

Research Paper

The Effect of Acceptance and Commitment Based Therapy on Psychological Distress and Negative Automatic Thoughts in Mothers of Children with Cerebral Palsy



Azadeh Tork¹, Ilnaz Sajjadian^{*2}

1. M.A. in Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran

Citation: Tork A, Sajjadian I. The effect of acceptance and commitment based therapy on psychological distress and negative automatic thoughts in mothers of children with cerebral palsy. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 6(4): 156-167.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.4.15>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Psychological distress, negative automatic thoughts, acceptance and commitment therapy

Background and Purpose: Cerebral palsy is one of the most common causes of motor disability in children which causes many psychological problems in them. Because these children need the constant care and support of their parents, they create many stresses and problems for all family members, especially the mother. The purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on psychological distress and negative automatic thoughts in mothers of children with cerebral palsy.

Method: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest and follow-up with control group. The statistical population consisted of all mothers of children with cerebral palsy in Dorud city in the academic year of 2017. Sample size in this study consisted of 30 mothers from the mentioned population who were selected by convenient sampling method and were randomly divided into experimental and control groups. Data collection tools included Brief Symptom Inventory (Derogatis, 2000) and Automatic Thoughts Questionnaire (Hollon & Kendall, 1980). Acceptance and commitment based therapy was given to the experimental group for 8 sessions of 90 minutes. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results showed that acceptance and commitment based therapy had a significant effect on decreasing the dimensions of psychological distress (somatization, depression, and anxiety) and negative automatic thoughts (amount of thoughts and beliefs about thoughts) ($p < 0.05$). The effect size for the dimensions of psychological distress were 0.66, 0.56, and 0.71, respectively, and for the dimensions of negative automatic thoughts were 0.58 and 0.73, respectively

Conclusion: The results of this study emphasize the usefulness of acceptance and commitment therapy in reducing psychological distress and negative thoughts in mothers of children with cerebral palsy, so this training can be used as an effective method of reducing Psychological problems and improve the mental health of mothers with children with cerebral palsy.

Received: 5 May 2018

Accepted: 26 Dec 2018

Available: 4 Mar 2020

* **Corresponding author:** Ilnaz Sajjadian, Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran.

E-mail addresses: I.sajjadian@gmail.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی

آزاده ترک، ایلناز سجادیان*

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درماندگی روان‌شناختی،

افکار خودآیند منفی،

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

زمینه و هدف: فلج مغزی از شایع‌ترین علل ناتوانی حرکتی در کودکان به شمار می‌رود که باعث مشکلات روان‌شناختی فراوان در آنها می‌شود. از آنجایی که این کودکان به مراقبت‌ها و حمایت‌های مستمر والدین نیاز دارند، تنیدگی‌ها و مشکلات زیادی را برای تمامی اعضای خانواده به‌خصوص مادر ایجاد می‌کنند. بدین ترتیب این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی انجام گرفت.

روش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک فلج مغزی شهرستان دورود در پاییز ۱۳۹۵ بود که از بین آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه نشانه‌شناسی مختصر (دراگوئیس، ۲۰۰۰) و پرسشنامه افکار خودآیند (هولون و کندال، ۱۹۸۰) بود. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش آموزش داده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ابعاد درماندگی روان‌شناختی (جسمانی‌سازی، افسردگی، و اضطراب) و افکار خودآیند منفی (میزان افکار و باور به افکار)، تأثیر معنی‌داری دارد ($p < 0/05$). میزان اندازه اثر برای ابعاد درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۶۶، ۰/۷۱ و برای ابعاد افکار خودآیند منفی به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۷۳ بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش سودمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی مورد تأکید قرار می‌دهد، در نتیجه می‌توان این آموزش را به‌عنوان یک روش مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روانی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی به کار برد.

دریافت شده: ۹۷/۰۲/۱۵

پذیرفته شده: ۹۷/۱۰/۰۵

منتشر شده: ۹۸/۱۲/۱۴

* نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

رایانامه: I.sajadian@gmail.com

تلفن تماس: ۰۳۱-۳۵۳۵۴۰۰۱

مقدمه

تولد کودک، عامل گسترش نسل و سبب تغییر ساختار خانواده است و به طور طبیعی هر زوجی امیدوار است که کودکی سالم داشته باشد. اما در این میان تولد یک کودک با ناتوانی تأثیر نامساعدی بر زندگی، هیجانانگیز، افکار، و رفتار اعضای خانواده دارد (۱). در میان ناتوانی‌های کودکان، فلج مغزی^۱ از شایع‌ترین علل به شمار می‌رود که باعث بروز مشکلات وضعیتی در کودک می‌شود (۲). این ناتوانی شامل اختلال در حرکت و حالت بدنی ناشی از یک مغز رشد نایافته و دارای آسیب بوده که باعث اختلالات گوناگون در هماهنگی عضلانی می‌شود (۳).

فلج مغزی نیمه بدن، نمونه‌ای از اختلالات جسمانی است که به سبب ایجاد ضایعه‌های متعدد، بر کارکرد و عملکرد بدنی این افراد تأثیر می‌گذارد (۴) و در واقع نوعی اختلال در سیستم عصبی مرکزی است که با ضایعات متعدد همراه بوده و شامل مشکلات حسی، ارتباطی و فکری می‌شود (۵). اگرچه الگوی نقابص وضعیتی و حرکتی به دلیل فقدان فعال‌سازی‌های دوطرفه عضلانی و تحول نابهنجار الگوهای حرکتی از مشخصات تعریف شده فلج مغزی است، اما تعداد زیادی از اختلالات ثانویه مانند نقایص شناختی، حسی، و روانی-اجتماعی نیز با این تشخیص همراه هستند (۶). این اختلال که در نتیجه طیف وسیعی از عوامل از قبیل مشکلات مادرزادی و ژنتیکی، التهاب، فقدان اکسیژن، حوادث آسیب‌زا، مسمومیت‌ها، و اختلالات متابولیک ایجاد می‌شود (۷)، از شایع‌ترین ناتوانی حرکتی در کودکان است که میزان شیوع آن، ۲ تا ۲/۵ نفر در هر ۱۰۰۰ کودک زنده متولد شده است (۶). در ایران نیز میزان شیوع فلج مغزی با توجه به جمعیت ۷۰۴۹۵۷۸۲، حداقل در حدود ۷۰۰۰۰ کودک است (۸).

کودکان با فلج مغزی، محدودیت‌های مشخصی در فعالیت‌های روزانه از قبیل غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام رفتن، و جابجایی دارند (۷) و محدودیت‌های موجود در این کودکان به مراقبت‌های طولانی مدت نیاز دارد که فراتر از سطح نیازهای کودکان با تحول بهنجار است و فشار زیادی را بر مراقب به طور عمده هم‌مادران، وارد می‌کند (۹). مراقبت از این کودکان در منزل تنش‌های زیادی را به وجود می‌آورد و بر روی سلامت ذهنی و جسمی مراقبت‌کنندگان اثر منفی می‌گذارد که

1. Cerebral palsy

این مسئله به نوبه خود می‌تواند از کمک به بازتوانی افراد دارای فلج مغزی ممانعت ایجاد کند (۵). همچنین تولد یک کودک مبتلا به فلج مغزی، به عنوان یک بحران می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر مادران داشته و آنها را تحت تنش‌های جسمی، روانی، و اجتماعی قرار دهد (۱۰). از آنجایی که در بیشتر خانواده‌ها، مراقبت از کودک بیشتر بر عهده مادران بوده و مسئولیت بیشتری نسبت به پدر برای نظارت بر کودک دارند، به همین جهت، مراقبت از کودک ناتوان می‌تواند تأثیر منفی بیشتری بر وضعیت روان‌شناختی مادران داشته باشد (۱۱).

گرچه برخی از مادران به خوبی با مشکلات دست و پنجه نرم می‌کنند اما به طور کلی مادران دارای کودک ناتوان، نسبت به سایر مادران، دارای اختلالات جسمی، افسردگی، اضطراب، تنیدگی، و فشارهای عصبی بیشتر و اعتماد به خود کمتری هستند. این مادران همچنین احساس تنهایی می‌کنند و در ارتباطات خود با اطرافیان، دچار مشکلاتی هستند (۹)؛ زیرا وجود کودک با اختلال فلج مغزی در خانواده، احساسات شدیدی از تنیدگی، افسردگی، و گناه ایجاد می‌کند تا جایی که این خانواده‌ها به خاطر این احساسات، فعالیت‌های اجتماعی خود را کاهش می‌دهند (۷). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند میزان شیوع افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات تحولی نسبت به مادران کودکان سالم، بیشتر است. همچنین آینده غیرقابل پیش‌بینی در مورد کودک فلج مغزی به خستگی و ایجاد تنیدگی در والدین منجر می‌شود (۱۲)؛ زیرا مادر نخستین کسی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند و احساساتی مثل گناه، تقصیر، کام‌نایافتگی، و محرومیت ناشی از بهنجار نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، پایین آمدن حرمت خود، احساس خودکم‌بینی، بی‌ارزشی، و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن، بروز افسردگی، به خطر افتادن سلامت روانی مادر، و درماندگی روان‌شناختی است (۱۳). درماندگی روان‌شناختی به صورت جسمانی‌سازی، افسردگی، و اضطراب بروز می‌کند. جسمانی‌سازی شامل ناراحتی‌های ناشی از مشکلات جسمانی مانند مشکلات قلبی-عروقی، معده و مشکلات ماهیچه‌ای می‌شود؛ افسردگی دربرگیرنده نشانه‌هایی مانند بی‌علاقگی، غمگینی، و افکار خودکشی است؛ و بالاخره اضطراب به احساسات ترس، عصبانیت،

وحشت، و تشویش مربوط می‌شود (۱۴). طبق نظریه اشنايدر (۱۵) ناامیدی و افسردگی مادر دارای کودک ناتوان، با احساس ناممکن بودن امور، احساس ناتوانی، و بی‌علاقگی به زندگی آشکار می‌شود. عود خلق منفی به هر دلیل می‌تواند نشانه‌های افسردگی را در پی داشته باشد؛ بدین معنی که با ایجاد خلق منفی، عادات قدیمی، و فکر منفی مجدداً شروع می‌شود و حالت‌های افسردگی فرد دوباره آغاز می‌شود. آرزوهای از دست رفته برای داشتن فرزند سالم به بروز واکنش‌های روان‌شناختی از قبیل شوک، انکار، خشم، اندوه و اضطراب در والدین منجر می‌شود (۱۶). از دیگر مؤلفه‌های مرتبط با افسردگی می‌توان به افکار خودآیند منفی اشاره کرد. افکار خودآیند منعکس‌کننده معنایی است که فرد به موقعیتی خاص می‌دهد و با پاسخ هیجانی و رفتاری به آن موقعیت ارتباط تنگاتنگ دارد. علاوه بر این، افکار خودآیند، نقش مهمی در فرآیند درمانی دارند و به عنوان گذرگاهی برای دسترسی به سیستم شناختی استفاده شده و به درک باورهای بنیادین به عنوان پایه برخی اختلال‌های روان‌شناختی، کمک می‌کنند (۱۷)، بنابراین از آنجا که این متغیر با ارزیابی منفی افراد از خود، جهان، و آینده همراه است می‌تواند در بروز رفتارهای سازش‌نا یافته نقش داشته باشد (۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نقش باورهای افراد در بیماری و تغییر باورها و ادراکات آنها می‌تواند زندگی بهتر و سازش‌یافته بیشتری به همراه داشته باشد (۱۹).

از دهه ۱۹۷۰ آموزش و مشاوره با والدین کودکان با نیازهای خاص به دلیل نقش اساسی آن در پیشرفت هرگونه برنامه مداخله‌ای و تأثیر مستقیم بر تحول هیجانی - شناختی کودک، مورد توجه ویژه قرار گرفته است (۲۰). از طرفی دریافت درمان‌های مختلف از قبیل دارو، جراحی، و برنامه‌های مکرر توانبخشی برای والدین علاوه بر فشارهای مالی، مشکلات جسمی و اجتماعی نیز ایجاد می‌کند. خانواده‌ها دائماً از رفت و آمد به کلینیک و حضور در مراکز درمانی شکایت می‌کنند که بیشتر اوقات، مادران برای انجام این درمان‌ها اقدام می‌کنند و شاید همین عامل به بروز خستگی و مشکلات بیشتر در مادران منجر می‌شود (۱۲). یکی از درمان‌هایی که اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۲۱)، که این درمان در میان روی‌آوردهای روان‌شناختی موج سوم، از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای تشنگر زندگی، برخوردار است (۱۹). در نتیجه

یکی از این روش‌های جالب که موج سوم روی‌آوردهای شناختی - رفتاری است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که زمینه پژوهش‌های گسترده‌ای را با خود به همراه آورده است و حمایت‌های تجربی مطلوبی را به دست آورده است. در روش‌های درمانی گذشته با تغییر رفتار مراجع، به دنبال تغییر پس‌خوراند و فکر ناکارآمد بیمار هستیم، اما در درمان پذیرش و تعهد در جهت کاهش رنج‌های بیمار و خارج از ذهن شدن و وارد زندگی خود شدن، تلاش می‌شود (۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند اصلی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند اصلی عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، خود به عنوان زمینه، و عمل متعهدانه. این درمان اجتناب از درد و تنیدگی را مشکل اصلی افراد می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرد و نامناسب بر رفتار می‌گذارند؛ بنابراین شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آنها اجتناب شده است (۲۳).

از زمان ظهور و گسترش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استقبال روز افزونی از این روش درمانی توسط پژوهشگران شده است. مروری بر پژوهش‌های انجام شده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنیدگی والدگری، درماندگی روان‌شناختی، و افکار خودآیند منفی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (۲۴)، بر افسردگی و اضطراب مادران دارای کودک فزون‌کنش (۲۵)، بر روابط خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی (۲۶)، بر بهبود عملکرد کودکان، افزایش کیفیت زندگی و تنظیم روابط والدین خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی (۲۷)، بر بهبود سلامت روانی والدین دارای کودکان مبتلا به طیف اوتیسم (۲۸)، و بر کاهش احساس استیصال روانی و بروز افکار منفی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (۲۹)، اثربخش بوده است؛ اما درباره تأثیر این شیوه بر مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی، پژوهش‌های چندانی صورت نگرفته است و از آنجایی که فلج مغزی بعد از کم‌توانی ذهنی و اوتیسم، سومین تشخیص شایع در میان نارسایی‌های تحولی است (۳۰)، در نتیجه پرداختن به آن حائز اهمیت فراوان است. همچنین به منظور رفع محدودیت‌های روان‌درمانی

درصد)؛ و تعداد افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر، ۸ نفر (۲۶/۶۷ درصد) بودند.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه نشانه‌شناسی مختصر^۱: این پرسشنامه توسط دروگاتیس (۳۱) به منظور اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی طراحی شده است و شامل ۳ بعد است: جسمانی‌سازی (۶ گویه)، اضطراب (۶ گویه)، و افسردگی (۶ گویه). پرسشنامه نشانه‌شناسی شامل ۱۸ گویه است که هر گویه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای، نمره‌گذاری می‌شود و نمره شاخص شدت کلی، با جمع همه گویه‌ها به دست می‌آید. دامنه نمرات این مقیاس از ۰ تا ۱۷۲ است و کسب نمره بالا در این پرسشنامه نشانه درماندگی روان‌شناختی بیشتر است. گالدون و همکاران (۳۲) در پژوهشی روی نمونه ۱۷۵ نفری از بیماران مبتلا به سرطان سینه، سه عامل جسمانی‌سازی، اضطراب، و افسردگی را تأیید کردند. همچنین در پژوهش رکلیتیس و همکاران (۳۳) نیز که به روش تحلیل عامل تأییدی انجام گرفت این سه عامل تأیید شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف بررسی شده که همگی حاکی از نتایج مثبت و معنادار است. در پژوهش آندریو و همکاران (۳۴) همسانی درونی مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای نمره کل درماندگی روان‌شناختی و برای هر یک از ابعاد جسمانی‌سازی، افسردگی، و اضطراب به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۸، ۰/۷۱ برآورد شده است. همچنین در این پژوهش ضریب اعتبار این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ برای نمره کل و هر یک از ابعاد آن به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۲، ۰/۸۰ و ۰/۵۸ به دست آمد.

۲. پرسشنامه افکار خودآیند^۲: این پرسشنامه توسط هولون و کندال (۳۵) به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است. پرسشنامه افکار خودآیند منفی شامل ۳۰ سوال است که در آن نمونه‌هایی از افکار خودآیند بیماران افسرده ارائه شده است. آزمودنی‌ها با توجه به باور فرد به این افکار و میزان بروز آن طی یک هفته گذشته، گزینه‌هایی را که با نمرات ۱ تا ۵ مشخص شده است، انتخاب می‌کنند. در پژوهش هولون و کندال (۳۵)، ثبات درونی این پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف بررسی شده که همگی ناشی از نتایج مثبت و

فردی مانند هزینه بالا و میزان زمان مورد نیاز و با در نظر گرفتن مزیت‌های روان‌درمانی گروهی مثل پویایی گروهی و تسهیل تخلیه هیجانی، نیاز به مداخله درمانی پذیرش و تعهد برای مادران دارای کودک با فلج مغزی، دوجندان می‌شود. بدین ترتیب مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این پژوهش با طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه انجام شد. متغیر مستقل در این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که فقط در گروه آزمایش اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران دارای کودک فلج مغزی مراجعه‌کننده به کلینیک توانبخشی و بهزیستی شهرستان دورود (از شهرهای شرق استان لرستان) در پاییز ۱۳۹۵ بود. برای انتخاب نمونه در این پژوهش از میان این مادران، آنهایی که ملاک‌های ورود به پژوهش را نیز داشتند با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تمایل آگاهانه مادران به شرکت در پژوهش، دامنه سنی مادران بین ۲۵-۴۵ سال، دامنه سنی کودکان مبتلا به فلج مغزی بین ۳ تا ۱۲ سال، تشخیص قطعی فلج مغزی توسط متخصص مغز و اعصاب و یا متخصص اطفال، و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی برای مادران بودند. همچنین غیبت بیش از دو جلسه مادران، عدم تمایل به همکاری در جلسات، و ابتلای مادران به اختلالات حاد روان‌پزشکی، به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ۳۰ درصد (۹ نفر) از مادران در گروه سنی ۲۵-۳۵ سال و ۷۰ درصد (۲۱ نفر) در گروه سنی ۳۶-۴۵ سال بودند. همچنین از نظر تحصیلات تعداد افراد زیر دیپلم و فوق دیپلم، ۱۳ نفر (۴۳/۳۳ درصد)، تعداد افراد دارای مدرک کارشناسی، ۹ نفر (۳۰

معنی دار است. در پژوهش بابامیری و همکاران (۱۸) اعتبار این ابزار به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای میزان افکار خودآیند منفی و ۰/۹۵ برای باور به افکار خودآیند منفی به دست آمده است. کاظمی، بنی‌جمالی، احدی، و فرخی (۳۶) نیز با اجرای مجدد این آزمون در فاصله دو هفته بر روی ۳۰ دانش آموز دختر و پسر دبیرستانی، ضریب پایایی ۰/۸۷ را برای باورها و ضریب ۰/۸۵ را برای فراوانی بروز باورها به دست آورد. در پژوهش حاضر اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای

میزان افکار خودآیند منفی ۰/۹۰ و برای باور به افکار خودآیند منفی ۰/۹۲ به دست آمد.

(ج) برنامه مداخله‌ای: برای آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش از بسته آموزشی هیز (۲۱ و ۳۲) استفاده شد. این برنامه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار و به صورت گروهی توسط کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دارای مجوز دوره درمانی پذیرش و تعهد در مرکز بهزیستی شهرستان دورود برگزار شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	محتوای جلسات
جلسه یکم	آشنایی و معارفه	آشنایی، برقراری رابطه درمانی و توضیح درباره اصول گروه، بحث در مورد ناتوانی فرزند و مشکلات ناشی از آن برای مادران
جلسه دوم	ایجاد درماندگی خلاق	ایجاد درماندگی خلاق، بیان استعاره چاه، انجام تمرین ذهن آگاهی، ارائه تکلیف جلسه بعد
جلسه سوم	آشنایی با مفاهیم مهارگری و پذیرش	بازنگری تکالیف جلسه قبل، معرفی مهارگری به عنوان مشکل اصلی، استفاده از استعاره کیک شکلاتی، بیان مفهوم پذیرش، انجام تمرین ذهن آگاهی، ارائه تکلیف جلسه بعد
جلسه چهارم	آشنایی با مفهوم گسلش شناختی	بازنگری تکالیف جلسه قبل، بیان مفهوم گسلش و کاربرد تکنیک‌های مربوطه، انجام تمرین ذهن آگاهی، ارائه تکلیف جلسه بعد
جلسه پنجم	آشنایی با مفهوم خود به عنوان زمینه	بازنگری تکالیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود، ارائه تکلیف جلسه بعد
جلسه ششم	آشنایی با مفهوم ارزش‌ها	بازنگری تکالیف جلسه قبل، گزارش پیشرفت درمان توسط بیماران و بیان تجربیات کسب شده در طی درمان، آشنایی با مفهوم ارزش‌ها، بیان استعاره پیتزا و سفر، ارائه تکلیف جلسه بعد
جلسه هفتم	آشنایی با مفهوم تعهد	بازنگری تکالیف جلسه قبل با تاکید بر یافتن ارزش‌ها، معرفی مفهوم تعهد، ارائه تکلیف جلسه بعد
جلسه هشتم	بازنگری و ارزیابی نهایی	بازنگری تکالیف جلسه قبل با تاکید بر مفهوم تعهد، بیان مفهوم عود، جمع‌بندی استفاده از این برنامه، پایان درمان

(د) روش اجرا: برای انجام پژوهش حاضر ابتدا هماهنگی‌های لازم با مرکز بهزیستی و توانبخشی شهرستان دورود انجام شد و قبل از اجرای مداخله، شرکت‌کنندگان به صورت گروهی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. سپس مادران گروه آزمایش تحت برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پژوهش حاضر اصول اخلاقی به طور کامل رعایت شد، به طوری که به افراد نمونه اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. شرکت‌کنندگان به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند و گروه آزمایش با رضایت آگاهانه در جلسات مداخله شرکت کردند و آزادی عمل داشتند که هر موقع بخواهند از

گروه خارج شوند. همچنین شرکت‌کنندگان گروه گواه تا پایان مرحله پیگیری در فهرست انتظار باقی ماندند و بعد از اتمام پیگیری به صورت فشرده در جلسات آموزشی شرکت کردند. لازم به ذکر است که داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس اندازه‌های تکراری) به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی ابعاد درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی در گروه‌های پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی ابعاد درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی در گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری یک ماهه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
جسمانی‌سازی	آزمایش	۱۴/۶	۳/۴۵	۸/۷۳	۳/۴	۳/۶
	گواه	۱۳/۸	۴/۱۱	۱۳/۶۴	۴/۱۶	۴/۰۷
افسردگی	آزمایش	۱۷/۸۷	۴/۸۵	۱۱/۲	۳/۷	۳/۷۹
	گواه	۱۶/۱۴	۲/۹	۱۶/۷۱	۲/۸	۲/۶۴
اضطراب	آزمایش	۱۶/۱۳	۳/۴۴	۱۰/۲۷	۳/۴۷	۳/۴۷
	گواه	۱۴/۷۱	۴/۰۶	۱۴/۸۵	۳/۵۴	۳/۵۷
میزان افکار	آزمایش	۹۹/۴۷	۱۳/۰۷	۶۷/۹۳	۲۴/۰۵	۲۳/۵۶
	گواه	۱۰۳	۱۴/۸	۱۰۳/۲۱	۱۵/۸۹	۱۵/۱۷
افکار خودآیند منفی	آزمایش	۱۰۸/۸	۲۰/۵۲	۷۳/۸	۲۶/۰۲	۲۵/۶۶
	گواه	۷۷/۰۰۶	۱۳/۹	۵۷/۰۷	۱۴/۹۶	۱۳/۹۴

کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده است. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرین‌هاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی برای همه متغیرهای پژوهش برقرار نبود ($P < ۰/۰۵$)، بنابراین نتایج گرین‌هاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری گزارش شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در ابعاد درماندگی روان‌شناختی و ابعاد افکار خودآیند منفی در سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۲، نمرات میانگین در همه ابعاد درماندگی روان‌شناختی، یعنی جسمانی‌سازی، افسردگی، و اضطراب و ابعاد افکار خودآیند منفی (فراوانی افکار و باور به افکار)، در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است.

قبل از اجرای آزمون استنباطی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در ابعاد درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی در سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون، و پیگیری

مرحله	منبع تغییر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجموع مجذورات	F	Sig	میزان تأثیر	توان آماری
جسمانی‌سازی	مراحل	۱۸۲/۹۵۳	۱/۵۱۴	۱۲۰/۸۱	۴۳/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	۱/۰۰
	گروه‌ها	۱۸۶/۷۲۲	۱	۱۸۶/۷۲۲	۴/۷۷۳	۰/۰۳۸	۰/۱۵	۰/۵۶
افسردگی	مراحل × گروه	۱۴۶/۹۵۳	۱/۵۱۴	۹۷/۰۴	۳۵/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶۵	۱/۰۰
	مراحل	۱۹۲/۶۹۲	۱/۴۱۴	۱۳۶/۲۳۰	۴۱/۰۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۱/۰۰
اضطراب	گروه‌ها	۱۹۶/۱۳۸	۱	۱۹۶/۱۳۸	۵/۸۷۸	۰/۰۲۲	۰/۱۷۹	۰/۶۴۷
	مراحل × گروه	۲۴۳/۱۷۵	۱/۴۱۴	۱۷۱/۹۲۰	۵۱/۸۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۱/۰۰
میزان افکار	مراحل	۱۵۸/۲۹۳	۱/۲۵۵	۱۲۶/۱۷۳	۶۰/۸۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳	۱/۰۰
	گروه‌ها	۱۴۰/۱۹۶	۱	۱۴۰/۲۹۶	۳/۸۷	۰/۰۵۹	۰/۱۲۵	۰/۴۷۵
	مراحل × گروه	۱۷۰/۴۳۱	۱/۲۵۵	۱۳۵/۸۴۸	۶۵/۵۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۸	۱/۰۰
	مراحل	۴۶۷۹/۸۰۴	۱/۰۴۴	۴۴۸۱/۱۳۵	۳۵/۳۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷	۱/۰۰

۰/۹۶۱	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱	۱۴/۹۰۷	۱۳۵۲۹/۳۵۳	۱	۱۳۵۲۹/۳۵۳	گروه‌ها
۱/۰۰	۰/۵۸۳	۰/۰۰۱	۳۷/۷۰۵	۴۷۷۵/۱۷۹	۱/۰۴۴	۴۹۸۶/۸۸۴	مراحل × گروه
۱/۰۰	۰/۶۹۸	۰/۰۰۱	۶۲/۲۸۰	۷۱۴۹/۰۶۷	۱/۱۳۴	۵۶۳۴/۷۵۸	مراحل
۰/۸۶۴	۰/۲۷۲	۰/۰۰۴	۱۰/۰۷۳	۱۱۲۳۱/۸۳۵	۱	۱۱۲۳۱/۸۳۵	گروه‌ها
۱/۰۰	۰/۷۳۳	۰/۰۰۱	۷۴/۲۸۵	۵۹۲۹/۳۳۵	۱/۱۳۴	۶۷۲۰/۹۶۵	مراحل × گروه

پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($P=۰/۰۰۱$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود ابعاد درماندگی روان‌شناختی و ابعاد افکار خودآیند منفی در مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی مؤثر بوده است.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار شده است، بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۴ گزارش شده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳، تفاوت بین نمرات مولفه‌های درماندگی روان‌شناختی شامل جسمانی‌سازی ($p=۰/۰۰۱$)، افسردگی ($p=۰/۰۰۱$)، اضطراب ($p=۰/۰۱$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. همچنین میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار به دست آمده است ($p<۰/۰۵$). نتایج نشان داده است که به ترتیب نزدیک به ۱۵، ۱۷/۹، ۱۲/۵ درصد از تفاوت‌های فردی در ابعاد درماندگی روان‌شناختی شامل جسمانی‌سازی، افسردگی، و اضطراب به تفاوت بین دو گروه مربوط است. همچنین ۳۵/۶ درصد از تفاوت‌های فردی در میزان افکار و ۲۷/۲ درصد از باور به افکار، به تفاوت گروه‌ها ارتباط دارد. علاوه بر این تعامل بین مراحل

جدول ۴: مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در سه مرحله پژوهش در ابعاد درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی

فاصله اطمینان		معنی داری	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	متغیرها
حد بالا	حد پایین					
۴/۱۲۱	۱/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳	۳/۰۴	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	جسمانی‌سازی
۴/۲۳۱	۱/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸	۳/۱۱۴	پیش‌آزمون- پیگیری	
۰/۷۱۵	-۰/۵۶۷	۱/۰۰	۰/۲۵۱	۰/۰۷۴	پس‌آزمون- پیگیری	
۴/۰۱۷	۲/۰۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۰	۳/۰۴۸	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	افسردگی
۴/۵۶۱	۱/۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۰	۳/۲۶۰	پیش‌آزمون- پیگیری	
۰/۹۴۳	-۰/۵۱۹	۱/۰۰	۰/۲۸۶	۰/۲۱۲	پس‌آزمون- پیگیری	
۳/۸۴۳	۱/۸۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۸	۲/۸۶۲	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	اضطراب
۳/۶۴۶	۲/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶	۲/۸۶۴	پیش‌آزمون- پیگیری	
۰/۴۲۹	-۰/۴۲۴	۱/۰۰	۰/۱۶۷	۰/۰۰۲	پس‌آزمون- پیگیری	
۲۲/۲۴۹	۹/۰۷۰	۰/۰۰۱	۲/۵۸۲	۱۵/۶۶۰	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	میزان افکار
۲۲/۱۷۴	۸/۸۰۱	۰/۰۰۱	۲/۶۱۴	۱۵/۴۷۴	پیش‌آزمون- پیگیری	
۰/۹۵۴	-۱/۳۲۵	۱/۰۰	۰/۴۴۶	-۰/۱۸۶	پس‌آزمون- پیگیری	
۲۲/۳۷۱	۱۱/۷۷۲	۰/۰۰۱	۲/۰۷۶	۱۷/۰۷۱	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	باور به افکار
۲۲/۶۰۲	۱۱/۵۸۳	۰/۰۰۱	۲/۱۵۹	۱۷/۰۹۳	پیش‌آزمون- پیگیری	
۱/۶۳۶	-۱/۵۹۳	۱/۰۰	۰/۶۳۲	۰/۰۲۱	پس‌آزمون- پیگیری	

($p<۰/۰۵$)

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در جدول ۴ نشان می‌دهد که در ابعاد درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی، تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری ($p < 0/05$)، معنی‌دار به دست آمده است، اما تفاوت پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نیست؛ بدین معنا که نتایج پس‌آزمون پایداری خود را در مرحله پیگیری حفظ کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون درماندگی روان‌شناختی (جسمانی‌سازی، افسردگی، و اضطراب) و افکار خودآیند منفی (میزان افکار و باور به افکار) در دو گروه آزمایش و گواه پس از آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی تفاوت معنی‌داری وجود دارد که می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر ابعاد درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی افراد نمونه موثر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها (۲۴، ۲۶ و ۲۹)، در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همسو است. همچنین نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعه حیدری، سجادیان و حیدریان (۲۴) در زمینه تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنیدگی والدگری، درماندگی روان‌شناختی، و افکار خودآیند منفی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم؛ پژوهش ویتینگهام، شفیلد و بوید (۲۷) درباره تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد والدین بر بهبود قابل ملاحظه در روابط والدین و فرزندان در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به فلج مغزی؛ و همچنین پژوهش کوالکوسکی (۲۹) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش قابل توجه درماندگی روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد درماندگی روان‌شناختی (جسمانی‌سازی، افسردگی، و اضطراب) مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی می‌توان بیان کرد که هدف از این نوع درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی توانایی حفظ یا تغییر رفتار

همراه با هوشیاری کامل از شرایط و موقعیت، و بودن لحظه به لحظه در خدمت ارزش‌های انتخاب شده (۲۶). مفهوم پذیرش غالباً توسط مراجع، تحمل یا تسلیم (که مراجع ممکن است آن را به صورت شکست ببیند) تعبیر می‌شود و استفاده از استعاره دو مقیاس در این درمان کمک می‌کند که مراجع مشکل را رها کند و متناسب با زندگی، آن را تجربه کند. در واقع این روش به مراجع کمک می‌کند که به جای انکار و درگیر شدن در افکار، مشکل را بپذیرد و برای رسیدن به پذیرش به گذشت زمان و تمرین نیاز دارد که تفکر شکست در آن تبدیل به پذیرش و قبول آن شود (۲۴). همچنین هدف از تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی، این بود که به شرکت‌کنندگان در مداخله کمک شود تا افکار و احساسات آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ناکارآمد بودن برنامه فعلی‌شان آگاه شوند، تا به جای پاسخ به آنها در راستای ارزش‌هایشان حرکت کنند. همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش شد پذیرش در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال اجتنابی نامؤثر کاهش یابد. در این مداخله به بیمار آموزش داده شد که هرگونه عمل اجتنابی یا مهار این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا دارای اثر معکوس است و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در مرحله بعد بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده شد؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار، و رفتار خود در لحظه حال آگاهی یافت. در مرحله سوم به فرد آموخته شد که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. سپس در مرحله چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، صورت گرفت. در مرحله پنجم به فرد کمک شد تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد، آنها را به طور واضح مشخص کند، و به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (تصریح و روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه نام دارد که باعث می‌شود فعالیت معطوف به اهداف جهت عمل متعهدانه ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی، به کاهش هیجانات منفی مانند اضطراب و افسردگی و تظاهرات جسمانی شکل منجر شود. مراجعان در طی این درمان آموختند که با وجود مشکلات و

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم استفاده کامل از روش نمونه‌گیری تصادفی در تمامی مراحل و عدم کنترل کافی تمامی متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی اشاره کرد. بدین ترتیب برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود ضمن رفع این محدودیت‌ها به مقایسه این روش با روش‌های دیگر درمانی و همچنین بررسی تأثیر این شیوه بر والدین سایر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه پرداخته شود. با توجه به اثربخشی این شیوه در بیشتر مطالعات انجام شده در سطح به کار بسته پیشنهاد می‌شود این روش درمانی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی (محیط‌های بالینی) برای مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی به کار گرفته شود و همچنین طی دوره‌های آموزشی منظم و کاربردی، این شیوه به مشاوران مراکز آموزشی مانند مدارس، به طور کامل آموزش داده شود تا دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و والدین آنها از این شیوه درمانی مفید و کارآمد بهره ببرند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته

روان‌شناسی بالینی خانم آزاده ترک به راهنمایی دکتر ایلناز سجادیان است که با کد شناسایی ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۳۲۰۸۴ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به تصویب رسیده است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) در سال ۱۳۹۶ صادر شده است. در پایان از مساعدت‌های تمامی عوامل به ویژه مسئولین محترم دانشگاه، کلینیک توانبخشی و بهزیستی شهرستان دورود، و مادرانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع به دنبال

نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

جواب ندادن به فکر، احساس، علائم بدنی، خاطره، و میل می‌توانند از زندگی لذت ببرند و از خود رضایت داشته باشند و با وجود آنها در مسیر ارزش‌ها حرکت کنند که همین باعث کاهش علائم اضطراب، افسردگی، و جسمانی‌سازی شده است.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودآیند منفی (میزان افکار و باور به افکار) مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی اثربخش است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها (۲۵ و ۲۷)، در زمینه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همسو است. همچنین نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعه زمستانی، قلی زاده و علائی (۲۵)، مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به فزون‌کنشی؛ و یافته‌های مطالعه ویتینگهام، ساندرز، مکینتال و بوید (۲۶) مبنی بر تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با آموزش مداخلات والدین بر بهبود عملکرد کودکان، افزایش کیفیت زندگی، و تنظیم روابط والدین خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، در بافتی کلی تر همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان داشت که یکی از اهداف این درمان، تأکید بر پذیرش افکار و احساسات درونی است تا به آنها کمک شود که افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند (۱۴). همچنین در این درمان با استفاده از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش می‌یابد تا به جای تمرکز بر افکار و احساسات منفی به واقعیت موجود و آنچه در زمان حال اتفاق می‌افتد توجه کنند، بدون اینکه قضاوتی داشته باشند و در نهایت با توجه به واقعیت موجود به شیوه‌ای عمل کنند که در مسیر ارزش‌هایشان قرار بگیرند. در این شیوه مراجعان با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، قادر به جدا کردن خود از خاطرات و افکار ناخوشایند می‌شوند. افزایش پذیرش در آنها باعث می‌شود که بدون تمرکز بر افکار خودآیند منفی و بدون قضاوت، متعهدانه به ارزش‌هایشان بپردازند.

References

1. Jadidi M, Safary S, Jadidi M, Jamali S. Comparing social support and social anxiety between mothers of children with special needs and mothers of normal children. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015; 16(2): 43-52. [Persian]. [\[Link\]](#)
2. Marrón EM, Redolar-Ripol D, Boixadós M, Nieto R, Guillamón N, Hernández E, et al. Burden on caregivers of children with cerebral palsy: predictors and related factors. *Universitas Psychologica*. 2013; 12(3): 767-777. [\[Link\]](#)
3. Jones KB, Wilson B, Weedon D, Bilder D. Care of adults with intellectual and developmental disabilities: cerebral palsy. *FP Essent*. 2015; 439: 26-30. [\[Link\]](#)
4. Hosseini SMS, Sourtiji H, Noorani Gharaborgha S, Hosseini SA. New rehabilitation approaches for upper limb function of children with hemiplegia. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(3): 254-263. [Persian]. [\[Link\]](#)
5. Shanbhag DN, Krishanmurthy A. Mental health and quality of life of caregivers of individuals with cerebral palsy in a community based rehabilitation programme in rural karnataka. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 2011; 22(3): 29-38. [\[Link\]](#)
6. Case-Smith J, O'Brien JC. Occupational therapy for children. 6th ed. Maryland Heights, Mo.: Mosby/Elsevier; 2010, pp: 540-555. [\[Link\]](#)
7. Begum R, Desai O. A comparative study to evaluate psychological status of mothers of children with cerebral palsy and mothers of normal children. *Indian journal of occupational therapy*. 2010; 42(2): 3-9. [\[Link\]](#)
8. Sajedi F, Soleiman F, Ahmadi Ma. Cerebral palsy in children. *Journal of Health and Care*. 2013; 15(4): 88-97. [Persian]. [\[Link\]](#)
9. Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Soc Sci Med*. 2007; 64(4): 850-857. [\[Link\]](#)
10. Aghaei S, Yousefi Z. The effectiveness of quality of life therapy on psychological capitals and its dimensions among mothers of children with intellectual disability. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(2): 49-59. [Persian]. [\[Link\]](#)
11. Jalili N, Satari M, Rassafiani M. The impact of motor function of children with cerebral palsy on mothers' health status. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2015; 4(4): 62-69. [Persian]. [\[Link\]](#)
12. Iversen AS, Graue M, Clare J. Parents' perspectives of surgery for a child who has cerebral palsy. *J Pediatr Health Care*. 2009; 23(3): 165-172. [\[Link\]](#)
13. Narimani M, Agha Mohammadian HR, Rajabi S. A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. *Journal of fundamental of mental health*. 2007; 9(33-34): 15-24. [Persian]. [\[Link\]](#)
14. Durá E, Andreu Y, Galdón MJ, Ferrando M, Murgui S, Poveda R, et al. Psychological assessment of patients with temporomandibular disorders: confirmatory analysis of the dimensional structure of the Brief Symptoms Inventory 18. *J Psychosom Res*. 2006; 60(4): 365-370. [\[Link\]](#)
15. Snyder CR. *Handbook of hope: theory, measures, and applications*. San Diego, CA, US: Academic Press; 2000, pp: 402-415. [\[Link\]](#)
16. Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E. Effect of stress management training based on cognitive-behavioral approach on improving parent- child relationship and psychological well-being in mothers of children with intellectual disability. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(3): 59-71. [Persian]. [\[Link\]](#)
17. Beck JS, Beck AT. *Cognitive behavior therapy, second edition: basics and beyond*. 2nd edition. New York: The Guilford Press; 2011, pp: 50-55. [\[Link\]](#)
18. BaBamiri M, Vatankhah M, Masumi Jahandizi H, Nemati M, Darvishi M. The relationship between coping styles, negative automatic thoughts, and hope with happiness in addicts of Ahvaz drug abuse rehabilitation clinics in 2011. *J Adv Med Biomed Res*. 2013; 21(84): 82-91. [Persian]. [\[Link\]](#)
19. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34): 57-66. [Persian]. [\[Link\]](#)
20. Movallali G, Pourmohamadreza Tajrishi M, Malayeri S. The effect of cognitive – behavioral therapy on general health and depression symptoms in mothers of deaf children. *Exceptional Education Journal*. 2014; 9(122): 6-16. [Persian]. [\[Link\]](#)
21. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44(1): 1-25. [\[Link\]](#)
22. Bach P, Moran DJ. ACT in practice: conceptualization of acceptance and commitment therapy. Sara Kamali & Niloofar Kian Rad (Persian Translator). Tehran: Arjmand Press; 2015, p: 34. [Persian].

23. Izadi R, Abedi M. Acceptance and commitment therapy. 3th Edition. Tehran: Jungel Publish; 2014, p: 160. [Persian].
24. Heidari S, Sajjadian I, Heidarian A. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological distress and negative automatic thoughts in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016; 18(Special Issue): 491–499. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Zemestani M, Gholizadeh Z, Alaei M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and anxiety of ADHD childrens' mothers. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018; 8(29): 61-84. [Persian]. [\[Link\]](#)
26. Whittingham K, Sanders MR, McKinlay L, Boyd RN. Parenting intervention combined with acceptance and commitment therapy: a trial with families of children with cerebral palsy. *J Pediatr Psychol*. 2016; 41(5): 531–542. [\[Link\]](#)
27. Whittingham K, Sheffield J, Boyd RN. Parenting acceptance and commitment therapy: a randomised controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. *BMJ Open*. 2016; 6(10). e012807. [\[Link\]](#)
28. Montgomery D. The effects of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism [Ph.D. Thesis]. [Minnesota, United States]: Department of Psychology, Walden University; 2015, pp: 85-86. [\[Link\]](#)
29. Kowalkowski J. The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder [Ph.D. Thesis]. [Michigan, United States]: Department of Psychology, Eastern Michigan University; 2012, pp: 6-25. [\[Link\]](#)
30. Krigger KW. Cerebral palsy: an overview. *Am Fam Physician*. 2006; 73(1): 91–100. [\[Link\]](#)
31. Derogatis LR, Fitzpatrick M. The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In: Maruish ME, editor. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004, pp: 1–41. [\[Link\]](#)
32. Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, Ferrando M, Murgui S, Pérez S, et al. Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a Spanish breast cancer sample. *J Psychosom Res*. 2008; 65(6): 533–539. [\[Link\]](#)
33. Recklitis CJ, Parsons SK, Shih M-C, Mertens A, Robison LL, and Zeltzer L. Factor structure of the brief symptom inventory--18 in adult survivors of childhood cancer: results from the childhood cancer survivor study. *Psychol Assess*. 2006; 18(1): 22–32. [\[Link\]](#)
34. Andjreu Y, Galdón MJ, Dura E, Ferrando M, Murgui S, García A, et al. Psychometric properties of the brief symptoms inventory-18 (BSI-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema*. 2008; 20(4): 844–850. [\[Link\]](#)
35. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognit Ther Res*. 1980; 4(4): 383–395. [\[Link\]](#)
36. Kazemi AS, Banijamali SA, Ahadi H, Farrokhi N. Evaluation of effectiveness of training cognitive behavioral strategies in the secondary traumatic stress disorder (STSD) symptoms and psychological problems among devotees' wives with chronic PTSD due to war. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity - Tehran Medical Branch*. 2012; 22(2): 122–129. [Persian]. [\[Link\]](#)