

مقاله اصلی

مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۱۵

خلاصه

مقدمه: اختلال نقص توجه/بیش فعالی بر فرد و جامعه تأثیرات نامطلوبی دارد و درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری نوید بخش درمان این نوع اختلال هستند. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی بود.

روش کار: تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که دارای پیش آزمون-پس آزمون به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد مرکزی شهر زنجان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر در هر گروه). افراد گروه DBT در ۱۲ جلسه و گروه ACT در جلسه مورد مداخله قرار گرفتند درحالی که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش مقیاس خود گزارشی اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالان (ASRS) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود که در مراحل پیش آزمون و پس آزمون اجرا شدند. برای تحلیل داده‌ها در سطح فراوانی از آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌ها در سطح استنباطی از آزمون‌های T، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و برای مقایسه‌ای اثر بخشی درمان‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. داده‌ها در SPSS25 تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد هر دو درمان ACT و DBT بر روی ADHD و کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل اثربخش‌تر بوده‌اند. در مرحله تعقیبی آزمون LSD نشان داد که DBT در کاهش علائم تکانشگری/بیش‌فعالی ($P < 0/002$) و نقص توجه ($P < 0/001$) اثر بخشی مطلوب‌تری نسبت به ACT دارد. همچنین در مقایسه این دو درمان بر کیفیت زندگی مشخص شد در مولفه‌های کیفیت زندگی کلی ($P < 0/008$)، سلامت روان ($P < 0/000$)، کیفیت زندگی جسمی ($p < 0/00$) و کیفیت زندگی محیطی ($p < 0/000$) ACT اثر بخشی مطلوب‌تری نسبت به DBT داشته است. درحالی که در خرده مقیاس کیفیت زندگی اجتماعی اثر بخشی یکسانی داشته‌اند.

نتیجه گیری: در مجموع نتایج این پژوهش حاکی از عملکرد بهتر DBT برای علائم ADHD و ACT بر کیفیت زندگی است، لذا در مراکز بالینی این درمان‌ها می‌تواند برای کنترل تکانشگری، نقص توجه و افزایش کیفیت زندگی به کار گرفته شوند.

کلمات کلیدی: ACT، DBT، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، کیفیت زندگی

محسن بیات^{۱*}

محمد نریمانی^۲

سجاد بشر پور^۳

محسن فکری شیران^۴

کیوان ثریا طائفه دلایلی^۵

فرداد دیدار طالش میکائیل اردبیل^۶

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم

تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۲استاد روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۳دانشیار روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۴کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

^۵دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده

علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۶دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم

انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

Email: ibrosle1372610@gmail.com

مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱ (ADHD) یک اختلال عصبی رشدی است که بر زندگی فرد مبتلاء و اطرافیان او تاثیر فزاینده می‌گذارد. ویژگی اصلی این اختلال در DSM-5 شامل الگوی مستمر نقص توجه و یا بیش‌فعالی تکانشگری است که با کارکرد و رشد فرد تداخل دارد (۱). اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به سه زیر گروه تقسیم می‌شود: نوع بیش‌فعال-تکانشگر، نقص توجه و مرکب. افراد مبتلا به نوع بیش‌فعال-تکانشگری دائماً در حال دویدن، وول خوردن، تکان دادن دست و پا هستند. آنها بدون فکر کردن ناگهان شروع به انجام دادن کاری می‌کنند، صبر و تحمل ندارند و حرف دیگران را قطع می‌کنند. افراد مبتلا به نوع نقص توجه به جزئیات کارها توجه نمی‌کنند، نمی‌توانند تمرکز کنند، از کارهای که نیاز به سازماندهی دارد اجتناب می‌کنند و اکثر اوقات اموال خود را گم می‌کنند. برای گذاشتن تشخیص، نشانه‌ها باید مزمن باشند، ۶ ماه دوام داشته باشند و قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشند (۲).

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌تواند پیامدهای زیان باری در زندگی اجتماعی، تحصیلی و فردی داشته باشد. حدود نیمی (۵۰٪) از این اختلال تا دوران جوانی و بزرگسالی باقی می‌ماند (۳) و با افزایش سن علائم بیش‌فعالی کم می‌شوند اما علائم نقص توجه همچنان باقی می‌ماند (۴). بزرگسالان مبتلا به این اختلال از کاهش بازدهی شغلی، مشکلات مالی، عزت نفس کم‌تر، مشکل در روابط بین فردی و افزایش میزان همبودی با سایر اختلالات روانپزشکی رنج می‌برند. همچنین این افراد اغلب عدم پیشرفت تحصیلی، مشکلات هیجان و تنظیم هیجان (۵) را نیز نشان می‌دهند که با توجه به سن افراد افزایش می‌یابند (۶). طبق تحقیقات انجام شده، دانشجویان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی میانگین معدل پایین‌تر و مشکلات تحصیلی بیشتری در مقایسه با سایر دانشجویان دارند، آن‌ها به احتمال کمتری نسبت به گروه گواه در تحصیل موفق‌تر می‌شوند. همچنین این دانشجویان میزان بالاتری از بی‌قراری درونی را

نسبت به سایر دانشجویان نشان می‌دهند و پریشانی روانی بیشتر و عزت نفس کمتری دارند (۷). ADHD یکی از شایع‌ترین اختلالات رایج در جوامع است (۱).

میزان شیوع اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بر حسب کشور، روش تحقیق، فرهنگ و جامعه متفاوت است (۸). مثلاً میزان شیوع این اختلال در سوئد ۵٪ (۹)، تونس ۹/۹۴٪ (۱۰) گزارش شده است. همچنین پژوهشی در شهر تبریز بر روی افراد ۱۸ تا ۴۵ ساله انجام شده نشان داد شیوع این اختلال در بزرگسالان ایرانی ۵/۵٪ است (۱۱). علائم و عوارض این اختلال بر کیفیت زندگی و روابط بین فردی افراد تاثیر نامطلوبی دارد (۳).

کاهش کیفیت زندگی^۲ ممکن است نتیجه بسیاری از بیماران اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی باشد (۱۲). در ۶۰٪ افراد بزرگسال مبتلا به این اختلال کیفیت زندگی به طور زیاد و معنی‌داری کاهش می‌یابد. نتایج نماینده ملی در آمریکا نشان می‌دهد که در ارتباط بین اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به این اختلال؛ سلامت و حمایت اجتماعی کاهش و استرس افزایش می‌یابد (۱۳).

مفهوم کیفیت زندگی شامل این موضوع است که اشخاص چگونه جنبه‌های مختلف زندگی خود را ارزیابی می‌کنند که این خود شامل نحوه واکنش عاطفی افراد به اتفاقات، احساس رضایت از زندگی، کار و رضایت از روابط بین فردی می‌باشد. کیفیت زندگی مفهومی بسیار گسترده و فعال است و تعاریف زیادی برای آن با توجه به فرهنگ، جامعه و بافتی که فرد در آن زندگی می‌کند، ارائه شده است. کیفیت زندگی از دید سازمان بهداشت جهانی شامل ادراک فرد از وضعیت خود در زندگی و در بافت فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند است که در ارتباط با هدف‌ها، انتظارات، ارتباطات و نیازمندی‌های فرد می‌باشد. در بیماری‌های وخیم و مزمن به خصوص به علت طول مدت و وخامت آنها ابعاد جسمی، اقتصادی، روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی دست‌خوش تغییرات زیادی می‌شود. در کل، شدت ناتوانی و محدودیتهای

² quality of life¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

اهداف و اعمال و (۶) آموزش استقامت رفتاری متعهدانه و فنون تغییر رفتاری مرتبط با انتخاب ارزش‌ها (۱۷).

علاوه بر ACT از سایر درمان‌های موج سوم که بر کاهش علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به ADHD تاثیر دارد رفتار درمانی دیالکتیک ۲ (DBT) هست. رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی-رفتاری است که در اوایل برای بهبود اختلال شخصیت مرزی ایجاد شد. این درمان، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی-رفتاری را که وابسته بر اصل تغییر و تحول است با آموزه‌ها و اصول فلسفه‌ی شرقی ذن که وابسته بر اصول پذیرش است، ترکیب کرده و بر این اساس چهار مؤلفه‌ای درمانی را در روش درمان گروهی خود ایجاد می‌کند: آگاهی فراگیر بنیادی، تحمل آشفتگی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش، تنظیم عاطفی، کارآمدی روابط بین فردی به عنوان عوامل تغییر. این درمان در شرایطی که اختلال شخصیت مرزی از طرف بسیاری از درمانگران به عنوان یک اختلال مقاوم به درمان شناخته شده بود، برای درمان این اختلال ابداع شد و اثربخشی خوبی را در این زمینه نشان داد و محور اصلی درمان این اختلال رفتار درمانی دیالکتیک است (۱۵).

تحقیقات نشان داده‌اند که درمان‌های نسل سوم رفتاری بر اختلال نقص توجه/بیش فعالی افراد مبتلا به این اختلال اثر بخش بوده است (۱۸). شواهد پژوهشی نشان داده که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و DBT بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی موثر است و همچنین تحقیقات دیگری نیز نشان داده‌اند که درمان‌های موج سوم مثل ACT و رفتار درمانی دیالکتیک می‌توانند بر کاهش تکانشگری موثر باشند (۱۹ و ۲۰).

در مجموع نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثر بخشی ACT و رفتار درمانی دیالکتیک بر علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی و بهبود بخشیدن کیفیت زندگی است (۱۹). آگاهی از این اختلال و آموزش این درمان‌ها می‌تواند از تکانشی عمل کردن جلوگیری کند و باعث افزایش کیفیت زندگی شود. همچنین وجود معضلات روان درمانی‌ها و پیشنهادات مطالعات قبلی به

جسمی، ذهنی و اجتماعی به علت بیماری‌ها می‌تواند بر روی انتظارات و توقعات افراد از سلامتی تأثیر بگذارد (۱۴). تحقیقات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی را می‌توان با مداخلات روانشناختی بهبود داد (۱۳).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند در حوزه اختلال نقص توجه/بیش فعالی به کار رود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱ (ACT) است که جزو درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری است. پژوهشی در ایران نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش بیش‌فعالی/تکانشگری نوجوانان مبتلاء به اختلال نقص توجه/بیش فعالی موثر بوده است (۱۵).

از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موانع و مشکلات اشخاص از نوع نگاه آن‌ها به درد و رنج روانی نشأت می‌گیرد و شخص با درگیری و احساس تشیی که با این مشکل‌ها دارد روز به روز توان و انرژی مورد نیاز برای مقابله را از دست می‌دهد. به طور کلی تلاش برای کنترل، اجتناب از درد و یا کوچک شمردن، اندوه و پریشانی شاید در زمان کوتاه از طریق اجتناب از موقعیت و تقویت منفی به آرامش موقت منتهی بشود، اما این تلاش‌ها و دور باطل تمام نشدنی می‌تواند دردناک و تخریب کننده باشد، زیرا نیازمند تلاش زیاد، صرف وقت زیادی است و می‌تواند بر تجربیات رنج آور افراد اضافه کند. تمرکز ACT تسهیل حرکت مراجع به سمت ارزش‌های بیشتر و زندگی کامل در متنی است که عواطف مسدود کننده پیشین، دیگر به عنوان مسدود کننده به کار نمی‌روند (۱۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت خاص، انعطاف پذیری روانشناختی را وسیله‌ای برای کمک به مراجعان در درک هزینه‌های عدم انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد پس این درمان شامل مراحل زیر است: (۱) خلق و ایجاد مهارت‌های پذیرش روانشناختی، (۲) ایجاد مهارت‌های گسلش شناختی، (۳) جدا کردن خود به مثابه بافت از خود مفهومی، (۴) رابطه با زمان حال و ایجاد مهارت‌های خود به مثابه فرآیند، (۵) تفاوت بین انتخاب و دلایل، شفاف سازی ارزش‌ها و جدا کردن آن‌ها از

² dialectical behavior therapy

¹ acceptance and commitment therapy

انجام بررسی بیشتر در این حوزه‌ها بر ضرورت این پژوهش می‌افزاید. از سویی دیگر، اکثر تحقیقات بر اثر بخشی این درمان‌ها بر کودکان و والدین متمرکز بوده‌اند و تحقیقی مبنی بر اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی بزرگسالان مبتلاء به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کل جهان در پیشینه مطالعات یافت نشد که این حلاء با مطالعه حاضر پر خواهد شد و نتایج این مطالعه به عنوان مقدمه‌ای برای تحقیقات بیشتر و همچنین طراحی مداخلات مناسب بر کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی چنین افرادی خواهد بود. همچنین تا اکنون تحقیقی به مقایسه اثر بخشی درمان‌های موج سوم بر ADHD بزرگسالان نپرداخته است، لذا هدف مطالعه حاضر مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان خواهد بود.

روش کار

طرح حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که دارای پیش‌آزمون- پس‌آزمون به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد مرکزی شهر زنجان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری تحقیق حاضر در دسترس بود. پژوهشگر به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان اقدام به غربالگری دانشجویان با پرسشنامه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نمود. پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک، مقطع تحصیلی، سن، سوالات اختلال مورد نظر و جنسیت بود. به منظور تعیین ملاک‌های ورود با تک تک افراد مصاحبه نمیه ساختار برای شناسایی اینکه آیا اختلال وجود دارد یا بر اثر سایر موارد ایجاد شده است انجام شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: کسب نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، سابقه دار بودن اختلال، پر کردن فرم رضایت آگاهانه، عدم دریافت خدمات روان‌درمانی خارج از طرح و عدم ایجاد علائم اختلال در اثر ماده یا بیماری دیگری. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: عدم رضایت آگاهانه و غیبت بیش از دو جلسه. نهایتاً ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس برای پژوهش انتخاب شدند. این تعداد به صورت تصادفی ساده در دو

گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر) و قبل از شروع درمان پرسشنامه کیفیت زندگی نیز توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. مرحله اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک دو ماه به طول انجامید که در درمان ACT در ۱۰ جلسه و دیالکتیک در ۱۲ جلسه‌ای ۱۲۰ دقیقه‌ای در مکان تعیین شده به صورت هفتگی انجام می‌شد (جدول ۱ و ۲) در حالیکه گروه کنترل خدماتی دریافت نکردند. پس از پایان مداخله، مجدداً پرسشنامه‌ها برای هر سه گروه اجرا گردیدند و به عنوان داده‌های پس‌آزمون در نظر گرفته شدند. برای مشاهده فروانی‌ها و درصد از آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌ها در سطح استنباطی از آزمون‌های T، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و برای مقایسه‌ای اثر بخشی درمان‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. داده‌ها در SPSS25 تحلیل شدند.

ابزارهای مورد استفاده: مقیاس خود گزارشی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان (ASRS): این مقیاس که در سال ۲۰۰۳ توسط سازمان بهداشت جهانی ایجاد شد و شامل ۱۸ گویه است. ۹ گویه اول نقص توجه و ۹ گویه دوم بیش‌فعالی- تکانشگری را می‌سنجند و در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هرگز (صفر) تا اغلب اوقات (۴) نمره گذاری می‌شوند. نمره کل بین ۰ تا ۱۶ عدم ابتلاء، ۱۷ تا ۲۳ در دامنه احتمال ابتلاء و نمرات ۲۴ و بالاتر مبتلاء بودن به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را نشان می‌دهد. بررسی‌های اعتبار یابی ASRS حاکی از اعتبار و پایایی بالای این مقیاس است و ضریب اعتبار درونی این مقیاس در مطالعات خارجی در دامنه ۰/۶۳ تا ۰/۷۲ و اعتبار آن به روش بازآزمایی (همبستگی پیرسون) در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۷۷ بر آورد شده است (۲۱). در هنجار یابی که بر روی نمونه‌ای ایرانی انجام شد روایی این مقیاس خوب و پایایی آن، به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۲).

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته شده است و دارای ۲۶ سوال است. دو عدد از سوالات این ابزار کیفیت زندگی آشکار و سلامت عمومی افراد را بررسی می‌کنند. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس است که

کیفیت زندگی مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط سازندگان آن برای خرده مقیاس‌ها ۰/۷۳ درصد و برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۹ درصد گزارش شده است. در ایران نیز پایایی آن به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۷۰ درصد گزارش شده است (۲۴). در مجموع نتایج حاکی از پایایی و رایی خوب این پرسشنامه است. محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ و رفتار درمانی دیالکتیک در جدول ۲ ارائه شده است.

چهار بُعد زندگی افراد را بررسی می‌کنند: ۱- ارزیابی سلامت جسمی (۷ سوال)، روابط اجتماعی (۳ سوال)، سلامت روانی (۶ سوال)، کیفیت زندگی سلامت عمومی کلی (۲ سوال) و محیط زندگی (۸ سوال). نمره هر مقیاس بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار می‌گیرد (۲۳). نمره هر فرد در این پرسشنامه بعد از حساب کردن نمره خام آن طبق راهنما بین ۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد. نمره ۵۶ به بالا برای ابعاد جسمی و محیط زندگی، نمره ۵۸ به بالاتر برای بُعد روانی و نمره ۵۹ به بالاتر برای بُعد جسمانی نشان از

جدول ۱- محتوای آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات آموزش	محتوای جلسات
اول	ارزیابی و مصاحبه با دانشجویان و و اجرای پرسشنامه‌ها، قوانین درمان، اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
دوم	آشنایی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تاثیر آن در توجه و تمرکز
سوم	آموزش کاهش کنترل مفرط زندگی و نومی‌سازی (شامل تمرین‌ها و استعاره‌های، قنات، چالش دلایل مراجعه به درمان، غذا دادن به ببر، دروغ سنج، تمرین اعداد) شناسایی عوامل پرت کننده حواس
چهارم	آموزش پذیرش و شوق (شامل تمرین‌ها و استعاره‌های انتخاب کردن تجارب منفی و مثبت، مهمان ناخوانده، اقدام بودن تمایل، دو مقیاس)
پنجم	ایجاد گسلش شناختی (شامل ضعف زبان در ادراک تجربه مستقیم از طریق تمرین شنا و جایی برای نشستن، تضعیف نوجیه کردن و افعال شرطی اما و اگر، تمرین ۳ کلمه شیر، تمرین جسمیت دادن، و استعاره‌های رژه سربازان)
ششم	زندگی در حال ذهن آگاهی (شامل تمرین‌های حضور در اینجا و اکنون، توه یخ، کشمش، قدم زدن، برگها در رودخانه و مزه ترش)
هفتم	خود به عنوان پس زمینه (شامل آموزش تفاوت بین انواع خود و متمایز کردن خود از محتوای هیجانی و شناختی، تمرین تماشاگر، استعاره پرده سینما و تمثیل صفحه شطرنج)
هشتم	شفاف سازی و مشخص کردن ارزشها (تمرین فیلم مستند از زندگی گذشته خود، تمرین نوشته روی سنگ قبر، نامه ای به خود و تفاوت هدف با ارزش)
نهم	عمل به تعهدات و پای بندی: ایجاد الگوی عمل متعهدانه، تعیین کردن اهداف مربوط به ارزشها و برنامه ریزی برای عمل کردن به آنها و اشتراک تجارب اعضا با هم.
دهم	مرور جلسات و پیش گیری از عود و اجرای پس آزمون

جدول ۲- محتوای آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک

محتوای جلسات	جلسات آموزش
اول	ارزیابی و مصاحبه با دانشجویان و و اجرای پرسشنامه‌ها، قوانین درمان، اصول کلی رفتار درمانی دیالکتیک و علائم کلی اختلال ADHD
دوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و خردمندانه)، آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، آموزش این اصول که چگونه مهارت‌ها توصیف می‌شوند مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند و چگونه عمل می‌کنند
سوم	بررسی افکار، احساسات، توضیح و شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای که بیرونی یا درونی هستند. بررسی افکار و احساساتی که که باعث رفتارهای تکانشی و خودتخریبی می‌شوند. ثبت کردن افکار و احساساتی که باعث ناسازگی می‌شوند در تکالیف خانگی.
چهارم	بررسی افکار و احساساتی که که باعث رفتارهای تکانشی و خودتخریبی می‌شوند. ثبت کردن افکار و احساساتی که باعث ناسازگی می‌شوند در تکالیف خانگی.

پنجم	آموزش تحمل پریشانی (تمرین ذهن آگاهی، آرامش دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و پرت کردن حواس)
ششم	آموزش اصول کنترل رفتارهای تکانه و تمرین آن تا به سطح منطقی از تسلط دست یابند.
هفتم	کاهش آسیب پذیری بدنی پر خوری و کم خوری، سوء مصرف مواد، ورزش، بیماری،
هشتم	بهداشت خواب، شناسایی رفتارهای خود تخریبی، نظارت بر خود، کاهش آسیب پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت
نهم	آموزش تنظیم هیجان (هدف از آموزش هیجان، تنظیم هیجان، آموزش اینکه به چه علت هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان و افزایش هیجان مثبت)
دهم	تغییر دادن هیجان‌ها از عمل کردن به کار متضاد آن.
یازدهم	افزایش کارآمدی در روابط بین فردی (حفظ و ادامه دادن به سلامت روابط با آشنایان و روابط علاقه‌مند). آموزش مهارت‌های مهم به شرکت کنندگان (ابراز وجود و جرات داشتن، اعتماد، مذاکره کردن و عزت نفس)
دوازدهم	مرور جلسات و پیش‌گیری از عود و اجرای پس‌آزمون

نتایج

اطلاعات توصیفی و جمعیت شناختی این تحقیق در جدول ۳ و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تیز در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳- اطلاعات توصیفی و جمعیت شناختی

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۲۸
	مرد	۱۷
تحصیلات	لیسانس	۳۲
	ارشد	۱۳
تاهل	مجرد	۳۰
	متاهل	۱۵
سن	۳۰ تا ۲۰	۳۷
	۵۰ تا ۳۱	۸

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود اکثریت شرکت کنندگان این طرح زنان (۶۲/۲)، لیسانس‌ها (۷۱/۱)، مجردها (۶۶/۶) و جوانان (۸۲/۲) هستند.

جدول ۴- آزمون کولموگراف-اسمیرنوف

تکانشگر	نقص توجهی	کیفیت زندگی
۰/۹۹۶	۰/۷۶۰	۰/۵۳۶
۰/۲۷۵	۰/۶۱۱	۰/۸۹۵

در جدول ۴ نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود این آزمون برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبود و توزیع نمرات متغیرها نرمال بوده است ($P > 0.05$).

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار نمرات تکانشگری، کم توجهی و کیفیت زندگی در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	ACT		DBT		کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تکانشگر- بیش‌فعال	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ADHD	۳۵/۸۸	۲/۶۶	۱۸/۶۶	۴/۶۳	۲۵/۷۷	۲/۱۰
نقص توجه	۳۱/۳۳	۳/۰۴	۱۸/۶۶	۳/۴۶	۲۸/۴۴	۲/۳۵
سلامت کلی	۱۳/۵۵	۳/۸۴	۱۷/۶۷	۲۳/۵۶	۷/۲۷	۸/۰۰۴
سلامت روان	۴/۶۶	۳۹/۱۱	۶۲/۹۴	۲۱/۹۵	۴/۱۶	۳/۴۹
کیفیت زندگی جسمی	۱۲/۰۰	۵/۶۴	۵۲/۲۸	۲۴/۶۴	۱۳/۰۹	۶/۶۴
روابط اجتماعی	۲۵/۰۰	۱۰/۲۰	۴۷/۲۲	۲۲/۰۴	۲۴/۰۷	۱۰/۵۷
سلامت محیط	۴/۱۶	۳/۴۹	۶۲/۹۴	۲۱/۹۵	۴/۱۶	۳/۴۹

DBT گروه کنترل به ترتیب ۳۱,۳۳، ۲۲,۴۴، ۲۸,۴۴، ۱۸,۶۶، ۲۹,۷۷ و ۲۴,۲۲ می‌باشد. در متغیرهای کیفیت زندگی نیز میانگین پس‌آزمون در هر دو گروه درمانی نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است که نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده است. به منظور سنجش اینکه آیا این کاهش و افزایش میانگین‌ها در سه گروه معنادار بوده است از آزمون تحلیل کواریانس استفاده گردیده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۵ میانگین پس‌آزمون تکانشگری و نقص توجهی در هر دو درمان نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است و این کاهش میانگین در گروه‌های درمان ACT و DBT نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده است. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تکانشگری در ACT و DBT گروه کنترل به ترتیب ۳۵,۸۸، ۱۸,۶۶، ۲۵,۷۷، ۲۰,۷۷، ۲۸,۶۶ و ۲۶,۳۳ می‌باشد. علاوه بر این میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر نقص توجه در ACT و

جدول ۶- آزمون تحلیل کواریانس

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
ADHD	نوع نقص توجه	۴۴/۵۹	۲	۲۲/۲۹	۱/۲۲	۰/۰۱۴

۰/۰۰۰	۲۰/۱۳	۲۸۳/۶۳	۲	۵۶۷/۲۵	تکانشگر/بیش فعال
۰/۰۰۱	۸/۴۰	۱۶۸۲/۱۸	۲	۳۳۶۴/۳۶	کیفیت زندگی کلی
کیفیت زندگی					
۰/۰۰۰	۱۹/۶۲	۱۸۸۴/۲۰	۲	۳۷۶۸/۴۱	سلامت روان
۰/۰۰۰	۱۷/۳۷	۲۴۳۰/۵۵	۲	۴۸۶۱/۱۱	سلامت جسمی
۰/۰۰۵	۵/۸۷	۱۱۶۷/۱۳	۲	۲۳۳۴/۲۷	رابطه اجتماعی
۰/۰۰۰	۲۰/۱۳	۱۹۳۴/۸۰	۲	۳۸۶۹/۶۰	سلامت محیط

زندگی از آزمون تقییبی LSD استفاده گردید و نتایج در جدول ۷
ارایه گردیده است.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود هر دو درمان نسبت
به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر متغیرها نشان داده اند. به
منظور فهم تفاوت اثر بخشی درمان ها در ADHD و کیفیت

جدول ۷- نتایج آزمون LSD برای مقایسه زوجی میانگین ها

معنی داری	انحراف	خطای استاندارد	تفاوت میانگین ها	گروه ها	متغیر وابسته
۰/۰۰۲		۱/۲۵	۴/۰۰	ACT DBT	
۰/۰۰۱		۱/۲۵	۴/۲۲	DBT گروه کنترل	تکانشگر/بیش فعال
۰/۸۶۰		۱/۲۵	-۰/۲۲۲	ACT گروه کنترل	ADHD
۰/۰۲۳		۱/۴۲	-۳/۳۳	ACT DBT	
۰/۰۱۹		۱/۴۲	-۳/۴۴	DBT گروه کنترل	نقص توجه
۰/۹۳۸		۱/۴۲	-۰/۱۱۱	ACT گروه کنترل	
۰/۰۰۸		۴/۷۱	۱۲/۹۷	DBT ACT	
۰/۰۱۲		۴/۷۱	۱۲/۲۷	ACT گروه کنترل	کیفیت زندگی کلی
۰/۸۸۴		۴/۷۱	-۱/۶۹۴	DBT گروه کنترل	
۰/۰۰		۳/۲۶	۱۳/۸۸	DBT ACT	
۰/۰۰		۳/۲۶	۲۰/۵۹	ACT گروه کنترل	سلامت روان
۰/۰۴۵		۳/۲۶	۶/۷۱	DBT گروه کنترل	

			DBT	ACT	
۰/۰۱۳	۳/۹۴	۱۰/۲۳			
۰/۰۰	۳/۹۴	۱۸/۷۱	گروه کنترل	ACT	سلامت جسمی
۰/۰۳۶	۳/۹۴	۸/۴۸	گروه کنترل	DBT	کیفیت زندگی
۰/۳۸۰	۴/۶۹	-۴/۱۶	DBT	ACT	
۰/۰۰۶	۴/۶۹	۱۳/۴۶	گروه کنترل	ACT	رابطه اجتماعی
۰/۰۰	۴/۶۹	۱۷/۶۲	گروه کنترل	DBT	
۰/۰۰	۳/۲۶	۱۳/۶۳	DBT	ACT	
۰/۰۰	۳/۲۶	۲۰/۳۴	گروه کنترل	ACT	سلامت محیط
۰/۰۴۵	۳/۲۶	۶/۷۱	گروه کنترل	DBT	

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می شود هر دو درمان نسبت به گروه کنترل اثر بخشی معناداری دارند و از این میان درمان DBT نسبت به ACT اثربخشی معنادارتری بر بیش فعالی از نوع تکانشگر ($P < 0/002$) و از نوع نقص توجه ($P < 0/001$) داشته است پس درمان DBT نسبت به ACT بر ADHD اثر بخشی مطلوب تری دارد.

بحث

هدف مطالعه مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالان بود. نتایج نشان داد که آموزش هر دو درمان ACT و DBT بر کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش فعالی تاثیر دارد. همچنین در مرحله پیگیری نتایج آزمون LSD نشان داد DBT در کنترل علائم اختلال بیش فعالی ($P < 0/002$) و نقص توجه ($P < 0/001$) مطلوب تر از درمان ACT عمل می کند که این با یافته های ندیمی (۲۵)، تامرادی و خسروی (۲۶) و سایر تحقیقات انجام شده (۱۹ و ۲۰) همخوان می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت درمان DBT از جمله مداخلات رفتاری است که برای اختلالات شدید شخصیت که دارای تکانشگری شدید مثل اختلال شخصیت مرزی هستند ابداع شده است. این درمان برای افرادی استفاده می شود که دارای هیجانات خارج از کنترل، مسایل خلقی شدید، اضطراب، تحریک پذیری و بی ثباتی هستند. رفتار درمانی دیالکتیک به درمانجو کمک می کند تا قسمت های متضاد یک رفتار یا میل را در نظر بگیرد و رفتارهایی که به فرد کمک می کند تا بر سازگاری او افزوده شود را به فرد آموزش می دهد (۲۷). افراد

طبق جدول ۷ در مولفه های کیفیت زندگی ACT نسبت به DBT و گروه کنترل افزایش معناداری بر کیفیت زندگی کلی داشته است ($P < 0/008$) درحالی که مقایسه DBT و گروه کنترل معنی دار مشاهده نشد ($P > 0/884$). در خرده مقیاس سلامت روان نیز ACT نسبت به DBT و گروه کنترل افزایش معناداری بر سلامت روان داشته است ($P < 0/000$) همچنین DBT هم نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری بر سلامت روان داشته است ($P < 0/045$). علاوه بر این در خرده مقیاس کیفیت زندگی درمان ACT نسبت به DBT و گروه کنترل افزایش معناداری بر کیفیت زندگی جسمی داشته است ($p < 0/000$) و درمان DBT هم نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری بر کیفیت زندگی جسمی داشته است ($p < 0/036$). در خرده مقیاس کیفیت زندگی اجتماعی بین درمان ACT و درمان DBT افزایش معناداری مشاهده نشد ($p < 0/380$) ولی هر دو در مان نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری بر کیفیت زندگی اجتماعی داشته اند ($p < 0/006$). در خرده مقیاس کیفیت زندگی محیطی نیز ACT نسبت به DBT و گروه کنترل افزایش معناداری بر سلامت روان داشته است ($p < 0/000$) درحالی که

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می شود هر دو درمان نسبت به گروه کنترل اثر بخشی معناداری دارند و از این میان درمان DBT نسبت به ACT اثربخشی معنادارتری بر بیش فعالی از نوع تکانشگر ($P < 0/002$) و از نوع نقص توجه ($P < 0/001$) داشته است پس درمان DBT نسبت به ACT بر ADHD اثر بخشی مطلوب تری دارد.

طبق جدول ۷ در مولفه های کیفیت زندگی ACT نسبت به DBT و گروه کنترل افزایش معناداری بر کیفیت زندگی کلی داشته است ($P < 0/008$) درحالی که مقایسه DBT و گروه کنترل معنی دار مشاهده نشد ($P > 0/884$). در خرده مقیاس سلامت روان نیز ACT نسبت به DBT و گروه کنترل افزایش معناداری بر سلامت روان داشته است ($P < 0/000$) همچنین DBT هم نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری بر سلامت روان داشته است ($P < 0/045$). علاوه بر این در خرده مقیاس کیفیت زندگی درمان ACT نسبت به DBT و گروه کنترل افزایش معناداری بر کیفیت زندگی جسمی داشته است ($p < 0/000$) و درمان DBT هم نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری بر کیفیت زندگی جسمی داشته است ($p < 0/036$). در خرده مقیاس کیفیت زندگی اجتماعی بین درمان ACT و درمان DBT افزایش معناداری مشاهده نشد ($p < 0/380$) ولی هر دو در مان نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری بر کیفیت زندگی اجتماعی داشته اند ($p < 0/006$). در خرده مقیاس کیفیت زندگی محیطی نیز ACT نسبت به DBT و گروه کنترل افزایش معناداری بر سلامت روان داشته است ($p < 0/000$) درحالی که

فرآیند کار نسبتاً دشواری است اما با تصریح و شفاف سازی ارزش‌ها پذیرش تسهیل می‌گردد. برخی از جنبه‌های کیفیت زندگی مانند عملکرد جسمی سلامتی، محدودیت‌های ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی در فرآیند این درمان به عنوان ارزش مطرح می‌شوند. یعنی پذیرش و عدم چالش با این مشکلات می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی فرد شود (۳۰). ACT بیان می‌کند وقتی فرد در دور باطل اجتناب و آمیختگی وارد شود دچار انعطاف ناپذیری روانشناختی می‌شود. راهبردهایی همچون ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از دام افکار نا کار آمد و استرس‌ها رهایی یابند و به نحو مطلوب تر و سازگارتر تری با آن‌ها رو به رو شوند. بدین ترتیب آموزش مفاهیم ACT منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۱۹) و می‌تواند کیفیت زندگی افراد مبتلاء به ADHD را بهبود بخشد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل شده از پژوهش حاضر می‌توان بیان داشت که درمان ACT و DBT هر دو بر کیفیت زندگی و علائم ADHD تاثیر مطلوبی دارند. بطور خاص رفتار درمانی دیالکتیک تاثیر بهتری بر علائم ADHD نسبت به ACT داشت، لذا توصیه می‌شود این درمان برای کنترل تکانشگری و بهبود توجه این افراد در مراکز بالینی استفاده گردد، بدیهی است که شناسایی به موقع و ارایه خدمات درمانی می‌تواند از شدت یافتن علائم این اختلال جلوگیری کند و رفتارهای خود تخریبی این گروه نیز کاسته می‌شود. همچنین در پی آن احتمال انتقال این چرخه معیوب به نسل بعدی کاسته می‌شود. کنترل تکانشگری و نقص توجه به بهبود زندگی اجتماعی، افزایش بازدهی شغلی و تحصیلی می‌افزاید که این موارد با اهداف و آموزش DBT میسر است. همچنین این پژوهش نشان داد که ACT تاثیر مطلوبی بر کیفیت زندگی دارد، لذا توصیه می‌شود به افرادی که در کیفیت زندگی خود مشکل دارند این درمان آموزش داده شود، زیرا ACT باعث افزایش توجه و تمرکز، خود ارزش دهی و عدم چالش با مشکلات خارج از حیطه کنترل می‌شود. افراد دارای ADHD در کیفیت زندگی و سلامت روان دارای یک

دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی در کنترل تکانه، توجه، الویت بندی‌ها و مسئولیت دچار مشکلاتی هستند (۱). این افراد در تنظیم هیجانات خود نیز دچار مشکل هستند. رفتار درمانی دیالکتیک به این افراد کمک می‌کند تا تکانه‌های خود را کنترل کنند، به آرامش و حفظ توجه دست پیدا کنند. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که یکی از دلایل موفقیت این درمان در پژوهش حاضر و تحقیقات ذکر شده (۲۸) کاهش رنج افراد دارای مشکل کنترل تکانه و بهبود تمرکز است.

همانطور که بیان شد نتایج این پژوهش بیان داشت رفتار درمانی دیالکتیک اثربخشی مطلوب‌تری نسبت به ACT دارد. اما این یافته با نتایج پژوهشی که با هدف مقایسه اثر بخشی DBT با ACT بر کاهش تکانشگری معنادار انجام شد و نشان داد این دو درمان اثر بخشی یکسانی بر تکانشگری دارند همخوانی ندارد (۲۹) در تبیین این می‌توان گفت که ممکن است این بخاطر تفاوت داشتن گروه مورد مطالعه و نوع اختلال باشد.

در تحقیق حاضر همچنین به بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و DBT بر کیفیت زندگی افراد مبتلاء به ADHD نیز پرداخته شد. نتایج حاکی از اثربخشی هر دو درمان بر کیفیت زندگی بود. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مجموع اثر بخشی مطلوب‌تری نسبت به رفتار درمانی دیالکتیک بر خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی دارد که این با پژوهش‌های انجام شده مانند تحقیق مک کران (۳۰)، فتحی (۳۱) و سایر تحقیقات در این حوزه همخوان است (۱۹ و ۲۰).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که آموزش مفاهیم ACT مانند تعهد رفتاری، شفاف سازی و رفتارهای ارزشمند منجر به افزایش کیفیت زندگی افراد ADHD شده است. در ACT افراد به چالش کشیده می‌شوند تا حوزه‌های مختلف زندگی مانند کار، خانواده و همسر، روابط صمیمی، دوستی‌ها و رشد کیفیت زندگی خود توجه کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چون بر روی ارزش‌های افراد تاکید می‌شود لذا انگیزه افراد برای مشارکت درمانی افزایش می‌یابد. این درمان بر پذیرش کار می‌کند و ارزش‌ها بخش مهمی از پذیرش هستند و خود این

نیز اجرا گردد و نتایج آن با تحقیق حاضر مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد با موضوع مقایسه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، کاهش علائم؛ تنظیم هیجان، روابط بین فردی و خودکارآمدی افراد بزرگسال مبتلاء به اختلال بیش فعالی/نقص توجه (ADHD) است. این طرح در کمیته اخلاقی علوم پزشکی ثبت شده و شناسه آن IR.ARUMS.REC.1398.019 است.

سری مشکلات هستند که این چرخه معیوب بر اختلال آنها می افزاید. ACT می تواند باعث بهبود روابط بین فردی و سلامتی این افراد شود و از تکرار این فرآیند در کودکان این افراد نیز جلوگیری کند زیرا آنها آموزش می بینند و نسبت به این مشکلات آگاه تر می شوند. لذا توصیه می شود برای بهبود علائم ADHD از رفتار درمانی دیالکتیک و برای بهبود کیفیت زندگی از ACT برای آموزش این افراد استفاده شود.

از مهم ترین محدودیت های این پژوهش نبود نمونه از سایر اقشار جامعه و سایر دانشگاه ها است. لذا توصیه می شود همین مبحث بر روی نوجوانان اجرا شود یا درمان های موج سوم مانند فراشناخت درمانی و فعال سازی رفتاری نیز بر روی همین گروه

References

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013:229-321.
- 2-Sadock, B. J.. Summary Kaplan psychiatry and behavioral sciences Sadock. Trans. Rezaee F. Tehran, Iran: Arjmand Publications. 2015;1456-1465.
- 3- Ganji M, Ganji H. Psychological Dysfunction. DSM5. Tehran: Savalan Publishing, 2018.
- 4- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *The American Journal of Psychiatry*, 2000; 157(5), 816-818.
- 5-Sjowall, D., & Thorell, L. B. Functional impairments in attention deficit hyperactivity disorder: The mediating role of neuropsychological functioning. *Developmental Neuropsychology*. 2014; 39(3): 187-204.
- 6-Caye, A., Rocha, T. B., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M., Barros, F. C., ... Rohde, L. A. Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: Evidence from a birth cohort supporting a late-onset syndrome. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(7): 705-712.
- 7- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., & Upadhyaya, H. P. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: A review of the literature. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 2014; 16(3):21-26.
- 8- Donfrancesco, R. Marano, A. Calderoni, D. Mugnaini, D. Thomas, F. Di Trani, M. et al. Prevalence of severe ADHD: an epidemiological study in the Italian regions of Tuscany and Latium. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015; 24: 33-525.
- 9- Wellander, L. Wells, M. B. Feldman, I. Does Prevention Pay? Costs and potential cost-savings of school interventions targeting children with mental health problems. *J Ment Health Policy Econ. M*. 2016;19:91-101.
- 10- Khemakhem, K. Ayadi, H. Moalla, Y. Yaich, S. Hadjkacem, I. Walha, A. et al. Attention deficit hyperactivity disorder at schools in Sfax-Tunisia. *Tunis Med*. 2015; 93: 302-7.
- 11-31. Shahrokhi Z, Seyed Zadeh M, Davariana R, Shakariani MR. The effectiveness of group-based cognitive-behavioral stress management in improving the quality of life of women addicted to methadone treatment. *JHC*. 2014; 1 (22): 69-83. [Persian]
- 12- ZAL M, Almasi Bughaei M, Ghasemi F, Habrani P, Ashrafzadeh F. Evaluating the quality of life and frequency of attention deficit hyperactivity disorder in children with epilepsy. *Journal of Neuroscience Healing Khatam*. 2015; 3 (4): 65-72. [Persian]
- 13- Matthies, S., Sadohara-Bannwarth, C., Lehnhart, S., Schulte-Maeter, J., & Philipsen, A. The impact of depressive symptoms and traumatic experiences on quality of life in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2018; 22(5): 486-496.
14. Sarizadeh MS, Rafiei Nia Pa, Sabahi P, Tamadon MR. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Randomized Study Trials Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 1397; 17 (3): 241-252. [Persian]
- 15- saleh gholipour commitment therapy on symptoms of attention deficit hyper activity disorder (ADHD) and academic ADHD. *J Rehab Med*. 2019; 8(1): 95-102. [Persian]

16. Saidmanesh M, Pahlavan M. Effectiveness of admission and commitment therapy on self-regulation and self-restraint in adolescents with substance abuse disorder. *Social Work Quarterly*. 2017; 6 (4): 14-22. [Persian]
- 17- 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; 21-28.
- 18- Cole, P., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Dayer, A., Aubry, J. M., ... & Perroud, N. (2016). CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Danub*. 2016; 28(1):103-107
- 19- Amirian K, Mami S, Ahmadi V, Jahanshah MR. Comparison of the Effectiveness of Dialectic Acceptance and Commitment and Behavioral Therapy on Impulsive Impulsivity in Addicts. 2017; 5 (17): 36-45. [Persian]
- 20- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., & Dreesen, A. Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of attention disorders*. 2015; 19(3): 260-271.
- 21- Kessler, RC. Adler, LA. Gruber, MJ. Sarawate CA. Spencer, T. Van Brunt DL (2007) . Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007; 16 (2):52-65.
- 22 Mokhtari H, Rabiei M, Salimi S H. Psychometric features of the Persian version of the Hyperactivity and Adult Attention Deficit Self-Assessment (ASRS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 21 (3): 253-244. [Persian]
- 23- Bonomi A.E., Patrick D.L., Bushnell D. M. and Martin M. (2000a) Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 53(1): 19
- 24- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *sjsph*. 2006; 4 (4) :1-12
- 25- Nadimi M. Effectiveness of dialectical behavior therapy (based on skills training) on reduce impulsivity and increase emotional regulation in women dependent on Methamphetamine. *Frooyesh* 2016; 5(1):47-74. [Persian]
- 26- Tamaradi AR, Khosravi S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Impulse Control and Relapse in Addicts. *Third International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences*, Tehran, Nikan Institute of Higher Education. 2016:25-26 [Persian]
- 27-- Heinz AJ, Bui L, Thomas KM, Blonigen DM. Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross- Sectional and Prospective Investigation Among Military Veterans. *J Subst Abuse Treat*. 2015; 22(10):1-37.
- 28- Zamani N, Farhadi M, Jamilian H R, Habibi M. Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Core Distress Tolerance and Emotion Regulation Components) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *Amuj* 2015; 17(11):53-61. [Persian]
- 29- Ameryan K, Mame SH, Ahmadi v, Jahanshah MR. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Impulsivity in Addicted People. *NPWJM*. 2018; 5 (17) :36-45. [Persian]
- 30- Vowles KE, McCracken L M. acceptance and values – based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *journal of clinical psychology*. 2018 ; 76 (3) : 397 – 417
- 31- Fathi A, Taher neshat doost N, Nadi M A the effectiveness of acceptance and commitment therapy on Quality of life among patients with type 2 diabetes. *Iranian journal of health education promotion* .2016;4(1): 31-38. [Persian]

*Original Article***Comparing the effectiveness of dialectical behavioral therapy with acceptance-based therapy and commitment to quality of life and reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder**

Received: 21/04/2019 - Accepted: 06/08/2019

Mohsen Bayat^{1*}
 Mohammad Narimani²
 Sajad Basharpour³
 Mohsen Fekri Sheeran⁴
 Keyvan Soraya Taifee Dalai⁵
 Fardad Dedar Talesh Mickaeli Ardebil⁶

¹M.A. Student of Clinical Psychology, Faculty Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Moohghegh Ardabili, Ardabil, Iran

²Professor of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

³Associate Professor of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

⁴M.A. Clinical Psychology, Faculty Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ardabili Branch, Islamic Azad University, Ardabili, Ardabil, Iran

⁵M.A. Student of Psychology General, Faculty Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Moohghegh Ardabili, Ardabil, Iran

⁶M.A. Student of Clinical Psychology, Faculty Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ardabili Branch, Islamic Azad University, Ardabili, Ardabil, Iran

Email:
 ibrosle1372610@gmail.com

Abstract

Introduction: Attention deficit / hyperactivity disorder has adverse effects on the individual and the community. Third-wave cognitive-behavioral therapies are promising therapies for this type of disorder. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of dialectical behavioral therapy (DBT) with acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and to reduce the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: The present study was a semi-experimental and pre-test-post-test with control group. The statistical population of the study consisted of all students of Azad University of Zanjan in the academic year of 1969-98. The sample size consisted of 45 persons who were selected by available sampling in two groups of experimental and one control group (15 in each group). The DBT group was interviewed at 12 sessions and the ACT group, while the control group did not receive any treatment. The research tools were self-reported attention deficit hyperactivity disorder (ASRS) and World Health Organization Quality of Life Questionnaire, which were conducted in pre-test and post-test phases. Descriptive statistics were used to analyze the data. For analyzing the data at the inferior level of T-amines, multivariate analysis of variance (MANOVA) and LSD post hoc test, for comparing the efficacy of the treatments. Data were analyzed in SPSS-25.

Results: The results of both ACT and DBT treatments on ADHD and quality of life were more effective than control group. In the follow up phase, the LSD test showed that DBT was more effective than ACT in reducing impulsivity / hyperactive symptoms ($P < 0.002$) and attention deficit ($P < 0.001$). Comparison of these two treatments on quality of life was found in the components of overall quality of life ($P < 0.008$), mental health ($P < 0.001$), quality of life ($p < 0.000$) and environmental quality of life ($P < 0/000$) ACT has a more favorable efficacy than DBT. While they have had the same effect on the subscale of social life quality.

Conclusion: The results of this study suggest that DBT is better for ADHD and ACT symptoms of quality of life, so in clinical centers, these treatments can be used to control impulsivity, attention deficit hyperactivity disorder and improve quality of life.

Key words: ACT, DBT, Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Quality of Life