

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی

شهاب صائب منش^۱، توحید مرادی شیخ‌جان^۲، نرگس پورطالب^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، موسسه آموزش عالی رشدیه تبریز (نویسنده مسئول)

۲. دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، مدرس مدعو موسسه آموزش عالی رشدیه تبریز

۳. دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، عضو هیئت علمی و مدرس مدعو موسسه آموزش عالی رشدیه تبریز

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی است. روش تحقیق حاضر از نوع شبه‌آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه پژوهش حاضر مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان بستان‌آباد هستند که فرزندان آنها در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل بودند. به‌منظور انتخاب نمونه از بین تمامی مادران این دانش‌آموزان تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. سپس هر دو گروه پرسشنامه تاب‌آوری و امید به زندگی را تکمیل کردند و بعد از آن گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مداخله قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله و آموزشی دریافت نکرد و در نهایت پرسشنامه‌های پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد و داده‌های پس از جمع‌آوری با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) تحلیل گردید. یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و امید به زندگی مادران تاثیر معناداری داشت ($P > 0.05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و امید به زندگی مادران، می‌توان از نتایج این پژوهش در مدارس استثنایی و مراکز مشاوره استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: امید به زندگی، تاب‌آوری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

۱. مقدمه

خانواده سیستمی پویا و متشکل از افرادی است که با احساس تعلق و هویت منحصر به فرد در صدد ایجاد محیط امن هستند، این سیستم افراد را از لحاظ عاطفی، اجتماعی و اقتصادی حمایت می‌کند و وجود یک اختلال در خانواده عملکرد کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاوانق، ۲۰۱۳). کودک عامل گسترش و ادامه نسل در سیستم خانواده است و تولد کودکی با نیازهای ویژه و کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای نامطلوب بوده و خانواده را با بحران مواجه می‌سازد. در چنین خانواده‌ای مادران بیشتر از پدران استرس می‌گیرند زیرا مادران زمان بیشتری را به مراقبت از کودک اختصاص می‌دهند و در معرض تنش‌های بیشتری قرار دارند (ستینبکس و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد مادران کودکان با مشکلات نقص هوشی دچار ناامیدی و غم و اندوه می‌شوند و با احساس گناه و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک درگیر می‌شوند (عباسی، کریمی و همکاران، ۱۳۹۵). ویژگی‌های چالش‌برانگیز کودکان کم‌توان ذهنی و شرایط خاصشان، والدین این گروه از کودکان به‌ویژه مادران این کودکان را در معرض تنش‌های مزمن قرار داده و مستعد بیماری‌های جسمی و ضعف در سلامت روان می‌کند (میودراگ و هوداپ، ۲۰۱۰؛ وودمن، مادرلی و همکاران، ۲۰۱۵).

در چنین شرایطی اگر مادران از سلامت جسمانی و روانی کافی برخوردار نباشند به درستی نمی‌توانند از عهده مسوولیت‌ها برآیند که این نیز تأثیرات منفی بر پیکره وجودی خانواده برجای خواهد گذاشت (حسینی قمی، ۱۳۹۱). یکی از متغیرهای روانشناسی مثبت نگر که در این شرایط می‌تواند بر سلامت روان مادران کودکان کم‌توان تأثیر مثبت بگذارد، امید به زندگی^۵ است. شنایدر^۶ در سال (۲۰۰۰) نظریه‌ای به نام امید را بیان کرد که بنابر عقیده وی، امید مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها است (کسینگ، ورادی و اندرسون، ۲۰۱۵). امید، ذهنیتی است که بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی فرد برای رسیدن به هدف، استوار است. و فرایندی است که به افراد امکان می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کنند و به دنبال دستیابی به آن باشند (دوو، برناردو و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین امید نمادی از سلامت روانی و توانایی باور به احساس بهتر در آینده است و نقطه مقابل ناامیدی می‌باشد (رضازاده مقدم، خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهش‌هایی نیز تأثیر مخرب داشتن فرزند با نیازهای ویژه و میزان ناامیدی و ناکارآمدی مادران را گزارش کرده‌اند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۵؛ رضازاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۷؛ فردیکسون، ۲۰۰۹؛ کسینگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ جان، روز و فلیپس، ۲۰۱۸).

علاوه بر سازه امید به زندگی، یکی دیگر از سازه‌های مورد توجه در مطالعات روانشناسی مثبت‌نگر، تاب‌آوری^۷ می‌باشد. تاب‌آوری به معنای سازوکار ذاتی خوداصلاحی فرد و یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار است

۲. Kavanagh

۳. Miodrag & Hodapp

۴. Woodman, Mawdsley & et al.

۵. Life Expectancy

۶. Snyder

۷. Kessing, Vradi & Andersen

۸. Du, Bernardo & et al.

۹. Jong, Ross & Philip

۱۰. Resilience

(تورمینا^{۱۱}، ۲۰۱۵). تاب‌آوری به معنای توانایی ایستادن در برابر بحران یا چالش‌های مستمر و بازگشتن به حالت ابتدایی می‌باشد و امروزه به عنوان یک مفهوم ارزشمند در فهم اینکه چرا برخی از خانواده‌ها بر اثر ضربه روانی و ناگواری‌ها از هم می‌پاشند، در حالیکه برخی افراد و خانواده‌ها، جان سالم به در می‌برند و حتی قوی‌تر نیز می‌شوند، تبدیل شده است (والش^{۱۲}، ۲۰۱۵). پژوهش‌های انجام شده در این حیطه موید این هستند که تاب‌آوری انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌شود. همچنین تاب‌آوری با کاهش هیجانات منفی، سلامت روان افراد را افزایش داده و میزان رضایتمندی از زندگی نیز بیشتر می‌شود (اصغری نکاح، جانسوز و همکاران، ۱۳۹۴؛ حق‌رنجبر، کاکاوند و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش‌های مختلفی تحت‌تأثیر قرارگرفتن تاب‌آوری مادران در چالش با کودکان با نیازهای ویژه مورد تأیید قرار گرفته است (حق رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰؛ بهرامی و زاهدی، ۱۳۹۷؛ گایو و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۳؛ ترنی^{۱۴}، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد استفاده از رویکردهای درمان روان‌شناختی و مداخلات روانی - آموزشی که منجر به افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی شود، می‌تواند بسیار مساعدت بخش باشد و با ارتقای میزان سازه‌های امید به زندگی و تاب‌آوری این افراد در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی مؤثر باشد. در این مسیر مداخلات درمانی و آموزشی بسیاری نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند. یکی دیگر از مداخلات، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۵} است که به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری می‌باشد (ایزدی، نشاط‌دوست و همکاران، ۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای اینکه عقاید فرد را به چالش بکشد بیشتر بر روی پذیرش تمرکز می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش^{۱۶} و گسلش شناختی^{۱۷} برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی^{۱۸} استفاده می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵).

بنابراین هدف اصلی رسیدن فرد تحت درمان به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً برای اجتناب از افکار و احساسات یا تمایلات آشفته‌کننده به فرد تحمیل گردد (فورمن و هربرت^{۱۹}، ۲۰۰۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک زندگی غنی و پرمعنا را ایجاد می‌کند در حالیکه فرد، رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. برای رسیدن به این هدف، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شش اصل که عبارتند از: گسلش شناختی، پذیرش، حضور در لحظه حال یا اکنون، مشاهده خویش، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه عبور می‌کند تا افراد تحت درمان بتوانند به هدف نهایی یا همان انعطاف‌پذیری شناختی برسند (هریس، ۲۰۰۶).

^{۱۱} Taormina^{۱۲} Walsh^{۱۳} Gau & et al^{۱۴} Terri^{۱۵} Acceptance and Commitment Therapy (ACT)^{۱۶} Acceptance^{۱۷} Cognitive Diffusion^{۱۸} Psychological Flexibility^{۱۹} Forman & Herbert^{۲۰} Harris

بنظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به علت تلفیق با تکنیک‌های شرقی (ذهن‌آگاهی) برای بیماران و توان‌خواهان ایرانی مناسب‌تر است (حسینعلی‌زاده، فرامرزی و عابدی، ۱۴۰۱). نتایج پژوهش‌های بسیاری نیز اخیراً اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را موثر و امید بخش گزارش کرده‌اند. پژوهش حجت‌خواه و مصباح (۱۳۹۵)، موثر بودن این درمان بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش شرم درونی شده مادران کودکان کم‌توان ذهنی نشان داد. پژوهش‌های مقتدایی و خوش‌اخلاق (۱۳۹۴)، مصباح، حجت‌خواه و همکاران (۱۳۹۷)، زارع‌زاده، علیوندی و همکاران، (۱۴۰۰)، حبیب‌اللهی و همکاران (۲۰۱۵)، هوگس، کلارک و همکاران (۲۰۱۷)، پینتو، کینهوس و همکاران (۲۰۱۷)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی انعطاف‌پذیری روانشناختی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی را نشان داده‌اند.

بنابراین، باتوجه به ضرورت امر در جهت کاهش مشکلات مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و با درنظرگرفتن اینکه با ارتقای سطح تاب‌آوری و امید به زندگی مادران می‌توان تأثیر مثبتی در جهت کاهش مشکلات آنها داشت، هر نوع مداخله‌ای که به این افراد در جهت بالابردن تاب‌آوری و امید به زندگی کمک کند، ارزش پیگیری دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز باتوجه به آمیخته بودن با فنون شرقی در کشور ما از اثربخشی بالایی برخوردار است؛ لذا از آنجایی که پژوهش‌های اندکی در حیطه امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی در کشور صورت گرفته است و این دو متغیر مهم و تأثیرگذار یکجا بررسی نشده است، لذا مداخله موثر در جهت ارتقای سازه امید به زندگی این مادران و همچنین ارتقای سطح تاب‌آوری آنها خلاء پژوهش حاضر می‌باشد و پژوهشگر در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی موثر است؟

روش‌شناسی

روش تحقیق حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل است. جامعه‌آماری این پژوهش مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی آموزش پذیر شهرستان بستان‌آباد بودند که از بین آنها ۳۰ نفر به عنوان نمونه و به صورت هدفمند انتخاب شده و در به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. گروه آزمایش تحت مداخله درمانی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسش‌نامه امیدواری اشنایدر (۲۰۰۳): این مقیاس توسط گروه اشنایدر (۲۰۰۰) ایجاد شد و شامل معیارهای خودگزارشی ویژگی و حالت امید است. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۲ سؤال چهارگزینه‌ای است که آزمون‌شونده از پاسخ‌های کاملاً غلط، تا حدی درست، درست و کاملاً درست نمره‌های ۱، ۲، ۳ و ۴ را کسب می‌کند و نمره فرد در بازه ۸-۳۲ است. پایایی این مقیاس در ۴ گروه نمونه ۰/۸۴ و پایایی مجدد آزمون ۱۰ هفته بعد ۰/۸۰ بود. همبستگی آن با مقیاس ناامیدی بک ۰/۵۱ و همبستگی آن با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۲- است. این مقیاس دو مورد را می‌سنجد: انگیزه (راه‌حل داشتن) و اراده (دستیابی به راه‌حل). این پرسش‌نامه بر روی ۴۵ آزمودنی ایرانی اجرا شد و پایایی آن ۰/۷۳ بود. همچنین همبستگی آن (روایی هم‌زمان) با شادکامی آکسفورد که بر روی ۳۰ آزمودنی اجرا شد ۰/۹۱ بود که نشان‌دهنده روایی این مقیاس است (اشنایدر، ۲۰۰۰؛ به نقل از مؤمنی، ۱۳۹۸). در پژوهش خلجی (۲۰۰۶) پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و با بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۷۴ به دست آمد. در پژوهش کرمانی، خدائپناهی و همکارانش (۲۰۱۳)، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود.

¶ Hughes, Clark & et al

¶¶ Pinto, Kienhuis & et al

¶¶ Snyder Hope Scal

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون دارای ۲۵ سؤال و ۲۵ سؤال است و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری بر اساس مولفه‌های شایستگی/استقامت شخصی (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵)، استحکام غرایز شخصی (۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، تحمل عواطف منفی (۱، ۲، ۴، ۵ و ۸)، مهار (۱۳، ۲۱ و ۲۲) و معنویت (۳ و ۹) در افراد مختلف است. محدوده پاسخ آن از نوع لیکرت است که در مقیاسی بین ۰ (کاملاً نادرست) تا ۵ (همیشه درست) پاسخ داده می‌شود. برای امتیازدهی، مجموع نمرات تمام سؤالات با هم جمع می‌شوند. هر چه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده میزان تاب‌آوری پاسخ‌دهنده است و بالعکس.

نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این مقیاس در مطالعات مختلف در ایران اعتبارسنجی شده است، همسانی درونی آن قابل‌قبول بوده و ضریب آلفای کرونباخ تمامی سؤالات ۰/۸۸ بوده است (اسدی و جعفری روشن، ۱۳۹۲). این مقیاس توسط آهنگر زاده رضایی و رسولی (۱۳۹۳) هنجارسازی شده است. برای تعیین اعتبار این مقیاس، همبستگی هر نمره با نمره کل ضرایبی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ نشان داد. سپس گویه‌های هر مقیاس با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. برای تعیین پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ۰/۸۹ به دست آمد.

فرآیند اجرای پژوهش

ابتدا به دریافت معرفی نامه از دانشگاه محل تحصیل اقدام شد. سپس به اخذ مجوز از آموزش و پرورش شهرستان بستان‌آباد و مدرسه استثنایی شهر بستان‌آباد اقدام گردید و بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مدرسه از بین مادران کودکان کم‌توان ذهنی افرادی که شرایط لازم شرکت در پژوهش را داشته باشند ۳۰ نفر به عنوان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند و ابتدا به پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و در نهایت بعد از ارایه پروتکل مداخلاتی به گروه آزمایش، در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارایه شد و مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی براساس محتوای جلسات مورد درمان و آموزش قرار گرفتند. پروتکل مداخلاتی ارایه شده، از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مک‌کی، لیوف و اسکین، ۲۰۱۳؛ ترجمه روغنچی و همکاران، ۱۳۹۵، اقتباس شده است. بعد از اتمام مداخله، مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه‌های پس‌آزمون پاسخ دادند.

معیارهای ورود به پژوهش رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰، حداقل تحصیلات سیکل برای توانایی پاسخگوی به پرسش‌نامه‌ها بود. معیار خروج از روند مداخله نیز شامل عدم شرکت در جلسات درمانی در ساعت مقرر و غیبت بیش از یک جلسه بود.

پروتکل درمانی

جدول (۱) خلاصه جلسات مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا و هدف هر جلسه
جلسه اول	اجرا پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه و همچنین آشنایی افراد با موضوع پژوهش، توضیح در مورد امید به زندگی و تاب‌آوری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و آشنایی در مورد طرح کلی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه دوم	توضیح در مورد مسائل کودکان کم‌توان ذهنی و چگونگی به چالش کشیدن میزان امید و تاب‌آوری مادران، آشنایی با مفهوم پذیرش و رسیدن به درماندگی خلاق

جلسه سوم	بررسی دنیای بیرون و درون در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به چالش کشیدن راهبردهای کنترل
جلسه چهارم	کمک به افراد برای توقف تلاششان برای کنترل، بررسی پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای گذشته در راستای درک پیامدهایی که در بلندمدت مفید نیستند و معرفی مفهوم گسلش و دادن تکالیف خانگی بدین منظور.
جلسه پنجم	مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف و تعمیق مفاهیم قبلی، گسلش از افکار و احساسات ناامیدکننده کاهش‌دهنده تاب‌آوری
جلسه ششم	آشنایی با مفاهیم جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و شناسایی ارزش‌های افراد؛ تصریح ارزش‌ها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع و تصریح ارزش‌ها در والدین، تمثیل و دادن تکلیف منزل برای تصریح ارزش‌ها
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، آموزش نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی به افراد، توضیح در
جلسه هشتم	ذهن‌آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن و افزایش آگاهی روانی، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر.
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه قبل و در ادامه تکالیف جلسه قبل اقدام به تفهیم تمایل، کاربرد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، مشاهده تجربیات درون به عنوان فرایند، تمثیل
جلسه دهم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه، آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، تمرین عملی آموخته‌های قبلی و ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر (پژوهشگر). جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه‌های این پژوهش از نرم‌افزار SPSS-۲۶ و دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی از جداول و نمودارهای فراوانی و درصد فراوانی محاسبه میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی در راستای فرضیه‌های تحقیق که بر اساس مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش با هدف بررسی میزان دستیابی به اهداف مدنظر پژوهش، به تحلیل و آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد. ابتدا با بهره‌گیری از روش آمار توصیفی، نتایج داده‌های به‌دست‌آمده از متغیرها توصیف شده است. میانگین و انحراف معیار متغیر امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ ارائه شده است:

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای امید به زندگی و تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	تعداد
		میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	
امید به زندگی	آزمایش	۳۹/۲۰۰	۴/۳۷	۴۷/۰۰۰
	کنترل	۳۹/۴۰۰	۵/۶۴	۴۰/۳۳۳
تاب‌آوری	آزمایش	۸۸/۹۳۳	۱۱/۱۳	۱۰۳/۴۶۶
	کنترل	۸۴/۱۳۳	۱۳/۸۹	۹۴/۲۶۶

نتایج جدول (۲) و مرور یافته‌های توصیفی و مقایسه میانگین نمره‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش نشان داد که میانگین‌ها در گروه آزمایش و کنترل با همدیگر تفاوت دارند. به منظور بررسی معناداری تغییرات، ابتدا پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. یکی از پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک برای مقایسه میانگین‌ها، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه است که بدین منظور از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج آن نشان داد که سطح معناداری متغیرهای وابسته از ۰/۰۵ بیشتر بود که این امر نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در این متغیرهای پژوهش است ($P > 0/05$). همچنین از آزمون لوین برای نشان دادن همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون که پیش‌شرط‌های اصلی انجام تحلیل کواریانس هستند استفاده شد که به تفکیک فرضیه در ادامه ارایه می‌گردد.

در این بخش نخست، به بررسی فرضیه اول یعنی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی پرداخته می‌شود. همانطور که ذکر کردید ابتدا با استفاده از آزمون لوین به بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیر امید به زندگی پرداخته شد:

جدول (۳) آزمون لون برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر امید به زندگی

متغیر وابسته	f	Df1	Df2	معناداری
امید به زندگی	۱/۱۵۹	۱	۲۸	۰/۲۹۱

براساس جدول فوق آزمون لوین معنادار نیست ($P > 0/05$)، و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطا در بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند؛ لذا پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه به بررسی شیب رگرسیون پرداخته شد:

جدول (۴) همگنی شیب رگرسیونی جهت بررسی تعامل بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر امید به زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش‌آزمون امید به زندگی * گروه	۱۷/۰۰۲	۱	۱۷/۰۰۲	۰/۵۳۷	۰/۴۷۰

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، باتوجه به ضریب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون، معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$). لذا فرض همگنی ضرایب رگرسیون در متغیر امید به زندگی برقرار است و از این مفروضه تخطی نشده است؛ بنابراین باتوجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، در ادامه به آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) پرداخته می‌شود:

جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی مادران کودکان کم-توان ذهنی در مرحله پس‌آزمون

مؤلفه	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	مجدور ضریب اتا
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۳۴/۵۳۲	۱	۳۴/۵۳۲	۱/۱۰۹	۰/۳۰۲	۰/۰۳۹
	گروه	۳۳۷/۴۷۷	۱	۳۳۷/۴۷۷	۱۰/۸۳۷	۰/۰۰۳	۰/۲۸۶
	خطا	۸۴۰/۸۰۲	۲۷	۳۱/۱۴۱			
	کل	۵۸۴۱۲	۳۰				

بر اساس جدول فوق می‌توان گفت در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F = ۱۰/۸۳۷$ و $P < ۰.۵$). بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی اثربخش است.

در ادامه به بررسی پیش‌فرض‌ها و تحلیل کوواریانس در فرضیه اول یعنی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی پرداخته می‌شود. لذا در مرحله نخست برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر تاب‌آوری از آزمون لوین استفاده شده است که به قرار زیر می‌باشد:

جدول (۶) آزمون لوین برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر تاب‌آوری

متغیر وابسته	f	Df1	Df2	معناداری
تاب‌آوری	۰/۹۰۰	۱	۲۸	۰/۳۵۱

بر اساس جدول فوق آزمون لوین معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$)، و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطا در بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند؛ لذا پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه به بررسی شیب رگرسیون پرداخته می‌شود:

جدول (۷) همگنی شیب رگرسیونی جهت بررسی تعامل بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر تاب‌آوری

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری
پیش‌آزمون تاب‌آوری* گروه	۰/۰۶۵	۱	۰/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، ضریب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون، معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$). لذا فرض همگنی ضرایب رگرسیون در متغیر تاب‌آوری نیز برقرار است و از این مفروضه تخطی نشده است؛ بنابراین در این بخش نیز باتوجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، در ادامه به آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) پرداخته می‌شود:

جدول (۸) نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مرحله پس‌آزمون

مؤلفه	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	مجذور ضریب اتا
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۲۵۴/۹۰۶	۱	۲۵۴/۹۰۶	۲/۴۲۵	۰/۱۳۱	۰/۰۸۲
گروه		۴۶۷/۸۱۲	۱	۴۶۷/۸۱۲	۴/۴۵۱	۰/۰۴۴	۰/۱۴۲
خطا		۲۸۳۷/۷۶۰	۲۷	۱۰۵/۱۰۲			
کل		۲۹۶۹۶۶	۳۰				

در نهایت بر اساس جدول فوق می‌توان گفت در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۴/۴۵۱$ و $P<۰.۰۵$). بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی صورت پذیرفت. نتایج یافته‌ها در فرضیه اول نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی موثر است. یافته‌های این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش‌های عباسی و همکاران، ۱۳۹۵؛ رضازاده مقدم و همکاران، ۱۳۹۷؛ زارع‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹؛ فردریکسون، ۲۰۰۹؛ کسینگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ جان، روز و فلیپس، ۲۰۱۸ همسو می‌باشد.

در تبیین این همسویی می‌توان گفت با توجه به اینکه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مشکلات بیشتری را نسبت به مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تجربه می‌کنند و احساس ناامیدی و غم و اندوه بیشتری دارند و این می‌تواند ناشی از شرایط ویژه فرزندان و سختی آن و همچنین عدم پذیرش شرایط موجود باشد (صف‌آرا، خانابایی و خانابایی، ۱۳۹۸). در حالیکه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند و به دنبال سرکوب آن نباشند و در مقابل، تجارب خود را شناخته و آنها را به مهرورزی مورد پذیرش قرار دهند (حسینعلی زاده، فلاحتی، نوین و همکاران، ۱۴۰۱). و به نظر می‌رسد این امر یعنی پذیرش فرزند با نیازهای ویژه و شرایط و سختی‌های آن می‌تواند بر میزان امید به زندگی مادران تاثیر گذار باشد.

همچنین در تبیین دیگری می‌توان گفت مادران کودکان کم‌توان ذهنی نگرانی زیادی در مورد حال و آینده کودکان خود دارند و این باعث افزایش اضطراب و پریشانی در آنها می‌شود و در نتیجه باعث کاهش میزان امید به زندگی و ناکارآمدی در زندگی در آنها می‌گردد (بهرامی و زاهدی، ۱۳۹۷). اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گسلش فرد از افکار و احساسات ناخوشایند و با تعریف مجدد ارزش‌های زندگی و در نتیجه با عمل متعهدانه در مسیر ارزش‌های تعریف شده، آنها را به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های خودشان به سمت یک زندگی مطلوب سوق می‌دهد و به میزان زیادی بر امید به زندگی در زمان حال و نسبت به آینده می‌افزاید.

نتایج یافته‌ها در فرضیه دوم نیز نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی موثر است. یافته‌های این بخش از پژوهش نیز با نتایج پژوهش‌های حق رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰؛ بهرامی و زاهدی، ۱۳۹۷؛ مصباح، حجت‌خواه و گل‌محمدیان، ۱۳۹۷؛ گایو و همکاران، ۲۰۱۲؛ ترنی، ۲۰۱۵ همسو و همراستا بود. در تبیین یافته‌های این بخش نیز می‌توان گفت تاب‌آوری یک صفت ثابت و با دوام، یک مقابله‌ای پایدار و یک فرایند پویا است (گریف و نولتینگ، ۲۰۱۳) که در آن افراد با وجود دارای بودن تجارب مصیبت‌بار و آسیب‌زا، سازگاری مثبتی از خود بروز می‌دهد (مارتین و مارش، ۲۰۱۴).

افراد با تاب‌آوری بالا برای مشارکت فعال و موفق در محیط پیرامون و مسایل روزمره زندگی، از بهترین مهارت‌ها و منابع در دسترس خود استفاده بهینه می‌کنند. بنابراین بنظر می‌رسد با افزایش میزان تاب‌آوری افراد، مشکلات بین فردی و میان فردی افراد کاهش پیدا کرده و سازگاری با ناملایمات زندگی نیز افزایش پیدا می‌کند. لذا با استفاده از شیوه‌نامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر مشکلات بین فردی و مشکلات سازگاری و همچنین افکار و رخدادهای تنش‌زا تاکید دارد، قابلیت درمانی پیدا می‌کند. روش درمانی مورد بحث در طول مداخله از مهارت‌های پذیرش‌گسلش‌شناختی و ذهن‌آگاهی در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد استفاده می‌کند و پیامد این انعطاف‌پذیری روانشناختی نیز افزایش توانایی افراد برای ایجاد و برقراری ارتباط با تجارب خود در زمان حال و آنچه در لحظه اکنون برای آنها امکانپذیر است، می‌باشد (رضازاده‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۷).

همچنین چنین افرادی که از پس مسایل و افکار مخرب رهایی پیدا می‌کنند و به پذیرش می‌رسند، براساس ارزش‌های اصلی خود رفتار می‌کنند. و تمامی این موارد به افراد کمک می‌کند تا تنش‌ها و مشکلات زندگی را آنگونه که هستن تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن می‌سازد. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا توانایی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در پاسخ‌های سازگارانه و تاب‌آور در رویارویی با رخدادهای غم‌انگیز و استرس‌زای زندگی ارتقاء پیدا کند (مصباح و همکاران، ۱۳۹۷). و این افزایش توانمندی در مادران، در رویداد آسیب‌زای زندگی آنها در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و کاهش تاب‌آوری آنها در برخورد با کودک و مشکلات ناشی از کم‌توانی آنها می‌شود را بهبود بخشیده و باعث افزایش تاب‌آوری و سازگاری بهتر می‌گردد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه اشاره کرد که به سبب انجام دادن آن در مدرسه استثنایی و عدم توانایی حضور مستمر مادران در جلسات آموزشی بود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کوتاه بودن مدت زمان آموزش اشاره کرد. همچنین میزان سواد مادران حتی برای تکمیل پرسشنامه از محدودیت‌های این پژوهش بود. لذا پیشنهاد می‌شود این مداخله در پژوهش‌های آتی در مدت زمان بیشتر آموزش داده شود تا والدین بهتر بتوانند با آن ارتباط بگیرند و فرصت کافی برای انجام دادن تکالیف آن داشته باشند. همچنین با توجه به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی پژوهش پیشنهاد می‌شود که از آن در مراکز مشاوره و مدارس کودکان استثنایی استفاده گردد.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچگونه تعارض منافی در نگارش پژوهش حاضر و یافته‌های آن ندارند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی کودک و نوجوان در موسسه آموزشی عالی رشدیه تبریز می‌باشد. لذا بدین وسیله از تمامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شرکت‌کننده در پژوهش، مدیران و سایر کارکنان مدارس استثنایی شهرستان بستان‌آباد که ما را در انجام پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع:

- آذر می، نرگس و بخشی، احمد (۱۴۰۰). مقایسه تنیدگی و تاب‌آوری در کودکان بیش‌فعال و عادی. مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری، دوره ۳، شماره ۷، ۱۱۴-۱۲۵.
- آهنگرزاده رضایی، سهیلا و رسولی، مریم (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تاب‌آوری کانر - دیویدسون. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ۱۳، شماره ۹، ۷۳۹-۷۴۷.
- اصغری نکاح، سید محسن؛ جانسوز، فاطمه؛ کمالی، فریبا و طاهری‌نیا، سمانه (۱۳۹۴). وضعیت تاب‌آوری و آسیب‌های هیجانی در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان. مجله روان‌شناسی بالینی، دوره ۷، شماره ۲۵، ۱۵-۲۶.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. (چاپ پنجم). تهران: انتشارات جنگل.
- ایزدی، راضیه، نشاط دوست، حمید، عسگری، کریم و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجبار. مجله تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دوره ۱۲، شماره ۱، ۱۹-۳۳.
- بهراری، فرشاد (۱۳۹۰). مبانی امید و امید درمانی (راهنمای امید آفرینی). تهران: انتشارات دانژه.
- بهرامی، فاطمه و زاهدی، یونس (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۹، شماره ۳۵، ۱۷۱-۱۸۹.
- حجت‌خواه، سید محسن و مصباح، ایمان (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی شده و سازگاری اجتماعی مادران کودک کم‌توان ذهنی. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، دوره ۶، شماره ۲۴، ۱۵۳-۱۸۰.
- حسینی قمی، طاهره؛ سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت زندگی در مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۱(۴)، ۹۷-۱۰۹.
- حق‌رنجبر، فرخ؛ کاکاوند، علیرضا؛ برجعلی، احمد و برماس، حامد (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی. نشریه سلامت و روان‌شناسی، دوره ۱، شماره ۱، ۱۷۷-۱۸۷.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا و درخشنده، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی امیددرمانی گروهی بر معناجویی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول. فصلنامه پرستاری کودکان، دوره ۱، شماره ۳، ۱۵-۲۵.
- خلجی، طیه (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین امید، منبع مهار تحصیلی و موفقیت تحصیلی دوره پیش‌دانشگاهی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران.
- رضازاده مقدم، سونه؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا، حمیدی پور، رحیم و ثناگو، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر امید و تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. نشریه روان پرستاری، دوره ۶، شماره ۳، ۳۱-۳۷.
- زارع بیدکی، زهرا و جهانگیری، محمدمهدی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، دوره ۱۰، شماره ۱، ۲۹-۴۴.
- زارع‌زاده، رسول؛ علی‌وندی وفا، مرضیه؛ طباطبائی، سید محمود و اقدسی، علی‌نقی (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبد. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، دوره ۱۶، شماره ۶۲، ۱۲۲-۱۰۹.
- زمستانی، مهدی؛ قلی‌زاده، زلیخا و علایی، مریم (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، دوره ۸، شماره ۲۹، ۸۴-۶۱.
- سرای، حسن (۱۳۸۳). روش‌های مقدماتی تحلیل جمعیت (با تأکید بر باروری و مرگ‌ومیر). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

سلیمی، آرمان؛ عباسی، امیر؛ زهرا کار کیانوش؛ طامه، بتول و داورنیا، رضا (۱۳۹۶). تأثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به طیف اتیسم. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ارمغان دانش، دوره ۲۲، شماره ۳، ۳۶۳-۳۵۰.

شیرالی نیا، خدیجه؛ عبدالمی موسوی، حدیث و خجسته‌مهر، رضا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان‌پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اتیسم. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، دوره ۷، شماره ۲۸، ۴۴-۲۱.

طالبی، مهناز؛ نادری، فرح؛ بختیار پور، سعید و صفزاده، سحر (۱۴۰۰). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی با نقش تعدیل‌کننده باورهای مذهبی. *فصلنامه علمی - پژوهشی سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، دوره ۵، شماره ۳، ۹۲-۸۶.

عباسی، حسین؛ کریمی، بهروز و جعفری، داود (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، دوره ۶، شماره ۲۴، ۸۱-۱۰۸. قراء زیبایی، فاطمه؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ پوراحمد، علی و محتشمی، طیب (۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، دوره ۶، شماره ۴، ۲۰-۱۲.

کرمانی، زهرا؛ خدائپناهی، محمدکریم و حیدری، محمود (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید به زندگی شنایدر. *روان‌شناسی کاربردی*، دوره ۵، شماره ۳، ۲۳-۷.

گودرزی، فریدون؛ سلطانی، زیبا؛ حسینی صدیق، مریم‌السادات؛ همدی، میثم و قاسمی جوینه، رضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی. *مطالعات ناتوانی*، دوره ۷، شماره ۲۲، ۲۶-۷.

مصباح، ایمان؛ حجت‌خواه، سید محسن و گل محمدیان، محسن (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی، *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، دوره ۸، شماره ۲۹، ۱۰۹-۸۵. مقتدایی، مسعود و خوش‌اخلاق، حسن (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همسران جانبازان. *نشریه طب جانباز*، دوره ۷، شماره ۴، ۱۸۸-۱۸۴.

مقصودلو، فاطمه؛ ثناگو، غلامرضا و شیرازی، محمود (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در کاهش افکار اضطرابی، افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام. اس و افسردگی در شهر تهران. *فصلنامه علمی - پژوهشی سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، دوره ۶، شماره ۱، ۱۲۰-۱۰۸.

مک‌کی، متیو؛ لیوف، آویگیل و اسکین، مایکل (۲۰۱۳). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین‌فردی (همراه شیوه‌نامه درمان گروهی)*، ترجمه محمود روغنچی، رضوان‌السادات جزایری، عذرا اعتمادی، مریم فاتحی زاده، خدامراد مؤمنی و سید محسن حجت‌خواه (۱۳۹۵). کرمانشاه: انتشارات دانشگاه رازی.

مؤمنی، فاطمه (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با ناتوانی‌های یادگیری خاص. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، دوره ۴، شماره ۸، ۲۱-۷.

APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Association, A. P., & others. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5). American Psychiatric Pub.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.

- Burchard, G. A., Yarhouse, M. A., Killian, M., Worthington Jr, E. L., Berry, J. W., & Canter, D. (2003). A study of two marital enrichment programs and couples' quality of life. *Journal of Psychology and Theology*, 31(3), 240-252.
- Cetinbakis, G., Bastug, G., & Ozel-Kizil, E. T. (۲۰۲۰). □□□□□□ □□□□□□□□□□ □□ □□□□□□ caregiving burden in Turkish mothers of children with autism spectrum disorders. *International journal of developmental disabilities*, 66(۱), ۴۶-۵۳.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-۸۲.
- Dewhurst, E., Novakova, B., & Reuber, M. (2015). A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 46, 234-241.
- Du, H., Bernardo, A. B., & Yeung, S. S. (2015). Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 83, 228-233.
- Fashler, S. R., Weinrib, A. Z., Azam, M. A., & Katz, J. (2018). The use of acceptance and commitment therapy in oncology settings: a narrative review. *Psychological reports*, 1۲۱(۲), ۲۲۹-۲۵۲.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller memorial lecture 1992 the theory and practice of resilience. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35(2), 231-257.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies*.
- Fredrickson, B. L. (2009). Positivity: Groundbreaking Research Reveals How to Embrace the Hidden Strength of Positive Emotions. *Overcome Negativity, and Thrive*.
- Gau, S. S. F., Chou, M. C., Chiang, H. L., Lee, J. C., Wong, C. C., Chou, W. J., & Wu, Y. Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism spectrum disorders*, 6(۱), ۲۶۳-۲۷۰.
- 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), 557-5۶۳.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4).
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Holz, N. E., Tost, H., & Meyer-Lindenberg, A. (2020). Resilience and the brain: a key role for regulatory circuits linked to social stress and support. *Molecular psychiatry*, 25(2), 379-3۹۶.
- 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.
- Jagger, C., Matthews, R., Matthews, F., Robinson, T., Robine, J. M., & Brayne, C. (2007). The burden of diseases on disability-free life expectancy in later life. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 6۲(۴), ۴۰۸-۴۱۴.

- Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S. H., Simons, N., & Halberstadt, J. (2018). The religious correlates of death anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Religion, Brain & Behavior*, 8(1), 4-20.
- Kavanagh, D. J. (2013). Schizophrenia: An overview and practical handbook.
- Kessing, L. V., Vradi, E., & Andersen, P. K. (2015). Life expectancy in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17(5), 543-548.
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of research in personality*, 39(4), 395-422.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2021). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Publications.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology.
- McCrea, K. T., Guthrie, D., & Bulanda, J. J. (2016). When traumatic stressors are not past, but now: Psychosocial treatment to develop resilience with children and youth enduring concurrent, complex trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 5-16.
- Miodrag, N., & Hodapp, R. M. (2010). Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. *Current opinion in psychiatry*, 23(5), 407-411.
- Montgomery, D. (2015). The effects of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism.
- Nesheiwat, K. M., & Brandwein, D. (2011). Factors related to resilience in preschool and kindergarten students. *Child welfare*, 90(1), 7-24.
- Petersen, J. M., Krafft, J., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2021). Evaluating the open and engaged components of acceptance and commitment therapy in an online self-guided website: Results from a pilot trial. *Behavior modification*, 45(3), 480-501.
- 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 Psychologist*, 21(1), 33-43.
- Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 51(2), 109-124.
- Redl, F. (1951). The concept of ego disturbances and ego support. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(2), 273.
- Sexton, M. B., Hamilton, L., McGinnis, E. W., Rosenblum, K. L., & Muzik, M. (2015). The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *Journal of affective disorders*, 174, 562-568.
- Sohlberg, E. M., Thomas, I. C., Yang, J., Kapphahn, K., Daskivich, T. J., Skolarus, T. A., ... & Leppert, J. T. (2020, September). Life expectancy estimates for patients diagnosed with prostate cancer in the Veterans Health Administration. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 38, No. 9, pp. 734-e1). Elsevier.
- Taormina, R. J. (2015). Adult personal resilience: A new theory, new measure, and practical implications. *Psychological Thought*, 8(1).
- Terni, P. (2015). Solution-focus: Bringing positive psychology into the conversation. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 3(1), 8-16.
- Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience*. Guilford publications.

Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2014). Interventions to reduce behavioral problems in children with cerebral palsy: an RCT. *Pediatrics*, 133(5), e1249-e1257.

Whittingham, K., Sheffield, J., & Boyd, R. N. (2016). Parenting acceptance and commitment therapy: a randomised controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. *BMJ open*, 6(10), e012807.

Woodman, A. C., Mawdsley, H. P., & Hauser-Cram, P. (2015). Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in developmental disabilities*, 36, ۲۶۴-۲۷۶.