



Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with using rumi stories and acceptance and commitment therapy on posttraumatic growth of mothers of children with cerebral palsy

Elham Jolani¹ , Lida Leilabadi² , Akram Golshani³ 

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: jolanielham@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: lida.leilabadi@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Persian Language and Literature, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Dr.golshani.akram@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 15 November 2023
Received in revised form 11 December 2023
Accepted 20 January 2024
Published Online 22 August 2024

Keywords:
mothers of children with cerebral palsy, posttraumatic growth, cognitive behavioral therapy, rumi stories, acceptance and commitment

ABSTRACT

Background: The effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in the posttraumatic growth has always attracted researchers' attention and considering the importance of using these two methods in the context of Iran, it is important to identify a more efficient treatment to reduce posttraumatic growth.

Aims: This study was conducted to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy using Mowlana's parables and anecdotes and acceptance and commitment therapy in distress tolerance and posttraumatic growth in mothers of children with cerebral palsy.

Methods: This applied study was conducted using a quasi-experimental method with a pretest-posttest design and a control group. The statistical society included all mothers having children with cerebral palsy visiting the Rehabilitation Center of Nourafshar Cerebral Palsy Hospital and the Rehabilitation Center of Workers in Zafaranieh, Tehran, in 2022. Participants were 48 mothers who were selected using convenience sampling considering inclusion and exclusion criteria and were allocated to two intervention groups and a control group using random replacement. The participants filled the Posttraumatic Growth Inventory (developed by Tedeschi & Calhoun, 1996) in the pretest-posttest and follow-up phases. Data were analyzed using the the repeated measures ANOVA in SPSS 23.

Results: Results suggested that the cognitive-behavioral therapy using Mowlana's parables and anecdotes as well as the acceptance and commitment therapy proved effective in improving posttraumatic growth and its subscales in participants in the post-test and follow-up phases ($p < 0.01$). On the other hand, the cognitive-behavioral therapy using Mowlana's parables and anecdotes was more effective compared to the acceptance and commitment therapy in increasing posttraumatic growth ($p < 0.05$).

Conclusion: Results suggest that the content of cognitive behavioral therapy based on Mowlana's works is more effective in promoting posttraumatic growth due to its proximity to the psychological status of mothers of children with cerebral palsy.

Citation: Jolani, E., Leilabadi, L., & Golshani, A. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with using rumi stories and acceptance and commitment therapy on posttraumatic growth of mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Psychological Science*, 23(138), 1397-1416. [10.52547/JPS.23.138.1397](https://doi.org/10.52547/JPS.23.138.1397)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 138, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.138.1397](https://doi.org/10.52547/JPS.23.138.1397)



✉ **Corresponding Author:** Lida Leilabadi, Assistant Professor, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: lida.leilabadi@gmail.com, Tel: (+98) 9106670956

Extended Abstract

Introduction

Children with cerebral palsy require special long-term care given the nature of their illness. Their parents experience more stress and depression, and suffer from lower psychological well-being and physical health (Ede et al., 2023); thus, considering their mental health is of special importance. Posttraumatic growth is an important health indicator in examining parents, especially mothers of unhealthy children with severe complications. It refers to the perception of positive psychological changes that result from struggling with potentially traumatic experiences (Tedeschi & Calhoun, 2006). Cognitive behavioral therapy is one of the most widely used and popular psychological approaches that shapes the cognitive ability to experience positive and constructive changes following a traumatic event (Weiss, & Berger, 2010). However, this treatment method is recommended to be configured and tailored for therapy seekers from nonwestern cultures. To this purpose, in recent years, researchers in Iran have examined some components of cognitive therapy based on Mowlana's thoughts and have used his teachings to deepen the understanding of cognitive behavioral therapy techniques for Iranian therapy seekers. On the other hand, results of several studies in Iran (Kazemi, 2021; Omid Beigi et al., 2021; Kazemi Pour et al., 2020) have demonstrated the progressive and significant effect of acceptance and commitment therapy on 'posttraumatic growth' in Iranian patients. In recent years, many studies have compared the effectiveness of classical cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy. However, no research has specifically compared the effect of cognitive behavioral therapy using Mowlana's anecdotes and parables and acceptance and commitment therapy in mothers of children with cerebral palsy and its effect on the mentioned variable. Therefore, the lack of research in this area explains the necessity to conduct this research.

Method

This applied study with a quasi-experimental design was conducted using pretest-posttest with 45-day follow-up using a control group. Statistical population consisted of all mothers of children with cerebral palsy visiting the Rehabilitation Center of Nourafshar Cerebral Palsy Hospital and the Rehabilitation Center of Workers in Zafaranieh, Tehran, in 2022. The sample consisted of 39 mothers selected using convenience sampling considering inclusion and exclusion criteria who were allocated to three groups of 13 (two intervention and one control group) using random replacement. Both interventions consisted of 10 weekly sessions of 60-90 minutes and the Posttraumatic Growth Inventory (developed by Tedeschi & Calhoun, 1996) was used to collect data. In the quantitative phase, the repeated measures ANOVA was used to analyze data in addition to descriptive indices. Quantitative data were analyzed in SPSS 23.

Results

Results showed that the mean and standard deviation of age of mothers in the cognitive-behavioral therapy group, acceptance and commitment therapy group and the control group were 35.31 and 4.11, 33.29 and 4.46, and 36.55 and 6.23 years respectively. Before running the test, analysis of variance was examined by repeated measurement of assumptions. Results suggested that the significance of the Shapiro-Wilk test, the Levene's test and the Box's M test, and the Mauchly's sphericity test was higher than 0.05 ($p > 0.01$) which indicates that the assumptions are tenable. Results of multivariate analysis in evaluating the effect of independent variables demonstrated that the Wilks' lambda is significant at 0.01 ($p < 0.01$). The effect of group, time and the interaction effect of group \times time was significant for the total score of post-traumatic growth and its components ($p < 0.01$). Results are provided in Tables 1 and 2 in order to examine the difference between stages and groups using the post-hoc Bonferroni test. Results of the Bonferroni test in comparing the effect of time indicated that the difference in the mean score of the components and the total score of post-traumatic growth in the pretest-posttest and pretest-follow-up

was statistically significant, while the difference in the mean scores in the posttest-follow-up was only significant in the personal strength and total score (Table 1). In addition, results of the Bonferroni test in the comparison of group effects in Table 4 indicate a

significant difference in the mean of components and the total score of post-traumatic growth in the cognitive-behavioral therapy group using Mowlana's parables and anecdotes (Table 2)

Table 1. Results of post-hoc Bonferroni test for components and total score of post-traumatic growth (within-group)

Variable	Phase		Mean Difference	Standard Error	p
New possibilities	Pre-test	Post-test	-3.51	0.481	0.001
	Pre-test	Follow-up	-4.25	0.50	0.001
Relationships with others	Post-test	Follow-up	-.74	0.331	0.096
	Pre-test	Post-test	-2.94	0.751	0.001
	Pre-test	Follow-up	-1.48	0.352	0.001
	Post-test	Follow-up	-1.46	0.761	0.189
Personal strength	Pre-test	Post-test	-3.07	0.372	0.001
	Pre-test	Follow-up	-2.33	0.48	0.001
Appreciation of life	Post-test	Follow-up	-.744	0.274	0.030
	Pre-test	Post-test	-1.84	0.360	0.001
	Pre-test	Follow-up	-1.61	0.420	0.001
Spiritual change	Post-test	Follow-up	0.231	0.299	0.999
	Pre-test	Post-test	-1.84	0.244	0.001
Total score	Pre-test	Follow-up	-1.48	0.248	0.001
	Post-test	Follow-up	-.395	0.257	0.514
	Pre-test	Post-test	13.23	0.963	0.001
	Pre-test	Follow-up	-11.15	1.03	0.001
	Post-test	Follow-up	2.07	0.593	0.001

Table 2. Results of post-hoc Bonferroni test for components and total score of post-traumatic growth (between -group)

Variable	Phase		Mean Difference	Standard Error	p
New possibilities	CBT	ACT	2.05	0.897	0.085
	CBT	Witness	5.87	0.897	0.001
	ACT	Witness	3.82	0.897	0.001
Relationships with others	CBT	ACT	1.15	0.836	0.528
	CBT	Witness	4.59	0.836	0.001
	ACT	Witness	3.43	0.836	0.001
Personal strength	CBT	ACT	-1.07	0.738	0.459
	CBT	Witness	1.47	0.738	0.041
	ACT	Witness	2.82	0.738	0.002
Appreciation of life	CBT	ACT	1.84	0.748	0.056
	CBT	Witness	3.92	0.748	0.001
	ACT	Witness	2.07	0.748	0.026
Spiritual change	CBT	ACT	2.64	0.324	0.001
	CBT	Witness	3.56	0.324	0.001
	ACT	Witness	0.92	0.324	0.027
Total score	CBT	ACT	6.61	2.63	0.049
	CBT	Witness	19.69	2.63	0.001
	ACT	Witness	13.07	2.63	0.001

Conclusion

The goal of the current study was to compare the efficacy of cognitive-behavioral therapy, using Mowlana's anecdotes and acceptance and commitment therapy on post-traumatic growth in mothers of children with cerebral palsy. The results of this study showed the effectiveness of both therapeutic interventions in significantly increasing

post-traumatic growth in mothers of children with cerebral palsy. In explaining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on post-traumatic growth in mothers of children with cerebral palsy, it can also be said that acceptance and commitment therapy, - due to the mechanisms of acceptance, awareness, presence in the present moment, observation without judgment, action Committedly based on values and reducing

experiential avoidance _ can equip patients with beliefs, behaviors and values that are able to increase psychological flexibility against negative feelings, and consequently improve the process of processing information consciously and ultimately increase post-traumatic growth (O'Donoghue, 2023) .Additionally, the results of this study indicate that when it comes to increasing the "spiritual changes" subscale, cognitive behavioral therapy—which draws on Mowlana's anecdotes—performs noticeably better than acceptance and commitment therapy. It can be explained by saying that cognitive behavioral therapy helps to improve the post-traumatic growth level by teaching coping mechanisms and problem-solving techniques. Also, cognitive-behavioral therapy, using Mowlana's anecdotes that refer to native culture, beliefs, and spiritual values, provides the possibility that, along with the potential for logical and rational thinking that results from cognitive-behavioral therapy, people can experience relief from intrusive emotions and thoughts caused by trauma. Since the study's sample consisted only of mothers who had been referred to two rehabilitation facilities, its findings should be interpreted cautiously. Based on these findings, therapists can employ these two psychological treatments in psychotherapy clinics, with an emphasis on applying cognitive-behavioral therapy using Mowlana's anecdotes.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of health psychology at the Faculty of Psychology of the Islamic Azad University, Central Tehran Branch, with the code of ethics IR.IAU.CTB.REC.1400.111, approved on 1400/12/23. In order to maintain the ethical principles in this research, the participants were assured about the confidentiality of their personal information and the presentation of the results without specifying the names and details of the individuals' birth certificates.

Funding: This study was conducted as a Ph.D. dissertation without financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

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

Acknowledgments: In this way, the authors express their gratitude to the staff of the rehabilitation center of Nourafshar cerebral palsy hospital and the rehabilitation center of Saffron workers and the parents who participated in this research.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب در مادران دارای کودک فلج مغزی

الهام جولانی^۱، لیدا لیل‌آبادی^۲، اکرم گلشنی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه زبان و ادبیات فارسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب مورد توجه پژوهشگران بوده و با توجه به اهمیت کاربست این دو روش در بافت کشور ایران، تشخیص درمان کارآمدتر در کاهش رشد پس از آسیب از اهمیت برخوردار است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب در مادران دارای کودک فلج مغزی انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی بیمارستان فوق تخصصی فلج مغزی نورافشار و مرکز توان‌بخشی کارگران زعفرانیه شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن‌ها ۳۹ نفر با روش نمونه‌گیری داوطلبانه و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به روش تصادفی در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه (هر گروه ۱۳ نفر) گمارش شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه رشد پس از آسیب (تدسکی و کالهن، ۱۹۹۶) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-23 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رشد پس از آسیب و مؤلفه‌های آن در آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بودند ($p < 0/01$). و درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا در مقایسه با مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب اثربخشی بالاتری نشان داد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش محتوای درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آثار مولانا به دلیل نزدیکی با جو روانی مادران دارای کودک فلج مغزی اثربخشی بیشتری بر ارتقاء رشد پس از آسیب دارد.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۹/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۶/۰۱

کلیدواژه‌ها:

مادران دارای کودک فلج مغزی، رشد پس از آسیب، درمان شناختی رفتاری، تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا، پذیرش و تعهد

استناد: جولانی، الهام؛ لیل‌آبادی، لیدا؛ و گلشنی، اکرم (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب در مادران دارای کودک فلج مغزی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۸، ۱۳۹۷-۱۴۱۶.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۳۸، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.138.1397](https://doi.org/10.52547/JPS.23.138.1397)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: لیدا لیل‌آبادی، استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: lida.leilabadi@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۰۶۶۷۰۹۵۶

مقدمه

فلج مغزی^۱، به عنوان گروهی از اختلالات دائمی رشدی-حرکتی توصیف شده که به آسیب غیر پیشرونده یا رشد غیرطبیعی در مغز جنین یا نوزاد نسبت داده می‌شود (سلمان و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به آسیب‌های که کودکان فلج مغزی دارند نیازمند مراقبت ویژه و طولانی‌مدت هستند، بنابراین والدین این کودکان استرس و افسردگی بیشتر، بهزیستی روانشناختی و سلامت جسمانی پایین‌تر را تجربه می‌کنند (دِ فریتز، روچا و هاز، ۲۰۱۴؛ مارکیز، هیز، و مک گریل، ۲۰۱۹؛ اید، اوکه و اویولوزو، ۲۰۲۳). گوگالا و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که علائم اضطراب در مراقبان کودک مبتلا به فلج مغزی شدت بیشتری دارد. یک شاخص مهم سلامت در بررسی والدین به‌ویژه مادران با فرزندان ناسالم و عارضه‌های شدید، رشد پس از آسیب^۲ است. پژوهش‌های پیشین رشد پس از آسیب را در مادران کودکان مبتلا به سرطان (نوذری، نجفی، مومن نسب، ۲۰۱۹)، مادران دارای فرزند مبتلا به فیروز کیستیک (بیرا، زوبرزیکا و ویوتوویچ، ۲۰۲۱)، مادران دارای فرزند مبتلا به لوسمی^۳ (محرمی، جبرائیلی و رهکار فرشی، ۱۴۰۱؛ هونگ و همکاران، ۲۰۱۵)، والدین نوزادان نارس (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳)، والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های دشوار (رودریگز - ری و آلونسو-تاپیا، ۲۰۱۹)، مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون^۴ (کانسلمنن - کارپنتر، ۲۰۱۷) بررسی نموده‌اند که نتایج حاکی از اهمیت این شاخص در ارتباط با مادران با شرایط خاص است. رشد پس از آسیب به ادراک تغییرات روانشناختی مثبت که ناشی از کشمکش با تجربیات بالقوه آسیب‌زا است تعریف می‌شود (تدسکی و کالهن، ۲۰۰۶) و مشتمل بر سه بعد ادراک از خود (احساس تاب‌آوری بالا)، روابط بین‌فردی (عمیق بودن روابط) و بعد تعالی‌گرایانه (ادراک بیشتر امور معنوی) می‌باشد (رودریگز - ری، آلونسو تاپیا و کاسام -آدامز، ۲۰۱۶). پژوهش‌های مذکور اهمیت بررسی رشد پس از آسیب مادران دارای کودک فلج مغزی را نشان می‌دهد.

به نظر می‌رسد یکی از رویکردهای قابل توجه جهت بهبود رشد پس از آسیب، درمان شناختی-رفتاری^۵ باشد. ژانگ و همکاران (۲۰۱۸) در

پژوهشی به نقش تغییرات شناختی بر رشد پس از آسیب تأکید داشتند. درمان شناختی رفتاری نقش مهمی در کاهش نشانه‌های آسیب و افسردگی (کیان‌زاد و همکاران، ۱۴۰۰؛ فیروزی و همکاران، ۱۴۰۱) به ویژه اختلال استرس پس از سانحه دارد (بهار وند و همکاران، ۱۳۹۹). از سویی نتایج تعداد زیادی از پژوهش‌ها حاکی از اثرات مثبت و سازنده درمان شناختی-رفتاری بر طیف گسترده‌ای از متغیرهای مرتبط با والدین دارای فرزند با نیازهای ویژه است (مفاخری و همکاران، ۱۴۰۱؛ اکبری و همکاران، ۱۴۰۲؛ دوما و همکاران، ۲۰۱۸؛ آنکلیر، هجارتاگ و هیلتونن، ۲۰۱۷). درمان شناختی رفتاری با ایجاد تغییراتی در شناخت و رفتار، به شکل‌دهی قابلیت شناختی جهت تجربه تغییرات مثبت و سازنده پس از رویداد آسیب‌زا منجر می‌شود (ویز و برگر، ۲۰۱۰). پژوهش موسوی، علوی نژاد و خزائی (۱۳۹۷) نشان داد که روش درمانی شناختی رفتاری بالاترین میزان استفاده و ارجحیت را در ایران داشته است، این در حالی است که ارزش‌های زیربنایی درمان شناختی-رفتاری ویژه فرهنگ غرب است (بیشای، کلارک و دابشون، ۲۰۱۳)، از طرفی مداخلات روانشناختی سازگار با فرهنگ نتایج بهتری در بهبود علائم بیماری دارد (هال و همکاران، ۲۰۱۶). در سالیان اخیر پژوهشگرانی چون جباری (۲۰۲۰)، وفایی فرد و همکاران (۱۳۹۶) به بررسی برخی از مؤلفه‌های شناخت درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا پرداخته و به این نتیجه دست یافتند که رویکرد شناختی رفتاری برگرفته از ادبیات غنی مثنوی معنوی راهگشای شایسته‌ای منبعی توانمند برای درمانجویان فرهنگ ایرانی است. ساحت معرفتی مولانا زمینه مشترکی با مبانی و اصول درمان شناختی رفتاری دارد و اشعار مولانا به نوعی قابلیت تبیین مفاهیم درمان شناختی رفتاری را داراست. مطالعات اعتقادی که در درمان شناختی رفتاری مورد مطالعه قرار گرفته است و در هسته نظریه قرار دارند، در واقع می‌توانند با بیان استعاری تقویت شوند. با استفاده از استعاره‌ها و تمثیل‌های موجود در مثنوی در بستر درمان شناختی رفتاری، فضای شناختی به فرد داده می‌شود تا جای تلاش برای متقاعد شدن، هدایت می‌شود و موقعیت‌هایی را که در دنیای فکری و هیجانی خود با آن‌ها مشکل دارد، بازتفسیر و اصلاح نماید (مهمت، ایف و اوزدن گل، ۲۰۱۵).

4. down's Syndrome

5. cognitive Behavioral Therapy

1. cerebral Palsy (CP)

2. Post-Traumatic Growth

3. leucémie

با هدف امکان‌سنجی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت ارتقای بهزیستی و سلامت مادران با کودک فلج مغزی کارآمد است. ویتینگهام و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت رابطه والد فرزندی کودکان فلج مغزی اثربخش بود. مولوی، پورعبدل و آذر کلاه (۲۰۲۰) در پژوهشی به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شناخت‌های پس از سانحه و انعطاف‌پذیری روانشناختی اشاره داشتند.

سازگاری و فداکاری، احساس گناه، انگ اجتماعی، چالش‌های فیزیکی، محیطی و مالی از مهم‌ترین مشکلات مادران دارای کودک فلج مغزی است (اسمیت و بلمیرز، ۲۰۲۲). عوامل استرس‌زا، مانند بی‌نظمی مکرر، رها کردن فعالیت‌های درآمدزا و کاهش اوقات فراغت، سلامت و بهزیستی والدین دارای کودک با عارضه جسمی را تشدید می‌نماید (چیلوبا و مویو، ۲۰۱۷). لزوم مداخلات جهت افزایش سازگاری والدین، قدرت مواجهه با بحران و درک آن به عنوان نقطه‌ای در رشد بیشتر شخصیت حائز اهمیت است. با وجود انجام مداخلات متعدد در این حوزه و اثربخشی دو رویکرد درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نتایج مشابه و نسبتاً هم‌اندازه این دو رویکرد درمانی این سؤال مطرح می‌شود که کدام رویکرد کارآیی و اثربخشی بیشتری دارد؟ علاوه بر این مورد استفاده از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا به جهت سازش بیشتر آن با فرهنگ ایرانی حائز اهمیت است، از طرفی ریشه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به فلسفه شرق مرتبط بود و اثربخشی آن در مراجعان آسیایی بیشتر است (هریس، ۲۰۱۹). اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دیگر مدل‌های شناختی رفتاری، متأثر از زمینه‌های نظری، از زبان متفاوتی برای توصیف فرآیندهای روانشناختی اختلال در کارکرد استفاده می‌کنند، اما اصول اساسی این مدل‌ها مشابهت زیادی دارد. در این پژوهش دو رویکرد اثربخش با مشابهت نظری و کاربردی بر رشد پس از آسیب مورد مقایسه قرار می‌گیرد و تفاوت اثربخشی این دو روش بر رشد پس از آسیب که در پژوهش‌های پیشین مورد غفلت واقع شده است. نتایج این پژوهش در تصمیم‌گیری درمانگران جهت مداخلات درمانی با مادران دارای کودک فلج مغزی نقش مهمی دارد با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش

حکایات مندرج در آثار مولانا علاوه به افزایش آگاهی مخاطب نسبت به دنیای روانشناختی منجر می‌شود، در واقع آثار مولانا به صورت مستقیم مطالب علمی روان‌شناسی تلقی نمی‌شود، اما چارچوب فکری مولانا نگاه ظریف و همه‌جانبه به موضوع همراه با تغییرات شناختی و هیجانی است. حکایت‌های مندرج در آثار مولانا به طور غیرمستقیم به کاربست تمثیل جهت تأیید تغییر یا چالش، افکار، نگرش‌ها، بازخوردها باورها، دیدگاه‌ها و رفتارهای پرداخته است (حجازی، ۱۳۹۵). این حکایات در ارتباط با مراجعان ایرانی به واسطه آمیختگی با فرهنگ، پتانسل فرمول‌بندی مشکل و استاندارد سازی چگونگی آموزش را دارد، می‌توان گفت نقش تمثیل و حکایات برابر کاربست فنون شناختی و هیجانی مرتبط با درمان شناختی رفتاری می‌باشد (صاحبی، ۱۳۸۷). در ایران جولانی، لیل آبادی و گلشنی (۱۴۰۲) پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا بومی‌سازی نموده‌اند و نتایج مطالعه آنان نشان داد که پروتکل مذکور بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتال به فلج مغزی اثربخش است. دابویی و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی که به اثربخشی اشعار مولانا بر اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان اشاره نمودند. نتایج پژوهش متین زاده، بهرامی و تیز دست (۲۰۲۰) نشان داد مشاوره گروهی شناختی-استعاره‌ای بر اساس مثنوی معنوی انعطاف‌پذیری شناختی و خودکارآمدی را افزایش و نشخوار فکری را کاهش می‌دهد. شوبرت و همکاران (۲۰۱۹) و فرنی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری نقش مهمی در کاهش رشد پس از آسیب است.

از دیگر مداخلات درمانی که مناسب با موقعیت‌های ناامیدکننده و غیر قابل تغییر طراحی شده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک تمرین مبتنی بر شواهد است که بر بهزیستی افراد متمرکز بوده و توسط ارزش‌های اصلی فرد هدایت می‌شود، این رویکرد به توسعه انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌پردازد (هریس، ۲۰۱۹). در طی سال‌های اخیر نتایج چندین پژوهش در ایران (کاظمی، ۱۴۰۰؛ امیدبگی و همکاران، ۱۴۰۰؛ کاظمی پور و همکاران، ۱۳۹۹) حاکی از اثربخشی پیشرو و معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی «رشد پس از آسیب» در درمانجویان ایرانی بوده است. مک میلان و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی

1. acceptance and commitment therapy

در پژوهش حاضر علاوه بر آمار توصیفی جهت تحلیل نتایج از روش‌های آماری تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر^۱، آماره فیشر^۲ و آزمون تعقیبی بن‌فرونی^۳ به شرط برقراری مفروضه‌های آزمون‌ها از جمله نرمال بودن^۴ با آزمون شاپیرو-ویلک^۵، آزمون لوین^۶، آزمون ام‌پاکس^۷ و آزمون کرویت موخلی^۸ و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ در نرم‌افزار SPSS-23 استفاده شد.

ب) ابزار

پرسشنامه رشد پس از آسیب^۹ (PTGI): پرسشنامه رشد پس از آسیب توسط تدسکی و کالهن (۱۹۹۶) تدوین گردید که شامل ۲۱ گویه است که ۵ حیثه رشد روانشناختی ناشی از رویارویی با آسیب یا بحران را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از هیچ تغییری را تجربه نکردم=۰ تا تغییر خیلی زیادی را تجربه کردم=۵ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۵ حیثه عبارت‌اند از (۱) احتمالات جدید (۲) ارتباط با دیگران (۳) قدردانی از زندگی (ارزش‌گذاری به زندگی) (۴) قدرت شخصی (قوی شدن شخصی) (۵) تغییرات معنوی. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس در دامنه ۰ (صفر) تا ۱۰۵ قرار داشت. پایایی این مقیاس در پژوهش تدسکی و کالهن (۱۹۹۶) شاخص آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خره مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ بود. در ایران حسینلو و نامور (۱۳۹۷) این پرسشنامه را ترجمه و بر روی نمونه‌ای از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه شهر ساوه اعتباریابی نمودند. ساختار ۵ عاملی پرسشنامه رشد پس از آسیب براساس شاخص‌های مورد تأیید قرار گرفت و روایی به شیوه همسانی درونی بین خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۴۲ تا ۰/۵۹ بود. ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کل ابزار ۰/۸۵ و برای خره مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۶ بود. در پژوهش حاضر روایی به شیوه همسانی درونی در دامنه ۰/۴۵ تا ۰/۷۵ قرار داشت و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بود. پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا توسط (جولانی و همکاران، ۱۴۰۲) براساس منابع معتبر درمان شناختی

حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کدام یک بر رشد پس از آسیب در مادران دارای کودک فلج مغزی اثربخشی بیشتری دارند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی مراجعه کننده به مرکز توان‌بخشی بیمارستان فوق تخصصی فلج مغزی نورافشار و مرکز توان‌بخشی کارگران زعفرانیه شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن‌ها ۴۸ مادر با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به روش تصادفی در ۲ گروه آزمایش (گروه درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌های مولانا و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و ۱ گروه گواه گمارش شدند (هر گروه ۱۶ نفر). با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: حداقل ۱ سال تجربه مراقبت و عدم استفاده از دارو و دریافت درمان‌های روانشناختی به طور همزمان و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: غیبت در یک سوم جلسات و یا حذف هر کدام از شرایط ورود به آموزش در طول اجرای جلسات، در نهایت در پایان دوره مطالعه حجم نمونه برابر ۳۹ نفر تقلیل یافتند که در گروه آزمایش اول (۱۳ نفر)، گروه آزمایش دوم (۱۳ نفر) و گروه گواه (۱۳ نفر) جایگزین شدند. پیش‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و گواه اجرا و در مرحله بعد برای گروه آزمایش اول (درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا) در طی ۱۰ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و برای گروه آزمایش دوم (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) نیز طی ۱۰ جلسه (هر جلسه ۷۰ دقیقه) به صورت هفتگی (هر هفته دو جلسه) مداخله درمانی انجام شد. گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. بعد از اتمام دوره پروتکل‌ها، پس‌آزمون اجرا شد، همچنین به فاصله زمانی ۴۵ روزه نیز آزمون مرحله پیگیری برگزار گردید.

1. analysis of variance with repeated measures design

2. Fisher statistic

3. Bonferroni

4. normality

5. Shapiro-Wilk test

6. Levene's test

7. Box's M test

8. Mauchly's Test of Sphericity

9. Posttraumatic Growth Inventory

رفتاری و حکایات مثنوی مولانا طراحی و اعتباریابی شده است و به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه پروتکل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری با استفاده از حکایت‌های مولانا (جولانی و همکاران، ۱۴۰۲)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	برقراری رابطه و اعتمادسازی، شرح مشکلات متداول درمانجویان، آموزش نقش افکار در پیدایش احساسات و رفتارها و علائم جسمانی با استفاده از تمثیل‌های مولوی، آموزش مدل شناختی	خوش آمدگویی و معارفه، گفتگو درباره مشکلات رایج مادران، شرح محتوای درمان CBT، آموزش نقش افکار در پیدایش احساسات و رفتارها توضیح مدل شناختی با استفاده از حکایات مرتبط با مفاهیم ارائه شده	تعیین اهداف درمانجو از مشارکت در طرح پژوهشی
دوم	آموزش اصول، مبانی و مفاهیم درمان CBT، آموزش اهمیت تفکر و رفتار کارآمد در موقعیت‌های چالش برانگیز	آموزش مفهوم سطوح «پردازش شناختی» (پردازش خودکار، نیمه آگاه و ناآگاهانه تا پردازش حساب شده، مفصل و آگاهانه)، تفهیم اهمیت تفکر و رفتار منطقی، سازگارانه و کارآمد در موقعیت‌های چالش برانگیز با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مرتبط	تکمیل دو ستون اول برگه ثبت افکار
سوم	آشنایی با سطوح شناخت، آموزش نحوه شناسایی افکار خودآیند، تفهیم تفاوت میان افکار و هیجانات، آموزش شناسایی و درجه بندی هیجانات	آموزش سطوح سه گانه شناخت با استفاده از حکایات و تمثیلات مرتبط (باور بنیادین و باورهای واسطه‌ای و افکار خودآیند)، بحث و تمرین در راستای شناسایی افکار خودآیند و هیجانات	تکمیل کاربرگ‌های مربوط به ثبت افکار
چهارم و پنجم	آموزش و تفهیم تعریف‌های شناختی و نحوه شناسایی آن	توضیح به درمانجویان درباره مفهوم و عملکرد خطاهای شناختی با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مرتبط	تکمیل برگه‌های ثبت افکار و تعیین تعریف‌های شناختی
ششم و هفتم	آموزش فنون به چالش کشیدن تعریفات شناختی	آموزش تکنیک‌های به چالش کشیدن خطاهای شناختی (مانند: تکنیک ارزیابی منطقی افکار، تکنیک بررسی شواهد، تکنیک جستجوی محدود، تکنیک بررسی سود و زیان، تکنیک بنا کردن تعبیر جایگزین، تکنیک بررسی فرصتها و معانی جدید، تکنیک فاصله‌ای، تکنیک نگاه کردن از بالکن، با استفاده از حکایات‌های مرتبط	به کارگیری راهبردهای مقابله و فنون به چالش کشیدن تعریف‌های شناختی
هشتم	آشنایی با نگرانی و آموزش تکنیک‌های مقابله با آن	تعریف نگرانی، شرح ویژگی افراد نگران، توضیحاتی در مورد نگرانی سودمند و نگرانی غیر سودمند، آموزش تکنیک بررسی سود و زیان و تکنیک تمایز بین نگرانی مفید و غیر مفید با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات‌های مرتبط	تکمیل فرم شناسایی نگرانی و به کارگیری فنون مقابله با نگرانی‌ها
نهم	آموزش مهارت حل مسئله	آموزش «اهمیت حل درست مسئله»، آموزش فرآیند حل مسئله از طریق تمثیل‌ها و حکایات‌های مولانا، طرح مشکل از جانب یکی از درمانجویان جهت تمرین مهارت حل مسئله	به کارگیری «مهارت حل مسئله»
دهم	جمع بندی جلسات درمانی، اجرای پس آزمون	جمع بندی جلسات و شرح خلاصه‌ای از مطالب ارائه شده، دریافت بازخورد از مادران، اجرای پس آزمون	-

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اقتباس از پروتکل درمان پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲) و کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳) تدوین و به مدت ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	برقراری رابطه، اعتمادسازی با درمانجویان و تأکید بر رابطه هم مرتبه، شرح مشکلات متداول مادران دارای کودک فلج مغزی، ارائه تعریف صحیح از احساس شادی و به چالش کشیدن باورهای نادرست در مورد آن	خوش آمدگویی و معارفه، ایجاد رابطه خوب درمانی، صحبت درباره مشکلات رایج مادران، شرح رابطه درمانی از طریق استعاره ۲ کوه، توضیح معنای شادی و به چالش کشیدن باورهای نادرست در مورد احساس شادمانی	تعیین اهداف درمانجو از مشارکت در طرح پژوهشی تکمیل فرم خودپایشی و یادداشت های روزانه
دوم	آشنا نمودن افراد با اهداف و محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی و شرح تفاوت درد تمیز و کثیف	شرح هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره «گیاهان و علف‌های هرز در وسط باغ»، ارائه توضیحاتی درباره درد تمیز و درد کثیف، توضیح الگوی آسیب‌شناسی روانی از نظر مبتنی بر پذیرش و تعهد	ثبت و نگارش مشکلات و راهبردهایی که تاکنون استفاده شده است ثبت دردهای تمیز و کثیف بصورت یادداشتهای روزانه
سوم	آموزش درماندگی خلاقانه تفهیم و اصلاح راهبردهای ناکارآمد افراد برای دستیابی به آرامش	آموزش ناامیدی خلاق با استفاده از استعاره «انسان افتاده در چاه» و «مسابقه طناب‌کشی با هیولا»، دعوت از درمانجویان به صحبت کردن درباره احساسات ناخوشایند و راهبردهایی که برای حذف و کنترل آن‌ها به کار می‌برند	تکمیل فرم مربوط به «درماندگی خلاقانه»
چهارم	آموزش تفاوت دنیای درون و بیرون، آموزش مفهوم پذیرش و تفاوت آن با تحمل، تفهیم و اصلاح باورهای اشتباه درباره پذیرش و تحمل	توضیح به درمانجویان درباره اینکه در دنیای بیرون، ما قادریم از آنچه خوشمان نمی‌آید اجتناب کنیم یا آن را کنترل کنیم اما حذف و کنترل آنچه در دنیای درون می‌گذرد ناممکن است، استفاده از استعاره «مهمان ناخوانده» برای آموزش تفاوت پذیرش و تحمل توضیح درباره کارکرد قصه‌گویی ذهن با استفاده از استعاره «رادیو ذهن»، توضیح درباره مفهوم آمیختگی شناختی با استفاده از استعاره «مسافران اتوبوس» و آموزش گسلش شناختی به کمک استعاره‌های «مشاهده رژه سربازان»	به کار بستن تکنیک های آموخته شده به شکل روتین روزانه و ارزیابی اثرات آن بر زندگی
پنجم	معرفی ذهن قصه‌گو، توضیح مفهوم آمیختگی شناختی و آموزش گسلش شناختی		به کار بستن تکنیک های گسلش شناختی به شکل روتین روزانه و ارزیابی اثرات آن بر زندگی
ششم	آموزش خود به عنوان زمینه	آموزش خود به عنوان زمینه از طریق تمارین «آسمان و ابر»، «صفحه شطرنج» و «برگ‌های شناور روی آب»	تمرین خود به عنوان زمینه و مشاهده گر به شکل روتین روزانه و ارزیابی اثرات آن بر زندگی
هفتم	آموزش ماندن در لحظه اکنون، تمرین ذهن آگاهی	توضیح درباره اهمیت ذهن آگاهی و تماس با لحظه اکنون، تمرین تنفس و خوردن آگاهانه، آموزش تمریناتی برای رسیدن به ذهن آگاهی	به کار بستن تکنیک های ذهن آگاهی به شکل روتین روزانه و ارزیابی اثرات آن بر زندگی
هشتم	آموزش مفهوم ارزش‌ها و تفاوت آن با اهداف، تصریح ارزش‌ها	با کمک استعاره «تولد ۸۰ سالگی» درباره اهمیت پرداختن به ارزش‌ها و حرکت به سمت آن‌ها توضیح داده می‌شود، درباره تفاوت میان ارزش‌ها و اهداف توضیح داده می‌شود، فرم «شرح ارزش‌ها» و «درجه‌بندی سنجش ارزش‌ها» به درمانجویان ارائه می‌شود.	تکمیل فرم «شرح ارزش‌ها» و «درجه بندی سنجش ارزش‌ها»
نهم	آموزش تعهد به عمل، ایجاد تعهد در جهت انجام فعالیت‌های مبتنی بر ارزش، تصریح موانع در راه رسیدن به اهداف	درمانجویان ترغیب می‌شوند ارزش‌های خود را به گام‌های کوچک رفتاری تقسیم کنند، با استفاده از استعاره «باغبانی» مفهوم اقدام مؤثر و متعهدانه را برای مادران توضیح می‌دهیم، به منظور نشان دادن ارتباط بین تمایل و توانایی برای گرفتن یک جهت ارزشمند استعاره «حباب‌ها» ارائه می‌شود، به منظور شناسایی موانع تمایل الگوریتم FEAR را آموزش می‌دهیم.	تدوین جدولی از الگوریتم FEAR برای خود تکمیل فرم تمایل و عمل و به کار بستن آموخته‌ها
دهم	جمع بندی جلسات درمانی، مرور فرآیندهای درمان و آمادگی برای اتمام درمان	جمع بندی جلسات و شرح خلاصه ای از مطالب ارائه شده، تقاضا از درمانجویان جهت رسم شش فرآیند مربوط به درمان ACT با توجه به یک موقعیت جدید خود، اجرای پس آزمون	-

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن مادران شرکت‌کننده در گروه درمان شناختی رفتاری به ترتیب ۴/۲۲ و ۱/۲۳ سال، در گروه درمان پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۴/۷۶ و ۱/۲۱ سال و در گروه گواه به ترتیب برابر با ۴/۸۷ و ۱/۱ سال بود. در ارتباط با نوع فلج مغزی ۱۵ نفر کودک با فلج مغزی از نوع سفت‌شونده و انقباضی، ۹ نفر کودک فلج مغزی از نوع ناهماهنگ‌کننده حرکات، ۶ نفر کودک با فلج مغزی از نوع حرکت پریشی، ۴ نفر کودک با فلج مغزی از نوع خشک‌کننده حرکات، ۴ نفر کودک با فلج مغزی از نوع تکانشی و ۱ نفر کودک با فلج مغزی از نوع مختلط بود.

میانگین و انحراف استاندارد سن مادران شرکت‌کننده در گروه درمان شناختی رفتاری به ترتیب ۳۵/۳۱ و ۴/۱۱ سال، در گروه درمان پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۳۳/۲۹ و ۴/۴۶ سال و در گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۶/۵۵ و ۶/۲۳ سال بود. در گروه درمان شناختی رفتاری تحصیلات ۱ نفر از مادران شرکت‌کننده زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم و ۶ نفر لیسانس یا بالاتر بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تحصیلات ۲ نفر از مادران شرکت‌کننده زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق‌دیپلم و ۵ نفر لیسانس یا بالاتر بود. در ارتباط با اطلاعات جمعیت شناختی کودکان فلج مغزی

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌ها و نمره کل رشد پس از آسیب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین (انحراف معیار)	چولگی (کشیدگی)	میانگین (انحراف معیار)	چولگی (کشیدگی)	میانگین (انحراف معیار)	چولگی (کشیدگی)
شیوه‌های جدید	درمان شناختی رفتاری	۱۱/۷۶ (۲/۳۸)	-۰/۴۶ (۰/۷۱)	۱۷/۷۶ (۲/۰۴)	-۰/۵۷ (۰/۰۳)	۱۸/۶۹ (۲/۴۲)	۰/۲۱ (-۱/۳۱)	
	درمان پذیرش و تعهد	۹/۹۲ (۲/۵۶)	-۰/۱۸ (-۰/۲۷)	۱۵/۸۴ (۲/۵۷)	۰/۶۱ (۱/۱۹)	۱۶/۳۰ (۲/۴۲)	۱/۲۳ (۱/۶)	
	گروه گواه	۱۰/۸۴ (۴/۲۰)	-۰/۱۶ (۱/۱۹)	۹/۴۶ (۳/۰۴)	-۰/۴۵ (-۰/۶)	۱۰/۳۰ (۲/۹۵)	-۰/۰۵ (-۱/۱)	
رابطه با دیگران	درمان شناختی رفتاری	۲۰/۰۷ (۳/۲۷)	۱/۱۶ (۱/۱۹)	۲۶/۰۰ (۳/۲۷)	۰/۲۳ (-۱/۴۶)	۲۳/۹۲ (۱/۴۹)	-۰/۳۷ (-۰/۳۶۰)	
	درمان پذیرش و تعهد	۲۰/۳۰ (۴/۴۶)	۰/۱۴ (-۱/۱۳)	۲۴/۰۷ (۳/۲۰)	-۰/۵۶ (-۰/۵۹)	۲۲/۱۵ (۲/۲۶)	-۰/۰۸ (-۱/۰۵)	
	گروه گواه	۱۹/۴۶ (۳/۴۰)	۰/۵۷ (۱/۱۹)	۱۸/۶۱ (۳/۵۹)	۱/۱۲ (۱/۷۶)	۱۸/۱۵ (۳/۷۱)	۱/۳۳ (۱/۹۷)	
قدرت شخصی	درمان شناختی رفتاری	۹/۰۰ (۲/۶۷)	-۰/۸۳ (۰/۳۹)	۱۳/۷۶ (۱/۶۹)	۰/۶۷ (-۰/۵۸)	۱۳/۳۸ (۲/۰۲)	-۰/۰۵ (-۰/۶۴)	
	درمان پذیرش و تعهد	۱۰/۵۳ (۱/۸۵)	-۱/۰۴ (۲/۰۷)	۱۵/۰۷ (۱/۶۰)	-۰/۲۸ (۰/۰۱)	۱۳/۷۶ (۱/۵۳)	-۰/۶۱ (-۰/۲۳)	
	گروه گواه	۱۰/۵۳ (۳/۲۰)	-۰/۷۲ (-۰/۸۲)	۱۰/۴۶ (۲/۰۶)	-۰/۳۳ (-۱/۴۱)	۹/۹۲ (۲/۹۵)	-۰/۸۲ (-۰/۴۸)	
ارزش زندگی	درمان شناختی رفتاری	۹/۴۶ (۱/۴۵)	-۰/۰۷ (-۰/۶۹)	۱۲/۶۹ (۱/۷۹)	۰/۶۷ (-۰/۰۹)	۱۱/۵۳ (۱/۷۶)	-۰/۵۲ (-۰/۳۶)	
	درمان پذیرش و تعهد	۷/۸۴ (۲/۸۲)	۰/۵۵ (۰/۸۴)	۱۰/۴۶ (۱/۰۵)	-۰/۱۳ (-۱/۰۴)	۹/۸۴ (۱/۸۱)	۰/۸۵ (۱/۱۴)	
	گروه گواه	۷/۱۵ (۳/۲۳)	۰/۲۵ (-۰/۶۳)	۶/۸۴ (۲/۹۳)	۰/۵۹ (۰/۰۴)	۷/۹۲ (۲/۸۷)	۰/۴۶ (۰/۵)	
تغییر معنوی	درمان شناختی رفتاری	۴/۴۶ (۱/۳۹)	-۰/۰۹ (-۰/۲۸)	۸/۹۲ (۰/۹۵)	-۰/۵ (-۰/۳۹)	۷/۹۲ (۱/۳۸)	-۰/۷۳ (-۰/۳۰)	
	درمان پذیرش و تعهد	۳/۳۸ (۰/۹۶)	-۰/۳۸ (-۰/۴۴)	۵/۰۰ (۱/۷۳)	-۰/۱۱ (-۰/۶۱)	۵/۰۰ (۱/۳۵)	-۰/۹۵ (-۰/۹۱)	
	گروه گواه	۳/۹۲ (۰/۹۵)	-۰/۵۰ (-۰/۳۹)	۳/۶ (۱/۲۶)	۰/۶۰ (-۰/۱۶)	۳/۳۰ (۱/۲۵)	-۰/۳۸ (-۰/۸۴)	
نمره کل	درمان شناختی رفتاری	۵۴/۷۶ (۴/۲۴)	۰/۴۴ (-۱/۴۶)	۷۹/۱۵ (۴/۵۴)	۰/۱۷ (-۱/۴۵)	۷۵/۴۶ (۳/۹۲)	۰/۳۷ (-۱/۴)	
	درمان پذیرش و تعهد	۵۲/۰۰ (۷/۰۳)	-۰/۰۶ (-۰/۴۰)	۷۰/۳ (۵/۷۲)	۰/۳۰ (-۰/۶۹)	۶۷/۰۷ (۵/۷۶)	۰/۶۷ (-۰/۷۷)	
	گروه گواه	۵۱/۹۲ (۱۰/۷۸)	-۰/۸۸ (-۰/۲۴)	۴۸/۷۶ (۱۰/۱۰)	۰/۳۸ (۰/۷۴)	۴۹/۶۱ (۱۰/۴۸)	۰/۶۹ (۱/۳۵)	

جدول ۳ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل رشد پس از آسیب در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در گروه گواه مشاهده نشد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مفروضه‌ها بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که مقادیر سطح معنی‌داری متغیرهای

پژوهش براساس آزمون شاپرو-ویلک در دامنه ۰/۱۶۴ تا ۰/۸۷۳، مقادیر سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش براساس آزمون لون در دامنه ۰/۰۵۳ تا ۰/۹۱۲ و مقادیر سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش براساس آزمون ام باکس در دامنه ۰/۱۲۰ تا ۰/۹۱۳ و مقادیر سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش براساس آزمون کرویت موخلی در دامنه ۰/۰۸۱ تا ۰/۴۳۱

زندگی، تغییر معنوی و نمره کل رشد پس از آسیب براساس آزمون لامبدای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۱$).

است که بالاتر از سطح ۰/۰۵ بود ($p > ۰/۰۵$) که حاکی از برقراری مفروضه‌ها است. براساس نتایج جدول ۴ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های شیوه‌های جدید، رابطه با دیگران، قدرت شخصی، ارزش

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل رشد پس از آسیب

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
شیوه‌های جدید	۰/۳۹۳	۱۰/۴۰	۴ و ۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶	۰/۹۹۷
رابطه با دیگران	۰/۶۹۲	۳/۵۳	۴ و ۷۰	۰/۰۱۱	۰/۱۶۸	۰/۸۴۳
قدرت شخصی	۰/۴۵۵	۸/۴۵	۴ و ۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶	۰/۹۹۸
ارزش زندگی	۰/۶۰۰	۵/۰۹	۴ و ۷۰	۰/۰۰۱	۰/۲۲۵	۰/۹۵۵
تغییر معنوی	۰/۳۲۳	۱۳/۲۹	۴ و ۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲	۱/۰۰
نمره کل	۰/۱۸۹	۲۲/۷۰	۴ و ۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۵	۱/۰۰

جهت بررسی تفاوت بین مراحل و گروه به تفکیک با آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ ارائه شده است ($p < ۰/۰۱$).

جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر گروه، زمان و اثر تعاملی گروه × زمان برای نمره کل رشد پس از آسیب و مؤلفه‌های آن معنادار است ($p < ۰/۰۱$). نتایج

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل رشد پس از آسیب

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
شیوه‌های جدید	اثر گروه (بین گروهی)	۶۹۲/۶۶	۳۴۶/۳۳	۲۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
	اثر زمان (درون گروهی)	۴۰۳/۱۲	۲۴۲/۳۸	۵۱/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹
	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۰۶/۵۱	۹۲/۱۴	۱۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲
رابطه با دیگران	اثر گروه (بین گروهی)	۴۴۴/۶۳	۲۲۲/۳۱	۱۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
	اثر زمان (درون گروهی)	۱۶۹/۵۵	۱۲۶/۲۳	۱۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۶۹/۰۶	۶۲/۹۳	۵/۱۱	۰/۰۰۵	۰/۲۲۱
قدرت شخصی	اثر گروه (بین گروهی)	۱۵۸/۰۱۷	۷۹/۰۰۹	۷/۴۴	۰/۰۰۲	۰/۲۹۳
	اثر زمان (درون گروهی)	۲۰۱/۰۴۳	۱۰۰/۵۲	۴۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
ارزش زندگی	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۲۶/۲۹	۳۱/۵۷	۱۳/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	اثر گروه (بین گروهی)	۳۰۰/۴۶	۱۵۰/۲۳	۱۳/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
	اثر زمان (درون گروهی)	۷۸/۹۲	۳۹/۴۶	۱۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۹
	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۷/۳۸	۱۱/۸۴	۴/۶۱	۰/۰۰۲	۰/۲۰۴
تغییر معنوی	اثر گروه (بین گروهی)	۲۶۶/۸۸	۱۳۳/۴۴	۶۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳
	اثر زمان (درون گروهی)	۷۴/۷۳	۳۷/۳۶	۲۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۶
	اثر تعاملی گروه × زمان	۹۳/۳۱	۲۳/۳۲	۱۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
نمره کل	اثر گروه (بین گروهی)	۷۸۳۳/۲۳	۳۹۱۶/۶۱	۲۸/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
	اثر زمان (درون گروهی)	۳۹۴۹/۰۷	۲۵۹۹/۰۳	۱۲۹/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲
	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۱۲۲/۹۲	۱۰۲۷/۶۵	۵۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل رشد پس از آسیب در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنادار

تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون-پیگیری، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون-پیگیری، فقط در مؤلفه قدرت شخصی و نمره کل معنادار است ($p < ۰/۰۱$ ، $p < ۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۶ نشان

می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل رشد پس از آسیب در دو معنادار است ($p < 0/01, 0/05$).
گروه درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا و گواه

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بین فرونی برای مؤلفه‌ها و نمره کل رشد پس از آسیب

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	p	
شیوه‌های جدید	پیش آزمون	۳/۵۱-	۰/۴۸	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۴/۲۵-	۰/۵۰	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۰/۷۴-	۰/۳۳	۰/۰۹۶	
رابطه با دیگران	پیش آزمون	۲/۹۴-	۰/۷۵	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۱/۴۸-	۰/۳۵	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۱/۴۶	۰/۷۶	۰/۱۸۹	
قدرت شخصی	پیش آزمون	۳/۰۷-	۰/۳۷۲	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۲/۳۳-	۰/۳۸۰	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۰/۷۴۴	۰/۲۷۴	۰/۰۰۳	
ارزش زندگی	پیش آزمون	۱/۸۴-	۰/۳۶۰	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۱/۶۱-	۰/۴۲۰	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۰/۲۳۱	۰/۲۹۹	۰/۹۹۹	
تغییر معنوی	پیش آزمون	۱/۸۴-	۰/۲۴۴	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۱/۴۸-	۰/۲۸۴	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۰/۳۵۹	۰/۲۵۷	۰/۵۱۴	
نمره کل	پیش آزمون	۱۳/۲۳-	۰/۹۶۳	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۱۱/۱۵-	۱/۰۳	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۲/۰۷	۰/۵۹۳	۰/۰۰۴	
متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
شیوه‌های جدید	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۲/۰۵	۰/۸۹۷	۰/۰۸۵
	درمان شناختی رفتاری	گروه گواه	۵/۸۷	۰/۸۹۷	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گروه گواه	۳/۸۲	۰/۸۹۷	۰/۰۰۱
رابطه با دیگران	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۱/۱۵	۰/۸۳۶	۰/۵۲۸
	درمان شناختی رفتاری	گروه گواه	۴/۵۹	۰/۸۳۶	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گروه گواه	۳/۴۳	۰/۸۳۶	۰/۰۰۱
قدرت شخصی	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۱/۰۷-	۰/۷۳۸	۰/۴۵۹
	درمان شناختی رفتاری	گروه گواه	۱/۷۴	۰/۷۳۸	۰/۰۴۱
	درمان پذیرش و تعهد	گروه گواه	۲/۸۲	۰/۷۳۸	۰/۰۰۲
ارزش زندگی	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۱/۸۴	۰/۷۴۸	۰/۰۵۶
	درمان شناختی رفتاری	گروه گواه	۳/۹۲	۰/۷۴۸	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گروه گواه	۲/۰۷	۰/۷۴۸	۰/۰۲۶
تغییر معنوی	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۲/۶۴	۰/۳۳۴	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	گروه گواه	۳/۵۶	۰/۳۳۴	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گروه گواه	۰/۹۲	۰/۳۳۴	۰/۰۲۷
نمره کل	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۶/۶۱	۲/۶۳	۰/۰۴۹
	درمان شناختی رفتاری	گروه گواه	۱۹/۶۹	۲/۶۳	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گروه گواه	۱۳/۰۷	۲/۶۳	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب در مادران دارای کودک فلج مغزی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که نمرات «رشد پس از آسیب» در گروه‌های آزمایش درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تمثیل‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه گواه افزایش معناداری داشته است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های جولانی و همکاران (۱۴۰۲)، متین زاده و همکاران (۲۰۲۰)، شوپرت و همکاران (۲۰۱۹)، فرنی و همکاران (۲۰۱۸) و دابویی و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری کلاسیک و بومی بر رشد پس از آسیب همسو و با پژوهش‌های کاظمی (۱۴۰۰)، امیدبیگی و همکاران (۱۴۰۰)، کاظمی پور و همکاران (۱۳۹۹)، مک میلان و همکاران (۲۰۲۲)، ویتینگهام و همکاران (۲۰۲۰) و مولوی و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب همسو بود.

رشد پس از آسیب به‌طور معناداری با پردازش شناختی و نشخوار فکری ارتباط دارد (رضضانی تمیجانی، ۱۳۹۷؛ کیم و پی، ۲۰۱۹؛ هو و همکاران، ۲۰۲۰) از آنجایی که ورود و به دنبال آن پردازش شناختی اطلاعات در مغز انسان با توجه به زمان اختصاص داده شده برای حجم محدودی از اطلاعات صورت می‌گیرد و زمانی که مادران دارای کودک فلج مغزی درگیر یک رویداد آسیب‌زا و عوامل استرس‌زای ناشی از آن می‌شوند، میزان انبوهی از اطلاعات سعی در پردازش در بخش آگاهی مغز را دارند و به احتمال فراوان بخشی از این اطلاعات وارد شده به مغز مورد پردازش قرار نخواهند گرفت و به شکل نشخوار فکری درآمده و تا زمانی که به درستی پردازش نشوند، تبدیل به یک الگوی مخرب شده و فرد را آزار می‌دهد (کاظمی، ۱۴۰۰)، درمان شناختی رفتاری با ایجاد تمرین‌ها و آموزش پردازش شناختی مانع از تشدید نشخوار فکری شده و به بهبودی و ارتقای سطح رشد پس از آسیب منجر می‌شود. درمان شناختی رفتاری متناسب سازی شده از نظر فرهنگی موثرتر از درمان شناختی رفتاری سنتی است و میزان انصراف از درمان را بطور معناداری کاهش می‌دهد (نعیم و همکاران، ۲۰۱۹). داستان‌های مثنوی معنوی زمینه تفکر مثبت و سازنده، معنویت، معنابخشی به زندگی، اعتماد و عشق‌ورزی به دیگران را سوق می‌دهد (جباری، ۲۰۲۰).

یکی از نتایج جالب در ارتباط با درمان شناختی رفتاری مبتنی بر حکایات مثنوی افزایش رشد شخصی است (کندرچی و بیچی، ۲۰۲۲). می‌توان گفت مادران کودک فلج مغزی از طریق درمان شناختی رفتاری تلاش بیشتری در جهت رشد قابلیت‌های فردی برای مواجهه با بحران کسب می‌نمایند.

حکایات و تمثیل‌های مثنوی ارائه شده در چارچوب درمان شناختی رفتاری این قابلیت را دارند تا به شناخت واره‌های ناسازگار برخاسته از رویداد آسیب‌زا واکنش نشان داده و با به چالش کشیدن، معناسازی متعالی و اصلاح ساختارهای معنایی شکننده درمانجویان، فرآیند بهبود و رشد پس از آسیب را تسهیل نماید، در واقع حکایات و تمثیل‌های مثنوی با بازتعریف و القای معنای جدید زمینه شکست الگوهای فکری مخرب نسبت به آسیب را فراهم نموده و در ادامه آن به مقابله مثبت و کسب دست‌آورد منجر می‌شود.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب در مادران دارای کودک فلج مغزی نیز می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین فنون درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های‌شان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد آن‌ها به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌های‌شان با وجود مشکلات باعث می‌شود که ضمن تحقق اهداف به رضایت از زندگی منجر شود و افراد را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود؛ رهایی بخشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمانجویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی نماید که در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند و تهدیدکننده از هیجان‌های خود آگاه شوند و بر آن‌ها مدیریت بیشتری داشته باشند. رویارویی فعال و مؤثر با احساس‌ها، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و تعهد به هدفی اجتماعی را می‌توان جز عوامل اصلی این روش دانست (اودونوهو، ۲۰۲۳).

همچنین، براساس یافته‌های این پژوهش، درمان شناختی رفتاری با استفاده از حکایات مولانا در افزایش خرده مقیاس «تغییرات معنوی» به‌طور

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی سلامت در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی با کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.111 در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۳ به تصویب رسیده است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

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

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله نویسندگان از عوامل مرکز توان‌بخشی بیمارستان فوق تخصصی فلج مغزی نورافشار و مرکز توان‌بخشی کارگران زعفرانیه و والدینی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

معناداری مؤثرتر از درمان پذیرش و تعهد شناخته شده است. لازم به ذکر است که در میان مطالعات مشابه براساس جستجوی نویسندگان، پژوهشی یافت نشد که به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی بر فرآیند «رشد پس از آسیب» پرداخته باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت درمانجو در خلال جلسات بدون آنکه مستقیماً به بیان افکار و احساسات خود بپردازد آن‌ها را در تمثیل و حکایت‌ها جاری می‌بیند و بدین ترتیب هنگامی که شخص به شناخت درد یا لذت ناآل می‌شود هیجانانش که قبلاً سرکوب شده بودند، رها می‌شود. الحاق حکایات و تمثیل‌های مثنوی به محتوای درمان درمان شناختی-رفتاری که به صورت آشکار یا ضمنی به فرهنگ، باورها و ارزش‌های معنوی بومی اشاره دارد، این امکان را فراهم می‌آورد تا در کنار ظرفیت تفکر منطقی و عقلانی برآمده از درمان شناختی رفتاری، افراد نوعی آسودگی از جانب هیجان‌ها و افکار آسیب‌رسان ناشی از ضربه روانی را تجربه کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دسترسی دشوار به مادران با کودک فلج مغزی و همکاری ضعیف آن‌ها اشاره داشت، با توجه به مسائل روانشناختی این مادران شرکت در جلسات با مقاومت همراه بود. همچنین با توجه محدودیت زمانی و فضای اجرایی جلسات دوره آموزش برای گروه گواه مقذور نبود. پیشنهاد می‌شود درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا با سایر روش‌های درمانی از جمله درمان هیجان‌مدار با توجه به اهمیت هر دو در بافت فرهنگ ایرانی مورد مقایسه گردد، همچنین جهت بررسی بیشتر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا به صورت مطالعات تک آزمودنی مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود نسخه پروتکل درمان شناختی رفتاری این پژوهش در قالب کارگاه‌های آموزشی و درمان فردی برای درمانجویان ایرانی با علائم تجربه آسیب اجرا گردد.

منابع

اکبری، سامیا؛ کرمی، حسین؛ فرنی، سمانه؛ اسدپور، سوزان و اسدنیا، سعید. (۱۴۰۲). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر بهبود نگرانی پاتولوژیک مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان. *مجله سلامت و سالمندی* خزر. ۸(۱)، ۲۷-۳۹.

<https://cjhaa.mubabol.ac.ir/article-1-191-en.pdf>

امیدبگی، مریم؛ حاتمی، محمد؛ حسن آبادی، حمید رضا و واعظی امیرعباس. (۱۴۰۰). مدل تبیینی رشد پس از آسیب بر اساس رویکرد درمانی پذیرش و تعهد: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و سازگاری. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۱۰(۳)، ۳۰۵-۳۱۶.

<http://aums.abzums.ac.ir/article-1-1365-en.html>

ایزدی، راضیه؛ و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: نشر جنگل، کاوشیار.

<https://www.gisoom.com/book/1>

بهاروند، وحید؛ درتاج نصری، صادق و نصرالهی، بیتا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر کاهش علائم استرس پس از سانحه زنان سیل زده. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۶)، ۲۱۲-۲۰۳.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-607-fa.html>

جولانی الهام، لیل آبادی، لیدا و گلشنی، اکرم. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۲)، ۲۳۸-۲۶۰.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7>

حجازی، بهجت‌السادات. (۱۳۹۵). *طبیان جان: گرایش‌های روانشناختی و روان‌درمانی در اشعار عطار و مولانا*، چاپ دوم، ناشر: دانشگاه کیان زاد، سپیده؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مهرابی، حسینعلی و موسوی، سیدغفور. (۲۰۲۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکارخودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام‌کننده به خودکشی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۶)، ۱۷۷۶-۱۷۸۶.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1208-en.html>

کیان زاد، سپیده؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مهرابی، حسینعلی و موسوی، سیدغفور. (۲۰۲۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکارخودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام‌کننده به خودکشی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۶)، ۱۷۷۶-۱۷۸۶.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1208-en.html>

محرمی، نیر؛ جبرائیلی؛ مهناز و رهکار فرشی، ماهنی. (۱۴۰۱). رشد پس از تروما در مادران کودکان مبتلا به لوسمی بستری: یک مطالعه توصیفی-مقطعی. *مجله پرستاری و مامایی*. ۲۰(۹)، ۶۹۶-۴۸۸.

<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4781-en.html>

مفاخری، عبدالله؛ خرمی، محمد، کاویانی، فائزه و اشرفی فرد، سمیه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و خودکارآمدی عمومی مادران دارای کودکان فلج مغزی. *روانشناسی سلامت*، ۱۱(۴۲)، ۸۵-۱۰۰.

<https://doi.org/10.30473/hpj.2022.55067.4943>

موسوی، سید فاطمه و رمضانی تمیجانی، ریحانه. (۱۳۹۷). پیش‌بینی رشد پس از آسیبی بر اساس علائم یادبود و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سرطان. *روانشناسی سلامت*، ۷(۲۶)، ۱۵۹-۱۴۶.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.23221283.1397.7.26.9.8>

موسوی، معصومه؛ علوی نژاد، سید رامین و خزائی، محمود (۱۳۹۷). رویکردهای روان‌درمانی روان‌پزشکان و روان‌شناسان ایرانی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۰(۳)، ۱۶۵-۱۶۰.

<https://doi.org/10.22038/jfmh.2018.10693>

وفایی فرد، مریم؛ رحیمی، سیدمهدی؛ بهنام فر، محمد، و خامسان، احمد. (۱۳۹۶). رویکرد شناخت درمانی و بررسی دو تحریف (تعمیم مبالغه آمیز و نتیجه‌گیری شتابزده) مبتنی بر تمثیل‌های مولوی. *مجله متن‌شناسی ادب فارسی*، ۹(۳۴)، ۴۹-۶۶.

https://rpil.ui.ac.ir/article_21654_en.html?lang=en#:~:text=10.22108/RPLL.2017.21654

حسینلو، عاطفه و نامور، هومن. (۱۳۹۷). اعتباریابی و هنجارسازی پرسشنامه رشد و تحول پس از رخداد آسیب‌زا در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه شهر ساوه. *روان‌سنجی*، ۹(۳۳)، ۷۷-۶۳.

<https://www.sid.ir/paper/227543/fa>

صاحبی، علی. (۱۳۸۷). *تمثیل درمانگری: کاربرد تمثیل در بازسازی شناختی*، چاپ اول، نشر سمت.

<https://www.gisoom.com/book/>

فیروزی خجسته فر، ریحانه؛ عسگری، کریم؛ کلاتری، مهرداد، رئیسی، فیروزه و شهواری، زهرا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و رفتار فزون‌کنشی جنسی در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۹)، ۳۴۱-۳۵۲.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-785-fa.html>

کاظمی پور، احمد؛ میردریکوند، فضل‌اله و امرایی، کوروش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و رشد پس از آسیب

بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال توام با استرس. پایش، ۱۹(۵)، ۵۶۹-۵۸۰.

<http://dx.doi.org/10.29252/payesh.19.5.569>

کاظمی، جواد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

احساس انسجام، منبع کنترل و رشد بعد از تروما در بیماران مبتلا به ضایعه

نخاعی و مولتیپل اسکلروزیس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی،

تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

<https://fa.irct.ir/trial/33524>

References

Akbari, S., Karami, H., Farnia, S., Assadpour, S., & Asadnia, S. (2023). The efficacy of group cognitive behavioral therapy for improving pathological worry in mothers with children with cancer. *Quarterly Journal of Caspian Health and Aging*, 8(1), 27-39. [Persian].

<https://cjhaa.mubabol.ac.ir/article-1-191-en.pdf>

Anclair, M., Hjärthag, F., & Hiltunen, A. J. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness for health-related quality of life: comparing treatments for parents of children with chronic conditions-a pilot feasibility study. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 13(2017), 1-9.

<https://doi.org/10.2174/1745017901713010001>

Baharvand, V., Dortaj, F., Nasri, S., & Nasrollahi, B. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with cognitive hypnotherapy and eye movement desensitization (EMDR) and reprocessing on the reduction of traumatic stress symptoms of flooded women. *Journal of psychological science*, 19(86), 203-212. [Persian].

<http://psychologicalscience.ir/article-1-607-fa.html>

Beshai, S., Clark, C. M., & Dobson, K. S. (2013). Conceptual and pragmatic considerations in the use of cognitive-behavioral therapy with Muslim clients. *Cognitive therapy and research*, 37(2017), 197-206.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-012-9450-y>

Byra, S., Zubrzycka, R., & Wójtowicz, P. (2021). Positive orientation and posttraumatic growth in mothers of children with cystic fibrosis-mediating role of coping strategies. *Journal of Pediatric Nursing*, 57(2021), 1-8.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.009>

Chiluba, B. C., & Moyo, G. (2017). Caring for a cerebral palsy child: a caregivers perspective at the University Teaching Hospital, Zambia. *BMC research notes*, 10(2017), 1-8.

<https://doi.org/10.1186/s13104-017-3011-0>

Counselman-Carpenter, E. A. (2017). The presence of posttraumatic growth (PTG) in mothers whose children are born unexpectedly with Down syndrome. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 42(4), 351-363.

<https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1247207>

Daboui, P., Janbabai, G., Akbari, M. E., & Nouri, M. (2022). Effect of masnavi-based poetry therapy on anxiety, depression and stress of women with breast cancer. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(4).1-4.

<https://doi.org/10.5812/ijpbs-116651>

De Freitas, P. M., Rocha, C. M., & Haase, V. G. (2014). Análise dos preditores do estado psicológico das mães de crianças com Paralisia Cerebral. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 453-473.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812014000200005&script=sci_arttext

Douma, M., Scholten, L., Maurice-Stam, H., & Grootenhuis, M. A. (2018). Online cognitive-behavioral based group interventions for adolescents with chronic illness and parents: study protocol of two multicenter randomized controlled trials. *BMC pediatrics*, 18(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1007/s12187-017-9478-3>

Eazdi, R., & Abedi, M.R. (2013). *Treatment based on acceptance and commitment*. Tehran: Jangal Publishing House, Kavashiar..[Persian].

<https://www.gisoom.com/book/1/>

Ede, M. O., Okeke, C. I., & Obiweluzo, P. E. (2023). Intervention for treating depression in parents of children with intellectual disability of Down's Syndrome: a sample of Nigerian parents. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 41(3), 511-535. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00471-1>

Farnia, V., Naami, A., Zargar, Y., Davoodi, I., Salemi, S., Tatari, F., ... & Alikhani, M. (2018). Comparison of trauma-focused cognitive behavioral therapy and theory of mind: Improvement of posttraumatic growth and emotion regulation strategies. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(2018), 50-58. https://doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp_140_17

Firoozikhojastehfar, R., Asgari, K., Kalantari, M., & Raisi, F. (2021). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and

- commitment therapy on depression symptoms and hypersexual behaviours in patients with sex addiction. *Journal of psychological science*, 20(99), 341-352. <http://psychologicalscience.ir/article-1-785-fa.html>
- Gugala, B., Penar-Zadarko, B., Pięciak-Kotlarz, D., Wardak, K., Lewicka-Chomont, A., Futyma-Ziaja, M., & Opara, J. (2019). Assessment of anxiety and depression in Polish primary parental caregivers of children with cerebral palsy compared to a control group, as well as identification of selected predictors. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4173. <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/21/4173#>
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior therapy*, 47(6), 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2012-17248-000>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press. https://www.google.com/books/edition/Acceptance_and_Commitment_Therapy_Second/og28CwAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Hijazi, Ba. S. (2016). *Tabiban Jan: Psychological tendencies and psychotherapy in the poems of Attar and Rumi*. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad. [Persian] https://press.um.ac.ir/index.php?option=com_k2&view=item&id=435:f-556&Itemid=714&lang=fa
- Hosseinloo, A., & Namvar, H. (2022). Validity & reliability of post-traumatic growth questionnaire in veterans by post-traumatic stress disorder in the city of Saveh. *psychometrics*, 11(42), 63-77.[Persian]. <https://www.sid.ir/paper/227543/fa>
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2020). Attachment style, complicated grief and post-traumatic growth in traumatic loss: The role of intrusive and deliberate rumination. *Psychiatry investigation*, 17(7), 636. <https://doi.org/10.30773%2Fpi.2019.0291>
- Hwang, W. C., Myers, H. F., Chiu, E., Mak, E., Butner, J. E., Fujimoto, K., ... & Miranda, J. (2015). Culturally adapted cognitive-behavioral therapy for Chinese Americans with depression: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 66(10), 1035-1042. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400358>
- Jabbari, M. (2020). *Masnavi: Exploring a Cultural Adaptation of CBT for Iranian Immigrants with Acculturative Stress* (Doctoral dissertation, Alliant International University). <https://www.proquest.com/openview/2ef7b594ffa1a247b14f240f18c3db62/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Jolani, E., & Golshani, A. (2023). Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with using Rumi stories and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 21(2), 238-260.[Persian]. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7>
- Kazemi, J. (1400). *Comparison of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the sense of coherence, locus of control and growth after trauma in patients with spinal cord injury and multiple sclerosis*. Master's thesis in psychology, Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences.[Persian]. <https://fa.irct.ir/trial/33524>
- Kazemipour, A., Mirderkvand, F., & Amraei, K. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the rate of acceptance and post-traumatic growth in colorectal cancer patients comorbid with stress. *Payesh*, 19(5), 569-580. [Persian]. <http://dx.doi.org/10.29252/payesh.19.5.569>
- Kendirci, A., & Yayıcı, L. (2022). An investigation of the effects of the psychoeducational programme structured on positive psychology based on Masnavi stories on marital harmony: effects of the psychoeducational programme based on Masnavi stories on marital harmony. *International journal of curriculum and instruction*, 14(1), 905-932. <https://ijci.globets.org/index.php/IJCI/article/view/899/464>
- Kim, E., & Bae, S. (2019). Gratitude moderates the mediating effect of deliberate rumination on the relationship between intrusive rumination and post-traumatic growth. *Frontiers in Psychology*, 10(2019),2655-2665. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02665>
- Kiyanzad, S., Neshat Doost, H. T., Mehrabi, H. A., & Mousav, S. G. (2021). The efficacy of brief cognitive-behavioral therapy in depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide. *Journal of*

- psychologicalscience*, 20(106), 1767-1786. [Persian]. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1208-en.html>
- Mafakheri, A., Khorrani, M., Kaviyani, F., & Ashrafifard, S. (2022). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Cognitive Strategies of Emotional Regulation and General Self-Efficacy among Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Health Psychology*, 11(42), 85-100. [Persian]. <https://doi.org/10.30473/hpj.2022.55067.4943>
- Marquis, S., Hayes, M. V., & McGrail, K. (2019). Factors affecting the health of caregivers of children who have an intellectual/developmental disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 16(3), 201-216. <https://doi.org/10.1111/jppi.12283>
- Matinzadeh, M., Bahrami, F., & Tizdast, T. (2020). The effect of cognitive-metaphor group counseling based on Rumi's Masnavi on cognitive flexibility, rumination and self-efficacy in depressed housewives. *Indian Journal of Positive Psychology*, 11(1), 12-15. <https://doi.org/10.15614/ijpp.v11i01.3>
- McMillan, L. J., McCarthy, M. C., Muscara, F., Anderson, V. A., Walser, R. D., O'Neill, J., ... & Williams, K. (2022). Feasibility and acceptability of an online acceptance and commitment therapy group for parents caring for a child with cerebral palsy. *Journal of Family Studies*, 28(4), 1338-1354. <https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1822198>
- Mehmet, A. K., Elif, E. Ş. E. N., & Özdenul, F. (2015). Cognitive Therapys from Rumi s Point of View. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 3(3), 133-133. <http://dx.doi.org/10.5455/JCBPR.165048>
- Mousavi, M., Alavinezhad, R., & Khazaei, M. (2018). Psychotherapy approaches of Iranian psychiatrists and psychologists. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(3), 161-165. [Persian]. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2018.10693>
- Mousavi, S. F., & Ramezani, R. (2018). The prediction of post-traumatic growth based on memorials symptoms and rumination in women with cancer. *Health Psychology*, 7(26), 146-159. [Persian]. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221283.1397.7.26.9.8>
- Naeem, F., Phiri, P., Munshi, T., Rathod, S., Ayub, M., Gobbi, M., & Kingdon, D. (2015). Using cognitive behaviour therapy with South Asian Muslims: Findings from the culturally sensitive CBT project. *International Review of Psychiatry*, 27(3), 233-246. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1067598>
- Nir Moharrami, N., Jabraeili, M., & Rahkar Farshi, M. (2022). Posttraumatic growth in mothers of children with leukemia: a cross-sectional study. *Nursing And Midwifery Journal*, 20(9), 688-696. [Persian]. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4781-en.html>
- Nouzari, R., Najafi, S. S., & Momennasab, M. (2019). Post-traumatic growth among family caregivers of cancer patients and its association with social support and hope. *International journal of community based nursing and midwifery*, 7(4), 319. <https://doi.org/10.30476%2FIJCBNM.2019.73959.0>
- O'Donohue, W. (2023). The scientific status of acceptance and commitment therapy: An analysis from the philosophy of science. *Behavior Therapy*, 54(6), 956-970. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.006>
- Omidbeygi, M., Hatami, M., Hassanabadi, H., & Vaezi, A. (2021). Modeling of Post Traumatic Growth Based on Acceptance and Commitment Therapy: Mediating Role of Resilience and Adjustment. *Alborz University Medical Journal*, 10(3), 305-316. [Persian]. URL: <http://aums.abzums.ac.ir/article-1-1365-en.html>
- Rodríguez Rey, R., Alonso Tapia, J., Kassam-Adams, N., & Garrido Hernansaiz, H. (2016). The factor structure of the posttraumatic growth inventory in parents of critically ill children. *Psicothema*, 28(4), 495-503. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.162>
- Rodríguez-Rey, R., & Alonso-Tapia, J. (2016). Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a paediatric intensive care unit. *Australian Critical Care*, 29(3), 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.11.002>
- Sahebi, A. (2008). *Parable of therapy*. Tehran: Organization for Studying and Compiling Humanities Books of Universities (Samt). [Persian] <https://www.gisoom.com/book/>
- Salman, A. F., Mamdouh, K. A., El-Nabie, A., Walaa, A., & El Talawy, H. A. (2022). Parent Stress in Relation to Activities of Daily Living and Gross Motor Impairments in Children with Diplegic Cerebral Palsy. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 89(2), 6145-6149. <https://dx.doi.org/10.21608/ejhm.2022.268106>
- Schubert, C. F., Schmidt, U., Comtesse, H., Gall-Kleebach, D., & Rosner, R. (2019). Posttraumatic growth during cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress disorder: Relationship to

- symptom change and introduction of significant other assessment. *Stress and Health*, 35(5), 617-625. <https://doi.org/10.1002/smi.2894>
- Smith, M., & Blamires, J. (2022). Mothers' experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, 64-73. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.014>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(2022), 455-471. <https://link.springer.com/article/10.1007/bf02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 53(1), 105-116. <https://doi.org/10.2190/7MBU-UFV9-6TJ6-DP83>
- Vafaefard, M., Rahimi, M., Behnamfar, M., & Khamesan, A. (2017). Cognitive Therapy and Studying the Two Cognitive Distortions (Overgeneralization and Jumping to Conclusion) Based on Masnavi Mowlavi's allegories. *Textual Criticism of Persian Literature*, 9(2), 49-66.[Persian]. https://rppl.ui.ac.ir/article_21654_en.html?lang=en#:~:text=10.22108/RPLL.2017.21654
- Wang, F., Zhang, S., Liu, C., & Ni, Z. (2023). *Post-traumatic growth and influencing factors among parents of premature infants: a cross-sectional study*. Reaserch square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3140841/v1>
- Weiss, T., & Berger, R. (2010). *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. John Wiley & Sons. https://www.google.com/books/edition/Posttraumatic_Growth_and_Culturally_Comp/RFN1DwAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- Whittingham, K., Sheffield, J., Mak, C., Dickinson, C., & Boyd, R. N. (2020). Early Parenting Acceptance and Commitment Therapy 'Early PACT' for parents of infants with cerebral palsy: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ open*, 10(10), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037033>
- You, S., & Son, C. (2018). Effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on complex PTSD symptoms, acceptance, and post-traumatic growth of college students with childhood emotional abuse. *Journal of Digital Convergence*, 16(3), 561-572. <https://doi.org/10.14400/JDC.2018.16.3.561>
- Zhang, Y., Xu, W., Yuan, G., & An, Y. (2018). The relationship between posttraumatic cognitive change, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among Chinese adolescents after the Yancheng tornado: the mediating effect of rumination. *Frontiers in Psychology*, 9(2018),369-474. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00474>