

اثربخشی مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار بر تنیدگی و رابطه مادر-کودک مادران کودکان درخودمانده

غفّار نصیری‌هانیس^۱، علی زاده محمدی^{۲*} و شهریار شهیدی^۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۸/۱۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۴/۰۲/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۳/۰۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی آموزش مفاهیم روان‌شناسی وحدت‌مدار بر تنیدگی و رابطه مادر-کودک مادران کودکان درخودمانده بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری ۳۵ مادر دارای کودک درخودمانده مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-توانبخشی کودکان درخودمانده به‌آرا شهر تهران در سال ۱۳۹۳ بود. ۱۶ نفر داوطلب از میان آن‌ها انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شد. گروه آزمایش در ۸ جلسه مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار هفته‌ای یک بار به‌مدت ۱۲۰ دقیقه شرکت و ۸ جلسه تمرین در منزل را تجربه کردند و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه تنیدگی ادراک‌شده کوهن، کامارک و مرملاستین (۱۹۸۳) و مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک راس ۱۹۶۱ بود. **یافته‌ها:** نتایج اثرمندی مداخله روان‌شناختی وحدت‌مدار را در کاهش تنیدگی و بهبود رابطه مادر-کودک گروه آزمایش و نیز پایداری آن را در پیگیری دو ماهه تأیید کرد. **نتیجه‌گیری:** از آن‌جا که مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار با ایجاد وحدت در تجارب زندگی و شناخت درباره ارتباط معنادار بین وقایع زندگی و پذیرش مثبت مشکل، منجر به کاهش تنیدگی و بهبود رابطه مادران با کودکان درخودمانده می‌شود، می‌توان آن را روش مفید و مؤثری برای کاهش تنیدگی و بهبود رابطه مادران با کودکان دارای نیازهای ویژه تلقی کرد.

کلیدواژه‌ها: تنیدگی، درخودماندگی، رابطه مادر-کودک، روان‌شناسی وحدت‌مدار

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده‌درمانی دانشگاه شهید بهشتی

۲. نویسنده مسئول، دانشیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی
Email: dr_zadeh@sbu.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

تنیدگی علاوه بر ایجاد احساس و هیجان‌های منفی، با نگرش‌های منفی افراد به خویشتن نیز مرتبط است (استایلیس، ۲۰۰۸). دکارولی و ساگونه (۲۰۱۴) دریافتند که سطح تنیدگی با تصوّر مثبت از خویشتن والدینی همبستگی منفی دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، تنیدگی مادران کودکان درخودمانده به‌نحو معنی‌داری، بیش از تنیدگی پدران آن‌ها است، چنین تفاوتی به اشتغال و درگیری بیشتر مادران در مراقبت کودک نسبت داده شده است (استن و آپرا، ۲۰۱۲؛ ماگنو، روتا و ژنیتوری‌دآرجیو، ۲۰۰۷). مادران ناملایمات بسیاری را تحمّل می‌کنند، هم‌چنین ضعف در ارتباطات، زندگی اجتماعی محدود، کاستی‌های اقتصادی و طاقت‌فرسای کنارآمدن با مشکلات رفتاری کودکان، برخی از دشواری‌های نقش آن‌ها است (پاپاگیورجیو و کالیوا، ۲۰۱۰؛ نقل از آپرا و استن، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش یو و تئو (۲۰۱۳) و نتایج پژوهش سرابی‌جماب، حسین‌آبادی و مشهدی (۱۳۹۱) در مورد مادران کودکان درخودمانده، نشانگر همبستگی مثبت و قوی میان تنیدگی والدگری و نشانه‌های مرضی رفتاری این کودکان بود. مادران آموزش دیده قادرند روان‌رمانگر در کاهش نشانه‌های مرضی کودک درخودمانده خود مؤثر باشند (لاو، ماتسُن و وست، ۱۹۹۰). شواهد موجود نشانگر الزام تدبیر اندیشی درباره‌ی کاهش مشکلات مادران کودکان درخودمانده و هم‌چنین آثار مشکلات روانی این مادران بر کودکان آن‌ها است (باقریان-خسروشاهی، پورا‌عتقاد و خوشابی، ۲۰۱۰).

روان‌شناسی وحدت‌مدار چهارچوب نظری نوینی از رویکرد فطری‌گرا، غایت‌نگر و معناگرا در روان‌شناسی بومی است که مبانی و ساختار آن در ایران تجربه و در سال ۱۳۸۹ تبیین شد. رویکرد روان‌شناسی وحدت‌مدار مبتنی بر اندیشه و اعتقاد فلسفی-عرفانی وحدت وجود است که مفاهیم آن در روابط و زندگی فرهنگ ایرانی جریان دارد. در این رویکرد مشکلات افراد به‌عنوان یک واقعیت و مشیت حکمت‌دار، گونه‌ای آزمون معنوی، مرحله‌ای از فراز و نشیب ضروری و معنادار برای رشد و تحقق خویشتن تلقی می‌شود؛ و پذیرش و کنارآمدن با مشکل و گذر از بحران، معرفتی متعالی و معطوف به درک و شناخت وحدت است. وحدت‌مداری بالفعل کردن یکتایی و هماهنگی درمانجو از طریق انگیزش و حضور عاشقانه وحدت‌گرا با زندگی خویشتن و رابطه با عالم یگانه است، پیرو آن هر مشکلی در زندگی معنا و هدف و غایتی سازنده دارد و عاملی برای تحقق حضور وحدانی خویشتن در رویدادهای زندگی است. توجهی که انسان را به‌مثابه پرتویی از وجود یگانه مثبت‌اندیش و پذیرای واقعیت خویشتن می‌کند. در این رویکرد وقایع زندگی و بحران‌ها وجه منفی و تضادنگر خود را از دست می‌دهند و انرژی آن در جهت سازگاری بازیافت می‌شود (زاده محمدی، ۱۳۹۳).

اثربخشی مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار...

روش درمانگری روان‌شناسی وحدت‌مدار را می‌توان در شمار روش و مداخله‌های معنوی و مذهبی طبقه‌بندی کرد. مداخله مذهبی- معنوی راهبردی به‌شمار می‌آید که از نظام مذهبی- معنوی مراجعین بهره‌ درمانگری می‌گیرد (ریچاردز، هاردمن و برنت، ۲۰۰۷، نقل از بواله‌ری، ۱۳۹۱). در قیاس با مادران دارای کودک عادی، باورهای مذهبی پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای سبک کنارآمدن مسأله محور یعنی مواجهه درست و کارآمد با شرایط تنش‌آور، در مادران کودکان دارای نیازهای ویژه است (خباز، رضاپور و ابوترابی کاشانی، ۱۳۹۰). فرهنگ و مذهب دو عنصر شناخته شده مهم در بهبود صلاحیت فرهنگی برای ارائه خدمات سلامت روان در بسترهای فرهنگی و قومی متمایز جمعیت‌ها است (آبه، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد برگزاری جلسه‌های آموزش مدیریت والدین و پروراندن مهارت‌ها، تنیدگی مادران کودکان درخودمانده را کاهش می‌دهد (سرابی جماب، حسن آبادی و مشهدی ۱۳۹۱)، از طرفی، شرکت این مادران در جلسه‌های درمانگری تعامل والد-کودک موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود (اوکانو، ناگای و ساکای، ۲۰۱۱؛ حاتم زاده، پوراعتماد و حسن آبادی، ۲۰۱۰). هم‌چنین شرکت در جلسه‌های آموزش روان‌درمانگری پاسخ محور در کاهش تنیدگی مادران کودکان درخودمانده اثر بخش است (محتشمی، دهکردی و چیمه، ۱۳۹۱). افزون بر این روش آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی در افزایش کیفیت مراقبت مادران مؤثر است (قنبری، خداپناهی و مظاهری، ۱۳۹۲)؛ و آموزش مهارت‌های فرزندپروری نیز در تنیدگی مادران اثربخش است و موجب کاهش تنیدگی قابل توجه آنان می‌شود (آجیلچی و رضایی کارگر، ۲۰۱۳). آموزش و خدمات حمایتی نیز نقش مهمی در کاهش مشکلات مادران کودکان دچار درخودماندگی دارد (چیمه، پوراعتماد و خرم آبادی، ۱۳۸۶).

شواهد روزافزونی مؤید این است که بسیاری از والدین کودکان دارای نیازهای ویژه هنگامی که از منابع حمایتی مکفی برخوردار باشند از عهده والدگری موفق به‌نحو احسن بر می‌آیند (ویلسون، مک کینزی و کواپلی، ۲۰۱۳). رگیو، کدم و گاتمن (۲۰۱۲) و بلالی و آقاییوسفی (۱۳۹۰) نیز اثربخشی و بهبود یافتن عملکرد والدگری را از مزایای حضور مادران در مداخلات معطوف به سلامت روانی کودکان برشمردند. زاده‌محمدی (۱۳۹۰) بنیان‌گذار روان‌شناسی وحدت‌مدار، این رویکرد را روشی مؤثر و مناسب با مفاهیم فرهنگی و نگرش جامعه ایرانی می‌داند. تعیین اثربخشی و شناسایی قابلیت اعتماد تجربی این رویکرد در جامعه ایرانی حائز اهمیت است. از این‌رو هدف این پژوهش تعیین اثربخشی رویکرد مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار در تنیدگی مادران کودکان درخودمانده بود و سؤال‌های زیر در این پژوهش آزمون شد.

۱. آیا شرکت در جلسه‌های مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار تنیدگی مادران کودکان درخودمانده را کاهش می‌دهد؟
۲. آیا شرکت در این جلسه‌ها منجر به بهبود سطح پذیرندگی، حمایت‌گری، سهل‌گیری و طردکنندگی در رابطه مادر- کودک خواهد شد؟

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری ۳۵ نفر از مادران کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی و ساکن شهر تهران بود که به مرکز آموزشی-توانبخشی به‌آرا در سال ۱۳۹۳ مراجعه داشتند. از میان آنان، ۱۶ نفر داوطلب شرکت در پژوهش، به‌طور تصادفی در دو گروه ۸ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک گمارش میزان امکان شرکت در تمام جلسه‌ها در مقطع زمانی ۱۳۹۳/۷/۱۷ لغایت ۱۳۹۳/۸/۲۳ بود. بعد از اجرای پیش‌آزمون، به‌ترتیب مداخله، پس‌آزمون، و پس از گذشت دو ماه آزمون پیگیری برای بررسی ثبات تأثیرات انجام شد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس تنیدگی ادراک شده.** این مقیاس توسط کوهن کامارک و مرملستین (۱۹۸۳) تهیه شد و تنیدگی عمومی ادراک‌شده در طی یک ماه گذشته و نیز افکار و احساسات دربارهٔ حوادث تنش‌گر، مهارگری، غلبه و کنارآمدن با تنیدگی‌های تجربه شده را می‌سنجد. هم‌چنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلال‌های رفتاری را بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌گر را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر نسخه ۱۴ ماده‌ای آن به‌کار برده شد. به این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای هیچ = ۰، کم = ۱، متوسط = ۲، زیاد = ۳ و خیلی زیاد = ۴ پاسخ داده می‌شود. شایان ذکر است که در مورد سؤال‌های مثبت (۱۳، ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵، ۴) امتیازات به‌طور معکوس محاسبه می‌شود. در کل دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۵۶ است (عسکری، نصیری‌هانیس، ۱۳۹۳). ضرایب قابلیت اعتماد همسانی درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دانشجویان به‌دست آمده است (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). در ایران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه صالحی فدری (۱۳۷۷) ۰/۸۹ و در مطالعه باستانی، رحمت نژاد، جاهدی و حقانی (۱۳۸۷) ۰/۸۱ برآورد شده است و ضریب آلفای محاسبه شده (با ۲۰ نفر از مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر) برای این پرسشنامه ۰/۸۵ بود (منصوری، دهداری، سیدفاطمی، گوهری و برخوردار، ۱۳۹۱). روایی محتوایی برگردان فارسی این پرسشنامه توسط ده تن از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شده است (هاشمی و پیمان‌نیا،

۱۳۹۲). در این پژوهش میزان قابلیت اعتماد این پرسش‌نامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ با ۱۶ تن از مادران دارای کودک درخودمانده، ۰/۷۸ به‌دست آمده است.

۲. مقیاس رابطه مادر-کودک. این مقیاس نگرش‌سنجی توسط راس ۱۹۶۱ انتشار یافته و واجد ۴۸ ماده است؛ که دیدگاه مادران را در مورد ۴ سبک تعامل با کودک ارزیابی می‌کند. هر یک از خرده‌مقیاس‌ها دارای ۱۲ عبارت و شامل پذیرندگی عبارت‌ها ۱۱، ۳۵، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷ و ۴۸، حمایت‌گری عبارت‌ها ۱، ۳، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۸ و ۳۳، سهل‌گیری عبارت‌ها ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۴، ۲۹، ۳۱، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۳۹ و ۴۱ و طرد عبارت‌ها ۲، ۴، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۷، ۳۰، ۳۲ است. به هر ماده بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم، مخالفم، نمی‌توانم تصمیم بگیرم، موافقم و کاملاً موافقم پاسخ داده می‌شود، این گزینه‌ها بر حسب معمول یا معکوس بودن به‌ترتیب نمره ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ و یا ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ را می‌گیرد و ماده‌های ۴۰ تا ۴۸ مختص خرده‌مقیاس پذیرندگی است و معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نقطه برش برای هر حیطة متفاوت و برای پذیرندگی نمره ۴۱، بیش-حمایت‌گری ۳۴، سهل‌گیری افراطی ۳۱ و طرد کودک ۳۲ است (راس، ۱۳۸۸). روایی و قابلیت اعتماد آن در سال ۱۳۸۴ توسط ضمیری سنجیده، ضرایب سازگاری درونی برای حیطة پذیرش فرزند ۰/۷۰، حیطة طرد فرزند ۰/۷۲، حیطة سهل‌گیری ۰/۷۱ و حیطة حمایت‌گری ۰/۷۸ محاسبه شد (عنبری، مهدویان و ندری، ۱۳۹۲). میانگین روایی خرده‌مقیاس‌ها، از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ به‌دست آمد. متوسط قابلیت اعتماد خرده‌مقیاس‌ها، از طریق همبستگی‌های گشتاوری پیرسون در مورد دو نیمه آزمون، ۰/۵۰ شد، قابلیت اعتماد آزمون توسط اساتید مجرب تأیید و آزمون قابل اجرا دانسته شد (راس، ۱۳۸۸). در این پژوهش متوسط میزان قابلیت اعتماد خرده-مقیاس‌ها از طریق آلفای کرونباخ با ۱۶ نفر از مادران دارای کودک درخودمانده ۰/۶۳ شد.

۳. برنامه مداخله مفاهیم روان‌شناسی وحدت‌مدار. این برنامه توسط زاده‌محمدی در سال ۱۳۹۳ تدوین و روایی آن در همین پژوهش توسط جمعی از اساتید روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی تأیید شد. در این پژوهش گروه آزمایش ۸ جلسه هر جلسه به‌مدت ۱۲۰ دقیقه آموزش مفاهیم روان‌شناسی وحدت‌مدار را هفته‌ای یک بار دریافت کرد و همچنین ۸ جلسه تمرین در منزل را نیز انجام داد. خلاصه ساختار و محتوای جلسه‌ها به‌شرح زیر بود.

جلسه اول. اهداف جلسه معارفه و تعیین طرح برنامه و اهداف گروه، درک عمیق افراد از منابع که زندگی آدمی پیوسته و متصل به آن‌ها است و توان برقراری ارتباط مؤثر وحدت‌گرا با منابع اتصال از جمله اتصال، پیوستگی، لمس و نوازش جسمی و روانی کودک خود بود. بر همین اساس آشنایی با نحوه اتصال آدمی با جهان هستی و اهمیت توجه به آن، شناسایی منابع مورد اتصال و

تمرین مراقبه روانی با تن‌آرامی برای تقویت حضور وحدانی انجام؛ و ترسیم نماد خود در مرکز صفحه و متصل نمودن خود از طریق ترسیم شعاع‌هایی به منابع اتصال آموزش داده شد.

جلسه دوم. اهداف جلسه درک مشیّت وحدت‌مدار، قدردانی از داشته‌ها و منابع مورد اتصال، یادگیری اهمّیت اتصال با زندگی در لحظه کنونی (حضور وحدانی)، تجربه پیوند و اتصال با مشکل و کشف حکمت وجود مشکلات، نظیر عامل رشد و تاب‌آوری در زندگی بود. بنابراین تبیین مشکلات در چارچوب پذیرش واقعیت وحدت‌مدار، آشنایی با معناداری رخدادهای زندگی و درک حکمت وجودی تجارب، توصیف و تجربه رخدادهای اخیر زندگی با حضور وحدانی و نحوه تمرین اتصال با مشکل آموزش داده و از آن‌ها خواسته شد مشکل اصلی خود را در منزل با استفاده از یک نماد روی صندلی بگذارند و با آن گفتگو، سپس توصیف خود را نگارش کنند.

جلسه سوم. اهداف این جلسه پذیرش و پیوند مثبت با وقایع و مشکلاتی که به احساس ناامیدی، اندوه و انزوا دامن می‌زدند، درک وحدت و یکپارچگی زندگی منحصر به فرد خود و حکمت حاکم بر آن و غنا و ژرفابخشی به تجارب هیجانی گوناگون و تمرکز زدایی از هیجان‌های منفی بود. بر همین اساس مرور وقایع و مشکلات با درک حضور وحدانی در آن، توضیح معناداری و یکپارچگی زندگی از طریق شرح حال افراد گروه، ترغیب به نگارش احساسات و افکار خود و اتصال وحدانی با آن به‌عنوان تکلیف منزل آموزش داده شد.

جلسه چهارم. اهداف جلسه دریافت احساس خودارزشمندی به‌واسطه شناسایی نقش و تأثرات خود در زندگی، گسترش خودآگاهی برای پذیرش معنادار خویشتن و استمرار احساس اثرمندی و خودارزشمندی بود. بنابراین جستجو در سرگذشت خویش به‌منظور تشخیص اهمّیت حضور منحصر به فرد خود، درک وجود منحصر به فرد و انتخاب شده الهی خود و انجام تمرین حفظ توجه وحدت‌مدار بر اثرمندی و اثرپذیری خود از طریق تمرین حضور وحدانی آموزش داده شد.

جلسه پنجم. اهداف این جلسه جاودانگی و ماندگاری زندگی، امیدواری و مثبت اندیشی با ایجاد نگرش غایت‌گرا از زندگی و بقای خود بود. بر همین اساس مفهوم اتصال ماندگار با عالم یگانه و درک عمیق‌تر احساس جاودانگی، انجام تمرین احساس جاودانگی آموزش داده شد؛ اعضای گروه طی ۲۰ دقیقه، در فضای تعبیه شده مناسب، خود را در حالت جنینی قرار داده و فارغ از هر مشغولیتی، زندگی جنینی، زندگی زمینی و ادامه آن را در جهانی دیگر همچون فیلمی کوتاه تخیل کردند، پس از تمرین احساسات، افکار و تصورات اغلب اعضای گروه از سه مرحله متفاوت زندگی ابراز شد. انجام این تمرین به‌عنوان تکلیف منزل معین شد.

جلسه ششم. اهداف این جلسه ارتقای توان کنارآمدن مذهب‌مدار، درک و پذیرش تشخّص و یکتایی خویشتن بود. بر همین اساس حفظ توجه و ارتباط با منبع اتصال عالم (خداوند)،

اثربخشی مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار بر...

چگونگی یافتن وجه تمایزات و تفاوت‌های خود با دیگران به‌رغم شباهت‌هایی با آنان تشریح شد، تکلیف منزل اعضای گروه پاسخ، تفکر و نگارش دربارهٔ برخی سؤال‌ها با مضامین زیر بود. اهمیت حضور شما در دنیا چیست؟ اگر شما نبودید چه کم و کاستی‌ای در زندگی دیگران ایجاد می‌شد؟ وجود شما باعث ایجاد چه تغییراتی در زندگی دیگران شده است؟ چه تفاوت‌هایی در شما وجود دارد که باعث شده آن تأثیرات را در زندگی ایجاد کنید؟

جلسه هفتم، اهداف جلسه غنا بخشی به احساس آرامش و اجازه و فرصت دادن به خودتنظیمی، اتصال به منابع حمایتی درونی، ارتقای استقلال و خودمختاری، خودمهارگری و مدیریت تنیدگی، افزایش احساس رضایت‌مندی بود. بر همین اساس روش وحدت‌مدار برای دریافت و ارتباط با نوای درونی و الهامات باطنی در برابر پاسخ به سؤال‌ها و شکایات درونی، تمرین قرار گرفتن در حضور وحدانی و یافتن اتصال و ارتباط صمیمانه با هرآنچه در آن قرار دارند (اینجا و اکنون) و فاصله گرفتن از حسرت‌های گذشته و نگرانی‌های آینده آموزش داده و به‌عنوان تکلیف منزل معین شد.

جلسه هشتم، اهداف این جلسه اخذ مجموع تکالیف انجام شده در منزل، تکمیل و پاسخ به سؤال‌های مرتبط با محورهای آموزشی بود. بر همین اساس گزارش هر یک از اعضای از مجموع تمرین‌های انجام شده، بازخورد و تحلیل برداشت و نگرش افراد از روند جلسه‌ها، جمع‌بندی و اجرای جلسه‌های آموزشی مورد بررسی و بحث قرار گرفت.

شیوه اجرا. مداخله در مکان مناسبی در مرکز «به‌آرا» و به‌صورت گروهی در گروه آزمایش اجرا و تکالیف منزل، به‌جز مورد لمس و نوازش جسمی و روانی کودک، از سوی مادر و بدون مشارکت سایر اعضای خانواده انجام شد. گروه گواه در طول پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند اما پس از اتمام پژوهش در مرکز «به‌آرا» از مداخله‌ای هم‌سنگ بهره‌مند شدند. فراهم بودن امکان خروج آزاد مشارکت‌کنندگان از پژوهش، هماهنگ کردن زمان جلسه‌های مداخله با وقت آزاد اعضای گروه آزمایش و اهتمام شایسته در حفظ اسرار درج شده در تکالیف نوشتاری اعضای گروه آزمایش برخی دیگر از مصادیق رعایت اصول اخلاقی هنگام اجرای این پژوهش بود.

یافته‌ها

سن ۱۶ مادر بین ۲۰ تا ۴۴ سال بود. ۳۴-۳۰ ساله‌ها با ۵۶ درصد بیشترین فراوانی را و ۲۴-۲۰ ساله‌ها کمترین فراوانی، حدود ۶ درصد داشتند. ۱۵ نفر یعنی ۹۴ درصد خانه‌دار و ۶ درصد کارمند بودند. ۸۸ درصد آزمودنی‌ها دیپلم تا کارشناسی داشتند و دامنهٔ سنی کودکان-شان بین ۷ تا ۱۳ سال بود. به دلیل حجم پایین نمونه، توزیع پراکندگی نمره‌ها اعضای گروه‌ها به‌هنجار نبود، بنابراین از روش آماری غیرپارامتریک یومن‌ویتنی استفاده شد.

جدول ۱. نمره‌های توصیفی دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۸ نفر در هر گروه)

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۸	۸
		گواه	۳۱	۶
تنیدگی	پس‌آزمون	آزمایش	۲۶	۷
		گواه	۲۹	۴
	پیگیری	آزمایش	۲۵	۱۰
		گواه	۲۸	۸
	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۴	۳
		گواه	۳۷	۲
رابطهٔ مادر- کودک؛ پذیرندگی	پس‌آزمون	آزمایش	۴۲	۴
		گواه	۳۹	۶
	پیگیری	آزمایش	۳۹	۴
		گواه	۳۹	۴
	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۷	۵
		گواه	۳۸	۵
رابطهٔ مادر- کودک؛ حمایت‌گری	پس‌آزمون	آزمایش	۴۰	۶
		گواه	۴۰	۷
	پیگیری	آزمایش	۴۱	۴
		گواه	۳۹	۵
	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۱	۳
		گواه	۴۰	۵
رابطهٔ مادر- کودک؛ سهل‌گیری	پس‌آزمون	آزمایش	۳۹	۳
		گواه	۳۸	۳
	پیگیری	آزمایش	۴۰	۳
		گواه	۳۸	۴
	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۷	۲
		گواه	۳۵	۴
رابطهٔ مادر- کودک؛ طرد	پس‌آزمون	آزمایش	۳۶	۵
		گواه	۳۸	۳
	پیگیری	آزمایش	۳۷	۴
		گواه	۳۷	۳
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶۱	۱۳
		گواه	۱۵۴	۱۱
رابطهٔ مادر- کودک (نمرهٔ کل)	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵۳	۹
		گواه	۱۵۳	۱۷
	پیگیری	آزمایش	۱۵۵	۹
		گواه	۱۵۴	۱۰

در جدول ۱ به‌جز در حمایت‌گری، تغییرات ایجاد شده در پس‌آزمون هماهنگ با اثربخشی مثبت در تنیدگی، رابطهٔ مادر-کودک، حیطه‌های پذیرندگی، سهل‌گیری و طرد قابل استنباط است. در شاخص‌های مقیاس مادر-کودک، تغییرات مثبت با کاهش نمره‌ها مشخص و هم‌چنین تکرار این تغییرات در آزمون پیگیری، به‌جز در خرده‌مقیاس سهل‌گیری مشهود است.

جدول ۲. مقایسه تنیدگی، رابطه مادر-کودک بر اساس تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون

مقدار Z	من‌ویتنی	میانگین رتبه‌ها	جمع رتبه‌ها	تفاضل نمره‌ها		گروه	متغیر
				پیش‌آزمون- پس‌آزمون	انحراف معیار میانگین		
۰/۰۰۱	**۲۶	۹	۷۴	۵	۲	آزمایش گواه	تنیدگی
-۱	**۱۶	۱۰	۸۴	۵	۱	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک؛ پذیرندگی
۰/۰۰۱	**۲۵	۷	۶۱	۴	-۲	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک؛ حمایت‌گری
۰/۰۰۱	**۲۷	۷	۶۳	۵	۲	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک؛ سهل‌گیری
-۱	**۱۶	۱۰	۸۳	۶	۱	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک؛ طرد
۰/۰۰۱	**۲۷	۹	۷۳	۱۴	۷	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک
		۷	۶۳	۱۲	۱	گواه	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۲ نشانگر این است که تأثیر مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار بر تغییرات مثبت تنیدگی، رابطه مادر-کودک و از میان خرده مقیاس‌های آن بر سهل‌گیری و طرد معنی‌دار بوده، اما بر خرده‌مقیاس حمایت‌گری تغییر معنی‌داری رخ نداده است.

جدول ۳. مقایسه تنیدگی، رابطه مادر-کودک در دو گروه بر اساس تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون، پیگیری

مقدار Z	من‌ویتنی	میانگین رتبه‌ها	جمع رتبه‌ها	تفاضل نمره‌ها		گروه	متغیر
				پیش‌آزمون- پیگیری	انحراف معیار میانگین		
-۱	**۲۲	۹	۷۷	۳	۳	آزمایش گواه	تنیدگی
-۲	*۹	۱۱	۹۰	۵	۵	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک؛ پذیرندگی
۰/۰۰۱	**۲۵	۷	۶۱	۴	-۳	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک؛ حمایت‌گری
-۱	**۲۰	۹	۷۲	۳	۰	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک؛ سهل‌گیری
۰/۰۰۱	**۲۲	۹	۶۴	۶	۰	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک؛ طرد
۰/۰۰۱	**۲۸	۷	۵۹	۴	-۲	آزمایش گواه	رابطه مادر-کودک
۰/۰۰۱	**۲۸	۹	۷۲	۱۶	۵	آزمایش گواه	
		۸	۶۴	۱۵	۰	گواه	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که اثربخشی مثبت مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار بر تنیدگی، رابطه مادر-کودک و پذیرندگی و طرد فرزند در رابطه مادر-کودک دارای ثبات و در دوره پیگیری دو ماهه پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که شرکت مادران گروه آزمایش این پژوهش در جلسه‌های آموزشی مفاهیم روان‌شناسی وحدت‌مدار بر کاهش تنیدگی و بهبود رابطه مادر-کودک مادران دارای کودک درخودمانده مؤثر بوده و ثبات اثر آن نیز در مرحله پیگیری پس از گذشت دو ماه مؤید قابلیت اعتماد اثربخشی این روش درمانی است. می‌توان گفت تاثیر آموزش مفاهیم روان‌شناسی وحدت‌مدار بر کاهش تنیدگی و بهبود رابطه مادر-کودک مادران کودکان درخودمانده بر پایه شناخت جدید از رویدادهای معنادار زندگی و احساس ایمنی از اتصال به وجود یگانه است. در این روش هر رویداد زندگی مانند یک واقعیت هدف‌دار و مرتبط با حکمت و مشیت الهی، ضرورتی برای رشد و توسعه خویشتن در نظر گرفته شد که این پذیرش و شناخت معنادار، به احساس مثبت و کاهش تضاد با واقعیت زندگی انجامید؛ و از تنیدگی کاست. نگرش وحدت‌مدار به زندگی و عالم مادران؛ منجر به پذیرش و کنارآمدن مثبت با وقایع زندگی از جمله پذیرش داشتن کودک درخودمانده شد.

نتایج این یافته با مطالعه یعقوبی، سهرابی و محمدزاده (۱۳۹۱) همسو است که اثربخشی درمان‌های معنوی-مذهبی را در مقابله با تنش‌ها نشان می‌دهد. این شناخت و نگرش که آدمی در جهانی هدفمند زندگی می‌کند و به وجودی منحصر به فرد متصل است و زندگی جاودانه‌ای را طی می‌کند و مراتب رشد زیادی پیش‌روی دارد، به احساس ایمنی، ارزشمندی و اعتماد مادران کودکان درخودمانده افزود و از احساس نایمنی و عدم رضایت آن‌ها کاست. در رویکرد روان‌شناسی وحدت‌مدار، تنش ناشی از احساس جدایی؛ و نگرش وحدت‌گرا که عبارت از حضور وحدانی و اتصال به جهان و زندگی است، دلیل فروکاست احساس جدایی و در نتیجه کاهش تنیدگی مادران و بهبودگی رابطه مادر-کودک تلقی می‌شود (زاده‌محمدی، ۱۳۹۳).

در مورد عدم تغییر معنی‌دار سطح حمایت‌گری چنین استنباط می‌شود که ممکن است سطح بیش‌حمایت‌گری تحت تأثیر عوامل دیگری چون اندریافت التزام حمایت‌گری زیاد مادران باشد؛ آن‌ها به دلیل توجه عاشقانه‌ای که از مفهوم اتصال به جهان هستی و حضور وحدانی دریافت کرده بودند، ممکن است توجه زیاد و حمایت بیشتر به کودکان خود را اندریافت کرده باشند. صرف زمان زیاد با کودک و حفظ تماس افراطی با وی، استمرار در پاسخگویی به نیازها و

اثربخشی مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار بر...

خواست‌های کودک از نمودهای سهل‌گیری افراطی مادر در رابطه او با کودک است (راس، ۱۳۸۸). با توجه به نظر راس (۱۳۸۸)، در توجیه عدم ثبات در تغییر معنی‌دار خرده‌مقیاس سهل‌گیری گروه آزمایش در مرحله پیگیری چنین استنباط می‌شود که به‌احتمال زیاد، تمرین والدین در ارتباط و تماس بدنی و نوازش مهرآمیز کودکان که جزو تکالیف وحدت‌گرایی در مورد لزوم حفظ اتصال آن‌ها بوده است، توأم با افزایش آرامش و پذیرش مادران، آن‌ها را در برابر خواست‌های کودکان منعطف و پذیراتر کرده و این عامل بر سهل‌انگاری مادر در رابطه تأثیر گذاشته باشد. به‌عبارت دیگر، تماس‌های بدنی و نوازش مهرآمیز کودک؛ حفظ اتصال با وی و پذیرش وضعیت کودک به‌مثابه واقعیت و پذیرش تقدیری، مانند تمرین ترغیبی در جلسه‌های روان‌شناسی وحدت‌مدار، در دو ماه بعد از پس‌آزمون رو به زیاده‌روی نهاده است و می‌تواند عامل احتمالی این یافته آماری در مرحله پیگیری تلقی شود. بنابراین تجدیدنظر و تغییر بسته آموزشی در قسمت میزان تمرین و تکالیف مربوط به ارتباط و اتصال با فرزندان الزامی به‌نظر می‌رسد.

حضور وحدانی (اتصال متعالی) و حفظ توجه و ارتباط با منبع اتصال از روش‌های درمانگری روان‌شناسی وحدت‌مدار است، تأکید ویژه این رویکرد بر حفظ توجه و پیوستگی با وحدت عالم، ذهن را به منبع و موارد اتصال در این جا و اکنون متمرکز می‌کند و هم‌پوشی با روش‌های مبتنی بر ذهن تمام عیار یا ذهن‌آگاهی دارد. ذهن‌آگاهی یک توانایی جهان‌شمول در آدمی برای پرورش اندیشه شفاف و روشن دلی^۱ است و ماهیت آن هشیاری شفاف نسبت به حس‌ها، هیجان‌ها، افکار، اعمال و محیط اطراف است؛ چنان‌که در هر لحظه نمود می‌یابد، (تروسلارد، استیلر و کلاویر، ۲۰۱۴).

یافته‌های پژوهشی بر اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن تمام عیار در کاهش تعارض‌های والد-کودک تأکید دارند (برجعی، ۱۳۹۲). پژوهش‌هایی نیز مؤید افزایش مهارت کنارآمدن با تنیدگی از طریق همین روش است (صادقی، سهرابی و دلور، ۱۳۸۹). شایان ذکر است که مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار در مقایسه با روش‌های مبتنی بر ذهن تمام عیار، جامع‌تر بوده و واجد فهم فرهنگی و بومی بیشتری است. پژوهش راجع به اثربخشی شرکت در جلسه‌های هنر درمانی و روان‌نمایشگری بر اساس روان‌شناسی وحدت‌مدار، نشانگر اثر بخشی آن در افزایش تاب‌آوری خانواده و حرمت خود نوجوانان بد سرپرست (رحیمیان، ۱۳۹۳) و بهبود اضطراب مرگ، احساس انسجام و تاب‌آوری مبتلایان به تصلب چندگانه (دهلوی، ۱۳۹۳) است. یافته‌های این پژوهش همچنین همسو با یافته‌های صابری، بهرامی‌پور و قمرانی (۱۳۹۳)؛ مهاجری، پوراعتماد، شکری و خوشابی (۱۳۹۲)؛ احمدی حلمسلوئی، پاشنگ و سلیمی‌نیا

(۱۳۹۲)؛ عابدی شاپور آبادی، پورمحمدرضای تجریشی و محمدخانی (۱۳۹۱)؛ محتشمی، دهکردی و چیمه (۱۳۹۱)؛ خرم آبادی، پوراغتماد و مظاهری (۱۳۹۰)؛ دیکنز، فیشر و تایلور (۲۰۱۴)؛ گیکا، آرتمیدایس و آلكسوپولوس (۲۰۱۲) است.

با توجه به نقش قابل توجه دین در سلامت، اهمیت دادن به آن در حیطه‌های آموزش و درمان می‌تواند کمک زیادی به بهبود سلامت روانی جامعه نماید (نصیرزاده و رسولزاده طباطبایی، ۱۳۸۸). اعتقادات مذهبی نقش به‌سزایی در سلامت روان ایفا می‌کند. از سویی دین اسلام، مذهب غالب در کشور ایران اسلامی به‌عنوان بستری مناسب برای به‌کار بستن مداخلات معنوی مذهبی، به نحو سریعی رو به جهان‌گیری دارد، شرایط موجود ایجاب می‌کند که روان‌درمانگران به برازنده کردن رویکردها و راهبردهای خود، متناسب با بستر اعتقادی افراد اقدام نمایند (وال‌پل، مک‌میلان و هووس، ۲۰۱۳).

در مجموع نظر به بستر فرهنگ دینی و معرفت توحیدی جامعه ایرانی مداخلات مبتنی بر رویکرد روان‌شناسی وحدت‌مدار روش بومی مناسبی برای ارتباط ساده و صمیمی و مؤثر با جامعه‌ای است که با این مفاهیم از کودکی آشنایی و ارتباط داشته است و به نظر می‌رسد تأثیر آن بر افزایش بهزیستی و سلامت روانی، سازگاری و انطباق اقشار گوناگون جامعه، از جمله مادران کودکان دارای نیازهای ویژه قابل آزمون و مؤثر خواهد بود، لذا استفاده از این رویکرد به روان‌درمانگران ایرانی پیشنهاد می‌شود.

محدود شدن جامعه آماری به مادران مراجع به مرکز «به‌آرا»، شمار اندک اعضای گروه‌های آزمایش و گواه و فراهم نبودن به‌کار بستن کنترل کافی بر متغیرهای مداخله‌گر جمعیت شناختی از محدودیت‌های روند عملی پژوهش ما بود.

از مادران داوطلب شرکت‌کننده در این پژوهش که به‌رغم بار گران مشغله‌های روزمره، وقت خود را اهداء نموده و در طی جلسه‌های آموزش مفاهیم روان‌شناسی وحدت‌مدار همراه ما بودند صمیمانه سپاسگزاریم. نیز از دکتر محمود حیدری و آقای علی زکی‌بی برای لطف‌های بی‌دریغ ایشان در راهنمایی آماری، سپاسگزار بوده و کمال قدردانی را ابراز می‌داریم.

منابع

احمدی‌حلمسلوئی، اعظم، پاشنگ، بتول، و سلیمی‌نیا، نرگس. (۱۳۹۲). آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی مادران کودکان درخودمانده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. زمستان، ۷(۴) پیاپی ۲۸: ۷۷-۹۰.

اثربخشی مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار بر...

برجعی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تعارضات والد-فرزندی در نوجوانان. *نشریه علوم رفتاری*، بهار ۷(۱): ۷-۱.

بلالی، رقیه، و آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. زمستان، ۵(۴ پی‌پی ۲۰): ۷۳-۵۹.

بوالهروی، جعفر. نظیری، قاسم، و زمانیان، سکینه. (۱۳۹۱). اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه‌شناسی زنان*. بهار ۳(۱): ۱۱۶-۸۵.

چیمه، نرگس، پوراعتقاد، حمیدرضا، و خرم‌آبادی، راضیه. (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های اوتیستیک: یک پژوهش کیفی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. پاییز، ۳(۱۱): ۶۹۷-۷۰۷.

خانجانی، زینب، هاشمی، تورج، و پیمان‌نیا، بهرام. (۱۳۹۳). رابطه کیفیت تعامل مادر-کودک در اضطراب جدایی و مدرسه‌هراسی در کودکان. *مجله پزشکی ارومیه*. خرداد، ۲۵(۳): ۲۴۰-۲۳۱.

خباز، محمود، رضاپورمیر صالح، یاسر، و ابوترابی کاشانی، پریسا. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای نقش ابعاد جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت در پیش‌بینی سبک‌های مقابله مادران کودکان با و بدون ناتوانی ذهنی. *فصلنامه توانبخشی*. تابستان، ۱۲(۲ پی‌پی ۴۷): ۴۸-۴۱.

خداپناهی، محمدکریم، قنبری، سعید، و نادعلی، حسین. (۱۳۹۱). کیفیت روابط مادر-کودک و نشانگان اضطرابی در کودکان پیش‌بستانی. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، پاییز، ۹(۳۳): ۱۳-۵.

خدایاری فرد، محمد، و پرند، اکرم. (۱۳۸۶). *استرس و روشهای مقابله با آن (چاپ اول)*، انتشارات دانشگاه تهران.

خرم‌آبادی، راضیه، پوراعتقاد، حمیدرضا، و طهماسیان، کارینه. (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با مادران کودکان بهنجار. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. پاییز، ۵(۱۹): ۳۸۷-۳۹۹.

خرم‌آبادی، راضیه، پوراعتقاد، حمیدرضا، و مظاهری، علی. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه پرندۀ کوچولو بر بهبود سلامت عمومی مادران کودکان اتیستیک. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. پاییز، ۷(۲۷): ۳۴۱-۳۲۵.

دهلوی، سعید. (۱۳۹۳). *اثربخشی روان‌نمایشگری روان‌شناسی وحدت‌مدار بر اضطراب مرگ، احساس انسجام و تاب‌آوری مبتلایان به مالتیپل اسکلوئوسیس*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد قزوین.

راس، ام. رابرت. (۱۳۸۸). *مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک*. تدوین و آماده‌سازی توسط هادی رزم-یار. شرکت آزمون یار پویا. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

رافعی، طلعت. (۱۳۸۶). *آتیسوم: ارزیابی و درمان*. انتشارات دانژه.
رحیمیان، الهه. (۱۳۹۳). *بررسی اثر هنردرمانی وحدت‌مدار بر افزایش تاب‌آوری خانواده و عزت نفس نوجوانان بد سرپرست*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

زاده محمدی، علی. (۱۳۹۳). *جهان‌شناسی وحدت‌مدار (کیمیای وحدت)*. انتشارات قطره.

زاده محمدی، علی. (۱۳۹۰). *روان‌شناسی وحدت‌مدار (چاپ اول)*. انتشارات قطره.

سرابی‌جماب، ملیحه، حسن‌آبادی، حسین، و مشهدی، علی. (۱۳۹۱). *تأثیر برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها بر استرس مادران کودکان مبتلا به اتیسوم*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. پاییز، (۳۱)۸: ۲۶۱-۲۷۲.

صابری، جواد، بهرامی‌پور، منصوره، و قمرانی، امیر. (۱۳۹۳). *اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسوم*. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، تابستان، ۱۵(۲): ۵۶-۶۹.

صادقی، سعید، سهرابی، فرامرز، و دلاور، علی. (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی تلفیق دارو درمانی و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کاهش افسردگی زنان مطلقه شهر اصفهان*. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*. پاییز ۲۸(۱۱۲): ۶۹۸-۶۸۱.

عسکری، سعید، و نصیری‌هانیس، غفار. (۱۳۹۳). *تأثیر شرکت کردن در جلسه‌های تحلیل وجودی در تنیدگی دانشجویان*. *فصلنامه علوم روانشناختی*. تابستان، ۱۳(۵۰): ۲۲۲-۲۳۵.

عابدی شاپورآبادی، ثریا، پورمحمدرضای تجریشی، و معصومه، محمدخانی، پروانه. (۱۳۹۱). *اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر-کودک در کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه*. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، پاییز، ۴(۳): ۷۳-۶۳.

علی‌اکبری‌دهکردی، مهناز، کاکوجوبیاری، علی‌اصغر، و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۰). *میزان استرس در مادران کودکان هنجار، کم‌شنوا و سایر کودکان استثنایی*. *مجله شنوایی‌شناسی*. زمستان، ۲۰(۱۱): ۱۲۹-۱۳۶.

عنبری، خاطره، مهدویان، عباس، و ندری، ستار. (۱۳۹۲). *عوامل پیشگویی‌کننده الگوهای ارتباطی مادر و کودک در مراجعین به بیمارستان شهید مدنی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۱*. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*. زمستان، ۱۵(۵): ۲۲-۱۱.

قنبری، سعید، خداناهی، محمدکریم، و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۲). *اثربخشی بسته روش آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی بر افزایش کیفیت مراقبت مادرانه*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. زمستان، ۹(۳۶): ۴۲۶-۴۰۷.

اثربخشی مداخله روان‌شناسی وحدت‌مدار ...

محتشمی، طیبیه، علی‌اکبری‌دهکردی، مهناز، و چیمه، نرگس. (۱۳۹۱) اثر آموزش روش درمانی پاسخ محور بر عملکرد خانواده در مادران کودکان مبتلا به اتیسم. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. پاییز، ۸(۳۱): ۲۸۹-۲۷۳.

منصوری، طاهره، دهداری، طاهره، سید فاطمی، نعیمه، گوهری، محمودرضا، و برخوردار، مهرداد. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس ادراک شده مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران در سال ۱۳۹۱. *مجله علوم پزشکی رازی*. تیر، ۲۱(۱۲۱): ۶۲-۵۲.

مهاجر، آتنا سادات، پوراعتقاد، حمیدرضا، شکری، امید، و خوشای، کتابون. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنشوری بالا. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، بهار ۱۷(۱۱ پاییز ۲۵): ۳۸-۲۱.

نصیرزاده، راضیه، و رسول‌زاده طباطبائی، کاظم. (۱۳۸۸). بررسی رابطه باورهای مذهبی با راهبردهای مقابله با تنیدگی در دانشجویان. *فصلنامه افق دانش*. تابستان، ۱۵(۲): ۴۵-۳۶.

هاشمی، تورج، و پیمان‌نیا، بهرام. (۱۳۹۲). رابطه تیپ شخصیتی (D) و استرس ادراک شده با رفتارهای بهداشتی در زنان مبتلا به بیماری سرطان سینه. *روان‌پرستاری*، ۱(۴): ۴۴-۳۶.

یعقوبی، حسن، سهرابی، فرامرز، و محمدزاده، علی. (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر کاهش اضطراب پنهان، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، تابستان، ۲(۷): ۱۶۳-۱۴۵.

Abe, J. S. (2013). *Multicultural mental health: Handbook of multicultural mental health*. Second Edition: Chapter 8, spirituality and culture: implications for mental health service delivery to diverse populations, Edited by: Freddy A. Paniagua and Ann-Marie Yamada. Sciencedirect.

Ajilchi, B., & Rezaei Kargar, F. (2013). The impact of a parenting skills training program on stressed mothers and their children's depression level. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84(9): 450-456.

Bagherian Khosroshahi, S., Pouremad, H., & Khooshabi, K. (2010). The effect of little bird program in decreasing problem behaviors of autistic children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5: 1166-1170.

Cohan, S. L., Campbell-Sills, I., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptom in young adults. *Journal of behavior research and therapy*, 44(4): 85-99.

Cohen, S., Kamark, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 358-396.

De Caroli, M. E., & Sagone, E. (2014). Stress and support in relation to Parental Self: A Comparison between mothers of Children in Cancer treatment and

- mothers of healthy children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114 (21): 211-215.
- Dykens, M. E., Fisher, H. M., & Taylor, L. J. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: A Randomized Trial. *American Academy of Pediatrics*, 134 (2): 454- 463.
- Gika, D. M., Artemiadis, A. K., & Alexopoulos, E. C. (2012). Use of a relaxation technique by mothers of children with autism: a case-series study. *Psychol Rep*, 111 (3): 797-804.
- Love, S. R., Matson, J. L., & West, D. (1990). Mothers as effective therapists for autistic children's phobias. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 23(3): 379–385.
- Hatamzadeh, A., Pouretamad, H., & Hassanabadi, H. (2010). The effectiveness of parent – child interaction therapy for children with high functioning autism. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5: 994-997.
- Mugno, D., Ruta, L., & Genitori D'Arrigo, V. (2007). Impairment of quality of life in parent of children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health and quality of life outcomes, Published online Apr 27, doi: 10.1186/1477-7525-5-22. [http:// www. ncbi. nlm. nih. gov/ pmc/ articles/ PMC1868708/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868708/).
- Okuno, H., Nagai, T., & Sakai, S. (2010). Effectiveness of modified parent training for mothers of children with Pervasive Developmental Disorder on parental confidence and children's behavior. *Brain and Development*, 33(2):152–160.
- Osborn, L. A., & Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(3): 405– 414.
- Oprea, C., & Stan, A. (2012). Mothers of autistic children. How do they feel? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46: 4191-4194.
- Regev, D., Kedem, D., & Guttman, J., (2012). The effects of mothers' participation in movement therapy on the emotional functioning of their school-age children in Israel. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5): 479-488.
- Stiles, A. S. (2008). A Pilot study to test the feasibility and effectiveness of an intervention to help teen mothers and their mothers clarify relational boundaries. *Journal of Pediatric Nursing*, 23 (6): 415-428.
- Trousselard, M., Steiler, D., & Claverie, D. (2014). L'histoire de la mindfulness à l'épreuve des données actuelles de la littérature: questions en suspens, L'Encéphale. *In Press, Corrected Proof*, Available online 5 September 2014.
- Walpole, S.C., McMillan, D., & House, A. (2013). Interventions for treating depression in Muslim Patients: a systematic review. *Affect Disord*, 145(1):11-20.
- Wilson, S., McKenzie, K., & Quayle, E. (2013). The postnatal support needs of mothers with an intellectual disability. *Midwifery*, 29 (6): 592-598.

- Yeo, J. C., Teo, S. L. (2013). Child behavior and parenting stress between employed mothers and at home mothers of preschool children., *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 90 (10): 895-903.
- Zembar, R., & Yıldız, D. (2010). A comparison of acceptance and hopelessness levels of disabled preschool children's mothers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2): 1457-1461.

پرسشنامه تنیدگی ادراک شده

عبارت‌ها (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱) = هرگز: ۰ به ندرت: ۱ تا حدودی: ۲ اغلب: ۳ همیشه: ۴

عبارت‌ها (۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱) = هرگز: ۴ به ندرت: ۳ تا حدودی: ۲ اغلب: ۱ همیشه: ۰

ردیف	در طی ماه گذشته
۱	تا چه حد به‌خاطر امور ناگهانی که برایتان اتفاق افتاده مضطرب و نگران شده‌اید؟
۲	تا چه حد احساس کرده‌اید که در کنترل امور مهم زندگی‌تان ناتوان هستید؟
۳	تا چه حد احساس عصبانی شدن و پریشانی نموده‌اید؟
۴	تا چه حد با مشکلات و ناراحت‌های روزمره به‌طور موفقیت‌آمیز مواجه شده‌اید؟
۵	تا چه حد احساس کرده‌اید که در سازگاری با تغییرات مهم زندگی‌تان به‌طور مؤثر مقابله کرده‌اید؟
۶	تا چه حد درباره توانایی خودتان برای حل مشکلات شخصی احساس اطمینان داشته‌اید؟
۷	تا چه حد احساس کرده‌اید که که اوضاع بر وفق مرادتان بوده است؟
۸	تا چه حد دریافته‌اید که نتوانسته‌اید با همه اموری که بایستی انجام می‌دادید، منطبق شوید؟
۹	تا چه حد قادر به کنترل عصبانیت در زندگی خود بوده‌اید؟
۱۰	تا چه حد احساس کرده‌اید که بر امورتان مسلط هستید؟
۱۱	تا چه حد به‌خاطر اموری که خارج از کنترل شما روی داده‌اند، عصبانی شده‌اید؟
۱۲	تا چه حد درباره اموری که بایستی به‌تمام می‌رساندید فکر کرده‌اید؟
۱۳	تا چه حد قادر به کنترل صرف اوقات خودتان در مسیر مورد نظرتان بوده‌اید؟
۱۴	تا چه حد احساس کرده‌اید که دشواری‌ها سریع‌تر از آن زیاد می‌شوند که بتوانید از عهده آن‌ها بیاورید؟

مقیاس رابطه مادر-کودک

عبارت‌ها ۱ الی ۳۹ = کاملاً موافقم: ۵ موافقم: ۴ نمی‌توانم تصمیم بگیرم: ۳ مخالفم: ۲ کاملاً مخالفم: ۱

عبارت‌ها ۴۰ الی ۴۸ = کاملاً موافقم: ۱ موافقم: ۲ نمی‌توانم تصمیم بگیرم: ۳ مخالفم: ۴ کاملاً مخالفم: ۵

ردیف	نگرش من
۱	تاجایی که امکان دارد، یک مادر باید هرچه را که خود نداشته به فرزندش بدهد.
۲	کودکان مانند حیوانات کوچکی هستند و می‌توانند مثل یک حیوان دست‌آموز تربیت شوند.
۳	کودکان نمی‌توانند غذای مناسب را برای خودشان انتخاب کنند.
۴	برای یک کودک، خوب است که گاه‌گاهی از مادرش جدا باشد.
۵	اوقات سرگرمی برای کودک معمولاً وقت تلف کردن است.
۶	یک مادر باید از فرزندش در مقابل انتقادها دفاع کند.
۷	وقتی کودکی کار اشتباهی انجام می‌دهد خطاکار نیست.
۸	مقتدر یک مادر، کسی را که فرزندش انجام می‌دهد، تأیید نمی‌کند، باید خطرات آن را بیش از اندازه جلوه دهد.
۹	کودکم بدون من نمی‌تواند تنها بماند.

۱۰	کودکم آن‌قدر که باید در کنار بچه‌های دیگر باقی نمی‌ماند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۱	یک مادر باید سرنوشت کودکش را ببذیرد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۲	یک مادر باید مراقب باشد که تکالیف کودکش به درستی انجام شده است.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۳	برای پرورش مناسب کودک مادر باید کاملاً بدانند دوست دارد فرزندش در آینده چه فردی شود.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۴	یک مادر باید در هر فرصتی فرزندش را برجسته و مطرح سازد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۵	آموزش نظم و انضباط درست به کودک، مستلزم صرف انرژی زیاد است.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۶	یک مادر هرگز نباید کودکش را به حال خود رها کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۷	با آموزش مناسب، می‌توان کودکی پرورش داد که تقریباً هر کاری را بتواند انجام دهد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۸	در صورت عدم تمایل کودک برای رفتن به آرایشگاه و اصلاح سر، بهتر است مادرش این کار را انجام دهد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۹	من اغلب کودکم را به تنبیه تهدید می‌کنم، اما هرگز این کار را عملی نمی‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۰	وقتی که کودکی در مدرسه فرمان‌بردار نیست، معلم باید او را تنبیه کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۱	کودکم مرا اذیت می‌کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۲	این مسئولیت برعهده مادر است تا مراقب باشد که کودکش هرگز دچار ناراحتی نشود.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۳	کودکان، شکل کوچک‌تر یک فرد بالغ هستند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۴	یک مادر نمی‌تواند وقت زیادی را جهت داستان خوانی برای کودکش صرف کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۵	یک کودک در هر سال به‌بیش از دو بار معاینات پزشکی احتیاج دارد.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۶	نمی‌توان به کودکان اطمینان داشت که کارها را خودشان به تنهایی انجام دهند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۷	تغذیه با شیر مادر تا آن‌جا که ممکن است باید سریع‌تر قطع شود.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۸	کودکان باید همیشه ساکت و آرام نگاه داشته شوند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۹	یک کودک نباید اجازه محدودی داشته باشد.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۰	من اغلب با کارهای خنده‌دار با کودک بازی می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۱	در صورتی که کودک نتواند بخوابد مادر باید در کنار او دراز بکشد.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۲	کودکان زمانی که مریض نیستند، اغلب خود را به مریضی می‌زنند.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۳	کودکان آن‌طور که باید، هرگز نمی‌توانند به‌تنهایی حمام کنند.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۴	یک کودک نباید به‌خاطر برداشتن وسایل سرزنش شود.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۵	وقتی مادر مشکلاتی در مورد ارتباط با کودک دارد، باید درصد درخواست کمک باشد.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۶	وقتی کودک گریه می‌کند مادرش باید فوراً به‌او توجه کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۷	به‌دلایلی نمی‌توانم هیچ‌کدام از درخواست‌های کودکم را رد کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۸	کودکان حقوق مخصوص به‌خود دارند.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۹	یک مادر همیشه باید مراقب باشد تا خواسته‌های کودکش برآورد شوند.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۰	کودک نباید از دست مادرش ناراحت شود.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۱	کودکان خردسال مانند اسباب بازی برای سرگرمی والدینشان هستند.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۲	به‌دنیا آوردن کودک رسالت ازدواج است.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۳	صرف‌نظر از چگونگی احساس والدین راه‌های درست و خاصی برای پرورش کودکان وجود دارد.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۴	کودکان باید دیده شوند، اما سرودهایی از آن‌ها شنیده نشود.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۵	یک مادر باید احساسات و هیجانات کودکش را کنترل کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۶	از آن‌جایی که مکیدن شست یک عادت ناسالم است، باید به‌هر وسیله‌ای متوقف شود.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۷	برای مادر چندان سودمند نیست که بافرزندش درمورد افکار و نقشه‌هایش صحبت کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۴۸	یک کودک باید والدینش را خشنود سازد.	۵	۴	۳	۲	۱

