



## اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه

### The Effectiveness of Group Counseling based on Acceptance and Commitment Therapy on Marital Stress and Psychological Hardiness in Mothers of Children with Profound and Multiple Disabilities

Mahya Saniemanesh  
Esmail Asadpour  
Kianoush Zaharakar

محیا صنیعی منشی\*\*  
اسماعیل اسدپور\*\*\*  
کیانوش زهراکار\*\*\*\*

#### Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of group counseling based on acceptance and commitment therapy on marital stress and psychological resilience in mothers of children with severe and multiple disabilities. This applied research was part of a semi-experimental research with a pre-test-post-test design and a follow-up with a control group. The statistical population included all mothers of children with severe and multiple disabilities who were present in the association for resuscitation in 2020-2021 and comprised 50 subjects. Using the method of available and voluntary samples, 24 people were selected and randomly divided into two experimental and control groups. The experimental group received 12 sessions of group counseling, whereas the control group was placed on the waiting list for ethical reasons. The Stockholm Marital Stress Scale (SMSS) and the Long and Goulet Psychological Hardiness (LGHS) were used to collect data. Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of variance with repeated measures using SPSS-25 statistical software. The results showed that group counseling based on acceptance and commitment therapy led to a significant decrease in marital stress and a significant increase in psychological hardiness in the experimental group. These results remained stable during the one-month follow-up period. Thus, it can be said that this intervention improves marital stress and psychological resilience in mothers of severely and multiply disabled children. Based on the results of this study, group counseling based on acceptance and commitment therapy can be used to improve marital stress and psychological resilience of mothers of children with severe and multiple disabilities.

**Keywords:** Group Counseling based on Acceptance and Commitment Therapy, Marital Stress, Psychological Hardiness, Mothers, Profound and Multiple Disability.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه انجام شد. پژوهش کاربردی و نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه بود که سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در انجمن احیا حضور داشتند و شامل ۵۰ نفر بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه، ۲۴ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طی دوازده جلسه تحت مشاوره گروهی قرار گرفت و گروه کنترل به لحاظ اخلاقی در لیست انتظار قرار داده شد. جمع‌آوری داده‌ها با مقیاس استرس زناشویی استکهلم (SMSS) و سرسختی روان‌شناختی لانگ و گولت (LGHS) صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از طریق نرم‌افزار آماری SPSS-25 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار استرس زناشویی و افزایش معنادار سرسختی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است. این نتایج در مرحله پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار بود. در نتیجه می‌توان گفت این مداخله موجب بهبود استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه می‌شود. براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان از مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد به‌منظور بهبود استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی برای مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، استرس زناشویی، سرسختی روان‌شناختی، مادران، معلولیت‌های شدید و چندگانه.

\* کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، البرز، ایران

\*\* نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، البرز، ایران

\*\*\* دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، البرز، ایران

## مقدمه

طبق گزارش جهانی معلولیت توسط بانک جهانی و سازمان سلامت جهانی<sup>۱</sup>، جمعیت معلولان جهان بیش از یک میلیارد نفر برآورد شده است. علاوه بر این، بین ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد جامعه در کشورهای درحال توسعه دچار معلولیت هستند و بین ۴ تا ۴/۵ درصد افراد نیز دچار معلولیت شدید می‌شوند که باید خدمات ویژه‌ای دریافت کنند (تقی‌زاده و اسدی، ۱۳۹۳، به نقل از ملکشاهی و فلاحی، ۱۳۹۵). درمورد معلولیت‌های شدید و چندگانه، هنوز تعریف دقیق و جامعی که متخصصان بر آن توافق همگانی داشته باشند در دست نیست، با وجود این، دو واژه اساسی عمیق و چندگانه به صورت مشترک در تمام اصطلاحات وجود دارد که به وخامت و پیچیدگی شرایط این افراد اشاره می‌کند (کرنی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از لی، ۲۰۱۴). در اغلب موارد، والدین به خصوص مادران این افراد نقشی محوری در زندگی آن‌ها ایفا می‌کنند؛ به طوری که مبتلایان به این نوع معلولیت برای ادامه زندگی خود نیازمند حمایت و مراقبت خانواده، والدین و متخصصان هستند (هبرت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱، به نقل از جانسن، ون-در-پاتن، پاست و ولاسکام، ۲۰۱۸). در نتیجه، مراقبت از آن‌ها بر سلامت جسمی والدین (سلترز، گرینبرگ، هانگ، اسمیت، المیدا و کو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰، به نقل از گالاگار و ویتلی، ۲۰۱۲)، بهزیستی اجتماعی، آزادی و استقلال و ثبات خانواده تأثیر می‌گذارد (بلی، برودر، هبلر، کارتا، دفوست و گرینوود<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶، به نقل از اولت، کالینس و کارتر، ۲۰۱۳). اگرچه به هنگام تولد فرزند معلول یا کم‌توان، تمام کارکرد خانواده و اعضای آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد، مادران نخستین شخصی هستند که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کنند (ظهورپرونده و پاسبان، ۱۳۹۸) و از طرفی در بیشتر موارد هنوز مادران هستند که به عنوان مراقبان اولیه شناخته می‌شوند (آریم و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه آن‌ها مسئولیت اصلی مراقبت از کودک معلول را برعهده دارند و این امر تأثیرات مهمی بر رفاه و رشد شخصی آنان خواهد داشت (ون-درمارک، کنرادی، ددینگ و بروس، ۲۰۱۹). با این شرایط، میزان سلامت جسمانی و روانی، خودکارآمدی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، خوش‌بینی و امیدواری آن‌ها نسبت به مادران کودکان عادی در سطوح پایین‌تری قرار دارد (لی، متی و پارک، ۲۰۱۹؛ کاتسویتاس، ۲۰۱۶).

مطابق با بررسی‌های انجام‌شده، یکی از مشکلات مادران دارای کودکان معلول، استرس است (رایان و کوپنلان، ۲۰۱۸) و این استرس کیفیت روابط زناشویی آن‌ها را تا حدود زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (واعظ و جوهری، ۲۰۱۷). از این‌رو ممکن است استرس زناشویی<sup>۶</sup> یکی از چالش‌هایی باشد که مادران کودکان دارای معلولیت با آن مواجه می‌شوند. استرس زناشویی را می‌توان به عنوان نوعی فرایند چندعاملی تبیین کرد که شامل تعارضات زناشویی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد به همراه مجموعه‌ای از پاسخ‌های

1. World Health Organization (WHO)
2. Carnaby, S.
3. Hubert, J.
4. Seltzer, M., Greenberg, J., Hong, J., Smith, L., Almeida, D., & Coe, C.
5. Bailey, D., Bruder, B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., & Greenwood, C.
6. marital stress

عصبی-غددی، عملکرد سیستم خودکار و قلبی-عروقی و به‌طور کلی پاسخ‌های فیزیولوژیکی به تنش‌های روانی و اجتماعی است (میرغفاری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴ به نقل از پیرمردوند چگینی، زهراکار و ثنایی ذاکر، ۱۳۹۷). استرس زناشویی بالا سازگاری والدین را کاهش می‌دهد (الم، چاسین، ایسنگ و اسپینارد، ۲۰۱۷) و در اختلالات مزمن مانند افسردگی اساسی (لپت و همکاران، ۲۰۱۴)، بی‌خوابی و فشارخون بالا بروز می‌یابد. حتی موضوع نگران‌کننده‌تر این است که زوجین را می‌تواند در معرض خطر بیشتری در ابتلا به بیماری‌های قلبی، آرتروز و سرطان قرار دهد (جارمکا، لیندگرن و کیکولت-گلسر، ۲۰۱۳).

به‌طور کلی می‌توان اذعان کرد که ماهیت زندگی استرس‌زا است. با وجود این، برخی از افراد دارای ویژگی‌های شخصییتی مانند سرسختی روان‌شناختی هستند که نه‌تنها سبب می‌شود چالش‌ها و شرایط بحران‌زا را پشت سر بگذارند، بلکه به آن‌ها کمک می‌کند این شرایط را به عاملی برای رشد تبدیل کنند. یکی از ویژگی‌های شخصییتی تأثیرگذار بر سازگاری مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه در برابر استرس و شرایط چالش‌زا، سرسختی روان‌شناختی<sup>۲</sup> است که ممکن است به‌دلیل شرایط ویژه‌ای که تجربه می‌کنند این ویژگی شخصییتی تحت تأثیر قرار بگیرد. سرسختی روان‌شناختی به سه ویژگی شخصییتی درهم‌تنیده به نام تعهد، کنترل و مبارزه‌طلبی یا چالش‌جویی اشاره دارد که به نظر می‌رسد همراه با یکدیگر از افراد در برابر اثرات منفی استرس محافظت می‌کنند (کوباسا<sup>۳</sup>، ۱۹۷۹ به نقل از سندویک، هنسن، هیستاد، جانسن و بارتون، ۲۰۱۵). تحقیقات گسترده‌ای نشان می‌دهد سرسختی روان‌شناختی، پاسخ‌های سازگار و فعال در برابر استرس را تقویت می‌کند و می‌تواند در نهایت استرس را کاهش دهد (یافانگ و همکاران، ۲۰۱۹). براساس نتایج پژوهش‌ها، این ویژگی شخصییتی با نشخوار فکری، نگرانی، اضطراب و عصبانیت ارتباط منفی، و با ذهن آگاهی، مقابله سازگار و بهزیستی روانی-جسمانی رابطه مثبت دارد (سلیم، ودی و دیس، ۲۰۱۵؛ کوالسکی و شمر، ۲۰۱۹).

بنا بر آنچه ذکر شد، مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه با توجه به مشکلات روان‌شناختی و مسائل زناشویی که با آن مواجه هستند، به روش‌هایی برای کمک نیاز دارند تا سلامت روان بیشتر و زندگی زناشویی توأم با صمیمیت بیشتر داشته باشند. یکی از مداخلات درمانی که به‌زعم این پژوهش می‌تواند به بهبود استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی این گروه از مادران کمک کند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> است. هدف این درمان، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ به‌نحوی که افراد بتوانند با احساسات، هیجانات و افکار خود ارتباط برقرار کنند و در نهایت متناسب با ارزش‌های خود، پاسخی سازگارانۀ ارائه دهند (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶). این درمان بر پایه شش اصل اساسی بنا شده است: پذیرش تجربه‌ای، تماس با لحظه حاضر، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، اقدام

1. Mirghaffari, M.

2. psychological hardiness

3. Kobasa, S.

4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

متعهدانه و زندگی مبتنی بر ارزش‌های شخصی که در نهایت به ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به دنبال این نیست که مستقیماً دفعات یا شدت تجربیات ناراحت‌کننده (از قبیل افکار و عواطف فرد) را تغییر دهد، بلکه بر تغییر چگونگی ارتباط افراد با تجربیات پریشان‌کننده و مشارکت برای اقدامات مبتنی بر ارزش‌ها مستقل از این تجربیات، متمرکز است (لوین، هیلدبرندت، لیلیز و هیز، ۲۰۱۲). براساس مطالعات انجام‌شده می‌توان اذعان کرد که این درمان برای موقعیت‌ها و شرایطی که جنبه‌های تغییرناپذیر دارند، از جمله شرایط استرس مزمن مانند درد مزمن (وترل و همکاران، ۲۰۱۱)، مقابله با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی (بورک و همکاران، ۲۰۱۴) و سلامت والدین دارای فرزندان معلول (سیرانن و همکاران، ۲۰۱۹)، مؤثر است. شایان ذکر است که این درمان در قالب گروه‌درمانی برای طیف وسیعی از مشکلات از جمله افسردگی، اضطراب، تروما و سازگاری والدین با کودکان معلول به‌صورت مؤثری اجرا شده است (بلکلیچ و هیز، ۲۰۰۶).

مراقبت روزانه از کودکی با معلولیت‌های شدید و چندگانه، طیف گسترده‌ای از فشارهای روانی فردی و زناشویی را به والدین به‌خصوص مادران تحمیل می‌کند. ممکن است از جمله چالش‌های اساسی این مادران در روابط با همسرانشان استرس زناشویی باشد که با آن مواجه می‌شوند. همچنین سرسختی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر کلیدی که می‌تواند بهزیستی آن‌ها را در چنین شرایطی افزایش دهد، احتمال دارد در این افراد دچار چالش شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد می‌آموزند از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، آنچه را که تغییرناپذیر است بپذیرند و متناسب با ارزش‌های خود با وجود تمام موانع، زندگی غنی را برای خود ایجاد کنند. این درمان احتمالاً می‌تواند در بهبود وضعیت روانی این مادران مؤثر واقع شود و استرس زناشویی را کاهش دهد و سرسختی روان‌شناختی را در آن‌ها تقویت کند. بر این اساس، در مطالعه حاضر این فرضیه آزمون شد که مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، بر استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به معلولیت‌های شدید و چندگانه مؤثر است.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه آزمایش و کنترل) است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به معلولیت‌های شدید و چندگانه است که در انجمن احیای (توان‌یاب) شهرستان تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ پیگیر درمان فرزندان‌شان بودند. برای انجام پژوهش با دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه خوارزمی و مراجعه به انجمن احیا (توان‌یاب) در شهرستان تهران، ابتدا هدف از پژوهش مورد نظر به مسئولان ذی ربط توضیح داده شد و شفاف‌سازی‌های لازم به عمل آمد. سپس با موافقت مسئولان انجمن، این فرصت در اختیار پژوهشگر قرار گرفت که با مادران داوطلب صحبت کند و اطلاعات لازم را در اختیار آن‌ها قرار دهد. در مرحله بعد، از میان ۵۰ نفر از مادران حاضر در انجمن، ۲۴ نفر که به روش نمونه‌گیری دردسترس و براساس

ملاک‌های ورود پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت‌اند از: داشتن حداقل یک کودک مبتلا به معلولیت‌های شدید و چندگانه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دریافت‌نکردن خدمات روان‌شناسی و مشاوره فردی و گروهی در خارج از جلسات، تعهد به حضور به‌موقع در تمام جلسات، متأهل‌بودن، رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات، کسب نمره بالا در مقیاس استرس زناشویی و نمره پایین در مقیاس سرسختی روان‌شناختی. معیارهای خروج نیز عبارت‌اند از: غیبت بیش از سه جلسه، تمایل‌نداشتن به ادامه شرکت در جلسات. در مرحله بعد، شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، قبل و بعد از مداخله و یک ماه بعد از پایان مداخله (مرحله پیگیری) در استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی ارزیابی شدند. شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی و دو بار در هفته، در انجمن احیا (توان‌یاب) قرار گرفتند. پروتکل جلسات از منابع گوناگونی طراحی شد (گلد، ۲۰۱۶؛ هیز، استروسل و ویلسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹ به نقل از کوالکفسکی، ۲۰۱۲؛ بریکن، ۲۰۰۷). گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و به لحاظ اخلاقی در فهرست انتظار قرار گرفت. برای اجرای مداخله، کد اخلاق<sup>۲</sup> از دانشگاه خوارزمی در سال ۱۳۹۹ اخذ شد و علاوه بر گرفتن رضایت کتبی از مشارکت‌کنندگان، توضیح کامل و شفاف اهداف پژوهش و روند کار به آنان داده شد و به آنان این اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد بود و می‌توانند در هر مرحله از پژوهش از ادامه همکاری خودداری کنند.

## ابزارهای پژوهش

### مقیاس استرس زناشویی استکهلم<sup>۳</sup> (SMSS)

این مقیاس را اورث-گومر و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی به‌منظور اندازه‌گیری استرس زناشویی زنان مبتلا به بیماری کرونری قلبی در شهر استکهلم سوئد ارائه کردند. این مقیاس عوامل تنش‌زای زناشویی را در حیطه کیفیت روابط عاطفی و جنسی با همسر بررسی می‌کند. اورث-گومر و همکاران (۲۰۰۰) همسانی درونی (آلفای کرونباخ = ۷۷ درصد) و اعتبار سازه مقیاس را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط رضایت‌بخش گزارش کردند. درنهایت این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است و نحوه نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و بسیار کم است که به‌ترتیب ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ نمره‌گذاری می‌شوند. کسب نمره بالا در این پرسشنامه به معنای استرس زناشویی بالا است. طبق بررسی‌های صورت‌گرفته، آلفای کرونباخ برای مقیاس استرس زناشویی ۹۱ درصد به‌دست آمده است که حاکی از همسانی درونی بالای این پرسشنامه است. به‌منظور بررسی اعتبار هم‌زمان این مقیاس، از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوگ راست<sup>۴</sup>

1. Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K

2. IR.KHU.REC.1399.023

3. The Stockholm Marital Stress Scale (SMSS)

4. The Golombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire (GRIMS)

(GRIMS) (۱۹۹۸) استفاده شد و همبستگی بین این دو آزمون در نمونه مورد بررسی ۵۳ درصد به دست آمد که حاکی از اعتبار هم‌زمان خوب مقیاس استرس زناشویی استکهلم است (شمسی‌پور، ۱۳۸۳ به نقل از نیکرخ و زهراکار، ۱۳۹۴).

### مقیاس سرسختی روان‌شناختی لانگ و گولت<sup>۱</sup> (LGHS)

یک مقیاس خودگزارشی است که اولین بار در کانادا برای اندازه‌گیری سرسختی ۲۲۰ والدین داغ‌دیده پس از مرگ جنین یا نوزاد آن‌ها طراحی شد. براساس نتایج پژوهش، این مقیاس ابزاری معتبر و قابل‌اعتماد برای اندازه‌گیری سرسختی است و از حساسیت کافی برای تشخیص تغییرات در سازه با گذشت زمان برخوردار است (لانگ، گولت و امسل، ۲۰۰۳). نتایج سنجش پایایی مقیاس نشان داد همبستگی بین نمرات کلی در پرسشنامه و نمره آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه متوسط تا زیاد است (لانگ و گولت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳ به نقل از روشن و شاکری، ۱۳۸۹). این مقیاس دارای ۴۲ سؤال است که سه خرده‌مقیاس کنترل، تعهد و چالش جویی را دربرمی‌گیرد. سؤالات بر مبنای مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف)، نمره ۲ (مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق)، نمره‌گذاری می‌شود و هرچقدر نمره اکتسابی بیشتر باشد، سرسختی روان‌شناختی فرد نیز بیشتر است. روشن و شاکری (۱۳۸۹) به منظور بررسی روایی سازه، این ابزار را در کنار پرسشنامه سرسختی بارتون اجرا کردند و همبستگی محاسبه‌شده بین این دو پرسشنامه ۰/۶۴ برآورد شد. به منظور سنجش پایایی این پرسشنامه نیز از روش‌های آماری محاسبه ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، روش دنیومه‌سازی و روش بازآزمایی استفاده کردند که نتایج آن‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۷۶ برآورد شد. پایایی محاسبه‌شده حاکی از مناسب بودن این مقیاس است.

#### جدول ۱. خلاصه جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسات	موضوع	محتوای جلسات
اول	آشنایی و معارفه	معرفی اعضا، مروری بر قواعد گروه، معرفی روش درمان، استعاره جنگل و کشتی برای برقراری روابط بهینه بین اعضا و رهبر گروه، پرکردن فرم نظرسنجی درمورد جلسه اول به‌عنوان تکلیف
دوم	آغاز	بررسی تکالیف، موانع انجام‌دادن تکالیف، تأکید بر اهمیت انجام‌دادن تکالیف منزل، به‌اشتراک گذاشتن تجربیات درمورد جلسه اول، بررسی انتظارات اعضا از جلسات و تسهیل در برقراری ارتباط بین اعضا مواردی بود که در جلسه دوم به آن‌ها پرداخته شد. از اعضا خواسته شد که به‌عنوان تکلیف منزل به این موضوع فکر کنند که می‌خواهند زندگی‌شان چگونه باشد و فرم مهم‌ترین مشکلاتی را که تجربه می‌کنند پر کنند
سوم	ارزش‌ها	بررسی تکالیف، شناخت ارزش‌های شخصی در چهار حیطه اصلی، معرفی ارزش‌ها و استعاره قطب‌نما، پرکردن فرم ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف
چهارم	نامیدی خلاقانه	بررسی تکالیف، بررسی و مرور اجمالی مشکلاتی که هریک از اعضا با آن مواجه هستند، بررسی اثربخشی راهبردهای مقابله‌ای اعضا، استعاره انسانی در چاه به‌منظور تشخیص راهکارهای ناکارآمدی که تاکنون انجام داده‌اند، پرکردن فرم آنچه قبلاً امتحان کرده‌ایم به‌عنوان تکلیف

1. The Lang and Goulet Hardiness Scale (LGHS)

2. Lang, A., Goulet, C

## ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسات	موضوع	محتوای جلسات
پنجم	کنترل کردن دشوار است	بررسی تکالیف، شناخت کنترل به‌عنوان یکی از راهکارهای مشکل‌ساز، کنترل و اثربخشی آن در طولانی‌مدت، استعاره پلی‌گراف؛ برای تکلیف، از مشارکت‌کنندگان خواسته شد لیمو، کیک شکلاتی و... را تصور کنند، اما بزاق ترشح نکنند. به این موضوع توجه کنند که چقدر از کنترل استفاده می‌کنند و این موضوع چه نتایجی برایشان دارد.
ششم	تمایلات جایگزین برای کنترل	بررسی تکالیف، پرسش از اینکه تمایلات چه چیزهایی هستند و نیستند، استعاره دو کفه ترازو و درنظرگرفتن تمایلات به‌عنوان جایگزین کنترل، انجام تمرین دو کفه ترازو به‌عنوان تکلیف.
هفتم	پذیرش تجربه‌ای	بررسی تکالیف، شرح هدف از پذیرش، استفاده از استعاره توپ در استخر، جنگ با هیولا و استعاره ماسه های روان، کارت‌های چالشی به‌منظور پذیرش احساسات و افکار بدون قضاوت و ترس از آن‌ها، تکلیف ریگ روان و دیگر موقعیت‌های ناخوشایند، و کارت‌های چالشی
هشتم	گسلش شناختی	بررسی تکالیف، تمایز میان افکار و واقعیت بیرونی، رابطه کلمات و افکار، افکار توصیف‌کننده و ارزیابی‌کننده، رنج‌های تمیز و کثیف، استفاده از استعاره ضربه‌زدن به توپ، ذهن تو دوست نیست و داستان گوی ماهر، تمرین سربازان در رژه، تمرین گفتن کلمات ترشی ترشی به‌منظور تمایز بین خود و افکار، تمرین‌های گسلش شناختی به‌عنوان تکلیف
نهم	خود به‌عنوان زمینه (خود مشاهده‌گر)	بررسی تکالیف، تمرین خود مشاهده‌گر، استفاده از استعاره صفحه شطرنج و مهره‌ها، تمرین شخص ناظر یا مشاهده‌گر، استعاره مهمان نامطلوب، تمرین شخص ناظر به‌عنوان تکلیف
دهم	ذهن‌آگاهی بخشش و پذیرش خود	بررسی تکالیف، ذهن‌آگاهی، شناسایی موانع موجود برای تجربه تمایلات، تمرین ارتباط چشمی، تمرین نقش معکوس (شفقت) و تمرین کودک، حضور آگاهانه در لحظه بدون قضاوت و شفقت نسبت به خود، تمرین توجه‌آگاهی موسیقایی به‌عنوان تکلیف
یازدهم	اقدام متعهدانه	بررسی تکالیف، پذیرش دردها به‌عنوان بخشی از زندگی، تمرین حضور در مراسم تشییع‌جنازه، استعاره باغبانی، عمل کردن متناسب با ارزش‌ها، انجام یک اقدام متعهدانه برای رسیدن به یکی از ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف
دوازدهم	پس‌آزمون خداحافظی	بررسی تکالیف، صحبت درمورد ارزش‌ها و موانع، عادی کردن موانع، برنامه‌ای برای تغییر، استعاره کارگاه دوچرخه‌سازی، پس‌آزمون

## روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی نیز از میانگین و انحراف استاندارد و برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آماری با نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

## یافته‌ها

یافته‌های داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که بازه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۵۰ سال است و تمام آن‌ها خانه‌دار هستند. تحصیلات ۷ نفر زیردیپلم، ۱۳ نفر دیپلم و ۳ نفر کارشناسی بود. از نظر معلولیت فرزندان هم ۲ نفر دارای فرزند کم‌شنوا به همراه بیش‌فعالی، ۱۵ نفر دارای فرزند فلج مغزی به همراه تأخیر حرکتی-کلامی، ۲ نفر دارای فرزند مبتلا به تأخیر رشد و ۵ نفر دارای فرزند فلج مغزی به همراه عقب‌ماندگی ذهنی بودند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
			انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	
استرس	آزمایش	۱۲	۵۹/۵	۷/۵۳	۳۹/۴۱	۸/۸	۳۹/۵۱
زناشویی	کنترل	۱۲	۵۶/۴۱	۶/۱۲	۵۶/۴۵	۶/۱۸	۵۶/۶۷
سرسختی	آزمایش	۱۲	۵۷	۷/۶۸	۵۹/۹	۸/۴۴	۶۰/۰۳
روان‌شناختی	کنترل	۱۲	۵۷/۰۱	۹/۹۹	۵۸/۵۸	۹/۴۴	۵۷

مطابق جدول ۲، میانگین متغیرهای استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی از مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به ترتیب کاهش و افزایش یافته است، اما معناداری این تغییرات در ادامه به وسیله آزمون استنباطی بررسی می‌شود. برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف<sup>۱</sup> استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف، پیش‌فرض نرمال بودن برای متغیرهای استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی رعایت شده است. همچنین سطح معناداری آزمون ام‌باکس که برای متغیر استرس زناشویی ( $\text{sig}=0/245$ ) و سرسختی روان‌شناختی ( $\text{sig}=0/307$ ) بیشتر از  $0/05$  است نشان‌دهنده برابری ماتریس-های کواریانس مشاهده‌شده متغیرها در بین گروه آزمایش و کنترل است. با توجه به نتایج آزمون لوین، پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا رعایت شده است. سطح معناداری برای آزمون کرویت موشلی در مورد متغیر استرس زناشویی ( $\text{sig}=0/046$ ) و سرسختی ( $\text{sig}=0/051$ ) از مقدار  $0/05$  کمتر است و از آنجا که داده‌ها از مفروضه کرویت تخطی کردند، تصحیح به کمک اپسیلون‌ها انجام گرفت. با توجه به برقراری مفروضه‌های مورد بررسی، از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج مقایسه تحلیل واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجات آزادی (DF)	میانگین مربعات	آماره F	سطح P	مجذور اتا (اندازه اثر)
بین آزمودنی‌ها: گروه	۲۷۶/۳۸	۱	۲۷۶/۳۸	۳۸/۲۴	$<0/001$	۰/۵۲۹
خطا	۲/۲۱	۲۲	۰/۷۵			
بین آزمودنی‌ها: گروه	۳۲۸/۱۲	۱	۳۲۸/۱۲	۵۸/۳۵	$<0/005$	۰/۴۵۲
خطا	۲/۶۷	۲۲	۱/۲۵			

1. Kolmogorov-Smirnov test



مطابق جدول ۳، آماره F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در متغیر استرس زناشویی ۳۸/۲۴ و در متغیر سرسختی روان‌شناختی ۵۸/۳۵ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) معنادار است. این یافته بیانگر این است که مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد در بهبود استرس زناشویی (میانگین گروه آزمایش: ۳۹/۴۱ و میانگین گروه کنترل: ۵۶/۴۵) و سرسختی روان‌شناختی (میانگین گروه آزمایش: ۵۹/۹ و میانگین گروه کنترل: ۵۸/۵۸) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است. علاوه بر این، براساس بررسی‌ها میزان اثر پروتکل درمانی بر متغیر استرس زناشویی ۵۲/۹ درصد و بر متغیر سرسختی روان‌شناختی ۴۵/۲ درصد بوده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مراحل سه‌گانه مداخله مشاوره گروهی در متغیر استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجات آزادی DF	میانگین مربعات	آماره F	سطح P
درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله مشاوره گروهی	۳۴۲/۱۳	۱	۳۴۲/۱۳	۵۲/۳۱	< ۰/۰۰۱
گروه‌ها*مراحل مداخله مشاوره گروهی	۲۷۶/۲۸	۱	۱۶۸/۰۹	۳۱/۲۸	< ۰/۰۰۱
خطا	۵/۳۲	۲۲	۰/۸۲۷		
درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله مشاوره گروهی	۳۱۲/۸۹	۱	۳۴۲/۱۳	۷۳/۲۴	< ۰/۰۰۵
گروه‌ها*مراحل مداخله مشاوره گروهی	۲۸۸/۴۵	۱	۱۷۵/۲۱	۲۸/۲۵	< ۰/۰۰۵
خطا	۱۰/۱۴	۲۲	۱/۳۰۸		

مطابق جدول ۴، آماره F مشاهده‌شده در مراحل مداخله مشاوره گروهی بر بهبود استرس زناشویی برابر ۵۲/۳۱ و سرسختی روان‌شناختی برابر ۷۳/۲۴ در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنادار است. این یافته نشان می‌دهد بین مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس زناشویی و سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به معلولیت‌های شدید و چندگانه بود. نتایج پژوهش نشان داد مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند کاهش معناداری در استرس زناشویی مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه ایجاد کند. این نتایج به‌صورت غیرمستقیم همسو با نتایج ولیئی و امانی (۱۳۹۹)، زرین‌فر، بلوطی و میرزاوندی (۱۳۹۸)، وین و همکاران (۲۰۱۹) و رایان و احمد (۲۰۱۸) است. در

تبیین یافته حاضر می‌توان گفت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که این مادران در طی جلسات از طریق استعاره‌ها و تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یاد گرفتند، نحوه پاسخ آن‌ها به موقعیت‌های چالش برانگیزی مانند تعارضات زناشویی را به نحوی تغییر داده است که نهایتاً استرس کمتری را تجربه کرده‌اند. یکی از عواملی که به صورت کلی استرس را در بعد فردی و زناشویی کاهش می‌دهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (داکس، پلتز و راگ، ۲۰۲۰). از طرفی هدف اصلی این درمان، داشتن زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ بنابراین کسب نتایج پژوهش حاضر درخصوص اثربخشی درمان حاضر در کاهش استرس زناشویی مادران تا حد بسیار زیادی منطقی به نظر می‌رسد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مجموعه‌ای از مهارت‌هایی محسوب می‌شود که افراد می‌توانند به منظور پاسخگویی به افکار، احساسات و تجربیات چالش برانگیز و استرس‌زا از آن استفاده کنند و انعطاف‌ناپذیری به واکنش‌های سفت‌وسخت و ناکارآمدی در برابر این تجربیات منجر می‌شود که تقویت استرس را به همراه خواهد داشت (هیز، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲). در فرایند این درمان، شرکت‌کنندگان در اثر یادگیری مهارت‌های پذیرش تجارب حتی اگر دردناک و ناخوشایند باشند، عدم آمیختگی با افکار و احساسات، حضور آگاهانه در لحظه بدون قضاوت و ارزیابی، شناخت خود به‌عنوان زمینه یا بخشی از خود که با وجود تمام تغییرات باز هم باثبات باقی می‌ماند، شناسایی ارزش‌های شخصی و داشتن عملکردی متناسب با آن‌ها با وجود تمام موانع، می‌آموزند به نحوی انعطاف‌پذیرتر به موقعیت‌های فشارزا پاسخ دهند که در نهایت سبب کاهش استرس در آن‌ها می‌شود (برینکبورگ، میچنک، هسر و برگلند<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱ به نقل از روداز، توهویگ، انگ و لوین، ۲۰۱۷).

همچنین یافته‌ها نشان داد مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد با توجه به میانگین سرسختی روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به میانگین سرسختی روان‌شناختی گروه کنترل، موجب افزایش معنادار سرسختی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است. این نتایج مستقیماً با یافته‌های معتمدی، سماوی و فلاح-چای (۲۰۲۰) و عباسی اصل، رحمتی نجارکلائی و دوران (۱۳۹۹) همسو است و به صورت غیرمستقیم با یافته‌های پژوهش‌های سلیم، ودی و دیس (۲۰۱۵) و واگنی، مایورانو، گوسترا و پاچاردی (۲۰۲۰) در ارتباط است. در تبیین این یافته می‌توان گفت پذیرش تجربه‌ای که در جلسات به آن پرداخته شد، سرسختی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار داده است؛ چرا که پذیرش تجربه‌ای در این درمان با مفهوم چالش‌جویی در سرسختی روان‌شناختی مرتبط است. چالش‌جویی به نوعی جهان‌بینی اشاره دارد که براساس آن، افراد سرسخت بر این باور هستند که تغییرات و مسائل دردناک بخش عادی زندگی است که می‌توان از آن به‌عنوان فرصتی برای رشد استفاده کرد (بارتون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲ به نقل از واگنی و همکاران، ۲۰۲۰). از طرفی پذیرش تجربه‌ای جایگزینی برای اجتناب از تجارب محسوب می‌شود و شامل تمایل فعال و آگاهانه برای تجربه کردن رویدادهای درونی و بیرونی است که رخ می‌دهد، بدون تلاش برای تغییر شکل آن‌ها. تکنیک‌های پذیرش موجب می‌شود افراد از

1. Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G

2. Bartone, P

مبارزه با درد دست بردارند و به مسائل و تجربیات دردناک به‌عنوان بخشی طبیعی از انسان‌بودن تمایل نشان دهند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). می‌توان چنین برداشتی داشت که طی این فرایند، مادران به‌واسطه پذیرش تجربه‌ای، موقعیت فرزندان و شرایطی که در آن قرار داشتند را به‌عنوان چالشی تبیین کردند که می‌توان با شخصیتی سرسخت با آن مواجهه‌ای سازگار داشت. علاوه بر این، ممکن است یکی دیگر از عواملی که موجب بهبود سرسختی روان‌شناختی این مادران شده است، مؤلفه عمل متعهدانه‌ای باشد که در جلسات به آن پرداخته شد. این عمل متعهدانه با مؤلفه تعهد در افراد سرسخت مرتبط است. افراد سرسخت به آنچه برایشان با معنا و ارزشمند است، متعهد می‌شوند؛ به‌نوعی که در حیطه‌های مختلف زندگی به‌دلیل اجتناب از ترس یا از روی بی‌حوصلگی و بدون هدف فعالیت نمی‌کنند، بلکه اقدامات آن‌ها معنادار و هدفمند است (بارتون، ۲۰۱۲ به نقل از واگنی و همکاران، ۲۰۲۰). در فرایند جلسات گروهی، به‌منظور یادگیری عمل متعهدانه ابتدا سعی شد که اعضا ارزش‌های خود را شناسایی و اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت دست‌یافتنی، متناسب با امکانات و محدودیت‌هایشان مشخص کنند و درنهایت موانع رسیدن به این اهداف بررسی شد. همچنین براساس نتایج پژوهش‌ها ذهن‌آگاهی نیز می‌تواند سبب افزایش سرسختی روان‌شناختی شود (کوالسکی و شمر، ۲۰۱۹) و به جهت اینکه یکی از اصول اساسی این درمان پرداختن به مهارت‌های ذهن‌آگاهی است، مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش سرسختی این گروه از مادران مؤثر واقع شده است. ذهن‌آگاهی فرصتی فراهم می‌کند تا فرد به‌جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال سازد و بتواند مسائل ارزشمند را شناسایی کند؛ دست از کنترل رویدادهای درونی (افکار، احساسات، واکنش‌های فیزیولوژیکی) و بیرونی (مثل تولد فرزند معلول) بردارد و در عوض آن‌ها را بپذیرد تا بتواند مطابق با ارزش‌های خود زندگی معناداری را خلق کند. به‌صورت کلی تکنیک‌های مربوط به ذهن‌آگاهی، پذیرش و عمل متعهدانه متناسب با ارزش‌ها بر سرسختی روان‌شناختی مادران مؤثر بوده است؛ به‌خصوص پذیرش تجربه‌ای و عمل متعهدانه که با مؤلفه‌های چالش‌جویی و تعهد در شخصیت افراد سرسخت هم‌پوشانی دارد.

می‌توان چنین برداشتی داشت که مادران کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه تحت درمان با این رویکرد و از طریق ارتباط با سایر افرادی که موقعیتی شبیه به خودشان داشتند، آموختند که به‌جای مبارزه با مشکلات فرزند، قضاوت‌های مردم و تعارضات زناشویی ایجادشده و غرق‌شدن در احساساتی از قبیل تنهایی، حقارت، گناه، ناامیدی، درماندگی، خشم و اندوه، با این چالش‌ها به شیوه‌ای متفاوت مواجه شوند تا درنهایت بتوانند اهداف منطبق با ارزش‌های خود را شناسایی کنند و متعهدانه در راستای آن‌ها گام بردارند و در این مسیر تمام امکانات و خدمات اجتماعی و خانوادگی را مدنظر بگیرند تا بدین‌وسیله به زندگی معنادارتری دست یابند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده ناگزیر از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. علاوه بر این به‌دلیل پاندمی ویروس کووید-۱۹، برخی از مادران به شکل روال سابق در انجمن حضور نداشتند و برای داشتن گروهی ۱۵ نفری، مشکل ایجاد شد و صرفاً ۱۲ نفر برای هر گروه نمونه مهیا شد. سنجشی از وضعیت

اقتصادی-اجتماعی مادران انجام نگرفت. بدین ترتیب در تعمیم یافته‌ها برای سطوح دیگر باید با رعایت احتیاط این کار را انجام داد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرهای پژوهش می‌تواند یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد؛ زیرا امکان سوگیری در پاسخ‌های شرکت‌کننده‌ها وجود دارد. در نهایت با توجه به اینکه پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی بود، امکان کنترل تمامی متغیرهای مزاحم وجود نداشت. براساس شرایط دشوار والدین کودکان دارای معلولیت‌های شدید و چندگانه، پیشنهاد می‌شود این درمان یا سایر رویکردهای درمانی به صورت مجازی برای والدینی که شرایط لازم برای مشاوره حضوری ندارند، اجرا شود و درمان یا کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای این گروه از خانواده‌ها (پدر، مادر و همسر) در مراکز از قبیل مدارس استثنایی، بیمارستان‌ها، انجمن‌ها و مراکز وابسته به بهزیستی که این نوع از خانواده‌ها با آن‌ها در ارتباط هستند، اجرا شود. علاوه بر این، ارائه و تصویب طرح‌های آموزشی-درمانی مقرون به صرفه در وزارت آموزش و پرورش استثنایی و بهزیستی برای کمک‌رسانی به خانواده‌هایی که دارای فرزند مبتلا به معلولیت‌های شدید و چندگانه هستند پیشنهاد می‌شود.

## تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، انجمن احیا (توان‌یاب) و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- پیرمروند چگینی، ب.، زهراکار، ک.، و ثنایی‌ذاکر، ب. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری بر استرس زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۱۱(۴)، ۲۸-۳۸.
- روشن، ر.، و شاکری، ر. (۱۳۸۹). بررسی اعتبار و پایایی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی دانشجویان. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دانشگاه شاهد*. ۴۰(۱)، ۳۵-۵۳.
- زرین‌فر، ا.، بلوطی، ع.، و میرزاوندی، ج. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری، استرس ادراک‌شده و تاب‌آوری کارکنان زن بیمارستان. *نشریه پژوهش توان‌بخشی در بیمارستان*. ۴(۵)، ۲۶-۳۳.
- ظهورپرورنده، و.، و پاسبان، س. (۱۳۹۸). رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۱۵(۲)، ۲۸۳-۳۰۱.
- عباسی اصل، م.، رحمتی نجارکلای، ف.، و دوران، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر سرسختی روان‌شناختی، رفتار مراقبتی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله طب نظامی*. ۲۲(۱۰)، ۱۰۸۳-۱۰۷۳.
- ملکشاهی، ف.، و فلاحی، ش. (۱۳۹۵). مشکلات روانی اجتماعی والدین کودکان معلول ذهنی تحت پوشش مرکز بهزیستی خرم‌آباد ۱۳۹۲. *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*. ۱۸(۳)، ۴۲-۵۱.
- نیک‌رخ، م.، و زهراکار، ک. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش تلقیح استرس بر کاهش استرس زناشویی در زنان. *خانواده‌پژوهی*. ۱۱(۴۳)، ۳۶۵-۳۵۳.

ولیئی، ز.، و امانی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری و ساختاروی ماداران دارای فرزند با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی. *روان‌شناسی افراد استثنایی*. ۱۰(۳۸)، ۲۰۷-۲۳۰.

## References

- Ault, M. J., Collins, B. C., & Carter, E. W. (2013). Congregational participation and supports for children and adults with disabilities: Parent perceptions. *Intellectual and Developmental Disabilities, 51*(1), 48-61.
- Arim, R. G., Miller, A. R., Kohen, D. E., Guèvremont, A., Lach, L. M., & Brehaut, J. C. (2019). Changes in the health of mothers of children with neurodevelopmental disabilities: An administrative data study. *Research in Developmental Disabilities, 86*, 76-86.
- Braekkan, K. C. (2007). An acceptance and commitment therapy intervention for combat veterans with posttraumatic stress disorder: Preliminary outcomes of a controlled group comparison. *PhD Dissertation*. Faculty of Psychology, Spalding University, USA.
- Burke, K., Muscara, F., McCarthy, M., Dimovski, A., Hearps, S., Anderson, V., & Walser, R. (2014). Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: Pilot study. *Families, Systems, & Health, 32*(1), 122-127.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy, 28*(1), 1-18.
- Daks, J. S., Peltz, J. S., & Rogge, R. D. (2020). Psychological flexibility and inflexibility as sources of resiliency and risk during a pandemic: Modeling the cascade of COVID-19 stress on family systems with a contextual behavioral science lens. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 16-27.
- Elam, K. K., Chassin, L., Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2017). Marital stress and children's externalizing behavior as predictors of mothers' and fathers' parenting. *Development and Psychopathology, 29*(4), 1305-1318.
- Gould, E. R. (2016). *Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the behavior of parents of children with autism*. Doctoral dissertation. The Chicago School of Professional Psychology.
- Gallagher, S., & Whiteley, J. (2012). Social support is associated with blood pressure responses in parents caring for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 33*(6), 2099-2105.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy, 44*(1), 1-25.
- Jansen, S. L., van der Putten, A. A., Post, W. J., & Vlaskamp, C. (2018). Do they agree? How parents and professionals perceive the support provided to persons

- with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 43(4), 441-452.
- Jaremka, L. M., Lindgren, M. E., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Synergistic relationships among stress, depression, and troubled relationships: Insights from psychoneuroimmunology. *Depression and Anxiety*, 30(4), 288-296.
- Kowalski, C. M., & Schermer, J. A. (2019). Hardiness, perseverative cognition, anxiety, and health-related outcomes: a case for and against psychological hardiness. *Psychological Reports*, 122(6), 2096-2118.
- Katsiotas, N. J. (2016). The relationship between social support and well-being of parents of children with special needs. *PhD Dissertation*. Faculty of Psychology, Fordham University, USA.
- Kowalkowski, J. D. (2012). *The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder*. Ph.D. Dissertation. Faculty of Psychology, Eastern Michigan University, USA.
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2003). Lang and Goulet hardiness scale: Development and testing on bereaved parents following the death of their fetus/infant. *Death Studies*, 27(10), 851-880.
- Lee, M. H., Matthews, A. K., & Park, C. (2019). Determinants of health-related quality of life among mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric nursing*, 44, 1-8.
- Lee, J. (2014). A phenomenological study of the interpersonal relationships between five music therapists and adults with profound intellectual and multiple disabilities. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 9, 43-86.
- Lapate, R. C., Van Reekum, C. M., Schaefer, S. M., Greischar, L. L., Norris, C. J., Bachhuber, D. R., ... & Davidson, R. J. (2014). Prolonged marital stress is associated with short-lived responses to positive stimuli. *Psychophysiology*, 51(6), 499-509.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756.
- Motamedi, H., Samavi, A., & Fallahchai, R. (2020). Comparison of the effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy and group-based cognitive-behavioral therapy on psychological hardiness of headed family women. *Journal of Research and Health*, 10(6), 393-402.
- Orth-Gomer, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., & Mittleman, M. A. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm female coronary risk study. *Jama*, 284(23), 3008-3014.
- Rayan, A., & Ahmad, M. (2018). Mindfulness and parenting distress among parents of children with disabilities: A literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 324-330.
- Ryan, C., & Quinlan, E. (2018). Whoever shouts the loudest: Listening to parents of children with disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*,

- 31(2), 203-214.
- Rudaz, M., Twohig, M. P., Ong, C. W., & Levin, M. E. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 380-390.
- Salim, J., Wadey, R., & Diss, C. (2015). Examining the relationship between hardiness and perceived stress-related growth in a sport injury context. *Psychology of Sport and Exercise*, 19, 10-17.
- Sandvik, A. M., Hansen, A. L., Hystad, S. W., Johnsen, B. H., & Bartone, P. T. (2015). Psychopathy, anxiety, and resiliency-psychological hardiness as a mediator of the psychopathy-anxiety relationship in a prison setting. *Personality and Individual Differences*, 72, 30-34.
- Sairanen, E., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Kaipainen, K., Carlstedt, F., Anclair, M., & Hiltunen, A. (2019). Effectiveness of a web-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for wellbeing of parents whose children have chronic conditions: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13(2), 94-102.
- Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., & Pajardi, D. (2020). Hardiness, stress and secondary trauma in Italian healthcare and emergency workers during the COVID-19 pandemic. *Sustainability*, 12(14), 2-16.
- Van der Mark, E. J., Conradie, I., Dedding, C. W. M., & Broerse, J. E. W. (2019). Exploring adaptation and agency of mothers caring for disabled children in an urban settlement in South Africa: A qualitative study. *Women's Studies International Forum*, 76, 3-9.
- Vaez, E., & Juhari, R. (2017). Stress and marital satisfaction of married Middle Eastern students in Malaysia. *The Family Journal*, 25(2), 146-155.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., & Dooley, B. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., & Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.
- Yafanga, X., Xiaoxiab, S., Xiaoyana, L., Mingjiea, Z., Wentinga, W., Dingc, D., Chaoc, Q., Hong, J. (2019) The mediating effect of health-related hardiness on the degree of physical disability and perceived stress in Chinese female patients with neuromyelitis optica spectrum disorder. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 35, 67-72.