

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Compassion and Family Resilience of Mothers Exceptional Children

Mahmoud Fatahi ¹, Asadollah Vaisi ^{2*}, Omid Moradi ³

1-Ph.D. student in Counseling, Family Counseling Department, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Family Counseling Department, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Abstract

The purpose of this research was to compare the effectiveness of the treatment method based on acceptance and commitment to self-compassion, and family resilience of mothers exceptional Children. This research was semi-experimental with a pre-test and post-test with a control group and a follow-up period of 5 months. Sampling was done by simple random sampling. From the list of statistical population (24) people were selected using random numbers and were placed in two groups under the title of 1- experimental group of treatment based on acceptance and commitment and 2- control group. The educational intervention was developed using the protocol of Hayes, Strosal, (2012) treatment sessions with a little summary, and 8- 2-hour sessions were conducted for the experimental group. The method of data analysis was multivariate analysis of covariance (ANOVA). The software (SPSS 22) was used for data analysis. Questionnaires of self-compassion (Neff, 2003) and family resilience (Sixbey, 2005) were used as tools. The results showed that the treatment based on acceptance and commitment in the way of group counselling increases self-compassion and family resilience. Mothers of educable children have an effect and this effect was stable in the 5-month follow-up stage. According to the findings of this research, the group counselling method of treatment based on acceptance and commitment can be used to increase self-compassion and family resilience.

Key words: therapy based on acceptance and commitment, self-compassion, resilience, mothers exceptional Children.

OPEN ACCESS Research Article

*Correspondence: : Asadollahi Vaisi *
vaisi.a1359@gmail.com

Received: April 4 , 2024
Accepted: May 1 , 2024
Published: Spring 2024

Citation: Fatahi, M, Vaisi, A, Moradi, O. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-compassion and family resilience of mothers exceptional Children. *Journal of Psycho Research and Educational Studies*, 2(1): 1-20.

[doi:org_ 10.71610/psych.2024.1122737](https://doi.org/10.71610/psych.2024.1122737)

Extended Abstract

Introduction

Mental retardation is one of the major problems of human societies and one of the most complex and difficult problems in the field of children and adolescents, which has many effects on the family and society. Self-compassion is one of the qualities that can help parents of intellectually disabled children to maintain their mental and physical health and meet the needs of their intellectually disabled children. The concept of self-compassion It means accepting aspects of oneself and life that are pleasant and consists of three main elements, accepting one's inefficiency in some aspects, feeling pain and failure common among humans, and understanding one's emotions in a balanced way. Another trait that can help parents of mentally retarded children to maintain their mental and physical health and meet the needs of their mentally retarded child is resilience. In the definition of resilience, it is said that resilience is a process of the ability to achieve success or a successful adaptive outcome despite threatening conditions. One of the treatment approaches of the third wave of behaviour therapy is treatment based on acceptance and commitment (ACT). The main pillar of this approach is meditation, and meditation means deliberate purposeful attention in the present tense with features such as sympathy, curiosity and acceptance (Rashidpour, 2017). The treatment approach based on acceptance and commitment, unlike the traditional method of behavioural therapy, does not seek to change thoughts in terms of intensity and type, and does not want to eliminate the undesirable physical symptoms caused by thoughts, in contrast to this treatment method, following the acceptance of feelings and thoughts and consciously monitoring them; According to the research background and insufficient information about the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on self-compassion and family resilience, the aim of this research is the effectiveness of group counselling Acceptance and Commitment Therapy (ACT), on self-compassion and family resilience of Mothers of exceptional children is worth the time and money.

Methodology

This research was a semi-experimental type with a pre-test and post-test with a control group and a 5-month follow-up period. The sampling method was simple random sampling. The statistical population was the mothers of educated students in Mallard and Shahryar cities of Tehran province in 1401-1400. One hundred people were randomly selected from the list of the statistical population. In the initial interviews with these people, the number (24 people) who met the necessary conditions based on the criteria for entering the research were selected and they were placed in two peer groups, the experimental group (12 people) and the control group (12 people). Self-compassion, Neff (2003) and Sixby (2005) family resilience questionnaires were used as tools.

Discussion and Results

The results of this study showed that the ACT had a significant effect increasing family resilience and self-compassion. This research work also faced some limitations, the most important of which are 1- The research was carried out by the researcher himself, which may have caused a halo effect. A group of parents of children was conducted.

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شفقت ورزی

به خود و تاب آوری خانوادگی مادران کودکان کم توان ذهنی

محمود فتاحی^۱، اسدالله ویسی^{۲*}، امید مرادی^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- دانشیار گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود، و تاب آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با انجام پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و یک دوره پیگیری ۵ ماه بود. نمونه گیری به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انجام شد. از میان لیست ۴۰۷ نفری جامعه آماری (۲۴) نفر با استفاده از اعداد تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه قرار داده شدند. مداخله آموزشی با استفاده از پروتکل جلسات درمان هیز، استروسل (۲۰۱۲) با اندکی تلخیص تدوین شده است و در ۸ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایشی انجام شد. روش تجزیه و تحلیل داده ها، تحلیل کو واریانس چند متغییری (آنوا) بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار (SPSS 22) استفاده شد. از پرسشنامه های شفقت به خود، (Neff, 2003) با ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲. و تاب آوری خانوادگی (Sixbey, 2005) با پایایی ۰/۹۱ و آلفای کرونباخ ۰/۹۳. به عنوان ابزار استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش شفقت به خود، و تاب آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش پذیر تأثیر داشت و این تأثیر در مرحله پیگیری ۵ ماهه دارای ثبات بود. با توجه به یافته های این پژوهش می توان از روش مشاوره گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افزایش شفقت به خود و تاب آوری خانوادگی استفاده نمود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت به خود، تاب آوری، مادران کودکان کم توان ذهنی.

دسترس آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول: * اسدالله ویسی

vaisi.a1359@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۲

تاریخ انتشار: بهار ۱۴۰۳

استناد: فتاحی، محمود، ویسی، اسدالله، مرادی، امید. (۱۴۰۳).

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شفقت

ورزی به خود و تاب آوری خانوادگی مادران کودکان کم

توان ذهنی. فصلنامه روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری،

(۱)۲: ۲۰-۱.

[doi.org_10.71610/psych.2024.1122737](https://doi.org/10.71610/psych.2024.1122737)

مقدمه

کم توانی ذهنی اختلالی است که در طول دوره رشد شروع می شود و کمبودهای عقلانی، عملکرد انطباقی را در زمینه های مفهومی، اجتماعی و عملی را در بر می گیرد که بر اساس شدت به سه درجه خفیف، متوسط و شدید تقسیم می شود^۱ (DSM-IV). کم توانی ذهنی، یکی از اساسی ترین چالش های و از جمله غامض ترین معضلات در کودکان و نوجوانان است که تأثیر زیادی را بر خانواده و اجتماع می گذارد، (پورت و استرمهر^۲ ۲۰۱۹ به نقل از آذری^۳ ۱۴۰۰).

بیشترین فشار را از وجود کودک استثنایی مادران این کودکان متحمل می شوند که باعث فرسودگی آنها می شود. یکی از ویژگی هایی که می تواند به مادران کودکان استثنایی یاری رساند تا هم به خود و هم به کودک خود کمک کنند، شفقت به خود، می باشد. شفقت به خود به صورت های متفاوتی تعریف شده است. اما این تعاریف دارای عناصر مشترک هستند که شامل ۱- مهربانی، صمیمیت و مدارا با خود، به ویژه در هنگام اشتباهات، کاستی ها و شکست های خود ۲- مراقبت از خود، درک اشتباهات شخصی خود و پیامدهای آن ۳- افزایش توانایی مقابله با رنج، پذیرش آن به عنوان بخشی از انسان بودن که این پذیرش حاکی از عدم اجتناب از حالت های رنج دیدگی و برخورد با آن به عنوان فعالیتی تجربی است (نف^۴ ۲۰۲۲ به نقل از ماریا^۵ و همکاران ۲۰۲۳). شفقت به خود می تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر آسیب روانی عمل کند، (موریس و پتروچی^۶ ۲۰۱۷). همچنین شفقت به خود می تواند بوسیله پذیرش واقعیت موجود، آستانه تحمل مشکلات اجتماعی را افزایش دهد و از همین طریق تاب آوری افراد در مقابل مشکلات را افزایش دهد، (نصیری نسب، ۱۳۹۷؛ صبری^۷ ۱۳۹۴).

صفت دیگری که به مادران کودکان استثنایی کمک می کند تا بتوانند در حین ارضاء نیاز های کودک خود، فشار ناشی از نگهداری این کودکان را تحمل کنند، تاب آوری می باشد. تاب آوری را می توان به عنوان جریان رفتاری که موجب موفقیت یا در جهت رسیدن به موفقیت با وجود شرایط و عوامل تهدید کننده دانست، (گارمزی و ماتسن^۸ ۱۹۹۱). تاب آوری از طریق افزایش آستانه تحمل افراد در مقابل مشکلات، موجب افزایش پذیرش کودک کم توان ذهنی در خانواده می شود، (نونه و هستینگ^۹ ۲۰۰۹). افزایش تاب آوری و شفقت به خود می تواند عاملی برای ارتقاء کیفیت روابط والدین و کودکان کم توان ذهنی شود. (کاوه و همکاران، ۱۳۹۰).

در پژوهش های گوناگون، روشهای مختلفی برای ارتقاء تاب آوری و شفقت به خود به کار گرفته شده است اما شیوه های مانند رفتار درمانی موج سوم از جهت استفاده از مراقبه و مدیتیشن و توجه به ریشه های مشکلات، تفوق خود را در این خصوص ثابت نموده اند. این شیوه های درمانی در محدوده وسیعی از مشکلات روانی از قبیل، استرس، اضطراب، افسردگی و درمان سوء مصرف مواد مخدر ثمر بخش بوده اند، (فروستدوتیر و دورجی^{۱۰} ۲۰۱۹). یکی از رویکردهای درمانی موج سوم رفتار درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، است. رکن اصلی این رویکرد، مدیتیشن و مراقبه می باشد و مراقبه یعنی توجه هدفمند عمدی در زمان حال و با ویژگی هایی همچون احساس همدردی و کنجکاوی و پذیرش، (رشید پور، ۱۳۹۷).

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

² Prout & Strohmer,

³ Neff

⁴ María

⁵ Muris, Petrocchi

⁶ Garmez N, Masten

⁷ Noone Hastings

⁸ Frostadottir, Dorjee

رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر خلاف شیوه سنتی رفتار درمانی، به دنبال تغییر افکار از نظر شدت و نوع، نیست و علائم بدنی نا مطلوب ناشی از افکار را نمی خواهد از بین ببرد، در مقابل این روش درمانی در پی پذیرش احساسات و افکار و نظارت آگاهانه بر آنها می باشد؛ به صورتی که انعطاف پذیری روانشناختی و اثربخشی رفتار را افزایش یابد، (بختیاری سعید، ۱۳۹۸). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که به ما کمک کند از طریق پذیرفتن دردی که زندگی ناخواسته با خود دارد، زندگی غنی کامل و معناداری داشته باشیم. برای رسیدن به این هدف دو روش به کار گرفته می شود (۱) آموزش مهارت های روانشناختی مانند (توجه آگاهی) به مراجع برای تحمل افکار و احساسات درد آور (۲) کمک به مراجع برای درک و فهم آنچه که برای او مهم و معنادار است و روشن کردن ارزشهای وی، (هیزو استروسول ۲۰۱۲). هدف اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد زندگی غنی، کامل و پرمعنا از طریق پذیرش دردی است که به ناچار همراه زندگی می آید. به زبان فنی تر، هدف اولیه این نوع درمان، افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است. باید به این نکته عنایت داشت که ذهن آگاهی عنصری اساسی و مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شمار می رود، اما این رویکرد مقوله ای فراتر از ذهن آگاهی صرف است و دارای شش فرایند مرکزی درمانی است که شامل (۱) بودن در لحظه حال (۲) هم جوشی زدایی (۳) پذیرش و عدم اجتناب (۴) خود به عنوان زمینه (۵) ارزشها (۶) عمل متعهدانه، می شود و هر چه توانایی ما برای هشیاری کامل، باز بودن نسبت به تجربیاتمان و انجام عمل مبتنی بر ارزشهایمان بالاتر باشد، کیفیت زندگی ما هم بالاتر خواهد بود چرا که می توانیم خیلی مؤثرتر به مشکلات و چالش هایی که به ناچار زندگی با خود دارد پاسخ دهیم (هریس^۲ ۲۰۰۷).

این رویکرد درمانی کارایی خود را در افزایش انعطاف پذیری روانی، (آزاده و همکاران، ۱۳۹۵)، همچنین کارایی خود را در افزایش تاب آوری، (مصباح، ۱۳۹۸)، و به همین صورت توان خود را در کاهش اضطراب اجتماعی، (نریمانی، ۱۳۹۴؛ یابنده و همکاران ۱۳۹۷). به اثبات رسانده است.

به دلیل اینکه مطالعات کمی در ارتباط با اثربخشی درمان روانشناختی موج سوم رفتاری به خصوص انواع کوتاه مدت آن مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود و تاب آوری و تقلیل استرس ناشی از نگهداری کودکان استثنایی در خانواده صورت گرفته است، هدف این تحقیق که اثربخشی مشاوره گروهی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود و تاب آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش پذیر می باشد، ارزش صرف وقت و هزینه را دارد. به طور کلی این تحقیق در پی بررسی این سؤال است که، آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه مشاوره گروهی بر تاب آوری خانوادگی و شفقت به خود تأثیر دارد؟ و این سؤال به دو بخش تقسیم می شود، بخش اول بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود، و بخش دوم بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری خانوادگی می باشد.

روش اجرای پژوهش

این تحقیق از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و یک دوره پیگیری ۵ ماهه بود. روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری تصادفی ساده بود. جامعه آماری شامل ۴۰۷ نفر از مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر دو شهر ملارد و شهریار در استان تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود از میان لیست جامعه آماری صد نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله اول با این افراد مصاحبه هایی انجام شد و (۲۴) نفر که بهترین شرایط را بر اساس ملاک های ورود به تحقیق داشتند انتخاب شدند و در گروه

¹ Hayes, Strosahl

² Harris Ras

های همتای، گروه آزمایشی (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) جایگزین شدند. ملاک های ورود به تحقیق شامل (۱) سن بالای ۲۵ سال (۲) داشتن حداقل یک کودک کم توان ذهنی آموزش پذیر (۳) سواد خواندن و نوشتن تا پایه نهم (۴) عدم استفاده داروی اعصاب (۵) درآمد متوسط سرپرست خانوار در حد متوسط (کارمند و کارگر) بود. ملاک های خروج نیز شامل الف) ۳ جلسه غیبت از جلسات درمانی ب) ایجاد اخلاق در روند مشاوره در ۲ جلسه پی در پی و ج) درخواست خود فرد برای خروج بود. برای تحلیل داده ها از نرم افزار (SPSS 22) استفاده شد و اطلاعات به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر آنوا Repeated Measure ANOVA) تحلیل شد. این پژوهش دارای کد اخلاق^۱ از کمیته اخلاق می باشد و ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت شرکت در جلسه، رازداری و عدم افشای اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله در این پژوهش لحاظ شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شفقت به خود

این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط نف، ساخته شده است و دارای (۲۶) آیتم می باشد و جنبه های منفی و مثبت سه رکن اصلی شفقت به خود، شامل الف) مهربانی به خود ب) اشتراکات انسانی ج) ذهن آگاهی را آزمایش می کند. پاسخ به سوالات به صورت مقیاس لیکرتی (۵) درجه ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) است. برای به دست آوردن نمره ی کلی شفقت به خود، باید خرده مقیاس های قضاوت خود، انزوا و فزون همانندسازی، آن را به طور معکوس نمره گذاری کرد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۶ و حداکثر آن ۱۳۰ می باشد. سازنده این ابزار، ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۹۳ و همسانی درونی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است. یک پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در تایلند و تایوان، به ترتیب ۰/۸۶ و در ۰/۹۵ گزارش داده است، (نف و همکاران ۲۰۰۸). در ایران نیز ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه مورد تحقیق قرار گرفته است و آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و همسانی درونی آن ۰/۸۹ گزارش شده است، (مؤتمنی و همکاران ۱۳۹۲) و آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای شفقت به خود ۰/۸۴ محاسبه شده است.

مقیاس تاب آوری خانواده

این پرسشنامه یک ابزار استاندارد برای سنجش تاب آوری خانواده می باشد که توسط، (سیکسبی^۲، ۲۰۰۵) بر مبنای نظریه سیستمی تاب آوری خانواده، (والاش^۳، ۲۰۰۳) ساخته شده است. نمره گذاری این پرسشنامه از درجه ی (۱) کاملاً مخالفم تا (۴) کاملاً موافقم بر اساس مقیاس لیکرتی می باشد. این ابزار مشتمل بر ۶۶ آیتم، و یک سوال باز در انتهای پرسشنامه است. این ابزار در شش بخش، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، بهره مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، پیوند خانوادگی، حفظ یک چشم انداز مثبت، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای سختی و دشواری، به سنجش تاب آوری خانوادگی می پردازد. حداکثر نمره آن ۲۶۴ حداقل نمره در این پرسشنامه ۶۶، است.

بوچانان^۴ (۲۰۰۸) پایایی کل مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش می دهد و روایی ملاکی همزمان آن را از طریق بررسی همبستگی نمرات مقیاس اندازه گیری تاب آوری خانواده با ابزار اندازه گیری (خانواده ۱)

¹ IR.IAU.SDJ.REC.1402.092

² Sixbey

³ Walsh

⁴ Bochanan

و ابزار اندازه گیری (خانواده ۲)، بالا و مطلوب گزارش می دهد، (حسینی و حسین چاری، ۱۳۹۰). در ایران نیز تحقیقی در رابطه با کارایی این مقیاس صورت گرفته است و پایایی کل با استفاده از ضریب تنصیف (۰/۹۱) و آلفای کرونباخ برابر با (۰/۹۳) گزارش شده است، (حسینی و حسین چاری، ۱۳۹۰) و آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای تاب آوری خانوادگی ۰/۹۸. محاسبه شده است. شواهد روانسنجی این مقیاس در جدول (۱) منعکس است.

جدول (۱) ویژگی های آماری مقیاس تابآوری خانواده سیکسی در ایران

پایایی	ارتباط و حل مسأله	منابع مذهبی و اجتماعی	پذیرش مشکل	تاب آوری خانواده
ضریب الفای کرونباخ	۰/۹۳ درصد	۰/۸۰ درصد	۰/۷۶ درصد	۰/۹۳ درصد
ضریب تنصیف	۰/۹۱ درصد	۰/۷۵ درصد	۰/۷۰ درصد	۰/۸۰ درصد

یافته ها

این تحقیق در بازه زمانی اسفند ۱۴۰۰ تا خرداد ۱۴۰۱ در مدرسه استثنایی شهداء ملارد و توسط نویسنده انجام شد. رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به صورت آموزش در قالب مشاوره گروهی به گروه آزمایشی، آموزش داده شد. برای گروه شاهد یا گواه هیچ کار انجام نشد. در پیش آزمون و پس آزمون، پرسشنامه های تابآوری خانواده و شفقت به خود، برای گروه آزمایشی و گروه گواه انجام شد و بعد از ۵ ماه مجدداً آزمونهای تابآوری و شفقت به خود، برای تعیین میزان اثر ماندگاری آموزش، در گروه آزمایشی و گروه گواه انجام شد. داده های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر آنوا (Repeated Measure ANOVA) مورد تحلیل قرار گرفت تا تاثیر متغیرهای مستقل، بر متغیرهای وابسته مورد مطالعه مشخص شود. مداخله آموزشی با استفاده پروتکل جلسات درمان از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۱۲) با اندکی تلخیص تدوین شده است و در ۸ جلسه ۲ ساعته توسط نویسنده مقاله فقط بر روی گروه آزمایشی انجام شد.

در زیر خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در جدول ۲ آورده شده است:

جدول (۲) خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه اول	(۱- انجام پیش آزمون ۲- آموزش ACT همجواری زدایی، (عدم اجتناب) ۳- آموزش مدیتیشن مقدماتی ۴- اجرای همجواری زدایی و مدیتیشن در منزل)
جلسه دوم:	(۱- تعیین منابع استرس شخصی ۲- آموزش ارتباط مناسب با افکار ۳- آموزش دیدگاه ACT در مورد کنترل استرس) عدم اجتناب، اینجا و اکنون. ۴- آموزش مدیتیشن و اسکن بدن و ارائه تکلیف، ۵- تکلیف خارج از گروه اجرای همجواری زدایی)
جلسه سوم:	(۱- تعیین روشهای خود ارزیابی اعضا ۲- هر عضو تجربیات خود را در رابطه با حل مشکلات (حل مسئله) را مطرح کند، ۳- آموزش مدیتیشن و تعیین عمل ناکارآمد، ۴- تکلیف خارج از گروه مدت ۴۵ دقیقه مراقبه نشسته انجام دهد.)
جلسه چهارم:	(۱- آموزش روشهای خود ارزیابی مثبت و امنیت روانی از دیدگاه ACT پابندی به ارزشهای شخصی، انجام عمل متعهدانه) ۲- بحث در مورد اینکه چگونه میتوان واکنش خود در مقابل حوادث را بدون آسیب زدن به خود پذیرفت، ۳- تکلیف خارج از گروه شامل هر عضو منابع استرس خانوادگی را یادداشت و یک راه حل، بوسیله در زمان حال بودن برای آن بنویسد و به گروه گزارش کند.)

جلسه پنجم	۱- آموزش داشتن دید مثبت و داشتن معنویت از دیدگاه ACT پایبندی به ارزشهای شخصی، انجام عمل متعهدانه) ۲- اعضا نظر خود را در رابطه با نسی بودن موفقیت ها و داشتن معنویت را بیان کنند. ۳- آموزش مدیریت و تعیین عمل ناکارآمد. ۵- تکلیف خارج از گروه شامل هر عضو تجربیات خود از گروه را یاد داشت و به گروه گزارش کند و در مورد ناگفته های خود در گروه فکر کند.
جلسه ششم:	۱- مرور کار های انجام شده در جلسات ۵ تا ۲. ۲- اعضا نظر خود را در مورد بهتر شدن گروه و آنچه که از گروه یاد گرفته اند بیان کنند (یادگیری های خود را خلاصه کنند) ۳- هر عضو ناگفته های خود را بیان کند و ارائه تکلیف جلسه قبل ۴- تکلیف خارج از گروه شامل اعضا تجربه شان را در مورد (افکار خود آیند) یادداشت و به گروه گزارش کنند به مدت ۴۵ دقیقه مراقبه یا مدیتیشن انجام دهند.
جلسه هفتم:	۱- آموزش بازگشت پذیری در بحران و غلبه بر مشلات به طورعلاقانه از دیدگاه ACT، تشخیص جدایی خود مشاهده گر از خود فکری) ۲- اعضا نظر خود را در مورد پذیرش خود بدون قضاوت بیان کنند و ۳- اعضا ارائه تکلیف کنند ۴- تکلیف خارج از گروه شامل هر عضو نظرش در مورد پایبندی به ارزشها خود را یادداشت کند و به گروه گزارش کند.
جلسه هشتم:	۱- هر عضو تجربه و دیدگاه خود در مورد موفق بودن و موفق نبودن را بیان کند ۲- ارائه تکلیف هر عضو، ۳- آموزش مراقبه و مدیتیشن، نشانه های احساس های ناخوش آیند، ۴- تکلیف خارج از گروه شامل هر عضو دیدگاه خود را در مورد پذیرش افکار و احساسات خود بدون قضاوت با تکیه بر عمل متعهدانه و داشتن دید مثبت را یاد داشت و به گروه گزارش کند.
جلسه نهم:	۱- آموزش داشتن دید مثبت و داشتن معنویت از دیدگاه ACT پایبندی به ارزشهای شخصی، (انجام عمل متعهدانه) ۲- هر عضو نظر خود را در مورد حل مسئله و تأثیر داشتن دید مثبت در این زمینه بیان کند ۳- تکلیف خارج از گروه شامل هر عضو تجربیات در مورد داشتن دید مثبت و داشتن معنویت در زندگی را یادداشت کند و به گروه گزارش کند.
جلسه دهم:	۱- آموزش، پذیرش خود و نداشتن اجتناب از دیدگاه ACT (جدایی خود مشاهده گر و خود فکری) ۲- هر عضو تجربه خود درمورد داشتن دید مثبت و معنویت در زندگی را بیان کند ۳- تکلیف خارج از گروه شامل هر عضو تجربه خود در مورد شکستها و موفقیت های مهم در زندگی را یادداشت کند و به گروه گزارش کند
جلسه یازدهم:	۱- آموزش این دیدگاه برای اعضا که شکست بخشی از زندگی است و تمام هیجانات برای زندگی لازم است ۲- هر عضو نظر و تجربه خود در مورد تأثیر شکستها و موفقیت ها در زندگی را بیان کند ۳- تکلیف خارج از گروه شامل هر عضو تجربیات خود از گروه را یاد داشت و به گروه گزارش کند و در مورد ناگفته های خود در گروه فکر کند.
جلسه دوازدهم:	۱- هر عضو یادگیری های خود از گروه را خلاصه کند و ناگفته های خود را بگوید ۲- مرور و خلاصه کردن جلسات ۱۱ تا ۳- انجام پس آزمون ۴- آموزش مدیریت بلند مدت به عنوان برنامه ای برای زندگی در طولانی مدت. (هیزو استروسول ۲۰۱۲).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که رویکرد رفتاری شناختی است بر اساس ترکیب روشهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و تغییر رفتار با هدف ارتقاء انعطاف پذیری روانی افراد ایجاد شده است. در این روش درمانی از شش اصل برای بالا بردن انعطاف پذیری افراد استفاده می شود که شامل ۱- همجوشی زدایی، یعنی یادگیری این نکته که افکار خود آیند و مزاحم و احساسات همراه با آنها فقط افکار هستند و نه واقعیت حتمی و باید آنها را نظاره گر بود و به آنها اجازه رفت و آمد داد بدون اجتناب و مبارزه با این افکار ۲- بودن در لحظه و توجه آگاهی از اکنون و اینجا و تجربه این لحظه با خود مشاهده گر ۳- عمل متعهدانه، یعنی برنامه ریزی اهداف بر مبنای ارزشهای شخصی و کوشش برای رسیدن به اهداف ۴- جدا کردن خودفکری و خود مشاهده گر، از هم برای ردگیری افکار و احساسات مزاحم ۵- شناسایی و تشخیص ارزشهای فردی برای تشخیص و برنامه ریزی برای آینده ۶- پذیرش، یعنی قبول دردی که زندگی ناچار همراه خود دارد در جهت حفظ نیرو برای مسائل مهم زندگی، (هیزو استروسول، ۲۰۱۲).

هدف عمده این روش درمانی این است که مراجع با کنترل موثر استرس ها و رنج ها که زندگی ناچار به همراه دارد یک زندگی هدفمند و پر معنایی برای خود بسازد.

تشخیص موانعی که افراد را از زندگی مطلوب باز می دارد از ریشه های اصلی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. مشاور معتقد به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجع خود را کمک می کند تا ارتباط با افکار و احساسات مزاحم را تغییر دهد و آنها را علی رغم دردی که با خود دارند به عنوان بخشی از وجود خود بپذیرند، (هریس ۲۰۰۹).

داده های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر آنوا (Repeated Measure ANOVA) با استفاده از نرم افزار (SPSS 22) مورد تحلیل قرار گرفت. مفروضات روش تحلیل کوواریانس یعنی استقلال مشاهدات، همگنی واریانس ها، و همگنی شیب های رگرسیون در گروه های مختلف مورد تأیید قرار گرفت. از آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروه ها، آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش، و آزمون کالموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد.

پیش از ارائه یافته خلاصه اطلاعات جمعیت شناختی به اطلاع می رسد.

جدول ۳ اطلاعات جمعیت شناختی گروه های آزمایش و گواه

سن	فراوانی	درصد فراوانی	تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
۳۰ سال و پایین تر	۳	۱۳٫۹	دیپلم و پایین تر	۲۱	۸۸٫۹
۳۱-۳۵ سال	۷	۲۷٫۸	فوق دیپلم	۲	۸٫۳
بالای ۳۵ سال	۱۴	۵۸٫۳	لیسانس و بالاتر	۱	۲٫۸
تعداد کل	۲۴	۱۰۰	تعداد کل	۲۴	۱۰۰

بررسی متغیرهای اصلی

در اینجا، میانگین و انحراف معیار گروه های کنترل و آزمایش، قبل از مداخله و بعد از مداخله در شفقت ورزی به خود و تاب آوری در جداول مربوطه ارائه شده است.

جدول (۴) شاخص های مرکزی نمره های گروه های کنترل و آزمایش در شفقت به خود و تاب آوری

متغیرها	تعداد	مراحل	گروه کنترل	گروه آزمایش
			انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
شفقت به خود	۱۲	پیش آزمون	۸۱/۸۳ $\pm$ ۱۳/۸۸	۷۸/۹۲ $\pm$ ۱۱/۳۳
	۱۲	پس آزمون	۸۵/۹۲ $\pm$ ۱۱/۷۹	۱۱۰/۴۲ $\pm$ ۶/۳۶
	۱۲	پیگیری	۸۷/۱۷ $\pm$ ۱۱/۰۱	۱۰۸/۸۳ $\pm$ ۳/۳۵
تاب آوری	۱۲	پیش آزمون	۱۶۶/۱۷ $\pm$ ۳۲/۳۵	۱۶۹/۲۵ $\pm$ ۳۸/۱۳
	۱۲	پس آزمون	۱۷۰/۹۲ $\pm$ ۳۰/۳۷	۲۵۳/۷۵ $\pm$ ۲۷/۱۱
	۱۲	پیگیری	۱۷۵/۱۷ $\pm$ ۲۷/۰۱	۲۵۲/۲۵ $\pm$ ۲۲/۸۸

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود بیشترین میانگین ها متعلق به گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

میانگین شفقت به خود گروه آزمایشی در مرحله پیگیری ۱۰۸/۸۳ و پس آزمون ۱۱۰/۴۲ می باشد و تفاوت آن نسبت به میانگین پیش آزمون ۷۸/۹۲ مشهود است در حالیکه میانگین شفقت به خود در گروه کنترل در پیش آزمون ۸۱/۸۳ پس آزمون ۸۵/۹۲ و پیگیری ۸۷/۱۷ است و این اختلاف، میزان تأثیر مداخله آموزش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود، را نشان می دهد.

میانگین تاب آوری خانوادگی گروه آزمایشی در مرحله پیگیری، ۲۵۲/۲۵، و پس آزمون، ۲۵۳/۷۵، می باشد و تفاوت آن نسبت به میانگین پیش آزمون، ۱۶۹/۲۵، مشهود است در حالیکه میانگین تاب آوری در گروه کنترل در پیش آزمون ۱۶۶/۱۷ پس آزمون ۱۷۰/۹۲ و پیگیری ۱۷۵/۱۷ است و این اختلاف میزان تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری خانوادگی را نشان می دهد.

نتایج مستخرج از، ۱- نمودارها پراکندگی جهت فقدان نمرات پرت معنی دار، ۲- آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت (آزمون نرمال بودن داده ها)، ۳- آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس ها در متغیرهای وابسته، ۴- آزمون کرویت ماوچلی جهت همگنی واریانسها، ۵- آزمون آماری ام باکس جهت همگنی ماتریس کواریانس، که همگی از مفروضه های تحلیل واریانس آمیخته (آنوا) بود، ادامه این آزمون را مورد تأیید قرار دادند، به گونه ای که نمره آزمون کولموگروف اسمیرنوف در تاب آوری مقدار $K-S=106$ و $P=200>/05$ در مرحله پیش آزمون، و مقدار $K-S=114$ و $P=200>/05$ در مرحله پس آزمون و مقدار $K-S=124$ و $P=200>/05$ در مرحله پیگیری بود. نمره آزمون کولموگروف اسمیرنوف در شفقت به خود، مقدار $K-S=101$ و $P=200>/05$ در مرحله پیش آزمون، و مقدار $K-S=100$ و $P=200>/05$ در مرحله پس آزمون، و مقدار $K-S=105$ و $P=200>/05$ در مرحله پیگیری بود و تفاوت معنی داری میان تابع توزیع تراکمی مشاهده شده با تابع توزیع تراکمی نرمال مشاهده نشد.

نمره آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس در شفقت به خود مقدار $F=927$ و $P=41>/05$ در مرحله پیش آزمون و مقدار $F=2/86$ و $P=071>/05$ در مرحله پس آزمون، و مقدار $F=0/22$ و $P=98>/05$ در مرحله پیگیری بود. نمره آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانسها در تاب آوری مقدار $F=1/49$ و $P=24>/05$ در مرحله پیش آزمون، و مقدار $F=1/19$ و $P=31>/05$ در مرحله پس آزمون و مقدار $F=0/52$ و $P=82>/05$ در مرحله پیگیری بود و تفاوت معناداری بین واریانس ها وجود نداشت.

بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود

به منظور ارزیابی اثربخشی روش درمانی پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT) به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود (در طول زمان) از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (Repeated Measure ANOVA) استفاده شد. در ادامه برای انجام تحلیل، یکی دیگر از شروط استفاده از تحلیل واریانس اندازه های مکرر، یعنی همگنی واریانس ها از طریق آزمون کرویت ماوچلی^۱ مورد بررسی قرار گرفت (موارد دیگر در بخش پیش فرض ها بررسی شد).

¹ . Mauchly,s test of sphericity

جدول (۵) آزمون آزمون کرویت ماوچلی جهت بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	مقدار ماوچلی	کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معناداری
زمان	۰/۵۸۱	۵/۴۳۰	۲	۰/۰۶۶

در جدول ۴-۱۰ نتایج آزمون کرویت ماوچلی نشان داد که تفاوت معناداری بین همگنی واریانس ها وجود ندارد. زیرا سطح معناداری برابر ۰/۰۶۶ است و از ۰/۰۵ بزرگتر است پس تفاوت بین واریانس ها معنادار نیست و شرط همگنی واریانس ها برقرار است و می توان تحلیل را را ادامه داد.

جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس مکرر در مراحل درمان

متغیر	آزمون	ارزش	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
	اثر پیلایی	۰/۹۳۸	۷۵/۰۸۶	۲	۱۰	۰/۰۰۱
زمان (مراحل درمان)	لامبدا ویکلز	۰/۰۶۲	۷۵/۰۸۶	۲	۱۰	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۱۵/۰۱۷	۷۵/۰۸۶	۲	۱۰	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۵/۰۱۷	۷۵/۰۸۶	۲	۱۰	۰/۰۰۱

جدول ۴-۱۱ آزمون آماری تحلیل واریانس مکرر در گروه درمان متمرکز بر پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT)، سهم زمان (مراحل درمان) را در متغیر شفقت به خود نشان می دهند. همانطور که مشاهده می شود ارزش لامبدای ویکلز برای اثر اصلی زمان (مراحل درمان) نشان می دهد که عامل زمان بر روی مدل چند متغیری اثر داشته است؛ به این معنی که شفقت به خود در طول درمان در حال تغییر بوده است ($P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۷۵/۰۸۶$).

جدول (۷) اثرات درون گروهی با استفاده از تحلیل واریانس مکرر در شفقت به خود

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
شفقت به خود (گروهی زمان)	عامل درون	۷۵۵۹/۰۵۶	۲	۳۷۷۹/۵۲۸	۱۰۹/۴۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹

با توجه به تایید پیش فرض کرویت ماوچلی درباره همگنی واریانسها در متغیر شفقت به خود در جدول ۴-۱۰، سطرهای مربوط به بخش اسپرستی اسومد گزارش می شود و همانطور که نتایج جدول ۴-۱۲ نشان می دهد

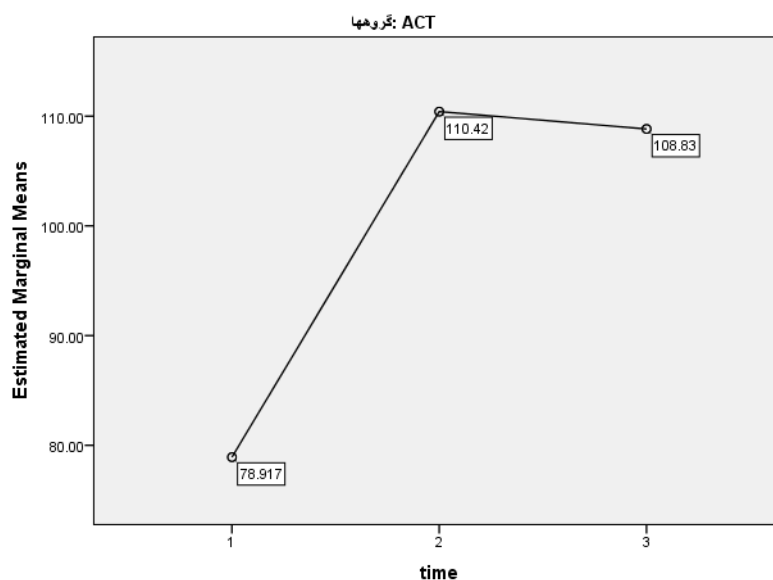
شفقت به خود در طول زمان تغییراتی معنی داری داشته است. اندازه اثر زمان بر افزایش متغیر شفقت به خود حدوداً برابر با ۰/۹۱ است. ولی جهت بررسی اینکه در کدام مراحل خاص تغییرات معنادار است باید از آزمونهای تعقیبی استفاده شود. به منظور مقایسه های زوجی بین نمرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی سیداک استفاده شد. جدول ۴-۱۳ نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای شفقت به خود را نشان می دهد.

جدول (۸) نتایج مقایسه زوجی سیداک در مراحل درمان برای شفقت به خود

متغیر	مراحل مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
	پیش آزمون-پس آزمون	-۳۱,۵	۲,۴۷۰	۰/۰۰۱
شفقت به خود	پیش آزمون-پیگیری	-۲۹,۹۲	۲,۹۶۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون-پیگیری	۱,۵۸	۱,۵۴۰	۰/۶۹۴

با توجه به جدول ۴-۱۳ نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای اثر زمان در متغیر شفقت به خود نشان داد که میانگین نمرات شفقت به خود مادران در مرحله پیش آزمون با مرحله پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در روش درمان پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT) تفاوت معنی داری داشت ($P < ۰/۰۰۱$) و نمرات پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش معناداری دارند. ولی بین میانگین نمرات مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری در روش درمان پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT) تغییر چندانی وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). این موارد در نمودار ۴-۱۲ نیز قابل مشاهده است.

Estimated Marginal Means of MEASURE_1



نمودار (۱) اثر درمان (ACT) در طول زمان بر متغیر شفقت به خود

همانطور که در نمودار ۴-۱۲ مشاهده می شود روش درمان پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT) به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود مادران از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش معنی داری داشت ولی از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری تغییر چندانی ندارد.

بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری خانوادگی

به منظور ارزیابی اثربخشی روش درمانی پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT) به شیوه مشاوره گروهی بر تاب آوری (در طول زمان) از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (Repeated Measure ANOVA) استفاده شد. در ادامه برای انجام تحلیل، یکی دیگر از شروط استفاده از تحلیل واریانس اندازه های مکرر، یعنی همگنی واریانس ها از طریق آزمون کرویت ماوچلی مورد بررسی قرار گرفت (موارد دیگر در بخش پیش فرض ها بررسی شد).

جدول (۹) آزمون آزمون کرویت ماوچلی جهت بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	مقدار ماوچلی	کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معناداری
زمان	۰/۰۸۰	۲۵/۲۰۹	۲	۰/۰۰۱

در جدول ۴-۱۴ نتایج آزمون کرویت ماوچلی نشان داد که تفاوت معناداری بین همگنی واریانس ها وجود دارد. زیرا سطح معناداری برابر ۰/۰۰۱ است و از ۰/۰۵ کوچکتر است پس تفاوت بین واریانس ها معنادار است و شرط همگنی واریانس ها برقرار نیست و در این شرایط و با توجه به عدم تایید پیش فرض کرویت ماوچلی درباره همگنی واریانسها در متغیر تاب آوری سطرهای مربوط به آزمون گرینهاوس-گایسر گزارش می شود.

جدول (۱۰) نتایج تحلیل واریانس مکرر در مراحل درمان

متغیر	آزمون	ارزش	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
زمان (مراحل درمان)	اثر پیلایی	۰/۸۶۵	۳۲/۰۴۲	۲	۱۰	۰/۰۰۱
	لامبدا ویکلز	۰/۱۳۵	۳۲/۰۴۲	۲	۱۰	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۶/۴۰۸	۳۲/۰۴۲	۲	۱۰	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۶/۴۰۸	۳۲/۰۴۲	۲	۱۰	۰/۰۰۱

جدول ۴-۱۵ آزمون آماری تحلیل واریانس مکرر در گروه درمان متمرکز بر پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT)، سهم زمان (مراحل درمان) را در متغیر تاب آوری نشان می دهند. همانطور که مشاهده می شود ارزش لامبدای ویکلز برای اثر اصلی زمان (مراحل درمان) نشان می دهد که عامل زمان بر روی مدل چند متغیری اثر داشته است؛ به این معنی که تاب آوری در طول درمان در حال تغییر بوده است ($P < ۰/۰۰۵$ و $F = ۳۲/۰۴۲$).

جدول (۱۱) اثرات درون گروهی با استفاده از تحلیل واریانس مکرر در تاب آوری

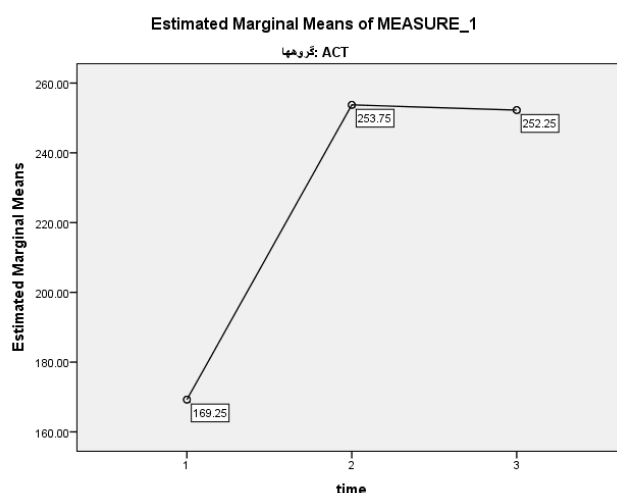
متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
شفقت به خود	عامل درون گروهی (زمان)	۵۶۱۲۶/۰۰۰	۱/۰۴۲	۵۳۸۷۰/۱۵۳	۶۸/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲

با توجه به عدم تایید پیش فرض کرویت ماوچلی درباره همگنی واریانسها در متغیر تاب آوری در جدول ۴-۱۶، سطرهای مربوط به آزمون گرینهاوس-گایسر گزارش می شود و همانطور که نتایج جدول ۴-۱۶ نشان می دهد تاب آوری در طول زمان تغییراتی معنی داری داشته است. اندازه اثر زمان بر افزایش متغیر تاب آوری حدوداً برابر با ۰/۸۶ است. ولی جهت بررسی اینکه در کدام مراحل خاص تغییرات معنادار است باید از آزمونهای تعقیبی استفاده شود. به منظور مقایسه های زوجی بین نمرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی سیداک استفاده شد. جدول ۴-۱۷ نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای تاب آوری را نشان می دهد.

جدول (۱۲) نتایج مقایسه زوجی سیداک در مراحل درمان برای تاب آوری

متغیر	مراحل مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
	پیش آزمون-پس آزمون	۸۴,۵۰۰	۱۰,۰۷۰	۰/۰۰۱
تاب آوری	پیش آزمون-پیگیری	۸۳,۵۰۰	۹,۹۷۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون-پیگیری	۱,۵۰۰	۱,۶۷۲	۰/۷۷۲

با توجه به جدول ۴-۱۷ نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای اثر زمان در متغیر تاب آوری نشان داد که میانگین نمرات تاب آوری مادران در مرحله پیش آزمون با مرحله پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در روش درمان پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT) تفاوت معنی داری داشت ($P < 0/001$) و نمرات پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش معناداری دارند. ولی بین میانگین نمرات مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری در روش درمان پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT) تغییر چندانی وجود ندارد ($P > 0/05$). این موارد در نمودار ۴-۱۳ نیز قابل مشاهده است.



نمودار (۲) اثر درمان (ACT) در طول زمان بر متغیر تاب آوری

همانطور که در نمودار ۴-۱۳ مشاهده می شود روش درمان پذیرش مبتنی بر تعهد (ACT) به شیوه مشاوره گروهی بر تاب آوری مادران از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش معنی داری داشت ولی از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری تغییر چندانی ندارد.

بحث و نتیجه گیری

این تحقیق نتایج زیر را پی داشت الف) آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود، مادران کودکان کم توان ذهنی اثر بخشی مثبتی دارد، ($P < /0.01$). ب) آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری خانوادگی، مادران کودکان کم توان ذهنی اثر بخشی مثبتی دارد، ($P < /0.01$). اگرچه پژوهشی مانند این پژوهش صورت نگرفته است اما پژوهش هایی با متغیر های وابسته دیگر و با متغیر مستقل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته است که در زیر ذکر می شود.

در بخش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب آوری خانوادگی نتایج این پژوهش با پژوهشهای (افشاری، ۱۳۹۷، و مصباح و همکاران، ۱۳۹۷)، یکسان است. این دو محقق در پژوهش های خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش تاب آوری تاثیر مثبت دارد ($P < /0.01$). همچنین نتایج این بخش تحقیق با پژوهش (اصفهانى و عباسى، ۱۳۹۸)، یکسان است. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش تاب آوری و معنای زندگی تاثیر معنی داری دارد ($P < /0.05$). به همین صورت نتایج این بخش تحقیق با پژوهش (ولی زاده و همکاران، ۱۳۹۹)، یکسان است. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی تاثیر معنی داری دارد ($P < /0.01$). در همین راستا نتایج این بخش تحقیق با پژوهش (بهرامی و همکاران، ۱۴۰۰)، یکسان است. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش تاب آوری و امید به زندگی به طور معناداری تاثیر دارد، ($P < /0.05$). همچنین نتایج این بخش تحقیق با پژوهش، (فتیحی و همکاران، ۱۳۹۹)، یکسان است. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش تاب آوری و کاهش تجربه درد تاثیر معناداری دارد ($P < /0.01$). به همین صورت نتایج این بخش تحقیق با پژوهش (آل یاسین و همکاران، ۱۳۹۸)، برابر می باشد. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش تاب آوری و بهزیستی روانشناختی زنان دیابتی نوع ۲، تاثیر معنی داری دارد ($P < /0.01$). به همین صورت نتایج این بخش تحقیق با پژوهش (حقایق، ۱۳۹۹) یکسان است. نتایج این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش تاب آوری و کاهش نگرش منفی نسبت به ناباروری به طور معنی داری مؤثر است، ($P < /0.01$).

در بخش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، نتایج این پژوهش با پژوهشهای (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰)، (روحی و همکاران، ۱۳۹۸)، (امینی و کرمی، ۱۴۰۰)، (خاموشی و منصوری، ۱۳۹۸)، (نیک نژاد و دهقانی، ۱۳۹۴)، (میرزائیان و همکاران، ۱۳۹۹) یکسان است. در این بخش (غفاری و همکاران، ۱۴۰۰) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش شفقت به خود و احساس ارزشمندی به طور معناداری تاثیر دارد. ($P < /0.01$). به همین صورت (روحی و همکاران، ۱۳۹۸) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش شفقت به خود و تحمل آشفتگی دانش آموزان به طور معناداری مؤثر است. ($P < /0.05$). در همین راستا (امینی و کرمی، ۱۴۰۰) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش شفقت به خود و کاهش دل زدگی زناشویی به طور معناداری مؤثری است.

($P < /0.01$) همچنین (خاموشی و منصوری، ۱۳۹۸) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش شفقت به خود و کاهش خود انتقادی به طور معناداری مؤثر است ($P < /0.05$). در همین راستا، (نیک نژاد و دهقانی، ۱۳۹۴)، در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش شفقت به خود، مادران کودکان اتیسم به طور معناداری مؤثر است ($P < /0.01$). همچنین (میرزائیان، ۱۳۹۹) در تحقیق خود نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش شفقت به خود و کاهش بد تنظیمی هیجانی به طور معناداری مؤثر است. ($P < /0.01$).

در مورد دلیل اثر بخشی آموزش ACT بر بهبود صفت شفقت به خود و تاب آوری خانوادگی با توجه به مؤلفه های (ACT) می توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تشویق مراجع به تکرار و تمرین ذهن آگاهی و آگاهی جهت دار، بر محرک های محیطی، بدن و شناخت ها، مراجعین را از بند نشخوارهای ذهنی در مورد تهدیدات و اضطراب در تعامل با افراد دیگر خلاص می کند. در اینجا عملاً (ACT) روش تفکر مراجعین را دگرگون می سازد و به آنها کمک می کند که نقطه ضعف های خود را با یاری خود و کمک به دیگر عضوهای پوشش دهند. (ACT) به افراد می آموزد که به جای دوری و اجتناب ذهنی و عملی از شناخت ها و موقعیت های استرس آور، دردی را که زندگی ناگزیر به همراه دارد بپذیرند و نسبت به رنجی که ممکن است مثلاً در صحبت در جمع داشته باشند آگاه باشند و افکار و هیجانات خود را در این موقعیت رنج آور تحلیل و بررسی کنند و به همین صورت با تغییر اهداف خود به سمت اجتماعی تر شدن پیش بروند و با الزام به انجام این اهداف اجتماعی با این مشکل خود روبرو شوند و درکنار این اجتماعی شدن بیشتر، از بهزیستی روانی افزونتری برخوردار باشند و همچنین شفقت به خود و تاب آوری خانوادگی افزونتری را تجربه کنند.

ویژگی های مواجهه با شناخت ها و هیجانات و دروی از اجتناب، پذیرش خود به عنوان خود مشاهده گر و خود فکری، مرور مجدد ارزشها و اهداف و الزام به تبعیت از اهداف و ارزشها، از ارکان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که در بهبود شفقت به خود، و تاب آوری خانوادگی در این پژوهش تأثیر داشته است. (ACT) تأکید فراوانی بر آگاهی نسبت به فرایند های درونی مراجعین دارد تا آنها را یاری کند افکار استرس آور را تنها به عنوان یک تصور تجربه کنند نه به عنوان یک واقعیت که حتماً اتفاق خواهد افتاد و از چگونگی بی نتیجه برنامه های زندگی خود در مقابله با مشکلات آگاه شوند و روش مواجهه با محیط خود را تغییر دهند و با تعهد به انجام آنچه که در زندگی برای آنها اهمیت دارد طی طریق کنند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می آموزد که با تشخیص خود مشاهده گر و خود فکری شناخت های ناکارآمد درونی که به غلط در ارتباط با فراخود و ارزشهای فشار آور محیطی شکل گرفته است را تحت کنترل خود در آورند و شفقت به خود، را افزایش دهند و در همین جهت در مواجهه با معضلات روبرو و چگونگی بر خورد با آنها از مقاومت و تاب آوری بیشتری برخوردار باشند. افراد در این روش درمانی با جدایی خود مشاهده گر و خود فکری و با آگاهی و در لحظه زندگی کردن و در گیر آینده و گذشته فرضی نشدن، خود را و دردی که زندگی ناخواسته با خود دارد را می پذیرند و به صورتی منطقی با آن مواجه می شوند. در کل مهمترین قصد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأکید بر توجه به اهداف کارآمد و مفید و حرکت در جهت ارزشهای شخصی به جای اهداف ناکارآمد در این جهان است.

این کار پژوهشی با محدودیت هایی هم مواجه بود که اهم آنها شامل ۱- اجرای پژوهش به وسیله خود محقق ۲- عدم توانایی کنترل عامل جنسیت ۳- تحقیق فقط بر روی یک گروه از والدین انجام گرفت، بود. از نظر کاربردی یافته های این پژوهش برای متخصصان، روانشناسی و مشاوره که در مرکز درمانی و مراکز آموزشی خصوصاً مراکز آموزش استثنایی فعالیت می کنند حائز اهمیت است.

زیرا برنامه ریزی برای افزایش میزان شفقت به خود و تاب آوری می تواند در بهبود وضعیت روانشناختی و عملکرد اجتماعی والدین کودکان استثنایی و کلاً والدین کودکان تحت آموزش، مؤثر باشد. از طرف دیگر موجب ارتقاء سطح بهداشت روانی جامعه درکل شود.

پیشنهاد می گردد که محققین ۱- موضوع این تحقیق را روی هر دو جنس مرد و زن انجام دهند و مقایسه کنند ۲- برای دیگرگروه های والدین کودکان موضوع این تحقیق را انجام دهند و با هم مقایسه کنند ۳- این تحقیق را با کنترل اثر هاله ای انجام دهند ۴- نتایج این تحقیق را که کارایی خود را در این پژوهش و تحقیقات مشابه نشان داده است در مراکز آموزش استثنایی برای والدین کودکان آموزش پذیر به کار گیرند.

سپاسگزاری

در این مجال بر خود فرض می دانم از تمام کسانی که مرا در انجام این تحقیق یاری دادند، به خصوص مادران کودکان آموزش پذیر منطقه ملارد و شهریار تهران تشکر و قدردانی نمایم.

تضاد منافع

نویسنده مقاله کسب منافع مثل دریافت وجه یا به دست آوردن سهم در هر سازمانی در قبال نوشتن این مقاله را انکار می نماید و در مراجع قانونی پاسخگو می باشد.

منابع

آزاده، سیما؛ کاظمی زهرانی، حمید؛ بشارت، محمد امین؛ (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات بین فردی و انعطاف پذیری روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، مجله جهانی علوم بهداشت، ۸(۳): ۱۳۱-۱۳۸.

آل یاسین، سید علی؛ داودی، حسین؛ نعمت الهی، مریم (۱۳۸۹) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر بهزیستی و تاب آوری زنان دیابتی نوع ۲، مجله دانشکده پزشکی ۶۲.

اصفهان، سمیه؛ عباسی، سعید؛ (۱۳۹۸) اثربخشی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر تاب آوری و معنای زندگی و عملکرد مراقبین بیماران اسکیزوفرنی، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد ۲۵(۲) ۲۹۸-۳۱۱.

افشاری، علی (۱۳۹۷) مقایسه اثربخشی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT بر تاب آوری زنان دارای سابقه سقط جنین، مجله روان پرستاری (۱۳۹۷) ۶(۴) ۱۱-۱۸.

. امینی، پریسا؛ کرمی نژاد، رضا (۱۴۰۰) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر دل زدگی زناشویی و شفقت به خود زنان تحت پوشش بهزیستی، مجله طلوع بهداشت یزد ۲۰(۱) ۲۵-۳۷.

بختیاری سعید، بهرام؛ (۱۳۹۸) مشاوره گروهی به شیوه درمان مبتنی بر پذیرش ACT و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT بر تعهد سازمانی و مشارکت شغلی کارکنان دانشگاه آزاد واحد اردبیل. رساله دکتری.

- بهرامی، شقایق؛ همایون، علی رضا؛ علیایی، مسعود؛ (۱۴۰۰) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر تاب آوری بهرستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران اسما تیک، مجله طلوع بهداشت یزد، ۲۰ (۱) ۶۸-۵۵.
- حسینی. فریده؛ حسین چاری، مسعود (1390). بررسی شواهد مربوط به روایی و پایایی مقیاس تاب آوری خانواده: فصلنامه مشاوره خانواده و روان درمانی ۲، تابستان.
- حقایق، سید عباس. (۱۳۹۹) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر تاب آوری رضایت زناشویی و نگرش نسبت به ناباروری زنان نابارور مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۷ (۲) ۱۳-۲۵.
- خاموشی، صنم؛ منصوری، احمد؛ (۱۳۹۹) بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر وشفقت به خود و خود انتقادی افراد مبتلا به مصرف مواد مخدر، مجله اعتیاد پژوهی ۱۲ (۵۷) ۲۳۷-۲۵۴.
- رشید پور، آیدا. ترجمه و گردآوری (۱۳۹۸) اصول و مبانی مایند فولنس. تهران نشر ساولان
- روحی، مینا، مصطفایی امان الله، زین الدین زهرا، رضوی نعمت اللهی (۱۳۹۸) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT برشفقت به خود و عمل آشفستگی دانش آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی، مجله سلامت روان کودک ۶ (۳) ۱۸۷-۱۷۳.
- صبری، مصطفی؛ فولاد چنگ، محبوبه؛ محمدی دهاقانی، مریم، (۱۳۹۳) رابطه الگوهای ارتباطی خانواده در دانش آموزان با نقش واسطه ای هوش هیجانی، مجله روش ها و مدل های روان شناختی. ۵، ۱۸ (۱۲۸-۱۰۹).
- فتحی، سمیه؛ پویا منش، جعفر؛ قمری، محمد؛ متحی، قربان؛ (۱۳۹۹) مقایسه اثربخشی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT و درمان هیجان مدار بر تجربه درد و تاب آوری زنان مبتلا به سردرد میگرنی، مجله سلامت جامعه ۱۴۰ (۴) ۸۷-۷۵.
- کاوه، م، علیزاده ح، دلاور ع، برجعلی ع (۱۳۹۰) ... [تدوین برنامه پرورش تاب آوری در برابر استرس و تأثیر آن بر مؤلفه های کیفیت زندگی در والدین کودکان دارای کم توانی ذهنی خفیف]. ایرانی مجله کودکان استثنایی، (۲) ۱۱۹-۱۴۰.
- مصباح، ایمان؛ حجت خواه، سید حسن؛ گلمحمدی، محسن؛ (۱۳۹۷) اثربخشی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی، مجله روانشناسی افراد استثنایی، ۸ (۲۹) ۸۵-۱۰۹.
- میرزائیان، بهراد؛ ایرکیان، ساره؛ حسینی، سید حمزه؛ (۱۳۹۹) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر بد تنظیمی هیجانی و شفقت به خود دانش آموزان آسیب رسان، مجله اندیشه و افکار در روانشناسی بالینی ۱۴ (۵۳) ۱۷-۲۶.
- مؤمنی، ف، شهیدی ش، موتبی ف، حیدری م، (۱۳۹۱) ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی مقیاس شفقت به خود، مجله روانشناسی معاصر ۸ (۲) ۲۷-۴۰.
- نریمانی محمد، پورعبدل سعید، بدر پور سجاد، (۱۳۹۵) اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. مجله ناتونی های یادگیری ۶ (۱) ۱۴۰-۱۲۱.
- نصیری نسب، سعید؛ (۱۳۹۷). تأثیر شفقت درمانی بر تاب آوری، امید و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند فنیل کتونوری.؛ پایان نامه ارشد.

نیک نژاد، فرزانه؛ دهقانی سفید کوهی، اعظم؛ (۱۳۹۴) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر افزایش شفقت به خود مادران کودکان اتیسم، کنفرانس پژوهش های کاربردی در علوتریبتی و روانشناسی و آسیب اجتماعی ایران (۱۳۹۴).

ولی زاده، شاهرخ؛ مکوندی، بهنام؛ بختیاری پور، سعید؛ حافظی، فریبا؛ (۱۳۹۹) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر تاب آوری و انعطاف پذیری روانی زندانیان مجله ارتقاء سلامت. ۹ (۴) ۷۸ - ۸۹.

یابنده، محمدرضا، بقولی، ح.، سروقد، س؛ کوروش نیا، م (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه، مجله بین المللی روانشناسی مدرسه و شناختی، ۵:۱.

Frostadottir, A. D and Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Journal Frontiers in Psychology*, 10, 1-11.

Garnezy N, Masten, A. .(1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In: Cummings EM, Green AL, Karraki KH, editors. Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping. Hillsdale NJ: Lawrence; P.147-151.

Harris, R. (2007). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory.

Hayes, S.C, Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd edition). New York, NY : The Guilford press

Workshop Handout.

María Elena Gutiérrez-Hernández, Luisa Fernanda Fanjul Rodríguez, Alicia Díaz Megolla, Cristián Oyanadel, Wenceslao Peñate Castro, (2023) , The Effect of Daily Meditative Practices Based on Mindfulness and Self-Compassion on Emotional Distress under Stressful Conditions: A Randomized Controlled Trial, *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10.3390/ejihpe13040058, 13, 4, (762-775).

Muris, P.; Petrocchi, N. (2017) Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clin. Psychol. Psychother.*, 24, 373–383. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

Neff, K.D. (. 2022) Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annu. Rev. Psychol*, 74, 193–218. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)].

Noone SJ, Hastings RP. (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. .

Prout, H. T., & Strohmer, D. C. (2019). Counseling with persons with mental retardation Issues and considerations. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 26(3), 49-54.

Sixbey, M. (2005). Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. Doctoral dissertation, School of Counselor Education, University of Florida.

Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D. R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S, (2009) "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety attachment anxiety and attentional control" *Personality and Individual differences* 46 94-99.