

تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

جعفر بهادری خسروشاهی^۱، رامین حبیبی کلیبر^۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مدارس استثنایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند. از این جامعه تعداد ۴۰ نفر از مادرانی که در پرسشنامه معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی نمرات پایینی کسب کرده بودند به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بانفرتی تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی مادران تأثیر دارد و باعث افزایش معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌شود. نتایج این پژوهش علاوه بر مشخص کردن نقش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی می‌تواند راهبردهای آموزشی، تربیتی و کاربردی ارزنده‌ای به خانواده‌ها، مسئولین و کارشناسان مسائل تربیتی ارائه نماید.

واژگان کلیدی: خودافشایی هیجانی، معناداری زندگی، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، کم‌توان ذهنی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

۲. دکتری روان‌شناسی تربیتی، استادیار علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی

آذربایجان، نویسنده مسئول habibikaleybar@gmail.com

مقدمه

خانواده اولین و مهمترین نظام ارتباطی برای کودکان به شمار می‌رود. تمامی اعضای خانواده در ایجاد سلامت روانی مهم هستند؛ زیرا خانواده منبع اصلی مراقبت و حمایت است (ویدمر، کمپف، ساپین و گالی-کارمیناتی^۱، ۲۰۱۳). در این میان والدین به‌عنوان اولین عامل اجتماعی کردن کودکان نقش مهمی در تحول روانی و اجتماعی کودکان بر عهده دارند (قطب‌زاده‌اسرار و شاکری‌نیا، ۱۳۹۴). داشتن یک کودک با کم‌توانی ذهنی ممکن است موجب برهم خوردن نظام ارتباطی خانواده شود. تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومی‌دی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهند مادران کودکان دارای مشکلات هوشی، به‌احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (خامیس^۲، ۲۰۰۷). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بینند (هرنیگ، گری، تاف، سونی و ایفیلد^۳، ۲۰۰۶) اما مادران به علت داشتن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند کم‌توان خود به عهده می‌گیرند و در نتیجه با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات متعددی قرار می‌دهد (مک‌کانکی، تروسدال کاندی، چانگ، جراح و شوکری^۴، ۲۰۰۷).

حضور یک کودک با کم‌توانی ذهنی در خانواده می‌تواند کارکردهای روان‌شناختی خانواده را تغییر دهد و در سطح کلان، بر سلامت روانی، پویایی و هدفمندی خانواده تاثیر گذارد و در سطح خرد نیز مهم‌ترین کارکردهای روان‌شناختی خانواده را همچون ابراز کردن، حل تعارض، استقلال، پیشرفت، تفریح و سرگرمی، ارزش‌های اخلاقی و مذهبی، رفت و آمد با اطرافیان، اتحاد، کنترل، معنادار بودن زندگی و حل مسأله را با مشکل مواجه کند (الیری و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از کیمیایی، محرابی و میرزائی،

-
1. Widmer, Kempf, Sapin & Galli-Carminati
 2. Khamis
 3. Herring, Gray, Taffe, Sweeney & Einfeld
 4. McConkey, Truesdale-Kennedy, Chang, Jarrah & Shukri

۱۳۸۹). خانواده در حیات اجتماعی کودک نقش و تأثیر فوق‌العاده‌ای دارد. وظیفه خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباط سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است (دایسون^۱، ۲۰۰۰). با وجود یک کودک مشکل‌دار معلولیت‌های کودک، کندی رشد و امکانات ویژه‌ای که برای مراقبت جسمی و روانی لازم است به همراه سرخوردگی و رویاهای بر باد رفته، والدین را زیر فشارهای خود می‌گیرد و موجب برهم خوردن آرامش و تعادل خانواده می‌شود. از سویی مراقبت‌های اضافی که برخی از کودکان معلول به والدین خود به‌ویژه مادران تحمیل می‌کنند، بر نحوه تعامل و رفتارهای والدین تأثیر می‌گذارد. بروز معلولیت در فرزندان، اختلال‌های عاطفی و مشکلات اقتصادی بسیاری را در خانواده ایجاد می‌کند. در نتیجه چنین وضعیتی یکایک اعضای خانواده دچار بحران‌هایی ناشی از وجود فرد معلول می‌شوند و این می‌تواند بر خودافشایی هیجانی^۲ و معناداری زندگی^۳ خانواده‌های این کودکان و به‌ویژه مادران تأثیرگذار باشد (برومند، ۱۳۹۲).

مفهوم افشای هیجانی^۴ به‌عنوان یکی از فرایندهای تغییر در درمان تاریخچه‌ای طولانی دارد. این مفهوم برای اولین بار تحت عنوان پالایش روانی^۵ در نوشته‌های ارسطو مطرح شد. وی باور داشت که یکی از بهترین روش‌ها برای تسکین آلام، برانگیختن هیجان‌ها از طریق صحنه‌های نمایشی است (پروچسکا و نورکراس^۶، ۲۰۰۳). مطالعه عینی و نظام‌دار تأثیر بیان تجارب هیجانی منفی برای نخستین بار در حوزه روانکاوی^۷ انجام شد. در سال ۱۸۸۰ با انتشار مجدد آرای ارسطو علاقه به پالایش روانی یا برون‌ریزی هیجانی و نقش آن در بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی در بین دانشمندان اوج گرفت. در همان ایام فروید و بروئر در پژوهش‌های خود در مورد هیستری^۸ نشان دادند که تجربه اضطراب شدید در یک موقعیت آسیب‌زا و عدم امکان ابراز و لمس هیجان همخوان با اضطراب، زمینه‌ساز

-
1. Dyson
 2. emotional self-disclosure
 3. meaning in life
 4. emotional disclosure
 5. mental refining
 6. Projeska & Norkras
 7. psychoanalysis
 8. Hysteria

روان‌نژندی‌هاست. بر همین اساس آن‌ها روش درمان این اختلال‌ها را افشا و هشیاری به خاطرات و عواطف دردناک همخوان با تجربه آسیب‌زا عنوان کردند (برومند، ۱۳۹۲). خودافشایی فرایندی است که از طریق آن اطلاعاتی را راجع به خود در اختیار دیگران قرار می‌دهیم. نخستین کسی که بر اهمیت افشای خود به‌عنوان یک راهبرد در روابط با دیگران تأکید کرد جورارد^۱ (۱۹۹۳) بود. او نشان داد که ما می‌توانیم از افشای خود برای تشویق دیگران به مطرح کردن اطلاعات مخصوص خودشان استفاده کنیم. امروزه خودافشایی به‌عنوان یک مهارت مهم در مشاوره به کار می‌رود و در دیگر تعاملات اجتماعی نیز می‌تواند بسیار مفید و راهگشا باشد (به نقل از حسینیان، ۱۳۸۸). درواقع احساسات بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی انسان‌ها است و هرگز نمی‌توان از احساسات منفی فرار کرد (رابینز، آنتونی، کانیز و نورمن^۲، ۲۰۱۳)؛ اما شاید بتوان آن را کنترل کرد. منظور از کنترل عواطف توانایی تشخیص، ابراز، بیان و کنترل عواطف منفی و مثبت است که خودافشایی نیز جزئی از آن به شمار می‌رود (مرامند و خانبانی، ۱۳۹۵).

خودافشایی توانایی افشای اسرار محرمانه و پنهانی، یک ضرورت روان‌شناختی یا پیش شرط سلامت روانی است. ما از طریق افشای خود، تماس‌های اجتماعی صمیمانه و حمایت‌کننده‌ای را به دست می‌آوریم که بدون آن‌ها غیرقابل تحمل خواهد بود. خودافشایی یکی از مهارت‌های اجتماعی مهم است و بیش از آنچه در نگاه اول به نظر می‌آید پیچیده است. این که چه کسی می‌تواند چه چیزی را برای چه کسی و در چه مرحله‌ای (از مراحل رشد روابط شخصی) فاش سازد با قواعد ظریفی تعیین می‌شود (سولانو، باتن، پریش^۳، ۲۰۰۹). جورارد (۱۹۹۳) اشاره کرد که خودافشایی پایین باعث افزایش تنش، واپس‌روی و سرکوبگری به‌عنوان مکانیسم‌های دفاعی و تمایل به دیدن دیگران به‌عنوان یک تهدید می‌باشد. او اثر مثبت خود افشایی را بر روی احساس گناه، شرم و سایر مشکلاتی که افراد با آن مواجه می‌شوند و آن‌ها را پنهان نگه می‌دارند ذکر کرد و معتقد بود که فاش کردن مضراتی برای سلامت روان‌شناختی و جسمی دارد. همچنین برومند (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان داد که بین والدین کودکان با نیازهای ویژه در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، سرمایه روان‌شناختی و خودافشایی هیجانی و مؤلفه‌های آن‌ها

-
1. Jourard
 2. Robins, Antoni, Kaniz & Norman
 3. Solano, Batten & Parish

تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع والدین کودکان با نیازهای ویژه از بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی و خودافشایی پایینی برخوردار هستند. در پژوهشی دیگر در این زمینه مشخص شد که افراد با پریشانی‌های روان‌شناختی بیشتر تمایل دارند که از افشای تجربه‌های هیجانی‌شان جلوگیری کنند که مادران نیز به دلیل داشتن فرزند کم‌توان ذهنی و مشکلات مرتبط با آن‌ها از خودافشایی هیجانی خودداری می‌کنند (داویدسون و فسگرو، ۲۰۱۴). بنابراین بازداری هیجانی می‌تواند با مشکلات جسمانی و پزشکی ارتباط داشته باشد.

از سویی کاتینگهام معتقد است انسان به دلیل وضع و حال خاص وجودی خویش می‌تواند از خود فراتر رود و در برابر هستی خود به تحیر و شگفتی افتد و از چرایی وجود و معنای زندگی خویش پرسش کند. به همین سبب، پرسش معنای زندگی همواره در کانون توجه آدمی بوده است (تامسون^۲، ۲۰۰۳). معنای زندگی یعنی اعتقاد افراد در مورد اینکه زندگی‌شان معنادار است و اینکه آن‌ها حال زودگذر خود را تعالی می‌بخشند. از نظر استجر^۳ (۲۰۰۹) فهم معنای زندگی افراد را قادر می‌کند تا تجربیاتشان را تعبیر کرده و سازمان دهند، درکی از ارزش و جایگاه خود در زندگی به دست آورند، چیزهایی که برایشان اهمیت دارد را شناسایی کنند و انرژی‌هایشان را به‌طور مؤثری هدایت نمایند. فرانکل معتقد است انسان‌ها در جستجوی معنای زندگی هستند و از طریق حرکت عمدی به سوی تعالی خود می‌کوشند تا به معنا و مقصود دست یابند. از نظر فرانکل حقیقت اساسی انسان بودن این است که انسان همواره متوجه شخص یا چیز دیگری غیر از خودش است: معنایی که به تحقق پیوندد، انسان دیگری که با آن روبرو شود، آرمانی که بدان خدمت کند و یا شخصی که به وی عشق بورزد. آدمی نه با صرف توجه به تحقق خویشتن که با فراموش کردن خود، چشم پوشیدن از خود و وقف خود در توجه به غیر است که به مقام تحقق معنای زندگی نائل خواهد آمد (به نقل از گلی‌پور، حقیقت و معنوی‌پور، ۱۳۹۳).

فرانکل^۴ معتقد است تحقق معنای زندگی از سه راه ممکن است: ۱) انجام کاری ارزشمند، ۲) کسب تجربه‌های والایی چون برخورد با شگفتی‌های طبیعت و فرهنگ و یا

1. Davidsen & Fosgeru
2. Thomson
3. Steger
4. Frankel

درک فردی دیگر یعنی عشق ورزیدن به او و ۳) تحمل درد و رنج. فرانکل معتقد است از آنجا که معنای بی‌پایان زندگی، رنج و محرومیت و مرگ را نیز فرا می‌گیرد، در واقع همین لحظات سخت است که ارزش درونی هر فرد را محک می‌زند. تحمل رنج و ناراحتی ناشی از داشتن فرزند با کم‌توانی ذهنی می‌تواند بر روی معناداری زندگی در مادران تاثیرگذار باشد. در پژوهشی اوگستون، پاولا، مکینتوش، ویرگینا، مایرز و باربارا^۱ (۲۰۱۱) نشان دادند که مادران کودکان با ناتوانی ممکن است توسط مشکلات کودکان در هم شکنند و با احساسات منفی نسبت به توانایی‌هایشان در رسیدن به هدف‌ها و از دست دادن امیدشان دچار نگرانی شوند و این می‌تواند بر معنای زندگی آن‌ها تاثیرگذار باشد. همچنین برجیس، حکیم‌آبادی، طاهر، غلامعلی‌لواسانی و حسین‌خانزاده (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای کودکان با ناتوانی یادگیری معناداری زندگی و امیدواری پایینی دارند.

بنابراین با توجه به اینکه مادران دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی دچار مشکلات بیشتری در ارتباط با کودکان هستند؛ لذا لازم است مداخلات روان‌شناختی و حمایتی برای ارتقای سلامت این مادران صورت گیرد که نه تنها مادر از وضعیت بحرانی و تهدیدکننده نجات می‌یابد، بلکه کودک با کم‌توانی که تحت سرپرستی این مادر و سایر اعضای خانواده نیز از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند شد. یکی از این مداخلات، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی از تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی به کار می‌رود. این روش یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۳ انجام می‌شود. این رویکرد در آغاز فاصله‌گیری فراگیر نامیده می‌شد و در اواخر دهه ۸۰ میلادی به وسیله استیون سی. هیز، ویلسون و کرک استروساهل تدوین شد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۴).

در پذیرش و تعهد فرد تشویق می‌شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به کار گیرد. در واقع در این نوع درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری

-
1. Ogeston, Paula, Mackintosh, Virginia, Myers & Barbara
 2. acceptance and commitment
 3. psychological flexibility

روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت^۱، ۲۰۰۸). هرتزاکا، راستگر، کانتاگ، نورول، اندرسون و هارت^۲ (۲۰۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بسیاری از روش‌هایی که برای حل مشکلاتمان استفاده می‌کنیم ما را به دام‌هایی می‌اندازند که موجب رنجش خاطر ما می‌شوند. همان مشکلاتی که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نیز با آن مواجه هستند. فرانسیسکو^۳ (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود نشان داده است که تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، به دست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌ها که جزء عوامل پذیرش و تعهد هستند، می‌توانند نقش مهمی در افزایش معناداری زندگی مادران داشته باشند. رایت و ریچاردسون^۴ (۲۰۰۴) در پژوهشی تجربی با هدف تعیین اثر یک برنامه آموزش انعطاف‌پذیری کنشی بر عزت‌نفس، جایگاه مهار، هدف در زندگی، روابط بین فردی و رضایت شغلی در محیط کاری انجام دادند. در پایان تغییر معناداری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در تمام متغیرها به جز رضایت شغلی مشاهده شد. در کل، نتایج پژوهش گویای کارآیی آموزش انعطاف‌پذیری کنشی بود. همچنین فردریکسون و توگده^۵ (۲۰۰۲) در پژوهشی نشان دادند که پذیرش و تعهد با هیجانات مثبت همبستگی مثبت و معنادار دارد و با هیجانات منفی خشم و غمگینی دارای همبستگی منفی و معنادار است. هیجان‌ها با هماهنگ کردن عاطفه، انگیزختگی، هدف و بیانگری وضعیت ما را در ارتباط با محیطمان تثبیت می‌کنند و ما را به پاسخ‌های اختصاصی و کارآمدی مجهز می‌کنند که با مسائل بقای جسمانی و اجتماعی متناسب هستند. هایز^۶ (۲۰۰۴) در پژوهشی دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارد و باعث بهبود معنای زندگی می‌شود.

1. Forman & Herbert

2. Hiratzka, Rastegar, Contag, Norvell, Anderson & Hart

3. Francisco

4. Waite & Richardson

5. Fredrickson & Tugade

6. Hayes

از آنجایی که والدین نقش اساسی را در حفظ تعادل روانی - اجتماعی خانواده دارند و ایجاد تنش و فشار بر اعضای خانواده تاثیر می‌گذارد و همچنین مادران نقش مهمی در سلامت روانی اعضای خانواده دارند و از طرفی با توجه به اینکه وجود فرزند دارای ناتوانی باعث کاهش معناداری و مشکلات بیشتر در مادران و افزایش اضطراب، افسردگی در اعضای خانواده می‌شود؛ بنابراین پرداختن به وضعیت والدین به خصوص مادران این کودکان اهمیت بسیاری دارد و کمک شایانی به کاهش مشکلات و بیماری‌های روانی و افزایش میزان معناداری زندگی در آن‌ها می‌شود که ضرورت و اهمیت اجرای این پژوهش را نشان می‌دهد. از سویی با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی در زمینه درمان پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی و خودافشایی مادران دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی انجام نشده است، لذا انجام این پژوهش از اهمیت بیشتری برخوردار است. با توجه به این مبانی نظری و تجربی، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود.

روش پژوهش

این پژوهش با روش نیمه آزمایشی و طرح طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری اجرا شد. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مدارس استثنایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند. برای انتخاب نمونه ابتدا از بین مدارس استثنایی شهر تبریز یک مدرسه استثنایی به صورت تصادفی انتخاب شد که تعداد دانش‌آموزان این مدرسه ۱۲۶ نفر بودند. در مجموع ۱۲۶ نفر از مادران دارای دانش‌آموز استثنایی در نمونه اولیه قرار گرفتند. برای نمونه‌گیری این پژوهش در ابتدا نسخه‌ای از پرسشنامه معناداری زندگی و خودافشایی در این مدرسه با هماهنگی مدیر مدرسه به مادران داده شد. سپس ۴۰ نفر از مادرانی که در آزمون معناداری زندگی و خودافشایی نمرات پایین‌تر کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۲۰ نفر گروه گواه و ۲۰ نفر گروه آزمایش) قرار گرفتند. پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی، برای آزمودنی‌های گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و برای گروه گواه آموزشی اجرا نشد. پس از اتمام جلسات دو گروه آزمایش و گواه پرسشنامه‌های معناداری زندگی و خودافشایی به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل

کردند. معیارهای ورود به پژوهش داشتن کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بر اساس تشخیص واحد سنجش اداره آموزش و پرورش استثنایی استان، پسران مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی گروه کم‌توان ذهنی شهر تبریز، محدوده سنی ۱۱ تا ۲۰ سال و معیارهای خروج نیز داشتن بیش از دو جلسه غیبت از مجموع جلسات آموزشی بوده است.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به افراد شرکت‌کننده در پژوهش و والدین آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آن‌ها محرمانه خواهد ماند. همچنین، در مورد عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها قرار گرفت و شرکت‌کنندگان آزاد بودند تا هر زمان که بخواهند به همکاری با پژوهشگر ادامه ندهند. در پایان پژوهش نیز یک کارگاه دو روزه با موضوع آموزش مهارت‌های پذیرش و تعهد برای گروه گواه برگزار شد و جزوه آموزشی مهارت‌های پذیرش و تعهد در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس خودافشایی هیجانی^۱ و پرسشنامه معنای زندگی^۲ استفاده شد که در ادامه این ابزارها را معرفی می‌کنیم.

مقیاس خودافشایی هیجانی: مقیاس خودافشایی هیجانی توسط اسنل^۳ (۲۰۰۱) برای سنجش میزان تمایل افراد به افشای هیجان‌اتشان تهیه شد. این مقیاس دارای ۴۰ سوال است که به صورت پنج درجه‌ای لیکرت‌نمره گذاری می‌شود. نمرات ۵ ماده مربوط به هر خرده مقیاس جمع شده و نمره آن خرده مقیاس را تشکیل می‌دهد و از جمع نمرات هر هشت خرده مقیاس نمره کل به دست می‌آید. نمرات بالاتر معادل خودافشایی هیجانی بیشتر است. اسنل، میلر و بلک^۴ (۱۹۸۸) برای ارزیابی اینکه افراد چقدر تمایل دارند تا هیجان‌اتشان را به افراد مختلف افشا کنند، مقیاس خودافشایی را بر روی ۷۹ نفر دانشجو اجرا کردند. گروه‌های که افشاگری به آن‌ها صورت گرفته بود دوستان مذکر، دوستان مونث و همسران شرکت‌کنندگان بودند. به منظور اندازه‌گیری پایایی بازآزمایی، شرکت‌کنندگان بعد از یک فاصله ۱۲ هفته‌ای مجدداً مقیاس خودافشایی را تکمیل کردند. پاسخ‌ها در طی زمان ثابت و همسان بودند و نمرات بازآزمایی در تمام خرده مقیاس‌ها بالا بود. اندازه پایایی

-
1. Scale Emotional self-disclosure
 2. The Meaning of Life Questionnaire
 3. Snell
 4. Miller & Belk

درونی (آلفای کرونباخ) در همه زیر مقیاس‌ها بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ بود که نشان‌دهنده همسانی درونی و انسجام زیر مقیاس‌ها است. نتایج این پژوهش نشان داد که زنان بیشتر از مردان افشاگری می‌کنند و بیشتر از مردان تمایل دارند که احساسات منفی‌شان مثل خشم، ترس، اضطراب و افسردگی را برای دوستان مونث و همسرانشان افشا کنند. همچنین برومند (۱۳۹۲) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آورد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه معنای زندگی: پرسشنامه معنا بخش بودن زندگی (معناجویی) با توجه به معیارها و ملاک‌های استخراج شده از نظرات ویکتور فرانکل که مبین وجود معنا در زندگی می‌باشد، توسط صالحی (۱۳۷۴) تنظیم شده و دارای ۵۰ سوال است که هر سوال ۷ ارزش می‌گیرد. پرسشنامه به صورت خودسنجی است و تکمیل آن ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد که آزمودنی با توجه به میزان تأیید یا رد هر سوال ارزش‌هایی از ۱ تا ۷ را به سوال می‌دهد. در روش ۱ نشانگر عدم توافق کامل با سوال و ارزش ۷ نشانگر توافق کامل با متن است. روایی محتوا و صوری پرسشنامه توسط هفت تن از اساتید متخصص تأیید شده است. صالحی (۱۳۷۴) ضریب پایایی پرسشنامه معنا بخش بودن زندگی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بابر با ۰/۹۱ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پس از قرار گرفتن تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تمامی آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های خودافشایی و معنای زندگی را تکمیل کردند. گروه آزمایش برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه و در مدرسه استثنایی آتیه و در زمستان ۱۳۹۵ توسط پژوهشگر دریافت کردند. طی این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پروتکل آموزشی در این پژوهش برگرفته از الگوی و مبانی نظری فورمن و هربرت (۲۰۰۸) بود. در جدول ۱ خلاصه‌ای از موضوعات مطرح شده در جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا	هدف	پیامد
اول	- توضیح هدف کلی مداخله - ناامیدی سازنده و استفاده از استعاره فرد افتاده در چاه	- مشکل را از خود جدا نیند و آن را به دیگران نسبت ندهد. - انعطاف پذیری روانی - مشخص کردن انتظار مراجع از جلسه درمان و اقداماتی که تا کنون صورت گرفته	- می تواند در مورد مشکل خود به راحتی صحبت کند و آن را می پذیرد. - آشنایی با هدف اکت - ایجاد فضایی برای یافتن راه های بدیل و ترک فرایندهای کنترل تجربه- ای
دوم	- صحبت در مورد مفهوم پذیرش و استعاره خرس قطبی و تمثیل ریگ های روان و هم اتافی و استعاره گلزار و همسایه مزاحم - تفاوت درد و رنج	تمایل به تجربه کردن درد	- پذیرش مشکلات زندگی مانند خود افشایی هیجانی پایین - ایجاد پذیرش فعال نه مدارا و تسلیم منفعلانه
سوم	- تمرین ذهن آگاهی - زندگی در زمان حال با استفاده از تمرین های ذهن آگاهی در کارهای روزمره، تمرین تنفس آگاهانه و تمثیل ذهن ماهیگیر - دادن تکلیف برای ذهن آگاهی و تماس با زمان حال	بازگشت پیوسته از گذشته و آینده به زمان حال	- از تجربه های اینجا و حال می شوند. با نگرش باز و کنجکاوی حواستان به کاری باشد که انجام می دهید. - باعث کاهش تاثیر افکار و احساسات دردناک می شود.
چهارم	- وجود ارزش های روشن با استفاده از تمثیل سنگ قبر و چوب جادویی - قوانین و بایدها دوباره به ارزش ها تبدیل شوند	ارزش ها مانند یک قطب نما هستند که جهت و مسیر درست را نشان دهند ارزش ها باعث انعطاف پذیری می شوند	- فرد تمایل پیدا می کند که چه اوضاع و احوالی را در زندگی تجربه کند برای آنچه در زندگی می خواهند برنامه ریزی می کنند - هنگامی که قوانین به ارزش تبدیل می شود محدود شدن و استرس عمل به قوانین از بین می رود.
پنجم و ششم	- گسلش یا آمیختگی - دادن تکلیف به عنوان قضاوت ذهن - تمرین اینکه دستانتان افکار تان هستند	شکستن قواعد زبانی جدا شدن از افکار خود و تماشای افکار به جای گم شدن در آنها	باعث می شود افکار فقط و فقط واژه و افکار باشند، نه امور واقعی - تمرکز بر زمان حال و برداشتن موانع بدون تغییر دادن شرایط

		<p>- تمرین مشت محکم و رادیوی ذهن و ذهن قصه گو</p> <p>- بیان افکار منفی در قالب صدای مضحک مثل پسر شجاع و...</p> <p>افکار منفی را در قالب آواز بیان کردن با لحنی کودکانه</p>
<p>خویشتن برابر با افکار و احساسات و حس های بدنی در نظر گرفته نمی شود؛ بلکه برابر با شخص در نظر گرفته می شود. افکار و احساسات دائماً در حال تغییر است.</p>	<p>توجه به بخش خویشتن پایدار و بخشی که متوجه گذار افکار و هیجانات و احساسات و حس های بدنی در آگاهیتان هست</p>	<p>- کار کردن مفهوم خود را به عنوان زمینه دیدن و خود مفهوم سازی شده</p> <p>- تمرین مشاهده گر</p> <p>- تمرین عینیت بخشیدن</p> <p>- استفاده از استعاره آب و هوا و لوازم منزل و صفحه شطرنج</p>
<p>فرد نسبت به ارزش ها اقدامات متعهدانه انجام می دهد و در جهت ارزش ها گام برمی دارد</p> <p>از بین رفتن ترس ها و موانع و رسیدن به ارزش ها در زندگی</p>	<p>اجرای رفتاری همسو با ارزش های فرد</p> <p>تشویق به اعمالی که به سمت ارزش ها هدایت شده</p>	<p>صحبت در مورد اقدام متعهدانه</p> <p>دادن تمرین و پرسیدن سوال که چقدر تمایل دارید کارهایی را انجام دهید تا زندگی تان بهبود یابد و دادن نمره از صفر تا ۱۰</p> <p>نوشتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت در راستای ارزش ها</p>

جهت اجرای این پژوهش ابتدا مجوزهای لازم دریافت شد و بعد از انتخاب نمونه مادران دارای فرزند با کم توانی ذهنی ابتدا ابزارهای معناداری زندگی و خودافشایی به عنوان پیش آزمون اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و در مورد گروه گواه هیچ آموزشی داده نشد. بعد از اتمام مراحل آموزش، گروه ها مورد آزمون معناداری زندگی و خودافشایی به عنوان پس آزمون قرار گرفتند و بعد از یک و نیم ماه دوباره پیگیری برای گروه ها انجام شد. انجام پیگیری یک و نیم ماهه به دلیل اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در طول زمان و اینکه این درمان در زمان اکنون و

حالت تأکید دارد؛ لذا مدت پیگیری بایستی کوتاه در نظر گرفته می‌شد. پس از اتمام اجرای پژوهش، داده‌ها جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بانفرنی) استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

نتایج داده‌های جمعیت-شناختی نشان داد که میانگین سن مادران در هنگام ازدواج ۱۹/۱۳ و میانگین سن آن‌ها هنگام تولد کودک ۲۲/۱۳ بود. همچنین مادران دارای کودک با کم‌توانی فرزند خود کمتر از ۹ ماهگی به دنیا آورده بودند. همین‌طور ۶۲/۲ درصد مادران تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد، ۳۰/۸ درصد سیکل تا دیپلم و ۷ درصد آن‌ها فوق دیپلم و بالاتر بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه‌ها	گروه آزمایش		گروه گواه		Z کالموگروف	سطح معناداری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
معناداری زندگی	پیش‌آزمون	۱۴۰/۷۰	۱۰/۰۲	۱۳۹/۴۰	۱۰/۵۲	۰/۶۲	۰/۸۲
	پس‌آزمون	۱۴۷/۱۵	۹/۰۳	۱۴۰/۴۰	۸/۵۶	۰/۷۱	۰/۶۸
	پیگیری	۱۴۹/۷۰	۹/۳۸	۱۴۱/۳۵	۸/۰۱	۰/۸۶	۰/۴۴
خودافشایی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۲۲/۸۰	۵/۸۶	۱۲۱/۲۵	۴/۷۸	۰/۶۴	۰/۷۹
	پس‌آزمون	۱۲۷/۷۵	۴/۵۴	۱۲۱/۹۰	۳/۴۱	۰/۶۶	۰/۷۶
	پیگیری	۱۲۸/۷۰	۳/۴۶	۱۲۰/۴۵	۵/۱۱	۰/۹۱	۰/۳۸

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات معناداری زندگی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون تقریباً یکسان است؛ اما در پس‌آزمون، نمرات معناداری زندگی گروه آزمایش (۱۴۷/۱۵) در مقایسه با گروه گواه (۱۴۰/۴۰) افزایش داشته است. به طوری که میانگین متغیر معناداری زندگی در گروه آزمایش و در پیش‌آزمون ۱۴۷/۱۵ بود که با توجه به آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون به ۱۴۰/۴۰ رسیده است. همچنین در مرحله پیگیری نیز در گروه آزمایش میانگین ۱۴۹/۷۰ است. در خودافشایی

هیجانی در پس آزمون گروه آزمایش (۱۲۷/۷۵) در مقایسه با گروه گواه (۱۲۱/۹۰) افزایش داشته است. به طوری که میانگین متغیر خودافشایی هیجانی در گروه آزمایش و در پیش آزمون ۱۲۲/۸۰ بود که با توجه به آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس آزمون به ۱۲۷/۷۵ رسیده است. میانگین خودافشایی هیجانی نیز در مرحله پیگیری ۱۲۸/۷۰ است.

برای بررسی تفاوت میان گروه‌های دوگانه پژوهش، در زمینه خودافشایی هیجانی و معناداری زندگی، از آزمون تحلیل واریانس مختلط همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، دو گروه شرکت‌کننده در پژوهش (گروه آزمایش و گواه) به‌عنوان عامل بین آزمودنی و خودافشایی هیجانی و معناداری زندگی به‌عنوان عوامل درون آزمودنی در نظر گرفته شدند. برای بررسی مفروضه همسانی واریانس‌ها، آزمون کرویت موچلی به کار برده شد که نتیجه گویای همسانی واریانس‌ها بود.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای مداخله پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	تحلیل واریانس
۰/۱۴	۰/۰۱	۶/۶۶	۸۹۶/۵۳	۱	۸۹۶/۵۳	گروه	بین
-	-	-	۱۳۴/۴۳	۳۸	۵۱۰۸/۵۰	خطا	آزمودنی‌ها
۰/۱۱	۰/۰۰۹	۵/۰۱	۳۱۲/۷۵	۲	۶۲۵/۵۱	معناداری زندگی	معناداری
۰/۰۵	۰/۱۱	۲/۱۸	۱۳۶/۶۰	۲	۲۷۳/۲۱	زندگی* گروه	درون آزمودنی‌ها
-	-	-	۶۲/۴۲	۷۶	۴۷۴۴/۶۰	خطا	خطا

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F برای اثرات درون آزمودنی اصلی یعنی معناداری زندگی ($P < ۰/۰۵$) معنی‌دار بود، اما اثر تعاملی آن‌ها یعنی معناداری زندگی \times گروه معنادار نیست. همچنین عامل میان گروهی نیز معنادار بود. در واقع آموزش پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی در مادران در پس آزمون معنادار است و تاثیر دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای مداخله پذیرش و تعهد بر خودافشایی هیجانی

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	تحلیل واریانس
۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۸/۸۰	۸۱۶/۴۰	۱	۸۱۶/۴۰	گروه	بین
-	-	-	۴۳/۴۰	۳۸	۱۶۴۹/۵۱	خطا	آزمودنی‌ها
۰/۱۹	۰/۰۰۱	۹/۳۸	۹۶/۰۳	۲	۱۹۲/۰۶	خودافشایی هیجانی	درون
۰/۲۲	۰/۰۰۱	۱۱/۲۵	۱۱۵/۲۳	۲	۲۳۰/۴۶	خودافشایی هیجانی*	آزمودنی‌ها
-	-	-	۱۰/۲۳	۷۶	۷۷۸/۱۳	خطا	گروه

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار F برای اثرات درون آزمودنی اصلی یعنی خودافشایی هیجانی ($P < ۰/۰۵$) و نیز اثر تعاملی آن‌ها یعنی معناداری زندگی \times گروه ($P < ۰/۰۵$) معنی‌دار بود. عامل میان گروهی نیز معنادار بود. در واقع آموزش پذیرش و تعهد بر خودافشایی هیجانی در مادران در پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنادار است و تأثیر دارد.

از سویی برای بررسی مقایسه‌های جفتی از آزمون بانفرنی استفاده شد که نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. مقایسه‌های جفتی متغیرهای معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	متغیرها	منبع تغییرات
۰/۱۰	۳/۰۱	-۶/۴۵	معناداری زندگی	پیش‌آزمون \times پس‌آزمون
۰/۰۰۵*	۱/۴۹	-۴/۹۵	خودافشایی هیجانی	
۰/۰۱*	۳/۰۱	-۹/۰۱	معناداری زندگی	پیش‌آزمون \times پیگیری
۰/۰۰۱*	۱/۴۹	-۵/۹۰	خودافشایی هیجانی	
۱/۰۱	۳/۰۱	-۲/۵۵	معناداری زندگی	پس‌آزمون \times پیگیری
۱/۰۱	۱/۴۹	-۰/۹۵	خودافشایی هیجانی	

نتایج جدول ۵ در زمینه مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که حتی پس از تعدیل میزان آلفا به روش اعمال تصحیح بانفرنی، تفاوت میان همه موقعیت‌های آزمایش یعنی تفاوت

پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است و این امر نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودافشایی هیجانی مؤثر بوده است. همچنین در معناداری زندگی نیز تفاوت پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی و خودافشایی هیجانی در مادران دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی تاثیر دارد. در واقع آموزش پذیرش و تعهد باعث افزایش معناداری زندگی در مادران دارای کودک فرزند با کم‌توانی ذهنی می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های فردریکسون و توگد (۲۰۰۲) و هیز (۲۰۰۴) همخوانی دارد. به طوری که آن‌ها در پژوهشی نشان دادند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارد و باعث بهبود معنا به زندگی می‌شود. به طور کلی پذیرش، فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تسهیل می‌کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان بر می‌گزینند را به طور کلامی بیان کنند و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه‌ی هدایت شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. اجرای مداخله‌ی ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با به کارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌های پذیرش و تعهد به آموزش مادران دارای فرزند با کم‌توانی برای رهایی از بند مبارزه‌ی بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و مادران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب کرده (بریکر و تولیسون، ۲۰۱۱) و باعث افزایش معناداری زندگی در این گروه از مادران می‌شود.

هرتیزاکا و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بسیاری از روش‌هایی که برای حل مشکلاتمان استفاده می‌کنیم ما را به دام‌هایی می‌اندازند که موجب رنجش خاطر ما می‌شوند. همان مشکلاتی که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نیز با آن مواجه هستند. انسان‌ها در جستجوی معنای زندگی هستند، آن‌ها از طریق حرکت عمودی به سوی تعالی خود می‌کوشند تا به معنا و مقصود دست یابند. از نظر فرانکل حقیقت اساسی انسان بودن این است که انسان همواره متوجه شخص یا چیز دیگری غیر از خودش است: معنایی که به تحقق پیوندد، انسان دیگری که با آن روبرو شود، آرمانی که بدان خدمت کند و یا شخصی که به وی عشق بورزد، آدمی نه با صرف توجه به تحقق خویشتن که با فراموش کردن خود، چشم پوشیدن از خود و وقف خود در توجه به غیر است که به مقام تحقق معنای زندگی نائل خواهد آمد که در این زمینه درمان پذیرش و تعهد روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی، که می‌تواند دردهای جسمانی را تسکین دهد و زندگی را غنی بخشد و معنادار کند و باعث افشای خود شود. به طوری که پذیرش و تعهد این کار را با هماهنگ شدن با تجربه لحظه به لحظه و ارائه بینش مستقیم در مورد نقش ذهن در ایجاد دلشوره‌های بی‌مورد انجام می‌دهد و از این طریق باعث افزایش معناداری در زندگی می‌شود (بائر، لایکینز و پترز، ۲۰۱۲).

در الگوی پذیرش و تعهد درمانی، برطرف نمودن اجتناب‌های تجربی ضرورتاً هدف مراجع قرار نمی‌گیرد؛ بلکه هدف کمک به مراجع در جهت کشف و شفاف‌سازی ارزش‌هایش می‌باشد و تا اندازه‌ای در این مورد که اجتناب از موقعیت‌های ترس‌آور با حرکت در جهت ارزش‌ها ممکن است تداخل کند، بحث می‌شود. پذیرش به مراجع کمک می‌کند تا فعالیت‌هایی که در جهت ارزش‌هایش است را انتخاب کرده و راهبردهای کنترل را رها کند. در پذیرش و تعهد درمانی، تنظیم اهداف و شفاف‌سازی ارزش‌ها با اهمیت شمرده می‌شود. ارزش‌ها به‌عنوان مسیر کلی زندگی مطرح می‌شوند. اهداف و ارزش‌ها، انتخاب‌های خود مراجع هستند. این مرحله درمانی دو هدف مفید را تأمین می‌کند: اول اینکه مراجع را تشویق می‌کند تا خودش اهداف و ارزش‌هایش را انتخاب کند و دوم اینکه اهدافی را که احتمالاً واضح نبوده را برجسته می‌نماید. در زمینه کار با ارزش‌ها نیز به مراجعان آموزش داده می‌شود تا ارزش‌های خود را در حیطه‌های

مختلف بررسی کنند و ضرورت آن‌ها را در هر حیطه مشخص نمایند تا در نهایت از تمرکز بر مشکلات رها شده و در مسیر ارزش‌ها حرکت کنند و در نهایت اهداف را در مسیر ارزش‌ها شناسایی کنند (هیز، ۲۰۰۴). پس از بحث درباره تکنیک‌های مختلف رویکرد پذیرش و تعهد و اثربخشی هر یک از این تکنیک‌ها بر روی مادران دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی می‌توان گفت که به‌طور کلی با توجه به ویژگی‌های این مادران که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و خاطره‌های ناخوشایند، کوشش جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، نشخوار کردن و الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست‌کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است در تغییر الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، حذف قدرت افکار نگرانی، کاهش نشخوار فکری، افزایش امیدواری و هدفمندی در زندگی، به دست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌ها تاثیرگذار باشد (فرانسیسکو، ۲۰۱۴) و منجر به افزایش سطح معناداری زندگی در آن‌ها شود.

والدین کودکان با کم‌توانی ذهنی با توجه به شرایط و محدودیت‌های فرزندان و نیز فشارهای اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی که با تولد فرزند بر آن‌ها وارد آمده است، رضایت از زندگی مناسبی ندارند و لذا احساس معناداری و هدفمندی مناسبی را در زندگی تجربه نمی‌کنند. بدون تردید پیامد فقدان معنادار بودن زندگی مناسب صدمات فراوانی را بر کارکردهای مختلف اعضای خانواده وارد می‌کند. بنابراین می‌توان بیان کرد که والدین دارای فرزند با نیازهای ویژه با توجه شرایط و محدودیت‌های فرزندان به حمایت‌های بیشتری از سوی خانواده، دوستان و سایر نهادهای اجتماعی نیاز دارند و چنانچه درمان مبتنی بر پذیرش و حمایت مناسبی در زمینه‌های آموزشی، توانبخشی و پزشکی به این خانواده‌ها ارائه شود، در وضعیت معناداری زندگی آنان نقش بسیار مهمی ایفا می‌نماید و پذیرش این شرایط دشوار برای آن‌ها تسهیل می‌شود (آقباقری، محمدخانی، عمرانی و فرهمند، ۱۳۹۱).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر خودافشایی هیجانی مادران دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی تأثیر دارد. در واقع آموزش پذیرش و تعهد باعث افزایش خودافشایی هیجانی در مادران دارای کودک با کم‌توانی ذهنی می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های میکاویچ، میر و کوپر^۱ (۲۰۰۵) و جوارد (۱۹۹۳) همسو است. میلکاوویچ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که می‌توان افشای هیجانی را به‌عنوان یکی از سبک‌های مقابله‌ای سازش یافته تلقی کرد و به افراد آموزش داد. در واقع بسیاری از پژوهش‌ها نقش درمانی افشای هیجانی را مورد توجه قرار داده و کاربرد موفقیت‌آمیز آن را در درمان بسیاری از اختلال‌های روان‌تنی نشان داده‌اند. همچنین آن‌ها نشان دادند که آموزش افشای هیجانی به والدین کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند میزان افسردگی و اضطراب این والدین را کاهش دهد. داویدسون و فسگرو (۲۰۱۴) معتقدند که مادران نیز به دلیل داشتن فرزند کم‌توان ذهنی و مشکلات مرتبط با آن‌ها از خودافشایی هیجانی خودداری می‌کنند؛ بنابراین مشکلات جسمانی و پزشکی بیشتری را دارند. به‌طوری‌که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی معمولاً در چارچوب‌های ترسیم شده فرهنگی و اجتماعی به سر می‌برند و به‌طور پیوسته از منابع فرهنگی و اجتماعی، به علت بازخوردهای اطلاعاتی و اصلاحی بازخوردها قادرند در شکل‌دهی اهداف، معنای زندگی، مقاومت در برابر فشار و خودارزیابی‌های مثبت و منفی نقش ماندگار ایفا کنند. در واقع فضاهای بی‌اعتمادی و گسست اجتماعی، فرصت جرات‌ورزی و خودافشایی هیجانی از مادران گرفته، آن‌ها را از منابع عظیم بازخوردی محروم می‌سازند. فقدان این منابع، چشم‌انداز روندهای آتی زندگی را برای فرد در ابهام فرو می‌برد و یأس، ناامیدی و بدبینی را در نظام ادراکی و روان‌شناختی فرد جایگزین می‌کند که در این میان درمان‌های مبتنی بر پذیرش می‌توانند گسست را از بین برده و میزان خودافشایی را در برابر مشکلات افزایش دهند (داویدسون و فسگرو، ۲۰۱۴).

خودافشایی نه‌تنها به‌عنوان یک مفهوم مهم برای روابط اجتماعی شناخته شده است؛ بلکه برای روان‌درمانی نیز مهم است (فیشر، ۱۹۸۴؛ به نقل از برومند، ۱۳۹۲). همچنین جوارد (۱۹۹۳) بیان می‌کند که اینک گشودگی و دسترسی‌پذیری برای خود و دیگران اغلب در ارتباط با سازش و سلامت روان‌شناختی عمومی است. او بیان کرد که خودافشایی

پایین باعث افزایش تنش، واپس روی و سرکوبگری به عنوان مکانیسم‌های دفاعی و تمایل به دیدن دیگران به عنوان یک تهدید می‌باشد. او اثر مثبت خودافشایی را بر روی احساس گناه، شرم و سایر مشکلاتی که نوجوانان دارای والدین طلاق با آن مواجه می‌شوند و آن‌ها را پنهان نگه می‌دارند ذکر کرد. افشا نکردن استرس‌زا است و پیامدهایی منفی برای سلامت روان شناختی و جسمانی دارد. از این رو افشا کردن هیجان‌های خود باعث می‌شود که مادران هم تنش‌های خود را از اینکه دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی هستند نشان دهد (جوارد، ۱۹۹۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت که خود افشایی توانایی افشای اسرار محرمانه و پنهانی، یک ضرورت روان‌شناختی یا پیش شرط زندگی روانی سالم است. ما از طریق افشای خود، تماس‌های اجتماعی صمیمانه و حمایت‌کننده‌ای را به دست می‌آوریم که بدون آن‌ها غیرقابل تحمل خواهد بود. بنابراین بیان کردن و افشای مشکلات هیجانی و استرس‌های درونی ناشی از داشتن کودک با نیازهای ویژه به افراد نزدیک می‌تواند تا حدودی میزان استرس را کاهش داده و فشارهای اجتماعی و درونی را تا حدودی کم کند که در این اینجا آموزش پذیرش یعنی اینکه این مشکل است و با عصبانیت و ناراحتی این مشکل حل نمی‌شود و باید با این مشکل سازگار شد (برومند، ۱۳۹۲) و به بیان افشای این مشکل به دیگران پرداخت که این باعث می‌شود با افزایش آموزش‌های پذیرش و تعهد میزان خودافشایی هیجانی مادران نیز افزایش یافته و تا حدودی این مشکل را به‌عنوان واقعیت بپذیرند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته‌های پژوهش بر اساس مقیاس و استفاده از پرسشنامه بود و پرسشنامه‌ها اصولاً به دلیل یافته‌های ناخودآگاه، مستعد تحریف هستند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره اندازد. این پژوهش فقط بر روی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهر تبریز انجام شده است و مادران سایر کودکان با نیازهای ویژه و شهرهای دیگر را بررسی نکرده است. بنابراین نتایج حاضر در تعمیم به سایر کودکان کم‌توان ذهنی دارای محدودیت است. با توجه به وضعیت خودافشایی مادران دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی پیشنهاد می‌شود که نهادهای مسئول شرایط مداخله-های روان‌شناختی رایگان از جمله درمان پذیرش و تعهد همراه با حمایت‌های اقتصادی، آموزشی، فرهنگی مناسب را برای این مادران فراهم آورند تا آن‌ها در ادراک وضعیت اجتماعی خود، ارزیابی مثبتی داشته باشند. همچنین عوامل جمعیت‌شناختی مختلفی از جمله

عوامل اجتماعی- اقتصادی و عوامل فرهنگی می‌توانند بر روی معنادار بودن زندگی و خودافشایی مادران تاثیرگذار باشند که لازم است در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

از مادران گرامی که در اجرای این پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها نهایت همکاری را داشتند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- آقاباقری، ح؛ محمدخانی، پ؛ عمرانی، س؛ و فرهمند و. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس، مجله روان‌شناسی بالینی، ۴(۱)، ۳۱-۲.
- ایزدی، ر؛ عابدی، م. (۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: انتشارات جنگل.
- برجیس، م؛ حکیم‌جوادی، م؛ طاهر، مح؛ غلامعلی‌لواسانی، م؛ و حسین‌خانزاده، ع. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۳(۱)، ۲۷-۶.
- برومند، ن. (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، سرمایه روان‌شناختی و خودافشایی هیجانی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- پروچسکا، ا؛ و نورکراس؛ س. (۲۰۰۳). نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد. (۱۳۸۶).
- حسینیان، س. (۱۳۸۸). اخلاق در مشاوره و روان‌شناسی، تهران: انتشارات کمال تربیت.
- صالحی، م، (۱۳۷۴). بررسی مسائل نوجوانان و جوانان ایران از دیدگاه روان‌شناسی انسان‌گرا. پایان‌نامه دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات تهران.
- فرانکل و. (۱۳۹۳). انسان در جستجوی معنی. ترجمه مهین میلانی. تهران: انتشارات درسا.
- قطب‌زاده‌اسرار، ف؛ و شاکری‌نیا، ا. (۱۳۹۴). رابطه سبک‌های فرزندپروری والدین با رفتار سازشی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. فصلنامه سلامت روانی کودک، ۲(۳)، ۴۹-۵۸.

کیمیایی، س؛ محرابی، ح؛ و میرزائی، ز. (۱۳۸۹). مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد. *فصلنامه مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۱۱(۱)، ۲۷۸-۲۶۱.

گلی پور، ص؛ حقیقت، س؛ و معنوی پور، د. (۱۳۹۳). رابطه هوش معنوی و هوش اخلاقی با معنای زندگی در داوطلبین واکنش اضطراری. *مجله شفای خاتم*، ۲(۴)، ۲۹-۲۰. مرادمند، م؛ و خانبانی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش برون ریزی نوشتاری هیجانها بر خودکارآمدی و کنترل عواطف در دانش آموزان مضطرب. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۰(۳۷)، ۳۷-۲۱.

- Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(05), 541- 559.
- Davidson, A.S., & Fosgeru, C.F. (2014). General Practitioners' and psychiatrists' responses to emotional disclosures in patients with depression. *Patient Education Counselling*, 95(1), 61-68.
- Dyson. L. L. (2000). Families of young handicapped children parental stress and family function. *American Journal of Mental Retardation*, 14, 363-623
- Fredrickson, B. L., & Tugade, M. M. (2002). What Good Are Positive Emotions in Crises? *Personality processes and individual differences*, 84, 365- 376.
- Forman, E.M., Herbert, J. D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies*, chapter to appear in w.o'donohue, je. Fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 263-265.
- Francisco, J. R. (2014). Psychological inflexibility mediates the effects of self-efficacy and anxiety sensitivity on worry. *Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-8.
- Jourard, S. (1993). *Self-disclosure. An experimental analysis of the transparent self*. Canada: John Wiley & Sons, Inc. Caluschi, Mariana, Probleme de psihologie socială, Editura Carrtes, Iași, 1002.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Herring, S., Gray, J., Taffe, K., Sweeney, D. & Eifeld, S. (2006). Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12, 874-882.

- Hiratzka J, Rastegar F, Contag AG, Norvell DC, Anderson PA, Hart RA. Adverse Event Recording and Reporting in Clinical Trials Comparing Lumbar Disk Replacement with Lumbar Fusion: A Systematic Review. *Global Spine J.* 2015; 5(6), 486-95.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64, 850-857.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M., Jarrah, S., and Shukri, R. (2007). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 41-48.
- Milkavich, A., Meier, J. A., Cooper, J. R. (2005). Emotional Writing Effectiveness: Do Coping Styles and Timing of the Event Predict Outcomes? *Am Journal Psychology Res*, 10 (1), 112-122.
- Ogeston, Paula, L., Mackintosh, Virginia, H. & Myers, Barbara, J. (2011), Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
- Snell, W. E. (2001). Development of the Emotional Self disclosure Scale. In W.E. Snell, (Ed.). *New directions in the psychology of gender roles: Research and theory*. Cape Girardeau: Snell Publications.
- Snell, W. E., Miller, R. S., & Belk, S. S. (1988). Development of the Emotional Self-Disclosure Scale. *Sex Role*, 18 (2), 59-74.
- Solano, C. H., Batten, P. G., & Parish, E. A. (2009). Loneliness and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (3), 524-531.
- Steger, M. F. (2009). *Meaning in life*. In S. J. Lopez (Ed.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 679-687). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Thomson, G. (2003), *On the Meaning of Life*, United States of America, Wadsworth Publishing Company.
- Waite, P. J., & Richardson, G. E. (2004) Determining the efficacy of Resiliency training in the work site. *Journal of allied Health*, 33, 178-183.
- Widmer, E. D., Kempf, N., Sapin, M., & Galli-Carminati, G. (2013). Family beyond parents? An exploration of family configurations and psychological adjustment in young adults with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 207-217.