

Research Paper

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation in People With Physical and Motor Disabilities



Maryam Sharifi¹ , *Keivan Kakabraee² , Karim Afshariniya³

1. Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.



Citation Sharifi M, Kakabraee K, Afshariniya K. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation in People With Physical and Motor Disabilities (Persian)]. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2024; 13(1):94-105. <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.13.1.6>

<https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.13.1.6>

ABSTRACT

Background and Aims Psychological damage caused by disability is associated with personal, social, and occupational challenges of disabled people, and these people face various negative consequences. The present study aims to assess the effectiveness of the acceptance and commitment therapy (ACT) on the cognitive emotion regulation of people with physical and motor disabilities.

Methods This is a quasi-experimental study with pretest/posttest design. Participants were 30 people with physical and motor disabilities (15 in the intervention group and 15 in the control group) who were selected using a purposive sampling method and random allocation. The intervention group received ACT. The data collection tool was Garnevsky's cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). The collected data were analyzed in SPSS software.

Results The results of the analysis of covariance showed that the mean post-test CERQ scores of the intervention group were significantly lower compared to the control group, indicating the effectiveness of the ACT in improving the cognitive emotion regulation.

Conclusion The ACT is effective in improving the cognitive emotion regulation of people with physical and motor disabilities. Further studies are recommended in other age, gender, and disease groups.

Keywords Acceptance and commitment therapy, Cognitive emotion regulation, Physical and motor disability

Received: 28 Nov 2021

Accepted: 05 Feb 2022

Available Online: 20 Mar 2024

* **Corresponding Author:**

Keivan Kakabraee, Professor.

Address: Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Tel: +98 (912) 2257860

E-Mail: kakabraee@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Injuries caused by disability are usually associated with challenges in the personal, social, and occupational dimensions of disabled people. For this reason, these people face various adverse consequences that can cause negative reactions. So, disabled people must regulate their emotions and reactions to achieve stable and positive adaptation to these challenges. Regulating emotions is an important factor in determining successful performance in social interactions. Accordingly, the lack of emotional regulation has a negative effect on adaptation strategies, well-being, and life satisfaction. Emotional regulation means controlling and directing behaviors and emotions to achieve desired goals, which includes the management of arousal and emotions, which play a prominent role in adaptation.

Some research results have shown that the improvement in emotional regulation leads to the ability to function properly in life, the ability to face positively injuries that have occurred, and the flexible functioning of the injured person. However, due to the various adverse consequences of physical and movement disabilities, these people must regulate their emotions and reactions to reach a stable and positive adaptation against these difficulties. Therefore, the current research aims to investigate the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the cognitive regulation of emotion in people with physical and motor disabilities.

Materials and Methods

According to the practical purpose and the method of its implementation, the research employed a pretest-posttest design with a control group. To carry out the research, by obtaining a letter of introduction from the Islamic Azad University of Kermanshah and submitting it to the Welfare Organization of Islamabad-Gharb City, the list and contact numbers of the sensory-motor disabled (spinal cord injury disabled) consisting of 50 people were collected.

They had records in the Welfare Organization of the city. Among them, 15 people were randomly selected as the experimental group for treatment based on the acceptance and commitment therapy, and 15 people were chosen as controls. First, a pretest was taken from both experimental and control groups. Then, the experimental group, selected by purposeful sampling, participated in the treatment sessions, which were 8 two-hour sessions based on acceptance and commitment therapy, according to the treat-

ment protocol. At the end of the treatment, a posttest was taken from both groups. To test the research hypothesis on whether therapy based on acceptance and commitment affects the cognitive regulation of emotion in people with physical and motor disabilities, we used the Garnefski cognitive emotion regulation scale (2001) with 36 items. The obtained data were analyzed using multivariate covariance analysis in SPSS software.

Results

The Kolmogorov-Smirnov test was used to examine the normality of the research data distribution (therapy based on acceptance and commitment). Its results showed that the significance level of the variables is more than 0.05, indicating that data have a normal distribution. The findings showed that therapy based on acceptance and commitment affects the cognitive regulation of emotion in people with physical and motor disabilities. The results of the covariance test regarding the effectiveness of the treatment based on acceptance and commitment to the components of cognitive-emotional regulation also showed significant differences in blaming oneself after removing the effect of the pretest and blaming others.

Significant differences were also evident in the components of acceptance and renewed attention to planning. Also, significant differences were evident in the components of renewed positive attention and putting oneself in the true place. Therefore, the mean posttest scores of the experimental group were significantly lower than the control group's mean scores. Thus, the treatment based on acceptance and commitment affects the cognitive regulation of emotions in people with physical and motor disabilities.

Conclusion

The results of this research, in line with previous studies, indicate the effectiveness of psychological courses in improving the mental states of people with physical-motor disabilities. A physical and movement disability can create limitations for any person and affect his interpersonal skills, including emotion regulation skills, which keep the person on the path of appropriate development.

Considering the high number of disabled people in the country and the importance of the emotional regulation process in these people to overcome the problems of disability, it seems that treatment based on acceptance and commitment can improve their emotional regulation and psychological states. Also, considering the effectiveness of the treatment based on acceptance and commitment in the components of the current research, it can be a suitable

solution for developing research in other age and gender groups or societies with some disorders based on the results. This research also paves the way for psychological interventions, considering the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in the community of the present study, which is physically disabled.

Welfare officials, which are institutions for this society, can improve the psychological conditions of their clients with the help of people trained and proficient in these therapeutic techniques. It is also suggested that in future research, for further investigation and evaluation, the effect of treatment based on acceptance and commitment was evaluated for a longer follow-up, such as 3 to 6 months, to confirm the durability of the therapeutic results of this method.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Islamic Azad University, Kermanshah branch](#). All ethical principles were considered in this study. The participants were informed about the study objectives and methods. They were also assured of the confidentiality of their information and were free to leave the study at any time, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants for their cooperation in this study.



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی

مریم شریفی^۱، کیوان کاکابرایی^۱، کریم افشاری‌نیا^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.



Citation Sharifi M, Kakabraee K, Afshariniya K. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation in People With Physical and Motor Disabilities (Persian)]. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2024; 13(1):94-105. <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.13.1.6>

<https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.13.1.6>

چکیده

مقدمه و اهداف آسیب‌های روانشناختی ناشی از معلولیت با چالش‌های فردی، اجتماعی، شغلی افراد معلول همراه است و این افراد با پیامدهای منفی گوناگون مواجه هستند. بنابراین هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی است.

مواد و روش‌ها روش تحقیق باتوجه به هدف کاربردی و روش اجرای آن آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی است. نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند و جایگزینی تصادفی، ۳۰ معلول حسی-حرکتی (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند ابتدا پیش‌آزمون برگزار شد و سپس گروه آزمایش در جلسات درمان شرکت کردند و پس‌آزمون گرفته شد. ابزار پژوهش مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) است و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها نتایج آزمون کواریانس درمورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی نیز نشان داد میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های پژوهش حاضر، این پژوهش می‌تواند راهگشای مناسبی جهت توسعه پژوهش در سایر گروه‌های سنی و جنسی باشد تا براساس نتایج حاصله، راه برای مداخلات روان‌شناختی هموار شود.

کلیدواژه‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، معلولیت جسمی و حرکتی

تاریخ دریافت: ۰۷ آذر ۱۴۰۰
تاریخ پذیرش: ۱۶ بهمن ۱۴۰۰
تاریخ انتشار: ۰۱ فروردین ۱۴۰۳

* نویسنده مسئول:

دکتر کیوان کاکابرایی

نشانی: کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، گروه روانشناسی.

تلفن: +۹۸ (۹۱۲) ۲۲۵۷۸۶۰

رایانامه: kakabraee@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

فرد با شرایط استرس‌زا و اتفاقات ناگوار می‌باشند [۷-۹].

از سویی بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجانات، عامل مهمی در تعیین سلامتی و عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است [۱۰] و فقدان تنظیم هیجانی بر راهبردهای انطباقی، بهزیستی و رضایت از زندگی فرد تأثیر منفی می‌گذارد [۱۱].

تنظیم هیجانی به معنای چگونگی کنترل و جهت‌دهی رفتارها و هیجان‌ها است تا بتوان به اهداف دلخواه دست یافت. مدل فرآیند توافقی تنظیم هیجان^۲ و مدل فرایندی تنظیم هیجان^۳ دو مدل اصلی در زمینه تنظیم هیجان هستند [۱۲]. تنظیم هیجان با ارزیابی از نشانه‌های بیرونی و درونی شروع می‌شود و این ارزیابی به هماهنگی مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری، تجربی، فیزیولوژیکی و هیجانی می‌انجامد. چارچوب مدل فرایندی تنظیم هیجان بر اساس^۳ فرض پایه‌ریزی شده است؛

فرض اول این است که هیجان‌ها از نظر شدت، مدت و علت با خلق متفاوت هستند.

فرض دوم این است که هیجان‌ها به وسیله ارزیابی از رویدادهای هیجانی به وجود می‌آیند.

فرض سوم اینکه تقریباً همه هیجان‌ها در تعامل با دیگران به وجود می‌آیند [۱۳].

مهارت تنظیم هیجانی شامل مدیریت برانگیختگی و هیجانات است و نقش برجسته‌ای را در سازگاری ایفا می‌کند. با این حال برخی پژوهش‌ها به آثار معلولیت جسمی و حرکتی بر هیجانات پرداخته‌اند، از آن جمله می‌توان به پژوهش درباره سلامت هیجانی [۱۴]، چگونگی راهکارهای مقابله‌ای [۱۵] و چگونگی سازگاری روان‌شناختی [۱۶] افراد دارای معلولیت جسمی و حرکتی اشاره کرد. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که افزایش تنظیم هیجان، موجب قابلیت عملکرد مناسب در زندگی و توان رویارویی مثبت با آسیب‌های پیش‌آمده و عملکرد انعطاف‌پذیر فرد آسیب‌دیده می‌شود [۱۷، ۱۸]. با این حال به دلیل پیامدهای منفی گوناگون معلولیت‌های جسمی و حرکتی، لازم است این افراد بتوانند هیجان‌ها و واکنش‌های خود را تنظیم کنند تا به سازگاری پایدار و مثبتی در برابر این سختی‌ها برسند.

تاکنون در خصوص افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی روش‌هایی برای بهبود متغیرهای روان‌شناختی آنان انجام شده است، از جمله تأثیر مشاوره گروهی به روش تحلیل رفتار متقابل بر کاهش افسردگی معلولان جسمی-حرکتی [۱۹]، اثربخشی معنادارمانی بر بهبود عزت نفس [۲۰] و اثربخشی آموزش‌های مهارت‌های اجتماعی بر هوش هیجانی [۲۱]. یکی دیگر از

امروزه نسل سوم درمان‌های روان‌شناختی مورد توجه و استفاده قرار می‌گیرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله آن‌هاست و در این درمان سعی می‌شود ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. اساس این درمان، نظریه نظام ارتباطی^۱ است. بر اساس این نظریه بسیاری از روش‌هایی که برای حل مشکلات استفاده می‌شود افراد را با چالش‌هایی مواجه می‌کند که زمینه مشکلات بعدی می‌شوند. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند، بنابراین شیوه اصلی درمان پذیرش و تعهد مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آن‌ها اجتناب شده است [۱].

از سویی برخلاف سایر درمان‌ها که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارند، درمان پذیرش و تعهد افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجانات و حواس بدنی) به نفع درگیری در فعالیت‌های معنی‌داری را که تغییر مستقیم آن‌ها امکان‌پذیر نیست در مرکز توجه قرار می‌دهد. هرچند ممکن است این کار با درد و استرس زیادی همراه باشد. هدف درمان بهبود کارکرد بیمار از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی است [۱].

از سویی تنظیم شناختی هیجان فرایندی است که به موجب آن افراد اهداف خود را تنظیم می‌کنند، هیجانات و افکارشان را کنترل می‌کنند و راهبردهایشان را بهبود می‌بخشند [۲]. در تنظیم شناختی هیجان، فرد از رفتار و هیجانات خود ارزیابی به عمل می‌آورد و چنانچه متناسب با استانداردهایش باشد، رفتارش خوب ارزیابی شده و باعث خوشحالی وی می‌شود؛ چنانچه این رفتار متناسب با استانداردها نباشد، سعی می‌کند با تغییر دادن رفتار به استانداردها دست یابد [۳].

هیجان‌ها به دلایل تکاملی، اجتماعی و ارتباطی و تأثیر آن بر تصمیم‌گیری و سلامت مورد توجه بسیاری از متخصصان قرار گرفته است. تنظیم هیجان تمامی فرایندهای بیرونی و درونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی است که به صورت هشیار یا ناهشیار انجام می‌شود. به عبارت دیگر تنظیم هیجان به فرایند توانایی اعمال کنترل بر وضعیت عاطفی خود در یک موقعیت چالش‌برانگیز هیجانی اشاره دارد که تنظیم شناختی هیجان به عنوان مهم‌ترین مدل تنظیم هیجان قلمداد می‌شود [۴-۶]. تنظیم شناختی هیجان به تمامی سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که افراد از آن برای افزایش، کاهش یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان کنش‌هایی هستند که نشانگر راه‌های کنار آمدن

2. Consensual process model of emotion regulation
3. Process model of emotion regulation

1.. Relational Frame Theory

بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. گروه کنترل تحت هیچ‌گونه مداخلاتی قرار نگرفت. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هر جلسه ۱ ساعت) در مداخله پروتکل طراحی شده (جدول شماره ۱) [۹] حضور پیدا کردند و در صورت غیبت بیش از ۱ جلسه و یا عدم تمایل به حضور در پژوهش، از پژوهش خارج می‌شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در بخش آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس، تحلیل کوریانس) استفاده شد.

ابزارهای پژوهش (اعتبار و روایی)

مقیاس تنظیم شناختی هیجان

مقیاس تنظیم شناختی هیجان را گرینفسکی^۴، کریچ^۵ و اسپان هاون^۶ به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه کرده است [۳]. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که نحوه پاسخ دادن به این مواد به صورت ۵ درجه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌باشد. دامنه نمرات این پرسش‌نامه بین ۳۶ تا ۱۸۰ می‌باشد. این پرسش‌نامه ۹ خرده‌مقیاس را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ۹ خرده‌مقیاس عبارت‌اند از مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر تفکر، بازاریابی مثبت، در جای حقیقی خود قرار دادن و مصیبت‌بار تلقی کردن.

ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ به دست آمده است. تحقیقات گرینفسکی بر روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان داده است که تمام زیرمقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند. پیوسته‌گر و عبدی ضریب اعتبار آلفای کرونباخ آن را برای نوجوانان غیرمراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند [۸].

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

در جدول شماره ۳، شاخص‌های آماری نمرات در مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است. همان‌طور که از محتوای این جدول مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات کمتر از نمرات گروه کنترل و بالعکس به دست آمده است.

روش‌هایی که تا به حال کمتر در جامعه معلولان خصوصاً افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی مورد توجه قرار گرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. باین حال پژوهش‌های پیشین حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود حالات روان‌شناختی افراد [۲۲-۲۵] و همچنین فرایندهای تنظیم هیجان افراد [۲۶، ۲۷] و بهبود حالات خلقی و روان‌شناختی معلولان جسمی-حرکتی [۲۸-۳۰] می‌شود، اما تاکنون در مورد تنظیم شناختی-هیجانی افراد با معلولیت جسمی و حرکتی مورد بررسی و واکاوی قرار نگرفته است و خلأ تحقیقاتی در این زمینه احساس می‌شود. باوجوداین به نظر می‌رسد اولین عاملی که در رابطه با توانبخشی افراد با معلولیت جسمی و حرکتی می‌بایست در نظر داشت توسعه مهارت پذیرش در آنان است، زیرا مهم‌ترین ویژگی در این افراد محدودیت‌هایی است که با آن مواجه هستند و بنابراین پذیرش این محدودیت، زمینه توانبخشی‌های روان‌شناختی را فراهم می‌کند و مهارت‌های پذیرش، خود به‌عنوان مهم‌ترین بخش مداخله پذیرش و تعهد در راستای رسیدن به انعطاف‌پذیری شناختی به افراد کمک می‌کند تا به جای اجتناب و سرکوب تجارب درونی خود، در جهت پذیرش و مشاهده کردن رویدادهای ذهنی گام بردارند.

بدین ترتیب فراهم کردن شرایط برای ایجاد و توسعه مهارت پذیرش می‌تواند زمینه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی را فراهم کند و در این راستا توجه به فرایند پذیرش و سپس فراهم کردن شرایط برای تنظیم هیجان از جمله نوآوری‌های اصلی این پژوهش می‌باشد که کمتر در زمینه افراد با معلولیت جسمی و حرکتی مورد بررسی قرار گرفته است. حال با توجه به آنچه گفته شد و آمار بالای معلولان در کشور و اهمیت فرایند تنظیم هیجان در این افراد برای فائق آمدن بر مشکلات معلولیت، به نظر می‌رسد لزوم اتخاذ روش‌های جدید و نو برای بهبود زندگی آنان و توجه به اصلاح متغیرهای روان-شناختی در زندگی آنان حائز اهمیت است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با یک گروه کنترل و یک گروه آزمایش است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل معلولین جسمی و حرکتی که تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان اسلام آباد غرب (۷۰۰ نفر) بود. تعداد نمونه شامل ۳۰ نفر از معلولین جسمی و حرکتی است که به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود. معیار ورود به پژوهش، نداشتن سابقه بیماری روانی و حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر سن ۴۰ سال بود. از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و گروه آزمایش، تحت مداخلات جلسات درمان مبتنی

4. Garnefski,
5. Kraaij
6. Spinhoven

جدول ۱. طرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۱۹]

تعداد جلسه	هدف جلسه	طرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	بیان هدف، معرفی درماندگی خلاق	پیش‌آزمون، استعاره گودال، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، حرکت به سمت اینکه کنترل، راه حل مسئله نیست (بلکه خود مسئله است) تکلیف: ثبت تجربه روزانه
دوم	افزایش تعامل درمان‌جو در فعالیت‌هایی که موجب حس مهارت یا لذت آن‌ها می‌شود.	تمرینات حمایتی: تقاضا از اعضا درباره گفتگو درباره اضطراب‌هایشان، کنترل به صورت یک مشکل (کنترل رویدادهای درونی) استعاره دروغ‌سنج، استعاره ژله شیرینی (دونات ژله‌ای) استعاره تقلا در جنگ با هیولا، منطق فعال‌سازی رفتاری، تنظیم اولیه هدف رفتاری. تکلیف: یادداشت روزانه تمایل
سوم	معرفی تمایل به تجربه، به این عنوان که یک جایگزین برای کنترل است.	استعاره به فیل صورتی فکر نکن. تمرینات حمایتی: تمرین فرونشانی (چشم‌ها را ببندند و به موضوع مشخصی فکر نکنند) درجه موفقیت ظاهری در کنترل احساسات، برنامه‌نویسی از رویدادهای درونی، تمرین اعداد، تمرین تمایل داشتن به جای اجتناب کردن؛ استعاره جعبه پر از مسائل. تکلیف: ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک
چهارم	معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات	تمرینات حمایتی: تمرین ذهن شما دوست شما نیست و نمی‌تواند بدون آن کار انجام دهد. تمرین شیر، شیر، شیر، مسافران اتوبوس، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد. شناسایی ارزش‌ها. تکلیف: تمرین ذهن آگاهی، برکه راهنمای ذهن آگاهی چیست، شناسایی عملکرد رفتاری تعیین شده.
پنجم	معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر.	تمرینات حمایتی: تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده‌گر. تکلیف: استدلال به‌عنوان علت‌ها، ادامه تمرین ذهن آگاهی، تمرین عینیت بخشیدن.
ششم	نشان دادن اهمیت ارزش‌ها	تمرینات حمایتی: مقدمه‌ای بر ارزش‌ها، ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات، مثال رفتن به شمال، انتخاب ارزش‌ها، انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها. شناسایی ارزش‌ها: تمرین استعاره مراسم دفن/تمرین سنگ قبر. تکلیف: دستورالعمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها، اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین شده.
هفتم	کاهش دلیل‌یابی و جلوگیری از افتادن در دام تله‌های کلامی.	تمرینات حمایتی: آموزش واژه «و» را جایگزین اما و چون کنند. استعاره مهمانان ناخواسته، توضیح راه‌های برخورد با این همسایه مزاحم، ماهیت همه یا هیچ (تمرین چشم) تکلیف: فعال‌سازی رفتاری (تعهد دست‌یابی به اهداف کوچکتر تعیین شده)
هشتم	آموزش به اعضا که برای خود درمانگر باشند.	پرداختن به نگرانی‌های اعضا درباره خاتمه درمان و منعکس کردن پیشرفت حاصل شده. راهبردهای ممکن: شناسایی موانع، عمل متعهدانه براساس الگوریتم اکت، ثبت اهداف افراد (به‌عنوان مثال در ۱ ماه، ۶ ماه، ۱ سال)، استعاره دو کوه، بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان. اجرای پس‌آزمون

طب توانبخشی

از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف^۷ جهت نرمال بودن داده‌های پژوهش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) استفاده شد که نتایج آن نشان داد سطح معنی‌داری متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین داده‌ها دارای توزیع نرمال هستند.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لون^۸ استفاده شد. آزمون لون محاسبه‌شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید می‌شود.

بنابراین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات گروه کنترل و بالعکس بوده و به‌عبارتی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی تأثیر دارد.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لون^۸ استفاده شد. آزمون لون محاسبه‌شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید می‌شود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی تأثیر دارد. نتایج آزمون کواریانس در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان نشان داد در خرده‌مقیاس‌های مقصر دانستن، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت و درجای حقیقی

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون مولفه‌های تنظیم شناختی هیجانی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد که خلاصه‌ای از نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون مولفه مقصر دانستن خود پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=6/131$ ،

7. Kolmogorov-Smirnov

8. Levene's test

جدول ۲. نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جهت مقایسه نمرات پس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی در دو گروه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مقصر دانستن خود	۷۷/۳۱۰	۱	۷۷/۳۱۰	۶/۱۳۱	۰/۰۲۳
مقصر دانستن دیگران	۳۶۹/۳۸۳	۱	۳۶۹/۳۸۳	۲۹/۱۵۴	۰/۰۰۱
پذیرش	۱۵۵/۶۸۱	۱	۱۵۵/۶۸۱	۹/۶۲۱	۰/۰۰۶
توجه مجدد به برنامه‌ریزی	۹۸/۱۱۳	۱	۹۸/۱۱۳	۶/۷۳۵	۰/۰۱۸
تمرکز بر تفکر	۴۲/۷۰۲	۱	۴۲/۷۰۲	۱/۹۸۶	۰/۱۷۶
باز ارزیابی مثبت	۴۷/۱۰۰	۱	۴۷/۱۰۰	۱/۸۸۲	۰/۱۸۷
توجه مثبت مجدد	۱۶۲/۲۲۱	۱	۱۶۲/۲۲۱	۱۶/۴۷۳	۰/۰۰۱
درجای حقیقی خود قرار دادن	۵۱/۸۱۳	۱	۵۱/۸۱۳	۴/۵۹۷	۰/۰۴۶
مصیبت بار تلقی کردن	۳۶/۲۳۸	۱	۳۶/۲۳۸	۲/۳۷۹	۰/۱۴۰
مقصر دانستن خود	۲۲۶/۹۸۱	۱۸	۱۲/۶۱۰	-	-
مقصر دانستن دیگران	۲۳۴/۲۳۸	۱۸	۱۳/۰۱۳	-	-
پذیرش	۲۹۱/۲۵۸	۱۸	۱۶/۱۸۱	-	-
توجه مجدد به برنامه‌ریزی	۲۶۲/۲۳۵	۱۸	۱۴/۵۶۹	-	-
تمرکز بر تفکر	۲۸۶/۹۴۵	۱۸	۲۱/۴۹۷	-	-
باز ارزیابی مثبت	۴۵۰/۵۰۳	۱۸	۲۵/۰۲۸	-	-
توجه مثبت مجدد	۱۷۷/۲۵۹	۱۸	۹/۸۴۸	-	-
درجای حقیقی خود قرار دادن	۲۰۲/۸۹۸	۱۸	۱۱/۲۷۲	-	-
مصیبت بار تلقی کردن	۲۷۴/۱۳۷	۱۸	۱۵/۲۳۰	-	-

طب توانبخشی

بگیرد این هیجان‌ها را مدیریت کند با مدیریت، تعدیل و تنظیم هیجان‌ها، می‌تواند از شدت هیجان‌ها ناخوشایند و دردآور کم کند و هیجان‌ها مثبت بیشتری را تجربه کند. یکی از راهبردهای افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به دلیل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان جویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجان‌ها ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی مانند پیامدهای روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی معلولیت جسمی و حرکتی بر هیجان‌ها خود مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده هیجان‌ها بپردازند [۱۷].

از سویی تنظیم هیجان به‌عنوان روشی در تعدیل هیجان‌ها، باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زایی که در زندگی معلولین جسمی، حرکتی وجود دارد، می‌شوند و موجب افزایش

خود قرار دادن تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بنابراین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات گروه کنترل و بالعکس بود. به‌عبارتی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی تأثیر دارد که این نتیجه از لحاظ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان با پژوهش‌های گذشته همسو است [۶، ۷، ۲۲-۲۵].

همچنین نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته [۲۸-۳۰] حاکی از اثربخشی دوره‌های روان‌شناختی بر بهبود حالات روان‌شناختی افراد با معلولیت جسمی-حرکتی است. در تبیین یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان چنین عنوان کرد که داشتن معلولیت جسمی و حرکتی می‌تواند برای هر شخصی محدودیت‌هایی ایجاد کند و بر مهارت‌های بین فردی او از جمله مهارت‌های تنظیم هیجان تأثیرگذار باشد و فرد را در مسیر بروز مناسب و به‌موقع هیجان‌ها دچار چالش کند [۶، ۷]، اما هر گاه یاد

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین \pm انحراف معیار
مقصر دانستن خود	کنترل	۲۳/۴۰ \pm ۵/۱۸۰
	آزمایش	۱۹/۲۰ \pm ۵/۶۰۹
مقصر دانستن دیگران	کنترل	۲۸/۴۰ \pm ۷/۲۷۸
	آزمایش	۲۱/۸۰ \pm ۵/۶۴۷
پذیرش	کنترل	۲۸ \pm ۴/۹۸۶
	آزمایش	۲۹/۳۳ \pm ۷/۲۹۶
توجه مجدد به برنامه‌ریزی	کنترل	۳۷/۲۷ \pm ۶/۷۹۸
	آزمایش	۳۷ \pm ۸/۸۳۲
تمرکز بر تفکر	کنترل	۳۳/۵۳ \pm ۸/۵۸۵
	آزمایش	۳۳/۹۳ \pm ۶/۷۹۸
بازارزیابی مثبت	کنترل	۳۰/۷۳ \pm ۶/۷۷۷
	آزمایش	۲۶/۷۳ \pm ۱۲/۳۴۹
توجه مثبت مجدد	کنترل	۲۸/۰۷ \pm ۷/۰۳۵
	آزمایش	۴۱/۰۷ \pm ۴/۰۲۶
درجای حقیقی خود قرار دادن	کنترل	۲۲/۱۳ \pm ۵/۹۹۸
	آزمایش	۲۱/۵۳ \pm ۷/۶۶۹
مصیبت بار تلقی کردن	کنترل	۲۵/۲۰ \pm ۴/۶۷۸
	آزمایش	۲۳/۶۰ \pm ۹/۶۲۷

طب توانبخشی

جدول ۴. آزمون همگنی واریانس‌ها در پس‌آزمون

متغیر	F	df1	df2	سطح معنی‌داری
مقصر دانستن خود	۰/۱۰۷	۱	۲۸	۰/۷۴۶
مقصر دانستن دیگران	۱/۲۷۲	۱	۲۸	۰/۳۲۳
پذیرش	۲/۱۵۹	۱	۲۸	۰/۱۵۳
توجه مجدد به برنامه‌ریزی	۲/۴۲۸	۱	۲۸	۰/۱۳۰
تمرکز بر تفکر	۰/۰۷۶	۱	۲۸	۰/۷۸۵
بازارزیابی مثبت	۲/۲۴۴	۱	۲۸	۰/۱۳۴
توجه مثبت مجدد	۱/۵۳۶	۱	۲۸	۰/۴۲۱
درجای حقیقی خود قرار دادن	۱/۵۵۳	۱	۲۸	۰/۲۲۳
مصیبت بار تلقی کردن	۰/۰۶۳	۱	۲۸	۰/۸۰۴

طب توانبخشی

اسلام‌آباد غرب با خصوصیات فرهنگی و جغرافیایی مختص به خود صورت گرفته است. تعمیم نتایج به جوامع دیگر با محدودیت مواجه است.

نتیجه‌گیری

باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های پژوهش حاضر، این پژوهش می‌تواند راهگشای مناسبی جهت توسعه پژوهش در سایر گروه‌های سنی و جنسی و یا جوامعی با برخی از اختلالات باشد تا براساس نتایج حاصله، راه برای مداخلات روان‌شناختی هموار شود. همچنین باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جامعه پژوهش حاضر که معلولان جسمی و حرکتی هستند، مسئولان بهزیستی که نهاد مرتبط با این جامعه است می‌تواند به کمک افراد آموزش‌دیده و مسلط به این فنون درمانی و کاربرد آن به بهبود شرایط روان‌شناختی مراجعان خود بپردازد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده برای بررسی و ارزیابی بیشتر، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آزمون پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه صورت گیرد تا ارزیابی ماندگاری نتایج درمانی این روش تأیید شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در اجرای پژوهش ملاحظات اخلاقی مطابق با دستورالعمل کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه در نظر گرفته شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مریم شریفی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه می‌باشد. این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت یکسان داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از همه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های پرتنش خواهد شد [۶]. درواقع درمان پذیرش و تعهد به افراد معلول کمک می‌کند که با ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی، کمتر تحت تأثیر منفی شرایط استرس‌آور خود و محیط قرار گیرند و توانمندی بیشتری در تنظیم و مدیریت بر هیجانات خود پیدا کنند. درواقع این روش درمانی به دلیل آموزش عمل مبتنی بر ارزش توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف مهم شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته سبب شد معلولین هنگام مواجهه با مشکلات با بیان افکار و احساسات خود به شیوه مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن مشکلات ناشی از رویدادهای سخت زندگی را کاهش دهند که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره‌آمیز و درنهایت باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان می‌شوند.

تبیین دیگر استفاده از راهبردهای آموزشی کاربردی است که در روش درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اجتماعی با افزایش پذیرش روانی نسبت به تجارب درونی وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی برسند و مشکلات کمتر قابل اجتناب را از سرراه بردانند و از این طریق باعث افزایش تنظیم هیجان در خود شوند. درواقع رویارویی فعال و مؤثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدفی اجتماعی را می‌توان جزء عوامل اصلی این روش دانست که به آزمودنی‌ها کمک خواهد کرد به تنظیم هیجانی بهتری دست یابد [۲۴].

همچنین درمان پذیرش و تعهد با آموزش ناامیدی خلاق به افراد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ها و شناخت‌های خود، آگاهی یابند و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگارانه تر کنار بگذارند. به همین دلیل، این شیوه درمانی افراد معلول را از چنگ کشمکش که گرفتار آن شدند و ممکن است او را به سمت آزار رساندن به خود و دیگری و پناه بردن به راه‌حل‌های هیجان‌مدار مانند رفتارهای پرخطر سوق دهد، رها می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند افراد معلول را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی از هیجان‌های خود آگاه شوند و بر آن‌ها مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آن‌ها بپردازند [۲۵].

باین حال انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود به‌طور نمونه، از آنجاکه آزمودنی‌های این پژوهش معلولین جسمی و حرکتی بوده است، بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع آماری باید احتیاط کرد، همچنین از آنجاکه پژوهش در شهرستان

References

- [1] Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 2013; 44(2):180-98. [DOI:10.1016/j.beth.2009.08.002] [PMID]
- [2] Bruggink A, Huisman S, Vuijk R, Kraaij V, Garnefski N. Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016; 22:34-44. [DOI:10.1016/j.rasd.2015.11.003]
- [3] Grezellschak S, Lincoln TM, Westermann S. Cognitive emotion regulation in patients with schizophrenia: Evidence for effective reappraisal and distraction. *Psychiatry Research*. 2017; 229(1-2):434-9. [DOI:10.1016/j.psychres.2015.05.103] [PMID]
- [4] Ozyildirim F, Alkaş C, Ozdemir EY. The factors that affect the pre-service mathematics Teachers self regulation strategies. *Procedia Social and Behavioral sciences*. 2011; 15:3543- 9. [DOI:10.1016/j.sbspro.2011.04.332]
- [5] Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*. 2011; 48(4):408-13. [DOI:10.1016/j.paid.2009.11.007]
- [6] Darvish Baseri L, DashtBozorgi Z. [Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive emotion regulation and alexithymia of patients with type 2 diabetes (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017; 5(1):7-14. [DOI:10.21859/ijpn-05012]
- [7] Goodarzi F, Soltani Z, Hoseini Seddigh M S, Hamdami M, Ghsemi Jobaneh R. [Effects of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and quality of life of mothers of children with intellectual disability (Persian)]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017; 7:22. [Link]
- [8] Pyvastegar M, Heidari abdy A. [The comparison of relationship cognitive emotion regulation strategies with depressive symptoms in clinical and nonclinical adolescent (Persian)]. *Journal of Applied Psychology*. 2008; 2(2-3):549-63. [Link]
- [9] Ostadian Khani Z, Fadie Moghadam M. [Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(1):63-72. [DOI:10.21859/jrehab-180163]
- [10] Szekely RD, Miu AC. Incidental emotions in moral dilemmas: The influence of emotion regulation. *Cognition & Emotion*. 2015; 29(1):64-75. [DOI:10.1080/02699931.2014.895300] [PMID]
- [11] Veilleux JC, Salomaa AC, Shaver JA, Zielinski MJ, Pollert GA. Multidimensional assessment of beliefs about emotion: Development and validation of the emotion and regulation beliefs scale. *Assessment*. 2015; 22(1):86-100. [DOI:10.1177/1073191114534883] [PMID]
- [12] Gross JJ. Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 74(1):224-37. [DOI:10.1037/0022-3514.74.1.224] [PMID]
- [13] Niven K, Garcia D, van der Löwe I, Holman D, Mansell W. Becoming popular: Interpersonal emotion regulation predicts relationship formation in real life social networks. *Frontiers in Psychology*. 2015; 6:1452. [DOI:10.3389/fpsyg.2015.01452] [PMID]
- [14] Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*. 2009; 47(2):108-14. [DOI:10.1038/sc.2008.115] [PMID]
- [15] Pollard C, Kennedy P A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10- year review. *British Journal of Health Psychology*. 2007; 12(Pt 3):347-62. 22- [DOI:10.1348/135910707X197046] [PMID]
- [16] Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine*. 2009; 14(1):17-33. [DOI:10.1080/13548500802001801] [PMID]
- [17] Dickson A, O'Brien G, Ward R, Flowers P, Allan D, O'Carroll R. Adjustment and coping in spousal caregivers following a traumatic spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*. 2012; 17(2):247-57. [DOI:10.1177/1359105311411115] [PMID]
- [18] Fronek P, Kendall M, Booth S, Eugarde E, Geraghty T. A longitudinal study of sexuality training for the interdisciplinary rehabilitation team. *Sexuality and Disability* . 2011; 29:87-100. [DOI:10.1007/s11195-010-9177-1]
- [19] Monirpour N, Andisheh G. [The effect of group counseling through reciprocal behavior analysis on reducing depression of physical -motor disabilities(Persian)]. Pspser presentedat: Fifth International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle. 12 July 2018; Qazvin, Ira. [Link]
- [20] Golshan A, Zargham Hajebi M, Sobhi Gharamaleki N. [The effect of logotherapy group training on changes of depression, self-esteem and intimacy attitudes in physically disabled women (Persian)]. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2020; 2(2):101 -12. [DOI:10.30473/ijohp.2020.52640.1077]
- [21] Heidari pour M, Mashhadi A, Asghari Nekah SM. [The effectiveness of social skills training on emotional intelligence of physical -motor disabilities (Persian)]. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2012; 8(3):571 -80. [Link]
- [22] Thompson EM, Destree L, Albertella L, Fontenelle LF. Internet-based acceptance and commitment therapy: A trans-diagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*. 2021; 52(2):492-507. [DOI:10.1016/j.beth.2020.07.002] [PMID]
- [23] Byrne G, Ghráda ÁN, O'Mahony T, Brennan E. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy*. 2021; 94 (Suppl 2):378-407. [DOI:10.1111/papt.12282] [PMID]
- [24] Prudenzi A, Graham CD, Clancy F, Hill D, O'Driscoll R, Day F, et al. Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 295:192-202. [DOI:10.1016/j.jad.2021.07.084] [PMID]

- [25] Li H, Wong CL, Jin X, Chen J, Chong YY, Bai Y. Effects of acceptance and commitment therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; 115:103876. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2021.103876] [PMID]
- [26] Aghalar S, Moradi Manesh F, Saraj Khorami N, Hafezi F. [The Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and its comparison with behavioral cognitive behavioral therapy on cognitive regulatory strategies excitement of patients with irritable Bowel Syndrome (Persian)]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020; 63(2):2455-70. [DOI:10.22038/MJMS.2020.17143]
- [27] Mokhtarinejad O, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy in components of cognitive emotion regulation among patients with anxiety disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. 2020; 7(4):225-30. [DOI:10.32592/ajnpp.2020.7.4.104]
- [28] Zemestani M, Mozaffari S. Acceptance and commitment therapy for the treatment of depression in persons with physical disability: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2020; 34(7):938-47. [DOI:10.1177/0269215520923135] [PMID]
- [29] Gilsenan CM, Yi Z, Hinman JM, Barron BF, Dixon MR. Using Relational training to improve performance during acceptance and commitment training sessions. *Behavior Analysis in Practice*. 2021; 15(1):179-91. [DOI:10.1007/s40617-021-00574-8] [PMID]
- [30] Aghili M, Ramrodi S. Effects of acceptance and commitment therapy on goal orientation and feeling of inferiority in individuals with physical-motor disabilities. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2021; 3(2):79-88. [Link]