

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تنیدگی والدینی، مادران دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی

زهرا محمدی^{۱*}، سید عباس هاشمی^۲

(۱) دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوارسگان)، اصفهان، ایران

(۲) کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران (اصفهان)، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: leylak1367@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله ۹۶/۵/۲۶

تاریخ دریافت مقاله ۹۵/۱۱/۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تنیدگی والدینی، مادران دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی صورت گرفت. روش پژوهش شبه آزمایشی با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که از بین کلیه مادران دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی شهر خمینی شهر (اصفهان) تعداد ۶۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و مصاحبه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ مادر) و گروه گواه (۳۰ مادر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش خانواده مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی قرار گرفتند. جهت ارزیابی تنیدگی در نظام والد-کودک از پرسشنامه‌ی خود گزارش‌دهی آیدین (۱۹۹۰) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که متغیر مستقل در تقویت‌گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش‌پذیری اثر دارد. اما مداخله آموزش خانواده مبتنی بر پذیرش و تعهد نتوانسته منجر به بهبود عملکرد کودکان در متغیر بی‌توجهی/فزون‌کنشی گردد ($P < 0/05$). به طور کلی نتیجه این پژوهش نشان داد که برنامه آموزش خانواده مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود تنش والدگری مادران شده است.

واژه‌گان کلیدی: تنیدگی والدینی، پذیرش و تعهد درمانی، مادران

مقدمه

می‌شود (هینز و هولمککوی^۱، ۲۰۱۳). بنابراین والدگری از جمله مهارت‌های اساسی در تضمین رشد فردی و اجتماعی طرفین است، بی‌آنکه زوجین دارای مهارت‌های اساسی کودک‌پروری باشند. تنیدگی والدین اصطلاحی است که مشخص‌کننده ادراک تنیدگی در نظام والد - کودک است که هم ویژگی‌های تنیدگی‌زای کودک و هم پاسخ به ویژگی‌ها را دربرمی‌گیرد، در قلمرو بنیادی، وجود ویژگی‌های تنیدگی‌زای مفرط از عوامل عمده تحول اختلال‌های رفتاری محسوب می‌شود. از سویی، این نکته برجسته است که تحول عاطفی - رفتاری کودک و نیز روابط والدین -

محیط شامل خانواده، فرد، گروه همسالان، اجتماع مدرسه و هنجارهای اجتماعی است. سیاست‌های والدگری در اوایل رشد می‌تواند بطور بالقوه، رفاه و رشد هر دو والد و کودک را پشتیبانی کند. فرایند والدگری به معنای کسب استقلال در تربیت فرزند خویش فارغ از سبک‌های تربیتی والدین خودشان می‌باشد. اگر والدین حمایت‌کننده بوده و نقش‌های فرزندپروری خود را به طور مؤثر ایفا کنند، در این صورت تعامل بهتر شده و سازگاری والدین و کودک فراهم می‌شود، ولی سوء مهارت‌های والدگری منجر به بروز نقص در سبک‌های تربیتی و ابعاد رشدی کودک

¹Hines & HolcombMcCoy

اجتماعی آینده، حائز اهمیت است. چرا که این عامل حتی پیش از تولد ظاهر می‌شود.

براساس تحقیقات انجام شده، تجارب تنیدگی‌زا در دوران بارداری، می‌تواند جنین در حال رشد را تحت تاثیر قرار داده و احتمال ناکامی‌ها و مشکلات کودک و والد در آینده را افزایش می‌دهد. به علاوه تعارضات بین زوجین و فرزندپروری نامطلوب نیز که در ارتباط با تنیدگی والدینی در خانواده ایجاد می‌شود، احتمال مشکلات روان‌شناختی کودک را در آینده افزایش می‌دهد (وینسپر، وولک و لریا،^۵ ۲۰۱۵). بنابراین بخشی از درمان‌های متمرکز بر بهبود مشکلات روان‌شناختی و رفتاری کودک از طریق روش کاهش تنیدگی والدینی روی والدین، متمرکز می‌گردد. از جمله این روش‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره نمود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک مداخله روانشناختی تجربی محور می‌باشد که ثابت شده در درمان بسیاری از مشکلات افراد موثر بوده است (وودنک، موریسون و توهیگ،^۶ ۲۰۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در نظریه فلسفی عملگرایی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است، که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهدانه (ایزدی، عسگری، نشاط دوست و عابدی،^۷ ۲۰۱۲). به این صورت که در درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ

کودک در خلال سالهای نخست به صورت گسترده‌ای تحت تاثیر تنیدگی والدی قرار می‌گیرد (جنیفر،^۱ ۲۰۱۰). به نحوی که باوز، مگ هان و بال^۲ (۲۰۱۳) نشان دادند که تنیدگی والدگری منجر به بروز شکل‌گیری مشکلات شخصیتی در کودکان می‌گردد، اما تنش والدگری تنها منجر به اثرات منفی بر ابعاد تربیتی و شخصیتی کودک نیست، بلکه مانند یک جاده دوسویه عاملی قوی در جهت درگیر نمودن همزمان والدین و کودک می‌باشد، به نحوی که مبتنی بر یافته‌های پژوهشی لاهلما، آربر، کیو و روس^۳ (۲۰۰۲) تنش والدگری بر مولفه‌های مختلف سلامت روان مادر تاثیرات منفی دارد.

همچنین نارد، تامبس، ماتیسن، دالگارد و ساموئلسون^۴ (۲۰۰۰) نشان دادند که فشارهای مزمن ناشی از والدگری استیصال روانی مادر را پیش‌بینی می‌کند. بروز حالت استیصال در والدین بتدریج عامل کاهش احساس شایستگی در آنان شده و پیش‌بین قدرتمندی در جهت تبیین مشکلات خلقی و روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب است (مورگان، روینسون و آلدريج،^۵ ۲۰۰۲). وجود مشکلات و مسائل روان‌شناختی و ناکامی‌های ناشی از استرس والدگری منجر به کاهش کیفیت روابط والد-کودک و در نتیجه کاهش ارتباط موثر با کودک می‌گردد (وان گستل، کرسستی و فردیناند،^۶ ۲۰۱۰).

عوامل متعددی منجر به استفاده والدین از شیوه‌های نامطلوب والدگری در برخورد با کودک می‌گردد، در غالب موارد سطوح بالای تنیدگی والدین منجر به گرایش بیشتر آنها به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر و پرخاشگرانه است و تنبیه کودک به طور مستقیم رفتار نامطلوب کودک در آینده را افزایش می‌دهد (کین، کوزنس، موسپرات و رودگر،^۷ ۲۰۱۰؛ یوسفیا، فر و عبداللهیان،^۸ ۲۰۱۱). نقش تنیدگی والدینی در رفتارهای معاشرتی فرزندان در روابط

⁵ Morgan, J., Robinson D., & Aldridge

⁶ Van Gastel, Kirsty & Ferdynand

⁷ Keen, Couzens, Muspratt & Rodger

⁸ Winsper, Wolke & Lereya

⁹ Woidneck, Morrison & Twohig

¹ Jennifer

² Bowes, Maughan, Shakoor, OuelletMorin, Caspi & Arseneault

³ Lahelma, Arber, Kivela, K & Roos

⁴ Naerde, Tambs, Mathiesen, Dalgard & Samuelsen

است، بنابراین با توجه به اهمیتی که تنیدگی والدین و اصول اساسی و درست فرزندپروری در رشد و تربیت کودک به عنوان سازندگان اصلی جامعه و حفظ کیان خانوادگی به جهت محل ابتدایی و اساسی رشد کودک دارد، لازم و ضروری به نظر می‌رسد که نقش اساسی روش‌های درمانی مانند پذیرش و تعهد بر مهارت‌های والدگری و تاثیر غیرمستقیم و مستقیم آن بر ابعاد شناختی، شخصیتی و فردی کودکان و والدین بررسی گردد، که جز در سایه توجه به این روش درمانی حاصل نمی‌گردد. بنابراین سوال اساسی از انجام پژوهش فوق این است که آیا آموزش پذیرش و تعهد بر بهبود تنیدگی‌های والدینی مادران دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی تاثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل کلیه مادران دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی خمینی شهر (اصفهان) است. که با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مدارس دخترانه دوره ابتدایی خمینی شهر یک مدرسه انتخاب گردید و با اعلام فراخوان برگزاری کارگاه آموزشی آموزش خانواده مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۳۰ والد اعلام آمادگی نمودند که از این بین ۷۴ نفر از مادرانی که در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند و همچنین حداقل مدرک سیکل و رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش را داشتند، وارد فرایند پژوهش شدند، و در نهایت ۶ نفر به دلیل غیبت بیش از ۳ جلسه، ۵ نفر به دلیل عدم تکمیل بیش از ۱۷ سوال در پرسشنامه و ۳ نفر نیز به دلیل داشتن کودکی که تحت درمان‌های روان‌شناختی و دارو درمانی بوده‌اند از فرایند پژوهش خارج شدند و مابقی والدین به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بدین شرح است:

گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به طور کامل پذیرفت، در قدم دوم برآگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی آزاد سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خود تجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته، است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری تبدیل نماید (روشن سازی ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده ساز، وسواسی، افکار مرتبط با ناسازگاری با مراجع قدرت، باشد (پورفرجی، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برخلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، خاطرات و احساسات روانشناختی را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تکنیک‌های رفتاری و تجربی گوناگونی برای هدف قرار دادن شش فرایند اساسی استفاده می‌کند تا به هدف ایجاد تغییر دست یابد (وودنک، موریسون و توهیگ، ۲۰۱۳). اصول پذیرش و تعهد نشان داده است که در درمان بسیاری از مشکلات از جمله استرس و اضطراب (فلکسمن و بوند، ۲۰۱۰؛ برینکبورگ، میچانیک، هسر و برگلاند، ۲۰۱۱؛ ابراهیمی، رضائیان، خوروش و ضرغام، ۲۰۱۴) افسردگی (حر، آقایی، عابدی و عطاری، ۲۰۱۴)، افزایش سلامت روانی، بهبود کیفیت روابط اعضای خانواده (مورل و اسکربات، ۲۰۱۱) کارآمد

³ Murrell & Scherbarth

¹ Flaxman & Bond

² Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund

جلسه اول: آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی.

جلسه دوم: بحث در خصوص مباحث اساسی خانواده، بحث در خصوص ارتباط در خانواده خصوصاً با کودکان، تمرین شناسایی نوع رابطه با کودک (جسمی، کلامی، غیرکلامی و عاطفی)، تمرین و تمثیل در خصوص هدف ارتباط با کودک (جواب‌گویی به کودک یا ارضای والدین)، تکالیف خانگی.

جلسه سوم: مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی نحوه و دلیل واکنش به کودکان، بیان کنترل به عنوان مشکل، تکالیف خانگی.

جلسه چهارم: مرور تجارب جلسه قبل، بحث عشق به همسر، تمرین و مشاهده ارتباط با همسر ایده‌ال، پذیرش بدون قضاوت اعضای خانواده، تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: مرور تجارب جلسه قبل، بررسی ارزش‌های فردی و خانوادگی، مشاهده رفتار متفاوت خود در روابط خانوادگی با تکیه بر ارزش‌ها و انتظارات، بررسی آسیب‌های عشق با استفاده از تمثیل، تکالیف خانگی.

جلسه ششم: بحث در خصوص فواید آگاهی در زندگی، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند (در این تمرینات، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود نظیر تنفس، پیاده‌روی تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت‌کنندگان درمی‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آنها توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین شرکت‌کنندگان آموزش می‌دیدند تا به افکار و احساسات شان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند)، تمرین رفتار عاشقانه بدون قضاوت با همسر، تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: بررسی تفاوت آگاهی و دانش در تربیت و روابط با همسر در قالب تمثیل، آگاهی از دنیای درون و از ذهن، بررسی این مسئله که خیلی اوقات اتفاقاً دانش داشتن مانع از آگاهی می‌شود. بررسی و تمرین راه‌های افزایش آگاهی (تمرکز بر تنفس، پیاده‌روی، غذا خوردن، مسواک زدن، صداهای محیطی و ...)، تکالیف خانگی.

جلسه هشتم: ادامه بحث به صورت تمثیل در خصوص آگاهی، بحث در خصوص آگاهی به نیازهای فرزند و همسر و واکنش ذهن انسان، شناسایی طرح‌های رفتاری ارتباط بهتر مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، انجام مراقبه نشسته، تکالیف خانگی.

جلسه نهم: مرور جلسه قبل، بحث و آگاه‌سازی از فرمول-نهایی خانواده آگاهی از طریق تمثیل (تمایل + تماشا + تدبیر - تراحم + تداخل) انجام تمرین آگاهی.

جلسه دهم: مرور تکالیف و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون.

ابزار پژوهش

شاخص تنیدگی والدینی (PSI). این شاخص، یک پرسشنامه‌ی خود گزارش‌دهی ۱۲۰ ماده‌ای است که در سال ۱۹۹۰ توسط آبیدين^۱ جهت ارزیابی اهمیت تنیدگی در نظام والد-کودک ساخته شد. شاخص تنیدگی والدینی، شامل است که دو قلمرو کودکی (۴۷ ماده) و والدینی (۵۴ ماده) و یک مقیاس اختیاری با عنوان تنیدگی زندگی (۱۹ ماده) است. ضریب قابلیت اعتماد و همسانی درونی ابزار، توسط آبیدين در یک گروه از مادران آمریکایی، برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای قلمرو والدین ۰/۸۳ گزارش شده است (آبیدين، ۱۹۹۰). صابری، بهرامی‌پور، قمرانی و یارمحمدیان (۲۰۱۵) در پژوهش خود برای سنجش همسانی درونی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ضریب ۰/۷۹ را بدست آوردند. در پژوهش حاضر، جمع نمره قلمرو کودک (بی‌توجهی، تقویت‌گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش‌پذیری و فزون‌طلبی) و خرده مقیاس‌های آن وارد تحلیل آماری شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

^۱ Abidin

یافته‌ها

جهت بررسی تاثیر پذیرش و تعهد بر بهبود تنیدگی‌های والدینی مادران دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج به صورت مبسوط در جداول زیر آمده است. در ابتدا یافته‌های توصیفی مربوط به هر خرده مقیاس در جدول ۱ اشاره می‌گردد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار تنیدگی‌های والدینی و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
بی توجهی گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۷	۴/۳۷	۳۰
	پس آزمون	۲۵/۴۶	۴/۶۱	۳۰
بی توجهی گروه کنترل	پیش آزمون	۲۶/۲۶	۴/۳۳	۳۰
	پس آزمون	۲۵/۴۶	۵/۰۷	۳۰
تقویت گری گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۶/۵۳	۴/۹۱	۳۰
	پس آزمون	۱۱/۹۶	۴/۳۱	۳۰
تقویت گری گروه کنترل	پیش آزمون	۱۶	۴/۲۵	۳۰
	پس آزمون	۱۶/۹۰	۴/۶۴	۳۰
خلق کودک گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۳/۸۰	۴/۰۹	۳۰
	پس آزمون	۱۲/۰۶	۳/۹۰	۳۰
خلق کودک گروه کنترل	پیش آزمون	۱۳/۰۶	۳/۸۸	۳۰
	پس آزمون	۱۴/۹۶	۴/۶۲	۳۰
پذیرندگی گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۰/۲۰	۵/۹۷	۳۰
	پس آزمون	۱۸/۶۶	۵/۷۸	۳۰
پذیرندگی گروه کنترل	پیش آزمون	۱۸/۹۳	۳/۴۱	۳۰
	پس آزمون	۱۵/۶۳	۵/۴۲	۳۰
سازش پذیری گروه آزمایش	پیش آزمون	۳۴/۲۰	۷/۴۰	۳۰
	پس آزمون	۲۶	۶/۷۴	۳۰
سازش پذیری گروه کنترل	پیش آزمون	۳۱/۳۳	۵/۷۱	۳۰
	پس آزمون	۳۱/۳۶	۷/۹۳	۳۰
فزون طلبی گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۵/۶۳	۹/۴۵	۳۰
	پس آزمون	۱۸/۲۶	۷/۷۷	۳۰
فزون طلبی گروه کنترل	پیش آزمون	۲۱/۸۶	۶/۶۸	۳۰
	پس آزمون	۲۴/۱۳	۸/۶۲	۳۰

متغیر وابسته (پس آزمون) از آزمون تحلیل کوواریانس (MANCOVA) استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، برقرار بودن برخی از مهمترین مفروضه‌های (فرض نرمال بودن داده‌ها و یکسانی واریانس‌ها) آن مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به جدول ۱ مشخص می‌گردد که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه در هر شش متغیر تغییر داشته است. جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها پس از حذف اثر متغیر همپراش (پیش آزمون) از

جدول ۲. نتایج آزمون کلموگراف- اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن داده‌ها

منبع تغییرات	گروه	آماره	df	سطح معناداری
بی توجهی	گروه آزمایش	۰/۰۷	۳۰	۰/۲۰
	گروه کنترل	۰/۱۴	۳۰	۰/۰۹
تقویت گری	گروه آزمایش	۰/۱۴	۳۰	۰/۱۲
	گروه کنترل	۰/۱۴	۳۰	۰/۱۱
خلق کودک	گروه آزمایش	۰/۱۶	۳۰	۰/۰۳
	گروه کنترل	۰/۱۲	۳۰	۰/۲۰
پذیرندگی	گروه آزمایش	۰/۱۱	۳۰	۰/۲۰
	گروه کنترل	۰/۱۴	۳۰	۰/۱۲
سازش پذیری	گروه آزمایش	۰/۱۸	۳۰	۰/۱۲
	گروه کنترل	۰/۱۶	۳۰	۰/۰۱
فزون طلبی	گروه آزمایش	۰/۱۷	۳۰	۰/۰۱
	گروه کنترل	۰/۱۲	۳۰	۰/۲۰

طبق یافته‌های جدول ۲، شرط نرمالیتی داده‌ها براساس آزمون کلموگراف اسمیرنوف در همه متغیرها و گروه‌های پژوهش جز در متغیر خلق کودک در گروه آزمایش، متغیر سازش‌پذیری در گروه کنترل و فزون‌طلبی در گروه آزمایش

می‌باشد. که با توجه به گروه بالاتر از ۴۰ نفر، معتبر بودن ابزار پژوهش و انتخاب تصادفی اعضای گروه آزمون F در برابر نقض برخی مفروضه‌ها مقاوم می‌باشد.

جدول ۳. بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها از طریق آزمون باکس

آزمون باکس	F	سطح معناداری
۱۸/۹۲۷	۰/۸۰	۰/۷۲

با بررسی جدول ۳ مشخص می‌گردد، شرط یکسانی کواریانس‌ها رعایت گردیده و با رعایت سایر پیش فرض‌ها آزمون F با محدودیتی روبرو نمی‌باشد. براساس نتایج بدست آمده در تحلیل کواریانس جدول ۴ باید اذعان

داشت که این روش آموزشی بر حداقل یکی از متغیرها تأثیر مثبت و معناداری دارد. بنابراین برای بررسی این معناداری، به تحلیل کواریانس تک متغیره پرداخته می‌شود که خلاصه نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییر	ارزش	F	Df1	Df2	sig	اندازه اثر
اثر پیلائی	۰/۴۸	۷/۴۹۴	۶	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸
لامبدای ویلکز	۰/۵۱	۷/۴۹۴	۶	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸
اثر هتلینگ	۰/۹۵	۷/۴۹۴	۶	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸
بزرگترین ریشه روی	۰/۹۵	۷/۴۹۴	۶	۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸

جدول ۵. تحلیل کواریانس تک متغیری برای مقایسه پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	بی توجهی	۵/۵۳۹	۱	۵/۵۳۹	۰/۲۴۷	۰/۶۲	۰/۰۰۵	۰/۰۷
	تقویت‌گری	۴۰۸/۹۹۷	۱	۴۰۸/۹۹۷	۲۹/۸۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱
	خلق کودک	۱۷۸/۳۶۵	۱	۱۷۸/۳۶۵	۱۱/۸۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۹۲
	پذیرندگی	۳۹۹/۵۸۶	۱	۳۹۹/۵۸۶	۱۴/۶۴۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۶
	سازش‌پذیری	۷۲۴/۸۹۸	۱	۷۲۴/۸۹۸	۱۷/۸۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۸
	فزون‌طلبی	۸۲۵/۱۱۷	۱	۸۲۵/۱۱۷	۱۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۶
خطا	بی توجهی	۱۱۶۸/۱۸۷	۵۲	۲۲/۴۶۵				
	تقویت‌گری	۷۱۲/۲۵۱	۵۲	۱۳/۶۹۷				
	خلق کودک	۷۸۳/۷۴۵	۵۲	۱۵/۰۷۲				
	پذیرندگی	۱۴۱۸/۴۹۵	۵۲	۲۷/۲۷۹				
	سازش‌پذیری	۲۱۱۳/۷۷۳	۵۲	۴۰/۶۴۹				
	فزون‌طلبی	۲۸۱۸/۴۳۲	۵۲	۵۴/۲۰۱				
کل	بی توجهی	۴۲۲۷۸	۶۰					
	تقویت‌گری	۱۴۰۳۰	۶۰					
	خلق کودک	۱۲۵۵۱	۶۰					
	پذیرندگی	۲۱۲۰۹	۶۰					
	سازش‌پذیری	۵۲۹۳۹	۶۰					
	فزون‌طلبی	۳۱۳۹۰	۶۰					

دوره ابتدایی بود. یافته‌ها نشان دادند که مداخله آموزش خانواده مبتنی بر پذیرش و تعهد در پنج متغیر تقویت‌گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش‌پذیری و فزون‌طلبی توانسته منجر به کاهش معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون گردد. متغیر مستقل در متغیرهای وابسته‌ی تقویت‌گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش‌پذیری و فزون‌طلبی به ترتیب ۳۶ درصد، ۱۸ درصد، ۲۲ درصد، ۲۵ درصد و ۲۲ درصد واریانس تغییرات را تبیین می‌نماید ($P < ۰/۰۵$). اما مداخله آموزش خانواده مبتنی بر پذیرش و تعهد نتوانسته منجر به بهبود عملکرد کودکان در متغیر بی‌توجهی/فزون‌کنشی گردد ($P > ۰/۰۵$). که در جهت موثر بودن راهبرد درمانی پذیرش و تعهد همسوی با یافته‌های پژوهشی استرس و اضطراب (فلکسمن و بوند، ۲۰۱۰؛ برینکبورگ، میچانک، هسر و برگلوند، ۲۰۱۱؛ ابراهیمی، رضائیان، خوروش و ضرغام، ۲۰۱۴) افسردگی (حر، آقایی، عابدی و عطار، ۲۰۱۴)،

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد مداخله آموزش خانواده مبتنی بر پذیرش و تعهد در پنج متغیر تقویت‌گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش‌پذیری و فزون‌طلبی توانسته منجر به کاهش معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون گردد. متغیر مستقل در متغیرهای وابسته‌ی تقویت‌گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش‌پذیری و فزون‌طلبی به ترتیب ۳۶ درصد، ۱۸ درصد، ۲۲ درصد، ۲۵ درصد و ۲۲ درصد واریانس تغییرات را تبیین می‌نماید ($P < ۰/۰۵$). توان آماری در هر چهار متغیر گویای کفایت حجم نمونه در استفاده از تحلیل‌ها را دارد. اما مداخله آموزش خانواده مبتنی بر پذیرش و تعهد نتوانسته منجر به بهبود عملکرد کودکان در متغیر بی‌توجهی گردد ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنیدگی والدینی دانش‌آموزان دختر

افزایش سلامت روانی، بهبود کیفیت روابط اعضای خانواده (مورل و اسکرباث، ۲۰۱۱)، بهبود تقویت‌گری، خلق کودک، پذیرندگی، سازش‌پذیری، فزون‌طلبی (مورل و اسکرباث، ۲۰۱۱) و عدم بهبودی بی‌توجهی/فزون‌کنشی (وطن‌خواه، ۲۰۱۴) می‌باشد.

در تبیین یافته این پژوهش باید اذعان نمود که فرایند فرزندپروری اولین ادعای استقلال والدین در جهت دارا بودن خانواده مستقل می‌باشد. بنابراین برای زوجینی که اولین فرایند فرزندپروری را تجربه می‌کنند، می‌تواند عاملی موثر و قدرتمند در جهت کاهش حس خود اثربخشی و کارآمدی مثبت گردد. بروز حالت استیصال در والدین به تدریج عامل کاهش احساس شایستگی در آنان شده و پیش بین قدرتمندی در جهت تبیین مشکلات خلقی و روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب است (مورگان، روبینسون و الدریگ، ۲۰۰۲).

تصور منفی والدین از خود که در نتیجه استرس‌های والدگری حادث می‌شود، منجر به بروز عدم خودکارآمدی فردی می‌شود. این تصور موجب می‌شود که والدین تصویری قالبی از خویش بسازند و رفتارهای متقابل اعضا مانند همسر و فرزند را در آن قالب از پیش ساخته تعبیر و تفسیر نمایند و بدین ترتیب سیکل معیوب مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای والدگری و فرزندپروری ادامه یابد. به نحوی که باوز، مگ هان و بال (۲۰۱۳) نشان دادند که تنیدگی والدگری منجر به بروز شکل‌گیری مشکلات شخصیتی در کودکان می‌گردد، اما تنش والدگری تنها منجر به اثرات منفی بر ابعاد تربیتی و شخصیتی کودک نیست، بلکه مانند یک جاده دوسویه عاملی قوی در جهت درگیر نمودن همزمان والدین و کودک می‌باشد، بنابراین آن چیزی که تعیین کننده بهبودی عملکرد در این روش می‌باشد، مبتنی بر مکانیسم عملکردی در این روش درمان است که می‌تواند تبیین کننده افزایش خلق مثبت و سازش‌پذیری کودک و والد بصورت متقابل گردد، مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به پیوند و جذب ارزش‌های واقعی زندگی

است، منظور از ارزش‌های زندگی دشوار بودن فرایند فرزندپروری برای همه والدین می‌باشد. این ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی را افزایش دهد و پیوند والد و فرزند را بهبود بخشد. از سوی دیگر درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درصدد تغییر شکل یا تغییر متناوب احساسات و افکار ناخواسته شخص نیست. در عوض هدف اصلی آن، توسعه انعطاف‌پذیری روان شناختی در شخص است که به توانایی برقراری ارتباط با زمان حال اشاره دارد. و این که او بتواند براساس آنچه که در موقعیت خاصی از فرد انتظار می‌رود، رفتار خود را تغییر دهد و یا بر رفتار کنونی و فزون‌طلبی خود پافشاری کند، رفتاری که با ارزش‌های شخصی او همخوانی دارد و یا ندارند. انعطاف‌پذیری از طریق شش فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حاصل می‌شود.

هر یک از این حوزه‌ها به جای آن که فقط روشی برای دوری از آسیب دیدگی باشند، به عنوان یک مهارت روان‌شناختی مثبت مفهوم پردازی می‌شوند و در نتیجه درخواست‌های مشروع و متوازن براساس دریافت‌های انعطاف‌پذیری جایگزین فزون‌طلبی و خودخواهی‌های رفتاری می‌گردد (هافمن و آسموندسون^۱، ۲۰۰۸). این فرایند موجب ایجاد بینش مثبت نسبت به فرایندهای فرزندپروری و بحران‌های کاملاً طبیعی (اضطراب و استرس) که هر والد ممکن است با فرایند فرزندپروری با آن مواجه شود، می‌گردد. از طرفی آنان را به مهارت‌های مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد مجهز خواهد کرد که مانند منجی مشاوره در خانواده حاضر خواهد بود. در واقع حل بحران‌های خلقی مانند اضطراب و استرس در نتیجه تنش‌های والدگری مبتنی بر مکانیسم درمانی پذیرش و تعهد (فلکسمن و بوند، ۲۰۱۰؛ برینکبورگ، میچانک، هسر و برگلوند، ۲۰۱۱؛ ابراهیمی، رضائیان، خوروش و ضرغام، ۲۰۱۴) به دلیل تاکید مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزش‌ها، عمل به تعهدات، پذیرش اعضا، و توجه به برقراری ارتباط در لحظه جاری به نظر منطقی به نظر

¹. Hafmann & Asmundson

خود روی می‌آورند. هرچند که نقش عوامل محیطی، اجتماعی، خانوادگی و حتی اقتصادی جامعه در رفتارهای انسان نقش بارزی ایفا می‌کند. انتظار می‌رود در طی جلسات درمان روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از فشارهای وارده محیطی در نزد افراد آسیب‌پذیر، به سبب پذیرش شرایط حاضر کاسته شود. بعضی مواقع این انتظارات برآورده نمی‌شود. چنان که نقش عوامل محیطی و خانوادگی آن قدر بارز است که جریان درمان نمی‌تواند فرد را به این باور برساند که به جای مقابله با شرایط حال حاضر محیطی، این شرایط را بپذیرد. این اتفاق وقتی رخ بیشتری می‌نماید که شرایط حاضر نقش تخریبی در فرایند روان‌شناختی افراد ایفا نماید. و شاید به همین دلیل درمانی است که ما شاهد بهبودی نقص توجه و فزون‌کنشی در کودکان این دسته از والدین نبوده‌ایم (وودنیک، موریسون و توهیگ، ۲۰۱۳). چنانکه وطن‌خواه (۲۰۱۴) نیز در عنوان پژوهشی خود به این نتیجه دست یافت که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نقص توجه و فزون‌کنشی کودکان موثر نبوده است. به نحوی که هینس و مک کوی (۲۰۱۳) نشان دادند که سوء مهارت‌های والدگری منجر به بروز نقص در سبک‌های تربیتی و ابعاد رشدی کودک می‌شود.

می‌رسد که این فرایند درمان منجر به بهبود روابط والدین با یکدیگر و بهبود روابط با فرزند و پذیرش مسئولیت‌های ناشی از تربیت و فرزندپروری شود. به نحوی که یافته‌ها نشان دادند، روش درمانی پذیرش و تعهد بر حل مسئله بین والدین و بهبود روابط با اعضای خانواده از جمله همسر موثر است (مورل و اسکریبات، ۲۰۱۱). چرا که روش درمان پذیرش و تعهد به عنوان یک شیوه درمانی باعث می‌شود که والدین با نقص در مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض، در گام اول با حفظ خونسردی و پذیرش مسئولیت نسبت به اتفاقات زندگی خانوادگی، بحران پیش آمده را در لحظه جاری متناسب با شرایط اکنون بررسی و راه حل متناسب را از طریق گفت و گوی منطقی و مساله مدار کسب کنند و این روش همان گسلش شناختی است که منجر به کاهش تنیدگی و افزایش تجارب خوشایند والدگری می‌گردد. درک واقع‌بینانه از مصایب زندگی و به ویژه تربیت فرزند، شاه‌کلید حل مسائل روان‌شناختی در نتیجه تنش‌های والدگری است، بدین معنا که در حادث شدن یک تحول روان‌شناختی عوامل مختلفی دست به دست هم می‌دهند. این عوامل هم خاستگاه محیطی دارند و هم خاستگاه درون ذهنی و پردازشی. بعضی افراد در طی فرایند درمان، از اهمیت نقش خاستگاه‌های محیطی در پردازش شناختی خود کاسته و به جای آن به تغییرات شناختی درون ذهنی

on the acceptance of pain, pain-related anxiety and decreased quality of life in patients with chronic pelvic pain, especially a psychosomatic Conference, 12-18. [Persian].

- Flaxman, P.E., Bond, F.W. A. (2010). Randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. Behav Res Ther. 48:816-20.

- Hafmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness based Therapy: New wave or old hat. Science direct, 28(1), 1-16.

- Hines, E. M., & HolcombMcCoy, C. (2013). Parental characteristics, ecological factors, and the academic achievement of African American males. Journal of Counseling & Development, 91(1), 68-77.

Refrence

- Abidin, R. (1990). Introduction to the special issue: the stressor of parenting. Journal of clinical child psychology, 19, 298-301. [Persian].

- Bowes, L., Maughan, B., Ball, H., Shakoor, S., Ouellet-Morin, I., Caspi, A., & Arseneault, L. (2013). Chronic bullying victimization across school transitions: the role of genetic and environmental influences. Development and psychopathology, 25(02), 333-346.

- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized control trial. Behav Res Ther; 49(6-7):389-98.

- Ebrahimi, A., Rezaeian, M., Khorvash, M., & Zargham, M. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy treatment

- Symptoms of anxiety and depression among mothers of preschool children: Effect of chronic strain related to children and child care-taking. *Journal of Affective Disorders*, 58, 181-199.
- Pourfaraj, O. (2011). The effectiveness of acceptance and commitment therapy students' social phobia. *Quarterly knowledge and wellbeing*, 6 (2), Ss10-5.
- Saberi, J., Bahramifar, M., Ghamarani, A., & Yarmohammadian, A. (2015). Positive Parenting Program Effectiveness in reducing stress among parents of children with ADHD. *Danesh and Research in Applied Psychology*, Issue 2, Year 2, Ss77-69. [Persian].
- Van Gastel, K., & Ferdynand. (2010) Reaction to stressful life events: What predicts symptom severity? *Journal of Anxiety Disorders*.2010; 24(6): 645-49.
- Vatankhah, Gh. (2014). The Effect of Family Training Based on Acceptance and Commitment on Parental Self- efficacy and Parental Stress in Khomeini Shahr, Islamic Azad University of Khomeini Shahr. [Persian].
- Winsper, C., Wolke, D., & Lereya, T. (2015). Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11–12 years. *Psychological medicine*, 45(05), 1025-1037.
- Woidneck, M.R., Morrison, K.L., & Twohig, M.P. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress among Adolescents. *Behavior Modification*; 3: 45-58.
- Yousefia, S., Far, A.S., & Abdolahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671. [Persian]
- Horr, M., Aghaei, A., Abedi, A., & Attari, A. (2014). The effect of therapeutic based on acceptance and commitment therapy on depression in patients with diabetes type 2. *Journal Behavioral Sciences*, 11 (2): 121-128. [Persian].
- Izadi, R., Asgari, K., Neshat Doost, H., & Abedi, M. (2012). A case report in the effectiveness of acceptance and commitment therapy on frequency and intensity of involuntary obsessive disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*; 4(10):107-112. [Persian].
- Jennifer, T. (2010). Predicting parenting stress in families of children with ADHD. (Eds) University of Toronto, pp. 23-30.
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 229-241.
- Lahelma, E., Arber, S., Kivelä, K., & Roos, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finish women: The influence of socioeconomic circumstances. *Journal of Social Science and Medicine*, 54, 722-740.
- Morgan, J., Robinson D., & Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behavior. *Child and Family Social Work*, 7,219–225.
- Murrell, A.J., Scherbarth, A. (2011). State of the Research & Literature Address: ACT with Children, Adolescents and Parents. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*; 7(1): 15–22.
- Naerde, A., Tambs, K., Mathiesen, K. S., Dalgard, O. S., & Samuelsen. S. O. (2000).

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 8, No. 3, autumn 2017, No 31



Journal of Educational
Psychology

Effectiveness of the Acceptance-Based Education and commitment on the improvement of parental stress in girls' elementary school mothers

Zahra Mohammadi^{*1}, Seyed Abbas Hashemi²

1) PhD Student, General Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)

2) MSc Clinical Psychology, Tehran University of Science and Research (Isfahan)

*Corresponding author; leylak1367@gmail.com

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance-based education and commitment on the improvement of parental stress in girls' elementary school mothers. The research method was semi-experimental with running pre-test and post-test. 60 mothers were selected among all primary school students' mothers in Khomeini-Shahr (Isfahan) during the academic year of 2012-13. They were selected based on the research entering criteria and "available sampling" technique interview and they were randomly put into experimental group (30 mothers) and control group (30 mothers). The experimental group was under the family education based on acceptance and commitment trophy for ten 90-minute sessions. The Abidin self-reporting Questionnaire (1990) was used to assess stress in the parent-child system. The Data was analyzed by covariance analysis method. The findings of this research showed that an independent variable has an effect on empowerment, child temper, acceptance and compatibility. But, family education based on acceptance and commitment intervention failed to improve the performance of children in inattention / excessive action variable ($P < 0.05$). In general, the results of this study indicated that the family education program based on acceptance and commitment resulted in improvement of parental stress in mothers.

Key words: Parental stress, acceptance and commitment therapy, mothers
