

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی

حسین عباسی<sup>۱</sup>، بهروز کریمی<sup>۲</sup>، داود جعفری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۵

### چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان ذهنی دختر یا پسر در مدارس ابتدایی ویژه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۲ نفر از مادران دارای دانش‌آموز با کم‌توانی ذهنی بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۶ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. درمان پذیرش و تعهد در هشت جلسه گروهی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به مادران گروه آزمایش آموزش داده شد؛ اما گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. هر دو گروه یک هفته پیش از جلسه اول و یک هفته پس از جلسه‌ی آخر و ۴۵ روز بعد با پرسشنامه‌های تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد سنجش شدند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری، تک متغیره و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد تاثیر دارد. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران را تعدیل کند و روش مناسبی برای کاهش مشکلات مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی باشد.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات (نویسنده مسئول).

Abbasihossein508@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر، ایران

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، ناکامی، تحمل ناکامی، نگرش‌های ناکارآمد، دانش-آموزان با کم‌توانی ذهنی

### مقدمه

تولد فرزند سازگاری‌های جدیدی را در خانواده طلب می‌کند. پیدایش غریبه سوم به نام نوزاد، علاوه بر مشکلات ویژه‌ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن، فشارهای روانی بسیاری را بر والدین تحمیل می‌کند. حال اگر نوزادی با معلولیت‌های ذهنی یا جسمی و یا رفتاری و یا ترکیبی از آنها متولد شود، فشارهای روانی حاصل از وجود چنین فرزندی بر اعضای خانواده به‌ویژه مادر چندین برابر می‌شود (کميجانی، ۱۳۹۱).

کم‌توانی ذهنی اختلالی است که در دوره‌ی رشد شروع می‌شود و در برگیرنده‌ی نارسایی هوشی و عملکرد سازشی در حوزه‌های عملی، اجتماعی و مفهومی است. میزان شیوع این اختلال در حدود ۱ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). همچنین بر اساس آمارهای مختلف تقریباً بین ۱ تا ۲ درصد جمعیت کشورها را شامل می‌شود (میلانی فر، ۱۳۸۴).

بدون شک تولد و حضور کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای می‌تواند به‌عنوان رویدادی نامطلوب و چالش‌زا موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و ناامیدی شود. شواهد گوناگونی وجود دارد که نشان می‌دهند والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (هستینگز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ خمیس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). با تولد کودک کم‌توان ذهنی، نابینا، کم‌شنوا، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک در مادر ایجاد می‌شود که به‌طور طبیعی غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد (سلطانی فر، رضایی، جعفرزاده، سلطانی فر، ۱۳۸۸؛ یکتاخو، ۱۳۸۸). ناکامی هنگامی پیش می‌آید که شخص نمی‌تواند به هدف مطلوب برسد. ناکامی

1. American Psychiatric Association
2. Hastings
3. Khamis

پدیده‌ی پیچیده‌ای از انگیزش است (کرمی، ۱۳۸۸). ناکامی و دیگر اشکال عواطف منفی به‌عنوان مثال غم، افسردگی و تحریک‌پذیری به‌عنوان زمینه‌سازهای مشترک برای خشم و پرخاشگری مشاهده شده است (برکویتز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و موقعیت‌های استرس‌زا است. تحمل کم ناکامی به‌طور معمول به‌عنوان عملکرد اجرایی مختل<sup>۲</sup> و مشکلات خودتنظیمی<sup>۳</sup> مفهوم‌سازی شده است. نشانه‌ها ممکن است شامل اضطراب، تنش، توجه کم و ترک وضعیت باشد (چاند<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵).

نگرش‌های ناکارآمد<sup>۵</sup> به‌عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع دوره‌های افسردگی به‌صورت مستقیم و یا به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است (لام<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸). نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به‌طور کلی آشفتگی روانی می‌کند (دیویدسون، نیل و کرینگ<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از لطفی کاشانی، ۱۳۸۷). یکی از زمینه‌های مداخلات حمایتی برای کاهش مشکلات مادران کودکان کم‌توان ذهنی، مداخلات روانی-آموزشی است. ازجمله این روش‌ها می‌توان به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی (ملک‌پور و همکاران، ۱۳۸۵) و تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر ارتباط مادران با دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی (شکوهی‌یکتا و زمانی، ۱۳۸۷) و اثر مقابله درمانگری مادران بر پرخاشگری کودکان کم‌توان ذهنی (آقایوسفی، ۱۳۹۱) اشاره کرد. همچنین می‌توان به درمان‌های شناختی-رفتاری<sup>۸</sup> (کرونیس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ چن<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ موللی و همکاران، ۱۳۹۲) و آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی (سیداسماعیلی قمی،

1. Berkowitz
2. Executive Functioning Impairment,
3. Problem with Self-Regulation
4. Chand
5. Dysfunction Attitudes
6. Lam
7. Davison, Neale, & Kring
8. Cognitive-Behavioral Therapy
9. Chronis
10. Chen

کاظمی، پزشک، ۱۳۹۴) و آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> (شیرازی تهرانی و غلامرضایی، ۱۳۹۴) استفاده شده برای کاهش مشکلات مادران کودکان کم توان ذهنی اشاره کرد.

با وجود عملکرد قوی درمان شناختی-رفتاری که بیشتر از حمایت‌های عمومی، مشاوره و دارونماست (هافمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) اما چالش‌هایی در این مورد وجود دارد. پیشنهادی درمان شناختی-رفتاری نشان می‌دهد که در برخی جمعیت‌ها تأثیرات مهمی دارد با این حال هنوز افرادی وجود دارند که به این درمان پاسخ نمی‌دهند و ممکن است رویکردهای دیگری بتواند به آنها کمک کند. علاوه بر این، پیشنهادی تجربی نشان می‌دهد که واپس‌رانی افکار نه تنها موثر نیست، بلکه ممکن است در واقع تأثیر برعکس نیز داشته باشد؛ به این معنا که ممکن است تعداد افکار ناخواسته بیشتر شود. یک نگرانی دیگر درباره‌ی رویکردهای بازسازی شناختی این است که مراجع در حال استفاده از فکر بازسازی شده، هنوز با محرک مشکل‌ساز ارتباط دارد (باخ و موران<sup>۳</sup>، ۱۳۹۴). همچنین از چالش‌های باقیمانده در مورد درمان شناختی-رفتاری می‌توان به کمبود شواهد جایگزین درمان روانی اجتماعی، کمبود دانش برای آگاهی کسی که ممکن است بهترین درمان را انجام دهد و نیاز به یک مدل نظری که به‌طور مداوم از نظر فرایند مطالعاتی، حمایت کند اشاره کرد (لاندى، اشنايدر و ارچ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای چالش کشیدن عقاید بر روی پذیرش تمرکز می‌کند (هیز، استروساهل، ویلسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش<sup>۶</sup> و گسلش شناختی<sup>۷</sup> برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی<sup>۸</sup> استفاده می‌کند (ایزدی و عابدى، ۱۳۹۴). تمرکز اصلی

1. Mindfulness
2. Hofmann
3. Bach & Moran
4. Landy, Schneider & Arch
5. Hayes, Strosahl, & Wilson
6. Acceptance
7. Cognitive Defusion
8. Psychological Flexibility

این درمان بر روی تحمل نشانه است تا بر روی کاهش دادن آن و همچنین این درمان بر روی شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر، سازگارانه‌تر و پاسخ‌گویی به محرک‌های ناخوشایند درونی متمرکز می‌شود (هیز، ۲۰۰۸). هدف‌های این درمان تمرکز بر روی زندگی وجودی پرمعنا، زیستن بر اساس ارزش‌های فردی، تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل برای احساسات منفی است. این درمان شکلی از درمان شناختی-رفتاری است که متکی بر بافت‌گرایی کارکردی<sup>۱</sup> (هیز و همکاران، ۱۹۹۹) و نظریه چارچوب ارتباطی<sup>۲</sup> (هیز، بارنس-هولمز و ریچ،<sup>۳</sup> ۲۰۰۱) می‌باشد.

در پژوهشی رافتری-هلمر، مور، کوین و رید<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) با هدف تغییر تعاملات مشکل-ساز والد-کودک در کودکان با اختلالات اضطرابی<sup>۵</sup> با مداخلات رفتاری والدین با درمان پذیرش و تعهد، کاهش اضطراب کودک نشان داده شد. در یک ارزیابی داف، لارسن و مک‌هوگ<sup>۶</sup> (۲۰۱۶) از افکار خود ارجاعی و ارتباط آن با مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد، نتایج حاکی از آن بود که متغیرهای ثابت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای ارزیابی محتوای افکار با ارتباط با افکار همراه بود. در پژوهش باردین و فرگوس<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) تأثیر تعامل آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای بر اضطراب، افسردگی، استرس و نشانه‌های استرس پس از سانحه، یافته‌ها تأثیر تعامل پیش‌بینی‌های انجام شده از هر چهار نشانه اندازه-گیری شده را نشان داد. مونتگمری<sup>۸</sup> (۲۰۱۵) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به والدین کودکان اوتیسم<sup>۹</sup> اجازه می‌دهد تا تعامل بیشتر و کامل‌تری با فرزند خود داشته باشند و به چالش‌های احتمالی ناشی از معلولیت فرزند خود رسیدگی کنند. در یک بررسی جامع لاندی و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۵) اثربخشی قوی‌تر درمان پذیرش و تعهد را در مقایسه با درمان-

1. Functional Contextualism
2. Relational Frame Theory(RFT)
3. Hayes, Barnes-Holmes, & Roche
4. Raftery-Helmer, Moor, Coyne, & Reed
5. Anxiety Disorders
6. Duff, Larsson, Mc Hugh
7. Bardeen & Fergus
8. Montgomery
9. Autism
10. Landy et al

های شناختی-رفتاری نشان دادند. همچنین در پژوهش ویتینگهام، ساندرز، مک کایندلی و بوید<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) شواهد حاکی از تأثیر مداخلات کوتاه مدت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش مشکلات والدین و کودکان دارای اختلال فلج مغزی<sup>۲</sup> بود.

کوال کووسکی<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) در مقایسه‌ی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان‌های معمول در والدین دارای کودکان اوتیسم، اندازه‌گیری‌های مکرر مادران در موقعیت درمان پذیرش و تعهد، طبق شاخص فرم کوتاه استرس والدین، حاکی از کاهش نشانه‌های پریشانی مادران بود. در ایران نیز پژوهش غلامحسینی و همکاران (۱۳۹۴) اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی<sup>۴</sup> زنان مبتلا به چاقی نشان داد که این درمان موجب کاهش افسردگی و افزایش ادراک مطلوب از تصویر بدنی شده است. در پژوهش علمداری (۱۳۹۲) با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور<sup>۵</sup> نشان داده شد که درمان تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی موثر است.

با توجه به چالش‌های بیان شده در مورد رویکرد درمان شناختی-رفتاری و پژوهش‌های انجام شده در مورد رویکرد درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ویژگی‌ها و اهداف آن و در نظر گرفتن مشکلات مزمن کودکان با کم‌توان ذهنی به‌عنوان یک محرک مشکل‌ساز برای والدین و در نظر گرفتن میزان درصد شیوع اختلال کم‌توانی ذهنی که تقریباً ۱ تا ۲ درصد جمعیت هر کشور را شامل می‌شود (میلانی فر، ۱۳۸۴) و تعداد جمعیت کشور ایران، تعداد قابل توجهی از افراد مخصوصاً مادران به‌طور مستقیم با مشکلات مربوط به کودکان کم‌توان ذهنی درگیر خواهند بود. بنابراین با توجه به این مسائل، ضرورت انجام پژوهش‌های علمی در مورد ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد احساس می‌شود و شناسایی

- 
1. Whittingham, Sanders, McKindlay & Boyd
  2. Cerebral Palsy Disorder
  3. Kowalkowski
  4. Body Image
  5. Infertility

مداخله‌های روانشناختی برای کاهش مشکلات (ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد) در این گروه از افراد جامعه ضرورت می‌یابد.

از آنجایی که بسیاری از پژوهش‌ها نگرش‌های ناکارآمد را به‌عنوان عامل زمینه‌ساز و متغیر میانجی‌گر در اختلال‌های مختلفی همچون، افسردگی (لام، ۱۹۹۸) و اضطراب (ویچ و همکاران، ۲۰۰۳) نشان دادند و نیز به‌دلیل ضروری بودن تحمل ناکامی مناسب برای بهداشت روانی افراد (کاستا و مک‌کرا، ۱۹۹۳) می‌توان گفت که با استفاده از برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله می‌توان مهارت‌های والدین و قابلیت‌های اجتماعی آنها را بهبود بخشید. بنابراین استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی لازم و ضروری است.

## روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی دختر یا پسر بودند که در مدارس ابتدایی ویژه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در شهرستان ملایر در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ به تحصیل اشتغال داشتند. نمونه‌گیری به روش نمونه‌ی در دسترس و داوطلبانه بود. بدین صورت که تعداد ۳۲ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی که در مدارس ابتدایی مشغول به تحصیل بودند، انتخاب شدند. ۱۶ نفر در گروه گواه و ۱۶ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بود: ۱- دامنه‌ی سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، ۲- سطح سواد بالاتر از سیکل، ۳- رضایت آگاهانه و داوطلبانه. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از ۱- وجود بیماری‌های شدید جسمانی یا اختلالات شدید عصبی ۲- عدم تمایل به ادامه‌ی جلسات.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌ی تحمل ناکامی و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بود که در ادامه به معرفی هر کدام می‌پردازیم.

**پرسشنامه‌ی تحمل ناکامی:** این مقیاس توسط هارینگتون<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) به منظور سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف ساخته شد. این مقیاس در ایران توسط بابارئسی و همکاران (۱۳۹۳) ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی شد. پرسشنامه تحمل ناکامی دارای ۳۵ عبارت است که ۴ عامل عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، پیشرفت و شایستگی (استحقاق) را می‌سنجد. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی است. مجموع نمرات پایین نشانگر تحمل ناکامی بالا و مجموع نمرات بالا نشان دهنده‌ی تحمل ناکامی سطح پایین است. نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی این ابزار برای کل شرکت‌کنندگان ۰/۸۴، برای مؤلفه‌ی عدم عاطفی ۰/۵۰، مؤلفه‌ی عدم تحمل ناراحتی ۰/۶۱، مؤلفه‌ی پیشرفت ۰/۵۲ و مؤلفه‌ی استحقاق ۰/۷۱ است. علاوه بر این ضریب آلفا در نمونه‌ی خارجی (هارینگتون، ۲۰۰۵) بالاتر از نمونه‌ی ایرانی است که دامنه آن از ۰/۸۷ (مؤلفه‌ی عدم تحمل ناراحتی) تا ۰/۹۴ کل مقیاس گزارش شده است. پایایی این آزمون در پژوهش حاضر در مرحله پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری به روش آلفای کرونباخ به ترتیب، ۰/۶۵، ۰/۵۷ و ۰/۵۰ برآورد شد.

**مقیاس نگرش‌های ناکارآمد:** این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط ویسمن<sup>۲</sup> و همکاران به منظور سنجش میزان نگرش‌های ناکارآمد افراد و بر مبنای پرسشنامه‌ی اصلی بک ساخته شده است. آزمون اصلی دارای ۴۰ عبارت و ۷ زیر مقیاس است. نسخه‌ی کنونی این پرسشنامه دارای ۱۰ عبارت است و به صورت تک عاملی نگرش‌های ناکارآمد را ارزیابی می‌کند. نمرات آزمون بین ۰ تا ۴۰ قرار دارد و نمرات بالاتر حاکی از میزان بیشتر عقاید ناسازگارانه است. همسانی درونی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است. اعتبار سازه‌ی این آزمون از طریق روش تحلیل عاملی به اثبات رسیده است. همچنین نتیجه‌ی پژوهشی که نشان داده است مقیاس نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند گروه‌های افسرده و غیرافسرده را از هم متمایز سازد، حاکی از اعتبار افتراقی این ابزار

---

1. Harrington  
2. Weissman



است (هرویت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). پایایی این آزمون در پژوهش حاضر در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به روش آلفای کرونباخ به ترتیب، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ برآورد شد. **برنامه مداخله.** پس از انتخاب نمونه با توجه به ملاک‌های بیان شده، شرکت‌کنندگان به‌طور داوطلبانه در دو گروه آزمایش و گواه، گمارش شدند و پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش مداخله پذیرش و تعهد درمانی (هیز و همکاران، ۱۹۹۹) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه به‌صورت گروهی در مدرسه استثنایی مهر انجام شد و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. هر دو گروه یک هفته قبل از جلسه اول و یک هفته پس از جلسه‌ی آخر و ۴۵ روز بعد از طریق پرسشنامه‌ی تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مورد سنجش قرار گرفتند. خلاصه طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به‌اختصار در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه طرح درمانی جلسات مداخله

جلسه	مؤلفه‌های درمان و اهداف	تمرین‌ها و محتوا
اول	برقراری ارتباط - پذیرش	معرفی خود و اعضای گروه - منحصر به فرد بودن روش - تاکید بر مشارکت کامل و انجام واقعی تمرین‌ها - بحث در مورد مشکل - پرسش‌هایی برای ناامیدی خلاق
دوم	پذیرش	ایجاد درماندگی خلاق: تمثیل فرد افتاده در چاه، بیان کنترل به عنوان مشکل - ایجاد تمایل به عنوان پاسخی دیگر - بیان درد تمیز و درد کثیف - پذیرش فعال: تمثیل همسایه مزاحم
سوم	خود به عنوان زمینه	تنفس ذهن آگاهانه - مشاهده‌ی خود به عنوان زمینه - تضعیف خود مفهوم - سازی شده - بیان ویژگی‌های ذهن - تمرین مشاهده: مراقبه اتاق سفید - تمرکز آگاهانه - استعاره صفحه شطرنج
چهارم	گسلش شناختی	تنفس ذهن آگاهانه - کاربرد تکنیک گسلش شناختی - آموزش مهارت‌های واقعیت‌زدایی از افکار - تمرین نامگذاری افکار - تمرین راه‌سازی افکار - تمرین فاصله گرفتن از افکار
پنجم	توجه آگاهی	تنفس ذهن آگاهانه - حواس پنجگانه - توجه به بدن (هیجانان) - فعالیت - های آگاهانه - تنفس ذهن آگاهانه - معرفی مفهوم ارزش‌ها - استعاره اسکی به پایین تپه

ششم و هفتم	تصریح ارزش‌ها	تصریح ارزش‌های عملی زندگی - شناسایی ارزش‌ها - بیان میزان اهمیت هر یک از ارزش‌های حاکم بر روابط مهم در شش حوزه (روابط شغلی، دوستان، خانواده، فرزندپروری، رابطه با همسر، روابط اجتماعی) - توضیحاتی در مورد مهارت‌های اجتماعی و فرزندپروری
هشتم	اقدام و عمل	مرور خلاصه جلسه‌ی قبل - تمرین توجه آگاهی - اقدام و عمل در جهت مسیر ارزش‌های مادران - تبدیل ارزش‌ها به رفتار - جمع‌بندی و آماده کردن مراجعین برای پایان جلسه

\* تمرین‌ها و استعاره‌های مشخص شده در جدول (ایتالیک) از مک کی و همکاران (۲۰۱۱) و هیز و همکاران (۱۹۹۹) اقتباس شده است.

داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس چندمتغیری و یک متغیره و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

## نتایج

میانگین و انحراف استاندارد نمرات نگرش‌های ناکارآمد شرکت‌کنندگان گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات نگرش‌های ناکارآمد شرکت‌کنندگان پژوهش

شاخص	گروه گواه			گروه آزمایش		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تعداد	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶
میانگین	۱۶/۴۴	۱۶/۹۴	۱۶/۵۶	۱۸/۲۵	۱۴/۱۹	۱۳/۱۹
انحراف معیار	۴/۳۴	۴/۸۶	۴/۴۳	۷/۲۶	۵/۹۱	۵/۲۳

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد نمرات نگرش‌های ناکارآمد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به میانگین و انحراف استاندارد نمرات نگرش‌های ناکارآمد گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحمل ناکامی شرکت کنندگان گروه گواه و آزمایش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات تحمل ناکامی شرکت کنندگان

شاخص	گروه گواه			گروه آزمایش		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تعداد	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶
میانگین	۱۱۸/۱۲۵	۱۱۹/۵۰	۱۱۹/۳۷	۱۲۱/۲۵	۱۰۹/۳۱	۱۰۶/۹۴
انحراف معیار	۱۵/۴۲	۱۵/۹۴	۱۵/۸۶	۲۰/۶۲۵	۱۶/۴۸	۱۴/۶۵

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمرات ناکامی شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به میانگین و انحراف استاندارد نمرات ناکامی شرکت کنندگان گروه گواه در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرده است. بنابراین تحمل ناکامی افزایش می‌یابد.

برای کاهش خطای نوع اول از تصحیح بنفرونی<sup>۱</sup> و به جای آلفای رسمی از آلفای تعدیل شده استفاده شد. بدین ترتیب در پژوهش حاضر آلفای  $0/05$  بر تعداد متغیرهای وابسته تقسیم و سطح معناداری  $0/025$  در نظر گرفته شد ( $0/025 = 0/05 / 2$ ). متغیرهای وابسته با یکدیگر ارتباط خطی و معنادار دارند و در عین حال مسأله هم‌خطی چندگانه<sup>۲</sup> بین زوج متغیرها وجود ندارد و بدین ترتیب یکی از مفروضه‌های اصلی تحلیل واریانس چندمتغیری برقرار است. از آنجا که متغیرهای تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد به هم مربوطند، میزان همبستگی این متغیرها با یکدیگر قابل توجه است. از این گذشته بر اساس بررسی‌های به عمل آمده سایر شرایط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون باکس<sup>۳</sup> و بهنجاری توزیع با آماره اسمیرنوف<sup>۴</sup> نیز برقرار است. همچنین بر اساس آزمون لوین همسانی واریانس‌ها برقرار است.

1. Bonferrone correction
2. Multiple Collinearity
3. Box test
4. Smirnov

در جدول ۴ خلاصه تحلیل واریانس چند متغیره برای نمرات پس آزمون تحمل ناکامی و نگرش های ناکارآمد شرکت کنندگان گزارش شده است.

جدول ۴. خلاصه تحلیل واریانس چندمتغیره برای نمرات پس آزمون تحمل ناکامی و نگرش های ناکارآمد شرکت کنندگان

آزمون ها	درجه آزادی	F	معنی داری	$\eta^2$	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۲ و ۲۹	۲۵/۴۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۳	۱
آزمون اثر هوتلینگ	۲ و ۲۹	۲۵/۴۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۳	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۲ و ۲۹	۲۵/۴۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۳	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲ و ۲۹	۲۵/۴۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۳	۱

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که بین سطوح متغیر مستقل (گروه آزمایش و گواه) در متغیرهای وابسته پس آزمون تحمل ناکامی و نگرش های ناکارآمد آزمودنی ها تفاوت معنی دار وجود دارد ( $\eta^2 = ۰/۶۵۳$ ،  $P < ۰/۰۰۰۱$ ،  $F(۲, ۲۹) = ۲۵/۴۵۲$ ). بدین ترتیب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش های ناکارآمد مادران دانش آموزان کم توان ذهنی، تأیید می شود.

در جدول ۵ خلاصه تحلیل آماری تحلیل واریانس یک متغیره برای اثر مداخله بر متغیر وابسته گزارش شده است.

جدول ۵. خلاصه تحلیل واریانس یک متغیره برای متغیرهای وابسته

اثر	متغیر وابسته	S.S	d.f	M.S	F	P	$\eta^2$
مداخله	تحمل ناکامی	۱۳۵۱/۶۷۵	۱	۱۳۵۱/۶۷۵	۳۳/۵۸۸	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۵۴۵
	خطا	۱۱۲۶/۷۹۷	۲۸	۴۰/۲۴۳			
مداخله	نگرش های ناکارآمد	۱۲۵/۲۲۲	۱	۱۲۵/۲۲۲	۱۹/۷۱۵	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۴۱۳
	خطا	۱۷۷/۸۴۷	۲۸	۴۰/۲۴۳			

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که تحلیل متغیر وابسته به تنهایی برای اثر عامل مداخله (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) بر تحمل ناکامی ( $\eta^2 = ۰/۵۴۵$ ،  $P < ۰/۰۰۰۱$ ،  $F(۱, ۲۸) = ۳۳/۵۸۸$ ) و برای اثر عامل مداخله (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) بر نگرش های ناکارآمد

گواه و گروه آزمایش تفاوت معنی دار داشته و باعث کاهش ناکامی و در نتیجه افزایش تحمل ناکامی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد گروه‌های آزمایش شده است.

برای آزمون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی مادران دانش-آموزان کم‌توان ذهنی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها نشان داد که مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برقرار است. همچنین خی‌دو تقریبی محاسبه شده از طریق آزمون موچلی برابر ۲/۹۲۳ بود که نشان می‌دهد مفروضه برابری واریانس‌ها برای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات تحمل ناکامی برقرار است.

در جدول ۶ نتایج تحلیل به کار گرفته شده در مورد نمرات تحمل ناکامی گزارش شده است.

جدول ۶. خلاصه تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای نمرات تحمل ناکامی شرکت‌کنندگان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون‌ها	درجه آزادی	F	P	$\eta^2$	توان آماری
اثر درون آزمودنی‌ها	آزمون اثر پیلایی	۲ و ۲۹	۱۰/۹۹۳	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۴۳۱	۰/۹۸۴
اثر مداخله آزمایشی (بین گروه‌ها)	آزمون لامبدا و یلکز	۲ و ۲۹	۱۶/۳۳۲	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۵۳۰	۰/۹۹۹
	آزمون اثر پیلایی	۲ و ۲۹	۱۶/۳۳۲	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۵۳۰	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری مکرر) با  $(\eta^2 = ۰/۴۳۱, P < ۰/۰۰۰۱, F_{(۲, ۲۹)} = ۱۰/۹۹۳)$  معنی دار است؛ یعنی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مؤثر است. بعلاوه بین سطوح درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقابل فقدان آن) در متغیر وابسته تحمل ناکامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تفاوت معنی دار وجود دارد  $(\eta^2 = ۰/۵۳۰, P < ۰/۰۰۰۱)$ .

$F(۲, ۲۹) = ۱۶/۳۲۳$ . بدین ترتیب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأیید می‌شود. در جدول ۷ خلاصه تحلیل واریانس یک متغیره برای اثر درون‌آزمودنی‌ها بر متغیر وابسته گزارش شده است.

جدول ۷. خلاصه تحلیل واریانس یک متغیره برای تحمل ناکامی

اثر	متغیر وابسته	S.S	d.f	M.S	F	P	$\eta^2$
درون‌آزمودنی‌ها	تحمل ناکامی	۷۶۹/۱۸۸	۲	۳۸۴/۵۹۴	۱۴/۷۸۴	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۳۳۰
	خطا	۱۵۶۰/۸۷۵	۶۰	۲۶/۰۱۵			
مداخله آزمایشی	تحمل ناکامی	۱۱۳۱/۹۴۲	۲	۵۶۵/۹۶۹	۲۱/۷۵۶	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۴۲۰
	خطا	۱۵۶۰/۸۷۵	۶۰	۲۶/۰۱۵			

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که تحلیل متغیر وابسته به‌تنهایی برای اثر درون‌آزمودنی‌ها بر تحمل ناکامی ( $\eta^2 = ۰/۳۳۰$ ،  $P < ۰/۰۰۰۱$ ،  $F(۲, ۶۰) = ۱۴/۷۸۴$ ) و برای اثر بین‌آزمودنی‌های عامل مداخله (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش)، ( $\eta^2 = ۰/۴۲۰$ ،  $P < ۰/۰۰۰۱$ ،  $F(۲, ۶۰) = ۲۱/۷۵۶$ )، در شرکت‌کنندگان مورد بررسی گروه گواه و گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار داشته و باعث افزایش تحمل ناکامی گروه‌های آزمایش شده است.

برای آزمون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای همگنی و لوین برای برابری واریانس‌ها برقرار است. خی‌دو تقریبی محاسبه شده از طریق آزمون موجلی برابر  $۱/۹۲۸$  بود که نشان می‌دهد مفروضه برابری واریانس‌ها برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات نگرش‌های ناکارآمد، برقرار است. در جدول ۸ نتایج تحلیل به‌کار گرفته شده در مورد نمرات نگرش‌های ناکارآمد گزارش شده است.

جدول ۸. خلاصه تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای نمرات نگرش‌های ناکارآمد شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون‌ها	درجه آزادی	F	P	$\eta^2$	توان آماری
اثر درون آزمودنی‌ها	آزمون اثر پیلایی	۲ و ۲۹	۸/۸۰۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۷۸	۰/۹۵۵
	آزمون لامبدای ویلکز	۲ و ۲۹	۸/۸۰۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۷۸	۰/۹۵۵
اثر مداخله آزمایشی (بین گروه‌ها)	آزمون اثر پیلایی	۲ و ۲۹	۱۰/۶۱۵	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۴۲۳	۰/۹۸۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۲ و ۲۹	۱۰/۶۱۵	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۴۲۳	۰/۹۸۱

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که اثر درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری مکرر) با  $\eta^2 = ۰/۳۷۸$ ،  $P < ۰/۰۰۰۱$ ،  $F(۲ و ۲۹) = ۸/۸۰۴$  معنی‌دار است. به این معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مؤثر است. بعلاوه بین سطوح درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقابل فقدان آن) در متغیر وابسته نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $\eta^2 = ۰/۴۲۳$ ،  $P < ۰/۰۰۰۱$ ،  $F(۲ و ۲۹) = ۱۰/۶۱۵$ ). بدین ترتیب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأیید می‌شود. جدول ۹ خلاصه تحلیل آماری تحلیل واریانس یک متغیره برای اثر درون آزمودنی‌ها بر متغیر وابسته را گزارش می‌کند.

جدول ۹. خلاصه تحلیل واریانس یک متغیره برای نگرش‌های ناکارآمد

اثر	متغیر وابسته	S.S	d.f	M.S	F	P	$\eta^2$
درون آزمودنی‌ها	نگرش‌های ناکارآمد	۱۰۳/۸۹۶	۲	۵۱/۹۴۸	۱۱/۱۴۰	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۲۷۱
	خطا	۲۷۹/۷۹۲	۶۰	۴/۶۶۳			
مداخله آزمایشی	نگرش‌های ناکارآمد	۱۲۸/۳۲۳	۲	۶۴/۱۵۶	۱۳/۷۵۸	$P < ۰/۰۰۰۱$	۰/۳۱۴
	خطا	۲۷۹/۷۹۲	۶۰	۴/۶۶۳			

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که تحلیل متغیر وابسته به‌تنهایی برای اثر درون آزمودنی‌ها بر نگرش‌های ناکارآمد ( $\eta^2 = ۰/۲۷۱$ ،  $P < ۰/۰۰۰۱$ ،  $F(۲ و ۶۰) = ۱۱/۱۴۰$ ) و برای اثر بین

آزمودنی‌های عامل مداخله (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) ( $\eta^2 = 0/314$ ،  $P < 0/0001$ )، در شرکت کنندگان گروه گواه و گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار داشته و باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد گروه آزمایش شده است.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد که بین سطوح متغیر مستقل (گروه آزمایش و گواه) در متغیرهای وابسته پس‌آزمون تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد شرکت کنندگان تفاوت معنادار وجود دارد. بدین ترتیب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأیید می‌شود. همچنین نتایج تحلیل متغیر وابسته به‌تنهایی برای اثر عامل مداخله (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) بر تحمل ناکامی و برای اثر عامل مداخله (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) بر نگرش‌های ناکارآمد در شرکت کنندگان مورد بررسی گروه گواه و گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار داشته و باعث کاهش ناکامی و در نتیجه افزایش تحمل ناکامی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد گروه آزمایش شده است.

می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد برای درمان افراد با مشکلات روانی مربوط به تروما (فیوریلو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، تغییر تعاملات مشکل‌ساز والد-کودک (رافتری-هلمر، ۲۰۱۶)، نشانه‌های روانپزشکی و کیفیت زندگی (ویلات و همکاران، ۲۰۱۶)، افسردگی و کیفیت زندگی (دهقانی، ۱۳۹۵)، کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روان‌شناختی و افزایش امید (برادران و همکاران، ۱۳۹۵) و اختلال اضطراب اجتماعی (مهر دوست و همکاران، ۱۳۹۰) حمایت می‌کند.

در ارزیابی فیوریلو و همکاران (۲۰۱۷) از درمان پذیرش و تعهد برای زنان با مشکلات مربوط به تروما نتایج بهبود آماری و بالینی قابل توجهی در علائم اندازه‌گیری‌های استرس



پس از سانحه، افسردگی، اضطراب و انعطاف‌پذیری روانی نشان داده شد. همچنین ویلات و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان اجزاء پذیرش و تعهد درمانی، بهبودهایی در نشانه‌های روانپزشکی، کیفیت زندگی و هدف قرار دادن فرایندهای درمانی ایجاد کردند. پژوهش دهقانی (۱۳۹۵) نشان داد که به کارگیری درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود معنادار افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران شده است. همچنین در پژوهش غلامحسینی و همکاران (۱۳۹۴) اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی، نشان می‌دهد که این درمان موجب کاهش افسردگی و افزایش ادراک مطلوب از تصویر بدنی گردید.

بنابراین در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بر اساس شواهد نظری با استفاده از مدل آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که شامل خودشناسی ضعیف (توجه آگاهی)، دلبستگی به خود مفهوم‌پردازی شده، آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه‌ای، واضح نبودن ارزش‌ها و بی‌فعالیتی دائم و تکانشی بودن است، پرداخت. در این مورد باردین و فرگوس (۲۰۱۶) معتقدند اگرچه تمام شش فرایند انعطاف‌ناپذیری روانشناختی به هم مرتبطند، اما به‌طور ویژه سه جفت روند از لحاظ پاسخ‌دهی شرح داده شده است. ۱- باز/ بسته (اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی) ۲- متمرکز شده/ غیر متمرکز شده (دلبستگی به مفهوم و عدم ارتباط با زمان حال) ۳- درگیر/رها (فقدان تصریح ارزش‌ها و عمل‌ناکارآمدی).

همچنین بر اساس پژوهش‌های رافتی-هلمر (۲۰۱۶) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور ویژه سه مرحله‌ی قوانین کلامی، اجتناب تجربه‌ای و رفتارهای ارزش‌گذاری شده که بر رفتار والدین تأثیر می‌گذارد را مورد خطاب قرار می‌دهد. بنابراین از دیدگاه انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌توان گفت که کم‌توانی ذهنی کودک به‌عنوان یک مشکل باعث می‌شود که مادران سبک پاسخ‌دهی ناکارآمدی (بافت کلامی/کارکردی) نسبت به این مشکل داشته باشند. سبک پاسخ‌دهی افکار ناکارآمد مادران (بافت کلامی) باعث چسبیدن به خودمفهوم‌سازی شده (بد شانس، چرا بچه‌ی من؟ من چه گناهی کرده‌ام؟ دیگران چه فکری در مورد من می‌کنند؟) و تمرکز بر مشکلات و ایجاد آمیختگی شناختی (باورپذیری افکار منفی و قبول افکار به‌عنوان واقعیت) و دوری از موقعیت‌ها، عدم

ارتباط با دیگران، نداشتن شادی و تفریح که باعث اجتناب تجربه‌ای و کاهش اضطراب مادر به صورت موقت می‌شود. از طرفی تکرار این رفتارها در طولانی‌مدت باعث محدودیت رفتار مادر و نگرانی و اضطراب او خواهد شد و همچنین عدم توجه آگاهی (آینده‌نگر یا گذشته‌نگر شدن ذهن، دنبال علت گشتن در گذشته و اینکه آینده‌ی کودکشان چه خواهد شد، تحصیل، شغل، ازدواج) که باعث ایجاد افکار و احساسات ناخوشایند و افزایش نگرش‌های ناکارآمد و عدم پذیرش مشکلات خواهد شد. در نتیجه تمرکز بر مشکل و ایجاد آمیختگی شناختی موانع مهمی برای حرکت در جهت ارزش‌ها می‌شود و باعث مشخص نبودن ارزش‌های مادران در حیطه‌های ارتباط اجتماعی، رشد شخصی، سلامتی و فرزندپروری خواهد شد.

از آنجایی که ارزش‌ها نقش محوری در جهت‌دهی به تلاش‌ها و اقدامات دارند (ناوس، ۱۳۹۳)، با فقدان ارزش‌های مشخص و همچنین سبک پاسخ‌دهی مادران به بافت کارکردی باعث ایجاد رفتارهای ناکارآمد (نداشتن ارتباط مناسب با دیگران، نداشتن مهارت‌های اجتماعی مناسب) می‌شود و همین باعث کناره‌گیری، اضطراب، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و احساس مضاعف ناکامی می‌شود که در نهایت منجر به ایجاد تحمل کم ناکامی و راهکارهای ناکارآمد برای مادران در برخورد با مشکلات خواهد شد. بنابراین با اجرای فرایند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با آموزش مهارت‌های تمرکززدایی افکار ناکارآمد در مورد گذشته و آینده‌ی کودک و تمرکز بر زمان حال و مشکلات موجود توسط تمرین‌های توجه آگاهی و تجربه کردن افکار تنها به‌عنوان یک فکر (گسلش شناختی) و تمایل و پذیرش افکار ناکارآمد (مهارت‌های اصلی برای برطرف کردن موانع حرکت در جهت ارزش‌ها) و همچنین روشن‌سازی ارزش‌های مادران (ارتباط اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، فرزندپروری، روابط خانوادگی) با انجام تمرین‌ها و استعاره‌هایی در این مورد که در پروتکل نیز ذکر شده، به‌عنوان منبعی از انگیزش برای تغییر رفتار مادران در جهت مسیر ارزش‌ها باعث سازگاری بیشتر، کاهش نگرش‌های ناکارآمد و انعطاف‌پذیری مادران و توانایی مقاومت در برابر ناکامی و بالا رفتن تحمل

ناکامی آنان شده که تأثیر آن در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران در این پژوهش نسبت به گروه گواه، دیده شد.

همچنین در پاسخ به سؤال مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی اثر دارد. افزون بر این بین سطوح درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقابل فقدان آن) در متغیر وابسته تحمل ناکامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تغییرات رفتارهای ارزشی و عملکردی در اختلال هراس<sup>۱</sup> (ورسبی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، درد مزمن و اختلال سوء مصرف مواد (اسمال‌وود و همکاران، ۲۰۱۶)، بیماران مقاوم به درمان (کلارک و همکاران، ۲۰۱۴)، نشانه‌های پریشانی والدین اوتیسم (کوال کوسکی، ۲۰۱۲)، بهبود افسردگی و تصویر بدنی (غلامحسینی و همکاران، ۱۳۹۴) و رضایت زناشویی و کیفیت زندگی (علمداری، ۱۳۹۲) حمایت می‌کند.

باتلر و همکاران (۲۰۱۶) در یک مداخله کوتاه‌مدت گروهی برای درمان افراد مبتلا به روان‌پریشی اظهار داشتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نویدی برای افراد مبتلا به روان‌پریشی برای بهبود بازیابی و کاهش عود آینده و کاهش هزینه‌های بهداشتی دارد. کلارک و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مقاوم به درمان انجام گرفت، افراد به‌طور تصادفی بر اساس خدمات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان معمول بر اساس درمان شناختی-رفتاری، قرار گرفتند. نتایج بعد از مداخله، کاهش علائم نشان دادند. اما بهبود کامل‌تر در درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۶ ماه پیگیری پایدارتر بود. همچنین در پژوهش رضائیان و همکاران (۱۳۹۳) نتایج نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن بر اساس مقیاس فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد، موثر بوده است.

1. Panic Disorder
2. Wersebe

بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت که با اجرای مؤلفه‌های درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث ذهن آگاهی و پذیرش مشکلات به‌عنوان واقعیت و اقدام و تعهد، مخصوصاً از طریق روشن‌سازی ارزش‌های مادران با انجام تمرین‌ها و استعاره‌هایی در این مورد که در پروتکل نیز ذکر شده، به‌عنوان منبعی از انگیزش برای تغییر رفتار مادران در جهت مسیر ارزش‌هایشان (ارتباط اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، سلامتی و فرزندپروری) در نظر گرفته می‌شود. ارزش‌ها به‌عنوان انگیزه‌ای برای رفتار عمل می‌کنند و باعث تسهیل پذیرش تجارب و احساسات دردناک می‌شوند و زندگی بر بنیان ارزش‌های فردی باعث تحمل درد، عملکرد خوب و احساس خوب بودن در افراد می‌شوند (توهیگ، ۲۰۱۲)، از طرفی با حرکت در مسیر ارزش‌ها، تعامل یا مشغله‌ی دوباره در موضوعاتی که برای فرد مهم هستند با کاهش درد و رنج همراه است (ورسی و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر این ارزش‌ها نقش محوری در جهت‌دهی به تلاش‌ها و اقدامات دارند (ناوس، ۱۳۹۳) و حرکت در مسیر ارزش‌ها، تمایل برای پذیرش و عمل متعهدانه را افزایش می‌دهند. بنابراین باعث سازگاری بیشتر، انعطاف‌پذیری مادران و مقاومت بیشتر در برابر ناکامی و بالا رفتن تحمل ناکامی آنان شده که تأثیر آن در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در تحمل ناکامی مادران در این پژوهش نسبت به گروه گواه دیده شد.

در پاسخ سؤال مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی اثر دارد. بعلاوه بین سطوح درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقابل فقدان آن) در متغیر وابسته نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. از آنجایی که نگرش‌های ناکارآمد به‌عنوان یک عامل زمینه‌ساز در دوره‌های افسردگی به‌صورت مستقیم و یا به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است (لام، ۱۹۹۸) و همچنین رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و خلق افسرده در جمعیت عادی، نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد یکی از عوامل خلق افسرده در این افراد است (کامری و بلک برن، ۲۰۰۳) و همچنین میراندا و همکاران (۲۰۰۳) به این نتیجه دست

یافتند که بین باورهای ناکارآمد و علائم اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد، می‌توان گفت که یافته‌های حاصل از این پژوهش از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودآیند (داف و همکاران، ۲۰۱۶)، اضطراب، افسردگی، استرس و نشانه‌های استرس پس از سانحه (باردین و همکاران، ۲۰۱۶)، اختلال اضطراب اجتماعی (لاندى و همکاران، ۲۰۱۵)، افسردگی (اشجع و همکاران، ۱۳۹۱)، اختلال اضطراب فراگیر (مژدهی، ۱۳۹۰)، حمایت می‌کند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی - شناختی با قوانین ناکارآمد تا زمانی که با ارزش‌های معنادار ارتباط برقرار می‌کند، رویکردهای متنوع‌تری برای درگیر کردن والدین برای بهترین مراقبت از خود و فرزندشان را بهبود می‌بخشد (رافتری-هلمر و همکاران، ۲۰۱۶). تحلیل واسطه‌گری باورپذیری افکار منفی به‌عنوان یک عامل تا حدودی به‌عنوان واسطه در توانایی پیش‌بینی توجه آگاهی، اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی در پریشانی‌های روانشناختی شناسایی شده است. با داشتن افکار منفی قوی‌تر، باورپذیری به‌طور مثبت با سطوح بالاتری از پریشانی‌های روانشناختی مرتبط است (داف و همکاران، ۲۰۱۶). بعلاوه می‌توان گفت که توجه آگاهی می‌تواند به رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در تنظیم رفتاری دارد و به کاهش افسردگی کمک می‌کند (هزلت-استیون، ۲۰۱۲). پذیرش و تعهد درمانی تماس مؤثر با لحظه‌ای حال را مطرح می‌کند و به مراجعان یاد می‌دهد که آنچه هستند بدون قضاوت یا ارزیابی نامگذاری و توصیف نمایند. تمرین‌های ذهن آگاهی در این نوع از درمان فرد را به سمت دنیایی هدایت می‌کند که آن را مستقیماً تجربه می‌کند، نه دنیایی که محصول تفکر آنهاست. درواقع، تماس با رویدادها بدون قضاوت و در اینجا و اکنون رخ می‌دهد (هیز، ۲۰۰۵؛ به نقل از رضائیان و همکاران، ۱۳۹۳). یافته‌ها در پژوهش دیگری تأثیر تعامل آمیختگی - شناختی و اجتناب تجربه‌ای بر اضطراب، افسردگی، استرس و سندرم‌های استرس پس از سانحه، ارتباط مثبت معنی‌داری بین آمیختگی شناختی و علائم اندازه‌های قوی در سطوح بالاتری از اجتناب تجربه‌ای موجود را نشان داد (باردین و همکاران، ۲۰۱۶).

بنابراین در تبیین این مسئله می‌توان گفت که با اجرای فرایند بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و انجام تمرین‌ها و استعاره‌های مربوط به درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان با تمرکززدایی مادران از افکار و احساس‌های منفی با توجه آگاهی و پذیرش و تجربه‌ی افکار (خوشایند و ناخوشایند) به همان صورتی که هستند و مشخص شدن ارزش‌ها و انجام رفتارهایی در مسیر ارزش‌ها و همچنان که در نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داده شد، باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد مادران گردید. از طرفی نیز می‌توان گفت که با کاهش نگرش‌های ناکارآمد مادران الگوهای تعاملی مثبت و حمایت‌کننده‌ای به وجود می‌آید و این نیز به‌نوعی باعث بهبود رفتار مادران و فرزندشان خواهد شد.

از آنجایی که هر پژوهش ممکن است با کمبودهایی مواجه باشد، این پژوهش نیز دارای محدودیت‌هایی بوده که می‌توان گفت جامعه‌ی آماری در این پژوهش را فقط زنان تشکیل می‌دادند. بنابراین در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. همچنین، کمبود پژوهش در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد برای نشان دادن همسویی با پژوهش حاضر و نیز دوره‌ی پیگیری این مطالعه که ۴۵ روزه بوده است از دیگر محدودیت‌های پژوهش بودند. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد در مردان نیز بررسی شود. همچنین با توجه به پژوهش‌های بسیار کم در مورد تحمل ناکامی و از طرفی که تحمل ناکامی اهمیت زیادی در بهداشت روانی افراد دارد، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران، پژوهش‌هایی مانند این پژوهش در مورد تحمل ناکامی را بر سایر گروه‌های بالینی و یا افراد با اختلال‌های دیگر (مانند بیش‌فعالی، آسیب بینایی، آسیب شنوایی، آسیب جسمی-حرکتی) انجام دهند. در پایان با توجه به نتایج این پژوهش و با توجه به ماهیت و ویژگی‌های مزمن و پایدار بیماری افراد با نیازهای ویژه در طول زندگی، پیشنهاد می‌شود سازمان آموزش و پرورش استثنایی، سازمان بهزیستی و مراکز نگهداری و توانبخشی معلولین، کارگاه‌های آموزشی در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار کنند.

## تشکر و قدردانی

از همه‌ی همکارانمان در مدارس استثنایی که در برگزاری جلسات و انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال قدردانی و تشکر را داریم.

## منابع

- آقایوسفی، ع. (۱۳۹۱). اثر مقابله درمانگری مادران بر پرخاشگری کودکان عقب‌مانده ذهنی آنان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸(۳۱)، ۳۰۴-۲۹۱.
- اشجع، م؛ فرح‌بخش، ک؛ سدرپوشان، ن؛ و ستوده، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران. *فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده*، ۱۹(۷)، ۱۸۵-۱۶۷.
- ایزدی، ر؛ و عابدی، م. ر. (۱۳۹۴). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. (چاپ چهارم). تهران: جنگل.
- باخ، پ. ا؛ و موران، د. ج. (۱۳۹۴). *ACT در عمل، مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*. (ترجمه‌ی کمالی، س. و کیان‌زاد، ن). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
- برادران، م؛ زارع، ح؛ علی‌پور، ا؛ و فرزاد، و. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روانشناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۳۲)، ۹۵-۱۰۵.
- دهقانی، ی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۳۱)، ۳-۹.
- رضائیان، م؛ ابراهیمی، ا؛ و ضرغام، م. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن. *مجله‌ی علمی پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۲)، ۳۰-۱۷.

- سلطانی فر، ع؛ رضایی اردانی، ا؛ جعفرزاده فدکی، س. م؛ و سلطانی فر، آ. (۱۳۸۸). مطالعه مورد<sup>۱</sup> شاهدی اضطراب و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۱، (۴۱)، ۶۰-۵۱.
- سید اسماعیلی قمی، ن؛ کاظمی، ف؛ و پزشک، ش. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۱۷، ۱۴۸-۱۳۱.
- شکوهی یکتا، م؛ و زمانی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم توان ذهنی و دیرآموز. *فصلنامه‌ی خانواده پژوهی*، ۱۵(۴)، ۲۴۶-۲۳۱.
- شیرازی تهرانی، ع؛ و غلامرضایی، س. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی مادران کودکان کم توان ذهنی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۹(۱۳۷)، ۱۶-۵.
- علمداری، ا. (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین ناباور*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی.
- غلامحسینی، ب؛ خدابخشی کولایی، آ؛ و تقوایی، د. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی. *سلامت اجتماعی*، ۲(۱)، ۸-۱.
- کرمی، ا. (۱۳۸۸). *بررسی ناکامی و آزمون ترسیمی ناکامی*، تهران: انتشارات روانسنجی تهران.
- کمیجانی، م. (۱۳۹۱). کودکان استثنایی و چالش‌های مادران. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۰(۲)، ۴۴-۳۸.
- لطفی کاشانی، ف. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری<sup>۲</sup> شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد. *اندیشه و رفتار*، ۲(۸)، ۷۸-۶۷.



مژده‌ی، م. ر. (۱۳۹۰). بررسی مکانیسم تغییر درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال اضطراب فراگیر. رساله‌ی دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی.

ملک‌پور، م؛ فراهانی، ح؛ آقایی، ا؛ و بهرامی، ع. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده‌ی ذهنی و عادی. پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، ۲(۲۰)، ۶۷۶-۶۶۱.

مؤللی، گک؛ پور محمدرضای تجریشی، م؛ و اسدملایری، س. (۱۳۹۲). تاثیر درمانگری شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی و نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا. تعلیم و تربیت استثنایی، ۹(۱۲۲)، ۱۶-۶.

مهردوست، ز؛ طاهر نشاط‌دوست، ح؛ و عابدی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و علائم اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان. پژوهش‌های مشاوره، ۴۳، ۱۳۳-۱۱۷.

میلانی‌فر، ب. (۱۳۸۴). روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی (چاپ شانزدهم). تهران: نشر قومس.

ناوس، و. ج. (۱۳۹۳). تحمل ناکامی، چگونه بر ناکامی‌های خود غلبه کنید؟ (ترجمه‌ی بابارئسی، م؛ و علی‌مهدی، م). تهران: انتشارات نظری. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).

یکتاخواه، س. (۱۳۸۸). مقایسه میزان تنیدگی و شیوه مقابله با آن در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، نابینا، کم‌شنوا و عادی مقطع ابتدایی شهرستان کرج. ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۸۹ و ۸۸، ۱۳-۳.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> Ed)*. Washington, DC: Author.

Bardeen, J. R., and Fergus, T. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6.

- Berkowitz, L. (2012). *A cognitive-neoassociation theory of aggression*. Thousand Oaks: Sage.
- Butler, L., Johns, L. C., Byrne, M., Joseph, C., Odonoghue, E., Jolley, S., Morris, E. M. J., and Oliver, J. E. (2016). Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 33-38.
- Chand, L. (2015). A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research*, 1, 6, 92-94.
- Chen, T., Lu, R., Chang, A., Chu, D., and Chou, x. (2006). The Evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-Esteem. *Archives of psychiatric Nursing*, 20(1), 3-11.
- Chronis, A. M., Gamble, S. A., Robert, J. E., and Pelham, L. V. E. (2006). Cognitive Behavioral Depression Treatment for mothers in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*, 37(2), 143-158.
- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H., and Remington, B. (2014). Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 179-188.
- Costa, P. T., and McCrae, R. R. (1993). Bullish on personality psychology, *The Psychologist*, 9, 302-303.
- Duff, H., Larsson, A., and McHugh, L. (2016). Evaluations of self-referential thoughts and their association with components of Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 39-47.
- Fiorillo, D., McLean, C., Pistorello, J., Hayes, S. C., and Follette, V. M. (2017). Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 104-113.
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual Developmental Disability*, 27, 149-160.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., and Roche, B. (2001). *Relational Frame theory a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer academic.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of Acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and practice*, 15, 286-295.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., and Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hazlett-Stevens, H. (2012). Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression: Case report and clinical considerations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 4(11), 999-1003.
- Hofmann, S. G., and Smit, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Horowitz, J. L. (2006). *Preventing Depression in Adolescents a Prospective Trial of Two Universal Prevention Programs*. Dissertation Submitted To The Faculty Of The Graduate School Of Vanderbilt University.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64, 850-857.
- Kowalkowski, J. D. (2012). *The Impact of a Group-based Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Parents of Children Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder*. [Doctoral Dissertaition], Ypsilanti, mishigan Univercity.
- Kumari, N., and Blackburn, I. M. (2002). How specific are negative automatic thoughts to a depressed population? An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 167-176.
- Lam, D. A. (1998). *Cognitive theory of depression in checkleys.the management of depression*. Oxfor: black well. 1998; 94-124.
- Landy, L. N., Schneider, R. L., and Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74.
- McKay, M., Davise, M., and Faning, P. (2011). *Thoughts and Feeling: Taking Control of Your Moods and Your Life (4<sup>th</sup>Ed)*. Oakland, CA: New Harbinger Publication.
- Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., and Hahn, J. (2003). Mood matters: Negative mood induction actvates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression cognitive. *Therapy and Research*, 22, 363-376.
- Montgomery, D. (2015). *The effects of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism*. [Doctoral Dissertaition], Walden University.
- Rafferty-Helmer, J. N., and Moore, P. S. (2016). The promise of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 64-69.
- Smallwood, R. F., Potter, J. S., and Robin, D. A. (2016). Neuro physiological mechanisms in acceptance and commitment Therapy in

- opioid-addicted patients with chronic pain. *Psychiatry Research: Neuro imaging*, 250, 12° 14.
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507.
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Vilardaga, J. C. P., Atkins, D. C., and Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes, *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52 ° 61.
- Weich, S., Churchill, R., and Lewis, G. (2003). Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorder*, 75, 269-78.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hoyer, J., Wittchen, H-U., and Gloster, A. T. (2017). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 63° 70.
- Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, M., and Boyd, R. N. (2014). Interventions to reduce behavioral problems in children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 133, 1-9.

