

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Academic Procrastination, Resilience, and Depression in Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Somayeh Piri¹ , Davod Hoseininasab^{2*} , Sholeh Livarjani³ 

1. Ph.D. student of Psychology of Education, Faculty of Humanities and Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. Professor of Educational Psychology, Faculty of Humanities and Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

3. Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Humanities and Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Received: 2019.November.23 Revised: 2020.December.15 Accepted: 2020. December. 17 Published Online: 2020. March.04

ABSTRACT

Background and Aims: Acceptance and Commitment Therapy is one of the third generation behavioral therapies in the treatment of childhood and adolescent disorders that has recently received much attention. However, its effectiveness, especially among adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), with problems such as procrastination, swings and depression, has not been much noticed. The aim of present study was to investigate effectiveness of acceptance and commitment therapy on academic procrastination, resilience, and depression in students with ADHD.

Materials and Methods: To this aim, in a pretest-posttest with control group quasi-experimental study, 28 students were selected purposively and randomly divided into experiment or control groups (13 in ACT group and 15 in control group). Conners rating scale, Beck Depression Inventory (BDI-II, Beck, 1996), Solomon students and academic procrastination version Roth Bloom (1984), and Conner- Davidson Resilience scale (CD-RISC, Beck, 1996) were completed before interventions by all participants and then participants of experiment group individually received a 10-session ACT intervention, while control group received no intervention. After completing the intervention, once more, the instruments were administered.

Results: The results of Covariance analysis showed that in the three variables of academic procrastination, resilience, and depression, after controlling the covariate variable (pre-test scores) there were significant differences among the two groups (depression: $f=14/81$; $p< 0/001$; resilience: $f=9/84$; $p< 0/001$; academic procrastination: $f=15/15$; $p< 0/001$).

Conclusion: According to the results, ACT is an effective and promising intervention on academic procrastination, resilience, and depression in students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Keywords: Acceptance and Commitment; Resilience; Depression; Academic procrastination

How to cite this article: Somayeh Piri, Davod Hoseininasab, Sholeh Livarjani. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Academic Procrastination, Resilience, and Depression in Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). J Rehab Med. 2021; 9(4): 82-90.

*Corresponding Author: Davod Hoseininasab. Professor of Educational Psychology, Faculty of Humanities and Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
Email: instruction@iaut.ac.ir

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)

سمیه پیری^۱، داود حسینی‌نسب^{۲*}، شعله لیوارجانی^۳

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
 ۲. استاد گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
 ۳. استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۰۹/۲۷

بازنگری مقاله ۱۳۹۸/۰۹/۲۴

دریافت مقاله ۱۳۹۸/۰۹/۰۲

چکیده

مقدمه و اهداف: امروزه درمان پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های رفتاری نسل سوم در زمینه درمان اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است که بسیار مورد توجه قرار گرفته است. با این حال اثربخشی آن، به‌ویژه در بین نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با مشکلاتی چون تعلل‌ورزی، تاب‌آوری و افسردگی چندان مورد توجه قرار نگرفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: در پژوهش حاضر طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، ۲۸ دانش‌آموز مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از بین دانش‌آموزان مدارس دوره متوسطه شهر تبریز و با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش یا کنترل جایگزین شدند (گروه ACT ۱۳ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر). پرسشنامه افسردگی بک و آزمون تعلل‌ورزی تحصیلی سولومون، راث بلوم و آزمون تاب‌آوری کانر، دیویسون بر روی هر دو گروه اجرا شد و سپس دانش‌آموزان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه هفتگی انفرادی درمان پذیرش و تعهد شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و سپس ابزارهای پژوهش مجدداً بر روی همه نفرات اجرا شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تعلل‌ورزی حاکی از کاهش تعلل‌ورزی در مرحله پس از درمان بود. در متغیر تاب‌آوری، دانش‌آموزانی که تحت روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته بودند نسبت به دانش‌آموزان گروه کنترل افزایش معناداری نشان دادند. همچنین روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان موثر بوده است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد اثربخشی پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، افسردگی و تعلل‌ورزی بوده و نویدبخش است.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد؛ تنظیم هیجان؛ تاب‌آوری؛ افسردگی؛ تعلل‌ورزی

نویسنده مسئول: دکتر داود حسینی‌نسب، استاد گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
 آدرس ایمیل: instruction@iaut.ac.ir

مقدمه و اهداف

همچنین پژوهش‌های مختلف گزارش کرده‌اند که بین علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با تعلل‌ورزی رابطه وجود داشته و افراد مبتلا به این اختلال دچار تعلل‌ورزی نیز هستند.^[14] تعلل‌ورزی تحصیلی شامل تاخیر عامدانه یا تاخیر در انجام تکلیفی است که باید انجام شود.^[15] نیرمان و اسکیرز اظهار کرده‌اند که تظاهرات مختلف تعلل‌ورزی تناسب بالایی با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارد و شواهد حکایتی والدین و معلمان این کودکان به‌علاوه مطالعات موردی حکایت از این دارند که بین اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و تعلل‌ورزی رابطه وجود دارد و مبتلایان به این اختلال، تعلل‌ورزی بیشتری نشان می‌دهند.^[16] آنها مشکلاتی در زمینه فعالیت‌های تحصیلی و کاری مثل فراموشی تکالیف خانگی، مشکل در تکمیل پروژه‌های بلندمدت، مطالعه برای امتحان و سازماندهی وسایل و لوازم خود دارند که این مشکلات رابطه نزدیکی با رفتار تعلل‌ورزی داشته و از تظاهرات بالینی آنها از نظر بالینی می‌تواند در قالب تعلل‌ورزی، مشکل در برنامه‌ریزی، فراموشی زمان و مشکل در سازماندهی وسایل و لوازم در افراد مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسال پدیدار شود.^[17] با وجود پژوهش‌های مربوط به اثربخشی این درمان در سایر حوزه‌ها، تاکنون پژوهش جامعی در زمینه اثربخشی آن تعلل‌ورزی نوجوانان انجام نشده است، هرچند مطالعه سنت و بوئس اثربخشی آن بر تعلل‌ورزی در بین بزرگسالان را تایید کرده است.^[18]

این اختلال همچنین با برخی دیگر از اختلالات روانی همبودی دارد. از جمله بیش‌فعالی/نقص توجه کودکان و افسردگی بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک و بالینی^[19] در ۲۰ تا ۳۰ درصد موارد باهم دیده می‌شوند. نشانگان افسردگی در ۳۵ تا ۵۰ درصد از بزرگسالان مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه گزارش شده است، در حالی که یک نمایش کلی از همبودی بین افراد بیش‌فعال و افسردگی وجود دارد و کمتر در مورد ماهیت و رشد و درمان این همبودی تحقیق و بررسی صورت گرفته است.^[20] چندین مطالعه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افسردگی بیماران مورد تایید قرار داده‌اند.^[21-22]

در فرآیند درمان کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی انواع مختلفی از مداخله‌های دارویی و غیردارویی مورد توجه قرار گرفته است. رایج‌ترین داروها در درمان اختلال کم‌توجهی متیل فنیدیت^۱ و دی‌آمفتامین^۲ است. سایر داروهایی که با تاثیر بر سیستم نورآدرژنریک باعث بهبود نشانه‌های بی‌توجهی در اختلال کم‌توجهی می‌شود شامل گوانفیسین^۳ و کلونیدین^۴ است. علی‌رغم اثرات مثبت

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یکی از شایعترین مشکلات روانشناختی است که در دوران کودکی تشخیص داده شده و در حدود ۶۰ درصد مبتلایان تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.^[۱] معیارهای تشخیصی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی روی ۲ نکته تاکید دارد: حضور نقص‌های مرتبط با کم‌توجهی-بیش‌فعالی تا قبل از ۱۲ سالگی و حضور این اختلال در دست کم ۲ محیط مختلف معیار (C) در خانه و مدرسه، خانه و محل کار، خانه و مدرسه و محل کار.^[۲] برآوردهای مربوط به شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بسته به معیارهای تشخیصی به‌کاررفته بین ۵.۹ تا ۷.۱ درصد متفاوت است.^[۳] پژوهش‌ها حاکی از آن است که مبتلایان به این اختلال در زمینه‌های بسیاری نقص‌هایی نشان می‌دهند و بدون درمان، کودکان و نوجوانان دارای ADHD در معرض خطر مشکلات رفتاری و تحصیلی^[۴]، اختلالات خلقی و اضطرابی، سلوک و تیک^[۵-۶] و آسیب و صدمه جسمانی^[۷] قرار دارند. این اختلال برای بسیاری از دانش‌آموزان ADHD مشکلات قابل توجهی در زمینه عملکرد شناختی، اجتماعی و هیجانی ایجاد می‌کند.^[۸] عملکرد تحصیلی ضعیف از برجسته‌ترین ویژگی‌های مرتبط با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است.^[۹]

از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی این بیماران را در قالب تفکر، خلق و رفتار بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روانشناختی را افزایش دهد، تاب‌آوری است. در تحقیقات گذشته عوامل مرتبط با استعدادها و توانایی‌های نوجوانان برای انجام فعالیت‌ها نادیده گرفته شده است.^[۱۰] ولی به‌تدریج به بررسی تاب‌آوری پرداخته شده است. تاب‌آوری یک فرآیند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف شده است.^[۱۱] پژوهش‌ها نشان دادند که کودکان مبتلا به ADHD از تاب‌آوری کمتری نسبت به کودکان عادی برخوردار هستند.^[۱۲] تاب‌آوری می‌تواند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط استرس‌زا تعدیل کند و افزایش رضایت از زندگی را باعث شود. تاب‌آوری در محیط آموزشی به‌عنوان احتمال موفقیت بسیار بالا در مدرسه و سایر موقعیت‌های زندگی به‌رغم مصائب و دشواری‌های محیطی در نظر گرفته می‌شود. در محیط آموزشی، دانش‌آموزان سالم دارای تاب‌آوری، به‌رغم موانع و مشکلات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در سطح بالایی موفق می‌شوند.^[۱۳] افراد دارای مشکل نقص توجه/بیش‌فعالی به دلیل اینکه نمی‌توانند مدت‌زمان زیادی روی تکلیف تمرکز کنند، از تاب‌آوری پایین‌تری برخوردار هستند.

3 Guanfacine

4 Clonidine

1 Methyl Phenidate

2 D Amphetamine

و دلاوری، به فارسی ترجمه شده و اعتبار و روایی آن به‌ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۸۸ درصد به دست آمده است.^[26]

ب) مقیاس تاب‌آوری

این مقیاس توسط کانر و دیویدسون ساخته شده است و دارای ۲۵ گویه می‌باشد. آزمودنی به هر گویه روی مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از «همیشه نادرست» تا «کاملاً درست» پاسخ می‌دهد. نمره بالا در این مقیاس تاب‌آوری بالا را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است.^[27] در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید.^[28]

ج) مقیاس افسردگی بک

این پرسشنامه یکی از پرکاربردترین ابزار اندازه‌گیری اختلالات روانی است. بک و همکاران ویرایش اصلی پرسشنامه افسردگی بک را معرفی کردند.^[29] این ابزار شامل ۲۱ سوال از علائم افسردگی است. آزمودنی باید جملات گزینه‌های هر سوال را به‌دقت مطالعه کند، جمله‌ای را که بیش از چند جمله دیگر حالت کنونی وی را بیان می‌کند، با ضربدر مشخص نماید. آزمودنی در هر جنبه می‌تواند نمره‌ای بین صفر تا ۳ بگیرد (صفر مبین عدم وجود علامت افسردگی و ۳ نشان‌دهنده شدت عارضه در آن جنبه). بک و همکاران ضریب آلفای کرونباخ آزمون افسردگی بک را در بیماران روانپزشکی و غیرروانپزشکی به‌ترتیب برابر ۰/۸۱ و ۰/۸۶ به دست آورده‌اند.^[30]

پروتکل درمان پذیرش و تعهد

پروتکل درمان حاضر بر اساس منابع رویکرد پذیرش و تعهد و با استفاده از آثار کاربردی مثل «درمان پذیرش و تعهد به زبان ساده»^[31] و درمان پذیرش و تعهد: رویکردی تجربی به تغییر رفتار^[32] طراحی شد و بر اساس فرآیندهای درمان، تکنیک‌ها و استعاره‌های مناسب انتخاب شدند. برای تناسب بیشتر تکنیک‌ها و مداخلات از یک متخصص و درمانگر با تجربه ACT در طراحی پروتکل یاری گرفته شد. گام‌های آن شامل موارد زیر بود:

جلسه اول: ارزیابی و مصاحبه بالینی با نوجوان و والدین و اجرای ابزارها
جلسه دوم: تحلیل کارکردی و ضابطه‌بندی درمان بر اساس الگوی ACT
جلسه سوم: کاهش کنترل و ناامیدی سازنده (شامل تمرین‌ها و استعاره‌های DOTS، چاه، مواجهه با دلایل

داروها بر نشانه‌های این اختلال، محدودیت‌ها و عوارضی نیز در این زمینه وجود دارد و محدودیت اصلی اثرات کوتاه‌مدت داروها است.^[23] با توجه به عوارض مختلف داروها، روش‌های درمانی روانشناختی نیز به‌عنوان جایگزین دیگری برای این افراد ارائه شده است. پژوهش‌ها حاکی از این است که رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی، تکانشگری، افزایش رفتارهای جامعه‌پسند و شناخت اجتماعی و بهبود روابط با همسالان موثر است.^[24] علاوه بر این، یکی از درمان‌های روانشناختی که اخیراً اثربخشی آن بر روی انواع اختلالات دوران کودکی و نوجوانی بررسی می‌شود ولی هنوز در حوزه ADHD مورد توجه قرار نگرفته است، مداخله پذیرش و تعهد می‌باشد که از نسل درمان‌های موج سوم است. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هیزا ایجاد شد. ACT^۱ نامش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد، آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است (در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچار با خود دارد). این رویداد از شش فرآیند اصلی یعنی پذیرش، گسلش‌شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند.^[25] با توجه به توضیحات فوق، مطالعه حاضر درصدد تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی تاب‌آوری، تعلل‌ورزی تحصیلی و افسردگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است. نتایج پژوهش می‌تواند به‌عنوان راهکاری برای دانش‌آموزان مبتلا به ADHA مورد توجه پرورشکاران باشد.

مواد و روش‌ها

ابزار پژوهش و اندازه‌گیری

الف) مقیاس تعلل‌ورزی تحصیلی سولومون و راث بلوم (APS)

مقیاس تعلل‌ورزی تحصیلی توسط سولومون و راث بلوم (۱۹۸۴): این مقیاس شامل ۲۱ گویه به‌صورت ۴ گزینه‌ای طراحی شده است. برای نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرتی و از ۱ تا ۴ می‌باشد. علاوه بر این، طراحان مقیاس مذکور، افزون بر ۲۱ سوال مذکور، ۶ سوال دیگر را به منظور دو ویژگی احساس ناراحتی از اهمالکار بودن و تمایل به تغییر عادت تعلل‌ورزی، در مقیاس خود گنجانده‌اند که نمره‌گذاری این سوال‌ها نیز مانند ۲۱ سوال اصلی است. این پرسشنامه توسط جوکار

³ Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change

¹ Acceptance and Commitment Therapy

² ACT Made Simple

مراجعه به درمان، غذا دادن به ببر، دروغ‌سنج و تمرین اعداد)

جلسه چهارم: ایجاد پذیرش و اشتیاق (شامل تمرین‌ها و استعاره‌های انتخاب تمایل به تجارب منفی و مثبت، مهمان ناخوشایند، اقدام بودن تمایل، دو مقیاس) جلسه پنجم و ششم: ایجاد گسلش‌شناختی (شامل آموزش محدودیت‌های زبان در ادراک تجربه مستقیم از طریق تمرین شنا و جایی برای نشستن، تضعیف دلیل-یابی و استفاده از اما و غیره، تمرین شیر، شیر، شیر، تمرین جسمیت دادن، و استعاره‌های رژه سربازان، مسافران اتوبوس)

جلسه هفتم: تماس با زمان حال و ذهن آگاهی (شامل تمرین‌های حضور در اینجا، دست، کشمش، قدم زدن، برگ‌ها در رودخانه و استعاره کشتی)

جلسه هشتم: خود به مثابه بافت (شامل آموزش تمایز بین انواع خود و تمییز خود از محتوای هیجانی و شناختی، تمرین تماشاگر، استعاره آسمان آبی و استعاره شطرنج)

جلسه نهم: تصریح ارزش‌ها (تمرین فیلم مستند، تمرین سنگ قبر، نامه‌ای به خود، استعاره اسکی و غیره) جلسه دهم: اقدام متعهدانه: ایجاد الگوی عمل متعهدانه و تعریف اهداف سه‌گانه، تعیین اهداف مربوط به ارزش‌ها و برنامه عمل آنها

شیوه اجرا

نخست دانش‌آموزان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه بالینی تشخیصی شناسایی شدند. علاوه بر این، در غربالگری، دانش‌آموزان بیش‌فعالی که نمره تعلل‌ورزی و افسردگی آنها در مقیاس‌های مورد نظر بالاتر از میانه قرار گرفته بود، همچنین در مقیاس تاب‌آوری نیز نمره کمتر از نقطه برش کسب کرده بودند، انتخاب شدند. سپس ۲۸ نفر از بین آنهایی که انتخاب شدند به صورت تصادفی ۱۳ نفر در گروه آزمایش آموزش پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. قبل از ورود به درمان هر یک از آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند که نمرات به‌دست‌آمده به‌عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد و سپس گروه‌های آزمایش هر کدام در ۱۰ جلسه پذیرش و تعهد شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در این مدت، مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام مداخلات، مجدداً ابزارهای پژوهش بر روی هر دو گروه اجرا شد و نمرات به‌دست‌آمده به‌عنوان پس‌آزمون در نظر گرفته شد.

نتایج

جدول شماره ۱، آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه		
۱۳/۶۴	۵۲/۶۹	۱۳	ACT	پیش‌آزمون	تعلل‌ورزی
۱۶/۷۲	۵۵/۲۰	۱۵	کنترل		تحصیلی
۹/۰۷	۳۹/۷۶	۱۳	ACT	پس‌آزمون	
۵/۳۷	۱۴/۰۶	۱۵	کنترل		
۱۵/۱۷	۵۶/۱۵	۱۳	ACT	پیش‌آزمون	تاب‌آوری
۱۵/۱۰	۵۲/۶۰	۱۵	کنترل		
۱۵/۲۸	۶۴/۳۰	۱۳	ACT	پس‌آزمون	
۱۲/۷۰	۵۲/۰۰	۱۵	کنترل		
۴/۶۲	۱۵/۲۳	۱۳	ACT	پیش‌آزمون	افسردگی
۵/۶۷	۱۵/۹۳	۱۵	کنترل		
۲/۱۸	۸/۴۶	۱۳	ACT	پس‌آزمون	
۵/۳۷	۱۴/۰۶	۱۵	کنترل		

که قبل از آن، ابتدا مفروضه نرمال بودن، همگنی شیب رگرسیون و یکسانی واریانس نقص توجه مورد بررسی قرار گرفت که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

برای بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر هر یک از متغیرهای تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی از تحلیل کواریانس یک‌راهه مجزا استفاده شد

جدول ۲. نتایج پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس اثربخشی پذیرش و تعهد بر تعلل‌ورزی تحصیلی

پیش‌فرض متغیر	نرمال بودن (شاپیرو-ویلکس)		همگنی شیب رگرسیون		برابری خطای واریانس (آزمون لون)	
	آماره	معناداری	F	معناداری	F	معناداری
تعلل‌ورزی تحصیلی	۰/۹۱	۰/۲۱	۲/۲۲	۰/۰۸	۰/۷۹	۰/۶۶
	۰/۸۷	۰/۰۶				
	۰/۹۱	۰/۱۳				
	۰/۹۱	۰/۱۸				
تاب‌آوری	۰/۹۴	۰/۵۰	۰/۲۷	۰/۷۶	۰/۰۹	۰/۲۳
	۰/۹۲	۰/۲۵				
	۰/۹۲	۰/۱۹				
	۰/۸۹	۰/۰۷				
افسردگی	۰/۸۸	۰/۰۸	۲/۸۴	۰/۰۷	۰/۷۹	۰/۶۶
	۰/۹۴	۰/۵۱				
	۰/۹۲	۰/۲۳				
	۰/۸۹	۰/۰۹				

تحصیلی ۲/۲۲ و تاب‌آوری ۰/۲۷ و افسردگی ۲/۸۴ بوده و در سطح $P < 0/05$ معنادار نیستند. نتایج آزمون لون نشان داد F محاسبه‌شده برای تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۰۹ و ۰/۷۹ بود که در سطح $P < 0/05$ معنادار نیستند و فرض برابری واریانس گروه‌ها نیز تایید می‌شود. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها، برای بررسی تاثیر آموزش پذیرش و تعهد بر تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی دانش‌آموزان از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آنها در جدول ۳ ارائه شده است.

مطابق جدول شماره ۲، نتیجه آزمون ویلکس-شاپیرو نشان داد که آماره به‌دست‌آمده برای تعلل‌ورزی تحصیلی در گروه پذیرش و تعهد و کنترل در مرحله پیش و پس‌آزمون در سطح $P > 0/05$ معنادار نیست که نشانگر توزیع نرمال داده‌ها می‌باشد. در مورد تاب‌آوری و همچنین افسردگی نیز آماره به‌دست‌آمده گروه پذیرش و تعهد و کنترل در مرحله پیش و پس‌آزمون در سطح $P > 0/05$ معنادار نیست که نشانگر توزیع نرمال داده‌ها است. نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد F محاسبه‌شده پیش‌آزمون* گروه تعلل‌ورزی

جدول ۳. آزمون تحلیل کواریانس اثربخشی پذیرش و تعهد بر علائم نقص توجه و بیش‌فعالی

Sig.	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۱	۱۵/۱۵	۷۵۵/۹۵	۲	۱۵۱۱/۹۰	تعلل‌ورزی
۰/۰۰۱	۹/۸۴	۶۰۶/۷۱	۲	۶۰۶/۷۱	تاب‌آوری
۰/۰۰۱	۱۴/۸۱	۹۳/۲۱	۲	۱۸۶/۴۳	افسردگی

بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تعلل‌ورزی تحصیلی، تاب‌آوری و افسردگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود. یافته‌ها نشان داد دانش‌آموزانی که تحت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند پس از اتمام دوره آموزش در میزان تعلل‌ورزی تحصیلی کاهش معناداری نشان دادند. گروه آزمایشی عملکرد بهتری نسبت به گروه کنترل داشت. پژوهش‌های مربوط به اثربخشی مداخله مبتنی بر

مندرجات جدول شماره ۳ نشان می‌دهد در هر سه متغیر، پس از کنترل متغیر همپراش (نمرات پیش‌آزمون) بین دو گروه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه تفاوت معنادار آماری وجود دارد (تعلل‌ورزی: $p < 0/001$; $F = 15/15$; تاب‌آوری: $p < 0/001$; $F = 9/84$; افسردگی: $p < 0/001$; $F = 14/81$). این یافته نشانگر این است که آموزش پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر کاهش نمره کل تعلل‌ورزی و افسردگی همچنین افزایش نمره تاب‌آوری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارد.

در مورد اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری نتایج نشان داد تاب‌آوری دانش‌آموزانی که تحت آموزش پذیرش و تعهد قرار گرفته بودند نسبت به گروه گواه، افزایش معناداری نشان می‌دهد؛ از این رو، این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد.^[37]

تاب‌آوری را می‌توان سازه‌ای روانشناختی دانست که توضیح می‌دهد افراد چگونه با موقعیت‌های دشوار کنار می‌آیند. در تبیین یافته اخیر این‌گونه می‌توان بیان نمود که افراد تاب‌آور نسبت به شرایط تنش‌زا نگرش متفاوتی دارند و تسلیم آن شده و حالت انفعالی نمی‌گیرند بلکه به‌طور مؤثری با شرایط مقابله نموده و با آن مواجهه می‌شوند، نه اینکه از آن اجتناب کنند.^[27] این امر نیازمند آن است که برای شناخت شرایط محیطی تلاش کنند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون اینکه قضاوتی داشته باشند. به‌کارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به علت سازوکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی‌شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی، اثربخشی را افزایش دهد و موجب افزایش تاب‌آوری گردد. در واقع از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانایی دانش‌آموزان دچار بیش‌فعالی/نقص توجه در پاسخ‌های سازگارانه و تاب‌آور به رویدادهای زندگی و تحصیلی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده را که منجر به انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و عدم تاب‌آوری آنها در برخورد با مشکلات اختلال خود است، افزایش می‌دهد. در متغیر افسردگی، یافته‌ها نشان داد بین دو گروه تفاوت وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به لحاظ اثربخشی بر کاهش میزان افسردگی دانش‌آموزان موثر بوده است. این یافته‌ها در زمینه اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد با پژوهش‌های پیشین همسو بود.^[38-39]

افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به دلیل رودررویی مکرر با مسائل افسرده‌وار، کم‌کم به سوی درماندگی پیش می‌روند. سازمان فکر فرد افسرده را افکار منفی و نامعقول او درباره خود، تجربیات حال و آینده تشکیل می‌دهد. نشانگان بیش‌فعالی ممکن است به نمرات ضعیف در مدرسه و کاهش حمایت اجتماعی منجر شود؛ بنابراین احتمال ابتلا به افسردگی افزایش می‌یابد.^[40]

احتمالاً می‌توان اثربخشی پذیرش و تعهد را به مهارت ذهن‌آگاهی که به مراجع آموزش داده می‌شود، مربوط دانست. مثلاً گسترش ذهن‌آگاهی می‌تواند به نوعی به انعطاف‌پذیری توجه منتهی شود که ممکن است منابع شناختی فرد را از شر نشخوار فکری رها کند و با کاهش نشخوار فکری، افسردگی را کاهش دهد. در حقیقت تکنیک‌های پذیرش و تمایل مانند تکنیک استعاره شن‌زار، تمرین حمل کردن افسردگی، تمرین جسمانی‌سازی و

پذیرش و تعهد در اغلب موارد نشانگر کاهش تعلل‌ورزی تحصیلی بوده است. به‌طور مثال، دو مطالعه^[33-34] اقدام به بررسی اثربخشی پذیرش و تعهد بر تعلل‌ورزی تحصیلی کرده‌اند؛ در مطالعه اول تاثیر روش مداخله‌ای پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی در کاهش تعلل‌ورزی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد در کوتاه‌مدت هر دو روش درمانی اثربخش است، اما در بلندمدت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بیشتر است. در مطالعه دوم نیز رابطه منفی تعهد به یادگیری و تعلل‌ورزی مورد تایید قرار گرفت. مطالعه‌ای که توسط سنت و بوئس^[18] انجام شد، اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بر تعلل‌ورزی را در بین دانشجویان مورد بررسی قرار داده است. یافته‌ها نشان داده است که این درمان به‌صورت معناداری تعلل‌ورزی دانشجویان را کاهش می‌دهد.

یافته‌های اخیر احتمالاً این‌گونه قابل توضیح باشد که در جلسات آموزش پذیرش-تعهد معمولاً سعی می‌شود به دانش‌آموزی که مشکل تعلل‌ورزی تحصیلی دارد، کمک شود تا هرگونه عملی که جهت کنترل تجارب ذهنی ناخواسته‌اش بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموز می‌شود، شناسایی و این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به‌طور کامل بپذیرد. دانش‌آموز از تمامی حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و این خود باعث می‌شود تا از تجارب ذهنی جدا شود، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ بنابراین دانش‌آموز یاد می‌گیرد که چگونه تجارب ذهنی‌اش را در مورد تعلل‌ورزی تحصیلی کنترل کند. به دیگر سخن افراد پس از شرکت در جلسات درمان پذیرش و تعهد به جای تلاش یا کنترل و یا اجتناب از احساس‌ها و هیجان‌های منفی که قبلاً منجر به تاخیر انداختن فعالیت‌های تحصیلی می‌شد، همراه با گشودگی و پذیرش با این هیجان‌ها و احساس‌ها تعامل می‌کند. در کنار این کاهش چسبندگی به افکار منفی یا کمال‌گرایانه، به‌واسطه تکنیک‌های فرآیند گسلش از افکار، این مداخله منجر به کاهش تاثیر این افکار گردیده؛ بنابراین استفاده از شیوه‌های اجتنابی و تعلل‌ورزی کاهش یافته و شخص تمرکز بهتری بر فعالیت‌های هدفمند و موثر در بلندمدت می‌نماید. از چنین زاویه‌ای، هسته اصلی اکثر مشکلات و اختلالات روانشناختی هیجان‌ها، احساسات و افکار منفی و تلاش برای اجتناب از آنها است که به‌عنوان مولفه‌ای ابعادی در مدل آسیب‌شناسی این رویکرد معرفی شده است^[18] که درمان نیز تمرکز زیادی بر کاهش این مولفه‌ها و فرآیندهای آسیب‌شناسی دارد. چنین تبیینی همسو با نظرات اکرت، ابرت، لهر، سیلند و برکینگ است که معتقد هستند که چنانچه هیجان‌های آزارنده زمینه و پیشایندهای اصلی تعلل‌ورزی باشند، می‌توان فرض کرد که توانایی مقابله سازگارانه با حالات هیجانی منفی منجر به کاهش تعلل‌ورزی گردد.^[36]

این است که آموزش پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری در بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر از رساله دکتری خانم سمیه پیری استخراج گردیده است که جا دارد از اساتید عزیز جناب آقای دکتر حسینی‌نسب و سرکار خانم دکتر شعله لیوارجانی که در این مسیر دشوار همواره از حمایت‌شان بهرمند بوده‌ام، کمال تشکر را نمایم.

تمرین نشستن با احساسات با کاهش درد کثیف و افزایش انعطاف‌پذیری فرد سبب کاهش نشانه‌های افسردگی فرد می‌شود.

نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت که آموزش پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر کاهش تعلل‌ورزی تحصیلی دانش‌آموزان داشته است. یافته‌ها نشانگر این است که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی موثر است. همچنین یافته‌ها نشانگر

منابع

1. Biederman, J. & Faraone, S. V. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biel psychiatry*, 1, 48(1), 9-20.
2. Jennifer L, Vande V, Jian Ping H, Nicole D, Jameson KR. 2014. Impact of the DSM-5 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Age of Onset Criterion in the U.S. Adolescent Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.; 53 (7): 736- 744.
3. Willcutt, E. (2012) The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-499.
4. Brook, U., & Boaz, M. (2005). Attention deficit and learning disabilities (ADHD/LD) among high school pupils in Holon (Israel). *Patient Education and Counseling*, 58(2), 164-167.
5. Aman GM, Armstrong S, Buican B, Sillick T. Four-year follow up of children with low intelligence and ADHD: a replication. *Research in developmental disabilities*. 2002; 23(2):110-134.
6. Retz W, Freitag CM, Retz-Junginger P, Wenzler D, Schneider M, Kissling C, Thome J, & Rosler M. A functional serotonin transporter promoter gene polymorphism increase ADHD symptom in delinquents: Interaction with diverse childhood environment. *Psychiatry Research*. 2008; 185 (2):123-131.
7. Lahey BB, Pelham WE, Stein MA, Loney J, Trapani C, Nugent K, et al. Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37 (7):695-702.
8. Alizadeh, mohammad. Attention deficit hyperactivity disorder. *Tehran. Roshd*. 2005.
9. DuPaul, G., & Power, T. J. (2008). Improving school outcomes for students with ADHD: Using the right strategies in the context of the right relationships.
10. Harvey, J., & Delfabbro, P. H. (2004). Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39(1), 3-13.
11. Garmezy N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. *American Behavioral Scientist*. 2004; 34(5):416-430.
12. Ensberger W. Embarrassment in diagnostic process. *Mental Retarded*. 2010; 3(2):29-31.
13. Cabrera N, Padilla AM, Entering and succeeding in the "culture of college. *Journal of Behavioral Sciences*. 2004; 26(2):152-175.
14. Schouwenburg, H. C., & Groenewoud, J. (2001). Study motivation under social temptation; effects of trait procrastination. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 229-240.
15. Schraw, G., Wadkins, T., & Olafson, L. (2007). Doing the things we do: grounded theory of academic procrastination. *Journal of Educational psychology*, 99(1), 12.
16. Niermann, H., C. M., & Scheres, A. (2014). the relation between procrastination and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in undergraduate students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (4), 411-421.
17. Langberg, J. M., Epstein, J. N., & Graham, A. J. (2008). Organizational-skills interventions in the treatment of ADHD. *Expert review of neurotherapeutics*, 8(10), 1549-1561.
18. Scent, C. L., & Boes, S. R. (2014). Acceptance and commitment training: a brief intervention to reduce procrastination among college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 28(2), 144-156.
19. Mick E, Biederman J, Santangelo S, Wypij D. The influence of gender in the familial association between ADHD and major depression. *J Nerv Ment Dis*. 2003; 191(11):699-705.
20. Knouse, L. E., & Safren, S. A. (2010). Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 497-509.
21. Kohtala, A., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2017). What happens after five years?: The long-term effects of a four-session Acceptance and Commitment Therapy delivered by student therapists for depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 230-238.

22. Petts, R. A., Duenas, J. A., & Gaynor, S. T. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2).
23. Schachter HM, Pham B, King J, Langford S, & Moher D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2001; 165:1475-1488.
24. Dallnic A, Smith SW, Brank EM, & Penfield RD. Classroom-based cognitive-behavioral intervention to prevent aggression: Efficiency and social validity. *Journal of School Psychology*. 2006; 44:123-139.
25. Hayes, S. C., Louma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44: 1-25.
26. Jowkar, B. Delavarpour, M. Relationship between academic procrastination and goals of progress. *The Journal of New Thoughts on Education*, 2007; 3(3): 61-80. doi: 10.22051/jontoe.2007.312
27. Connor KM, Davidson JR(2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. Sep;18(2):76-82.
28. Syamak samani, Bahram Jokar, Narges Sahragrad,(2007). Effects of Resilience on mental health and life satisfaction, Iranian psychiatry and clinical psychology, 13(3), 290.
29. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
30. Hassani F, Emamipour S, Mirzaei H.(2018). Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Quality of Life and Resilience of Women With Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*. Aug 1:111-7.
31. Harris R. *ACT with love*, Oakland: New Horbinger publication, 2009.
32. Hayes SC, Strosahl KD, & Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: the process and practice of mindful change* (2 edition). New York: The Guilford Press, 2012.
33. Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., & Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.
34. Chen, B. B., & Han, W. (2017). Ecological assets and academic procrastination among adolescents: the mediating role of commitment to learning. *Frontiers in psychology*, 8, 1971.
35. Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (2003). Mindfulness: method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-5.
36. Eckert, M., Ebert, D. D., Lehr, D., Sieland, B., & Berking, M. (2016). Overcome procrastination: enhancing emotion regulation skills reduce procrastination. *Learning and Individual Differences*, 52, 10-18.
37. Udell, C. J., Ruddy, J. L., & Procento, P. M. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing resilience and reducing attrition of injured US Navy recruits. *Military medicine*, 183(9-10), e603-e611.
38. Petts, R. A., Duenas, J. A., & Gaynor, S. T. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2).
39. Kohtala, A., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2017). What happens after five years?: The long-term effects of a four-session Acceptance and Commitment Therapy delivered by student therapists for depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 230-238.
40. Simoni, Z. R. (2016). Do social skills mediate the relationship between /and depression. *Sociological Spectrum*, 36(2), 109-22.