

اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و نگرش ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۰۵

خلاصه

مقدمه

پژوهش‌ها نشان از وجود افسردگی و نگرش ناکارآمد در بین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است؛ آموزش پذیرش و تعهد علیرغم اثربخشی بر متغیرهای مختلف، بر افسردگی و نگرش ناکارآمد این مادران مغفول مانده است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و نگرش ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

روش کار

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهرستان تهران تشکیل دادند. از این جامعه، ۴۰ نفر بصورت در دسترس انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه (۲۰ تایی) آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۹۶) و نگرش‌های ناکارآمد (ویسمن، ۱۹۷۸) بین گروه‌های پژوهش پخش شد، برای گروه آزمایش هشت جلسه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و در نهایت پس‌آزمون اجرا شد. یافته‌های پژوهش در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

نتایج

نتایج حاصل از اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و نگرش ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثر بخش بوده و اثر برنامه آموزشی در طول زمان پایدار بوده است ($p \leq 0/005$).

نتیجه‌گیری

آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیر دارد؛ لذا مشاوران و روانشناسان می‌توانند از این رویکرد برای مادران دارای فرزند خاص بهره ببرند.

کلمات کلیدی

آموزش پذیرش و تعهد، افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، نارسایی توجه/بیش‌فعالی
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

برات فراقی دستجرد^۱

پرویز شریفی درآمدی*^۲

نورعلی فرخی^۳

^۱گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران

^۲استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران،

ایران.

^۳دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه

طباطبایی، تهران، ایران.

* گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران،

ایران.

Email: dr_sharifidaramadi@yahoo.com

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی دوران کودکی است (۱). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شیوع این اختلال را در کودکان ۵ درصد و در بزرگسالی ۲/۵ درصد برآورد کرده است (۲). کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعال به دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی‌قراری و کم‌توجهی تأثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می‌گذارند. وجود اینگونه رفتارها در کودک، به بروز واکنشهایی چون پرخاشگری، تنبیهات جسمانی و احساس خصومت از جانب والدین (به کودک) می‌انجامد. این عکس‌العمل‌ها در نهایت منجر به حاد شدن مشکلات کودک می‌گردد. بدین ترتیب چرخه معیوبی به وجود می‌آید، به شکلی که تدریجاً تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می‌رسد (۳). بنابراین نظام خانواده باید برای حفظ ثبات و تعادل، خود را با فرد دارای نشانه‌های اختلال تطبیق دهد. مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به دلیل اینکه با چالش‌های فرزندپروری بیشتری روبرو هستند، استرسی فراتر از مادران کودکان سالم دارند (۴).

در خانواده‌های کودکان با نیازهای ویژه (مثل نارسایی توجه/بیش‌فعالی)، مادران معمولاً مسئولیت بیشتری جهت مراقبت‌های جسمی، درمان و آموزش کودک به عهده دارند. بنابراین، به دلیل ارتباط بیشتر با مسایل و مشکلات کودک، فشارروانی بیشتری را متحمل می‌شوند که می‌تواند سلامت روانی آنها را در ابعاد مختلف خواب، بروز مشکلات روان‌تنی و ایجاد اضطراب تهدید کند (۵). یافته‌ها نشان می‌دهند که افسردگی مادر با مشکلات رفتاری کودکان ارتباط دارد. به عنوان مثال سوانه، پتچیر، تانیتا و مانوس (۶) میزان افسردگی مادران کودکان بیش‌فعال را ۳۰/۶۲٪ گزارش کردند. همچنین نحوه برخورد با مشکلات کودکان بیش‌فعال بر سلامت روان والدین تأثیر منفی دارد (۷).

همچنین بین سلامت روان و باورهای دنیای عادلانه یعنی نگرش‌های ناکارآمد افراد نسبت به رویدادهای زندگی رابطه‌ی منفی وجود دارد؛ به طوری که کاهش سلامت روان سبب نگرش منفی و بدبینانه افراد نسبت به خود و دیگران می‌گردد و مادر به دلیل داشتن-فرزند با نیازهای ویژه امید به آینده را از دست می‌دهند و به احتمال رخداد شرایط بدتر فکر می‌کنند (۸).

نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می‌شوند، فرد را آماده می‌سازند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند (۹). از نظر بک نگرش‌های ناکارآمد، معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه هستند که فرد از آن برای قضاوت در باره خود و دیگران استفاده می‌کند. از آنجا که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییرند، ناکارآمد یا نابارور قلمداد می‌شوند (۱۰).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شانس بروز اختلالات روانی طی یکسال، در صورت افزایش نمره‌های نگرش ناکارآمد به طور معناداری افزایش می‌یابد (۸)، به این ترتیب چون نارسایی عملکرد تفکر از مهم‌ترین علل آشفتگی‌هاست؛ هرچه نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی افراد بیشتر شود آشفتگی‌های هیجانی نیز بیشتر خواهد شد (۱۱).

به منظور حل مسائل خانواده‌های دارای فرزند خاص، رویکردهای مختلفی پیشنهاد شدند؛ یکی از رویکردهای موثر در درمان زمینه‌های مختلف روانشناختی، رویکرد پذیرش و تعهد است (۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شکل از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهن نامیده می‌شود (۱۳). در درمان پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که

متناسب تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۱۴). شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، روبه افزایش است. برای مثال کاربرد این روش در مورد اختلالاتی مانند افسردگی، پسیکوزها، سوء مصرف و وابستگی به مواد، افسردگی شغلی، و درد مزمن مشخص شده است (۱۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمانهای موج سوم رفتاری از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیش آمدهای استرس زای زندگی برخوردار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان‌های جدید و مؤثر در حل مشکلات و اختلالات روانشناختی است (۱۳). اصول زیربنایی رویکرد پذیرش و تعهد شامل: ۱. پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها و ۲. عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است (۱۶). هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا به فرد تحمیل شود (۱۴).

پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلفی چون افسردگی (۱۷) سایکوزها (۱۸)، (۲۰۰۲) فرسودگی شغلی (بونو و بونچ، ۲۰۰۳) و کاهش درد (۲۰) مؤثر بوده است.

بنابراین آنچه از مجموعه مطالب و تحقیقات فوق استنباط می‌شود این است که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعال دارای چالش والدگری بیشتری نسبت به والدین کودکان بهنجار هستند در جامعه ما مادران به دلایلی مانند فرصت بیشتر، بیش از پدران در امور مربوط به فرزندان خود مشارکت دارند و در نتیجه تعامل بیشتری با فرزندان خود برقرار می‌کنند و مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی

توجه/بیش فعال استرس‌های بیشتری را نسبت به مادران عادی تحمل می‌کنند (۲۱)، البته این تأثیر به صورت سیکنی معیوب بین مادر و کودک اتفاق می‌افتد بنابراین ارزیابی و مدیریت مشکلات مادران و بهبود تعامل مادر- کودک می‌تواند نقش مهمی در درمان این کودکان بر عهده داشته باشد و از بروز مشکلات بیشتر و اختلالات رفتاری در این کودکان جلوگیری کرد. اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلف اثر بخش بوده است اما پژوهشی که به تعیین اثربخشی پذیرش و تعهد بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی انجام شده باشد، یافت نشد؛ از این رو مساله اصلی در تحقیق حاضر این است که آموزش پذیرش و تعهد بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دارای کودک نارسای توجه/بیش فعالی چه تأثیری دارد؟

مواد و روش کار

روش پژوهش از نوع تحقیق نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران دارای کودک ۶-۱۱ ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی (ADHD) مراجعه کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان مرند در بهار ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از آنجا که گروه هدف این پژوهش، مادران دارای کودک مبتلا به نارسایی توجه/بیش فعالی بودند و آزمودنی‌ها می‌بایست ملاک‌های ورود و خروج خاص این پژوهش را برآورده می‌کردند، انتخاب تصادفی نمونه امکان پذیر نبود. لذا روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، هدفمند بود. پس از اینکه لیست مراجعین به ۴۴ نفر رسید، مراجعین توسط پژوهشگر مصاحبه بالینی شدند و قرار ملاقات اولیه‌ای در مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان مرند جهت برگزاری جلسه توجیهی و جمع‌آوری پیش‌آزمون ترتیب داده شد. در این مرحله، از بین ۴۴ نفری که قرار ملاقات گذاشته شد ۴ نفر به دلایل همبودی با دیگر اختلالات روان‌شناختی، و بی‌میلی جهت شرکت در پژوهش کنار گذاشته شدند و ۴۰ نفر باقی‌مانده رضایت آگاهانه خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کردند. سپس این افراد به صورت تصادفی دو گروه (۲۰ نفر گروه

مقیاس نگرش های ناکارآمد: نسخه اصلی مقیاس نگرش های ناکارآمد در سال ۱۹۷۸ توسط ویسمن و همکاران در دو فرم الف و ب به منظور سنجش میزان نگرش ناکارآمد افراد بر مبنای پرسشنامه‌ی اصلی بک ساخته شده است. نسخه‌ی مورد استفاده در این پژوهش نسخه‌اس بود که توسط ابراهیمی و موسوی (۲۲) از نسخه ۴۰ گویه‌ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی تهیه و شاخص‌های روان‌سنجی آن بر روی نمونه‌های ایرانی تعیین گردید. قیاس نگرش‌های ناکارآمد دارای ۲۶ جمله است که آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد؛ گفتنی است در این پژوهش نیز قابلیت اعتماد این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویرایش دوم (۲۳) شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده بود این پرسشنامه نه تنها به منظور اندازه‌گیری شدت افسردگی‌های از پیش تشخیص داده شده استفاده می‌شود بلکه با استفاده از آن می‌توان به افسردگی‌های تشخیص داده نشده نیز پی برد. این پرسشنامه متشکل از ۲۱ سوال چند گزینه‌ای است که هر کدام از آنها مربوط به جنبه خاصی از افسردگی هستند (۲۳). بک و همکاران (۲۳) مطالعات پژوهشی عمده‌ای را که در طول ۲۵ سال بر روی پرسشنامه افسردگی بک صورت گرفته است، بررسی کردند. آنها اظهار کردند که پرسشنامه افسردگی بک دارای همسانی درونی (ضریب آلفا) ۰/۸۷ بود و پایایی آن به روش بازآزمایی بیش از ۰/۶۰ بود. در این مطالعه هم قابلیت اعتماد پرسشنامه ۰/۹۲ بدست آمد.

آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی در محدوده سنی ۱۱-۶ ساله، عدم دریافت دوره‌های درمانی و آموزشی روانشناختی از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری، مدیریت استرس، ذهن‌آگاهی طی سه ماه گذشته و رضایت از شرکت در دوره آموزشی و فاقد اختلالات روانی و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از مبتلا اختلالات حاد روانپزشکی و غیبت بیش از دو جلسه در دوره آموزشی. اجرا بدین ترتیب بود که در هر دو گروه پیش‌آزمون افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد اجرا شد. سپس گروه آزمایش در معرض مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ی آزمایشی را دریافت نکرد. اما جهت رعایت اخلاق پژوهش و حذف اثرات غیر اختصاصی درمان (مثل شرکت در گروه و مواجهه با درمانگر و شکل‌گیری انتظار درمان) در این مرحله برای اعضای این گروه یک کارگاه آموزشی سه ساعته برگزار گردید که در آن اطلاعات اولیه‌ی راجع به اختلال افسردگی به گروه لیست انتظار ارائه شد اما هیچ راهبردی ارائه نمی‌شد. پس از گذشت ۸ جلسه مداخلات برای گروه آزمایشی، از هر ۲ گروه (اعم از گروه آزمایشی و گروه کنترل) پس‌آزمون به عمل آمد در فاصله بین مرحله پس‌آزمون تا اجرای مرحله پیگیری، جلسات نگهدارنده ماهیانه برای حفظ اثرات درمانی برای گروه آزمایشی برگزار گردید. سپس پس از گذشت ۳ ماه، آزمون پیگیری همزمان در ۲ گروه اجرا شد. بدین ترتیب داده‌های پژوهش در سه مرحله جمع‌آوری و از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی متناسب برای پیگیری تفاوت‌ها استفاده شد.

ابزار

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا و مؤلفه‌های درمان
اول	مقدمه، بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمان، سنجش کلی افسردگی و نگرش ناکارآمد، شناسایی اهداف درمانی، بیان مقدمه در مورد ناامیدی، تعیین تکلیف.
دوم	مرور جلسه قبل، سنجش عملکرد، ادامه درماندگی خلاق با استفاده از استعاره تقلا در ماسه و استعاره ببر، معرفی کنترل به عنوان یک مساله با

	استفاده از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا و استعاره پلی‌گراف، تکلیف.
سوم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف، درخواست تمرکز بر روی افکار و احساسات کنونی، شناسایی قوانین و باید و نباید- های درمانجویان، استفاده از استعاره نوشتن افکار روی کارت سفید، استفاده از استعاره برگ‌های روی رودخانه، استفاده از استعاره ماشین‌های در حال حرکت. تکلیف
چهارم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف، معرفی تمایل/پذیرش با استفاده از استعاره عبور از باتلاق و استعاره فشار دادن به تخته افکار و احساسات، تمرین فرایند پذیرش با استفاده از استعاره کلید کشمکش و استعاره دو مقیاس، تکلیف
پنجم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی مفهوم بودن در اینجا و اکنون با استفاده از استعاره ماشین زمان، تمرین "تنفس توجه آگاهانه" و "دست‌ها توجه آگاهانه"، تمرین "برگ‌های روی رودخانه"، تکلیف
ششم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی "خود به عنوان زمینه" با استفاده از استعاره میکروسکوپ چشم‌پزشکی، استفاده از استعاره آسمان و آب و هوا برای نشان دادن کارکرد خود به عنوان زمینه در اداره افکار و احساسات افسرده کننده، استفاده از استعاره صفحه شطرنج، انجام چند تمرین در زمینه توجه آگاهی و خود به عنوان زمینه از جمله تمرین "تماشا کنید افکار تان را" و تمرین "پیوستگی شما"، تکلیف.
هفتم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی ارزشها با استفاده از استعاره "قطب‌نما"، تمایز ارزش‌ها و اهداف، استفاده از استعاره "دو بچه در ماشین" و تمرین "جشن تولد هشتاد سالگی"، تکمیل کاربرگ حلقه هدف و قطب‌نما، پرداختن مجدد به فرایندهای کنترل و تمایل/پذیرش و خود به عنوان زمینه، تکلیف.
هشتم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسات قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی عمل متعهدانه، تعیین ارزشها در یکی از حوزه‌های زندگی، پرداختن به تردیدهای درمانجویان در انجام تعهدات رفتاری، سنجش میزان پایبندی درمانجویان به تعهد رفتاری، پایان درمان و پیش‌گیری از عود، و ترتیب دادن جلسات پیگیری

نتایج

در این پژوهش ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در دو گروه آزمایش و کنترل شرکت کرده بودند که میانگین سنی گروه آزمایش ۴۷/۱۲ با انحراف معیار ۳/۳۱ و گروه کنترل ۴۲/۳۷ با انحراف معیار ۳/۵۳ بود.

جدول ۲. آمار توصیفی نمره‌های افسردگی و نگرش ناکارآمد گروه‌ها در مراحل اندازه‌گیری

تعداد	مرحله اندازه‌گیری						گروه	متغیر
	پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون			
	SD	M	SD	M	SD	M		
۲۰	۵/۷۴	۱۹	۶/۱۴	۱۸/۹۰	۸/۱۵	۲۳/۷۰	آزمایش	افسردگی
۲۰	۵/۹۸	۲۲/۳۵	۵/۵۹	۲۲/۰۵	۶/۴۵	۲۱/۹۰	گواه	
۲۰	۲۳/۸۴	۱۰۴/۸۰	۲۵/۶۸	۱۰۳/۷۵	۳۰/۱۱	۱۰۹/۷۵	آزمایش	نگرش
۲۰	۳۰/۱۹	۱۱۲/۲۵	۳۰/۷۹	۱۱۱/۷۵	۳۲/۱۱	۱۱۲/۸۰	گواه	

نتایج جدول بالا نشان از این دارد که میانگین افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) گروه آزمایش بعد از اعمال مداخله درمانی-آموزشی کاهش یافته است. این تغییرات میانگین افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بعد از گذشت سه ماه در مرحله پیگیری همچنان پایدار بود. در ادامه به گزارش نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته می‌شود. گفتنی است که مفروضه‌های اندازه‌گیری مکرر با استفاده از آزمون‌های ماخلی، ام‌پاکس، کالموگراف اسمیرنوف و لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج نشان از بالامانع بودن استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر داشت.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت میانگین‌های افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد

متغیر	اثر	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	p	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	درون‌گروهی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۹	۲	۳۷	۱۰**	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
	اثر تعاملی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۵	۲	۳۷	۱۸**	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
نگرش‌های	درون‌گروهی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۹	۲	۳۷	۴/۸۳*	۰/۰۱۴	۰/۲۱	۰/۷۷

ناکارآمد

اثر تعاملی آزمون لامبدای ویلکز ۰/۸۹ ۲ ۳۷ ۲/۳۵ ۰/۱۱ ۰/۴۶ ۱۱۰

عدم معنی‌داری همهٔ آزمون‌ها برای اثر تعاملی بیانگر آن است بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ نگرش ناکارآمد در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری نیز تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. میزان تأثیر یا تفاوت برای اثر درون‌گروهی برابر با ۰/۲۱ می‌باشد. به عبارت دیگر، ۲۱ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نگرش ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مربوط به تأثیر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. توان آماری برای این عامل برابر با ۰/۷۷ است، بنابراین امکان خطای نوع دوم پایین است. برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام مرحلهٔ اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بانفرونی انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ۴ و ۵ ارائه شده است.

همانطوری که در جدول ۳ مشخص است، سطوح معنی‌داری همهٔ آزمون‌ها برای اثر درون‌گروهی افسردگی بیانگر آن هستند که علاوه بر اینکه بین سه مرحلهٔ اندازه‌گیری در گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد، بلکه بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ افسردگی و در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت افسردگی برای اثر درون‌گروهی برابر با ۰/۴۲ بود. به عبارت دیگر، ۴۲ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی مربوط به تأثیر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. توان آماری برابر با ۱ است، بنابراین امکان خطای نوع دوم نداشته است. همچنین نتیجه بررسی نگرش‌های ناکارآمد در سطوح معنی‌داری همهٔ آزمون‌ها برای اثر درون‌گروهی، بیانگر آن است که بین سه مرحلهٔ اندازه‌گیری در گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد ولی

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
	عامل	۹۰/۳۱	۱	۹۰/۳۱	۱۶/۹۴**	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
درون گروهی	اثر تعاملی	۱۳۲/۶۱	۱	۱۳۲/۶۱	۲۴/۸۸**	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱
افسردگی	خطا	۲۰۲/۵۸	۳۸	۵/۳۳				
بین گروهی	گروه	۷۳/۶۳	۱	۷۳/۶۳	۰/۶۴	۰/۴۲۹	۰/۰۲	۰/۱۲
	خطا	۴۳۸۴/۳۳	۳۸	۱۱۵/۳۸				
نگرش‌های	عامل	۱۲۶/۱۵	۱	۱۲۶/۱۵	۷/۴۶**	۰/۰۱۰	۰/۱۶	۰/۷۶
ناکارآمد	اثر تعاملی	۱۰۱/۲۵	۱	۱۰۱/۲۵	۲/۳۶**	۰/۱۱۳	۰/۰۶	۰/۳۲

خطا	۱۶۳۱/۹۵	۳۸	۴۲/۹۵				
گروه	۱۱۲۸/۵۳	۱	۱۱۲۸/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۰۲	۰/۰۱	۰/۱۰
خطا	۴۳۸۴/۳۳	۳۸	۱۱۵/۳۸				

بین گروهی

نگرش‌های ناکارآمد ۰/۱۶ نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از تغییرات افسردگی و ۰/۱۶ تغییرات نگرش‌های ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در یک گروه ناشی از تأثیر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد است. حال آزمون تعقیبی بانفرونی که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است نشان می‌دهد که این تفاوت مربوط به کدام مرحله است.

با توجه به نتایج جدول ۴ و معنی‌دار بودن عامل‌ها در درون گروهی متغیرهای افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد، وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در سطح ۰/۰۱ F تایید گردید. ولی با عدم معنی‌دار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و گروه گواه برای افسردگی وجود ندارد (۰/۰۵ F). مقدار اندازه اثر برای افسردگی ۰/۴۰ و

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره افسردگی در مراحل سه‌گانه

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۳**	۰/۴۵	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۱۳**	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۰	۰/۳۰	۱/۰۰۰
نگرش‌های ناکارآمد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۵۸**	۱/۱۵	۰/۰۱۱
		پیگیری	۲/۸۰	۱/۴۷	۰/۱۹۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۷	۱/۰۱	۱/۰۰۰

میانگین بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=0/191$) و پس‌آزمون با پیگیری ($p=1/000$) معنادار نیست؛ که نشان می‌دهد هر چند اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی موثر بوده است ولی نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت داشته و اثر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پایدار نبوده است.

کنیم، زمینه‌ای را تغییر داده ایم که فکر مزاحم، (نشانه‌ای افسردگی)، در آن رخ می‌دهد و سپس به مادران کمک کردیم به گونه‌ای عمل کنند که با ارزش‌هایشان منطبق باشد

برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است با تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، حذف قدرت افکار افسرده‌کننده، کاهش نشخوار فکری، به دست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌های مادران دارای کودک بش‌فعال تاثیر گذار باشد و منجر به کاهش افسردگی در مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی گردد.

دومین نتیجه از پژوهش نشان داد که اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی موثر است و می‌تواند نگرش ناکارآمد را کاهش دهد ولی نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت داشته و اثر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پایدار نبوده است. نتایج این یافته همسو با پژوهش‌های شیدایی اقدم و همکاران (۲۸) و داف، لارسن و مک‌هوگ (۲۹) بود.

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین متغیر افسردگی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<0/01$) و پیگیری ($0/01$) معنادار است. اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری ($p<0/01$) معنادار نیست ($p=1/000$)؛ که نشان می‌دهد نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر اجرای برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی پایدار بوده است. تفاوت میانگین متغیر نگرش ناکارآمد بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<0/01$) معنادار است. اما تفاوت

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و نگرش ناکارآمد مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر افسردگی مادران تاثیر معنی‌دار دارد و می‌تواند افسردگی را کاهش دهد؛ همچنین نتیجه آزمون پیگیری نشان داد که این کاهش افسردگی در طول زمان پایدار بوده است.

نتایج این یافته همسو با پژوهش‌های، حیدریان سامانی، سجادیان، حیدری شادهی (۲۴)، سعیدی‌منش و عزیزی (۲۵)، توهیگ و لوین (۲۶) و والسر، گاربت، کارلین، تروکل و ریو (۲۷) بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، در برنامه تدوین شده بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف ما تغییر نشانه‌ها و علامت‌ها نبود، بلکه هدف تغییر رابطه مادران با افکار و احساساتشان بود، به صورتی که دیگر آنها را نشانه‌نبینند. اساس زمینه‌گرایی عملکردی که از مبنای نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، ما به هدف نهایی که همان تغییر افکار و احساسات رنج‌آور از مشکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادار هستند. درواقع ما به جای اینکه صرفاً بر کاهش نشانه‌ها تأکید

فکر (گسلش شناختی) و تمایل و پذیرش افکار ناکارآمد مهارت های اصلی برای برطرف کردن موانع حرکت در جهت ارزش ها و همچنین روشن سازی ارزش های مادران به عنوان منبعی از انگیزش برای تغییر رفتار مادران در جهت مسیر ارزش ها باعث سازگاری بیشتر، کاهش نگرش های ناکارآمد و انعطاف پذیری مادران و کاهش نگرش های ناکارآمد شده است.

مهمترین محدودیت پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی است و همچنین با توجه به این که در این پژوهش از روش خود گزارشی استفاده شده است، ممکن است امکان تحریف پاسخ ها توسط شرکت کننده گان وجود داشته است. از آنجا که عواملی مثل ویژگی های شخصیتی مادران، طبقه اقتصادی اجتماعی آنان و همچنین دوره های آموزشی که ممکن بود قبلاً شرکت کرده باشند به دلیل محدودیت در تعداد نمونه مد نظر قرار نگرفت لذا احتمال اینکه این عوامل نتیجه پژوهش را تحت تاثیر قرار داشته باشند، وجود دارد. پیشنهاد می شود با توجه به محدود بودن جامعه آماری پژوهش حاضر به مادران دارای کودک بیش فعال پیشنهاد می گردد پژوهش حاضر برای دیگر مادران دارای فرزند با مشکلات خاص نیز انجام گردد و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه شوند. پیشنهاد می گردد پژوهشگران آتی جهت جمع آوری اطلاعات علاوه بر پرسشنامه های خود گزارش دهی از مصاحبه، مشاهده جهت جامع تر بودن اطلاعات استفاده کنند. پیشنهاد می گردد در صوت امکان پژوهشگران آتی ویژگی های شخصیتی مادران، وضعیت اقتصادی اجتماعی و دوره های مهارتی که گذرانده اند را در پژوهش خود مد نظر قرار دهند.

در تبیین این یافته می توان گفت بر اساس پژوهش های رافتری-هلمر (۳۰) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور ویژه سه مرحله ی قوانین کلامی، اجتناب تجربه ای و رفتارهای ارزش گذاری شده که بر رفتار والدین تأثیر می گذارد را مورد خطاب قرار می دهد. بنابراین از دیدگاه انعطاف ناپذیری روانشناختی می توان گفت که کم توانی ذهنی کودک به عنوان یک مشکل باعث می شود که مادران سبک پاسخدهی ناکارآمدی (بافت کلامی-کاربردی) نسبت به این مشکل داشته باشند. سبک پاسخدهی افکار ناکارآمد مادران (بافت کلامی) باعث چسبیدن به خود مفهوم سازی شده (بد شانس، چرا بچه ی من؟ من چه گناهی کرده ام؟ دیگران چه فکری در مورد من می کنند؟ و تمرکز بر مشکلات و ایجاد آمیختگی شناختی (باورپذیری افکار منفی و قبول افکار به عنوان واقعیت) و دوری از موقعیت ها، عدم ارتباط با دیگران، نداشتن شادی و تفریح که باعث اجتناب تجربه ای و کاهش اضطراب مادر به صورت موقت می شود. از طرفی تکرار این رفتارها در طولانی مدت باعث محدودیت رفتار مادر و نگرانی و اضطراب او خواهد شد و همچنین عدم توجه آگاهی (آینده نگر یا گذشته نگر شدن ذهن، دنبال علت گشتن در گذشته و اینکه آینده ی کودکشان چه خواهد شد) که باعث ایجاد افکار و احساسات ناخوشایند و افزایش نگرش های ناکارآمد و عدم پذیرش مشکلات خواهد شد. بنابراین با اجرای فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با آموزش مهارت های تمرکززدایی افکار ناکارآمد در مورد گذشته و آینده ی کودک و تمرکز بر زمان حال و مشکلات موجود توسط تمرین های توجه آگاهی و تجربه کردن افکار تنها به عنوان یک

Reference

1. Asherson P. ADHD across the lifespan. *Medicine*, 2017; 44 (11), 683-686.
2. American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
3. Lifford KJ, Harold GT, Thapar A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 36(2):285-96
4. Shahim S, Mehrangiz L, Yousefi F. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Elementary School Children; *Iranian Pediatric Diseases Journal*, 2007; 17 (2): 211-216.
5. Barjis M, Hakimjavadi M, Taher M, Gholamali Lavasani M, Hoseinkhanzadeh A. Comparison of anxiety, hope and meaning of life in mothers of children with autism, deafness and learning disabilities. *Learning Disabilities*, 2014; 3 (1): 6-27.
6. Suwanne P, Patcharee P, Tanita P, Manus S. A depression in mothers of children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2006;51(3):61.

7. Steptoe A, O'Donnell K, Marmot M, Wardle J. Positive affect, psychological well-being, and good sleep. *Journal of psychosomatic research*. 2008 Apr 1;64(4):409-15.
8. Weich S, Churchill R, Lewis G. Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*. 2003 Aug 1;75(3):269-78.
9. Meiser S, Esser G. Interpersonal stress generation—A girl problem? The role of depressive symptoms, dysfunctional attitudes, and gender in early adolescent stress generation. *The Journal of Early Adolescence*. 2019 Jan;39(1):41-66.
10. Davidson GC, Neal JM, Kring AM. Gangguan yang berkaitan dengan penggunaan zat. *Psikologi Abnormal (Edisi 9)*. Jakarta: Raya Grafindo Persada. 2012:497.
11. Thomas EC, Luther L, Zullo L, Beck AT, Grant PM. From neurocognition to community participation in serious mental illness: the intermediary role of dysfunctional attitudes and motivation. *Psychological medicine*. 2017 Apr;47(5):822-36.
12. Josefsson T, Ivarsson A, Gustafsson H, Stenling A, Lindwall M, Tornberg R, Böröy J. Effects of mindfulness-acceptance-commitment (MAC) on sport-specific dispositional mindfulness, emotion regulation, and self-rated athletic performance in a multiple-sport population: an RCT study. *Mindfulness*. 2019 Aug 15;10(8):1518-29.
13. Hayes S C. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 2019; 18(2): 226-227.
14. Juarascio AS, Forman EM, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior modification*. 2010 Mar;34(2):175-90.
15. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior modification*. 2011 May;35(3):265-83.
16. Dymond S, Dunsmoor JE, Vervliet B, Roche B, Hermans D. Fear generalization in humans: systematic review and implications for anxiety disorder research. *Behavior therapy*. 2015 Sep 1;46(5):561-82.
17. Kanter JW, Manos RC, Bowe WM, Baruch DE, Busch AM, Rusch LC. What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*. 2010 Aug 1;30(6):608-20.
18. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002 Oct;70(5):1129.
19. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology*. 2003 Dec;88(6):1057.
20. Keogh E, Bond FW, Hanmer R, Tilston J. Comparing acceptance- and control- based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*. 2005 Oct;9(5):591-.
21. Pimentel MJ, Vieira-Santos S, Santos V, Vale MC. Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2011 Mar 1;3(1):61-8.
22. Ebrahimi A, Moosavi S G. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale -26 items : factor structure, reliability and validity in Psychiatric outpatients.. *sjimu*. 2013; 21 (5) :20-28
23. Beck A T, Steer R A, Brown G K. Beck depression inventory-II. San Antonio, 1996; 78(2): 490-498.
24. Heidarian A, Sajjadian I, Heidari S. Effectiveness of group-base acceptance and commitment therapy on mindfulness and acceptance in mothers of children with autism spectrum disorders. *mejds*. 2017; 7 :28-28.
25. Saeedmanesh M, azizi M. The Effectiveness of Intervention of Treatment Based on Acceptance-Commitment Therapy on the Rate of Parent,s Acceptance of Autistic Children and Their Denial-Defense Mechanism. *mejds*. 2017; 7 :47-47
26. Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.
27. Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behaviour research and therapy*, 74, 25-31.
28. SheydaeiMoghaddam Sh, Shamsedini S, Abbasi S, Yousefi S, Abdollahi S, Moradijou M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to reducing anxiety and dysfunctional attitudes in patients with M.S. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2015; 9 (34): 57-66.
29. Duff H, Larsson A, and McHugh L. Evaluations of selfreferential thoughts and their association with components of Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016; 5(1): 39- 47.
30. Raftery-Helmer J N, and Moore P S. Promise of Acceptance and Commitment Therapy(ACT). *Journal.of Contextual Behavioral Science*, 2016; 5(1): 64-69.

*Original Article***The Effectiveness of Acceptance and Commitment Training on Depression and Malfunctioned Attitude of Mothers with Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder**

Received: 04/05/2020 - Accepted: 26/09/2020

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

¹ Department of counselling, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

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

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

* Department of psychology, Allameh Tabatabaei university, Tehran, Iran

Email: dr_sharifidaramadi@yahoo.com

Abstract

Introduction: Research has shown the presence of depression and dysfunctional attitudes among mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder; acceptance and commitment training has been neglected in depression and dysfunctional attitudes, despite its effectiveness on various variables. The purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment based education program on depression and dysfunctional attitude of mothers with children with attention deficit / hyperactivity disorder.

Method: This study was a quasi-experimental and pre-test and post-test design with control and follow-up group. The statistical population of this study consisted of all mothers of children with ADHD. Out of this population, 40 were selected as available and randomly assigned to two experimental and control groups. The Depression Questionnaire (Beck, 1996) and dysfunctional attitudes (Weisman, 1978) were distributed among the study groups, eight sessions of acceptance and commitment based training were administered to the experimental group, and then post-test was administered. The findings were finally analyzed using SPSS software version 23 and repeated measurement test.

Results: The results of repeated measures and post hoc tests showed that acceptance and commitment based education was effective in reducing depression and dysfunctional attitude of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder and the effect of educational program was sustained over time ($p \leq 0/005$).

Conclusion: Acceptance and commitment education affects the depression and dysfunctional attitudes of mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder, so counselors and psychologists can benefit from this approach for mothers with specific children.

Keywords: Acceptance and Commitment Training, Depression, Dysfunctional attitudes, Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

conflict of interest: There is no conflict of interest.