

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس والدگری مادران

زهرا محمدی^۱

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران (اصفهان)

محمدرضا عابدی

دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

زهرا یوسفی

استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش خانواده به شیوه پذیرش و تعهد درمانی در کاهش استرس والدگری مادران دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل) و جامعه آماری آن شامل کلیه مادران دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی شهر خمینی‌شهر (اصفهان) در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر از آن‌ها انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه پذیرش و تعهد درمانی و گواه جایگزین شدند. در حالی که گروه گواه در لیست انتظار قرار داشت، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش خانواده به شیوه پذیرش و تعهد درمانی قرار گرفتند. ابزار این پژوهش شاخص استرس والدگری (آبیدین، ۱۹۹۰) بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری در متغیرهای احساس صلاحیت، دلبستگی والدین، محدودیت‌های نقش، افسردگی، رابطه با همسر، جمع قلمرو والدین، جمع قلمرو کودک و استرس والدین مشاهده گردید ($P < 0/05$)، ولی تفاوت دو گروه در انزوای اجتماعی و سلامت والدین معنادار نبود. یافته‌ها از تأثیر آموزش خانواده به شیوه پذیرش و تعهد درمانی بر بهبود علائم استرس والدگری مادران حمایت می‌کند و تلویحات مهمی در توجه به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس والدگری دارد.

واژه‌های کلیدی: استرس والدگری، پذیرش و تعهد درمانی، مادران

^۱ نویسنده مسئول

آدرس پست الکترونیکی: zahramohammadi_psy@yahoo.com

آدرس پستی: ایران، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران (اصفهان).

وصول: ۱۳۹۳/۱۲/۲۱- پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۲۵

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Decreasing the Parenting Stress of Mothers

Mohammadi, Z., Abedi, M. R., Yosefi, Z.

(Received: 12 March, 2015-Accepted: 14 Jan, 2017)

Abstract

This study considers decreasing the parenting stress of the mothers of female students in elementary schools through acceptance and commitment therapy (ACT) in. It is a semi-experimental study, involving a pretest, a posttest and a control group. The statistical population consisted of all mothers of the female students in elementary schools of Khomeinishahr (Isfahan) in 2016-18. Sixty students were selected by convenience sampling and subdivided into two groups: an acceptance and commitment therapy experimental group and a control group. The experimental group subjects received family related training based on acceptance and commitment therapy (ACT) for ten 90-minute sessions while the control group received no training. The tool of this research was the Parenting Stress Index (PSI) (Abidin, 1990). The results of the analysis of covariance showed that in the sequence of controlling the impression of pretest, there is a meaningful difference between the experimental group and the control group in posttest around some variables such as the sense of competence, parent affection, role limitations, depression, the relation with husband, the total territory of parents, the total territory of child and parenting stress ($P < 0.05$). However, the difference between these two groups was not meaningful in social loneliness and parent health. The findings support the effect of family training in terms of acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the signs of mothers' parenting stress and have important implications in considering the therapy based on acceptance and commitment in decreasing the parenting stress.

Keywords: Parenting Stress, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Mothers

مقدمه

پدر یا مادر شدن، واقعه‌ای جسمی، روانی و اجتماعی است که اساساً روش زندگی زوجین را دگرگون می‌کند. وارد شدن فرزند به جمع خانواده بر نحوه زندگی زوجین، روابط زناشویی و تنش‌های پدرانه و مادرانه تأثیرگذار خواهد بود (حاجی غلامی و علاقه‌بند، ۱۳۹۲)؛ بنابراین، والدگری از جمله سخت‌ترین نقش‌هایی است که بزرگسالان فاقد هر گونه آمادگی خاص، متعهد ایفای آن می‌شوند؛ نقشی که فی‌نفسه چهارچوب جامعه‌پذیری مشخصی برای آن متصور نیست، لذا، استرس والدگری^۱ اصلاحی است که ادراک استرس را در نظام والد-کودک مشخص می‌کند و از ویژگی‌های استرس‌زای کودک و استلزام‌هایی که نقش والدگری ایجاب می‌کند به وجود می‌آید (آبیدین^۲، ۱۹۹۳).

به عقیده برخی از پژوهشگران، همه والدین در ایفای نقش والدگری، سطحی از تنش و استرس (سطح بهنجار) را تجربه می‌کنند و برخی از آنان بر این باورند که حتی سطوح اندک تنش و استرس نیز می‌توانند سلامت روانی والدین و تعاملات والد-کودک را به مخاطره بیندازند (ون گاستل، لیگرستی و فردیناند^۳، ۲۰۰۸).

هم‌چنین کریزی و جارویس^۴ (۲۰۰۳) گزارش کردند که فرزندپروری برای هر دو والد با حدی از استرس همراه است، اما به دلیل درگیر شدن بیشتر مادران در امر مراقبت از کودک سطوح بالاتری از استرس در مادران گزارش شده است. مادران در معرض دو گروه بزرگ از استرس‌ها قرار دارند که از استرس حاصل از هویت زیست‌شناختی آنان (قاعدگی، افسردگی بعد از زایمان^۵، افسردگی یائسگی^۶) و استرس مرتبط با مسئولیت حرفه‌ای آنان (نقش مادرانه، مشکلات اشتغال) حاصل می‌شود؛ بنابراین مادران بیش از پدران تنیدگی والدینی را تجربه می‌کنند (مشک‌بید حقیقی، دلاور، شفیع‌آبادی و تبریزی، ۱۳۸۷).

جانسون و مش (۲۰۱۱) گزارش نمودند که ایجاد اختلالات رفتاری و عاطفی در کودکان از

^۱ Parenting stress

^۲ Abidin

^۳ Van Gastel & Legerstee & Ferdinand

^۴ Creasey & Jarvis

^۵ Postnatal depression

^۶ Depression menopausal

یک سو نوعی واکنش کودک نسبت به نابسامانی وضعیت روانی اعضای خانواده بوده (جانسون و مش، ۲۰۱۱) و از سوی دیگر با وجود مشکلات روان‌شناختی در والدین، محرک‌های محیطی نامناسب، مانند عدم پذیرش کودک، عدم محبت و حمایت کافی از طرف والدین، افراط در محبت، بی‌هدفی در خانواده، سردی کانون خانواده، عدم مراقبت و دلسوزی‌های مادر، دل‌بستگی نایمن در خلال کودکی و استرس والدینی مرتبط ساخته‌اند (پانیدا، ۲۰۱۳).

بررسی‌ها، تأثیر استرس والدگری در افزایش افسردگی و اضطراب در والدین را به منزله مؤلفه عمده سلامت روانی آشکار نموده‌اند. هم‌چنین متقابلاً، احساس افسردگی و عدم صلاحیت که مبین احساس بی‌لیاقتی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی است، بیشترین تأثیر را بر استرس والدگری دارد (دادستان، احمدی و حسن‌آبادی، ۱۳۸۵). در این وضعیت والدین دچار استرس شدید و اعتمادبه‌نفس پایین می‌شوند و به تدریج به افسردگی و سایر مشکلات روانی مبتلا می‌شوند و این استرس شدید توانایی آن‌ها را برای ارتباط مؤثر با کودک تحت تأثیر قرار می‌دهد (ون گاستل، لیگرستی و فردینانند، ۲۰۰۸).

هم‌چنین این استرس و تیدگی بلندمدت در والدین منجر به سبک والدگری بی‌ثبات و غیرمقتدر می‌گردد که بر اساس شواهد متعدد، این سبک والدگری پیامدهای منفی و مخربی برای کودکان از جمله مشکلات ارتباطی، اضطراب و کاهش اعتمادبه‌نفس خواهد داشت (کاستین، لیچت، هیل - اسمید، ونس و لوک^۱، ۲۰۰۴). مطالعه بارون و یوست^۲ (۱۹۹۴) نشان داد که ۳۸ درصد کودکان و نوجوانان روابط با والدین را پر از تنش دانسته بودند. نتایج پژوهش برنز و آلسون^۳ (۲۰۰۵) نیز مشخص نمود که خانواده‌هایی که در آن‌ها ارتباط والد-کودک خوب بود، به‌طور کلی از کیفیت زندگی^۴ خود راضی بودند. استرس والدگری، رفتار والدگری منفی و نارساکنش‌وری والدینی را در پی دارد و در نهایت می‌تواند یکی از مؤلفه‌های سلامت والدین باشد (آیدین، ۱۹۹۰). در واقع این والدین به تدریج دچار کاهش احساس شایستگی و صلاحیت والدگری (آجیل‌چی، ۲۰۱۱) می‌شوند؛ بنابراین بخشی از درمان‌های متمرکز روی والدین، از

¹ Costin

² Barron & Yoest

³ Baren & Olson

⁴ Quality of Life

روش کاهش استرس والدگری اقتباس شده است (دابز^۱، ۲۰۰۸).

سازش یافتگی والدین با مشکلات والدگری و فشارهای حاصل از آن پژوهشگران را به مطالعه تأثیر استرس والدگری بر سلامت کودکان ترغیب کرده است. در چند دهه اخیر متخصصان روش‌های گسترده‌ای را برای کاهش استرس والدگری مورد استفاده قرار داده‌اند که می‌توان به آموزش مهارت‌های فرزندپروری^۲ (فرزاد و هومن، ۱۳۸۷)، درمان دلبستگی محور^۳ (تاجیبانا، فوکیشیما، سایتو، یونی‌یاما، آشیدا و همکاران^۴، ۲۰۱۱)، آموزش شناختی- رفتاری (تبعه امامی، نوری، ملک‌پور و عابدی، ۱۳۹۱) اشاره نمود، اما در اکثر موارد این درمان‌ها در کاهش استرس والدگری یا مؤثر نبوده یا اثرات کوتاه‌مدتی داشته‌اند (بلاک لگ و هیز^۵، ۲۰۰۶). از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند بر بهبود استرس والدگری مؤثر باشد و تاکنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ (ACT) است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی که به اختصار ACT خوانده می‌شود، یکی از الگوهای بسط یافته اخیر است که فرایندهای درمانی کلیدی آن از درمان شناختی- رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن شامل: ۱- پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها؛ ۲- عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنادار شخصی است که منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون آموزش مراقبت ذهنی است (والیس، تیزدل، سگال و سالسبی^۷، ۲۰۰۳). ACT ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رفتار درمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد

¹ Dubbs

² Parenting skills training

³ Attachment-based treatment

⁴ Tachibana et al

⁵ Blackledge & Hayes

⁶ Acceptance and Commitment Therapy

⁷ Vallis, Teasdale, Segal & Soulsby

(تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها) را می‌پذیرد (توهیگ^۱، ۲۰۰۹). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی فرد برای ارتباط آگاهانه با زمان حال با وجود تمام احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی‌ای که در لحظه تجربه می‌کند و انجام رفتارهایی در خدمت اهداف و ارزش‌های انتخابی فرد است (هیز، ۲۰۱۱؛ هیز و ارزیل، ۲۰۱۳).

در این درمان سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و به موازات آن اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به افراد در این درمان آموزش داده می‌شود هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب بدون حذف آن‌ها به صورت کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در مرحله چهارم فرد می‌بایست تلاش کند تا تمرکز خود را از تعریفی که از خود بر اساس چند تجربه (داستان شخصی مانند قربانی بودن) دارد کاهش دهد. پنجم کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح آن‌ها را مشخص ساخته و به اهداف رفتاری تبدیل نماید و در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به هدف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط با استرس‌ها و هراس‌ها و ... باشد (ویکسل و همکاران^۲، ۲۰۰۵). برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری این روش به علت سازوکارهای آن می‌تواند ضمن کاهش علائم استرس در والدین، سلامت روانی آن‌ها و کیفیت روابط اعضای خانواده از جمله والدین و فرزندان را افزایش دهد (مورل و اسپرثا^۳، ۲۰۱۱). در این راستا، پیترسون و ایفرت (۲۰۱۱) نشان دادند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش استرس، پریشانی روانی و افسردگی ناشی از فرزندپروری است.

¹ Twohig

² Wicksell

³ Murrell & Scherbarth

اگرچه استفاده روزافزونی از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی به وجود آمده است، پژوهش‌هایی که تأثیر دقیق این روش را به خصوص در مورد استرس والدینی مادران کودکان بهنجار مورد بررسی قرار دهد، اندک هستند. فقدان این پژوهش‌ها، به‌ویژه بر والدین کودکان بهنجار که بخش اعظمی از جمعیت کودکان کشور را تشکیل می‌دهند و معمولاً برنامه‌های خاصی برای آن‌ها قرار داده نمی‌شود احساس می‌شود. چون اکثریت پژوهش‌ها معطوف به والدین دارای فرزندان با نیازهای خاص بوده است. از طرف دیگر، خانواده یکی از ارکان اساسی جامعه است و وجود استرس در خانواده و به‌ویژه والدین می‌تواند اثرات نامطلوبی بر کارکرد خانواده و به طبع آن کارکرد جامعه داشته باشد، لذا توجه به درمان و کاهش این استرس و تنیدگی‌ها لازم و ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، سؤال اصلی پژوهش این بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس والدگری مادران اثربخش است؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل) بود.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی شهر خمینی‌شهر (اصفهان) در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ است. روش نمونه‌گیری پژوهش به صورت در دسترس بود. بدین شکل که از بین مدارس دخترانه مقطع ابتدایی شهر خمینی‌شهر یک مدرسه انتخاب گردید. در گام بعد، ۶۰ نفر از مادران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، حداقل مدرک سوم راهنمایی، رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش، داشتن دانش‌آموز دختر در مقطع ابتدایی. علاوه بر این ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: وجود یک اختلال روانی حاد بر اساس DSM-5، عدم رضایت در پژوهش، حضور در دوره‌ها و جلسات روان‌درمانی در شش ماه اخیر. از نظر وضعیت تحصیلی مادران، گروه پذیرش و تعهد درمانی و گروه کنترل به ترتیب ۴۰ و ۳۰ درصد سیکل، ۵۳/۴ و ۶۰ درصد دیپلم و ۶/۶ و ۱۰ درصد لیسانس و بالاتر بودند. در بعد سن مادران نیز، گروه پذیرش و تعهد درمانی و کنترل به ترتیب ۶۰ و ۶۶/۶۷ درصد بین ۲۵

تا ۳۵ سال و ۴۰ و ۳۳/۳۴ درصد بین ۳۶ تا ۴۵ سال بودند.

ابزار پژوهش

شاخص استرس والدگری^۱ (PSI): این شاخص توسط آیدین (۱۹۶۷) ساخته شده و یک پرسشنامه مبتنی بر خود گزارش دهی است که اهمیت استرس در نظام والد-کودک را ارزیابی می‌کند. شاخص استرس والدگری، شامل ۱۲۰ ماده است که دو قلمرو کودکی (۴۷ ماده) و والدینی (۵۴ ماده) به اضافه یک مقیاس اختیاری تحت عنوان استرس زندگی (۱۹ ماده) را دربرمی‌گیرد. قلمرو کودک شش زیرمقیاس سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، بی‌توجهی و تقویت‌گری را شامل می‌شود که به ویژگی‌های کودک که می‌تواند منبع استرس در والدین باشد اشاره دارد. قلمرو والدین به هفت زیرمقیاس دلبستگی والدینی، محدودیت نقش والدینی، سلامت والدینی، حس صلاحیت والدینی، روابط با همسر و انزوای اجتماعی والدینی را پوشش می‌دهد که اشاره به ویژگی‌های والدین دارد که می‌تواند منبع تجربه استرس والدینی باشد. ضریب قابلیت اعتماد و همسانی درونی ابزار، توسط سازندگان آن در یک گروه از مادران آمریکایی، برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای قلمرو والدین ۰/۸۳ گزارش شده است (آیدین، ۱۹۹۰). دادستان و همکاران (۱۳۸۵) ضریب قابلیت اعتماد و همسانی درونی برای کل مقیاس را ۰/۸۳ و برای قلمرو والدینی ۰/۸۵ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز که جمع نمره قلمرو والدین و زیرمقیاس‌های آن وارد تحلیل‌های آماری شدند، جهت بررسی قابلیت اعتبار آزمون از آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای ۰/۷۹ به دست آمد.

روند و محتوای جلسات آموزش خانواده به شیوه پذیرش و تعهد درمانی

در این پژوهش برای گروه آزمایش، آموزش خانواده به شیوه پذیرش و تعهد درمانی اعمال شد. با توجه به انعطاف‌پذیر بودن آموزش پذیرش و تعهد درمانی، جلسات آموزشی با توجه به علائم و سازه‌های استرس والدگری و کیفیت زندگی در مادران تدوین گردید. تعداد جلسات آموزش پذیرش و تعهد درمانی ده جلسه یک و نیم‌ساعته بود که هر هفته یک جلسه در سالن مربوط به جلسات اولیا و مربیان یکی از مدارس و توسط کارشناس ارشد بالینی و تحت سرپرستی دکترای مشاوره برگزار می‌شد.

^۱ Parenting Stress Index

جلسه	محتوا
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	بحث در خصوص مباحث اساسی خانواده، ارتباط در خانواده خصوصاً با کودکان، تمرین شناسایی نوع رابطه با کودک، تمرین و تمثیل در خصوص هدف ارتباط با کودک (جواب‌گویی به کودک یا ارضای والدین)
سوم	مرور جلسه قبل، بررسی و ارزیابی نحوه و دلیل واکنش به کودکان، بیان کنترل به‌عنوان مشکل
چهارم	بحث عشق به همسر، تمرین و مشاهده ارتباط با همسر ایده‌آل، پذیرش بدون قضاوت اعضای خانواده
پنجم	بررسی ارزش‌های فردی و خانوادگی، مشاهده رفتار متفاوت خود در روابط خانوادگی با تکیه بر ارزش‌ها و انتظارات، بررسی آسیب‌های عشق با استفاده از تمثیل
ششم	بحث در خصوص فواید آگاهی در زندگی، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند (افراد آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود نظیر تنفس، پیاده‌روی تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت‌کنندگان درمی‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آن‌ها توجه خود را به زمان حال بازمی‌گردانند؛ بنابراین شرکت‌کنندگان آموزش می‌دیدند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند، ولی به محتوای آن نچسبند، تمرین رفتار عاشقانه بدون قضاوت با همسر
هفتم	بررسی تفاوت آگاهی و دانش در تربیت و روابط با همسر در قالب تمثیل، آگاهی از دنیای درون و از ذهن، بررسی این مسئله که خیلی اوقات اتفاقاً دانش داشتن مانع از آگاهی می‌شود. بررسی و تمرین راه‌های افزایش آگاهی
هشتم	بحث در خصوص آگاهی به نیازهای فرزند و همسر و واکنش ذهن انسان، شناسایی طرح‌های رفتاری ارتباط بهتر مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، انجام مراقبه نشسته
نهم	بحث و آگاه‌سازی از فرمول‌نهایی خانواده آگاهی از طریق تمثیل (تمایل + تماشا + تدبیر - تراجم + تداخل)، انجام تمرین آگاهی
دهم	مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون

روش تحلیل داده‌ها

روش‌های آماری به کار گرفته شده در این پژوهش، درزمینه آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرض‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول (۱)، میانگین و انحراف استاندارد میزان استرس والدگری و زیرمقیاس‌های آن را بر حسب گروه نشان می‌دهد.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیر استرس والدگری و زیرمقیاس‌های آن بر اساس گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
استرس ناشی از احساس صلاحیت گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۳۶/۶۰	۶/۳۰
	پس‌آزمون	۲۵/۱۳	۶/۹۳
استرس ناشی از احساس صلاحیت گروه کنترل	پیش‌آزمون	۳۵/۴۰	۷/۹۴
	پس‌آزمون	۳۵/۵۰	۸/۹۲
استرس ناشی از دلبستگی والدین گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۵۰	۴/۳۲
	پس‌آزمون	۱۲/۱۰	۳/۷۲
استرس ناشی از دلبستگی والدین گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۷/۷۶	۶/۳۴
	پس‌آزمون	۲۰/۳۳	۴/۶۸
استرس ناشی از محدودیت‌های نقش گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰/۲۶	۵/۷۰
	پس‌آزمون	۱۵/۵۳	۵/۱۵
استرس ناشی از محدودیت‌های نقش گروه کنترل	پیش‌آزمون	۲۳/۶۶	۱۹/۱۳
	پس‌آزمون	۲۱/۸۳	۶/۴۱
استرس ناشی از افسردگی گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲۶/۴۶	۶/۰۷
	پس‌آزمون	۱۸/۶۶	۵/۷۸
استرس ناشی از افسردگی گروه کنترل	پیش‌آزمون	۲۴/۵۰	۳/۹۹
	پس‌آزمون	۲۵/۴۰	۷/۰۶
استرس ناشی از رابطه با همسر گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲۲/۰۰	۸/۳۹
	پس‌آزمون	۱۲/۰۶	۴/۷۱
استرس در رابطه با همسر گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۹/۶۶	۳/۴۵
	پس‌آزمون	۲۱/۱۰	۶/۷۰
استرس ناشی از انزوای اجتماعی گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۷۳	۴/۹۱
	پس‌آزمون	۱۳/۴۶	۴/۲۷
استرس ناشی از انزوای اجتماعی گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۶۶	۳/۸۷
	پس‌آزمون	۱۴/۸۳	۵/۴۶
استرس ناشی از سلامت والدین گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۰۰	۴/۸۸
	پس‌آزمون	۱۳/۵۶	۴/۳۶
استرس ناشی از سلامت والدین گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۳/۷۳	۳/۱۳
	پس‌آزمون	۱۴/۰۳	۵/۶۲
نمره کل استرس در قلمرو والدینی گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵۷/۵۶	۳۳/۸۶
	پس‌آزمون	۱۱۰/۵۳	۲۶/۳۸
نمره کل استرس در قلمرو والدینی گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۵۰/۴	۲۶/۲۵
	پس‌آزمون	۱۵۳/۰۳	۳۱/۸۲

جهت بررسی سؤال پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. بدین منظور

ابتدا برقراری مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه با آزمون شاپیرو ویلک، همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در گروه‌ها با آزمون لوین، همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس با آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون‌ها در جدول (۲) گزارش شده است.

جدول (۲): نتایج بررسی مفروضه‌های آماری آزمون‌های تحلیل کوواریانس

معناداری	df	آزمون شاپیرو ویلک	گروه	منبع تغییرات
۰/۳۳۰	۳۰	۰/۹۶۱	گروه آزمایش	استرس ناشی از احساس صلاحیت
۰/۱۳۱	۳۰	۰/۹۲۲	گروه کنترل	
۰/۱۱۱	۳۰	۰/۸۶۱	گروه آزمایش	استرس ناشی از دلبستگی والدین
۰/۳۹۶	۳۰	۰/۹۶۴	گروه کنترل	
۰/۵۰۲	۳۰	۰/۹۶۹	گروه آزمایش	استرس ناشی از محدودیت‌های نقش
۰/۴۰۱	۳۰	۰/۹۶۵	گروه کنترل	
۰/۱۲۶	۳۰	۰/۸۹۲	گروه آزمایش	استرس ناشی از افسردگی
۰/۰۶۸	۳۰	۰/۹۳۵	گروه کنترل	
۰/۲۱۳	۳۰	۰/۸۸۱	گروه آزمایش	استرس ناشی از رابطه با همسر
۰/۴۷۵	۳۰	۰/۹۶۸	گروه کنترل	
۰/۲۳۰	۳۰	۰/۹۵۵	گروه آزمایش	استرس ناشی از انزوای اجتماعی
۰/۰۵۳	۳۰	۰/۹۳۱	گروه کنترل	
۰/۵۹۰	۳۰	۰/۹۷۲	گروه آزمایش	استرس ناشی از سلامت والدین
۰/۱۲۱	۳۰	۰/۸۳۷	گروه کنترل	
۰/۴۸۴	۳۰	۰/۹۶۸	گروه آزمایش	نمره کل استرس والدینی
۰/۲۱۵	۳۰	۰/۹۵۴	گروه کنترل	

چنانچه در جدول (۲)، گزارش شده است نتایج این آزمون‌ها نشان‌دهنده برقراری مفروضه‌های آزمون‌ها است؛ بنابراین در ادامه به تحلیل سؤال پژوهش پرداخته شد.

جدول (۳): خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه استرس والدگری و زیرمقیاس‌های آن

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
گروه	استرس ناشی از احساس صلاحیت	۱۹۰۰/۶۳۰	۱	۱۹۰۰/۶۳۰	۳۳/۴۰۴	۰/۰۰۰	۰/۳۹۶	۱/۰۰
	استرس در دلبستگی والدین	۱۰۷۱/۵۸۳	۱	۱۰۷۱/۵۸۳	۶۱/۱۳۹	۰/۰۰۰	۰/۵۴۵	۱/۰۰
	استرس ناشی از محدودیت‌های نقش	۶۷۴/۶۰۸	۱	۶۷۴/۶۰۸	۲۸/۲۳۶	۰/۰۰۰	۰/۳۵۷	۰/۹۹۹
	استرس ناشی از افسردگی	۷۷۰/۸۰۸	۱	۷۷۰/۸۰۸	۲۰/۹۵۶	۰/۰۰۰	۰/۲۹۱	۰/۹۹۴

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
	استرس ناشی از همسر	۱۳۳۹/۷۹۱	۱	۱۳۳۹/۷۹۱	۵۱/۵۸۱	۰/۰۰۰	۰/۵۰۳	۱/۰۰
	استرس ناشی از انزوای اجتماعی	۵۲/۴۵۹	۱	۵۲/۴۵۹	۲/۷۷۵	۰/۱۰۲	۰/۰۵۲	۰/۳۷۳
	استرس ناشی از سلامت والدین	۴۶/۳۱۰	۱	۴۶/۳۱۰	۲/۴۵۴	۰/۱۲۳	۰/۰۴۶	۰/۳۳۶
	نمره کل استرس والدینی	۳۰۵۷۷/۱۱۳	۱	۳۰۵۷۷/۱۱۳	۴۳/۲۰۴	۰/۰۰۰	۰/۴۲۶	۱/۰۰

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود، تفاوت دو گروه در استرس ناشی از احساس صلاحیت، استرس ناشی از دلبستگی والدین، استرس ناشی از محدودیت‌های نقش، استرس ناشی از افسردگی، استرس ناشی از رابطه با همسر و نمره کل استرس والدین معنادار است، ولی تفاوت دو گروه در استرس ناشی از انزوای اجتماعی و استرس ناشی از سلامت والدین غیر معنادار است. به این ترتیب با توجه به نتایج جدول (۳) از بین خرده‌مقیاس‌های استرس والدینی و خرده‌مقیاس‌های آنکه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر آن‌ها مؤثر بوده است، متغیرهای استرس ناشی از انزوای اجتماعی و استرس ناشی از سلامت والدین افزایش یافته و سایر استرس‌ها (استرس ناشی از احساس صلاحیت، استرس ناشی از دلبستگی والدین، استرس ناشی از محدودیت‌های نقش، استرس ناشی از افسردگی، استرس ناشی از رابطه با همسر و نمره کل استرس والدین) کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

استرس والدگری اصطلاحی است که مشخص‌کننده ادراک استرس در نظام والد کودک است که هم ویژگی‌های استرس‌زای کودک و هم پاسخ‌های والدین به این ویژگی‌ها را دربرمی‌گیرد (آبیدین، ۱۹۸۳). مادر به‌عنوان یک عضو خانواده که عمده‌ترین نقش والدگری را معمولاً در سیستم خانواده ایفا می‌کند، تحت تأثیر منابع متعدد استرس‌زا قرار دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش خانواده به شیوه پذیرش و تعهد درمانی در کاهش استرس والدگری در مادران دارای دانش آموز مقطع دبستانی انجام شد. نتایج حاصل از بررسی سؤال پژوهش حاکی از آن بود که روش درمان پذیرش و تعهد بر احساس صلاحیت، دلبستگی والدین، محدودیت‌های نقش، افسردگی، رابطه با همسر، قلمرو والدین و استرس والدین اثربخش بوده است، ولی بر انزوای اجتماعی و سلامت والدین اثر معناداری به دست نیامد.

در راستای نتایج حاضر، فرزاد و هومن (۱۳۸۷)، تاجیانا و همکاران (۲۰۱۱)، جانسون و مش (۲۰۱۱)، پانیدا (۲۰۱۳)، روبلی و اکشوموف (۲۰۱۲) و تبعه امامی و همکاران (۱۳۹۱) گزارش نمودند که درمان‌های روان‌شناختی بر استرس والدگری اثربخش است. روبلی و اکشوموف (۲۰۱۲) بیان کرد که خانواده جزء کلیدی هر آموزش و درمانی در حوزه کودکان محسوب می‌شود و خط اول درمان کودکان پرداختن به والدین خصوصاً مادر است. سو^۱ (۱۹۹۹) نیز کاهش استرس والدگری را به دنبال اجرای برنامه آموزشی والدین گزارش کرده است. مطالعات ایرلن و وایزner^۲ (۲۰۰۴) نیز حاکی از آن است که برگزاری یک برنامه آموزشی می‌تواند با افزایش مهارت والدین باعث تغییر روابط والد-کودک و کاهش استرس والدگری آنان گردد. همچنین نتایج پژوهش اوستبرگ و هیگگول^۳ (۲۰۰۷) نشان داد مادرانی که در دوره‌های آموزشی مقابله با استرس والدگری شرکت کرده بودند پس از گذشت یک دوره ۶ ساله میزان استرس آنها تا حد نرمال پایین بوده است.

در تبیین تأثیرپذیری درمان پذیرش و تعهد درمانی بر استرس والدینی و ابعاد آن از جمله افسردگی می‌توان گفت، از آنجاکه در ایجاد افسردگی و احساس گناه والدین، دریافت‌های شناختی تحریف‌شده، نقش عمده‌ای در پدیداری آن دارند (ساندرز^۴، ۲۰۰۹)، روش پذیرش و تعهد درمانی به مادران آموخت تغییر کارکرد افکار و احساسات را به‌جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آنها پذیرند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین، اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود به‌گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های غیرمنطقی کاهش یابد. درنهایت هدف این درمان، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، است (هیز و ارزیل، ۲۰۱۳)، لذا این درمان تأثیر مطلوب و مثبتی را در کاهش افسردگی نشان دهد. این نتیجه با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های متعدد مبنی بر تأثیرپذیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اختلالات خلقی و روابط بین فردی همخوانی دارد (فارمن و هربرت، ۲۰۰۹). علاوه بر این، پژوهش پاترسون^۵ (۱۹۹۲) نشان داد با کاهش افسردگی

^۱ Sue

^۲ Ireland & Vayzner

^۳ O'ostburg & Hagekull

^۴ Sanders

^۵ Paterson

مادر در یک برنامه آموزش ده هفته‌ای، گزارش منفی مادران از سازگاری کودک کاهش می‌یابد (نقل از قنبری، ۱۳۸۵).

در خصوص تأثیرپذیری درمان پذیرش و تعهد درمانی بر احساس صلاحیت می‌توان گفت که پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرآیندمحور است و آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند، لذا روش ACT از طریق پذیرش واقع‌بینانه تجارب و ارزش‌های فردی زمینه پذیرش مسئولیت و افزایش صلاحیت فردی و کاهش احساس منفی محدودیت نقش را برای افراد مهیا می‌سازد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های سو (۲۰۰۹) و اوستبرگ (۱۹۹۸) در خصوص اثر مثبت آموزش والدینی در کاهش احساس منفی در زمینه حس صلاحیت و متعاقباً کاهش استرس والدگری همخوان است. علاوه بر این آجیل چی (۲۰۱۱) گزارش نمود که احساس صلاحیت والدینی با آموزش در خصوص پذیرش واقعیت موجود از وضعیت فرزندان قابل افزایش است.

در تبیین تأثیر ACT بر کاهش احساس منفی دلبستگی والدینی می‌توان گفت، هدف تکنیک‌های به کاررفته در پذیرش و تعهد درمانی افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست، بلکه اهداف این روش‌های درمانی بر کاهش اجتناب از تجربیات و افزایش آگاهی از آن‌ها به خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیرارزیابانه استوار است که این امر بر دلبستگی والدینی نیز که متضمن ایفای کامل نقش‌های مادران است اثرگذار بود (بلک لدگ و هیز، ۲۰۰۶). تغییر روابط با تجارب درونی به وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی کمک کرده و بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود (هیز و ارزیل، ۲۰۱۳). علاوه بر این، تکنیک‌های پذیرش و تعهد درمانی، به مادران می‌آموزد که چندین وضعیت بد و دشوار کودک خود را متصور شوند. سپس در جلسه با استفاده از تکنیک‌های ACT، تمرین جهت پذیرش شرایط صورت می‌گرفت و در تکالیف خانگی نیز خواسته می‌شد که در دنیای واقعی و ارتباط با کودک از تکنیک‌ها بهره گرفته شود. این نتایج با یافته‌های اوستبرگ و هاگی کول (۲۰۰۰) در زمینه کاهش احساس منفی دلبستگی و کاهش استرس والدگری از طریق آموزش والدین همخوان است.

دیگر یافته‌ها نشان داد که روش درمانی پذیرش و تعهد بر حل مسئله بین والدین و بهبود روابط با اعضای خانواده از جمله همسر مؤثر است (مرل و اسپیربارث، ۲۰۱۱). در این راستا، باروچ (۲۰۱۲) در پژوهشی گزارش داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمت، سازگاری زناشویی و روابط والد-فرزند اثربخش است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که روش درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان یک شیوه درمانی باعث می‌شود که والدینی که قدرت و توانایی ضعیف در مکالمه و ناتوانی در بحث کردن بر سر مشکلات و توانایی ضعیف در ارتباط کلامی به خصوص در موقعیت‌های تعارضی دارند، بعد از آموزش به این توانایی برسند که بتوانند بر سر مشکلات به وجود آمده در ارتباط با همسر و فرزندان به بحث و گفتگو بپردازند و مشکلات موجود را از طریق تکنیک‌های ACT از جمله گسلش شناختی حل نمایند که این امر منجر به کاهش استرس و افزایش تجارب خوشایند والدگری (گریکو و همکاران، ۲۰۰۵) و در نتیجه افزایش روابط با همسر می‌شود. این نتیجه در راستای نتایج سالیوان^۱ (۲۰۰۳)، ایرلن و وایزبر (۲۰۰۴) و مشک‌بید حقیقی (۱۳۸۷) در زمینه بهبود روابط با همسر و در نتیجه کاهش استرس زناشویی و متعاقباً افزایش همکاری زوجین و کاهش استرس والدگری از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی متفاوت مشابه است. فیورشیم^۲ (۲۰۰۳) نیز گزارش نمود با بهبود روابط با شریک زندگی می‌توان انتظار داشت، سطح استرس والدگری کاهش یابد.

در خصوص عدم معناداری ابعاد انزوای اجتماعی و سلامت جسمانی شاید بتوان گفت از دلایل وقوع چنین مسئله‌ای این است که در اجرای برنامه آموزشی پذیرش و تعهد درمانی، بخش ویژه‌ای با محتوای خاص برای کاهش انزوای اجتماعی و مشکلات جسمانی طراحی نشده بود. در راستای این نتیجه، نیرد و همکاران^۳ (۲۰۰۰) نیز گزارش نمودند که با اجرای برنامه آموزش ده‌هفته‌ای برای کاهش استرس والدینی فقط نشانه‌های مؤلفه افسردگی کاهش یافت، ولی بعد سلامت کاهش نیافته بود.

علاوه بر موارد ذکر شده در این پژوهش نشان داده شد که با استفاده از تکنیک‌های روش درمانی پذیرش و تعهد می‌توان به بعد قلمرو والدینی مادران کمک نمود. تکنیک‌های درمان

^۱ Sullivan
^۲ Fiorsheim
^۳ Naerde

ACT باعث می‌گردد فرد با افزایش آگاهی نسبت به اطرافیان خصوصاً کودک و با قرار گرفتن در زمان حال، بتواند تنظیم هیجان و عاطفه بیشتری از خود نشان دهد و بر افکار و رفتارهای خود، آگاهی داشته باشد که این مسئله می‌تواند حساسیت بیش از اندازه نسبت به رفتار کودک و طرد کودک را کاهش دهد و در نهایت باعث کاهش احساس استرس والدینی شود (ویدنیک، موريسن، توهیج، ۲۰۱۳). هم‌چنین تکنیک ذهن آگاهی به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند با منابع شناختی، عاطفی و جسمانی درونی خود ارتباط برقرار کنند، برکنش و واکنش‌های خود آگاهی بایند و بتوانند زمینه حمایت عاطفی و جسمانی را برای آسان‌تر کردن نقش والدگری فراهم نمایند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰).

همان‌طور که بحث شد، از آنجا که تغییر از طریق پذیرش و آگاهی به درمان‌جویان کمک می‌کند با منابع شناختی، عاطفی و جسمانی درونی خود ارتباط برقرار کنند، روش درمانی پذیرش و تعهد توانست در مدت زمان کوتاه مؤثر واقع شود. افرادی که معمولاً دچار استرس می‌شوند، معمولاً دارای نوعی نقص در شناسایی افکار، احساسات، وضعیت‌های کنشی-واکنشی و در کل حالات درونی و بیرونی خود هستند، لذا با روش درمانی پذیرش و تعهد می‌توان درصدد رفع استرس آنان اقدام نمود؛ بنابراین، باید با توجه به بافت شخصی، زمینه و موقعیت پدیدآورنده استرس و پیشینه هر فرد، نسبت به پذیرش و تعهد درمانی در هر مورد اقدام نمود.

به‌طور کلی با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت روش آموزش خانواده به شیوه پذیرش و تعهد درمانی، روش درمانی مناسب برای کاهش استرس والدگری محسوب می‌شود. بدون شک شناخت ریشه‌های استرس والدگری از جمله مادران و مقایسه تأثیرپذیری این روش با درمان‌های رایج خانواده‌درمانی و مشاوره‌های فردی ضروری می‌نماید. این مطالعه تنها بر روی مادران دانش‌آموزان ابتدایی شهر خمینی شهر انجام شد و بنابراین تعمیم اطلاعات حاصل از این مطالعه بر والدین دانش‌آموزان دیگر مقاطع یا نواحی باید با احتیاط انجام شود. انجام مطالعه‌های مشابه با جلسات پیگیری چند ماهه به‌منظور بررسی طول اثرات درمان پیشنهاد می‌شود.

منابع

تبعه امامی، ش؛ نوری، ا؛ ملک‌پور، م؛ و عابدی، ا. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مادران بر تغییر رفتار مادرانه و دل‌بستگی نایمن کودک. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳، ۱۶-۷.

حاجی غلامی یزدی، ع؛ و علاقبند، م. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت فرزندپروری بر نگرانی، اضطراب و باورهای خودکارآمد والدین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲ (۲۱): ۱۴۷-۱۳۶. دادستان، پ؛ احمدی ازغندی، ع؛ و حسن آبادی، ح. (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال. روان‌شناسی تحولی، ۲ (۷): ۱۸۴-۱۷۱.

فرزاد فرد، س؛ و هومن، ح. (۱۳۸۷). نقش آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان. روان‌شناسی تحولی، ۴ (۱۵): ۲۹۲-۲۷۷.

قنبری، س. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی روش آموزش رفتاری والدین در کاهش مشکلات برونی‌سازی شده در کودکان ۷-۹ سال. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی. مشکبید حقیقی، م؛ دلاور، ع؛ شفیع آبادی، ع؛ و تبریزی، م. (۱۳۸۷). بررسی اثر آموزش زندگی خانوادگی در کاهش تنیدگی والدینی مادران دارای کودکان بیش فعال. پژوهش‌نامه تربیتی، ۴ (۱۶): ۲۰۸-۱۸۲.

Abidin, R. (1990). Introduction to the special issue: the stressors of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 298-301.

Abidin, R. R. (1983). *Parenting stress index-Manual*. (3rd ed) University of Virginia.

Ajlchi, B., Borjali, A., & Janbozorgi, M. (2011). The impact of a parenting skills training program on stressed mothers and their children's self-esteem level. *Procedia Soc Behav Sci*, 30: 316-26.

Barens & Olson. (2005). Parent- Adolescent communication and the circumplex model, child development, 56: 438-447.

Barron, C. R., & Yoest, Ph. (1994). Emotional Distress and coping with a stressful relationship in adolescent boys. *Journal of Pediatric Nursing*, 9 (1): 13-49.

Baruch, D. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8 (3): 241-257.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, 28 (1), 1-18.

Costin, Y., Lichte, C., Hill-Smith, A., Vance, A., & Luk, E. (2004). Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2004; 3 (1). [Cited 2012 Feb]. Available From: <http://www.auseinet.com/journal/vol3iss4/Costin>.

Creasey, L., & Jarvis, A. (2003). Relationships between parenting stress and developmental functioning among 2- years- old. *Journal of Infant Behaviour and Development*, 17, 423-429.

Dubbs, J. L. (2008). Parent stress reduction through a psychosocial intervention for children diagnosed with attentiondeficit/ hyperactivity disorder. A dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology. Indiana University of Pennsylvania.

Fiorsheim, P. (2003). The transition to parenthood among young african American and latino couples: relational predictors of risk for parental disfunctioning. *Journal of Family Psychology*, (7): 65-79.

Greco, A., Blackledge, T., Coyne, W., & Ehreich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example. New York: Springer Science.

Hayes, S. C. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol*, 7: 141-168.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., et al. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processed and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (1): 1-25.

Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2013). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract*, 20 (3): 264-281.

Irelan, J., & Vayzner, M. (2004). Family life education: A program of lutheran child and family services of Illinois.

- Johnston, C., & Mash, E. (2011). Families of children with attention deficit/ hyperactivity disorder: Review and recommendation for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Morgan, J., Robinson D., & Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behavior. *Child and Family Social Work*, 7, 219-225.
- Murrell, A. J., & Scherbarth, A. (2011). State of the Research & Literature Address: ACT with Children, Adolescents and Parents. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (1): 15-22.
- Naerde, A., Tambs, K., Mathiesen, S., Dalgard, S., & Samulsen O. (2000). Symptoms of anxiety and depression among mothers of preschool children: effect of chronic strain related to children and child caretaking. *Journal of Affective Disorders*, 58, 181-199.
- O'ostburg, M., Hagekull, B., & Hagelin, E. (2007). Stability and prediction of parenting stress. *Infant and Child Development Information*, 16, 207-223.
- Oostburg, M. & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 615-625.
- Pandina, G. L., Bilder, R. H., & Keefe, R. S. (2013). Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. *Biological Psychiatry*.
- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cogn Behav Pract*, 18 (4): 577-587.
- Ruble, L., & Akshoomoff, N. (2012). Autism Spectrum Disorders: Intervention Options for Parents and Educators. *National Association of School Psychologists*, 38, 1-6.
- Sanders, M. R. (2009). Triple P: A multi-level system of parenting intervention: Workshop participant notes. Brisbane the University Queensland.
- Sue, S. (1999). Family therapy for ADHD: Treating children adolescent and adults. New York: Guilford press.
- Sullivan, B. S. (2003). Constant vigilance: Mothers work parenting young children with type I diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 18, 21-29.
- Tachibana, Y., Fukushima, A., Saito, H., Yoneyama, S., Ushida, K., Yoneyama, S., & Kawashima, R. (2011). Parenting Stress and Improve Child Cognitive Abilities: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Plus One*, 7, 1-14.
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (1): 18-28.
- Vallis, J., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2003). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42 (1), 127-134.
- Van Gastel, W., Legerstee, S., & Ferdinand, F. (2008). The role of perceived parenting in familial aggregation of anxiety disorders in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 4: 23-34.
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Behaviour Research and Therapy*, (12): 415-423.
- Woidneck, M. R., Morrison, K. L., & Twohig, M.P. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress among Adolescents. *Behavior Modification*, 3: 45-58.