

مقایسه اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی پذیرش و تعهد بر تحمیل پریشانی مادران با فرزند کم توان ذهنی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۷

خلاصه

مقدمه

تولد یک کودک ناتوان تأثیر شگرفی در روحیه والدین و بخصوص مادران می‌گذارد و موجی از پریشانی را در مادران ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمیل پریشانی مادران با فرزند کم توان ذهنی انجام شد.

روش کار

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و گروه کنترل بود. از جامعه مادران دارای یک فرزند کم توان ذهنی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تعداد ۳۹ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، ۲ و کنترل جایگذاری گردیدند. اعضای گروه آزمایش ۱، تحت خانواده درمانی مبتنی بر هیجان قرار گرفتند و برای اعضای گروه آزمایش ۲ نیز، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار شد، درحالی که اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. همچنین تمام اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه تحمیل پریشانی پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و پذیرش و تعهد بر بهبود تحمیل پریشانی مادران با فرزند کم توان ذهنی اثربخش بود ($p \leq 0/001$). نتایج مقایسه زوجی، نشان از آن داشت که رویکرد مبتنی بر هیجان نسبت به پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر تحمیل پریشانی مادران با فرزند کم توان ذهنی داشت.

نتیجه‌گیری

به منظور بهبود تحمیل پریشانی مادران با فرزند کم توان ذهنی هر دو درمان مبتنی بر هیجان و پذیرش و تعهد موثر است اما درمان مبتنی بر هیجان تأثیر بیشتری دارد.

کلمات کلیدی

درمان مبتنی بر هیجان، درمان مبتنی پذیرش و تعهد، تحمیل پریشانی، مادران با فرزند معلول

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

پناه سالمی^۱

سیمین حسینیان^{۲*}

طیبه زندی پور^۳

رویا رسولی^۳

عباس عبدالهلی^۴

^۱ دانشجوی دکتری گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۲ استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه الزهراء، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۴ استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،

دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

Email: hosseinian@alzahra.ac.ir

مقدمه

شواهد گوناگونی وجود دارد که نشان می‌دهند والدین کودکان دارای فرزند کم توان ذهنی، با احتمال بیشتری با مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده و مخرب دارند، مواجه می‌شوند (۱). برخی پژوهش‌ها نشان دادند والدین این کودکان سلامت جسمی و روانی پایینتری دارند و مادران به دلیل حس و ارتباط خاص مادرانه، استرس بیشتری نسبت به پدران تجربه می‌کنند (۲-۳). مادر به علت داشتن نقش سنتی مراقب^۱مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند کم توان خود به عهده می‌گیرد که در نتیجه با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شود که می‌تواند کیفیت زندگی مادران را تحت تاثیر قرار دهد. احساساتی مانند شرم، گناه، تقصیر، ناکامی و محرومیت از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، پایین آمدن عزت نفس، احساس خودکم بینی، بی ارزشی، غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن به خطر افتادن عزت نفس، افسردگی، اضطراب و به طور کلی سلامت روانی مادر (۴) و در نهایت کاهش کیفیت روابط با دیگر اعضای خانواده و مشکلات زوجی و خانوادگی می‌باشد. بنابراین تولد و حضور کودک معلول به عنوان یک بحران، می‌تواند بطور مستقیم بر جسم و روان مادران تاثیر بگذارند (۵). اضطراب و فشار روانی که به مادران این کودکان وارد می‌شود منجر به ایجاد مشکلاتی در نقش والدگری ایشان شده و در نتیجه منجر به افزایش پریشانی این مادران می‌شود (۶). یکی از عوامل مرتبط با شدت و میزان بروز عواطف و هیجانات منفی بویژه ناکامی‌ها، نگرانی‌ها و شکست‌ها، تاب آوری و تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی^۲ یک ساختار روانشناسی است که به عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود که ماهیتی چندبعدی دارد و دارای ابعادی شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت

عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌شود (۷). پریشانی ممکن است حاصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، ولی بازنمایی آن به صورت حالات هیجانی منفی است که اغلب با تمایل به واکنش جهت رهایی از تجربه هیجانی منفی آشکار می‌شود (۸). تحمل پریشانی معمولاً به افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و وضعیت برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه این افراد ممکن است برای اجتناب از هیجان‌های منفی / و یا وضعیت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند به پریشانی و یا وضعیت برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی بدهند (۹). باکر و هرگر (۱۰) تحمل پریشانی والدین را یکی از مواردی می‌دانند که بر رابطه والدین با فرزند تأثیر می‌گذارد. کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روانشناختی مهم در خانواده‌های دارای فرزند بیمار است که در رابطه با توانایی تجزیه و تحلیل موقعیت‌های روانشناختی، نمود می‌یابد. بنابراین یکی از متغیرهای روانشناختی که به واسطه حضور فرزند معلول کم توان ذهنی در مادران کاهش پیدا می‌کند، تحمل پریشانی است (۱۱). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیف گسترده‌ای اختلالات از جمله رفتارهای تکانشی شدید و آسیب‌زننده (۱۲)، اختلال افسردگی اساسی (۱۳)، سوء مصرف مواد مخدر (۱۴) ارتباط نزدیک و تنگاتنگی دارد که می‌تواند فرد را به سمت اعتیاد سوق دهد (۱۵). افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتاری می‌شوند (۱۷) و تجربه آشفتگی هیجانی را توان فرسا و غیرقابل پذیرش ارزیابی می‌کنند و در نتیجه برای تسکین این حالت هیجانی منفی، کوشش می‌کنند ولی اغلب مواقع قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر

² distress tolerance

¹ Caregiver

ظرفیت در خانواده باعث برگشت بیماری در بلند مدت میشود. هیجان‌ها هسته‌ای ناسازگار مانند (ترس، خشم، شرم، ناامیدی و درماندگی) باعث عدم کارایی والدین در مراقبت از فرزندانشان می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده است که این رویکرد در بهبود روابط والدینی و خودکارآمدی والدین دارای فرزند با بیماری ذهنی (۱۸) و خودکارآمدی والدین دارای فرزند با اختلال خوردن (۲۰)، شرم و خودسرزنگری والدین (۲۱) تاثیر مثبت داشته است. بنابراین از آنجاییکه که این رویکرد به طور مستقیم بر نقش و عملکرد مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تاکید دارد مجهز شدن مادران به این مهارت، یک ضرورت است چرا که مادر نقش مهمی در ارتباطات، هیجان و کارکرد خانواده دارد.

از دیگر رویکردهای تاثیر گذار بر مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نام برد، این رویکرد از توانایی خوبی در مهار انتظارات نادرست، نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیش آمدهای استرس زای زندگی برخوردار است. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلفی چون تاب-آوری و بهبود رابطه والد-فرزندی (۲۲)، احساس شرم درونی شده (۲۳) و سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند معلول (۲۴) موثر بوده است و همچنین این درمان در کاهش استرس شغلی و اضطراب و استرس تجربه شده به وسیله والدین کودکان عقب مانده نیز مؤثر بوده است. هدف درمان تعهد و پذیرش ایجاد تغییر مستقیم در فرد نیست بلکه هدف آن، کمک به فرد است تا بتواند با روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. هدف این درمان، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب تر است را افزایش می‌دهد. همچنین توانایی برای ارتباط کامل

از احساس پریشانی‌شان نیستند، سطوح بالای پریشانی والدین سبب می‌شود که به استفاده از شیوه‌های انعطاف ناپذیر و پرخاشگرانه، گرایش بیشتری داشته باشند و کمتر از برنامه‌های درمانی و خدمات ارائه شده برای تربیت کودکان بهره ببرند، که همین موضوع تأثیرات منفی بر تحول کودکان گذاشته و پیامدهای مخرب بیشتری را منجر می‌شود (۱۷).

با توجه به آنچه تاکنون گفته شد، فشارهای روانی و اضطراب از یکسو و احساس مسئولیت پذیری بیش از حد از سوی دیگر، و احساس بی‌کفایتی و همزمان با آن احساس عدم کارایی در مراقبت از فرزند می‌تواند محرک‌هایی باشند که با افزایش فشار روانی و به خطر انداختن بهزیستی و سلامت روانی والدین بویژه مادران داری کودک کم توان ذهنی لزوم انجام مداخلات و آموزش‌های روانشناسی را در این گروه توجیه کند که بتواند علاوه بر پذیرش واقعیت داشتن یک فرزند با کم توانی ذهنی، ابزاری را به آنها ارائه نماید که بتوانند با مسایلی که در فرایند زندگی و تحول فرزند با آن روبرو هستند، مدیریت نموده و از آن بهرمنند شوند.

خانواده درمانی مبتنی بر هیجان یک رویکرد یکپارچه نگر، چند بعدی و مبتنی بر نظریه تکنیک و مشاهدات پژوهشی است که از چندین مدل و روش درمانی از جمله درمان رفتاری، مصاحبه انگیزشی، خانواده درمانی و درمان مبتنی بر هیجان گرینبگ برگرفته شده است (۱۸). خانواده درمانی مبتنی بر هیجان رویکردی نوین در زمینه کار با خانواده‌های دارای فرزند با مشکلات ویژه است. این رویکرد تمرکز اولیه را بر آموزش مهارت‌های پیشرفته به والدین به منظور مراقبت و حمایت از فرزندان خود با مشکلات ویژه رفتاری و ذهنی قرار داده است (۱۹). این رویکرد، نقش مراقبت کننده را به عنوان یک فاعل و ضرورت اولیه برای بهبود فرزندان میبندد. در این روش درمانی اعتقاد بر این است که نقش مراقب از یک حمایت گر صرف باید به نقش تعیین کننده اصلی در فرایند درمان و بهبودی تغییر پیدا کند. پژوهش‌های بسیاری حاکی از این است که کار روی فرزندان بدون ساختن

با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (۲۵).

با توجه به موارد بیان شده شکی نیست که ناتوانی ذهنی با آثار مادام العمر خود تأثیر زیادی بر کودکان و خانواده آنان دارد در حالی که بارشد کودک دچار ناتوانی مزمن، والدین استرس‌های روانی و ناامیدی را تجربه می‌کنند و امیدها و انتظارات آنان برآورده نمی‌گردد (۲۶). آنچه تاکنون در خصوص تجربه هیجانات آزاردهنده و منفی در میان مادران دارای کودک کم توان ذهنی که علاوه بر نقش‌های مادری مرسوم، نگرانی‌های عاطفی، روانی، اقتصادی، خشم، ابهام در مورد آینده، و سایر موارد اینچنینی را تجربه می‌کنند، بیان گردید و علاوه بر آن تشدید پریشانی و آشفتگی آنها در صورت مجهز نبودن به ابزارهای روانی مناسب و از سوی دیگر احساس گناهی که می‌تواند منجر به مسئولیت پذیری افراطی در این افراد شود که نهایتاً سلامت روانی آنها را به خطر می‌اندازد و می‌تواند که در آینده در تضاد با اهداف و خواسته‌های مراقبتی آنان باشد و همچنین مبانی نظری و پژوهشی بیان شده، اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش روشن می‌کند بویژه اینکه تحقیقات انجام شده در این حوزه در کشور محدود بوده و شکاف تحقیقاتی در مقایسه اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران را هر چه بیشتر نمایان می‌سازد و مجموع این عوامل سبب پرداختن پژوهشگران به این مسئله شد. شناسایی میزان اثربخشی درمان‌ها روان شناختی رایج و انتخاب بهترین رویکرد در این زمینه می‌تواند به آنها در کاهش عوارض این مشکلات کمک کرده و از نظر عاطفی، روانی، ارتباطی و اقتصادی به آنها کمک کند. با توجه به آنچه گذشت در این پژوهش به دنبال مقایسه و تعیین اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران با فرزند کم توان ذهنی می‌باشد.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل

تمامی مادران دارای یک فرزند کم توان ذهنی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ می‌باشد. از آنجایی که در پژوهش حاضر هدف اطمینان از این مساله است که تا جای ممکن اثر بخشی مداخلات مورد بررسی قرار گیرد لذا از نمونه گیری غیر تصادفی و هدفمند استفاده گردید. به این منظور طی یک فراخوان افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشته باشند بصورت داوطلبانه فراخوانده شدند ۴۵ نفر از افراد مایل به شرکت در پژوهش انتخاب گردید و بصورت تصادفی در سه گروه آزمایشی ۱، گروه آزمایشی ۲ و کنترل جایگزین شد؛ تعداد افراد نمونه در هر گروه ۱۵ نفر بود که در اثر ریزش گروه در پایان جلسات تعداد نفرات هر کدام از گروه‌ها به ۱۳ نفر کاهش پیدا کرد. ملاک‌های ورود به پژوهش مادران دارای فرزند کم توان ذهنی با هوشبهر ۷۰ - ۵۰ یعنی کم توان ذهنی متوسط (آموزش پذیر)، قرار داشتن در محدوده سنی ۳۵ سال به بالا، حداقل تحصیلات دیپلم، مادران مطلقه نبوده و با همسرشان زندگی کنند، عدم سابقه بیماری جسمانی خاصی که مانع حضور منظم آنها در جلسات گروه گردد، نگهداری از فرزند توسط خود مادر، بالا بودن نمره‌ی بارمسئولیت مراقب. و در حوزه متخصصین، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و مشاوره و گذراندن دوره‌های آموزشی تخصصی در درمان هیجان مدار بود. ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر نیز داشتن بیش از یک فرزند معلول، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که مادران پس از فراخوان در سه گروه قرار گرفته و سپس برای هر سه گروه (آزمایشی ۱، آزمایشی ۲ و کنترل) پیش‌آزمون تحمل پریشانی اجرا گردید، سپس طرح مداخلات مبتنی بر رویکرد خانواده درمانی متمرکز بر هیجان برای گروه آزمایشی ۱ و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش ۲ ارائه شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون پرسشنامه پژوهش برای هر سه گروه اجرا شد. سپس به منظور سنجش پایداری نتایج، آزمون پیگیری یک

لیکرت نمره گذاری می شوند. سیمونز و گاهر (۲۷) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده اند. در ایران نیز این پرسشنامه برای اولین بار توسط علوی و همکاران (۲۸) و همکاران ترجمه و اجرا شده است که پایایی آن ۰/۷۱ بدست آمده است.

مداخله مبتنی بر رویکرد خانواده درمانی هیجان مدار
مداخله مبتنی بر رویکرد خانواده درمانی هیجان مدار در طول ۸ جلسه گروهی ۱۲۰ دقیقه‌ای و براساس کتاب خانواده درمانی مبتنی بر هیجان برای مراقبین و فرزندان فروغی و همکاران (۱۸) انجام گرفت که شرح آن در جدول ۱ آمده است.

ماه پس از اتمام دوره گرفته شد و داده‌های به دست آمده از این سه آزمون با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تحمل پریشانی: پرسشنامه تحمل پریشانی توسط گاهر و سیمونس^۱ (۲۷) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال و چهار خرده مقیاس شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. سوالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای

جدول ۱. شرح جلسات مداخلات خانواده درمانی هیجان مدار

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی از روش درمانی EFFT، آشنایی با خانواده درمانی مبتنی بر هیجان	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، صحبت‌های مقدماتی درباره EFFT	کسب اطلاعات درباره EFFT	-----
دوم	آشنایی با مفهوم هیجان و مولفه‌های آن شامل مولفه شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری، مروری بر اصول هیجان و تفاوت بین اجتناب و کارایی	علائم هر یک از مولفه‌ها، و جلوه‌های هر کدام از هیجانات، اصول هیجان، اهمیت هیجان	کمک به شناسایی و نامگذاری هیجانات، تفکیک ۴ مولفه پاسخ هیجانی (حس بدنی، یک برچسب مورد قبول جهانی، یک نیاز، یک تمایل به عمل)	شناسایی هیجان‌های تجربه شده در موقعیت‌های مختلف به تفکیک مولفه‌ها
سوم	شناسایی هیجانات ناکارآمد، آشنایی با اجتناب هیجانی، شروع مهارت مربیگری هیجانی	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی الگوهای ناسازگار هیجان: بررسی رویداد استرس زا یا تجربه دردناک، تجربه خود فرد، پاسخ محیطی، اهمیت و مشکلات اجتناب از هیجان به منظور مقابله با آن هیجان، پیامدهای عدم اجتناب هیجانی تاکید بر اینکه تا زمانی که فغان و درد والد شنیده نشود صدای فریاد فرزند شنیده نمی‌شود	قابل قبول دانستن و بیان هیجان، شناسایی و بیان نیاز وابسته به آن هیجان، توجه به تمایل به عمل و افزایش خود کارآمدی و تسلط بر تجربیات هیجانی	توجه و تمرکز بر الگوهای ناکارآمد و اجتنابی هیجان به هنگام برخورد با رویداد هیجانی
چهارم	مرحله مربیگری هیجانی: مربی بهبود فرزند، مربی هیجان فرزند، مربی هیجانی والد	بررسی تکالیف خانگی، درگیری با هیجان نامگذاری و بیان هیجان، اعتبار بخشی به هیجان، مواجه شدن با نیاز مرتبط (آرام کردن، حمایت کردن، اطمینان بخشی، اثبات کردن و محدودیت گذاشتن)، راهنمایی مجدد و حل مساله	تبدیل واکنش کلامی از "اما" به "برای اینکه"	تمرین آرام کردن بجای تنش، حمایت کردن بجای فاصله گرفتن، اطمینان بخشی بجای رها کردن،

¹ Simons JS, Gaheer

پنجم	بررسی موانع هیجانی درمانجویان ، تله‌های والدینی، و شناسایی پاسخ‌های درمانجویان	بررسی تکالیف خانگی، کار با صندلی به منظور شناسایی آشفتنگی در پاسخ به پیشانی، ناتوانی در پرداختن به هیجان، استفاده از منطقی کردن، ترس از طرد شدن، ترس از عدم استقلال، ترس از طولانی بودن و همیشگی بودن مراقبت	بیان شفاف ترس‌ها و هماهنگی با نیازهای هیجانی، بیان هیجانی که توانایی حمایت را از والد میگیرد، بیان خصومت، دفاعی شدن و عصبانیت	تلاش برای بیان ترس، خشم، دفاع، و هیجانات ثانویه نسبت به خود و اعضا خانواده
ششم	تمرکز بر ترمیم رابطه به منظور جلوگیری از همپوشی اجتناب هیجانی مادر و فرزند و پردازش زخم‌های کهنه زخم‌های کهنه به عنوان عامل متوقف کننده بهبود	بررسی تکالیف خانگی، آموزش روانشناختی ترمیم زخم‌های کهنه از طریق همدلی، اعتبار بخشی و مشارکت عمیق جهت کاهش خود سرزنشگری، و شرم، اجتناب هیجانی و افزایش امید به آینده	خاتمه الگوی اجتنابی خانوادگی ، افزایش اشتیاق برای پذیرش حمایت و مراقبت	آگاهی بر الگوهای اجتنابی خانواده و قطع آگاهانه آنها
هفتم	قدرت بخشی به والدین و خودکارآمدی والدین، بیان متاسف هستم و عذر خواهی از فرزند	بررسی تکالیف خانگی، تکنیک‌های صندلی برای خود شخص و فرزند، آموزش عذرخواهی و ابراز تاسف	ابراز تاسف و عذر خواهی	استفاده از جملات " من متاسفم" و "من معذرت می‌خواهم" در موقعیت‌های زندگی
هشتم	تثبیت کارایی و کارآمدی والدینی با تأکید بر تنظیم هیجان	بررسی تکالیف خانگی، مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شد، گزارشی از گام‌های پیگیری میزان درگیری هیجانی درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور عدم اجتناب هیجانی و ایجاد حس یکپارچگی هیجانی و انجام پس آزمون	افزایش خودکارآمدی و مربطیگری هیجانی در والدین	-----

مداخله درمانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد

(۲۰۰۸) که توسط ترخان ۱۳۹۶ مورد استفاده قرار گرفته،
صورت پذیرفت که شرح آن در جدول ۲ آمده است.

مداخله مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد در طول ۸ جلسه
گروهی ۱۲۰ دقیقه‌ای و براساس مداخله درمانی استیون هیز

جدول ۲. شرح جلسات مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی از روش درمانی ACT	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحت‌های مقدماتی درباره ACT	کسب اطلاعات درباره ACT	-----
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	بررسی مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان‌های منفی	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمداً از آنها جلوگیری شود.

اجرای فنون درمانی ACT	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل	آگاهی از اینجا و اکنون و پذیرش رفتار و هیجان‌های منفی آنچه که هم اکنون در جریان است.	سوم
مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی	رویدادهای منفی با استفاده از استعاره ها. آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی		
آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف پذیری روانی و هیجان‌ات مریت منجر شود.	توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه	چهارم
آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحم پریشانی آموزش فنون درمانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی	پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون پیشداوری و قضاوت	پنجم
ارزش‌های شخصی و روشن سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مریت	تلاش در جهت انعطاف پذیری روان شناختی	ششم
آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عم متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	کسب انعطاف پذیری روان شناختی	هفتم
مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها. درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مرتب	رهایی از هیجان‌ها و افکار منحنی و کسب انعطاف پذیری روان شناختی	هشتم

نتایج

در این پژوهش ۳۹ مادر در سه گروه شرکت کرده بودند که میانگین سن گروه کنترل ۵۲/۴۶ (با انحراف معیار ۴/۵۲)، میانگین سن گروه پذیرش و تعهد (آزمایش ۱) برابر با ۵۲/۲۳ (با انحراف معیار ۵/۳۷) و میانگین سن گروه هیجان مدار (آزمایش ۲) برابر با ۵۱/۳۸ (با انحراف معیار ۵/۶۰) بود که

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

گروه	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش‌آزمون	۱۳	53.38	6.61
	پس‌آزمون	۱۳	53.30	5.32
	پیگیری	۱۳	53.38	5.53
پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۱۳	50.15	7.80

8.62	32.46	۱۳	پس آزمون	
7.60	33.00	۱۳	پیگیری	
8.75	57.92	۱۳	پیش آزمون	هیجان مدار
6.01	28.30	۱۳	پس آزمون	
6.59	28.46	۱۳	پیگیری	

مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض های استفاده از اندازه-گیری مکرر با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که هر سه مفروضه آزمون مذکور برقرار بودند. یعنی استفاده از تحلیل اندازه گیری مکرر برای تحلیل داده های این پژوهش بلامانع بود.

همانطور که در جدول مشخص است میانگین تحمل پریشانی گروه های آزمایش ۱ (پذیرش و تعهد) و آزمایش ۲ (هیجان مدار) در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است و بین پس آزمون و آزمون پیگیری تفاوت محسوس نیست؛ اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه کنترل تفاوت خیلی جزئی بود. در ادامه به یافته های استنباطی با استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر پرداخته می شود. قبل از استفاده از آزمون، پیش فرض های مهم این آزمون آماری

جدول ۴. نتایج اندازه گیری مکرر برای مقایسه تاثیر خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی

اثر	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح	مجذور اینا	توان آماری
			فرضیه	خطا	معنی داری		
زمان	اثر پیلایی	۲۱۸,۲۵۴	۲	۲۳	.۰۰۰	.۹۵۰	۱
	لامبدای ویلکز	۲۱۸,۲۵۴	۲	۲۳	.۰۰۰	.۹۵۰	۱
	اثر هوتلینگ	۲۱۸,۲۵۴	۲	۲۳	.۰۰۰	.۹۵۰	۱
	بزرگترین ریشه روی	۲۱۸,۲۵۴	۲	۲۳	.۰۰۰	.۹۵۰	۱
تعامل	اثر پیلایی	۱۴,۱۹۴	۲	۲۳	.۰۰۰	.۵۵۲	۱
گروه و	لامبدای ویلکز	۱۴,۱۹۴	۲	۲۳	.۰۰۰	.۵۵۲	۱
زمان	اثر هوتلینگ	۱۴,۱۹۴	۲	۲۳	.۰۰۰	.۵۵۲	۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۴,۱۹۴	۲	۲۳	.۰۰۰	.۵۵۲	۱

جدول ۵. مقایسه زوجی نمرات میانگین تحمل پریشانی

در سه مرحله زمانی

زمان	زمان	تفاوت	انحراف	سطح معنی
الف	ب	میانگین	معیار	داری
پیش-آزمون	پس-آزمون	۱۵/۷۹۵	۰/۸۰۲	۰/۰۰۱

همانطور که از جدول فوق مشاهده می شود میزان F (۱۴,۱۹۴) که مربوط به تعامل میان اثر زمان و عضویت گروهی است، نشان می دهد بین گروه خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و درمان پذیرش و تعهد، تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

میانگین پیش‌آزمون به لحاظ آماری در متغیر تحمل‌پریشانی پایتتر است. همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج مداخله درمانی بر اثر گذشت زمان دارد. بنابراین تاثیر خانواده درمانی متمرکز بر هیجان و پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی در اثر گذشت زمان، پایدار بود.

پیگیری	۱۵/۵۳۸	/۹۲۶	۰/۰۰۱
پس- پیش- آزمون	-۱۵/۷۹۵	/۸۰۲	۰/۰۰۱
پیگیری	-۲۵۶	/۵۷۱	۱/۰۰۰

مطابق با یافته‌های گزارش شده در این جدول مشخص است که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین پیش‌آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). بطوریکه میانگین پس‌آزمون و پیگیری از

جدول ۶. نتایج تحلیل اثرات بین‌آزمودنی در متغیر تحمل‌پریشانی

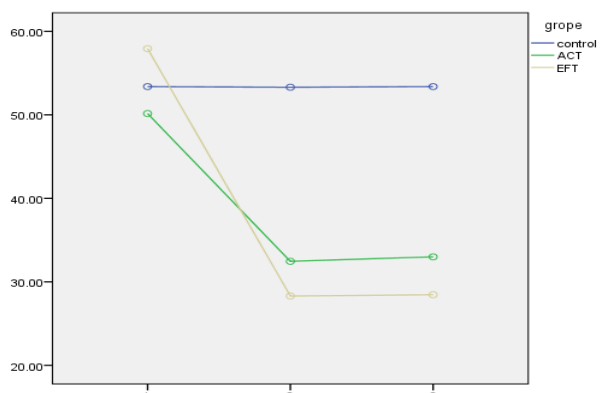
منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
گروه	۱,۸۴۶	۱	۱,۸۴۶	۰.۶۰	۸۰.۸	۰.۰۳	۱
خطا	۷۳۲,۶۱۵	۲۴	۳۰,۵۲۶				

همان‌گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌گردد، می‌توان گفت، میانگین نمرات در متغیر تحمل‌پریشانی گروه پذیرش و تعهد با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت دارد. اما در هر گروه مداخله هر چند نمرات پیگیری نسبت به پس‌آزمون تغییر داشته است اما این افزایش اندک و شیب خط برای هر یک از گروه‌ها جزئی است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی تاثیر گذاشته است و این اثر بر اثر زمان پایدار مانده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۶، بین میانگین تعدیل شده نمرات تحمل‌پریشانی بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0/01$). لذا این فرضیه تایید شد و با توجه مقایسه زوجی میانگین‌های دو گروه آزمایش در جدول یافته‌های توصیفی (جدول ۳)، مشخص شد که خانواده درمانی مبتنی بر هیجان نسبت به درمان پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی موثرتر است. روند تغییرات سه گروه در نمودار زیر به شماتیک آورده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که خانواده درمانی مبتنی بر هیجان توانسته است به صورت معنی‌داری بر تحمل‌پریشانی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی اثر بگذارد و میزان تأثیرگذاری آن ۸۹ درصد بوده است. نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به صورت معنی‌داری بر تحمل‌پریشانی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی اثر بگذارد و میزان تأثیرگذاری آن ۸۷



نمودار ۱. مقایسه میانگین تحمل‌پریشانی در دو گروه کنترل و پذیرش و تعهد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری

رویدادهای درونی، آستانه تحمل افزایش می‌یابد و واکنش‌های فرد به موقعیت‌های استرس آور متعادل تر می‌گردد. با پیوسته انجام دادن این شیوهی مواجهه این مادران یاد می‌گیرند که تجارب درونی کمتر تهدید کننده هستند و بنابراین می‌توانند تاثیرات مخرب این هیجان‌ها بر خود را کاهش دهند. تولد کودک دارای ناتوانی ذهنی برای خانواده و به خصوص مادران که مراقبان اصلی محسوب می‌شوند تنیدگی به همراه دارد. آنها مجبور می‌شوند فشار روانی بیشتری را تحمل نمایند، احساساتی از جمله خشم، غمگینی، گریه و سوگ در این طیف هستند. این فشارهای روانی می‌تواند این مادران را در ایفای نقش مادری شان دچار مشکلاتی گرداند و سلامت روانی آنان را تحت تاثیر قرار دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون و تمرینات و استعاره‌ها به این مادران کمک می‌کند تا بینش مثبت تری نسبت به شرایط مادری خاص شان اتخاذ نمایند. با توجه به آنچه گفته تاثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی قابل توجهی می‌باشد. نتیجه مقایسه دو درمان متمرکز بر هیجان و پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی نشان داد که بین خانواده درمانی مبتنی بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان اثربخشی بر متغیر تحمل پریشانی، تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با توجه به مقایسه زوجی میانگین‌های دو گروه آزمایش در جدول یافته‌های توصیفی (جدول ۱)، مشخص شد که خانواده درمانی مبتنی بر هیجان نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی موثرتر است.

در میان پژوهش‌های انجام شده یافته‌هایی که دقیقاً به این درمان‌ها و این متغیر اشاره داشته باشد وجود نداشت. اما پژوهش‌هایی به طور جداگانه اثربخشی هر کدام از رویکردها را بر متغیر تحمل پریشانی و یا متغیرهای مشابه آن بررسی نموده اند که در فرضیه‌های قبل به آنها اشاره گردید. در تبیین این نتیجه می‌توان به ویژگی‌های افراد با توانایی تحمل پریشانی بیشتر اشاره نمود، آنها نسبت به افراد با تحمل پریشانی پایین هیجان‌ها را غیر قابل تحمل نمی‌دانند و به همین دلیل می‌توانند بهتر به آشفتگی‌ها و

درصد بوده است. بررسی‌ها نشان داد که نتایج این پژوهش تا حدی می‌تواند با نتیجه پژوهش شاکر اردکانی، رحیمی و صالح زاده (۲۴) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری عاطفی مادران فرزندان معلول ذهنی و جسمی، فروزان فر و لواسانی و شعال کاظمی (۲۹) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر تحمل پریشانی نشان دادند، احمدی و ریسی (۳۰) که نشان دادند درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم موثر است، همسو تلقی گردد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتن در شرایط دشوار مانند وضعیتی که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی با آن رو به رو هستند اگر منجر به انکار، اجتناب و یا کشمکش پیوسته با آن شود، به استرس و نگرانی منجر می‌شود. هم چنین کنترل و تلاش برای جنگ با رویدادهای درونی که همان هیجان‌ها و احساسات مرتبط با داشتن فرزندی با معلولیت ذهنی است می‌تواند شدت و میزان این هیجان‌ها را افزایش دهد. اکت از طریق پذیرش افکار و هیجان‌ها ناخوشایند مرتبط با بودن در این شرایط، نگرانی‌های آنان را مستقیماً مورد هدف قرار می‌دهد و با انجام تمرینات مختلف و استعاره‌های مناسب به این مادران کمک می‌کند تا به جای فرار و انکار و اجتناب از داشتن هیجان‌ها منفی در مورد رویدادهای روزمره از فنون جداشدن از افکار و یا خود به عنوان زمینه استفاده کنند. آنها می‌آموزند تا به جای اجتناب از افکار و هیجان‌ها منفی مرتبط با داشتن فرزندی معلول، آنها را بپذیرند. به عبارت دیگر این مادران می‌آموزند گرچه نمی‌توانند شرایط زندگی و داشتن چنین فرزندی را تغییر دهند اما می‌توانند به آن به شیوه‌ای متفاوت بنگرند و رفتارهای همسو با ارزش‌های والدگری متناسب با نیازها و ویژگی‌های این فرزند را انجام دهند. به علاوه این درمان با استفاده از فنون ذهن آگاهی به این مادران آموزش می‌دهد تا به تجارب درونی خود توجه کنند، و به جای قضاوت آنها، تنها مشاهده گرشان باشند. در واقع با تمرکز بر زمینه‌ای که این رویدادهای درونی (هیجان‌ها، افکار، خاطرات) در آن در حال اتفاق افتادن هستند به جای خود این

بهبتر نحوه واکنش به این گونه هیجانات و هم در ایجاد حس توانمندی برای انجام مکرر الگوهای سالم نقش داشته باشد.

هم چنین اختلاف نظرهای اعضای خانواده در مورد شیوه‌های مراقبت و رفتار با عضو آسیب پذیر تر خانواده به صورت عملی و با یادگیری مهارت‌های تازه در فرایند مربی‌گری هیجانی مورد بررسی قرار می‌گیرد و لذا با تجهیز شدن به مهارت‌های تازه اعضا می‌توانند در عین پرداختن مناسب به هیجانات مختلف، از مداخله هیجانات منفی در مسیر حفظ پیوند امن و متحدانه خانواده جلوگیری به عمل آورند. در کل می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به خاطر تمرین و استعاره محور و هم چنین فرد محور بودنش و توجه کمتر به دیگر اعضای درگیر در شرایط مراقبت از فرزند کم توان ذهنی کمتر توانسته مانند خانواده درمانی مبتنی بر هیجان که مواردی از آن قبلاً ذکر گردید، اثربخشی خود را تثبیت و تقویت نماید.

مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از نمونه گیری غیر تصادفی بود. از آنجایی که روش نمونه گیری در مطالعه حاضر، روش نمونه گیری در دسترس بود، و همچنین این پژوهش بر روی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی در سال ۱۳۹۹ در تهران، انجام شد، لذا در تعمیم نتایج پژوهش به جامعه و به زنان سایر شهرها باید احتیاط شود. با توجه به اینکه پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش از نوع خود گزارشی بودند، لذا ممکن است این مسئله بر نتایج بی تاثیر نبوده باشد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی سایر شهرها نیز اجرا شود، تا بتوان نتایج آنها را با نتیجه پژوهش حاضر مقایسه کرد و نتایج را به جامعه بزرگتری تعمیم داد. در پژوهش‌های آتی، برخی متغیرهای مداخله گر از جمله وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی حتی الامکان کنترل شوند و یا به عنوان یک متغیر وارد پژوهش گردند و اثر آنها نیز سنجیده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این پژوهش بر روی پدران نیز اجرا شود تا بتوان نتایج را مقایسه نمود و تعمیم بیشتری داد.

پیشانی‌های خود رسیدگی کنند. با پذیرش هیجان‌های مختلف از وجود آن شرمسار و آشفته نمی‌شوند و توانایی‌های مقابله‌ای خود برای رسیدگی به هیجانات را دست کم نمی‌گیرند. این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی خود و یا تسکین فوری آنها تلاش فراوانی نمی‌کنند بدین معنی که اگر قادر به تسکین خود نباشند تمام تمرکز و توجه شان به این مسئله معطوف نمی‌شود و در نتیجه عملکردشان به طور منفی تحت تاثیر قرار نمی‌گیرد.

خانواده درمانی مبتنی بر هیجان بر رسیدگی و تغییر الگوهای تعاملی تمرکز دارد که به اصطلاح رقص خانواده را تعریف می‌کند. بسیاری از رویکردهای اخیر به خصوص مدل‌های رفتاری مانند اکت به نظر بیشتر بر این باور تاکید دارند که این راهبرد به طور مثبت تعامل‌های دارای بار منفی هیجانی بین اعضای خانواده به عنوان یک کل را تغییر می‌دهد اما خانواده درمانی مبتنی بر هیجان بر مربی‌گری هیجانی والدین تاکید می‌کند و بر مهارت‌های ارتباطی به عنوان راهبرد اصلی تغییر تمرکز دارد. بنابراین می‌توان یکی از دلایل اثربخشی بهتر خانواده درمانی هیجان مدار به نسبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تاکید بیشتر آن بر حالت حمایت‌گری و مربی‌گری و تمرکز بر مهارت‌آموزی برای مادران شرکت کننده در این گروه دانست.

یکی دیگر از دلایل اثربخشی بیشتر خانواده درمانی مبتنی بر هیجان شاید سازمان مشترک تجربه هیجانی و ایجاد تجارب هیجانی اصلاحی جدید از پیوند هیجانی و دلستگی با خود و دیگر اعضای خانواده و فرزند دارای معلولیت در جلسه درمان باشد. مادران در جلسه احساس تنهایی نمی‌کنند، رهبر گروه با آنها در فرایند تغییر همراه می‌شود و آنها را برای داشتن تجارب ذهنی شان مورد سرزنش قرار نمی‌دهد. هیجانات منفی مادران به عنوان واکنش طبیعی به شرایط فعلی شان مورد بررسی قرار می‌گیرد. و همراهی همدلانه درمانگر با به تجربه در آوردن هیجانات منفی به شیوه‌ای اصلاح شده می‌تواند هم در یادگیری

References

1. McKenzie J, Chataika T. Supporting families in raising disabled children to enhance African child development. In *The Palgrave handbook of disabled children's childhood studies 2018* (pp. 315-332). Palgrave Macmillan, London.
2. Sigman-Grant M, Hayes J, VanBrackle A, Fiese B. Family resiliency: A neglected perspective in addressing obesity in young children. *Childhood Obesity*. 2015 Dec 1;11(6):664-73.
3. Murphy NA, Christian B, Caplin DA, Young PC. The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: care, health and development*. 2007 Mar;33(2):180-7.
4. Ogston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011 Oct 1;5(4):1378-84.
5. Halstead E, Ekas N, Hastings RP, Griffith GM. Associations between resilience and the well-being of mothers of children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018 Apr;48(4):1108-21.
6. gorji R, yektakhah S, allameh M. General Health and Quality of Life of Mothers with Autism child. *J Except Educ*. 2014; 1 (123) :13-19
7. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*. 2010 Jul;136(4):576.
8. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2016 Jun 1;41:73-81.
9. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science*. 2010 Dec;19(6):406-10.
10. Baker CN, Hoerger M. Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and individual differences*. 2012 May 1;52(7):800-5.
11. Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*. 2019 May 1;50(3):630-45.
12. Anestis MD, Pennings SM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. Low distress tolerance as an indirect risk factor for suicidal behavior: Considering the explanatory role of non-suicidal self-injury. *Comprehensive psychiatry*. 2013 Oct 1;54(7):996-1002.
13. Ellis AJ, Vanderlind WM, Beevers CG. Enhanced anger reactivity and reduced distress tolerance in major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2013 Jun;37(3):498-509.
14. Kaiser AJ, Milich R, Lynam DR, Charnigo RJ. Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive behaviors*. 2012 Oct 1;37(10):1075-83.
15. Bartlett BA, Jardin C, Martin C, Tran JK, Buser S, Anestis MD, Vujanovic AA. Posttraumatic stress and suicidality among firefighters: The moderating role of distress tolerance. *Cognitive Therapy and Research*. 2018 Aug;42(4):483-96.
16. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students' dependence on smoking. 2011, 13 (1): 11-18.
17. Kelishadi F, Yazdkhasti F. The effect of rejection-acceptance and parental control perception on moral intelligence and distress tolerance. *Cultural Strategy Quarterly*, 2016; 9 (33): 155-169.
18. Foroughe M, Stillar A, Goldstein L, Dolhanty J, Goodcase ET, Lafrance A. Brief emotion focused family therapy: An intervention for parents of children and adolescents with mental health issues. *Journal of marital and family therapy*. 2019 Jul;45(3):410-30.
19. Nash P, Renelli M, Stillar A, Streich B, Lafrance A. Long-term outcomes of a brief emotion-focused family therapy intervention for eating disorders across the lifespan: a mixed-methods study. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2020 Apr 14;54(2):130-49.
20. Strahan, E. J., Stillar, A., Files, N., Nash, P., Scarborough, J., Connors, L., ... & Lafrance, A. (2017). Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: A process model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 256-269.
21. Robinson, A. L., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2015). Emotion- focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(1), 75-82.

22. Mesbah E, Hojjatkah M, Golmohammadian M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on resilience of mothers with mentally retarded children. *Psychology of exceptional people*. 2019; 8 (29): 85-109.
23. Hojjatkah M, Mesbah E. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and internalized shame of mothers with mentally retarded children. *Psychology of exceptional people*. 2017; 6 (24): 153-180.
24. shaker Ardakani L, Rahimi M, Saleh Zadeh M. Effect of Commitment and Acceptance Therapy on Social and Emotional Adjustment in Mothers of Children with Mental and Physical Disabilities. *MEJDS*. 2017; 7 :77-77
25. Herbert JD, Forman EM, Kaye JL, Gershkovich M, Goetter E, Yuen EK, Glassman L, Goldstein S, Hitchcock P, Tronieri JS, Berkowitz S. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of contextual behavioral science*. 2018 Jul 1;9:88-96.
26. Bazzano A, Wolfe C, Zylowska L, Wang S, Schuster E, Barrett C, Lehrer D. Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*. 2015 Feb;24(2):298-308.
27. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005 Jun;29(2):83-102.
28. Alavi Kh, Modares ghoravi M, AminYazdi A, Salehi J. The effectiveness of dialectical behavioral therapy in a group manner (based on the components of basic universal consciousness, anxiety tolerance and emotional regulation) on the symptoms of depression in students. *Principles of Mental Health*. 2012; 13 (50): 35-124.
29. Forouzanfar A, Gholamali Lavasani M, shoa kazemi M. The Effectiveness of Group Counselling based on Acceptance and Commitment Therapy in Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity among Female Substance Abusers. *etiadpajohi*. 2018; 11 (44) :135-154
30. Akram Ahmadi, Raeisi Z. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Mothers of Children with Autism. *J Child Ment Health*. 2018; 5 (3) :69-79
31. Shirali S, DashtBozorgi Z. Effect of existential group therapy on distress tolerance, existential anxiety, meta-worry and health worry in elderly women with cardiovascular disease. *Cardiovascular Nursing*. 2019; 7 (4): 24-33

Original Article

Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy and acceptance-commitment therapy on mothers' distress tolerance with mentally retarded children

Received: 03/07/2021 - Accepted: 19/10/2021

Panah salemi¹
Simin hosseinian²
Tayyebeh Zandipour³
Roya Rasouli³
Abbas Abdollahi⁴

¹ PhD Student, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

² Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

Email: hosseinian@alzahra.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate and compare the effectiveness of emotion-based family therapy and acceptance and commitment-based therapy on mothers' distress tolerance with mentally retarded children.

Materials and Methods: The research design was quasi-experimental pre-test and post-test with two experimental groups and control group. From the community of mothers with a mentally retarded child in Tehran in 1399, 39 people were selected as a research sample and randomly placed in three experimental groups 1, 2 and control. Experiment 1 group members received emotion-based family therapy, and experimental group 2 received acceptance and commitment therapy, while control group members did not receive any intervention. Also, all members of the experimental and control groups answered the anxiety tolerance questionnaire in three stages of pre-test, post-test and follow-up. Research data were analyzed using repeated measures analysis of variance statistical method.

Results: The results of repeated measures analysis showed that both family therapy approaches based on emotion and acceptance and commitment were effective in improving the anxiety tolerance of mothers with mentally retarded children ($p \leq 0.001$). The results of pairwise comparison showed that the emotion-based approach to acceptance and commitment had a greater impact on the tolerance of mothers with distressed children.

Conclusion: In order to improve the anxiety tolerance of mothers with mentally retarded children, both emotion-based therapy and acceptance and commitment are effective, but emotion-based therapy is more effective.

Key words: Emotion-Focused therapy, Acceptance and commitment-based therapy, Distress tolerance, Mothers with children with disabilities

Acknowledgement: There is no conflict of interest