

# اثربخشی آموزش گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب، امیدواری و خوش‌بینی مادران

## دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه

نرگس پورطالب<sup>۱</sup>، آیدا محمدپور<sup>۲</sup>

۱. دکترای تخصصی روانشناسی تربیتی، عضو هیئت‌علمی گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره بیستم، زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۱۶-۱

### چکیده

اختلال یادگیری کودکان تأثیر منفی بر روی خانواده به‌خصوص مادران به‌جا می‌گذارد. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب، امیدواری و خوش‌بینی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه در سال ۱۴۰۱ بودند. از میان جامعه ۳۰ نفر از مادران، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه کنترل، ۱۵ نفر گروه آزمایش) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش، پرسش‌نامه امیدواری «اسنایدر» و همکاران (۱۹۹۱)، پرسش‌نامه اضطراب «اسپیلبرگر» (۱۹۷۰) و پرسش‌نامه خوش‌بینی «شیر و کارور» (۱۹۸۵) به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. برای گروه آزمایش از پروتکل آموزش گروهی پذیرش و تعهد (دوستی و همکاران، ۱۳۹۷، امین زاده، ۱۳۹۸)، در شش جلسه ۴۵ دقیقه‌ای استفاده شد. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و جامعه آن تمام مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه شهر تبریز بود. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افزایش خوش‌بینی و امیدواری مادران تأثیر معناداری را دارد. براساس یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت: وجود کودک با اختلال یادگیری ویژه، محیط خانواده بخصوص مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجایی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد می‌شود؛ بنابراین می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای افزایش امیدواری و خوش‌بینی و کاهش اضطراب در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال یادگیری ویژه، امیدواری، اضطراب، خوش‌بینی.

## مقدمه

اصطلاح «اختلال یادگیری ویژه»<sup>۱</sup> برای کودکانی به کار می‌رود که نقایص خاصی در توانایی برای درک یا پردازش کارآمد و صحیح اطلاعات دارند، این اختلال عصب تحولی در طول سال‌های اولیه‌ی آموزش رسمی اتفاق می‌افتد که میزان شیوع آن در کودکان سنین مدرسه در زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف ۵ تا ۱۵ درصد برآورد شده است. مشکلات مداوم و آسیب‌زا در یادگیری مهارت‌های تحصیلی این کودکان نسبت به سن آن‌ها پایین‌تر از سطح متوسط است یا سطح عملکرد قابل قبول، تنها با تلاش فراوان به دست می‌آید (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳)؛ این افراد از لحاظ هوشی و جسمی بهنجار هستند (نادری و سیف نراقی، ۱۳۹۸)؛ حتی امکان دارد افرادی که به لحاظ ذهنی تیزهوش هستند، دارای اختلال یادگیری باشند؛ این اختلال، برای همه‌ی افراد آسیب‌های طولانی‌مدت در فعالیت‌های وابسته به مهارت‌های تحصیلی مانند عملکرد شغلی، ایجاد می‌کند (انجمن روان-پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

خانواده‌هایی که فرزندان آن‌ها به اختلال یادگیری دچارند، مشکلات سازشی بیشتری از والدین عادی تجربه می‌کنند (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱؛ خزیمی و صفاریان طوسی، ۱۳۹۷)؛ این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی و افزایش چالش‌ها و مشکلات در خانواده فراهم می‌کند (شین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶)؛ اما مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند دارای اختلال بر عهده می‌گیرند که در نتیجه، با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (مک کونی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). مادران این کودکان، مشکلاتی در زمینه سلامت روان، رضایت از زندگی، استرس و اضطراب، ناامیدی، ناشادی و عدم سازگاری با مشکل کودکانشان دارند (آرنود<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)؛ بلقان آبادی و همکاران، ۱۳۹۰). تحقیقاتی که به صورت جدا از هم و توسط «هاستینگ» و «مارکس» اتفاق افتاد، نشان داد اضطراب مادران دارای اختلال و آسیب‌دیده نسبت به پدرانشان بنا به دلایل بار سنگین مراقبت و سرپرستی، بیشتر است (هاستینگ، ۲۰۰۳؛ مارکس، ۱۹۹۸).

اضطراب در دوران مختلف زندگی، امری رایج و بهنجار است (ورهون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)؛ اما گاهی اضطراب، با حوادث مکانی و زمانی تناسب ندارد و منجر به علائم مخرب و هشداردهنده در انسان می‌گردد. گاهی نیز اضطراب تنها روی خود فرد اثر ندارد، بلکه زندگی آینده کودک وی را نیز به خطر می‌اندازد (شایقان و همکاران، ۱۳۸۷؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۶). والدین کودکان دارای اختلال یادگیری در مقایسه با والدین کودکان عادی، تنیدگی و اضطراب بیشتر و سابقه خواندن ضعیف‌تر و سبک-های فرزند پروری نامناسب‌تری را تجربه می‌کنند (بونیفاجی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). این در حالی است که پژوهش سپهریان و

<sup>۱</sup>. Specific Learning Disorder

<sup>۲</sup>. American Psychiatric Association

<sup>۳</sup>. Shin

<sup>۴</sup>. Maconkey

<sup>۵</sup>. Arnaud

<sup>۶</sup>. Verhoeven

<sup>۷</sup>. Bonifacci

همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که بین اضطراب و امید، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد، به عبارتی امید افراد هرچقدر بیشتر باشد، اضطراب آنان کمتر است (میرباقر آجریز و همکاران، ۱۳۹۵).

امید به زندگی به‌عنوان عامل مهم و مرتبط با واکنش‌های هیجانی، نیروی درونی است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و افراد را قادر سازد که برای خویش چشم‌اندازی فراتر از وضعیت نابسامان کنونی در نظر بگیرند (اسنایدر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ عاشوری و همکاران، ۱۳۹۷). درواقع، امید رفتارشناختی آگاهانه‌ای است که به فرد انرژی داده؛ و منجر به عمل برای دستیابی به هدف، تبدیل بحران‌ها به فرصت و سبب تحریک سیستم انگیزشی فرد می‌شود (سولبرگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). افراد امیدوار، گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با مانعی برخورد می‌کنند، می‌توانند انگیزه خود را حفظ و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند، اما افراد ناامید به دلیل اینکه گذرگاه‌های کمی دارند در رویارویی با موانع، به‌راحتی انگیزه خود را از دست می‌دهند (شیخ‌الاسلامی و رضائی، ۱۳۹۶). در این میان حضور کودک ناتوان با وضعیتی که به ناکام شدن همه آمال و آرزوهای والدین منجر شود، باعث سرکوب شدن امید در والدین می‌گردد، درحالی‌که حضور کودک سالم در خانواده، به معنای توالی نسل سالم است که به امید و اعتماد و پذیرش دشواری‌های ناشی از تولد و رشد کودک می‌انجامد (کنعانی و همکاران، ۱۳۹۴؛ خزیمی و صفاریان طوسی، ۱۳۹۶). پژوهشی که سال ۲۰۱۱ توسط «راجاندرام»<sup>۳</sup> صورت گرفت، نشان داد که بین امید و خوش‌بینی با سطح اضطراب، همبستگی منفی وجود دارد. افراد هرچه بیشتر امیدوار باشند، نسبت به آینده و اتفاق‌های آن خوش‌بین بوده و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند. برخورداری بودن از تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای تفکر هدف‌مدار، با نوع نگاه افراد به رویدادها و تعبیر و تفسیر آن‌ها از علت‌ها و انتظار پیامدها، ارتباط دارد که به‌تبع آن، افراد می‌توانند نسبت به وقایع، خوش‌بین یا بدبین باشند.

خوش‌بینی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا، بر علل اتفاق افتادن چیزهای خوب و بد و تأثیر این رخدادها، تمرکز دارد (رادب<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ عرب یار محمدی و الهی، ۱۳۹۶). خوش‌بینی به معنای داشتن انتظارات مثبت برای نتایج و پیامدها است و این پیامدها به‌عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند (کیهانی و همکاران، ۱۳۹۳). خوش‌بینی، پیش‌بین مهم سازگاری بوده و با اخلاق خوب، پشتکار، موفقیت‌های شغلی، خانوادگی و اجتماعی، سلامتی و حتی طول عمر رابطه مستقیم دارد. خوش‌بینی یک متغیر، با بار شناختی و عاطفی مثبت است (آوی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱، کاترین<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ عرب یارمحمدی و الهی، ۱۳۹۶). بنا به مفروضات گفته‌شده بررسی و یافتن عوامل ارتقادهنده سلامت مراقبان این کودکان

<sup>۱</sup>. Snyder

<sup>۲</sup>. Sohlberg

<sup>۳</sup>. Rajandram

<sup>۴</sup>. Radebe

<sup>۵</sup>. Avey

<sup>۶</sup>. Kathrin

و کاهش مشکلات هیجانی و روان‌شناختی آنان دارای اهمیت بسیاری است. برای درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی گوناگونی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اول روان‌تحلیلی، بر پایه‌ی دیدگاه‌های شرطی‌سازی کلاسیک و شرطی‌سازی عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند، نسل دوم این درمان‌ها، تحت عنوان درمان رفتاری- شناختی، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید اصلی بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد و تداوم اختلال‌های روانی بود. بدین معنی که در روان‌درمانی، یا باید با تکنیک‌های مختلف، در سیستم شناختی تغییر یا تعدیل ایجاد شود و یا باید آن‌ها به‌کلی حذف شوند؛ پژوهشی که در این راستا توسط خزیمی و صفاریان طوسی در سال ۱۳۹۷ بر اضطراب و امید به زندگی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری ویژه انجام شد، تأثیر درمان شناختی- رفتاری را بر روی این نوع مادران نشان داد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجهه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند شناخت مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup>، رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۲</sup>، درمان فراشناختی<sup>۳</sup> و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup>.

در این درمان‌ها به‌جای تغییر محتوای شناختی، بر فرایند شناختی توجه می‌شود و سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ رومر و اورسیلو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۱۵؛ زمستانی و اوتاویانی، ۲۰۱۶؛ زمستانی و همکاران، ۱۳۹۷). درواقع در این نوع درمان برخلاف درمان شناختی- رفتاری به‌طور مستقیم بر تغییر افکار و احساسات تأکید نمی‌شود، بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی، این احساسات را مشاهده کنند (فانگ و دینگ<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰)؛ که در این میان یکی از مداخلات موردتوجه روان‌شناسان در سال‌های اخیر استفاده از روش درمانی پذیرش و تعهد است. در این پژوهش، روش درمانی، پذیرش و تعهد می‌باشد.

درمان، از طریق پذیرش و تعهد یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی با هدف ایجاد و ارتقای انعطاف‌پذیری روانی<sup>۷</sup> می‌باشد. انعطاف‌پذیری روانی به معنای ایجاد و ارتقای انتخاب راهکاری که بین راهکارهای موجود مناسب‌تر است، نه راهکاری که باعث اجتناب از افکار، احساس‌ها، تمایل‌ها و خاطره‌های آشفته‌کننده می‌شود (وارتون<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹)؛ به معنای دیگر، مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد (امان- الهی و همکاران، ۱۳۹۳؛ امانی و همکاران، ۱۳۹۷). این شیوه از طریق آموزش پذیرش روانی، آگاهی روانی<sup>۹</sup>، گسلش شناختی<sup>۱۰</sup>،

<sup>1</sup> Mindfulness Therapy

<sup>2</sup> Dialectical Behavior Therapy

<sup>3</sup> Metacognitiv Therapy

<sup>4</sup> Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

<sup>5</sup> Roemer & Orsillo

<sup>6</sup> Fang & Ding

<sup>7</sup> mental flexibility

<sup>8</sup> Wharton

<sup>9</sup> psychological awarness

<sup>10</sup> cognitive impairment

روشن سازی ارزش ها<sup>۱</sup> و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه<sup>۲</sup> باعث افزایش انعطاف پذیری روانی می شود (فلوجاس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در این درمان، ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (مانند افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد؛ همچنین، به بیمار آموخته می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر بوده و یا باعث نتیجه ی معکوس و یا تشدید آن ها می شود. در مرحله دوم، بر آگاهی فرد در لحظه حال تأکید می شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)؛ به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در مرحله چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. در مرحله پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب شخصی. این تجارب ذهنی می توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس ها و غیره باشند (فورمرن و هربرت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹؛ زارع زاده و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش های اخیر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایجی امیدبخش و تأثیر این نوع درمان را در زمینه های مختلف نشان می دهند. نمونه ای از این پژوهش ها عبارت اند از پژوهشی که تحت عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای حل تعارض والد-فرزند مادران دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری» توسط رضاپور و همکاران در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت، که بعد از انجام مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت های معناداری را در راستای کاهش تعارض ها نشان دادند. همچنین در زمینه ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی مادران کودکان دیرآموز (شعاعی، ۱۳۹۵)، اضطراب، افسردگی و استرس مادران دارای کودکان اوتیسم (رضایی، ۱۳۹۹)، اضطراب کودکان و استرس فرزند پروری مادران (تردست و همکاران، ۱۳۹۹)، امیدواری و شادکامی نوجوانان تحت پوشش بهزیستی (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶)، بر میزان شادی و خوش بینی همسران مردان مبتلا به ام اس (صادق پور مرادی و همکاران، ۱۳۹۵)، اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی (سالاری و همکاران، ۲۰۲۳) اثربخش بودن این رویکرد درمانی را نشان می دهند. با توجه به ضرورت امر و در جهت کاهش مشکلاتی که مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه با آن سروکار دارند و با در نظر گرفتن شیوع بالای این اختلال، هر رویکردی که باعث بهبود مشکلات روان شناختی، این مادران و بهبود وضعیت جامعه می شود، قابل پیگیری است. با توجه به این مقدمات و مفروضات این پژوهش در راستای بهبود مشکلات روان شناختی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی انجام شد. لذا هدف از انجام پژوهش این بود که آیا آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری، خوش بینی و اضطراب مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه مؤثر است؟

<sup>1</sup> clarification of values

<sup>2</sup> motivating committed action

<sup>3</sup> Flujas

<sup>4</sup> Forman & Herbert

## روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون\_پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ابتدا از مادرانی که متمایل به شرکت در گروه درمانی مورد نظر بودند، ثبت‌نام به عمل آمد. از میان ثبت‌نام کنندگان در نهایت ۳۰ نفر که امکان شرکت در گروه را داشتند، انتخاب شدند. سپس افراد انتخاب‌شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک ورود افراد به پژوهش شامل داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال یادگیری ویژه، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و عدم حضور همزمان در گروه‌های درمانی دیگر و ملاک‌های خروج از این پژوهش غیبت بیش از دو جلسه، انجام ندادن تکالیف و ابراز عدم تمایل به ادامه همکاری بود. قبل از مداخله از هر دو گروه به صورت آنلاین پیش‌آزمون گرفته شد. افراد گروه آزمایش به صورت آنلاین به مدت ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یکبار تحت مداخله "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، در پایان کار، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. در این پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط اسپیلبرگر برای سنجش اضطراب طراحی شده است؛ که دارای ۴۰ سؤال می‌باشد که بیست سؤال اول حالت اضطراب (اضطراب آشکار) و بیست سؤال بعدی رگه اضطراب (اضطراب پنهان) را اندازه می‌گیرند و هر یک از سؤالات دارای چهار گزینه می‌باشد که به هر سؤال نمره‌ای بین یک تا چهار تعلق می‌گیرد. اعتبار این پرسش‌نامه با روش همسانی درونی در کار با دانشجویان، بزرگسالان و فراخواندگان ارتش ۰/۸۶-۰/۹۵، به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دانش‌آموزان ۰/۷۷ و برای دانشجویان ۰/۷۰ گزارش شده است (آنتونی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ خانی پور و همکاران، ۱۳۹۰) در هنجاریابی آزمون در ایران اعتبار آزمون برای رگه اضطراب ۰/۶۵ تا ۰/۸۶، ضریب آلفای کرونباخ و برای حالت اضطراب ۰/۹۲ محاسبه شد (مهرام<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴؛ خانی پور، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۹ محاسبه شد.

۲- پرسش‌نامه امیدواری «اسنایدر» و همکاران: این پرسشنامه توسط اسنایدر و لویز برای سنجش امیدواری طراحی شده است که دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی انجام می‌شود، ۴ عبارت برای تفکر عاملی، ۴ عبارت تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی می‌باشد؛ بنابراین این پرسش‌نامه دو زیرمقیاس عامل و راهبرد را اندازه‌گیری می‌کند. هر عبارت دارای ۸ گزینه می‌باشد که به هر کدام از سؤالات نمره یک تا هشت تعلق می‌گیرد. نمره کل آزمون دامنه بین ۸ تا ۶۴ تعلق می‌گیرد. متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و

<sup>۱</sup>. Speilberger

<sup>۲</sup>. Anthony & others

<sup>۳</sup>. Mehram

در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اسنایدر و لویز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷)، به‌علاوه داده‌های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسش‌نامه امید و مواردی که می‌تواند پیش‌بینی کند، وجود دارد؛ برای مثال این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت‌نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اسنایدر، ۲۰۰۲). کرمانی و همکاران در سال ۱۳۹۰ روایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روایی سازه و تحلیل عاملی تأییدی بررسی کرده‌اند که براساس آن مقیاس دارای ساختاری دوعاملی شامل تفکر عامل و مسیرهاست؛ ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۴ محاسبه شد.

**۳- پرسش‌نامه خوش‌بینی:** پرسش‌نامه خوش‌بینی اولین بار توسط شییر و کارور<sup>۲</sup> با هدف سنجش خوش‌بینی طراحی شد. سپس در سال ۱۹۹۴ توسط شییر و همکاران مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه دارای ۱۰ سؤال است که هر سؤال دارای چهار گزینه می‌باشد. هر سؤال نمره‌ای بین صفر تا چهار می‌گیرد. نتایج تحلیل عاملی از طریق چرخش واریمکس، از طریق ساختار تک عاملی مشخص شده و همسانی درونی آن ۰/۷۸ به‌دست‌آمده است. این آزمون در سال ۱۳۸۳ توسط خدابخشی به فارسی ترجمه‌شده و اعتبار یابی مقدماتی شده است. پایایی به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است (حمزه زاده و همکاران، ۱۳۹۱؛ کیافر و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۹ محاسبه شد.

**۴- پروتکل درمانی اکت:** پروتکل درمانی که مورد استفاده قرار گرفت دارای شش جلسه چهل‌وپنج دقیقه با استفاده از منابع راهنمای درمان گروهی پذیرش و تعهد (دوستی و همکاران، ۱۳۹۷؛ امین زاده، ۱۳۹۸) تهیه شد؛ و برای تعیین روایی، این پروتکل در اختیار پنج‌تن از روانشناسان تربیتی و سلامت قرار گرفت. بعد از تأیید روایی توسط متخصصان، پروتکل به گروه آزمایش آموزش داده شد. خلاصه پروتکل در جدول زیر ارائه داده‌شده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل آموزشی پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا	تکالیف
اول	تعریف مختصر اکت، سنجش اولیه ارزش‌ها، تمثیل فرد افتاده در چاه، ناامیدی سازنده، تمرین پوشش سخت، ذهن آگاهی، عینیت بخشیدن	فکر کردن در مورد ارزش‌های خود و نوشتن آن‌ها روی کاغذ، تمرین ذهن آگاهی در طول هفته
دوم	ذهن آگاهی، تمثیل دروغ‌سنج، نا هم‌آمیزی شناختی، تمثیل مسافران اتوبوس، تمثیل ذهن به عابر وراج، تمثیل بافتار انگاشتن خوشتن	مراقبه خوردن با انواع خوردنی‌ها مانند پاستیل، نخود و تخم‌انگور آن به مسواک زدن و راه رفتن. انجام بافتار انگاشتن خوشتن در طول هفته.
سوم	ذهن آگاهی، تمرین روشن‌سازی ارزش‌ها، تمرین فرونشانی فکر، تمثیل همسایه مزاحم، تمثیل صفحه شطرنج، تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا، راهبردهای نا هم‌آمیزی	تمرین واری بدن حداقل دویار در روز، حداقل یکبار پیاده‌روی آگاهانه در روز به مدت ده تا بیست دقیقه، انجام راهبردهای نا هم‌آمیزی در طول هفته.
چهارم	ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خوشتن، تمثیل ریگ‌های روان، سوال‌هایی در خصوص آمال و آرزوها، تمرین استفاده (و) به‌جای (ولی، اما)، نا هم‌آمیزی	انجام ذهن‌آگاهی و فعالیت‌های آگاهانه مانند تنفیس و واری بدن، استفاده از کلمه (و) به‌جای (اما) و (اگر) در مکالمات طول هفته.
پنجم	ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خوشتن، تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر، قطب‌نمای ارزش‌ها، تعیین هدف، برنامه‌ریزی فعالیت،	انجام فعالیت‌های بیشتری نسبت به هفته قبل به‌صورت آگاهانه، انجام تمرین بافتار انگاشتن خوشتن در طول هفته.
ششم	ذهن آگاهی و تمرین مشاهده‌گر، برگشت به تمثیل‌های مسافران اتوبوس، همسایه مزاحم، و طناب‌کشی با هیولا، خلق الگوهای عمل متعهدانه، تمرین مشاهده‌گر، ذهن آگاهی	توصیه به مراجعان که روز خود را با ذهن آگاهی شروع کنند، با احساسات دوستی کنند و بپذیرند، سطح تمرین‌های خود را بالا برده و اکثر کارهای خود را آگاهانه انجام دهند.

<sup>1</sup>. Snyder & Lopez

<sup>2</sup>. Scheier & Carver

## یافته‌ها

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد که نتایج در ادامه طی جداولی ارائه می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها (هر گروه ۱۵ نفر)

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
خوش‌بینی	۱۰/۶۰	۱/۲۱	۱۵/۶۷	۱/۶۸		
امیدواری	۳۵/۹۳	۲/۱۹	۲۵/۲۷	۳/۵۶		
اضطراب	۵۶/۳۳	۴/۴۲	۴۶/۴۰	۵/۶۸		
خوش‌بینی	۱۱/۱۳	۱/۱۱	۱۱/۵۳	۱/۲۵		
امیدواری	۳۶/۶۷	۱/۵۴	۳۶/۲۰	۲/۶۵		
اضطراب	۵۳/۸۰	۳/۷۸	۵۴/۶۶	۳/۰۱		

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همان‌طور که یافته‌های مندرج در جدول نشان می‌دهند میانگین‌های خوش‌بینی، امیدواری و اضطراب مادران دارای فرزندان با اختلال یادگیری ویژه در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۱/۱۳، ۳۶/۶۷ و ۵۳/۸۰ است و در مرحله پس‌آزمون میانگین متغیرها در گروه کنترل به ترتیب ۱/۵۳، ۳۶/۲۰ و ۵۴/۶۶ هستند؛ اما میانگین نمرات متغیرهای وابسته مادران گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۱۰/۶۰، ۳۵/۹۳ و ۵۶/۳۳ و میانگین نمره‌ها در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱/۲۵، ۲/۱۹ و ۴/۴۲ به دست آمده است. در این پژوهش نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره کنترل و داده‌های مربوط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ابتدا، به منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، آزمون کالموگروف اسمیرنف انجام گرفت که نتایج آن، نرمال بودن توزیع متغیر مورد مطالعه در گروه‌ها را تأیید کرد (نمره  $Z$  پیش‌آزمون خوش‌بینی ۰/۱۵ با  $\text{sig}=0/08$ ؛ پیش‌آزمون امیدواری ۰/۱۵ با  $\text{sig}=0/09$ ؛ پیش‌آزمون اضطراب ۰/۱۳ با  $\text{sig}=0/19$ ؛ پس‌آزمون خوش‌بینی ۰/۱۳ با  $\text{sig}=0/17$ ؛ پس‌آزمون امیدواری ۰/۱۱ با  $\text{sig}=0/2$  و پس‌آزمون اضطراب ۰/۱۴ با  $\text{sig}=0/14$ )، به علاوه، برای آزمون برابری واریانس خطای متغیرهای پس‌آزمون در بین گروه آزمایش و کنترل از آزمون لون استفاده شد که طی آن  $F$  محاسبه شده برای تک‌تک متغیرها معنادار نبود؛ لذا این پیش‌فرض نیز محقق شد؛ همچنین تحلیل واریانس اثرات تعاملی، نشان داد که پیش‌فرض همگنی اثرات تعاملی محقق شده است؛ زیرا مقادیر  $F$  مربوط به اثرات تعاملی در سطح  $P < 0/05$  معنادار نبود. مفروض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نیز در گروه‌ها تأیید شد چراکه  $F$  محاسبه شده (۱/۶۷) در آزمون ام-باکس در سطح  $P > 0/01$  معنادار نبود؛ در نهایت پیش‌فرض هم‌بستگی متعارف بین متغیرهای وابسته نیز محقق شد چراکه نتیجه آزمون کرویت بارتلت حاکی از این بود که هم‌بستگی ترکیبی بین متغیرهای وابسته در حد مناسب و مطلوب است. چراکه  $\chi^2$  دو محاسبه شده (۲۸/۳۹) در سطح  $P < 0/01$  معنادار بود. با توجه به محقق شدن مفروض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA)، تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل با این روش بررسی شد که در ادامه به نتایج آن پرداخته می‌شود.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چند متغیره

منبع تغییر	آزمون	مقدار	F	Df	df خطا	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان
روش	لامیدای ویلکز	۰/۲۲	۲۷/۳۹	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد، F محاسبه شده (۲۷/۳۹) در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنادار است؛ بنابراین فرض کلی پژوهش مبنی بر تفاوت گروه ها در متغیرهای مورد بررسی تأیید می شود؛ یعنی بین دو گروه مادران گروه کنترل و آزمایش حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به ضریب اتای محاسبه شده ( $\eta^2 = ۰/۷۶$ )، می توان استنباط کرد: روش آموزش پذیرش و تعهد، علیرغم تفاوت در گروه ها، ۷۶ درصد از تغییرات ترکیب متغیرهای وابسته را با توان کامل (۱) = توان آزمون) تبیین می کند.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه ها از لحاظ تک تک متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است:

جدول ۴. تحلیل کوواریانس، اثرات آموزش پذیرش و تعهد بر تک تک متغیرهای وابسته با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان
خوش بینی	روش	۱۲۰	۱	۱۲۰	۵۲/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
	خطا	۵۸/۶۶۷	۲۸	۲/۰۹				
	کل	۵۷۸۲	۳۰					
امیدواری	روش	۴۴۸/۵۳۳	۱	۴۴۸/۵۳۳	۳۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	خطا	۳۹۱/۳۳	۲۸	۱۳/۹۸				
	کل	۵۱۹۲۸	۳۰					
اضطراب	روش	۵۱۲/۵۳۳	۱	۵۱۲/۵۳۳	۲۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
	خطا	۵۷۸/۹۳۳	۲۸	۲۰/۶۸				
	کل	۱۰۱۳/۲۱۹	۳۰					

مندرجات جدول ۴ حاکی از اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر هر کدام از متغیرهای وابسته است چراکه F محاسبه شده برای خوش بینی ( $F = ۵۲/۲۷$  و  $\eta^2 = ۰/۶۷$ )، امیدواری ( $F = ۳۲/۰۹$  و  $\eta^2 = ۰/۵۳$ ) و اضطراب ( $F = ۲۴/۷۹$  و  $\eta^2 = ۰/۴۷$ ) در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنادار است؛ بنابراین می توان گفت میزان تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر خوش بینی ۶۷ درصد، امیدواری ۵۳ درصد و اضطراب ۴۷ درصد بوده است.

جدول ۵. مقایسه میانگین اصلاح شده پس آزمون متغیرهای وابسته در گروه ها

پس آزمون	گروه ها	میانگین اصلاح شده	خطای استاندارد	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
خوش بینی	آزمایش	۱۵/۶۷	۰/۳۷	۴*	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۱/۶۷	۰/۳۷			
امیدواری	آزمایش	۴۵/۱۳	۰/۹۶	۷۷/۷۳*	۱/۳۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۷/۴۰	۰/۹۶			
اضطراب	آزمایش	۴۶/۴۰	۱/۱۷	۸۱/۲۷*	۱/۶۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۵۴/۶۷	۱/۱۷			

$P < ۰/۰۵$

با عنایت به مندرجات جدول ۵، میانگین های اصلاح شده و تفاوت میانگین ها در هر سه متغیر وابسته در گروه های آزمایش و کنترل در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنادار است؛ لذا چنین استنباط می شود که روش آموزش پذیرش و تعهد اثر معناداری در افزایش خوش بینی و امیدواری و کاهش میزان اضطراب مادران دارد.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر روی اضطراب، امیدواری و خوش بینی مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری ویژه بود. نتایج تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افزایش امیدواری و خوش بینی این مادران اثربخش است. فرضیه اول در این پژوهش تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر روی اضطراب مادران کودکان با اختلال یادگیری ویژه بود که تأیید شد و با یافته های پژوهشگران دیگر، در مورد تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس و اضطراب مادران دارای فرزند اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی (محمدی مسیری و همکاران، ۲۰۲۰)، کاهش علائم اضطراب و افسردگی در مادران دارای کودکان کم شنوا یا ناشنوا (غراشی و همکاران، ۲۰۱۹) و اضطراب و علائم افسردگی در بزرگسالان (فریا و همکاران، ۲۰۲۲) همسو است.

برای تبیین این فرضیه می توان این گونه بیان کرد که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند اجتناب ناپذیر و پریشان کننده مانند اضطراب و پرورش ذهن آگاهی، به منظور خنثی کردن درگیری مفراط با شناخت ها و مشخص کردن ارزش های شخصی مرتبط با اهداف ارزشمند خود در حرکت است. با تجربیاتش به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کرده و آن ها را بدون قضاوت درباره درستی و نادرستی شان، در هنگام ظهور بپذیرد؛ این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر باوجود موانع اجتناب ناپذیر می شود و شخص را ترغیب می کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، به غیر از توجه و مراقبت از فرزند، تلاش کند (اوستاب<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). به افراد آموخته می شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اضطراب زا، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی، مانند افکار و احساساتی که در مورد فرزند ناتوان خود دارند و همچنین با ایجاد اهداف مثبت تر و تعهد به آن ها، با اضطراب مقابله کنند. درواقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و شرایط فرزند ناتوان و داستانی که در آن فرد نقش قربانی را به خود تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدف اجتماعی تر را می توان جزو عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست. درواقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به آزمودنی ها آموزش داد چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار مزاحم گسیخته شوند، به جای خود مفهوم سازش شده، خود مشاهده گر را تقویت کنند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کرده به آن ها بپردازند. هیز و همکاران (۲۰۰۶)، معتقدند که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آنکه بر کاهش و حذف عوامل آسیب زا تمرکز نماید، به شرکت کنندگان آزمایش کمک می کند تا هیجانات و شناخت های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است رها سازند و به آن ها اجازه می دهد که از کشمکش و منازعه با آن ها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اولاً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روان شناختی و تعهد با افزایش فعالیت های معنا بخش انعطاف پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان شناختی تأکید می کند، ثانیاً هدف

<sup>1</sup>. Ostab

روش‌های درمانی افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست؛ بلکه این روش‌های درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها به‌خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است؛ پس در نتیجه، این رویکرد درمانی، رویکرد مناسبی جهت کاهش اضطراب این مادران است (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ سعید رضایی، ۱۳۹۹).

فرضیه دوم همچنین در این پژوهش تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری مادران بود که تأیید شد و با یافته‌های پژوهشگران دیگر در رابطه با تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مورد تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶)، در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی (هانی اصل هیرانی و فرنام، ۱۳۹۷) و بر امیدواری و درد مزمن در دختران ۲۰ تا ۵۰ ساله دارای معلولیت جسمی حرکتی شهرستان ارسنجان (عقیلی و قرمان ایزدی، ۱۴۰۲) همسو است. در تبیین این فرضیه نیز می‌توان گفت؛ دلیلی که باعث افزایش امیدواری مادران در این پژوهش شد تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌باشد. افراد طی جلسات با این تکنیک‌ها یاد گرفتند تغییرات چشم‌گیری در روش استفاده از توجه‌شان ایجاد کنند و از تفکر فاجعه بار دانستن وضعیت کنونی خود دور شوند. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند شامل توجه تمرکز به خود باشد تا به افراد اجازه دهد بجای اینکه رویدادهای ذهنی را به‌عنوان قسمتی از وجود خود بدانند، آن‌ها را مشاهده کنند. افراد دچار تفکرات فاجعه‌پندارانه، درگیر دیدگاه قضاوتی هستند و سعی نمی‌کنند مشکلاتشان را از زوایای گوناگون موردتوجه قرار دهند؛ بنابراین از دیدگاه سخت‌گیرانه نسبت به خود برخوردارند که در جلسات درمانی با آن مقابله منطقی شد (رضوی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ اما تبیین دیگری که می‌توان در ارتباط با افزایش امیدواری ارائه داد این است که آزمودنی‌ها یاد گرفتند وضعیت کنونی را بررسی کرده و به سمت آینده حرکت کنند که این دو مورد، هم در نظریه‌های امیدواری و هم در اهداف آموزش پذیرش و تعهد مورد تأیید می‌باشد. ACT بر روی دو نکته اساسی نیز تأکید دارد که از یک‌طرف از طریق مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند که منظور از آن افزایش توانایی مراجعین برای ایجاد ارتباط با تجارب کنونی‌شان است (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳؛ رضوی و همکاران، ۱۳۹۸). از طرف دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام همین مفاهیم و تقویت آن‌ها موجب معنادهی به زندگی، بخشیدن امید و افزایش هدف در آینده افراد می‌شود (قدمپور و همکاران، ۱۳۹۵؛ رضوی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ در نتیجه، امیدواری افراد نسبت به قبل، افزایشی را نشان می‌دهد.

فرضیه سوم که تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر خوش‌بینی مادران بود که تأیید شد و با یافته‌های پژوهشگران دیگر در رابطه با تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء تاب‌آوری و خوش‌بینی نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی (حسین ثابت و همکاران، ۱۳۹۵)، و بر رفتارهای خودمراقبتی خوش‌بینی و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان (عطاپور، ۱۴۰۰) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت، در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد یاد داده می‌شود که همه‌ی ما در زندگی رنج داریم، همه‌ی افکار، احساسات، علائم بدنی، میل‌ها و خاطرات ما، رنج پاک هستند ولی اگر به آن‌ها زیاد بها دهیم و پررنگشان کنیم، باعث به وجود آمدن رنج ناپاک می‌شود که برای ما ناخوشایند خواهد بود؛ بنابراین با گسلش و ناهم‌آمیزی شناختی، می‌توان شاد زندگی کرد و خوش‌بین بود. خوش‌بینی، مثبت بودن سطحی نیست بلکه افراد خوش‌بین مشکل‌گشایند و نقشه‌هایی برای

فعالیت‌های خود طراحی نموده و سپس طبق آن عمل می‌کنند (لارنت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ امانی و همکاران، ۱۳۹۷). لذا می‌توان گفت که افراد خوش‌بین در حل مسائل و مشکلات خود در زندگی، موفق‌تر عمل می‌کنند. در طی درمان پذیرش و تعهد، مادران با تصریح ارزش‌ها و اهداف، متوجه شدند بجای پرداختن به چیزهایی که می‌توانند تغییر دهند (عمل در راستای ارزش‌ها)، به چیزهایی پرداخته‌اند که نمی‌توان آن‌ها را تغییر داد (افکار، احساسات و غیره) در فاصله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به مادران آموخته شد که بجای پرداختن به افکار اضطراب‌زا، ناامید کننده و بدبینی، در راستای ارزش‌ها و اهداف مهم خود حرکت کنند و تمرکز و تفکر خود را به چیزهایی که می‌توانند تغییر دهند معطوف کنند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۹).

محدودیت‌هایی که در این پژوهش وجود داشت، با توجه به اینکه، امکان دسترسی کامل به مادران محدود بود؛ بنابراین، از نمونه-گیری در دسترس استفاده شد که در تعمیم نتیجه آن به کل جامعه باید با احتیاط عمل کرد و بهتر است پژوهشگران بعدی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند. محدودیت دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد، عدم امکان بررسی اثرات بلندمدت برنامه درمانی اجراشده در قالب پیگیری می‌باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پیشینه موجود و با توجه به محدودیت‌های اشاره‌شده، پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌درمانگران در صورت پذیرش مراجعینی با مشکلات مشابه، ابتدا این افراد را از نظر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار دهند و در صورت وجود ضعف در این زمینه، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌منظور ارتقاء این مهارت استفاده نمایند. در سطح پژوهشی پیشنهاد می‌شود این مطالعه با رفع محدودیت‌های اشاره‌شده و با اندازه نمونه بیشتر صورت گیرد تا هم دقت نتایج و هم تعمیم‌دهی یافته‌ها افزایش یابد؛ در ضمن پیشنهاد می‌شود این درمان به‌صورت انفرادی روی این نوع مادران با حذف محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرا شود؛ با توجه به اثربخش بودن این درمان روی اضطراب، امیدواری و خوش‌بینی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه، پیشنهاد می‌شود این روش درمان برای والدین کودکان با دیگر نیازهای ویژه نیز مورد استفاده قرار گیرد.

## منابع

- امانی، احمد؛ عیسی‌نژاد، امید؛ علیپور، الهه (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به شیوه‌ی گروهی بر آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه. *مجله روانشناسی و روان* پزشکی شناخت، ۵(۱)، ۴۲-۶۴.
- بلقان‌آبادی، مصطفی؛ حسن‌آبادی، حسن؛ اصغری‌نکاح، سیدحسن (۱۳۹۱). تأثیر زوج درمانی مثبت‌نگر بر امیدواری مادران کودکان با نیازهای ویژه. *یافته‌های نو در روانشناسی*، ۷(۲۱)، ۱۱۳-۱۲۱.
- تردست، کوثر؛ امان‌الهی، عباس؛ رجبی، غلامرضا؛ اصلانی، خالد؛ شیرالی‌نیا، خدیجه (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری مادران. *نشریه پژوهشگاه جهاد دانشگاهی*، ۲۰(۱)، ۹۱-۱۰۷.
- حسین‌ثابت، فریده؛ برجعلی، احمد؛ توصیفیان، نگین (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای تاب‌آوری و خوش‌بینی نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی. پایان نامه ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

<sup>1</sup>. Larnet

- خانی پور، حمید؛ محمدخانی، پروانه؛ طباطبایی، سعید (۱۳۹۰). راهبردهای کنترل فکر و رگه اضطراب: پیش بینی کننده نگرانی بیمارگون در نمونه غیربالینی. *مجله علوم رفتاری*، ۱۷۳-۱۷۸، (۲)، ۵.
- خزیمی، وجیهه؛ صفاریان طوسی، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری بر اضطراب و امید به زندگی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱۸(۱)، ۶-۱.
- دوستی، پیمان؛ قدرتی، گلناز؛ ابراهیمی، محد اسماعیل (۱۳۹۷). راهنمای درمان گروهی (بر اساس پذیرش و تعهد (ACT)). تهران: نشر امین نگار.
- رستمی، مجید؛ کیخسروانی، مولود؛ پولادی ری شهری، علی؛ بحرانی، محمدرضا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر اضطراب و ناامیدی مادران کودکان اختلال طیف اوتیسم. *دوماهنامه طب جنوب*، ۲۳(۱)، ۶۹-۵۶.
- رضایور میرصالح، یاسر؛ اسماعیل بیگی، منیره؛ دلاوری، مهدی (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای حل تعارض والد- فرزند مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری. *نشریه ناتوانی‌های یادگیری*، ۷(۳)، ۷۷-۹۰.
- رضایی، سعید (۱۳۹۹). اثربخشی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان طیف اوتیسم. *فصل‌نامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲۸، ۵۷-۷۸.
- رضوی، سیدبابک؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ اکبری، بهمن؛ نادری نبی، بهرام (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری و مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *فصل‌نامه علمی پژوهشی و درد*، ۱۰(۱)، ۳۶-۴۹.
- زارع زاده، رسول؛ علیوندی وفا، مرضیه؛ طباطبایی، سیدوفا؛ اقدسی، علی نقی (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبدی. *نشریه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۶۲، ۱۰۹-۱۲۲.
- زمستانی، مهدی؛ قلی‌زاده، زلیخا؛ علایی، مریم (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تعهد و پذیرش بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *فصل‌نامه روان‌شناسی افراد/استثنائی*، ۲۹، ۶۱-۸۴.
- سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت‌الله (۱۳۹۸). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی. تهران: نشر ارسباران.
- شعاعی، لیلا (۱۳۹۵). تأثیر آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش درماندگی روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) مادران دیرآموز. اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران.
- شیخ الاسلامی، علی؛ رضائی، شکوفه (۱۳۹۶). تأثیر امید درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌ی آشنایدر بر خودکارآمدی مردان کم توان جسمی - حرکتی. *فصل‌نامه مددکاری اجتماعی*، ۱(۶)، ۵-۱۲.
- صادق پور مرادی، زهره؛ نصیریان، منصوره؛ چابکی نژاد، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر میزان شادی و خوشبینی همسران مردان مبتلا به ام اس شهرستان یزد. اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران.
- عاشوری، محمد؛ فرجی، حوریه؛ صابری‌راد، احمد؛ ضرغامی، الهام (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه شناختی افق زمانی بر واکنش‌های هیجانی، امیدواری و بهزیستی مادران کودکان با اختلال رفتاری. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱۸(۱)، ۷-۱.

- عرب یارمحمدی، فاطمه؛ الهی، طاهره (۱۳۹۶). سرمایه اجتماعی گرایش فرار از خانه دختران دبیرستانی نقش واسطه‌ای خوش‌بینی و امیدواری. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، (۲۷)، ۱۰۱-۱۲۱.
- عطاپور، نرگس (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای خودمراقبتی خوشبینی و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مدیریت و علوم انسانی*، ۲(۳)، ۸۳-۹۲.
- عقیلی، سیدمجتبی؛ قهرمان ایزدی، زهرا (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و درد مزمن در دختران ۲۰ تا ۵۰ ساله دارای معلولیت جسمی-حرکتی شهرستان ارسنجان. *مجله سلامت جامعه*، ۱۷(۱)، ۱-۱۲.
- کریمی، نایافت؛ بهادری، فاطمه؛ خلخالی، حمیدرضا؛ ربیعی‌پور، سهیلا (۱۳۹۶). بررسی میزان اضطراب و استرس درک شده مادران کاندید آمینوستنز. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵(۴)، ۲۹۲-۳۰۰.
- کرمانی، زهره؛ خداپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محمود (۱۳۹۰). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس امیدواری اسنایدر. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۵(۳)، ۷-۲۳.
- کیافر، مریم السادات؛ کارشکی، حسین؛ هاشمی، فرح (۱۳۹۳). نقش باورهای امید و خوش‌بینی در پیش‌بینی انگیزش تحصیلی دانشجویان تحصیلات دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۴۱(۶)، ۵۱۷-۵۲۶.
- کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داود؛ رجبی، ابلفض؛ امیرپر، برزو (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱۰)، ۸۵۸-۸۶۵.
- مرمرچی‌نیا، مژگان؛ ذوقی پایدار، محمدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان تحت پوشش بهزیستی. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۴۲)، ۱۶۷-۱۷۴.
- میرباقر اجریز، ندا؛ آقاجانی، محمد؛ مرصعی، فریبا؛ زابلیان، ژینوس (۱۳۹۵). بررسی ارتباط امید با اضطراب و افسردگی در بیماران هیمو دیالیزی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۱(۱)، ۵۶-۶۲.
- هانی اصل حیرانی، عباس؛ فرنام، علی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش‌آموزان پسر پایه نهم. *مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۳۲، ۲۲۳-۲۴۶.
- هریس، راس (۱۳۹۸). اکت به زبان ساده (الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد). ترجمه: انوشه امین زاده. تهران: نشر ارجمند.
- Bonifacce, P., Sortie, M., Tobias, V., & Saudi, A. (2016). Specific learning disorders: A look inside children's and parents psychological well-being and relationships. *Journal of learning disabilities*, 49(5), 532-45.
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 134-143.
- Feria, M. G., Mariano, L. I., Rezendo, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 309, 297-308.
- Flujas-Contreras, J. M., & Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of contextual behavioral science*, 8, 29-35.

- Gharashi, K., Moshe, N., & Abdi, R. (2019). Effects of acceptance and commitment therapy on decreasing anxiety and depression symptoms in mothers of hearing-impaired or deaf children. *Formerly audiology*, 28(2), 116-123.
- Hastings, R. P. (2003). Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of intellectual disability research*, 47(45), 231-237.
- Marks, N. F. (1998). Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being. *Journal of marriage and the family*, 4(60), 951-966.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M. Y., Jarrah, S., & Shure, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: a cross-cultural study. *International journal of nursing studies*, 45(1), 65-74.
- Mohammadi masiri, F., Tahir, M., Mirada, S., & Motaghedifard, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Stress in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of child mental health*, 7(2), 312-321.
- Ostab, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Beha Res There*, 61(10), 5-21.
- Rajandram, R. K., Ho, M. S., Sampan, N., Chan, N., McGrath, C., & Whalen, A. R. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Research Notes*, 4(514), 1-7.
- Salari, N., Rezaie, I., Khazaie, H., Bokaei, Shadi., ghasemi, H., mohammadi, M., & Khaledi-paveh, B. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in patient with cancer: Asystematic review. *Current Psychology*, 42, 5694-5717.
- Shin, J., Nan, N. V., Crittenden, K. S., Flory, D. T., & Laden sky, J. (2006). Parenting stress of mothers of young children with cognitive delays in Vietnam. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(10), 448-460.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *International Journal for the advancement of psychological theory*, 13, 249-275.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2007). Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. *New York, sage publication Inc.*
- Sohlberg, E. M., Thomas, I. C., Yang, J., Kaplan, K., Vaskevitch, T. J., Scholars, T. A., & Goldstein, M. K. (2020). Life expectancy estimates for patients diagnosed with prostate cancer in the Veterans Health Administration. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 50(10), 448-460.
- Verhoeven, M., Bagels, S. M., & van der Bruges, C. C. (2012). Unique roles of mothering and fathering in child anxiety; moderation by Childs age and gender. *Journal of child family study*, 21, 331-343.

- Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., & Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD Group and individual pilot data using acceptance and commitment therapy. *Journal of contextual behavioral science*, 14, 55-64.