MEJDS. 2018; 8:17.
Published online 2018 Oct. **Research Article**

Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Caregiver Burden and Marital Stress in Mothers of children with Special Needs

Mahdieh Sarhaddi[1], *Shahriar Dargahi[2]

Author Address
1. Department of psychology, Faculty member Payam Noor University of Saravan, Saravan, Iran;
2. PhD. student counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
***Corresponding Author Address:** Ardabil, University Street, University of Mohaghegh Ardabili, Faculty of Psychology and Educational Sciences.
***Tel:** +98 (45) 32721517
Email: shahriardargahi@yahoo.com

Received: 2017 June 30; **Accepted:** 2017 August 5

Abstract

Background & Objective: Expanding opportunities and enhancing the quality of life of children and young adults with disabilities and their families is a challenging task. An increasing number of parents are refusing to enroll their children at special schools. Due to the necessity of personal and marital life and the importance of improving the lives, families with children with special needs, this study examines the effect of acceptance and commitment therapy on caregiver burden and marital stress of mothers of children with special needs.

Methods: The study employed a two group pre-test post quasi-experimental design. The study population consisted of all married women in Zahedan with a least one child with special needs. Convenience sampling was used to recruit 30 participants. The participants were randomly assigned to experiment and control groups in equal numbers. The research instruments were Family Burden Interview Schedule (FBIS) and Marital Stress Scale (MSS). The experiment group received Acceptance and Commitment Therapy in ten sessions each lasing 45 minutes. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used to test the research hypotheses.

Results: The results showed that a significant impact of acceptance and commitment therapy training ($P<0.05$) on marital stress and caregiver burden. Also, the effect size and power strength were 0.68 and 0.95 for caregiver stress scores and 0.77 and 0.93 for marital stress scores, respectively, which show that the effect of treatment based on acceptance and commitment on the amount maternal stress and marital stress have been remarkable and strong.

Conclusion: Marital stress and psychological stress can result from the lack of acceptance, consciousness or non- commitment and avoidance of conflict and insincerity. So group training therapy based on acceptance and commitment may improve the lives of families with special needs.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Caregiver Burden, Marital Stress, Children with Special Needs.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.54.9]

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 ۱۳۹۷؛ (۸):۱۷.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر فشار مراقبت و استرس زناشویی مادران کودکان استثنایی

مهدیه سرحدی[۱]، *شهریار درگاهی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور واحد سراوان، سراوان، ایران؛

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

*آدرس نویسندهٔ مسئول: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی.

*تلفن: ۳۲۷۲۱۵۱۷ (۰۴۵)؛

*رایانامه: shahriardargahi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹تیر۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴مرداد۱۳۹۶

چکیده

هدف: توجه به زندگی فردی و زناشویی خانواده‌های دارای کودکان استثنایی و بهبود زندگی آنان اهمیت زیادی دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر فشار مراقبت و استرس زناشویی مادران کودکان استثنایی است.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی بود. جامعهٔ مطالعه‌شده را تمام مادران دارای کودکان استثنایی شهر زاهدان تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش شامل ۳۰ زن (گروه آزمایش=۱۵ نفر و گروه کنترل=۱۵ نفر) بود. آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش، پرسشنامهٔ فشار مراقبت (FBIS) و استرس زناشویی (SMSS) به‌کار گرفته شد. برای آموزش آزمودنی‌ها از پروتکل آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در ده جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر فشار مراقبت و استرس زناشویی دارد ($p\leq ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با آموزش گروهی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌توان از مشکلات فردی و زناشویی خانواده‌های با کودکان استثنایی کاست و به بهبود زندگی آنان کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش پذیرش و تعهد، فشار مراقبت، استرس زناشویی، کودکان استثنایی.

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 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.54.9]

۱ مقدمه

تولد کودکان استثنایی به‌همراه خود مشکلات جدید و مضاعفی را برای والدین این کودکان به‌دنبال دارد. مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی و آموزشی به‌نوبهٔ خود می‌تواند سازگاری خانواده‌های دارای کودکان استثنایی را تحت‌تأثیر قرار دهد و پیامدهای مهمی همچون محدودبودن‌های اقتصادی و اجتماعی و هیجانی در خانواده ایجاد کند. والدین و دیگر اعضای خانواده با تولد کودک استثنایی می‌بایست تغییرات واقعی در ساختار خانواده به‌وجود آورند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد سازگاری خانواده زمانی‌که تحت‌تأثیر کودک استثنایی قرار می‌گیرد، بهداشت روانی خانواده را تحت‌تأثیر قرار داده و ممکن است زمینه‌ساز پیامدهای ناگواری برای تمام اعضای خانواده باشد (۱).

در خانواده‌های دارای اینگونه فرزندان همواره این خطر وجود دارد که اعضای خانواده، اتحادهای مخالف با یکدیگر را تشکیل دهند و به‌گونه‌ای عمل کنند که فرزند مشکل‌دار نقش بلاگردان یا قربانی به‌خود بگیرد. نه‌تنها نحوهٔ واکنش خانواده‌ها به ناتوانی فرزندانشان کاملاً متفاوت و منحصر است، بلکه تغییر و دگرگونی احساس‌ها و واکنش آن‌ها در طول دوران زندگی نیز تفاوت دارد. وجود کودک مشکل‌دار می‌تواند استرس‌های روانی بر خانواده تحمیل کند و موجب تعارض‌های بین‌فردی شود (۲). از مشکلاتی که اینگونه خانواده‌ها با آن درگیر هستند، می‌توان به زمینه‌سازهای مشکلات زناشویی ازجمله استرس زناشویی[1] اشاره کرد. استرس زناشویی موقعیتی تعریف شده که در آن همسران مشکلات ارتباطی و حل مسئله را تجربه می‌کنند و درحالی‌که در جست‌وجوی راه‌حل هستند با یکدیگر زندگی کرده و به‌سختی تفاوت‌های دیگری را می‌پذیرند (۳). استرس زناشویی درواقع فرایندی چندعاملی بوده که شامل محیط خانواده، تجارب شخصی، راهبردهای مقابله، مجموعه‌ای از پاسخ عصبی‌غددی، سیستم خودکار، قلبی‌عروقی و سایر پاسخ‌های منظم فیزیولوژیک است(۴). پژوهش‌ها نشان‌دهندهٔ تأثیر کودکان مشکل‌دار بر مادر و روابط بین‌فردی والدینشان هستند (۶،۵). مادران کودکان آسیب‌دیده، اضطراب بیشتری را درمقایسه با پدران گزارش کرده‌اند (۶)؛ درنتیجه این اختلال و ناتوانی عضو نه‌تنها بر فرد، بلکه بر نظام یک‌پارچه و گسترده‌تر خانواده و به‌خصوص در روابط زن‌وشوهر نیز تأثیرگذاشته و می‌تواند تعامل والدین و عملکرد خانواده را با بروز اضطراب‌زاهای زناشویی تحت‌تأثیر قرار دهد.

بار سنگین مراقبت و سرپرستی بیشتر بر دوش مادران است تا پدران و مادران کودکان آسیب‌دیده، اضطراب بیشتری را درمقایسه با پدران گزارش کرده‌اند (۷). درحقیقت وجود کودک آسیب‌دیده، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین، به‌خصوص مادران را تهدیدکرده و غالباً تأثیر منفی بر آن‌ها دارد (۸).

فشار مراقبت[2] درواقع فشار روانی تجربه شدهٔ مراقب بوده که ناشی‌از اختلال در فعالیت‌های روزمره، استراحت و اوقات‌فراغت خانواده، اختلال در روابط خانوادگی، مشکلات اقتصادی و نگرانی از سلامت جسمی و روانی سایر اعضای خانواده است (۹). همچنین، فشار مراقبت مسئله‌ای است که برای فرد مشکل‌دار و خانواده‌اش به‌شدت مشکل‌سازبوده و آن‌ها معمولاً مشکلات مرتبط با سلامتی بسیار زیادی را گزارش کرده‌اند (۱۰)؛ به‌همین دلیل بررسی و یافتن عوامل ارتقادهندهٔ سلامت مراقبان و کاهش‌دهندهٔ مشکلات هیجانی و فشارآور بر آنان دارای اهمیت بسیاری است.

شش فرایند اصلی در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، شامل نکاتی است که به‌عنوان مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ذکر شده‌اند: پذیرش، گسلش‌شناختی، بودن در زمان حال، خود به‌عنوان رفتار، ارزش‌های شخصی و اقدام متعهدانه (۱۱). در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT) هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه انتخاب عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا تمایل‌های آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (۱۲). در پژوهش‌های صورت‌گرفته، مشخص شد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمان مناسب و کارآمدی است. ازجمله سبب کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان (۱۳) و کاهش میزان افسردگی بیماران دیابتی (۱۴) و به‌طورکلی منجربه بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی افراد می‌شود (۱۲). پژوهش مطهری و همکاران بیان می‌کند مداخلهٔ ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان در کاهش اضطراب زناشویی مادران باکودکان بیش‌فعال (۱۵) و مادران باکودکان کم‌توان ذهنی (۱۶) مؤثر بوده است. برای برخی خانواده‌ها، وجود یک‌ناتوانی نسبتاً خفیف فرزند می‌تواند فاجعه آمیز باشد؛ اما برای بعضی دیگر، وجود ناتوانی بسیار شدید نیز ممکن است چنین پیامدی را در پی نداشته باشد (۲). با درنظرگرفتن این شواهد و انجام مطالعات بسیار کم درزمینهٔ کاهش مشکلات ناشی‌از وجود کودک مشکل‌دار و حفظ و تأکید بر زیرمنظومهٔ زن‌وشوهری که عملکرد آن بسیار حائز اهمیت است، اقدام مداخله‌گرایانه و حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای بهداشت روانی والدین کودکان استثنایی، بیش از پیش ضرورت دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر فشار مراقبت و استرس زناشویی مادران کودکان استثنایی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را همهٔ زنان متأهل شهر زاهدان تشکیل دادند که یکی از فرزندان آن‌ها در مدارس استثنایی مشغول به‌تحصیل بود. بااستفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، ۳۰ نفر از مادران دارای کودک استثنایی با ملاک‌های ورود (داشتن مدرک حداقل دیپلم و نداشتن بیماری‌های اعصاب و روان) و خروج (مراجعه به مراکز مشاوره در حین اجرای گروه درمانی و نارضایتی خود و همسر) انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵نفره قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد را

[1] Marital stress
[2] Caregiver Burden

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.54.9]

دریافت کرد؛ اما در گروه کنترل آموزشی صورت نگرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس فشار مراقبت از بیمار[1] (FBIS): مقیاس فشار مراقبت از بیمار را پایی وکاپور در سال ۱۹۸۱ ساخته و نوری خواجوی و همکاران در سال ۱۳۸۷ در ایران ترجمه و هنجاریابی کردند (۱۷). این مقیاس به‌منظور تعیین میزان فشار روانی ناشی‌از مراقبت از بیمار طراحی شده و مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته است. نمرهٔ بیشتر در این آزمون فشار روانی بیشتر را نشان می‌دهد. نمره‌گذاری این مقیاس بدین شرح است: دارای خرده‌مقیاس‌های فشار اقتصادی و اختلال در فعالیت‌های روزمره و اختلال در استراحت خانواده بوده که هرکدام در سه رتبه‌بندی شدید (۲) و متوسط (۱) و بدون‌فشار (صفر) درجه‌بندی می‌شود. سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ خرده‌مقیاس فشار اقتصادی را می‌سنجد. سؤالات ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱ خرده‌مقیاس اختلال در فعالیت‌های روزمره و سؤالات ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ خرده‌مقیاس اختلال در استراحت خانواده را تحت سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس از ضریب پایایی خوبی (۰/۷۲) باتوجه به پژوهش نوری خواجوی و همکاران (۱۳۸۷) برخوردار است (۱۷).

مقیاس استرس زناشویی استهکلم[2] (SMSS): برای سنجش استرس زناشویی از ترجمهٔ مقیاس استرس زناشویی استکهلم (SMSS) استفاده شد. این مقیاس را اورث‌گومر و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته و بشارت و شمسی‌پور و براتی آن را در ایران ترجمه کردند (۱۸). مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال بوده که به‌صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمرهٔ این مقیاس صفر (۰) و حداکثر نمرهٔ آن ۱۷ است (۱۸). هرچقدر نمرهٔ فرد در این مقیاس بیشتر باشد، استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. اورث‌گومر و همکاران ، آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۷۷ و بشارت و همکاران (۱۸) همسانی درونی ترجمهٔ این آزمون را برحسب ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ گزارش کردند. پس از ترجمه و اصلاح و تغییرات لازم این مقیاس، درنهایت فرم ۱۶سؤالی آن تهیه شد. پنج گزینهٔ بسیارزیاد، زیاد، متوسط، کم و بسیارکم به‌ترتیب برابر با ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ و نمرهٔ هر آزمودنی را از ۲۴ (حداقل) تا ۱۵۰ (حداکثر) مشخص می‌کند (دو تا از سؤال‌های این مقیاس پنج‌قسمتی است و در کل جمع سؤال‌ها به ۲۴ می‌رسد).

ابتدا با کسب اجازه از ادارهٔ آموزش‌وپرورش شهرستان زاهدان و کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مدیران مدارس، ازطریق فراخوانی که در مدارس اعلام شد، از مادران دانش‌آموزان استثنایی دعوت به‌عمل آمد. سپس، پس از غربالگری‌های لازم و رعایت ملاحظات اخلاقی اعم از بیان اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه مراجعه‌کننده، حضور داوطلبانه، حفظ اطلاعات آزمودنی‌ها و کسب اجازه از همسران آن‌ها، رضایت افراد نمونهٔ تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. شرح مختصر جلسات گروهی در جدول ۱ به‌طور اختصار آورده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش گروهی

جلسهٔ اول: توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعان و اجرای پیش‌آزمون و همچنین تهیهٔ فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامهٔ هفتگی.
جلسات دوم و سوم: آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه).
جلسات چهارم و پنجم: آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مُراجع دربارهٔ اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها تحت قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم اوت توسط هریک از زوج‌ها هنگام مشاجرات و عصبانیتی که منجربه اختلاف شود.
جلسات ششم و هفتم: ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوهٔ پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها، آموزش داده می‌شود. برشماردن نقاط مثبت و منفی زوج‌ها توسط یکدیگر بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی.
جلسات هشتم: آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف‌کردن حواس، تسکین‌دادن به‌خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). مرور جلسات قبل و بازخورد دادن زوج‌ها به یکدیگر.
جلسهٔ نهم: آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییردادن عواطف ازطریق عمل متضاد با عاطفهٔ اخیر. تمرین عملی آموخته‌ها، ارائهٔ بازخورد به‌وسیلهٔ گروه و درمانگر.
جلسهٔ دهم: افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی و علاقه‌مندی و غیره). آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان‌کردن، ابراز وجود و جرأت‌داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره‌کردن و عزت‌نفس). جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

[1] Family burden interview scale

[2] Stockholm Marital Stress Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.54.9]

۳ یافته‌ها

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر میانگین سنی زنان گروه آزمایش ۳۸/۲۵ با انحراف معیار ۷/۴۴ و میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۳۷/۹۷ با انحراف معیار ۶/۳۱ بود. همچنین طبق این یافته‌ها ۴۵درصد مادران کودکان استثنایی دارای مدرک تحصیلی سوم راهنمایی و ۳۰درصد آن‌ها دیپلم و ۲۵درصدشان نیز دارای مدرک تحصیلی بیشتر ازدیپلم بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای بررسی‌شده در گروه آزمایش و کنترل و مقایسهٔ میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کوواریانس

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ میانگین‌ها در پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	مقدار F	مقدار p
فشار مراقبت	گروه آزمایش	۲۴/۹۶	۴/۴	۱۸/۵۶	۳/۵	۶۱/۳۶	<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۳۵/۸۷	۴/۲	۲۴/۱۷	۳/۷		
استرس زناشویی	گروه آزمایش	۱۴/۰۹	۲/۸	۱۰/۷۵	۲/۸	۵۶/۱۱	<۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۱۳/۷۷	۲/۱	۱۴/۲۱	۳/۱		

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیرهای فشار مراقبت و استرس زناشویی را نشان می‌دهد و دلالت بر این دارد که میانگین نمرات پس‌آزمون در فشار روانی مراقبت و استرس زناشویی در مرحلهٔ بعد از مداخله درمقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است.

برای بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کواریانس استفاده و به‌منظور انجام این آزمون ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. به‌جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات، آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف به‌کار گرفته شد. نتایج این آزمون نشان داد توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است. برای بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لون استفاده شد که باتوجه به معنادارنبودن تست لون برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌فرض همگونی واریانس‌ها برقرار است. باتوجه به نتایج، با حذف اثر پیش‌آزمون نمرهٔ فشار روانی مراقبت در گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌طور معناداری متفاوت از گروه کنترل مشاهده می‌شود ($F=۶۱/۳۶$ و $p<۰/۰۰۱$). همچنین نمرهٔ استرس زناشویی گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌طور معناداری متفاوت از گروه کنترل ملاحظه می‌شود ($F=۵۶/۱۱$ و $p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان فشار روانی مراقبت و استرس زناشویی مادران باکودکان استثنایی تأثیر دارد و موجب کاهش فشار روانی مراقبت و استرس زناشویی می‌شود. همچنین اندازهٔ اثر و توان آماری به‌ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۹۵ برای نمرات فشار مراقبت و اندازهٔ اثر و توان آماری به‌ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۹۳ برای نمرات استرس زناشویی، نشان می‌دهد تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان فشار روانی مراقبت و استرس زناشویی مادران باکودکان استثنایی بارز و قوی‌بوده و توان آماری بیشتر نشان از کفایت حجم نمونه و کاهش خطای آماری است.

۴ بحث

نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر احساس فشار روانی مراقبت و استرس زناشویی مادران باکودکان استثنایی را مؤثر است.

خانواده و به‌خصوص مادر مسئولیت مستقیم نگهداری و مراقبت از عضو دارای اختلال را عهده‌دار است. در هنگام واردشدن صدمهٔ شدید به یکی از اعضای خانواده، نیازهای مالی و حمایتی و وظایف مراقبتی خانواده ممکن است به‌شکل فزاینده‌ای افزایش یابد و مقدار زیادی از مشکلات بین بیمار و خانواده ناشی‌از ناتوانی در انجام امور جاری و روزمرهٔ مراقبان فرد مشکل‌دار است. در راستای این موضوع پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد احساس فشار روانی مراقبت مادران باکودکان استثنایی را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. در بررسی همسویی سایر تحقیقات، پژوهش‌های خاصی در ارتباط با تأثیرات کودکان مشکل‌دار بر خانواده‌ها و مراقبان اصلی آن‌ها یعنی مادر که با مداخلهٔ درمان پذیرش و تعهد انجام شده، وجود ندارد؛ اما باتوجه به ضعیف‌بودن کیفیت زندگی والدین باکودکان مشکل‌دار (۱۹) برخی پژوهش‌هایی وجود دارد که نقش مداخلات همچون معنادرمانی و تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی در افزایش کیفیت زندگی خانوادهٔ افراد مشکل‌دار را نشان می‌دهند. برای مثال طیبی و همکاران (۲۰) در تحقیق خود بیان کردند معنادرمانی تأثیر معناداری در افزایش کیفیت زندگی مادران باکودکان کم‌شنوا دارد.

هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ازطریق پذیرش احساسات ناخوشایند اجتناب‌ناپذیر و پریشان‌کننده مانند اضطراب و پرورش ذهن‌آگاهی به‌منظور خنثی‌کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص‌کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری‌بوده و بیمار تشویق می‌شود تا درحالی‌که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است. با تجربیاتش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کرده و آن‌ها را بدون قضاوت دربارهٔ درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر باوجود موانع اجتناب‌ناپذیر می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا درجهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، به‌غیر از توجه و مراقبت از فرزند، تلاش کند (۱۲).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.54.9]

اصلی‌ترین سازهٔ نظری در پذیرش، مبتنی‌بر درمان‌های رفتاری ازقبیل پذیرش و تعهددرمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بوده و به‌معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی باوجود حضور مشکل است. نتایج این تحقیقات اهمیت پذیرش روانی را به‌خصوص دربارهٔ عملکردهای روان‌شناختی نشان می‌دهد. بیمارانی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه‌کردن تجارب روان‌شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات نامطلوب دارند عملکرد اجتماعی و فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند (۱۳).

این رفتارهای انعطاف‌پذیر باعث حل بهتر مسئله و درک بهتر موقعیت می‌شود. درواقع افرادی که ارزیابی مثبتی از زندگی‌شان دارند، آرامش بیشتری را تجربه کرده و می‌توانند اطلاعات دریافتی را به‌طور گسترده‌تر و متنوع‌تر طبقه‌بندی کنند؛ درنتیجه تداعی‌های بیشتری را دربارهٔ موضوعی داشته باشند. افراد دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر، برای حل مسائل زندگی پافشاری بیشتری می‌کنند. آن‌ها دربرابر بازخوردهای نامطلوبی که از محیط اطرافشان دریافت می‌کنند، استقامت بیشتری دارند؛ درنتیجه می‌توانند سطوح بیشتری از هیجان‌های مثبت را بروز دهند. همچنین افراد را قادر خواهد ساخت تا با پرورش آن در خود، درمقابل تنیدگی و سایر جنبه‌های منفی که سلامت روان و بهزیستی آن‌ها را به‌خطرانداخته، مصون باشند (۱۳).

همچنین پژوهش حاضر مشخص کرد درمان پذیرش و تعهد بر استرس زناشویی مادران باکودکان استثنایی مؤثر است. چنانکه این پژوهش نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد به‌طور معناداری موجب کاهش استرس زناشویی این زنان شده است. درارتباط با پژوهش‌های همسو با این پژوهش، مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات زناشویی زنان باکودکان استثنایی مؤثر بوده است. ازجمله پژوهش مطهری و همکاران (۱۵) که بیان کردند مداخلهٔ ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان در کاهش استرس زناشویی مادران باکودکان بیش‌فعال مؤثر بوده است.

استرس زناشویی می‌تواند به دو صورت اضطراب‌زاهای افقی و عمودی بر زندگی زوج‌ها تأثیر بگذارد. استرس افقی آن دسته از ایجادکننده‌های اضطراب هستند که در طول زندگی مشترک مانند تولد کودک معلول در هریک از زوج‌ها بروز پیدا کرده و موجب اختلافات زناشویی می‌شوند (۱۹). مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند نقش مهمی در کنترل اینگونه ایجادکننده‌های اضطراب داشته باشد؛ چراکه دو زوج خود به‌راحتی توانایی مدیریت آن را دارند و درمان پذیرش و تعهد با سازوکار خود توانمندسازی زوج‌ها را در حل اینگونه مسائل بیشتر می‌کند.

در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد زوج‌ها از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظه آگاهی پیدا کرده و سعی می‌کنند خود را از تجارب ذهنی جدا سازند (جداسازی شناختی). زوج‌ها ارزش‌های شخصی اصلی خود را می‌بینند و می‌شناسند (روشن‌سازی ارزش‌ها) (۱۱). همچنین زوج‌ها در زندگی هدف جدیدی برای باهم‌بودن پیدا کرده و نقاط مثبت و منفی خود و زندگی مشترکشان را شناسایی می‌کنند. در بُعد شناختی، کنترل درونی، خوش‌بینی، هدفمندی، رضایت زناشویی و در بُعد اجتماعی، برون‌گرایی، نوع‌دوستی، توافق اجتماعی و ارتباط مثبت با دیگران با آگاهی و پذیرش مشکلات تغییرناپذیر در زندگی و ارتباط‌های بین‌فردی و همچنین تغییرها در ابعاد تغییرپذیر زندگی زناشویی و هیجان‌های ناشی‌از آن همبستگی دارد؛ بنابراین اضطراب زناشویی می‌تواند از نبودن پذیرش و آگاهی یا نداشتن عمل متعهدانه درقبال مسائل مختلف بین‌فردی و طفره‌روی از این مسائل و اجتناب از تعارض و صمیمی‌بودن ناشی شود؛ لذا این درمان می‌تواند بر اضطراب بین‌فردی زوج‌ها تأثیر بسزایی‌گذاشته و سطح کیفیت زندگی زناشویی را افزایش دهد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج این پژوهش و تأیید آن توسط پژوهش‌های انجام‌گرفته، استفاده از درمان پذیرش و تعهد به مادران باکودکان استثنایی در کاهش فشار روانی مراقبت و اضطراب زناشویی مؤثربوده و با درمان والدین (به‌خصوص مادر) می‌توان گام مؤثری در راستای کاهش مشکلات زناشویی و فردی این خانواده‌ها برداشت.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.54.9]

References

1. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. Pediatrics. 2007; 1(119):114-21. [link]
2. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. Journal of autism and developmental disorders. 2008 ;1;38(7):1278. [link]
3. Shakarami M, Davarniya R, Zahrakar K .The Effectiveness of Solution-focused Brief Therapy (SFBT) on Reducing Marital Stress in Women. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2013: 8:18-26 [link]
4. Story LB. Bradbury TN. Understanding marriage and stress: Essential questions and challenges. Clinical Psychology Review, 2004; 23:1139−1162.[link]
5. Horn Mallers M, Almeida DM, Neupert SD. Women's daily physical health symptoms and stressful experiences across adulthood. Psychology & Health. 2005; 20(3):389-403. [link]
6. Hastings RP. Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. Journal of intellectual disability research. 2003; 47(4-5):231-7. [link]
7. Marks NF. Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being. Journal of Marriage and the Family. 1998;1:951-66.[link]
8. Saloviita T, Itälinna M, Leinonen E. Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. Journal of Intellectual Disability Research. 2003; 47(4-5):300-12. [link]
9. Renshaw KD, Rodebaugh TL, Rodrigues CS. Psychological and marital distress in spouses of Vietnam veterans: Importance of spouses' perceptions. Journal of Anxiety Disorders. 2010;24(7):743-50. [link]
10. Saban KL, Mathews HL, Janusek LW. The relationship among depression and caregiver burden with salivary cortisol awakening level in female caregivers of stroke survivors. Brain, Behavior, and Immunity. 2010 ;24:S21. [link]
11. Hayes S. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004; 35(4): 639-65. [link]
12. Ost LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther. 2014; 61:105-21. [link]
13. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. Iran J Cancer Prev. 2015; 8(2):71-6.[Persian][link]
14. Annunziata A, Green J, Marx B. Acceptance and Commitment Therapy for Depression and Anxiety. Encyclopedia of Mental Health (Second Edition); 2016; pp:1-10. [link]
15. Motahhary Z, Ahmady Kh, Soleymani A, Behzadpoor S. Effectiveness of Mindfulness on decreasing marital stress in ADHD children's mothers. Journal of Psychological Research. 2013, 5(17):0-10. [Persian][link]
16. Ossanlou Z, Pour Mohammad Rezaye Tajrishi M, Sorouri MH. The Effect of Emotional Intelligence Management Training on Stress Syndrome in Mothers of Children with Intellectual Disabilities. Iran J Except Child. 2011;11(2):151-62.[Persian] [link]
17. Noori Khajavi M, Ardeshirzadeh M, Dolatshahi B, Afgheh S. Comparative evaluation of psychological burden in caregivers of patients with chronic schizophrenia and caregivers of patients with chronic bipolar disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(1):80-4. [Persian] [link]
18. Besharat MA, Shamsipoor H, Barati N. Reliability and validity of stekholm couple stress scale. J Psychol Sci. 2006; 19: 217-25. [Persian] [link]
19. Klassen AF, Klaassen R, Dix D, Pritchard S, Yanofsky R, O'Donnell M, et al. Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life. Journal of clinical oncology. 2008 ;26(36):5884-9. [link]
20. Tayyebiramin Z, Dadkhah A, Bahmani B, Movallali G. Effectiveness of group logo therapy on increasing the quality of the motherslife of hearing impaired children. Appl Psychol. 2014. 2014;6:18-26. [link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.54.9]