

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

ایمان مصباح^۱، سید محسن حجت‌خواه^۲، محسن گل‌محمدیان^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۲۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بودند که فرزندان‌شان در مدارس استثنایی شهرستان دزفول در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ به تحصیل اشتغال داشتند. از جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی را دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس تاب‌آوری فرایبورگ بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد بین دو گروه آزمایش و گواه در تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی کارآمد در افزایش تاب‌آوری در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، مادران، کودک کم‌توان ذهنی

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

Imanmesbah13@gmail.com

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

مقدمه

کم‌توانی ذهنی یا به اصطلاح دیگر نارسایی رشد قوای ذهنی موضوع تازه و جدیدی نیست. بلکه در هر دوره و زمانی افرادی در اجتماع وجود داشته‌اند که از نظر فعالیت‌های ذهنی در حد طبیعی نبوده‌اند و نیازمند کمک‌های ویژه از سوی خانواده و یا نگهداری آن‌ها در مدارس و مراکز خاص وجود داشته است (حق‌رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس، ۱۳۹۰). کم‌توانی ذهنی که توسط انجمن ناتوانایی‌های ذهنی و رشدی آمریکا^۱ (۲۰۰۷) به نقل از لطفی، فرخی و فقیه‌زاده، (۱۳۹۳)، به صورت نوعی ناتوانی با محدودیت‌های معنادار در عملکرد ذهنی و رفتار سازشی تعریف شده، مسائل فراوانی را در خانواده و اعضای آن به وجود می‌آورد که می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر ساختار و عملکرد خانواده بگذارد و باعث شود که خانواده تحت تنش‌های جسمانی، روانی، اجتماع و اقتصادی قرار گیرد تا حدی که روند طبیعی زندگی مختل و منجر به فروپاشی نظام خانواده شود (ونکی، محمدخانی کرمانشاهی، احمدی، آزاد فلاح و کاظم‌نژاد، ۱۳۸۵). تعامل با کودکانی که از نظر ذهنی ناتوان هستند، فشار روانی خاصی را بر والدین و به‌ویژه مادران و کل خانواده تحمیل می‌کند که به دنبال آن مشکلات و مسائلی را به وجود می‌آورد. مسائل و مشکلات چنین والدینی، پذیرش کم‌توانی ذهنی فرزند، مشکلات مالی و مسائل پزشکی، آموزشی، توان‌بخشی کودکان (پرمقیاس، ۱۳۸۲) و همچنین یکی از مهم‌ترین مسائل چنین والدین در کنار مسائل مطرح شده، پایین بودن تاب‌آوری (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶؛ دمتری و همکاران، ۲۰۰۷) آن‌ها در برابر مشکلات ناشی از حضور کودک ناتوان ذهنی هست. کاهش تاب‌آوری باعث افزایش استرس و کاهش سلامت روانی افرادی می‌شود که با افراد کم‌توان ذهنی در تعامل هستند (نونه و هستینگز^۲، ۲۰۰۹).

تاب‌آوری^۳ یکی از شاخصه‌های سلامت روانی (مدی و خوشابا^۴، ۱۹۹۴)، به نقل از محمدی، (۱۳۸۴) و از سازه‌های بهنجار مورد توجه روان‌شناسی مثبت‌نگر است و به فرایند پویای

1. American Psychiatric Association (APA)
2. Noone & Hastings
3. resiliency
4. Maddi & Khoshaba

انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (لاتار و سیجیتی^۱، ۲۰۰۰؛ ماستن^۲، ۲۰۰۱؛ فرایبورگ، بارلوگ و مارتینوسن، روزنوینگ و هجیمدال^۳، ۲۰۰۵)؛ که افراد را قادر می‌سازد تحت شرایط نامطلوب پاسخ دهند یا سازگار شوند (تورنتو و سنچز^۴، ۲۰۱۰). پترسون^۵ (۲۰۰۲) معتقد است با وجود همه ناملایمات، مادران دارای کودک ناتوان، بر مشکلات غلبه می‌کنند و عملکرد خانواده را با موفقیت حفظ کرده و تعادلی جدید به دست می‌آورند. لذا می‌توان تاب آور بودن خودشان را در مقابله با مشکلات نشان دهند (به نقل از بایراکلی و کانر^۶، ۲۰۱۲). از آنجا که افزایش تاب‌آوری می‌تواند موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی گردد، مادرانی که سطح تاب‌آوری بالاتری دارند، با مشکلات زندگی بهتر می‌توانند کنار بیایند و در زیر بار مشکلات خم نشوند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند (زارع، شهابی زاده، ۱۳۹۴). نونه وهستینگز^۷ (۲۰۰۹)، در پژوهشی دریافتند که ایجاد تاب‌آوری از طریق پذیرش روان‌شناختی باعث کاهش استرس و افزایش سلامت روانی افرادی می‌شود که با افراد کم‌توان ذهنی در تعامل بودند. همچنین بهبود روابط والد-فرزند ممکن است ناشی از برنامه‌های ایجاد تاب‌آوری در برابر استرس والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف باشد (کاوه، علیزاده، دلور و برجعلی، ۲۰۱۱). برای اینکه این مادران بتوانند از عهده احساسات دردناک درباره شرایط کودک برآمده و با صبر و شکیبایی به نیازهای ویژه کودکان خویش پاسخ دهند، ارائه خدمات آموزش خانواده و ارائه مشاوره و درمان مادران کم‌توان ذهنی ضرورت و جایگاهی ویژه دارد (فروغان، موللی، سلیمی و اسدی ملایری، ۱۳۸۵).

از جمله روش‌های کاربردی برای استفاده در کار بالینی و غیر بالینی که امروزه کاربرد فراوانی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ به‌عنوان موج سوم شناختی رفتاری است (ایزدی،

1. luthar & cichiti
2. Masten
3. Friberg, Barlaug, Martinussen, Roseninge & Hjemdal
4. Thornton & Sanchez
5. Peterson & Albers
6. Bayrakli & Kaner
7. Noone & Hastings
8. Acceptance and Commitment

نشاط دوست، عسگری، عابدی، ۱۳۹۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی 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 در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت^۱، ۲۰۰۸)، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکار می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (هیز^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). از طرفی، هریس^۳ (۲۰۰۶)، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را ایجاد یک زندگی غنی و پر معنا می‌داند درحالی‌که فرد، رنج‌ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد، برای رسیدن به این هدف، درمان پذیرش و تعهد از شش اصل شامل: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه کمک می‌گیرد تا مراجعین بتوانند به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برسند.

پژوهش‌های اخیر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج امیدبخش را در زمینه‌ی اثربخشی این درمان ارائه داده است. پژوهش حجت خواه و مصباح (۱۳۹۵)، مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برافزایش سازگاری اجتماعی و کاهش احساس شرم درونی شده مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نشان داد. در زمینه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری، پژوهش‌های مقتدایی و خوش‌اخلاق (۱۳۹۴)؛ دهقانی (۱۳۹۴)؛ عزیزی، حسن‌آبادی، مهران و سعیدی (۱۳۹۳)؛ حبیب‌اللهی، نادری، عابدی و مظاهری (۲۰۱۵)؛ آقایی و حیدری (۲۰۱۶)؛ سعیدی فرد، نظری و محسن زاده (۲۰۱۶)؛ هوگس، کلارک، کالکلو، دال و مک میلان^۴ (۲۰۱۷)؛ پینتو^۵ و همکاران (۲۰۱۷)،

1. Forman & Herbert
2. Hayes
3. Harris
4. Hughes, Clark, Colclough, Dale & McMillan
5. Pinto

اثر بخشی بودن این رویکرد درمانی را نشان داده است. با توجه به ضرورت امر و در جهت کاهش مشکلاتی که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند و با در نظر گرفتن این واقعیت که افزایش تاب‌آوری والدین می‌تواند تأثیر مثبتی در جهت کاهش مشکلات آن‌ها داشته باشد، هر نوع مداخله‌ای که به این والدین در جهت بالا بردن تاب‌آوری آن‌ها کمک کند، قابل‌پیگیری است. با عنایت به این مقدمات و مفروضات در این پژوهش در جهت کاهش مشکلات مادران کودک کم‌توان ذهنی شهر دزفول از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شد از آنجایی که تاکنون پژوهشی در زمینه‌ی اثر بخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مشکلات بین فردی در جهت افزایش تاب‌آوری در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در ایران صورت نگرفته است؛ در پژوهش حاضر از طریق کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره برای رفتارهای بین فردی؛ همراه با شیوه‌نامه درمان گروهی؛ به‌طور مستقیم به شناسایی و کاربر روی طرح‌واره‌های ناسازگار مادران پرداخته شد و تأثیر این رویکرد درمانی را به‌طور غیرمستقیم بر تاب‌آوری مورد بررسی قرارداد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود که فرزندان‌شان در مدارس استثنایی شهرستان دزفول در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند. کل حجم این جامعه ۲۲۸ نفر را در بر می‌گرفت که از این تعداد ۱۳۳ نفر از این مادران دارای کودک ناتوان ذهنی در مقطع ابتدایی بودند و مابقی مادران، فرزندشان در مقاطع تحصیلی دیگر آموزش می‌دیدند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین مدارس استثنایی شهرستان دزفول انتخاب شدند. به این صورت که از بین تمامی مدارس استثنایی شهرستان (آموزشگاه بوعلی، شهدای بانک تجارت و سوده)، مدرسه شهدای بانک تجارت به‌صورت تصادفی انتخاب، سپس پرسشنامه تاب‌آوری در بین تمامی مادران کودکان ناتوان ذهنی (مقطع ابتدایی) آن مدرسه که در مجموع ۵۵ نفر بودند، اجرا گردید و از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر که در

پرسشنامه تاب‌آوری نمرات پایین‌تری از نقطه برش را کسب کردند به صورت تصادفی انتخاب؛ و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه که هر گروه شامل ۱۵ نفر بودند؛ گمارده شدند. سپس متغیر مستقل (درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد) به مدت ۱۰ جلسه (هر هفته دو جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای) روی گروه آزمایش انجام شد و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. یک هفته پس از آخرین جلسه پس‌آزمون اجرا گردید و برای نشان دادن پایداری اثر درمان گروهی پیگیری پس از ۴۵ روز از آخرین جلسه درمان انجام شد. میانگین سنی همه مادران شرکت‌کننده در پژوهش ۳۵/۵ سال بود. شرایط ورود شامل: داوطلب بودن مادران برای شرکت در پژوهش، ساکن شهرستان دزفول بودن و تکمیل رضایت‌نامه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش در مقیاس تاب‌آوری، داشتن حداقل ۲۵ سال و حداکثر ۴۵ سال سن برای شرکت‌کنندگان در پژوهش. شرایط خروج نیز شامل: عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش، مبتلا بودن شرکت‌کنندگان به یک بیماری جسمانی یا روانی خاص که مانع شرکت آن‌ها در ادامه روند پژوهش می‌شد و همچنین بهره‌گیری مادران شرکت‌کننده از آموزش‌های هم‌زمان و مرتبط با درمان گروهی.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تجدیدنظر شده تاب‌آوری^۱ استفاده شد. این مقیاس در اصل دارای ۴۳ عبارت است و توسط فرایبورگ، بارلوگ، مارتینوسن، روسن وینگ و هجمدال^۲ (۲۰۰۵) تهیه شده است و نسخه‌ی اصلاحیه‌ی آن دارای ۳۷ عبارت است. این پرسشنامه از ۵ خرده‌مقیاس شایستگی فردی، مقیاس شایستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، انسجام خانواده و ساختارها و سازه‌های فردی که تاب‌آوری فرد را در دامنه ۵ درجه‌ای مورد سؤال قرار می‌داد، تشکیل شده است. به جواب کاملاً مخالفم نمره صفر، مخالفم نمره ۱، واحدی موافقم نمره ۲، موافقم نمره ۳ و کاملاً موافقم نمره ۳ داده می‌شود. برای به دست آوردن نمره کل نمره‌ی همه‌ی عبارات باهم جمع می‌شود و برای نمره هر خرده‌مقیاس نمره عبارات مربوط به آن خرده‌مقیاس به صورت زیر باهم جمع می‌شوند: خرده‌مقیاس شایستگی فردی (سؤال‌های ۱ الی ۱۱)، مقیاس شایستگی اجتماعی (سؤال‌های ۱۲ الی ۱۹)، حمایت اجتماعی (سؤال‌های ۲۰ الی ۲۵)

1. Scale for adult resilience

2. Friberg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal

الی (۳۲)، انسجام خانواده (سؤال‌های ۲۰ الی ۲۴) و ساختارها و سازه‌های فرد (سؤال‌های ۳۳ الی ۳۷). در پژوهش کشتکاران (۱۳۸۸)، میزان پایایی آزمون اصلی ۴۳ سؤالی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد و برای خرده مقیاس شایستگی فردی ۰/۸۳، خرده مقیاس شایستگی اجتماعی ۰/۸۶، انسجام خانواده ۰/۸۴، عامل حمایت اجتماعی ۰/۸۵ و عامل سازه‌های فردی ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش چالمه (۱۳۹۳) روایی همگرایی و روایی واگرا با مقیاس پرخاشگری باس و پری تأیید شد، میزان پایایی آزمون اصلاح‌شده ۳۷ سؤالی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد و برای خرده مقیاس شایستگی فردی ۰/۹۰، خرده مقیاس شایستگی اجتماعی ۰/۸۳، انسجام خانواده ۰/۷۲، عامل حمایت اجتماعی ۰/۷۱ و عامل سازه‌های فردی ۰/۸ به دست آمد.

جلسات مداخله شامل شیوه‌نامه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین فردی (نوشته کوک ساآودرا، ۲۰۰۸) بود. این جلسات برای ده جلسه نود دقیقه‌ای تدوین شده‌اند. اندازه مناسب گروه شامل ۸ تا ۱۰ عضو است. با این حال، این شیوه‌نامه درمان به آسانی توانایی تطبیق با گروه‌های دیگر و با متغیرهای گوناگون و شکل‌های متفاوت را دارد (مک‌کی، لیوف و اسکین^۲، ۲۰۱۳؛ ترجمه روغنجی، جزایری، اعتمادی، فاتحی زاده، مؤمنی و حجت‌خواه ۱۳۹۵). دستور کار جلسات درمان گروهی با توجه به شیوه‌نامه درمان به صورت دقیق برای هر فعالیت و با ذکر هدف هر جلسه به‌طور خلاصه در جدول ۱ ذکر شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

-
1. Saavedra
 2. Mckay, Lev, Skeen

جدول ۱. شیوه نامه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا و هدف هر جلسه
جلسه اول	اجرای پرسشنامه طرح‌واره، تمرکز ذهن آگاهانه، کاوش پیرامون چگونگی تأثیر طرح‌واره‌ها بر هیجان‌ها و شناختن‌های مراجعان. هدف: شناسایی طرح‌واره‌هایی است که افراد بیشترین آمیختگی را با آن‌ها دارند و تمایل دارند بر آن تمرکز کنند.
جلسه دوم	بررسی بر انگیزاننده‌های طرح‌واره، رفتارهای مقابله‌ای، اجرای تمرین در راستای ناامیدی سازنده. هدف: بالا بردن آگاهی مراجعان از نشانه‌هایی است که می‌تواند هنگام برانگیختگی طرح‌واره‌هایشان روی دهد تا در نهایت به این رویدادها با ذهن آگاهی بیشتری پاسخ دهند.
جلسه سوم	بررسی هزینه‌های رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرح‌واره، گفت‌وگو درباره ناامیدی سازنده، کمک به اعضا در راستای توقف تلاششان برای کنترل. هدف: بررسی پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای گذشته در راستای درک آن‌هایی که در درازمدت سودمند نیستند و در نهایت منجر به دستیابی مراجعان به ناامیدی سازنده می‌شود.
جلسه چهارم	ارائه یک مطلب روانی-آموزشی در راستای درک ارزش‌ها، کاربرد اهداف ارزشمند، کاربرد ارزیابی موانع. هدف: کمک به اعضا در راستای شفاف‌سازی اهداف و شناسایی اهداف ارزشمند، بررسی موانع فعالیت ارزشمند و یافتن راه‌های جدید برای ارتباط با موانع درک شده.
جلسه پنجم	تمرین حواس پنج‌گانه، بازبینی تکالیف خانگی و ارائه یک هدف جدید برای هفته پیش رو، ارائه یک مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش، آموزش فنون خاص گسلش، تمرین فنون گسلش توسط اعضا، تعیین تکلیف خانگی.
جلسه ششم	ارائه مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش و تمرکز بر ارزیابی‌ها در مقابل توصیف‌ها، پرورش تمرین خود به‌عنوان بافت. هدف: تصویرسازی ذهنی به‌منظور کمک به اعضای گروه در راستای رشد چشم‌اندازی درباره خود مشاهده‌گر است.
جلسه هفتم	بحث درباره غیرقابل‌اجتناب بودن رنج و زوال‌پذیر بود روابط، ارائه یک مطلب روانی-آموزشی درباره عصبانیت، بررسی هزینه‌های تنفر. هدف: تمرکز بر خشم و اینکه خشم خود را بیشتر به‌مانند یک رفتار مقابله‌ای ناشی از طرح‌واره نمایان می‌سازد.
جلسه هشتم	نمایش گسلش، بررسی هزینه‌های اجتناب از هیجان‌های دردناک، کاوش رهایی از راهبردهای قدیمی کنترل، ارائه تصویرسازی ذهنی برای پرورش چشم‌اندازی از خود مشاهده‌گر. هدف: تصویرسازی‌های ذهنی و تمرین‌های عملی در راستای تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل و نه صرفاً شناسایی افکار و عواطف همبسته با طرح‌واره‌ها است.
جلسه نهم	واکنش به رویدادهای برانگیزاننده طرح‌واره که به‌تازگی رخ داده‌اند، ارائه یک تصویرسازی که موجب ذهن آگاهی و مهربانی نسبت به رنج همبسته با طرح‌واره می‌شود. هدف: ارائه یک تمرین ایفای نقش برای پرداختن به گسلش و پاسخ‌های جایگزین به رویدادهای تصویرسازی شده پیشین و گفت‌وگو درباره ارتباط مؤثر است.
جلسه	ارائه یک مراقبه در راستای افزایش مهربانی به خود و دیگران، بحث درباره راهبردهای بهبود عمل، تعهد اعضا

دهم بر انجام هدف جدید، ارزیابی‌های پس از درمان. هدف: به اعضای گروه فرصتی داده می‌شود که جلو بیابند و رفتارهای جدید مبتنی بر ارزش‌ها را تمرین کنند و از گروه بازخورد بگیرند، موانع بالقوه و راهبردهای برنامه‌ریزی شده بررسی می‌شوند؛ که همین امر منجر می‌شود اعضا اعمال متعهدانه را با وجود این موانع، دنبال کنند.

در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته بر اساس رعایت مفروضه‌ها استفاده شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی در دو گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۳۶/۲۰ و ۳۴/۸۰ و انحراف معیار سنی در گروه آزمایش ۵/۰۷ و در گروه گواه ۵/۳۶ به دست آمد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری و مولفه‌های آن را در دو گروه آزمایش و گواه در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و خرده‌مقیاس‌های آن به تفکیک گروه و مرحله آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش	میانگین	۲۳/۷۳	۲/۴۳	۳۱/۶۰
	انحراف معیار	۳/۶۶	۴/۰۳	۳/۳۳
گواه	میانگین	۲۱/۴۷	۳/۶۶	۲۰/۱۳
	انحراف معیار	۲/۵۳	۳/۳۹	۳/۰۲
آزمایش	میانگین	۱۲/۶۰	۱/۶۳	۲۱/۵۳
	انحراف معیار	۱/۹۹	۲/۵۳	۳/۹۹
گواه	میانگین	۱۳/۸۷	۱/۹۹	۱۵/۰۷
	انحراف معیار	۱۴/۶۰	۴/۲۲	۴/۰۲
آزمایش	میانگین	۱۵/۴۰	۱/۱۸	۲۳/۴۷
	انحراف معیار	۱/۱۰	۳/۷۰	۳/۶۲
گواه	میانگین	۱۵/۷۳	۱/۱۰	۱۳/۵۳
	انحراف معیار	۱۳/۸۷	۴/۳۷	۳/۵۸

۲/۰۶	۹/۴۷	۱/۱۹	۹	۱/۵۴	۷/۶۷	آزمایش	انسجام خانواده
۱/۴۲	۷/۸۰	۱/۷۶	۷/۵۳	۱/۵۸	۵/۹۳	گواه	
۳/۶۲	۱۵/۸۰	۱/۱۷	۱۴/۶۷	۱/۳۰	۸/۵۳	آزمایش	ساختارها و سازه‌های فردی
۲/۸۵	۱۰/۲۰	۲/۸۰	۹/۸۰	۱/۹۹	۷/۵۳	گواه	
۲/۹۹	۱۰۱/۸۷	۳/۰۲	۹۸/۲۰	۳/۰۴	۶۸/۱۳	آزمایش	تاب‌آوری کل
۷/۴۹	۶۶/۷۳	۷/۹۴	۶۶/۳۳	۳/۹۴	۶۴/۴۷	گواه	

همان‌طور که در جدول ۲ مشهود است نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

به‌منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش تاب‌آوری در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای استفاده از این روش ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس بررسی شد تا در صورت تحقق این مفروضه‌ها از روش مذکور برای تحلیل داده‌های مربوط به این فرضیه استفاده کرد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون از آزمون همگونی واریانس‌ها لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه‌شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای موردبررسی از لحاظ آماری معنادار نبود. مؤلفه شایستگی فردی ($F=۰/۵۵$ و $P=۰/۴۶$)، شایستگی اجتماعی ($F=۱/۸۴$ و $P=۰/۱۸$)، حمایت اجتماعی ($F=۳/۲۷$ و $P=۰/۰۸$)، انسجام خانواده ($F=۱/۲۲$ و $P=۰/۲۷$)، ساختارها و سازه‌های فردی ($F=۳/۵۵$ و $P=۰/۰۷$) و تاب‌آوری کلی ($F=۳/۸۵$ و $P=۰/۰۶$)؛ بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد. مفروضه دیگر روابط خطی بین متغیرها است. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه شایستگی فردی) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه شایستگی فردی) با ضریب خطی $۰/۲۶$ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه شایستگی اجتماعی) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه شایستگی اجتماعی) با ضریب خطی $۰/۲۲$ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه حمایت اجتماعی) و

متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه حمایت اجتماعی) با ضریب خطی ۰/۴۶ رابطه خطی وجود دارد، میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه انسجام خانواده) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه انسجام خانواده) با ضریب خطی ۰/۵۴ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه ساختارها و سازه‌های فردی) و متغیر وابسته نمره پس‌آزمون مؤلفه ساختارها و سازه‌های فردی با ضریب خطی ۰/۱۶ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره کلی پیش‌آزمون تاب‌آوری) و متغیر وابسته (نمره کلی پس‌آزمون تاب‌آوری) با ضریب خطی ۰/۴۵ رابطه خطی وجود دارد؛ بنابراین پیش‌فرض خطی بودن روابط بین متغیرها نیز برآورده شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر تاب‌آوری به همراه مولفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد آماره Z کالموگروف - اسمیرنوف مولفه‌های شایستگی فردی در پیش‌آزمون (۰/۸۹) و در پس‌آزمون (۱/۱۴)؛ شایستگی اجتماعی در پیش‌آزمون (۰/۹۱) و در پس‌آزمون (۱/۰۷)؛ حمایت اجتماعی در پیش‌آزمون (۰/۷۳) و در پس‌آزمون (۰/۹۸)؛ انسجام خانواده در پیش‌آزمون (۱/۰۹) و در پس‌آزمون (۱/۲۷)؛ ساختارها و سازه‌های فردی در پیش‌آزمون (۰/۷۴) و در پس‌آزمون (۰/۷۹) و آماره Z کالموگروف - اسمیرنوف تاب‌آوری کل در پیش‌آزمون (۰/۸۵) و در پس‌آزمون (۰/۶۲) می‌باشد که با توجه به معنی دار نبودن نتایج این آزمون می‌توان گفت که توزیع تمامی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال می‌باشد.

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های آن

متغیر	منابع تغییر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
شایستگی فردی	گروه	۱۴۸۰/۲۷۸	۱	۷۰/۲۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵	۱
	خطا	۵۸۹/۸۲۲	۲۸				
	زمان	۱۶۰/۰۶۷	۱	۲۴/۵۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷	۰/۹۹۸

				۲۸	۱۸۲/۵۳۳	خطا	
				۲۸	۴۴۳/۸۲۲	خطا	
۱	۰/۶۳۵	۰/۰۰۱	۴۸/۶۸۸	۱	۳۱۷/۴۰۰	زمان* گروه	
۰/۱	۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	۱/۴۸۶	۱	۲۵۰	گروه	
				۲۸	۴۴۳/۸۲۲	خطا	
۰/۰۰۱	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱	۳۸/۹۷۱	۱	۳۸۵/۰۶۷	زمان	شایستگی اجتماعی
				۲۸	۲۷۶/۶۶۷	خطا	
۰/۹۹۶	۰/۴۴۸	۰/۰۰۱	۲۲/۶۹۷	۱	۲۲۴/۲۶۷	زمان* گروه	
۰/۱	۰/۶۶۰	۰/۰۰۱	۵۴/۲۸۸	۱	۸۹۶/۱۷۸	گروه	
				۲۸	۴۶۲/۲۲۲	خطا	
۰/۹۷۲	۰/۳۶۵	۰/۰۰۱	۱۶/۰۸۵	۱	۱۲۹/۰۶۷	زمان	حمایت اجتماعی
				۲۸	۲۲۴/۶۶۷	خطا	
۱	۰/۶۳۸	۰/۰۰۱	۴۹/۲۶۲	۱	۳۹۵/۲۶۷	زمان* گروه	
۰/۹۷۲	۰/۳۶۵	۰/۰۰۱	۱۶/۱۱۴	۱	۵۹/۲۱۱	گروه	
				۲۸	۱۰۲/۸۱۹	خطا	
۰/۹۸۷	۰/۴۰۲	۰/۰۰۱	۱۸/۸۰۶	۱	۵۰/۴۱۷	زمان	انسجام خانواده
				۲۸	۷۵/۰۶۷	خطا	
۱	۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	۱/۵۲۹	۱	۶۵۶۱/۹۰۰	زمان* گروه	
۱	۰/۶۱۶	۰/۰۰۱	۴۴/۹۹۰	۱	۳۲۸/۷۱۱	گروه	
				۲۸	۲۰۴/۵۷۸	خطا	
۱	۰/۶۴۴	۰/۰۰۱	۵۰/۷۵۳	۱	۳۷۰/۰۱۷	زمان	ساختارها و سازه‌های فردی
				۲۸	۲۰۴/۱۳۳	خطا	
۰/۸۹۰	۰/۲۸۰	۰/۰۰۳	۰/۸۸۴	۱	۷۹/۳۵۰	زمان* گروه	

۱	۰/۹۰۷	۰/۰۰۱	۲۷۲/۲۶۲	۱	۱۲۴۸/۴۴۴	گروه	تاب‌آوری
						خطا	
					۴۵/۷۸۷	۱۲۸۲/۰۴۴	
۱	۰/۸۹۴	۰/۰۰۱	۲۳۷/۱۰۱	۱	۴۸۶۰	زمان	
						خطا	
					۲۸	۵۷۳/۹۳۳	
۱	۰/۸۶۶	۰/۰۰۱	۱۸۱/۱۴۶	۱	۳۷۱۳/۰۶۷	زمان*	
						گروه	

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار F برای مؤلفه شایستگی فردی ۴۸/۶۶ به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است، برای مؤلفه شایستگی اجتماعی ۲۲/۶۹ به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است، برای مؤلفه حمایت اجتماعی ۴۹/۲۶ به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است، برای مؤلفه انسجام خانواده ۱/۵۲ به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار نیست، برای ساختارها و سازه‌های فردی ۱۰/۸۸ به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است و برای تاب‌آوری کل ۱۸۱/۱۴۶ به دست آمد که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده؛ ۶۳ درصد تغییر در مؤلفه شایستگی فردی، ۴۴ درصد تغییر در مؤلفه شایستگی اجتماعی، ۶۳ درصد تغییر در مؤلفه حمایت اجتماعی، ۰/۹۸ درصد تغییر در انسجام خانواده، ۲۸ درصد تغییر در مؤلفه ساختارها و سازه‌های فردی و نیز ۸۶ درصد تغییر تاب‌آوری کل ناشی از تأثیر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بوده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل بونفرنی در دو گروه آزمایش و گواه در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	دوره	پس‌آزمون	پیگیری
شایستگی فردی	آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۴	۷/۸۷
		پس‌آزمون	—	-۰/۴۷
گواه	گواه	پیش‌آزمون	۲/۱۲	۱/۳۴
		پس‌آزمون	—	۰/۴
شایستگی اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	-۶/۸	۸/۹۳
		پس‌آزمون	—	-۲/۱۳

پیش‌آزمون	۰/۷۳-	۱/۲-	گواه	
پس‌آزمون	—	۰/۴۷-		
پیش‌آزمون	۷/۸-	۸/۰۷-	آزمایش	حمایت اجتماعی
پس‌آزمون	—	۰/۲۷-		
پیش‌آزمون	۱/۸۶	۲/۳۸	گواه	
پس‌آزمون	—	۰/۳۴		
پیش‌آزمون	۱/۳۳-	۱/۸-	آزمایش	انسجام خانواده
پس‌آزمون	—	۰/۴۷-		
پیش‌آزمون	۱/۶-	۱/۸۷-	گواه	
پس‌آزمون	—	۰/۲۷-		
پیش‌آزمون	۶/۱۴-	۷/۲۷-	آزمایش	ساختارها و سازه‌های فردی
پس‌آزمون	—	۱/۱۳-		
پیش‌آزمون	۲/۲۷-	۲/۶۷-	گواه	
پس‌آزمون	—	۰/۴-		
پیش‌آزمون	۳۰/۰۷	۳۳/۷۴-	آزمایش	تاب‌آوری
پس‌آزمون	—	۳/۶۷-		
پیش‌آزمون	۲/۸۶	۲/۲۶-	گواه	
پس‌آزمون	—	۰/۴-		

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد، اختلاف میانگین نمره‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه در طول زمان پایدار بوده و نشان‌دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است. هم‌چنین نبود تفاوت معنی‌دار در مقایسه نمره‌های پیگیری خرده مقیاس‌ها در مقابل پس‌آزمون نشان‌دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی

مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش تاب‌آوری مادران مؤثر بوده است. با پژوهش‌های عزیزی و همکاران (۱۳۹۳)، مقتدایی و خوش‌اخلاق (۱۳۹۴)، دهقانی (۱۳۹۴)، حبیب‌اللهی و همکاران (۲۰۱۵)، آقایی و حیدری (۲۰۱۶)، سعیدی فر و همکاران (۲۰۱۶)، هوگس و همکاران (۲۰۱۷)، پینتو و همکاران (۲۰۱۷)، مینی بر مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همسو است.

تاب‌آوری یک صفت روان‌شناختی ثابت و بادوام (وایو، فردریکسون و تیلور^۱، ۲۰۰۸)، یک سبک مقابله‌ای پایدار (گریف و نولتینگ^۲، ۲۰۱۳) و یک فرایند پویا است؛ که در آن افراد با وجود تجارب آسیب‌زا یا مصیبت‌بار، سازگاری موفق و مثبتی نشان می‌دهند (تورنتون و سنچز^۳، ۲۰۱۰؛ مارتین و مارش^۴، ۲۰۱۴). افراد تاب‌آور از بهترین مهارت‌ها و منابع در دسترس خود برای مشارکت فعال در محیط استفاده می‌کنند. لذا به نظر می‌رسد، افزایش تاب‌آوری در بهبود و سازگاری موفقیت‌آمیز با مشکلات فردی و بین فردی مؤثر است. با توجه به رابطه‌ای که بین تاب‌آوری و مشکلات بین فردی وجود دارد؛ لذا با استفاده از شیوه‌نامه درمان حاضر که بر مشکلات بین فردی تأکید دارد قابلیت درمان پیدا می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به این که در طول مداخله از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی چیزی نیست جز افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است و به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب‌شده باشد. این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می‌کند تغییرات را آن‌گونه که هست تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد. درواقع از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در پاسخ‌های سازگارانه و تاب‌آور به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و

1. Waugh, Fredrickson & Taylor
2. Greeff, & Nolting
3. Thornton & Sanchez
4. Martin & Marsh

عدم تاب آوری آن‌ها در برخورد با مشکلات همراه با مراقبت از کودک کم توان ذهنی است، افزایش می‌دهد.

یافته‌های دیگر پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش شایستگی فردی و اجتماعی از خرده مقیاس‌های تاب آوری در مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود. می‌توان گفت، شایستگی نیازی روان‌شناختی است که برای پیگیری و تسلط بر چالش‌های بهینه، انرژی و انگیزش لازم را فراهم می‌کند (میرزایی، کیامنش، حجازی و بنی جمال، ۱۳۹۵). شایستگی فردی به معنی تحقق توانمندی‌های فرد و ایفای نقش به بهترین صورت ممکن است که اعتماد به نفس بالا و عزت نفس از عوامل و محورهای کلیدی آن به حساب می‌آیند، از سوی دیگر شایستگی اجتماعی، برخورداری از یک سود اجتماعی بالاست. فردی که به لحاظ شایستگی و کفایت اجتماعی در سطح بالایی باشد، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران را دارا است که از عوامل مشخص سلامت روان است (شیرازی، ۱۳۹۴). یکی از مراحل مهم در بیشتر مشاوره‌ها، به خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع است، مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد با دادن تکلیف مناسب و کار روی ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و همچنین انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند مسئولیت افراد را در جهت تحقق توانمندی‌های آن‌ها و ایفای نقش خود به بهترین حالت ممکن در جهت بالا بردن اعتماد به نفس و عزت نفس و در پی آن شایستگی‌های فرد برای ارزش قائل شدن برای خود و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افزایش دهد.

از آنجا که شایستگی اجتماعی با شایستگی فردی ارتباط دوسویه‌ای می‌تواند داشته باشد، در پی فرایند درمان با افزایش و بهبود شایستگی فردی مادران دارای کودک ناتوان ذهنی بالطبع شایستگی اجتماعی آن‌ها نیز بهبود خواهد یافت. چرا که مادران در طول فرآیند درمان، با انجام تمرینات مناسب و تبادل تجربیات بین گروهی مسئولیتشان را در ایجاد رابطه با دیگران افزایش داده و در پی آن می‌توانند با برقراری تعاملات اجتماعی و ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، کفایت و شایستگی اجتماعی خود را تا سطح قابل توجهی افزایش دهند.

نتیجه دیگری که از پژوهش حاضر به دست آمد اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد برافزایش میزان حمایت اجتماعی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. این یافته با پژوهش هاشمیان (۱۳۹۴)، مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی و رضایت جنسی زنان نابارور همسو است. در تبیین نتایج حمایت اجتماعی می‌توان به این نکته اشاره نمود که حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه به فرد ارزانی می‌دارند گفته می‌شود. در حمایت اجتماعی تنها تعدد رابطه‌ها مطرح نیست، بلکه کیفیت آن نیز مطرح است، چراکه از منابع گوناگونی نظیر خانواده، اقوام و دوستان، یا سازمان‌های اجتماعی به دست می‌آید (سارا فینو، ۱۹۸۸ به نقل از حیدرآبادی، یعقوبی دوست و شاهون وند، ۱۳۹۲). در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مسئله اصلی پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند زندگی است. بدون اینکه فرد بی‌جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند و یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد. در اینجا مادران دارای حمایت اجتماعی پایین یاد می‌گیرند چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات و افکار خود روبرو شوند. در این شرایط و تحت حمایت گروه، انعطاف‌پذیری را می‌آموزند. به عبارتی از آنجا که هدف این نوع درمان افزایش روان‌شناختی افراد است، فرد خود را از تجارب ناخوشایند گذشته رها می‌کند. چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت پذیرش و تعهد است، باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود و حمایت اجتماعی و در نتیجه کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد.

یافته دیگری از پژوهش حاضر نشان داد، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش انسجام خانواده اثربخشی قابل توجهی نداشته است. در تبیین نتایج انسجام خانواده می‌توان گفت انسجام به‌عنوان یکی از ساختارهای پرنفوذ خانواده، احساس همبستگی، پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای یک خانواده نسبت به هم دارند (اولسون^۱، ۲۰۱۱)، بالا بودن انسجام در خانواده به این معنا است که تعهد، همدلی و پیوند عاطفی بین اعضا بالا است و این که اعضا

1. Olson

نسبت به ارزش‌ها و علایق یکدیگر حساس هستند و به آن‌ها اهمیت می‌دهند (سامانی و زارع، ۲۰۰۸). وقتی اعضای خانواده به همدیگر تعهد داشته باشند و احساس کنند که با همدیگر صمیمی هستند و احساس نزدیکی و داشتن تکیه‌گاه امن و محکمی کنند، باعث می‌شود در برابر مسائل و مشکلات شانه خالی نکنند و خود را متعهد به حل مشکلات بین فردی بدانند و در نتیجه به همدیگر کمک کنند تا مشکلات را به خوبی حل نمایند (مدرسی، زاهدیان و هاشمی محمدآباد، ۲۰۱۱). در خانواده‌هایی که کودک کم‌توان ذهنی وجود دارد، به دلیلی اشتغالی که پدر خانواده دارد و عملاً در طول روز حضور فیزیکی در خانه ندارد، همین عدم حضور وی باعث ایجاد مشکلات و گرفتاری نقش برای مادر خانواده می‌شود؛ و به‌مرورزمان همین عامل در زندگی مشترک والدین اثرهای منفی می‌گذارد. لذا در کنار هم بودن والدین باعث می‌شود تقسیم‌کار راحت‌تر صورت گیرد و بتوانند مفیدتر با مسائل و مشکلات زندگی و مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی خود روبه‌رو شوند (نظری و بیرامی، ۲۰۰۹)، از عوامل دیگری که بر انسجام خانواده تأثیر می‌گذارد فشارهای اقتصادی و کمبود منابع مالی خانواده است. از آنجا که خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی با این مشکلات دست‌وپنجه نرم می‌کنند، همین فشارها تغییرات شناختی، عاطفی و رفتاری را در پی خواهد داشت و کمبود منابع مالی به تدریج خصومت بین والدین را افزایش می‌دهد و با افزایش خصومت، گرما، صمیمیت و کیفیت خوب در خانواده کاهش می‌یابد و روابط بین اعضا بی‌ثبات می‌گردد (کارلسون، اسپری و لوئیس، ۱۹۴۵، ترجمه‌ی نوایی نژاد، ۲۰۱۰). با توجه به موارد مطرح‌شده و تأثیرگذار بر انسجام و همبستگی خانواده می‌توان چنین اظهار نمود، درمان پذیرش و تعهد بر انسجام خانواده تأثیر مثبت و معناداری ندارد، چراکه برای افزایش همبستگی خانواده تنها کار کردن روی مادران مؤثر نیست و همکاری و مشارکت پدران نیز تأثیر به‌سزایی خواهد داشت.

نتیجه حاصل از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ساختارها و سازه‌های فردی از دیگر مؤلفه‌های تاب‌آوری، نشان داد که مداخله گروهی پذیرش و تعهد موجب افزایش سازه‌های فردی شده است. می‌توان گفت ساختار فردی یک نظام کنترل ادراک است و در وضعیتی که ساختار فردی در سطح بالایی باشد، شاهد یک خودآگاهی بالایی هستیم و فرد

خود را می‌شناسد و می‌تواند از خود، هویت خود و ساختار فردی تعریفی جامع و دقیق داشته باشد. فرایبورگ و همکاران (۲۰۰۳)، ساختار فردی را با احساس امید به آینده و عزم و اراده همراه می‌دانند. در ضمن، فردی که از یک ساختار فردی مستحکم و بالایی برخوردار باشد، سلامت روان را برای خود تضمین می‌کند (شیرازی و لایی، ۱۳۹۴). همان‌طوری که در تاب‌آوری فرایبورگ و همکاران (۲۰۰۳) آمده، ساختارها و سازه‌های فردی شامل تنظیم قوانین و قواعد مناسب با شرایط، برنامه‌ریزی برای انجام کارها و زمان و تعیین هدفی مشخص است. برای تبیین یافته فوق می‌توان گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش شرایط زندگی و افزایش آگاهی تأکید می‌شود و فرد اهدافی را برای خود تعیین می‌کند که در ضمن درمان گروهی با فنون درمانی مناسب و با کمک اعضا تلاش خود را در جهت رسیدن به آن‌ها به کار می‌گیرد.

نتایج حاصل از اثربخشی درمان گروهی در مرحله پیگیری نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی باگذشت زمان تأثیر درمانی خود را حفظ کرده است.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌واسطه آموزش مهارت ذهن آگاهی (شامل تمرین‌های شستشوی ظرف به شیوهی ذهن آگاهانه، راه رفتن، نوشیدن، غذا خوردن یا باغبانی به شیوهی ذهن آگاهانه) به مادران، به آن‌ها کمک کرد. بودن در زمان حال را تجربه کنند و به کمک تنفس و آگاهی بدن و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آن‌ها، به این نکته پی ببرند که افکارشان پیش از آن‌که بازتابی از واقعیت باشند، افکاری ساده هستند و این افکار منفی و اضطراب‌آور ضرورتاً صحیح نیستند. درواقع؛ در درمان گروهی به کمک ذهن آگاهی به مادران کمک شد به‌جای این که تلاش کنند محتوای افکار منفی ناشی از شرایط و مشکلات موجود را تغییر دهند، رابطه خود را با افکارشان تغییر دهند و از این طریق، از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها شده و با بودن در زمان حال، تلاش کنند، آرامش بیشتری را تجربه کنند. در ادامه درمان، با بالا بردن آگاهی مادران از تجربیات درونی منفی‌شان و هنگامی که آن‌ها توانستند افکار را فقط به‌عنوان یک فکر و احساسات را فقط به‌عنوان احساسات ببینند و آن‌ها را ارزش‌گذاری یا

قضاوت نکنند، به آن‌ها تأکید شد، هرگونه اقدام در راستای اجتناب یا کنترل افکار و احساسات منفی حاصل از مشکلات را رها کنند و با پرداختن به رفتارهایی که در راستای اهداف و ارزش‌های تعیین شده در جلسه درمان گروهی توسط خود آن‌ها (از طریق کاربرگ اهداف ارزشمند) در حوزه‌های مختلف فردی صورت گرفته، پیش‌بینی موانع بالقوه اقدام برای رسیدن به هدف (از طریق کاربرگ ارزیابی موانع)، به‌کارگیری تمثیل‌ها (هیولاها در اتوبوس و بازاریاب) و آموزش فنون گسلش و تمرین این مهارت‌ها در جهت برطرف کردن این موانع و درنهایت، تعهد بر انجام رفتارهایی در راستای دستیابی با اهداف و ارزش‌های تعیین شده و پیگیری مداوم آن، در جهت رسیدن به آرامش و شادکامی ناشی از آن قدم بردارند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان طولانی بودن مقیاس تاب‌آوری را نام برد که پاسخگویی را برای آزمودنی‌ها دشوار می‌کرد، برگزاری جلسه درمان توسط خود پژوهشگر و امکان سوگیری در نتایج پژوهش، محدود بودن نمونه پژوهش به مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی پسر و صرفاً آموزش پذیر در مقطع ابتدایی و دشواری تعمیم دادن یافته‌های حاصل از نمونه به جامعه پژوهش و همچنین مدت‌زمان محدود سه‌ماهه برای اجرای پیگیری که ممکن بود اثربخش بودن درمان را در گذر زمان به‌خوبی نشان ندهد. لذا، پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات در پژوهش‌های آینده از حجم نمونه بالاتر جهت تعمیم یافته‌های پژوهش، ابزارهای گردآوری داده‌های کوتاه‌تر برای جلوگیری از خطاهای پاسخگویی و برنامه پیگیری با مدت‌زمان بیشتر برای نشان دادن پایداری اثربخش درمان گروهی در طول زمان، استفاده شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود، به دلیل نقش پررنگ خانواده و اعضای آن در جهت حمایت و جهت‌دهی به کودک خصوصاً کودک کم‌توان ذهنی، سایر پژوهشگران از طریق جلسات گروهی مشابه سایر افراد خانواده من جمله پدران را مورد تشویق قرار داده و راه کارهای مناسبی را در جهت پذیرش و کاهش مشکلات موجود خانواده به آن‌ها آموزش دهند.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندن، خصوصاً مسئولین اداری آموزش و پرورش دزفول، مدیر آموزشگاه استثنایی و مادران کودک کم‌توان ذهنی، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

- ایزدی، ر؛ نشاط‌دوست، ح. ط؛ عسگری، ک؛ عابدی، م. ر. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علائم بیماران مبتلابه اختلال وسواس اجباری، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۱۹-۳۳.
- پرمقیاس، ع. (۱۳۸۲). «بررسی عوامل مؤثر بر نگرش مادران دارای فرزند معلول ذهنی نسبت به شیوه‌های نگهداری فرزندان معلول ذهنی در خانواده و مؤسسات شبانه‌روزی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.
- حق رنجبر، ف؛ کاکاوند، ع؛ برجعلی، ا؛ و برماس، ا. (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، *مجله سلامت و روان‌شناسی*، ۱(۱)، ۱۸۷-۱۷۷.
- حجت‌خواه، س. م؛ و مصباح، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، دانشگاه علامه طباطبائی، ۶(۲۴)، ۱۸۰-۱۵۳.
- حیدرآبادی، ا؛ یعقوبی دوست، م؛ و شاهون وند، ب. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده با خشونت خانگی والدین علیه فرزندان، *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، ۱۰(۳۹)، ۵۰-۳۲.
- چالمه، ر. (۱۳۹۳). بررسی کفایت روانسجی مقیاس اندازه‌گیری تاب‌آوری در بین زندانیان زندان عادل آباد شهر شیراز: روایی، پایایی و ساختار عاملی، «روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی»، ۱(۴)، ۴۳-۳۱.
- دهقانی، ه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری، *اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی*، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین، تهران، ایران.

زارع، ح.؛ و شهابی زاده، ف. (۱۳۹۴). نگرش و التزام علمی به نماز در تدوین مدل تعهد زناشویی زنان معلم شهر بیرجند با واسطه گری تاب آوری، زن و مطالعات خانواده، ۷(۲۷)، ۵۳-۷۱.

سامانی، س.؛ جوکار، ب.؛ صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی، مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.

شیرازی، ف.؛ و لایبی، س. (۱۳۹۴). چالش های مدیران آموزشی: تاب آوری و سلامت روان معلمان زن دوره ابتدایی شهر کرمانشاه. همایش ملی سیمای مدیریت آموزشی در عصر تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، ایران.

شیرازی، ف. (۱۳۹۴). چالش های مدیران آموزشی: تاب آوری و سلامت روان معلمان زن دوره ابتدایی شهر کرمانشاه، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، ایران.

عزیزی، م.؛ حسن آبادی، ح.؛ مهram، ب.؛ سعیدی، م. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تاب آوری افراد مبتلابه سرد درد مزمن، دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، خراسان رضوی، ایران.

عزیزی، م.؛ حسن آبادی، ح.؛ مهram، ب.؛ سعیدی، م. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تاب آوری افراد مبتلابه سرد درد مزمن، دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، خراسان رضوی، ایران.

فروغان، م.؛ موللی، گ.؛ سلیمی، م.؛ اسدی ملایری، س. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر مشاوره بر سلامت روانی والدین کودکان کم شنوا، مجله شنوایی شناسی، ۵(۱۲)، ۶۷-۶۱.

کشتکاران، ط. (۱۳۸۸). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با تاب آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان. ۳۹، ۸۸ - ۶۹.

- لطفی، م.؛ فرخی، ا.؛ و فقیه‌زاده، س. (۱۳۹۳). رشد مهارت‌های حرکتی در کودکان کم‌توان ذهنی، فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۴(۴)، ۵۸-۶۸.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی متغیرهای خانوادگی و فردی در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد، رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- مک‌کی، م.، لیوف، آ.، اسکین، م. (۲۰۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین فردی (همراه با شیوه‌نامه درمان گروهی)، ترجمه‌ی محمود روغنجی، رضوان السادات جزایری، عذرا اعتمادی، مریم فاتحی زاده، خدا مراد مؤمنی و سید محسن حجت خواه. (۱۳۹۵). کرمانشاه، انتشارات دانشگاه رازی.
- میرزایی، ش.؛ کیامنش، ع.؛ حجازی، ا.؛ و بنی جمال، ش. (۱۳۹۵). تأثیر ادراک شایستگی بر تاب‌آوری تحصیلی با میانجی‌گری انگیزش خودمختار، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۷(۲۵)، ۶-۸۲.
- مقتدایی، م.؛ و خوش‌اخلاق، ح. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همسران جانبازان، مجله جنگ و بهداشت عمومی ایران (طب جانباز)، ۷(۴)، ۱۸۸-۱۸۳.
- ونکی، ز.، محمدخان کرمانشاهی پ. س.، احمدی ف.، آزاد فلاح، پ.؛ و کاظم نژاد ا. (۱۳۸۵). تجربیات مادران از داشتن کودک عقب‌مانده ذهنی، مجله توان‌بخشی، ۷(۳)، ۲۶-۳۳.
- هاشمیان، آ. (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی و رضایت جنسی زنان نابارور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.
- Aghaei, A., & Heidari, P. (2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resiliency of female with psoriasis, *Annual world conference 14 Seattle, Washington, United States*.
- Bayrakli, H., & Kaner, S. (2012). Investigating the factors affecting resiliency in mothers of children with and without intellectual disability, *Educational Sciences: Theory & Practice*, 12 (2), 936-943.

- Carlson, J., Sperry, L., & Lewis, J. (1945). *Family Therapy: ensuring efficient treatment*, Translated by Navabi Nejad, Sh. (2010). Tehran: Press PTA. (Persian)
- Dmitry M., Davydov., Robert, S., Karen, R., & Isabelle, C. (2007). Resilience and mental health, *Clinical Psychology Review*, 46, 359-371.
- Forman, E.M., & Herbert, D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear, In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons*, 263-268.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14 (1), 29-42.
- Greiff, AP., & Nolting, C. (2013). Resilience in families of children with developmental disabilities, *Fam Syst Health*, 31(4), 396-405.
- Habibollahi, S. Naderi, F. Abedi, A. & Mazaheri, M. M. (2015). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on school anxiety and resilience among high school students, *Journal of Biodiversity and Environmental Sciences (JBES)*, 7(1), 557-563.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. Wilson, KG., Bissett, RC. Pistorelo, J., Tormino, D., & etall. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model, *Psychol Rec*, 54(4), 553-578.
- Harris R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy, *Psychotherapy in Australia*, 21(4), 2-8.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough. J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses, *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552-568.
- Kaveh, M., Alizadeh, H., Delavar, A., & Borjali, A. (2011). Development of a resilience fostering program against stress and its impact on quality of life components in parents of children with mild intellectual disability, *Iranian J Exc Child*, 2, 119-140. (Persian).
- Luthar. S. S., Cicchetti. D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, *Child Dev*, 71, 543-62.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development, *American psychologist*, 56, 227-228.
- Martin, A. J., & Marsh, H. (2014). Academic resilience and its psychological and educational correlations: a construct validity approach, *Psychology in the Schools*, 43, 267-281.
- Modarresi, F., Zahediyan, H., & Hashemi Mohammadabad, N. (2011). Amount of marital adjustment and love quality in volunteers of divorce with history

- of marital infidelity and no history of marital infidelity, *Journal of Armaghan-e- Danesh Yasuj medical sciences*, 19 (1), 78-88. (Persian).
- Nazari, A. M., & Beyrami, M. (2009). Investigation the effect of solution focused counseling on marital satisfaction at dimensions aggression, time togetherness, agreement on financial issues and sexual satisfaction in couples both working, *Journal of Psychology University of Tabriz*, 3(9), 97-120. (Persian).
- Noone, S. J., & Hastings, R. P. (2009). Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities pilot evaluation of an acceptance based intervention, *J Intellect Disabil*, 13(1), 43-51.
- Olson, D. h. (2011). Faces IV and the circumplex model: Validation study, *JMFT*, 3(1)64-80.
- Pinto, R. A., Kienhuis, M., Slevison. M., Chester, A., Sloss. A., & Yap, K. (2017). The effectiveness of an outpatient Acceptance and Commitment Therapy Group programme for a transdiagnostic population, *Clinical Psychologis*, 21, 33-43.
- Paterson, J. (2002). Understanding family resiliency, *Journal of clinical psychology*, 58(3), 233-246.
- Saeedifard, T., Nazari, A. M., & Mohsenzadeh, F. (2016). Effect of acceptance and commitment therapy on the resiliency of mothers of children with learning disability, *Journal of Research & Health Social, Development & Health Promotion Research Center*, 6(2), 263- 271.
- Samani. S., & Zare. M. (2008). The role of family cohesion, flexibility and Goal oriented in Children, *Journal of Family Research*, 4(1), 17-36.
- Saavedra, K. (2008). toward a new acceptance and commitment therapy (ACT) treatment of problematic anger for low income minorities in substance abuse recovery: A randomized controlled experiment , *PsyD dissertation, Wright Instiute, Berkeley, CA*.
- Thornton, B., & Sanchez, J. E. (2010). Promoting resiliency among Native American students to prevent dropouts, *Education*, 131 (2), 455-464.
- Waugh, C. H. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to lifes slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat, *Journal of Research in Personalsity*, 42, 1031-1046.