خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۲۲-۱۱

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.1.0

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روانی و نشخوارفکری مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی

اعظم شاه محمدی قهساره[۱]، زهرا مسیبی*[۲]

چکیده

مقدمه: درمان پذیرش و تعهد، یکی از درمانهای رفتاری نسل سوم در زمینه سلامت روانی است. هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روانی و نشخوار فکری مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی بود.

روش پژوهش: روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری ۱ ماهه بود. جامعه آماری شامل همه مادران با فرزندان دارای نیازهای خاص در شهر همدان بودند که از این تعداد، ۱۴ شرکت کننده بصورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی به ۲ گروه مداخله و گواه تقسیم شدند. ارزیابی روانی شامل مصاحبه با روانشناس بالینی و تکمیل پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک و مقیاس پاسخ نشخوارگونه بود. شاخص‌های اضطراب و افسردگی و نشخوار فکری در سه مقطع قبل از جلسات مداخله، بعد از مداخله و پیگیری ۱ ماهه بعد از پایان جلسات گرداوری شدند. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که شاخص‌های اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری پس از مداخله به شیوه‌ی پذیرش و تعهد و در دوره پیگیری به طور معناداری کاهش یافتند. بنابراین درمان پذیرش و تعهد بر درمان اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری مادران کودکان مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی موثر بوده است. به علاوه اثرات درمان پذیرش و تعهد با توجه به دوره پیگیری در همه شاخص های اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری پایدارتر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخلات در سلامت روانی و نشخوار فکری مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی موثر و ارائه افق جدید در مداخلات بالینی تاکید دارد.

واژگان کلیدی: اضطراب؛ افسردگی؛ پذیرش و تعهد؛ سلامت روانی؛ نشخوارفکری؛ نیازهای ویژه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۲ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۱۰/۹**

استناد: شاه محمدی قهساره ا، مسیبی ز. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روانی و نشخوارفکری مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۲): ۲۲-۱۱

[۱] – دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی ، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی ، واحد اصفهان (خوراسگان) ، دانشگاه آزاد اسلامی ، اصفهان، ایران

[۲] – (نویسنده مسئول) دکتری مدیریت آموزشی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

با وجود اینکه داشتن فرزند به مادر احساس لذت، غرور و رشد شخصی می‌بخشد امّا چالش‌هایی را نیز به وجود می‌آورد (۱). بطوری که این والدین نسبت به افرادی که فرزند ندارند از سطح بیشتری از اضطراب و افسردگی برخوردارند (۲). 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 استرس‌های زیادی را تحمل کرده‌اند (۳). علاوه بر این، مادران کودکان با نیازهای ویژه استرس زیادتری را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند (۴) و افزایش میزان استرس فرزندپروری بر توانایی والدین در مراقبت از کودکان تأثیر می‌گذارد که با پیامدهای منفی برای کودک همراه است (۵). اختلالات خلقی گروهی از اختلالات بالینی هستند که مشخصه آنها این است که احساس تسلط از بین رفته و فرد رنج و عذابی عظیم می‌کشد (۶) و بر روی پیوستاری است که شامل نوسانات بهنجار خلق است (۷). سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که اختلالات خلقی در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار می‌گیرند و حدود ۲۵ درصد مراجعین به مراکز بهداشتی در جهان را به خود اختصاص می‌دهند (۸).

اختلالات اضطرابی، از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی هستند (۹). بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود۱۰۰ میلیون اروپایی (۸) و ۱۹میلیون آمریکایی از این اختلال رنج می‌برند و میزان شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان است (۱۰). وجود کودک بانیازهای ویژه باعث ایجاد اضطراب به ویژه مادر شده و والدین کودکان مبتلا به ناتوانایی‌های رشدی، استرس زیادی را متحمل می شوند (۱۱). اختلالات فرزندان، حس بی‌ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را تجربه می‌کنند (۱۲). مادران کودکان دارای مشکل نسبت به پدران اضطراب و استرس بیشتری را گزارش کرده‌اند، دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده وتحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرند (۱۳).

افسردگی غالباً از وضعیّتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می افتد و شخص ناگزیر میگردد که از افرادی مهمّ یا از مسائلی مهمّ و مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و کاشانه صرف‌نظر کند (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده است که بین وقوع استرس‌های منفی و شروع افسردگی رابطه مثبتی وجود دارد و حدود۲۰ تا ۵۰ درصد افرادی که استرس‌های شدیدی تجربه میکنند دچار افسردگی می‌شوند (۱۵).

با توجه به مطالب بالا، اختلال افسردگی یکی از انواع اختلالات هیجانی است که نشخوار فکری از علائم تشخیصی این بیماری است (۱۶) در سالهای اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی، مورد توجه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است. یکی از انواع افکار ناخواسته در اختلالات هیجانی نشخوار فکری است. دیدگاه فراشناختی اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را یکی از مؤلفه های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند (۱۷).

نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود. این افکار منفعلانه بوده، جنبه‌ی تکراری دارند و بر علایم و نتایج علایم متمرکزند و مانع حل مسأله سازگارانه شده، به افزایش افکار منفی منتهی میشوند (۱۸). گرچه سرکوبی فکر یک شیو ه‌ی معمول در اختلال افسردگی است، برخی از افراد افسرده هستند که از روی تعه ، افکار منفی را نشخوار می‌کنند. این افراد معمولاً معتقدند که نشخوار فکری درباره افکار منفی و احساسات منفی می تواند به آنها بصیرت بدهد و حل مسأله را تسهیل کند، در صورتی که نشخوار فکری خلق را بدتر کرده، باعث نوسان فرد بین سرکوبی فکر و نشخوار فکری می شود (۱۹).

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۲۲-۱۱

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.1.0

برای درمان اختلالات خلقی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است که به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناختارها و هیجانات، کارکرد آنها را هدف قرار می‌دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آشکارا این رویکرد (تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل ، محتوا یا فراوانی آنها) را می‌پذیرد و ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهار چوب رابطه های ذهنی خوانده می‌شود و شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از : پذیرش ، گسلش خود به عنوان، زمینه، ارتباط با زمان حال ، ارزشها و عمل متعهد (۲۰).

یکی از فرایندهای کلیدی این درمان، گسلش شناختی است که عبارت است از تنظیم زمینه‌های کلامی، به طوری که اعتقادپذیری به افکار فرد کاهش یابد و گرایش به پاسخ دادن به آنها نیز کم شود در حالی که کاهش فراوانی یا تغییر شکل شان لازم نیست. مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش معنیداری در تمایل به مشارکت در فعالیتهای دشوار در عین تجربه هیجانات دشوار را نشان داده اند (۲۱). فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد میآموزند چگونه دست از باز داری فکر بردارند ، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث میشوند فرد هیجانات نا مطبوع را بیشتر تحمل کند (۲۲).

از آنجا که، در زمینه کیفیت زندگی این گروه از مادران تا به حال در ایران هیچ گونه تحقیقی صورت نگرفته است، چنین پژوهشی برای تعیین میزان آسیب‌ها و حیطه‌های آسیب دیده احتمالی لازم به نظر می رسد تا با توجه به اطلاعات به دست آمده بتوان برنامه‌ریزی مناسبی برای این گروه از افراد به عمل آورد هدف اساسی این پژوهش بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روانی و نشخوار فکری مادران مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی بود.

روش پژوهش:

روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری ۱ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مادران با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی در شهر همدان بودند که در مراکز بهزیستی پذیرش شدند. گروه نمونه به صورت در دسترس از میان جامعه آماری انتخاب شدند. با توجه به مشکلات مرتبط با ریزش مراجعان و عدم همکاری مستمر آنان، در نهایت یک گروه نمونه ۱۶ نفره انتخاب شدند و به طور تصادفی به ۲ گروه مداخله و گواه تقسیم شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- دارا بودن ملاک های تشخیصی اختلالات درمان نشدنی در فرزندان؛ ۲- حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۳- دامنه سنی۲۵-۳۷ سال؛ ۴- عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با هدف درمان اختلال اضطراب، افسردگی.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود، که ابتدا از آزمودنی واجد شرایط، مصاحبه اولیه ای به عمل آمد. پس از توضیح دادن هدف و ضرورت پژوهش و کسب رضایت ضمنی مراجعان، معیارهای شرکت در مطالعه، بررسی شدند. زمانی که تعداد آزمودنی‌ها به حد نصاب برای انجام مطالعه رسیدند، افراد باقیمانده به صورت تصادفی به دو گروه ۷ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای قرار گرفتند. گروه گواه هیچ گونه درمانی دریافت نکردند. پیش آزمونها پیش از انجام مداخله برای دو گروه اجرا شد و یک هفته پس از پایان جلسات، پس آزمون نیز به اجرا درآمد. در نهایت پس از طی یک دوره پیگیری ۱ ماهه، مجددا آزمون‌ها بر روی دو گروه اجرا شد.

داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت جمع آوری داده‌ها از این ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه افسردگی بک (ویراست دوم): از جمله مناسبترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری میکند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین میکند (۲۳). این پرسشنامه بیشتر به سنجش ویژگیهای روانشناختی افسردگی می‌پردازد، تا ناراحتی های جسمانی و فیزیولوژیک و با پرسشنامه همیلتن ۷۵٪ همبستگی دارد. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در ۳ گروه نشانه های عاطفی، نشانه های شناختی و نشانه های جسمانی طبقه بندی میشوند. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آنست که ضریب همسانی درونی آن بین ۷۳٪ تا ۹۳٪ با میانگین ۸۶٪ است و ضریب آلفا برای گروه بیمار ٪۸۶ و غیربیمار ۸۱٪ گزارش کرده اند. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگس بک ویرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۷۸٪ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۷۳٪ بود (۲۴).

پرسشنامه‌ی اضطراب بک : آزمون اضطراب بک در سال ۱۹۸۸ساخته شده است. این آزمون شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب است .آزمودنی میبایست به این آیتمها پاسخ دهد . شدید، متوسط، خفیف، هرگز به صورت که این گزینه‌ها به ترتیب ۰ ۱ ۲ ۳ نمره گذاری میشوند. در این آزمون، نمره ی صفر تا ۲۳ نشانه‌ی اضطراب خفیف، نمره ی ٢٤ تا ۲۸ نشانه‌ی اضطراب متوسط، نمره‌ی بالاتر از ۲۹ نشانه‌ی اضطراب مرضی است. آزمون اضطراب بک در ایران توسط لطفیان به فارسی برگردانده شده است. ضریب همبستگی این آزمون با مؤلفه های فیزیولوژیکی ۰/۸۹ بدست آمده است (۲۵).

مقیاس پاسخ نشخوارگونه: این مقیاس توسط نولن-هوکسیما و مورو تدوین شده است که مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است و ماده های آن روی یک مقیاس ۴ درجه ای از ۱ تا ۴ نمره گذاری میشود و دامنه ای بین ۲۲ تا ۸۸ را دربرمی‌گیرد (۲۶). این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه ای از ۸۸٪ تا ۹۲٪ دارد که نشاندهنده همسانی درونی بالای آن است (۲۷) همبستگی درون طبقه ای برای پنج بار اندازه گیری ۷۵٪ و همبستگی بازازمایی برای مدت بیش از ۱۲ ماه، ۶۷٪ گزارش شده است (۲۸). آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۹۰٪ (۲۹) و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته ۸۳٪ گزارش شده است (۳۰).

یافته‌ها:

در مجموع ۱۴ آزمودنی مورد بررسی قرار گرفتند که مشخصات آن‌ها از نظر تحصیلات، دامنه‌ی سنی، وضعیت شغلی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به داده‌های مورد بررسی مشاهده شد که در هردو گروه مورد مطالعه از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی در مقطع فوق لیسانس و کمترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط مقطع فوق دیپلم و در گروه گواه مربوط به مقطع دیپلم است، میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۵-۳۷ سال بود که در گروه آزمایش میانگین ۲/۵۲ ± ۲۷/۷۲ سال و در گروه کنترل ۲/۹۱ ± ۲۹/۰۹ سال بود. و از نظر وضعیت شغلی در هردو گروه بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار بود. در این پژوهش از روشهای آمار توصیفی شامل آزمون فراوانی میانگین و انحراف معیارمولفه‌های اضطراب، افسردگی و نشخوارفکری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد(جدول ۱).

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۲۲-۱۱

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.1.0

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مولفه اضطراب، افسردگی و نشخوارفکری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

	گروه آزمایش						گروه کنترل					
	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۶/۸۶	۵/۹۸	۷/۶۹	۴/۳۷	۷/۷۲	۴/۹۵	۱/۷۹۵	۳/۸۳	۱/۹۳۴	۳/۰۵	۱/۰۳۵	۳/۴۱
اضطراب	۲۱/۲۶	۶/۷۴	۱۳/۳۷	۵/۸۲	۱/۶۳۳	۵/۹۳	۲/۷۴۰	۴/۸۴	۲/۲۶۰	۴/۱۷	۲/۸۱۱	۳/۸۵
نشخوارفکری	۶۳/۳۷	۵/۴۹	۵۱/۷۳	۶/۱۸	۵/۲۶۰	۶/۰۲	۶/۹۴۲	۵/۲۳	۶/۷۳۱	۵/۹۵	۶/۹۵۰	۶/۳۷

اطلاعات جدول ۲ نشان می دهد که اضطراب، افسردگی و نشخوارفکری در افراد گروه آزمایش بعد از مداخله و آموزش رویکرد پذیرش و تعهد درمانی کاهش داشته است و در یک ماه پس از درمان، در مرحله‌ی پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییرات نسبتاً ثابت مانده است. ولی این شرایط برای گروه گواه تقریبا یکسان بوده و تغییری رخ نداده است. در هر حال استنتاج تفاوتهای معنیدار در این متغیرها مستلزم بکارگیری آزمونهای مناسبی است.

بنابراین جهت بررسی استنباطی داده ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. بررسی پیش فرضهای تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای متغیرهای اضطراب، افسردگی و نشخوارفکری تحقق یافته و پیش‌فرض تناسب کواریانس‌ها مراحل مختلف سنجش با ماتریس واحد برای متغیرها تحقق نیافته است .با این حال به دلیل تساوی تعداد دو گروه رعایت کامل پیش فرض ها ضروری نمی باشد و لذا استفاده از تحلیل واریانس آمیخته امکان پذیر است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله ی پژوهش بر نمرات اضطراب، افسردگی و نشخوارفکری در سه مجموع سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات اضطراب در سه مرحله‌ی پیش آزمون،پس آزمون و پیگیری

شاخص ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون	۸۹/۰۴	۲	۴۴/۵۲	۱۳/۷۱	۰/۰۰	۵۱	۰/۹۷
گروه× آزمون	۶۲/۳۷	۲	۳۱/۱۸۵	۸/۲۷	۰/۰۰	۳۷	۰/۹۰
خطا	۹۴/۹۴	۱۸	۵/۲۸				

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه میشود، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در مجموع سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر اضطراب معنادار میباشد. بنابراین با توجه به نتایج جدول ۱ میتوان گفت که مداخله‌ی پژوهش منجر به کاهش معنادار اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات افسردگی در مجموع سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات افسردگی در سه مرحله‌ی پیش آزمون،پس آزمون و پیگیری

شاخص ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون	۱۱۷/۸۵	۲	۵۸/۹۳	۳۵/۱۰	۰/۰۰	۰/۷۶	۰/۹۴
گروه× آزمون	۹۶/۳۸	۲	۴۸/۱۹	۲۹/۵۷	۰/۰۰	۰/۷۰	۰/۸۵
خطا	۴۱/۷۱	۱۸	۲/۳۲				

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه میشود، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در مجموع سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر اضطراب معنادار میباشد. بنابراین با توجه به نتایج جدول ۱ میتوان گفت که مداخله‌ی پژوهش منجر به کاهش معنادار اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات نشخوارفکری در مجموع سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات نشخوارفکری در سه مرحله‌ی پیش آزمون،پس آزمون و پیگیری

شاخص ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون	۱۲۷/۹۷	۲	۶۳/۹۶	۳۸/۹۵	۰/۰۰	۰/۸۳	۰/۹۹
گروه× آزمون	۱۰۱/۴۷	۲	۵۰/۷۴	۳۰/۱۶	۰/۰۰	۰/۷۹	۰/۹۵
خطا	۸۳/۷۳	۱۸	۴/۶۶				

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه میشود، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در مجموع سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر اضطراب معنادار میباشد. بنابراین با توجه به نتایج جدول ۱ میتوان گفت که مداخله‌ی پژوهش منجر به کاهش معنادار اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۲۲-۱۱

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.1.0

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌ها حاکی از آن است که در انتهای درمان، نمرات افسردگی، اضطراب و اجتناب گروه مداخله نسبت به‌گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است. این نتیجه نشانگر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر درمان اضطراب، افسردگی و نشخوارفکری مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی است.

با نگاهی به پژوهش های گذشته در دو دهه‌ی اخیر، در میان درمان های جدید اختلال اضطراب فراگیر، درمان پذیرش و تعهد بیش از همه با ویژگیهای اضطرابی اختلال اضطراب فراگیر هماهنگ است. همچنین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انواع مشکلات بهداشت روان و برخی بیماریهای مزمن از جمله، افسردگی، روانپریشی، سوءمصرف و وابستگی مواد، اضطراب اجتماعی، فرسودگی و درد مزمن مشاهده شده است. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارتهای ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده میکند. در درمان پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکانپذیراست، بخواهند به شیوهای عمل نمایند که منطبق با ارزشهای انتخاب شده‌شان باشد (۳۱).

نتایج حاصل مؤید نتایج به دست آمده در پژوهش اسماعیل پناه املشی و همکاران در مورد تأثیر پذیرش و تعهد بر کاهش وسواس، افسردگی و اضطراب است. در این پژوهش کاهش چشمگیری در فراوانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواسی، میزان اعتقاد به افکار وسواسی،پریشان‌زایی و لزوم پاسخ دهی به آنها و نیز کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در سنجش پس از درمان پذیرش و تعهد دیده شد که این کاهش تا یک ماه پس از درمان نیز تداوم داشت (۳۲).

در پژوهش دیگری که با استفاده از دو درمان شناختی‌رفتاری سنتی و درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران سرطانی مرحله پایانی انجام پذیرفت، بیماران طی جلسه درمان پذیرش و تعهد، به طور معناداری کاهش بیشتری را در افسردگی، ناراحتی و نگرانی نسبت به بیماران درمان شناختی-رفتاری سنتی نشان دادند (۳۳).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در این درمان تمرینهای بررسی دنیای درون و بیرون در درمان، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد، تغییر و تفهیم موضوع کنترل مسأله، معرفی جایگزینی برای کنترل، شناسایی ارزشهای افراد، تصریح ارزشها، تصریح اهداف، تصریح اعمال و تصریح موانع، بررسی ارزشهای هر فرد، تعمیق مفاهیم قبلی، تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش، تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده، آموزش چگونگی گسلش از آن، بهوشیاری و تأکید برای در زمان حال بودن و بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها همگی منجر به کاهش شدت اضطراب، افسردگی و نشخوارفکری مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی شد.

در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهندهشان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلیشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادربه جداکردن خود از واکنش ها،خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع هدف افزایش انعطاف روانشناختی این افراد بود. این رویکرد همانطور که نتایج آماری نشانداد منجر به کاهش معنیداری در افسردگی و اضطراب و نشخوار فکری شد. در واقع فرایندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازداری

فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر راتقویت نمایند، رویدادهای درونی رابه جای کنترل بپذیرند، ارزشهایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد میگیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله بهوشیاری بیشتر پرداخته و آنها را درجهت فعالیتهای هدف‌محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش میکند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته میشود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند (۵۱).

با استفاده از این درمان، به خوبی میتوان مشکلات روانشناختی مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی، از جمله افسردگی و اضطراب آنها را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه ای دراین افراد نیز شد، که نهایتاً نتایجی، از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط بیماری، روابط بهتر با اطرافیان و کاهش مشکلات مربوط به افسردگی واضطراب از جمله خودکشی، کندی روانی حرکتی را در بر خواهد داشت.

محدودیت های پژوهش:

از محدودیتهای این پژوهش، فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان، عدم بررسی پدران کودکان با نیازهای ویژه، عدم بررسی خانواده این افراد، کوچک بودن نمونه‌ی مورد بررسی و در نظر نگرفتن دیگر مشکلات و بحران‌های زندگی این خانواده‌ها بود.

کاربرد پژوهش:

پیشنهاد میشود پژوهش مورد نظر روی گروههای بزرگتر وگروه پدران مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. همچنین بهتر است این روش با روش های دیگر درمانی مقایسه شود و در دوره پیگیری طولانی تری تداوم اثر درمانی آن بررسی شود. ضمناً پیشنهاد میشود این درمان به صورت فردی و همچنین در ودکان با نیازهای ویژه، بیشتری انجام شود؛ چرا که این مسأله یکی دیگر از محدودیتهای این پژوهش بود؛ چرا که با در نظر گرفتن این نکته امکان حضور آزمودنی ها در جلسات درمانی نبود. با توجه به اثربخش‌بودن این درمان بر اضطراب و افسردگی مادران کودکان با فرزندان دارای اختلالات عصبی رشدی بود که بر اهمیت کاربرد این روش درمانی، در مورد افرادی با سایر بیماری های خاص نیز تأکید میشود.

سپاسگذاری

نویسندگان مقاله وظیفه خود میدانند که از تمامی همکاران و شرکتکنندگان که ما را در انجام پژوهش یاری کردند سپاس و قدردانی کنند.

منابع:

1. Knopf A. Autism prevalence increases from 1 in 60 to 1 in 54: CDC. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter. 2020 Jun;36(6):4. doi.org/10.1002/cbl.30470.
2. Hahs AD, Dixon MR, Paliliunas D. Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019 Apr 1; 12:154-9. doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.00
3. Schnabel A, Youssef GJ, Hallford DJ, Hartley EJ, McGillivray JA, Stewart M, Forbes D, Austin DW. Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. Autism. 2020 Jan;24(1):26-40

4- Papadopoulos D. Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. Brain Sciences. 2021 Mar;11(3):309. DOI: 10.3390/brainsci11030309
5- Kolubinski DC, Marino C, Nikčević AV, Spada MM. A metacognitive model of self-esteem. Journal of Affective Disorders. 2019 Sep 1; 256:42-53. DOI: 10.1016/j.jad.2019.05.050
6- Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry behavior and science ۱clinical psychiatry, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
7- Esmaeelpanah Amlashi Z, Hosseinkhanzadeh A A, Akbari B, Moghtader L. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Training with Acceptance and Commitment Therapy on the Self-esteem of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. J Child Ment Health 2022; 9 (2) :50-64, D.o.i: 10.52547/jcmh.9.2.5 [in Persian]
8- World Health Organization. Mental Health: Facing the challenges, Building solutions, WHO Pub; 2005.
9- Poostchi M, Sharifi-Daramadi P, Asgari M, Kazemi F. Effectiveness of Mother-Child Interaction Instructional Program based Secure Attachment Style on Attachment Components of Students with Anxiety Disorders. J Child Ment Health 2022; 9 (2) :250-260, D.o.i: 10.52547/jcmh.9.2.10 [in Persian]
10- Koochaki Z, Karimi S. Relationship Between Covid-19 Anxiety and Quality of Life with the Mediating Role of Sleep Quality in People with Diabetes. J Diabetes Nurs. 2021; 9 (3):1660-1673. http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-487-en.html [Persian]
11- Tabatabaee Farani S, Pishghadam R, Moghimi S. Introducing "Emotioncy" as an efficient way to reduce foreign language reading anxiety. Language and Translation Studies (JLTS). 2019; 52(2): 35-63. D.O.I: 20.1001.1.22285202.1398.52.2.2.7
12- Zaferani P, Ahangari S, Hadidi Tamjid N. The Relationships among Iranian EFL Learners' Perfectionism, Anxiety and English Language Achievement: The Contribution of L2 Selves. ZABANPAZHUHI (Journal of Language Research. 2021; 13(38): 157-183. https://doi.org/10.22051/jlr.2020.29758.1822
13- Elif G, & Yayli D. The L2 writing anxiety: the perceived sources and consequences. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2019; 45(45): 235-251. DOI:10.9779/PUJE.2018.231
14- Yarollahi NA, Rahimi M, Khabaz Shirazi A. Investigation the relationship of type D personality and it's sub-scales with depression in female students at Shahin shahr. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5(1):18-28. DOI:10.29252/shenakht.5.1.18 [Persian].
15- Badeleh A, Toomaj A. Structural equations of relationships between learning disorder, emotional intelligence and depression in primary school students. J Child Ment Health. 2018; 4(4):59-70. URL: http://childmentalhealth.ir/article-1-247-en.html [Persian].

16- Albert PR. Why is depression more prevalent in women? Journal of psychiatry & neuroscience: JPN. 2015; 40(4):219-221. DOI:10.1503/jpn.150205
17- Chauhan S, Lal P, Nayak H. Prevalence of depression among school children aged 15 years and above in a public school in Noida, Uttar Pradesh. JAIR. 2014; 3(6):269-273.
18- Kazemi N, Hosseinian S, Rasolzadeh V. Effectiveness of mindfulness education on psychological hardiness and mental rumination in mothers of students with Learning Disabilities. Empowering Exceptional Children. 2019; 10(3): 7184. [Persian]. Doi:10.22034/ceciranj. 2020. 182834. 1189
19- Manigault AW, Zoccola PM. Rumination. In: Sweeny K, Robbins ML, Cohen LM, editor. The wiley encyclopedia of health psychology. John Wiley & Sons, Ltd; 2020: 557–567.
20- Hahs AD, Dixon MR, Paliliunas D. Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019 Apr 1; 12:154-9. doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.002.
21- Salimi M, Mahdavi A, Yeghaneh SS, Abedin M, Hajhosseini M. The Effectiveness of Group Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Cognitive Regulation Strategies in Mothers of Children with Autism Spectrum. Maedica (Bucur). 2019 Sep;14(3):240-246. doi:10.26574/maedica.2019.14.3.240
22- Corti C, Pergolizzi F, Vanzin L, Cargasacchi G, Villa L, Pozzi M, Molteni M. Acceptance and commitment therapy-oriented parent-training for parents of children with autism. Journal of Child and Family Studies. 2018 Sep;27(9):2887900. DOI:10.1007/s10826-018-1123-3
23- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: The psychological corporation; 2000.
24- Fathiashtiani A, Dadsetan M. Psychological Tests personality and Mental Health. Besat population; 2008. [Persian].
25- Lotfinia A. Comparsion of problem-solving method in depression student with rumination response and distraction. [Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. 2006: 530, [Persian].
26- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. J Personality Soc Psychol. 1991; 460(61): 115-121. DOI:10.1037/0022-3514.61.1.115
27- Luminet O. Measurement of depressive rumination and associated constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), Depressive rumination: Nature, theory and treatment. Chichester, UK: Wiley, 2004; 187-215. DOI:10.1002/9780470713853.ch10
28- Papageorigiou C, Wells A. Depressive rumination; nature, theory and treatment. New York: John Wiley & sons; 2004. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. J Personality Soc Psychol. 1999; (77): 1061-1072. DOI: 10.1037//0022-3514.77.5.1061

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۲۲-۱۱

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.1.0

29- Abolghasemi A, Narimani M, eds. [Psychological tests]. Ardebil: Baghe rezvan; 2006. [Persian].

30- Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dobson KS. Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparision of two conceptual frameworks. Iranian J psychiatry Clin psychol. 2005; 11 (3): 312- 326. URL: http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-62-en.html [Persian].

31- Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Ghasemi H, Mohammadi M, Shohaimi S. The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. BMC neurology. 2020; 20(1): 1-18. DOI: 10.1186/s12883-020-01883-1

32- Esmaeelpanah Amlashi Z, Hosseinkhanzadeh A A, Akbari B, Moghtader L. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Training with Acceptance and Commitment Therapy on the Self-esteem of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. J Child Ment Health 2022; 9 (2) :50-64. Doi: 10.52547/jcmh.9.2.5

33- Hayes L, Boyd CP, Sewell J. Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. Mindfulness. 2011; 2(2): 86-94. DOI:10.1007/s12671-011-0046-5