




## The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Distress Tolerance and Time Perspective in Mothers with a Disabled Child IQ

**Mohammad Asgari**  \* Associate Professor of ,Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

**Elham Alimohamma Dmalayeri**  Psychology, Humanities, Research Sciences, Tehran, Iran.

**Parviz Sharifi Daramadi**  Associate Professor, Faculty of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

### Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance & commitment-based treatment on distress tolerance and time perspective of the mothers with disabled child IQ in the Malayer city in 2020 Yer. The research was done with using an nonequivalent control group semi-experimental design. From this mothers with disabled child IQ, 30 individuals were selected as available sample and randomly asinged into two groups of 15 as experimental and control group. Data were collected with using pre-test and post-test, Simons & Gahr distress tolerance scale (2005), and Zimbardo time perspective inventory (1999). The experimental group received treatment protocol of acceptance and commitment therapy in 8 sessions, but the control group did not receive any intervention. At the end of both groups posttest was taken. Data analysis using independent t -test for differential scores showed that acceptance and commitment-based therapy had a significant positive effect on tolerance distress and time perspective(future) in mothers with a disabled child IQ at the significant level of 0.01. From this study it can be concluded that acceptance and commitment therapy has a positive effect on tolerance of distress and time

\* Corresponding Author: drmasgari423@gmail.com

**How to Cite:** Asgari, M., Alimohamma Dmalayeri, E., Sharifi Daramadi, P. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Distress Tolerance and Time Perspective in Mothers with a Disabled Child IQ, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 11(42), 51-76.


perspective. Therefore are suggested to use acceptance and commitment therapy for mothers with disabled child IQ

**Keywords:** Distress Tolerance, Time Perspective, Commitment and Acceptance Therapy.




## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی و چشم‌انداز زمان در مادران با کودک ناتوان هوشی


دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

محمد عسگری \* 

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

الهام علی محمد ملایی 

استاد گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

پرویز شریفی درآمدی 

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی و چشم‌انداز زمان در مادران با کودک ناتوان هوشی شهر ملایر در سال ۱۳۹۸ انجام شد. پژوهش با استفاده از طرح نیمه آزمایشی گروه کنترل نامعادل انجام گرفت. از بین مادران با کودک ناتوان هوشی شهر ملایر ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب؛ و به تصادف در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شد. داده‌ها با مقیاس تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و سیاهه چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) زیمناردو (۱۹۹۹) جمع‌آوری شد. ابتدا آزمودنی‌های هر دو گروه در پیش‌آزمون به ابزارهای مذکور پاسخ دادند. پس از آن گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱٫۵ ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد، اما گروه کنترل این درمان را دریافت نکرد. در پایان جلسات درمان، هر دو گروه آزمایش و کنترل به ابزارهای گردآوری داده‌ها پاسخ دادند. از آنجا که مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس رد شد، تحلیل داده‌ها، با استفاده از آزمون t مستقل برای نمرات افتراقی (تفاضل نمره پس‌آزمون و پیش‌آزمون) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی و چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) مادران با کودک ناتوان هوشی در سطح ۰/۰۱ تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است. از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش

۵۴ | مطالعات روان‌شناسی بالینی | سال یازدهم | شماره ۴۲ | بهار ۱۴۰۰

و تعهد بر تحمل پریشانی و چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) تأثیر دارد، پیشنهاد می‌شود برای درمان مادران با کودکان کم‌توان ذهنی از آن استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** تحمل پریشانی، چشم‌انداز زمان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.



## مقدمه

ناتوانی هوشی<sup>۱</sup> با شیوع ۲ تا ۳ درصد، مشکل بزرگی برای هر جامعه‌ای به حساب می‌آید (استندهوپه و لن استیر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). یک کودک ناتوان هوشی، به‌عنوان یک فشار خردکننده روی والدین است. مراقبت مداوم از چنین کودکانی، برای اعضاء خانواده اغلب پراسترس بوده و تأثیر مشکلات این کودکان بر خانواده ممکن است محدودکننده یا نفاق‌افکن بوده و به‌صورت مشکلات روانی - اجتماعی و اقتصادی بروز کند (روحانی، ۱۳۹۶).

یکی از مسائلی که ممکن است مادران کودکان ناتوان هوشی به علت مشکلات و شرایط کودک خود تحت تأثیر قرار بگیرند تحمل پریشانی<sup>۳</sup> است، تحمل پریشانی از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی است، تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف شده است (سیمونز و گاهر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). پریشانی به‌عنوان مجموعه‌ای از علائم بیماری روانی - فیزیولوژی و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های افسردگی، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، غیبت کاری و غیره تعریف شده است، حضور پریشانی روانی باعث اعمال فشار بر اطرافیان فرد و ایجاد تنش بر روابط زوجین، فرزندان و دوستان می‌شود (ریحانی، ۱۳۹۳). بر اساس پژوهش‌های اخیر، افراد با پریشانی بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری جسمی؛ پیش‌بینی‌کننده قوی وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است. پریشانی را هرچند به‌طور مشخص می‌توان زاییده تمدن صنعتی و شهری شدن دانست، اما هیچ دوره از تاریخ بشری و زندگی فردی را نمی‌توان یافت که با پریشانی همراه نبوده باشد، تنها می‌توان گفت که به‌تدریج از ماهیتی فیزیکی مانند گرسنگی، سرما، بلاهای طبیعی، مرگ‌های دسته‌جمعی و زودرس تبدیل به ماهیت روانی و اجتماعی شده است. تعاریف پریشانی بنا بر نظریه تعاملی که به روابط بین فرد و محیط تأکید می‌کند

1. Mental Retardation
2. Standhope, Lancaster
3. Distress Tolerance
4. Imons & Gaher

بیشترین تأیید را به خود اختصاص داده است از جمله: نظر لازاروس<sup>۱</sup> که پریشانی نتیجه فرآیند قضاوت ارزشی افراد از حوادث و موقعیت‌هاست، تعریفی جامع است. در توضیح این مطلب باید گفته شود که وقتی فرد با حوادث و یا موقعیت‌های گوناگون روبرو می‌شود، درگیر فرآیند ارزشی در مورد آن حادثه یا موقعیت تا زمانی که معنی آن حادثه را درک و همچنین قضاوت می‌کند که آیا امکانات و توانایی‌های او به اندازه کافی هستند تا تقاضاهای محیط را برآورده سازند در اینجا پریشانی نتیجه این فرایند قضاوت ارزشی است (ریحانی، ۱۳۹۳).

یکی دیگر از متغیرهایی که تحت تأثیر کودک کم‌توان هوشی در مادران این کودکان قرار می‌گیرد، چشم‌انداز زمان<sup>۲</sup> و بخصوص دیدگاه زمانی آینده است، چشم‌انداز زمان، سازه روان‌شناختی است که توضیح می‌دهد، چگونه ادراک فرد از گذشته، حال و آینده بر تصمیم‌گیری و اعمال او تأثیرگذار است (زیمباردو و بوید<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). زیمباردو و بوید (۱۹۹۹) به دنبال تحلیل عاملی مقیاس چشم‌انداز زمان خود به صورت تجربی پنج بُعد آن را تعیین کرده‌اند. دو بُعد آن مربوط به زمان حال، دو بُعد مربوط به زمان گذشته و بُعد دیگر مربوط به زمان آینده است. چشم‌انداز زمان آینده، گرایش فرد به تفکر درباره حوادث آینده، پیش‌بینی آن‌ها، برنامه‌ریزی برای آن‌ها و انطباق رفتار خود با آن‌ها اشاره دارد (فورتوناتو و فوری<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). این بُعد به صورت معناداری با وجدان‌گرایی، توجه به پیامدهای آینده همبستگی مثبت و با هیجان‌خواهی و تازگی‌خواهی، همبستگی منفی دارد. بُعد چشم‌انداز قضا و قدری با نگرش قضا و قدری نسبت به حال و آینده مشخص است. افرادی که از چنین نگرشی برخوردارند، براین باورند که آینده از پیش مقدر شده است و اراده و اعمال انسانی، نمی‌تواند آن را تغییر دهد (استولارسکی، بین‌تر و زیمباردو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). بر خلاف افراد با چشم‌انداز زمان آینده، افراد با چشم‌انداز زمانی حال نسبت به پیامدهای

1. Lazarus
2. time perspective
3. Zimbardo & Boyd
4. Fortunato & Furey
5. Stolarski, Bitner, & Zimbardo

آینده رفتار خود توجه کمتری نشان می‌دهند و در هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های درازمدت توفیق چندانی به‌دست نمی‌آورند (فورتوناتو و فوری، ۲۰۱۰).

یکی از روش‌های درمانی که ممکن است بر تحمل پریشانی و چشم‌انداز زمان مادران کودکان ناتوان هوشی تأثیر داشته باشد و باعث افزایش تحمل پریشانی و چشم‌انداز زمان آن‌ها شود؛ روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است؛ و بر دو اصول استوار است: (۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها و (۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته، است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط هیز در اواخر دهه ۱۹۸۰ از رویکردهای رفتارگرایی به درمان پدید آمد (لارمر، ویترو و ویسکی و لويس درایور<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). درمان رفتاری در سه گروه یا سه نسل مفهوم‌سازی شده بود که شامل: رفتاردرمانی<sup>۳</sup>؛ رفتاردرمانی شناختی<sup>۴</sup> و "نسل سوم" و یا "موج سوم" رفتاردرمانی (هریس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). در درمان‌های موج سوم تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (رودیتی<sup>۶</sup> و روین سون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در رفتارگرایی دارد؛ اما به‌وسیله فرایندهای شناختی تحلیل قرار می‌شود. این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمان‌جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتاردرمانی شناختی، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست؛ بلکه هدف

1. Acceptance & Commitment Therapy
2. Larmar, Wiatrowski & Lewis-Driver
3. Beheiveior Therapy
4. Cognitive Behavioral Therapy
5. Harris
6. Roditi
7. Robinson

اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۱</sup> است. مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش‌تری داشته باشند (هیز، لوین، پلمب-ویلاردیچ و ویلاتی و پیستورول<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض می‌شود استفاده زیاد از شش عامل اجتناب<sup>۳</sup>، تمرکز<sup>۴</sup> فکری، تکیه بر روی اطلاعاتی که در حالت خود تصور شده<sup>۵</sup> وجود دارد، عدم توجه به زمان حال حاضر، وجود حالت‌های ارزشی مبهم<sup>۶</sup> و حالت عدم فعالیت زیربنای ایجاد بسیاری از مشکلات روان‌شناختی (مانند مشکل افسردگی و یا مشکلات اضطرابی) است و درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کوشش می‌کند که عامل‌های پذیرش<sup>۷</sup>، پراکنده‌سازی<sup>۸</sup> افکار، تغییر دادن حالت خود تصور شده با حالت خود مشاهده‌گر، توجه به زمان حاضر و روشن نمودن ارزش‌ها را جایگزین شش عامل فوق‌الذکر نماید (امانی و همکاران، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روش‌های زبانی و فرایندهای شناختی استوار است تا در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی به شیوه‌ای منجر به کارکرد سالم شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مجموعه‌ای از تمرینات تجربی و استعاره‌ها، با مداخلات استاندارد رفتاری ترکیب می‌شود تا پذیرش بدون قضاوت تجربیات درمانی فرد را پرورش دهد. این پذیرش تجربی به‌تنهایی یک هدف نیست، بلکه با ارتقای عمل در جهت اهداف مناسب شخصی مرتبط است. این روش شامل تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (والیس<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). هدف اصلی این

- 
1. Psychological flexibility
  2. Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello
  3. Avoidance
  4. Fusion
  5. Conceptualized self
  6. Unclear values
  7. Acceptance
  8. Defusion
  9. Vallis



درمان، ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب یک عمل، از بین گزینه‌های مختلف که متناسب تر باشد. نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام، یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث، هراس‌ها و... باشند (فرمن و هاربرت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). هاکر، اسدودتون و مکب<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب می‌شود. برکهارا، بترام و پاولویچ<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان داده است که این روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی در افراد افسرده می‌شود. نتایج پژوهش رامر و اورسیلو<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) نشان داده است که این درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش گروهی از اختلال‌های روانی از جمله؛ اجتناب، تنش و افسردگی و دوری از زندگی می‌شود.

نتایج پژوهش کشاورز افشار، رافعی، میرزایی (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اضطراب فراگیر آزمودنی‌های گروه آزمایش را کاهش می‌دهد. این کاهش در خصوص اضطراب ذهنی، بدنی، هراس، کمرویی، اضطراب جدایی و نیاز به تأیید بیماران بسیار مطلوب بود. یافته‌های پژوهش ساریزاده، رفیعی‌نیا، صباحی و تمدن (۱۳۹۷) نشان داد، مشکلات جسمی و عاطفی، سلامت کلی، سلامت روان، سرزندگی، تأثیر بیماری کلیوی، بار بیماری کلیوی، وضعیت کاری و کیفیت تعاملات اجتماعی بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. مطالعه صمدی، حسن‌زاده و دوستی (۱۳۹۷) نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انگیزش و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شده است. بر اساس یافته‌های پژوهش ابدالی، گل محمدیان و رشیدی (۱۳۹۷) مشخص شده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعمال شده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، اضطراب امتحان در

1. Forman, & Herbert
2. Hacker, Stone, Macbeth
3. Burckhardt, Batterham, Pavlovic
4. Roemer, Orsillo

پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معنادار کاهش و سرزندگی تحصیلی افزایش یافته است. نتایج پژوهش مرادی و دهقانی (۱۳۹۷) نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی تأثیر داشته و میانگین نمره‌های شادکامی و مطلوبیت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش معناداری یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی تأثیر دارد و می‌تواند در تدوین برنامه‌های درمانی برای این زنان مؤثر باشد. رسولی‌علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۷) به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان پرداخته‌اند که نتایج بیانگر آن است که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و شاهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، عزت‌نفس و بدشکلی بدنی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. امانی، عیسی‌نژاد و علیپور (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی سبب کاهش آشفتگی زناشویی و تعارض زناشویی و افزایش خوش‌بینی شده در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه شده است. پژوهش گل‌محمدیان، رشیدی و پروانه (۱۳۹۷) نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و باورهای خودکارآمدی دانشجویان دختر مؤثر بوده است.

هاکر، اسددتون و مکب<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) نشان داده است که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب می‌شود. پژوهش هیلد شارینگ<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) نشان داد که نحوه رابطه والدین با فرزند و رابطه والدین با هم دیگر با مشکلات رفتاری بیرونی کودک ناتوان هوشی همبستگی داشت. هایس<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) در تحقیقاتش نشان داده است که فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. این روش درمانی باعث می‌شود افراد یاد بگیرند تجاربشان را ببینند و بررسی کنند و رفتارهای خود را بهتر

---

1. Hacker, Stone, MacBeth

2. Hild schuiring

3. Hayes

کنترل کنند.

از آنجا که کودک ناتوان هوشی، از توان کمتری برای برخورد با مسائل مربوط به خود برخوردار است و این امر موجب وابستگی نسبتاً دائمی او به والدین به ویژه مادر شده و به صورت یک عامل استرس زای دائمی درمی آید (ژانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). همین وابستگی دائمی ناتوانی هوشی کودکان؛ مشکلات روان شناختی (از جمله پریشانی، ناامیدی، افسردگی، اضطراب و ...)، اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و اقتصادی زیادی برای والدین و بخصوص مادر به وجود می آورد. لذا توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است. علیرغم تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی، کنترل رفتار و اختلالاتی مثل افسردگی، اضطراب، تنظیم شناختی هیجان، باورهای خودکارآمدی، تحمل پریشانی و چشم انداز زمان در جمعیت های بالینی و غیر بالینی از یک طرف؛ فقدان پژوهش هایی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ماران کودکان ناتوان هوشی مورد مطالعه قرار داده باشند، از طرف دیگر؛ و ضرورت پرداختن به عواملی چون تحمل پریشانی و چشم انداز زمان که تأثیر زیادی دارد بر سلامت روان و رفتار والدین چنین کودکانی برای برنامه ریزی مراقبتی و حمایتی از آنان دارد، از دگر سو؛ این مسئله را مطرح می کند که آیا درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و چشم انداز زمان مادران با کودک ناتوان هوشی تأثیر دارد؟

### روش پژوهش

روش انجام پژوهش از نوع آزمایشی و با استفاده از یک طرح نیمه آزمایشی گروه کنترل نامعادل<sup>۲</sup> بود. نگاره طرح مورد استفاده در پژوهش در شکل ۱ آمده است:

$$\frac{E}{C} \frac{O_1 \times O_3}{O_2 \quad O_4}$$

شکل ۱. نگاره طرح مورد استفاده

1. Zhang
2. Unequivalent Control Grupe Semi-Experimental

در پژوهش حاضر، دو گروه آزمودنی به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند، ابتدا از آن‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. پس از آن گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد. ولی گروه کنترل چنین درمانی دریافت نکرد. در پایان مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

آزمودنی‌ها، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش مادران با کودک ناتوان هوشی شهرستان ملایر بود که طبق آمار بهزیستی شهرستان در سال ۱۳۹۸ تعداد مادران این کودکان، ۵۰ نفر بود. از این جامعه آماری ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه به‌صورت در دسترس انتخاب شد و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری به‌عنوان گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد.

ابزارهای گردآوری داده‌ها: برای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته از دو پرسشنامه استاندارد است:

۱) مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS): مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر<sup>۱</sup> (DTS) یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است؛ که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس؛ تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).

عبارات این مقیاس، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱- کاملاً موافق، ۲- اندکی موافق، ۳- نظری ندارم، ۴- اندکی مخالف و ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند که هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. عبارت ۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. برای به دست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شود و برای به دست

آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سؤال‌های هر بعد با هم جمع می‌شوند. دامنه نمرات کل مقیاس بین ۱۵ تا ۷۵ در نوسان است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ<sup>۱</sup> برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. کل مقیاس داری پایایی<sup>۲</sup> همسانی درونی بالا ( $\alpha = 0.71$ ) و خرده مقیاس‌ها داری پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ تنظیم ۰/۵۸) هستند (علوی، ۱۳۸۸).

۲- سیاهه چشم‌انداز زمان زیمباردو (ZTPI): سیاهه چشم‌انداز زمان زیمباردو<sup>۳</sup> (ZTPI) دارای ۵۶ گویه است که به‌منظور سنجش سازه چشم‌انداز زمان در افراد بکار می‌رود. این سیاهه دارای پنج بعد است: دیدگاه زمانی گذشته منفی<sup>۴</sup> (۱۰ سؤال)، دیدگاه زمانی حال لذت‌گرا<sup>۵</sup> (۱۵ سؤال)، دیدگاه زمانی آینده هدفمند<sup>۶</sup> (۱۳ سؤال)، دیدگاه زمانی گذشته مثبت<sup>۷</sup> (۹ سؤال) و دیدگاه زمانی حال جبرگرا<sup>۸</sup> (۹ سؤال). بعد گذشته نشان‌دهنده نگرشی گرم، عاطفی، مثبت و در حسرت و آرزوی گذشته و بعد گذشته منفی نشان‌دهنده دیدگاهی منفی، آزاردهنده و بدبینانه نسبت به گذشته است. بعد حال لذت‌گرا نشان‌دهنده لذت‌جویی در زندگی و تلاش برای داشتن شرایطی پراز شور و انرژی در زمان حال است. حال جبرگرا نشان‌دهنده اعتقاد به جبر و سرنوشت و داشتن دیدگاهی درمانده و ناامید نسبت به زندگی است. بعد آینده هدفمند نشان‌دهنده برنامه‌ریزی در زندگی و تأمل درباره پیامدهای هر رفتار و نیز عمل به تعهدها است (زیمباردو و بوید، ۲۰۰۸؛ به نقل از محمدی، دانش و تقی لو، ۱۳۹۵). بعداً زیمباردو یک بعد دیگر به سیاهه مذکور به نام دیدگاه زمانی

1. Cronbach Alpha
2. Reliability
3. Zimbaro Time Derspective Inventory
4. Past-Negative
5. Present-Hedonistic
6. Future
7. Past-Positive
8. Present-Fatalistic

آینده متعالی (۱۰ سؤال) به سیاهه اضافه کرد و سیاهه جدید با ۶۶ سؤال و شش بعد معرفی شد. نمره‌گذاری سیاهه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «بسیار نادرست»، «نادرست»، «بی تفاوت»، «درست» و «بسیار درست» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات (۹، ۲۴، ۲۵، ۴۱، ۵۶ و ۶۱) معکوس می‌شود. نمرات خام برای هر بعد از مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن بعد به دست می‌آید. دیدگاه زمانی موردنظر در این پژوهش آینده هدفمند بود. زیباردو (۱۹۹۹) عنوان کرده کسی که بالاترین نمره را در این بعد به دست آورد، دارای برنامه‌ی مشخص برای اهداف آینده است؛ بنابراین، دامنه نمرات بعد دیدگاه زمانی آینده هدفمند می‌تواند بین ۱۳ تا ۶۵ باشد.

زیباردو و بوید (۱۹۹۹) روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. همچنین ضرایب پایایی سیاهه برای گذشته منفی ۰,۸۲؛ گذشته مثبت ۰,۸۰، حال لذت‌گرا ۰,۷۹، حال جبرگرا ۰,۷۴ و آینده ۰,۷۷ و برای کل سیاهه با استفاده از آلفای کرونباخ  $\alpha = 0,87$  گزارش کرده‌اند. سیاهه ۵۶ سؤالی در ایران تقی‌لو و خالدی (۱۳۹۴) هنجاریابی شده است. پژوهشگران ضمن تأیید ساختار عاملی زیباردو؛ همسانی درونی ماده‌ها برای پنج بعد گذشته منفی، آینده، حال جبرگرا، حال لذت‌گرا و گذشته مثبت با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰,۶۱، ۰,۷۵، ۰,۷۰، ۰,۷۵ و ۰,۶۴ برآورد شده است.

## روش اجرا

در پژوهش حاضر، دو گروه آزمودنی به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند، ابتدا از آن‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. پس از آن گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد. ولی گروه کنترل چنین درمانی دریافت نکرد. در پایان مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. خلاصه جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	هدف این جلسه شناخت ماهیت هیجان و افکار و عمل
جلسه دوم	در نظر گرفتن عملکرد هیجان‌ها، بررسی عادت کردن به اجتناب از هیجان‌ها، جایگزین کردن تمایل (پذیرش) تجارب به جای اجتناب کردن و آماده کردن مراجع برای ذهن آگاهی
جلسه سوم	تغییر دادن ارتباط مراجع با تجارب درونی. اجرای تمرینات ذهن آگاهی و گسلش شناختی
جلسه چهارم	گسترش دادن مهارت ذهن آگاهی و گسلش شناختی، تمرین آگاهی از احساسات همراه با بحث پیرامون آن‌ها، تفاوت بین رنج تمیز و کثیف
جلسه پنجم	مطرح کردن و شناسایی ارزش‌های مادران. تفاوت بین ارزش و هدف. یافتن راهکارهای ساده برای رسیدن به این ارزش‌ها.
جلسه ششم	ادامه دادن تمرینات ذهن آگاهی و تمرین گسلش شناختی، مطرح کردن خود مفهوم‌سازی شده و خود به عنوان زمینه و ارتباط بین خود مفهوم‌سازی شده و مشکلات روان‌شناختی، شناسایی مراحل عمل
جلسه هفتم	تمرین‌های ذهن آگاهی در حین راه رفتن، شناسایی اهداف رفتار برای رسیدن به ارزش‌ها، شناسایی موانع درونی و بیرونی در راه رسیدن به ارزش‌ها
جلسه هشتم	آموزش دادن مراجع برای اینکه درمانگر خودش باشد، تفاوت بین لغزش و بازگشت. عادی‌سازی سطحی از هیجان‌ها منفی، تدریجی بودن پیشرفت و تأکید بر اهداف رفتاری

یافته‌ها

جدول ۲ آماره‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته پژوهش را گزارش کرده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر	آزمون	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۳/۶۶	۱۳/۹۱	۱۵
		کنترل	۳۵/۵۳	۱۲/۰۹	۱۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۵۸/۶۰	۱۰/۷۲	۱۵
		کنترل	۳۴/۶۰	۱۱/۸۳	۱۵
چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۸۹	۳/۳۵	۱۵
		کنترل	۲۰/۲۶	۵/۶۳	۱۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۳/۶۰	۴/۸۱	۱۵
		کنترل	۲۰/۴۰	۵/۰۲۵	۱۵

برای تحلیل استنباطی از داده‌ها می‌بایست از تحلیل کواریانس استفاده شود. به همین دلیل نخست به بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس پرداخته شد.

الف) مفروضه نرمال بودن نمرات متغیر وابسته: برای آزمون این مفروضه از آزمون کلموگراف اسمیرنف استفاده شد. نتایج تحلیل برای متغیر تحمل پریشانی و چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگراف اسمیرنف برای نرمال بودن متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

پس آزمون		پیش آزمون		گروه‌ها	متغیر
P	Z	P	Z		
۰/۲۰	۰/۰۹۸	۰/۲۰	۰/۱۳۳	کنترل	دیدگاه زمانی آینده
۰/۲۰	۰/۱۷۳	۰/۲۰	۰/۱۱۱	آزمایش	
۰/۱۷۱	۰/۱۸۶	۰/۲۰	۰/۱۵۱	کنترل	تحمل پریشانی
۰/۲	۰/۱۵۲	۰/۲	۰/۱۲۹	آزمایش	

همان‌طوری که در جدول (۳) گزارش شده، مقدار محاسبه شده آماره Z از مقدار بحرانی آن در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۱ کوچک‌تر است؛ بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و کنترل تأیید می‌شود.

ب) همگنی شیب خطوط رگرسیون: یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل کواریانس همگنی شیب خطوط رگرسیون است؛ یعنی رابطه بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی باید برای تمام گروه‌های آزمایشی یکسان باشد. جدول ۴ نتایج تحلیل به کار گرفته شده در مورد چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) و تحمل پریشانی را گزارش می‌کند.



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ...؛ عسگری و همکاران | ۶۷

جدول ۴. نتایج تحلیل همگنی شیب خطوط رگرسیون در چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) و

تحمل پریشانی

P	F	M.S	d.f	S.S	منابع تغییر	متغیر وابسته
۰/۰۰۲	۱۲/۰۷۵	۳۱/۸۳۵	۱	۳۱/۸۳۵	تعامل مداخله و پیش‌آزمون	آینده هدفمند
		۲/۶۳۶	۲۶	۶۸/۵۴۹	خطا	
۰/۰۱۲	۷/۳۶۸	۳۰۸/۰۳۷	۱	۳۰۸/۰۳۷	تعامل مداخله و پیش‌آزمون	تحمل پریشانی
		۴۱/۸۰۵	۲۶	۱۰۸۶/۹۳۶	خطا	

اطلاعات موجود در جدول (۴) نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار نیست؛ بنابراین شرایط استفاده از تحلیل کواریانس وجود ندارد.

ج) هم خطی بودن: رسم نمودار نشان داد که رابطه بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل پریشانی آزمودنی‌های پژوهش خطی نیست و مفروضه هم خطی بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) وجود ندارد.

د) همگنی واریانس‌ها: برای آزمون همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده و نتایج در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها

P	d.f2	d.f1	نسبت f	متغیر
۰/۹۶۲	۲۸	۱	۰/۰۰۲	چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده)
۰/۰۰۰۱	۲۸	۱	۱۸/۶۵	تحمل پریشانی

اطلاعات گزارش شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که همگنی واریانس‌ها برای متغیر چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) برقرار است؛ اما در متغیر تحمل پریشانی برقرار نیست. بنابراین، از آزمون تحلیل کواریانس برای متغیر تحمل پریشانی نمی‌توان استفاده کرد.

از آنجاکه بر پایه تحلیل گزارش شده در ب، ج و د؛ مهم‌ترین مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس برقرار نیست، برای تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل برای نمرات افتراقی (تفاضل نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون) آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد. لذا برای آزمون این فرضیه پژوهش یعنی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر چشم‌انداز زمان مادران با کودکان ناتوان هوشی تأثیر دارد. از آزمون t مستقل برای نمرات افتراقی چشم‌انداز زمان آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. نتایج تحلیل در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون t مستقل برای نمرات افتراقی در گروه‌های آزمایش و کنترل برای چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده)

گروه‌ها	تعداد	M	S	T	d.f	P
کنترل	۱۵	۰/۱۳۳	۱/۸۸	۸/۰۸۸	۲۸	۰/۰۰۰۱
آزمایش	۱۵	۵/۷۳	۱/۹۱			

همان‌گونه که در جدول ۶ گزارش شده است، تی محاسبه شده در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار است؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) مادران با کودکان ناتوان هوشی تأثیر معنی‌دار داشته است،

برای آزمون فرضیه دوم پژوهش یعنی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران با کودکان ناتوان هوشی تأثیر دارد." نیز از آزمون t مستقل برای نمرات افتراقی پس و پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. برای استفاده از این آزمون چون مفروضه یکسانی واریانس‌ها برقرار نبود (یعنی  $F=49/24$  بود و بین واریانس دو گروه تفاوت معنی‌وجود داشت) از اصلاح ولچ<sup>۱</sup> برای درجات آزادی استفاده شد. نتایج تحلیل در جدول ۷ آمده است.

1. Welch

جدول ۷. نتایج آزمون t مستقل برای نمرات افتراقی در گروه‌های آزمایش و کنترل برای تحمل پریشانی

گروه‌ها	تعداد	M	S	T	d.f	P
کنترل	۱۵	۰/۹۳۳	۱/۶۶	۵/۲۸۳	۱۴/۵۸۷	۰/۰۰۰۱
آزمایش	۱۵	۱۴/۹۳	۱۱/۵۱			

همان‌گونه که در جدول ۷ گزارش شده است t محاسبه‌شده در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار است؛ بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر چشم‌انداز زمان مادران با کودکان ناتوان هوشی تأثیر معنی‌دار داشته است و فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها نشان داد که تحمل پریشانی در بین گروه آزمایش که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده‌اند، نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است و مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی تأثیر مثبت داشته است. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیق‌های کشاورز افشار، رافعی، میرزایی (۱۳۹۷)، ساریزاده، رفیعی نیا، صباحی، تمدن (۱۳۹۷)، صمدی، حسن‌زاده، دوستی (۱۳۹۷)، هاگر، اسد‌دوتون و مکب (۲۰۱۷)، برکه‌هرا، بترام و پاولوویچ (۲۰۱۶)، هایس (۲۰۱۱) مبنی بر تأثیر مثبت درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اختلال‌های روانی و افزایش خصوصیات روان‌شناختی افراد همسو است.

درمانگر در جریان درمان بر روی ایجاد دو حالت پذیرش<sup>۱</sup> و تعهد<sup>۲</sup> در مراجع خود تلاش می‌نماید. در این درمان حالت پذیرش به معنای پذیرش افکار و احساسات خود و عدم تلاش برای کنترل آن‌ها حتی زمانی که این افکار و احساسات ناخوشایند است. همچنین در این درمان حالت تعهد به معنای تلاش برای ایجاد حالتی در مراجع که در آن حالت مراجع متعهد به انجام فعالیت‌هایی برای ایجاد تغییر در برخی از رفتارهایش شود است. درمانگر در طول این نوع درمان تلاش می‌نماید که مراجع خود را به سمتی هدایت

- 
1. Acceptance
  2. Commitment

کند که در آن وی بدون آنکه قضاوتی را انجام دهد بتواند عاملی را که موجب برانگیخته شدن افکارش شده است را شناسایی نموده و آن را مورد پذیرش قرار دهد. در این روش درمان اعتقاد بر آن است که مردم به این علت در دام مشکلات روان‌شناختی می‌افتند که در برابر تجربیات خود الگوی خاصی از پاسخ‌دهی دارند که وجود آن سبب قوی‌تر شدن افکار منفی و حفظ هیجانات منفی می‌شود. مؤثر بودن بکار بردن این روش درمان در درمان اختلال افسردگی و برخی از اختلالات اضطرابی به اثبات رسیده است. همچنین این روش درمان در درمان برخی از اختلالات شخصیتی بخصوص اختلال شخصیت مرزی مؤثر است. هنگامی که به صورت موفقیت‌آمیزی اجرای درمان به پایان می‌رسد انتظار بر آن است که میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعان افزایش یابد و آنان به صورت بهتری بتوانند بر روی لحظه‌ی حاضر متمرکز گردند. همچنین بعد از پایان درمان انتظار بر آن است که مراجعان در مقایسه با قبل از آغاز درمان بتوانند برای انجام فعالیت‌ها و تغییر رفتارهای خود تعهد بیشتری داشته باشند (مرشدی و همکاران، ۱۳۹۴). همان‌طور که نتیجه فرضیه نشان داده است. این روش درمان باعث کاهش افکار منفی و افزایش افکار مثبت می‌شود بنابراین این روش درمان باعث افزایش تحمل‌پریشانی در مادران کودکان ناتوان هوشی شده است.

نتایج آزمون  $t$  برای نمرات افتراقی نشان داد که چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) در بین گروه آزمایش که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده‌اند نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است و مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر (دیدگاه زمانی آینده) تأثیر مثبت و معناداری داشته است. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیق‌های رسولی‌علی‌آبادی، کلاتتری (۱۳۹۷)، امانی، عیسی‌نژاد، علیپور (۱۳۹۷)، گل‌محمدیان، رشیدی، پروانه (۱۳۹۷)، علیرضایی (۱۳۹۴)، مرشدی و همکاران (۱۳۹۴)، هنرپروران (۱۳۹۳)، نتایج پژوهش رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، حر، آقایی، عابدی و عطاری، (۱۳۹۲)، تولایی، آزاد فلاح و اردکانی (۱۳۹۱)، پورفرج عمران (۱۳۹۰)، هاگر،

اسددتون و مکب (۲۰۱۷)، برکهارا، بترام و پاولوویچ (۲۰۱۶)، هایس (۲۰۱۱) مبنی بر تأثیر مثبت درمان پذیرش و تعهد بر چشم‌انداز زمان افراد همسو است.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض می‌شود با ایجاد حالت پذیرش، پراکنده ساختن افکار، تغییر دادن حالت خود تصور شده به حالت خود مشاهده‌گر، توجه به زمان حال حاضر و روشن نمودن ارزش‌ها مراجع به سمت حالت توجه آگاهی<sup>۱</sup>، پذیرش تجربیات ناخوشایند و تعهد بیشتر برای انجام فعالیت‌هایی که بر دوش او گذاشته شده است پیش رود. با اتمام درمان مراجع به انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۲</sup> بیشتری دست یابد و در اثر رسیدن به حالت انعطاف‌پذیری شناختی وی بتواند رویدادها را به صورت هشیارانه و بدون آنکه نیاز به حالت دفاعی داشته باشد تجربه نماید. همچنین در هنگام اتمام درمان انتظار می‌رود مراجع بتواند در موقعیت‌های مختلف اقدام به تغییر رفتار خود نماید. درمان‌گران حالت خود<sup>۳</sup> را به دو نوع حالت خود تصور شده و حالت خود مشاهده‌شده تقسیم‌بندی می‌نمایند. در درمان حالت خود تصور شده حالتی از خود است که باید در طول درمان حالت دلبستگی مراجع به آن کاهش یابد. یکی از اهداف درمان تقویت نمودن حالت مشاهده‌ی خود است. در درمان فرض می‌شود در اثر تقویت حس حالت خود مشاهده شده شخص می‌تواند به این نتیجه برسد که افکار و تجربیات می‌توانند رخ دهند بدون آنکه تهدیدی برای شخص را در پی داشته باشند. در این درمان برای آنکه مراجع بتواند حالت خود مشاهده‌شده را قوی‌تر نماید به او توصیه می‌شود چشمان خود را بسته و تلاش نماید رویدادهایی که در لحظات قبل تجربه نموده است را در ذهنش تجسم نماید (هاکر و همکاران، ۲۰۱۶). همان‌طور که در نتیجه فرضیه بیان شده است و مبانی نظری و پیشینه علمی پژوهش نشان می‌دهد این روش درمانی باعث افزایش چشم‌انداز زمان می‌شود. در پژوهش حاضر به دلیل استفاده از طرح نیمه آزمایشی گروه کنترل نامعادل که یکی از طرح‌های مناسب در مطالعات بالینی است، استفاده از ابزارهای استاندارد شده برای

---

1. Mindfulness

2. Psychological Flexibility

3. Self

گردآوری داده‌ها و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون  $t$  مستقل برای نمرات افتراقی که تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌ها را خنثی می‌کند؛ نتایج پژوهش از اعتبار بالایی برخوردار است. لذا پیشنهاد می‌شود، درمانگران و مشاورانی که با مادران دارای کودک ناتوان ذهنی کار می‌کنند، از این روش درمانی استفاده نمایند تا پریشانی هیجانی و چشم‌انداز زمان (دیدگاه زمانی آینده) این افراد بهبود یافته بتوانند بر رفتارهای خودکنترل بالاتری داشته و در برخورد با کودکان ناتوان خود منطقی‌تر و درست‌تر عمل نمایند. از آنجا که پژوهش حاضر در جامعه مادران دارای فرزند ناتوان هوشی انجام شده و از نمونه در دسترس استفاده شده است، در تعمیم یافته‌ها به جوامع دیگر با احتیاط کرد.



## منابع

امانی، احمد؛ عیسی نژاد، امید؛ و علیپور، الهه (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش بینی در زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه، *روانشناسی و روان پزشکی شناخت*، ۵ (۱)، ۴۲-۶۴.

ایران دوست، فروزان؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ و نادى، محمدعلی. (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *علوم رفتاری*، ۸ (۱): ۸۹-۹۶

پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶ (۲): ۵-۱.

تقی‌لو، صادق، خالدی، عزیزه. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه چشم‌انداز زمان زیمباردو (ZTPI) در نوجوانان. *روان‌سنجی*، ۴ (۱۴)، ۱-۱۲.

تولایی، سید عباس؛ آزاد فلاح، پرویز؛ و اردکانی، شایسته. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۴: ۳۹-۵۰.

حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد و عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱ (۲): ۱۲۸-۱۲۱.

حیدریان، نرگس. (۱۳۹۲). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان زوج‌های پریشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

رجبی، ساجده؛ و یزد خواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس. *مجله روان‌شناسی*، ۶ (۲۱): ۳۹-۲۹.

رسولی علی‌آبادی، بهاره؛ و کلاتری، مهرداد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان، عنوان نشریه: *مجله پرستاری و مامایی همدان (نسیم دانش)* ۲۶ (۲)، ۱۰۳ - ۱۱۲.

روحانی، کامیار (۱۳۹۶). پرستاری بهداشت خانواده، چاپ ششم، انتشارات نشر و تبلیغ بشری، تهران.

ریحانی، طیبه (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، مجله زنان مامایی و نازایی ایران، ۷۴، ۱۸ - ۲۸.

ساریزاده، محمدصادق؛ رفیعی نیا، پروین؛ صباحی، پرویز؛ تمدن، محمدرضا؛ (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۷ (۳)، ۲۴۱ - ۲۵۲.

صمدی، افتخارسادات؛ حسن‌زاده، رمضان؛ و دوستی، یارعلی (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انگیزش پیشرفت و کیفیت زندگی در مدرسه دانش آموزان دختر متوسطه شهر ساری، سلامت اجتماعی، ۵ (۲)، ۱۵۱ - ۱۵۸.

علمداری، الهه. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.

علیرضایی، امیر. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت و عملکرد زناشویی و کاهش نشانه‌های وسواس در زوجین مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.

کشاوری افشار، حسین؛ رافعی، زهرا؛ و میرزایی، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر اضطراب فراگیر. پایش، ۱۷ (۳)، ۲۸۹ - ۲۹۶.

گل محمدیان، محسن؛ رشیدی، علیرضا؛ و پروانه، آذر (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دختر، روان‌شناسی تربیتی، ب ۱۴ (۴۷) ۱ - ۲۳.

محمدی، مهسا؛ دانش، عصمت؛ و تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۵). پیش‌بینی امیدواری بر اساس جهت‌گیری مذهبی و چشم‌انداز زمان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. سال دهم (شماره ۲، پیاپی ۳۸)؛ ۱۵۷ - ۱۷۴.



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و ...؛ عسگری و همکاران | ۷۵

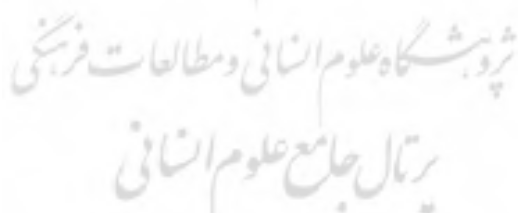
لشنی، لیلا. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با ذهن آگاهی بر رضایت‌مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

مرشدی، مهدی؛ داورنیا، رضا؛ زهرا کار، کیانوش؛ محمودی، محمد جلال؛ شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها. فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران، شماره ۴: ۳۴-۲۴.

هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. جامعه‌شناسی زنان (زن و جامعه)، ۵، (۳)، ۱۳۵-۱۳۵.

- Forman, E. M., & Herbert, 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, 263-26.*
- Fortunato, V. J. & Furey, J.T. (2010). The theory of MindTime: The relationships between thinking perspective and time perspective, *Personality and Individual Differences*, 48, 436-441.
- Hacker T, Stone P, MacBeth A. (2017). Acceptance and commitment therapy Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*; 190: 551-565.
- Harris R. (2006). *Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. Psychotherapy in Australia*; 21(4):2-8.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press.*
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L. and 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, 180-196.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). *Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. Journal of Service Science and Management*, 7; 216-221.
- Roditi, D., Robinson, M. E. (2011). *The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. Psychol Res Behav Manage*; 4:41-9.

- Roemer L, Orsillo S. M. (2014) Efficacy of an acceptance - based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Consulting Psychology*. 76: 1083 – 9.
- Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.
- Standhope M, Lancaster: J (2016). *Community Health Nurs*. Philadelphia, The CV. Mosby Co, pp: 214-218.
- Stolarski, M., Bitner, J., & Zimbardo, P. G. (2011). Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. *Time & Society*, 20 (3), 346-363.
- Wells, A. (2006). *Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy*. 1st ed. Translated to Persian by: Bahrami F, Rezvan S. Tehran, 105-113.
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. (2008). *The Time Paradox: The New Psychology of Time That Can Change Your Life*. New York: Free Press.
- Zimbardo, P.G., & Boyed, J.N. (1999). Putting Time in Perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.



استناد به این مقاله: عسگری، محمد، علی محمد ملایری، الهام، شریفی درآمدی، پرویز. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و چشم‌انداز زمان در مادران با کودک ناتوان هوشی، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۲)، ۵۱-۷۶.  
DOI: 10.22054/JCPS.2021.59616.2537



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.