

اثر بخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر

سپیده نایب‌حسین‌زاده*، نوشین فتح‌اله زاده**،

نادره سعادت[✉]*** و مهدی رستمی****

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی آموزشی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خودشفقتی مادران دارای کودکان ناتوان آموزش‌پذیر بود. پژوهش نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روزه انجام شد. بدین منظور از بین مراکز نگهداری کودکان ناتوان آموزش‌پذیر ذهنی و جسمی-حرکتی، دو مرکز (شمیم و سعادت) انتخاب و از بین مادران این کودکان که نمره پایین تری (طبق معیار نقطه برش) در مقیاس‌های کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) و خود-شفقتی (نف) کسب کرده‌اند، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند به حجم ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به دفعات ۸ جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه در جلسات آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند، در حالی که به گروه کنترل این آموزش ارائه نشد. پس از اتمام دوره آموزشی، پرسشنامه‌ها مجدداً در هر دو گروه اجرا و داده‌های حاصل از پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از طریق تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. یافته‌ها به واسطه تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بین نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل و پایداری نتایج در مرحله پیگیری در متغیرهای کیفیت زندگی و خود-شفقتی تفاوت معناداری را نشان دادند. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان روش آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان شیوه‌ای آسان، کم‌هزینه، مؤثر و کارآمد با قابلیت کاربرد وسیع در بهبود کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران دارای کودکان ناتوان آموزش‌پذیر به کار برد. کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد؛ کیفیت زندگی؛ خود-شفقتی؛ مادران؛ کودکان ناتوان آموزش‌پذیر

* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

*** دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان). Nadiasa46@yahoo.com

**** دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲۲

مقدمه

امروزه در هر جامعه‌ای امکانات و توجهات ویژه‌ای به سمت کودکان ناتوان آموزش‌پذیر^۱ همچون کم‌توان ذهنی، ناشنوا، نابینا و با مشکلات و ناتوانی‌های خاص جسمی - حرکتی سوق پیدا می‌کند (فروس، لانه، سیاروچی و بلاکیچ^۲، ۲۰۱۳). از این رو، پژوهشگران به دنبال شناسایی نقاط قوت و ضعف خدمات توانبخشی بوده و تلاش می‌کنند تا از این ره‌گذر بتوانند چشم اندازه‌های نوینی را برای افزایش بازدهی فردی و اجتماعی کودکان ناتوان آموزش‌پذیر فراهم کنند (نیوسامه، والدو و گروسکا^۳، ۲۰۱۲). علاوه بر آن، والدین کودکان آموزش‌پذیر چه از بعد ذهنی و چه از بعد جسمی - حرکتی نه تنها به خدمات اجتماعی و دولتی نیازمند هستند، بلکه شدیداً به حمایت مردمی و حمایت‌های افراد نزدیک نیز نیازمند هستند (رضائیان، حسینیان و اثنا عشری، ۱۳۹۳). لذا وجود کودک ناتوان آموزش‌پذیر در یک خانواده اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند (حسین‌خانزاده، به‌پژوه، افروز و میرزاییگی، ۱۳۹۲). شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد والدین کودکان ناتوان آموزش‌پذیر از مشکلات اقتصادی، اجتماعی و هیجانی - روانی بیشتری رنج می‌برند و از سلامت و بهزیستی پایین‌تری بهره‌مند هستند (فیش، اتریج، شارپلین، هانکوک و نات^۴، ۲۰۱۴). نتیجه پژوهش خمیس (۲۰۰۷) میزان استرس بالای مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر را گزارش می‌کند. او معتقد است مادران پلندپرواز این کودکان بیشتر در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند. در یک مطالعه تحقیقی، اکثر مادرانی که دارای فرزند ناتوان آموزش‌پذیر بودند، این مشکل را موجب سردی محیط خانواده دانسته‌اند. این تحقیق نشان داد که علاقه والدین به یکدیگر با داشتن کودک ناتوان کاهش می‌یابد (شکوهای یکتا، زمانی و پورکریمی، ۱۳۹۳). از پیامدهای دیگر برای والدین کودکان ناتوان آموزش‌پذیر می‌توان به احساسات متضاد، افسردگی، احساس حقارت، احساس گناه و خود-سرزنشی، ایجاد جو روانی مسموم خانواده، وجود سطح سازگاری و پذیرش کم‌تر و استرس بیشتر، اندوه فراوان و سرزنش خود و داشتن افکار بیمارگونه و

-
1. Disability
 2. Feros, Lane, Ciarrochi & Blackledge
 3. Newsome, Waldo & Gruszka
 4. Fish, Ettridge, Sharplin, Hancock & Knott

احساس فشار روانی اشاره کرد که همگی به طور مستقیم و غیرمستقیم باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شوند (به نقل از رضائیان و همکاران، ۱۳۹۳). بدین ترتیب، ناتوانی کودک نه تنها زندگی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه وجود یک عضو که نیازمند مراقبت ویژه و حمایت متفاوتی است، می‌تواند نیروی خانواده و به ویژه «مادر» را بر خود متمرکز گرداند (اشتروم، کرویتز و روزبرگ، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، کیفیت زندگی ۲ با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می‌اندازد در ارتباط است (وانلیت و کرو، ۲۰۰۲) و والدین این کودکان برای مدت طولانی در معرض انبوهی از عوامل استرس‌زا قرار می‌گیرند و این مسئله آن‌ها را تحت فشار زیادی قرار داده و در راه پیشرفت خانواده مانع ایجاد می‌کند و خانواده را از رشد طبیعی باز می‌دارد (برجیس، حکیم‌جوادی، طاهر، غلامعلی‌لواسانی و حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲). کیانی و پودینه (۱۳۹۰) در مطالعه خود نشان داد که مادران کودکان فلج مغزی نسبت به مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر و کودکان سالم کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. خیاطزاده (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود نشان داد مادران کودکان سالم نسبت به مادران کودکان فلج مغزی و عقب‌ماندگی ذهنی کیفیت زندگی مطلوب‌تری دارند.

دیویس، شلی، واترز، بوید، کوک و داورن^۴ (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای تأثیر مراقبت از کودکان ناتوان آموزش‌پذیر بر کیفیت زندگی مادران را بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند که بیشترین چالش‌هایی که مادران با آن مواجه هستند عبارت هستند از: به مخاطره افتادن رفاه جسمانی، روانی - اجتماعی، نداشتن برنامه تفریحی مناسب، محدودیت زمانی و تحمیل بار مالی بوده است. از آنجا که زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و سلامت آن‌ها زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع است (برجیس و همکاران، ۱۳۹۲)، بنابراین، توجه به سلامت آن‌ها و شناسایی موانع آن اهمیت بسیاری دارد؛ خود-شفقتی ۵ یکی از مواردی است که بسیار می‌تواند به ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی این مادران تأثیر داشته باشد. خود-شفقتی شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنج‌های خودش است (نف،

-
1. Strom, Kreuter & Rosberg
 2. Quality of Life
 3. VanLeit & Crowe
 4. Davis, Shelly, Waters, Boyd, Cook & Davern
 5. Self-compassion

۲۰۰۳:الف). نف^۱ (۲۰۰۳:ب) خود-شفقتی را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود^۲ در مقابل قضاوت کردن خود^۳، اشتراکات انسانی^۴ در مقابل انزوا^۵ و به‌شیری^۶ در مقابل همانند سازی^۷ افراطی تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است (نف، ۲۰۰۳:الف). اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اشتراکات انسانی است. به‌شیری در مقابل همانندسازی افراطی در خود-شفقتی، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرر ذهن را اشغال نکند (نف، ۲۰۰۹).

از بسیاری جهات شفقت نسبت به خود می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید در نظر گرفته شود. از آنجا که خود-شفقتی، نیازمند آگاهی و ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌ات خود است، از احساسات دردناک یا ناراحت‌کننده اجتناب نشده، بلکه با مهربانی و درک احساس مشترک انسانی در آگاهی نگه‌داشته شده است (نف و کرک‌پاتریک^۸، ۲۰۰۷:الف)؛ بنابراین، احساس منفی به حالت احساس مثبت‌تر تبدیل می‌شود و اجازه درک روشن‌تر از واقعیت کنونی و به اتخاذ اقدامی منجر می‌شود که خود یا محیط را به صورت اثربخش تغییر دهد (نف، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی برای افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی در مادران دارای کودکان ناتوان آموزش‌پذیر باید در برگزیده عوامل مؤثر بر آن باشد و به افزایش رضایت در هر کدام از این ابعاد اقدام کند. از این رو، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ (ACT) به عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش

-
1. Neff
 2. Self-kindness
 3. self-judgment
 4. common humanity
 5. isolation
 6. mindfulness
 7. over-identification
 8. Kirkpatrick
 9. Acceptance and Commitment Therapy

یابد (بلکلیدج و هایز^۱، ۲۰۰۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نامش را از پیام اصلی اش می‌گیرد: آنچه را که خارج از کنترل شخصی است بپذیر و عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باش. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می‌شوند و عبارت هستند از: پذیرش، گسلس شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (هایز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس^۲، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روانشناختی را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (هایز، لوین، پلمب، بولانگر و پیسترلو^۳، ۲۰۱۱). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد^۴ درباره تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (هایز، ۲۰۰۴). به مراجع آموخته می‌شود که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل بپذیرید (به نقل از هایز و همکاران، ۲۰۱۱). به‌طور کلی درمانگران ACT، مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (بلوی، اولیور و موریس^۵، ۲۰۱۱). به دنبال بررسی تحقیقات مختلف، رویز نشان داد که درمان پذیرش و تعهد نتایج بهتری را در کاهش افسردگی، بهبود فوری کیفیت زندگی نسبت به درمان شناختی، رفتاری و در کاهش علائم اضطراب با درجه یکسان، مانند درمان شناختی، رفتاری به دنبال دارد، اما اجرای تحقیقات

-
1. Blackledge & Hayes
 2. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
 3. Hayes, Levin, Plumb, Boulanger & pistorello
 4. Psychological acceptance
 5. Bloy, Oliver & Morris

بیشتر را در این زمینه لازم می‌داند (رویز^۱، ۲۰۱۲). ایران دوست، نشاط دوست و نادری (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به درد کمر شد. همچنین نیک نژادی و دهقان سفیدکوه (۱۳۹۴)، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شفقت خود را در مادران کودکان مبتلا به اטיسم بررسی کرد. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت بر خود در مادران کودکان اטיسم مؤثر است. آیدین (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی شفقت خود، خلق و میزان آلکسی‌تایمیا^۲ در والدین کودکان اטיسم را بررسی کرد. در نتیجه این مطالعه، آشکار شده است که متغیر بهوشیاری که یکی از مؤلفه‌های شفقت خود است، می‌تواند پیش‌بینی مثبتی از کل نمرات آلکسی‌تایمیا و دشواری در شناسایی و توصیف احساسات داشته باشد. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر درصدد بود تا دریابد آیا آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر مؤثر است؟ بدین منظور دو فرضیه زیر آزمون شد.

۱. آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران دارای کودکان ناتوان آموزش‌پذیر می‌شود.
۲. آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران دارای کودکان ناتوان آموزش‌پذیر در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و بر اساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و با پیگیری ۴۵ روزه اجرا شد. جامعه این پژوهش مادران دارای فرزند ناتوان آموزش‌پذیر ساکن شهر اصفهان بود. برای انتخاب نمونه آماری ابتدا از بین مراکز نگهداری از کودکان ناتوان آموزش‌پذیر (کودکان کم‌توان ذهنی و کم‌توان جسمی - حرکتی) به صورت تصادفی دو مرکز (شمیم و سعادت) انتخاب و پس از آن از همه مادران دارای فرزند ناتوان

1. Ruiz
2. Alexithymia

آموزش‌پذیر خواسته شد که پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) و خود-شفقتی (نف، ۲۰۰۳) را تکمیل کنند، سپس از بین کسانی که نمره پایین تری در این آزمون کسب کردند به صورت هدفمند نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) کاربندی شدند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار شد، در حالی که گروه کنترل برنامه آموزشی دریافت نکردند. جلسه‌های آموزشی در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد و پس از گذشت ۴۵ روز مجدداً در مرحله پیگیری ارزیابی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از داشتن حداقل مدرک دیپلم، قرارنگرفتن تحت درمان دارویی یا روان‌درمانی همزمان با آموزش، نداشتن سابقه روانی و جسمانی، فقدان متارکه والدین، زندگی با خانواده اصلی و تمایل و رضایت مکتوب برای شرکت در طرح بود. همچنین پژوهشگران به دلیل ملاحظات اخلاقی و انگیزه حضور در پژوهش به گروه کنترل متعهد شدند پس از اتمام پژوهش، گروه کنترل نیز تحت آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گیرند. پس از اتمام آموزش آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه کیفیت زندگی و خود-شفقتی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری آزمون شدند. سپس نمرات بعد از بررسی مفروضه‌های مربوطه با استفاده از بیست و سومین ویرایش نرم‌افزار Spss و به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

پروتکل جلسات آموزشی مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) و کتاب دال، استوارت، مارتل و کاپلان^۱ (۱۳۹۴) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته پیاپی برگزار شد و خلاصه محتوای هر جلسه به شرح جدول زیر ارائه شده است.

تعداد جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه اعضای گروه، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد با اعضای گروه.
جلسه دوم	بررسی روش‌ها و فنون درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم اثر بودن فنون درمانی با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بهبودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.
پیگیری	پس از گذشت ۴۵ روز مجدداً از هر دو گروه خواسته شد که به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و خود-شفقتی پاسخ دهند.

ابزار اندازه‌گیری پژوهش عبارت بودند:

۱) پرسشنامه کیفیت زندگی^۱ (سازمان بهداشت جهانی) (WHOQOL-BREF):

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارت هستند از سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر

1. Quality of Life Questionnaire

زیر مقیاس به دست می آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ - ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (اسکوینگتون، لطفی و اوکونل^۱، ۲۰۰۴). در ایران نیز برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام شد که پایایی بازآزمون برای نمره کل ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد (نجات، منتظری، هلاکویی نایینی و مجدزاده، ۱۳۸۵).

۲) مقیاس خود-شفقتی^۲ (SCS) (نف، ۲۰۰۳): برای اندازه گیری سازه خود-شفقتی از مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۰۳: الف) استفاده شد که متشکل از ۲۶ گویه است و به صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. این مقیاس ۶ مؤلفه دارد که عبارت هستند از مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت درباره خود (۵ گویه)، مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، بهوشیاری (۴ گویه) و فزون همانندسازی (۴ گویه). میانگین نمرات شش مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره کلی شفقت به خود حاصل می شود. در تحقیق نف (نف، ۲۰۰۳: ب) تحلیل عامل تأییدی روی این مقیاس انجام شد و یک عامل منفرد سطح بالا یافت شد که همبستگی درونی این شش مؤلفه را تبیین می کند. تحقیقات گوناگون بیان کننده این است که این ابزار از اعتبار همزمان، همگرا و تمیزی خوبی بهره مند است و دارای پایایی آزمون-بازآزمون عالی است (نف و کرک پاتریک، ۲۰۰۹). نف (۲۰۰۳: الف) ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این آزمون را ۰/۹۲ گزارش کرده است. در پژوهش رستمی، عبدی و حیدری (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین رستمی، قزلسفلو، محمدلو و قربانیان (۱۳۹۴) در پژوهشی دیگر ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۰ به دست آوردند.

1. Skevington, Lotfy & O'Connell

2. Self-compassion scale

یافته‌ها

مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر شرکت‌کننده (گروه آزمایش و گروه گواه) در این پژوهش دارای میانگین سنی ۳۸/۲۰ سال و انحراف معیار ۲/۶۴ بودند. ۲۶/۷٪ مادران دارای مدرک دیپلم (۸ نفر)، ۲۶/۷٪ دارای مدرک کاردانی (۸ نفر) و ۴۶/۷٪ دارای مدرک لیسانس (۱۴ نفر) بودند. همچنین ۵۶/۷٪ از این مادران خانه‌دار (۱۷ نفر)، ۲۰٪ دارای شغل آزاد (۶ نفر) و ۲۳/۳٪ نیز کارمند (۷ نفر) بودند و میانگین طول مدت ازدواج این زنان ۱۶/۲۰ سال و انحراف معیار ۳/۶۰ بود.

اطلاعات جدول ۱ حاکی از افزایش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در متغیرهای کیفیت زندگی و خود-شفقتی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین در ادامه جدول ۱ نتیجه آزمون شاپیرو و ویلک حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (کیفیت زندگی و خود-شفقتی) در هر دو گروه است.

جدول ۱: داده‌های توصیفی نمرات گروه آزمایش و کنترل (n=۳۰)

متغیر	شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		آزمون شاپیرو و ویلک		آزمون لوین	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت	۶۶/۴۳	۵/۶۴	۴/۸۲	۷۹/۱۹	۴/۸۲	۷۹/۳۸	۴/۹۴	۷۹/۳۸	۰/۹۵	۰/۲۲	۰/۸۰	۰/۳۷
زندگی	۶۶/۶۸	۵/۶۹	۵/۶۷	۶۶/۷۷	۵/۶۴	۶۶/۷۷	۵/۶۴	۶۶/۷۷	۰/۹۳	۰/۱۹	۱/۲۲	۰/۱۹
خود-	۷۳/۶۲	۵/۲۳	۳/۱۴	۸۱/۸۲	۳/۲۸	۸۱/۹۹	۳/۲۸	۸۱/۹۹	۰/۸۸	۰/۱۶	۲/۷۴	۰/۱۰
شفقتی	۷۳/۷۷	۵/۲۷	۵/۳۱	۷۳/۹۳	۵/۳۴	۷۳/۹۵	۵/۳۴	۷۳/۹۵	۰/۸۹	۰/۱۶	۱/۰۴	۰/۱۵

در جدول ۲ نتیجه آزمون موخلی نشان می‌دهد مفروضه گرویت برقرار است و می‌توان از نتیجه آزمون‌های درون‌گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۲: نتایج آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر (n= ۳۰)

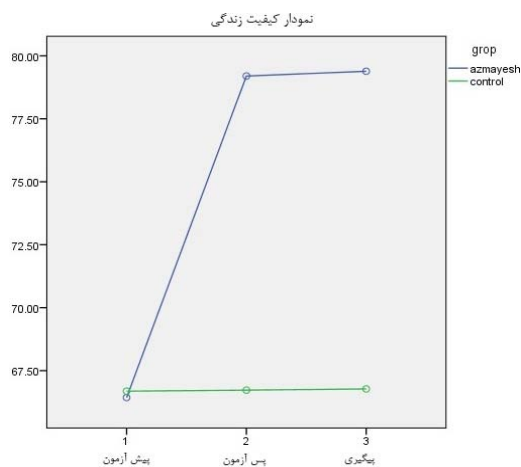
متغیر	W موخلی	χ^2 مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۰/۸۳	۲/۴۴	۲	۰/۲۹
خود-شفقتی	۰/۸۵	۲/۷۲	۲	۰/۲۶

بر اساس نتایج جدول ۳ سطح معناداری تحلیل واریانس آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، در گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون و پیگیری در نمرات کیفیت زندگی و خود-شفقتی مطالعه معنادار است. بنابراین، می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین میانگین کیفیت زندگی و خود-شفقتی در پس آزمون و پیگیری وجود دارد.

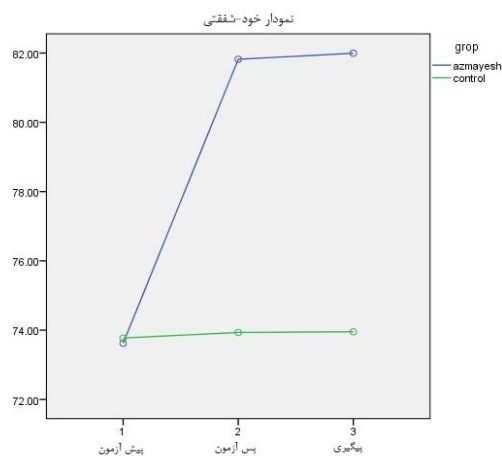
جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش‌پذیر در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n= ۳۰)

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا (اندازه‌اثر)
کیفیت زندگی	اثر آموزش	۱۵۴۱/۹۰	۱	۱۵۴۱/۹۰	۲۱/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۴۳
	خطا	۱۹۸۶/۴۰	۲۸	۷۰/۹۴	-	-	-
خود-شفقتی	اثر آموزش	۶۲۱/۹۹	۱	۶۲۱/۹۹	۱۰/۱۷	۰/۰۰۳	۰/۲۶
	خطا	۱۷۱۰/۹۵	۲۸	۶۱/۱۰	-	-	-

داده‌های نمودار ۱ و ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیرهای کیفیت زندگی و خود-شفقتی افزایش مطلوبی داشته است.



نمودار ۱: میانگین نمرات کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گواه



نمودار ۲: میانگین نمرات خود-شفقتی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین متغیر کیفیت زندگی و خود-شفقتی بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0/05$)؛ اما تفاوت میانگین بین پس آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهشی معنادار نیست که بیان‌کننده آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در متغیرهای کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش پذیر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n= ۳۰)

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		پیش‌آزمون- پیگیری		پس‌آزمون- پس‌آزمون	
		تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف
		میانگین	معیار	میانگین	معیار
کیفیت زندگی	*-۶/۴۰	۰/۹۲	۶/۵۰*	۰/۹۲	۰/۰۶
خود-شفقتی	*-۴/۱۸	۰/۵۰	-۴/۲۷*	۰/۵۱	۰/۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) میزان کلی کیفیت زندگی و خود-شفقتی را در مادران دارای کودکان ناتوان آموزش‌پذیر به طور معناداری افزایش داد. یافته‌های این پژوهش در بخش کیفیت زندگی با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های فروس و همکاران (۲۰۱۳)، اشتروم و همکاران (۲۰۱۲)، وانلیت و کرو (۲۰۰۲) هماهنگ است و یافته‌های آن‌ها را تأیید می‌کند. مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد که بیش از نیمی از مادران کودکان ناتوان، کیفیت زندگی متوسط دارند، در این تحقیقات نشان داده شده است که والدین کودکان ناتوان کیفیت زندگی پایین تری دارند (اشتروم و همکاران، ۲۰۱۲). افزون بر آن، مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که مراقبت از کودک ناتوان وقت و انرژی زیادی را از مراقبان می‌گیرد، به گونه‌ای که زمان مورد نیاز برای مراقبت از این کودکان فراتر از برنامه زمان‌بندی خانواده است، در نتیجه مراقبان زمان کم‌تری را به خود اختصاص می‌دهند و این امر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (وانلیت و کرو، ۲۰۰۲). از این رو نتایج نشان داد که با آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان به بهبود کیفیت زندگی این مادران کمک کرد. نتایج پژوهش‌های دیگر در حوزه کاربرد رویکرد ACT نشان می‌دهد که اجرای این مداخله به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد منجر می‌شود که این امر تغییراتی در کیفیت زندگی را در پی دارد (فروس و همکاران، ۲۰۱۳). از این رو این رویکرد به مادران کمک می‌کند تا با پذیرش شرایط دردناک فرزند خود، به ارتقاء کیفیت زندگی خود اقدام کنند و کم‌تر به

جنبه‌های منفی این اتفاق فکر کنند (هایز و همکاران، ۲۰۱۱). این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع اجتناب ناپذیر می‌شود و مادر را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود تلاش کند و این امر به بهبود کیفیت زندگی به ویژه در حوزه روانی آن منتهی خواهد شد (فیش و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع به باور هایز (۲۰۰۴) پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات به عنوان هیجانات - همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کم‌تر - به تضعیف آمیختگی‌های شناختی منجر می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به او اجازه توسعه خزانه رفتاری اش را می‌دهد و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد کند و بدین ترتیب یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی یعنی بعد معنوی بهبود می‌یابد که به هدف و معنایی اشاره دارد که شخص برای زندگی در نظر می‌گیرد و ارزش‌هایی که در زندگی دنبال می‌کند (فیش و همکاران، ۲۰۱۴). در بخش دیگری از یافته‌های این مطالعه، نتایج نشان داد که پس از آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ نمره خود-شفقتی تفاوت معناداری مشاهده شد که نتایج نشان می‌دهد، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خود-شفقتی مادران دارای کودکان ناتوان در گروه آزمایش تأثیر داشته است. نتیجه پژوهش حاضر با مطالعات نیوسامه و همکاران (۲۰۱۲)، بلک لیدج و هیز (۲۰۰۸)، نیک‌نژادی و دهقان (۱۳۹۴) و ایران دوست و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. آنچه که از نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌های مشابه حاصل شده این نکته است که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های مبتنی بر آگاهی، زمینه‌ای را برای ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های مورد استفاده فرد در رابطه با افکار و احساسات ناخوشایندش ایجاد می‌کند. هدف پژوهشگران از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد احساس درماندگی یا باور درماندگی نیست، بلکه هدف این است که فرد از راهکارهای گذشته خود که برای کنترل این افکار و احساسات استفاده می‌کرده دست بردارد (نیوسامه و همکاران، ۲۰۱۲). این حالات زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان راه‌حل جایگزین فراهم می‌کند و با ایجاد پذیرش، فضایی برای فرد ایجاد می‌شود که به امور مهم و ارزشمند زندگی‌اش نیز توجه کند (عابدی و ایزدی، ۱۳۹۲). یافته‌های این پژوهش نشان داد که مادران این کودکان وقتی می‌خواهند از افکار و احساسات ناخواسته اجتناب کنند یا خلاص

شوند نه تنها موفق نیستند، بلکه رنج شدیدی برای خودشان به واسطه داشتن چنین کودکانی ایجاد می‌کنند. مثل مادری که نگران عکس‌العمل دیگران نسبت به فرزندش بود، برای همین به مهمانی نمی‌رفت. گاه فرد این احساسات را تحمل می‌کند و دندان روی جگر می‌گذارد، این هم نوعی اجتناب است و هزینه این تحمل، صرف وقت و انرژی بسیار است. درک این موضوع به اعضا کمک کرد تا به جای تلاش برای کنترل کردن فکرها و احساسات ناخوشایند، آن‌ها را احساس کنند و انجام این کار باعث شد تا آن تجربیات کم‌تر تهدیدکننده به نظر بیایند؛ بیان رنج پاک و ناپاک به این مادران کمک کرد کم‌تر خود را سرزنش کنند و با خود مهربان‌تر باشند (نیک‌نژاد و دهقان، ۱۳۹۴). همچنین بیان داستان‌های ذهنی (قضاوت، ارزیابی، مقایسه و...) در جلسات و اینکه چگونه هر کدام با واقعی نشان‌دادن خود باعث رنج ما می‌شوند، برای گروه کمک‌کننده بود (عابدی و ایزدی، ۱۳۹۲). همچنین این مادران با استفاده از تمرین دست‌ها دریافتند که بسیاری از رنج‌ها به خاطر این است که ما دیگران را از پشت افکار و احساسات خود می‌بینیم و آن افکار را حقیقت می‌دانیم. با ایجاد پذیرش فرد به حرکت در جهت ارزش‌های خود متمایل می‌شود و به جای تمرکز به راه‌حل‌های ناموفق، به رفتار مبتنی بر حل مسئله تغییر می‌کند و چرخه افکار منفی و قضاوت‌های فرد شکسته می‌شود و این خودبه‌خود عملکرد فرد را بهبود بخشیده و با ادامه رفتار مبتنی بر ارزش‌ها باعث افزایش معنی‌دار خود-شفقتی در این مادران می‌شود (ایران‌دوست و همکاران، ۱۳۹۳). از این رو می‌توان رویکرد ACT را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور ارتقاء توانمندی مادران دارای کودکان ناتوان آموزش‌پذیر در سازگاری با شرایط زندگی و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از ناسازگاری به کار برد (نیک‌نژاد و دهقان، ۱۳۹۴).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه و نمونه آماری این پژوهش به مادران کودکان دارای ناتوانی در دو مرکز نگهداری از این کودکان اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر مادران دارای کودکان ناتوان دشوار می‌کند. همچنین از دیگر محدودیت‌های این پژوهش استفاده صرف از اندازه‌گیری‌های مبتنی بر مقیاس‌های خود گزارش‌دهی، اجرای درمان و ارزیابی‌های مربوط به مداخله توسط درمانگر و نیز استفاده نکردن از گروه درمان‌نما است. با توجه به تأثیر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی، پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در مراکز نگهداری از کودکان

ناتوان آموزش‌پذیر برای کمک به مادران و افزایش پذیرش مشکل بیماری فرزندشان استفاده شود. از آنجا که این پژوهش به صورت گروهی انجام شد، توصیه می‌شود که اثربخشی این شیوه به صورت فردی نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این رویکرد در مدت زمان طولانی‌تر و با تعداد جلسات بیشتری، به منظور اثربخشی بهتر، ارائه شود.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان پژوهش، مسئولان و کارکنان زحمت‌کش مراکز شمیم و سعادت و همه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

ایران دوست، فروزان، نشاط دوست، حمید طاهر و نادى، محمد على (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمر درد، *مجله علوم رفتاری*، ۸(۱): ۸۶-۹۹.

ایزدی، راضیه و عابدی، محمد رضا (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*، تهران: جنگل. برجیس، مریم، حکیم جوادی، منصور، طاهر، محبوبه، غلامعلی لواسانی، مسعود و حسین خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۲). مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۱): ۶-۲۷.

حسین خانزاده، عباسعلی، به‌پژوه، احمد، افروز، غلامعلی و میزراپیگی، محمدعلی (۱۳۹۲). شناسایی مهارت‌های اجتماعی مورد نیاز دانش‌آموزان عقب مانده‌ی ذهنی برای برنامه‌ریزی درسی مهارت‌های اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۹(۱): ۳۹-۶۷.

خیاط زاده ماهانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ی کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، عقب‌ماندگی ذهنی و مادران کودکان سالم. *مجله دانشور*، ۱۶(۸۳): ۴۹-۵۸. دال، جوآن، استوارت. یان، مارتل، کریستوفر و کاپلان، جاناتان (۱۳۹۴). *ACT و RFT در روابط: کمک به مراجعین مشتاق صمیمیت و حفظ تعهدات سالم*. ترجمه نوابی نژاد، شکوه؛ سعادت، نادره و رستمی، مهدی. چاپ اول، تهران: جنگل.

رستمی، مهدی، قزل‌سفلو، مهدی، محملو، هادی و قربانیان، الهه (۱۳۹۴). پیش‌بینی سلامت روانی بر مبنای شفقت خود، هویت و خودشناسی دانشجویان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی*، ۴(۱۵): ۳۰-۴۴.

رستمی، مهدی، عبدی، منصور و حیدری، حسن (۱۳۹۳). رابطه‌ی انواع بدرفتاری در دوران کودکی با شفقت بر خود و سلامت روانی در افراد متأهل. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۱۶(۶۲): ۱۳۰-۱۴۱.

رضائیان، حمید، حسینیان، سیمین و اثنا‌عشری، میترا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری در مقابل روش‌های القای خلق بر خلق مادران کودکان کم توان ذهنی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۰(۴): ۳۳-۵۲.

شکوهی یکتا، محسن، زمانی، نیره و پورکریمی، جواد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله‌ی بین فردی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دیرآموز پایه اول دبستان، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۰ (۴): ۷-۳۱.

کیانی، فاطمه، پودینه، زینب (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی، کم توان ذهنی و کودکان سالم. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طیب شرق). ۱۳ (۱۰): ۱۵-۲۰.

نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کورش و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴ (۴): ۱-۱۲.

نیک نژادی، فرزانه و دهقان سفیدکوه، اعظم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت بر خود در مادران کودکان اتیسم شهر اصفهان. اولین کنفرانس ملی پژوهش‌های کاربردی در علوم تربیتی و روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی ایران.

- Aydin, A. (2014). "An investigation of the relationship between self-compassion, humor and alexithymic characteristics of parents with autistic children". *International Journal on New Trend in Education and Their Implications*. 13(2) : 145-159.
- Blackledge J. T & Hayes S. C. (2008). Using Acceptance and Commitment Training in the Support of Parents of Children Diagnosed with Autism". *Child & Family Behavior Therapy*. 28(1):1-18.
- Berjis M, Hakim Javadi M, Tahir M, Gholamali Lavassani M & Hosseinkhanzadeh A.A. (2013). Comparing the levels of concern, hope and meaning of life in mothers of children with autism, deafness and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 3(1): 6-27 (Text in Persian).
- Dahl J, Stewart I, Martell Ch & Kaplan JS.(2015). ACT & RFT in relationships; Helping Clients Deepen Intimacy and Maintain Healthy Commitments Using Acceptance and Commitment Therapy and Relational Frame Theory. Translation: Navabinejad, Saadati and Rostami. Tehran: Jangal (Text in Persian).
- Davis E, Shelly A, Waters E, Boyd R, Cook K & Davern M. (2011). The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child: Care, Health and Development*. 36(1): 63-73.
- Eifert G. H, Forsyth J. P, Arch J, Espejo E, Keller M & Langer D.(2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies

exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 16(4): 368-385.

- Feros D. L, Lane L, Ciarrochi J & Blackledge J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*. 22(2): 459-464.
- Fish J. A, Ettridge K, Sharplin G. R, Hancock B & Knott V. E. (2014). Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care*. 23(3): 413-421.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A & Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy : Model, processes, and outcomes. *Psychology Faculty Publications*, 44(1): 1-25.
- Hayes S. C, Levin M, Plumb J, Boulanger J & pistorello J. (2011). Acceptance commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of A Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*. 44(2):180-98.
- Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Psychology Faculty Publications*, 35(4): 639-65.
- Hosseinkhanzadeh AA, BehPajoooh A, Afroz G.A, & Mirzabeigy M.A. (2013). Identify social skills needed social skills curriculum for students with mental retardation. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 9(1): 39-67 (Text in Persian).
- Irandoos F, Neshatdoost H & Nadi MA. (2014). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on quality of life of women with chronic low back pain. *Journal of Behavioral Sciences*. 8(1): 89-96 (Text in Persian).
- Izadi R, Abedi M. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy*. The first edition, Tehran: the Jangal (Text in Persian).
- Khamis, V.(2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the united Arab Emirates. *Social science & medicine*, 64(4): 850-857
- Khayat-zadeh M. (2009). A comparative study about quality of life in mothers of children with cerebral palsy, mental retardation and mothers of normal children. *Daneshvar Medicine*. 16(83):1-11 (Text in Persian).
- kiani F, poodineh Z. (2012). The comparative survey of life quality between mothers of mentally retarded, cerebral palsy and healthy children. *ZJRMS*. 13 (10) :15-15. <http://zjrms.ir/article-1-1091-fa.html> ,(Text in Persian).
- Neff K. D. (2003a).The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3): 223-250.
- Neff K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2(1): 85-102. DOI: 10.1080/15298860390129863
- Neff K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*. 52(4): 211-214.
- Neff K.D, Kirkpatrick K.L, Rude S.S. (2007a).Selfcompassion and adaptive

- psychological functioning. *Journal of Personality*. 41(1): 139-154.
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 4 (4):1-12 (Text in Persian).
- Newsome S, Waldo M & Gruszka C. (2012). Mindfulness group work: Preventing stress and increasing self-compassion among helping professionals in training", *The Journal for Specialists in Group Work*, 37(4): 1-15.
- Niknejad M & Dehghan Sefidkuh, A.(2015). Based on acceptance and commitment therapy to increase the effectiveness of your compassion for the mothers of autistic children in Isfahan city. *First National Conference on Applied Research in Psychology and social damage* (Text in Persian).
- Rezaeian H, Hosseiniyan S, & Asna Ashari, M (2014). Compare the effectiveness of cognitive-behavioral methods mood induction on mood against the mothers of children with intellectual disability. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 10(4): 33-52 (Text in Persian).
- Rostami M, Abdi M. & Heidari H. (2014). The relationship of abuse with their compassion and mental health of married individuals. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 16 (1): 61-74 (Text in Persian).
- Rostami M, Ghezelseflo M, Mohammadlo H & Ghorbaniyan E. (2015). Forecast mental health based on their compassion, identity and Self- Knowledge students. *journal-counselling*. 4(15): 30-45 (Text in Persian).
- Shokohi Yekta M, Zamani N & PoorKarimi J. (2014). Effective interpersonal problem solving skills increased social skills and behavior problems, slow decline in first grade of primary school. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 10(4): 7-31 (Text in Persian).
- Skevington S.M., Lotfy M. and O'Connell K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group, *Quality of Life Research*. 13(2): 299-31
- Strom H, Kreuter M & Rosberg S. (2012). Quality of Life in parents/caretakers of children with cerebral palsy in Kampong Cham, Cambodia. *Journal of tropical pediatrics*, 58(4): 303-6.
- VanLeit B & Crowe TK. (2002). Outcomes of an occupational therapy program for mothers of children with disabilities: Impact on satisfaction with time use and occupational performance. *The American Journal of Occupational Therapy*. 56(4): 402-10.

Abstracts

Psychological Studies
Faculty of Education and Psychology,
Alzahra University

Vol.12, No.3
Autumn 2016

**The effectiveness of acceptance and
commitment training on improving the quality
of life and self-compassion of the mothers of
educable disabled children**

Sepideh Nayeb Hoseinzadeh* , Noushin Fatollahzadeh** ,

Nadereh Saadati*** , Mehdi Rostami****

Abstract

The present research aimed at examining the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving the quality of life and self-compassion of mothers with educable disabled children. The present study was quasi-experimental with the pre-test, post-test with control group, including follow-up stage after 45 days. For this purpose, among the care centers of the educable disabled children, the two Shamim and Saadat Centers were chosen. Among mothers of these children, the mothers who obtained lower scores (according to the standard cut-off point) in the scales of the quality of life (WHOQOL-BREF) and self-compassion. By purposive sampling method, 30 people were assigned into the two experimental (N=15) and control (N=15) groups. Then, the members of the experimental group participated in 90 minutes 8 sessions of group training based on acceptance and commitment therapy. After finishing the training sessions, the questionnaires were conducted on both groups, again. The data were analyzed through the analysis of variance

* Student Counseling, Islamic Azad University Branch

** Graduated MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University Branch

***PhD student counseling, Islamic Azad University, Isfahan Khorasgan

**** PhD student counseling, Islamic Azad University, Science and Research
Branch of Tehran

Received:2016/8/30 Accepted:2016/12/12

DOI: 10.22051/psy.2016.11517.1219

with repeated measures. Due to the effect of group training of acceptance and commitment therapy, the results showed significant differences between the scores of the experimental, control group and further, the follow-up stage on the quality of life and self-compassion. According to results, we could conclude that the group training of acceptance and commitment therapy can be used as an easy, low-cost and effective method with a vast applicability on improving the quality of life and self-compassion of mothers with educable disabled children.

Keywords: Acceptance and Commitment; Quality of Life; Self-Compassion; Mothers; Educable Disabled Children