

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان بالینی و تکانشگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۰۱

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشانگان بالینی و تکانشگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ بود که تعداد ۲۴ نفر از این مادران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش جهت اندازه‌گیری میزان نشانگان بالینی از پرسشنامه DASS-21 و برای اندازه‌گیری میزان تکانشگری از پرسشنامه تکانشگری وایت‌ساید و لینام استفاده گردید. مداخله درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. پس از پایان دوره گروه درمانی، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث کاهش نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب و استرس) و تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شده است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش بیانگر است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان بالینی و تکانشگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر است.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، اضطراب، استرس، تکانشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

اکرم محمودی مهنه^۱

حسن توزنده‌جانی^{۲*}

علیرضا باغستانی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پایه،

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران

^۲ دانشیار روانشناسی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده

علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران

^۳ کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشکده علوم انسانی،

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران

* روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور،

نیشابور، ایران.

Email: H.toozandehjani@ymail.com

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای از اختلالات دوران کودکی است که معمولاً آن را قبل از ده سالگی تشخیص نمی‌دهند. شیوع آن در دوره نوجوانی به اوج رسیده، ولی در بزرگسالی نادر است. با اینکه جنسیت در میزان ابتلا تاثیر ندارد، ولی در پسران بیشتر است (۱). پژوهش‌های همه‌گیرشناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در ۱۶ الی ۲۲ درصد کودکان دبستانی گزارش کرده‌اند (۲). اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره می‌باشد (۳). پیش آگهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا، در معرض خطر بالای بزهکاری نوجوانی، رفتار ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد و ترک تحصیل و اختلالاتی همچون اختلال سلوک، رفتار ضد اجتماعی، اختلالات خلقی و اضطراب هستند (۴).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های آغاز و ادامه اختلال سلوک است (۵). رفتار ضد اجتماعی والدین، نظارت ضعیف و آموزش سطح پایین هم در پسران و هم در دختران می‌تواند شروع این اختلال را در کودکی پیش‌بینی کند (۶). تا همین اواخر به راحتی فرض می‌شد که کودکان همان مشکلات بزرگسالان را دارند، اما در سال‌های اخیر، به طور روزافزون، به مشکلات روان‌شناختی کودکان نیز توجه شده است. در واقع، شناسایی مواردی که مشکلات بالینی دارند و بررسی نوع، شدت و توزیع مشکلات سلامت روان و اختلال‌های کودکان، می‌تواند به منظور ارزیابی میزان شیوع آشفتگی‌های روان‌شناختی، تعیین روند کنونی آن‌ها و تحول فرضیه‌های سبب‌شناسی، به کار رود (۷). در این میان از جمله شایع‌ترین نشانگان بالینی اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان به سه اختلال اضطراب، استرس و افسردگی اشاره نمود (۲).

در زمینه علت‌شناسی این اختلال نیز عوامل زیادی مطرح شده است، که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و تعامل منفی والد-کودک اشاره نمود (۸). تحقیقات درباره سبب‌شناسی این اختلال، نیز ترکیبی از

خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارا و شرایط محیطی را عنوان کرده‌اند. اختلال نافرمانی مقابله‌ای هم‌چنین موجب اختلال در عملکرد اجتماعی، آموزشی و کاری فرد می‌شود و کودکان مبتلا به این اختلال عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها می‌باشند (۹). این اختلال بروز منفی کاری، نافرمانی، لجبازی و پرخاشگری در برابر مراجع قدرت است، گرچه این اختلال خفیف‌تر از اختلال سلوک است، اما در برگیرنده منفی کاری یا تضادورزی و فقدان متابعت از مراجع قدرت بوده و اغلب به اختلال سلوک یا خلقی (افسردگی، اضطراب و استرس) بدل می‌شود (۱).

از سوی دیگر، یکی از خصیصه‌های شخصیتی که هم در جامعه بهنجار و هم در سطح بالینی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد، تکانشگری می‌باشد. منظور از تکانشگری، "عمل بدون فکر" و "عمل بدون ارزیابی پیامدها" است. بر اساس رویکرد شناختی در روانشناسی بالینی، امروزه تکانشگری به صورت یک بعد شناختی مفهوم‌پردازی می‌شود که با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری و بی‌ثباتی هیجانی در افراد همراه می‌باشد (۱۰). تکانشگری هسته اصلی بروز علایم گوناگون در طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روانپزشکی است (۱۱، ۱۲). پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که تکانشگری کودکان تاثیرات منفی بر عملکرد خانواده می‌گذارد و اختلال عملکرد در پی خواهد داشت (۱۳).

تاکنون روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار گرفته شده است. در این زمینه بخشی از درمان بر مداخلات خانوادگی و بخشی بر مداخلات فردی و دارویی متمرکز است. به نحوی که برنامه‌های آموزش والدین برای کمک به مدیریت خشم، خانواده درمانی برای بهبود ارتباط و آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان‌های شناختی-رفتاری برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی بوده است (۲). در

¹ Oppositional defiant disorder (ODD)

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی (طرح پیش-آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. تعداد نمونه آماری این تحقیق شامل ۲۴ نفر از مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ساله دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود که در سال ۱۳۹۵ جهت درمان به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر مشهد ارجاع داده شده‌اند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا از مراکز مشاوره آموزش و پرورش خواسته شد تا لیستی از اسامی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای که توسط مشاور مدرسه شناسایی شده‌اند، در اختیار پژوهشگر گذاشته شود. سپس با والدین این کودکان تماس گرفته شد و پس از کسب رضایت و معاینه دقیق توسط متخصص، ۲۴ نفر از مادران این کودکان که تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای گرفته بودند، انتخاب شدند. از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل اجرا برای کودکان در این سن نمی‌باشد، درمان بر روی مادران این کودکان صورت پذیرفت.

بنابراین ۲۴ نفر از مادران این کودکان به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. ابتدا از تمامی آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد و سپس به طور کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در گروه آزمایش مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور گروهی طی ۸ جلسه برگزار گردید و اما گروه کنترل هیچگونه آموزش روان-شناختی را دریافت نکردند. در نهایت پس از پایان مداخله، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته (SCID): در این پژوهش جهت تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه بالینی نیمه-ساختاریافته^۳ بر اساس پنجمین نسخه راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-5) انجمن روان‌پزشکی آمریکا تنظیم شده است که علاوه بر تسهیل فرایند ارزیابی و تشخیص، منابع پایایی و روایی یک مصاحبه بالینی را تامین می‌کند (۲). SCID

این میان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل جدیدی از درمان شناختی- رفتاری، مدل درمانی جدید و نویدبخشی است که بر پذیرش روانی افکار و احساسات مضطرب کننده به جای تلاش برای کنترل و یا از بین بردن آن‌ها تاکید دارد (۱۴).

در درمان تعهد و پذیرش هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۱۵). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با چالش‌های روزمره مقابله کنند (۱۶).

در پژوهشی که سوین^۱ (۲۰۱۳) بر روی نمونه گسترده‌ای از نوجوانان بزهکار انجام داد، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر چشمگیری در کاهش میزان افسردگی و اضطراب این نوجوانان دارد (۱۷). توهینگ^۲ (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود کاهش علائم و سواس فکری- عملی را با درمان پذیرش و تعهد نشان داد (۱۸).

برای اینکه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای بتوانند از هوش خود نهایت استفاده را ببرند و نیز بتوانند از بهداشت روانی مناسب برخوردار باشند و تعاملات مناسبی با دیگران داشته باشند، مداخله در رابطه با این کودکان امری ضروری می‌باشد. از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های مداخله‌ای مناسب می‌باشد و تاثیر مثبت آن در پژوهش‌های مختلف ثابت شده است، در این تحقیق از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شده است تا بررسی شود که آیا این روش درمانی بر شانگان بالینی و تکانشگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش است یا خیر؟

روش کار

¹ Swain

² Twohig

³ Semi-structured Clinical Interview for DSM-5

استرس ۰/۹۷، افسردگی ۰/۹۲ و اضطراب ۰/۹۵ بود (۲۱). روایی و پایایی این پرسش‌نامه در شهر مشهد (۴۰۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج نشان می‌دهد پایایی بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۶ بود (۲۲).

مقیاس تکانشگری وایت‌ساید و لینام (UPPS): این مقیاس یک مقیاس خود گزارش‌دهی برای سنجش میزان تکانشگری افراد می‌باشد که توسط وایت‌ساید و لنهام (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۶ سوال است که در یک طیف ۴ درجه‌ای لیکرتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (۱ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۴۶ و حداکثر نمره ۱۸۴ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده رفتارهای تکانشگرانه بیشتر می‌باشد (۲۳، ۲۴). وایت‌ساید و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ و روایی آن را مطلوب گزارش نموده‌اند (۲۳).

پروتکل درمانی

در این پژوهش از پروتکل درمانی پذیرش و تعهد هیز و استروسال (۲۰۱۰) استفاده شد که طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد (۲۴). خلاصه‌ی محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارایه شده است.

بر اساس حدود ۴۰۰ مطالعه تجربی و موضوعات تحقیقی تهیه شده است. در مطالعات شریفی و همکاران (۱۳۸۳) که با هدف سنجش پایایی و قابلیت اجرایی این مصاحبه صورت گرفته، در مرحله اول ترجمه، ابزار و بررسی بین فرهنگی و در مرحله دوم مطالعات پایایی و قابلیت اجرایی ترجمه فارسی در جمعیت بالینی ایران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با ترجمه فارسی و قابلیت اجرای مطلوب آن را نشان داد که بیانگر توانایی استفاده از این ابزار در تشخیص‌گذاری‌های بالینی، پژوهشی و آموزشی می‌باشد (۱۹).

مقیاس درجه‌بندی علایم بیش‌فعالی و کم‌توجهی (SNAP): در این پژوهش جهت تشخیص اختلال بالینی علاوه بر مصاحبه نیمه‌ساختاریافته از مقیاس درجه بندی SNAP نیز استفاده گردید. این مقیاس توسط سوانسون، نولان و پلهام^۱ به منظور کمی کردن نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و نافرمانی مقابله‌ای بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ساخته شده است، فرم کوتاه این مقیاس، دارای ۳۰ آیتم بوده که با ۲۰ آیتم نخست برای تشخیص اختلال نقصان توجه / بیش‌فعالی و ۱۰ آیتم دیگر برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار می‌رود و هر یک از موارد بر اساس مقیاس ۰ تا ۲ درجه‌ای (۰=هرگز، ۱=گاهی اوقات و ۲=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و نمره هر یک از مقیاس‌ها بر اساس میانگین نمرات آیتم‌های مربوط به آن محاسبه می‌شود. در مورد زیر مقیاس اختلال نافرمانی، در صورتی که میانگین نمره به دست آمده در ۱۰ آیتم مربوط به آن، ۱ یا بیشتر باشد، فرد دارای ملاک‌های لازم برای تشخیص این اختلال است (۲۰). مطالعات همسانی درونی این مقیاس را خوب تا عالی گزارش کرده‌اند (۲۰).

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21): این مقیاس دارای ۲۱ سؤال است که در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی این مقیاس نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل موردسنجش قرار می‌گیرد و ضریب آلفای کرونباخ برای

¹ Swanson, Nolan & Pelham

جدول ۱- خلاصه‌ی جلسات درمان

شرح جلسات به همراه تکالیف خانگی

- جلسه اول:** آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی. تکلیف خانگی: فهرست نمودن ۵ نمونه از مهم ترین مشکلاتی که بیمار در زندگی با آن مواجه اند.
- جلسه دوم:** بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیمار از نگاه ACT (استخراج تجربه‌ی اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد). تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات.
- جلسه سوم:** بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیمار موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.
- جلسه چهارم:** بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده‌ی افکار بدون قضاوت. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیمار موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده‌اند.
- جلسه پنجم:** بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره‌ی صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیمار قادر به نظاره‌ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند.
- جلسه ششم:** بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیمار و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزش‌ها.
- جلسه هفتم:** بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه‌ی راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها. تکلیف خانگی: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پرامون دستاوردهای جلسات.
- جلسه هشتم:** جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه‌ها برای ادامه‌ی زندگی.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش جهت تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای تعیین مشخصات جمعیت‌شناختی از آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار) و به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و شاهد و تعیین معنی‌داری فرضیه‌های تحقیق، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده گردید.

نتایج

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. میانگین سنی مادران شرکت کننده در این پژوهش، $28,4 \pm 2,44$ بود. شاخص‌های مرتبط با مفروضه بهنجاری و سایر شاخص‌های مرتبط با مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد بررسی و تایید قرار گرفتند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. داده‌های توصیفی به دست آمده در جدول شماره ۳، حاکی از این است که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در پیش آزمون، پس آزمون تفاوت دارند. به این صورت که نمره‌های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در نمره استرس، اضطراب، افسردگی و تکانشگری نسبت به پیش آزمون بهبود یافته است. نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها در نمرات نشانگان بالینی (استرس، اضطراب و افسردگی) و تکانشگری نشان داد که بین واریانس‌ها در تمام متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0,05$). نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که این آزمون برای متغیرهای این پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش و در مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نیست و بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که توزیع داده‌ها نرمال بود ($p > 0,05$). پس دو پیش فرض تحلیل کوواریانس تک متغیره رعایت شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در نمره های اضطراب، استرس، افسردگی و تکانشگری در پیش آزمون و پس آزمون

	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
اضطراب	۱۷,۴۱ (۲,۱۹)	۱۷,۶۶ (۱,۴۹)	۱۷,۷۵ (۲,۲۶)	۸,۳۳ (۱,۹۱)
استرس	۱۸,۱۶ (۲,۰۳)	۱۸,۴۱ (۱,۷۸)	۱۸,۰۸ (۱,۶۷)	۸,۶۶ (۱,۹۶)
افسردگی	۱۷,۶۶ (۱,۶۱)	۱۷,۸۳ (۱,۶۴)	۱۷,۲۵ (۱,۷۱)	۷,۹۱ (۲,۱۹)
تکانشگری	۱۲۲,۰۸ (۱۱,۳۸)	۱۲۲,۲۵ (۱۱,۴۹)	۱۲۳,۲۵ (۱۰,۳۲)	۱۱۱,۷۵ (۱۱,۷۴)

کنترل به واسطه مداخله آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است ($P < 0/05$). با توجه به جدول ۳ می‌توان گفت درمان گروهی ACT باعث کاهش نشانگان بالینی و تکانشگری در گروه آزمایش شده است.

برای اطمینان از اثربخشی متغیر مستقل و حذف اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس تک متغیره نیز استفاده شد و تمامی نتایج مورد تایید قرار گرفت. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر معناداری نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر متغیرهای پژوهش در پیش آزمون - پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی	۵۳۴,۸۰	۱	۵۳۴,۸۰	۳۰۴,۲۱	۰,۰۰۰	۰,۲۹۸
اضطراب	۵۴۳,۷۰	۱	۵۴۳,۷۰	۵۹۲,۹۶	۰,۰۰۰	۰,۲۹۱
استرس	۵۶۲,۲۶	۱	۵۶۲,۲۶	۴۱۸,۷۶	۰,۰۰۰	۰,۳۰۱
تکانشگری	۸۲۰,۳۶	۱	۸۲۰,۳۶	۳۳۹,۰۸	۰,۰۰۰	۰,۳۸۵

بحث و نتیجه گیری

هدف تحقیق حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های بالینی و تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. همان‌طور که نتایج نشان داد بین اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، اضطراب، استرس و تکانشگری) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان فرضیه اصلی پژوهش را تایید نمود. این یافته در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دیگری هم‌چون مجتبابی، فدایی و گل سفیدی (۲۰۱۴)؛ فولک، پورلینگ و میلین (۲۰۱۴)؛ زتلی (۲۰۱۵) و سوین (۲۰۱۳) هم‌سو و هم‌جهت می‌باشد (۲۸،۲۷،۲۶،۱۷).

در تبیین این یافته‌ها باید گفت که راهبردهای کنترل عاطفی، انجام تمرین‌های تعهد رفتاری، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تکنیک‌های شناسایی رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها به همراه بیان استعاره-

ها، گسلس و پذیرش همگی منجر به کاهش علائم و نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب و استرس) و رفتارهای تکانشگرانه شدند. هدف این مطالعه کمک به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود تا احساساتشان را بپذیرند و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشند. در این درمان به مراجعان کمک می‌شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه و رفتار قبلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برای‌شان مهم و در راستای ارزش‌های‌شان است قدم بردارند. بنابراین، هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد جایگزینی برای چهار عامل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی (شامل: آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب و دلیل‌تراشی) می‌باشد. این جایگزین‌ها عبارتند از: ۱- پذیرش: یعنی اینکه فرد تجارب درونی ناخواسته و نیز رویدادهای بیرونی غیرقابل تغییر را همان‌طور که هستند نه

انجام شده نشان داد که پژوهش جزو اولین پژوهش‌هایی است که به بررسی این فرضیه پرداخته است. لذا در زمینه پیشینه پژوهش داخلی و خارجی دارای محدودیت می‌باشد. با این وجود نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش قمیان و شعیری (۱۳۹۳) هم‌سو و هم‌جهت می‌باشد (۳۲). آنچه در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت این است که اجتناب تجربه‌ای (عدم تمایل در جهت تجربه کردن احساسات و افکار ناخوشایند درونی) در طولانی‌مدت موجب بروز بیشتر علائم اختلال نافرمانی - مقابله‌ای و توام با آن علائم پرخاشگری می‌شود. به عقیده فرمن و هربرت (۲۰۰۸) در رویکرد شناختی- رفتاری و درمانی پذیرش و تعهد مبتنی بر آن، اعتقاد بر این است که وقتی ذهن می‌گوید همه چیز را درباره موضوعی می‌داند، واکنش‌های غیرمنطقی بیشتری بروز می‌کند. از این رو، گسلش در درمان پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره‌گر افکار بودن است که موجب می‌شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند (۱۵). بنابراین، واقعیت مطلق فرض نشدن معانی کلامی، کمک شایانی در کاهش واکنش‌های شدید از جمله انواع تکانشگری می‌کند. لذا می‌توان این ادعا را که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش تکانشگری می‌شود را تایید نمود.

این پژوهش محدودیت‌هایی داشت؛ اول اینکه متغیرهای دیگری مانند حمایت خانواده‌ها از کودکان، امکانات آموزشی فراهم شده برای این کودکان و دیگر متغیرهایی که می‌توانند نقش واسطه‌ای ایفا کنند، کنترل قابل کنترل نبودند. دوم، این مداخله صرفاً برای کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای ارائه شد و کودکان دارای اختلالات دیگر (هم‌چون اختلالات سلوک، بیش‌فعالی/ کم بود توجه و ...) از این آموزش محروم مانده‌اند. محدودیت دیگر پژوهش نیز به محدودیت زمانی جهت اجرای پژوهش و نبود دوره پی‌گیری در پژوهش حاضر بر می‌گردد و همچنین این پژوهش در شهر مشهد انجام شده است و لذا تعمیم نتایج این پژوهش به شهرهای دیگر امکان‌پذیر نیست. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مفاهیم و مطالب

آنگونه که نشان می‌دهند بپذیرند. ۲- انتخاب: یعنی اینکه فرد به جار پرداختن به رویدادهای منفی، جهت‌ها و اهداف مهم و ارزشمند را در زندگی انتخاب کند و ۳- عمل: یعنی اینکه فرد پس از انتخاب اهداف نسبت به حرکت در راستای آن‌ها متعهد باشد (۲۹).

در مورد یافته اول نتایج نشان داد بین اعضای گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ میزان نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب و استرس) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته در پژوهش حاضر با سایر نتایج پژوهش‌های دیگری هم‌سو می‌باشد (۳۱،۳۰،۲۷،۲۶). بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری در روانشناسی، استرس، افسردگی و اضطراب هم‌چون سایر بیماری‌های روانی بستگی به شناخت ذهنی افراد دارد. شناخت در مورد میزان استرس‌زا و ناگوار بودن رویدادها و همچنین شناخت در مورد توانمندی‌های خود برای مقابله با این رویدادهای ناگوار دارد. این شناخت‌ها می‌توانند کارآمد و مثبت و یا ناکارآمد و مخرب باشند. از آن‌جا که مداخله‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را از لحاظ ذهنی توانمند می‌سازد و سبب می‌شود تا سلامت روان آن‌ها افزایش یابد آن‌ها را قادر می‌سازد تا در برابر رویدادهای ناگوار و استرس‌زا، هرچه بیشتر انسجام خود را حفظ کرده و به صورت منعطف‌تر عمل نمایند. درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. درمان ACT از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ناشی می‌شود (۱۵). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش شدت افسردگی؛ تنش و اضطراب در کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای شد.

همچنین نتایج در مورد یافته دوم نشان داد که گروه درمانی مبتنی پذیرش و تعهد باعث کاهش معنی‌دار میزان تکانشگری اعضای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. بررسی‌های

استفاده شود. نتایج این پژوهش را می‌توان در مراکز مشاوره کودک و نوجوان در راستای بهبود کیفیت زندگی آنان به کار برد.

پرسشنامه‌ها با رعایت اصول خاص متناسب با سطح سواد و سن افراد همسان‌سازی شود. علاوه بر پرسشنامه از سایر روش‌های ارزیابی هم‌چون مشاهده نیز استفاده گردد. هم‌چنین از سایر روش‌های مداخله‌ای مناسب برای کودکان مانند بازی درمانی نیز

References

1. Sarason IJ, Barbara R. Sarason, " Pathological Psychology", Dr. Najarian, Bahman, Dr. Asghari, Mohammad Ali. 1994.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. BMC Med. 2013;17:133-7.
3. Segal DL. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). The Corsini Encyclopedia of Psychology. 2010 Jan 30:1-3.
4. Sarason B, Iron J. Disease psychology. Tehran: Roshd. 2000:67-9.
5. Loeber R, Burke J, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2009 Jan;50(1-2):133-42.
6. Adina, M, Hosseini, J. The Effect of Written Emotional Disclosure on Interpersonal Problems in Children with Coping Disobedience. Psychological Methods and Models, 2017. 8 (23), 130-147.
7. Canino G, Bird HR, Rubiostipec M, Bravo M. child psychiatric epidemiology-what we have learned and what we need to learn. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 1995 Jul 1;5(2):79-92.
8. Bradley MC, Mandell D. Oppositional defiant disorder: A systematic review of evidence of intervention effectiveness. Journal of Experimental Criminology. 2005 Sep 1;1(3):343-65.
9. Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2006 Apr;14(2):118-25.
10. Gullo MJ, Dawe S. Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"? Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2008 Oct 1;32(8):1507-18.
11. Lane SD, Cherek DR. Analysis of risk taking in adults with a history of high risk behavior. Drug and alcohol dependence. 2000 Aug 1;60(2):179-87.
12. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. The Lancet. 2001 Sep 22;358(9286):949-50.
13. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. American journal of psychiatry. 2001 Nov 1;158(11):1783-93.
14. Halliburton AE, Cooper LD. Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. Journal of Contextual Behavioral Science. 2015 Jan 1;4(1):1-1.
15. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. 2009 Feb 4:77-101.
16. Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. Substance abuse. 2010 Apr 20;31(2):98-107.
17. Swain J, Hancock K, Dixon A, Koo S, Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013 Dec;14(1):140.
18. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. Cognitive and Behavioral Practice. 2009 Aug 1;16(3):243-52.

19. Shooshtari MH, Davari-Ashtiani R, Shahriyar Z, Shabani A, Semnani Y, Kaviani H, Amini H, Mohammadi MR, Assadi SM, Sharifi V, Seddigh A. Structured clinical interview for DSM-IV (SCID Persian translation and cultural adaptation). Iranian journal of psychiatry. 2007:46-8.
20. Swanson JM. The SNAP Rating Scale for the Diagnosis of the Attention Deficit Disorder.
21. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychological assessment. 1998 Jun;10(2):176.
22. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. Iranian Psychologists. 2005;4(1):299-313.
23. Whiteside SP, Lynam DR, Miller JD, Reynolds SK. Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology. 2005 Dec;19(7):559-74.
24. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. Personality and individual differences. 2001 Mar 1;30(4):669-89.
25. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press; 2011.
26. Mojtabaie M, Gholamhosseini S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce the symptoms of anxiety in women with breast cancer. Journal of Social Issues & Humanities. 2014;4(2):522-7.
27. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. Cognitive and Behavioral Practice. 2012 Nov 1;19(4):583-94.
28. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. Current opinion in psychology. 2015 Apr 1;2:65-9.
29. Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. Clinical psychology review. 2013 Dec 1;33(8):965-78.
30. Bastami Morteza, Naser Goodarzi, Behnaz era, Taqsi Ersia. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Depression Symptoms in Military Men with Type 2 Diabetes.
31. Molavi, R ; Mikayeli, M; Rahimi, H and Mehri, M. Assessment of Acceptance and Commitment Therapy on Mood Problems in Students with Social Fear. Journal of Clinical Psychology, (2015),12 (3), 89- 108
32. Qomian, S , Shaeiri, M. Preliminary Design of Acceptance and Commitment Therapy Protocol for Children with Chronic Pain and Evaluation of its Impact on Patients' Psychological Flexibility in Pain. Journal of Knowledge and Health,(2015), 18 (2), 75-88.

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Clinical Symptoms and Impulsivity of Mothers of Children with Oppositional Defiant Disorder

Received: 06/12/2018 - Accepted: 23/08/2019

Akram Mahmoodi Mahne¹
Hassan Touzandehjani^{2*}
Ali Reza Baghestani³

1. M.A in Clinical Psychology,
Faculty of Basic Sciences, Islamic Azad
University, Neyshabour Branch,
Neyshabour, Iran

2. Associate Professor of Psychology,
Department of Education and
Psychology, Faculty of Basic Sciences,
Islamic Azad University, Neyshabour
Branch, Neyshabour, Iran

3. M.A in Occupational Counseling,
Faculty of Humanities, Islamic Azad
University, Quchan Branch, Quchan,
Iran

Email:
H.touzandehjani@ymail.com

Abstract

Introduction: This study examined the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on clinical symptoms and impulsivity in mothers of children with oppositional defiant disorder was conducted.

Methods: This study was a semi-experimental (Pretest- post test plan the unequal control group) and to the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) based on clinical symptoms and impulsivity of mothers of children with oppositional defiant disorder. the study population included all mothers of children 6 to 12 years old with oppositional defiant disorder in the city of Mashhad in 2016, that 24 of them voluntarily selected by convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups (12 people). in this study, used a DASS-21 to measure clinical syndrome and impulsivity scale to measure impulsivity. after the formation of groups, was conducted. (ACT) in 8 sessions of 90 minute. upon completion of the training program, from both groups were post test. Data for the analysis of covariance was used.

Results: Data analysis showed that "act" reducing clinical symptoms (depression, anxiety and stress) and impulsivity among children with oppositional defiant disorder ($P < 0/05$). **Conclusion:** The results indicate that acceptance and commitment therapy is effective on clinical symptoms and impulsivity in mothers of children with oppositional defiant disorder.

Key words: Acceptance and commitment therapy (ACT), Depression, Anxiety, Stress, Impulsivity.