

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی والدین فرزندخوانده تحت پوشش بهزیستی

الهام سادات آخشیشان^۱، کبری حاجی‌علیزاده^{۲*}، بیوک تاجری^۳

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی یکی از شاخص‌های مهم سلامت روان است که بر توانایی والدین در مقابله با چالش‌ها و ایفای نقش‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارد. والدینی که کودک بی‌سرپرست را به فرزند می‌پذیرند، با فشارها و چالش‌های روانی و اجتماعی بیشتری مواجه‌اند. درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش تجربه‌ها، پایبندی به ارزش‌ها و افزایش انعطاف روانی می‌تواند کیفیت زندگی این والدین را بهبود بخشد لذا این پژوهش با هدف، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی زوجینی که کودک بی‌سرپرست را به فرزندخواندگی پذیرفته‌اند، انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زوج‌های فرزندپذیر مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ که کودک بالای دو سال را به سرپرستی پذیرفته بودند. از این تعداد، ۳۲ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های ۱۶ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند که در فرآیند پژوهش به ۱۵ نفر تقلیل یافتند و به پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در سه نوبت پیش-پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش پذیرش و تعهد، طی ۱۰ جلسه، به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی قرار گرفتند ولی به گروه کنترل آموزشی داده نشد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط و آزمون تعقیبی بونفرونی و سطح معنی‌دار $p < 0.05$ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین نمرات کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنی دار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان داد که نمرات کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون، بیشتر از مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری موجب ارتقای کیفیت زندگی زوجین فرزندپذیر کودکان بی‌سرپرست بهزیستی می‌شود. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که به‌کارگیری این رویکرد درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر برای ارتقای بهبود کیفیت زندگی این گروه از زوجین مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی، پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، فرزندخوانده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۷ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۴/۷/۶

استناد: آخشیشان الهام السادات، حاجی‌علیزاده کبری، تاجری بیوک. اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی والدین فرزندخوانده تحت پوشش بهزیستی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۴؛ ۱۵ (۳): ۱۴۵-۱۳۴

۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی. elhamsadat.akhshijan@iau.ac.ir

۲ (نویسنده مسئول)، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

ph_alizadeh@yahoo.com, tell: 09013642238

btajeri@yahoo.com

۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

ازدواج یکی از بنیادین‌ترین نهادهای اجتماعی و روانی در زندگی انسان است که اهداف متعددی از جمله ایجاد رابطه عاطفی پایدار، تأمین حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی و مهم‌تر از همه فرزندآوری را دنبال می‌کند (۱). فرزندآوری، علاوه بر استمرار نسل، یکی از محورهای اصلی تحقق هویت والدینی و تجربه رشد شخصی در خانواده به شمار می‌آید (۲). از منظر روان‌شناسی، توانایی والدین در بچه‌دار شدن و ایفای نقش والدگری به طور مستقیم با رضایت زناشویی، سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط دارد (۳). در واقع، وجود فرزند، یکی از عوامل کلیدی احساس معنا، ارزشمندی و تکامل فردی در زندگی مشترک است و فقدان آن می‌تواند منجر به استرس، اضطراب، کاهش کیفیت زندگی و ایجاد بحران‌های روانی و بین‌فردی شود (۴).

با این حال، ۳/۵ درصد از زوج‌ها به دلایل بیولوژیکی یا پزشکی توانایی طبیعی فرزندآوری ندارند (۵). نبود فرزند در این زوجین نه تنها می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی شود، بلکه فشارهای روانی، نگرانی‌های اجتماعی، احساس ناکامی و تعارضات زناشویی را افزایش می‌دهد (۶). مطالعات نشان داده‌اند که نبود فرزند یکی از عوامل اصلی بروز افسردگی، اضطراب و کاهش عزت‌نفس در زوجین است و حتی در موارد شدید می‌تواند به طلاق یا فاصله‌گیری عاطفی منجر شود (۷). در این میان، برخی از این والدین برای پاسخ به نیاز والدینی و تجربه نقش والدگری، کودکان بی‌سرپرست و تحت پوشش نهادهایی مانند بهزیستی را به فرزندخواندگی می‌پذیرند (۸). این فرایند، علی‌رغم ایجاد فرصت‌های جدید برای تجربه والدگری، با اضطراب‌ها و چالش‌های منحصر به فردی همراه است (۹). والدینی که کودک فرزندخوانده می‌پذیرند، باید با خاطرات دشوار و مشکلات رفتاری احتمالی کودک، نگرانی‌های اجتماعی و فرهنگی و مسئولیت‌های قانونی و تربیتی سازگار شوند که این عوامل می‌تواند سطح استرس و فشار روانی آنان را افزایش دهد (۱۰).

کودکان تحت پوشش بهزیستی معمولاً تجربه فقدان، طرد یا بی‌توجهی را تجربه کرده‌اند و از نظر هیجانی، اجتماعی و رفتاری آسیب‌پذیرترند (۱۱). این کودکان ممکن است اختلالات هیجانی، مشکلات رفتاری، تأخیر در رشد مهارت‌های اجتماعی و اعتماد پایین به بزرگسالان داشته باشند (۱۲). پذیرش چنین کودکانی توسط والدین، علاوه بر نیاز به مهارت‌های فرزندپروری پیشرفته، مستلزم انعطاف روانی، صبر و توانایی مدیریت تعارضات است (۱۲). تحقیقات نشان می‌دهد والدینی که فرزند را به سرپرستی قبول می‌کنند، در معرض کاهش کیفیت زندگی، اضطراب مداوم و فشارهای روانی مزمن قرار می‌گیرند (۱۳). با پذیرش کودک، کیفیت زندگی والدین می‌تواند تغییرات قابل توجهی را تجربه کند. این تغییرات اغلب در ابعاد مختلفی نمود پیدا می‌کنند؛ از جمله سلامت روان، که با کاهش اضطراب و استرس و افزایش احساس آرامش و رضایت همراه است، مانند والدینی که پس از پذیرش کودک، با مشاهده پیشرفت‌های رفتاری و تحصیلی او احساس خوشحالی و آرامش بیشتری دارند. همچنین رضایت زناشویی و روابط خانوادگی بهبود می‌یابد، چرا که تقسیم مسئولیت‌ها و همکاری در تربیت کودک می‌تواند صمیمیت و هماهنگی زوجین را افزایش دهد؛ برای مثال والدینی که با همدیگر در مدیریت رفتارهای دشوار کودک موفق هستند، رابطه نزدیک‌تر و حمایت‌گرانه‌تری تجربه می‌کنند. مهارت‌های اجتماعی و شبکه حمایتی والدین نیز گسترش می‌یابد، زیرا مشارکت در گروه‌های حمایتی و مشاوره‌ای حس تعلق و پشتیبانی اجتماعی را تقویت می‌کند. در نهایت، احساس ارزشمندی و معنا در زندگی والدین افزایش می‌یابد، زیرا مشاهده تأثیر مثبت مراقبت‌های خود بر رشد و موفقیت کودک، حس مسئولیت و مفید بودن را در آنها تقویت می‌کند. این تغییرات چندبعدی نشان می‌دهد که پذیرش کودک نه تنها چالش‌ها و فشارهای ناشی از فرزندخواندگی را تعدیل می‌کند، بلکه با تقویت منابع روان‌شناختی و اجتماعی والدین، کیفیت زندگی آنان را به شکل پایدار بهبود می‌بخشد (۱۴). کیفیت زندگی، مفهومی چندبعدی است که شامل سلامت روان، رضایت زناشویی، تعاملات اجتماعی، عملکرد خانوادگی و ادراک فرد از ارزش‌های شخصی می‌شود (۱۵). افزایش کیفیت زندگی مستلزم بهبود هر یک از این ابعاد و توانمندسازی والدین در مواجهه با چالش‌های ناشی از فرزندخواندگی است چرا که از یک سو، حضور کودک فرصت‌های رشد عاطفی، معنا و تعلق فراهم می‌کند و می‌تواند رضایت از زندگی و احساس ارزشمندی والدین را افزایش دهد (۱۷). از سوی دیگر، چالش‌های

مرتبط با فرزندخواندگی، فشارهای تربیتی و مسئولیت‌های قانونی ممکن است سطح استرس را بالا نگه دارد و نیازمند مداخلات روان‌شناختی و آموزشی هدفمند باشد (۱۷).

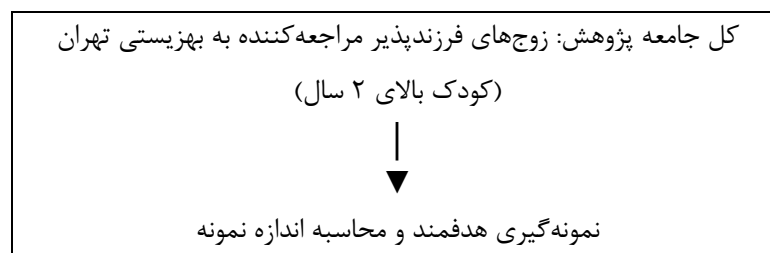
یکی از رویکردهای درمانی مؤثر در این زمینه، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد است. به جای تمرکز بر حذف یا سرکوب تجربه‌های هیجانی منفی، والدین را تشویق می‌کند تا هیجانات و افکار ناخوشایند خود را بپذیرند و همزمان رفتارهایی را انتخاب کنند که با ارزش‌ها و اهداف شخصی آنان همسو باشد. شش فرآیند اصلی درمان پذیرش و تعهد شامل پذیرش، شناخت ارزش‌ها، تعهد به رفتارهای هدفمند، حضور در لحظه، مشاهده خود و انعطاف روانی است (۱۸). درمان گروهی درمان پذیرش و تعهد علاوه بر ایجاد مهارت‌های فردی، با فراهم کردن فضای حمایت گروهی و تبادل تجربه میان والدین مشابه، می‌تواند حس تعلق، اعتماد به نفس و خودکارآمدی والدین را افزایش دهد و به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کند (۱۹).

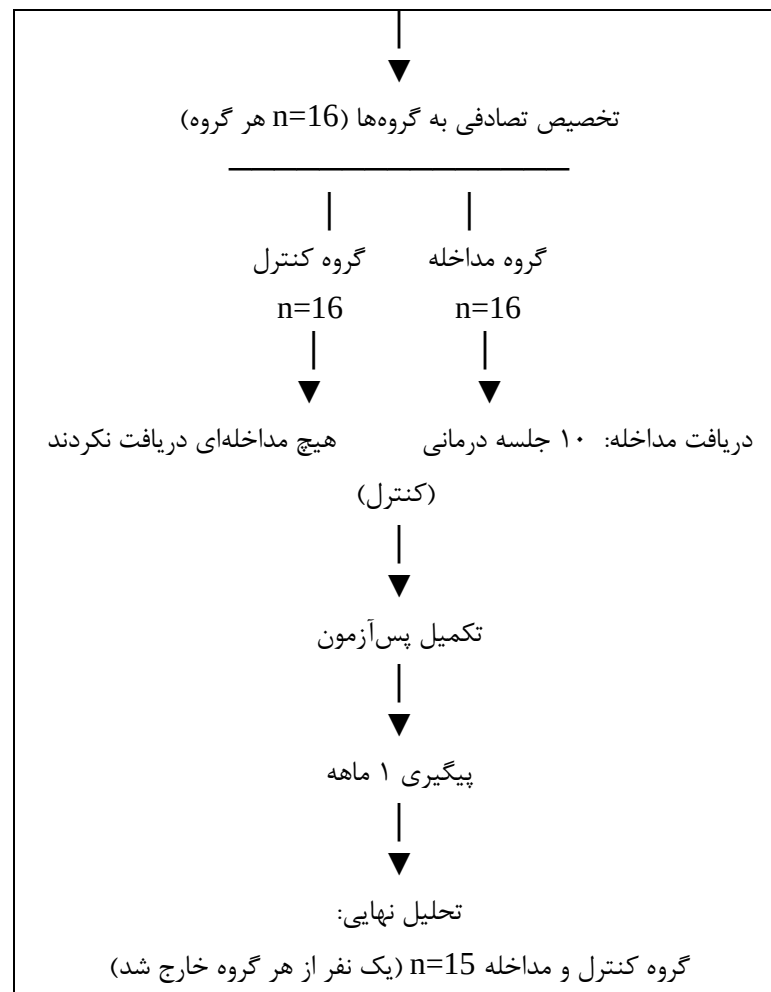
مطالعات پیشین نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف روانی، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی، بهبود رضایت از زندگی و ارتقای کیفیت روابط خانوادگی در جمعیت‌های مختلف از جمله والدین و خانواده‌ها شده است (۲۰، ۲۱). به ویژه در والدینی که کودک بی‌سرپرست را به فرزندخواندگی پذیرفته‌اند، این مداخله می‌تواند با کاهش فشارهای روانی، افزایش توانمندی‌های مقابله‌ای و بهبود تعاملات والد-فرزندی، کیفیت زندگی را ارتقا بخشد (۲۰، ۲۲، ۲۳). با توجه به اهمیت کیفیت زندگی والدین فرزندخوانده، فشارهای روانی ناشی از فقدان فرزند طبیعی، چالش‌های فرزندخواندگی و نقش حیاتی مداخلات روان‌شناختی در توانمندسازی والدین، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی والدین فرزندخوانده تحت پوشش بهزیستی می‌پردازد. این مطالعه قصد دارد با ارائه شواهد علمی، راهنمای طراحی برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای در نهادهای حمایتی و ارتقای سلامت روان والدین و کودکان تحت پوشش باشد.

روش پژوهش:

روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زوج‌های فرزندپذیر مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ که کودک بالای دو سال را به سرپرستی پذیرفته بودند. انتخاب نمونه با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و تعداد نمونه بر اساس مطالعات مشابه، مانند پژوهش لینهان و دیمف و همکاران^۱ (۲۴) با در نظر گرفتن اندازه‌اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۶ نفر محاسبه شد که با گمارش تصادفی، ۱۶ نفر در گروه مداخله و ۱۶ نفر در گروه کنترل تقسیم شدند که در فرآیند پژوهش به ۱۵ نفر به دلیل تغییر مکان زندگی تقلیل یافتند و به کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) در سه نوبت پیش‌آزمون (قبل از شروع جلسات مداخله در گروه مداخله و همزمان گروه کنترل) - پس‌آزمون (۱ هفته بعد از آخرین جلسه مداخله) و پیگیری (۱ ماه بعد از اجرای پس‌آزمون) پاسخ دادند.

نمودار ۱. دیاگرام کنسورتی مطالعه





معیارهای ورود شامل: ۱. رضایت کامل زوجین برای شرکت در پژوهش، ۲. عدم توانایی در فرزندآوری، ۳. توانایی حضور منظم در جلسات درمانی، ۴. عدم شرکت در مداخلات بطور همزمان؛ و ۵. نداشتن غیبت در فرآیند آموزش و معیار خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. گروه آزمایش تحت آموزش پذیرش و تعهد طی ۱۰ جلسه (به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) به صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی پترسون و همکاران^۱ که در سال ۲۰۱۲ نگارش شد (۲۵) برنامه ریزی شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و دلیل حضور در بهزیستی کنترل کردن سلامتی کودکان توسط مددکاران بهزیستی بود.

ابزار پژوهش عبارت بود از پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه ۳۶ سؤالی مشهورترین و پراستفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و از ۸ مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی حاوی ۲۶ سؤال و ۴ خرده مقیاس شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی می‌باشد. ضرایب اعتبار و روایی اولیه این مقیاس توسط هاگا و همکاران^۲ ۰/۹۱ گزارش گردیده است (۲۶). این مقیاس پس از ترجمه و اعتباریابی توسط نجات، منتظری، هلاکویی و همکاران (۲۷) قابل استفاده در جامعه ایرانی گزارش شده و ضرایب ۰/۹۲ برای اعتبار و روایی آن گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز ضریب پایایی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بود.

^۱ Peterson, Eifert

^۲ Haga et al

پروتکل آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوجین فرزندپذیر: در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی بر اساس پترسون و همکاران (۲۰۱۲) تدوین شد (۲۵). این برنامه در ۱۰ هفته هر هفته ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط درمانگر اجرا شد.

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

جلسه اول	معارفه تک تک اعضا، تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه، تعیین اهداف زیربنایی، تعیین کوشش-های قبلی مراجعین جهت افزایش خودکارآمدی، توصیف افکار و نشانه‌ها، استعاره ببر گرسنه، معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین، یادآوری اینکه کنترل خود مشکل ساز است. تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم.
جلسه دوم	ارائه استعاره (مرد در گودال)، استعاره کیک شکلاتی، توجه به اشتیاق مراجع. تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه
جلسه سوم	ارائه استعاره طناب کشی با غول، استعاره دروغ سنج، تاکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: برگه «عملکرد نگرانی چیست»
جلسه چهارم	ارائه استعاره پلی گراف، تمرین استعاره شیر، شیر، شیر، اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس، دستورالعمل مربوط به اشتیاق، هیجانات شفاف در مقابل هیجانات مبهم، معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه. تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن آگاهی
جلسه پنجم	معرفی ارزشها، بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزشها، انتخاب ارزشها: انتخابها در مقابل قضاوتها/تصمیمها-ها، شناسایی یک عمل بالارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
جلسه ششم	شناسایی ارزشها: استفاده از استعاره «سنگ قبر»، دستورالعمل مهارتهای ذهن آگاهی، تمرین افزایش ذهن آگاهی. تکالیف خانگی: شناسایی یک عمل بالارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
جلسه هفتم	دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانات، دستورالعمل کنترل سبک هیجانی، اجتناب هیجانی (استعاره اجاق داغ)، هیجانات واضح در مقابل هیجانات مبهم. تکالیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی، شناسایی یک عمل بالارزش (تعیین هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
جلسه هشتم	ارائه استعاره صفحه شطرنج، بحث در مورد خود مشاهده گر در مقابل خود مفهومی، تمرین خود مشاهده گر، شناسایی ی، عمل بالارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته. تکالیف خانگی: انجام عمل بالارزش مشخص
جلسه نهم	تعهد به عنوان یک فرآیند، شناسایی گامهای عملیاتی (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر)، ارائه استعاره باغداری، موانع رسیدن به اهداف و اشتیاقها جهت پذیرش آنها (استعاره حباب در جاده)، استعاره مسافران در اتوبوس، استعاره صعود به قله، شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته. تکلیف خانگی: انجام یک عمل با ارزش مشخص
جلسه دهم	پایان جلسات و جمع بندی

داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس مختلط و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و سطح معناداری آزمون‌های آماری $\alpha = 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها :

بر پایه یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان ۲ گروه در متغیر سن برای گروه آزمایش $40/2 \pm 20/85$ و برای گروه کنترل $39/86 \pm 2/97$ بود که تقریباً همگن بوده و تفاوت معناداری بین آن یافت نمی‌شود. همچنین آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
کیفیت زندگی	آزمایش ۱	۷۴/۰۶	۹/۴۲	۸۶/۰۶	۷/۳۱	۸۹/۳۳	۷/۱۰
	آزمایش ۲	۷۷/۷۳	۹/۷۱	۸۹/۴۰	۸/۹۱	۹۱/۷۳	۸/۵۳
	کنترل	۷۹/۲۶	۹/۷۷	۷۶/۴۰	۸/۴۴	۷۷/۸۰	۹/۴۵

جدول ۲، نتایج میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های پژوهش را به تفکیک مراحل مختلف آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیرهای اعتماد به نفس و کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو-ویلک برای هر سه گروه بررسی شد و نتایج نشان داد که ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به هر دو متغیر در هر دو گروه و در هر دو مرحله پیش و پس‌آزمون در سطح $0/05$ غیرمعنادار است. برای آزمون برقراری/عدم برقراری مفروضه همگنی واریانس خطای پس‌آزمون‌های کیفیت زندگی در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری مفروضه برابری واریانس‌های خطا بود.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چندمتغیره کیفیت زندگی

اثر	آزمون	مقدار	F	Df1	Df2	Sig.
زمان	اثر پیلایی	۰/۷۴۲	۵۸/۸۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۵۸	۵۸/۸۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲/۸۷	۵۸/۸۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۸۷	۵۸/۸۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
زمان * گروه	اثر پیلایی	۰/۶۹۱	۱۱/۰۹	۴	۸۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۱۸	۱۵/۸۵	۴	۸۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲/۱۱	۲۱/۱۶	۴	۸۰	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۱۰	۴۴/۱۵	۲	۴۲	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۳، مشاهده می‌شود که در اثر زمان و نیز زمان در گروه مقدار سطح معناداری آزمون‌های چندمتغیره برای کیفیت زندگی کمتر از $0/05$ است. این نشان می‌دهد که در مراحل مختلف آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و نیز در تعامل مراحل مختلف آزمون و گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری در کیفیت زندگی وجود دارد. بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها در زیر آرایه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر کیفیت زندگی

منبع	آزمون	SS	Df	MS	F	Sig.	Eta
زمان	پذیرش کروییت	۲۰۹۰/۸۰	۲	۱۰۴۵/۴۰	۹۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
	گرینه‌هاوس-گیسر	۲۰۹۰/۸۰	۱/۴۸	۱۴۰۷/۵۶	۹۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
	هیون-فلت	۲۰۹۰/۸۰	۱/۶۰	۳۵۱۳۰/۶	۹۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
	حد پایین	۲۰۹۰/۸۰	۱	۲۰۹۰/۸۰	۹۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
زمان	پذیرش کروییت	۱۵۹۷/۳۳	۴	۳۹۹/۳۳	۳۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	گرینه‌هاوس-گیسر	۱۵۹۷/۳۳	۲/۹۷	۵۳۷/۶۷	۳۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	هیون-فلت	۱۵۹۷/۳۳	۳/۲۰	۴۹۹/۰۱	۳۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	حد پایین	۱۵۹۷/۳۳	۲	۷۹۸/۶۶	۳۴/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵

جدول ۴، نتایج معناداری اثر زمان و نیز زمان در گروه را در متغیر کیفیت زندگی نشان می‌دهد. سطح معناداری به‌دست‌آمده در ردیف گرینه‌هاوس-گیسر، برای هر دو حالت اثر زمان و نیز زمان در گروه معنادار است ($P < ۰/۰۵$)؛ این نشان می‌دهد که در مراحل مختلف آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و نیز در تعامل مراحل مختلف آزمون و گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری در کیفیت زندگی وجود دارد. بنابراین به‌منظور بررسی تفاوت بین مراحل مختلف آزمون از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن به‌صورت زیر است:

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه مراحل مختلف کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش

گروه	مرحله آزمون	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig.
آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۱/۶۶	۱/۲۷
	پیگیری		-۱۴	۱/۲۵
پس‌آزمون	پیگیری		-۲/۳۳	۰/۷۷۹
				۰/۰۲۹

بر اساس نتایج جدول ۵، در گروه آزمایش میزان سطح معناداری بین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و نیز پس‌آزمون با پیگیری کمتر از ۰/۰۵ است ($P < ۰/۰۵$) و این نشان می‌دهد که این درمان موجب بهبود کیفیت زندگی شده است و این امر در مرحله پیگیری بهبودی بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی والدین فرزندخوانده تحت پوشش بهزیستی بود. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنادار کیفیت زندگی والدین فرزندخوانده در ابعاد روانی، اجتماعی و عاطفی می‌شود. والدین فرزندخوانده با چالش‌های متعددی مواجه‌اند؛ از جمله فقدان تجربه فرزندآوری طبیعی، فشارهای تربیتی، مشکلات قانونی و مواجهه با رفتارهای مشکل‌ساز کودک، که می‌تواند سطح استرس و اضطراب آنان را افزایش دهد و کیفیت زندگی را کاهش دهد (۱۴). این یافته اهمیت اجرای مداخلات روانشناختی هدفمند برای افزایش انعطاف روانی و مهارت‌های مقابله‌ای والدین را نشان می‌دهد.

یافته‌های مرحله پیش‌آزمون نشان داد که کیفیت زندگی والدین در این مرحله پایین‌تر از پس‌آزمون و پیگیری بود. این امر بیانگر این است که قبل از مداخله، والدین در معرض فشارهای روانی و استرس مزمن ناشی از چالش‌های فرزندپذیری قرار داشتند. این نتایج با پژوهش‌های ناصری و همکاران (۲۸) و جعفری و همکاران (۲۹) همسو است که نشان دادند والدینی که بدون حمایت‌های روانی کودکان بی‌سرپرست را می‌پذیرند، کیفیت زندگی پایین و اضطراب بالایی دارند. پایین بودن کیفیت زندگی در پیش‌آزمون می‌تواند به دلیل مشکلات ناشی از فرزندپذیری، مواجهه با رفتارهای دشوار کودکان و فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کافی باشد.

پس از اجرای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی والدین بهبود معناداری یافت. این بهبود نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است والدین را در مدیریت هیجانات منفی، کاهش استرس و اتخاذ رفتارهای هدفمند متناسب با ارزش‌های فردی حمایت کند. این یافته با پژوهش‌های رویز و همکاران^۱ (۳۰) و سائران و همکاران^۲ (۳۱) همسو است، زیرا آن‌ها نیز نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود کیفیت زندگی در والدین و خانواده‌ها می‌شود.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند کیفیت زندگی والدین فرزندخوانده را از طریق افزایش انعطاف‌روایی و کاهش اجتناب از هیجانات منفی بهبود بخشد. والدین فرزندخوانده غالباً با هیجانات دشوار مانند اضطراب، گناه یا ترس از ناکامی مواجه‌اند و تلاش برای اجتناب یا سرکوب این هیجانات موجب افزایش استرس و کاهش رضایت از زندگی می‌شود (۸). درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش هیجانات، تمرکز بر ارزش‌های شخصی و تعهد به رفتارهای هدفمند، والدین را قادر می‌سازد تا در مواجهه با چالش‌های فرزندپذیری، تصمیمات سازگارانه و کارآمد اتخاذ کنند. به عبارت دیگر، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش مقاومت در برابر تجربیات هیجانی منفی و تقویت رفتارهای مبتنی بر ارزش، نه تنها فشار روانی والدین را کاهش می‌دهد، بلکه مهارت مقابله‌ای آنان را در شرایط واقعی زندگی تقویت می‌کند و بهبود پایدار در کیفیت زندگی ایجاد می‌کند (۲۹).

از دیدگاه نظری، درمان پذیرش و تعهد با شش فرآیند کلیدی خود شامل پذیرش، شناخت ارزش‌ها، تعهد به رفتار هدفمند، حضور در لحظه، مشاهده خود و انعطاف‌روایی، والدین را قادر می‌سازد تا هیجانات دشوار و فشارهای ناشی از فرزندپذیری را مدیریت کنند. پذیرش هیجانات منفی باعث کاهش مقاومت و استرس، و تعهد به ارزش‌ها باعث افزایش رفتارهای سازگارانه و هدفمند می‌شود. این فرآیندها موجب بهبود کیفیت زندگی در ابعاد روانی، اجتماعی و عاطفی و پایداری اثرات مداخله در طول زمان می‌شود (۱۷). افزایش کیفیت زندگی در این مطالعه با بهبود رضایت از زندگی، کاهش اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس همراه بود. این یافته با پژوهش‌های پارمار و همکاران^۳ (۲۰۱۵) و سائران و همکاران (۳۱) همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد در والدین و خانواده‌ها موجب بهبود رضایت از زندگی و کیفیت روابط اجتماعی می‌شود. دلایل همسویی شامل تمرکز درمان پذیرش و تعهد بر افزایش خودآگاهی، انعطاف‌روایی و مقابله سازگارانه با استرس‌های خانوادگی است.

علاوه بر این، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مزیت ویژه‌ای دارد که والدین می‌توانند تجارب خود را به اشتراک بگذارند و مهارت‌های مقابله‌ای را در محیط حمایت‌کننده تمرین کنند. این تعامل گروهی موجب افزایش احساس تعلق اجتماعی و کاهش انزوا می‌شود و می‌تواند اثرات روانشناختی مداخله را تقویت کند. این جنبه از اثرات گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با یافته‌های پژوهش براون و همکاران (۱۴) همسو است که نشان می‌دهد مداخلات گروهی برای والدین دارای اثر تسهیلی و حمایتی است.

^۱ Ruiz et al

^۲ Sairanen et al

^۳ Parmar et al

در نهایت، یافته‌های این پژوهش تأکید می‌کند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند ابزار موثری برای بهبود کیفیت زندگی والدین فرزندخوانده باشد. این نتایج می‌تواند به سیاست‌گذاران و مدیران مراکز بهزیستی کمک کند تا برنامه‌های حمایت روانشناختی را با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد طراحی و اجرا کنند، تا والدین بهتر با فشارهای روانی و چالش‌های فرزندپذیری مواجه شوند و سلامت روان خانواده‌ها ارتقا یابد.

کاربرد پژوهش: با توجه به یافته‌های پژوهش، توصیه می‌شود نهادهای حمایتی مانند بهزیستی برنامه‌های منظم درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای والدین فرزندخوانده ارائه دهند تا کیفیت زندگی، انعطاف روانی و مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها تقویت شود. همچنین، پژوهش‌های آتی می‌توانند با نمونه‌های بزرگ‌تر، گروه‌های سنی متنوع‌تر و مدت زمان پیگیری طولانی‌تر، اثرات مداخله را بررسی کنند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به اندازه نمونه نسبتاً کوچک، تمرکز تنها بر والدین تحت پوشش یک شهرستان و اتکا به گزارش‌های خوداظهاری اشاره کرد که ممکن است بر دقت و تعمیم‌پذیری یافته‌ها اثرگذار باشد.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول است و در شورای تخصصی پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1401.242 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تأیید رسیده است. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از کلیه شرکت‌کنندگان که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

تشکر و قدردانی: از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

Reference

- Ahinkorah BO, Osborne A, Yillah RM, Bangura C, Aboagye RG. Regional distribution and factors associated with early marriage in Ghana: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2024 Oct 29;21(1):154. doi: [10.1186/s12978-024-01861-7](https://doi.org/10.1186/s12978-024-01861-7).
- SPence NJ. The Long-Term Consequences of Childbearing: Physical and Psychological Well-Being of Mothers in Later Life. *Res Aging*. 2008;30(6):722-751. doi: [10.1177/0164027508322575](https://doi.org/10.1177/0164027508322575).
- Shahmirzad N, Miller WB, Farid M, Akbari Kamrani M. Communication skills, understanding intellectual coordination, and marital satisfaction on childbearing motivation in reproductive-age Iranian couples. *Sci Rep*. 2025 Feb 21;15(1):6278. doi: [10.1038/s41598-025-90358-9](https://doi.org/10.1038/s41598-025-90358-9).
- Tavakol Z, Moghadam ZB, Nasrabadi AN, Iesazadeh N, Esmaeili M. Marital satisfaction through the lens of Iranian women: a qualitative study. *Pan Afr Med J*. 2016 Dec 5;25:208. doi: [10.11604/pamj.2016.25.208.9769](https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.208.9769).
- Raicu F, Popa L, Apostol P, Cimponeriu D, Dan L, Ilinca E, Dracea LL, Marinescu B, Gavrila L. Screening for microdeletions in human Y chromosome--AZF candidate genes and male infertility. *J Cell Mol Med*. 2003 Jan-Mar;7(1):43-8. doi: [10.1111/j.1582-4934.2003.tb00201.x](https://doi.org/10.1111/j.1582-4934.2003.tb00201.x).
- Ashraf DM, Ali D, Azadeh DM. Effect of infertility on the quality of life: a cross-sectional study. *J Clin Diagn Res*. 2014 Oct;8(10):OC13-5. Doi: 10.7860/JCDR/2014/8481.5063. Epub 2014

- Oct 20. Erratum in: J Clin Diagn Res. 2015 Aug;9(8): ZZ02. [Doi: 10.7860/JCDR/2015/8481.6536](https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/8481.6536).
7. Hilevych Y, Claes T. Peer-to-peer counselling and emotional guidance on infertility in Britain and Belgium (1970s-1980s). *Med Humanit*. 2023 Jun;49(2):214-224. [doi: 10.1136/medhum-2022-012505](https://doi.org/10.1136/medhum-2022-012505).
 8. Zhang Y, Ding Y, Mi G, Li Q, Ma P, Ma S, Xu L. The relationship between cognitive characteristics of irrational parenthood and stigma in female patients with infertility: a potential profile analysis. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2025 Apr 14;59:e20240326. [Doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0326en](https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0326en).
 9. Dong M, Wu S, Zhang X, Zhao N, Tao Y, Tan J. Impact of infertility duration on male sexual function and mental health. *J Assist Reprod Genet*. 2022 Aug;39(8):1861-1872. [doi: 10.1007/s10815-022-02550-9](https://doi.org/10.1007/s10815-022-02550-9).
 10. Fayaz E, Aghamohammadian Sharbaf HR, Alipor A, Aliakbari Dehkordi M. The efficacy of adoption skills training on stress reduction and change of coping styles among couples who are applicants for having an adopted child. *Fundamentals of Mental Health*, 2012; 14(55): 19-210. [doi: 10.22038/jfmh.2012.938](https://doi.org/10.22038/jfmh.2012.938)
 11. Mohseni E. Methods of Fostering Orphaned Children and Children with Unqualified Parents in Iranian Law. *Child Rights* 2020; 2 (6):145-183. [URL: http://childrightsjournal.ir/article-1-50-fa.html](http://childrightsjournal.ir/article-1-50-fa.html)
 12. Forati H, Jowkar A, Harati L. Performance Evaluation of Child and Adolescent Health Centers in the Welfare Organization by AHP and ARAS Method (Case study: Semnan, Golestan, and North Khorasan Provinces). *Public Organizations Management*, 2020; 8(2): 113-128. [doi: 10.30473/ipom.2020.42806.3355](https://doi.org/10.30473/ipom.2020.42806.3355)
 13. Kabiri A, Vahedi M. The effectiveness of technology-enhanced programs of philosophy for children on happiness and rumination thoughts of Orphaned and abused girl children. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2022; 13(49): 163-192. [doi: 10.22054/qccpc.2021.59394.2658](https://doi.org/10.22054/qccpc.2021.59394.2658)
 14. Srichalerm T, Kankaew S, Kamkhoad D, Saehoong S. Parenting experiences of informal caregivers of preterm infants during the first 2 years of life at corrected age: a qualitative systematic review protocol. *JBIEvid Synth*. 2025 Sep 1;23(9):1840-1846. [doi: 10.11124/JBIES-24-00513](https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00513).
 15. McAweeney KA, Farr RH. Does It Take a Village? The Impact of LGBTQ+ Community and Geographic Location on Associations among Parenting Stress, Parent Mental Health, and Child Adjustment. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Sep 12;21(9):1206. [doi: 10.3390/ijerph21091206](https://doi.org/10.3390/ijerph21091206).
 16. Zhang N, Sandler I, Tein JY, Wolchik S. Reducing suicide risk in parentally bereaved youth through promoting effective parenting: testing a developmental cascade model. *Dev Psychopathol*. 2023 Feb;35(1):433-446. [doi: 10.1017/S0954579421001474](https://doi.org/10.1017/S0954579421001474). [Epub 2021 Dec 7](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36811111/).
 17. Moss JB, Cunningham CB, McKinney EC, Moore AJ. Gene expression underlying parenting and being parented shows limited plasticity in response to different ambient temperatures. *Mol Ecol*. 2022 Oct;31(20):5326-5338. [doi: 10.1111/mec.16649](https://doi.org/10.1111/mec.16649). [Epub 2022 Aug 25](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35811111/).

18. Gibson Watt T, Gillanders D, Spiller JA, Finucane AM. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for people with advanced progressive illness, their caregivers, and staff involved in their care: A scoping review. *Palliat Med.* 2023 Sep;37(8):1100-1128. [doi: 10.1177/02692163231183101](https://doi.org/10.1177/02692163231183101).
19. Brown M, Glendenning A, Hoon AE, John A. Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 2016 Aug 24;18(8):e221. [doi: 10.2196/jmir.6200](https://doi.org/10.2196/jmir.6200).
20. Wong MYC, Fung HW, Wong JY, Lam SKK. Exploring the longitudinal dynamics of self-criticism, self-compassion, psychological flexibility, and mental health in a three-wave study. *Sci Rep.* 2025 Apr 22;15(1):13878. [doi: 10.1038/s41598-025-95821-1](https://doi.org/10.1038/s41598-025-95821-1).
21. Mak YW, Leung DYP, Zhang X, Chung JOK, Chow PSY, Ruan J, Yeung JWF. Effects of a flexibly delivered group-based acceptance and commitment therapy on reducing stress and enhancing psychological well-being in parents of school-age children during the COVID-19 pandemic: a quasi-experimental study. *Front Public Health.* 2024 Dec 12;12:1485836. [doi: 10.3389/fpubh.2024.1485836](https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1485836).
22. Han A, Kim TH. The Effects of Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy on Process Measures: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2022 Aug 30;24(8):e39182. [doi: 10.2196/39182](https://doi.org/10.2196/39182).
23. O'Donoghue E, Clark A, Richardson M, Hodsoll J, Nandha S, Morris E, Kane F, O'Keeffe D, Butler L, Jolley S. Balancing ACT: evaluating the effectiveness of psychoeducation and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) groups for people with bipolar disorder: study protocol for pilot randomised controlled trial. *Trials.* 2018 Aug 13;19(1):436. [doi: 10.1186/s13063-018-2789-y](https://doi.org/10.1186/s13063-018-2789-y).
24. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2002;67(1):13-26. [doi: 10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x).
25. Peterson DB, Eifert HG. Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2012; 18: 577–587. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.03.004>
26. Haga N, Fujitani J, Kobayashi T, Fujiwara S, Tsujimura H, Shirahoshi S, Tanabe A. Secondary musculoskeletal disability and rehabilitation aspects in adults with thalidomide embryopathy: A narrative review. *Intractable Rare Dis Res.* 2025 Aug 31;14(3):175-182. [doi: 10.5582/irdr.2025.01032](https://doi.org/10.5582/irdr.2025.01032). PMID: 40904645; PMCID: PMC12403916.
27. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *sjsph* 2006; 4 (4):1-12
[URL: http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html](http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html)
28. Naseri A, Tajeri B, Mollazadeh A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Disease Perception and Psychological Adaptation of Coronary Heart Disease patients. *IJNR*

- 2024; 19 (4) :127-137
[URL: http://ijnr.ir/article-1-2932-fa.html](http://ijnr.ir/article-1-2932-fa.html)
29. Jafarimanesh M, Zaharakar K, Taghvaei D, Pirani Z. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Burnout in Couples with Marital Conflicts. *sjsph* 2021; 18 (4):435-446.
[URL: http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5964-fa.html](http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5964-fa.html)
30. Ruiz FJ, et al. Investigating the Effectiveness of ACT (Acceptance and Commitment Therapy) Treatment on Mothers of Children with Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20223; 20(6): 1452.
31. Sairanen E, et al. Effects of an Online Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Children's Quality of Life. *Journal of Child and Family Studies*. 2022; 31(4): 1079–1093.
32. Parmar A, et al. Acceptance and Commitment Therapy for Children with Special Health Care Needs and Their Parents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(15): 8205.