

Research Article

The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Psychological Hardiness and Parental Burnout Among Mothers with Autistic Children

Golnaz Ahghar Bazargan¹ & Ilnaz Sajjadian^{2*}

1. Ph.D. Student of General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Email: bazargangolnaz6@gmail.com

2. Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Abstract

Aim: This study aimed to investigate the effectiveness of emotion efficacy therapy on psychological hardiness and parental burnout in mothers with autistic children.

Method: The research utilized a semi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up approach. The statistical population included all mothers with autistic children who visited Dasthaye Mehrabani School (Darya) in Isfahan in 2022. Thirty mothers meeting the inclusion criteria were selected through purposive sampling and randomly assigned to either the intervention or control group, with 15 participants in each. Both groups completed the Psychological Hardiness Inventory (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982) and the Parental Burnout Assessment (Roskam, Brianda, & Mikolajczak, 2018) before and after the intervention, with a follow-up assessment 2 months later. The experimental group received emotion efficacy therapy in eight sessions lasting 2 hours each, while the control group received no intervention. Data analysis was conducted using MANCOVA.

Results: Emotion efficacy therapy demonstrated effectiveness in improving psychological hardiness and reducing parental burnout ($p < 0.05$). The positive effects observed were sustained during the follow-up stage ($p < 0.05$).

Conclusion: Emotion efficacy therapy appears to be a valuable intervention for enhancing psychological hardiness and decreasing parental burnout among mothers with autistic children.

Key words: Autism Spectrum Disorder, Emotion Efficacy Therapy, Parental Burnout, Psychological Hardiness

Citation: Ahghar Bazargan, G., & Sajjadian, I. (2023). The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Psychological Hardiness and Parental Burnout Among Mothers with Autistic Children. *Appl. Psychol*, 17 (4):81-104.

اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم

گلناز احقر بازرگان^۱ و ایلناز سجادیان^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. ایمیل: bazargangolnaz6@gmail.com
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: i.sajadian@khuif.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم بود.

روش: مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم مراجعه‌کننده به آموزشگاه دست‌های مهربانی (دریا) شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند. از میان آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به تصادف در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). هر دو گروه آزمودنی قبل و بعد از مداخله و ۲ ماه بعد، در مرحله پیگیری به ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی کوباسا، مدی و کاهن (۱۹۸۲) و پرسش‌نامه فرسودگی والدگری رزکام، بریندا و میکولاژاک (۲۰۱۸) پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه مداخله تحت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در ۸ جلسه ۲ ساعت قرار گرفتند، اما بر گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی والدگری اثربخش بوده و اثر این تغییر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: می‌توان از درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی جهت افزایش سرسختی روان‌شناختی و کاهش فرسودگی والدگری در مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، سرسختی روان‌شناختی، فرسودگی والدگری، مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم

استناد به این مقاله: احقر بازرگان، گلناز، و سجادیان، ایلناز. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۷ (۴): ۱۰۴-۸۱.

مقدمه

اختلال طیف اتیسم یک اختلال عصبی رشدی است که با نقص در تعامل اجتماعی و ارتباطات، و الگوهای محدود و تکراری در رفتار و علایق مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). نقص در ارتباطات اجتماعی با ارتباط چشمی ضعیف، ضعف در بیان و تشخیص احساسات، نقص در استفاده از رفتارهای غیرزبانی و عدم برقراری ارتباط مناسب با سن مشخص می‌شود (پرلاک، ۲۰۲۱). علاوه بر موارد گفته شده، واکنش شدید یا خفیف به محرک‌های حسی نیز در اختلال طیف اتیسم مشاهده می‌شود (احمدی کهجوق، فرهد، سورتجی و رصافیانی، ۱۳۸۹، به نقل از حسین‌آبادی، ۱۳۹۵). همچنین، والدین و متخصصین به طور مکرر مشاهده می‌کنند که کودکان اتیسم راه رفتن ناشیانه و تون عضلانی کاهش یافته، عدم تعادل و مهارت‌های دستی و هماهنگی را از خود نشان می‌دهند (داول، ماهون و ماستوفسکی، ۲۰۰۹). هر فرد مبتلا، نیمرخ منحصر به فردی از ضعف‌ها و توانمندی‌های شناختی، اجتماعی، زبانی و نیز تعدیل حسی را نشان می‌دهد (کاکاوانیس، هالاس و فارلی، ۲۰۱۲). از نظر علت‌شناسی، بیشتر دانشمندانی که روی اختلال طیف اتیسم پژوهش می‌کنند، بر این باورند که برای این اختلال یک علت مشخص نمی‌توان یافت، بلکه علل بسیاری برای اختلال طیف اتیسم وجود دارد (ویلی، ۲۰۱۲). شیوع جهانی اتیسم در یک مطالعه سیستماتیک در مناطق مختلف ۱۰۰ در ۱۰۰۰۰ کودک گزارش شد (زیدان و همکاران، ۲۰۲۲). در مطالعه‌ای در کودکان ایرانی ۹۵/۲ در ده هزار نفر گزارش شده است (صمدی و مک‌کانکی، ۲۰۱۵). اگر چه بسیاری از اختلال‌های تحولی، والدین را دچار غم و نگرانی می‌سازد؛ اما اختلال‌های طیف اتیسم به دلایل زیر ویژه است. نخست، بر خلاف بسیاری از ناتوانی‌های تحولی دیگر، اتیسم نشانه‌های ظاهری واضحی ندارد. دوم، از آنجایی که این اختلال با مشکلات تعامل اجتماعی از قبیل مشکل در شکل‌گیری دلبستگی و مشکل در ابراز احساسات مشخص می‌شود، والدین کودکان اتیسم اغلب واکنشی از جانب فرزند برای تقویت حس والدگری دریافت نمی‌کنند (بشیر، لون و احمد، ۲۰۱۴). در نتیجه، اختلال‌های طیف اتیسم از پیچیده‌ترین اختلال‌های تحولی است که کنار آمدن با آن برای خانواده‌ها بسیار دشوار است. در این بین برای مادران که نسبت به دیگر اعضای خانواده، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس محسوب می‌شود و بر سلامت روانی و سازگاری آن‌ها تأثیر می‌گذارد (کفاش‌پور مرنندی، خدابخشی کولایی، ۱۳۹۷).

مسئله سرسختی روان‌شناختی از متغیرهایی است که امروزه به آن در کنار آسیب‌شناسی روانی ناشی از استرس‌ورهای مختلف از جمله کودکان استثنایی توجه شده است. سرسختی روان‌شناختی مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که به‌عنوان منبع مقاومت در برابر فشارهای زندگی و استرس عمل می‌کند. پژوهش‌های هاجمدال، فریبرگ، استایلز، روزن‌وینگ، مارتینز (۲۰۰۶) نشان داد افرادی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، استرس کمتر و سلامت روانی و جسمانی بالاتری دارند. به‌علاوه، بروکس (۲۰۰۵) نشان داد که سرسختی با سلامت روانی و بدنی رابطه مثبت دارد و همانند یک منبع مقاوت درونی اثر منفی استرس را کم می‌کند و از بروز اختلال روانی و بدنی جلوگیری می‌کند. افراد سرسخت انعطاف‌پذیری بالایی دارند و به‌جای اتکا بر جنبه‌های ثابت زندگی بر انجام تغییرات و تطابق با شرایط تمرکز دارند (فیشر، متیو، پاول و دلفابرو، ۲۰۱۶). بنابراین، توجه به سازه سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم بسیار مهم است، زیرا بر توانایی آن‌ها برای سازگاری با حضور یک کودک ناتوان در خانواده بسیار تأثیرگذار است (نریمانی، فایضی، سوره، فلاحی، ۱۳۹۹).

به‌علاوه، فرسودگی والدگری هم از دیگر متغیرهایی می‌باشد که والدین دارای کودکان با مشکلات جدی پزشکی یا روانی با آن روبه‌رو می‌شوند. چرا که فرزندپروری و والدگری، فعالیتی پیچیده و استرس‌زا بوده و تحت تأثیر عوامل مختلف با خستگی و فرسایش روانی همراه است (دتردکارد، ۲۰۱۴). والدین فرسوده، تجربیاتی از خستگی، فشار روانی، اضطراب و افسردگی دارند (کاسویا، پولگار و تاکوچی، ۲۰۰۰) و آن‌قدر سرگرم مراقبت از دیگران‌اند که از سلامت معنوی و بدنی و عاطفی خود غافل می‌شوند. این تقاضاهای ناشی از مسئولیت‌های مراقبت بر عواطف و ذهن و جسم مراقبان فشار وارد می‌کند و سبب خستگی و احساس درماندگی و درنهایت فرسودگی می‌شود. فرسودگی در والدین اثر خاصی بر غفلت و رفتارهای خشونت‌آمیز آن‌ها در قبال کودکان دارد (میکولایچاک، بریاند، اولاس و رزکام، ۲۰۱۸).

باتوجه به تحقیق سلیمانی، شیری و خدایی (۱۳۹۹) مشخص شد که سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم پایین‌تر از مادران کودکان عادی است. همچنین در پژوهش نریمانی، فایضی، سوره و فلاحی (۱۳۹۹) مشخص شد که می‌توان در جهت بهبود سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم گام برداشت. از طرف دیگر، در پژوهش کوتوک، توفان و کیلیچاسلان (۲۰۲۱) بیان شد که میزان فرسودگی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم به طور قابل‌ملاحظه‌ای بالاتر از مادران دارای کودک عادی است. به‌علاوه، اوربانوویچ، شانکلند و رنس (۲۰۲۳) اظهار داشتند که فرسودگی والدگری قابل‌پیشگیری و کاهش است. همچنین، وجود کودکان اتیسم برای مادران که نسبت به افراد دیگر خانواده، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس محسوب

می‌شود و بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (هافمن، سوینی، هاج، و گنر و لونی، ۲۰۰۹). در نتیجه انجام مداخلات درمانی به‌منظور کاهش اثرات منفی در والدین این فرزندان به‌خصوص مادران از ضرورت و اهمیت بالایی برخوردار است.

یکی از روش‌های مداخله‌ای که احتمالاً می‌تواند بر کارآمدی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم و هیجان‌ناشناسی منفی اثرگذار باشد، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی است. این روش درمانی مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان شناختی رفتاری را با درمان مبتنی بر مواجهه یکپارچه می‌کند. فرضیه اساسی مداخله فرا تشخیصی این است که مراجعان دارای اختلالات هیجانی راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه را به کار می‌برند و تلاش می‌کنند تا از هیجان‌ناخوشایند اجتناب کنند و یا شدت آن را کاهش دهند که در نتیجه پیامد عکس و تداوم علائم را به بار می‌آورد (وین و آلدانو، ۲۰۱۴). در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، مهارت‌های مقابله‌ای اساسی رفتاردرمانی دیالکتیک با مؤلفه‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی و فرایندهای شفاف‌سازی ارزش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در بافت مواجهه هیجانی ترکیب می‌شوند (مک کی و وست، ۲۰۱۶). درمان جویان می‌آموزند که به‌جای تلاش برای کنترل پریشانی آن را بپذیرند و متعهد شوند که بر مبنای ارزش‌های خود رفتار کنند (هیز، استروسال، بنتینگ، توهمینگ و ویلسون، ۲۰۱۰). کارآمدی هیجانی به توانایی فرد برای تجربه‌کردن و پاسخگویی مؤثر به هیجان‌ها متناسب با بافت و همسو با ارزش‌ها گفته می‌شود. افرادی که دارای کارآمدی هیجانی بالایی هستند، می‌توانند به شکل اثربخشی احساسات و هیجان‌نا سازگار خود را تجربه و آن را از طریق یک فرایند مقابله سالم تنظیم کنند و در انتها ارزش‌های خود را مشخص و عملی سازند.

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مدلی بسیار مؤثر و نیرومند برای درمان مراجعان دارای اختلالات مرتبط با تنظیم هیجان همچون: افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی است (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). درباره درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و مؤلفه‌های اصلی و تشکیل‌دهنده آن، یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان‌های ذهن‌آگاهانه تاکنون پژوهش‌های مختلفی انجام شده و اثربخشی آن‌ها بر متغیرهای مختلف تأیید شده است. صنیعی‌منش، اسدپور و زهراکار (۱۴۰۱) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی تأیید کرده‌اند. در پژوهش‌های حیدریان و ضیابری (۱۳۹۶)، صادقی، عالی‌پور، پادروند (۱۳۹۹) اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تاب‌آوری و تحمل پریشانی تأیید شده است. همچنین ولیئی و امانی (۱۳۹۹)، عابدی‌زاده، کدخدا و رحیمی‌منش (۱۳۹۸) و اصغری، فرهادی، محمدی و یوسفی (۱۳۹۷) نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری، سخت‌رویی، نگرش والد

فرزند و تحمل مراقبتی مؤثر است. به علاوه در پژوهش امام جمعه زاده و منشئی (۱۴۰۱) تأیید شد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرسودگی والدگری اثربخش است. در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند این درمان بر طرح‌واره‌های هیجانی، نظام شناختی معیوب و تحمل پریشانی (ابراهیمی، شهابی زاده، اسماعیلی و آهی، ۱۴۰۰)، افسردگی و خودمراقبتی (عبدی سرکامی، میرزائیان و عباسی، ۱۳۹۹)، راهبردهای ناسازگار شناختی تنظیم هیجان (بیرامی، هاشمی نصرت‌آباد، اسماعیل پور و شیر، ۱۳۹۹) و آسیب‌پذیری روان‌شناختی (بیرامی، هاشمی نصرت‌آباد، اسماعیل پور و شیر، ۱۴۰۰) اثربخش بوده است. بر اساس اهمیت سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم و به منظور کاهش فرسودگی والدگری و با در نظر گرفتن کمبود پژوهش در این زمینه، دو فرضیه پژوهشی به این صورت تدوین گردید: ۱) درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم را افزایش می‌دهد. ۲) درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، فرسودگی والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم را کاهش می‌دهد.

روش پژوهش

حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی به روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بوده است. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم مراجعه‌کننده به آموزشگاه دست‌های مهربانی (دریا) تحت نظر آموزش و پرورش کودکان استثنایی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده، سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره مداخله و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود: حداقل تحصیلات سیکل، تمایل به شرکت در پژوهش، تکمیل پرسش‌نامه‌ها و شرکت در جلسات درمانی پژوهش به طور کامل، عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی هم‌زمان (که با مصاحبه بالینی بررسی شد)، نداشتن فرزند مبتلا به اختلال دیگری علاوه بر اختلال طیف اتیسم و عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی دیگری به طور هم‌زمان. ملاک‌های خروج: غیبت بیش از دو جلسه، شرکت‌کردن نامنظم در جلسات، همکاری نکردن با پژوهشگر. برخی از ملاحظات اخلاقی که در فرایند اجرای پژوهش رعایت گردید عبارت‌اند از تضمین محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان، تمایل آگاهانه برای حضور در پژوهش، پیش از شروع کار پژوهش برای افراد شرح داده شد. در ادامه از هر دو گروه مورد مطالعه، پیش‌آزمون گرفته شد و از آن‌ها خواسته شد تا پرسش‌نامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سؤالی را بدون جواب نگذارند. پس از آن، گروه مداخله تحت

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از آن در مرحله پس‌آزمون و در دو ماه پس از آن در مرحله پیگیری پرسش‌نامه‌ها مانند فرایند مرحله پیش‌آزمون در هر دو گروه به اجرا درآمدند. به‌منظور رعایت شرایط اخلاقی پژوهش گروه کنترل بعد از اتمام پیگیری درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را دریافت کردند. جهت تجزیه و تحلیل آماری از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۳ استفاده شد و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد.

ابزار پژوهش

۱- پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی

این پرسش‌نامه توسط کوباسا، مدی و کاهن (۱۹۸۲) ساخته شده است و از ۲۰ عبارت تشکیل شده که هر عبارت به صورت یک جمله عرضه شده است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این پرسش‌نامه به معنای سرسختی بالاتر است. پایایی این مقیاس به وسیله کوباسا و همکاران (۱۹۸۲) به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و توسط اسمعیل‌خانی، احدی، مظاهری، مهرابی‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) به صورت بازآزمایی برای شرکت‌کنندگان زن ۰/۸۵ و برای شرکت‌کنندگان مرد ۰/۸۴ اعلام شده است. پایایی به دست آمده با استفاده از آلفای کرونباخ در این پرسش‌نامه بالاتر از ۰/۷ است که نشان‌دهنده پایایی یا همسانی درونی بالای مقیاس به کاررفته در پژوهش است که از نظر آماری قابل قبول و مناسب است.

۲- پرسش‌نامه فرسودگی والدگری

این مقیاس اولین بار در ۲۳ گویه توسط رزکام، بریاندا و میکولاژاک (۲۰۱۸) ساخته شد که برای ارزیابی میزان خستگی و فرسودگی والدین ناشی از وظایف فرزندپروری در طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از صفر تا ۶ است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۳۸ قرار دارد. در صورتی که نمره کمتر از ۳۰ باشد، به معنای عدم فرسودگی والدگری است. نمرات نزدیک به صفر، نداشتن علائم فرسودگی و نمرات نزدیک به طیف انتهایی، فرسودگی شدید والدین را بیان می‌کند. پایایی و روایی مقیاس در مطالعه سازندگان آن در فرهنگ‌ها و در دو جنس پذیرفتنی گزارش شده است. در ایران هم پرسش‌نامه فرسودگی والدینی روی ۴۴۸ والدین ایرانی اجرا شد و ضرایب آلفای کرونباخ آن برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۲ محاسبه شده است. همچنین، روایی آزمون فرسودگی والدینی

با رضایت والدین و سلامت روانی به ترتیب ۰/۳۸ - ۰/۲۸ - گزارش شده است (موسوی، ۱۳۹۹). همچنین خانجانی، هاشمی و پاکروان (۱۴۰۰) ضریب همبستگی بازآزمایی را ۰/۹۹۷ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲۳ بدست آوردند؛ که نشان از اعتبار مناسب این پرسشنامه بود. پایایی به دست آمده با استفاده از آلفای کرونباخ در این پرسشنامه بالاتر از ۰/۷ است که نشان دهنده پایایی یا همسانی درونی بالای مقیاس به کاررفته در پژوهش است که از نظر آماری قابل قبول و مناسب است.

شیوه اجرای پژوهش

بعد از اخذ کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.080 از دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، برای کسب مجوزهای لازم جهت ورود به آموزشگاه دست‌های مهربانی (دریا)، به اداره آموزش و پرورش کل کودکان استثنایی شهر اصفهان مراجعه شد. به علاوه شماره کد ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی IRCT20230303057598N1 است. در ادامه هماهنگی‌های لازم، نمونه‌گیری و اجرای مداخله توسط نویسنده اول در آموزشگاه دست‌های مهربانی (دریا) که مختص کودکان اتیسم است با رعایت تمامی شروط اخلاقی انجام گرفت. موازین اخلاقی چون: اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان جهت اینکه اطلاعات به دست آمده فقط برای ارائه در نتایج پژوهش است و تمامی اطلاعات تا پایان محرمانه باقی خواهد ماند. از میان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم مراجعه‌کننده به این مرکز تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره مداخله و کنترل گمارده شدند. هر دو گروه قبل از اجرای جلسات و پس از تمام شدن جلسات درمان گروه آزمایش و ۲ ماه بعد از پایان مداخله به پرسش‌نامه‌های سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی والدینی پاسخ دادند. درمان شامل ۸ جلسه گروهی بود و برنامه درمان برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مک کی و وست (۲۰۱۶) بوده است. در هر جلسه از استعاره‌ها و تمرینات مربوط به آن جلسه استفاده شد. در انتهای جلسات هم تکالیف مخصوص ارائه شد. گروه مداخله، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای طی این مدت دریافت نکردند. مؤلفه‌های اصلی این درمان عبارتند از: ۱- آموزش آگاهی و پذیرش هیجان، یادگیری مشاهده چهار مؤلفه هیجان ۲- مواجهه هیجانی ساختاریافته، یادگیری تماشای جزرومد موج هیجان و فاصله‌گرفتن از افکار منفی ۳- شفاف‌سازی ارزش‌ها به همراه آموزش عمل مبتنی بر ارزش ۴- مواجهه تصویری همراه با تمرین شناختی عمل مبتنی بر ارزش و ۵- مواجهه تصویری همراه با شش مهارت مقابله ذهن آگاهانه

(بودن و تامپسون، ۲۰۱۵). خلاصه جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است. به‌منظور رعایت شرایط اخلاقی پژوهش گروه کنترل بعد از اتمام پیگیری، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را دریافت کردند. جهت تجزیه و تحلیل آماری از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۳ استفاده شد و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (مک کی و وست، ۲۰۱۶)

جلسه اول	خوشامدگویی و تکمیل ابزارهای اندازه‌گیری پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، معرفی مختصر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان و ساختار آن، آموزش روانی در مورد هیجان‌ها از طریق فیلم آموزشی و آگاهی از هیجان، تمرین تماشای هیجانات، معرفی تمرین مهارت‌ها و ثبت نتایج تمرین مهارت‌ها، تکلیف مهارت‌های جلسه اول
جلسه دوم	مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش در مورد کارکرد مغز در بعد هیجان، آموزش روانی در مورد پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش روانی درباره موج‌سواری روی هیجان، آموزش روانی درباره مواجهه و تمرین، تکلیف خانگی تمرین مهارت‌ها
جلسه سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها، تمرین وایت‌برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولاها در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، معرفی تن آرامی و خود تن آرامی، تمرین مهارت‌های تن آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تمرین مهارت‌های خود آرام‌سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین درباره پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها
جلسه هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه‌بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن در گروه آزمایش ۳۸/۲ سال و کنترل ۴۱/۸۷ سال بوده است. تحصیلات ۹ نفر (معادل ۶۰ درصد) در گروه آزمایش دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) کارشناسی و ۱ نفر (۶/۷ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بوده است. هم‌چنین در گروه کنترل ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، همین تعداد تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر داشته‌اند. در گروه آزمایش ۶ نفر (معادل ۴۰ درصد) از مادران یک فرزند، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) دو فرزند و ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) سه فرزند داشته‌اند در حالی که در گروه کنترل ۷ نفر (معادل ۴۶/۷ درصد) مادران یک فرزند، همین تعداد از آن‌ها دو فرزند و ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) سه فرزند دارند. نتایج آزمون t مستقل نشان داده است که میانگین سن افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری ندارد. هم‌چنین نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که بین فراوانی تحصیلات و تعداد فرزندان نیز در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی والدگری به تفکیک سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

یافته‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و دو مرحله پژوهش

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرسختی	۴۷/۶۷	۱۰/۴۱	۵۳/۶۷	۱۰/۰۲	۵۱/۴	۱۰/۶۶
کنترل	۵۲/۹۳	۱۱/۰۹	۴۹/۹۳	۱۲/۵۶	۴۵/۰۷	۱۴/۰۳
فرسودگی	۳۹/۹۶	۱۳/۱۲	۲۸/۷۲	۱۷/۴۷	۲۶/۵۳	۱۷/۰۸
والدگری	۴۱/۰۵	۱۵/۵۹	۴۱/۴	۱۴/۴۳	۴۱/۰۷	۱۶/۴۸

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد.

استفاده از تحلیل کوواریانس نیازمند پیش فرض‌هایی است که مهم‌ترین آن‌ها طبیعی یا نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون باکس، همبستگی متعارف بین متغیرهای کنترل، همگنی شیب رگرسیون به‌وسیله تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل است (مک‌کوین، ۲۰۰۸).

نتایج آزمون شاپیرو ویلکز برای بررسی نرمال بودن داده‌ها نشان داد که فرض نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای سرسختی و فرسودگی والدگری در گروه‌ها در مراحل سه‌گانه آزمایش تأیید می‌گردد ($p > 0/05$). نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین در مراحل پس‌آزمون در متغیرهای سرسختی ($F = 0/165, sig = 0/688$) و فرسودگی والدگری ($F = 2/43, sig = 0/053$) و در مرحله پیگیری در متغیرهای سرسختی ($F = 0/015, sig = 0/904$) و فرسودگی والدگری ($F = 0/028, sig = 0/869$) حاکی از تأیید این پیش‌فرض است، فرض شیب‌خط رگرسیون نشان داد که آزمون تعامل گروه و پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون در متغیر سرسختی ($F = 0/308, sig = 0/108, sig = 0/167$) و فرسودگی والدگری ($F = 2/02, sig = 0/167$) و در مرحله پیگیری در متغیرهای سرسختی ($F = 1/03, sig = 0/188$) و فرسودگی والدگری ($F = 1/06, sig = 0/325$) حاکی از تأیید این پیش‌فرض است، نتایج آزمون آم باکس برای بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نمرات در مرحله پس‌آزمون ($Mbox = 1/94, F = 0/597, sig = 0/617$) و در مرحله پیگیری ($Mbox = 7/63, F = 2/35, sig = 0/07$) تأیید می‌شوند. نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای کنترل نیز نشان داد که همبستگی بین این متغیرها کمتر از $0/8$ و قابل قبول است ($r = -0/306, sig = 0/1$). نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره پیرامون متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است. در این تحلیل‌ها در ابتدا در مرحله پس‌آزمون، نمرات پیش‌آزمون دو متغیر کنترل گردیده و نمرات پس‌آزمون در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته است و همین روند برای مرحله پیگیری نیز انجام شده است به‌گونه‌ای که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، نمرات پیگیری در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته‌اند.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر

سرسختی و فرسودگی والدگری

اثر اصلی گروه در مراحل پژوهش	آزمون	ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	p	حجم اثر آماری	توان
پس‌آزمون	اثر پیلایی	0/635	21/72	2	25	0/001	0/635	1/000
لامبدای ویلکز		0/365	21/72	2	25	0/001	0/635	1/000

توان آماری	حجم اثر	p	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	F	ضریب	آزمون	اثر اصلی گروه در مراحل پژوهش
۱/۰۰۰	۰/۶۳۵	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۲۱/۷۲	۱/۷۴	اثر هتلینگ	
۱/۰۰۰	۰/۶۳۵	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۲۱/۷۲	۱/۷۴	بزرگ‌ترین ریشه روی	
۱/۰۰۰	۰/۵۲۴	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۳/۷۷	۰/۵۲۴	اثر پیلایی	پیگیری
۱/۰۰۰	۰/۵۲۴	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۳/۷۷	۰/۴۷۶	لامبدای ویلکز	
۱/۰۰۰	۰/۵۲۴	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۳/۷۷	۱/۱	اثر هتلینگ	
۱/۰۰۰	۰/۵۲۴	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۳/۷۷	۱/۱	بزرگ‌ترین ریشه روی	

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳، اثرات اصلی گروه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در هر چهار آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره معنی‌دار به دست آمده است ($p < 0/001$). لذا میانگین نمرات سرسختی و فرسودگی والدگری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0/001$). نتایج نشان داده است که ۶۳/۵ درصد از تفاوت‌های فردی در بهبود سرسختی و فرسودگی والدگری در مرحله پس‌آزمون پژوهش و ۵۲/۴ درصد در مرحله پیگیری به تفاوت بین گروه‌ها مربوط است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر سرسختی و فرسودگی والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بوده است. توان آماری ۱۰۰ درصدی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون مطلوب است علاوه بر این، حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است.

نتایج آزمون تحلیل تک متغیری در متن مانکوا جهت مقایسه دو گروه در پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای سرسختی و فرسودگی والدگری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

مرحله	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	حجم اثر
پس‌آزمون	سرسختی	۵۰۸/۷۰۳	۱	۵۰۸/۷۰۳	۱۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳

مرحله	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	p	حجم اثر
فرسودگی والدگری	۸۸۹/۶۲۹	۱	۸۸۹/۶۲۹	۳۲/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳	
پیگیری سرسختی	۶۶۰/۸۲۳	۱	۶۶۰/۸۲۳	۵/۳۲	۰/۰۲	۰/۱۷	
فرسودگی والدگری	۱۱۴۵/۰۲	۱	۱۱۴۵/۰۲	۱۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سرسختی و فرسودگی والدگری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون معنی‌دار هستند ($p < 0/05$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر افزایش سرسختی و کاهش فرسودگی والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده و اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز باقی‌مانده است. میزان تأثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر افزایش سرسختی در مرحله پس‌آزمون برابر با ۳۵/۳ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۱۷ درصد است. در حالی که میزان تأثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در کاهش فرسودگی والدگری مادران در پس‌آزمون برابر با ۵۵/۳ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۳۹/۹ درصد به دست آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر افزایش سرسختی روان‌شناختی و همچنین کاهش فرسودگی والدگری در مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی نمرات سرسختی روان‌شناختی را در مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم افزایش داده و اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز باقی‌مانده است. به علاوه، درمان مذکور فرسودگی والدگری را کاهش داده و اثر این تغییر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است. باتوجه به اینکه رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان‌های ذهن‌آگاهانه از مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی است، می‌توان در بافتی کلی‌تر برای بررسی همسویی به این پژوهش‌ها اشاره کرد: صنیعی‌منش، اسدیپور و زهراکار (۱۴۰۱) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی. حیدریان و ضیایی (۱۳۹۶)، صادقی، عالی‌پور، پادروند (۱۳۹۹) اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تاب‌آوری و تحمل پریشانی. ولیئی و امانی (۱۳۹۹)، عابدی‌زاده، کدخدا و رحیمی‌منش (۱۳۹۸) و اصغری، فرهادی،

محمدی و یوسفی (۱۳۹۷) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری، سخت‌رویی، نگرش والد فرزند و تحمل مراقبتی. امام جمعه‌زاده و منشئی (۱۴۰۱) اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فرسودگی والدگری. در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند این درمان بر طرح‌واره‌های هیجانی، نظام شناختی معیوب و تحمل پریشانی (ابراهیمی، شهابی زاده، اسماعیلی و آهی، ۱۴۰۰)، افسردگی و خودمراقبتی (عبدی سرکامی، میرزائیان و عباسی، ۱۳۹۹)، راهبردهای ناسازگار شناختی تنظیم هیجان (بیرامی، هاشمی نصرت‌آباد، اسماعیل‌پور و شیر، ۱۳۹۹) و آسیب‌پذیری روان‌شناختی (بیرامی، هاشمی نصرت‌آباد، اسماعیل‌پور و شیر، ۱۴۰۰) اثربخش بوده است.

در تبیین چگونگی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر افزایش نمرات سرسختی روان‌شناختی می‌توان گفت، مهارت‌های مقابله ذهن‌آگاهانه به مادران کمک می‌کند تا بعد از انجام پذیرش ذهن‌آگاهانه و موج‌سواری بر هیجان اگر همچنان به لحاظ هیجانی برانگیخته هستند، بر استرس‌های روانی خود غلبه کرده، پریشانی را کاهش دهند، حس کارآمدی را افزایش دهند و در انتها عمل مبتنی بر ارزش را به نمایش درآورند. انتظار می‌رود مهارت‌های مقابله ذهن‌آگاهانه که به افراد در رویارویی با هیجانات دشوار و کاهش آن‌ها کمک می‌کند، به‌نوبه خود اعتماد و احساس کنترل را در فرد تقویت نماید و باعث افزایش سرسختی روان‌شناختی شود. در تبیین دیگر، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی دو فرایند فرا تشخیصی (عدم تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای) را هدف قرار می‌دهد و در نتیجه باعث افزایش کارآمدی هیجانی می‌شود (مک کی و وست، ۲۰۱۶) و بدین ترتیب با افزایش تحمل پریشانی زمینه را برای دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان تسهیل می‌کند. در نتیجه افزایش ظرفیت تحمل پریشانی و کارآمدی هیجانی و بهبود تنظیم هیجان و به دنبال آن بهبود تنظیم رفتار، انتظار می‌رود توانایی افراد برای مقابله با مشکلات بالا رفته و سرسختی روان‌شناختی هم افزایش یابد. همچنین در تمرین مواجهه، مادران خود را در معرض تجربه هیجان‌های دشوار قرار داده و توانستند نحوه بهبودی از پریشانی و همچنین روش‌های جدید پاسخ‌دهی به تجربه هیجانی را یاد بگیرند. مواجهه علاوه بر جلوگیری از اجتناب، تحمل پریشانی را افزایش می‌دهد و باعث بهبودی سریع‌تر هم می‌شود که احتمالاً این‌گونه در افزایش سرسختی روان‌شناختی مادران دخیل است. به بیان دیگر، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیک را شامل می‌شود. باتوجه به اینکه تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در رفتاردرمانی دیالکتیک هدف قرار می‌گیرد (لینهان، ۱۹۹۳)؛ می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی هم باعث افزایش تنظیم هیجان و تحمل پریشانی شود. در نتیجه، توانایی فرد برای مقابله با شرایط استرس‌زا بالا رفته و سرسختی

روان‌شناختی افزایش یابد. به‌علاوه، فرض زیربنایی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی این است که درد اجتناب‌ناپذیر است، اما رنج‌کشیدن اجتناب‌ناپذیر نیست. رنج تا حدودی ناشی از عدم آگاهی از نحوه تعیین ارزش‌هایی است که زندگی ما را معنادار می‌سازند. اغلب اوقات، رنج ناشی از عدم تمایل به تجربه هیجان‌های دشوار است که موجب پریشانی شده و در نتیجه منجر به رنج بیشتر می‌شود. بر اساس پژوهش‌های انجام شده افرادی که روش‌های شناختی را یاد می‌گیرند، سرسختی بیشتر و زندگی با معناتری دارند (حقی، حق‌طلب و عسگری، ۱۳۹۷). در تبیین چگونگی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر کاهش نمرات فرسودگی والدگری می‌توان گفت، فرسودگی در والدین اثر خاصی بر غفلت و رفتارهای خشونت‌آمیز آن‌ها در قبال کودکان دارد (میکولایچاک و همکاران، ۲۰۱۸) و با توجه به اینکه پذیرش و تنظیم هیجان از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی‌اند و همین دو مؤلفه با سطوح کمتر خصومت ارتباط دارند (دناردو، گابل، تنوفسکیچ و سوارتز، ۲۰۱۶)؛ در نتیجه با آموزش پذیرش خود و تنظیم هیجان می‌توان سطوح خصومت را کاهش داد و در ادامه به کاهش فرسودگی والدگری منتهی شد. به‌علاوه، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی به مادران کمک می‌کند تا به‌جای واکنش ناکارآمد و دادن پاسخ‌های غیرمؤثر، به ایجاد روابط جدید با احساسات خود بپردازند (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶؛ کلیم، کروگر و کوسفلد، ۲۰۱۰) و در نتیجه از میزان غفلت و رفتارهای خشونت‌آمیز آن‌ها می‌کاهد و در پی آن می‌توان میزان فرسودگی والدگری را کاهش دهد. در تبیین دیگر، والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم توجه خود را به رفتارهای منفی کودکان اختصاص می‌دهند، در نتیجه والدین حساس‌تر و تکانه‌ای‌تر شده و در مجموع مهربانی و صبوری کمتری از خود نشان می‌دهند. حال باتوجه به اینکه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بردارد، می‌توان گفت با شکستن چرخه‌های افکار منفی و تکراری به والدین کمک می‌کند تا به‌جای توجه افراطی به نشخوارهای ذهنی خود، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند و به‌جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک، با نگاهی باز و غیر قضاوتی با فرزندانشان در لحظه حال تعامل کنند (بوگلز، لهتونن و رستیفو، ۲۰۱۰). علاوه بر این، فرسودگی والدگری باعث احساس خودتقصیری و خشم (رونودو و همکاران، ۲۰۰۳)، اضطراب، افسردگی و اختلالات شناختی می‌شود (پرلین، مولان، سیمپل و اسکاف، ۱۹۹۰). حال باتوجه به اینکه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی) را کاهش می‌دهد و همچنین در درمان بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس و عدم تحمل پریشانی و بدتنظیمی هیجانی از اهمیت زیادی برخوردار بوده است (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶).

می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر کاهش فرسودگی والدگری هم اثربخش است. در آخر هم، باتوجه به دامنه گسترده مشکلات خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اتیسم که همیشگی هم هست و همه ابعاد زندگی این خانواده‌ها را در برمی‌گیرد، می‌توان گفت آموزش پذیرش بنیادین و انواع تمرین‌های مقابله ذهن آگاهانه تأثیر به‌سزایی در پذیرش شرایط پیش‌آمده و تنظیم هیجان و رفتار و کاهش فرسودگی والدگری داشتند.

در راستای کاربرد نتایج این پژوهش، باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر افزایش سرسختی روان‌شناختی و همچنین کاهش فرسودگی والدگری در مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم، پیشنهاد می‌شود تا متخصصین حوزه سلامت و مشاورانی که در این حیطه فعالیت می‌کنند از این مداخله استفاده نمایند. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مهارت‌ها و تکنیک‌هایی همچون پذیرش ذهن آگاهانه (مشاهده تمامی ابعاد هیجان و پذیرش آن‌ها)، جلوگیری از روش‌های ناسازگار پاسخ به هیجانات (همچون نشخوار ذهنی، پاسخ بر اساس هیجانات و یا اجتناب)، موج‌سواری بر روی هیجانات و مقابله ذهن آگاهانه را برای کاهش هیجانات مورد هدف قرار می‌دهد. این درمان باعث افزایش ظرفیت تحمل پریشانی، عدم اجتناب و عمل مبتنی بر ارزش می‌شود. هر پژوهشی در راستای انجام محدودیت‌هایی دارد که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نبوده. این پژوهش تنها بر روی گروهی از مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم انجام شد، در نتیجه باید در تعمیم نتایج به سایر افراد خانواده احتیاط شود و در این راستا پیشنهاد می‌شود تا پژوهش بر روی سایر نمونه‌ها و شهرها صورت گیرد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود سایر درمان‌های روان‌شناختی را بر روی نمونه‌های مشابه بررسی و مقایسه نمایند.

موازین اخلاقی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است. کد اخلاق از دانشگاه محل تحصیل و همچنین شماره کد ثبت از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی دریافت گردیده است. محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان، جلب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، ارائه اطلاعات کامل در مورد پژوهش، رعایت حریم خصوصی داوطلبان و دقت در استناددهی از اصول اخلاقی حاکم بر این پژوهش بوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول اجرای درمان، گردآوری داده‌ها و نگارش نسخه اولیه مقاله را زیر نظر استاد راهنما (نویسنده دوم) برعهده داشت. نویسنده دوم (نویسنده مسئول) در هدایت و نظارت بر حسن اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها و ویرایش نهایی مقاله مشارکت فعال داشته است.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه ارشد روان‌شناسی دانشجوی خانم گلناز احقر بازرگان است و نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در رابطه با یافته‌های مطالعه حاضر وجود ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش شامل مادران و همچنین کارکنان آموزشگاه دست‌های مهربانی (دریا) شهر اصفهان که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. لازم به ذکر است که مقاله بدون حمایت مالی نگاشته شده است.

References

- Abdi Sarkami, F., Mirzaian, B., & Abbasi, G. (2021). The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on the Level of Depression and Self-Care Ability of Non-Clinical Depressed Elderly. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(6), 65-74. [\[Link\]](#)
- Ahmadi Kahjoogh, M., Farahbod, M., Soortigi, H., & Rassafiani, M. (2011). Sensory Processing Patterns in Children with Autism Disorder From Winnie Dunn's Perspective. *Journal of Exceptional Children*, 10(4), 385-393. [\[Link\]](#)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth Edition*. [\[Link\]](#)
- Asghari, R., Farhadi, V., Dost Mohammadi, H., & Yousefi, S. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress and Care Tolerance Among Mothers with Autistic Children. *Journal Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 7(4), 213-226. [\[Link\]](#)
- Bashir, A., Bashir, U., Lone, A., & Ahmad, Z. (2014). Challenges Faced by families of Autistic Children. *International Journal of Interdisciplinary Research and Innovations*, 2(1): 64-68. [\[Link\]](#)

- Bashir, A., Bashir, U., Lone, A., & Ahmad, Z. (2014). Challenges Faced by families of Autistic Children. *International Journal of Interdisciplinary Research and Innovations*, 2(1): 64-68. [[Link](#)]
- Bayrami, M., Hashemi Nosrat Abad, T., Smaeilpour, K., & Shiri, A. (2021). Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Internet Dependency and Psychological Vulnerability in Students Addicted to Internet. *Clinical Psychology Studies*, 11(44), 23-43. [[Link](#)]
- Bayrami, M., Hashme Nosratabad, T., Esmailpour, K., & Shiri, A. (2021). Effectiveness of emotion efficacy therapy on internet dependency and negative cognitive emotion regulation strategies among students addicted to internet: a quasi-experimental design. *Studies in Medical Sciences*, 31(12), 927-933. [[Link](#)]
- Boden, M. T., & Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*, 15 (3): 399. [[Link](#)]
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120. [[Link](#)]
- Brooks, M. (2005). Health-related hardiness and chronic illness a synthesis of current research nursing from. *Philadelphia*, 38(3): 11-20. [[Link](#)]
- Coucovanis, J., Hallas, D., & Farley, J. N. (2012). Autism Spectrum Disorder. *Child and adolescent behavioral health: a resource for a Advanced practice psychiatric and primary care practitioners in nursing*, 238 -259. [[Link](#)]
- Deater-deckard, K. (2004). *Parenting Stress*. New Haven: Yale University Press. [[Link](#)]
- DeNardo, T., Gabelb, R. M., Tetnowskic, J. A., & Swartzd, E. R. (2016). Self-acceptance of stuttering: A preliminary study. *Journal of Communication Disorders*, 60(13), 27-38. [[Link](#)]
- Dowell, L. R., Mahone, E. M., & Mostofsky, S. H. (2009). Associations of postural knowledge and basic motor skill with dyspraxia in autism: implication for abnormalities in distributed connectivity and motor learning. *Neuropsychology*, 23(5): 563-570. [[Link](#)]
- Ebrahimi, M., Shahabizadeh, F., Esmaeili, A. A., & Ahi, G. (2021). The Effects of Emotion Efficiency Therapy on Intolerance of Uncertainty, Experiential Avoidance, and Distress Tolerance in Anxious Nurses. [[Link](#)]
- Ebrahimi, M., Shahabizadeh, F., Esmaeili, A. A., & Ahi, Q. (2022). The effect of trans diagnostic based emotion efficiency therapy on emotional schemas and sleep quality of anxious nurses. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*, 9(6). [[Link](#)]
- Ebrahimi, M., Shahabizadeh, F., Esmaeili, A. A., & Ahi, Q. (2022). The effect of trans diagnostic based emotion efficiency therapy on emotional schemas

- and sleep quality of anxious nurses. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*, 9(6). [\[Link\]](#)
- Emamjomezadeh, V., & Manshaei, G. (2023). The Effectiveness of Mindfulness Based Therapy on the Parenting Burnout and Self-Compassion in the Mothers of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(68), 43-52. [\[Link\]](#)
- Fischer, D., Matthew, F., Paul, F., & Delfabbro, H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3): 169-177. [\[Link\]](#)
- Haghi, S., Haghtalab, T., & Asgari, M. (2018). The effectiveness of group-based cognitive training based on assumptions and rules on the attitude toward the nonsense of life and hardness of female households with low-quality life. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 8(1), 105-123. [\[Link\]](#)
- Hajmedal, O., Friborg, O., stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martuniussen, N. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: a perspective study of protective factors and the role in adjustment to negative life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 198-201. [\[Link\]](#)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes., & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Springer Science-Business Media; p. 3-29. [\[Link\]](#)
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3): 178-87. [\[Link\]](#)
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgrad Med*, 108(7): 119-23. [\[Link\]](#)
- Khanjaani, Z., Hashemi Nosratabad, T., & Pakravan, H. (2021). Predicting parental burnout during corona quarantine based on perfectionism and positive and negative effects of primary school children. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 10(8), 209-218. [\[Link\]](#)
- Kliem S, Kroger C, Kosfelder J. (2010). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modelling. *J Consult Clin Psychol*, 78(6): 936- 51. [\[Link\]](#)
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. and Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 42(1): 168. [\[Link\]](#)

- Kütük, M.Ö., Tufan, A.E., Kılıçaslan, F. *et al.* (2021). High Depression Symptoms and Burnout Levels Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Multi-Center, Cross-Sectional, Case–Control Study. *J Autism Dev Disord* 51, 4086–4099. [\[Link\]](#)
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. [\[Link\]](#)
- Marandi, A. K., & Khodabakhshi-Koolaei, A. (2018). The relationship of family functioning and self-control to religious orientation among mothers of autistic children. [\[Link\]](#)
- Mckay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: a brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT*. Context Press/New Harbinger Publications. [\[Link\]](#)
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse Negl*, 80: 134–45. [\[Link\]](#)
- Mousavi, S. F. (2020). The Comparison of Parental Burnout Experience and Attitudes Towards Gender Roles in Employed and Non-Employed Mothers Living in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 18(4), 7-32. [\[Link\]](#)
- Narimani, M., Fayezi, N., Sooreh, J., & Fallahi, V. (2020). The role of fields of temperament and character, basic psychological needs and cognitive flexibility in psychology hardiness of autistic children's mothers. *Journal of Psychological Studies*, 16(2), 57-74. [\[Link\]](#)
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30(5):583–94. [\[Link\]](#)
- Prelock, P. A. (2021). Autism spectrum disorders. *The Handbook of Language and Speech Disorders*, (2th ed). John Wiley & Sons. [\[Link\]](#)
- Rondó PHC, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MCN, Lobert H, Artes R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr*, 57(2):266–72. [\[Link\]](#)
- Sadeghi, M., Aalipour, K., Padervand, H., & Padervand, E. (2020). The effectiveness of dialectical behavioral group therapy on tolerance of distress and anger control skill in mothers with retarded mentally children. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(4), 54-66. [\[Link\]](#)
- Samadi, S. A., & McConkey, R. (2015). Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 45(9), 2908- 2916. [\[Link\]](#)
- Sanieemanesh, M., Asadpour, I., & Zaharakar, K. (2022). The Effectiveness of Group Counseling based on Acceptance and Commitment Therapy on

شماره	عبارات	۵	۴	۳	۲	۱	انگیزش	گامی اوقات	انگیزش اوقات
							←	←	←
۳	احساس نا امنی می‌کنم.								
۴	نگرانم که دیگران مرا دوست نداشته باشند.								
۵	زندگی برای دیگران بسیار آسان تر از من است.								
۶	به خاطر هر اشتباهی خود را سرزنش می‌کنم.								
۷	در ابراز احساسات و نظراتم مشکل دارم.								
۸	احساس می‌کنم که مشکلات من در زندگی بیشتر از دیگران است.								
۹	نگرانم به آرزوهایم نرسم.								
۱۰	نگرانم از اینکه در کارهایم مرتکب اشتباه شوم.								
۱۱	نگرانم که کارهایم را نا تمام بگذارم.								
۱۲	نگرانم از اینکه نتوانم کارهایم را با دقت کافی انجام دهم.								
۱۳	نگرانم از اینکه مبادا رفتار احمقانه‌ای از من سر بزند.								
۱۴	نگرانم از اینکه شرایط زندگی من نامطلوب شود.								
۱۵	نگرانم از اینکه نتوانم به موقع مقام و منصب مناسبی را در زندگی بدست آورم.								
۱۶	در مورد هدف زندگی خود بلا تکلیف و نا مطمئن هستم.								
۱۷	درباره مشکلات مالی خود نگران هستم.								
۱۸	نگرانم از اینکه به خاطر مشکلات مالی نتوانم به مسافرت و تفریح بروم.								
۱۹	نگرانم از اینکه نتوانم نیازهای مالی خود را تأمین کنم.								
۲۰	از اینکه چشم انداز شغلی خوبی ندارم، نگرانم.								

پرسشنامه فرسودگی والدگری

هر روز	چند بار در هفته	یکبار در ماه	چند بار در ماه	یکبار در ماه	چند بار در سال	هرگز
						۱- از اینکه نقش والد بودن باعث می‌شود که به اندازه کافی نخوابم، خسته شده‌ام.
						۲- من احساس می‌کنم که مدیریتم را به عنوان پدر و مادر از دست داده‌ام.

هر روز	چند بار در هفته	یکبار در هفته	چند بار در ماه	یکبار در ماه	چند بار در سال	هرگز	
							۱۸- من به‌عنوان پدر و مادر زمانی را برای خودم ندارم.
							۱۹- من تصور می‌کنم که وقتی با فرزندانم در تعامل هستم دیگر خودم نیستم.
							۲۰- من دیگر قادر نیستم به فرزندانم نشان بدهم که چهقدر عاشق آن‌ها هستم.
							۲۱- من فهمیدم که حتی فکر کردن در مورد همه کارهایی که باید برای فرزندانم انجام بدهم، خسته‌کننده است.
							۲۲- به‌غیر از امور روزمره من دیگر نمی‌توانم در کارهای بیشتری به فرزندانم کمک کنم.
							۲۳- من به‌عنوان پدر و مادر حال جسمانی خوبی ندارم.
