MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Nov. **Research Article**

Effect of Commitment and Acceptance Therapy on Social and Emotional Adjustment in Mothers of Children with Mental and Physical Disabilities

*Leyla Shaker Ardakani[1], Mehdi Rahimi[2], Maryam Saleh Zadeh[3]

Author Address
1. Master of Science (MSc), Islamic Azad University, Yazd, Iran;
2. Assistant Professor, Yazd University, Yazd, Iran;
3. Assistant Professor, Yazd University, Yazd, Iran.
***Corresponding Author Address:** Islamic Azad University, Yazd.
***Tel:** 00983538250451; ***E-mail:** mehr_139091@yahoo.com

Received: 2015 October 25**; Accepted:** 2016 February 4.

Abstract
Background & Purpose: A healthy family environment is a major contributor to mental health. Environment can be adjusted so as not to destroy life if not improve it. The aim of this study was to investigate the effect of Acceptance and Commitment Therapy on the social and emotional adjustment of mothers of children with mental and physical disabilities.
Methods: The study employed a pretest-posttest quasi-experimental design. The sample consisted of 40 mothers selected through convenience sampling. The participants were divided into experiment and control groups randomly and completed Bell's Adjustment Inventory. The experiment group received 8 sessions of group ACT.
Results: The results of MANCOVA confirmed the positive effect of group ACT on social ($P<0.001$) and emotional adjustment ($P<0.001$), with a significant effectiveness of treatment.
Conclusion: We can recommend group ACT to help mothers of children with disabilities cope with their problems.
Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Social Adjustment, Emotional Adjustment, Mental and Physical Disability.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.11.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی شیوهٔ درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول ذهنی و جسمی

*لیلا شاکر اردکانی[۱]، مهدی رحیمی[۲]، مریم صالح‌زاده[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران؛

۲. استادیار، دانشگاه یزد، یزد، ایران؛

۳. استادیار، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

*آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد اسلامی یزد.

*تلفن: ۰۰۹۸۳۵۳۸۲۵۰۴۵۱ *رایانامه: mehr_139091@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳ آبان‌ماه ۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ بهمن‌ماه ۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: مهمترین عامل سلامت روانی، وجود محیط خانوادگی سالم است. محیط زندگی را می‌توان طوری تنظیم کرد که اگرچه سبب بهبود وضع افراد نشود، موجب تخریب آن‌ها نیز نباشد. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی شیوهٔ درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران فرزندان معلول ذهنی و جسمی است.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. بدین‌منظور ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند معلول ذهنی به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و. سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفرهٔ آزمایش و کنترل تقسیم شدند. هر دو گروه پرسشنامهٔ سازگاری بل را تکمیل کرده و افراد گروه آزمایش در هشت جلسه تحت‌درمان گروهی «مبتنی‌بر تعهد و پذیرش» قرار گرفتند. درنهایت اطلاعات جمع‌آوری‌شده به‌وسیلهٔ پرسشنامه با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آماری نشان داد شیوهٔ درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش در مقیاس سازگاری اجتماعی گروه آزمایش از ۲۲/۲ به ۱۱/۹۰ ($p<۰/۰۰۱$) رسید؛ ولی در گروه کنترل تغییری مشاهده نشد. همچنین در مقیاس سازگاری عاطفی در گروه آزمایش از ۲۱/۳ به ۱۱/۰۰ کاهش پیدا کرد ($p<۰/۰۰۱$)؛ لیکن در گروه کنترل تغییر درخورتوجهی یافت نشد.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش می‌تواند یکی از راهکارهای مقابله با مشکلات عدیدهٔ مادران فرزند معلول به‌شمار آید.

کلیدواژه‌ها: شیوهٔ درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، معلولیت جسمی و ذهنی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.11.9]

۱ مقدمه

بروز معلولیت در فرزندان، اختلال‌های عاطفی و مشکلات اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می‌کند؛ به‌نحوی‌که یکایک افراد خانواده دچار بحران‌هایی ناشی‌از وجود فرد معلول می‌شوند. در این خانواده‌ها رابطه‌ها سرد و تیره شده و روابط اجتماعی آن‌ها نیز محدود می شود. سایر فرزندان مبتلا به مشکلات عاطفی و اجتماعی می‌شوند و به‌طورکلی بهداشت روانی خانواده که ضامن سلامت کودکان و سرمایه‌های فردی‌اجتماعی است، به‌شدت به‌مخاطره می‌افتد (۱)؛ بنابراین مراقبت مداوم از چنین کودکانی، برای اعضای خانواده اغلب پراضطراب بوده و تأثیر مشکلات این کودکان روی خانواده می‌تواند محدودکننده یا نفاق‌افکن باشد که به‌صورت ناسازگاری روانی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی مطرح می‌شود. تعداد درخورتوجهی از خانواده‌های ایرانی از اثرات منفی داشتن کودکی معلول و بار مراقبتی آن و فشارهای روانی‌اجتماعی و مالی ناشی‌از آن رنج می‌برند؛ لذا این عوامل می‌توانند، ثبات خانوادگی را برهم زده و باعث برهم‌ریختگی سازمان خانواده شوند. ازطرف‌دیگر بسیاری از متخصصانی‌که با افراد معلول و استثنایی کار می‌کنند به اهمیت توجه به این خانواده‌ها واقف بوده و همچنین اثرات حضور کودک معلول را بر پویایی خانواده درک می‌کنند (۲).

وجود کودک معلول ذهنی در خانواده، بر سازگاری والدین و چگونگی کنارآمدن با احساسات خود تأثیر می‌گذارد. سازگاری مفهومی کلی است که راهبردهای اداره‌کردن موقعیت‌های اضطراب‌زای زندگی، اعم از تهدیدهای واقعی و غیرواقعی را شامل می‌شود (۲). سازگاری اجتماعی ، رفتار موزون و هماهنگ با جامعه و شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با اجتماع خویش بوده که این سازگاری ممکن است با تغییردادن خود یا محیط به‌دست آید (۳). سازگاری اجتماعی مکانیزمی است که فرد به‌موجب آن ثبات عاطفی پیدا می‌کند. سازگاری عاطفی، سلامت روانی خوب و رضایت از زندگی شخصی و هماهنگی میان احساسات و فعالیت‌ها و افکار است (۳).

کارنر در سال ۱۹۵۳ در تحقیقی باعنوان «احساس والدین دربارهٔ کودک عقب‌مانده» اشاره دارد که میزان سازگاری خانواده‌های دارای فرزند عقب‌مانده برحسب اطلاع والدین از عقب‌ماندگی ذهنی کودک و واقع‌بینی آن‌ها تغییر می‌کند. همچنین باید خاطرنشان کرد در پدرومادر این تمایل وجود دارد که برای فرزند خودکاری انجام بدهند و علاقه دارند از نزدیک در اقدام لازم مشارکت داشته باشند؛ اما نگرش‌ها و احساس‌های هیجانی و عاطفی منفی ازیک‌سو و نداشتن آگاهی لازم (اغلب نمی‌دانند که چگونه شروع کنند) ازسویی‌دیگر مانع از تصمیم‌گیری صحیح آن‌ها می‌شود.

لیکن مادران باتوجه به ساختار شخصیتی خود بیشتر احساس مسئولیت یا گاهی احساس گناه می‌کنند. این مکانیزم، باعث کسب اطلاعات بیشتر درزمینهٔ ناتوانی و معلولیت فرزند و حمایت افراطی از کودک معلول می شود. ازطرفی چون مادران بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می‌کنند، بیشتر از پدران با همسایگان و اطرافیان و فامیل‌ها ارتباط داشته و درمعرض توضیح‌دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند. همچنین واکنش بیشتری با مسائل هیجانی و روابط خانوادگی و خارج از خانواده نشان می‌دهند (۴).

در مطالعه‌ای که دربارهٔ مشکلات روانی‌اجتماعی خانواده‌های کودکان معلول انجام گرفت مشخص شد والدین کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی و جسمی روان‌رنجوری بیشتری را درمقایسه با خانواده‌های عادی داشتند. همچنین سازگاری شناختی و عاطفی در خانواده‌های عقب‌ماندهٔ ذهنی کمتر بود (۵). متخصصان دست‌اندرکار می‌توانند با کمک به والدین از میزان رنج و اندوه آن‌ها بکاهند و در رسیدن به مراحل سازگاری آن‌ها را یاری کرده و از درمان‌های متعددی برای سازگاری اجتماعی و عاطفی افراد، استفاده کنند. یکی از این نوع درمان‌ها، درمان جدید به‌نام درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بوده که حاصل موج سوم است (۳). ازآنجاکه این روش درمانی مبتنی‌بر ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، درمقایسه با روان‌درمانی‌های دیگر این مزیت را دارد که جنبه‌های انگیزشی را به‌همراه جنبه‌های شناختی به‌جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان درنظر می‌گیرد. مطالعات انجام‌شده، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان درمانی مناسب برای اختلال‌های خلق، اختلال اضطراب پس از سانحه، اختلال هراس، اختلال اضطراب منتشر، اختلال صرع مقاوم به درمان، سوءمصرف مواد، اسکیزوفرنیا و درد مزمن مطرح کرده‌اند (۶). همچنین این درمان در کاهش استرس شغلی و اضطراب و استرس تجربه‌شده به‌وسیلهٔ والدین کودکان عقب‌مانده نیز مؤثر بوده است (۷). باتوجه به جدیدبودن درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش و اثربخشی آن در اختلال های روانی و اینکه معلول‌بودن نیز نوعی اختلال روانی در DSM IV محسوب‌شده که علاوه‌بر خود بیمار بر خانواده‌اش نیز فشار وارد می‌کند.همچنین تاکنون راهکار درمانی مناسبی برای خانواده‌های دارای فرزند معلول ارائه نشده است. همچنین باتوجه به آنکه مادر نقش اساسی در حفظ تعادل روانی اجتماعی خانواده را داشته و ایجاد تنش و فشار در مادر بر سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد؛ پس توجه به وضعیت مادران و سازگارکردن یا درمان آنان اهمیت زیادی دارد. باوجود درمان های متعدد درزمینهٔ بیماری های روانی، روش درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش را به‌دلیل جدیدبودن درمان و اثربخشی آن در بیماری‌های روانی و اختلالات اضطرابی انتخاب کرده و پژوهش حاضر باهدف بررسی شیوهٔ درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر بهبود سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران دارای فرزند معلول ذهنی و جسمی اجرا گردید.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر روش شبه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی والدینی تشکیل دادند که کودکانشان مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی در شهرستان یزد بودند. نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس انجام شد. در بین افراد نمونه، مادرانی انتخاب شدند که نمرهٔ سازگاری اجتماعی و عاطفی درحد متوسط و کمتر داشته و داوطلب شرکت در جلسات درمانی بودند. باتوجه به پژوهش های صورت‌گرفته و نمونه‌های انتخاب‌شده در مطالعات پیشین، در این پژوهش تعداد نمونه ۴۶ نفر از مادرانی با کودکان مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.11.9]

انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. اعضای هر گروه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش ازجمله اخذ رضایت‌نامه از تمام افراد شرکت‌کننده در تحقیق و محرمانه‌بودن مباحث، به‌طور مساوی به ۲۳ نفر تقسیم شدند؛ ولی درنهایت تعداد شرکت‌کنندگان در هر گروه به ۲۰ نفر رسید. آزمودنی‌ها در گروه سنی ۲۰ تا۴۵ سال قرار داشتند و بیشتر افراد در هر دو گروه در ردهٔ سنی ۲۵ تا۳۰ سال بودند. میزان تحصیلات افراد مطالعه‌شده در گروه‌ها بدین شرح بود: گروه آزمایش در مقطع زیردیپلم چهار نفر و گروه کنترل پنج نفر، دیپلم در گروه آزمایش هفت نفر و گروه کنترل ۹ نفر و تحصیلات بالاتر از دیپلم تا لیسانس در گروه آزمایش ۹ و گروه کنترل ۶ نفر.

معیارهای ورود عبارت‌بود از: مادرانی که فرزندشان در دامنهٔ سنی از نوزادتا۱۸ سال بود؛ مادرانی که فرزندان آن‌ها به تشخیص معلولیت ذهنی و جسمی توسط پزشک متخصص رسیده بود؛ مادرانی که دارای نمرهٔ سازگاری اجتماعی و عاطفی ضعیف یا متوسط بودند. معیارهای خروج نیز شامل شرکت‌نکردن مستمر در کلاس‌های آموزشی و بی‌سوادی (این پرسشنامه برای بی‌سوادان کاربردی ندارد) و تکمیل‌نکردن پیش‌آزمون یا پس‌آزمون، بود.

ابزارهای پژوهش: از پرسشنامهٔ سازگاری بل برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. این پرسشنامه را بل در سال ۱۹۶۱ تدوین کرد. پرسشنامهٔ بل توسط بهرامی در سال ۱۳۷۱ بعد از ترجمه و ویرایش روی ۲۰۰ نفر به‌صورت تصادفی اجرا شد (۸). پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ بر اساس ۸۰ سؤال تأمین‌کنندهٔ تمام بخش‌های محاسبه‌شدنی ازقبیل سازگاری کل، سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی یا تحصیلی، محاسبه و ضریب آلفای آن معادل ۰/۸۹ گزارش شد (۸). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ در سازگاری اجتماعی و عاطفی به‌ترتیب، ۰/۷۲ و ۰/۷۵ به‌دست آمد. در این پژوهش تنها از سؤالات مربوط به سازگاری عاطفی و اجتماعی استفاده شد (۹). هرچه امتیاز کسب‌شده در این پرسشنامه کمتر باشد سازگاری بیشتر است.

روش اجرا جهت گروه آزمایش در این پژوهش، هشت جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای طراحی‌شده و در ادامه آمده است.

جدول ۱. جلسات درمانی

جلسه ۱	رابطه درمانی، آموزش در خصوص کودکان معلول ذهنی و جسمی، خانواده‌های دارای کودک معلول و مشکلات آن‌ها آموزش در خصوص درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و اهداف آن چگونه کودک معلول ذهنی و جسمی در عملکرد روزمرهٔ خانواده تداخل کرده و تبدیل به یک مسئله در زندگی او شده است؟ بحث در خصوص پاسخ‌های اضطرابی سازگارانه در زندگی خود و فرزندان
جلسه ۲	درماندگی خلاق: بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است. بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند. بررسی فواید این راهبردهای کنترل، معرفی راهبردهای کنترل به عنوان مسئله، استعارهٔ شخص در چاه، آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی یاد بگیرد که به جای واکنش به اضطراب آن را مشاهده کند.
جلسه ۳	پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها: تمرکز بر کنترل به عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب، کنترل دنیای بیرونی در مقابل دنیای درونی، آموزش پذیرش فرزند با ذهن‌آگاهی، بررسی ارزش‌ها، اهداف در برابر ارزش‌ها
جلسه ۴	حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با خود پذیرا و مشاهده‌گر: انواع خود، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود به‌عنوان محتوا، استعارهٔ صفحهٔ شطرنج، خود مشاهده‌گر
جلسه ۵	ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجههٔ ارزش‌محور: تمایل به جای اجتناب، استعارهٔ مسافران در اتوبوس، مواجههٔ سنتی چگونه عمل می‌کند؟
جلسه ۶ـ۸	در ۲ جلسه آخر به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به فکر عذاب آورش، خزانهٔ رفتارهایش را توسعه دهد و الگوهای منعطف‌تر را ایجاد نماید. از طریق ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش محور)، مراجع آموخت که چگونه با نگه‌داشتن خود در زمان حال، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف کند. بیمار از طریق فعالیت‌های انتخاب‌شده، تکنیک‌های تمرین‌کرده و چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند را مرور کرد.

۳ یافته‌ها

افراد شرکت‌کننده در این پژوهش شامل ۴۰ نفر از مادران دارای کودکان مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفرهٔ آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بیشتر افراد شرکت‌کننده مدرک دیپلم داشتند. همچنین اکثر افراد شرکت‌کننده در گروه سنی ۲۵ تا۳۰ سال بودند. برای ارزیابی اثربخشی برنامهٔ آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد پس از تأیید نرمال‌بودن و برابری واریانس‌ها مخدوش‌کنندگی نمرهٔ پیش‌آزمون بر پس‌آزمون از آنالیز کواریانس استفاده شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار p	اندازه اثر	قدرت آزمون
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف			

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.11.9]

			معیار		معیار				
سازگاری اجتماعی	گروه آزمایش	۲۲/۲	۲/۷۰	۱۱/۹۰	۲/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	گروه کنترل	۱۷/۱	۲/۷۱	۱۷/۰۵	۲/۴۵			
سازگاری عاطفی	گروه آزمایش	۲۱/۳	۳/۰۲	۱۱/۰۰	۲/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گروه کنترل	۱۵/۹	۳/۴۷	۱۶/۸۰	۳/۴۴			

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، مقیاس سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش قبل از اجرای درمان درمقایسه با پس از اجرای آزمون کاهش معناداری‌داشته و از ۲۲/۲ به ۱۱/۹۰ رسیده است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه کنترل تغییری نداشت (از ۱۷/۱ به ۱۷/۰۵ رسید). همچنین سازگاری عاطفی در گروه آزمایش قبل از اجرای درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، درمقایسه با پس‌آزمون دارای کاهش معناداری‌بوده و از ۲۱/۳ به ۱۱/۰۰ تغییر کرده است ($p<۰/۰۰۱$)؛ ولی در گروه کنترل ۱۵/۹۰ به ۱۶/۸۰ رسیده و تغییر معناداری مشاهده نشد؛ لذا نتایج مشخص می‌کند درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر سازگاری عاطفی و اجتماعی والدین دارای کودک مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی مؤثر بوده است.

۴ بحث

نتایج تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده بیان می‌کند شیوهٔ درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش سبب بهبود سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند معلول ذهنی و جسمی می‌شود. نتایج این پژوهش با تحقیق (۱۱/۱۲/۱۳) همسوست. مطالعه‌ای باعنوان تأثیر آموزش خانواده بر سلامت روانی والدین دارای کودک عقب‌ماندهٔ ذهنی آموزش‌پذیر نشان داد در سطح ۵صدم بین نمرات پیش‌آزمون‌پس‌آزمون در خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی وخیم، تفاوت معنادار مشاهده شد؛ به‌طوری‌که سلامت روانی گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل‌بوده و این نشان‌دهندهٔ تأثیر مثبت آموزش خانواده در سلامت روانی والدین کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی آموزش‌پذیر است (۱۱).پژوهشی باعنوان بررسی جامع از مدل درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش برای دردهای مزمن، چنین نتیجه داد: بین ACT و فرآیندهای خود همبستگی متوسطی‌بوده و با شدت درد و ناراحتی عاطفی و ناتوانی ارتباط معناداری دارد. این تجزیه‌وتحلیل از منابع موجود بسیارجامع و بسیارجدید از دانش علمی در ارزیابی مدل نظری ACT در درد مزمن به‌شمار می‌رود (۱۲). در مطالعه‌ای دیگر، پریشانی روانی در میان والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی در امارات متحدهٔ عربی بررسی شد. یافته‌ها نشان داد: خانواده‌هایی که سطح اجتماعی‌اقتصادی ضعیف دارند، نرخ علائم اختلال شناختی، افسردگی، اضطراب و ناامیدی بیشتری میان پدرومادر همراه است (۱۳).

در تبیین نتیجهٔ بالا می‌توان بیان کرد تکنیک‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توانستند، فکرکردن دربارهٔ مراحل فائق‌آمدن بر واقعهٔ منفی را به‌خوبی هدف قرار دهند. استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیت را در بیماران کاهش داد. تکنیک گسلش‌شناختی مبتنی‌بر فرایند تضعیف تدریجی کارکردهای تنظیم رفتاری و تأثیرات لفظی رویدادهای درونی است. هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تغییر کارکردهای افکار با دستکاری زمینهٔ کلامی‌بوده که فکر در آن رخ می‌دهد. در این درمان افزایش تمایل فرد به تجربهٔ رویدادهای درونی همان‌گونه‌که هستند، تأکید می‌شد. تحقیقی دیگر نیز بیانگر این موضوع است. زمانی‌که مادران پذیرش را در خود افزایش‌داده و توانستند بر رویدادهای منفی درونی کنترل داشته باشند، اضطرابشان کمتر شد (۲۰). در اینجا هدف کمک به فرد این است که یک‌فکر و احساس و خاطره و هیجان بد را فقط به‌عنوان یک‌فکر و احساس و... تجربه کند و به‌جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی مهم و در راستای ارزش‌هایش‌بوده، بپردازد. داشتن این عوامل به‌خودی‌خود مسئله‌نبوده بلکه مسئلهٔ اصلی تلاش فرد برای پاسخ به آن‌ها، است. درحقیقت هدف، افزایش خزانهٔ رفتاری فرد در حضور رویدادها و وقایع منفی است. چیزی‌که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود. تحقیقات نشان داد درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، به‌واسطهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، استرس و درد طولانی‌مدت را کاهش می‌دهد (۲۱). فرایندهای مرکزی درمان تعهد و پذیرش به مراجع یاد داد چگونه بازداری فکر را رها کند. از افکار مزاحم گسلیده شود. به‌جای خود مفهوم‌سازی‌شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کند. رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرد. ارزش‌هایش را تصحیح‌کرده و به آن‌ها بپردازد. این نتایج با پژوهش دیگری همسوست که توانستند با بازداری افکار خود بیماری فیبرومیالژیا را بهبود بخشند (۲۲).

والدین برای ایفای صحیح مسئولیت‌هایشان ازسویی و ازسوی‌دیگر غلبه بر احساسات منفی خویش، باید اطلاعات و شناخت لازم و جامعی دربارهٔ کودکشان و خودشان و خانوادهٔ خود، داشته باشند. والدین باید بدانند با مشکلات و هیجانات خود چگونه کنار بیایند. تحقیقات نشان می‌دهد والدین کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی از راهبردهای ناکارآمد بیشتر استفاده می‌کنند که رابطهٔ عکس با سلامت روان دارد (۱۴/۱۵/۱۶). در پژوهشی بیان شد در والدین کودکان عقب‌مانده به‌دلیل فشار روانی بیشتر، علائم مربوط به اضطراب، خستگی عاطفی، پرخاشگری و غم مزمن بیشتر دیده می‌شود (۱۲). همچنین تحقیقات نشان‌داده والدین کودکان عقب‌مانده از شیوه‌های مقابله‌ای به‌جای مشکل‌مدار استفاده می‌کنند (۱۵/۱۶).

شیوهٔ درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش سبب بهبود سازگاری عاطفی مادران دارای فرزند معلول ذهنی و جسمی نیز می‌شود. نتایج این پژوهش با تحقیق (۱۱) همسوست. در تبیین اثر درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهبود سازگاری عاطفی می‌توان گفت: آموزش پذیرش باعث می‌شود که مادران احساس‌ها و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و قبول این احساس‌ها باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد درمقایسه با گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.11.9]

درنتیجه سازگاری آن‌ها بهبود می‌یابد.

پذیرش جایگزینی مهم برای اجتناب براساس تجربه‌بوده که شامل پذیرش فعال و آگاهانهٔ رویدادهای شخصی است که با تاریخچهٔ فرد مرتبط‌شده و با نبودن تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصاً زمانی‌که باعث آسیب‌های روان‌شناختی‌شده، مربوط است. پذیرش باعث می‌شود فرد هرآنچه تجارب درونی یعنی افکار و احساسات و خاطرات بدنی ارائه می‌دهد، بدون‌نیاز به دفاع دربرابر آن‌ها بپذیرد. درحقیقت مداخلات مبتنی‌بر پذیرش می‌خواهند مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه به داشتن زندگی ارزشمند تغییر دهد. با ایجاد پذیرش، فضایی برای مراجع به‌وجود می‌آید که به امور مهم و ارزشمند زندگی‌اش بپردازد. در پژوهش‌های دیگر نیز استفاده از تکنیک پذیرش و گسلش سبب کاهش میزان آزارندگی موقعیت برای افراد شد؛ درحالی‌که در این درمان محتوای فکر به‌طور مستقیم هدف قرار داده نشد (۲۳).

مشاهده بدون‌قضاوت افکار منجربه درک این موضوع می‌شود که این‌ها فقط فکربوده و انعکاسی از واقعیت نیستند؛ بنابراین ضرورتی برای اتخاذ راهبردهای اجتنابی و کنترل برای این افکار نخواهد بود. از این طریق درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با اثرگذاری بر فرآیند اجتناب تجربه‌ای، تمایل روان‌شناختی را در بیمار افزایش‌داده و باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. همچنین بُعد پذیرش را بهبود می‌بخشد.

همچنین ازآنجاکه مادر با دیدن فرزند خود احساس غرور می‌کند و به‌مرور به حالتی عاطفی تبدیل می‌شود، چون کودک عقب‌مانده پاسخی برای مادر نداشته و او کم‌کم به عقب‌ماندگی کودک خود پی می‌برد، پس در رابطهٔ عاطفی اختلال پیدا می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد از نظر کیفیت زندگی که شامل، رفاه مادی، سلامت جسمانی، روابط والدفرزند، روابط زناشویی، روابط فامیلی، روابط با دوستان، رفتارهای نوع‌دوستانه، رفتارسیاسی، ویژگی‌های شغلی، روابط شغلی، رضایت شغلی، رفتارهای ابتکاری‌هنری، فعالیت ورزشی و سازگاری اجتماعی و عاطفی،می‌شود، عملکرد والدین کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی ضعیف‌تر از والدین کودکان عادی است (۱۶). همچنان‌که بیان شد تولد کودک معلول علاوه‌بر بحران‌های روانی متعدد سبب کاهش سازگاری اجتماعی و عاطفی والدین به‌خصوص مادران می‌شود (۱۸/۱۹)؛ ولی آموزه‌های روان‌شناختی می‌تواند تا حدی این بحران را کاهش دهد (۱۱/۱۳).

لذا باتوجه به آنچه بیان شد، پیشنهاد می‌شود جهت تثبیت نتایج، پژوهش حاضر در جمعیت‌های دیگر نیز تکرار شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که روش درمانی به‌کاربرده‌شده در این پژوهش با دیگر روش‌های درمانی در درمان اختلال‌ها و علائم خاص مقایسه شود.

پیشنهادهای کاربردی این پژوهش برگزاری دوره‌های آموزشی متعدد (در زمینه‌های مختلف) به‌منظور حمایت و افزایش اطلاعات خانواده‌های کودکان معلول ذهنی و جسمی، همچنین مداخلات چندوجهی، آموزش به کودکان معلول ذهنی و جسمی، معلمان، همسالان و مادران در کنار روش‌های درمانی دیگر جهت کاهش علائم کودکان، است.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش بیان می‌کند شیوهٔ درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول ذهنی و جسمی اثربخش بوده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.11.9]

References

1. Bahrami F, Rezvan S. Relationship between Anxious Thoughts and Metacognitive Beliefs in High School Students with Generalized Anxiety Disorder. IJPCP. 2007; 13 (3):249-255. [Persian][Link]
2. Poorfaraj Emran M. Acceptance and commitment therapy effectiveness on students' social phobia. University of Medical Sciences and Health Services anymore. Journal of Knowledge & Health. 2011;18:1-5.[Persian] [Link]
3. Safavi M, Mousavi SM, Lotfi R. Correlation between Emotional Intelligence and Socio-emotional Adjustment in Pre-university Girl Students in Tehran in 2008. Pajoohandeh Journal. 2010;14(5):255–261.[Persian][Link]
4. Mobaraki A, Zadehbagheri G. Comparison of Knowledge and Attitude of Mothers with Mentally Retarded Children with Those without Mentally Retarded Children in Gachsaran (1382). 2003; 31; 81- 90.[Persian][Link]
5. Malekpoor M, Farahani H, Aghaee A, Bahrami E. The Effect of Life-Skills Training on Mothers Stress Having Mentally Retarded and Normal Children. JOEC. 2006; 6 (2) :661-676.[Persian][Link]
6. Singhi PD, Goyal L, Pershad D, Singhi S, Walia BNS. Psychosocial problems in families of disabled children. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1990;63(2):173–182. [Link]
7. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behavior therapy. 2007;38(1):72–85.[Link]
8. Azin A, Mousavi SM. Investigate the role of schools of social adjustment of high school students. Journal of Applied Sociology. 2011;22(41):183-200.[Persian]
9. Aghamohamadian Sherbaf HR. Evaluate the effectiveness of two methods of psychoanalysis and cognitive therapy approach to increase the level of compatibility issues. [Master's thesis]. Tarbiat Modares University;1995.
10. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. Behavior therapy. 2006;37(1):3–13. [Link]
11. Shaghaghi F, Kakajoybary E, Salami F. The effect of family education on the mental health of parents of mentally retarded children educable. PNU Tehran. 2009.
12. Vowles KE, Sowden G, Ashworth J. A Comprehensive Examination of the Model Underlying Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. Behavior Therapy. 2014 May 1;45(3):390–401.[Link]
13. Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. Social Science & Medicine. 2007;64(4):850–857.[Link]
14. Salari M, Kashaninia Z, Davachi A, Zoladl M, BABAIE G. Effect of education on coping strategies of mothers who have educable mentally retarded children. 2001; 6(23):1-9.[Persian][Link]
15. Jazaee K. Comparison of coping with stress in parents of mentally retarded children and normal primary school in Birjand city academic year 2000 -2001. Journal of exceptional education. 2003;29: 21- 24.[Link]
16. Zandi H. Examine the relationship between coping strategies and mental health in parents educable mentally retarded children and parents of normal children in Sanandaj. [Unpublished MA thesis in psychology]. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences: Tehran, Iran; 2006.[Persian]
17. Jamali T. Comparison of quality of life for parents of boys and girls educable mentally retarded and normal parents aged 10 -8 Tehran. [Unpublished MA thesis in psychology]. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences: Tehran, Iran.
18. Ronit GE. The differences between fathers and mothers of young adults with mental retardation in the stress levels coping strategies and attitudes toward integration of their sons/ doughters in to the community. University Haife.2002.
19. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. Pain. 2010;148(1):120–127.[Link]
20. Warfield ME, Krauss MW, Hauser-Cram P, Upshur CC, Shonkoff JP. Adaptation during early childhood among mothers of children with disabilities. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 1999; 20 (1):9-16. [Link]
21. Hosseyniaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri MM. Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT) based training on job Stress and Burnout. Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology. 2013;19(2): 109-120.[Persian]
22. Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, Fink BC. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. Behavior therapy. 2004;35(4):767–783.[Link]
23. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2013; 17(3):275-286. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.11.9]