©2021 ASP Ins., Legal Medicine Research Center, Iran

ISSN: 1027-1457; IRANIAN JOURNAL OF Forensic Medicine. 2021; 27(1):7-14.

Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resiliency orphan's welfare elementary school

ARTICLE INFO

Article Type
Original Research

Authors
Moradi Kh[1]* PhD
Zainali Z[2] MA

How to cite this article
Moradi K, Zienaly Z. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resiliency orphan's welfare elementary school. Sci J Forensic Med. 2021; 27 (1) :7-14.

[1] *Department of Psychology, Faculty of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
[2] Department of Psychology, Faculty of Psychology, Kashan Branch, Islamic Azad University, Kashan, Iran.

***Correspondence**

Address: No.20, Sharieati st, Tehran, Iran.
Postal Code: 1934693934.
Phone: +98 (21) 88938300
Moradikhadijeh@gmail.com

Article History
Received: January 31, 2021
Accepted: March 23, 2021
EPublished: May 19, 2021

ABSTRACT

Introduction The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience in premature children of pre-school age children under the well-being of Kashan.

Materials & methods This research was semi-experimental and pre-test-posttest with control group was used. The sample consisted of 30 non-affiliated children who were selected by available sampling method and based on entry and exit criteria from the day-care center. They were randomly assigned into two groups of 15 subjects. Measurement tools were the Conner Dodson Resilience Scale (2003), which was completed by participants in the pretest-posttest phase. Then, the participants in the experimental group participated in eight 90-minute treatment sessions based on admission and commitment.

Results The mean score of resilience before the intervention in the experimental group was 47.65 which after the intervention reached 93.15 and in the follow-up stage reached 87.92 and in the control group these scores increased from 78.59 to 72.64 in the post-intervention stage and 44.36 in the follow-up stage Resilience was in the control group. Acceptance and commitment therapy had a greater effect on resilience in the participants of the experimental group than the control group. Based on the results of analysis of covariance, acceptance and commitment therapy increased resilience.

Conclusion Considering the effect of acceptance and commitment therapy on increasing resilience of homeless children covered by welfare, the importance of using this treatment compared to other treatments to increase resilience and ability to cope with problems should be considered.

Keywords Acceptance and commitment therapy, Resilienc, Orphaned.

***Citation Links**

[1] Investigating the relationship between… [2] What makes the difference…? [3] The meaning of resilience… [4] The construct of resilience... [5] Ordinary magic: Resilience processes… [6] Development of a new resilience scale... [7] Effectiveness Comparison of… [8] The effectiveness of learning exercise… [9] Resilience and indicators of… [10] Theorizing religious effects among… [11] Resilience concepts and findings... [12] Comparison of emotional and social... [13] Investigating the relationship… [14] Happiness unpacked: Positive emotions… [15] Handbook of resilience in children… [16] Role of resilient personality on lower… [17] Relationship between religiosity and… [18] The mediator role of resilience in the relationship… [19] Resilience and its role in promoting… [20] Resilience in children a review… [21] Resilience of sisters and brothers… [22] Developmental origins of attachment styles… [23] Insecure attachment and… [24] The effectiveness of acceptance and… [25] Exploring the feasibility and benefits… [26] A practitioner's guide… [27] Effectiveness of parenting education… [28] Acceptance and Commitment Therapy… [29] Coming to our senses: Healing ourselves… [30] Acceptance and commitment therapy… [31] Model, data, and extension… [32] Different treatments, similar mechanisms… [33] Psychological acceptance and quality of… [34] Conceptualizing mindfulness and… [35] The Effectiveness of group therapy… [36] The effectiveness of treatment… [37] The prediction of educational and emotional… [38] Acceptance and commitment therapy… [39] The effectiveness of adherence-based treatment… [40] New directions in cognitive behavior therapy…

Copyright© 2021, the Authors | Publishing Rights, ASPI. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

" تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تاب‌آوری کودکان تحت پوشش بهزیستی "

خدیجه مرادی* PhD

دکترای تخصصی روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

زهرا زینلی MA

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحدکاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۰۳

*نویسنده مسئول: Moradikhadijeh@gmail.com

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری در کودکان بی‌سرپرست دوره ابتدایی تحت پوشش بهزیستی شهر کاشان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بوده و از طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. ۳۰ کودک بی‌سرپرست به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج از مرکز شبانه‌روزی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مقیاس تاب‌آوری کونور دیودسون توسط شرکت‌کنندگان در مرحله پیش آزمون - پس آزمون تکمیل گردید. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: میانگین نمره تاب‌آوری قبل از مداخله در گروه کنترل ۷۸/۵۹ بود که پس از مداخله به ۷۲/۶۴ و در مرحله پیگیری به ۴۴/۳۶ رسید. نتایج در گروه آزمایش به ترتیب ۴۷/۶۵، ۹۳/۱۵ و ۸۷/۹۲ گزارش شد که نشانه افزایش معنادار نمره تاب‌آوری در گروه آزمایش بود. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر بیشتری بر تاب‌آوری داشت. بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب‌آوری شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش تاب‌آوری کودکان بی‌سرپرست تحت پوشش بهزیستی، اهمیت استفاده از این روش درمانی نسبت به سایر روش‌های درمانی جهت افزایش تاب‌آوری و توانمندی مقابله در برابر مشکلات توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، کودکان بی‌سرپرست.

مقدمه

یکی از مشکلات زندگی اجتماعی وجود کودکانی است که به دلایلی بی‌سرپرست و بدسرپرست شده و به مراکز نگهداری سازمان بهزیستی سپرده می‌شوند. این کودکان به سبب محرومیت و ناکامی غالبا دچار طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی هستند که شامل عدم مهارت در تعاملات اجتماعی، خودکنترلی و موارد دیگر می‌باشد. کمبود مهارت-های مذکور و بروز رفتارهای ناسازگارانه در ارتباط با محیط در نتیجه کاهش تاب‌آوری اتفاق می‌افتد. لذا توجه به این گروه از کودکان و کمک به بهبود تاب‌آوری به منظور ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۱].

تعداد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران کودکی با آن روبه رو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان و بخصوص تاب‌آوری را در دوره کودکی به یک ضرورت تبدیل می‌کند. ظرفیت یا نتیجه سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم چالش‌ها یا شرایط تهدیدآمیز به‌عنوان فرآیند تاب-آوری تعریف می‌شود [۲].

وجود مشکلات اقتصادی و اجتماعی در زندگی افراد نیاز به این ویژگی را به یک ضرورت تبدیل کرده‌است [۳-۵]. تاب‌آوری، پایداری در برابر آسیب‌ها و شرایط تهدیدکننده یا حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در جامعه می‌باشد. می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط سخت است [۶]. هدف تاب‌آوری، شناسایی عوامل خطرساز و محافظت‌کننده محیطی جهت حفاظت فرد در برابر اثرات زیان‌بار عوامل خطرساز بوده و حاصل تعامل عوامل فردی و محیطی در نظر گرفته می‌شود [۷]. افزون بر این پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است [۸]. تاب‌آوری با کمک به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی، می‌تواند منجر به کاهش افسردگی شود [۹]. هم‌چنین، توانایی سازگاری با درد، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد [۱۰]. در واقع، تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت در شرایط سخت و پرخطر است که موجب می‌شود نه تنها بر آن شرایط دشوار فائق آیند، بلکه طی آن و با وجود آن قوی‌تر شوند. توانمندی کسب‌شده می‌تواند ناشی از خوش‌بینی نسبت به آینده‌ای بهتر باشد [۱۱]. پژوهش‌ها حاکی از وجود رابطه تاب‌آوری و محرومیت اقتصادی و اجتماعی در ارتباط با طبقه بالا در مقایسه با طبقه پایین جامعه [۱۲]، سبک اسناد درونی و بیرونی [۱۳]، هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی [۱۴]، سلامت روانی [۱۵] و منبع کنترل [۱۶] اشاره کرد.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

طی سال‌های اخیر پژوهشگران به پژوهش درباره تاب‌آوری به عنوان راهکاری نوید بخش در جهت کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی در کنار افزایش سلامت و رفاه توجه کرده‌اند [۱۷]. تاب‌آوری مقابله با مشکلات و رویدادهای ناگوار و پاسخ قابل انعطاف در برابر شرایط روزمرگی است [۱۸]. فرد تاب‌آور قادر است در مواجهه با ناملایمات و تغییرهای زندگی موفق عمل کند [۱۹]. گارمزی عوامل ارتقادهندهٔ تاب‌آوری را به سه دسته فردی (نظیر هوش ذاتی و خلق و خو)، خانوادگی (ویژگی‌های خانوادگی و میزان حمایتی که اعضای خانواده از فرزندان خود به عمل می‌آورند) و اجتماعی (حمایت بیرونی از جانب اشخاص و سازمان‌های خارج از خانواده که می‌تواند هم فرد و هم خانواده را یاری دهد) تقسیم‌بندی می‌کند [۲۰]. تعدادی از ویژگی‌های قابل تشخیص تاب‌آوری عبارتند از: توانایی خلق یک وضعیت معنادار، احساس صمیمیت و ارتباط با جهان و سطح انعطاف ذهنی و عاطفی [۲۱].

بر اساس مشاهدات بلسکی (۲۰۱۸) [۲۲] افراد با تاب‌آوری بالا رویدادهای تنش‌زا را کمتر تهدیدآمیز می‌دانند و با احتمال بالاتر در پی جستجو برای کمک به جای سرکوب کردن حس ایجاد شده بر می‌آیند. نتایج مشاهدات ایسن (۲۰۱۸) [۲۳] تفاوت در نگرش افراد تاب‌آور نسبت به شرایط تنش‌زا را نشان می‌دهد. به‌گونه‌ای که این افراد به جای تمرکز بر مشکلات، بر خود متمرکز می‌شوند. بنابر پژوهش‌های انجام‌شده، تاب‌آوری به‌عنوان سازه شناختی مطرح شده است [۲۴]. گفته شده مهارت‌های شناختی بویژه فرا شناختی مانند ذهن آگاهی می‌توانند با افزایش توانایی فرد برای تنظیم هیجان و مهارت‌های کنار آمدن، منجر به بهبود تاب‌آوری فرد شوند [۲۵]. در حال حاضر، گرایش به درمان‌های موج سوم شناختی که مشخصه آن‌ها تمرکز بر عملکرد می‌باشد [۲۶] و بر مفاهیمی مانند ذهن آگاهی و بافت‌گرایی تکیه دارد رو به گسترش است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف ایجاد تغییر در رابطه فرد با افکار و احساسات خود، از جمله درمان‌های موج سوم شناختی محسوب می‌شود [۲۷]. تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه برچسب بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زا است؛ و برای سالم بودن باید از آن‌ها خلاص شد. این نگرش باعث منازعه ما با افکار و احساسات برچسب‌خورده می شود. منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. تغییر افکار و احساسات رنج‌آور و تبدیل آن به تجارب طبیعی که بخشی از یک زندگی غنی و معنادار می‌باشد، هدف غایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است [۲۸].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توجه ویژه‌ای به مهارت ذهن آگاهی دارد. کاباتزین (۲۰۰۵) [۲۹] از پیشگامان طرح مؤلفه ذهن آگاهی، آن را توجه بدون قضاوت فرد به زمان حال و تجربه لحظه به لحظه تعریف می‌کند.

بر پایه این روش درمانی، اجتناب از افکار و احساسات آزاردهنده با انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی منجر به آسیب در فرد می‌شود. این درمان از طریق افزایش ذهن آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار)، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد در مقابله با شرایط تنش‌زا کمک می‌کند [۳۰].

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانمند سازی مراجعان جهت افزایش انطباق عملکرد افراد با ارزش‌های منتخب آن‌ها می‌باشد [۳۱]. این درمان نوعی مداخلهٔ مبتنی بر شواهد بوده و مراجعان را به آزمودن افکار منفی خویش تشویق می‌کند و برخلاف شناخت درمانی سنتی، صریحاً ساختاردهی مجدد شناختی را مردود اعلام می‌نماید زیرا به جای محتوای شناخت بر جهت دهی به عملکرد تمرکز دارد [۳۲]. پذیرش روانشناختی می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشد [۳۳]. پذیرش و ذهن آگاهی از عناصر اساسی تاب‌آوری محسوب می‌شوند [۳۴]. دهقانی (۲۰۱۵) [۲۴] در پژوهشی داخلی نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری را افزایش می‌دهد. نتایج مطالعه عزیزی و همکاران (۲۰۱۴) نیز بیانگر اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تاب‌آوری افراد مبتلا به سردرد مزمن می‌باشد [۳۵]. توکلی و حیدری (۲۰۱۵) اثربخشی این روش درمانی را علاوه بر درد مزمن، در موارد اضطراب نیز گزارش کردند [۳۶].

مخاطرات سلامت روان در کودکان بی‌سرپرست و ساکن در مراکز شبانه‌روزی نسبت به کودکان دارای سرپرست به دلایل زیر می‌تواند بالاتر باشد: ۱- این کودکان تجربه بدرفتاری را به قدری شدید تجربه کرده‌اند که آن‌ها را به سرویس‌های حمایت از کودکان آورده‌اند. ۲- نقل مکان از خانه به مراکز نگهداری کودکان بی/بدسرپرست موجب احساس طرد از سوی خانواده و جامعه در این کودکان می‌شود. ۳- اثر منفی جدایی از خانواده می‌تواند منجر به وابستگی‌های شدید عاطفی این کودکان به مراقبین سواستفاده‌گر شود. رفتار کودکان پرورشگاهی در قیاس با کودکان دارای خانواده دلهره‌آمیزتر است. این رفتار پس از یک دوره جدایی یا نگهداری روزانه توسط یک فرد جانشین پس از یک دوره جدایی به وجود می‌آید. دلبستگی دلهره‌آمیز باعث تأخیر در روند رشد تکاملی و ایجاد مشکل در برقراری ارتباط با همسالان، اعتماد به دیگران، صداقت و آموختن مهارت‌های اجتماعی و درسی می‌شود. کودک پرورشگاهی در جهانی متفاوت زندگی می‌کند و نیازهای عاطفی او بر آورده نشده‌است و امیدی به بازگشت پدر و مادر خود ندارد.

بر اساس مطالب عنوان‌شده، حمایت و مداخله‌های تخصصی برای کودکان بی/بدسرپرست لازم به‌نظر می‌رسد، که یکی از مهم‌ترین شیوه‌های مطرح، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. با وجود اینکه پژوهش‌های زیادی در زمینه کودکان بی‌سرپرست و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده‌است اما پژوهشی در رابطه با اثربخشی این گونه درمان بر تاب‌آوری کودکان بی‌سرپرست وجود ندارد.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

لذا در این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری در کودکان بی سرپرست دوره ابتدایی تحت پوشش بهزیستی شهر کاشان مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. به منظور آزمون فرضیه‌ها، ۳۰ نفر از بین جامعه آماری کودکان پسر بی‌سرپرست سنین دبستان (۱۰ تا ۱۲ سال) از مرکز نگهداری و شبانه روزی تحت پوشش بهزیستی شهر کاشان گزینش شدند. جهت انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید و سپس آزمودنی‌ها با انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بعد از انتخاب نمونه ۳۰ نفری از کودکان و انتساب تصادفی آن‌ها به صورت ۱۵ نفری در هر دو گروه، کودکان هر دو گروه در سالن اجتماعات بهزیستی حضور پیدا کردند و پرسشنامه تاب‌آوری روی آن‌ها اجرا گردید. سپس طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و مطابق با بسته آموزشی و پروتکل درمانی، تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. در این شیوه درمانی جهت آموزش به کودکان از تصاویر، اسلایدها، استعاره‌ها (متناسب با درک و فهم کودکان و مرتبط با هر ضلع از اضلاع الگوی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی درمان مورد نظر که شامل استعاره شیاطین در قایق، استعاره ببر خشمگین و استعاره اتوبوس)، بازی‌ها (شامل بازی دارت و مار و پله)، تمرینات تجربه‌ای (شامل پیاده‌روی با ذهن، جعبه قلب و سم) و ایفای نقش توسط کودکان استفاده شد. سپس بعد از اتمام دوره درمان گروه آزمایش، هر دو گروه در همان مکان و در بهزیستی حضور یافتند و بار دیگر پرسشنامه تاب‌آوری بر روی آن‌ها اجرا گردید. برای تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) به تناسب برای ارائه نتایج استفاده شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

مقیاس تاب‌آوری کونور دیودسون: این پرسشنامه جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده‌است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در شش گروه؛ جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران با استرس پس از سانحه انجام شده‌است. طیف پاسخگویی به آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای بوده که از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۵) می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، امتیاز همه سؤالات با هم جمع می‌شوند.

نمره بالاتر از ۵۰ (از مجموع ۱۰۰) نشانگر افراد دارای تاب‌آوری بوده و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. تهیه‌کنندگان این مقیاس اعتقاد دارند که این پرسشنامه به خوبی قادر است افراد تاب‌آور و غیر تاب‌آور را در گروه‌های بالینی و غیربالینی تشخیص دهد و می‌تواند در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود هفت عامل (احساس توانایی فردی، مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، احساس حمایت اجتماعی، ایمان و رویکرد عمل‌گرایانه به روش‌های حل مسأله) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده‌است، چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور قطعی تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمرهٔ کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر می‌باشد [۳۷]. در پژوهش جوکار (۲۰۱۷) [۱۸] آلفای کرونباخ پرسشنامه کانر و دیویدسون ۰/۹۳ گزارش شده‌است.

نتایج:

میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری را قبل و پس از مداخله و مرحله پیگیری در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ آورده شده‌است. میانگین نمره تاب‌آوری قبل از مداخله در گروه آزمایش ۴۷/۶۵ بوده که پس از مداخله به ۹۳/۱۵ و در مرحله پیگیری به ۸۷/۹۲ رسیده است. در گروه کنترل این نمرات ۷۸/۵۹ در پیش آزمون، ۷۲/۶۴ در پس از آزمون و ۴۴/۳۶ در مرحله پیگیری گزارش شد که نشانه افزایش معنادار نمره تاب‌آوری در گروه آزمایش بود (P<۰/۰۰۱).

جدول ۱. میانگین میزان تاب‌آوری در سه مرحله اندازه‌گیری برای گروه آزمایش و کنترل

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری		*p value*
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کنترل	۷۸/۵۹	۱۰/۸۰	۷۲/۶۴	۱۸/۹۲	۴۴/۳۶	۱۱/۳۳	۰/۰۰۱
آزمایش	۴۷/۶۵	۱۹/۷۶	۹۳/۱۵	۱۷/۵۴	۸۷/۹۲	۳/۶۵	۰/۰۰۱

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

جدول۲. آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نمرات تاب‌آوری

	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F نسبت	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۳۱/۰۲	۱/۵۳	۲۰/۱۸	۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۳
	تعامل آزمون * گروه	۴۷/۲۸	۱/۵۳	۰/۹۳	۱۴/۳۳	۰/۰۰۵	۰/۳۳	۰/۹۹
	خطا	۹۲/۳۵	۴۳/۰۳	۲/۱۴				
بین گروهی	گروه (متغیر آزمایشی)	۱۱۱/۱۱	۱	۱۱۱/۱۱	۱۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۶
	خطا	۱۹۹/۱۱	۳۸	۷/۱۱				

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

شاخص‌های آماری	قبل از مداخله- بعد از مداخله			قبل از مداخله- پیگیری			بعد از مداخله - پیگیری		
	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
تاب‌آوری	۱/۸۶*	۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱/۵۰*	۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۱۹	۰/۲۲

*تفاوت میانگین در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر بیشتری بر تاب‌آوری داشته است (جدول ۲). میزان تأثیر تاب‌آوری در این پژوهش ۰/۳۸ گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین تاب‌آوری بین مراحل قبل از مداخله با بعد از مداخله و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری داشت، اما میانگین این متغیر در مراحل بعد از مداخله و پیگیری فاقد تفاوت معنادار بودند. این یافته حاکی از پایداری و ثبات اثر مداخله در مرحله پیگیری می‌باشد.

بحث:

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری کودکان بی‌سرپرست مقطع دبستان تحت پوشش بهزیستی شهر کاشان صورت گرفته‌است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که میانگین نمره تاب‌آوری پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمایش تغییر معناداری داشت ($p>۰/۰۰۱$). ثابت ماندن میانگین نمره تاب‌آوری در مراحل بعدی پژوهش، نشان از پایداری اثر درمانی در گذر زمان است. نتایج ما با مشاهدات تیم تحقیقاتی گرکو (۲۰۱۸) [۳۸] مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح تحمل و تاب‌آوری در کودکان و نتایج اسدی و همکاران (۲۰۱۴) [۳۹] در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از بیمارستان و تاب‌آوری در کودکان مبتلا به سرطان مطابقت داشت. در واقع نتایج تحقیقات قبلی نشان دادند که درمان مورد نظر منجر به افزایش سطح تحمل در کودکان تحت درمان می‌گردد.

نوع رابطه والد- کودک و حمایت اجتماعی که کودک دریافت می‌کند با ایجاد تاب‌آوری در او ارتباط [۱۹]. جامعه آماری هدف در پژوهش حاضر از نعمت خانواده و رابطه والد-کودکی محروم بوده‌اند و همین امر می‌تواند در همسو بودن نتایج تحقیق حاضر با تحقیق انجام شده در این زمینه مؤثر باشد.

این‌گونه می‌توان بیان نمود که افراد تاب‌آور نسبت به شرایط تنش‌زا نگرش متفاوتی دارند و تسلیم آن شده و حالت انفعالی نمی‌گیرند، بلکه به طور مؤثری با شرایط مقابله نموده و با آن مواجهه می‌شوند، نه اینکه از آن اجتناب کنند [۶]. این امر نیازمند آن است که برای شناخت شرایط محیطی تلاش کنند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون اینکه قضاوتی داشته باشند، زیرا یکی از دلایلی که بر سلامت روان افراد تأثیر منفی می‌گذارد، احساساتی مثل گناه، تقصیر و ناکامی است [۱۳]. بکارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به علت ساز وکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی،منجر به افزایش اثربخشی و تاب آوری در افراد شود.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

آموزش مهارت‌های مقابله‌ای خوش‌بینی و اعتماد به نفس را در کودکان در مواجهه با شرایط تنش‌زا بالاتر برده و قابلیت کنترل شرایط را در آن‌ها ایجاد می‌کنند. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سیستم پردازش اطلاعات را به شیوه مؤثرتری به کار می اندازد. بنابراین درمانگران به جای تمرکز بر تغییر شکل محتوا، به مراجع در پذیرش و داشتن تمایل به تجربه نمودن افکار و احساسات کمک نموده و با استفاده از فنون ذهن آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تأکید می‌ورزند. این رویکرد، درمانی رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حال را در مراجعان افزایش می‌دهد [۴۰]. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش در کنار بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها منجر به افزایش میزان تاب‌آوری در کودکان بی‌سرپرست شد. هم‌چنین، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به شرکت‌کنندگان در مطالعه کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برای‌شان مهم و در راستای ارزش‌های شان است بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، کودکان بی‌سرپرست توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش رهایی از افکار آزاردهنده و تقویت خود مشاهده‌گر به جای خود مفهوم‌سازی‌شده، پذیرش رویدادهای درونی به‌جای کنترل آن‌ها همراه با تصریح و پرداخت به ارزش‌های فردی، کیفیت زندگی کودکان بی‌سرپرست را ارتقاء می‌دهد. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات‌شان را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور بکارگیرند. به طور خلاصه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساسات‌شان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند آن‌ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌های شان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند .در کنار راهبردهای روان‌شناختی دیگر برای افزایش تاب‌آوری، ارزیابی عواطف و احساسات مسئولان سلامت روان از رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز استفاده نمایند. با توجه به ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که تکلیف محور و مبتنی بر تمرین‌های تجربه‌ای می‌باشد و مطابق با شیوه‌نامه‌های درمانی، درمان با والدین آغاز می‌شود تا کودک هر چه بیشتر با درمان هماهنگ شود. در واقع مقدمه درمان کودک، آموزش والدین است و در جلسات آموزشی به والدین تأکید می‌شود تا کودک تمرین‌ها و تکالیف منزل را انجام دهد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به فقدان والدین و یا مراقبین آموزش‌دیده جهت نظارت بر انجام تکالیف کودکان بی‌سرپرست اشاره کرد.

منابع:

1. Khanjani, Z. Investigating the relationship between daily temporal disorders and mental illness symptoms with attachment formation, MSc Thesis, University of Tehran. 2014. [Persian]

2. Howard, S., & Johnson, B. What makes the difference? Children and teachers talk about resilient outcomes for children at risk. Educational Studies Journal. 2007;26(1),321–337.

3.Lindstroem, B. The meaning of resilience. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2011;13(2),7–12.

4. Luthar, S. S., & Cicchetti, D. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. Development and Psychopathology Journal. 2010;12(2),857–885.

5. Masten, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist Journal. 2006;16(4),227–238.

6. Connor, K. M., & Davidson, J. R. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CDRISC). Depression and Anxiety Journal. 2003;18(2),76-82.

7. Salehi Shablizi, M., Kianian, E. Effectiveness Comparison of "Resilience Skills Training" and "Positive Thinking" on Reducing Suicidal Ideation in Male University Students. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2020;26(2):73-78.

8. Ashoornejad, F. The effectiveness of learning exercise strategies on increasing resilience and student engagement teen girl students. Quarterly Journal of Applied Psychology. 2016;4(10),521-501.

9. White, B., Driver, S., & Warren, A. M. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. Rehabilitation Psychology Journal. 2010;55(1),23-32.

10. Smith, C. Theorizing religious effects among American adolescents. Journal for the Scientific Study of Religion. 2003;42(1),17-30.

11. Rutter, M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. Journal of Family Therapy. 2015;21(2),119-144.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

12. Safari Nia, M., Bazi Yari Meymand, M. Comparison of emotional and social resilience in deprived and deprived students Ungrateful, New Educational Thoughts. 2013;8(1),124-147. [In Persian].

13. Narimani, M. Abbasi, M. Investigating the relationship between psychological hardiness and self-reflection with burnout. Beyond Management Journal. 2015;18(4),92-75. [In Persian].

14. Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikel's, J. A., & Conway, A. M. Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. Emotion Journal. 2009;9(3),361-368.

15. Goldstein, S., & Brooks, R. B. Handbook of resilience in children. New York: Springer. 2005.

16. Kwok, O Hughes, J, N & Luo, W. Role of resilient personality on lower achieving first grade students' current and future achievement. Journal of School Psychology. 2007;45(1),61-82.

17. Jamshidi Solkloo, B., Arab Moghadam, N., Dhkarh, F. Relationship between religiosity and education in middle and high school students of Shiraz. New Educational Thoughts Journal. 2014;21(8),161-141. [In Persian].

18. Jokar, B. The mediator role of resilience in the relationship between emotional intelligence and general intelligence with satisfaction of life, Psychology Journal. 2017;35(2),97-62. [In Persian].

19. Khazaeli Parsa, F. Resilience and its role in promoting the health of children. Iran Clean Journal. 2016;9(1),61-53. [In Persian].

20. Condyle, S.J. Resilience in children a review of literature with implications for education. Urban Education Journal. 2016;41(3):211-236.

21. Shojaee, S.; Behpajooh, A. Resilience of sisters and brothers of children and adolescents with special needs, Children's Psychological Development Quarterly Journal. 2014;13(4),60-47. [In Persian].

22. Belsky, J. Developmental origins of attachment styles. Attachment & human development Journal. 2018;4(2),166-170.

23. Essen J. Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. Journal of Nervous and Mental Disease. 2018;189(5):311-316.

24.Dehghani, H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience of mothers with children with learning disabilities. First Scientific Research Conference on the Development and Promotion of Educational Sciences of Psychology of Sociology and Social Sciences of Iran. Retrieved from https://www.civilica.com. 2015. [In Persian].

25.Coholic, D. A. Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. Child & Youth Care Forum Journal. 2017;4(40),303-317.

26. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press. 2003.

27. Faghihi, M.S., Kajbaf, M. B. Effectiveness of parenting education based on admission and commitment to mother's self-esteem of children with cleft lip and palate: single case study. Quarterly Journal of Applied Psychology. 2016;4(10),170–153. [In Persian].

28. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. Acceptance and Commitment Therapy (2 Ed.). New York: Guilford Press. 2010.

29. Kabat-Zinn, J. Coming to our senses: Healing ourselves and world through mindfulness. New York: Hyperion. 2005.

30. Hayes, S. C. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition (pp. 1–29). New York: Guilford Press. 2004.

31. Hayes, S. C., Pistorello, J., & Big land, A. Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. Journal of Behavior and Cognitive therapy. 2018; 3(1), 81-102.

32 Arch, J. J., & Craske, M. G. Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms. Clinical Psychology: Science and Practice. 2008;15,263–279.

33. Butler, J., & Ciarrochi, J. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. Quality of Life Research Journal. 2007;16(4),607-615.

34. Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. Trauma, Violence, & Abuse Journal. 2011;12(4),220-235.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

35. Azizi, M., Hassan Abadi, H., Mehram, B., Saeedi, M. The Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment of ACT on improvement of resilience in patients with chronic headache. Secondary National Congress of Research and Therapy in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbat Jam Branch. Retrieved from https://www.civilica.com. 2014. [In Persian].

36. Tukey, H., Heidari, F. The effectiveness of treatment based on commitment and acceptance on chronic pain and anxiety in the elderly. The article presented at the 2nd National Conference on Research and Therapy in Clinical Psychology, Islamic Azad University Torbat Jam. Retrieved from https://www.civilica.com. 2015.

37. Jokar, B, Hashemi, Z. The prediction of educational and emotional rejection based on family and social psychological factors. Psychological Studies Faculty of Educational Sciences and Psychology Alzahra University. 2014; 25 (4), 162-138.

38.Greco L, Barnett E, Blomquist K. Acceptance and commitment therapy based on the level of endurance in children: a practitioner's guide, Oakland (CA): New Harbinger Publications. 2018; 4 (11):187–214.

39. Asadi, P. Safari, S.; Nadimi, J. The effectiveness of adherence-based treatment and commitment to hospital frightening and resilient in children with cancer. First National Congress of Third Wave of Behavioral Therapies, October, Kashan University of Medical Sciences. 2014. [In Persian].

40. Forman, E. M., & Herbert, J. D. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. 2008; 6(4), 77-101.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]