MEJDS. 2022; 12:188.

Published online 2022 Dec. **Original Article**

Evaluating the Effectiveness of Group Therapy Education Based on Acceptance and Commitment on Psychological Flexibility and Alexithymia of Mothers of Children With Special Learning Disabilities

*Karimi R[1], Niafar H[1], Hossein A[2]

Author Address
1. MA in Psychology and Exceptional Children Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. MA Student in Psychology and Exceptional Children Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail**: karimirasool9427@gmail.com

Received: 2020 June 16; **Accepted:** 2020 September 28

Abstract

Background & Objectives: Parents with a child with special learning disabilities (LDs) face many challenges regarding their developmental process. Studies show that mothers in such families experience high levels of stress, anxiety, isolation, and uncertainty that can cause psychological distress. Alexithymia is a factor that increases the psychological distress of parents in these families. Alexithymia is a personal trait associated with an inability to express emotions, moods, or mood swings. One of the critical variables involved in people's mental and emotional health is psychological flexibility, which is defined as the ability to change the cognitive set to adapt to environmental changes. Psychological flexibility enables people to stay in a situation when experiencing anxiety to eliminate it. One of the treatments that can be used for mothers with children with LDs is acceptance and commitment therapy. This study aims to investigate the effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility and alexithymia of mothers with children suffering from special LD.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The study's statistical population includes mothers of all children with special LDs living in Tehran City, Iran in 2019. Thirty eligible volunteer mothers were selected by convenience sampling from individuals who had been referred to LDs centers. They were randomly assigned to two experimental and control groups. Acceptance and commitment therapy was performed in 10 sessions of 45 minutes, one session a week in group form for the experimental group. The study data were collected via Cognitive Flexibility Inventory (Dennis and Vander Wal, 2010) and Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994). The research data analyses was done at two levels of descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (the covariance analysis and the t test of two independent groups) at a significance level of 0.05 in SPSS version 25.

Results: These results show the effectiveness of group training based on the acceptance and commitment therapy to increasing psychological flexibility ($p<0.001$) and reducing alexithymia ($p<0.001$) in mothers with children with special LDs. The effect size of commitment and acceptance therapy on the changes in variables of psychological flexibility and alexithymia in the experimental group was equal to 0.47 and 0.53, respectively.

Conclusion: Based on the findings of the research, group therapy education based on acceptance and commitment is effective in improving psychological flexibility and reducing alexithymia in mothers of children with LDs.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Psychological flexibility, Alexithymia, Special learning disabilities.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۸۸.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری خاص

*رسول کریمی[۱]، حانیه نیافر[۱]، عطیه حسین[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۲. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** karimirasool9427@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۷ خرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۷ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: والدین با کودکان دچار ناتوانی یادگیری خاص در فرایند رشد و تربیت فرزند خود با چالش‌های بسیاری مواجه هستند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری خاص انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری خاص شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد سی مادر داوطلب واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز اختلال یادگیری، به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌روش تصادفی ساده در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در ده جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته به‌شکل گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تی مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج بیانگر تأثیر آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) و کاهش نارسایی هیجانی ($p<۰/۰۰۱$) مادران کودکان با ناتوانی یادگیری خاص بود. اندازهٔ اثر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تغییرات متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و نارسایی هیجانی در گروه آزمایش، به‌ترتیب برابر با ۰/۴۷ و ۰/۵۳ بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش نارسایی هیجانی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نارسایی هیجانی، ناتوانی یادگیری خاص.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

۱ مقدمه

امروزه ارزیابی، فهم و آموزش کودکان با اختلال‌های یادگیری در جوامع مختلف بسیار مدنظر قرار گرفته است (۱). اختلال یادگیری[1] را می‌توان اختلالی پنهان دانست؛ اما به‌سبب ناهماهنگی در عملکرد تحصیلی، در محیط مدرسه آشکار می‌شود (۲). این اختلال توانایی‌های فرد را برای فهم و استفاده از زبان گفتاری و نوشتاری، انجام محاسبات ریاضی، هماهنگی حرکات و توجه، تحت‌تأثیر منفی قرار می‌دهد (۳). به‌صورت کلی، اختلال یادگیری ماهیتی ناهمگن دارد و با نقص در پیشرفت مهارت‌های تحصیلی همراه است (۴). اختلال یادگیری تأثیراتی منفی بر کارکرد خانواده می‌گذارد. مطالعات نشان می‌دهد، در خانواده‌های با کودک دارای اختلال یادگیری، سطوح زیاد استرس، اضطراب، انزوا و بلاتکلیفی در مادران مشاهده می‌شود و می‌تواند باعث پریشانی روان‌شناختی در آن‌ها شود (۵). از عوامل مؤثر در افزایش پریشانی روان‌شناختی والدین با کودک اختلال یادگیری، نارسایی هیجانی[2] است (۶).

نارسایی هیجانی، مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک شناختی بیرونی و وابسته به محرک را به‌دنبال دارد. به عبارت دیگر این مشکل با تفکر همراه با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تشخیص احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود (۷). همچنین نارسایی هیجانی با ناتوانی در ابراز هیجانات و عواطف یا ناگویی خُلقی همراه است. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دادن به هیجان‌ها با مشکلاتی روبه‌رو هستند (۸).

نتایج پژوهش گارنفسکی و همکاران نشان داد، رابطهٔ روشنی بین تجربهٔ حوادث منفی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مشکلات هیجانی وجود دارد (۹). همچنین نتایج تحقیقات تادره‌را و هال مشخص کرد، والدین کودکان با اختلال یادگیری با این تصور که ممکن است بروز اختلال مذکور به‌علت مسائل ژنتیکی، ناتوانی در مراقبت در دوران بارداری، استفاده از داروها و سوءمصرف مواد، صورت گرفته باشد، خود را به‌طور مستقیم مسئول ناتوانی‌های فرزند خود می‌دانند و در این رابطه احساس گناه می‌کنند (۱۰). کوهسالی و همکاران به این نتیجه رسیدند که مادران کودکان دارای اختلال‌های روانی و یادگیری، درمقایسه با پدران آن‌ها، بیشتر با مشکلات رفتاری فرزندانشان درگیر هستند و استرس و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند. این مادران به حمایت بیشتری نیاز دارند و ممکن است توسط کودکانشان درهم شکسته شوند. آن‌ها دربارهٔ توانایی‌هایشان در دستیابی به اهداف، ناامید می‌شوند و احساسات منفی را تجربه می‌کنند که این امر می‌تواند بر عواطف آن‌ها تأثیرگذار باشد (۱۱). همچنین لیتل دریافت، مادران کودکان با ناتوانی یادگیری درمقایسه با پدران آن‌ها، سطوح بیشتری از تنیدگی مرتبط با مشکلات خانوادگی و بدبینی دربارهٔ آیندهٔ کودکانشان را تجربه می‌کنند، مصرف داروهای ضدافسردگی در این افراد بیشتر است و به‌میزان بیشتری در جست‌وجوی درمان هستند (۱۲).

از سوی دیگر، یکی از متغیرهای مهم دخیل در سلامت روانی و هیجانی افراد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[3] است که شامل توانایی تغییر مجموعهٔ شناختی برای سازگاری با تغییرات محیطی می‌شود (۱۳). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (۱۴) که درنهایت منجربه حل سازگارانه‌تر گسترهٔ وسیعی از آسیب‌های روانی (نارسایی‌های هیجانی)، سلامت عمومی و کیفیت زندگی خواهد شد (۱۵). همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را این‌گونه تعریف کرده‌اند: توانایی تماس کامل با لحظهٔ کنونی و واکنش‌های روان‌شناختی که باعث می‌شود فرد هشیار شود و رفتارهایش را تغییر دهد یا اینکه درجهت ارزش‌های انتخاب‌شدهٔ خویش تثبیت کند (۱۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد این امکان را می‌دهد که در هنگام تجربهٔ اضطراب در موقعیت بماند و آن را از بین ببرد (۱۷).

در پژوهش هاگلوند و همکاران مشخص شد، مادران دارای تفکر انعطاف‌پذیر، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند و به‌شکل مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌نمایند، موقعیت‌های چالش‌برانگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و درمقایسه با افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (۱۸). هیمن در پژوهش خود به این نتیجه رسید که والدین کودکان با ناتوانی یادگیری، نیازمند الگوهای سازگاری و حمایتی هستند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و زندگی اجتماعی آن‌ها نیز سطوح زیادی از سرخوردگی و نارضایتی را به‌همراه دارد که مستلزم تلاش زیادی برای حفظ زندگی قبلی و عادی‌شان است (۱۹). بنابر آنچه گفته شد و باتوجه به مشکلات متعددی که مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص در زمینهٔ تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی با آن روبه‌رو هستند، نیاز به مداخلهٔ مناسب روان‌شناختی است.

مداخله‌های بسیاری ازجمله مداخله‌های شناختی‌رفتاری (۲۰) و درمان‌های مبتنی‌بر معنادرمانی (۲۱) و درمان مبتنی‌بر امیددرمانی (۲۲) برای مادران کودکان با این اختلالات استفاده شده است. از درمان‌های دیگری که می‌توان برای این مادران به‌کار برد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[4] است. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های جدید در حوزهٔ مشکلات روان‌شناختی است که فرایندهای درمانی اصلی آن با درمان شناختی‌رفتاری کلاسیک تفاوت دارد. این روش بخشی از موج سوم درمان‌های رفتاری به‌شمار می‌رود و در ادامهٔ درمان‌هایی مانند درمان شناختی‌رفتاری به‌وجود آمده است. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تغییر کارکرد افکار و احساسات را به‌جای تغییر محتوای افکار هدف قرار می‌دهد (۲۳). درواقع افرادی که رویکرد درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت می‌کنند، به‌دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی آن‌ها، کمتر تحت‌تأثیر منفی شرایط استرس‌آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در تنظیم و مدیریت هیجانات خود پیدا می‌کنند (۲۴). فرایند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان که لازم باشد رفتار خود را تغییر دهند یا بر آن پافشاری کنند (۲۵).

---

1. Learning Disorder
2. Alexithymia
3. Psychological flexibility
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

اگرچه پژوهشی به‌طور ویژه اثر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری خاص بررسی نکرده است، تا به امروز تعداد زیادی از تحقیقات بالینی، اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را تأیید کرده‌اند؛ برای نمونه نتایج یک متاآنالیز[1] که از بررسی نتایج پانزده پژوهش به‌دست آمد، اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را در میان جمعیت بالینی ۰/۶۸ عنوان کرد (۲۶). همچنین از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های متعددی درخصوص مشکلات هیجانی و روان‌شناختی مادران دارای فرزندان با آسیب‌های دورهٔ کودکی استفاده شده است. در پژوهش اردشیری لردجانی و همکاران مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان درمانی کارآمد، برای بهبود عملکرد خانوادگی و روابط والدـ فرزندی والدین دارای کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری استفاده شود (۲۷). نتایج پژوهش دهقانی نشان داد، آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد قابلیت کاربردی دارد و می‌تواند به‌منزلهٔ مداخله‌ای روان‌شناختی در کنار سایر مداخلات در افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری به‌کار رود (۲۸). یافته‌های پژوهش رضاپور میرصالح و همکاران حاکی‌از آن بود که مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهبود راهبردهای حل تعارض والدـ فرزند مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری تأثیر مثبت و معناداری دارد (۲۹). نتایج تحقیق اردشیری لردجانی و شریفی مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به بهبود خودپنداشت و تنظیم هیجانی مثبت کودکان دارای ناتوانی یادگیری و کاهش تنظیم هیجانی منفی آن‌ها منجر می‌شود (۳۰). پژوهش اونگ و همکاران تأثیر مثبت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر اختلالات رفتاری (اضطراب، افسردگی، کمال‌گرایی) نشان داد (۳۱). در مطالعهٔ ویتینگهام و همکاران، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بر اعتمادبه‌نفس، سازگاری والدین و نیز کیفیت عملکرد کودک تأثیر مثبت داشت (۳۲). نتایج پژوهش مظلومی و ابراهیمی‌نژاد حاکی‌از اثرات مثبت درمان گروهی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، بر خوش‌بینی مادران دارای کودکان با مشکل اختلال یادگیری بود (۳۳). نتایج پژوهش وایت و همکاران تأثیر معنادار درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش را بر نارسایی‌های هیجانی بیماران روانی نشان داد (۳۴).

امروزه بر بهبود موقعیت زندگی مادران کودکان با ناتوانی و سلامت روان آن‌ها توجه بیشتری شده است. نارسایی هیجانی باعث ناتوانی در ابراز هیجانات و عواطف در افراد می‌شود و فقدان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز پاسخ‌ندادن مناسب در زمان مواجهه با موقعیت‌های مختلف را در پی دارد؛ به همین منظور و باتوجه به شیوع اختلال یادگیری و اثرات منفی و نامطلوب آن بر خانواده و به‌خصوص مادران و با درنظرگرفتن نتایج پژوهش‌های مذکور، می‌توان فرض کرد که استفاده از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران و کاهش نارسایی هیجانی آن‌ها می‌شود. همچنین باتوجه به فقدان پژوهش‌های کافی در این زمینه، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی استفاده از درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری خاص انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این تحقیق به‌لحاظ هدف، از مطالعات کاربردی و از لحاظ نحوهٔ گردآوری داده‌ها جزو تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعهٔ آماری این تحقیق را تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شهر تهران تشکیل دادند. باتوجه به تعداد مادران دردسترس و نیز باتوجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی و علی‌مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل پانزده نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۳۵)، تعداد افراد نمونهٔ این پژوهش را سی نفر از مادران داوطلب واجد شرایط با کودکان دچار اختلال یادگیری دارای پروندهٔ شهر تهران تشکیل دادند که تشخیص اختلال یادگیری کودکانشان توسط متخصصان مراکز اختلال یادگیری محرز شده بود. این مادران به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی ساده پانزده نفر، در گروه آزمایش و پانزده نفر، در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به تحقیق شامل رضایت آگاهانه و توانایی خواندن و نوشتن بود. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، شرکت در یک برنامهٔ درمانی هم‌زمان و غیبت بیش از یک جلسه و تمایل‌نداشتن شرکت‌کنندگان به ادامهٔ همکاری در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل رضایت آگاهانهٔ مادران برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه‌ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب‌رسیدن به آن‌ها بود و تمام مادران فرم رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. علاوه‌براین تمام مفاد «راهنمای پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر طبق راهنمای اخلاقی کارآزمایی‌های بالینی در جمهوری اسلامی ایران» و نیز تمام مفاد قیدشده در «راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم‌پزشکی دارای آزمودنی انسانی در جمهوری اسلامی» مورد توجه و اجرا قرار داده شد. گروه‌های بررسی‌شده تا جایی که ممکن بود از لحاظ سن، وضعیت تأهل، طبقهٔ اجتماعی و نوع سکونت، همتاسازی شدند. در ابتدای کار با بهره‌گیری از ابزارهای تحقیق از نمونه‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. سپس با هماهنگی‌های انجام‌شده با والدین، زمان‌بندی‌های شرکت در جلسات معین شد. در ادامه گروه آزمایش مداخلهٔ درمانی براساس رویکرد درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را به‌مدت ده جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته به‌شکل گروهی دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای ارائه نشد. در پایان این دوره از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و مقایسهٔ نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر صورت گرفت. به‌منظور رعایت اصل اخلاق، مادران گروه گواه نیز پس از اتمام پژوهش به‌مدت ده جلسه درمان را دریافت کردند. ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی[2] : این مقیاس توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ساخته شد (۱۳). این پرسش‌نامه، ابزار خودگزارشی کوتاه بیست‌سؤالی است که برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی به‌کار می‌رود. شیوهٔ نمره‌گذاری آن براساس

[1]. Meta-analysis

[2]. Cognitive Flexibility Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت است که نمرهٔ یک، به گزینهٔ کاملاً موافقم و نمرهٔ هفت، به گزینهٔ کاملاً مخالفم اختصاص می‌یابد. این پرسش‌نامه دارای سه خرده‌مقیاس ادراک و کنترل‌پذیری (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷) و ادراک گزینه‌های مختلف (سؤال‌های ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و توجیه رفتار (سؤال‌های ۱۰، ۱۸) است که سه جنبهٔ انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجند. بازهٔ نمرات بین ۲۰تا۱۴۰ و نقطهٔ برش نمرهٔ ۸۰ است. نمرهٔ بیشتر از ۸۰ بیانگر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زیاد و نمرهٔ کمتر از ۸۰ بیانگر انعطاف‌پذیری کم است (۱۳). روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[1] برابر با ۰/۳۹ و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین[2] ۰/۷۵ بود. دنیس و وندروال پایایی به‌روش آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه و خرده‌مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به‌دست آوردند (۱۳). در ایران ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۰ و برای سه زیرمقیاس مذکور به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ بود و روایی همگرای آن با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک و پرسش‌نامهٔ تاب‌آوری[3] به‌ترتیب ۰/۵ و ۰/۶۷ گزارش شد (۳۶).

ـ مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو[4]: بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴این مقیاس را معرفی کردند (۳۷). پرسش‌نامه‌ای بیست‌سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۱ (کاملاً مخالف) تا نمرهٔ ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. عامل ۱ (مشکل در تشخیص احساسات) شامل گویه‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴، عامل ۲ (مشکل در توصیف احساسات) شامل گویه‌های ۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷ و عامل ۳ (تفکر عینی) شامل آیتم‌های ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰ است. سؤال‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹ معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ کمتر از ۵۱، نارسایی هیجانی ندارد، بین ۵۲تا۶۰ ممکن است نارسایی هیجانی کمی داشته باشد و ۶۱ و بیشتر از ۶۱ از نظر نارسایی هیجانی مشکل دارد. حداقل امتیازی که فرد می‌گیرد، ۲۰ و حداکثر امتیاز ۱۰۰ است. یک نمرهٔ کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای نارسایی هیجانی کلی محاسبه می‌شود (۳۷). در ایران ضریب پایایی این مقیاس ازطریق آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد و روایی آن ۰/۷۹ بود (۳۸).

ـ پروتکل درمانی: بستهٔ درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش توسط وستراپ و رایت در قالب ده جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای ساخته شد. در این جلسات مباحثی مانند راهبردهایی برای انعطاف‌پذیری و بهبود روش‌های کنارآمدن به‌صورت گروهی آموزش داده می‌شود (۳۹). در جدول ۱ محتوای آموزشی جلسات آمده است.

جدول ۱. جلسات آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای آموزشی
اول	برقرارکردن رابطهٔ درمانی، آشناکردن افراد با موضوع مطالعه، پاسخ‌دادن به پرسش‌نامه و بستن قرارداد درمانی
دوم	بررسی و کشف روش‌های درمانی و ارزیابی مقدار تأثیر آن‌ها، گفت‌وگو دربارهٔ موقتی و کم‌اثربودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائهٔ تکالیف
سوم	کمک به مُراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و فهمیدن بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با کمک‌گرفتن از دریافت بازخورد، تمثیل و ارائهٔ تکلیف
چهارم	توضیح‌دادن دربارهٔ دوری‌کردن از تجارب دردناک و اطلاع از پیامدهای آن، آموزش قدم‌های پذیرش، تغییر مفاهیم با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، ارائهٔ تکلیف و گرفتن بازخورد
پنجم	توضیح مدل رفتاری سه‌بُعدی با هدف بیان ارتباط مشترک رفتار و احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتارهای مشهود و بحث دربارهٔ تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، ارائهٔ تکلیف و گرفتن بازخورد
ششم	اشاره به مفاهیم نقش و زمینه، مشاهدهٔ خویش به‌عنوان یک بستر و برقراری ارتباط با خود با بهره‌گیری از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی شامل محتوای ذهنی، ارائهٔ تکلیف و گرفتن بازخورد
هفتم	اشاره به مفهوم ارزش‌ها، به‌وجودآوردن انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مُراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، ارائهٔ تکلیف و گرفتن بازخورد
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناختن طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به‌منظور عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات
نهم	بررسی تمرینات و تکالیف مربوط به جلسهٔ گذشته و ادامهٔ آموزش مهارت‌ها
دهم	بررسی تکالیف جلسهٔ گذشته، مرور و بررسی جلسه‌های گذشته و خلاصهٔ آموخته‌های جلسه‌های قبلی، بررسی پیشرفت‌ها و مقدار دستیابی به اهداف درمانی، بررسی چشم‌انداز مُراجعان به آینده و پایان درمان

تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تی مستقل صورت گرفت. برای بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، آزمون ام‌باکس برای همسانی ماتریس کوواریانس‌ها و آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها استفاده شد. آزمون‌های آماری در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ انجام شد.

[1]. Beck Depression Inventory
[2]. Martin & Rubin's Cognitive Flexibility Scale
[3]. Resilience Questionnaire
[4]. Toronto Alexithymia Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر سی مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال یادگیری حضور داشتند. در جدول ۲، میانگین سنی شرکت‌کنندگان پژوهش به‌تفکیک گزارش شده است. به‌منظور بررسی معناداری تفاوت دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد که تفاوت معناداری در میانگین سنی دو گروه وجود نداشت (p=۰/۴۲۰).

جدول ۲. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسهٔ میانگین سن دو گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
آزمایش	۳۶/۱۰۲	۲/۴۵۳	۰/۴۲۰
گواه	۳۶/۶۰۰	۲/۷۵۰	

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی در گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	مرحله	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نارسایی هیجانی	پیش‌آزمون	۶۸/۶۰	۳/۲۰	۶۹/۶۶	۲/۴۵
	پس‌آزمون	۵۸/۸۰	۴/۶۸	۶۹/۵۳	۳/۶۶
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۶۸/۶۶	۳/۰۲	۷۴/۷۳	۳/۶۲
	پس‌آزمون	۷۴/۷۰	۳/۱۳	۷۵/۳۳	۳/۲۵

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی به‌تفکیک برای مادران کودکان با اختلال یادگیری خاص گروه آزمایش و گروه گواه در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) ارائه شده است. باتوجه به داده‌های به‌دست‌آمده، در گروه گواه میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چشمگیری را نشان نداد؛ ولی در گروه آزمایش، کاهش بیشتر نمرات متغیر نارسانی هیجانی در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون و افزایش بیشتر نمرات متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون مشاهده شد.

به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی، آزمون تحلیل کوواریانس به‌کار رفت. قبل از انجام این آزمون، به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آن، از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای بررسی توزیع نرمال متغیرهای نارسایی هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، آزمون ام‌باکس برای بررسی همسانی ماتریس کوواریانس‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای متغیرهای نارسایی هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای متغیرهای نارسایی هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده شد که نتایج تمام پیش‌فرض‌ها برقرار بود (p>۰/۰۵).

نتایج آزمون لامبدای ویلکز معنادار بود (λ=۰/۴۴، f=۰/۰۰۱). این نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود داشت. برای پی‌بردن به اینکه در کدام متغیر بین دو گروه تفاوت موجود بود، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول ۴ و ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دو گروه

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۲۹۴/۵۰	۱	۲۹۴/۵۰	۵/۲۰	۰/۰۰۶	۰/۱۰
	گروه	۵۴۴/۸۵	۱	۵۴۴/۵۷	۲۴/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
	خطا	۲۶۶/۸۰	۲۷	۹/۸۸			
	کل	۲۵۴۲۵/۰۰	۳۰				

همان‌طورکه در جدول ۴ نشان داده شده است، با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ به عبارت دیگر، درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش باتوجه به میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه آزمایش، اندازهٔ اثر برابر با ۰/۴۷ داشت؛ یعنی ۴۷ درصد تفاوت ایجادشده در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مربوط به تأثیر درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بود.

باتوجه به آنچه در جدول ۵ آورده شده است، بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ نارسایی هیجانی تفاوت معناداری وجود داشت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

(p<۰/۰۰۱)؛ به عبارت دیگر، درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش باتوجه به میانگین نارسایی هیجانی گروه آزمایش، اندازهٔ اثر برابر با ۰/۵۳ داشت؛ یعنی ۵۳درصد تفاوت ایجادشده در متغیر نارسایی هیجانی مربوط به تأثیر درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر نارسایی هیجانی دو گروه

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
نارسایی هیجانی	پیش‌آزمون	۴۳۶/۵۰	۱	۴۳۶/۵۰	۱۰/۲۰	۰/۰۰۴	۰/۱۵
	گروه	۶۵۴/۸۵	۱	۶۵۴/۸۵	۳۸/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۳
	خطا	۳۴۵/۲۰	۲۷	۱۲/۷۸			
	کل	۶۵۷۴/۰۰	۳۰				

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری خاص انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تأثیر معناداری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند با ناتوانی یادگیری خاص درمقایسه با گروه گواه داشت. به عبارت دیگر نتایج مشخص کرد، درمان مذکور باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش نارسایی هیجانی مادران این کودکان شد.

نخستین یافتهٔ پژوهش حاضر، حاکی‌از آن بود که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیر نارسایی هیجانی درمقایسه با نتایج پس‌آزمون گروه گواه، تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج این مطالعه با تحقیقات زیر همسوست: اردشیری لردجانی و شریفی نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان درمانی کارآمد، برای بهبود عملکرد خانوادگی و روابط والدـ فرزندی والدین دارای کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری عمل کند (۳۰)؛ دهقانی به بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری پرداخت (۲۸)؛ نتایج پژوهش رضاپور میرصالح و همکاران بیانگر تأثیر مثبت مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود راهبردهای حل تعارض والدـ فرزند مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری بود (۲۹)؛ نتایج پژوهش وایت و همکاران تأثیر معنادار درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر نارسایی‌های هیجانی بیماران روانی نشان داد (۳۴).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، همان‌طورکه در قسمت مقدمه ذکر شد، وجود فرزند با مشکلات روانی و ناتوانی برای مادران استرس‌آور است و بهزیستی هیجانی آن‌ها را با تهدید مواجه می‌کند؛ درنتیجه این مادران مشکلات هیجانی مانند افسردگی و اضطراب را گزارش می‌کنند (۱۱)؛ درحالی‌که برخورداری از مهارت‌های تنظیم هیجان در مادران با فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری، به آن‌ها کمک می‌کند با مدیریت، تعدیل و تنظیم هیجانات، بتوانند از شدت هیجانات ناخوشایند و دردآور بکاهند و هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند. یکی از راهبردهای افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است که به‌دلیل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظهٔ حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان‌جویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که هنگام بروز هیجانات ناخوشایند، بر هیجانات خود آگاه باشند و آن را تنظیم کنند. همچنین تنظیم هیجان به‌عنوان روشی در تعدیل هیجانات، باعث مقابلهٔ مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زایی مانند شکایت‌های مداوم کارکنان مدرسه از مشکلات یادگیری دانش‌آموز می‌شود. درواقع افرادی‌که در دورهٔ درمانی پذیرش و تعهد شرکت می‌کنند، به‌دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی آن‌ها، کمتر تحت‌تأثیر منفی شرایط استرس‌آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در تنظیم و مدیریت هیجانات خود پیدا می‌کنند (۲۴).

یافتهٔ دیگر پژوهش، تأثیر مثبت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان با اختلال یادگیری خاص نشان داد که با یافته‌های مطالعات اونگ و همکاران (۳۱)، ویتنگهام و همکاران (۳۲)، مظلومی و ابراهیمی‌نژاد (۳۳) و رضاپور میرصالح و همکاران (۲۹) همخوانی دارد؛ برای مثال، مظلومی و ابراهیمی‌نژاد دریافتند، رویکرد درمان گروهی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر خوش‌بینی مادران دارای کودکان با مشکل اختلال یادگیری در مقطع راهنمایی تأثیر مثبت دارد (۳۳). همچنین رضاپور میرصالح و همکاران تأثیر مثبت مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش را بر راهکارهای حل تعارض والدین و فرزند برای مادران دانش‌آموزان دارای ناتوانی نشان دادند (۲۹).

در تبیین این قسمت از یافته‌های پژوهش باید گفت، هدف رویکرد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد رسیدن به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. به همین منظور در این روش درمان از فرایندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری خاص استفاده می‌شود. در فرایند این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان اساس سلامت روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. فرایند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان که لازم باشد رفتار خود را تغییر دهند یا بر آن پافشاری کنند. درواقع این درمان به‌دنبال متعادل‌کردن شیوه‌های مواجههٔ متناسب با موقعیت است (۲۵).

درمجموع، تمام اصول و فرایندهای موجود در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افکار اضطراب‌زا، جلوگیری از قرارگرفتن در موقعیت‌های تنش‌زا و نیز افزایش تعهد و عمل به اهداف انتخابی این مادران شد؛ عواملی که درنهایت کمک می‌کنند انعطاف‌پذیری شناختی،

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

نارسایی‌های هیجانی و نگرانی آن‌ها دربارهٔ آیندهٔ کودکانشان را تحت‌تأثیر قرار دهند و درنتیجه از شدت انعطاف‌ناپذیری شناختی و نارسایی‌های هیجانی ناشی‌از این سازه‌های شناختی کاسته شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ مانند اینکه صرفاً روی نمونه‌های زن انجام شد و در تعمیم نتایج آن برای مردان باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به اجرانشدن دورهٔ پیگیری برای بررسی تداوم نتایج درمان و بررسی‌نشدن تغییرات بالینی به‌دنبال مداخله اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هر دو والد بررسی و نتایج مقایسه شود. همچنین توصیه می‌شود، برای ارزیابی تأثیر طولانی‌تر زمان بر ماندگاری درمان، پژوهشی با مدت‌زمان طولانی‌تر پیگیری اجرا شود. ازآنجاکه پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری اثر دارد، توصیه می‌شود متخصصان و پژوهشگران حوزهٔ اختلال یادگیری از این روش به‌عنوان درمانی مؤثر استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبت بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش نارسایی هیجانی در مادران با کودکان دچار اختلال یادگیری دارد. باتوجه به اینکه مادران دارای کودکان دچار اختلال یادگیری دربرابر مشکلات خویش با چالش‌های بسیاری مواجه می‌شوند، پیشنهاد می‌شود درمانگران از رویکرد درمانی مذکور برای کاهش مشکلات هیجانی و نیز افزایش انعطاف‌پذیری شناختی این مادران استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از همهٔ مادران و خانواده‌های شرکت‌کننده در این پژوهش و نیز از عوامل محترم مراکز یادشده که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر شامل رضایت آگاهانهٔ مادران برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه‌ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب‌رسیدن به آن‌ها بود و تمامی مادران فرم رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش را تکمیل کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

باتوجه به اینکه داده‌ها و مواد جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر به‌صورت محرمانه بوده و شامل اطلاعات شخصی می‌شود، اطلاعات به‌دست‌آمده نزد پژوهشگران این تحقیق محفوظ است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش به‌صورت مستقل و بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است و حاصل پایان‌نامه یا طرح پژوهشی مصوب نیست. همهٔ منابع تأمین اعتبار برای این پژوهش، به‌طور مستقل و توسط نویسندگان تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

سهم شخصی نویسندگان در تدوین نسخهٔ پیش‌نویس پژوهش به این صورت بود: نویسندگان اول و دوم، در ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی و جمع‌آوری داده‌ها مشارکت داشتند. نویسندهٔ سوم، مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تفسیر داده‌ها را بر عهده داشت. همهٔ نویسندگان، نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Cornoldi C, Capodieci A, Colomer Diago C, Miranda A, Shepherd KG. Attitudes of primary school teachers in three western countries toward learning disabilities. J Learn Disabil. 2018;51(1):43–54. https://doi.org/10.1177/0022219416678408
2. Cortiella C, Horowitz SH. The state of learning disabilities: facts, trends and emerging issues. New York: National center for learning Disabilities; 2014, pp: 2–45.
3. Afeli SA. Academic accommodation strategies for pharmacy students with learning disabilities: what else can be done? Curr Pharm Teach Learn. 2019;11(8):751–6. https://doi.org/10.1016/j.cptl.2019.04.001
4. Casey JE. A model to guide the conceptualization, assessment, and diagnosis of nonverbal learning disorder. Can J Sch Psychol. 2012;27(1):35–57. https://doi.org/10.1177/0829573512436966
5. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S. Barrasi tasire Amoozesh modiriyat kholghe manfi bar salamat ravan va afsordegi madaran daraye farzand mobtala be utism [Effect of negative mood management training on mental health and depression of mothers with autism children]. Jentashapir Journal of Health Research. 2013;4(2):91–9. [Persian]
6. Abbasi M, Khazan K, Pirani Z, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive-emotional functions of veterans. Iran J War Public Health. 2016;8(4):203–8. [Persian] http://ijwph.ir/article-1-594-en.html
7. Sifneos PE. Alexithymia, clinical issues, politics, and crime. Psychother Psychosom. 2000;69(3):113–6.
8. Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. Plos One. 2009;4(6):e5751. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005751

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

9. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif. 2001;30(8):1311–27. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6
10. Taderera C, Hall H. Challenges faced by parents of children with learning disabilities in Opuwo, Namibia. Afr J Disabil. 2017;6:283. https://doi.org/10.4102/ajod.v6i0.283
11. Kouhsali M, Mirzamani S M, Mohammadkhani P, Karimlou M. Comparison of social adjustment between mothers of educable mentally retarded girls and mothers of normal girls in Kashan. Rehabilitation in Psychotic Disorders & Diseases. 2007;8:40–7 [Persian] http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-128-en.html
12. Little L. Differences in stress and coping for mothers and fathers of children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders. Pediatr Nurs. 2002;28(6):565–70.
13. Dennis JP, Vander Wal JS. The Cognitive Flexibility Inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. Cogn Ther Res. 2010;34(3):241–53. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4
14. Puolakanaho A, Tolvanen A, Kinnunen SM, Lappalainen R. A psychological flexibility -based intervention for burnout: a randomized controlled trial. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020;15:52–67. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.007
15. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KMG. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. Psychol Med. 2012;42(3):485–95. https://doi.org/10.1017/S0033291711001206
16. Yasinski C, Hayes AM, Ready CB, Abel A, Görg N, Kuyken W. Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. Psychother Res. 2020;30(8):983–97. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1699972
17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. Second edition. New York: The Guilford Press; 2012, pp: 60–80.
18. Haglund MEM, Nestadt PS, Cooper NS, Southwick SM, Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. Dev Psychopathol. 2007;19(3):889–920. https://doi.org/10.1017/s0954579407000430
19. Heiman T. Parents of children with disabilities: resilience, coping, and future expectations. J Dev Phys Disabil. 2002;14(2):159–71. https://doi.org/10.1023/A:1015219514621
20. Anclair M, Hiltunen AJ. Cognitive behavioral therapy for stress-related problems: two single-case studies of parents of children with disabilities. Clinical Case Studies. 2014;13(6):472–86. https://doi.org/10.1177/1534650114522090
21. Falahzade H, Nouri S, Pourebrah T, Nazarboland N. The effectiveness of group logo therapy on the meaning of life and family functioning for mothers with an autism spectrum disorders child. Journal of Family Research. 2018;14(1):135–50. [Persian]
22. Salimi A, Abbasi A, Zahrakar K, Tameh B, Davarniya R. The effect of group-based hope therapy on resiliency of mothers of children with autism spectrum disorder. Armaghane Danesh. 2017;22(3):350–63. [Persian] http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1763-en.html
23. Stockton D, Kellett S, Berrios R, Sirois F, Wilkinson N, Miles G. Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): a systematic review of contemporary mediation studies. Behav Cogn Psychother. 2019;47(3):332–62. https://doi.org/10.1017/S1352465818000553
24. Zaki J, Williams WC. Interpersonal emotion regulation. Emotion. 2013;13(5):803–10. https://doi.org/10.1037/a0033839
25. Gloster AT, Klotsche J, Aggeler T, Geisser N, Juillerat G, Schmidlin N, et al. Psychoneuroendocrine evaluation of an acceptance and commitment-based stress management training. Psychother Res. 2019;29(4):503–13. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1380862
26. Öst L-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther. 2008;46(3):296–321. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005
27. Ardeshiri Lordejani F, Faramarzi S, Sharifi T. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on family performance and parent-child relationships of the parents of children with learning disability. Journal of Pediatric Nursing. 2018;5(1):53–60. [Persian] http://jpen.ir/article-1-273-en.html
28. Dehghani H. Asarbakhshi darman mobtani bar paziresh va ta'ahod bar tabavari madaran daraye farzand ba ekhtelal yadgiri [the effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience of mothers with learning disabilities]. In: The First National Scientific and Research Congress on Development and Promotion of Educational Sciences and Psychology, Sociology and Social Cultural Sciences of Iran [Internet]. Tehran, Iran; 2015. [Persian] https://civilica.com/doc/408306/
29. Rezapour Mirsaleh Y, Esmailbeigi M, Delavari M. Investigating the effectiveness of intervention based on acceptance and commitment in parent-child conflict resolution strategies in mothers of students with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2018;7(3)۷:7–90. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_628.html?lang=en

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

30. Ardeshiri Lordjani F, Sharifi T. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-concept and emotion regulation in children with learning disabilities. Journal of Child Mental Health. 2019;6(3):28–39. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.4
31. Ong CW, Lee EB, Krafft J, Terry CL, Barrett TS, Levin ME, et al. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2019;22:100444. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100444
32. Whittingham K, Sanders MR, McKinlay L, Boyd RN. Parenting Intervention combined with acceptance and commitment therapy: a trial with families of children with cerebral palsy. J Pediatr Psychol. 2016;41(5):531–42. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv118
33. Mazloumi N, Ebrahimi Nejad G. Ta'yin asar bakhshiye rouykard darman groohi mobtani bar ta'ahod va paziresh bar khoshbini madaran daraye koodakan ba moshkele ekhtelal yadgiri dar maghta rahnamaee [Determining the effectiveness of commitment-based and acceptance group therapy approach on optimism of mothers with children with middle school learning disorder]. In: World conference on psychology and educational sciences, law and social sciences at the beginning of the third millennium [Internet]. Shiraz, Iran; 2016. [Persian] https://civilica.com/doc/517077/
34. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of acceptance and commitment therapy for emotional dysfunction following psychosis. Behav Res Ther. 2011;49(12):901–7. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.003
35. Hassanzadeh R. Research methods for behavioral sciences, a practical guide to research. 16th edition. Tehran: Savalan; 2018, pp: 60–86. [Persian]
36. Besharat MA. Relation of alexithymia with ego defense styles. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008;10(39):181–90. [Persian] https://jfmh.mums.ac.ir/article_1673.html?lang=en
37. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: I. item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994;38(1):23–32.
38. Besharat MA, Zahedi Tajrishi K, Noorbala AA. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: a comparative study. Contemporary Psychology. 2013;8(2):3–16.
39. Westrup D, Wright MJ. Learning ACT for group treatment: an acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists. First edition. California: New Harbinger Publications; 2017.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]