شده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی کیفیت زندگی

منبع	Df	Ms	F	Sig.	Eta	power
پیش‌آزمون	۱	۲۶۶/۱۶	۵۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶	۱/۰۰۰
گروه	۲	۲۲۵/۸۴	۴۲/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۱/۰۰۰
خطا	۵۶	۵/۳۰				
کل	۶۰					

همان‌گونه که مشاهده می‌شود با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون، تفاوت میان گروه‌ها در پس‌آزمون کیفیت زندگی از لحاظ آماری معنادار است. بدین معنا که هر دو رویکرد درمانی اثربخش بوده‌اند.

جدول ۹. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی توانمندی خانواده

منبع	Df	Ms	F	Sig.	Eta	power
پیش‌آزمون	۱	۴/۹۱۸	۰/۴۳۰	۰/۵۱۴	۰/۰۰۸	۰/۰۹۹
گروه	۲	۱۷۶۳/۱۷	۵۱/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷	۱/۰۰۰
خطا	۵۶	۳۴/۱۰				
کل	۶۰					

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۹ مشخص می‌شود که هر دو رویکرد درمانی بر توانمندی خانواده موثر بوده‌اند.

نتایج تحلیل مانکوا برای خرده مقیاس‌های دو متغیر وابسته در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰. تحلیل مانکوا برای خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته

مقیاس	خرده مقیاس‌ها	مجذور میانگین	درجه آزادی	F	معنی‌داری	ضریب اتا	توان آماری
توانمندی خانواده	خانواده	۱۰۵۱,۲	۲	۷۷,۵۹	۰,۰۰۱	۰,۷۴	۱,۰۰۰
	خدماتی	۶۰۴,۷	۲	۵۵,۱۴	۰,۰۰۱	۰,۶۷	۱,۰۰۰
	اجتماعی	۶۶۱,۲	۲	۶۱,۳۸	۰,۰۰۱	۰,۶۹	۱,۰۰۰
	حیطه جسمی	۱۷۰,۷۲	۲	۳۵,۵۱	۰,۰۰۱	۰,۵۷	۱,۰۰۰

کیفیت روانشناختی	حیطه روانشناختی	۱۷۵,۵۷	۲	۲۴,۵۹	۰,۰۰۱	۰,۴۸	۱,۰۰۰
زندگی	حیطه اجتماعی	۸۵,۲۵	۲	۴۴,۰۶	۰,۰۰۱	۰,۶۲	۱,۰۰۰
	حیطه محیطی	۴۱,۴۶	۲	۵,۶۳	۰,۰۰۶	۰,۱۷	۰,۸۴

همان‌طور که نتایج تحلیل مانکووا در جدول ۱۰ نشان می‌دهد، بعد از ثابت کردن اثر پیش‌آزمون‌ها، مشخص شده است که مداخلات انجام شده بر خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته تأثیر معناداری داشته است.

در ادامه برای بررسی این فرضیه که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و توانمندی خانواده در سه گروه خانواده درمانی کارکردی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۱۱. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر کیفیت زندگی و توانمندی

مقیاس‌ها خرده	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای انحراف استاندارد	معنی‌داری	خانواده
حیطه جسمی	ACT	Control	۴/۵۶	۰/۶۹۹	۰/۰۰۱	حیطه جسمی
	ACT	FFT	-۱/۰۹	۰/۷۳۷	۰/۱۴۳	
	Control	ACT	-۴/۵۶	۰/۶۹۹	۰/۰۰۱	
	Control	FFT	-۵/۶۵	۰/۷۲۸	۰/۰۰۱	
	FFT	ACT	۱/۰۹	۰/۷۳۷	۰/۱۴۳	
	FFT	Control	۵/۶۵	۰/۷۲۸	۰/۰۰۱	
حیطه روانشناختی	ACT	Control	۴/۷۰	۰/۸۵۲	۰/۰۰۱	حیطه روانشناختی
	ACT	FFT	-۰/۹۷	۰/۸۹۹	۰/۲۸۲	
	Control	ACT	-۴/۷۰	۰/۸۵۲	۰/۰۰۱	
	Control	FFT	-۵/۶۸	۰/۸۸۸	۰/۰۰۱	
	FFT	ACT	۰/۹۷	۰/۸۹۹	۰/۲۸۲	
	FFT	Control	۵/۶۸	۰/۸۸۸	۰/۰۰۱	
حیطه اجتماعی	ACT	Control	۳/۱۲	۰/۴۴۴	۰/۰۰۱	حیطه اجتماعی
	ACT	FFT	-۰/۹۲	۰/۴۶۸	۰/۰۵۳	
	Control	ACT	-۳/۱۲	۰/۴۴۴	۰/۰۰۱	
	Control	FFT	-۴/۰۵	۰/۴۶۲	۰/۰۰۱	
	FFT	ACT	۰/۹۲	۰/۴۶۸	۰/۰۵۳	
	FFT	Control	۴/۰۵	۰/۴۶۲	۰/۰۰۱	

۰/۵۹۹	۰/۸۶۵	-۰/۴۵۸	Control	ACT	حیطه محیطی
۰/۰۰۳	۰/۹۱۲	-۲/۸۷	FFT	ACT	
۰/۵۹۹	۰/۸۶۵	۰/۴۵۸	ACT	Control	
۰/۰۱۰	۰/۹۰۱	-۲/۴۱	FFT	Control	
۰/۰۰۳	۰/۹۱۲	۲/۸۷	ACT	FFT	
۰/۰۱۰	۰/۹۰۱	۲/۴۱	Control	FFT	
۰/۰۰۱	۲/۲۹	۱۰/۷۰	Act	FFT	کیفیت زندگی کلی
۰/۰۰۱	۲/۲۹	۲۷/۱۲	Cotrol	FFT	
۰/۰۰۱	۲/۲۹	-۱۰/۷۰	FFT	ACT	
۰/۰۰۱	۲/۲۹	۱۶/۴۲	Control	ACT	
۰/۰۰۱	۲/۲۹	-۲۷/۱۲	FFT	Control	
۰/۰۰۱	۲/۲۹	-۱۶/۴۲	ACT	Control	
۰/۰۰۱	۱/۱۷	۱۱/۵۱	Control	ACT	خانواده
۰/۰۴۲	۱/۱۹	-۲/۴۸	FFT	ACT	
۰/۰۰۱	۱/۱۷	-۱۱/۵۱	ACT	Control	
۰/۰۰۱	۱/۲۰	-۱۳/۹۹	FFT	Control	
۰/۰۰۱	۱/۱۹	۲/۴۸	ACT	FFT	
۰/۰۰۱	۱/۲۰	۱۳/۹۹	Control	FFT	
۰/۰۰۱	۱/۰۶	۶/۶۴	Control	ACT	خدماتی
۰/۰۰۱	۱/۰۷	-۴/۶۹	FFT	ACT	
۰/۰۰۱	۱/۰۶	-۶/۶۴	ACT	Control	
۰/۰۰۱	۱/۰۷	-۱۱/۳۴	FFT	Control	
۰/۰۰۱	۱/۰۷	۴/۶۹	ACT	FFT	
۰/۰۰۱	۱/۰۸	۱۱/۳۴	Control	FFT	
۰/۰۰۱	۱/۰۵	۹/۰۴	Control	ACT	اجتماعی
۰/۰۵۳	۱/۰۶	-۲/۱۰	FFT	ACT	
۰/۰۰۱	۱/۰۵	-۹/۰۴	ACT	Control	
۰/۰۰۱	۱/۰۷	-۱۱/۱۵	FFT	Control	
۰/۰۵۳	۱/۰۶	۲/۱۰	ACT	FFT	
۰/۰۰۱	۱/۰۷	۱۱/۱۵	Control	FFT	
۰/۱۱۰	۰/۹۲۳	-۱/۵۰	ACT	FFT	توانمندی کلی
۰/۰۰۱	۰/۹۳۰	-۹/۱۹	Control	FFT	
۰/۱۱۰	۰/۹۲۳	۱/۵۰	FFT	ACT	خانواده
۰/۰۰۱	۰/۹۰۴	-۷/۶۹	Control	ACT	

۰/۰۰۱	۰/۹۳۰	۹/۱۹	FFT	Control
۰/۰۰۱	۰/۹۰۴	۷/۶۹	ACT	

همان‌گونه که مشاهده می‌شود با وجود اینکه هر دو روش تاثیر مطلوبی بر بهبود کیفیت زندگی و توانمندی خانواده‌ها داشته‌اند، اما خانواده درمانی کارکردی نسبت به روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر بیشتری بر همه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی و توانمندی خانواده نشان داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد خانواده درمانی کارکردی بر افزایش نمره توانمندی کل و همچنین افزایش نمرات خرده مقیاس‌های توانمندی شامل توانمندی خانواده، توانمندی خدماتی و توانمندی اجتماعی موثر بوده است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت عدم آشنایی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و آثار و پیامدهای آن و چگونگی مدیریت آن و از سوی دیگر توسل به روش‌های ناکارآمد و غیراصولی، موجب وخیم‌تر شدن شرایط و دوچندان شدن مشکلات خانواده می‌شود. همچنین عدم هماهنگی شیوه‌های فرزندپروری والدین و دخالت‌های سایر اعضای خانواده نظیر پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها موجب بروز اختلافاتی در روابط زوجین و دیگر اعضای خانواده می‌شود؛ در نتیجه زوجینی که باید در چنین شرایطی پشتیبان یکدیگر باشند، روبروی یکدیگر قرار می‌گیرند و همین امر منجر به افزایش تعارضات خانوادگی، کاهش علاقه زوجین نسبت به یکدیگر و کاهش رضایتمندی زناشویی می‌شود. خانواده درمانگر کارکردی در ابتدا با پیوستن به اعضای خانواده و ایجاد جوی مثبت و خوشایند (اندرای، ۲۰۰۶) و اصلاح نگرش آنها نسبت به خود و توانایی‌هایشان (الکساندر و روین، ۲۰۱۰) انگیزه لازم جهت ایجاد تغییرات را فراهم می‌کند و با متوقف‌سازی و تغییر تعاملات خانوادگی منفی و ویران‌گر (الکساندر و همکاران، ۲۰۱۳) از طریق افزایش دانش خانواده نسبت به اختلال فرزند و آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری متناسب با نیاز خانواده، نظیر مهارت‌های

فرزندپروری، ارتباط موثر، حل مسأله و مذاکره (اندرا، ۲۰۰۶)، عملاً باعث کاهش پیامدهای منفی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی برای کودک و خانواده‌اش و افزایش توانمندی خانواده یعنی عملکرد بالای فرد در رابطه با مشکلات خانوادگی و کنترل وضعیت موجود می‌شود. خانواده درمانی کارکردی در مرحله عمومیت بخشی، با افزایش دانش خانواده در چگونگی برخورد با مشکلات اجتماعی و انتقال مهارت‌های شناختی-رفتاری آموخته شده به روابط خارج از حیطه خانواده و در رابطه با دیگر افراد جامعه (کریگ^۱ و الکساندر، ۲۰۱۲) باعث بهبود روابط اجتماعی و افزایش توانمندی اجتماعی خانواده می‌شود. همچنین ارتباط مناسب درمانگر با خانواده و ایجاد محیطی امن جهت برخورداری از خدمات درمانی و حمایتی باعث تشویق خانواده به شناسایی سایر متخصصان و خدمات درمانی و راهکارهای دستیابی به این خدمات می‌شود که همین امر توانمندی خدماتی خانواده یعنی توانایی خانواده را در استفاده از خدمات و دریافت حمایت اجتماعی، بالا می‌برد. نتایج حاصل از این قسمت پژوهش با نتایج پژوهش گراوز و شلتون^۲ (۲۰۰۷) همسو است.

به‌طور کلی خانواده درمانی کارکردی با اصلاح نگرش‌های منفی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و افزایش دانش خانواده نسبت به مشکلاتی که با آن درگیر هستند و در انتها با تغییر رفتار اعضای خانواده باعث افزایش توانمندی کلی خانواده، توانایی تغییر شرایط موجود و رفع نیازهای اعضای خانواده می‌شود. نتایج حاضر با نتایج پژوهش خلوتی و همکاران (۱۳۹۳) هماهنگی دارد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد خانواده درمانی کارکردی بر بهبود نمره کل کیفیت زندگی و همچنین نمره خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی شامل کیفیت روانشناختی، اجتماعی، جسمانی و محیطی موثر بوده است. در توضیح چگونگی این تأثیر می‌توان گفت خانواده درمانی کارکردی با اصلاح نگرش خانواده نسبت به فرزندشان، خودشان، روابطشان و نقشی که هر کدام از آنها در وخیم‌تر شدن اوضاع ایفا می‌کنند (الکساندر و روبین، ۲۰۱۰) باعث می‌شود خشم انباشته شده‌ی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر که به سبب مقصر دانستن دیگری به وجود آمده است و موجب بروز اختلافات و تعارضات، سرزنش‌ها و کینه‌توزی‌ها می‌شود، کاهش یابد. همچنین این روش با ایجاد انگیزه و حس امیدواری (الکساندر، ۲۰۰۹)

1. Kerig
2. Graves & Shelton

در خانواده‌ای که به خاطر ضعف در تربیت فرزندشان و ناتوانی در رفع مشکلات ایجاد شده، دچار احساس ناامیدی، بی‌کفایتی و خودکارآمدی پایین است، موجب کاهش احساس یأس و ناکارآمدی می‌شود. همچنین با توجه به اینکه که کیفیت زندگی خانواده تحت تأثیر روابط بین اعضای آن است، اصلاح الگوی ارتباطی خانواده می‌تواند در حل مشکلات خانواده از جمله کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کودکان کمک‌کننده باشد (شریعت، ملک‌پور و قمرانی، ۱۳۹۴). در نتیجه خانواده درمانی کارکردی با آموزش مهارت‌های ارتباطی مناسب و شکستن الگوهای ارتباطی ناکارآمد باعث بهبود روابط خانوادگی می‌شود و به دنبال آن با بهبود روابط خانوادگی، افزایش امیدواری و کاهش حس درماندگی اعضای خانواده، کیفیت روانشناختی زندگی خانواده افزایش می‌یابد. نتایج به دست آمده در این بخش پژوهش با نتایج پژوهش فولادی، ازه‌ای، لوسانی و جلوانی (۱۳۹۲)، عیسی نژاد، احمدی و اعتمادی (۱۳۸۷)، رفیعی (۱۳۸۸) و کردوا و وارن^۱ (۲۰۰۵) هماهنگی دارد.

خانواده درمانی کارکردی با آموزش و تسری مهارت‌های شناختی-رفتاری موردنیاز خانواده به موقعیت‌های اجتماعی (الکساندر، ۲۰۰۹) باعث بهبود روابط اجتماعی خانواده می‌شود. بدین ترتیب خانواده از حمایت اجتماعی لازم برخوردار می‌شود و این حمایت و پشتیبانی، خلأ عاطفی ناشی از انزوای اجتماعی خانواده دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را از بین می‌برد و همین امر کیفیت اجتماعی زندگی خانواده را افزایش می‌دهد. یافته حاضر با نتایج پژوهش سورنسن و کانول^۲ (۲۰۱۱)، رضوی و دلوکس^۳ (۲۰۰۶) و مهرابی‌زاده هنرمند، حسین‌پور و مهدی‌زاده (۱۳۸۹) هماهنگی دارد. با افزایش ارتباطات اجتماعی مطلوب و افزایش قدرت و توانایی خانواده در برخورد با استرس‌ها و فشارهای موجود و بهبود کیفیت روانشناختی و اجتماعی خانواده و استفاده موثرتر از خدمات درمانی در جهت کاهش بیماری‌های جسمی و روانی، شرایط جسمی افراد و به تبع آن کیفیت جسمانی زندگی اعضای خانواده نیز بهبود می‌یابد. همچنین افزایش دانش خانواده در مورد تأثیر محیط بر سلامت جسمی و روانی، بهبود تعاملات خانوادگی و افزایش توانایی خانواده در کنترل کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باعث می‌شود خانواده بهتر و بیشتر

-
1. Cordova & Warren
 2. Sorensen & Conwell
 3. Delvaux

بتواند از امکانات محیطی نظیر اماکن تفریحی، آموزشی و ورزشی استفاده کند که همه این عوامل در کنار کاهش اثر عوامل محیطی که می‌تواند بر بیش‌فعالی فرزند و سلب آرامش اعضای خانواده تأثیر داشته باشد، موجب ارتقاء کیفیت محیطی زندگی خانواده می‌شود. این نتایج با نتایج پژوهش ایمهوند، اوزیو و ایفونانیچو کتو^۱ (۲۰۰۸) و رحیمی (۱۳۸۸) هماهنگی دارد.

به‌طور کلی نتایج پژوهش نشانگر اثربخشی خانواده‌درمانی کارکردی بر نمره کل کیفیت زندگی بود که علت این امر را می‌توان در اهداف خانواده‌درمانی کارکردی جستجو کرد. این رویکرد با تکیه بر اهداف روانشناختی، رفتاری و اجتماعی (الکساندر و همکاران، ۲۰۱۳) همه جوانب لازم برای بهبود کیفیت زندگی افراد را در نظر می‌گیرد. افزایش بینش نسبت به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و اختلال دیگری که سایر اعضای خانواده ممکن است با آن درگیر باشند، اصلاح نگرش‌ها، احساسات و عواطف اعضای خانواده نسبت به یکدیگر و شرایط، تغییر رفتارها و الگوهای تعاملی نادرست و جایگزین کردن آنها با روابط مناسب خانوادگی و اجتماعی باعث ارتقاء نمره کل کیفیت زندگی در این پژوهش شده است. نتایج حاصل با نتایج پژوهش عزیز و همکاران (۱۳۹۵) کرونیس و همکاران (۲۰۰۷)، شهرکی ثانوی، نویدیان، انصاری مقدم و فرجی شوی (۱۳۹۰) هماهنگی دارد.

در پاسخگویی به بخش دوم سوال اول پژوهش و ارزیابی اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، نتایج پژوهش نشان داد این روش درمانی نیز در افزایش نمره توانمندی کل و همچنین افزایش نمرات خرده‌مقیاس‌های توانمندی شامل توانمندی خانواده، توانمندی خدماتی و توانمندی اجتماعی موثر بوده است. 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 (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)؛ 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 و

1. Imhonde, Oyaziwo & Ifunanyachukwu

استروسال، ۲۰۱۰). خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تحت درمان با این رویکرد می‌آموزند که به جای مرور فکری اشکالات رفتاری و هیجانی فرزند، تعارضات زناشویی ایجاد شده 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 خدماتی فرد را افزایش می‌دهد. در باب اثربخشی این رویکرد بر افزایش توانمندی خانوادگی می‌توان گفت از جمله ارزش‌هایی که در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مورد بررسی قرار می‌گیرد، ارزش‌های مربوط به خانواده است. فرد موظف می‌شود تا ارزش‌ها و اهداف خانوادگی خود را مشخص کند و سپس در جهت رسیدن به این اهداف که می‌تواند یادگیری مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های فرزندپروری و همراهی و همدلی با همسر و سایر اعضای خانواده باشد، متعهدانه گام بردارد که همین امر باعث افزایش توانمندی خانوادگی فرد، کنترل وضعیت دشوار خانوادگی و خودکارآمدی خانواده می‌شود. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳) و نداف سنگانی (۲۰۱۶) در یک راستا قرار می‌گیرد.

به همین منوال روابط دوستانه و زندگی اجتماعی نیز از ارزش‌هایی هستند که در این روش درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد. فرد باید در کنار ارزش‌ها و اهداف خانوادگی، به ارزش‌ها و اهداف اجتماعی نیز توجه داشته باشد و با پایبندی متعهدانه به راهکارهای مناسب، روابط اجتماعی خود را نیز بهبود بخشد که در نتیجه باعث افزایش توانمندی اجتماعی فرد و خانواده می‌شود. نتایج پژوهش لی، چون، ادگار، لایزنر و چاگنو^۱ (۲۰۱۰) نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث افزایش شایستگی اجتماعی افراد می‌شود که این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همان‌طور که ملاحظه شد ارزش‌هایی نظیر ارزش‌های خانوادگی، اجتماعی و دوستانه و ارزش‌های مربوط به محیط زیست و تفریحات

1. Lee, Cohen, Edgar, Laizner & Gagnon

و سرگرمی همه از مواردی هستند که باید در توانمندسازی خانواده مورد توجه قرار بگیرند. در این پژوهش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با آگاهی دادن به افراد در زمینه شناسایی این ارزش‌ها و تعیین اهداف منطبق بر آنها و کمک به مراجعان برای یافتن بهترین روش‌ها در رسیدن به این اهداف، موجب افزایش توانمندی کلی خانواده شده است.

در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی، نتایج پژوهش نشان داد که این رویکرد بر ارتقاء نمره کل کیفیت زندگی و همچنین نمره خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی شامل کیفیت روانشناختی، اجتماعی، جسمانی و محیطی، موثر بوده است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت همان‌طور که اشاره شد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث می‌شود فردی که همه توجه خود را بر مشکلات زندگی خانوادگی خود متمرکز کرده است، این بار فارغ از مشکلات و آگاهانه به بررسی ارزش‌های خانوادگی، روابط دوستانه و اجتماعی خود بپردازد و به جای آنکه بیشتر متوجه مسائلی باشد که نمی‌خواهد در زندگی‌اش وجود داشته باشد، به ارزش‌ها و اهدافی توجه کند که خواهان به دست آوردن آنهاست. در مرحله بعد پایبندی به این اهداف خانوادگی و اجتماعی و تلاش متعهدانه در جهت نیل به این اهداف، باعث ارتقاء کیفیت زندگی اجتماعی افراد می‌شود. نتایج پژوهش پترسون و همکاران (۲۰۰۹) با نتایج حاصل از این بخش پژوهش، هماهنگی دارد.

همچنین بررسی ارزش‌های معنوی، سلامت، رشد شخصی، تفریح و سرگرمی و مشخص کردن اهداف منطبق با این ارزش‌ها و تلاش برای دستیابی به این اهداف باعث می‌شود فرد با گام برداشتن در جهت دستیابی به سلامت جسمی و روانی، توان کافی برای مقابله با مشکلات و سختی‌ها را به دست آورد و با شرایط جسمی و روانی بهتری زندگی روزانه را سپری کند که این امر موجب ارتقاء کیفیت روانشناختی و جسمی زندگی فرد می‌شود. یافته‌های حاضر با نتایج پژوهش‌های انوری و همکاران (۱۳۹۳)، حر و همکاران (۱۳۹۲)، طالب‌زاده (۱۳۹۵)، مژدهی (۱۳۹۰)، شعاعی (۱۳۹۵)، امان‌اللهی و همکاران (۱۳۹۳) و مانتوانی و همکاران (۲۰۱۰) هماهنگی دارد. به همین منوال توجه به ارزش‌های محیط زیست و طبیعت، تفریحات و سرگرمی موجب می‌شود فرد با بهسازی محیط و شرایط و استفاده بهینه از امکانات محیطی خود موجبات آرامش و سلامت هر چه بیشتر خود و خانواده را فراهم آورد. بدین ترتیب کیفیت محیطی زندگی فرد افزایش می‌یابد.

به طور کلی افزایش انعطاف پذیری، پذیرش و تلاش در جهت رسیدن به اهداف منطبق بر ارزش‌ها با افزایش آرامش روانی و جسمی خانواده همراه خواهد بود که باعث ارتقاء نمره کل کیفیت زندگی خانواده می‌شود و به خانواده کمک می‌کند تا زندگی سالم‌تر و شاداب‌تری را تجربه کنند. این نتایج با نتایج پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) و سبوحی، فاتحی زاده، احمدی و اعتمادی (۱۳۹۴) هماهنگی دارد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد میزان تأثیر رویکرد خانواده درمانی کارکردی بر تمامی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی و توانمندی خانواده بیشتر از میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت با توجه به اینکه اعضای خانواده بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و تأثیر می‌پذیرند (تقاضا، ابوالمعالی و صابری، ۱۳۹۱)، پس رفتار و اعمال کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌تواند تمامی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد، درست به همان صورت که اعمال والدین و خواهر و برادرهای کودک می‌تواند بر شدت علائم کودک اثر بگذارد. در نتیجه درمانی که به جای تمرکز بر یک نفر، همه اعضای خانواده را درگیر کند می‌تواند نتیجه بهتری برای خانواده به همراه داشته باشد. همان‌طور که خانواده درمانی کارکردی در این پژوهش اثر بیشتری داشته است. خانواده درمانی کارکردی با تأکید بر کل سیستم خانواده معتقد است مشکلات نه صرفاً به سبب اختلالات روانشناختی فردی، بلکه به سبب اختلالات موجود در جو روابط خانوادگی به وجود می‌آیند در نتیجه باید به پویایی‌های روابط توجه داشت. بدین ترتیب بهبود خانواده با بهبود روابط خانوادگی و کاهش تعاملات ناکارآمد اعضای خانواده برابر خواهد بود (الکساندر و همکاران، ۲۰۱۳). در مجموع، افزایش دانش، اصلاح نگرش، شناخت‌ها و رفتارهای معیوب باعث افزایش توانمندی خانواده در مقابله با معضلات به وجود آمده می‌شود و به بهزیستی، رضایت، خرسندی، برآورده شدن نیازها، کیفیت زندگی خانواده کمک می‌کند. این در حالی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشکل به صورت سیستمی و در کل نظام خانواده بررسی و حل نمی‌شود و بر آشناسازی افراد با نقشی که خود در به وجود آمدن مشکل ایفا می‌کنند تأکید واضح و آشکاری نمی‌شود. همچنین به صورت مستقیم خانواده تحت آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری که برای مقابله با عوارض اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در خانواده لازم است، قرار نمی‌گیرند و همه این موارد باعث می‌شود خانواده درمانی کارکردی کارایی بیشتری در افزایش توانمندی خانواده و

بهبود کیفیت زندگی آن داشته باشد. برخی پژوهش‌های پیشین نظیر پژوهش هوش‌ور و همکاران (۱۳۸۸)، زرگری نژاد و یکه یزدان دوست (۱۳۸۶) و اعتمادی و گیتی پسند و مرادی (۱۳۹۲) و ملک‌پور، هادی، فرامرزی، عشقی و کشاورز (۱۳۹۳) نیز بر کارآمدی مداخلات خانواده محور تأیید کرده‌اند.

با توجه به تأثیر مخرب اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بر زندگی شخصی و خانوادگی کودکان، ارگان‌ها و نهادهای فرهنگی اجتماعی نظیر صدا و سیما، شهرداری، بهزیستی، مدارس، مهدکودک‌ها، فرهنگسراها و مراکز مشاوره می‌توانند با استفاده از نتایج این پژوهش و ارائه برنامه‌های آموزشی در قالب دو رویکرد مطرح شده به کاهش آسیب‌های روانی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، افزایش توانمندی و ارتقاء کیفیت زندگی این کودکان و خانواده‌های آنان کمک کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه در دسترس اشاره کرد. همچنین با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش حاضر، والدین بین ۲۴ تا ۴۰ سال اهل شهر سنجید بودند، نتایج به دست آمده از قابلیت تعمیم کافی برخوردار نیست. انجام پژوهش در جامعه پژوهشی معرف‌تر می‌تواند تعمیم‌پذیری بیشتری به دنبال داشته باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در سایر شهرهای کشور انجام شود و شباهت‌ها و تفاوت‌های نتایج آن پژوهش‌ها با نتایج پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با توجه به تأثیر همه‌جانبه تمامی اعضای خانواده در رفتار و احساسات یکدیگر، خواهران و برادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نیز در طرح پژوهشی حضور داشته باشند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی کودکان و خانواده‌هایی که در این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و سپاسگزاری کنند.

منابع

اسماعیل‌پور، خ. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی رویکرد خانواده درمانی کارکردی در درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کودکان و طراحی الگوی مناسب، فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱(۱)، ۱-۲۸.

ابراهیمی، ا؛ رضائیان، م؛ خوروش، م؛ و ضرغام، م. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر پذیرش درد، کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن لگن، پنجمین کنگره سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری. اعتمادی، ا؛ گیتی پسند، ز؛ و مرادی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی راه‌حل محور بر کاهش تعارضات مادر- کودک در مادران، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۳)، ۵۶۵-۵۸۸.

امان‌اللهی، ع؛ حیریان فرد، ن؛ خجسته مهر، ر؛ و ایمانی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوجها، دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۱(۱)۴، ۱۰۵-۱۲۰.

امینی، م؛ و حیدری، ح. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط بر ارتقاء کیفیت زندگی و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل، مجله آموزش و سلامت، ۳(۲)، ۳۱-۲۳. انوری، م؛ ابراهیمی، ا؛ نشاط دوست، ح؛ افشار، ح؛ و عابدی، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۲(۲۹۵)، ۱۰-۱.

بخشی، س؛ نجاتی و؛ رضایی، س؛ و حکمتی، ع. (۱۳۹۰). شیوع اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در بین دانش‌آموزان سال سوم ابتدایی شهرستان رشت در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶، مجله پژوهشی حکیم، ۱۴(۴)، ۲۱۰-۲۰۳.

تقاضا، م؛ ابوالمعالی، خ؛ و صابری، ه. (۱۳۹۱). مقایسه جو عاطفی خانواده کودک بیش‌فعال و عادی، مجله علوم رفتاری، ۴(۱۱)، ۹-۲۹.

حر، م؛ آقایی، ا؛ عابدی، ا؛ و عطاری، ع. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۲)، ۱۲۱-۱۲۸.

خلوتی، م؛ نافع، ا؛ و سلطانی، م. (۱۳۹۳). رابطه توانمندی خانواده با کنترل متابولیک و پایبندی به برنامه‌های درمان در کودکان مبتلا به فنیل کتونوریا، ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۸(۱۸)، ۴۹۷-۴۹۱.

- رحیمی، م. (۱۳۸۸). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر شیراز، *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*، ۱۰(۱)، ۲۵-۵.
- رفیعی، م. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی و تنش‌زدایی تدریجی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور تهران.
- زرگری‌نژاد، غ؛ یکه‌یزدان دوست، ر. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه تک‌موردی). *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۰، ۴۹-۲۹.
- سبوحی، ر؛ فاتحی‌زاده، م؛ احمدی، ا؛ و اعتمادی، ع. (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان، *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۲(۱)، ۵۳-۴۲.
- شعاعی، ل. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش درماندگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی مادران کودکان دیرآموز، *اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*، قم.
- http://www.civilica.com/Paper-ESCONF01-ESCONF01_084.html
- شریعت، ا؛ ملک‌پور، م؛ و قمرانی، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی زوجین بر عملکرد خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی، *فصلنامه افراد استثنایی*، ۵(۱۷)، ۲۴-۱.
- شکوهی یکتا، م؛ و زمانی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی و دیرآموز، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۵)، ۲۴۶-۲۳۱.
- شهرکی‌ثانوی، ف؛ نویدیان، ع؛ انصاری‌مقدم، ع؛ و فرجی‌شوی، م. (۱۳۹۰). بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی نوجوانان، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۱)، ۱۱۴-۱۰۱.
- طالب‌زاده، س. (۱۳۹۵). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش آسیب‌های هیجانی مادران کودکان اوتیسم، *اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*، قم.
- http://www.civilica.com/Paper-ESCONF01-ESCONF01_260.html

- عزیزی، آ؛ کریمی پور، ب؛ رحمانی، ش؛ و ویسی، ف. (۱۳۹۵). مقایسه تاثیر درمان رابطه والد- کودک و درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳(۲)، ۲۱-۹.
- عیسی‌نژاد، ا؛ احمدی، ا؛ و اعتمادی، ع. (۱۳۸۷). تأثیر بهزیستی ذهنی بر کیفیت روابط زناشویی، مجموعه مقالات سومین کنگره آسیب‌شناسی خانواده، ۲۹۰.
- قاسم‌پور، ف و مظاهریان، ح. (۱۳۹۴). تاثیر معماری بر درمان کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، مجله هویت شهر، ۲۴(۹)، ۳۵-۲۳.
- مژدهی، م؛ اعتمادی، ا؛ و فلسفی‌نژاد، م. (۱۳۹۰). بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲(۷)، ۳۰-۲.
- ملک‌پور، م؛ هادی، س؛ فرامرزی، س؛ عشقی، ر؛ و کشاورز، ا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر میزان نشانه‌های ADHD در کودکان دارای این اختلال، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۴)، ۶۷۲-۶۵۴.
- مهرابی‌زاده هنرمند، م، حسین‌پور، م؛ و مهدی‌زاده، ل. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سازگاری زناشویی زنان متأهل ۴۰-۲۰ سال، مجله مطالعات آموزش و یادگیری، ۲(۱)، ۱۳۹-۱۲۵.
- نداف‌سنگانی، ح. (۲۰۱۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران بر روابط والد فرزندی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی، چهارمین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی فرانکفورت آلمان.
- نریمانی، م؛ و بخشایش، ر. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق، فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۱۳(۵۲)، ۱۲۲-۱۰۸.
- نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکویی نایینی، ک؛ محمد، ک؛ و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱۲-۱.

نصیری، ح. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه‌ی ایرانی آن، سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه علم و صنعت.

هوش‌ور، پ؛ بهنیا، ف؛ خوشابی، ک؛ میرزایی، ه؛ و رهگذر، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی والدین کودکان ۴ تا ۱۰ ساله با اختلال نقصان توجه-بیش‌فعالی بر اختلالات رفتاری فرزندانشان، فصلنامه علمی- پژوهشی توانبخشی، ۳(۱۰)، ۳۰-۲۴.

یوسفی، ش؛ سلطانی فر، ع؛ و تیموری، س. (۱۳۸۸). مقایسه استرس مادران کودکان بیش‌فعال با مادران کودکان عادی، مجله سلامت روانی، ۲(۴۲)، ۱۵-۱۲.

- Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins, M. S. & Neeb A. A. (2013). *Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Alexander, J. F., & Robbins, M. S. (2010). *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth*. London, England: Springer.
- Alexander, J. F. (2009). *FFT Clinical Training Manual*. Seattle: Functional Family LLC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed), Washington, DC: Author.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham Jr, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., & Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Developmental Psychology*, 43(1), 70-82.
- Cordova, J. V.; & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective wellbeing, *Ecological Economics*, 61, 267 - 276.
- 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.
- Eifert, G. & Forsyth, J. (2006). Acceptance & commitment therapy for anxiety disorder: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies, *Journal of Contemplative Psychotherapy*, 36, 191-192.
- Graves, K. N., Shelton, T. L. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child

- functioning: Identifying an important mechanism of change, *Journal of Child & Family Studies*, 16(4), 556-566.
- Harris, R. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory Workshop Handout*. Available from: <http://www.actmindfully.com.au>.
- Harris, R. (2009). *ACT with Love*, Oakland: New Horbinger publication.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes, *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, New York: Springer science and business media Inc.
- Hayes, S. & Lillis, S. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*, Washington, DC: American psychological association publication.
- Imhonde, H. O., Oyaziwo, A., & Ifunanyachukwu, N. R. (2008). Effective communication, educational qualification and age as determinants of marital satisfaction among newly wedded-couples in a Nigeria University, *Pakistan Journal of Social Sciences*, 5, 433- 437.
- Katschnig, H., Freeman, H., & Sartorius, N. (2006). *Quality of Life in Mental Disorders*, West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Kerig P. K., & Alexander J. F. (2012). Family matters: integrating trauma treatment into functional family therapy for traumatized delinquent youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(3), 205° 223.
- Koren, P. E., DeChillo, N., & Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire, *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 305-321.
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). "Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy," *Social Science & Medicine*, 62 (4), 3133° 3145.
- Lilienfeld, S. O. (2005). Scientifically unsupported and supported interventions for Childhood psychopathology: A summary, *Journal of Pediatrics*, 115(3), 761-765.
- Liu, L. (2006). Quality of life as a social representation in china, *Social Indicators Research*, 75, 217-240.
- Lauritsen, C. B., & Kokckrow, E. O. (2006). *Foundations And Adult Health Nursing*. 5 ed. Mosby.
- Mikami, A. Y., & Pffner, L. J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 11, 482-492.
- Mantovani, A., Simpson, H. B., Fallon, B. A., Rossi, S., & Lisanby, S. H. (2010). Randomized sham controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant obsessive° compulsive disorder, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 13(2), 217- 227.
- Nass, D., & Leventhal, F. (2011). *100 Questions & Answers about Your Child's ADHD: From Preschool to College*, USA: Jones & Bartlett Learning.

- Onedera, J. D. (2006). Functional family therapy: An interview with Dr. James Alexander, *The Family Journal*, 14(3), 306-311.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). using acceptance and commitment therapy to treat distress couples: A case study with two couples, *Cognitive and Behavior Practice*, 16, 430-442.
- 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.
- Razavi, D.; & Delvaux, N. (2006). Can life skills be taught? *British Journal of Hospital Medicine*, 43, 215-217.
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain, *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41-9.
- Sadock, J. M. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences /clinical psychiatry*, Amazon.
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawsk, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a Comparison of enhanced, standard, and self-directed tripple-p-positive parenting program, *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 983-998.
- Schieve, L. A. (2007). The relationship between Autism and parenting stress, *Journal of Pediatrics*, 119(1), 114-121.
- Sexton, T. (2011). *Functional Family Therapy in Clinical Practice – An Evidence-Based Treatment Model for Working with Troubled Adolescents*, New York: Rutledge
- Sexton, T. F., & Alexander, J. L. (2004). *Functional Family Therapy Clinical Training Manual*, Seattle: WA Anne E. Casey Foundation.
- Sorensen, S., & Conwell, Y. (2011). Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 491-496.
- Subandi, M. A. (2013). *The Role of Family Empowerment and Family Resilience on Recovery from Psychosis*, Unpublished Doctoral Dissertation, Gadjah Mada University.
- Wahlin, I., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care: An interview study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6), 370-377.
- Weiss, A. J., Cappadocia, M. C., MacMullin, J., Vieceili, M., Lunskey, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment, *Autism*, 16(3), 261-74.