

اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل مادر-کودک مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۲۱

خلاصه

مقدمه: تعامل مادر-کودک به عنوان یکی از مهم ترین ارتباط های کودکان در زندگی، اهمیت زیادی دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل مادر-کودک مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی بود.

روش کار: در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی شهرستان مرند تشکیل دادند. از این جامعه، ۴۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه (۲۰ تایی) آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه تعامل مادر-کودک رابرت (۱۹۶۱) در سه مرحله پژوهش اجرا گردید، برای گروه آزمایش هشت جلسه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. یافته های پژوهش در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.

نتایج: نتایج حاصل از اندازه گیری مکرر و آزمون های تعقیبی نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سبک تعامل پذیرش، تعدیل سبک تعامل بیش حمایت گری، سبک تعامل سهل گیری و سبک تعامل طرد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی اثر بخش بوده و اثر برنامه آموزشی در طول زمان پایدار بوده است ($p \leq 0.001$).

نتیجه گیری: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل مادر-کودک مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی تاثیر دارد؛ لذا مشاوران و روانشناسان می توانند از این رویکرد برای بهبود تعامل مادر-کودک، بهره ببرند.

کلمات کلیدی: آموزش پذیرش و تعهد، تعامل مادر-کودک، نارسایی توجه/بیش فعالی

برات فراقی دستجرد^۱

پرویز شریفی درآمدی^{۲*}

نورعلی فرخی^۳

^۱دانشجوی دکتری رشته مشاوره، واحد علوم و تحقیقات،
دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
(نویسنده مسئول)

^۳دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی،
تهران، ایران.

Email: dr_sharifidaramadi@yahoo.com

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی، از شایع‌ترین اختلالات عصب- تحولی دوران کودکی است که ناشی از ضعف در بازداری رفتاری است و با سه مشخصه نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانشگری شناخته می‌شود (۱ و ۲). و در واقع این اختلال شایع‌ترین اختلال روان پزشکی دوران کودکی است. نارسایی توجه بزرگترین مشکل این کودکان است. پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شیوع این اختلال را در کودکی ۵ درصد و در بزرگسالی ۲/۵٪ برآورد کرده است (۳).

حضور کودک با مشکلات و اختلال‌های رفتاری، در هر خانواده، ساختار آن خانواده را تحت تاثیر و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می‌دهد (۴). از متغیرهای مرتبط در این زمینه، تعامل مادر و فرزند (Parent-Child Interaction) است. کیفیت تعامل والد-کودک می‌تواند بر رشد زیستی، روانی و اجتماعی فرد تاثیر داشته باشد. تعامل والد-کودک به ماهیت تعاملات بین فردی مادر و کودک اطلاق می‌شود و مؤلفه‌هایی از قبیل درجه پاسخدهی و حساسیت مادر به نیازهای کودک، میزان تماس فیزیکی آنها با هم، سطح اعتماد، همسانی و پیش‌بینی پذیری رفتار مادر و متناسب بودن محدودیت‌های اعمال شده را در بر می‌گیرد (۵).

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که وجود اختلال‌های رفتاری همچون پرخاشگری و عدم تبعیت از قواعد و قوانین در کودکان با اختلال به ویژه کودکان بیش فعال/تکانشگر بر تعامل والدین-فرزند و سایر اعضای خانواده تاثیر منفی دارد، اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی؛ عملکرد خانواده را دچار اختلال می‌کند زیرا والدین دچار مشکلات روانشناختی بیشتری می‌شوند (۶). به همین دلیل بیشتر اوقات والدین این کودکان برای کنترل کودک و رفتار با آن به روش‌هایی متوسل می‌شوند که وضعیت علائم اختلال در کودک را بدتر کرده و از طریق اعمال کنترل شدید بر کودک، وضعیتی را به وجود می‌آورند که پیامد آن تعارض جدی والد با کودک و شدیدتر شدن

نشانه‌های اختلال همچون بیش فعالی و تکانشگری و مشکلات رفتاری برون‌ریزانه در کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی است (۷). بررسی‌های تعامل‌های این کودکان نشان دهنده آن است که رفتار کودک به عنوان محرک تنش‌زا عمل می‌کند و به نوبه خود بر رفتار والد-کودک (به ویژه مادر) تاثیرگذار است (۸).

در این میان مشکلات ارتباطی کودک مبتلا به اختلال و مادرش شدیداً مختل بوده و رابطه مادر-فرزند در این خانواده‌ها در یک چرخه منفی همراه با کنترل و توأم با تعارضات و تعاملات ناکارآمد است. مادر از نافرمانی و مشکلات رفتاری کودکش در عذاب است و با شیوه‌های نادرست کنترل رفتار سعی در تغییر رفتارهای منفی او دارد، کودک هم متقابلاً در ارتباط با او لجبازتر و منفی‌گراتر شده و این چرخه معیوب در ارتباط آنها با هم تداوم می‌یابد (۹).

از طرفی علیرغم اینکه در سال‌های اخیر در میان رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، بر استفاده از درمان شناختی-رفتاری تأکید بیشتری بوده است؛ و با وجود عملکرد قوی درمان شناختی-رفتاری که بیشتر از حمایت‌های عمومی، مشاوره و دارونماست (۱۰)؛ با این حال هنوز افرادی وجود دارند که به این درمان پاسخ نمی‌دهند و ممکن است رویکردهای دیگری بتواند به آنها کمک کند. علاوه بر این، ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که واپس رانی افکار نه تنها مؤثر نیست، بلکه ممکن است تأثیر برعکس هم داشته باشد؛ به این معنا که ممکن است تعداد افکار ناخواسته بیشتر شود و یک نگرانی دیگر در مورد رویکرد‌های بازسازی شناختی این است که مراجع در حال استفاده از فکر بازسازی شده، هنوز با محرک مشکل ساز ارتباط دارد (۱۱).

در این میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم رفتاری از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیش‌آمدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان‌های جدید و مؤثر در حل مشکلات و اختلالات روانشناختی است.

درمان این کودکان بر عهده داشته باشد و از بروز مشکلات بیشتر و اختلالات رفتاری در این کودکان جلوگیری کرد. در واقع کودک دارای اختلال به عنوان یک عامل فشار روانی برای مادران، می‌تواند هیجانات آنها را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی مادران را برای مقابله و پذیرش مشکلات کودک کاهش دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در واقع به شخص می‌گوید «آنچه خارج از کنترل شخصی است هست را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد متعهد باش». بنابراین اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلف اثر بخش بوده است اما از آنجا که مادران کودکان بیش فعال مسائل و مشکلات بیشتری نسبت به افراد عادی دارند، همچنین طبق مطالعات پژوهشگر پژوهشی که به تعیین اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر تعامل مادر-فرزند دارای فرزند اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی باشد یافت نشد؛ لذا مساله این پژوهش این بود که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل مادر-کودک مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی چه تاثیری دارد؟

روش کار

روش پژوهش از نوع تحقیق نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران دارای کودک ۶-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان مرند در بهار ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از آنجا که گروه هدف این پژوهش، مادران دارای کودک مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودند، و آزمودنی‌ها می‌بایست ملاک‌های ورود و خروج خاص این پژوهش را برآورده می‌کردند، انتخاب تصادفی نمونه امکان‌پذیر نبود. لذا روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، هدفمند بود. پس از اینکه لیست مراجعین به ۴۴ نفر رسید، مراجعین توسط پژوهشگر مصاحبه بالینی شدند و قرار ملاقات اولیه‌ای در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان مرند جهت برگزاری جلسه توجیهی و جمع‌آوری پیش‌آزمون ترتیب داده شد. در این مرحله، از بین ۴۴ نفری که قرار ملاقات گذاشته شد ۴ نفر به

پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های اضطراب و افسردگی (۱۲)، تحمل ناکامی و نگرش-های ناکارآمد مادران دارای فرزند اتیسم (عباسی، کریمی و جعفری)، تعاملات مشکل ساز والد-کودک در کودکان با اختلالات اضطرابی (رافتری-هلمر، مور، کوین و رید) موثر بوده است.

اصول زیربنایی رویکرد پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) شامل ۱. پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آنها و ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است. از اینرو، درمان ACT با تمرکز بر شرایط موجود و مسیرهای پیش رو به سمت پذیرش و رشد شخصی در بحران‌ها، بسیار مناسب است و با توجه به شرایط ایجادشده در وضعیت فرد پذیرش به تدریج به وجود می‌آید. در روش درمانی ACT، هدایت درمانجو در مسیر عمل متعهد در رابطه با ارزش‌های اظهار شده توسط وی، بخش مهمی از روان‌درمانی است. صورت جلسات تدوین شده برای تولید عمل متعهد شامل کارهای درمانی، تمرین و تکالیفی است که به اهداف بلندمدت و کوتاه مدت تغییر رفتار، سازگاری با شرایط، مرتبط هستند. تلاش‌های تغییر رفتاری منجر به موانع روانی شده و از طریق فرآیندهای روش درمانی ACT یعنی پذیرش و گسلش به این موانع رسیدگی می‌شود (۱۳).

بنابراین آنچه از مجموعه مطالب فوق استنباط می‌شود این است که والدین کودکان مبتلا به ADHD دارای چالش والدگری بیشتری نسبت به والدین کودکان بهنجار هستند. در جامعه ما مادران به دلایلی مانند فرصت بیشتر، بیش از پدران در امور مربوط به فرزندان خود مشارکت دارند و در نتیجه تعامل بیشتری با فرزندان خود برقرار می‌کنند و مادران دارای کودک مبتلا به اختلال استرس‌های بیشتری را نسبت به مادران عادی تحمل می‌کنند، البته این تأثیر به صورت سیکلی معیوب بین مادر و کودک اتفاق می‌افتد بنابر این ارزیابی و مدیریت مشکلات مادران و بهبود تعامل مادر-کودک می‌تواند نقش مهمی در

آزمایشی و گروه کنترل) پس از آزمون به عمل آمد در فاصله بین مرحله پس از آزمون تا اجرای مرحله پیگیری، جلسات نگهدارنده ماهیانه برای حفظ اثرات درمانی برای گروه آزمایشی برگزار گردید. سپس پس از گذشت ۳ ماه، آزمون پیگیری همزمان در ۲ گروه اجرا شد. بدین ترتیب داده‌های پژوهش در سه مرحله جمع‌آوری و از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی متناسب برای پیگیری تفاوت‌ها استفاده شد.

ابزار: مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک (MCRE): مقیاس ارزیابی رابطه ی مادر-کودک توسط رابرت، ام، راس در سال ۱۹۶۱ انتشار یافت که توسط مادران تکمیل می‌شود. این آزمون یک مقیاس نگرش سنج است که نقطه نظر مادران را در خصوص چهار سبک تعامل با کودک مورد ارزیابی قرار داده و در حیطه‌ی آزمون‌های فراقکن قرار می‌گیرد. این آزمون دارای چهار زیر مقیاس است که عبارتند از: پذیرش، بیش‌حمایت‌گری، سهل‌گیری و طرد. هر زیر مقیاس دارای ۱۲ عبارت است که مجموعاً ۴۸ عبارت نمره گذاری با ۵ امتیاز نمره گذاری می‌شود. در پژوهشی رأس ضریب اعتبار عوامل این مقیاس را از طریق دو نیمه کردن از بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ به دست آورد (۱۴) و همچنین روایی آزمون بین خرده‌مقیاس‌ها از طریق ضریب همبستگی درونی از طیف ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ و میانگین ۰/۵۵ به‌دست آمد. همچنین پایایی مقیاس در پژوهش عنبری، مهدویان و ندری ۷۳ بدست آمد (۱۵). در این پژوهش نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

دلایل همبودی با دیگر اختلالات روان‌شناختی، و بی‌میلی جهت شرکت در پژوهش کنار گذاشته شدند و ۴۰ نفر باقی‌مانده رضایت آگاهانه خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کردند. سپس این افراد به صورت تصادفی دو گروه (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی در محدوده سنی ۱۱-۶ ساله، عدم دریافت دوره‌های درمانی و آموزشی روانشناختی طی سه ماه گذشته و رضایت از شرکت در دوره آموزشی و فاقد اختلالات روانی و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از مبتلا اختلالات حاد روانپزشکی و غیبت بیش از دو جلسه در دوره آموزشی.

روش اجرا

اجرا بدین ترتیب بود که در هر دو گروه پیش‌آزمون تعامل ناکارآمد مادر-کودک اجرا شد. سپس گروه آزمایش در معرض مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ی آزمایشی را دریافت نکرد. اما جهت رعایت اخلاق پژوهش و حذف اثرات غیر اختصاصی درمان (مثل شرکت در گروه و مواجهه با درمانگر و شکل‌گیری انتظار درمان) در این مرحله برای اعضای این گروه یک کارگاه آموزشی سه ساعته برگزار گردید که در آن اطلاعات اولیه‌ای راجع به اختلال افسردگی به گروه لیست انتظار ارائه شد اما هیچ راهبردی ارائه نمی‌شد. پس از گذشت ۸ جلسه مداخلات برای گروه آزمایشی، از هر ۲ گروه (اعم از گروه

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (محقق ساخته)

جلسه	محتوا و مؤلفه‌های درمان
اول	مقدمه، بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمان، سنجش کلی افسردگی و نگرش ناکارآمد، شناسایی اهداف درمانی، بیان مقدمه در مورد ناامیدی، تعیین تکلیف.
دوم	مرور جلسه قبل، سنجش عملکرد، ادامه درماندگی خلاق با استفاده از استعاره تقلا در ماسه و استعاره ببر، معرفی کنترل به عنوان یک مساله با استفاده از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا و استعاره پلی‌گراف، تکلیف.
سوم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف، درخواست تمرکز بر روی افکار و احساسات کنونی، شناسایی قوانین و باید و نبایدهای درمانجویان، استفاده از استعاره نوشتن افکار روی کارت سفید، استفاده از استعاره برگ‌های روی رودخانه، استفاده از استعاره ماشین-های در حال حرکت. تکلیف
چهارم	سنجش عملکرد، مرور واکنش به جلسات قبل، مرور تکلیف، معرفی تمایل/پذیرش با استفاده از استعاره عبور از باتلاق و استعاره فشار دادن به تخته افکار و احساسات، تمرین فرایند پذیرش با استفاده از استعاره کلید کشمکش و استعاره دو مقیاس، تکلیف

پنجم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی مفهوم بودن در اینجا و اکنون با استفاده از استعاره ماشین زمان، تمرین "تنفس توجه آگاهانه" و "دست‌ها توجه آگاهانه"، تمرین "برگ‌های روی رودخانه"، تکلیف
ششم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی "خود به عنوان زمینه" با استفاده از استعاره میکروسکوپ چشم پزشکی، استفاده از استعاره آسمان و آب و هوا برای نشان دادن کارکرد خود به عنوان زمینه در اداره افکار و احساسات افسرده کننده، استفاده از استعاره صفحه شطرنج، انجام چند تمرین در زمینه توجه آگاهی و خود به عنوان زمینه از جمله تمرین "نماش کنید افکاران را" و تمرین "پیوستگی شما"، تکلیف.
هفتم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی ارزشها با استفاده از استعاره "قطب‌نما"، تمایز ارزش‌ها و اهداف، استفاده از استعاره "دو بیچه در ماشین" و تمرین "جشن تولد هشتاد سالگی"، تکمیل کاربرگ حلقه هدف و قطب‌نما، پرداختن مجدد به فرایندهای کنترل و تمایل/پذیرش و خود به عنوان زمینه، تکلیف.
هشتم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی عمل متعهدانه، تعیین ارزشها در یکی از حوزه‌های زندگی، پرداختن به تردیدهای درمانجویان در انجام تعهدات رفتاری، سنجش میزان پایبندی درمانجویان به تعهد رفتاری، پایان درمان و پیش-گیری از عود، و ترتیب دادن جلسات پیگیری

کرده بودند که میانگین سنی گروه آزمایش ۴۷/۱۲ با انحراف

معیار ۳/۳۱ و گروه کنترل ۴۲/۳۷ با انحراف معیار ۳/۵۳ بود.

نتایج

در این پژوهش ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در دو گروه آزمایش و کنترل شرکت

جدول ۲- آمار توصیفی نمره‌های ابعاد تعامل مادر-کودک گروه‌ها در مراحل اندازه‌گیری

متغیر		گروه		مرحله اندازه‌گیری			
				پس‌آزمون			
				پیش‌آزمون			
				پیگیری			
		SD	M	SD	M	SD	M
سبک تعامل پذیرش	آزمایش	۵/۷۲	۲۰/۷۵	۹/۳۴	۳۱/۱۵	۱۰/۳۳	۲۹/۸۵
	کنترل	۶/۲۲	۱۹/۶۵	۴/۷۶	۱۹/۱۵	۴/۲۳	۱۹/۱۰
سبک تعامل	آزمایش	۹/۴۷	۴۲/۶۵	۹/۰۲	۳۱/۹۰	۸/۰۱	۳۱/۶۵
	کنترل	۸/۸۲	۴۰/۹۵	۹/۲۹	۴۱/۴۵	۹/۱۴	۴۰/۹۵
بیش‌حمایت‌گری	آزمایش	۹/۸۶	۴۰/۷۰	۷/۷۶	۳۱/۲۵	۶/۹۴	۳۲/۲۰
	کنترل	۸/۴۴	۴۲/۸۵	۷/۸۶	۴۱/۹۰	۷/۶۵	۴۱/۰۵
سبک تعامل طرد	آزمایش	۸/۸۶	۴۴/۱۰	۹/۹۰	۳۳/۴۵	۸/۸۹	۳۵/۶۰
	کنترل	۹/۱۸	۴۲/۰۵	۸/۶۱	۴۱/۷۵	۸/۵۶	۴۳/۲۰

حمایت‌گری، سهل‌گیری و طرد کاهش یافته است. این تغییرات میانگین سبک‌های تعامل بعد از گذشت سه ماه در مرحله پیگیری همچنان پایدار بود. در ادامه به گزارش نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته می‌شود.

نتایج جدول بالا نشان از این دارد که میانگین سبک تعامل سازگارانه پذیرش در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) گروه آزمایش بعد از اعمال مداخله درمانی-آموزشی افزایش و سبک‌های بیش-

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثربخشی پذیرش و تعهد بر سبک‌های تعامل مادر-کودک

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	p	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
سبک تعامل پذیرش	زمان	۳۶۵/۵۱	۱	۳۶۵/۵۱	۱۹/۱۷**	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
	زمان * گروه	۴۵۶/۶۱	۱	۴۵۶/۶۱	۲۴/۴۳**	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱
بین گروهی	گروه	۱۸۹۶/۰۸	۱	۱۸۹۶/۰۸	۱۵/۶۱**	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۷

۱	۰/۵۱	۰/۰۰۱	۳۸/۹۰**	۶۰۵	۱	۶۰۵	زمان	درون گروهی	سبک تعامل
۱	۰/۵۱	۰/۰۰۱	۳۸/۹۰**	۶۰۵	۱	۶۰۵	زمان * گروه	درون گروهی	بیش حمایت‌گری
۰/۵۴	۰/۱۱	۰/۰۴۱	۴/۴۷*	۹۸۰/۴۱	۱	۹۸۰/۴۱	گروه	بین گروهی	
۱	۰/۵۵	۰/۰۰۱	۴۵/۸۰**	۵۳۰/۴۵	۱	۵۳۰/۴۵	زمان	درون گروهی	سبک تعامل
۰/۹۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۹/۳۸**	۲۲۴/۴۵	۱	۲۲۴/۴۵	زمان * گروه	درون گروهی	سهل‌گیری
۰/۸۱	۰/۱۸	۰/۰۰۶	۸/۵۴**	۱۵۶۲/۴۱	۱	۱۵۶۲/۴۱	گروه	بین گروهی	
۰/۹۶	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۱۴/۷۱**	۲۷۰/۱۱	۱	۲۷۰/۱۱	زمان	درون گروهی	سبک تعامل طرد
۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۲۵/۳۶**	۴۶۵/۶۱	۱	۴۶۵/۶۱	زمان * گروه	درون گروهی	
۰/۳۹	۰/۰۷	۰/۰۹۲	۳	۶۳۹/۴۱	۱	۶۳۹/۴۱	گروه	بین گروهی	

$p < 0/05^*$, $p < 0/01^{**}$

سبک‌ها وجود دارد ($p < 0/05$). ولی با عدم معنی‌دار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها برای سبک تعامل طرد می‌توان گفت تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ این سبک تعامل وجود ندارد ($p > 0/05$). حال آزمون تعقیبی بانفرونی که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است نشان می‌دهد که این تفاوت بین سبک‌های تعامل مادر-کودک مربوط به کدام مرحله است.

با توجه به نتایج جدول ۳ و معنی‌دار بودن عامل‌ها در درون گروهی برای تمامی سبک‌های تعامل مادر-کودک، وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای سبک‌های تعامل مادر-کودک در سطح $p < 0/01$ تایید گردید. همچنین، با معنی‌دار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها برای سبک تعامل پذیرش، سبک تعامل بیش‌حمایت‌گری و سبک تعامل سهل‌گیری می‌توان گفت تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ این

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره افسردگی در مراحل سه‌گانه

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
سبک تعامل پذیرش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۹۵**	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۲۸**	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۸	۰/۶۹	۱/۰۰۰
سبک تعامل بیش‌حمایت‌گری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۱۳**	۰/۸۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۵۰**	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۸	۰/۴۰	۱/۰۰۰
سبک تعامل سهل‌گیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۲۰**	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۱۵**	۰/۷۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۵	۰/۳۵	۱/۰۰۰
سبک تعامل طرد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۴۸**	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۶۸**	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۸۰	۰/۴۶	۰/۰۰۱

$p < 0/05^*$, $p < 0/01^{**}$

جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین سبک‌های تعامل مادر-کودک (سبک تعامل پذیرش، سبک تعامل بیش‌حمایت‌گری، سبک تعامل سهل‌گیری و سبک تعامل طرد) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p < 0/01$) و پیگیری

اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری سبک‌های تعامل پذیرش، بیش‌حمایت‌گری و سهل‌گیری معنادار نیست ($p = 1/000$)؛ که نشان می‌دهد نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر اجرای برنامه

معنادار بود ($p < 0/01$)؛ که نشان می‌دهد هر چند نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سبک تعامل طرد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) پایدار بوده است، ولی افزایشی معنی‌دار در سبک تعامل طرد آنان به وجود آمده است. نتایج این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی بود (۱۶ و ۱۷).

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت مادرانی که فرزندشان دارای اختلال بیش فعالی هستند، ناتوانایی یا تاریخچه‌ای از رفتارهای غیرقابل کنترل و هیجانات منفی از خود نشان می‌دهند و بیشتر توجه خود را به رفتارهای منفی کودک اختصاص می‌دهند، چنین سوگیری توجهی به رفتارهای منفی فرزندان، با توجه خنثی یا مثبت به رفتارهای کودکان تداخل ایجاد کرده و موجب می‌شود مادران حساس تر و تکانه‌ای تر شده و در مجموع مهربانی و صبوری کمتری از خود نشان دهند. در این بین سیستم‌های توجهی نقش بسزایی ایفا می‌کنند، ذهن آگاهی در بستر فرزندپروری که یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد است با شکستن چرخه‌های افکار منفی و تکراری به مادران کمک کرد تا به جای توجه افراطی به نشخوارهای ذهنی خود، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند (۱۸)؛ و به جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک، با نگاهی باز و غیرقضاوتی با فرزندانشان تعامل کنند، بدین ترتیب به مادران 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، آگاهانه تر عمل کنند (۱۹) و از میان روش‌های مختلف پاسخدهی دست به انتخاب آگاهانه بزنند (۲۰). از طرفی تمرین گسلش شناختی باعث می‌شود مادران در مقابل برداشت‌های شناختی استرس آور در زمینه فرزندپروری مقایسه با فرزندان دیگران، باورهایشان در مورد قابلیت‌های خود در اداره کردن شرایط دشوار مربوط به چنین کودکانی، احساس

آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سبک‌های تعامل پذیرش، بیش‌حمایت‌گری و سهل‌گیری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) پایدار بوده است. تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری سبک تعامل طرد معنادار بود ($p < 0/01$)؛ که نشان می‌دهد هر چند نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سبک تعامل طرد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) پایدار بوده است، ولی افزایشی معنی‌دار در سبک تعامل طرد آنان به وجود آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل مادر-کودک مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی بود. در جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر سطوح معنی‌داری همه‌آزمون‌ها برای اثر درون‌گروهی و اثر تعاملی، بیانگر آن هستند که علاوه بر اینکه بین سه مرحله اندازه‌گیری در گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/001$)، بلکه بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ سبک‌های تعامل مادر-کودک در سه مرحله اندازه‌گیری نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). نتایج پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت میانگین سبک‌های تعامل مادر-کودک (سبک تعامل پذیرش، سبک تعامل بیش‌حمایت‌گری، سبک تعامل سهل‌گیری و سبک تعامل طرد) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p < 0/01$) و پیگیری ($p < 0/01$) معنادار است. اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری سبک‌های تعامل پذیرش، بیش‌حمایت‌گری و سهل‌گیری معنادار نیست ($p = 1/000$)؛ که نشان می‌دهد نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سبک‌های تعامل پذیرش، بیش‌حمایت‌گری و سهل‌گیری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (ADHD) پایدار بوده است. تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری سبک تعامل طرد

قربانی شدن و خودسرزنی بالا انعطاف بیشتری از خود نشان می‌دهند.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی است و همچنین با توجه به این که در این پژوهش از روش خود گزارشی استفاده شده است، ممکن است امکان تحریف پاسخ‌ها توسط شرکت کنندگان وجود داشته است. از آنجا که عواملی مثل ویژگی‌های شخصیتی مادران، طبقه اقتصادی اجتماعی آنان و همچنین دوره‌های آموزشی که ممکن بود قبلاً شرکت کرده باشند به دلیل محدودیت در تعداد نمونه مد نظر قرار نگرفت لذا احتمال اینکه این عوامل نتیجه پژوهش را تحت تاثیر قرار داشته باشند، وجود دارد. پیشنهاد می‌شود با

توجه به محدود بودن جامعه آماری پژوهش حاضر به مادران دارای کودک بیش فعال پیشنهاد می‌گردد پژوهش حاضر برای دیگر مادران دارای فرزند با مشکلات خاص نیز انجام گردد و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه شوند. پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران آتی جهت جمع‌آوری اطلاعات علاوه بر پرسشنامه‌های خود گزارش دهی از مصاحبه، مشاهده جهت جامع‌تر بودن اطلاعات استفاده کنند. پیشنهاد می‌گردد در صورت امکان پژوهشگران آتی ویژگی‌های شخصیتی مادران، وضعیت اقتصادی اجتماعی و دوره‌های مهارتی که گذرانده‌اند را در پژوهش خود مد نظر قرار دهند.

Reference

1. Chang YK, Hung CL, Huang CJ, Hatfield BD, Hung TM. Effects of an aquatic exercise program on inhibitory control in children with ADHD: a preliminary study. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2014; 29(3):217-223.
2. Ambuabunos EA, Ofevwe EG, Ibadin MO. Community survey of attention-deficit/hyperactivity disorder among primary school pupils in Benin City, Nigeria. *Annals of African Medicine*. 2011;10(2). 30-41.
3. Cosgrove L, Krinsky S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. *PLoS Medicine*. 2012 Mar 13;9(3): e1001190.
4. Zoghi Paydar M, Ghasemi M, Bayat A, Sanayeikamal M. Mental Health Comparison of Mothers with Children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Exceptional Education. *Exceptional education*, 2017; 15 (8): 1-10
5. Leigh AJ. The influence of the mother-child relationship on the development of resilience in the learning disabled child (Doctoral dissertation, University of South Africa).
6. Schilling CM, Walsh A, Yun I. ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary, and treatment literature for criminologists. *Journal of Criminal Justice*. 2011 Jan 1;39(1):3-11.
7. Waxmonsky J, Pelham WE, Gnagy E, Cummings MR, O'Connor B, Majumdar A, Verley J, Hoffman MT, Massetti GA, Burrows-MacLean L, Fabiano GA. The efficacy and tolerability of methylphenidate and behavior modification in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and severe mood dysregulation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2008 Dec 1;18(6):573-88.
8. Yousefi, Shakila. Comparison of parenting stress of mothers of children with ADHD with mothers of normal children. *Journal of Mental Health Principles*, 2009; 11 (42): 115-122.
9. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*. 2001 Sep 1;4(3):183-207.
10. Hoffman C, Paradise J. Health insurance and access to health care in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008 Jun;1136(1):149-60.
11. Castonguay LG, Eubanks CF, Goldfried MR, Muran JC, Lutz W. Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*. 2015 May 4;25(3):365-82.
12. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*. 2017 Dec 1;40(4):751-70.
13. Dymond S, Roche B. A contemporary behavior analysis of anxiety and avoidance. *The Behavior Analyst*. 2009 Apr 1;32(1):7-27.
14. Perrelli JG, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Mother-child bonding assessment tools. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*. 2014 Sep 1;32(3):257-65.
15. Anbari K, Mahdavian A, Nadri S. Predictive factors of mother-child communication patterns in the mothers referred to Khorramabad Shahid Madani hospital in 2012. *yafte*. 2014; 15 (5) :13-22
16. Duff H, Larsson A, McHugh L. Evaluations of self-referential thoughts and their association with components of Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016 Jan 1;5(1):39-47.

17. Kowalkowski JD. The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder. 2012; [Doctoral Dissertaition], Ypsilanti, mishigan Univercity.
18. Josefsson T, Ivarsson A, Gustafsson H, Stenling A, Lindwall M, Tornberg R, Böröy J. Effects of mindfulness-acceptance-commitment (MAC) on sport-specific dispositional mindfulness, emotion regulation, and self-rated athletic performance in a multiple-sport population: an RCT study. *Mindfulness*. 2019 Aug 15;10(8):1518-29.
19. Lee JW, Ha JH. The effects of an acceptance-commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, self-efficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2018 Aug 1;48(4):443-53.
20. Bögels SM, Lehtonen A, Restifo K. Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*. 2010 Jun 1;1(2):107-20.

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment on Mother-Child Interaction of Mothers of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Received: 28/09/2019 - Accepted: 12/12/2019

Barat Faraghi Dastjerd¹,
Parviz Sharifi Daramadi^{2*}
NourAli Farrokhi³

¹ PhD Student in counselling, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Professor in Department of psychology, Allameh Tabatabaei university, Tehran, Iran.

³ Associated Professor in Department of psychology, Allameh Tabatabaei university, Tehran, Iran

Email:
dr_sharifidaramadi@yahoo.com

Abstract

Introduction: Research has shown that mother-child interaction between the child with ADHD and the mothers is impaired. The purpose of this study was to determine the effectiveness of an acceptance and commitment education program on mother-child interaction of mothers with children with attention deficit / hyperactivity disorder.

Methods: In this study, a quasi-experimental and pretest-posttest design with a control and three-month follow-up was used. The statistical population of this study consisted of all mothers with children with ADHD in Marand. From this population, 40 individuals were selected by convenience sampling and were randomly assigned to two experimental and control groups. The Robert Mother-Child Interaction Questionnaire (1961) was administered in three stages of the study. Eight sessions of acceptance and commitment training were administered to the experimental group. The findings were finally analyzed using SPSS software version 23 and repeated measurement test.

Results: The results of repeated measures and post hoc tests showed that acceptance and commitment based training on improvement of acceptance interaction style, modification of hypersensitivity interaction style, facilitation interaction style and exclusion interaction style of mothers with children with attention deficit / hyperactivity disorder. The effect of training program has been consistent over time ($p \leq 0/001$).

Conclusion: Acceptance and commitment training affects mother-child interaction. Mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder, so counselors and psychologists can use this approach to improve mother-child interaction.

Key words: Acceptance and Commitment Training, Mother-Child Interaction, Attention Deficit / Hyperactivity Disorder