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

Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation and Quality of Life of Mothers of Children with Intellectual Disability

Fereydoon Goodarzi[1], *Ziba Soltani[2], Maryam Sadat Hoseini Seddigh[3], Meysam Hamdami[4], Reza Ghasemi Jobaneh[5]

Author Address
1. MA of Family Counseling, Faculty of Psychology and Education Science, Kharazmi University, Tehran, Iran;
2. Faculty Member of Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran;
3. MA of Family Counseling, Faculty of Psychology and Education Science, Kharazmi University, Tehran, Iran;
4. MA of General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran;
5. MA of Family Counseling, Faculty of Psychology and Education Science, Kharazmi University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Payame Noor University, Tehran, Iran.
***Tel:** 09135594157; ***E-mail:** soltani1011@yahoo.com

Received: 2016 May 16**; Accepted:** 2016 May 25.

Abstract
Objectives: The aim of current research was to investigate the effect of acceptance and commitment based therapy on emotion regulation and quality of life of mothers of children with intellectual disability.
Methods: This is a pretest- posttest control group quasi-experimental research. The population of the study consisted of the mothers of students with intellectual disability in Karaj-Iran in the school year 2014-2015. Convenience sampling was used to recruit 30 participants. The participants were assigned to experimental and control groups in equal numbers. The experimental group participated in 8 sessions of acceptance and commitment based therapy. The control group received no intervention. The research instruments were The Emotion Regulation Scale (ER) and Quality of Life (QOL) questionnaires. Analysis of covariance (ANVOVA) was used to analyze the data.
Results: The results showed a statistically significant difference between post-test scores of the experimental and control group following receiving training in acceptance and commitment based therapy in favor of the experimental group (p>0.01) in terms of emotion regulation and quality of life of mothers of children with intellectual disability (p<0.01).
Conclusion: It can be concluded that acceptance and commitment based therapy interventions leads to increasing emotion regulation and quality of life of mothers of children with intellectual disability.
Keywords: acceptance and commitment, emotion regulation, quality of life, intellectual disability.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.39.7]

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 مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی

فریدون گودرزی[۱]، *زیبا سلطانی[۲]، مریم‌السادات حسینی صدیق[۲]، میثم همدمی[۴]، رضا قاسمی جوبنه[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاورهٔ خانواده، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۲. عضو هیئت علمی گروه مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران؛

۳. کارشناس ارشد مشاورهٔ خانواده، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران؛

۵. کارشناس ارشد مشاورهٔ خانواده، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه پیام نور تهران، گروه مشاوره؛

***تلفن:** ۰۹۱۳۵۵۹۴۱۵۷؛ ***رایانامه:** soltani1011@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ اردیبهشت ۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۵ خرداد ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعهٔ آماری این پژوهش را مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهر کرج در سال تحصیلی ۱۳۹۴ـ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند. در پژوهش حاضر ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه بررسی شدند (۱۵ نفر برای هر گروه). گروه آزمایش در ۸ جلسهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شرکت کردند، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. از مقیاس تنظیم هیجان و پرسشنامهٔ کیفیت زندگی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از تحلیل کواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری موجب افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در مادران با فرزند کم‌توان ذهنی شده است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: لذا انجام مداخلات براساس این رویکرد می‌تواند در تنظیم هیجان هیجانی و کیفیت زندگی این زنان مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، کم‌توان 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 jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.39.7]

۱ مقدمه

خانواده یکی از نهادهای مهم جوامع محسوب می‌شود. گاهی برخی عوامل ممکن است که برای خانواده استرس‌آور باشد. یکی از این عوامل می‌تواند وجود فرزند کم‌توان ذهنی در خانواده‌ها بوده که اعضای خانواده به‌خصوص والدین را با برخی مشکلات مواجه می‌سازد. تولد این کودک می‌تواند عامل فشارزا و نگران‌کننده برای سازگاری خانواده باشد (۱). در این میان باتوجه به اینکه مادران با فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با پدران زمان بیشتری برای مراقبت از فرزند خود صرف می‌کنند، استرس بیشتری را در قبال شرایط و مسئولیت‌های مداومی که این کودک به‌لحاظ روانی، هیجانی و اجتماعی برای آن‌ها دارد، متحمل می‌شوند (۲). در حقیقت وجود کودک ناتوان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی والدین به‌خصوص مادران را تهدید می‌کند و والدین با فرزند کم‌توان ذهنی به‌خصوص مادران بهزیستی هیجانی ادراک‌شدهٔ کمتری دارند (۳).

افزایش بهره‌مندی والدین از مهارت‌های تنظیم هیجانی در فراوانی تجربهٔ هیجانات مثبت و سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زایی همچون نگهداری از یک کودک با ناتوانی ذهنی مؤثر است و فعالیت‌های هدفمند در پاسخ‌های سازنده به موقعیت‌های چالش‌انگیز را افزایش می‌دهد (۴). تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات و تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد و با سازگاری روان‌شناختی و افزایش کیفیت ارتباطات بین فردی مرتبط است (۵).

همان‌طور که گفته شد نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، همچون مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی در مادران با کودکان کم‌توان ذهنی است که این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها می‌گردد (۲،۳). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همهٔ ابعاد سلامت و رضایت‌مندی از زندگی را در بر می‌گیرد (۶). در خانواده‌هایی که از کودکان کم‌توان ذهنی مراقبت می‌کنند، یکی از موضوعات قابل توجه، کیفیت زندگی والدین است. در بسیاری از موارد، مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی، ممکن است کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده و به‌ویژه عضو مراقب را کاهش دهد (۲). علاوه‌برآن، کیفیت زندگی در خانوادهٔ کودکان کم‌توان ذهنی به عوامل محیطی و متغیرهایی مانند مشخصات کودک و والدین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده، حمایت اجتماعی و میزان بهره‌مندی اعضای خانواده از مهارت‌های لازم، بستگی دارد (۷).

پذیرش و سازگاری با یک کودک کم‌توان ذهنی از سوی والدین به‌ویژه مادران از اهمیت بسیاری برخوردار است. در دههٔ اخیر، تعدادی از روان‌درمانی‌ها به‌عنوان موج سوم توسعه یافته‌اند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT)، از جملهٔ این درمان‌ها هستند. هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد این است که به مراجعان کمک کند علی‌رغم وجود برخی مشکلات و چالش‌ها همچون وجود فرزند کم‌توان ذهنی در خانواده، با رویکردی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و با انجام اقدامات سازنده، برای خود زندگی معنادار و غنی درست کنند تا سطح کیفیت خانوادگی‌شان را بالا ببرند (۸).

مطالعهٔ پیشینهٔ پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهبود مؤلفه‌های هیجانی و افزایش کیفیت زندگی در جوامع آماری مختلف تأثیر مثبت دارد. به‌طور مثال نریمانی و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر مهمی در کاهش هیجانات منفی، رفتارهای خودمخرب و رفتارهای تکانش‌گرانهٔ دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری دارد (۹). یافته‌های پژوهشی دیگر که توسط بلاکلدج و هیز به‌شیوهٔ مروری انجام شد، نشان داد که مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شامل آموزه‌هایی همچون زندگی بامعنا، هدفمندی و وجود ارزش‌ها و تعهد است، به‌همین‌دلیل در بهبود تنظیم هیجان جوامع آماری بالینی و غیربالینی تأثیر مثبت دارد (۱۰). دوهرست و همکاران نیز در یک بررسی نشان دادند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اثرات متوسط و قوی در بهبود افسردگی، اضطراب، عزت‌نفس، سازگاری شغلی، سازگاری روان‌شناختی و افزایش کیفیت روابط بین فردی و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری صرع دارد (۱۱). یافته‌های پژوهش ماسودا و همکاران که مشابه با پژوهش حاضر بود، نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش پذیرش، سازگاری و کیفیت زندگی مادرانی که دارای فرزند مبتلا به بیماری کم خونی هستند، اثر مثبت و ماندگار دارد (۱۲). فروس و همکاران نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری سرطان پرداختند و نتایج پژوهش اثربخش و معنادار گزارش شده است (۱۳).

باتوجه به مطالب گفته‌شده، وجود کودک کم‌توان ذهنی ممکن است که برای والدین به‌خصوص مادران، چالش‌زا باشد. از سوی دیگر وجود برخی مهارت‌ها همچون تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بالا در مادران با فرزند کم‌توان ذهنی دارای اهمیت است. همچنین مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در سایر پژوهش‌های انجام‌شده در بهبود مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی، تأثیرگذار بوده است، درحالی‌که در ارتباط با اثربخشی مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهبود مؤلفه‌های هیجانی و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی، تحقیقات کمی انجام شده است؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی است.

۲ روش بررسی

در این پژوهش از طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی، نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

جامعهٔ آماری این پژوهش، تمامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مدرسهٔ استثنایی پارسی–اربابی‌فر واقع در شهر کرج در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند. در پژوهش انجام‌شده از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. بدین‌صورت که از بین ۶۰ والد از والدین دانش‌آموزان مدرسهٔ استثنایی پارسی اربابی‌فر واقع در ناحیهٔ ۴ آموزش‌وپرورش شهر کرج که به پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ دادند؛ باتوجه به نتایج پرسشنامه‌ها، تعداد ۳۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش (داوطلب شرکت در پژوهش بودن، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی و اختلالات حاد روان‌شناختی، داشتن حداقل سطح سواد ابتدایی) را دارا بودند و نمرات ضعیف‌تری در پرسشنامهٔ کیفیت زندگی و تنظیم هیجان کسب کردند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین گردیدند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.39.7]

اعضای گروه آزمایش، طی هشت جلسه، هفته‌ای یک‌بار، به‌مدت ۶۰ دقیقه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند درحالی‌که برای گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. در نهایت پس‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد. برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که جلسات درمانی به‌شیوهٔ گروهی به جهت کمک به آن‌ها برای بهبود کیفیت زندگی و مهارت‌های تنظیم هیجان آن‌ها تدارک دیده شده است و هم به‌دلیل انجام یک کار پژوهشی است. بدین‌ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه مطرح شد و تمامی شرکت‌کنندگان با رضایت کامل وارد پژوهش شدند. همچنین بعد از اتمام جلسات درمانی و اجرای پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، برای گروه کنترل نیز جلسات درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برگزار گردید.

خلاصهٔ محتوای درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد:

جلسهٔ اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و تعیین قوانین حاکم بر جلسات، تصریح رابطهٔ درمانی، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق؛

جلسهٔ دوم: شکستن برنامهٔ کنترل مراجعان، آشنایی مراجعان با شیوه‌های غیرسازندهٔ مقابله با مشکلات؛

جلسهٔ سوم: معرفی کنترل به‌عنوان مسئله، بحث دربارهٔ دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون؛

جلسهٔ چهارم: معرفی پذیرش و تمایل و بیان احساسات؛

جلسهٔ پنجم: تداوم ایجاد یک جهت‌گیری به ذهن‌آگاهی و ارائهٔ شیوه‌های عملی بیشتر برای پرورش گسلش؛

جلسهٔ ششم: آشنایی با انواع خود؛

جلسهٔ هفتم: حرکت به سمت زندگی ارزشمند با خودِ پذیرا و مشاهده‌گر؛

جلسهٔ هشتم: جلسهٔ ارائهٔ ایدهٔ تعهد به‌عنوان ابزاری برای حرکت به‌سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب‌ها جهت رسیدن به آن اهداف.

ابزار پژوهش:

فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[1] : این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که به ارزیابی چهار بُعد کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارتند از سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی. با جمع این مؤلفه‌ها نمرهٔ کل به دست می‌آید و نمرهٔ بیشتر نشانگر کیفیت زندگی ادراک‌شدهٔ بیشتر است. آزمودنی درجهٔ موافقت خود را در طیف لیکرت (کمترین نمره به هر سؤال ۱ و بیشترین نمره ۵ تعلق می‌گیرد) مشخص کند. در ایران در پژوهشی که توسط نصیری و همکاران انجام شد، این پرسشنامه به فارسی ترجمه شد و روایی و پایایی آن نیز برای فرهنگ ایرانی معتبر گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۸۴ گزارش شده است (۱۴).

خرده‌مقیاس تنظیم هیجانی[2]: در پژوهش حاضر برای بررسی تنظیم هیجانی از خرده‌مقیاس تنظیم هیجانی مقیاس خودسنجی هوش هیجانی شوت که توسط شوت و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شد، استفاده شده است. آزمودنی درجهٔ توافق یا مخالفت خود را با هر جمله در مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت که از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) است، انتخاب می‌کند. این مقیاس دارای ده سؤال است و نمرهٔ بیشتر نشانگر تنظیم هیجانی بیشتر است. روایی و پایایی آن در طی بررسی در داخل کشور ۰/۹۳ گزارش شد (۱۵).

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۱۸ و به‌شیوهٔ تحلیل کواریانس یک‌متغیره (ANCOVA) در سطح معناداری ۰/۰۱ تجزیه‌وتحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ مادر با فرزند کم‌توان ذهنی شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۴۱/۵۳ و ۱/۹۵ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل ۴۱/۲۷ و ۲/۱۵ بود. جدول شماره ۱ نتایج تحلیل کواریانس را نشان می‌دهد.

جدول ۱. نتایج تحلیل کواریانس

متغیر	آزمایش				کنترل				مقدار p	اندازه اثر
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
تنظیم هیجان	۲۲/۲۳	۱/۷۹	۲۸/۱۳	۴/۷۴	۲۲/۹۳	۱/۱۱	۲۲/۴۰	۱/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
کیفیت زندگی	۵۳/۶۰	۵/۹۹	۶۴/۴۷	۷/۷۴	۵۳/۳۳	۵/۹۶	۵۳/۰۰	۴/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۰

باتوجه به یافته‌های جدول ۱، مشاهده می‌شود که میانگین پیش‌آزمون تنظیم هیجان و کیفیت زندگی گروه آزمایش برابر با ۲۲/۲۳ و ۵۳/۶۰ است. درحالی‌که میانگین پس‌آزمون تنظیم هیجان و کیفیت زندگی گروه آزمایش برابر با ۲۸/۱۳ و ۶۴/۴۷ است. همچنین میانگین پیش‌آزمون تنظیم هیجان و کیفیت زندگی گروه کنترل برابر با ۲۲/۹۳ و ۵۳/۳۳ است و میانگین پس‌آزمون تنظیم هیجان و کیفیت زندگی گروه کنترل برابر با ۲۲/۴۰ و ۵۳/۰۰ است. در واقع میانگین نمرات تنظیم هیجان و کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش یافته است،

[1]. Short form of Quality of Life Qquestionnaire World Health Organization

[2]. Emotion Regulation Subscale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.39.7]

درحالی‌که در گروه کنترل چنین تفاوتی مشاهده نمی‌شود. به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کواریانس استفاده شده است. جهت بررسی برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس از آزمون لون استفاده و مشاهده شد که واریانس تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل با هم برابرند. سرانجام یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه، معنادار است. بدین‌معنا که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش تنظیم هیجان ($F=۴۶/۲۱$، $p<۰/۰۰۱$) و افزایش کیفیت زندگی ($F=۲۷/۰۶$، $p<۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی صورت گرفته است. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش تنظیم هیجان مؤثر است که با یافته‌های سایر پژوهش‌های انجام‌شده همسویی دارد (۹،۱۰،۱۶). به‌طور مثال نریمانی و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر مهمی در کاهش هیجانات منفی، رفتارهای خودمخرب و رفتارهای تکانشگرانه دارد (۹). پژوهشی دیگر بلاکلدج و هیز نشان دادند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با آموزه‌هایی همچون زندگی بامعنا، هدفمندی و وجود ارزش‌ها به افراد در بهبود تنظیم هیجان کمک می‌کند (۱۰). همچنین هیل و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش در بهبود تنظیم هیجانی افرادی که از مشکلات مربوط به خوردن هیجانی و وسواس‌گونه رنج می‌برند، تأثیرگذار بوده است (۱۶).

همان‌طور که در قسمت مقدمه ذکر شد وجود فرزند کم‌توان ذهنی برای مادران می‌تواند استرس‌آور باشد و بهزیستی هیجانی آن‌ها را با تهدید مواجه سازد، در نتیجه این مادران مشکلات هیجانی مانند افسردگی و اضطراب را گزارش می‌کنند (۲،۳). درحالی‌که برخورداری مادران با فرزند کم‌توان ذهنی از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند به آن‌ها کمک کند که با مدیریت، تعدیل و تنظیم هیجانات، بتوانند از شدت هیجانات ناخوشایند و دردآور کم کنند و هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند. یکی از راهبردهای افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است که به‌دلیل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظهٔ حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان‌جویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجانات ناخوشایند و تهدیدکنندهٔ بهزیستی هیجانی (مانند پیامدهای روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی وجود فرزند کم‌توان ذهنی در خانواده) بر هیجانات خودآگاهی و مدیریت بیشتری کنند و به تنظیم سازندهٔ هیجانات بپردازند. همچنین تنظیم هیجان به‌عنوان روشی در تعدیل هیجانات، باعث مقابلهٔ مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زایی همچون مراقبت از فرزند دارای کم‌توان ذهنی می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های پرتنش را به‌دنبال دارد. درواقع افرادی که در دورهٔ درمانی پذیرش و تعهد شرکت می‌کنند به‌دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی آن‌ها، کمتر تحت تأثیر منفی شرایط استرس‌آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در تنظیم و مدیریت بر هیجانات خود پیدا می‌کنند (۵).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی نیز مؤثر است. سایر پژوهشگران نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده‌اند که می‌توان از آموزه‌ها و مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی و داشتن زندگی غنی و بامعنا، استفاده نمود (۱۷، ۱۱-۱۳). به‌طور مثال نتایج یک بررسی نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اثرات مثبت بر ارتقای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری صرع دارد (۱۱). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش پذیرش، سازگاری و کیفیت زندگی مادرانی که فرزند بیمار دارند، اثر مثبت و معنادار دارد (۱۲). از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون سرطان نیز استفاده شده است که نتایج اثربخش و معنادار گزارش شده است (۱۳).

در توجیه این یافته می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود که مادران با فرزند کم‌توان ذهنی، احساسات، هیجانات و افکار خود را علی‌رغم ناخوشایندبودن، بپذیرند و حساسیت بیش از حد و اندازه به مشکل را کاهش داده و در نتیجه سطح رضایت‌مندی، کیفیت زندگی و هیجانات مثبت در خود را افزایش دهند. در این درمان به درمان‌جویان آموزش داده می‌شود که به جای انکار و اجتناب از تجربه‌هایشان، بتوانند تجربیات خود را بپذیرند. همچنین یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی روان‌شناختی مؤثر است (۹). درواقع درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد از طریق بهبود سلامت روان‌شناختی مادران در افزایش کیفیت زندگی ادراک‌شدهٔ آن‌ها نیز مؤثر است (۱۷). همچنین یکی از مؤلفه‌های مهم درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، آموزش ذهن‌آگاهی است که پیش‌بینی‌کنندهٔ رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت است که این امر رضایت فرد را از زندگی بالا برده و کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد (۱۳). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود که در کاهش درگیری‌ها و تنش‌های درون‌فردی درمان‌جویان و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی مؤثر است و توانایی مقابله در برخورد با چالش‌های ناشی از عدم تحمل فرزند کم‌توان ذهنی را افزایش دهد (۱۲).

به‌طور خلاصه می‌توان گفت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مداخلهٔ شناختی_رفتاری است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی و فرآیندهای تغییر رفتار و تعهد، به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربی استفاده می‌کند (۹)، در نتیجهٔ انعطاف‌پذیری روانی، افراد رغبت پیدا می‌کنند که به‌منظور شناخت، تعهد و پیگیری اهداف و ارزش‌های خود اقدامات سازنده‌ای انجام دهند تا بتوانند کیفیت زندگی خود را بالا برده و هیجانات خود را در سطح متعادل تنظیم کنند (۱۰). همچنین مراجع می‌آموزد تا دست از

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.39.7]

مبارزه با مشکلات بردارد و به‌جای آن با درگیرشدن در فعالیت‌هایی که او را به اهداف و ارزش‌هایش نزدیک‌تر می‌کند، در راستای بهبود تنظیم هیجان و ارتقای کیفیت زندگی قدم‌های سازنده بردارد (۱۱). پژوهش حاضر بر روی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی شهر کرج انجام شده است و باید در تعمیم نتایج حاضر به سایر جوامع آماری احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی مشابه در ارتباط با اثربخشی آموزه‌ها و مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در سایر جوامع آماری به‌خصوص جمعیت‌هایی که به‌نوعی درگیر مشکلات خانوادگی استرس‌آور هستند، انجام شود. همچنین توصیه می‌شود در مراکز آموزشی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، دوره‌هایی مبتنی‌بر یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان و بهبود کیفیت زندگی براساس آموزه‌ها و مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای والدین به‌خصوص مادران این دانش‌آموزان برگزار گردد.

۵ نتیجه‌گیری

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در مادران با فرزند کم‌توان ذهنی باعث می‌شود که آنان با استفادهٔ درست از هیجانات، آگاهی از هیجانات و پذیرش آن‌ها و ابراز مناسب هیجانات در موقعیت‌های زندگی، از شدت هیجانات ناخوشایند کم کنند و در مواجهه با شرایط مختلف، مقابلهٔ سازنده‌تری از خود بروز دهند. درنتیجه میزان سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی فرد بهبود پیدا می‌کند و کیفیت زندگی نیز به‌طور مثبت و معنادار ارتقا می‌یابد.

٦ تشکر و قدردانی

از زنان محترم شرکت‌کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.39.7]

References

1. Kandel I, Merrick J. The child with a disability: parental acceptance, management and coping. ScientificWorldJournal. 2007;7:1799–809. [Link]
2. Heller T, Hsieh K, Rowitz L. Maternal and paternal caregiving of persons with mental retardation across the lifespan. Family Relations. 1997;46(4):407–15. [Link]
3. Abbasi M, Marz BM, Javad M, Ghasemi Jobaneh R, Dargahi S. Comparison between hypochondriasis, social anxiety and cognitive avoidance in mothers of students with and without learning disability. Journal of Exceptional Education. 2015;6(134):5–14. [Persian] [Link]
4. Mayer JD. The Wisdom in Feeling: Psychological Processes in Emotional Intelligence. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002. [Link]
5. Zaki J, Williams WC. Interpersonal emotion regulation. Emotion. 2013;13(5):803–10. [Link]
6. Kaplan RM, Ries AL. Quality of life: concept and definition. COPD. 2007;4(3):263–71. [Link]
7. Khayatzadeh Mahani MA. A comparative study about quality of life in mothers of children with cerebral palsy, mental retardation and mothers of normal children. Journal of Daneshvar Medicine. 2009;16(83):49–58. [Persian] [Link]
8. Izadi R, Abedi MR. Acceptance & Commitment Therapy. Tehran: Jungle Publication; 2012. [Persian]. [Link]
9. Narimani M, Abbasi M, Abolghasemi A, Ahadi B. The effectiveness of training acceptance / commitment and training emotion regulation on high-risk behaviors of students with dyscalculia. Int J High Risk Behav Addict. 2013;2(2):51–8. [Link]
10. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. J Clin Psychol. 2001;57(2):243–55. [Link]
11. Dewhurst E, Novakova B, Reuber M. A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. Epilepsy Behav. 2015;46:234–41. [Link]
12. Masuda A, Cohen LL, Wicksell RK, Kemani MK, Johnson A. A case study: Acceptance and commitment therapy for pediatric sickle cell disease. J Pediatr Psychol. 2011;36(4):398–408. [Link]
13. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psychooncology. 2013;22(2):459–64. [Link]
14. Nazari A, Khodadadi J, Sanai B, Albokordi S. Effectiveness of existential therapy with group method on quality of life of students. Psychosocial Research. 2012;4(14):1–10. [Persian].
15. Mohammadkhani S, Sadeghi N, Farzad V. The causal model relationships of negative emotions, Central beliefs, the beliefs associated with drugs, craving beliefs and emotion regulation with back to substance use. Journal of Psychology. 2011;6(23):155–81. [Persian]. [Link]
16. Hill ML, Masuda A, Moore M, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for individuals with problematic emotional eating: A case-series study. Clinical Case Studies. 2015;14(2):141–54. [Link]
17. Hertenstein E, Thiel N, Lüking M, Külz AK, Schramm E, Baglioni C, et al. Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. Psychother Psychosom. 2014;83(6):371–3. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.39.7]