

Effectiveness of Acceptance and Commitment Training on Family Functioning and Educational Vitality of Students with Physical-Motor Injuries with Ordinary Intelligence

Tahereh Binaei Khajekini¹, Parisa Tajalli^{2*}, Mohamad Mehdi Shariatbagheri³

1. PhD Student in Exceptional Children Psychology, Islamic Azad University, Tehran central branch, Tehran, Iran
2. Assistant Professor of General-Exceptional Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran central branch, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Clinical-Educational Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University Tehran central branch, Tehran, Iran

Received: 2020.May.05

Revised: 2020.May.16

Accepted: 2020.May.18

Published Online: 2020.May.19

ABSTRACT

Background and Aims: The current research aimed to examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on educational vitality and family functioning of students with Physical-motor injuries.

Materials and Methods: The study employed a pretest-posttest quasi-experimental design. The sample consisted of 30 students with physical-motor injuries and their mothers who were selected through purposeful sampling. The participants were randomly divided into experiment and control groups and completed individual profile form as well as family functioning, and educational vitality questionnaires. The experiment group received 10 two-hour sessions of ACT. Finally, the collected data were analyzed using the covariance analysis statistical method.

Results: The results indicated a significant difference between pretest and posttest as well as pretest and follow-up phases in terms of family functioning and educational vitality scores between the witness and experimental groups ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the findings of the present study showing the effectiveness of ACT on the family functioning and educational vitality, this method can be implemented to improve these variables in the students with physical-motor injuries and their mothers.

Keywords: Acceptance and commitment therapy; Educational vitality; Family functioning; Physical-motor injuries.

How to cite this article: Tahereh Binaei Khajekini, Parisa Tajalli, Mohamad Mehdi Shariatbagheri. Effectiveness of Acceptance and Commitment Training on Family Functioning and Educational Vitality of Students with Physical-Motor Injuries with Ordinary Intelligence. *J Rehab Med.* 2021; 10 (1):79-89.

*Corresponding Author: Parisa Tajalli. Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Tehran central branch, Tehran, Iran

Email: p_tajalli@yahoo.com

اثربخشی آموزش برنامه پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی با هوش بهنجار

طاهره بینائی خواجه‌کینی^۱، پریسا تجلی^{۲*}، محمدمهدی شریعت باقری^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
 ۲. استادیار، گروه روانشناسی عمومی-استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
 ۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی-تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

پذیرش مقاله ۱۳۹۹/۰۲/۲۹

بازنگری مقاله ۱۳۹۹/۰۲/۲۷

دریافت مقاله ۱۳۹۹/۰۲/۱۶

چکیده

مقدمه و اهداف: هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان و عملکرد خانواده مادران فرزندان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون بود. بدین‌منظور ۳۰ نفر از کودکان مبتلا به ناتوانی‌های جسمی-حرکتی و مادران آن‌ها به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. هر دو گروه فرم مشخصات فردی، پرسشنامه عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی را تکمیل کردند و افراد گروه آزمایش در ۱۰ جلسه دوساعته تحت درمان آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های به‌دست‌آمده در ارتباط با اثربخشی مداخله بر سطح عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی نشان داد در گروه آزمایش تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر تاثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان، این روش می‌تواند برای بهبود این متغیرها برای مادران و دانش‌آموزان مبتلا به آسیب‌های جسمی-حرکتی به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ عملکرد خانواده؛ سرزندگی تحصیلی؛ آسیب‌های جسمی-حرکتی

نویسنده مسئول: دکتر پریسا تجلی، گروه روانشناسی عمومی-استثنایی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
 آدرس ایمیل: p_tajalli@yahoo.com

مقدمه و اهداف

پرورش یک کودک با معلولیت جسمی-حرکتی برای خانواده، مسئولیت سنگین و بسیار دشواری است. والدین این کودکان در امر نگهداری و سلامت آنها، با مراقبت طولانی مدت و هزینه‌های پزشکی و درمانی زیادی مواجه هستند و به علت مراقبت‌های ویژه از کودک، کشمکش‌های فیزیکی، روان‌شناختی و بحران‌های زیادی را تجربه می‌کنند. از آن چه گفته شد، می‌توان نتیجه گرفت که معلولیت کودک بر کارکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد؛ از این رو، به طور غیرمستقیم بر سلامت روانی والدین آنها نیز موثر است. سلامت روان‌شناختی خانواده به عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی، به سلامت تک‌تک اعضای خانواده وابسته است. داشتن کودک معلول در خانواده، خسارت‌ها و آسیب‌های مادی و روانی مضاعفی را بر خانواده تحمیل می‌کند که یکی از مهم‌ترین موارد آن عملکرد خانواده^۱ است.^[۱]

عملکرد خانواده در ابعاد هفت‌گانه حل مشکل، ارتباط، نقش فردی، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده تعریف می‌شود.^[۲] والدین زمانی که متوجه ناتوانی فرزندشان می‌شوند با هیجانات و مشکلات شدیدی روبرو می‌گردند، در نتیجه پذیرش کودک برای والدین سخت می‌شود^[۳]؛ از این رو، رابطه سالم و فعال بین مادر و کودک که به عنوان یکی از فرآیندهای اساسی در رشد و تربیت فرزندان به شمار می‌آید و در شکل‌گیری ابعاد شخصیت، نگرش‌ها، هیجانات، احساسات آنان نیز مؤثر است^[۴]، می‌تواند به پذیرش کودک از سوی خانواده کمک کند و در ارتباطات بعدی او نقش مهمی را در تنظیم هیجانات، سازش‌یافتگی و روابط با اعضای خانواده و همسالان و سرزندگی^۲ ایفا نماید.^[۵،۴]

سرزندگی به عنوان یکی از مولفه‌های بهزیستی ذهنی در بسیاری از نظام‌های پژوهشی مطرح است. اهمیت توجه به این مسئله تا حدی است که امروزه در مورد بهزیستی ذهنی شاخص‌های ملی تهیه می‌شود و آن قدر این مسئله اهمیت دارد که هر کشور یک شاخص ملی بهزیستی ذهنی را برای جامعه خود تدوین کرده است. پدیده سرزندگی به عنوان تجربه هوشیارانه فرد از داشتن انرژی و حسن زندگی است. در واقع سرزندگی

بازتاب سلامت روان‌شناختی و جسمی است. احساس سرزندگی نوعی تجربه خاص روان‌شناختی است که در این تجربه افراد در خود احساس شور و روحیه می‌کنند.^[۶] یکی از مهم‌ترین انواع سرزندگی، سرزندگی تحصیلی^۳ است که به عنوان توانایی دانش‌آموزان برای رسیدن به موفقیت در برخورد با موانع و چالش‌های تحصیلی که ممکن است در مسیر زندگی تحصیلی ایجاد شود، تعریف شده است.^[۷]

از مجموع آن چه گفته شد، نیاز به مداخلاتی که عملکرد زندگی و سرزندگی را در کودکان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی و خانواده‌های آنان افزایش دهد، احساس می‌شود. یکی از مداخله‌ها آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. Hayes در سال ۱۹۸۶، پذیرش و تعهد درمانی^۴ که به اختصار به آن ACT می‌گویند را ایجاد کرده است. این رویکرد بخشی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها، از قبیل درمان شناختی-رفتاری پدید آمد.^[۸] رویکرد پذیرش و تعهد، بر مبنای چهارچوب فلسفی نظریه نظام ارتباطی^۵ که به اختصار به آن RFT می‌گویند و هم‌چنین زمینه‌گرایی عملکردی^۶، توسعه پیدا کرده است. رویکرد پذیرش و تعهد بر اساس دیدگاه رنج بشری بیان می‌کند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۷، به عنوان مجموعه‌ای از فرآیندهای به هم پیوسته، در انطباق‌پذیری انسان و برعکس در آسیب‌شناسی و رنج انسان نقش دارد. هدف این مدل، نشان دادن جلوه‌های گوناگون رنج بشری بر اساس علائم و نشانگان نیست بلکه در این رویکرد نظر بر این است که مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کل فرآیندهای روانی انسان را تحت کنترل ندارد؛ بنابراین رویکرد پذیرش و تعهد فراتشخیصی بوده است^[۹]؛ از سوی دیگر، داشتن کودک دارای آسیب جسمی-حرکتی بر روحیه و سلامت روان مادران تأثیر منفی می‌گذارد، اما تأثیر آن بر مادران مثل هر استرس دیگر تا حد زیادی به ارزیابی شناختی^۸ از مسئله آنها بستگی دارد.^[۱۰] از میان مداخله‌های درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ویژگی خاصی برخوردار است. این شیوه درمانی برخلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست بلکه درمانی-رفتاری بوده که با استفاده از شش فرآیند که عبارت‌اند از

⁶ Functional Contextualize

⁷ Flexibility Psychological

⁸ Cognitive Appraisal

¹ Family Functioning

² Vitality

³ Educational Vitality

⁴ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

⁵ Rational Frame Therapy (RFT)

آماری فوق، ۳۰ مادر و دانش‌آموز پسر ۸ تا ۱۰ سال دارای آسیب جسمی-حرکتی انتخاب و به‌طور تصادفی به تعداد مساوی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند.

روش اجرا

پس از گرفتن معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز برای اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران و کسب مجوز برای مدارس استثنایی سروش، امام‌علی و حاج‌بابایی، با مسئولان مدارس هماهنگی‌های لازم برای اجرای پژوهش به عمل آمد. طی جلسه‌ای در هر یک از مدارس، پژوهشگر برای مادران داوطلب شرکت در پژوهش توضیحات لازم را ارائه داد. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۳۰ مادر و دانش‌آموز به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. رضایت کتبی مادران گروه نمونه برای شرکت در پژوهش گرفته شد. سپس افراد نمونه به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. در مرحله پیش-آزمون، پرسشنامه عملکرد خانواده توسط مادران و سرزندگی تحصیلی توسط فرزندان در دو گروه آزمایش و گواه پاسخ داده شد. در مرحله بعد، مادران گروه آزمایش در برنامه آموزش پذیرش و تعهد (طبق جدول ۱) در ۱۰ جلسه دوساعته به‌صورت هفتگی در مدت دو ماه شرکت کردند. مادران موظف به انجام تمریناتی هم در منزل بودند. در این مدت، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت ننمود. بعد از پایان دوره آموزشی، افراد هر دو گروه (مادران و فرزندان گروه گواه و آزمایش) در پس‌آزمون شرکت کردند. به‌منظور سنجش آثار طولانی‌مدت مداخله، در مرحله پیگیری با فاصله زمانی یک ماه، افراد هر دو گروه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

ملاک‌های ورود به مطالعه برای مادران

۱. رضایت برای شرکت در پژوهش
۲. عدم سابقه شرکت در جلسات آموزشی پذیرش و تعهد
۳. عدم بیماری جسمی و روانی یا حادثه منجر به آسیب‌های جسمی و روحی شدید در چند ماه اخیر

ملاک‌های ورود به مطالعه برای دانش‌آموزان

۱. داشتن بهره هوشی عادی یا بالاتر
۲. سن ۸ تا ۱۰ سال
۳. زندگی با والدین
۴. عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی

پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند.^[۱۱] هسته اصلی این درمان بیان می‌کند آن‌چه خارج از کنترل شخصی است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش؛ در واقع این درمان کمک به مراجع برای ایجاد زندگی غنی، کامل و معنادار است، در عین پذیرش رنجی که در زندگی به ناچار با خود دارد.^[۱۲] بدین ترتیب ضروری است در راستای تضمین بهداشت روانی خانواده‌های کودکان با نیازهای ویژه، برنامه‌های متعددی تدوین و اجرا شود و خانواده به‌عنوان مهم‌ترین عامل در روند آموزش این کودکان در نظر گرفته شود، اما پژوهش‌ها و بررسی‌های انجام‌شده در این حوزه بیشتر مداخلاتی بوده که بر آسیب‌های جسمی-حرکتی کودکان متمرکز بوده و کمتر به خانواده به‌خصوص مادران این گروه از افراد توجه داشته‌اند. پژوهش‌ها در زمینه مادران نیز بیشتر به بررسی ویژگی‌ها و نیازهای والدین کودکان دارای نیازهای ویژه و یا مقایسه آن‌ها با والدین کودکان عادی بوده و کمتر به حوزه مداخلات و آموزش مادران پرداخته‌اند. با توجه به آن‌چه گفته شد، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی باهوش بهنجار بر عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی فرزندانشان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

با توجه به هدف پژوهش کنونی که تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی بود، پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه آزمایش و گواه با پیگیری محسوب می‌شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام پسران ۸ تا ۱۰ ساله دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی با هوش‌بهر عادی، شاغل به تحصیل در دوره ابتدایی مدارس استثنایی مناطق ۴، ۵ و ۱۶ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ و مادران آنها بود. با توجه به ماهیت شبه‌آزمایشی پژوهش، ضوابط اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد، احتمال ریزش مراجعان و ملاحظات نمونه‌گیری، حجم گروه نمونه ۳۰ نفر برآورد گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از جامعه

ملاک‌های خروج از مطالعه

۱. غیبت بیش از دو جلسه مادر

۲. استفاده از سایر روش‌های روان‌درمانی

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمان آموزش پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	ایجاد رابطه با اعضای گروه/آشنایی با آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	خوش‌آمدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با پژوهشگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله حضور به‌موقع، عدم غیبت، انجام تکلیف و غیره، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، مروری اجمالی کلی بر ماهیت و اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نتایج اجرای آن، بیان منطق استفاده از تمرینات ارتقای زندگی
جلسه دوم	آگاهی والدین از نقاط چالش-برانگیز رشد فرزندشان و پذیرش مسائل و فشارها	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود. بیان الگوهای اجتنابی و هزینه‌های آن، مشاهده مسائل و شرایط دشوار به‌جای واکنش نشان دادن به آن‌ها، ارائه تکلیف در زمینه پذیرش افکار و احساسات
جلسه سوم	شناخت و آگاهی از ارزش‌ها و احساسات	مرور تمرین جلسه گذشته، آموزش همه چیز را همان‌گونه که هست، بپذیرند، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات، رفتار ارزش‌مدار به‌عنوان جایگزینی برای کنترل، بحث درون‌گروهی (شناخت ارزش‌ها)، بحث درون‌گروهی (بیان احساسات و افکار و هیجانات اعضا)، ارائه تکلیف
جلسه چهارم	تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر و کنترل نکردن آن‌ها	مرور جلسه قبل، آموزش استفاده از ابزار تحلیل کارکردی (فکر کردن به موقعیت‌های خاص و پیامدهای اقدامات و رفتارها)، مدیریت کردن احساس به-جای کنترل کردن آن، کنترل کردن نوعی مشکل است نه راه حل، ارائه تکلیف
جلسه پنجم	آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی	مرور جلسه قبل، تمرین پذیرش با تکنیک‌های ذهن آگاهی، انجام تمرینات ذهن-آگاهی توسط اعضای گروه، ارائه تمرین جهت ارتباط بهتر مادران با فرزندان خود و خانواده، کنترل حوادث بیرونی در برابر کنترل مسائل درونی، ارائه تکلیف
جلسه ششم	آموزش تمایل و عمل متعهدانه بی‌قید و شرط	مرور جلسه قبل، آموزش مفهوم تمایل و عمل متعهدانه، توضیح تمایل هیجانی، مواجهه با افکار، احساسات شدید، بحث درون‌گروهی (تجارب قبلی والدین در برخورد با شرایط سخت)، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	ایجاد روابط مفید و قدرتمند در خانواده با توجه به رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	مرور جلسه قبل، رابطه خوب چیست، ACT چه کمکی به والدین می‌کند، بحث درون‌گروهی (نحوه رابطه مادران با فرزندان خود)، راهبردها و تمرین‌هایی برای برقراری رابطه خوب، مقابله با موانع، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	استفاده از تکنیک‌های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد برای رفتارهای برون‌ریز کودکان	مرور جلسات قبل، ارائه بازخورد از فرآیند آموزش و جست‌وجوی مسایل حل‌نشده در اعضای گروه، شناسایی رفتارهای جدید در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، تکنیک‌های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت مقابله با رفتارهای برون‌ریز، بررسی راه‌اندازها و پیامدهای مخرب و اثرگذار بر روابط خانوادگی، ارائه تکلیف
جلسه نهم	کاهش نگرانی و اضطراب این گروه از کودکان و آموزش به والدین برای حمایت موثر کودکان‌شان در شرایط دشوار	مرور جلسات قبل، تعریف و شناسایی انواع اضطراب و ترس در کودکان، تعریف و شناسایی راه‌اندازها و عوامل زمینه‌ساز، تشخیص شرایط دشوار، مقابله با بعضی از دلایل والدین، ارائه تکلیف
جلسه دهم	جمع‌بندی مطالب، گرفتن تعهد از اعضا جهت انجام تکلیف پس از پایان دوره	مرور جلسات قبل، جمع‌آوری همه تکنیک‌ها، تمرین‌ها و مطالب کنار هم، بحث درون‌گروهی در مورد تجربیات والدین، بحث درباره ادامه راه و متعهد بودن، قدردانی و سپاسگزاری از حضور در جلسات و اجرای پس‌آزمون

ابزار

استفاده شد که در ادامه، مبانی نظری، شیوه نمره-گذاری و ویژگی‌های روان‌سنجی هر کدام به تفکیک مطرح می‌شود.

در پژوهش حاضر برای گردآوری، اندازه‌گیری و تفسیر داده‌ها از فرم مشخصات فردی (محقق‌ساخته) و دو پرسشنامه عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی

۱. فرم مشخصات فردی

در این فرم، علاوه بر ذکر ملاحظات اخلاقی پژوهش (اصل محرمانه ماندن اطلاعات فردی حاصله، شرکت داوطلبانه، معرفی اهداف پژوهش، رایگان بودن آموزش، ارائه راهنمایی‌های لازم، عدم مغایرت با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان)، مشخصات جمعیت‌شناختی از قبیل سن، تحصیلات و شغل مادر، تعداد، ترتیب تولد، وضعیت هوشی، سلامت جسمانی دیگر فرزندان، سن، پایه تحصیلی، نوع آسیب جسمی و حرکتی فرزند گردآوری شد.

۲. پرسشنامه عملکرد خانواده

پرسشنامه سنجش خانواده یک پرسشنامه ۶۰ سوالی است که برای سنجش عملکرد خانواده بنابر الگوی McMaster تئودین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و ۶ بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. این ابعاد از این قرار است: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار، به‌علاوه این مقیاس از یک خرده‌مقیاس هفتم مربوط به کارکرد عمومی نیز تشکیل شده است. این آزمون پس از تهیه توسط Epstein, Baldwin و Bishop در سال ۱۹۸۳ روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا گردید. دامنه ضرایب آلفای کرونباخ زیرمجموعه‌های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ است که نشان می‌دهد از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. این آزمون در ایران در پژوهش خرازی و ریگی روان‌سنجی و اعتباریابی شده است که تمام ۷ مقیاس درونی این پرسشنامه همسانی درونی قابل‌توجهی داشتند (آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۲) و پایایی بازآزمون آن نیز رضایت‌بخش بود (۰/۷۶ تا ۰/۹۶).^[۱۴]

۳. پرسشنامه سرزندگی تحصیلی

دهقانی‌زاده و حسن‌چاری پرسشنامه سرزندگی تحصیلی را با الگوگیری از مقیاس سرزندگی تحصیلی Martin و March که دارای ۴ گویه است، توسعه دادند و برای اجرای مقدماتی و رفع نقیصه‌ها، این گویه‌ها روی گروهی از دانش‌آموزان (۳۰ پسر و ۳۰ دختر) دبیرستانی شهرستان مهریز اجرا کردند. پس از اجرای این گویه‌ها نسخه نهایی مورد بازنویسی قرار گرفت که حاصل بازنویسی ۱۰ گویه بود. سپس گویه‌های مذکور در یک مطالعه مقدماتی مجدداً روی نمونه‌ای شامل ۱۸۶ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی اجرا و خصوصیات روان‌سنجی آن بررسی شد. نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برابر ۰/۸۰ و ضریب بازآزمایی برابر ۰/۷۳ بود.^[۱۵]

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به‌منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش حاضر از روش‌های توصیفی و استنباطی استفاده شد. در تعیین ویژگی‌ها، انحراف معیار و میانگین گروه‌های آزمایشی و گواه از آمار توصیفی استفاده شده است. هم‌چنین برای بررسی اثر مداخله آموزشی پذیرش و تعهد (متغیر مستقل) بر عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی (متغیر وابسته) از تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول ۲ و یافته‌های توصیفی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	فراوانی (درصد) گروه گواه	فراوانی (درصد) گروه آزمایش
اطلاعات مربوط به مادران	سن	۳۰ تا ۳۵ سال
		۳۶ تا ۴۰ سال
		۴۰ تا ۴۵ سال
تحصیلات	دیپلم	۴۷
	فوق‌دیپلم و کارشناسی	۵۳
	کارشناسی ارشد و دکترا	۰
شغل	کارمند	۱۳
	خانه‌دار	۸۷
اطلاعات مربوط به دانش‌آموزان	سن	۸ سال
		۹ سال
		۱۰ سال
ترتیب تولد	فرزند اول	۴۷
	فرزند دوم	۵۳
نوع آسیب	فلج مغزی	۸۰
	ضایعه نخاعی	۲۰
	دیستروفی دوشن	۰
	مننگوسل	۰

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی دانش آموزان

میانگین ± انحراف معیار		نوع آزمون	خرده‌مقیاس
گروه آزمایش	گروه گواه		
۰/۸۳±۶۴/۵۳	۱/۳۵±۶۵/۱۳	پیش‌آزمون	عملکرد خانواده
۱/۲۰±۶۳/۸۰	۱/۷۲±۶۵/۴۰	پس‌آزمون	
۰/۷۴±۶۳/۱۳	۹۶/۰±۶۴/۹۳	پیگیری	
۱/۳۰±۱۴/۰۰	۱/۳۵±۱۳/۴۶	پیش‌آزمون	سرزندگی تحصیلی
۱/۰۹±۱۶/۹۳	۱/۲۳±۱۳/۶۶	پس‌آزمون	
۱/۳۸±۱۷/۰۶	۱/۴۵±۱۴/۴۰	پیگیری	

مقادیر کجی و کشیدگی مربوط به متغیرهای پژوهش نشان داد که سرزندگی تحصیلی و عملکرد خانواده از توزیع نرمال برخوردار است. جهت بررسی پیش‌فرض همگونی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به جدول ۴ و سطح معناداری به دست آمده متغیرها که با مقدار بالاتر از ۰/۰۵ است، می‌توان عنوان نمود که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در متغیرهای مورد بررسی تایید شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمرات سرزندگی تحصیلی دانش آموز طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون روند افزایشی داشته‌است؛ در صورتی که این روند در میانگین نمرات عملکرد خانواده طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش روند کاهشی داشته است، چون نمره بالاتر نشانگر کارکرد ناسالم‌تر عملکرد خانواده است.

جدول ۴. آزمون لوین در مورد همسانی واریانس نمرات عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی

متغیر	مراحل	آماره لوین	درجه آزادی df1	درجه آزادی df2	سطح معناداری
	پیش‌آزمون	۳/۲۵	۱	۲۸	۰/۰۸
عملکرد خانواده	پس‌آزمون	۲/۱۳	۱	۲۸	۰/۱۵
	پیگیری	۰/۰۸	۱	۲۸	۰/۷۷
	پیش‌آزمون	۰/۱۸	۱	۲۸	۰/۸۹
سرزندگی تحصیلی	پس‌آزمون	۰/۳۳	۱	۲۸	۰/۵۷
	پیگیری	۰/۲۳	۱	۲۸	۰/۶۳

نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش مورد مطالعه بر عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموز تاثیر دارد (بین دو مقیاس عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون/پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0.05$)).

جهت بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی باهوش بهنجار بر عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی فرزندانشان از آزمون آماری تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل نهایی در جدول‌های ۵، ۶، ۷ و ۸ ارائه شده است. یافته‌های پژوهش

جدول ۵. تعامل بین متغیر مستقل و متغیر وابسته (پس‌آزمون عملکرد خانواده)

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور ای‌تا
مدل تعدیل‌شده	۵۷/۳۸	۲	۲۸/۶۹	۳۲/۵۲	۰/۰۱	۰/۷۰
عرض از مبدا	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۶۸	۰/۷۹	۰/۰۰۳
پیش‌آزمون عملکرد خانواده	۳۸/۱۸	۱	۳۸/۱۸	۴۳/۲۸	۰/۰۱	۰/۶۱۶
گروه	۶/۶۵	۱	۶/۶۵	۷/۵۴	۰/۰۱۱	۰/۲۱
خطا	۲۳/۸۱	۲۷	۰/۸۸۲	-	-	-
کل	۱۲۵۲۷۶	۳۰	-	-	-	-
کل تعدیل‌شده	۱۸/۲۰	۲۹	-	-	-	-

جدول ۶. تعامل بین متغیر مستقل و متغیر وابسته (پیگیری عملکرد خانواده)

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور ایستا
مدل تعدیل شده	۲۴/۳۳	۲	۱۲/۱۶	۱۵/۹۱	۰/۰۱	۰/۵۴
عرض از مبدا	۳۲/۵۱	۱	۳۲/۵۱	۴۲/۵۴	۰/۰۱	۰/۶۱
پیش‌آزمون عملکرد خانواده	۰/۰۳۲	۱	۰/۰۳۲	۰/۰۴۲	۰/۸۳	۰/۰۰۲
گروه	۲۲/۱۳	۱	۲۲/۱۳	۲۸/۹۵	۰/۰۱	۰/۵۱
خطا	۲۰/۶۳	۲۷	۰/۷۶	-	-	-
کل	۱۲۳۰۵۳	۳۰	-	-	-	-
کل تعدیل شده	۴۴/۹۶	۲۹	-	-	-	-

جدول ۵ و ۶ به بررسی این فرضیه که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده مادران دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی موثر است، می‌پردازد. بر اساس میزان F (۷/۵۴) به دست آمده برای گروه‌های مورد آزمایش که در سطح ۰/۰۵ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده مادران دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی در دو بررسی

پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تاثیر دارد. همچنین با توجه به مقدار F (۲۸/۹۵) برای گروه‌های مورد آزمایش که در سطح ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مذکور بر عملکرد خانواده مادران دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی در دو بررسی پیش‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تاثیر دارد؛ به این ترتیب فرضیه فوق‌الذکر تایید می‌گردد.

جدول ۷. تعامل بین متغیر مستقل و متغیر وابسته (پس‌آزمون سرزندگی تحصیلی)

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معناداری	مجذور ایستا
مدل تعدیل شده	۸۴/۱۶	۲	۴۲/۰۸	۳۳/۲۸	۰/۰۱	۰/۷۱
عرض از مبدا	۳۳/۶۲	۱	۳۳/۶۲	۲۶/۵۹	۰/۰۱	۰/۴۹
پیش‌آزمون سرزندگی تحصیلی	۴/۱۳	۱	۴/۱۳	۳/۲۶	۰/۰۸۲	۰/۱۰
گروه	۵۹/۶۸	۱	۶۹/۶۸	۵۵/۱۲	۰/۰۱	۰/۶۷
خطا	۳۴/۱۳	۲۷	۱/۲۶	-	-	-
کل	۷۱۴۱	۳۰	-	-	-	-
کل تعدیل شده	۱۱۸	۲۹	-	-	-	-

جدول ۸. تعامل بین متغیر مستقل و متغیر وابسته (پیگیری سرزندگی تحصیلی)

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معناداری	مجذور ایستا
مدل تعدیل شده	۵۴/۶۸	۲	۲۷/۳۴	۱۳/۳۷	۰/۰۱	۰/۴۹
عرض از مبدا	۴۷/۴۲	۱	۴۷/۴۲	۲۳/۲۰	۰/۰۱	۰/۴۶
پیش‌آزمون سرزندگی تحصیلی	۱/۳۵	۱	۱/۳۵	۰/۶۶	۰/۴۲	۰/۰۲
گروه	۴۷/۸۲	۱	۴۷/۸۲	۲۳/۳۹	۰/۰۱	۰/۴۶
خطا	۵۵/۱۸	۲۷	۲/۰۴	-	-	-
کل	۷۵۳۶	۳۰	-	-	-	-
کل تعدیل شده	۱۰۹	۲۹	-	-	-	-

جدول ۷ و ۸ به بررسی این فرضیه که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی موثر است، می‌پردازد. بر اساس

میزان F (۵۵/۱۲) به دست آمده برای گروه‌های مورد آزمایش که در سطح ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرزندگی تحصیلی

دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی در دو بررسی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تاثیر دارد. هم‌چنین با توجه به مقدار $F(23/39)$ به‌دست‌آمده برای گروه‌های مورد آزمایش که در سطح $0/10$ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که درمان یادشده در سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی در دو بررسی پیش‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش اختلاف معناداری ایجاد کرده‌است؛ بدین ترتیب فرضیه مذکور تایید می‌گردد.

بحث

در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی بررسی شد. نتایج حاصل از این مطالعه در ذیل تفسیر می‌گردد.

یافته‌های به‌دست‌آمده در ارتباط با اثربخشی آموزش بر سطح عملکرد خانواده نشان داد در گروه آزمایش تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است. نتایج این پژوهش تا اندازه‌ای با نتایج پژوهش خضری و همکاران هم‌خوانی دارد. آن‌ها نشان دادند مادران دارای کودکان مبتلا به آسیب‌های جسمی-حرکتی نسبت به مادران دارای کودکان عادی از عملکرد خانواده پایین‌تر و از مشکلات بین فردی بالاتری برخوردار هستند؛ از این رو، طراحی و تدوین مداخلات درمانی برای حمایت از این مادران ضروری است^[۱۶]؛ هم‌چنین در پژوهش شاکر اردکانی و همکاران مشخص شد که آموزش مبتنی بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول ذهنی و جسمی تاثیر دارد.^[۱۷] در همین راستا، Kassel و Roberts دریافتند والدین کودکان استثنایی در مقایسه با والدین کودکان عادی نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند و هیجان منفی بیشتری دارند.^[۱۸] بر اساس مدل ACT، وقتی اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته کاهش یابد و فرد این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل بپذیرد، پذیرش روانی صورت گرفته است و به تبع آن عملکرد خانواده نیز بهبود می‌یابد؛ بنابراین افزایش عملکرد خانواده در مادران دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی در پژوهش حاضر و بهبود سازگاری اجتماعی و عاطفی در پژوهش شاکر اردکانی می‌تواند به نتیجه واحدی اشاره کند که همان افزایش عملکرد خانواده به دنبال آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

در تبیین نتیجه بالا می‌توان بیان کرد تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانستند فکر کردن درباره مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی را به‌خوبی هدف قرار دهند. استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش میزان آزارندگی موقعیت را در بیماران کاهش داد. تکنیک گسلش‌شناختی مبتنی بر فرآیند

تضعیف تدریجی کارکردهای تنظیم رفتاری و تاثیرات لفظی رویدادهای درونی است. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر کارکردهای افکار با دستکاری زمینه کلامی بوده که فکر در آن رخ می‌دهد. در این درمان افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی همان‌گونه که هستند، تاکید می‌شود. پژوهشی که توسط Warfield و همکاران انجام شد نیز بیانگر این موضوع است زمانی که مادران پذیرش را در خود افزایش داده و توانستند بر رویدادهای منفی درونی کنترل داشته باشند، اضطراب‌شان کمتر شد.^[۱۹] در این درمان هدف کمک به فرد این است که یک فکر، احساس، خاطره و هیجان بد را فقط به‌عنوان یک فکر یا احساس تجربه کند و به‌جای پاسخ به آن به انجام آن‌چه در زندگی مهم و در راستای ارزش‌هایش بوده، بپردازد. داشتن این عوامل به‌خودی‌خود مسئله نبوده بلکه مسئله اصلی تلاش فرد برای پاسخ به آن‌ها است. در حقیقت، هدف افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادها و وقایع منفی است، چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود. پژوهش حسینی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌واسطه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، استرس و درد طولانی‌مدت را کاهش می‌دهد.^[۲۰] فرآیندهای مرکزی درمان تعهد و پذیرش به مراجع یاد می‌دهد چگونه بازداری فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسلیده شود، به‌جای خودمفهوم‌سازی‌شده، خودمشاهده‌گر را تقویت کند، رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرد، ارزش‌هایش را تصحیح کرده و به آن‌ها بپردازد. از مجموع آن‌چه گفته شد، می‌توان استنباط نمود که آموزش پذیرش باعث می‌شود که مادران احساس‌ها، نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و قبول آن‌ها باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد در مقایسه با گزارش این نشانه‌ها در آن‌ها می‌شود؛ در نتیجه به‌دنبال بالا رفتن سازگاری اجتماعی و عاطفی آنان عملکرد خانوادگی‌شان نیز بهبود می‌یابد.^[۱۷]

بررسی تفاوت در نمرات سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان مورد مطالعه نشان داد که بین دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نمرات سرزندگی تحصیلی در دو بررسی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی گروه آزمایش تغییر معناداری ایجاد کرده بود. در پژوهش ابدالی و همکاران بیان شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تلاش است تا با افزایش سرزندگی و نشاط و توانایی افراد در کسب آن‌چه در زندگی می‌خواهند، رنج‌ها را کاهش دهد.^[۲۱] در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی می‌توان گفت این روش توانمندی آمیزش، انطباق، مصالحه،

این پژوهش با دیگر روش‌های درمانی در درمان اختلال‌ها مقایسه شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده مادران دانش‌آموزان دارای آسیب‌های جسمی-حرکتی با هوش بهنجار و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان، موثر است، چرا که در بیماری‌های جسمی مزمن مهم‌ترین گام در بهبود و ارتقای زندگی ایجاد پذیرش و انجام عمل متعهدانه در راستای ارزش‌ها است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بر اساس پایان‌نامه خانم طاهره بینائی دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی به راهنمایی خانم دکتر پریسا تجلی نوشته شده است. همچنین نویسندگان این مقاله لازم می‌دانند تا از تمام مادران و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و از مسئولین مدارس منتخب جهت همکاری صمیمانه‌شان تشکر و قدردانی نمایند

همکاری و کنار آمدن با خود، محیط و دیگران را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود دانش‌آموزان توان بیشتری در استفاده از امکانات خود یا شرکت فعال در فعالیت‌های مرتبط با سلامت داشته و منابع بیشتری از انرژی را به خدمت بگیرند؛ در نتیجه، سازگاری و پذیرش شرایط، سرزندگی تحصیلی را برای فرد به ارمغان می‌آورد.

محدودیت‌ها

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که نمونه مطالعه‌شده فقط شامل پسران مبتلا به معلولیت جسمانی است و دختران را دربر نمی‌گیرد. محدودیت دیگر این است که این پژوهش فقط روی معلولان جسمی انجام شده‌است، در حالی که معلولیت‌ها انواع فراوانی دارند مثل ذهنی و حسی.

پیشنهادات

با توجه به آن‌چه بیان شد، پیشنهاد می‌شود جهت تثبیت نتایج، پژوهش حاضر در جمعیت‌های دیگر نیز تکرار شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که روش درمانی به‌کاربرده‌شده در

منابع

- Selway D, Ashman A. Disability, religion and health: A literature review in search of the spiritual dimensions of disability. *Disability & Society*. 1998; 13(3): 429-439.
- Sanaei B. Family and marriage measurement scales [In Persian]. Two edition. Tehran: Besat Publications, 2009.
- shaker Ardakani L, Rahimi M, Saleh Zadeh M. Effect of Commitment and Acceptance Therapy on Social and Emotional Adjustment in Mothers of Children with Mental and Physical Disabilities (in Persian). *Mejds*. 2017; 7(77). <http://jdisabilstud.org/article-1-569-fa.html>.
- Niec LN, Barnett ML, Prewett MS, Shanley Chatham JR. Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2016; 84(8): 682. DOI: 10.1037/a0040218.
- Kennedy S C, Kim J S, Tripodi SJ, Brown S M, Gowdy G. Does parent-child interaction therapy reduce future physical abuse? A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*. 2016; 26(2): 147-156. doi.org/10.1177/1049731514543024
- Farahmand S, Fouladchang M. A Causal Explanation of Academic Buoyancy based on the Family Communication Patterns: The Mediating Role of Emotional Expressiveness (in Persian). *Journal of developmental psychologists*. 2017; 13(51): 257-269.
- Ataee M, ghamarani A, Siadatian S H. Comparative Consideration of Vitality in Students with and without Hearing Impairment (in Persian). *Exceptional Education*. 2014; 4 (126):16-21. URL: <http://exceptionaleducation.ir/article-1-332-fa.html>.
- Yarahmadi Y, Ebrahimibakht H, Asadzadeh H, Ahmadian H. The Effectiveness of Academic Buoyancy Training Program on Students' Academic Performance, Academic Engagement, and Academic Buoyancy (in Persian). *Teaching in Research of Journal*. 2018; 6(2): 163-182.
- Moghbel Esfahani S, Haghayegh S A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Meaning in Life, and Family Function in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia (in Persian). *Horizon Med Sci*. 2019; 25 (4):298-311 URL: <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-3054-en.html>.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment

- therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 44(1):1-25. [DOI:10.1016/j.brat.2005.06.006]
11. Wicksell RK, Kanstrup M, Kemani MK, Holmström L, Olsson GL. Acceptance and commitment therapy for children and adolescents with physical health concerns. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 2:1-5. [DOI:10.1016/j.copsy.2014.12.029].
 12. Jansen JE, Morris EM. Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2017; 24(2):187-99. [DOI: 10.1016/j.cbpra.2016.04.003].
 13. Eilenberg T, Fink P, Jensen J, Rief W, Frostholm L. Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for health anxiety: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2016; 46(1):103-115. [DOI:10.1017/S0033291715001579] [PMID].
 14. Kahraze F, Rigi Kooteh B. Relationship between the Family Function with Academic Self-Regulation among the Nursing Students. *Educ Strategy Med Sci*. 2016; 9 (3):186-193.
 15. Pourabdol S, Sobhi Gharamaleki N, Abbasi N. A comparison of academic procrastination and academic vitality in students with and without specific learning disorder (in Persian). *Journal of Learning Disabilities*. 2015; 4 (3): 121-127.
 16. Khazraei F, Hoseynian S, Hamidi F. The Effectiveness of Communication Skill Training on Mothers' Family Function with Impaired Physical-motion Children (in Persian). *Quarterly Journal of Clinical Psychology Achievements*. 2015; 1(2): 1-16. DOI: 10.22055/JACP.2015.12000
 17. Shaker Ardakani L, Rahimi M, Saleh Zadeh M. Effect of Commitment and Acceptance Therapy on Social and Emotional Adjustment in Mothers of Children with Mental and Physical Disabilities. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017; 7:77-77. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-569-fa.html>.
 18. Roberts JE, Kassel JD. Mood-state dependence in cognitive vulnerability to depression: the role of positive and negative effect. *Cognitive Therapy and Research*. 1996; 20(1): 1-12.
 19. Warfield ME, Krauss MW, Hauser-Cram P, Upshur CC, Shonkoff JP. Adaptation during early childhood among mothers of children with disabilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1999; 20 (1):9-16. doi.org/10.1097/00004703-199902000-00002
 20. Hosseyniaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri MM. Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT) based training on job Stress and Burnout. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013; 19(2): 109-120.
 21. Abdali A, Golmohammadian M, Rashidi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on test anxiety and academic buoyancy of secondary high school female students. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2018; 25(4): 573-580.