Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 35, No. 3, Autumn 2025 ORIGINAL ARTICLE

The effectiveness of group acceptance and commitment therapy training for mothers on reducing externalizing disorder symptoms in their children

Hadi Pordel[1], Mohammad Ebrahim Maddahi[2], Leila Heydari Nasab[3], Ruhollah Abbasi[2]
[1] PhD Student in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran
[3] Associate Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran

Abstract

Background: Externalizing disorders in children are common issues that can lead to serious problems in their social and academic relationships. Acceptance and commitment therapy (ACT), as a modern psychotherapeutic approach, can help reduce behavioral problems in children. The aim of this study was to examine the effectiveness of group ACT training for mothers in reducing externalizing disorders in their children.
Materials and methods: This study was conducted using a semi-experimental design with a pre-test-post-test control group and a one-month follow-up period. The statistical population included all mothers of children with externalizing behavioral disorders in the elementary schools of Qom City during the academic year 2023-2024. From this population, 30 mothers were selected using purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (15 in each group). The experimental group participated in 8 sessions of group acceptance and commitment therapy training. Assessments were conducted using the child behavior checklist (CBCL) parent version, before and after the intervention and at the follow-up stage. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and repeated measures analysis of variance with SPSS22 software.
Results: The results indicated that group ACT training for mothers had a significant impact on reducing externalizing disorders in their children ($P<0.01$).
Conclusion: These findings suggest that group ACT training can be introduced and implemented as an effective approach in parent education.
Keywords: *Training, Acceptance and commitment therapy, Mothers, Externalizing disorders, Children.*

Cited as: Pordel H, Maddahi ME, Heydari Nasab L, Abbasi R. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy training for mothers on reducing externalizing disorder symptoms in their children. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(3): **334-345.**

Correspondence to: Mohammad Ebrahim Maddahi
Tel: *+98 2151213560*
E-mail: memadahi@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0002-6692-0833
Received: 13 Nov 2024; **Accepted:** 18 Jan 2025

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۵، شماره ۳، پاییز۱۴۰۴، صفحات ۳۳۴ تا ۳۴۵

Original Article

بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی در کودکان آنها

هادی پردل [۱]، محمد ابراهیم مداحی [۲]، لیلا حیدری نسب [۳]، روح اله عباسی [۲]

[۱] دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی،دانشگاه شاهد، تهران، ایران
[۲] استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
[۳] دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *اختلالات برونی‌سازی در کودکان، از جمله مشکلات شایعی هستند که می‌توانند به مشکلات جدی در روابط اجتماعی و تحصیلی آن‌ها منجر شوند.درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)به‌عنوان یک رویکرد روان‌درمانی مدرن می‌تواند به کاهش مشکلات رفتاری کودکان کمک کند. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش گروهی ACTبه مادران بر کاهش اختلالات برونی‌سازی در کودکان آن‌ها بود.*

روش بررسی: *این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک‌ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی در مقطع ابتدایی شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. از این جامعه، ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. ارزیابی‌ها با استفاده از سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) نسخه والدین، قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS22 تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *یافته‌ها نشان دادند که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران تأثیر معنی‌داری بر کاهش اختلالات برونی‌سازی در کودکان آن‌ها دارد ($p <$ ۰/۰۱).*

نتیجه‌گیری: *نتایج حاکی از آن است که آموزش گروهی ACT می‌تواند به‌عنوان یکی از رویکردهای موثر در آموزش والدین معرفی و اجرا شود.*

واژگان کلیدی: *آموزش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ، مادران، اختلالات برونی سازی، کودکان.*

مقدمه

در سال‌های اخیر توجه به مسائل و مشکلات رفتاری کودکان به عنوان یکی از موضوع‌های عمده روانپزشکی و روانشناسی به دلیل مشکلات پیش آمده، مانند کووید ۱۹ افزایش یافته است. مشکلات رفتاری کودکان، از موضوع‌های اساسی روانشناسی و روانپزشکی در سال‌های اخیر است. از آنجا که قسمت عمده‌ای از جمعیت هر جامعه را کودکان تشکیل می‌دهند، توجه به این موضوع بسیار مهم است (۱). طبقه بندی مشکلات دوران کودکی در قالب مشکلات برونی‌سازی (رفتارهای ناسازگارانه – بزهکاری و پرخاشگری) و اختلالات درونی‌سازی (کناره‌گیری، شکایات جسمی، اضطراب و افسردگی)، که یک تمایز نوع‌شناختی از اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان را تشکیل می‌دهند، از پرکاربردترین و گسترده‌ترین طبقه بندی اختلال-های دوران کودکی است (۲). اختلالات درونی سازی به اختلالاتی اشاره دارند که بیشتر به طرف خود معطوف است تا

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه شاهد، گروه روانشناسی، محمد ابراهیم مداحی
(email: memadahi@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-0002-6692-0833
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۸/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹

دیگران. این اختلالات مواردی نظیر افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری، هراس، نگرانی، خیال پردازی و... را شامل می‌شوند. اختلالات برونی‌سازی شامل مشکلات رفتاری و پرخاشگری، رفتارهای ناهنجار و به اندازه کافی تنظیم نشده‌ای از نوع ضد اجتماعی یا مخالفت‌جویانه، یا رفتارهایی است که در چارچوب هنجارهای پذیرفته شده اجتماعی قرار نمی‌گیرند. این‌ها همه شامل بیرونی‌سازی مشکلات درونی تجربه شده توسط فرد هستند. علائم اصلی اختلالات برونی‌سازی شامل مظاهر مختلف پرخاشگری، مخالفت با محیط اطراف، تکانشگری، تخریب‌گری و ضد اجتماعی بودن است. ظهور آنها در کودکی و نوجوانی پیش‌بینی‌کننده مهمی برای رفتارهای جنایی مزمن در بزرگسالی است (۳). رفتارهای مشکل‌ساز برونی‌سازی مانند پرخاشگری، آسیب رساندن به اموال، یا دزدی از مشکلات سازگاری رایج در کودکی هستند و قابل‌اعتمادترین پیش‌بینی‌کننده مشکلات سلامت روان در بزرگسالی هستند (۴). در زمینه سبب‌شناسی اختلالات برونی‌سازی، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این اختلالات نتیجه تعامل پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی هستند که به عنوان عوامل زمینه‌ساز، پایدارکننده و تسریع‌کننده در بروز و تداوم این مشکلات نقش ایفا می‌کنند (۵).به نظر می‌رسد که با وجود اهمیت عوامل زیستی، ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌ها و بیماری‌های جسمانی دوران پیش از تولد و اوایل کودکی، مشکلات سلامت روانی مادران نیز نقشی بسیار اساسی در بروز، تداوم و تشدید نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی ایفا می‌کند. این مشکلات می‌توانند منجر به اتخاذ سبک‌های تربیتی ناکارآمد و ایجاد فضای ارتباطی منفی میان والدین و فرزندان شوند. علاوه بر این، منفی‌گرایی بیش از حد مادرانه و ضعف در مهارت‌های اجتماعی نیز از جمله عواملی هستند که تأثیرات منفی بیشتری بر رفتارهای برونی‌سازی‌شده کودکان دارند (۶).

مادرانی که با مشکلات سلامت روانی مانند اضطراب، افسردگی و استرس روبه‌رو هستند، اغلب توانایی مقابله با چالش‌های فرزندپروری را از دست می‌دهند، و این می‌تواند به تنظیم‌نشدن هیجانات و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد فرزندپروری منجر شود، مانند سخت‌گیری بیش از حد یا بی‌تفاوتی در مقابل رفتارهای کودک. این الگوهای رفتاری می‌توانند به افزایش رفتارهای پرخاشگرانه، نافرمانی و نقص در کنترل هیجانات در کودکان منجر شوند (۷).

بررسی‌ها نشان می‌دهند مادرانی که با اضطراب یا افسردگی مزمن مواجه‌اند، توانایی کمتری در مدیریت هیجانات کودکان خود دارند و این ناتوانی به ایجاد مشکلات رفتاری برونی‌سازی در کودکان کمک می‌کند. به‌طور خاص، مداخلاتی که بر بهبود سلامت روانی و جسمانی مادران تمرکز دارند، می‌توانند با تقویت تعاملات مثبت والد-کودک، به کاهش نشانه‌های پرخاشگری و اختلال در تنظیم تکانه در کودکان کمک کنند (۸) .همچنین، آموزش‌های فرزندپروری به شیوه‌های مؤثرتر می‌تواند کیفیت ارتباط میان والدین و کودکان را افزایش داده و تأثیرات مثبتی بر کاهش اختلالات رفتاری داشته باشد. شواهد نشان می‌دهند که این آموزش‌ها، به ویژه در مادرانی که با مشکلات روانی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، از عوامل کلیدی در پیش‌بینی موفقیت درمان اختلالات رفتاری کودکان محسوب می‌شوند (۹).

با افزایش آگاهی و حساسیت جامعه و متخصصان بهداشت روان نسبت به اختلالات برونی‌سازی و پیامدهای مخرب و بلندمدت آن‌ها برای کودکان، خانواده‌ها و جامعه، مسئولان تعلیم و تربیت توجه بیشتری به درمان و پیشگیری از این اختلالات نشان داده‌اند. برنامه‌های تدوین‌شده برای پیشگیری زودهنگام بر این اصل تأکید دارند که تأثیرگذاری هرچه بیشتر این مداخلات به حضور والدین در فرایند مداخله بستگی دارد. از یک سو، کودک به شدت تحت تأثیر محیط خانوادگی قرار دارد و از سوی دیگر، مداخله مستقیم بر روی خود کودکان با چالش‌های زیادی روبروست و در برخی موارد نیز ممکن است عملی نباشد (۱۰). بنابراین، یکی از راه‌های مؤثر برای پیشگیری از این مشکلات، مداخله بر روی والدین، به‌ویژه مادران، به حساب می‌آید. در رابطه با والدین دارای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری مداخلات گوناگونی انجام شده است. در این راستا اونیشی و همکارانش (Onyishi et al ،۲۰۲۳)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری مانند بیش فعالی پرداختند. بررسی‌های انجام شده حاکی از پایین بودن سلامت روان در والدین داشت. بر اساس نتایج پس آزمون مشخص شد مداخلات روانشناختی موجب کاهش پریشانی روانشناختی والدین و نیز کاهش اختلالات رفتاری کودکان آنها می‌شود (۱۱). عبدالله‌زاده و همکارانش (۲۰۲۴) در پژوهش خود نشان داده‌اند که مداخلات خانواده‌محور با تمرکز بر نقش مادر در بهبود علائم رفتاری کودکان دارای اختلالات برونی‌سازی تأثیرگذار بوده است (۱۲).

یکی از روش‌های درمانی که ممکن است در این خصوص تاثیر داشته باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy)است. این درمان،

یک درمان شناختی- رفتاری زمینه ای است. طبق چندین فراتحلیل، درمانی مؤثر برای طیف گسترده‌ای از شرایط روانی، از جمله افسردگی، استرس، اضطراب و اختلالات روانشناختی کودکان است (۱۶-۱۳).

مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند به کاهش مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، مانند خشم، تحریک‌پذیری و پرخاشگری، در کودکان، نوجوانان و جوانان کمک کند. به عنوان مثال، بر اساس مطالعه‌ای سیستماتیک توسط بایرن و کالن (۲۰۲۴، Byrne & Cullen)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش مهارت‌های پذیرش احساسات منفی و تأکید بر ارزش‌های فردی، به افراد در مدیریت بهتر واکنش‌های پرخاشگرانه و کنترل رفتارهای منفی کمک می‌کند. این مداخله منجر به بهبود روابط اجتماعی و کاهش رفتارهای مخرب در کودکان و نوجوانان می‌شود (۱۷). همچنین بایرن و همکارانش (۲۰۲۱) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند در کاهش استرس و بهبود کیفیت فرزندپروری والدین موثر باشد. این مطالعه نشان داد که ACT به والدین کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌های فرزندپروری، انعطاف‌پذیری بیشتری نشان دهند و بهبود قابل‌توجهی در رابطه با فرزندان خود تجربه کنند (۱۸).

ماوغان و همکارانش (۲۰۲۴، Maughan et al)در تحقیقی به بررسی پیامدهای والدین، فرزند و خانواده به دنبال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای والدین کودکان اوتیستیک پرداختند. نتایج تحقیق آنها نشان داد که این درمان تاثیر مثبتی بر بهبود افسردگی، پریشانی روانشناختی، احساسات مثبت و بهبود برخی از جنبه های سلامت روان والدین این گروه از کودکان دارد که این بهبودها در دروه پیگیری ۴ ماهه هم ادامه داشته است (۱۹). حسن الام و همکارنش (۲۰۲۳، Hasan Alam et al) در تحقیقی بر مادران کودکان فلج مغزی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای مؤثر در کاهش سطح استرس و اضطراب آینده و بهبود کیفیت زندگی این مادران است (۲۰). لی و همکارانش (۲۰۲۳، Li et al) در مروری نظام مند و فرا تحلیلی به بررسی اثربخشی مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روان‌شناختی والدین کودکان با نیازهای ویژه مراقبت‌های بهداشتی پرداختند. نتایج این تحقیق، تأثیرات مثبت مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی‌های ذهن‌آگاهی و اعتماد به‌نفس/خودکارآمدی در والدین کودکان با نیازهای مراقبت بهداشتی ویژه را نشان می‌دهد (۲۱). والدین در شرایط دشواری که هیجان‌های شدیدی در ارتباط با کودک خود تجربه می‌کنند، علی رغم آگاه بودن از روش برخورد درست با این کودکان به روش‌های رفتاری اشتباه و ناکارآمد قبلی خود مراجعه می‌کنند و این باعث می‌شود در والدین بی نظمی هیجانی ایجاد شود که این بی نظمی هیجانی توانمندی والدین برای به کارگیری روش های درست برخورد با این کودکان را مختل می کند . این در حالی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گفته می‌شود که تعامل آشفته والد فرزند و فرزند پروری ناکارآمد فقط به دلیل نداشتن مهارت و دانش کافی والدین برای فرزند پروری نیست، بلکه فشار روانی، و دیگر مسائل روانشناختی والدین مانند عدم توانایی تنظیم هیجان، انعطاف ناپذیری، عدم پذیرش تجربیات ناخوشایند، تنیدگی، فشار روانی، و غیره ، در بروز مشکلات رفتاری کودکان سهم مهمی دارد (۲۲). آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران می‌تواند سبب نگریستن به جنبه‌های مثبت قضایا و مشکلات بین فردی، ارتباطات صمیمی بیشتری با کودک، اعضای خانواده و سایر افراد شود (۲۳).

با توجه به روند فزاینده اختلالات رفتاری در کودکان و مشکلات ناشی از این اختلالات برای کودکان و والدین آنها، و با توجه به اینکه اکثر مداخلات موجود بیشتر بر آموزش روش‌های صحیح رفتاری در ارتباط با کودک تمرکز دارند و کمتر به افکار، ارزش‌ها، باورها و احساسات والدین، به‌ویژه احساس خودانتقادی و فشارهای روانی آنها توجه می‌شود (۲۴)، همچنین اکثر مطالعات انجام شده بیشتر به مشکلات اجتماعی و تحصیلی کودکان پرداخته‌اند و کمتر به مسائل روانی والدین توجه داشته‌اند. در این راستا، طبق نظر بارکلی (۲۰۲۰، Barkley)، خط مقدم درمان این کودکان باید آموزش والدین، به‌ویژه مادران آنها باشد (۲۵). نوآوری اصلی این پژوهش در استفاده از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برای مادران است، در حالی که بیشتر مطالعات پیشین بر درمان فردی کودکان یا دیگر اعضای خانواده متمرکز بوده‌اند. این پژوهش همچنین به جای تمرکز بر کاهش نشانه‌های اختلالات در کودکان، به بهبود وضعیت روانی مادران و کاهش فشارهای روانی آنها پرداخته است. این رویکرد، به‌ویژه در جامعه ایرانی که نیاز به مداخلات گروهی و فرهنگی خاص دارد، اهمیت زیادی دارد. در فرهنگ ایرانی، نقش مادران در مدیریت رفتار و سلامت روانی کودکان بسیار پررنگ است، بنابراین بهبود وضعیت روانی مادران می‌تواند تأثیر مستقیمی بر روابط والدین و کودکان و کاهش مشکلات

رفتاری آنها داشته باشد. از سوی دیگر، استفاده از مدل ACT به‌طور خاص برای مادران در این زمینه و به‌طور کلی در درمان گروهی، نوآورانه است و می‌تواند راه‌حل‌های جدیدی برای روانشناسان و مشاوران خانواده در ایران فراهم کند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی در کودکان مادران آنها انجام شد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری برونی‌سازی در مقطع ابتدایی آموزش و پرورش شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۳- ۱۴۰۲ بود.

روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و در دسترس اجرا شد. در ابتدا، فراخوانی با محتوای اهداف پژوهش و ملاک‌های ورود و خروج، تدوین و برای اعلان عمومی در کانال‌های اطلاع‌رسانی ۲۵ مدرسه ابتدایی پسرانه و دخترانه ناحیه یک شهر قم بارگذاری شد. از بین ۲۰۰ نفر که به‌طور مقدماتی (حضوری یا از طریق تماس تلفنی) برای کسب اطلاعات بیشتر (طی بازه زمانی حدود یک ماه) به پژوهشگر مراجعه کردند، ۹۰ مادر موافقت و داوطلبی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. لازم به ذکر است که سطح تحصیلات مادران حداقل دیپلم در نظر گرفته شد و آن‌ها به پرسشنامه‌های غربالگری مربوطه پاسخ دادند.

پس از غربالگری، مادرانی که فرزندان آن‌ها نمره‌های بالای ۶۳ در سیاهه رفتاری کودک داشتند، انتخاب شدند. سپس، با انجام مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر، مادرانی که نمره بالای ۲۳ در مقیاس سلامت عمومی کسب کرده بودند، در جلسه‌ای برای بررسی نهایی شرایط شرکت‌کنندگان، اختلال‌های همبود، ملاک‌های ورود و خروج، و انگیزه و امکان حضور منظم آن‌ها در جلسات (برای جلوگیری از افت و ریزش شرکت‌کنندگان) مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت، از این بین ۳۰ مادر که با آگاهی کامل از شرایط و گزینه‌های آموزشی و مداخله‌ای، تمایل و آمادگی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده و فرم کتبی رضایت آگاهانه را تکمیل کردند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. لازم به ذکر است که حداقل حجم نمونه پیشنهادی برای چنین مطالعاتی در کتب آماری، تعداد نمونه ۱۵ نفر معرفی شده است (۲۶).

گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه، آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکارانش (۲۰۱۱) را در یکی از مدارس ابتدایی ناحیه یک قم دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. ملاک‌های ورود شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه، توانایی حضور منظم در جلسات آموزشی، حداقل سواد دیپلم برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، بازه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن فرزندی با تشخیص اختلالات رفتاری برونی‌سازی شده در مقطع ابتدایی، داشتن نمره بالای ۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی، عدم مراجعه به روانپزشک یا عدم مصرف داروهای روانپزشکی به‌طور منظم (بنا بر خود اظهاری) و زندگی کردن به همراه همسر بودند. ملاک‌های خروج شامل شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی، عدم تمایل به شرکت در طول برنامه و غیبت متوالی دو جلسه بودند.

در پایان، بعد از انجام جلسات آموزشی و سپری شدن یک ماه، از هر دو گروه پس‌آزمون دریافت شد و داده‌های جمع‌آوری‌شده با آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS 22 تحلیل شدند.

ابزار سنجش

در این پژوهش از ابزارهای به شرح زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی:

این پرسشنامه حاوی اطلاعاتی همچون سن، جنسیت، سطح تحصیلات و سطح درآمد یود.

ب) سیاهه رفتاری کودک

سیاهه رفتاری کودک در سال ۱۹۹۱ توسط آخنباخ (Child Behavior Checklis) ساخته شده است. این سیاهه به ارزیابی مشکلات عاطفی و رفتاری، همچنین قابلیت ها و مهارت های اجتماعی و تحصیلی کودکان ۶ تا ۱۸ سال از دیدگاه والدین می‌پردازد و تکمیل آن حدود ۲۰ تا ۲۵ دقیقه زمان می‌برد (مینائی، ۱۳۸۴). پاسخ به سوالات سیاهه رفتاری کودک آخنباخ به صورت یک مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ است. بدین ترتیب که در این ارزیابی، نمره "۰" به رفتارهایی که هرگز در کودک دیده نمی‌شوند اختصاص می‌یابد؛ نمره "۱" به رفتارهایی که گاهی اوقات مشاهده می‌شوند و نمره "۲" به رفتارهایی که اغلب یا همیشه در کودک وجود دارند داده می‌شود.آخنباخ (۱۹۹۱) بیان می‌کند که در تفسیر نمرات آزمون‌های مشکلات رفتاری، اگر نمره T فرد در مقیاس‌های

جدول۱. خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	فعالیت‌ها
اول	آشنایی و برقراری رابطه اولیه درمانی، ارائه توضیحاتی در مورد متغیرهای پژوهش، گفتگو درباره هدف از تشکیل جلسات، نقش و اهمیت آن، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، صحبت در مورد شناسایی ذهن(فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات)، دادن تکلیف
دوم	مرور جلسه قبل، مرور تکالیف، شروع با تمرین ذهن آگاهی،کشف و بررسی روش‌های درمانی فرد و ارزیابی تاثیر آنها، بحث درباره موقتی بودن و کم اثر بودن آنها (ایجاد درماندگی خلاق). شناسایی هزینه تلاش‌هایی که برای تغییر احساسات و افکار منفی ایجاد شده است. دریافت بازخورد و تعیین تکالیف خانگی: تمام کارهایی که مراجع برای از بین بردن رویدادهای درونی خود، افکار، احساسات، علائم جسمی و ... انجام می‌دهد.
سوم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی،کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها، معرفی کنترل به عنوان مسئله؛کنترل خود مسئله است نه راه حل؛ پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها، دریافت بازخورد و تعیین تکالیف خانگی: تمام کارهایی که مراجع به عنوان کنترل به کار می‌برد را شناسایی کند.
چهارم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی،مطرح کردن پذیرش/تمایل تجربه‌ای به عنوان جایگزینی برای کنترل،کاوش هم آمیزی شناختی و کشف موانع تمایل،توضیح رنج پاک و رنج ناپاک، دریافت بازخورد و تعیین تکالیف خانگی: تکلیف تمایل بدین منظور که به جای کم کردن درجه رویدادهای درونی یعنی افکار، هیجان و... درجه تمایل/ پذیرش خود را نسبت به آنها بالا ببرد.
پنجم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، مطرح کردن هم آمیزی شناختی و ایجاد تغییر در قواعد زبانی،استفاده از استعاره صفحه شطرنج برای نشان دادن اینکه افکار، احساسات، خاطرات و علائم بدنی نباید به عنوان واقعیت تلقی شوند و گسلش یعنی مراجع خود را به عنوان صفحه‌ای بداند که فقط وظیفه نگه داشتن رویدادهای درونی را دارد نه جنگیدن با افکار، احساسات و ... دریافت بازخورد تعیین تکلیف خانگی: ناهم آمیزی شناختی
ششم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، ارتباط با زمان حال، توضیح مفهوم خودها و مفاهیم نقش و زمینه ،مشاهده خویشتن به عنوان زمینه و برقراری تماس با خود به جای خود مفهوم سازی شده. یعنی مراجع بتواند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کند و قادر به جدا کردن خود از واکنش، خاطرات و افکار ناخوشایند شود. آموزش پذیرش رویدادهای درونی و توضیح در مورد پرهیز از تجربه دردناک و تمرکز به عنوان راهبردهای بی‌فایده در برخورد با مسائل با استعاره، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف خود به عنوان مشاهده گر.
هفتم	مرور محتوا و تمرین جلسه قبل، شروع با تمرین ذهن آگاهی، کمک به مراجعه برای شناسایی ارزش‌هایش و تفاوت آن با اهداف،کشف زندگی ارزشمند،بسط ارزش‌ها و اهداف،نوشتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و بررسی موانع و آموزش تعهد به عمل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف: فرم ارزش‌ها.
هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات پیشین، برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند، ارائه راه‌بردهایی برای به‌کارگیری و حفظ این روش درمانی در زندگی روزمره و در نهایت جمع‌بندی و اجرای پس از آزمون

مشکلات برونی‌سازی شده و مشکلات کلی کمتر از ۶۰ باشد، در محدوده نرمال یا غیربالینی است. نمرات T بین ۶۰ تا ۶۳ در محدوده مرزی-بالینی و نمرات بالای ۶۳ در محدوده بالینی قرار می‌گیرند. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های سیاهه رفتاری کودک آخنباخ با آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند که این فرم‌ها دارای روایی محتوایی، ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی کودک و همبستگی با مقیاس۴ -CSI)، و سازه‌ای (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) مطلوبی هستند. این سیاهه برای نخستین بار در ایران توسط تهرانی‌دوست و همکاران در سال ۱۳۸۱ ترجمه و هنجاریابی شد. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) ضرایب همسانی درونی با آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و پایایی زمانی با روش آزمون-بازآزمون بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شده است. توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز در دامنه ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ قرار داشته است. به طور کلی، در تحقیق مینایی (۱۳۸۵) نتیجه گیری شده است که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است و می‌توان با اطمینان برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله از آن استفاده کرد. یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در مورد اعتبار سازه، همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری- هیجانی با نمره کلی این بخش در سه

نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۸-۰/۶۲، ۰/۹۱-۰/۴۴ و ۰/۸۵-۰/۵۱ و همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مهارت‌ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۲-۰/۲۴، ۰/۹۳-۰/۷۷ و ۰/۸۷-۰/۶۴ گزارش شده است (۲۷). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ بود.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس کتاب آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تالیف وستراپ و ام رایت و ترجمه روغنچی و همکارانش (۱۴۰۲) است که طی هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه ای اجرا می‌شود (۲۸). خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ گزارش شده است.

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و سپس شاخص‌های مربوط به آمار توصیفی متغیر وابسته پژوهش ارائه می‌شوند. در ادامه، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس نمرات سیاهه رفتاری کودک، ارائه خواهد شد.شایان ذکر است که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ آورده شده است. تحلیل آماری برای بررسی همگنی دو گروه انجام شد (جدول ۲) و نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در متغیرهای سن، تحصیلات و وضعیت شغلی بین دو گروه آزمایشی و کنترل قبل از مداخله وجود ندارد (P>۰/۰۵).

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

	گروه آزمایش	گروه کنترل	مقدار آماره	سطح معنی‌داری
سن	۳۵/۸۱ ± ۲/۳۶ *	۳۵/۴۶ ± ۲/۵۲	t =۰/۷۸	۰/۴۴
تحصیلات	۰/۷۰ **	۰/۷۲	χ2=۱/۳۴	۰/۲۵
وضعیت شغلی	۰/۷۰	۰/۶۸	χ2=۰/۷۴	۰/۳۲

* میانگین ± انحراف استاندارد؛ **درصد

در جدول ۳، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمره سیاهه رفتاری کودک برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) آورده شده است. همان طور که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نسبت به گروه آزمایش نشان نمی‌دهد؛ ولی در گروه آزمایش، کاهش نمرات در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون در متغیر پژوهش مشاهده می‌شود.

جدول۳. شاخص های توصیفی نمرات آزمودنی های دو گروه در متغیر پژوهش

گروه		میانگین	انحراف معیار
آزمایش	اختلال برونی سازی-پیش آزمون	۳۳/۸۵	۴/۱۰
	اختلال برونی سازی-پس آزمون	۲۶/۸۹	۴/۶۷
	اختلال برونی سازی -پیگیری	۲۶/۷۵	۴/۸۵
کنترل	اختلال برونی سازی-پیش آزمون	۳۳/۱۷	۳/۵۷
	اختلال برونی سازی-پس آزمون	۳۳/۲۶	۲/۹۷
	اختلال برونی سازی- پیگیری	۳۳/۳۰	۲/۷۰

پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. اولین پیش‌فرض، نرمال بودن داده‌های متغیر وابسته بود. برای بررسی این پیش‌فرض، از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که برای متغیر پژوهش، در هیچ‌یک از مراحل سنجش، این آزمون معنی‌دار نبود که به معنای رعایت این پیش‌فرض است (p<۰/۰۵). همچنین، برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد که متغیر پژوهش معنی‌دار نیست و بنابراین پیش‌فرض همگنی خطای ماتریس واریانس‌ها رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس نشان می‌دهد که فرض یکسانی ماتریس‌های کوواریانس برقرار است (P>۰/۰۱). با توجه به برقراری مفروضات لازم برای استفاده از تحلیل واریانس، به منظور بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر کاهش اختلالات برونی سازی کودکان آنها، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اختلالات برونی سازی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری ندارد (p <۰/۰۱). با این حال، اثر تعامل زمان و گروه بر متغیر اختلالات برونی سازی معنی‌دار است (p <۰/۰۱) . به بیان دیگر، میانگین نمرات اختلالات برونی سازی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معنی‌داری کمتر از نمرات گروه کنترل است. همچنین، نتایج اثر اصلی زمان نشان

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر وابسته	منبع اثر	SS	df	MS	F	Sig.	2_n
اختلالات برونی سازی	زمان	۳۸۶۷/۷۴۹	۲	۱۹۳۳/۸۷۵	۹۶/۱۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴
	زمان*گروه	۱۶۵۵/۷۴۱	۲	۸۲۷/۸۷۰	۴۱/۱۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	خطا (زمان)	۱۱۲۶/۴۸۵	۵۶	۲۰/۱۱۶			

می‌دهد که نمرات اختلالات برونی سازی افراد گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری به طور معنی‌داری کاهش یافته است ($p <$ ۰/۰۱) . مجدور اتا ۰/۷۷۴ هم بیانگر این است که ۷۷ درصد از تغییرات واریانس در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری ناشی از تأثیرآموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای تعیین تأثیر مداخله بر متغیر اختلالات برونی سازی

مراحل	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون-پس آزمون	*۱۵/۵۲۱	۱/۱۷۱	۰/۰۰۱
پیش آزمون-پیگیری	*۱۱/۳۲۵	۱/۰۷۴	۰/۰۰۱
پس آزمون- پیگیری	*-۴/۱۹۷	۱/۲۲۴	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی توکی (جدول ۵) نیز تفاوت‌های معنی-داری را بین مراحل مختلف (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نشان می‌دهد. به‌ویژه، تفاوت‌های معنی‌داری بین پیش آزمون و پس آزمون، و همچنین بین مراحل پیگیری و پیش آزمون وجود دارد که تأثیر مثبت مرحله پس آزمون و پیگیری بر اختلالات برونی سازی را تأیید می‌کند. به طور کلی، نتایج نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار مراحل پس آزمون و پیگیری بر اختلالات برونی سازی است.

بحث

در پژوهش حاضر، هدف اصلی بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی در کودکان بود. نتایج نشان داد که این نوع آموزش تأثیر معناداری بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی در کودکان داشته است. به این معنی که آموزش گروهی ACT توانسته است نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی کودکان را کاهش دهد. اگرچه پژوهشی که دقیقاً به بررسی اثرات این نوع درمان بر کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی در کودکان پرداخته باشد، یافت نشد، اما اثربخشی این روش در نمونه‌های مشابه تأیید شده و نتایج این مطالعه با پژوهش‌های پیشین همسو است (۱۷، ۱۹، ۳۱-۲۹).

در این راستا، بایرن و همکارانش (Byrne et al، ۲۰۲۱) در یک مرور سیستماتیک از استفاده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)در حمایت از والدین نشان داده‌اند که مداخلات ACT برای والدین می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت روانی والدین و کودکان داشته باشد (۱۸). این مرور تأکید کرده است که ACTمی‌تواند استرس والدین را کاهش دهد و توانایی تنظیم هیجانی آنان را تقویت کند که به‌طور غیرمستقیم به کاهش اختلالات برونی‌سازی در کودکان کمک می‌کند این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر هم‌راستا است، جایی که ACT به کاهش پریشانی روانی مادران و بهبود تعاملات والد-فرزند منجر شد و در نتیجه به کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی در کودکان انجامید.

علاوه بر این، مطالعه‌ای توسط هولمبرگ برگمن و همکاران (Holmberg Bergman et al، ۲۰۲۳) نشان داد که مداخلات گروهی ACT برای والدین کودکان با ناتوانی‌ها منجر به بهبود معنی‌دار در بهزیستی والدین شد. نتایج این تحقیق تأیید کرد که آموزش ACT می‌تواند به والدین در مدیریت استرس و بهبود سلامت روان کمک کند (۱۵). این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو است، زیرا هر دو مطالعه نشان می‌دهند که مداخلات ACT می‌توانند با کاهش استرس والدین و بهبود تعاملات والد-کودک، به‌طور غیرمستقیم در کاهش مشکلات رفتاری کودکان نقش داشته باشند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به مادران کمک می‌کند تا از تعارضات درونی که ناشی از انتظارات نادرست یا افکار منفی درباره فرزندانشان است، فاصله بگیرند. این فرایند شبیه به استعاره «تماشای افکار از روی برگ‌های رودخانه» است؛ مادران می‌آموزند که افکار منفی و قضاوت‌ها را به جای درگیر شدن با آنها، مشاهده کنند و بگذارند مانند برگ‌هایی که بر روی جریان رودخانه حرکت می‌کنند، عبور کنند. با این شیوه، مادران می‌توانند با پذیرش بیشتری با فرزندانشان تعامل کنند. این تعاملات مثبت، همچون کاشت بذرهایی در خاک حاصلخیز ارزش‌های

والدگری (مانند عشق و حمایت) است که در طول زمان به شکوفایی رابطه مادر و فرزند منجر می‌شود و می‌تواند به کاهش اختلالات برونی‌سازی‌شده در کودکان کمک کند. علاوه بر این، ذهن‌آگاهی که یکی از اجزای اصلی این درمان است، به مادران این امکان را می‌دهد که به جای پاسخ‌های خودکار و منفی به رفتارهای فرزندشان، همچون استعاره «تماشای ابرهای گذرا در آسمان ذهن»، با حضور ذهن و پذیرش بیشتری واکنش نشان دهند. این رویکرد مانند یافتن «دکمه توقف» در یک دستگاه عمل می‌کند و به مادران کمک می‌کند تا از چرخه پاسخ‌های منفی و تنش‌زا خارج شوند. این تغییرات به کاهش تنش‌های روانی مادران و بهبود کیفیت ارتباطات روزمره بین مادر و فرزند کمک می‌کند. در نتیجه، می‌توان گفت که این رویکرد همچون ساختن پلی مستحکم بین دنیای درونی مادران و رفتارهای بیرونی فرزندان عمل می‌کند و به کاهش اختلالات برونی‌سازی‌شده در فرزندان نیز منجر می‌شود.

چاو و شوری (Chua & Shorey ،۲۰۲۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی به‌طور مستقیم با بهبود روابط والد-فرزند و کاهش استرس و اضطراب مادران مرتبط است، به‌ویژه در مادرانی که کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری دارند. بهبود این روابط و کاهش استرس مادران به نوبه خود می‌تواند به کاهش اختلالات برونی‌سازی‌شده در فرزندان آنها منجر شود، زیرا مادرانی که به‌طور مؤثرتر با چالش‌های رفتاری فرزندانشان برخورد می‌کنند، قادر به ایجاد محیطی حمایتی و سالم برای فرزندانشان هستند (۳۲).

در تبیین دیگری می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به مادران کمک می‌کند تا از اجتناب تجربه‌ای، که همچون کشیدن پرده‌ای ضخیم در برابر احساسات منفی است، دوری کنند (۳۳). همان‌طور که کشیدن پرده به‌جای اینکه فضا را روشن کند، تنها آن را تاریک‌تر می‌کند، اجتناب از احساسات منفی نیز تنها موجب افزایش اضطراب و افسردگی می‌شود. با پذیرش این احساسات و افکار چالش‌برانگیز، مادران می‌آموزند که همچون بادبان‌های یک کشتی، خود را با امواج احساسات هماهنگ کنند و از جریان زندگی عبور کنند. این پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به آن‌ها کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌های فرزندپروری به‌جای واکنش‌های فوری و کنترل‌گرایانه، پاسخ‌های آگاهانه و سازگارانه‌ای ارائه دهند. این رویکرد نه تنها روابط والد-فرزند را بهبود می‌بخشد، بلکه فضایی امن و حمایتگر برای فرزندان فراهم می‌کند که به کاهش اختلالات برونی‌سازی‌شده کمک می‌کند و به‌نوبه خود سلامت روانی کلی خانواده را تقویت می‌کند (۲۹). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با افزایش خودشفقتی در مادران به آن‌ها کمک می‌کند تا خود را کمتر مورد قضاوت‌های منفی قرار دهند. این خوددلسوزی مانند یک آغوش گرم است که به مادران اجازه می‌دهد تا با مهربانی بیشتری با فرزندان خود تعامل کنند و به جای سرزنش و انتقاد، همچون باغبانی که با دقت و عشق گیاهان خود را پرورش می‌دهد، ارتباطات مثبت‌تری ایجاد کنند. کاهش قضاوت‌های سختگیرانه نسبت به خود و فرزندان، به مادران این امکان را می‌دهد که با پذیرش بیشتری به رفتارهای فرزندان خود واکنش نشان دهند، همان‌طور که درختان به آرامی به تغییرات فصل‌ها پاسخ می‌دهند. این تغییر در نگرش و رویکرد به رفتارهای فرزندان، به‌ویژه در کاهش اختلالات برونی‌سازی‌شده مؤثر است، زیرا مادران با دلسوزی و درک بیشتری به نیازها و چالش‌های فرزندان پاسخ می‌دهند. این کاهش قضاوت، فضایی امن‌تر برای تعاملات والد-فرزندی ایجاد می‌کند که در نهایت به کاهش مشکلات رفتاری در فرزندان منجر می‌شود. کوهن و نمان (Cohen&Naaman ،۲۰۲۳) نشان داده‌اند که خودشفقتی بیشتر باعث کاهش تنش‌ها و استرس‌های روانشناختی در والدین و بهبود کیفیت ارتباطات آن‌ها با فرزندانشان می‌شود (۳۴).

در تبیین دیگری می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و جلسات گروهی به مادران کمک می‌کند تا با کاهش اضطراب اجتماعی و نگرانی از قضاوت‌های دیگران، تمرکز خود را بر نیازهای واقعی فرزندانشان بگذارند. این تغییر در تمرکز بهبود کیفیت روابط والد-فرزندی را به همراه دارد و به کاهش اختلالات برونی‌سازی در کودکان کمک می‌کند. همچنین، بهبود خودتنظیمی هیجانی به مادران اجازه می‌دهد با آرامش بیشتری با مشکلات رفتاری فرزندانشان برخورد کنند و از واکنش‌های هیجانی بیش از حد پرهیز کنند. این عوامل به تقویت همدلی و تعاملات مثبت با فرزندان کمک کرده و در نهایت به کاهش علائم اختلالات برونی‌سازی کودکان منجر می‌شود (۳۱، ۳۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به واقعیت‌های زندگی انسان‌ها می‌پردازد و بر این نکته تأکید دارد که زندگی همواره با درد و رنج همراه است. این درمان به افراد آموزش می‌دهد که تجارب ناخوشایند را به‌طور آگاهانه بپذیرند و از تلاش‌های بیهوده برای تغییر شرایط زندگی خود پرهیز کنند. در ACT ، فرد یاد می‌گیرد با احساسات، افکار و عواطف خود مواجه شود و انعطاف‌پذیری را در هر شرایطی پرورش دهد. این درمان

شامل تکنیک‌های گسترش و پذیرش، تمرین‌های تعهد رفتاری و بررسی ارزش‌ها و اهداف زندگی است که به بهبود روابط والد-کودک و کاهش پریشانی روانشناختی کمک می‌کند. هدف اصلی این است که افراد افکار دردناک خود را به‌عنوان یک تجربه خاص بپذیرند و بر ارزش‌های خود تمرکز کنند.

در نهایت می‌توان گفت از آنجا که اکثر مادران شرکت‌کننده در این پژوهش دارای تحصیلات دیپلم بودند و احتمالاً اطلاعات کافی درباره مشکلات فرزندان خود نداشتند، شرکت در این برنامه آموزشی به آن‌ها کمک کرد تا اطلاعات دقیق‌تری درباره شرایط فرزندان خود کسب کرده و از روش‌های مؤثرتری برای مدیریت استرس و نگرانی‌های خود استفاده کنند. به‌همین دلیل، مداخلاتی که به بهبود وضعیت روانشناختی مادران می‌پردازند، به‌طور غیرمستقیم می‌توانند به کاهش این مشکلات رفتاری در کودکان نیز کمک کنند.

نتایج این پژوهش در علوم پزشکی، به‌ویژه در حوزه روانپزشکی کودک و نوجوان و سلامت روان خانواده، کاربردهای مهمی دارد. بهبود وضعیت روانی مادران از طریق آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به کاهش نشانه‌های اختلالات برونی‌سازی در کودکان منجر شود و از شدت یافتن مشکلات روانپزشکی آن‌ها پیشگیری کند. این امر به کاهش نیاز به مداخلات دارویی و روانپزشکی در کودکان، کاهش هزینه‌های درمانی، و مدیریت بهتر منابع سلامت عمومی کمک می‌کند. همچنین، یافته‌های این مطالعه می‌تواند به طراحی برنامه‌های درمانی مبتنی بر شواهد برای پزشکان و روانپزشکان کمک کند و نمونه‌ای از همکاری بین‌رشته‌ای روان‌شناسی و علوم پزشکی برای ارتقای سلامت روان خانواده‌ها باشد.

پژوهش حاضر پیشنهاد می‌دهد که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند به‌طور گسترده‌تری در مدارس و مراکز مشاوره برای والدین کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی به کار گرفته شود. همچنین، برگزاری کارگاه‌های تکمیلی و ادغام ACT با سایر رویکردهای درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT) می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد. استفاده از روش‌های آنلاین برای آموزش از راه دور نیز دسترسی مادران به این برنامه‌ها را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، پیگیری منظم وضعیت مادران و کودکان آنها پس از اتمام دوره‌ها می‌تواند به پایداری نتایج کمک کرده و از بازگشت استرس جلوگیری کند.

اما این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه است، از جمله محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج به دیگر گروه‌های جمعیتی به دلیل تفاوت‌های تحصیلی و فرهنگی، نبود مقایسه ACT با سایر روش‌های درمانی مانند CBT یا دارودرمانی و عدم توجه به ویژگی‌های فردی و شخصیتی مادران که ممکن است بر نتایج نهایی تأثیر داشته باشند. محدودیت‌های زمانی و مکانی نیز از دیگر چالش‌های پژوهش است که باید در مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد.

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش اختلالات برونی‌سازی در کودکان انجام شد. از یافته‌های این پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که ACT با کمک به مادران در پذیرش و مدیریت افکار و احساسات منفی خود، روابط والد-فرزند را بهبود می‌بخشد و به کاهش اضطراب و استرس آن‌ها کمک می‌کند. با تمرکز بر ارزش‌های والدگری و بهبود خودشفقتی، مادران قادر به پاسخگویی آگاهانه‌تر و کمتر قضاوت‌گرانه به رفتارهای فرزندانشان شدند. این تغییرات در رویکرد و تعاملات والد-فرزند، محیطی حمایتی‌تر ایجاد کرده که به کاهش علائم اختلالات برونی‌سازی در کودکان منجر شده است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول با کد اخلاق IR.SHAHED.REC.1403.060 است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ بودجه ای دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافعی را اعلام نمی کنند

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را همراهی و حمایت کردند، به‌ویژه مشارکت‌کنندگان و اساتید گرامی که با نظرات ارزشمندشان به بهبود کار یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاریم.

REFERENCES

1. Jarvers I, Ecker A, Schleicher D, Brunner R, Kandsperger S. Impact of preschool attendance, parental stress, and parental mental health on internalizing and externalizing problems during COVID-19 lockdown measures in preschool children. Plos One 2023;18:e0281627.

2. Lee Y, Chahal R, Gotlib IH. The default mode network is associated with changes in internalizing and externalizing problems differently in adolescent boys and girls. Dev Psychopathol 2024;36:834–43.

3. Babicka-Wirkus A, Kozłowski P, Wirkus Ł, Stasiak K. Internalizing and externalizing disorder levels among adolescents: Data from Poland. Int J Environ Res Public Health 2023;20:2752.

4. Henkens JH, Stevens GW, de Valk HA. The relation between residential mobility and internalizing and externalizing problems in adolescence: the role of subjective moving experience, gender, and friendship quality. J Youth Adolesc. 2024;53: 2234-50.

5. Dash GF, Karalunas SL, Kenyon EA, Carter EK, Mooney MA, Nigg JT, et al. Gene-by-environment interaction effects of social adversity on externalizing behavior in ABCD Youth. Behav Genet 2023;53:219-31.

6. Marquet-Doleac J, Biotteau M, Chaix Y. Behavioral parent training for school-aged children with ADHD: A systematic review of Randomized Control trials. J Atten Disord 2024;28:377-93.

7. Seipp V, Hagelweide K, Stark R, Weigelt S, Christiansen H, Kieser M, et al. Parenting stress in parents with and without a mental illness and its relationship to psychopathology in children: a multimodal examination. Front Psychiatry 2024;15:1353088.

8. Schiff M, Pat-Horenczyk R, Ziv Y, Brom D. Multiple traumas, maternal depression, mother–child relationship, social support, and young children's behavioral problems. J Interpers Violence 2021;36:892-914.

9. Pordel H, Mahmood Lilo M, Tajvar A, Hejazipor M. Effectiveness of children's management skills training in decrease of attention deficit hyperactivity disorder. Thoughts Behav Clin Psychol 2023;18:45–56.

10. Shirjang L, Mehryar, AH, Javidi, H, Hosseini, SE. Effectiveness of social skills training on reducing symptoms of oppositional defiant disorder in children. Psychological Models and Methods, 2019; 9: 175-204. [In Persian]

11. Onyishi CN, Sefotho MM, Victor-Aibodion V. Psychological distress among parents of children with autism spectrum disorders: A randomized control trial of cognitive behavioural therapy. Research in Autism Spectrum Disorders 2023;100:102070.

12. Abdollahzadeh H, Mazaheri MA, Fayyaz F. Parent management training and parent training on the Islamic basis: A randomized control trial for children's externalizing problems. Spirituality in Clinical Practice 2025;12:205–19.

13. Ruiz FJ. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2010;10:125-62.

14. A-tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. Psychother Psychosom 2015;84:30-6.

15. Holmberg Bergman T, Renhorn E, Berg B, Lappalainen P, Ghaderi A, Hirvikoski T. Acceptance and Commitment Therapy Group intervention for parents of children with disabilities (navigator ACT): An open feasibility trial. J Autism Dev Disord 2023;53:1834-49.

16. Levin ME, Krafft J, Twohig MP. An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. Psychiatr Clin North Am 2024; 47:419-31.

17. Byrne G, Cullen C. Acceptance and commitment therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: a systematic review of intervention studies. Trauma Violence Abuse 2024;25:935-46.

18. Byrne G, Ghráda ÁN, O'Mahony T, Brennan E. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. Psychol Psychother 2021;94:378-407.

19. Maughan AL, Lunsky Y, Lake J, Mills JS, Fung K, Steel L, Weiss JA. Parent, child, and family outcomes following Acceptance and Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. Autism. 2024;28:367–80.

20. Hasan Alam F, EL Berry KI, Kamal Mohamed Sweelam R, Mostafa Arrab M, Shehata HS. Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Intervention on Stress, Future Anxiety and Quality of Life among Mothers of Children with Cerebral Palsy. Int Egypt J Nurs Sci Res 2023;3:281–306.

21. Li S, Chen Z, Yong Y, Xie J, Li Y. Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care needs: A systematic review and meta-analysis. Compr Psychiatry 2023;122:152426.

22. Garcia AS, Born SL, Carotta CL, Lavender-Stott ES, Liu HL. Hope and self-compassion to alleviate parenting stress in the context of the COVID-19 pandemic. Fam J 2022;30:164–73.

23. Webster-Stratton C, Reid MJ, Beauchaine TP. One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol 2013;42:251–61.

24. Kirby JN, Hoang A, Ramos N. A brief compassion focused therapy intervention can help self-critical parents and their children: A randomised controlled trial. Psychol Psychother. 2023;96:608–26.

25. Barkley RA, ed. Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. 4th ed. New York: Guilford Publications; 2020.

26. Dalavar A, ed. Research methods in psychology and educational sciences. 58th ed. Tehran: Roshd; 2023. [In Persian]

27. Ardejani N. Effectiveness of cognitive-behavioral doll therapy on internalizing and externalizing problems of 7–9-year-old children with visual impairment. Royesh 2022;11:195–202. [In Persian]

28. Westrop D, Roemer MJ, eds. ACT training for group therapy: A skills training guide for acceptance and commitment therapy practitioners. Translated by: Roghanchi M, Mofakhari M, Rostami Y. Tehran: Arjmand Publishing; 2023. [In Persian]

29. Flujas-Contreras JM, García-Palacios A, Castilla D, Gómez I. Internet-based versus face-to-face Acceptance and Commitment Therapy for parental psychological flexibility. Curr Psychol 2024;43:9854–66.

30. Wilson KJ, Nguyen TH, McKinney C. Parent-child relationship quality and emerging adult internalizing and externalizing problems: Empathy as a pathway. Curr Psychol 2024;43:2875–86.

31. Amini Naghani S, Najarpourian S, Samavi SA. Comparing the effectiveness of the Triple P-Positive Parenting Program and parenting program of Acceptance and Commitment Therapy on parent-child relationship and self-efficacy of mothers with oppositional defiant disorder children. J Research Health 2020;10:111–22.

32. Chua JY, Shorey S. The effect of mindfulness-based and acceptance commitment therapy-based interventions to improve the mental well-being among parents of children with developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. J Autism Dev Disord 2022;52:2770–83.

33. Ong CW, Levin ME, Twohig MP. Beyond acceptance and commitment therapy: Process-based therapy. The Psychological Record 2020;70:637–48.

34. Cohen E, Naaman ER. Linking mothers' self-compassion and parenting feelings to their child's behavior problems. Mindfulness 2023;14:79–90.

35. Garriga A, Martínez-Lucena J, Moreno A. Parents' relationship quality and children's externalizing problems: The moderating role of mother–child relations and family socio-demographic background. Child Adolesc Soc Work J 2019;36:137–54.