

Research Paper

The efficacy of acceptance and commitment based therapy on marital satisfaction and self-efficiency of mothers with children with cerebral palsy

Farshad Zarei¹, Esmail Asadpour², Farshad Mohsenzadeh²

1. Ph.D Student, Department of Consultation and Guidance, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Consultation and Guidance, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Citation: Zarei F, Asadpour E, Mohsenzadeh F. The efficacy of acceptance and commitment based therapy on marital satisfaction and self-efficiency of mothers with children with cerebral palsy. J of Psychological Science. 2021; 20(105): 1493-1511.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1278-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.20.105.1493](https://doi.org/10.52547/JPS.20.105.1493)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Acceptance and commitment therapy, Marital satisfaction, Self-efficiency, Cerebral palsy

Background: Mothers of children with cerebral palsy are prone to social, economic, emotional and family pressures due to the presence of a child with cerebral palsy, which leads to a decrease in marital satisfaction and their perception of efficiency. Research has shown that acceptance and commitment therapy is a supportive approach that emphasizes the relationship and acceptance of individual and family values and uses awareness and acceptance along with commitment and behavior change strategies to increase psychological resilience that increases satisfaction. Couples and their self-efficacy, but there is a research gap in performing this intervention on mothers with children with cerebral palsy.

Aims: The aim of this study was to evaluate the efficacy of acceptance and commitment therapy based on increasing marital satisfaction and self-efficacy of mothers with children with cerebral palsy.

Methods: The present study is an applied research in terms of purpose and quasi-experimental in terms of data collection. The statistical population of the present study included all mothers with children with cerebral palsy who referred to educational and rehabilitation centers for the physically disabled in Kermanshah in 1399. The sample consisted of 23 volunteer mothers who were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups based on acceptance and commitment (n= 10) and a control group (n= 13). The experimental group received 12 sessions of 90-minute acceptance and commitment therapy according to Hayes (2008) approach once a week and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using Mixed analysis of variance.

Results: The results of repeated measures analysis of variance showed that acceptance and commitment-based therapy is effective in increasing marital satisfaction and self-efficiency of mothers with children with cerebral palsy. ($P \leq 0/001$).

Conclusion: Based on the findings of this study, marital satisfaction and self-efficacy of mothers with children with cerebral palsy can be improved by using therapy based on acceptance and commitment.

Received: 27 May 2021

Accepted: 21 Jun 2021

Available: 22 Nov 2021

* **Corresponding Author:** Esmail Asadpour, Assistant Professor, Department of Consultation and Guidance, Kharazmi University, Tehran, Iran.

E-mail: dr.iasadpour@khu.ac.ir

Tel: (+98) 9356769896

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Cerebral palsy is the most common motor disability and neurological complication in children and the immature brain. Its prevalence is reported to be approximately 2 to 3.6 person in 1000 live births, and indicating a high prevalence of this disorder (Påhlman, Gilberg, Wentz, & Himmelmann, 2020; Boldirova, Striner, Rosenbaum, & Ronen, 2020). By definition, any non-progressive damage to the central nervous system in the first two years of a child's life is called cerebral palsy. These children often also have various accompanying disorders and disabilities in the fields of cognition, emotion, behavior, and communication, which can usually create much more difficult conditions than motor disability alone (Jalili, Goodarzi, Rasafiani, Haghgoo, Dalvand, & Farzi, 2013; Pahlman et al., 2020). Restrictions in activities lead to children's long-term dependence on caregivers and create special needs in the child that caregivers, especially mothers, must meet (Wang, Huang, & Kong, 2020).

There is ample evidence that parents caring for children with disabilities have poorer physical and mental health outcomes than parents caring for healthy children, and these problems are far greater for mothers in particular (McCoy et al., 2020).

One of the potential problems is the decrease in marital satisfaction among parents, especially mothers. Marital satisfaction is the adjustment of the current situation to the expected situation. According to this definition, marital satisfaction is when the individuals' current situation in the marital relationship matches the situation they expect (Lee et al., 2020). In fact, marital satisfaction is a personal experience in the marital bond that can only be evaluated by the individual in response to the degree of enjoyment of the marital relationship, and many factors influence marital satisfaction in cohabitation, and this feeling plays a prominent role. It plays a role in the normal functioning of the family (Lee et al., 2019).

On the other hand, variables such as marital satisfaction, which is significant for mental health, physical and spiritual health, and quality of life of the

family and its members (Yucel, 2017), may also directly or indirectly reduce parental engagement and cooperation. The involvement of mothers in the rehabilitation programs for their children has many and important effects on the quality of life and mental and physical well-being of children with disabilities as more vulnerable people and consequently on the quality of life of the whole family based on circular causation, which can also be mediated. Exacerbation of problems also reduces self-efficacy and marital satisfaction and even overall life satisfaction of mothers of these children (Edalati and Redzvan, 2010; Imani, Kazemi Rezaei, Pirzadeh, Valikhani, Kazemi Rezaei, 2015). Self-efficacy refers to the extent to which a person is confident in his or her ability to perform desired actions. In other words, self-efficacy is the certainty that a person has performed a particular behavior in a particular situation and expects the desired results (Pomaki, Karoly, and Maes, 2009).

There is ample evidence that parents caring for children with disabilities have poorer physical and mental health outcomes than parents caring for healthy children, and these problems are particularly prevalent among mothers (McCoy et al., 2020). One of these problems is marital satisfaction as a complex and multidimensional concept that is psychological in nature (Fallahchai, Fallahi, and Randall, 2019).

One of the duties of parents is to take care of the child, but if the child is functionally limited and dependent in the long term, this role will be different and will put a lot of pressure on mothers who usually play the role of caregiver. It comes. It can be said that a child's disability not only overshadows his or her life, but also affects the lives of caregivers and other family members, leading to health problems and reduced quality of life, and exposure to injuries. Such as decreased marital satisfaction and self-efficacy (Lee, Matthews, and Park, 2019).

The need and innovation of the present study is that today one of the most important issues in the public health system is the problems related to women and the family. When the family is facing problems beyond a normal family, such as having a child with cerebral palsy, - it can affect their psychological and social status in a way that leads to the breakdown of

the family system, in addition to the destruction of individual, professional and social performance. Therefore, the application of appropriate treatment methods for the members of these families, especially for the mothers as the main caregivers, can provide a clearer perspective to reduce the crisis that a cerebral palsied child causes in the family. Due to the knowledge gap in this area and the lack of research on the effectiveness of the treatment approach of acceptance and commitment among the variables mentioned and in society, as well as the need to achieve preferred interventions with greater effectiveness and cost efficiency due to sensitivity and prevalence. More physical disability and more double difficulty and limited resources to carry out the rehabilitation process in third world countries (Aminzadeh et al., 2018) and on the other hand, the possibility of preventing the loss of many family resources and societal costs as well as the reduction of important variables such as mental health, life satisfaction and family function, it is proposed that a new study is conducted on the effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy to increase marital satisfaction and self-efficacy of mothers with children with cerebral palsy. Therefore, this study aims to answer the question: Is acceptance and commitment therapy effective for marital satisfaction and self-efficacy of mothers with cerebral palsy children?

Method

The present study is applied research in terms of purpose and a quasi-experimental group of dissimilar groups in terms of data collection. The quasi-experimental design of the present study consisted of pre-test, post-test and follow-up with the control group. The statistical population of the present study included all mothers with cerebral palsy children who referred to educational and rehabilitation centers for

physically disabled in Kermanshah in 1399. The sample of the study initially consisted of 26 volunteer mothers who were selected based on the results of the pretest (marital satisfaction and self-efficacy) and inclusion criteria and randomly divided into two experimental groups based on acceptance and commitment (13). And the control group (13 people) was replaced. The number of experimental groups was reduced to 10 due to various problems during the coronavirus epidemic, including difficulties in attendance and concern of some participating members.

Results

After testing the assumptions required to conduct a repeated measures analysis of variance, the data were analyzed using a repeated measures analysis of variance.

The results showed that the one-way analysis of variance in the repeated measures text was significant in terms of the effect of intervention (from pre-test to post-test) and intervention stability (post-test to follow-up) and the effect of time (pre-test to follow-up) on the dependent variables (marital satisfaction and self-efficacy are significant. According to the results of the effect of group on the variable scores of marital satisfaction ($P < 0.001$, $F = 16.6$) and self-efficacy ($P < 0.001$, $F = 9.914$) means \rightarrow It was. Also, the effect of time and interaction of time \times group on the variables of marital satisfaction and self-efficacy was significant. Therefore, it can be said that acceptance and commitment therapy based on the components of marital satisfaction and self-efficacy of mothers with children with cerebral palsy has been effective. In addition, the simple effect of the intergroup for the levels of the within-group factors was examined using the Bepneri correction. The results are shown in the following table.

Table 1. Benferoni test results (intragroup and intergroup) for comparison of acceptance and commitment based therapy and control group in pre-test, post-test and follow-up scores in dependent variables

Variable	Position	Mean difference	SD	P
Marital Satisfaction	Pre-test	-16/67	3/300	$P \leq 0/001$
	Follow up	-17/45	4/127	$P \leq 0/001$
Self-efficacy	Pre-test	-6/908	0/617	$P \leq 0/001$
	Follow up	2/981	0/986	$P \leq 0/001$
Marital Satisfaction	ACT	19	4/661	$P \leq 0/001$
Self-efficacy	ACT	8/654	2/748	$P \leq 0/005$

The Benfroni correction level results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups on the posttest and follow-up variables related to marital satisfaction and self-efficacy ($P \geq 0.001$). In other words, considering the significance of the Benferoni test when comparing the pairs of pretest-posttest (intervention effect), posttest-follow-up (intervention stability), and pretest and follow-up (time effect) pairs between case groups Study (experimental and control group) and position (pretest, posttest, and follow-up) There is a difference in marital satisfaction and self-efficacy scores ($P \geq 0.001$). In other words, participants in the experimental group had an increasing linear trend in marital satisfaction and self-efficacy scores.

Conclusion

The results showed that acceptance and commitment therapy increased marital satisfaction in the experimental group compared to the control group. These results are consistent with the findings of other studies (Rachael, 2018; Hosseini et al., 2019 and Ahmadi and Raisi, 1398) that individuals whose acceptance and commitment therapy is effective increase marital satisfaction. Also, in the study of Esfandiari Bayat et al. (1400) in a study concluded that despite the differences in content and process of the two approaches of rational-emotive behavior therapy and therapy based on acceptance and commitment, elements such as emotional discharge, hope and universality of human experience In both treatments, it increases the forgiveness of women. To explain these results, it can be said that one of the skills taught in the therapeutic approach of acceptance and commitment was the expression of feelings and values based on committed action, which increases the satisfaction and closeness of couples. An important factor during the therapy sessions was the promotion of positive behaviors that increase intimacy in the couple relationship. Emphasis was placed on ensuring that these positive intimate behaviors are not performed unilaterally by people who lack the skills of nonjudgment, mindfulness, acceptance, and engagement. They use linguistic values in the context of relationships, they feel more control over the situation and living conditions, and

this also increases marital satisfaction (Griffiths et al., 2018).

The results also showed that acceptance and commitment therapy increased the self-efficacy of the experimental group compared to the control group. These results are consistent with the findings of other studies (Rachael, 2018; Hosseini et al., 2019 and Ahmadi and Raisi, 1398) that people whose acceptance and commitment therapy is effective increase their self-efficacy.

To explain the results, it can be said that a large part of the skills taught in the therapy group is based on acceptance and commitment, living valuable and accepting negative emotional states, and paying attention to the person's internal states (such as emotion and cognition). Is in a non-judgmental and receptive state. Using mindfulness skills during training allows people to reduce habitual and spontaneous responses to stressful experiences. Eventually, the person's feedback and insight expands, and the person accepts life's unchanging events, reducing stress responses. In this way, a physical and mental calmness emerges in the person, which provides the basis for increasing social, emotional, and psychological self-efficacy (Lillis and Kendra, 2014).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This research has been approved in Kermanshah University of Medical Sciences with ethics ID IR.KUMS.REC.1399.776. The license for the present study was issued to the studied group from the Welfare Department of Kermanshah with the letter number 4595/14/99/730. All participants received written information about the research and participated in the research if they wished; People were reassured that all information was confidential.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this research. The second author is the supervisor and the third author is the consultant professor of the dissertation.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to thank the supervisors and advisors of this research, as well as the research department staff, Kermanshah Medical Sciences and the Welfare Department of Kermanshah who assisted us in conducting this research.

اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی

فرشاد زارعی^۱، اسماعیل اسدپور^{۲*}، فرشاد محسن زاده^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: مادران کودکان با فلج مغزی به دلیل وجود کودک مبتلا به فلج مغزی، مستعد فشارهای اجتماعی، اقتصادی، هیجانی و خانوادگی هستند که به کاهش رضایت زناشویی و ادراک کارآمدی آن‌ها منجر می‌شود. تحقیقات نشان داده است که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد روی آوردی حمایتی است که بر رابطه و پذیرش ارزش‌های فردی و خانوادگی تأکید دارد و آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد که موجب افزایش رضایت زوجین و خودکارآمدی آنان گردیده است اما در زمینه انجام این مداخله بر روی مادران دارای کودک فلج مغزی شکاف تحقیقاتی وجود دارد.

هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی بود.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها، شبه آزمایشی از نوع گروه‌های نابرابر است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزندان با فلج مغزی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و توانبخشی معلولین جسمی حرکتی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش ۲۳ نفر از مادران داوطلب بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۳ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (۱۹۹۷) و خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) استفاده شد. گروه آزمایشی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به روی آورد هیز (۲۰۰۸) را به صورت هفته‌ای یک‌بار دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی مؤثر است ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، می‌توان رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی را با به کارگیری درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها:

درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، خودکارآمدی، فلج مغزی

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۳/۰۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۳/۳۱

منتشر شده: ۱۴۰۰/۰۹/۰۱

* نویسنده مسئول: اسماعیل اسدپور، استادیار، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

رایانامه: dr.iasadpour@khu.ac.ir

تلفن: ۰۹۳۵۶۷۶۹۸۹۶

مقدمه

فلج مغزی^۱ شایع ترین ناتوانی حرکتی و عارضه عصب شناختی در کودکان و مغز نابالغ است. میزان شیوع آن حدود ۲ الی ۳/۶ نفر در هر ۱۰۰۰ تولد زنده گزارش شده است که بیانگر شیوع بالای این اختلال است (پلهان، گیلبرگ، ونتز و هیملمان، ۲۰۲۰؛ بولدیروا، استرینز، روزنباوم و رونن، ۲۰۲۰). طبق تعریف، هرگونه ضایعه غیر پیش رونده به سیستم عصبی مرکزی طی دو سال اول زندگی کودک، فلج مغزی نامیده می شود. مشکلات حرکتی کودکان فلج مغزی می تواند خود را به صورت های مختلف نشان دهد. این بچه ها غالباً دارای اختلالات و کم توانی های همراه متعدد در زمینه های شناخت، احساس، رفتار و ارتباط هستند که معمولاً می تواند از خود کم توانی حرکتی به تنهایی شرایط به مراتب سخت تری را ایجاد کند (جلیلی، گودرزی، رصافیانی، حقیگو، دالوند و فرضی، ۱۳۹۲؛ پهلیمان و همکاران، ۲۰۲۰). محدودیت ایجاد شده در فعالیت ها باعث وابستگی طولانی مدت کودکان به مراقب شده و نیازهای خاصی را در کودک ایجاد می کند که شخص مراقب مخصوصاً مادران باید آن ها را برطرف سازد (وانگ، هونگ و گوانگ، ۲۰۲۰). از طرفی خانواده شبکه ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرآیند دوسویه ای با یکدیگر در تعامل هستند. با در نظر داشتن این رابطه متقابل بین والدین و کودکان، همان گونه که محیط خانواده بر سلامت کودک تأثیر می گذارد، سلامت کودک نیز می تواند بر کارکرد و بهداشت و ویژگی های روانی و کارکرد والدین، تأثیرگذار باشد. معلولیت^۲ کودک، به عنوان یکی از اعضای خانواده باعث می شود نظام خانواده نتواند کارکردها و وظایف خود را به نحو مطلوب انجام دهد، در نتیجه در کارکرد اعضا و کلیت خانواده اشکالاتی به وجود می آید (بولدیروا و همکاران، ۲۰۲۰).

شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می دهد والدینی که از کودکان ناتوان نگهداری می کنند، پیامد سلامت جسمی و روانی بدتری را نسبت به والدینی که از کودکان سالم نگهداری می کنند، تجربه می کنند که این مشکلات به ویژه در مادران به مراتب بیشتر است (مک کوی و همکاران، ۲۰۲۰). منظور از رضایت زناشویی به عنوان مفهومی پیچیده و چند بعدی که دارای ماهیت ذهنی می باشد، میزان علاقه زوج ها به یکدیگر و بازخورد مثبت به متأهل بودن است که با عواملی از جمله تحریف آرمانی، مسائل

شخصی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان، دوستان و جهت گیری مذهبی وابسته است (فلاحچی، فلاحی و راندال، ۲۰۱۹). همچنین رضایت زناشویی، انطباق میان وضعیت موجود با وضعیت مورد انتظار است؛ طبق این تعریف، خوشنودی زناشویی وقتی به وجود می آید که وضعیت موجود افراد در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظارشان منطبق باشد (لی و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع رضایت زناشویی یک تجربه ای شخصی در پیوند زناشویی است که تنها توسط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطه ای زناشویی قابل ارزیابی است و عوامل بسیاری هستند که در زندگی مشترک روی خوشنودی زناشویی تأثیر می گذارند و این احساس نقش برجسته ای در میزان کارکردهای بهنجار خانواده ایفا می کند (لی و همکاران، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر متغیرهایی مانند رضایت زناشویی با اهمیت فوق العاده که در سلامت روانی و سلامت جسمانی و روان درستی و کیفیت زندگی خانواده و اعضای آن دارد (یوسل، ۲۰۱۷) نیز می تواند به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم از طریق کاهش پابندی و تعهد و همکاری والدین از جمله مادران در برنامه های توان بخشی فرزندان، اثرات بسیار زیاد و مهمی را بر کیفیت زندگی و روان درستی روانی و جسمانی فرزندان معلول به عنوان افرادی آسیب پذیرتر و به تبع آن و بنا بر علیت حلقوی بر کیفیت زندگی کل خانواده بگذارد که خود این امر نیز می تواند به واسطه تشدید مشکلات، باعث تضعیف بیشتر در خودکارآمدی و کاهش رضایت زناشویی و حتی رضایت کلی از زندگی در مادران این فرزندان شود (عدالتی و رذوان، ۲۰۱۰؛ ایمانی، کاظمی رضایی، پیرزاده، ولیخانی، کاظمی رضایی، ۱۳۹۴). منظور از خودکارآمدی درجه ای از احساس تسلط فرد درباره توانایی انجام عملکردهای مورد نظر می باشد؛ به عبارت دیگر، خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاصی را با توجه به موقعیت معین به اجرا گذاشته و انتظار نتایج مورد نظر را دارد (پوماکی، کارولی و میس، ۲۰۰۹). خودکارآمدی به عنوان بخشی از تئوری شناختی اجتماعی بر اعتقاد فرد بر این که می تواند یک رفتار خاص را از خود بروز دهد (بندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از چنگ، چن، چو، چونگ، لائو و لی، ۲۰۲۰). نظریه خودکارآمدی می گوید که اگر افراد باور داشته باشند که از عهده کاری بر می آیند دست به اقدام می زنند و اگر بر این باور باشند که شکست

1. Cerebral Palsy

2. Handicap

های آموزشی و تمرکز بر رضایت زناشویی مادران در صدد پوشش دادن به بخشی از مشکلات پیش روی مادران این کودکان هستند. از سوی دیگر در زمینه بررسی اثربخشی مداخلات مختلف بر خودکارآمدی نیز از روی آوردهای شناختی رفتاری، آموزشی، خود مدیریتی و درمانگری راه حل محور و ذهن آگاهی و درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ استفاده شده است (باقری، سعادت، فتح‌الله‌زاده و دربانی، ۲۰۱۷؛ باقری، سعادت، فتح‌الله‌زاده و دربانی، ۱۳۹۶؛ کیو کینه، پاکروسنیس، و الینسکیته، ۲۰۱۸؛ مرادی و همکاران، ۲۰۲۰). درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۱۹۸۶ توسط هیز معرفی شده است، روی آوردی به مداخلات روانشناختی است که نه بر اساس فنون و جلسات مشخص بلکه بر اساس فرآیندهای نظری معینی تعریف می‌شود. این روی آورد به عنوان درمانگری حمایتی و کوتاه مدت، به دلیل ماهیت انسان گرایی^۲ آن و تأکید بر رابطه و تعیین و پذیرش ارزش‌های فردی و خانوادگی مراجع به عنوان مداخله ای روانشناختی مبتنی بر تجربه می‌باشد که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد و می‌تواند درمانگری انتخابی و دارای اولویت در کار با مشکلات مزمن و معلولین و خانواده آن‌ها باشد (مک کراکن، ۲۰۱۱؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۳). لازم به ذکر است، منظور از انعطاف پذیری روانشناختی این است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود و رفتار خود را بر اساس ارزش‌هایی که برگزیده است ادامه یا تغییر دهد و در این راستا بتواند به پذیرش خود و دیگران با مهربانی دست یابد (هارت، ۲۰۱۲؛ اسپنسر و ماسودا، ۲۰۲۰). انعطاف پذیری روانشناختی در درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرآیند اصلی و زیربنایی ایجاد می‌شود: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. هر یک از این فرآیندها بر عمل زبانی ما تأثیر گذارند و این فرآیند نیز به یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف پذیری روانشناختی بر یکدیگر تأثیر گذارند (هیز، استروساهال و ویلسون، ۲۰۱۲). در پژوهش رچل (۲۰۱۸) که در دانشگاه گلد اسمیت لندن انجام شده است تعداد ۵۳ نفر بزرگسال تحت درمانگری مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفتند و طی چهار مرحله در پنج هفته از آن‌ها اندازه گیری مکرر به عمل

می‌خورند از آن پرهیز می‌کنند (توگاس، هایدن، مک گراته، هوگر و روزاریو، ۲۰۱۵). باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند که انسان‌ها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می‌گذارند، هنگام برخورد با دشواری‌ها و مشکلات چه اندازه مقاومت می‌کنند و در برخورد با موقعیت‌های گوناگون چه اندازه نرمش می‌پذیرند (ارنست، بلروس، اکهاردت، هایدل و رودریگز، ۲۰۱۴).

یکی از وظایف والدین، مراقبت از کودک است ولی زمانی که کودک از نظر عملکردی محدودیت داشته و دچار وابستگی طولانی مدت می‌باشد، این نقش صورت متفاوتی را به خود می‌گیرد و فشار زیادی را بر مادران که عمدتاً نقش مراقب را ایفا می‌کنند، وارد می‌نماید. می‌توان گفت که ناتوانی کودک نه تنها زندگی وی را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه زندگی مراقبین و سایر اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار داده و باعث به وجود آمدن مشکلات سلامتی و کاهش کیفیت زندگی و فرار گرفتن در معرض تنی دگیهای مزمن به صورت طولانی مدت می‌گردد (لی، ماتیوس و پارک، ۲۰۱۹). ضرورت، نوآوری و بدیع بودن انجام پژوهش حاضر در این نکته است که امروزه یکی از مهمترین مباحث در نظام سلامت جامعه، مشکلات مربوط به زنان و خانواده است، این در حالی است که اگر خانواده با مشکلاتی فراتر از یک خانواده عادی مانند داشتن فرزند فلج مغزی مواجه باشد، می‌تواند وضعیت روانشناختی و اجتماعی آنان را به گونه‌ای تحت تأثیر قرار دهد که علاوه بر تخریب عملکرد فردی، شغلی و اجتماعی، منجر به از هم گسیختن نظام خانواده شود. به همین جهت بکارگیری روش‌های درمانی مناسب برای افراد این خانواده‌ها به خصوص مادران به عنوان مراقبان اصلی، می‌تواند چشم‌انداز روشن تری فراهم آورد تا بحران‌زایی وجود یک کودک فلج مغزی در خانواده کاسته شود. همچنین با توجه به مداخلات روانشناختی مثل درمان شناختی رفتاری، آموزش تنظیم هیجان، آموزش روانی - اجتماعی به مراقبین و برنامه‌های توانبخشی برای کودکان با فلج مغزی که بیشتر بر روی کاهش آسیب پذیری روانشناختی متمرکز شده‌اند و به ابعاد رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران به عنوان مراقبین اصلی کمتر متمرکز شده‌اند و اثربخشی این درمان‌ها با اضطراب، افسردگی، استرس، کیفیت زندگی تا حدودی تأیید شده است این پژوهش با خلاء

1. Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT)

2. Humanism

خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی انجام پذیرد. مسئله حاضر اهمیت دیگر در انتخاب مداخلات، در کنار کارایی مداخلات انتخاب شده، میزان اثربخشی آن‌ها در مقایسه با یکدیگر و نگاه هزینه - فایده به این مقوله می‌باشد. همان‌گونه که پیشتر اشاره شد در درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و یا فرآیند زبانی در درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان تعیین‌کننده‌های رفتار و نیز تلاش در جهت پذیرش و یا تغییر افکار و احساسات در این روی آورد و اساساً مفهوم‌سازی‌های متفاوت از مشکل و حل آن، زمینه را جهت اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد حتی در نظر ایجادکنندگان و پیشگامان این روی آوردها به‌منظور دستیابی به مداخله‌ای مناسب‌تر و مؤثرتر آماده کرده است. لذا این پژوهش با هدف پاسخگویی به این سؤال است که: آیا درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها، شبه آزمایشی از نوع گروه‌های نابرابر است. طرح شبه آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه^۳ شامل مراحل اجرایی زیر بود: انتخاب به‌صورت هدفمند از نمونه پژوهش، اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ اجرای متغیرهای مستقل (درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد) روی گروه آزمایشی، اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها و اجرای مجدد پرسشنامه‌ها با فاصله زمانی (۱ ماهه). جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزندان با فلج مغزی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و توان‌بخشی معلولین جسمی حرکتی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش در ابتدا ۲۶ نفر از مادران داوطلب بودند که بر اساس نتایج ناشی از پیش‌آزمون (رضایت زناشویی و خودکارآمدی) و ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۳) و گروه گواه (۱۳ نفر) جایگزین شدند که تعداد گروه آزمایش به دلیل

آمد. نتایج مطالعه نشان‌دهنده تغییرات معنی‌دار در متغیرهای سلامت‌روانی عمومی، خودکارآمدی عمومی، رضایت شغلی، انگیزه شغلی و انعطاف‌پذیری روانشناختی^۱ در افراد شرکت‌کننده در پژوهش در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه و نسبت به پیش‌آزمون در مراحل پیگیری‌های چندگانه بوده است. در پژوهش حسینی، پاه و بارانویچ (۲۰۱۹) با عنوان ارتقای رضایت زناشویی به وسیله درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد که به‌صورت مروری سیستماتیک انجام شده است نشان‌دهنده این موضوع است که درمانگری مبتنی بر تعهد و پذیرش به عنوان مداخله‌ای ترجیحی می‌تواند در خصوص حل مشکلات رابطه‌ای از جمله مشکلات زناشویی مانند تعارضات زناشویی و دلزدگی^۲ و نیز عدم یا کاهش رضایت زناشویی با ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی و پذیرش افکار و هیجانات و پرهیز از اجتناب تجربی به‌صورت معناداری اثربخش باشد و در زوجین دارای مشکلات مختلف زناشویی به نحو مناسبی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین در مطالعه احمدی و رئیس (۱۳۹۸) که با هدف اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی مادران دارای کودک اتیسم و به شیوه نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون انجام شده است، داده‌های گردآوری شده پس از ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله حاکمی از آن است که این مداخله توانسته است به صورت معناداری خودکارآمدی را در مادران این کودکان در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه افزایش دهد. در مجموع با توجه به خلأ دانشی در این زمینه و عدم یافت پژوهشی درباره اثربخشی این روی آورد در متغیرهای مذکور و جامعه ذکر شده و لزوم دستیابی به مداخلاتی ترجیحی با اثرگذاری بیشتر و مقرون به صرفه‌تر به جهت حساسیت موضوع و نیز شیوع بسیار بیشتر معلولیت جسمی و دشواری مضاعف‌تر و منابع محدودتر انجام فرآیند توان‌بخشی در کشورهای جهان سوم (امین‌زاده و همکاران، ۲۰۱۸) و از سویی دیگر امکان پیشگیری از به هدر رفتن بسیاری از منابع خانواده و نیز هزینه‌های جامعه و همچنین پیشگیری از کاهش متغیرهای بسیار مهمی مانند سلامت‌روانی، رضایت از زندگی و کارکرد خانواده و نیز با توجه به ضرورت موضوع و مشکلات بیشتر مادران پیشنهاد می‌شود تا پژوهشی جدید با عنوان اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر افزایش رضایت زناشویی و

3. The pretest-posttest control and follow-up group design

1. Psychological flexibility

2. Burnout

در این پژوهش جهت کسب رضایت از آزمودنی های مطالعه، از بیانیه هلسینکی^۱ که حامی و پشتیبان اساسی قوائد اخلاقی پژوهش است، استفاده شده است. از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: پژوهشگر خود را به شرکت کنندگان در پژوهش معرفی و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه نمود، به واحدهای پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، عقاید، فرهنگ، مذهب و... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد، بر آزاد بودن واحدهای مورد پژوهش جهت حضور در ادامه پژوهش تأکید شد، حریم شخصی آزمودنی ها حفظ شد و به آن ها در مورد بی خطر بودن مداخله اطمینان داده شد، در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن ها و استفاده از منابع دقت و امانت داری عملی به عمل آمد.

(ب) ابزار

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۲: این پرسشنامه ۱۱۵ سؤالی توسط اولسون، فورنیر و درانکمن ۱۹۸۷ ساخته شد. در ایران سلیمانان و نوابی نژاد در سال ۱۳۷۳، نسخه اصلی این پرسشنامه هنجاریابی کردند و تعداد ۱۱۵ سؤال آن را به ۴۷ سؤال کاهش دادند. پرسشنامه ۴۷ سؤالی ۹ خرده مقیاس موضوع های شخصیتی را با سؤال های ۲، ۴، ۱۲، ۲۲ و ۴۰ ارتباط زناشویی را با سؤال های ۶، ۱۳، ۲۳، ۳۲ و ۴۱، حل تعارض را با سؤال های ۷، ۱۴، ۲۴، ۳۳ و ۴۲، مدیریت مالی را با سؤال های ۸، ۱۵، ۱۶، ۲۵ و ۳۶، اوقات فراغت را با سؤال های ۹، ۱۷، ۲۶، ۳۵ و ۴۳، رابطه جنسی را با سؤال های ۱۰، ۱۸، ۲۷، ۳۶ و ۴۴، والدگری را با سؤال های ۱۱، ۱۹، ۲۸، ۳۷ و ۴۵، خانواده و دوستان را با سؤال های ۲۰، ۲۹، ۳۱، ۳۸ و ۴۶ و جهت گیری مذهبی را با سؤال های ۵، ۲۱، ۳۰، ۳۹ و ۴۷ می سنجد. پاسخ به آزمون پنج گزینه ای و از نوع لیکرت کاملاً موافق = ۵، موافق = ۴، نه موافق و نه مخالف = ۳، مخالف = ۲ و کاملاً مخالف = ۱ و نقطه برش این پرسشنامه بین نمره ۶۰-۴۱ است. افرادی که در بین این نمره ها قرار بگیرند رضایت زناشویی متوسط و مطلوب و پایین تر از نمره ۴۱ رضایت زناشویی کم و بالاتر از نمره ۶۰ رضایت زناشویی زیاد دارند (خادمی، ولی پور، مرادزاده خراسانی و

مشکلات مختلف دوران همه گیری کرونا از جمله دشواری در حضور و نگرانی برخی اعضای شرکت کننده، به ۱۰ نفر تقلیل پیدا کرد. بدین صورت که جهت انتخاب حجم نمونه با توجه به پژوهش های پیشین، از روش نمونه گیری غیراحتمالی در دسترس و هدفمند با گمارش تصادفی بین گروه ها استفاده گردید. بدین صورت که جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه گیری غیراحتمالی در دسترس و هدفمند با گمارش تصادفی بین گروه ها استفاده گردید. بدین صورت که با مراجعه به سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه، ضمن دسترسی به لیست مادران دارای فرزند فلج مغزی از طریق مراکز مربوطه با آن ها تماس گرفته شد و در خصوص هدف و محتوای پژوهشی توضیحات لازم داده شد. در مرحله بعد با حضور در این مراکز، از مادران این کودکان درخواست گردید که در پژوهش حاضر شرکت نمایند که تعداد ۳۴ مادر جهت حضور در پژوهش اعلام آمادگی نمودند. سپس پرسشنامه های رضایت زناشویی و خودکارآمدی به این مادران ارائه گردید. پس از جمع آوری و نمره گذاری پرسشنامه ها، تعداد ۲۶ مادر که کمترین نمره در پرسشنامه رضایت زناشویی و خودکارآمدی کسب کرده بودند، انتخاب و پس از دعوت جهت شرکت در پژوهش به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل تحصیلات سیکل به منظور انجام بهتر تکالیف مربوط به آموزش، داشتن کودکان فلج مغزی که بیماری آنها طبق تشخیص پزشک متخصص و کمیسیون سازمان بهزیستی، رضایت جهت شرکت در پژوهش و داشتن سلامت جسمی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره ای آن ها)، همچنین معیار خروج مادران: مادران بدون توانایی خواندن، غیبت بیش از دو جلسه متوالی در فرآیند درمانگری، عضویت هم زمان در گروه های دیگر درمانی و توان بخشی روانی، عدم رعایت قوانین گروه مانند درگیری با دیگران و عدم رعایت احترام و عدم رضایت در مورد ادامه شرکت در جلسات. لازم به توضیح است که با توجه به ملاک های خروج از مطالعه از جمله غیبت بیش از دو جلسه متوالی ۳ نفر از گروه آزمایشی از مطالعه خارج شدند و تحلیل نهایی بر روی ۲۳ نفر گروه آزمایشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۳ نفر) انجام شد.

1. Helsinki Declaration

2. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire

نیشابوری، ۱۳۹۳). قابلیت اعتماد نسخه اصلی ۱۱۵ سؤالی این پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ توسط اولسون و همکاران در سال ۱۹۸۷، ۰/۹۲ و قابلیت اعتماد نسخه کوتاه شده توسط سلیمانیان و نوابی نژاد در سال ۱۳۷۳، ۰/۹۵ گزارش شده است (نیکویی و سیف، ۱۳۹۰). در پژوهش خادمی و همکاران (۱۳۹۳) میزان ضریب آلفای کرونباخ نسخه کوتاه ۰/۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی^۱ (SES): این پرسشنامه توسط شرر و همکارانش در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و دارای ۲۳ ماده است که ۱۷ ماده آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده دیگر مربوط به تجارب خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است (نجفی و فولادچنگ، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر از مقیاس ۱۷ ماده‌ای استفاده شد. پرسشنامه خودکارآمدی عقاید فرد مربوط به توانایی‌اش برای غلبه بر موقعیت‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است، بدین صورت که پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ می‌گیرد. نمرات بالا نشان دهنده احساس خودکارآمدی بالا در فرد است. شرر و همکارانش (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ بدست آوردند و برای سنجش قابلیت اعتماد سازه مقیاس خودکارآمدی از همبستگی آن با مقیاس مهارگری درونی - بیرونی راتر، خرده مقیاس I-E گوین لائویتی در ۱۹۶۹، مقیاس درجه قابلیت اجتماعی مارلو و کراو در ۱۹۶۴، مقیاس بیگانگی از خود بارون در ۱۹۵۳ و مقیاس شایستگی فردی روزنبرگ در ۱۹۶۵ استفاده کردند (براتی، ۱۳۷۶؛ به نقل از نجفی و فولادچنگ، ۱۳۸۶). بر اساس بررسی‌های انجام شده بین نمرات خودکارآمدی و مقیاس مهارگری درونی - بیرونی، همبستگی منفی متوسط، بین مقیاس درجه قابلیت اجتماعی و خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط، و بین بیگانگی از خود و شایستگی با خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط به دست آمده است (نجفی و فولادچنگ، ۱۳۸۶). همچنین مطالعات آنها نشان داد که بین نمرات این پرسشنامه و موفقیت در شغل و تحصیل همبستگی مثبت وجود دارد. کرامتی (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ آن را در نمونه‌های ایرانی ۰/۸۶ بدست آورد. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۳ می‌باشد. برنامه آموزش پذیرش و تعهد: آموزش پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شد که شامل مواردی مانند،

توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعین، آشنایی با مفاهیم درمانگری ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه) بود.

شیوه اجرای مداخله به این شکل بود که محقق ابتدا مجوزهای لازم جهت اجرای مطالعه را از اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه اخذ کرد. در مرحله بعد جهت اجرایی کردن پژوهش، با مدیریت مراکز آموزشی و توانبخشی معلولان جسمی حرکتی شهر کرمانشاه جهت نمونه‌گیری رایزنی شد و در جهت ارجاع مادران دارای فرزند با فلج مغزی به یکی از مراکز به عنوان مکان انجام مداخله هماهنگی لازم به عمل آمد. همچنین اطلاعیه فراخوان شرکت در جلسات مداخله گروهی برای مادران دارای فرزندان با فلج مغزی از طریق سایت، وبلاگ و کانال تلگرامی مراکز مورد نظر نیز در کنار آگهی کتبی اعلام شد (در فراخوان مورد نظر اعلام شد که بهره‌مندی از جلسات و رفت و آمد رایگان خواهد بود). در مرحله بعد از متقاضیان شرکت در جلسات ثبت‌نام به عمل آمد و با هریک از متقاضیان سنجش اولیه صورت گرفت و ۳۴ نفر از افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب شدند. سپس ۲۶ آزمودنی مورد نظر با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه با تعداد برابر قرار گرفتند. در جلسه توجیهی برای اعضای گروه‌ها، روال انجام پژوهش و مزایای شرکت در جلسات گروهی توضیح داده شد و سپس جهت سنجش موارد مورد نظر محقق، تمامی شرکت کنندگان ابزارهای ارزیابی را تکمیل کردند (مرحله پیش‌آزمون). سپس جلسات درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز برای گروه آزمایشی در ۱۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با توالی هر هفته یک جلسه در محل توافق و تعیین شده انجام گرفت. در حین جلسات آموزشی ۳ نفر از گروه آزمایشی به دلیل غیبت بیش از ۳ جلسه در برنامه آموزشی از مطالعه خارج شدند. در زمان انجام مداخله در گروه‌های آزمایشی و تا پایان مرحله پیگیری پژوهش، آزمودنی‌های گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. بعد از خاتمه مداخلات، شرکت‌کنندگان در هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مورد ارزیابی مجدد با ابزارهای پژوهش قرار

1. Self-efficacy Scale (SES)

گرفتند. یک ماه پس از پایان مرحله پس از آزمون نیز جهت سنجش ماندگاری تأثیرات مداخلات در مرحله پیگیری آزمودنی‌ها مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از پایان مرحله پیگیری، طبق تعهدات از قبل داده شده و جهت رعایت اخلاق حرفه‌ای، ضمن قدردانی از همکاری گروه گواه، مداخلات مذکور برای آنها نیز انجام گرفت.

یافته‌ها

بررسی داده‌های حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد $31/20 \pm 6/12$ و گروه گواه $30/07 \pm 4/03$ است. ۴۰ درصد از زنان گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش دارای تحصیلات دبیرستان / دیپلم، ۴۰ درصد فوق‌دیپلم و ۲۰ درصد دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین $46/2$ درصد زنان گروه گواه دارای تحصیلات دبیرستان / دیپلم، $30/8$ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم و $23/1$ درصد دارای تحصیلات لیسانس بودند. فرزندان گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۰ درصد دارای معلولیت خفیف، ۴۰ درصد معلولیت متوسط و ۴۰ درصد نیز دارای معلولیت شدید بودند. همچنین $7/7$ درصد از فرزندان مادران گروه گواه دارای معلولیت خفیف، $61/5$ درصد دارای معلولیت متوسط و $30/8$ درصد دارای معلولیت شدید هستند. میانگین (و انحراف استاندارد) مدت ازدواج گروه درمانگری پذیرش و تعهد $6/60$ (و $3/53$) و گروه گواه $6/07$ ($2/17$) می‌باشد. بین گروه‌ها از نظر میانگین سنی ($F=0/459, P>0/636$) و مدت ازدواج ($F=0/098, P>0/907$) تفاوتی وجود نداشت.

همچنین نتایج آمار توصیفی حاکی از آن بود که در گروه آزمایشی پس از دریافت مداخله میانگین نمرات رضایت زناشویی و خودکارآمدی در مرحله پس از آزمون و پیگیری در مقایسه با قبل از مداخله (پیش‌آزمون) افزایش یافته است. همچنین سطوح معناداری آزمون شاپیرو - ویلک^۱ نشان می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها نرمال است. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون متغیرهای رضایت زناشویی ($P \leq 0/940$)، $Z=0/976, df=13, P \leq 0/615$ ، پس از آزمون رضایت زناشویی

($Z=0/945$) و پیگیری رضایت زناشویی ($Z=0/884, df=13, P \leq 0/081$)، پیش‌آزمون خودکارآمدی ($Z=0/177, df=13, P \leq 0/899$) پس از آزمون رضایت زناشویی ($Z=0/126, df=13, P \leq 0/879$) و پیگیری خودکارآمدی ($Z=0/046, df=13, P \leq 0/866$) برقرار است ($P \geq 0/05$)، نتایج نمودار پراکنندگی^۲ (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها^۳) و پس‌آزمون آن که با یکدیگر همبستگی بالایی $0/90$ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار شاخ و برگ^۴ نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد؛ که نشان دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شده است، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمون‌های لوین^۵ و تصحیحات باکس استفاده شد نتایج آزمون باکس برای متغیر رضایت زناشویی ($F=1/356, P \leq 0/085$) و $F=1/241, P \leq 0/111$ و خودکارآمدی ($BOX=24/741$) و $F=19/970$ که میزان معناداری آزمون باکس از $0/05$ بیشتر است در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس، پذیرفته شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس از آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای متغیرهای رضایت زناشویی و خودکارآمدی معنی‌دار نبوده است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون نمرات متغیرهای رضایت زناشویی و خودکارآمدی با متغیرهای مستقل (گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه) در مرحله پس از آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل رضایت زناشویی (پس از آزمون $0/05 \geq 0/241, P=1/341, F=0/89$) و $F=1/584, P=0/203 \geq 0/05$ و خودکارآمدی (پس از آزمون $0/05 \geq 0/203, P=1/584, F=$

4. stem & leaf

5. Leven's test of equality variances

1. Shapiro-Wilk Test

2. scatter plot

3. covariate

متغیر رضایت زناشویی ($P=0/329$ و $\chi^2=2/222$ و $W=0/929$ موچلی) و خودکارآمدی ($P=0/418$ و $\chi^2=1/74$ و $W=0/943$ موچلی) و رعایت شده است. لذا با توجه به عدم معناداری آزمون موچلی از آزمون کروییت مفروض برای آزمون فرضیه استفاده شد.

همچنین نتایج حاصل از لامبدای ویلکز در مرحله بین آزمودنی (گروه)، درون آزمودنی (زمان) و تعامل (گروه \times زمان) نشان می‌دهد که بین گروه‌های (آزمایش و گواه) و تعامل (گروه \times زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (رضایت زناشویی و خودکارآمدی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد، همچنین بین زمان‌های سنجش (پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجا که بین گروه‌های (آزمایش و گواه) و تعامل (گروه \times زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد، برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل واریانس‌های یک‌راهه در متن مانوای تکراری روی هر یک از متغیرهای وابسته مبادرت شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

$0/84$ = لامبدای ویلکز) معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود آماره‌های چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز معنی‌دار نمی‌باشند ($P \geq 0/05$). بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیونی برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، استفاده از این آزمون مجاز بود. بنابراین برای آزمودن فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانووا تکراری استفاده شد. در نهایت نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیرهای وابسته (رضایت زناشویی و خودکارآمدی) معنی‌دار نبوده است ($P \geq 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۰ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ بود که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد. در نهایت نتایج آزمون موچلی نشان داد که مفروضه کروییت برای فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه با سنجش‌های تکراری در متن مانوای تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	Partial η^2
بین‌آزمودنی (گروه)	پاسخ قراردادی	۹۹/۱۳۶	۱	۹۹/۱۳۶	۲۰/۱۰۹	$P \leq 0/001$	۰/۴۸
	رضایت زناشویی	۲۶۳/۰۲۱	۱	۲۶۳/۰۲۱	۳۶/۹۳۱	$P \leq 0/001$	۰/۶۳
	موضوعات شخصیتی	۳۷/۵۰۳	۱	۳۷/۵۰۳	۱۱/۱۸۵	$P \leq 0/003$	۰/۳۴
	ارتباط زناشویی	۴۱/۰۷۶	۱	۴۱/۰۷۶	۵/۸۱۲	$P \leq 0/05$	۰/۲۱
	حل تعارض	۱۵۰/۰۱۱	۱	۱۵۰/۰۱۱	۱۱/۲۳۸	$P \leq 0/003$	۰/۳۴
	مدیریت مالی	۱۵/۰۱۵	۱	۱۵/۰۱۵	۴/۸۸۱	$P \leq 0/03$	۰/۱۸
	اوقات فراغت	۵۶/۵۱۵	۱	۵۶/۵۱۵	۸/۱۰۴	۰/۱۰	۰/۲۸
	روابط جنسی	۵/۰۵۸	۱	۵/۰۵۸	۰/۶۷۸	۰/۴۲۰	۰/۰۳۱
	والدگری	۸۶/۹۲۲	۱	۸۶/۹۲۲	۱۳/۴۳۳	$P \leq 0/001$	۰/۳۹
	بستگان و دوستان	۳۳/۲۳۵	۱	۳۳/۲۳۵	۳/۸۲۴	۰/۰۶	۰/۱۵
درون‌آزمودنی (زمان)	برابری مرد و زن	۲/۲۱۶	۱	۲/۲۱۶	۱/۰۹۸	۰/۳۰۷	۰/۰۵
	جهت‌گیری عقیدتی	۰/۰۷۵	۱	۰/۰۷۵	۰/۰۱۳	۰/۹۱۰	۰/۰۰۱
	نمره کل	۶۱۲۱/۳۰۴	۱	۶۱۲۱/۳۰۴	۱۶/۶۲۰	$P \leq 0/001$	۰/۴۴
	خودکارآمدی	۱۲۶۹/۸۵۸	۱	۱۲۶۹/۸۵۸	۹/۹۱۴	$P \leq 0/005$	۰/۳۲
	پاسخ قراردادی	۲۹/۹۰۸	۲	۱۴/۹۵۴	۸/۸۰۴	$P \leq 0/001$	۰/۲۹
	رضایت زناشویی	۱۵۶/۴۴۰	۲	۷۸/۲۲۰	۲۱/۵۰۷	$P \leq 0/001$	۰/۵۰
	موضوعات شخصیتی	۱۹/۰۵۲	۲	۹/۵۲۶	۴/۴۸۲	$P \leq 0/05$	۰/۱۷
	ارتباط زناشویی	۲۹/۳۸۷	۲	۱۴/۶۹۳	۳/۸۹۴	$P \leq 0/05$	۰/۱۶
	حل تعارض	۱۵۳/۷۴۵	۲	۷۶/۸۷۳	۱۳/۵۱۵	$P \leq 0/001$	۰/۳۹
	مدیریت مالی	۹/۰۲۳	۲	۴/۵۱۱	۲/۱۶۹	۰/۱۲۷	۰/۰۹
اوقات فراغت	۴۷/۶۰۲	۲	۲۳/۸۰۱	۹/۲۷۴	$P \leq 0/001$	۰/۳۱	

۰/۰۹	۰/۱۳۵	۲/۱۰۱	۳/۰۷۲	۲	۶/۱۴۵	روابط جنسی
۰/۲۹	$P \leq 0/001$	۸/۷۰۱	۲۴/۴۷۶	۲	۴۸/۹۵۳	والدگری
۰/۱۶	۰/۰۵	۳/۹۱۷	۱۴/۰۱۲	۲	۲۸/۰۲۵	بستگان و دوستان
۰/۰۴۳	۰/۳۹۶	۰/۹۴۸	۱/۱۳۳	۲	۲/۲۶۶	برابری مرد و زن
۰/۰۹۰	۰/۱۳۸	۲/۰۷۸	۶/۰۴۵	۲	۱۲/۰۹۰	جهت گیری عقیدتی
۰/۴۷	$P \leq 0/001$	۱۸/۶۷۶	۲۱۹۸/۱۶۹	۲	۴۳۹۶/۳۳۷	نمره کل
۰/۶۵	$P \leq 0/001$	۳۹/۰۲۶	۲۷۱/۳۸۷	۲	۵۴۲/۷۷۴	خودکارآمدی
۰/۳۵	$P \leq 0/001$	۱۱/۳۶۴	۱۹/۳۰۲	۲	۳۸/۶۰۴	پاسخ قراردادی
۰/۴۴	$P \leq 0/001$	۱۶/۷۵۷	۶۰/۹۴۴	۲	۱۲۱/۸۸۹	رضایت زناشویی
۰/۲۱	$P \leq 0/006$	۵/۷۷۸	۱۲/۲۸۰	۲	۲۴/۵۵۹	موضوعات شخصیتی
۰/۰۸	۰/۱۵۲	۱/۹۷۳	۷/۴۴۷	۲	۱۴/۸۹۴	ارتباط زناشویی
۰/۲۲	$P \leq 0/006$	۵/۹۰۲	۳۳/۵۶۸	۲	۶۷/۱۳۷	حل تعارض
۰/۰۷	۰/۱۹۸	۱/۷۵۱	۳/۶۴۲	۲	۷/۲۸۴	مدیریت مالی
۰/۲۲	$P \leq 0/005$	۵/۹۸۷	۱۵/۳۶۶	۲	۳۰/۷۳۲	اوقات فراغت
۰/۲۳	$P \leq 0/004$	۶/۴۰۲	۹/۳۶۲	۲	۱۸/۷۲۴	روابط جنسی
۰/۳۷	$P \leq 0/001$	۱۲/۵۰۳	۳۵/۱۷۲	۲	۷۰/۳۷۷	والدگری
۰/۲۴	$P \leq 0/003$	۶/۷۲۱	۲۴/۰۴۱	۲	۴۸/۰۸۳	بستگان و دوستان
۰/۲۳	$P \leq 0/004$	۶/۱۹۰	۷/۳۹۴	۲	۱۴/۷۸۷	برابری مرد و زن
۰/۰۲۳	۰/۶۱۴	۰/۴۹۴	۱/۴۳۶	۲	۲/۸۷۲	جهت گیری عقیدتی
۰/۴۲	$P \leq 0/001$	۱۵/۱۸۳	۱۷۸۷/۰۳۸	۲	۳۵۷۴/۰۷۶	نمره کل
۰/۷۳	$P \leq 0/001$	۵۸/۷۵۸	۴۰۸/۶۰۴	۲	۸۱۷/۲۰۹	خودکارآمدی

تعامل: (گروه × زمان)

بر متغیرهای (رضایت زناشویی و خودکارآمدی) معنی دار است. بنابراین می توان بیان کرد که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه های رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزند فلج مغزی اثربخش است. همچنین اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بنفرونی مورد بررسی قرار گرفت. که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می دهند که تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوای تکراری مربوط به اثر مداخله (از پیش آزمون - پس آزمون) ثبات مداخله (پس آزمون - پیگیری) و اثر زمان (پیش آزمون - پیگیری) در متغیرهای وابسته (رضایت زناشویی و خودکارآمدی) معنی دار می باشند. با توجه به نتایج جدول تأثیر گروه بر نمرات متغیر رضایت زناشویی ($F_{(1, 21)} = 16/620, P < 0/001$) و خودکارآمدی ($P < 0/001$)، $F_{(1, 21)} = 9/914$ معنی دار است. همچنین تأثیر زمان و تعامل زمان × گروه

جدول ۲. نتایج آزمون بنفرونی (درون گروهی و بین گروهی) برای مقایسه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین ها	SD	P
رضایت زناشویی	پیش آزمون	-۱۶/۶۷	۳/۳۰۰	$P \leq 0/001$
	پیگیری	-۱۷/۴۵	۴/۱۲۷	$P \leq 0/001$
خودکارآمدی	پیش آزمون	-۶/۹۰۸	۰/۶۱۷	$P \leq 0/001$
	پیگیری	۲/۹۸۱	۰/۹۸۶	$P \leq 0/001$
رضایت زناشویی	گواه	۱۹	۴/۶۶۱	$P \leq 0/001$
خودکارآمدی	گواه	۸/۶۵۴	۲/۷۴۸	$P \leq 0/005$

نتایج حاصل از سطح تصحیح بنفرونی نشان داد که در پس آزمون و پیگیری در متغیرهای رضایت زناشویی و خودکارآمدی بین گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). به عبارت دیگر با توجه به معنی‌داری آزمون بنفرونی در مقایسه زوجی پیش آزمون - پس آزمون (اثر مداخله)، پس آزمون - پیگیری (ثبات مداخله) و پیش آزمون و پیگیری (اثر زمان) بین گروه‌های مورد مطالعه (گروه آزمایشی و گواه) و موقعیت (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در نمرات رضایت زناشویی و خودکارآمدی تفاوت وجود دارد ($P \leq 0/001$). به عبارت دیگر شرکت کنندگان گروه آزمایشی در نمرات رضایت زناشویی و خودکارآمدی یک روند خطی افزایشی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر هدف پاسخگویی به این سؤال بود که: آیا درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی مؤثر است؟

نتایج پژوهش نشان داد که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (رچل، ۲۰۱۸؛ حسینی و همکاران، ۲۰۱۹ و احمدی و رئیسی، ۱۳۹۸) مبنی بر اینکه افرادی که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی اثربخش است همخوانی دارد. همچنین در مطالعه اسفندیاری بیات و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که علی‌رغم تفاوت محتوا و فرآیند دو روی آورد درمانگری عقلانی - هیجانی - رفتاری و درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد، عناصری مانند تخلیه هیجانی، امیدوار کردن و همگانی بودن تجربه انسانی که در هر دو درمانگری باعث افزایش بخشودگی زنان می‌شود.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، یکی از توانش‌های که در روی آورد درمانگری پذیرش و تعهد آموزش داده شد، افشای احساسات و ارزشمندی مبتنی بر عمل متعهدانه بود، که باعث افزایش رضایت و نزدیکی زوج‌ها شود. یک عامل مهم در جریان جلسات درمانگری، تشویق رفتارهای مثبتی بود که صمیمیت را در روابط زوجین بر می‌انگیخت و تأکید بر این بود که این رفتارهای مثبت صمیمی به صورت یک طرفه انجام نشود. به طور کلی این توانش‌ها موجب خوب درک کردن و افزایش تفاهم و همدلی در بین

زنان شد. افرادی که از توانش‌های عدم قضاوت، ذهن آگاهی، پذیرش و ارزشمندی زبانی در بافتار روابط استفاده می‌کنند احساس مهارگری بیشتری بر اوضاع و شرایط زندگی می‌کنند و این موضوع نیز باعث افزایش رضایت زناشویی می‌شود (گرافیستس و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع با آموزش توانش‌های پذیرش و تعهد می‌توان از زنان دارای فرزند فلج مغزی خواست که تمرین ایفای نقش، خود را در نقش طرف مقابل قرار دهند تا همدلی افزایش یابد (لیلیس، دلال و فورمن، ۲۰۲۰). بسیاری از زوج‌های مشکل دار، وقتی که در پی درمانگری می‌روند، بینش آنها نسبت به مسایل درون رابطه محدود شده است. به همین دلیل ممکن است درمانگری از آنها بخواهد افکار، احساسات و رفتارشان را اولین ملاقات، در قرارها و نیز احساسات عاشقانه‌شان را یادآوری و گزارش نمایند. درمانگری می‌تواند بر روی تضاد بین تجارب گذشته و حال تمرکز کند. این تضاد می‌تواند نشان دهد که این افراد قادر بودند به روش رضایت بخش تری ارتباط برقرار کنند و ممکن است با مقداری تلاش بتوانند دوباره تعاملات مثبت ایجاد نمایند که این امر افزایش رضایت زناشویی را در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد (هنر پروران و همکاران، ۱۳۹۳). زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان این فرصت را می‌دهد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرانه پردازد و بیشتر تمرکز درمانگری هدایت بیمار با قبول مسئولیت توسط خودش به سمت هشجاری کامل است. درمانگری افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کند بدون آنکه آن‌ها را سرکوب کند، و در مورد آن قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه که در خصوص وضعیت فرزند خود دارد مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نماید (فرمن و هربرت، ۲۰۰۸). علل استفاده از درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر ارزیابی و توسعه‌ی یک طرح درمانگری است. در درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی عملکرد رفتاری مراجع تأکید می‌شود نه علت‌یابی. درمانگری مبتنی بر پذیرش یک نوع رفتاردرمانگری است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای مهارگری تجربه‌های آزارنده است (هیز، استراسال و ویلسون، ۱۹۹۹؛ وستروپ و ورایت، ۲۰۱۷). در نهایت هیز و لیلیس (۲۰۱۲) سایرانس و همکاران (۲۰۱۷) نیز معتقد است که رویکرد پذیرش / تعهد درمانگری به

جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نمایند و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانگری اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روانشناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روانشناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی رفتاری حضور ندارد. ثانیاً هدف روش‌های درمانگری به کار رفته در پذیرش و تعهد درمانگری افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این روش‌های درمانگری بر کاهش اجتناب از این تجربیات روانشناختی و افزایش آگاهی از آنها به خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است. رویکرد پذیرش و تعهد درمانگری می‌تواند از این نظر از رویکرد شناختی رفتاری متمایز باشد که آنها اختصاصاً بر تغییرات رفتاری و محیطی تأکید می‌کنند. همچنین بر راه‌هایی که تجربیات روانشناختی بر رفتار اثر می‌گذارد تغییر ایجاد می‌کنند تا اینکه تمرکزشان بر تغییر محتوای این تجربیات باشد.

همچنین نتایج نشان داد که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش خودکارآمدی گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (رجل، ۲۰۱۸؛ حسینی و همکاران، ۲۰۱۹ و احمدی و رئیسی، ۱۳۹۸) مبنی بر اینکه افرادی که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی اثربخش است همخوانی دارد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که بخش بزرگی از توانش‌های آموزش داده شده در گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد ذهن آگاهی، ارزشمند زیستن و پذیرش حالات هیجانی منفی به همان شیوه‌ای که هست است که به نوعی توجه کردن به حالات درونی فرد (مانند هیجان و شناخت) در یک حالت غیر قضاوتی و پذیرا است. به کارگیری توانش‌های ذهن آگاهی در طی آموزش افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عادت‌ی و خودبه‌خودی به تجربیات تنش‌آور را کاهش دهند. در نهایت باز خورد و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و فرد وقایع غیر قابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و در نتیجه فعال شدن، پاسخ‌های تنش‌آور کاهش می‌

یابد. بنابراین تمرینات ذهن آگاهی، خود آگاهی، هشیاری بدنی و شناختی را افزایش می‌دهد و این خود آگاهی، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد. بنابراین آرامش جسمی و روحی در فرد به وجود می‌آید که این عوامل زمینه را برای افزایش خودکارآمدی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی فراهم می‌کند (لیلیس و کندرا، ۲۰۱۴). در ذهن آگاهی و توانش‌های تمرین آگاهی لحظه به لحظه‌اش، فرد تلاش می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف و تعامل با دیگران بینش و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کند به جای آنکه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار واکنش نشان دهد (رجل، ۲۰۱۸). علاوه بر این آگاهی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کرده و به روشی نو، نه عادت‌ی، واکنش نشان دهند (وستروپ و وریات، ۲۰۱۷). ذهن آگاهی می‌تواند پذیرش و کنار آمدن و خصومت، اضطراب و خطرپذیری را کاهش دهد. همچنین در ذهن آگاهی نیز، یکی از تکنیک‌ها مراقبه است. مراقبه فعالیتی از هشیاری ذهنی (شامل عواطف و احساسات، خاطرات و رویاها) است. از طریق مراقبه می‌توانیم اشتباهاتمان را بشناسیم و ذهنمان را طوری تنظیم و سازگار کنیم که واقع‌گرایانه‌تر و صادقانه‌تر به تفکر و کنش بپردازد (هیز و لیلیس، ۲۰۱۲). ما یاد می‌گیریم تا از افراد و چیزهای دور و برمان انتظارات غیر واقعی کمتری داشته باشیم و بنابراین کمتر به خاطر وقایع آینده خود را مضطرب کنیم؛ روابط بهبود پیدا می‌کند و زندگی پایدارتر و رضایت‌بخش‌تر می‌شود. ما یک حس و معنای وسیع و روشن از آنچه پیرامونمان می‌گذرد، ایجاد می‌کنیم و توسعه می‌دهیم که این نوعی خودکارآمدی و افزایش توانمندی است. یکی از مکانیسم‌های ذهن آگاهی «آگاهی فراشناختی» است که اشاره به باورهایی دارد که افراد درباره تفکر خود دارند. این دانش شامل باورهایی در مورد انواع خاص تفکر و نیز باورهایی در ارتباط با کارآیی و چگونگی تنظیم افکار آن‌ها تأثیر می‌گذارد. در نتیجه با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان تبیین کرد که گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد اثری انکارناپذیر در افزایش توانمندی، خودکارآمدی و روان‌درستی دارد. این یافته‌ها می‌تواند به این علت باشد که در این روش آموزش، تأکید بر تغییرات شناختی-

گواه اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. با توجه به نتایج پژوهش و اثربخش درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمانگرانی که در مراکز درمانگری از جمله سازمان بهزیستی با مادران دارای فرزندان با مشکلات جسمی - حرکتی، فلج مغزی و ضایعه نخاعی سروکار دارند، پیشنهاد می‌شود از اصول و تکنیک‌های این مداخله جهت بهبود متغیرهای مورد بررسی و نهایتاً کیفیت زندگی بهره‌گیرند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بررسی و با شناسه اخلاق IR.KUMS.REC.1399.776 مصوب گردیده است. مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه شده از اداره بهزیستی شهر کرمانشاه با شماره نامه ۷۳۰/۹۹/۱۴/۴۵۹۵ صادر شده است. تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور این پژوهش و نیز کارکنان بخش پژوهش، علوم پزشکی کرمانشاه و اداره بهزیستی شهر کرمانشاه، که در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

رفتاری می‌باشد که خود فرد مسبب آن است. بر این اساس به این نکته می‌توان اشاره کرد که کارآمدی بین فردی یک توانش آموخته شده است نه یک صفت که یک فرد دارای آن باشد یا از آن بی‌بهره باشد. لذا یک برنامه جامع آموزشی که برای تقویت باورها فردی در مورد توانمندی‌هایش (خودکارآمدی) و رفتارهای جرأت‌ورزانه طراحی شده باشد می‌تواند دید افراد را نسبت به خودشان تغییر دهد، اعتماد به خود را در آن‌ها تقویت کند و روابط بین فردی آن‌ها را بهبود بخشد و این توانشی است که با آموزش توانایی ارزشمند زیستن، ذهن آگاهی و پذیرش حاصل می‌شود (للیس و همکاران، ۲۰۲۰).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود. نخستین محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. محدودیت سوم مربوط به عدم مهار کردن عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش‌تر برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش‌تر برآورد کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای مهار کردن اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی گروه

References

- Ahmadi, A., & Raeisi, Z. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Improving Self-Efficacy of Mothers of Children with Autism. *JOURNAL OF FAMILY AND RESEARCH*, 16(2 (43)), 123-137. [Link]
- Aminzadeh, D. M., Asmari, Y., Karimi, S., Hosiensabet, F., & Sharifi, M. (2018). Improvement of Subjective Well-Being in Students With Physical Disability: Mental Rehabilitation Based on Teaching Emotion Regulation Skills. *Practice in Clinical Psychology*, 6(1), 39-46. <https://doi.org/10.29252/nirp.jpcp.6.1.39>. [Link]
- Bagheri, P., Saadati, N., Fatollahzadeh, N., & Darbani, SA. (2017). The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Self-Efficacy and Social Adjustment of Elderly Retired. *Journal of Geriatric Nursing*, 3(2), 103-117. <https://doi.org/10.21859/jgn.3.2.103>. [Link]
- Boldyreva, Uliana., Streiner, D. L., Rosenbaum, P. L., & Ronen, G. M. (2020). Quality of life in adolescents with epilepsy, cerebral palsy, and population norms. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(5), 609-614. doi: 10.1111/dmcn.14450. [Link]
- Cepukiene, V., Pakrošnis, R., & Ulinskaitė, G. (2018). Outcome of the solution-focused self-efficacy enhancement group intervention for adolescents in foster care setting. *Children and Youth Services Review*, 88(C), 81-87. doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.004. [Link]
- Cheng, S-T., Chen, P. P., Chow, Y. F., Chung, J W. Y., Law, A C. B., Lee, J. S. W., Tam, C. W. C. (2020). Developing a Short Multidimensional Measure of Pain Self-efficacy: The Chronic Pain Self-efficacy Scale-Short Form. *The Gerontologist*, 60(3), e127-e136. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz041>. [Link]
- Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science*, 6(4), 132-137. doi.org/10.1177/0192513X13483292, [Link]
- Ernst, G., Belrose, A., Eckhardt, J., Hild, W., Rodriguez, L. (2014). Does a participant's perceived self-Efficacy of healthcare professions improve following a Weeklong informational camp for high school students? *Journal of Allied Health*, 43 (3), 157-161. 6. [Link]
- Esfandiyari Bayat, D. Comparison of the effectiveness of group counselling based on rational, emotional and behavioral therapy (REBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on forgiveness of women affected by marital infidelity. *Journal of psychologicalscience*, 139-148. [Link]
- Fallahchai, R., Fallahi, M., and Randall, A. K. (2019) A Dyadic Approach to Understanding Associations Between Job Stress, Marital Quality, and Dyadic Coping for Dual-Career Couples in Iran. *Front Psychology*, 10 (1), 487. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00487. [Link]
- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; PP: 263-265. [Link]
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48 (4), 189-204. doi: 10.1007/s10879-018-9384-0. [Link]
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002. [Link]
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006. [Link]
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford. pp. 165-171. [Link]
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press. [Link]
- Hayes, S., Lillis S. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. American psychological association publication. [Link]
- Hosseini, N., Poh, Li., & Baranovich, D. L. (2019). Enhancing Marital Satisfaction Through Acceptance and Commitment Therapy: A Review of Marital Satisfaction Improvement of Iranian Couples. *International Journal of Education, Psychology and Counseling*, 4 (33), 53-60. [Link]

- Jalili, N., Godarzi, M., Rassafiani, M., Haghgoo, H., Dalvand, H., & Farzi, M. (2013). The influenced factors on quality of life of mothers of children with severe cerebral palsy: A survey study. *Modern Rehabilitation*, 7(3), 40-47. [Link]
- Khademi, A., and Valipour, M., and Moradzadeh Khorasani, L., and Neyshabouri, S. (2015). Relationship between personality traits and marital satisfaction and its components in couples. *Applied Psychology*, 8 (4 (32)), 95-109. [Link]
- Lee, M. H., Matthews, A. K., Park, C. (2019). Determinants of Health-related Quality of Life Among Mothers of Children With Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Nursing*, 44 (2), 1-8. doi: 10.1016/j.pedn.2018.10.001. [Link]
- Lee, M. H., Matthews, A. K., Park, C. G., Vincent, C., Hsieh, K., Savage, T. A. (2020). Relationships among parenting stress, health-promoting behaviors, and health-related quality of life in Korean mothers of children with cerebral palsy. *Research in Nursing & Health*, 43(6), 590-601. doi: 10.1002/nur.22074. [Link]
- Lillis, J., Dallal, D.H., Forman, E.M. (2020). *Innovations in Applying ACT Strategies for Obesity and Physical Activity. In Innovations in Acceptance & Commitment Therapy: Clinical Advancements and Applications in ACT*; Levin, M.E., Twohig, M.P., Krafft, J., Eds.; Context Press: Reno, NV, USA, pp. 126–139. [Link]
- Lillis, J., Kendra, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *The Journal of Contextual Behavioral Science*, 3 (1), 1–7. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.11.005. [Link]
- Maddux, J. M. (2012). *Self-Efficacy: The Power of Believing You Can*. The Oxford Handbook of Positive Psychology (2nd edn). DOI: 10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0031. [Link]
- McCoy, S. W., Palisano, R., Avery, L., Jeffries, L., Laforme Fiss, A., Chiarello, L., Hanna, S. (2020). Physical, occupational, and speech therapy for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(1), 140-146. https://doi.org/10.1111/dmcn.14325. [Link]
- McCracken, L. (2011). *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice*. New Harbinger Publications. [Link]
- Mehdi Imani, Seyed Ali Kazemi Rezaie, Hojatollah Pirzadeh, Ahmad Valikhani, Seyed Vali Kazemi Rezaie, (2015). The mediating role of self-efficacy and optimism in the relation between marital satisfaction and life satisfaction among female teachers in Nahavand, *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*, 5(3), 50-71. magiran.com/p1644485. [Link]
- Moradi, F., Ghadiri-Anari, A., Dehghani, A., Reza Vaziri, S., Enjezab, B. (2020). The effectiveness of counseling based on acceptance and commitment therapy on body image and self-esteem in polycystic ovary syndrome: An RCT. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 18(4), 243-252. doi: 10.18502/ijrm.v13i4.6887. [Link]
- NIKOU, M., & SAFE, S. (2005). The study of the relationship between the religion and marital satisfaction among the tehranian couples. [Link]
- Pählman, M., Gillberg, C., Wentz, E., & Himmelmann, K. (2020). Autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in children with cerebral palsy: results from screening in a population-based group. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29 (11), 1569-1579. 10.1007/s00787-020-01471-1. [Link]
- Parisa Bagheri, Nadereh Saadati, Noushin Fatollahzadeh, Ali Darbani, (2017). The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Self-Efficacy and Social Adjustment of Elderly Retired, *Journal of Geriatric Nursing*, 3(2), 103. magiran.com/p1701295. [Link]
- Pomaki, G., Karoly, P., & Maes, S. (2009). Linking goal progress to subjective well-being at work: the moderating role of goal-related self-efficacy and attainability. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(2), 206-218. https://doi.org/10.1037/a0014605. [Link]
- Rachael, S. (2018). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Informed Coaching: Examining Outcomes and Mechanisms of Change*. Doctoral thesis, Goldsmiths, University of London [Thesis] http://research.gold.ac.uk/26104/. [Link]
- Sairanen, E., Tolvanen, A., Karhunen, L., Kolehmainen, M., Järvelä-Reijonen, E., Lindroos, S., Peuhkuri, K., Korpela, R., Ermes, M., Mattila, E., et al. (2017). Psychological flexibility mediates change in intuitive eating regulation in acceptance and commitment therapy interventions. *Public Health Nutrition*, 20 (2), 1681–1691. doi: 10.1017/S1368980017000441. [Link]
- Spencer, S. D., Masuda, A. (2020). Acceptance and Commitment Therapy as a Transdiagnostic Approach to Treatment of Behavioral Health Concerns: A Concurrent Multiple Baseline Design Across Participants. *Clinical Case Studies*. 19(3),

163-179. doi.org/10.1177/1534650119897412.

[Link]

Wang, Y., Huang, Z., Kong, F. (2020). Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *Journal Health Psychology*, 25(3), 416-425. doi: 10.1177/1359105317739100. [Link]

Westrup, D. (2017). *Wright, M.J. Learning ACT for Group Treatment: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists*; New Harbinger Publications: Oakland, CA, USA.

[Link]

Wynne, K. T. (2016). Exploring Crossover Effects Among Working Spouses Through The Lens Of Social Cognitive Theory: Soc And Work-Family Conflict (2016). *Wayne State University Dissertations*. Paper 1606. [Link]

Yucel, D. (2017). Work-family Balance and Marital Satisfaction: The Mediating Effects of Mental and Physical Health. *Society and Mental Health*, 7(3) 175–195. doi.org/10.1177/2156869317713069.

[Link]

Zahra Sadat Aghaei, Hamidreza Aatami, Fariborz Dortaj, Hasan Asadzade, (2018). Comparison the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and solution-oriented therapy on couples' emotional regulation, *Journal of Psychological Sciences*, 17(68), 509-514. magiran.com/p2013792. [Link]