

مقاله اصلی

اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر امید به زندگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۱۱

خلاصه

مقدمه: داشتن یک فرزند معلول می تواند توأم با تجربه‌ی عواطف منفی در والدین از جمله مادران آن‌ها شود عاطفه منفی شامل احساس‌ها و هیجان‌های منفی مانند گناه، شرم، غمگینی، اضطراب و نگرانی، خشم و تنش و ناامیدی است. پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر امید به زندگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش و پس آزمون و پیگیری، با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه مادران دارای کودکان کم توان جسمی - حرکتی مراجعه کننده به مدارس کودکان کم توان جسمی - حرکتی در شهر تهران در طی ماه‌های اردیبهشت تا تیرماه سال ۱۳۹۸ تشکیل داده بودند. روش نمونه گیری به صورت هدفمند (۳۰ زن) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) قرار گرفتند. مرحله پیش آزمون، مقیاس امید به زندگی، تحمل پریشانی انجام شد. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در پایان هر دو گروه تحت پس آزمون و دوره پیگیری (۳ ماه) قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل واریانس اندازه گیری تکراری استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان دادند بین دو گروه آزمایش و گواه، پس از اجرای درمان تفاوت معناداری وجود دارد. بطوریکه، میانگین نمره امید به زندگی و تحمل پریشانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافت ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها می توان نتیجه گرفت درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر امید به زندگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی مؤثر می باشد.

کلمات کلیدی: امید به زندگی، تحمل پریشانی، درمان تعهد مبتنی بر پذیرش

یاسمن عابد^۱

شهناز ابوالقاسمی*^۲

جواد خلعتبری^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، واحد تنکابن، دانشگاه

آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

^۲ دانشیار گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد

اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد

اسلامی، تنکابن، ایران

Email:

Dr_shahnam_Abolghasemi@yahoo.com

مقدمه

در عصر حاضر مشکل معلولیت‌ها از جمله کودکان کم‌توان جسمی - حرکتی از حادترین مسائل افراد جوامع بشری است (۱). تولد کودک معلول نه تنها والدین بلکه سایر اعضای نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این زمان آرامش خانواده از بین می‌رود و تمام نگاه‌های خانواده به سوی کودک معلول معطوف می‌شود این امر نظم معلول زندگی افراد خانواده را بر هم زده و به بروز آشفتگی‌ها و بیماری‌های روانی مشکلات زیادی می‌انجامد (۲). اثرات تولد یک کودک ناتوان بر خانواده خیلی عمیق است. زیرا بروز معلولیت در فرزند یا فرزندان علاوه بر اینکه ارتباط مادر- کودک را تهدید می‌کند، اختلالات عاطفی و اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می‌نماید، از آنجا که برطرف کردن نیازهای فرزندان معلول، مستلزم صرف زمان، انرژی، پول و هیجان بیشتری از سوی والدین است، ممکن است در والدین این احساس به وجود آید که آن‌ها توانایی و کفایت لازم را برای برطرف کردن نیازهای کودکانشان ندارند (۳). در این میان مادران استرس بالاتری را تجربه می‌کنند که با میزان رضایت آن‌ها از زندگی و بیماری‌های جسمانی مرتبط است. فرزندی که از نظر جسمی یا ذهنی ناتوان هستند استرس خاصی را بر والدین، به‌ویژه مادر، تحمیل می‌کنند (۴). مادران در پی آگاهی از مشکلات جسمی مادرزادی کودک احساس تقصیر و گناه ناکامی، اضطراب و نگرانی می‌کنند و سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌نمایند، ضمن اینکه تولد یک کودک کم‌توان ذهنی و یا حرکتی، عاملی در جهت تأثیر منفی بر سازگاری خانواده نیز محسوب می‌شود (۵). تعداد درخور توجهی از خانواده‌های ایرانی از اثرات منفی داشتن کودکی معلول و بار مراقبتی آن و فشارهای روانی اجتماعی و مالی ناشی از آن رنج می‌برند. لذا این عوامل می‌توانند، ثبات خانوادگی را بر هم زده و باعث برهم ریختگی سازمان خانواده شوند (۶). از طرف دیگر بسیاری از متخصصانی که با افراد معلول و استثنایی کار می‌کنند به اهمیت توجه به این خانواده‌ها واقف بوده و همچنین اثرات حضور کودک معلول را

بر پویایی خانواده درک می‌کنند (۷). یکی دیگر از متغیرهایی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفت، تحمل پریشانی در مادران دارای کودکان کم‌توان جسمی - حرکتی بود. افراد دارای تحمل پریشانی پایین، اولاً هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده است. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان آشفته کننده می‌گردد و عملکردشان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (۸). شواهدی وجود دارد که بیان می‌کند تحمل پریشانی به‌عنوان یک عامل آسیب‌زا برای اختلال در سازگاری اجتماعی - عاطفی افراد می‌باشد. محققان پی برده‌اند که ترس از هیجانات منفی به شدت با عدم سازگاری اجتماعی - عاطفی مرتبط است (۹). در سالهای اخیر روان‌شناسان به سازه امید به‌عنوان یک نقطه قوت روان‌شناختی نگریسته و معتقدند این سازه می‌تواند به پرورش و ایجاد سلامت روانی کمک زیادی کند امید یک رفتارشناختی ناآگاهانه‌ای است که به فرد انرژی می‌دهد و منجر به عمل برای دستیابی به هدف شده و بحران‌ها را به فرصت برای رشد تبدیل می‌کند و ارتباط تنگاتنگ با اطمینان، آرزو و ایمان دارد (۱۰). بر مبنای دیدگاه رایینسون (۱۱) امید یکی از پایه‌های اصولی توازن و قدرت روانی است که با نیروی نافذ خود، سیستم فعالیتی را تحریک می‌نماید تا سیستم بتواند تجارب جدید را کسب کرده و نیروی تازه را در اجرا و پیکره ایجاد نماید؛ بنابراین، امید انسان را به سطح بالایی از عملکردهای روانی و رفتاری نزدیک می‌کند (۱۱). امید به‌عنوان نیروی زندگی توصیف شده است. زندگی بدون امید یک زندگی انسانی و عملکرد نیست، بلکه توقف عملکرد می‌باشد (۱۲). از

مرتبط است. اجتناب تجربه‌ای به‌طور مثبتی با آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارد (۱۹).

بنابراین سؤال اصلی این تحقیق را می‌توان این‌گونه بیان کرد: آیا درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر امید به زندگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی مؤثر است؟ آیا به‌کارگیری این درمان در افزایش امید به زندگی و تحمل پریشانی اثرگذار می‌باشد؟ تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی کارآمدی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر امید به زندگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی پرداخته است. با توجه به موارد فوق، این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر امید به زندگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی انجام پذیرفت. بدین ترتیب با توجه به مطالعات گذشته، ادبیات نظری و پیشینه تحقیق، فرضیه مطرح شده در این مطالعه عبارت بود از اینکه درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر امید به زندگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی مؤثر و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) می‌باشد.

روش کار

این پژوهش، پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه مادران دارای کودکان کم توان جسمی - حرکتی مراجعه‌کننده به مدارس کودکان کم توان جسمی - حرکتی در شهر تهران در طی ماه‌های اردیبهشت تا تیرماه سال ۱۳۹۸ در حال تحصیل بودند تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۳۰ نفر از زنان دارای کودک مبتلابه معلولیت جسمی - حرکتی (با اخذ رضایت کتبی) از طریق جایگزینی تصادفی به شیوه زیر صورت پذیرفت. از طریق جایگزینی تصادفی به گروه مداخله (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه به‌عنوان گروه مداخله و

نظر بالینی، امید عاملی است که دارای ارزش درمانی در حیطه مقابله با دردهای مزمن و یا رویدادهای تهدیدکننده زندگی می‌باشد. در حقیقت، امید فرایند مقابله را تسهیل می‌کند و باعث افزایش تحمل پریشانی در زندگی می‌شود (۱۳). مطابق با پژوهش‌های انجام شده، سطوح بالای امید به زندگی رابطه مستقیمی با سلامت جسمی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق‌العاده دارد (۱۴). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توجه مهمی بر تحمل افزایش یافته بر حالات هیجانی منفی دارد و ممکن است به‌طور غیرمستقیم باعث افزایش تحمل پریشانی شود (۱۵). اخیراً در درمان اختلالات هیجانی مؤثر واقع شده است (۱۶).

درمانهای مبتنی بر پذیرش مانند درمان پذیرش و تعهد او شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی درمان‌های جایگزین برای درمان شناختی و رفتاری هستند. درمان پذیرش و تعهد رویکردی به روان‌درمانی است که می‌تواند برای دامنه‌ای وسیعی از مشکلات و اختلالات بکار برده شود (۱۷). درمان پذیرش و تعهد فرایندهای تغییر رفتار و فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی را تلفیق می‌کند. راهبردهای تغییر به نیازهای هر مراجع بستگی دارد و ممکن است شامل آموزش روانی، آموزش مهارت‌ها، حل مسئله، مواجهه، یا راهبردهای دیگر باشد. مهارت‌های ذهن آگاهی و پذیرش تغییر رفتار ضروری را برای مراجع تسهیل می‌کند تا زندگی هدفمند و بانشاطی را ادامه دهد. مفهوم اصلی در درمان پذیرش و تعهد اجتناب تجربه‌ای می‌باشد، که به‌عنوان عدم تمایل شخص به تجربه کردن پدیده‌های درونی منفی مانند احساسات، حس‌ها، شناخت‌ها، یا امیال و انجام دادن عملی برای جلوگیری کردن، فرار کردن، یا حذف کردن این تجارب، حتی وقتی انجام دادن آن مضر و خطرناک است، تعریف شده است (۱۸). درمان پذیرش و تعهد معتقد است که بسیاری از شکل‌های آسیب روانی با تلاش‌های بیهوده و بی‌حاصل برای جلوگیری کردن از تجارب درونی منفی توسط انجام رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد، گسستگی، یا اجتناب از مردم، مکان‌ها و موقعیت‌هایی که موجب آن‌ها می‌شود

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی

هدف از این پرسشنامه، جمع‌آوری داده‌های جمعیت‌شناختی لازم به‌عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی بود.

۲. پرسشنامه امید به زندگی

پرسشنامه امید‌اشنایدر (۱۹۹۱) دارای ۱۲ آیت‌می‌باشد که ۸ آیت‌می‌آورد استفاده قرار می‌گیرد و ۴ آیت‌دیگر دروغ‌سنج هستند که در نمره‌گذاری به‌حساب نمی‌آیند. هدف این پرسشنامه، ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۰ تا ۴ می‌باشد. اشنایدر و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار آن را طریق باز آزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ برآورد نمود (۲۰). لویز و اشنایدر (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش باز آزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۲۱). در جمعیت دانشجویی ایران اعتبار آن از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برآورد شد (۲۲). ضرایب پایایی کل پرسشنامه مذکور در این پژوهش ۰/۸۹ برآورد شده است که در حد قابل قبولی می‌باشد.

۳. پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (DTS) توسط سیمونز^۲ و گاهر^۳ (۲۰۰۵) ساخته شده است که از ۱۵ گویه و ۴ خرده مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) (۳ سؤال)، جذب (جذب شدن به‌وسیله هیجان‌ات منفی) (۳ سؤال)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) (۶ سؤال) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) (۳ سؤال) تشکیل شده است که به‌منظور سنجش میزان تحمل پریشانی هیجانی در افراد بکار می‌رود. تحمل پریشانی مربوط به توانایی دیدن و آگاهی داشتن از هیجان‌ات، افکار و محیط، بدون اقدام به تغییر یا کنترل هرگونه عامل می‌باشد (۲۳). و تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیندی که از طریق آن افراد هیجان‌هایشان را برای

گروه کنترل انتخاب شده‌اند. با توجه به مطالعات قبلی، تعداد حجم نمونه با استفاده از رابطه ذیل برای هر گروه ۱۵ بیمار محاسبه شد. ملاک‌های حضور در نمونه عبارت بودند از: رضایت داوطلب برای حضور در پژوهش، از نظر جنسیتی مؤنث بودن، داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، از مداخله آموزشی و درمانی دیگری استفاده نکنند. دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، توانایی برقراری ارتباط کلامی همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: داشتن بیماری روان‌پزشکی (مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش)، عدم تمایل به شرکت و یا ادامه همکاری در پژوهش تشکیل داده‌اند.

در این تحقیق، پس از تأیید پروپوزال، دریافت مجوز از طرف دانشگاه و موافقت از سوی مدرسه کودکان دارای اختلال جسمی و حرکتی واقع در شهرک غرب استان تهران مراجعه‌کننده به این مرکز، افراد نمونه بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و سپس توضیحاتی در مورد تحقیق به آن‌ها داده شد. پس از اخذ موافقت کتبی از آن‌ها مبنی بر شرکت در پژوهش، افراد به‌صورت تصادفی در گروه‌های مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی و پرسشنامه امید به زندگی را تکمیل کردند قبل از شروع مداخلات و سپس بلافاصله پس از اتمام هر دوره تکمیل کردند. مداخله یادشده بر اساس پروتکل مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار شد. شرکت‌کنندگان در سه نوبت، قبل از مداخله (پیش‌آزمون)، بعد از انجام مداخله (پس‌آزمون) و ۳ ماه بعد از انجام مداخله (مرحله پیگیری) پرسشنامه را تکمیل کردند. درمان به‌صورت گروهی طی ۱۰ جلسه یک‌بار در هفته به مدت دو ساعت توسط دو دانشجوی دکتری آموزش دیده برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل، هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند. پژوهش حاضر کد اخلاق با شماره I R I AU.TON.REC.۱۳۹۸.۰۲۲ دریافت کرده است.

2. Simons

3. Gaher

1. Distress Tolerance Scale

تنظیم (۰/۵۸) هستند (۲۵). ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در پژوهش حاضر کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ برآورد شده است که در حد قابل قبولی می‌باشد.

پروتکل درمانی

خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هریس (۲۰۰۹) (۲۶) تدوین شده است در جدول ۱ ارائه شده است.

پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود (۲۴). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. علوی (۱۳۸۸) گزارش کرده است که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا ($\alpha = 0.71$) و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶،

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

جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق: که در این شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد (توضیح مفاهیم مربوط به امید و تحمل پریشانی) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته و امید به زندگی پایین (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به پذیرش کودک مبتلا به اختلال جسمی - حرکتی).
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به صورت زیر: ۱) در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نا مؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت، ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، ۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی
جلسه سوم	نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به‌عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه‌حل) (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)، تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق.
جلسه چهارم	ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تأثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها.

جلسه پنجم	ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده گری، سنجش توانایی درمان جو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزش ها.
جلسه ششم	هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش ها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می دهد، در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به پذیرش کودک خود با شرایط مربوط به اختلال جسمی - حرکتی مثبت
جلسه هفتم	هدف جلسه کمک به افراد گروه که پذیرش کودک خود با شرایط مربوط به اختلال جسمی - حرکتی را که مطابق با ارزش های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آن ها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخاب ها در برابر قضاوت ها / تصمیم ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش ها (اهداف کوچک تر در خدمت اهداف بزرگ تر). کاهش وزن برای داشتن پذیرش کودک خود با شرایط مربوط به اختلال جسمی - حرکتی بهتر
جلسه هشتم	هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش های بزرگ تر درمان جو مشخص شده است. ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون پذیرش کودک خود با شرایط مربوط به اختلال جسمی - حرکتی و امید به زندگی.
جلسه نهم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت هایی مشاهده و توصیف می شوند و چگونه مهارت ها مورد قضاوت قرار نمی گیرند، متمرکز می مانند و اینکه این مهارت ها چطور کار می کنند.
جلسه دهم	ارزیابی عمل متعهدانه؛ آموزش درمان جو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمان جو مهارت های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پیام اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه خلاصه ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون تکالیف پیشنهادی: ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و شناخت درمانی: ادامه جلسات می تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی.

نتایج

بیشترین فراوانی ۹ نفر (۴۵ درصد) مربوط به افراد با میزان تحصیلات دیپلم و کمترین فراوانی ۱ نفر (۵ درصد) به طور هم زمان مربوط به افراد با میزان تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد بود. در گروه کنترل نیز بیشترین فراوانی ۷ نفر (۳۵ درصد) مربوط به افراد با میزان تحصیلات دیپلم و کمترین فراوانی ۱ نفر مربوط به افراد با میزان تحصیلات کارشناسی ارشد و دکتری (۵ درصد) بود. آزمودنی های دو گروه (۱۵ نفر گروه

در این مطالعه تعداد ۳۰ زن دارای کودکان مبتلا کم توان جسمی - حرکتی (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) از نظر وضعیت تأهل شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش) بیشترین فراوانی ۱۱ نفر (۷۵ درصد) مربوط به افراد متأهل بود، در گروه کنترل نیز بیشترین فراوانی ۱۳ نفر (۸۵ درصد) مربوط به افراد متأهل بود. از نظر میزان تحصیلات شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش)

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کنترل $35/4 \pm 1/77$ می باشد.

کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) در دامنه سنی ۲۰-۴۵ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان تعهد مبتنی بر پذیرش) $35/5 \pm 90/09$ ، میانگین و

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری امید به زندگی و تحمل پریشانی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل			گروه آزمایش			شاخص	متغیر وابسته
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون		
۵۵/۴۷	۵۷/۰۳	۵۹/۲۳	۷۰/۱	۷۰/۰۳	۶۰/۲۷	میانگین	امید به
۳/۴۶	۳/۵۸	۱/۷۷	۲/۵۲	۲/۵۹	۱/۳۹	انحراف معیار	زندگی
۳۰/۷۷	۲۶/۷۳	۳۲/۸۳	۷۲/۸۷	۶۳/۸۷	۳۲	میانگین	تحمل
۷/۴۶	۷/۵۴	۵/۵۳	۲/۸۵	۴/۱۳	۲/۴۲	انحراف معیار	پریشانی

بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نمی باشد ($P < 0/001$ ، $F_{6, 24373/13} = 7/19$ ، $F_{6, 45/7}$ (Box-M). سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موجلی برای همه متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای متغیرهای تحمل پریشانی و امید به زندگی برقرار نیست ($P > 0/001$) و باید از نتایج تصحیح شده گرین هاوس گیسر استفاده کرد. سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد این مفروضه برای مؤلفه های تحمل پریشانی و امید به زندگی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار می باشد ($P < 0/05$). نتایج بررسی این پیش فرض در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان داد که در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت محسوسی مشاهده نمی شود همچنین بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش نیز تفاوت قابل ملاحظه ای دیده نمی شود که این مطلب همگن بودن گروه کنترل و آزمایش را تایید می کند. در گروه آزمایش میانگین متغیرهای « امید به زندگی » و « تحمل پریشانی » در حالت پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که می تواند حاکی از اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر متغیرهای امید به زندگی و تحمل پریشانی باشد.

ابتدا پیش فرض های تحلیل واریانس اندازه گیری تکراری بررسی می شود. نتایج آزمون شاپیرو ویلکس نشان داد که متغیرهای وابسته نرمال هستند ($P > 0/05$). نتایج آزمون ام باکس جهت

جدول ۳. نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا

مؤلفه ها	حالت	آماره لون	Df ۱	Df ۲	سطح معناداری
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۴/۳۸۹	۱	۵۸	۰/۱۰۱

۰/۹۱۸	۵۸	۱	۰/۲۰۰	پس آزمون	
۰/۷۰۴	۵۸	۱	۰/۶۳۸	پیگیری	
۰/۲۴۱	۵۸	۱	۴/۳۸۹	پیش آزمون	
۰/۵۲۸	۵۸	۱	۰/۲۰۰	پس آزمون	امید به زندگی
۰/۳۱۴	۵۸	۱	۰/۶۳۸	پیگیری	

پیلایی) و اثر تعاملی زمان و گروه (۰/۹۵۹= مجذور اتا، $P < 0/001$ ، $F=95/948$) اثر پیلایی) معنی دار می باشد. نتایج آزمون های چند متغیری به صورت کامل در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون های چند متغیری نشان داد که ارائه درمان تعهد مبتنی بر پذیرش در عامل گروه (۰/۹۷۲= مجذور اتا $P < 0/001$ ، $F=324/388$) و در عامل زمان (۰/۹۷۵= مجذور اتا، $P < 0/001$ ، $F=162/872$) اثر

جدول ۴. نتایج آزمون های چند متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر ابعاد مورد بررسی

منبع تغییرات واریانس	آزمون	مقدار	F	Si g	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۷۲	۳۲۴/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
	لامبدای ویلکز	۰/۰۲۸	۳۲۴/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
	اثر هاتلینگ	۳۵/۲۶۰	۳۲۴/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
	بزرگترین ریشه روی	۳۵/۲۶۰	۳۲۴/۳۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
زمان	اثر پیلایی	۰/۹۷۵	۱۶۲/۸۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵
	لامبدای ویلکز	۰/۰۲۵	۱۶۲/۸۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵
	اثر هاتلینگ	۳۹/۷۲۵	۱۶۲/۸۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵
	بزرگترین ریشه روی	۳۹/۷۲۵	۱۶۲/۸۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵
زمان × گروه	اثر پیلایی	۰/۹۵۹	۹۵/۹۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹
	لامبدای ویلکز	۰/۰۴۱	۹۵/۹۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹
	اثر هاتلینگ	۲۳/۴۰۲	۹۵/۹۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹
	بزرگترین ریشه روی	۲۳/۴۰۲	۹۵/۹۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹

گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای تحمل پریشانی ($P < 0/001$ ، $F=269$)، امید به زندگی ($P < 0/001$)، $F=67/69$) معنی دار است. اثر تعاملی زمان × گروه نیز معنادار

سپس نتایج آزمون اثر بین گروهی نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر امید به زندگی ($P < 0/001$)، $F=51433/2$)، تحمل پریشانی ($P < 0/001$)، $F=704/8$) تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون

است که نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون جهت مقایسه اثر درون گروهی و بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذور	F	Sig	مجذورات
امید به زندگی	گروه	۴۴۰۰/۵	۱	۴۴۰۰/۵	۵۱۴۳۳/۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	زمان	۵۳۷/۲۱	۲	۲۶۸/۶	۶۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۹
	زمان × گروه	۱۸۱۶/۴۷	۲	۹۰۸/۲۳	۲۲۸/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۸
تحمل پریشانی	گروه	۳۰۷۳۲/۸	۱	۳۰۷۳۲/۸	۷۰۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
	زمان	۱۱۶۹۶/۱	۲	۵۸۴۸	۲۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲۳
	زمان × گروه	۱۶۵۴۷	۲	۸۲۷۳/۵	۳۸۰/۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۸

و پیگیری دو به دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۶ گزارش شده است.

پس از اینکه اثرات زمان، گروه و تعاملی معنادار شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش آزمون، پس آزمون

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در طی زمان

تحمل پریشانی			امید به زندگی			مقایسه
سطح معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	سطح معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	
۰/۰۰۱	۱/۰۱	۱۲/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲۴	۳/۷۸	پیش آزمون- پس آزمون
۰/۰۰۱	۰/۴۵۳	۶/۵۱	۰/۵۵۷	۰/۴۲۷	۰/۲۵۰	پس آزمون- پیگیری
۰/۰۰۱	۰/۹۶۸	۱۹/۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷	۳/۵۳	پیش آزمون- پیگیری

بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد به عبارت دیگر در طی زمان تحمل پریشانی افزایش یافته است.

یافته‌ها در جدول ۶ نشان می‌دهد بین پیش آزمون-پس آزمون در هر دو متغیر امید به زندگی و تحمل پریشانی تفاوت معنادار وجود دارد به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می‌گیرد. همچنین بین پیش آزمون-پس آزمون نیز در هر دو متغیر امید به زندگی و تحمل پریشانی تفاوت معنادار وجود دارد به عبارت دیگر اثر زمان مورد تایید قرار می‌گیرد. بین پس آزمون و پیگیری متغیر امید به زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد به عبارت دیگر امید به زندگی در طی زمان تثبیت شده است. در مورد متغیر تحمل پریشانی

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر بهبود متغیرهای روان‌شناختی (امید به زندگی و تحمل پریشانی) در مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات

ناشی از این وضعیت و همچنین آسیب‌پذیر بودن دستخوش تغییر می‌شود.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت روانشناسی مبتنی بر تعهد و پذیرش جای تمرکز بر آسیب‌شناسی، بر این عقیده است که با تأکید بر مقاومت درونی، افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش می‌تواند به انسان‌ها کمک کرد تا با شرایط زندگی پیچیده، دشوار و استرس‌آمیز و با فقدان‌ها و دردها سازگار شوند و از آن‌ها نجات یابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تأکید بر درد و رنج می‌آموزد که چگونه می‌توان درد را پذیرفت و چگونه می‌توان به امیدواری دست‌یافت که این موضوع در والدین کودکان با اختلال جسمی و حرکتی بسیار مهم است (۳۲).

مروری بر شواهد موجود در خصوص وضعیت روحی و روانی والدین کودکان دچار عقب‌ماندگی و اختلال جسمی و حرکتی نشان می‌دهد که منشأ بسیاری از حالات نامتعادل روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی، یأس، احساس تنهایی است و همچنین درمان‌های حمایتی و مبتنی بر پذیرش موفقیت‌آمیز و کاهش آمال این والدین است که می‌تواند خطر عوارض جدی همچون افسردگی، رفتارهای خود آسیب‌رسان و خودکشی را کاهش دهد. در حرکت از سوی دیدگاه‌های بیماری محور به سوی دیدگاه‌های سلامت‌محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شعار تمرکز و پرورش توانمندی‌ها، فضیلت‌ها و هیجان‌های مثبت نقش بسزایی در پژوهش‌های مختلف داشته است (۲۸). بر اساس پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است پذیرش و افزایش انعطاف‌پذیری سپری در برابر بیماری‌ها و عامل مهمی برای تحمل پریشانی و رفع ناامیدی است (۳۳).

در تبیین این نتیجه باید گفت این روش، کمتر بر کاهش نشانه و بیشتر برافزایش سازگاری اجتماعی - عاطفی متمرکز است و سرانجام، بیشتر مراجع می‌خواهند تنیدگی و پریشانی خود را کاهش دهند؛ ولی تصورشان این است که برای این کار، ابتدا باید محتوای فکر خود را تغییر دهند. در حقیقت، در روش (ACT) مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهند مراجع افکار خود را به جای تغییر و کاهش نشانه بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز کند. هدف پذیرش آن است که فرد تمام تجارب درونی ارائه‌شده یعنی افکار،

فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل مادران کودکان کم‌توان جسمی - حرکتی می‌باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها باهم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان تعهد مبتنی بر پذیرش بر بهبود امید به زندگی و تحمل پریشانی تأثیر معنی‌داری دارد ($P < 0/001$). از جمله پژوهش‌های همسو در داخل کشور نتایج پژوهش‌های زرلینگ و همکاران (۲۰۱۹) (۲۷)؛ نلسون و همکاران (۲۰۱۹) (۲۸)؛ هادیان و همکاران (۱۳۹۸) (۲۹)؛ همسو است. همچنین با پژوهش‌های رستمی و همکاران، ۲۰۱۷ (۳۰)؛ کاریدو، کاستانو، ۲۰۱۷ (۳۱)؛ همسو می‌باشد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله عناصری است که توانسته است بر میل و رغبت درونی افراد در انجام و یا عدم انجام یک عمل خاص، همچنین برقرار گرفتن بر یک مسیر و یا قرار نگرفتن در آن مسیر از طریق تغییر در امید به نتایج درمان، تغییر در نوع تفکر (مثبت و منفی) و تغییر در منبع کنترل، داشتن هدف و هدف‌گذاری، توانایی دریافتن مسیر مناسب، دعا و توکل بر منبع هستی آفرین، مؤثر واقع گردد. در واقع می‌توان گفت که بر اساس نتایج این پژوهش و مباحث مطروحه در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (امید، تفکر مثبت و منفی، پذیرش، هدف و هدف‌گذاری، راهیابی، دعا و نیایش و توکل) پس از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سپس مقایسه‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییرات معناداری در تنیدگی والدگری، سازگاری اجتماعی - عاطفی، امید به زندگی و تحمل پریشانی در مادران کودکان کم‌توان جسمی - حرکتی محرک گروه آزمایش مشاهده شده است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که چگونگی واکنش فرد در مقابل تغییرات و مشکلات زندگی از جمله عواملی است که به طور مستقیم بر سلامتی فرد اثر می‌گذارد. مادران کودکان کم‌توان جسمی - حرکتی به دلیل سختی مراقبت از این کودکان، نگاه اطرافیان و کاهش توانایی‌هایشان به مرور زمان و فرسایش روحی و جسمانی

اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی مادران کودکان کم توان جسمی - حرکتی انجام شده است شرایط یادشده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، امید به زندگی و تحمل پریشانی را بر روی والدین کودکان انواع دیگر اختلالات اجرا کنند.

تشریح و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن و مسئولین مدرسه کودکان کم توان جسمی - حرکتی واقع در شهرک غرب تهران جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

احساسات، خاطرات و احساسات بدنی را بدون نیاز به دفاع در برابر آن‌ها بپذیرد. این درمان از طریق مداخلات مربوط به گسلس شناختی به دنبال آن است که به مراجعان کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به‌جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیای مستقیماً تجربه‌شده بیابند. این شیوه، نوع دیگری از خود را به نام خود به‌عنوان زمینه (حس متعالی از خود) معرفی می‌کند. منظور از این اصطلاح، معنا و حسی از خود به‌صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی رخ می‌دهند. روش (ACT) مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجارب در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به مراجعان کمک می‌کنند تغییرات دنیا را به‌طور واقعی تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن آن‌ها را می‌سازد (۳۳). در نهایت باید گفت اگرچه نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش در راستای نتایج مطالعات گذشته بود اما باین‌حال بیان چنین نتایجی مستلزم پژوهش‌های آتی بیشتری در این زمینه می‌باشد. چرا که پژوهش حاضر نیز مانند اغلب مطالعات آزمایشی با برخی محدودیت‌ها عبارت‌اند از محدودیت اول مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای

References

- Jenkin E, Wilson E, Campain R, Clarke M. The Principles and Ethics of Including Children with Disability in Child Research. *Children & Society*. 2020 Jan; 34(1):1-6.
- Ogourtsova T, O'Donnell M, De Souza Silva W, Majnemer A. Health coaching for parents of children with developmental disabilities: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2019 Nov; 61(11):1259-65.
- Baghaei-Moghadam G. The effectiveness of life skills training on anxiety, happiness and anger control of adolescence with physical-motor disability. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2012 Feb 1; 5(4):305-10.
- Alwhaibi RM, Zaidi U, Alzeiby I, Alhusaini A. Quality of Life and Socioeconomic Status: A Comparative Study among Mothers of Children with and without Disabilities in Saudi Arabia. *Child Care in Practice*. 2020 Jan 2; 26(1):62-80.
- Roberts K. The Psychological and physical health, stress and needs of caregivers of children with disabilities enrolled in family-centered support programs (Doctoral dissertation, Lethbridge, Alta.: University of Lethbridge, Faculty of Education).
- Petrova EA, Potashova II, Kozyakov RV. Modern technologies of working with families of children with disabilities. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2016 Oct 17; 233:231-5.
- Sangani A, Ramak N, Rahmani M. Comparison of anger level, parental tension and coping strategies with the stress of the mothers of mentally retarded children with normal children's mothers. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2018 Mar 10; 3(2):103-18.

8. Esmaeili Ghazi Valuei F, Ghomi M, Jamali A, Shafiee Z. Effectiveness of Existential Group Psychotherapy on Psychological Well-Being and Distress Tolerance of Physical-Motor Disabled. *Quarterly Journal of Social Work*. 2017 Sep 10; 6(2):24-34.
9. Wild ND, Paivio SC. Psychological adjustment, coping, and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2004 Jun 21; 8(4):97-122.
10. Marini CM, Fiori KL, Wilmoth JM, Kaiser AP, Martire LM. Psychological adjustment of aging Vietnam veterans: the role of social network ties in reengaging with wartime memories. *Gerontology*. 2020; 66(2):138-48.
11. Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, and Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*. 2017 Apr 1; 389(10076):1323-35.
12. Kausar S, Jevne RF, Sobsey D. Hope in families of children with developmental disabilities. *Journal on developmental disabilities*. 2013; 10(1):35-46.
13. Safara M, Khanbabaee M, Khanbabaee M. The Effect of Spiritual Skills Training on the State of Hope in Mothers with Intellectual Disabled Children. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*:0-.
14. Fereydooni A, Heidari A, Eftekhari Saadi Z, Ehteshamzadeh P, Pasha R. Comparison of Effectiveness of Mindfulness and Happiness Training in Promoting Parent-Child Interaction Case Study: Mothers of Anxious Preschool Children in Shahrekord city, Southwest of Iran, 2018. *Journal of Community Health Research*. 2020 Feb 10; 9(1):37-45.
15. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies—republished article. *Behavior therapy*. 2016 Nov 1; 47(6):869-85.
16. Heidari A, Heidari H, Davoudi H. Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the physical and psychological marital intimacy of women. *International Journal of Educational and Psychological Researches*. 2017 Jul 1; 3(3):163.
17. Pots WT, Fledderus M, Meulenbeek PA, Peter M, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2016 Jan; 208(1):69-77.
18. Villatte JL, Vilardaga R, Villatte M, Vilardaga JC, Atkins DC, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2016 Feb 1; 77:52-61.
19. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D, Shand F. Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2017 Dec; 11(1):27.
20. Snyder C R, Lopez SJ. *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York, sage publication Inc. 2007.
21. Lopez SJ, Snyder CR, and Rasmussen HN, Cole BP. *Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength*.
22. Khodabakhash, R., Khosravi, Z., Shahangian, S. Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients. *Positive Psychology*, 2015; 1(1): 35-50.
23. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation & Emotion*. 2005; 29(2):83-102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3
24. Hosein Esfand Zad A, Shams G, Meysami AP, Erfan A. (The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms (Persian)). *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2017; 22(4):270-283.
25. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fad-ardi J. (Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students (Persian)). *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(2): 35-124
26. Harris R. *ACT with love: stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitm*. New Harbinger Publications; 2009 Jun 1.
27. Zarling A, Bannon S, Berta M. Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychology of violence*. 2019 May; 9(3):257.
28. Nelson CJ, Saracino RM, Napolitano S, Pessin H, Narus JB, Mulhall JP. Acceptance and Commitment Therapy to Increase Adherence to Penile Injection Therapy-Based Rehabilitation After Radical Prostatectomy: Pilot Randomized Controlled Trial. *The journal of sexual medicine*. 2019 Sep 1; 16(9):1398-408.
29. Hadyian S, Dehghani A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Assertiveness of Imposed War Veterans' daughters. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2019 Jul 10; 11(3):147-51.
30. Rostami M, Rasouli M, Kasaei A. Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly. *Journal of Applied Counseling*. 2019; 9(1):87-110.

31. Probst T, Baumeister H, McCracken LM, Lin J. Baseline psychological inflexibility moderates the outcome pain interference in a randomized controlled trial on internet-based acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Journal of clinical medicine*. 2019 Jan; 8(1):24.
32. Moslem Khani M, Ebrahimi ME, Sahebi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on happiness and hope of hamedanian multiple sclerosis patients. *Pajouhan Scientific Journal*. 2019 Mar 10; 17(2):15-23.
33. Mosher CE, Secinti E, Hirsh AT, Hanna N, Einhorn LH, Jalal SI, Durm G, Champion VL, Johns SA. Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Interference in Advanced Lung Cancer and Caregiver Distress: A Pilot Randomized Trial. *Journal of pain and symptom management*. 2019 Oct 1; 58(4):632-44.
34. Stitt A. ACT for Gender Identity: The Comprehensive Guide. Jessica Kingsley Publishers; 2020 Feb 21.

*Original Article***Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and distress tolerance in mothers of children with physical-motor disabilities**

Received: 24/04/2020 - Accepted: 01/08/2020

Yasmane Abed¹
Shahnam Abolghasemi^{2*}
Javad Khalatbari³

¹ PhD student in General Psychology,
Tonekabon Branch, Islamic Azad
University, Tonekabon, Iran..

² Associate Professor, Department of
Psychology, Tonekabon Branch,
Islamic Azad University, Tonekabon,
Iran.. (Corresponding Author)

³ Associate Professor, Department of
Psychology, Tonekabon Branch,
Islamic Azad University, Tonekabon,
Iran.

Email:
Dr_shahnam_Abolghasemi@Yahoo.com

Abstract

Introduction: Having a disabled child can be associated with experiencing negative emotions in the parents, including their mothers. Such negative emotions may include guilt, shame, sadness, anxiety and worry, anger and tension, and despair. The present study was conducted to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and distress tolerance in mothers of children with physical-motor disabilities.

Methods: The research method was semi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population was comprised of all mothers of children with physical-motor disabilities who referred to schools for physically disabled children in Tehran during April to July 2019. Purposive sampling was used to select 30 female subjects who were then randomly assigned to the experimental (n = 15) and control groups (n = 15). In the pre-test stage, Adult Hope Scale and Distress Tolerance Scale were administered. Afterwards, the experimental group was treated for 8 sessions while the control group did not receive any intervention. Finally, both groups participated in post-test and follow-up (3 months). Repeated measures analysis of variance was used to analyze the data.

Results: The results showed a significant difference between the experimental and control groups after the treatment. Consequently, the mean score of hope and distress tolerance in the experimental group increased compared to the control group ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that acceptance and commitment therapy is effective in improving hope and distress tolerance in mothers of children with physical-motor disabilities.

Keywords: hope, distress tolerance, acceptance and commitment therapy