

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی والدگری والدین دارای کودک اوتیسم شهر بندرعباس

فهمیه نظری^۱

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی والدگری والدین دارای کودک اوتیسم بود. این پژوهش از نوع طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه گوا بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی والدین دارای کودک اوتیسم شهر بندرعباس بود. روش نمونه گیری پژوهش در مرحله انتخاب آزمودنی به صورت داوطلبانه؛ و در مرحله گمارش گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. به این ترتیب که ۳۰ نفر از والدین دارای کودک اوتیسم بندرعباس (مراجعه کننده به مرکز اوتیسم) انتخاب شدند. ابزار پژوهش نیز شامل پرسشنامه خودکارآمدی والدگری توسط دومکا و همکاران و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. داده های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از پژوهش گویای آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی والدگری والدین دارای کودک اوتیسم موثر است. پژوهش حاضر حمایتی تجربی برای به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران دارای کودکان اوتیسم جهت افزایش خودکارآمدی والدگری فراهم می آورد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی والدگری، مادران کودکان اوتیسم.

مقدمه

اختلالات طیف اتیسم با ماهیتی فراگیر در مراحل اولیه ی تحول، آشکار شده و زندگی فرد را در طول دوره ی حیاتش تحت تأثیر قرار می دهد. اختلال های شناختی، مشکلات رفتاری، خلق و خوی آشفته و تحریک پذیر، کارکرد انطباقی پایین، فقدان توانایی خود مراقبتی، مشکلات زبان، ناتوانی یادگیری و نیاز به مراقبت برای تمام عمر نه تنها بر فرد مبتلا بلکه همچنین بر مراقبین او، خانواده، معلمان و جامعه تأثیر می گذارند (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، ۲۰۱۲ به نقل از لیو و همکاران، ۲۰۱۴).

شیوع جهانی این اختلال از اولین مطالعه های همه گیرشناسی در دهه ی ۱۹۶۰ و اوایل ۱۹۷۰ تا به امروز افزایش چشمگیری داشته (بلامبرگ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۴) و در حال حاضر به یکی از رایج ترین انواع ناتوانی های تحولی تبدیل شده است (بوید، ادم، هامفریز و سام، ۲۰۱۰). این افزایش شیوع، فشار اقتصادی زیادی را به همراه داشته است. گانز (۲۰۰۷) هزینه ی سرانه ی اتیسم را ۳۲۰۰۰۰۰ دلار گزارش کرده است (به نقل از کاکاوانیس، هالاس و فارلی، ۲۰۱۲). علاوه بر هزینه های مالی بنا به گفته ی راتاجزاک (۲۰۱۱) ویرانی عاطفی که به سبب دشواری های این افراد در خانواده ایجاد می شود، نگرانی های بسیاری را در دهه های اخیر برانگیخته و موجب شکل گیری گستره ای از پژوهش ها در خصوص علائم زیستی و ژنتیکی مربوط به سبب شناسی این بیماری شده است. اما در مقایسه، شمار پژوهش هایی که به بررسی طرح های درمانی برای کمک به افراد مبتلا به اتیسم و والدین شان می پردازند، بسیار محدود است (بوید، هال و هیوم، ۲۰۱۰).

به طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش ها بیانگر آن است که والدین کودکان استثنایی به علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودکانشان، سختی و مشکلات فراوانی در نگهداری از کودک و مهارت های والدگری تجربه می کنند (بلانجارد، گورکا و بلاکمان، ۲۰۰۳). در این بین سهم مادر در تجربه استرس بیش از پدر است، والدین به خصوص مادران از طرف اجتماع با تلقی اینکه آنها وظیفه ی خود را در قبال فرزند خود به خوبی انجام ندادند روبرو هستند (مقتدر، اکبری و حقگو، ۱۳۹۴). آن ها بایستی به طور دایم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند. بنابراین ممکن است در مدیریت رفتارهای کودک شان با مشکلاتی مواجه شوند. همین امر موجب می شود که والدین نسبت به صلاحیت و توانایی های خود در نقش والدگری تردید داشته و به این نتیجه برسند که خودکارآمدی لازم را در کنترل و مدیریت رفتارهای کودک ندارند (کلمن و کاراکر، ۲۰۰۰).

تحقیقات نشان داده است که خانواده های کودکان اتیسم بیشتر از خانواده های کودکان عقب مانده ذهنی و سندرم داون استرس داشته و با آن درگیر هستند. این اختلال تنیدگیهای روانی بسیاری را، بر خانواده تحمیل میکند از آن جمله میتوان به سطوح بالای اضطراب، تنیدگی، انزوا و بلاتکلیفی، در والدین و همشیران کودک در خودمانده اشاره کرد (وبستر و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از معلم، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش راجرز و متیوس (۲۰۰۴) و سویگنی و لوتزنهیسر (۲۰۰۹) حاکی از آن است که مشکلات کودکان مبتلا به اوتیسم (درخودماندگی)، تأثیر بسزایی در کاهش خودکارآمدی والدینی دارد.

خودکارآمدی والدینی یک ساختار شناختی مهم در ارتباط با عملکرد والدین است که به ارزیابی والدین نسبت به توانایی خود در ایفای نقش والدگری گفته می شود. والدین به منظور احساس خودکارآمدی نیازمند دانش و اطلاعات در زمینه روش های موثر مراقبت از کودک هستند. آنها بایستی به توانایی های خود اعتماد کرده و مطمئن باشند عملکردشان تأثیر مثبتی بر رفتار کودک می گذارد (عظیمی فر، جزایری، فاتحی زاده و عابدی، ۱۳۹۷). بررسیهای انجام شده بر روی والدین دارای کودک اتیسم نشان میدهد که آنها در مقایسه با والدین کودکان عادی، کودکان مبتلا به سندرم داون و کودکان دچار سایر اختلالات رشدی، خودکارآمدی پایینتر و سطوح بالاتر استرس را احساس میکنند (اسکندری، پوراعتماد، حبیبی عسگرآباد و مظاهری، ۱۳۹۵).

سطوح پایین خودکارآمدی موجب می شود والدین گرایش بیشتری به استفاده از شیوه های منفی والدگری نشان دهند، که این امر به خودی خود تاثیر منفی بر رشد کودک گذاشته و منجر به تشدید مشکلات رفتاری می شود (سرابی، حسن آبادی، مشهدی و اصغری نکاح، ۱۳۹۰). این والدین توانایی پرورش همه جانبه ی کودک را در خود نمی بینند (صداقت، ۱۳۹۱).

علاوه بر این، کودک اتیسمی در یک خانواده بر همه ی وجوه زندگی افراد خانواده تاثیر می گذارد. کیفیت زندگی والدین یکی از این وجوه است. امروزه بررسی کیفیت زندگی، بخش اساسی ارزیابی پزشکی و سنجش وضعیت سلامتی به شمار می رود (خداپنده لو، ۱۳۹۷).

زان (۱۹۹۹) کیفیت زندگی را درجه رضایت در تجارب زندگی فرد دانسته و گفته است: کیفیت زندگی شامل رضایت از زندگی، رضایت در تصور از خود، سلامت و فاکتورهای اقتصادی و اجتماعی است. اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره پنج بعد دارد. ۱. بعد سلامت جسمانی: مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیتهای روزمره و مراقبت از خود ۲. بعد سلامت روانشناختی: اضطراب، افسردگی و ترس ۳. بعد روابط اجتماعی: این بعد درباره رابطه فرد با خانواده، دوستان و همکاران و در نهایت جامعه است ۴. بعد محیط زندگی: این بعد اشاره دارد به اینکه کیفیت محیط پیرامون زندگی بشر برای زیست چگونه است و اینکه آیا افراد بر محیط زندگی اثرات مثبت خارجی میگذارند یا نه؟ و یا اینکه تا چه حد سعی میکنند تا اثرات خارجی منفی تعاملات خود را کاهش دهند؟ که شامل احساس امنیت، کیفیت بهداشت، درآمد، دسترسی به اطلاعات، فرصت اوقات فراغت، کیفیت محل سکونت، دسترسی به خدمات پزشکی و رضایت از مسافرتها ی شخصی است (تقی زاده و اسدی، ۱۳۹۳). پژوهش موگنو و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، احتمالاً به دلیل ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی نه تنها زجر زیادی را تحمل می کنند، بلکه استرس بیشتر و سطح کیفیت زندگی پایین تری نیز دارند (به نقل از اسلامی شهربابکی، مظهری، حق دوست و زمانی، ۱۳۹۶).

در بسیاری از موارد، مراقبت از کودک اوتیسم باعث بهبود کیفیت زندگی او میشود، ولی ممکن است کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده به ویژه عضو مراقب را به خطر بیندازد. کیفیت زندگی، جو عاطفی خانواده و نگرش به فرزند در خانواده های که فرزند اتیسمی دارند با والدینی که کودک عادی دارند متفاوت است و با تشخیص اتیسم کودک، به تدریج دچار تغییر می شوند. کودک اتیسمی در یک خانواده به نسبت کودک عادی به انرژی، توجه و مدیریت بیشتر از سوی والدین نیاز دارند (خداپنده لو، ۱۳۹۷).

با توجه به مسائلی که خودکارآمدی والدگری و کیفیت زندگی پایین والدین دارای کودک اتیسم تجربه می کنند؛ والدین به منظور احساس خودکارآمدی نیازمند دانش و اطلاعات در زمینه روش های موثر مراقبت از کودک هستند. آنها بایستی به توانایی های خود اعتماد کرده و مطمئن باشند که عملکردشان تاثیر مثبتی بر رفتارهای کودکانشان دارد؛ یکی از درمان هایی که در چند سال اخیر در کمک به مشکلات روانشناختی والدین دارای کودک مبتلا به اوتیسم مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکردی به مداخلات روانشناختی است که نه بر اساس فنون مشخص بلکه بر اساس فرایند های نظری معینی توصیف می شود. بر اساس مفاهیم نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک مداخله روانشناختی بر اساس روانشناسی رفتاری مدرن است که نظریه چهارچوب ارتباطی را شامل می شود، که در آن از فرایند های توجه آگاهی و پذیرش و نیز تعهد و تغییر رفتار استفاده می شود. (هیز، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲) کاسیا، انرسون و مور، ۲۰۱۵، در پژوهشی با عنوان اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس و افزایش سلامت روان در والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم به این نتیجه رسیدند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی اثرات بلند مدتی بر روی استرس و سلامت روان والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم و علاوه بر این بهبود رفتار با کودک

مبتلا به اوتیسم دارد. پودار، سینها و اوربی، ۲۰۱۵، در پژوهشی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که با این درمان در اضطراب، افسردگی و انعطاف پذیری روان شناختی و کیفیت زندگی والدین بهبودی پیدا شد. مونتگومری، ۲۰۱۵، در پژوهشی اثربخشی تحلیل رفتار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بر روی ۵۷ نفر از والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم را با یکدیگر مقایسه کرد. نتایج نشان داد هیچکدام از این دو درمان باعث کاهش معنا دار استرس و افسردگی والدین نشد. اما هر دو درمان باعث بهبود کیفیت زندگی والدین شد. در پژوهش عزیزی، قاسمی، قربانی، شجاعی، واژانی و محمدی (۱۳۹۶) مقایسه ی اثر بخشی خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و خانواده درمانی کارکردی میتوانند باعث افزایش توانمندی خانواده های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و بهبود کیفیت زندگی آنها شود. از آنجا که بیشتر مداخله هایی که برای کمک به والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم انجام شده عمدتاً بر آموزش آنها در مورد نحوه ی مدیریت کودکانشان متمرکز شده است و خودکارآمدی والدین نادیده گرفته شده است، و همچنین، با توجه به نیاز مبرم به توسعه و گسترش درمان های اثربخش در بین جمعیت مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می رسد. بنابراین با توجه به مطالب فوق و کم بودن پژوهش با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در کشور در یاری رساندن به والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد در بهبود خودکارآمدی والدگری والدین دارای کودک اتیسم موثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گوا بود. متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیر وابسته خودکارآمدی والدگری بود. در این پژوهش جامعه آماری شامل تمامی والدین دارای کودک اوتیسم شهر بندر عباس بودند. که ۳۰ نفر از آنها که فرزندشان به مرکز کودکان با نیازهای ویژه مراجعه می کردند، با استفاده از نمونه گیری داوطلبانه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. اعضای نمونه به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک ورود شرکت کنندگان به پژوهش عبارت بود از: کسب نمره حداقل ۲۵ در مقیاس خودکارآمدی والدگری، داشتن فرزند مبتلا به اوتیسم؛ مدرک تحصیلی سیکل به بالا. همچنین، ابتلا به اختلال شناختی و یا روانی و ناتوانی در خواندن و نوشتن مطابق اظهارات آزمودنی ها به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد. قبل از مداخله از هر دو گروه مورد مطالعه، پیش آزمون گرفته شد. افراد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفته ای یک بار تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات درمانی، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. در این پژوهش، مداخله درمانی براساس پروتکل درمانی هایز و گریک (۲۰۰۱) تدوین شد.

ب) ابزار

پرسشنامه خود اثرمندی والدینی: در سال ۱۹۹۶ توسط دومکا و همکاران برای ارزیابی سطوح کلی خود اثرمندی والدینی توسعه داده شده است. این آزمون کارایی و ناامیدی والدین را هنگام مواجهه با موقعیت های کودک، توانایی حل تعارضات والد کودک و تلاش و مقاومت شان را در والدگری ارزیابی میکند. آزمون دارای ۱۰ گویه و در مقیاس لیکرت هفت درجه ای است

که پنج گویه یعنی گویه های ۱،۳،۵،۶،۸، به صورت معکوس و بقیه به صورت مستقیم نمره داده میشوند. نمره بالا در این آزمون خود اثرمندی بالا و نمره پایین خود اثرمندی پایین را نشان میدهد. این محققان همخوانی درونی این مقیاس را در مادران انگلیسی زبان که سطح اقتصادی متوسطی داشتند با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ گزارش کرده اند (طالعی، طهماسیان و وفایی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر پایایی ابزار به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بود.

ج) برنامه مداخله ای

در پژوهش حاضر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفته ای یک جلسه و در طول ۲ ماه اجرا شد. شرح جلسات این درمان توسط هایز و گریک (۲۰۰۱) طرح ریزی و اجرا شده است. رئوس مطالب جلسات درمانی در جدول ۱ آورده شده است.

تعداد جلسات	معرفی درمان، رابطه درمانی و بیان استعاره دو کوه و استعاره چکش، معرفی والد احساسی، منطقی و عاشق، و ارایه تکلیف: یادداشت تجربیات روزانه و لنگر انداختن
جلسه اول	بیان حساسیتهای والدگری، استعاره جزیره و استعاره تشییع جنازه و ارایه تکلیف: پیدا کردن رفتار جزیره‌ای
جلسه دوم	بررسی نقش باورها در خودکارآمدی والدگری و کیفیت زندگی و تهیه لیستی از افکار و مشکلاتی که مانع خودکارآمدی والدگری و بهبود کیفیت زندگی افراد میشود
جلسه سوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آنها، ایجاد آگاهی از افکار و هیجانات منفی و پذیرش رنج، مطرح کردن گسلش شناختی
جلسه چهارم	دشواری و ناکارآمد بودن کنترل و اجتناب از مشکلات و پذیرش کامل و آگاهانه احساسات، جایگزینی پذیرش، انعطاف و گشودگی به جای اجتناب، کمک به مراجع به منظور کاهش ادغام شناختی
جلسه پنجم	تمرینات ذهنآگاهی و بهبود آگاهی متمرکز بر حال، نسبت به احساسات، ارتباط آگاهانه با احساسات درونی
جلسه ششم	معرفی خود به عنوان زمینه و فرایند تفکر و فرآیند مشاهده تفکر با استفاده از خویشتن مشاهدهگر
جلسه هفتم	تمرکز روی ارزشها و اهداف، شناسایی ارزشهای شخصی و درگیر شدن در فعالیتهای همخوان با اهداف و ارزشهای شخصی
جلسه هشتم	ایجاد الگوهای منعطف رفتاری از طریق مواجهه ارزشمصور، انتخار صصیح به جای انتخار نامناسب یا اجتنار، استعاره مسافران در اتوبوس و جمع بندی و نتیجه گیری از جلسات
جلسه نهم	اجرای پس آزمون

(د) روش اجرا:

در این پژوهش بعد از کسب مجوزهای لازم و با همکاری مراکز درمانی و توانبخشی شهر بندرعباس (مرکز کودکان با نیازهای ویژه) تعداد ۳۰ نفر از والدین به صورت در دسترس از بین مادران دارای کودک دچار درخودماندگی با کنش وری بالا که به این مراکز مراجعه کرده و یا از قبل در این مراکز تحت درمان بوده اند، انتخاب شد. در صورت تمایل به همکاری برای ورود به پژوهش آنها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفت. ضمن توجیه آزمودنی ها و بیان اهداف پژوهش و مطمئن کردن آنها از نظر محرمانه ماندن اطلاعات، از آزمودنی ها در خواست شد تا در دوره درمان شرکت کنند. قبل از شروع درمان به عنوان پیش آزمون روی هر دو گروه مورد مطالعه پرسشنامه خودکارآمدی والدگری انجام شد. بعد برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، دو بار در هفته اجرا شد. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نخواهند کرد. پس از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه مجدداً از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت و سپس داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و روش کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

داده های توصیفی

- بررسی توصیفی نمرات خودکارآمدی والدینی:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات خودکارآمدی والدینی

گروه	اجرا	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲۸/۰۰	۴/۴
	پس آزمون	۱۵	۴۱/۸۶	۵/۸
کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲۷/۴۰	۴/۲
	پس آزمون	۱۵	۲۸/۴۲	۴/۱

با توجه به جدول ۱ می توان متوجه شد که میانگین نمرات پس آزمون خودکارآمدی در گروه آزمایش ($M=41/86$ ، $S=5/8$) نسبت به گروه کنترل ($M=28/42$ ، $S=4/1$) بالاتر می باشد.

• بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس:

• پیش فرض طبیعی بودن توزیع نمرات:

جدول ۲: بررسی نرمال بودن متغیر خودکارآمدی والدینی

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف			متغیر
تعداد	آماره	سطح معناداری	
۳۰	۰/۷۷۸	۰/۳	خودکارآمدی پیش آزمون
۳۰	۰/۶۵۶	۰/۵	خودکارآمدی پس آزمون

۱- Normality

نتایج تحلیل جدول فوق نشان می دهد که مقدار سطوح معناداری در آزمون فوق الذکر از ۰/۰۵ بزرگ تر است. فرضیه صفر در آزمون کلموگروف – اسمیرنوف، پیروی داده ها از توزیع مورد نظر (که در این جا نرمال است) می باشد. فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده ها از توزیع مورد نظر (که در این جا نرمال است)، با توجه به مقدار سطوح معناداری و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می گردد.

همگونی واریانس: گروه های آزمودنی باید از لحاظ واریانس همگون باشند. آزمون لوین این پیش فرض را آزمایش می کند.

جدول ۳: تعیین برابری واریانس نمرات خودکارآمدی والدینی (آزمون لوین)

متغیر	مقدار f	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری (p)
خودکارآمدی پیش آزمون	۳/۲۵	۱	۲۸	۰/۰۸
خودکارآمدی پس آزمون	۲/۸	۱	۲۸	۰/۱

همانگونه که از جدول فوق مشاهده می شود مقدار f در مورد متغیر خودکارآمدی والدینی پیش آزمون و پس آزمون معنادار نشده است ($p > 0/05$)، بنابراین نتیجه می گیریم که بین میزان واریانس نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون این متغیر ها تفاوت معنادار وجود ندارد و این پیش فرض رعایت گردیده است.

بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده و توضیحات داده شده در مقدمه این فصل، برای تحلیل از روش کوواریانس استفاده می شود.

جدول ۴: بررسی تفاوت نمرات پس آزمون نمرات خودکارآمدی کلی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معناداری	ضریب اتا
اثر پیش آزمون	۷/۵۸۲	۱	۷/۵۸۲	۰/۳۵	۰/۵	۰/۰۱
اثر متغیر مستقل	۱۵۴۷/۲۶۱	۱	۱۵۴۷/۲۶۱	۷۴/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
خطا	۵۷۳/۷۵۲	۲۷	۲۱/۲۵	-----	-----	
کل تعدیل شده	۳۶۰۸۷/۰۰	۳۰	-----	-----	-----	

همانگونه که در ردیف دوم مشاهده می شود مقدار f برابر با (۷۴/۸) گردیده که این مقدار در سطح (۰/۰۰۰۱) معنادار گردیده (چون از سطح قابل قبول ۰/۰۵ کمتر می باشد)، بنابراین نتیجه می گیریم که بین میزان نمرات خودکارآمدی والدینی در پس آزمون پس از حذف تاثیر پیش آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. لذا این فرضیه مورد تایید قرار گرفت یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی والدگری افراد تأثیر داشته است. و میزان تأثیر این درمان بر خودکارآمدی (ضریب اتا) ۷۶ درصد است، یعنی ۶۳ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در خودکارآمدی مربوط به تفاوت بین دو گروه است و ۳۷

درصد مربوط به عوامل ناشناخته دیگری است. به عبارت دیگر متغیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب شده است تفاوت های فردی در خودکارآمدی ۶۳ درصد افزایش پیدا کند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش گویای آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی والدگری افراد تأثیر داشته است؛ به عبارت دیگر متغیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب شده است تفاوت های فردی در خودکارآمدی افزایش پیدا کند. نتایج حاصل از آزمون این یافته با یافته های آنجولیا و باون (۲۰۱۹)، ترانزو (۲۰۱۶)، گروس و همکاران (۲۰۱۳)، قاسمی (۱۳۹۷)، علیزاده و همکاران (۱۳۹۵) و حاتمیان (۱۳۹۵) در یک راستا قرار می گیرد.

در توجیه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی والدگری باید بیان داشت خودکارآمدی والدینی به این اشاره دارد که والدین چقدر نسبت به اداره کردن مشکلات کودکانشان اعتماد به نفس دارند. خودکارآمدی والدینی یک ساختار شناختی مهم در ارتباط با عملکرد والدین است. خودکارآمدی والدینی با اینکه کودکان در مشکلات خود چگونه حل مسأله می کنند و پدر و مادر چگونه در فرایند حل مسأله فرزندان خود درگیر می شوند اینکه والدین چه تغییراتی را در فرایند حل مسأله ایجاد می کنند که در رفتار فرزندانشان تأثیر دارد مرتبط است و همچنین تغییرات مثبت در رفتار فرزندان سبب بالا رفتن سطح کارایی والدین می شود و احساس مؤثر بودن را در نقش والدین ایجاد می کند، به این ترتیب خودکارآمدی، درک فرد از اینکه، او توانایی انجام کارها و وظایفی را که در زندگی برای وی اتفاق می افتد و مؤثرند را دارد یا خیر؟! اعتقاد به خودکارآمدی سبب می شود که افراد به خود توجه کنند و رفتار خود را مطابق با اهداف شخصی خود و استانداردهای موجود تنظیم کنند. همچنین اعتقاد فرد به خودکارآمدی، به تجربیات فرد از زندگی که در پیش رو دارد که نتیجه تجربیات گذشته وی است، وابسته است، که سبب اقدامات و تصمیمات آینده فرد می شود.

خودکارآمدی به حس کنترل هر فرد روی محیط و رفتارش وابسته است و باورهای شناختی است که تعیین میکند، آیا رفتار میتواند تغییرات لازم را ایجاد کند؟ چه میزان تلاش لازم است؟ و تا کی میتوان در مقابله با موانع و شکست مقاومت کرد؟ خودکارآمدی به طور مستقیم با رفتارهای سالم در ارتباط است و به طور غیرمستقیم روی رفتارهای سالم در جهت رسیدن به اهداف، تأثیر میگذارد. خودکارآمدی روی چالشهایی که افراد با آن مواجه می-شوند، اثر میگذارد. افراد با خودکارآمدی قوی اهداف مشکلتری را انتخاب میکنند، آنها روی موقعیتهای و شرایط توجه میکنند به جای آنکه به موانع اهمیت دهند.

همچنین خودکارآمدی والدگری اطاعت و پذیرش کودک، شوق و اشتیاق، عاطفه و به صورت منفی اجتناب و منفی نگری کودک را نیز پیش بینی می کند و در تبیین رشد اجتماعی، حرکتی، هوشی و سازگاری کودکان در سال های اول زندگی نیز عامل مهمی است یعنی خودکارآمدی بالا در مادر احتمال موفقیت کودکان را در حوزه های آموزشگاهی افزایش می دهد و تأثیر مستقیمی بر موفقیت کودکان از طریق مدل سازی آن ها با نگرش ها و باورهای والدین دارد.

والدین به منظور احساس خودکارآمدی نیازمند دانش و اطلاعات در زمینه ی روش های مؤثر مراقبت از کودک هستند. آنها بایستی به توانایی های خود اعتماد کرده و مطمئن باشند که عملکردشان تأثیر مثبتی بر رفتار کودکان می گذارد. برنامه های آموزش والدین از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره ی شرایط کودک و نحوه ی رفتار با او، مکانیسم سازگاری والدین را بهبود می بخشد و موجب می شود والدین شرایط کودک خود را بهتر بپذیرند و در پیشرفت کودک نقش موثرتری داشته باشند. همین امر موجب افزایش خودکارآمدی می شود.

درمان های متعددی در این راستا اثرگذار هستند اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این فرصت را می دهد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی و توانایی های خود بدون یک دید قضاوتگرانه بپردازد و بیشتر تمرکز درمانگر، هدایت مراجع با قبول مسئولیت توسط خودش به سمت هشیاری کامل است، تا خود و تواناییهای خود را به طور کامل بشناسد و بپذیرد. درمانگر، افراد را تشویق میکند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کند؛ بدون آنکه آنها را سرکوب نماید و در مورد آن قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی-اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه-ی این رفتار، فکر و احساس تجربه نماید ACT. با افزایش انعطاف پذیری ذهنی، تغییر در ادراک فرد، پذیرش افکار و احساس های منفی، کاهش اجتناب تجربی، هشیاری فراگیر و توجه به خود مشاهده گر و پیوسته، گسلش فرد از نقش-ها و ویژگی-های موقت و بازآفرینی ارزش ها و تعهد برای رسیدن به آنها باعث بهبود خودکارآمدی در فرد می-شود.

این نوع درمان با توجه به اصل تماس با لحظه موجب می گردد والدین دارای کودک اوتیسم در زمان اکنون و حال زندگی کنند و گذشته و تجربیات ناخوشایند را مربوط به آن زمان را نادیده بگیرند این عامل موجب می گردد احساس خودکارآمدی آنان افزایش یابد به این نحو که والدین دارای کودک اوتیسم بخاطر اینکه در لحظه زندگی می کنند، آرامش خود را حفظ می کنند و زمانی که با چالش ها مواجهه می شود با انعطاف پذیری عمل نماید و در مقابل دشواری ها خوش بین باشد و احساسات مثبتی داشته و از موانع و محدودیت های درونی، خویش را رها سازد تمامی این عوامل موجب می گردد که این گروه از افراد در مواجهه با مسائل خلاقانه عمل نمایند. به این نحو است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش خودکارآمدی والدین دارای کودک اوتیسم دیده می گردد. به واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به خاطر اصول نهفته در خویش مانند گسلش، پذیرش، تماس با لحظه، مشاهده خود و ایجاد تعهد در فرد می تواند اثربخشی را افزایش دهد و خودکارآمدی والدین دارای کودک اوتیسم را بیشتر نماید.

منابع:

- جمالی نژاد، راضیه، ۱۳۹۱، بررسی اثربخشی آموزش خلاقیت مادر - کودک بر خلافت کودکان و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان پیش دبستانی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- معلم، زهره. (۱۳۹۴). رابطه سبک دلبستگی و کمال گرایی مادران و سبک والد گری با اختلالات رفتاری کودکان اوتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، گرایش روانشناسی تربیتی.
- عظیمی فر، شیرین؛ جزایری، رضوان السادات؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ عابدی، احمد. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی والدینی کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی سازی. خانواده پژوهشی، ۵۵(۱۴)، ۴۴۳-۴۵۷.
- اسکندری، بهاره؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی؛ مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله سبکهای پردازش حسی بر افزایش خودکارآمدی والدگری و رابطه والد-کودک در کودکان با اختلال طیف اتیسم، تعلیم و تربیت استثنایی، ۱(۱۶)، ۲۱-۱۴.

سرایی، محمدرضا؛ حسن آبادی، حمید؛ مشهدی، علی و اصغری نکاح، محمد. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳(۴۹)، ۸۴-۹۳.

صداقت، حبیب اله. (۱۳۹۱). مقایسه خودکارآمدی والدگری در میان مادران دارای فرزند با و بدون ناتوان ذهنی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، رشته ی روانشناسی - آموزش کودکان استثنایی.

مهاجرى، آتنا سادات؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ شکری، امید؛ خوشایى، کتابون. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنشوری بالا. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱(۷)، (۲۵)، ۲۱-۳۷.

خدابنده لو، رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش رسانه ای خانواده محور بر کیفیت زندگی، جو عاطفی خانواده و نگرش به فرزند در والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، رشته روانشناسی گرایش بالینی کودک ونوجوان.

تقی زاده، حسین؛ اسدی، راضیه. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی مادران کودکان عادی، مطالعات ناتوانی، ۸(۴)، ۷۴-۶۶.

اسلامی شهربابکی، مهین؛ مظهری، شهرزاد؛ حق دوست، علی اکبر؛ زمانی، زینب. (۱۳۹۶). بررسی میزان اضطراب، افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم، مجله بهداشت و توسعه، ۴(۶)، ۳۲۲-۳۱۴.

Liao, S.-T., Hwang, Y.-S., Chen, Y.-J., Lee, P., Chen, S.-J., and Lin, L.-Y. (2014). Home-based DIR/Floortime™ Intervention Program for Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: Preliminary Findings. Physical and occupational therapy in pediatrics.

Blumberg, S. J., Bramlett, M. D., Kogan, M. D., Schieve, L. A., Jones, J. R., and Lu, M. C. (2013). Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged US children: 2007 to 2011–2012. National health statistics reports, 65(20), 1-7.

Kim, Y. S., Fombonne, E., Koh, Y.-J., Kim, S.-J., Cheon, K.-A., and Leventhal, B. L. (2014). A comparison of dsm-iv pervasive developmental disorder and dsm-5 autism spectrum disorder prevalence in an epidemiologic sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53(5), 500-508.

Boyd, B. A., Odom, S. L., Humphreys, B. P., and Sam, A. M. (2010). Infants and toddlers with autism spectrum disorder: Early identification and early intervention. Journal of Early Intervention, 32(2), 75-98.

Blanchard L, Gurka M, Blackman J. (2003). Emotional, developmental health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health. Pediatrics 2006; 117(6): 1202-12.

Coleman P, Karraker K. Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and coorelates. Fam Relat 2000; 49(1): 13-24.

Rogers H, Matthews J. (2004). The parenting sense of competence scale: Investigation of the factor structure, reliability, and validity for an Australian sample. Aust Psychol; 39(1): 88-96.

Sevigny P, Loutzenhiser L. (2009). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child Care Health Dev*; 36(2): 179-89.

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.

Hayes, S C, Gregg, J. (2001). Practice guidelines and the industrialization of behavioral healthcare

delivery. In N Cummings, W T O'Donohue, S C Hayes, & V M Follette (Eds.), *Integrated behavioral healthcare: Positioning mental health practice with medical/surgical practice* (pp. 211-

249), New York: Academic Press

Talee A, Tahmasian K, Vafae N. Effectiveness of positive parenting programs on maternal self-efficacy. *J Family Reserch*.2012; 27: 323-311. [In Persian]

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on improving parenting self-efficacy of parents with autistic children in Bandar Abbas city

Abstract

The purpose of the present study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving parenting self-efficacy for parents of autistic children. The purpose of this study was applied in terms of quasi-experimental method with pretest-posttest design. The statistical population of this study was all parents with autistic children in bandarabbas. The research sampling method was available in the sample selection stage and randomly assigned to the experimental and control group. Thus, 30 parents of children with autism in bandarabbas were selected. The research tool was a parenting self-efficacy questionnaire by Domka and colleagues. The collected data were analyzed in two levels (descriptive and inferential statistics). Statistical analysis of mean and standard deviation, and inferential statistics, analysis of covariance were analyzed by SPSS software. The results of the research show that treatment based on acceptance and commitment is effective in improving parenting self-efficacy of parents with autistic children.

The present study provides empirical support for the use of acceptance and commitment therapy for mothers with autistic children to increase parenting self-efficacy.

Keywords: treatment based on acceptance and commitment, parenting self-efficacy, mothers of autistic children.