Journal of Research in Psychological Health

December 2022, Volume 16, Issue 3

The effectiveness of group intervention based on acceptance and commitment on family protective factors, emotional and social loneliness and parenting stress in mothers of children with Down syndrome

Younes Yousefi[1], Asrin Mohamadi[2], Sara Tavazoei[3], Ahmad Amani[4]

1- Ph.D student of Clinical Psychology, faculty of behavioral sciences and mental health, Iran University of medical sciences, Tehran, Iran. G-mail:Youness.Yousseffi@gmail.com
2- Ph.D student of Counseling, Partobamdad Counseling Center, Sanandaj, Iran
3- Ph.D student of Counseling, Islamic Azad University Sanandaj Branch
4- Associate Professor, Member of Family Pathology and Education Research, Kurdistan University, Sanandaj, Iran.

Citation: Yousefi Y, Mohamadi M, Tavazoei S, Amani A Evaluation of the effectiveness of group intervention based on acceptance and commitment on family protective factors, emotional and social loneliness and parenting stress in mothers of children with Down syndrome Journal of Research in Psychological Health. 2023; [Persian].

Key words:

Acceptance and commitment based group intervention, Family protective factors, Emotional and social loneliness, Parenting stress.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group intervention based on acceptance and commitment on family protective factors, emotional and social loneliness and parenting stress in mothers of children with Down syndrome. The design of the present study was a quasi-experimental type of pretest-posttest and follow-up with a control group. Participants included 30 mothers of children with Down syndrome in Sanandaj who were randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. Acceptance and commitment training was conducted in 8 sessions in groups. Data from the Family Protection Factors (IFPF), Emotional and Social Loneliness Questionnaire (SELSA-S) and Parenting Stress Questionnaire (PSI-SF) were analyzed by mixed analysis of variance test. The results showed that group intervention based on acceptance and commitment increases mothers' scores on family protective factors, reduces feelings of emotional and social loneliness and parenting stress (in the dimensions of parental confusion and dysfunctional parent-child interaction). According to the research findings, it is suggested to use group intervention based on acceptance and commitment to improve value-based interactions and strategies in mothers of children with Down syndrome.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس فرزندپروری در مادران کودکان مبتلا به سندرم داون

یونس یوسفی[۱]، اسرین محمدی[۲]، سارا تواضعی[۳]، احمد امانی[۴]

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، (مؤلف مسئول). ایمیل: Youness.Yousseffi@gmail.com

۲- دانشجوی دکترای مشاوره، گروه پژوهشی آسیب شناسی خانواده و تربیت، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان.

۳- دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج.

۴- دانشیار، عضو پژوهش آسیب شناسی خانواده و تربیت دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت

۱۴۰۰/۰۹/۲۲

تاریخ پذیرش

۱۴۰۲/۰۲/۳۱

واژگان کلیدی

مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی، استرس فرزندپروری.

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس فرزندپروری در مادران کودکان مبتلا به سندرم داون بود. طرحِ پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. شرکت کنندگان شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به سندرم داون در سنندج بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و گواه (۱۵نفر) جایگزین شدند. مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه به صورت گروهی اجرا شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های عوامل محافظ خانواد(IFPF)، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی(SELSA-S) و استرس فرزندپروری (PSI-SF) با آزمون طرح تحلیل واریانس مختلط مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش نمرات مادران در عوامل محافظ خانواده، کاهش احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس فرزندپروری (در ابعاد آشفتگی والدین و تعامل ناکارآمد والد-کودک) می‌شود. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود از مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود تعاملات و راهبردهای مبتنی بر ارزش در مادران کودکان مبتلا به سندرم داون استفاده کرد.

مقدمه:

خانواده به عنوان یکی از اصلی‌ترین نهادها در جامعه، گاهاً ممکن است با برخی عوامل استرس‌آور مواجه شود. یکی از این عوامل تولد فرزند مبتلا به سندرم داون است که مشکلاتی را برای خانواده‌ها به‌ویژه والدین ایجاد می‌کند (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۶). سندرم داون یک بیماری نسبتاً شایع مادرزادی است که نتیجه ناهنجاری در کروموزوم ۲۱ است. احتمال بروز این اختلال یک در هر ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ تولد است (نوریزان و شمس‌الدین، ۲۰۱۰). اضطراب، استرس و افسردگی علائم شایعی هستند که توسط این والدین گزارش می‌شوند (کاراساوویدیس و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

همکاران، ۲۰۱۱). والدین کودکان ناتوان نسبت به والدین کودکان سالم کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (داون مونتگومری، ۲۰۱۵). هم‌چنین والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی نگرش‌های ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجانی منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (حیدری و همکاران، ۱۳۹۵). با توجه به این‌که مادران مراقبان اصلی کودکان خود هستند پریشانی روان‌شناختی بیشتری نسبت به سایر اعضای خانواده نشان می‌دهند (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۳). از سویی، مادران کودکان با ناتوانی ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی استرس بیشتری را در قبال شرایط و مسئولیت‌های مداومی که این کودکان به لحاظ روانی، هیجانی و اجتماعی برای آن‌ها دارند، متحمل می‌شوند (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۳؛ گودرزی و همکاران، ۱۳۹۶). یکی از مهم‌ترین منابع استرس تجربه‌شده توسط والدین این کودکان، دائمی بودن شرایط آن‌ها است (شارلی، ۱۹۹۷). استرس بسیج نمودن طیف وسیعی از واکنش‌ها است که تقریباً هر سیستم فیزیولوژیکی را با دوره‌های زمانی متفاوت شامل می‌شود (پاچف و پاچف ۲۰۲۲). جریان اضطراب در خانواده با محرک‌های تنش‌زای "عمودی " و " افقی " ارتباط دارد. محرک‌های عمودی به الگوهای ارتباطی و کارکردی اشاره دارند که نسل به نسل منتقل می‌شوند، مثل نگرش‌های خانوادگی، محرک‌های تنش‌زای افقی، رویدادهای اضطراب-زا و فشارهای تحولی قابل پیش بینی و هم‌چنین رویدادهای آسیب‌زای غیرمنتظره (مانند بیماری مزمن و بدخیم یکی از اعضای خانواده) است (کارتر و مک‌گلدریک، ۱۹۸۸). مطالعات مختلفی بیان‌گر این واقعیت است که استرس عاملی اساسی در نقش والدینی به‌ویژه در میان جمعیت‌های بالینی است. استرس از لحاظ جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری تاثیرات مخربی بر انسان می‌گذارد. یکی از پیامدهای مخرب استرس، اختلال در کارکردهای اجتماعی است (باروسو و همکاران، ۲۰۱۶). می‌توان به تعاملات والد-کودک به عنوان یکی از مظاهر کارکردهای اجتماعی اشاره کرد، بنابراین استرس فرزند پروری تأثیر بسزایی در رفتار فرزند پروری والدین دارد. استرس فرزند پروری نوعی اضطراب و تنش افراطی است که به نقش والد و تعاملات والد-کودک وابسته است (آبیدین، ۱۹۹۵). پژوهش‌گران بر این باورند که تمامی والدین در ایفای نقش والدگری، سطحی از تنش و استرس (سطح بهنجار) را تجربه می‌کنند و تعدادی از آنان باور دارند که حتی میزان کمی از تنش و استرس می‌تواند سلامت روانی والدین و تعاملات والد-فرزند را دچار مخاطره کند و استرس بالای والدین می‌تواند زمینه را برای بروز مشکلات روانی فراهم کرده و توانایی ارتباط مؤثر با فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از عوامل کلیدی در سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد، توانایی برقراری روابط صمیمانه با دیگران است. در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به سندرم داون مشکلات ارتباطی وجود دارد (رایپر، ۲۰۰۷). حضور یک کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند موجب شود که مادران سبک‌های پاسخ‌دهی ناکارآمدی نسبت به این مشکل اتخاذ کنند، از جمله؛ این شیوه‌های پاسخ دهی می‌توان به دوری از موقعیت‌ها و نداشتن ارتباط با دیگران اشاره کرد (رافتری و همکاران، ۲۰۱۶). هنگام مواجه با مشکلات، عدم دلبستگی به دیگران سبب احساس تنهایی در افراد می‌شود (ایلماز و اورهان، ۲۰۱۰). براساس بسیاری از تعاریف، احساس تنهایی اساسا تجربه‌ای آزاردهنده با عواقب بالقوه جدی است که با مشکلات جسمی و روانشناختی در ارتباط است (دی‌توماسو و همکاران، ۲۰۰۴). دو دیدگاه عمده در ارتباط با احساس تنهایی وجود دارد که هرکدام محتوا و شکل متفاوتی را از این مفهوم ارائه داده‌اند (جوکار و سلیمی، ۱۳۹۰). برای مثال احساس تنهایی به صورت حالتی یکپارچه که نتیجه کاستی‌هایی در روابط مختلف است، در نظر گرفته می‌شود. به این معنی که دارای علتی واحد در شرایط مختلف بوده و تنها از نظر شدت متفاوت است (راسل و همکاران، ۱۹۸۰). در دیدگاه دوم، احساس تنهایی ماهیتی چند بعدی دارد که از لحاظ شدت،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

علل و عوامل متفاوت است (ویس، ۱۹۷۳؛ دی توماسو و اسپینر، ۱۹۹۷). برای تعیین ماهیت ابعاد احساس تنهایی، باید احساس تنهایی عاطفی را از احساس تنهایی اجتماعی متمایز کرد. بر این اساس احساس تنهایی عاطفی به معنی دلبستگی نابسنده به خانواده، دوستان و افراد نزدیک می-باشد. احساس تنهایی اجتماعی نیز ناشی از ناکافی بودن تعداد رفاقت‌ها و دوستی‌ها است (ویس، ۱۹۷۳).

بسیاری از خانواده‌های دارای کودک مبتلا به سندرم داون در مواجه با این چالش عملکرد بهتری نسبت به سایر والدین با مشکل مشابه دارند و به‌جای نگرش به این موضوع به عنوان یک بار غیر قابل‌تحمل، آن را فرصتی برای رشد قلمداد می‌کنند (گاث، ۱۹۸۵). بنابراین با توجه به این مسئله که تولد یک کودک مبتلا به سندرم داون خانواده را با بحران مواجه می‌کند، اما همه خانواده‌ها به یک اندازه از این آسیب دچار بحران نمی‌شوند. میزان تأثیر این آسیب بر خانواده و به‌ویژه مادر به عوامل متفاوتی از جمله نوع و شدت ناتوانی، جنسیت کودک، ویژگی‌های شخصیتی افراد درگیر، میزان حمایت‌های در دسترس و ارزیابی آنان از مسئله و منابعی که برای مواجه با این مسئله در دسترس دارند، بستگی دارد (جدیدی‌فیقان و همکاران، ۱۳۹۴). خانواده-هایی که توانایی مقابله با استرس و نیز توانایی انطباق و تغییر را دارند و کارکرد مناسب خود را در مقابل این بحران-ها حفظ می‌کنند، خانواده‌های قدرت‌مندی هستند (بیورز و همپسن،۱۹۹۰). سیاهه عوامل محافظ خانواده به عنوان یک مفهوم کوتاه برای ارزیابی انعطاف‌پذیری خانوادگی در برابر عوامل استرس‌زا طراحی شده است. "محافظ" بر اعضای خانواده‌ای که سطوح بالاتری از عوامل محافظتی (و سطوح پایین‌تر استرس‌زاها) را در خانواده خود تجربه می-کنند و کمتر تحت تأثیر عوامل تنش‌زا قرار می‌گیرند و توانایی بیشتری برای انطباق در هنگام تعامل با چالش‌ها دارند، دلالت می‌کند. این تعریف به سازه تاب‌آوری خانواده بسیار نزدیک است (والش، ۱۹۹۶). در حوزه تاب‌آوری خانواده، ابتدا مدل تاب‌آوری استرس، سازگاری و انطباق خانواده مطرح شد که مدل انطباق خانواده (عوامل محافظ خانواده) به طور مستقیم از آن استخراج شد (غفاری، ۱۳۹۵). سازگاری خانواده با شرایط چالش برانگیز را تاب-آوری خانواده می‌گویند (هیوبر و همکاران، ۲۰۱۰). مدل انطباق خانواده (دراموند و همکاران، ۲۰۰۲) به طور مستقیم از مدل مک کابین[1](۲۰۰۱) استخراج شده است که صرفاً بر اساس فرآیندهای انطباق به جای تمرکز بر هر دو دسته فرآیندهای آسیب-پذیری و انطباق قرار دارد. ارزیابی‌ها و راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی نمایان‌گر فرآیندهای محافظتی خانواده هستند که برای پیش‌بینی انطباق خانواده در تعامل با عوامل استرس‌زا قرار دارند (دراموند، ۲۰۰۲). سیاهه عوامل محافظ خانواده[2] (IFPF) بر مبنای مدل انطباق خانواده به عنوان یک ابزار مختصر برای ارزیابی ادراک اعضای خانواده از عوامل استرس‌زا و محافظ که در محیط خانوادگی فرد وجود داشته و شیوه انطباقی را پیش‌بینی کرده، ساخته شده است. واژه توصیف کننده "محافظ" در این‌جا به اعضای خانواده‌ای اشاره دارد که سطوح بالاتری از عوامل محافظ را در محیط خانواده خود تجربه کرده و کمتر تحت تأثیر عوامل آسیب رسان قرار می‌گیرند. هم‌چنین در زمان مواجهه با عوامل استرس-زا، می‌توانند سازگارانه رفتار نموده و به موجب آن به احتمال بیشتری فرایند انطباق مناسب را نشان می‌دهند (ماستن و رید، ۲۰۰۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[3] برای طیف گسترده‌ای از مشکلات روانشناختی و مشکلات بین‌فردی به کار می‌رود و هدف آن تقویت انعطاف پذیری روانشناختی و سازگاری عملکردهای بین‌فردی (هیز و همکاران ۲۰۱۱؛ رویز، ۲۰۱۰)، و کمک به افراد در راستای ایجاد یک زندگی معنادار، غنی و پذیرش درد و رنج زندگی است (هیز و همکاران؛ ۲۰۱۳). مفهوم مرکزی اکت،

[1] McCubbin
[2] Inventory of Family Protective Factors
[3] Acceptance and commitment therapy (ACT)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

انعطاف‌پذیری روانشناختی است که از طریق توانایی بودن در زمان حال، رفتار متعهدانه، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و انجام رفتارهایی در خدمت اهداف و ارزش‌های شخصی است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز و لیلیس، ۲۰۱۲؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل شش فرآیند مرکزی « لحظه حال، گسلش شناختی، پذیرش، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه » است (سیاروچی و گادسل، ۲۰۰۶). انعطاف‌پذیری روان-شناختی از طریق تعامل بین این شش فرآیند مرکزی ایجاد می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). عمل ارزش‌مدار و تعامل با موضوعات دارای اهمیت برای فرد منجر به کاهش درد و رنج می‌گردد (ورسبی و همکاران، ۲۰۱۷). تأکید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر توانمندسازی افراد می‌باشد تا بتوانند بر تجربه‌های ارزنده زندگی فایق آیند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین هدف کمک به مراجعان است تا علی‌رغم وجود برخی چالش‌ها و بحران‌ها از جمله داشتن کودکی مبتلا به سندرم داون در خانواده، با انجام اقدامات سازنده برای خود زندگی غنی، کامل و پرمعنا درست کنند. این درمان به مادران کمک می‌کند تا به تغییر کارکرد افکار و احساسات به‌جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی بپردازد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). درمان اکت با ارتقاء شفقت به خود (مفهومی که برخلاف قضاوت و انتقاد فرد از افکار و احساساتش است) به عنوان یک رکن اصلی موجب کاهش واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های غیر منطقی و در نهایت نیز موجب تجربه افکار و احساسات همان‌گونه که اتفاق می-افتد، می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). درمان اکت به افراد می‌آموزد که احساسات را فقط احساسات، افکار را فقط افکار، علائم بدنی را فقط علائم بدنی و خاطرات را فقط خاطرات در نظر بگیرند. این رویدادهای درونی تجربه شده ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند و زمانی که این تجربیات ناسالم و بد تلقی شوند که موجب کنترل و اجتناب شده و باعث آسیب‌زایی می‌گردند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). درمان مبتنی‌بر پذیرش وتعهد با کمک به افراد جهت پذیرش و تعهد به‌جای اجتناب از افکار منفی و آگاهی از افکار سبب ارتقاء سازگاری فرد و کاهش احساس تنهایی می‌گردد (نجاری و همکاران، ۱۳۹۶). برخی از پژوهش‌گران باور دارند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد به علت سازوکارهای آن می‌تواند علاوه بر کاهش علائم استرس در والدین، سلامت روانی آن‌ها و کیفیت رابطه والد- فرزند را ارتقاء دهد (مورل و اسچربات، ۲۰۱۱). همچنین می‌توان گفت که صلاحیت والدین با پذیرش واقعیت موجود از وضعیت فرزندان در ارتباط است (آجیلچی و همکاران، ۱۳۹۰). درمان اکت از طریق تکنیک‌هایی از جمله گسلش شناختی والدین را قادر می‌سازد که مشکلات ارتباطی با همسر و فرزندان را بهتر حل کنند. لذا این امر سبب کاهش استرس و افزایش تجارب خوشایند والدگری می‌شود (گریکو و همکاران، ۲۰۰۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارتقاء آگاهی والدین نسبت به کودک و تجربه زمان حال، آن‌ها را قادر می‌سازد تا تنظیم هیجان و عاطفه بیشتری نشان دهند و از افکار و رفتارهای خود آگاهی بیشتری داشته باشند. این امر موجب کاهش حساسیت بیش از اندازه نسبت به رفتارهای کودک و عدم طرد وی می‌شود و در نهایت احساس استرس والدینی را کاهش می‌دهد (ویدنیک و همکاران، ۲۰۱۴). هم سو با این نتایج نشان داده شده است که اکت یک درمان مناسب جهت کاهش استرس فرزندپروری است (پترسون و ایفرت، ۲۰۱۱). نتایج پژوهشی دیگر حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس والدگری بوده (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵) و اثربخشی معنادار درمان اکت بر کیفیت زندگی، سازگاری و افزایش پذیرش مادران دارای فرزند بیمار نشان داده شده است (ماسودا و همکاران، ۲۰۱۱). هم‌چنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به کم‌توان ذهنی و تنظیم هیجانی آن‌ها مؤثر واقع شده (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۶) و اثربخشی درمان اکت بر تحمل ناکامی مادران دانش آموزان کم‌توان ذهنی نیز تأیید شده است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۵). تولد و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

حضور کودک کم‌توان ذهنی برای خانوده رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی می‌شود که می‌تواند خانواده را دچار تنیدگی، سرخوردگی و ناامیدی کند (هستینگز، ۲۰۰۲؛ خمیس، ۲۰۰۷). با توجه شیوع بالای پریشانی‌های روان-شناختی در مادران این کودکان به عنوان مراقبان اصلی، پیامدهای مخرب این پریشانی‌ها بر عملکرد فردی و خانوادگی آن‌ها و محدود بودن پژوهش‌ها در این زمینه، به نظر می‌رسد ارائه خدمات روان‌شناختی در بهبود سلامت روان این مادران ضروری است. با توجه به مطالب ذکر شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس والدگری و احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی اثربخش است. لذا انجام چنین پژوهشی ضرورت می‌یابد تا اثربخشی این درمان بر مادران دارای کودک مبتلا به سندرم‌داون بررسی شود. استفاده از نتیجه این پژوهش و یافتن اثربخشی درمان مذکور بر روی جامعه مورد نظر می‌تواند به متخصصان حوزه سلامت روان کمک کند تا این درمان را بر عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس فرزندپروری به‌کار برند. باتوجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر درپی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس فرزندپروری در مادران کودکان مبتلا به سندرم داون مؤثر است؟

روش:

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با رویکرد کاربردی و با طرح پیش آزمون _ پس آزمون و پیگیری (یک ماهه) با گروه کنترل بود. همچنین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس فرزندپروری در مادران کودکان مبتلا به سندرم داون بود. در این پژوهش مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان متغیر مستقل و عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس فرزندپروری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها از گروه آزمایش و گروه گواه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش در جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب هشت جلسه و به صورت گروهی شرکت کردند اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند و پیگیری با فاصله یک ماه انجام شد. همچنین پروپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق بررسی شد و پس از اعمال اصلاحات لازم مورد تصویب قرار گرفت.

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری:

مشارکت کنندگان ۳۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به سندرم داون مراجعه کننده به سازمان بهزیستی شهر سنندج در نیمه اول سال ۱۳۹۷ بودند، این شرکت‌کنندگان در ابتدا به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شده، سپس به صورت تصادفی در ۲گروه: گروه آزمایش (۱۵ نفر) وگروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل به مشارکت در پژوهش، دارا بودن کودکان مبتلا به سندرم داون، عدم‌دریافت درمان روان‌شناختی هم زمان، امکان ایاب و ذهاب و سطح تحصیلات حداقل متوسطه بود. ملاک‌های خروج شامل: نداشتن مشکلات بینایی و شنوایی در کودکان مبتلا به سندرم داون و سابقه بیماری روانپزشکی در مادران این کودکان بود.

ابزار اندازه‌گیری:

الف) پرسش نامه عوامل محافظ خانواده[1](IFPF):

این مقیاس در قالب ۱۶گویه براساس مدل انطباق‌خانواده، عوامل محافظ خانواده را در چهار زیر مقیاس (استرس‌زاهای کمتر[2]، ارزیابی انطباقی[3]، حمایت اجتماعی[4] و تجارب جبرانی[5]) می‌سنجد و بر اساس سیاهه‌ی چهار عاملی عوامل

[1] Inventory of Family Protective Factors
[2] fewer stressors
[3] adaptive appraisal
[4] social support
[5] compensating experiences

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

محافظ باروث[1](BPFI) که ابزاری برای سنجش تاب‌آوری در سطح فردی می‌باشد، ساخته شده است (گاردنر و همکاران، ۲۰۰۸). پاسخ گویی سوالات بر اساس مقیاس لیکرت در پنج سطح (اکثر مواقع شبیه به خانواده من) تا (به هیچ وجه شبیه به خانواده من) قرار دارد. در نمونه‌های دانشجویی، ضرایب آلفای کرونباخ[2]را برای نمره کل IFPF، از ۰/۷۷ تا ۰/۸۷، برای زیر مقیاس‌های استرس‌زاهای کمتر (۰/۴۳ تا ۰/۵۳)، ارزیابی انطباقی (۰/۶۴ تا ۰/۸۴)، حمایت اجتماعی (۰/۸۱ تا ۰/۹۲) و تجارب جبرانی (۰/۶۸ تا ۰/۷۸) و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ گزارش شده است (غفاری، ۱۳۹۵).

ب)پرسش نامه احساس تنهایی عاطفی – اجتماعی بزرگسالان[3] فرم کوتاه (SELSA-S):

این زیر مقیاس شامل ۱۵گویه و سه زیر مقیاس احساس تنهایی رمانتیک (پنج گویه)، خانوادگی (پنج گویه) و اجتماعی (پنج گویه) است و احساس تنهایی عاطفی از مجموع نمرات زیرمقیاس‌های رمانتیک و خانوادگی به‌دست می‌آید. در مقابل هر گویه طیف ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار دارد. مؤلفان این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که از همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد (دی توماسو، برانن و بست، ۲۰۰۴). ساختار عاملی این مقیاس در جامعه ایرانی بررسی شده و مقدار آلفای کرونباخ برای ابعاد رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ بود (جوکار و سلیمی، ۱۳۹۰).

ج) پرسش نامه استرس فرزندپروری- فرم کوتاه[4] (PSI-SF):

این مقیاس یک ابزار ۳۶ سوالی خودگزارش‌دهی است که برای اندازه‌گیری استرس در موقعیت رابطه بین کودک-والدین و شناسایی منابع استرس روان‌شناختی آن‌ها طراحی شده است (آبدین، ۱۹۹۵). منابع عمده استرس یعنی ویژگی‌های کودک و مراقب کودک شامل تجارب استرس-زای موقعیتی زندگی به واسطه این ابزار اندازه‌گیری می-شود. شاخص استرس فرزندپروری شامل پاسخ‌های دفاعی نیز است که برای مشخص کردن منابع استرس گزارش نشده توسط والدین طراحی شده‌است. این مقیاس در مطالعات مختلف از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار بوده است (آبدین، ۱۹۹۵؛ ریتمن و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران نیز هنجاریابی شده‌است و مقدار آلفای کرونباخ حاکی از آن بود که میزان اعتبار نمره کل استرس والدین و هر یک از زیر مقیاس‌های آشفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد - کودک و ویژگی‌های کودک مشکل آفرین برای کل گروه هنجاری به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ است (فدایی و همکاران، ۱۳۸۹). مادران کودکان پسر به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۰، ۰/۷۳ و ۰/۷۸ و برای مادران کودکان دختر به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ به دست آمد. ضریب اعتبار بازآزمایی در طول ۱۸ روز بعد از اجرای اول، برابر با ۰/۷۵ برای نمره کل استرس والدین، ۰/۸۲ برای زیرمقیاس آشفتگی والدین، ۰/۷۳ برای زیر مقیاس تعامل ناکارآمد والد -کودک و ۰/۷۱ برای زیر مقیاس ویژگی‌های کودک مشکل آفرین بود.

روش تجزیه و تحلیل:

با توجه به این‌که داده‌ها در طول سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) جمع‌آوری شدند و دو گروه (آزمایش و گواه) وجود داشت، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس مختلط با یک عامل درون-گروهی یا سه سطح (زمان یا مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) یک عامل بین‌گروهی یا دو سطح (گروه آزمایش و گواه) استفاده شد.

شیوه مداخله:

جلسات مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس الگوی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد راس هریس استفاده شد (هریس، راس، ۱۹۶۲).

[1] Baruth Protective Factors Inventory
[2] Cronbach
[3] Social and Emotional Loneliness Scale for Adults
[4] Parenting Stress Index- Short Form

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول۱: خلاصه شرح جلسات مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر پروتکل هریس (۱۹۶۲)

شماره جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	اهداف آموزش ACT	توضیحات کلی در مورد سندرم داون و سبک‌های والدینی، دانش در مورد ارزش‌های مادران در رابطه با خود و کودکانشان	مطالعه در مورد سندرم داون و سبک فرزند پروری
دوم و سوم	آشنایی با اصول و ویژگی‌های مهارت‌های ذهن‌آگاهی	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربی، آموزش روش‌هایی برای تمرین ذهن‌آگاهی	انجام تمرین‌های ذهن آگاهی آموخته شده
چهارم	آموزش مهارت گسلش	انجام تکنیک‌های گسلش در قالب مشارکتی، کسب مهارت‌های مناسب در این زمینه	انجام تمرین گسلش شناختی در موقعیت‌های مختلف
پنجم	آموزش انجام تکنیک‌های عملی	آموزش انجام تکنیک‌های عملی با استفاده از ماتریکس رفتار، آموزش ردیابی ارزش‌های زندگی خود به مادران	یادداشت نمودن ارزش‌های والدینی
ششم و هفتم	آشکارسازی ارزش‌های والدین	پذیرش و عمل متعهدانه، تکمیل جداول ارزش‌ها و اهداف زندگی‌شان	انجام تمرین‌های عامدانه مرتبط با ارزش‌های والدین
هشتم	توسعه مهارت‌ها و انتقال آن به دنیای بیرون	آموزش تمرینات مربوط به ارتقاء مراقبت از خود (شامل شفقت و دلسوزی با خود و تمرین گسلش)، بحث در مورد موانع بالقوه موجود در راه اهداف	انجام تکلیف‌های آموخته شده با تأکید بر شفقت

یافته‌ها: میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۴۰ سال، همچنین میانگین تعداد فرزندان در مشارکت‌کنندگان ۲ فرزند و به طور متوسط دارای تحصیلات فوق دیپلم بودند.

جدول۲: میانگین و انحراف استاندارد عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس فرزند پروری به تفکیک گروه در سه مرحله

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

متغیرها		مراحل	گروه گواه		گروه آزمایش	
			میانگین	انحراف‌استاندارد	میانگین	انحراف‌استاندارد
عوامل محافظ خانواده	استرس‌زاهای کمتر	پیش‌آزمون	۱۲/۳۳	۲/۷۷	۱۱/۵۰	۳/۳۶
		پس‌آزمون	۱۲/۱۶	۲/۴۴	۱۵/۸۵	۱/۷۰
		پیگیری	۱۲/۳۳	۲/۷۷	۱۵/۰۷	۱/۴۹
	ارزیابی انطباقی	پیش‌آزمون	۱۵/۴۱	۲/۸۱	۱۵/۷۱	۳/۲۲
		پس‌آزمون	۱۴	۳/۱۶	۱۸	۱/۴۶
		پیگیری	۱۴/۰۸	۲/۵۷	۱۸	۱/۱۷
	حمایت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۴/۵۰	۳/۷۰	۱۴/۷۸	۵/۰۴
		پس‌آزمون	۱۳/۴۱	۳/۴۲	۱۸/۲۱	۱/۴۷
		پیگیری	۱۳/۷۵	۳/۴۴	۱۷/۴۲	۱/۶۹
	تجارب جبرانی	پیش‌آزمون	۱۴/۷۸	۴/۱۰	۱۴/۸۵	۴/۷۲
		پس‌آزمون	۱۴/۳۳	۳/۵۷	۱۶/۹۲	۲/۲۶
		پیگیری	۱۳/۲۵	۳/۲۲	۱۶/۸۵	۱/۸۳
احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی	احساس تنهایی رمانتیک	پیش‌آزمون	۱۶/۵۸	۲/۸۷	۱۶/۸۵	۳/۳۹
		پس‌آزمون	۱۶/۷۵	۲/۰۰۵	۱۳/۶۴	۲/۳۷
		پیگیری	۱۷/۳۳	۱/۵۵	۱۳/۳۵	۲/۴۹
	احساس تنهایی خانوادگی	پیش‌آزمون	۲۰/۰۸	۲/۰۶	۱۹/۲۸	۲/۸۹
		پس‌آزمون	۲۰/۵۰	۲/۴۶	۱۶/۲۱	۱/۹۶
		پیگیری	۲۰/۰۸	۲/۰۶	۱۶/۲۱	۱/۹۶
	احساس تنهایی اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۰/۳۳	۲/۰۵	۲۱/۱۴	۱/۹۱
		پس‌آزمون	۱۹/۶۶	۲/۷۰	۱۷/۲۸	۲/۲۶
		پیگیری	۲۰/۳۳	۲/۰۵	۱۷/۵۰	۲/۲۴
استرس والدگری	آشفتگی والدین	پیش‌آزمون	۳۴/۶۶	۸/۶۲	۳۴	۱۱/۰۱
		پس‌آزمون	۳۳/۱۶	۷/۳۰	۲۱/۲۶	۷/۷۷
		پیگیری	۳۴/۷۵	۸/۸۰	۲۷/۱۴	۶/۴۵
	تعامل ناکارآمد والد-کودک	پیش‌آزمون	۳۱/۲۵	۶/۰۱	۲۸/۳۵	۷/۰۶
		پس‌آزمون	۳۱/۸۳	۷/۵۷	۲۱/۷۸	۵/۶۳
		پیگیری	۳۱/۴۱	۶/۲۱	۲۲/۳۵	۴/۱۴
	کودک مشکل آفرین	پیش‌آزمون	۳۲/۳۳	۸/۵۷	۳۲/۵۰	۸/۶۸
		پس‌آزمون	۳۲/۰۸	۷/۳۶	۲۶/۵۰	۷/۶۵
		پیگیری	۳۲/۳۳	۸/۵۹	۲۷/۷۸	۷/۲۰

میانگین و انحراف استاندارد شرکت کننده‌ها در مراحل پیش آزمون پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

جدول۳: آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره عامل‌های درون گروهی و بین گروهی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

متغیرها	منشاء تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
عوامل محافظ خانواده	بین‌گروهی	۱۴۸۱/۴۴	۹/۹۵	۱	۲۴	۰/۰۰۴	۰/۲۹	۰/۸۵
	درون‌گروهی	۰/۶۷	۵/۴۴	۲	۲۳	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۷۹
	تعامل	۰/۴۰	۱۷/۲۷	۲	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۶۰	۰/۹۹
احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی	بین‌گروهی	۸۷۵/۹۵	۱۸/۲۴	۱	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۰/۹۸
	درون‌گروهی	۲۹۱/۹۸	۱۸/۲۴	۱	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۰/۹۸
	تعامل	۰/۴۰	۱۶/۹۸	۲	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۰/۹۹
استرس فرزندپروری	بین‌گروهی	۴۷۹۶/۴۸	۵/۲۹	۱	۲۴	۰/۰۳۰	۰/۱۸	۰/۵۹
	درون‌گروهی	۰/۳۰	۲۶/۸۲	۲	۲۳	۰/۰۰	۰/۷۰	۱/۰۰
	تعامل	۰/۳۳	۸/۹۳	۲	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۶۶	۱/۰۰

نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره عامل‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی و همسانی شیب رگرسیون در تعامل عامل درون‌گروهی با بین‌گروهی را نشان می‌دهد. از آنجا که اثر تعاملی معنی‌دار است، لذا تحلیل به تفکیک گروه‌ها و با محوریت عامل تعاملی صورت می‌پذیرد.

جدول۴: نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره درون‌گروهی

متغیرها	منشاء تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
عوامل محافظ خانواده	کنترل	۰/۸۸	۰/۷۰	۲	۱۲	۰/۵۲	۰/۱۱	۰/۱۳
	آزمایش	۰/۱۵	۳۱/۹۱	۲	۱۲	۰/۰۰	۰/۸۴	۱/۰۰
احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی	کنترل	۰/۸۵	۰/۸۴	۲	۱۲	۰/۴۵	۰/۱۴	۰/۱۵
	آزمایش	۰/۲۳	۱۹/۵۸	۲	۱۲	۰/۰۰۰	۰/۷۶	۰/۹۹
استرس فرزندپروری	کنترل	۰/۸۷	۰/۷۲	۲	۱۲	۰/۵۱	۰/۱۲	۰/۱۴
	آزمایش	۰/۱۵۲	۳۳/۴۷	۲	۱۲	۰/۰۰	۰/۸۴	۱/۰۰

نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره درون‌گروهی را نشان می‌دهد. بر این اساس سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم مقایسه شده‌اند و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده‌است. یافته‌ها در گروه آزمایش برای عوامل محافظ خانواده $\lambda=$ ۱ ، $F=$ ۳۱/۹۱ و $\eta2=$ ۰/۸۴، برای احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی $\lambda=$ /۹۹ ، $F=$ ۱۹/۵۸ و $\eta2=$ ۰/۷۶ و برای استرس فرزندپروری $\lambda=$ ۱، $F=$ ۳۳/۴۷ و $\eta2=$ ۰/۸۴ را نشان می دهد که همگی معنی‌دار هستند ($p<$ ۰/۰۵). مقادیر مذکور

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

در گروه کنترل برای هیچکدام از متغیرها معنی‌دار نیستند (p>۰/۰۵).

جدول۵: عوامل محافظ خانواده

متغیرها	مرحله(I)	مرحله(J)	مقایسه سه مرحله		
			تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	sig
استرس زاهای کمتر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۰۹	۰/۴۳	۰/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۷۸	۰/۴۳	۰/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۱	۰/۳۲	**۰/۷۴**
ارزیابی انطباقی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۴۷	۰/۵۰	۰/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۴	۰/۳۵	**۱/۰۰**
حمایت اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۱۷	۰/۶۷	۰/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۹۴	۰/۶۲	۰/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۲	۰/۳۳	**۰/۱۲**
تجارب جبرانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۶۶	۰/۵۸	**۰/۰۳**
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۸	۰/۶۵	**۰/۰۱**
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۷	۰/۴۵	**۰/۱۹**

جدول فوق (جدول ۵) مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در ابعاد عوامل محافظ خانواده را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که در همه ابعاد عوامل محافظ خانواده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌دار نشان می‌دهد در نتیجه روش مداخله در این ابعاد اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی مانده است.

جدول۶: احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی

متغیرها	مرحله(I)	مرحله(J)	مقایسه سه مرحله		
			تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	sig
تنهایی رمانتیک	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۵۲	۰/۶۰	۰/۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۳۷	۰/۶۲	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۴	۰/۴۸	۰/۳۷
تنهایی خانوادگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۹۵*	۰/۳۰	۰/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۵۳*	۰/۳۹	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۷	۰/۲۷	۰/۸۵
تنهایی اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۲۶*	۰/۴۲	۰/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۸۲*	۰/۳۸	۰/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۴	۰/۵۴	۰/۸۸

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول (شماره ۶) مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در ابعاد احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که در همه ابعاد عوامل احساس تنهایی عاطفی-جتماعی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌دار نشان می‌دهد در نتیجه روش مداخله در این ابعاد اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی مانده است.

جدول۷: استرس فرزندپروری

متغیرها	مرحله(I)	مرحله(J)	مقایسه سه مرحله		
			تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	sig
آشفتگی والدین	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۶۴*	۰/۸۱	۰/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۳۸*	۰/۹۱	۰/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۲۵	۰/۷۰	۰/۲۱
تعامل ناکارآمد والد-کودک	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۹۹*	۰/۷۱	۰/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۹۱*	۰/۶۸	۰/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۷	۰/۵۵	۰/۵۶
کودک مشکل آفرین	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۱۲	۰/۵۲۱	۰/۰۷
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۳۵	۰/۴۳۰	۰/۴۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۶	۰/۴۷	۰/۲۶

جدول (شماره ۷) مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در ابعاد استرس فرزند پروری را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که در ابعاد آشفتگی والدین و تعامل ناکارآمد والد-کودک در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش-آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌دار نشان می‌دهد اما در بعد کودک مشکل آفرین تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. در نتیجه روش مداخله در ابعاد آشفتگی والدین و تعامل ناکارآمد والد-کودک اثر بخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی‌مانده است هرچند در بعد کودک مشکل آفرین اثربخش نبوده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

حضور یک کودک کم‌توان‌ذهنی در خانواده رویدادی چالش‌زا و نامطلوب است که والدین، به‌خصوص مادران را به دلیل مسئولیت‌های مداومی که در قبال این کودکان دارند با فشار روانی و تنیدگی مواجه می‌کند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عوامل محافظ خانواده، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی و استرس بود. یافته‌های پژوهش در جدول ۷ نشان‌داد که مداخله درمانی اکت سبب بهبود آشفتگی والدین و تعامل ناکارآمد والدین با کودکان مبتلا به سندرم داون شده است. این یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی در مورد تأثیر اکت بر رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها و انعطاف پذیری

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

روان‌شناختی والدین هماهنگ است (پودار و همکاران، ۲۰۱۷). استرس فرزند پروری و بهبود عملکرد فرزند پروری (بلکدیج و هیز، ۲۰۰۸)، استرس فرزندپروری مادران، کاهش افکار خود آیند منفی و بهبود شاخص‌های مراقبت گری مثبت مادران (کاوالاسکی، ۲۰۱۲)، کاهش استرس، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی (مونتگومری، ۲۰۱۵)، انعطاف پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای (هیز، ۲۰۱۳) و رفتارهای ارزش مدارانه والدین هم‌خوانی دارد (گولد و همکاران، ۲۰۱۷). در تبیین نظری این یافته‌ها می‌توان گفت که مداخله گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و مفهوم اجتناب تجربه‌ای باعث تغییر رفتار و کاهش استرس فرزند پروری مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شده‌است. چنین آموزش‌هایی از طریق بهبود ادراک والدینی از تعامل مادر_فرزند، مشکلات ارتباطی و رفتارهای پرخاشگرانه حین تعامل با فرزند را کاهش می‌دهد (نیس، ۲۰۱۴). مسائل ویژه، ناتوانایی‌ها و هیجانات منفی که این کودکان با مشکلات خاص از خود نشان می‌دهند سبب می‌شود که توجه والدین بیشتر به رفتارهای منفی فرزندانشان معطوف شده و همین سوگیری در توجه به رفتارهای منفی سبب حساسیت بیشتر والدین و صبر و مهربانی کمتر آنان می-شود. درمان اکت با استفاده از مؤلفه ذهن‌آگاهی به والدین کمک می‌کند تا به جای سوگیری و تفسیر منفی رفتار کودک به نحوه تعامل با کودک توجه‌کنند و با شکستن چرخه افکار منفی، تعامل با فرزندانشان را ارتقاء بخشند و همین امر سبب کاهش علائم افسردگی و اضطراب در این والدین می‌شود. در واقع تکنیک تنفس ذهن آگاهانه در شرایط استرس‌زا، والدین را قادر می‌سازد که در مورد چگونگی پاسخ‌دهی خود کارآمدتر عمل‌کنند و از میان روش‌های مختلف پاسخ‌دهی دست به انتخاب آگاهانه بزنند. همین امر سبب کاهش استرس فرزندپروری در ابعاد آشفتگی والدین و تعامل ناکارآمد والد-کودک شده‌است. لذا والدین احساس توانایی بیشتری در مراقبت شایسته از فرزندانشان داشتند و میزان تنیدگی در روابط والد-کودک کاهش‌یافته و فرزند پروری کارآمد در آنان افزایش یافته بود (بوگلز و همکاران، ۲۰۱۰). هم‌چنین یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که آموزش‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمامی ابعاد احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی مؤثر است. در عامل احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی متغیرهای تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی تغییرات معنی‌داری را در پس آزمون نشان دادند و این بدان معنا بود که احساس تنهایی مادران در هر سه متغیر کاهش یافته بود.

نتایج پژوهش حاضر با دیگریافته‌ها (فتح‌الله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵) مبنی بر اثر بخشی گروهی آموزش‌درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری روان‌شناختی (نجاری و همکاران، ۱۳۹۶)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد بر معنای زندگی و احساس تنهایی نوجوانان (منشأتی و جوانبخت، ۱۳۹۵)، اثر بخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر الگوی رفتاری تیپ A، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان (سلگی و عطایی مغانلو، ۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی درمان اکت بر احساس تنهایی هم‌سو است. اما پژوهشی که کاربرد این رویکرد بر احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در مادران کودکان مبتلا به سندرم داون انجام شود، به دست نیامد. در تببین یافته-های پژوهش می‌توان گفت صمیمت بین‌فردی یکی از تمایلات انسان است که از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هر انسانی در صورت عدم دست یابی به این خواسته مورد تهدید قرار می‌گیرد. انسان با نیاز به ارتباط و صمیمیت متولد می‌شود (ولن و همکاران، ۲۰۱۶). برخی از پژوهش-گران (هنریش و گالن، ۲۰۰۶) بر این باورند که هسته اصلی بیشتر اختلال‌های عاطفی، احساس انزوا و تنهایی است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به کاهش احساس تنهایی در مادران می‌شود. داشتن کودک

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

کم‌توان ذهنی و مسائل پیرامون آن می‌تواند علتی برای سبک‌های پاسخ‌دهی ناکارآمد مادران این کودکان در رابطه با مشکلات آنان باشد. سبک پاسخ‌دهی ناکارآمد مادران و تمرکز بر مشکلات و دوری از موقعیت‌ها، عدم ارتباط با دیگران، نداشتن شادی وتفریح هرچند باعث اجتناب تجربه‌ای و کاهش اضطراب مادر به صورت موقت می‌شود، اما از سوی دیگر تکرار این رفتارها در طولانی مدت باعث محدودیت رفتار مادر و نگرانی و اضطراب او خواهد شد و همچنین عدم توجه آگاهی سبب ایجاد افکار و احساسات ناخوشایند و افزایش نگرش‌های ناکارآمد و عدم پذیرش مشکلات خواهد شد. همچنین تمرکز بر مشکل و ایجاد آمیختگی شناختی باعث مشخص نبودن ارزش‌های مادران در حیطه‌های ارتباط اجتماعی، رشد شخصی، سلامتی و فرزندپروری، و مانع رسیدن به آن‌ها خواهد شد (رافتری و همکاران ۲۰۱۶، به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۵). مداخله عمل ارزش‌مدار در درمان اکت به مادران کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را در زندگی دنبال کنند و انرژی خود را در مسیر تعالی و رسیدن به اهداف عالی خود صرف کنند (دیزنی و همکاران، ۲۰۱۲؛ هریس، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دست یابی به توسعه روابط بیرونی مادران که سبب کاهش احساس تنهایی می‌شود به آموزش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف پذیری و آموزش عمل ارزش‌مدار به مادران می‌پردازد تا با تغییر تجارب درونی و بهبود رابطه با خودشان به گسترش روابط بیرونی بپردازند (سلگی و مغانلو، ۱۳۹۶). یافته‌های پژوهش در جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عوامل محافظ‌خانواده در ابعاد استرس‌زاهای کمتر، ارزیابی انطباقی، حمایت اجتماعی و تجارب جبرانی مؤثر است. مادران در گروه آزمایش تجارب جبرانی سازگارانه‌تری نیز نسبت به پیش‌آزمون گزارش کردند که این تجارب به ایجاد احساس معنا و کنترل روی حوادث زندگی اشاره دارد. در تجارب جبرانی احساس تسلط خانواده به عنوان یک منبع روان‌شناختی مقابله راهی برای کاهش پریشانی هیجانی خواهد بود (کانگر و کانگر، ۲۰۰۲). به طور کلی عامل محافظ خانواده می‌تواند درتعامل با متغیر استرس‌زاهای کمتر در انطباق خانواده با شرایط بحرانی مؤثر باشد (دراموند و همکاران، ۲۰۰۲).

پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دیگر از جمله؛ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری (دهقانی، ۱۳۹۴)، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی (مصباح و همکاران، ۱۳۹۷) و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری (سعیدی فرد و همکاران، ۲۰۱۶)، مبنی بر مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش تاب آوری همسو است. در تبیین نظری این مساله این‌گونه می‌توان بیان نمود که افراد تاب‌آور نسبت به شرایط تنش‌زا تسلیم و منفعل نیستند و نگرش متفاوتی دارند؛ یعنی به شیوه مؤثری با شرایط مواجه شده و از آن اجتناب نمی‌کنند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). آموزش‌های ذهن‌آگاهی در روش اکت به افراد کمک می‌کند تا بدون قضاوت توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند و همین توجه سبب تعدیل احساس گناه، تقصیر و ناکامی می‌شود (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶). تمرین‌های ذهن آگاهی به مادران کمک کرد تا با افزایش انعطاف پذیری میزان تأثیر مشکلات را کمتر و تاب آوری را افزایش دهند. چرا که قسمت وسیعی از ادبیات علمی مربوط به ذهن آگاهی، آگاهی از هشیاری و توجه است که به میزان دانش فرد نسبت به خود اختصاص دارد، اگرچه ذهن آگاهی در برگیرنده توجه معطوف به خود است، ولی هدف از این توجه ایجاد چشم اندازی از رویدادهای ذهنی خود است که به فرد اجازه می‌دهد بدون این‌که این رویدادها را جزیی از خود بداند آن‌ها را مشاهده کند. توانایی نظارت بدون قضاوت رویدادهای بیرونی بر انعطاف پذیری و توانایی تحمل فشار روانی افراد می‌افزاید (کبیری نسب و عبداله‌زاده، ۱۳۹۶).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

در پایان با توجه به یافته‌های این پژوهش و دیگر پژوهش-های انجام شده می‌توان گفت که مداخله مبتنی بر رویکرد اکت می‌تواند به والدین دارای کودکان مبتلا به ناتوانی‌های شناختی و اختلالات عصبی رشدی کمک کند که واکنش-های سازگارانه‌تری با شرایط پیچیده فرزند پروری خود داشته باشند و موانع شناختی و هیجانی خود را شناخته و با روش مؤثرتری واکنش نشان دهند. هم چنین راه‌کارهای مسئله مدارتر و مبتنی بر ارزش را در تعاملات خود با فرزندان مبتلا به این اختلالات به کار گیرند.

محدودیت‌ها:

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن حجم نمونه حاضر به همکاری برای حضور در جلسات بود همچنین این پژوهش تنها با مشارکت مادران انجام شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد دیگر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به سندرم داون بررسی شود و پیشنهاد می-گردد این پژوهش با مشارکت پدران و یا هر دو والدین تکرار شود.

سپاسگزاری :

بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس خود را از مادران شرکت کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند. همچنین از سازمان بهزیستی شهرستان سنندج و کمیته اخلاق دانشگاه کردستان و کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاس‌گزاریم.

منابع

فارسی

۱. گودرزی، ف؛ سلطانی، ز؛ صدیق، م؛ همدمی، م؛ قاسمی جوبنه، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷(۱۳).

۲. حیدری، س؛ سجادیان، ا؛ حیدریان، ا. (۱۳۹۵). اثر بخشی گروهدرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روانشناختی و افکارخودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله-ی اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۲۰): ۴۹۱-۴۹۹.

۳. بیرامی، م؛ هاشمی، ت؛ بخشی‌پور، ع؛ محمودعلیلو، م؛ اقبالی، ع. (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت‌درمانی بر ذهن‌آگاهی، بر پریشانی روانشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۹(۳۳): ۴۳-۵۹.

۴. محمدی، ز؛ عابدی، م. ر؛ یوسفی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس والدگری مادران. *فصلنامه شخصیت و تفاوت های فردی*، ۵(۱۲): ۲۵-۴۲.

۵. جوکار، ب؛ سلیمی، ع. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۴): ۳۱۷-۳۱۱.

۶. جدیدی فیقان، م؛ صفری، س؛ فرامرزی، س؛ جمالی پا قلعه، س؛ جدیدی‌فیقان، س. (۱۳۹۴). مقایسهٔ اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی مادرانِ کودکان با نیازهای خاص و مادرانِ کودکان سالم.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۶(۲): ۴۳-۵۲.

۷. غفاری، م. (۱۳۹۵). ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی سیاهه عوامل محافظ خانواده در دانشجویان. *فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۱(۲): ۵۹-۷۳

۸. نجاری، ف؛ خدابخشی کولایی، ا؛ فلسفی‌نژاد، م. ر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری روان شناختی زنان مطلقه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۵(۳): ۶۸-۷۵.

۹. آجیلچی، ب؛ برجعلی، ا؛ جان بزرگی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری در کاهش تنیدگی مادران. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱(۴): ۱-۱۷.

۱۰. عباسی، ح؛ کریمی، ب؛ جعفری، د. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۶(۲۴): ۸۱-۱۰۸.

۱۱. غفاری، م. (۱۳۹۵). ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی سیاهه عوامل محافظ خانواده در دانشجویان. *فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۱(۲): ۵۹-۷۳

۱۲. فدایی، ز؛ دهقانی، م؛ طهماسیان، ک؛ فرهادی، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه - شاخص استرس فرزند پروری (PSI-SF) مادران کودکان عادی ۱۲-۷ سال. تحقیقات علوم رفتاری، ۸(۲): ۸۱-۹۱.

۱۳. هریس، راس. (۱۹۶۲). الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: ACT به زبان ساده. ترجمه انوشه امین‌زاده (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.

۱۴. فتح‌اله‌زاده، ن؛ سعیدی، ف؛ ایپچی‌حق، س؛ سعادتی، ن؛ رستمی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۲): ۸۹-۱۰۲

۱۵. منشئتی، غ. ر؛ جوانبخت، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی و احساس تنهایی نوجوانان مراکز شبه خانواده. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۴): ۳۲-۳۹.

۱۶. سلگی، ز؛ عطایی‌مغانلو، و. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر الگوی رفتاری تیپ A ، شادکامی و احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت. *پژوهش های روان شناسی اجتماعی*، ۷(۲۸): ۴۱-۵۴

۱۷. دهقانی، ه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری ، *اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی*، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران، انجمن توسعه و ترویج علوم وفنون بنیادین، تهران، ایران.

۱۸. مصباح، ا؛ حجت‌خواه، س. م؛ گل‌محمدیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۸(۲۹): ۸۵-۱۰۹.

۱۹. نریمانی، م؛ آقامحمدیان، ح. ر؛ رجبی، س. (۱۳۸۶). مقایسهٔ سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۹(۳۳-۳۴): ۱۵-۲۴.

۲۰. کبیری نسب، ی؛ عبداله‌زاده، ح. (۱۳۹۶). اثر آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، برانعطاف‌پذیری شناختی وتاب‌آوری سالمندان شهرستان بهشهر. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۹(۴): ۲۰-۲۷.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

References:

1. Norizan, A,. Shamsuddin, K. (2010). Predictors of parenting stress among Malaysian mothers of children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11): 992-1003. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01324.x
2. Karasavvidis, S., Avgerinou, C., Lianou, E., Priftis, D., Lianou, A., & Siamaga, E. (2011). Mental retardation and parenting stress, *International Journal of Caring Sciences*. 4(1): 21-28.
3. Montgomery, D. (2015). *The effects of Acceptance and Commitment Therapy on parents of children diagnosed with Autism*, PhD thesis, Walden University, Washington. DOI: 10.4103/2395-2296.158331.
4. Sharpley C. F., Bitsika V. & Efremidis B. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 1(22); 19–28.
5. Patchev, V. K., & Patchev, A. V. (2022). Experimental models of stress. Dialogues in clinical neuroscience.
6. Carter. E. A., & McGoldrick. M. (1988). Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds). The changing family life cycle: A framework for family therapy (2nd ed). New York: Allyn and Bacon.
7. Barroso, N., Hungerford, G., Garcia, D., Graziano, P., Bagner, D. (2016). Psychometric properties of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a high-risk sample of mothers and their infants. *Psychol Assess*, 28(10): 1331-1335. doi:10.1037/pas0000257.
8. Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index*. Florida: Psychological Assessment Resources.
9. Riper MV.(2007). Families of Children with Down Syndrome: Responding to “A Change in Plans” with Resilience. *Journal of Pediatric Nursing*. 22(2): 116–128
10. Raftery-Helmer, J. N., and Moore, P. S. (2016). The promise of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*. 5(1): 64-69.
11. Yilmaz M, Orhan F. (2010). High school student's educational usage of Internet and their learning approaches. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2(2): 2143-2150.
12. DiTommasso E, Brannen, C, Best L A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educ Psychol Meas*. 64(1): 99-119.
13. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. 39(3): 472-80.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

14. Weiss. R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
15. DiTommaso E, Spinner B. (1997). Social and emotional loneliness: A reexamination of Weiss' typology of loneliness. *Pers Indiv Diff*. 3(22): 127-134.
16. Gath, A. (1985). Parental reactions to loss and disappointment: The diagnosis of Down's syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 3(27): 392-400.
17. Beavers, W. R., & Hampson, R. B. (1990). *Successful families*. New York: Norton.
18. Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*. 35(3): 261-281.
19. Huber, C. H., Navarro, R. L., Womble, M. W., & Mumme, F. L. (2010). Family resilience and midlife marital satisfaction. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2(18): 136-145.
20. Drummond, J., Kysela, G. M., McDonald, L., & Query, B. (2002). The family adoption model: Examination of dimensions and relations. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(1): 29-46.
21. McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (2001). *Family Measures: Stress, Coping, and Resiliency. Inventories for Research and Practice*. Honolulu, Hawaii: Kamehameha Schools.
22. Snyder CR, Lopez SJ, editors. Handbook of positive psychology. Oxford university press; 2001 Dec 20.
23. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2011). *Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
24. Ruiz FJ. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 10(1): 125-62.
25. Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J.L.,And Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 44(2):180-196.
26. Hayes SC, Lillis J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
27. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 44(1): 1-25.
28. Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*. 81(5): 73-761.
29. Ciarrochi J, Godsell C. (2006). *Mindfulness-based emotional intelligence: Research and training*. In V. Druskat, F. Sala & G. mount (Eds.), *Linking Emotional Intelligence and Performance at Work: Current Research Evidence with Individuals and Groups* (pp. 21-52). Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
30. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., et al. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes**.** *Behav Res Ther*. 44(1): 1-25.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

31. Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hoyer, J., Wittchen, H-U., and Gloster, A. T. (2017).. Changes of valued behaviors and functioning during an acceptance and commitment therapy intervention, *Journal of Contextual Behavioral Science.* 1(6): 63–70.
32. Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*. 2(2):86-94.
33. Hayes SC, Strosahl KD. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. USA: Springer.
34. Murrell, A. J., & Scherbarth, A. (2011). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 7*(1), 15-22.
35. Greco, A., Blackledge, T., Coyne, W., & Ehrnreich, J. (2005). *Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example*. New York: Springer Science
36. Woidneck, M. R., Morrison, K. L., & Twohig, M.P. (2014). Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents. Behavior Modification. 38(4): 76-451.
37. Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cogn Behav Pract.* 18 (4): 577-587.
38. Masuda. A., Cohen. L. L., Wicksell. R. K., Kemani. M.K., Johnson. A. (2011). Acceptance and commitment therapy for pediatric sickle cell disease. *J Pediatr Psychol.* 36(4): 398-408.
39. Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual Developmental Disability*. 3(27): 149-160.
40. Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*. 64(4): 850-857.
41. Gardner, D. L., Huber, C. H., Steiner, R., Vazquez, L. A., & Savage, T. A. (2008). The development and validation of the inventory of family protective factors: a brief assessment for family counseling. *The Family Journal, 16(2):* 107-117.
42. Reitman, D., Currier, R. O., & Stickle, T. R. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a head start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 31(3): 384-392.
43. Poddar. S., Sinha. V. k., Mukherjee. U. (2017). Impact of Acceptance and Commitment Therapy on valuing behaviour of parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 3(3): DOI: 10.19080/PBSIJ.2017.03.555614
44. Blackledge. J., Hayes. S. (2008). Using Acceptance and Commitment Training in the support of parents of children diagnosed with Autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1): 1-18.
45. Kowalkowski. (2012). *The Impact of a Group – based Acceptance and Commitment Therapy Intervention on parents of children diagnosed with an Autism Spectrum Disorder*. Masters Theses and Doctoral Dissertaions.
46. Hahs, A. D. (2013). *A comparative analysis of acceptance and commitment therapy and a mindfulness-based therapy with parents of individuals diagnosed with*

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

autism spectrum disorder: Experiment 2 (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses. (UMI 3604355).

47. Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2017). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*. In Press, Corrected Proof, Available online 29 June 2017.
48. Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in IntellectualDisabilities*, 27(2): 174–186. doi: 10.1111/jar.12064. Epub 2013 Jul 1.
49. Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parentingin mental health care. *Mindfulness*, 1(2): 107–120.
50. Whelen S. M, Heather B, Michelle Feltz R, Whelen M. (2016). Loneliness among people with Spinal Cord Injury: Exploring the psychometric properties of the 3-item Loneliness Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(10): 1728-1734.
51. Henrich. L.M, Gullone E. (2006) The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical*
52. Disney. K. L., Weinstein. Y., Oltmanns. T. F. (2012). Personality disorder symptoms are differentially related to divorce frequency. *Journal of Family Psychology*, 26(6):959-965.
53. Harris. R. (2006). Embracing your demons: An overview of Aceeptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 21(4):2-8.
54. Conger. R. D., Conger. K. J. (2002). Resilience in Midwestern families: selected findings from the first decade of prospective, longitudinal study. *Journal of Marriage and Family*, 64(2): 361-373.
55. Saeedifard, T., Nazari, A. M., & Mohsenzadeh, F. (2016). Effect of acceptance and commitment therapy on the resiliency of mothers of children with learning disability, *Journal of Research & Health Social, Development & Health Promotion Research Center*, 6(2): 263- 271.
56. Connor. K.. M., Davidson. J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale *(CDRISC*). *Depression and Anxiety*, *18*(2): 76-82.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]