Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 2

Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with using Rumi stories and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance of Mothers of Children with Cerebral Palsy

Elham Jolani[1], Lida Leilabadi[2], Akram Golshani[3]

1. PhD Student, Department of Health psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Health psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Persian Language and Literature, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Aim and Background: Researchers are interested in facilitating mechanisms in therapeutic interventions, including cultural mechanisms, therefore this study was conducted to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy using Mowlana's parables and anecdotes and acceptance and commitment therapy in distress tolerance in mothers of children with cerebral palsy.

Methods and Materials: This applied study was conducted using a mixed method (using qualitative-quantitative data). The quantitative part of the research consisted of comparative content analysis and the quantitative phase consisted of a quasi-experiment with pretest-posttest design using intervention and control groups. Participants consisted of 48 mothers of children with cerebral palsy who were selected using purposeful sampling and were randomly allocated to two intervention and one control groups. To collect data, the Distress Tolerance Scale (Simmons and Gaher, 2005) were used. Data were analyzed in SPSS 23 using the repeated measures ANOVA and Bonferroni's post-hoc test.

Findings: The results showed that the difference in the effect of the two treatment methods on the components of tolerance (p=0.020), evaluation (p=0.037) and, accordingly, the total distress tolerance score (p=0.016) is significant, so that the treatment based on acceptance and commitment has increased the average scores of the two components of tolerance and evaluation more in addition to the total score of distress tolerance compared to cognitive behavioral therapy using Rumi's parables and anecdotes.

Conclusions: It can be concluded that the treatment based on acceptance and commitment is a more effective method to increase distress tolerance in mothers of children with cerebral palsy compared to cognitive behavioral therapy using Rumi's parables and anecdotes.

Keywords: ACT; Cognitive-Behavioral Therapy; Distress Tolerance; Cerebral Palsy.

Citation: Jolani E, Leilabadi L, Golshani A. **Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with using Rumi stories and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance of Mothers of Children with Cerebral Palsy.** Res Behav Sci 2023; 21(2): 238-260.

* **Lida Leilabadi**
Email: Lida.leilabadi@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی

الهام جولانی[۱]، لیدا لیل آبادی[۲]*، اکرم گلشنی[۳]

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

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

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

چکیده

زمینه و هدف: محققان علاقه‌مند به مکانیسم‌های تسهیلگر در مداخلات درمانی ازجمله سازوکارهای فرهنگی می‌باشند، بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی – رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران کودکان فلج مغزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوعِ ترکیبی (کیفی–کمی) می‌باشد. طرح پژوهش در قسمت کیفی از نوع روش تحلیل محتوای قیاسی و در قسمت کمی از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. نمونه پژوهش مشتمل بر ۴۸ نفر از مادران دارای کودک فلج مغزی بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی در ۳ گروه آزمایشی (۲ گروه) و گواه جای گزاری شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) استفاده شد. داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی و توسط نرم‌افزار SPSS23 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت اثر دو شیوه درمان بر مؤلفه‌های تحمل (**p**=۰/۰۲۰)، ارزیابی (**p**=۰/۰۳۷) و به‌تبع آن نمره کل تحمل پریشانی (**p**=۰/۰۱۶) معنادار است، به‌طوری‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا علاوه بر نمره کل تحمل پریشانی میانگین نمرات دو مؤلفه تحمل و ارزیابی آن را بیشتر افزایش داده است.

نتیجه‌گیری: می‌توان گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا روش مؤثرتری برای افزایش تحمل پریشانی در مادران کودکان فلج مغزی است.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، تحمل پریشانی، فلج مغزی.

ارجاع: جولانی الهام، لیل آبادی لیدا، گلشنی اکرم. **مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۲): ۲۳۸-۲۶۰.

***- لیدا لیل آبادی**

رایانامه: Lida.leilabadi@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]

[DOI: 10.48305/21.2.238]

مقدمه

فلج مغزی، یکی از شایع‌ترین دلایل ناتوانی در کودکان بشمار می‌آید گروهی از اختلالات ثابت رشدی – حرکتی است که غیرپیشرونده بوده و در جنین در حال رشد یا مغز نوزاد اتفاق می‌افتد و در تمام طول زندگی ادامه پیدا می‌کند. کودکان فلج مغزی محدودیت عمده‌ای در فعالیت‌های روزمره زندگی دارند. این محدودیت‌ها منجر به نیاز به مراقبت‌های طولانی‌مدت می‌شود که فراتر از نیاز کودکان یا رشد طبیعی در زمان رشد خود است. مراقبت از کودک از وظایف والدین کودک است، اما این نقش زمانی که کودک محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی‌مدت دارد تفاوت مهمی دارد (۱). والدین کودکان مبتلا به فلج مغزی در مقایسه با والدین کودکانی که به‌طور معمولی در حال رشدند، استرس بیشتر، بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تر و سلامت جسمانی بدتری را تجربه می‌کنند (۲). مادران هنگام بیماری فرزند، ممکن است دچار درماندگی و پریشانی هیجانی شوند. این درماندگی و آشفتگی هیجانی که همزاد یکدیگر هستند، به دلیل اضافه باری است که بر دوش مادر سنگینی می‌کند (۳). همچنین سطوح بالاتر پریشانی در این والدین با مشکلات اقتصادی، حمایت ناکافی و برخی مشکلات کودک مانند پرخاشگری، خود آسیب‌رسانی و نقص‌های اجتماعی و ارتباطی پیش‌بینی می‌شود (۴). یک پیکره پژوهشی در حال رشد نشان می‌دهد که در بین خانواده‌هایی که فرزندی با بیماری مزمن جسمانی دارند، بار مراقبتی و ناتوانی در تحمل پریشانی، کارکرد سازگارانه والدین را به مخاطره می‌اندازد (۵). تحمل پریشانی، تحمل انواع مختلف حالت‌های درونی منفی مانند هیجان منفی، ابهام، بلاتکلیفی، ناامیدی و ناراحتی جسمانی را شامل می‌شود (۶)؛ بنابراین، آموختن مهارت تحمل پریشانی درنهایت، اثرات بار مراقبتی را کاهش خواهد داد (۷). باوجوداینکه والدینی که تحمل پریشانی پایینی دارند، کمتر قادر به انجام مداخلاتی بر روی کودکان ناتوان خود هستند و معمولاً کودکان آنها پیشرفت‌های رشدی کمتری دارند (۸) لذا ضرورت دارد که با توجه به اهمیت متغیر تحمل پریشانی بر سلامت روان و عملکرد مادران، به‌عنوان مراقبین اصلی کودکان مبتلا به فلج مغزی، به آموزش آنان از طریق مداخلات بالینی پرداخته و اثربخشی این رویکردهای درمانی را بر روی این متغیر بسنجیم.

ازآنجایی‌که یکی از عوامل کلیدی مؤثر بر مشکلات روانی والدین این کودکان، ارزیابی ذهنی آنها از بیماری و ناتوانی فرزندشان است، در مداخلاتی که برای این والدین انتخاب می‌شود بایستی بر شناخت و هیجانات آنها تمرکز بیشتری شود (۹). یکی از این رویکردها، درمان شناختی – رفتاری است. درمان شناختی رفتاری یکی از پرکاربردترین درمان‌های روان‌شناختی است که مکرراً در پیشینه‌های پژوهشی اثربخش گزارش‌شده است. طبق مرور ۱۶ فرا تحلیل، حمایت گسترده‌ای را برای اثربخشی درمان شناختی پیرامون طیف وسیعی از شرایط روانی، ازجمله افسردگی یک‌قطبی و دوقطبی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال وسواس فکری–عملی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اسکیزوفرنی و پرخوری عصبی نشان داد (۱۰). در این رویکرد، درمانگر باید به مراجع نشان دهد که باورها، ذهنیت‌ها، روان بنه‌ها و بازخوردها می‌توانند هیجانات و رفتارهای شدید و نیرومندی را ایجاد کنند و برای کاهش هیجانات منفی، مراجع نیازمند آن است که باورها و بازخوردهایش را تغییر داده، باورها و بازخوردهای منطقی‌تری را جایگزین آنها کند (۱۱). نظر به اینکه درمان شناختی رفتاری بر موقعیت‌های خاصی تسلط دارد، جای تعجبی ندارد که این رویکرد نظر منتقدان زیادی را به خود جلب کرده باشد. منتقدین مرتباً بحث می‌کنند که این رویکرد زیاده از حد نگرش مکانیکی دارد و در پرداختن به دغدغه‌های «کلی» بیمار با شکست مواجه می‌شود. همچنین، این درمان در بسیاری از درمانجویان موجب بهبودی پایدار و کامل علائم نمی‌شود و بازگشت‌های مکرر در برخی پژوهش‌ها پدیده‌ای متداول به نظر می‌رسد (۱۲). درواقع، طی سال‌های اخیر، برخی از انتقادات تیزبینانه‌ای از بطن انجمن درمان شناختی رفتاری پدیدار شد و ظهور کرد (۱۳). بیش از یک دهه قبل، هیز (۱۴) وجود نسل سوم CBT را پیشنهاد کرد که در درمان‌هایی وجود دارد که در طول بیست سال گذشته توسعه‌یافته و بر نقش پذیرش و ذهن آگاهی برای ایجاد تغییرات نوع دو به‌جای تغییرات در محتوای شناختی تأکید دارند. یکی از چنین درمان‌هایی که احتمالاً سرآمدترین درمان‌ها نیز هست، درمان پذیرش و تعهد می‌باشد (۱۵). درواقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل نارضایتی از درمان شناختی رفتاری به وجود آمد (۱۶). در سالیان اخیر، مطالعات روان‌شناختی به مطالعه پذیرش و تعهد و کاربردهای اثربخش آن در سازگاری پس از آسیب (۱۷)، افسردگی (۱۸)، اضطراب (۱۹, ۲۰)، استرس پس از آسیب (۲۱–۲۳)، بهزیستی روان‌شناختی (۲۴)، کاهش استرس روان‌شناختی (۲۵)، بهبود کیفیت زندگی (۲۶) مشخص‌شده است. باوجوداین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز، محور

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

بسیاری از انتقادها به درمان‌های نسل سوم بوده است. به‌طور مثال، اوست (۲۷)، بر ویژگی‌های روش‌شناختی مطالعات ACT در مقایسه با مطالعات CBT و بر اینکه آیا ACT معیارهای لازم به‌عنوان یک درمان معتبر تجربی را دارا است یا خیر، تمرکز دارد. اخیراً مسئله‌ای در مورد اینکه آیا ACT تأثیر بیشتری نسبت به درمان‌های پیشین خود دارد یا خیر، مطرح‌شده است. بسیاری معتقدند که اساساً ACT هیچ تفاوتی با CBT سنتی یا انواع دیگر درمان‌ها ندارد. با این اوصاف ادبیات پژوهشی ACT از بسیاری جهات قوی‌تر از ادبیات CBT سنتی گزارش شده است (۲۸). به اعتقاد وبستر، درمان ACT در شرایطی که افراد به CBT به‌خوبی پاسخ نداده‌اند، نویدبخش بوده است (۲۹). گادیانو معتقد است برای اینکه CBT سنتی از این چالش‌های جدید سرافراز بیرون بیاید، طرفداران آن باید تلاش کنند تا تحقیقات بهتری را انجام دهند و برای این هدف ممکن است نیاز باشد تا به اصلاح و تغییر در برخی از اصول اصلی این رویکرد پرداخته شود (۱۳). به‌طور مثال یکی از نقدهایی که در مورد درمان CBT کلاسیک می‌توان وارد کرد این است که در چهارچوب راهنمای کلاسیک این رویکرد درمانی، راهبرد خاصی جهت هم‌طراز سازی مفاهیم بالینی درمان با طراز شناختی بیمار وجود ندارد (۳۰). این برخلاف درمان ACT است که به‌واسطه استفاده از استعاره، از دشواری تله‌های زبان تحت‌اللفظی دور شده است (۲۹). استعاره‌ها به‌ویژه نوع کلامی آن، برای بیان مفاهیم و جنبه‌هایی از زندگی ما که توصیف آنها دشوار است، به کار می‌روند (۳۱). به‌نوعی می‌توان چنین برداشت کرد که یکی از عواملی که باعثِ موفقیت درمان ACT در سال‌های اخیر بوده، استفاده از فنون استعاره‌ای در متن درمان بوده است. معهذا با الحاق استعاره و تمثیل به محتوای درمان می‌توان نمای ادراکی روشن‌تری از درمان را برای درمانجویان ایجاد نمود، مضاف بر اینکه از این طریق می‌توان خزانه رفتاری درمان‌جویان را نیز گسترش داد و یا موجب بهبود شیوه‌های مقابله‌ای آنها در موقعیت‌های مشابه شد (۳۲).

همچنین، از دیگر نقدهایی که به درمان CBT می‌شود، می‌توان به ارزش محوری آن اشاره کرد (۳۳). بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که ارزش‌های زیربنایی CBT ممکن است با ارزش‌ها و باورهای فرهنگی افراد از فرهنگ‌های غیر غربی در تضاد باشند (۳۴). به عقیده برخی از محققان، ازآنجایی‌که نحوه ادراک و شیوه تفکر شرقی‌ها و غربی‌ها با هم متفاوت است، لازم است که درمان شناختی-رفتاری برای شرقی‌ها متناسب با شیوه تفکر و زمینه فرهنگی آنها تغییر و تعدیل‌یافته و با آن هماهنگ شود (۳۵, ۳۶)

یافته‌های جدید حاکی از آن بوده است که درمان شناختی رفتاری در سازگاری با سایر فرهنگ‌ها مؤثرتر عمل کرده است (۳۷) و در سال‌های اخیر نیز با فرهنگ‌های مختلف تطبیق داده‌شده است (۳۸-۴۱). حال با توجه به اینکه فرهنگ غالب در جامعه ایران آمیخته با معنویات است و بسیاری از افراد با اندیشه‌های ادبی و روحانی مأنوس هستند، به نظر می‌رسد هماهنگ‌سازی مفاهیم برنامه درمان شناختی رفتاری با مضامینِ فرهنگ محوری که در متون ادبیات عرفانی مستتر است، برای مخاطبین ایرانیِ این رویکرد درمانی شایسته‌تر باشد.

از میان آثار غنی ادبیات فارسی، مثنوی معنوی، اثر گران‌مایه و سترگ عرفان مشرق زمین، نسخه‌ی جاودانه روان‌درمانی است (۴۲). حکایت‌های مولانا افزون بر برداشت‌ها و تعبیرات دقیق و عالی عارفانه، زمینه آگاهی مخاطب را نسبت به نکات ظریف روان‌شناختی فراهم می‌کنند. اگرچه در هیچ حکایتی به‌صراحت، اصطلاحات روان‌شناختی را به کار نبرده و بیشتر عصاره داستان را رهنمود نیل به فراسوی روان قرار داده‌اند (۴۲). شاعری چون مولانا در بسیاری از حکایت‌های خود به‌طور غیرمستقیم از تمثیل برای تأیید، تغییر یا چالش افکار، نگرش‌ها، بازخوردها، باورها، دیدگاه‌ها و رفتارهای مردم استفاده کرده است. در حال حاضر با استفاده از چارچوب نظری رویکردهای درمانی و در فرآیند ضابطه‌مندی مشکل مراجع، می‌توان به‌طور دقیق‌تر از تمثیل و حکایات در فرآیند شناخت درمانگری به‌طور اخص و روان درمانگری به‌طور اعم، استفاده کرد (۴۳).

بر اساس مطالعات محقق، چندین پژوهش یافت شد که درمان‌های روان‌شناختی را با استفاده از آموزه‌های مولانا غنی ساخته‌اند که از میان این رویکردهای مداخله‌ای می‌توان به: روان‌درمانی وجودی (۴۴)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۵)، درمان مبتنی بر هشیاری (۴۶, ۴۷) و درمان شناختی رفتاری با جهت‌گیری معنوی (۴۸) اشاره کرد. بااین‌حال تاکنون پژوهشی یافت نشد که در آن مفاهیم و فنون رویکرد شناختی – رفتاری با استفاده از حکایت‌ها و تمثیل‌های مبتنی بر منابع فرهنگی (و مشخصاً آثارِ جلال‌الدین محمد بلخی) موردمطالعه قرارگرفته و اثربخشی آن با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان یکی از اشکال درمان شناختی – رفتاری زمینه‌ای (۴۹) که استفاده از استعارات مبتنی بر زبان از ویژگی‌های اصلی آن محسوب

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

می‌شود، مقایسه شده باشد. هم‌چنین با توجه به شیوع بالای فلج مغزی و ناتوانی‌های شدید ناشی از این معلولیت و هم‌چنین اثرات طولانی‌مدت ناتوانی کودک بر زندگی خانواده این کودکان و به‌ویژه مادران آنها، اثربخشی در زمینه تحمل پریشانی این گروه از مادران در ایران تحقیق چندانی صورت نگرفته است. با توجه به مطالب ذکرشده سؤال اصلی این تحقیق این است که آیا میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا بر تحمل پریشانی مادران کودکان فلج مغزی تفاوت دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر ازنظر هدف، کاربردی است و ازنظر روش نیز از نوعِ آمیخته (کیفی-کمی) انجام‌شده است.

بخش کیفی: مرحله نخست شامل تدوین و روایی سنجیِ پروتکل درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا با استفاده از تحلیل محتوای کیفی قیاسی جهت‌دار[1] بوده است. روش تحلیل محتوای کیفی شامل دو نوع است (۱) روش استقرایی و (۲) روش قیاسی (معروفی و یوسف زاده، ۱۳۸۸). در این پژوهش از روش دوم یعنی روش قیاسی استفاده‌شده است. در روش قیاسی پژوهشگر متون را بر اساس یک سری معیار و یا تعاریف مشخص قبلی و به‌طور تجربی تحلیل می‌کند و بعد با مقایسه تعاریف از پیش تعیین‌شده و متون مورد تحلیل به داوری درباره وجود یا عدم وجود مصادیق آن تعریف در متن‌های موردنظر می‌پردازد. در این پژوهش با به‌کارگیری یک طبقه‌بندی از پیش مشخص شده که بر اساس مبانی نظری درمان شناختی رفتاری به‌دست‌آمده بود، تحلیل آغاز گردید. بر این اساس، در بخش نخست پژوهش، به ارائه تعاریفی از مفاهیم و فنون موردنظر در طبقات پرداخته شد، سپس مصادیق و مثال‌های گویای هر یک از تعاریف در متن مثنوی معنوی مولانا مورد جستجو قرار گرفت و با تکیه بر عقل و منطق، اطلاعات گردآوری‌شده ذیلِ هر مفهوم، مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفته و در آخر به تلفیق و توصیفِ منظم نتایج پرداخته شد.

بخش کمی: در مرحله دوم پژوهش، مداخله درمانی تدوین‌شده را با برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند فلج مغزی مورد مقایسه قرار داده است. روشِ تحقیق در مرحله دوم، از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی است و طرح آن به‌صورت ۳ گروهی (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه) همراه با ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری چهل‌وپنج روزه می‌باشد. متغیر مستقل درمان، در دو سطح درمان شناختی رفتاری بر اساس تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که در دو گروه آزمایش اعمال گردید و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری در درمانجویان گروه‌های آزمایش بررسی شد و با گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت.

بخش کیفی: جامعه آماری در بخش کیفی شاملِ موارد ذیل می‌باشد:

۱- کتاب‌های مرتبط با رویکرد شناختی رفتاری.

۲- منابع نوشتاری نظری مرتبط با موضوع تحقیق است که این منابع مشتمل بر منابع دست‌اول (مثنوی معنوی مولانا) و منابع دست‌دوم (کتب شرح و تفسیر مثنوی زمانی (۵۰) و علامه جعفری (۵۰)) می‌باشد.

۳- صاحب‌نظران و درمانگرانِ رویکرد شناختی رفتاری

بخش کمی: جامعه آماری موردنظر را مادران کلیه کودکان مبتلا به فلج مغزی تشکیل می‌دهند که از مرکز توان‌بخشی بیمارستان فوق تخصصی فلج مغزی نورافشار و مرکز توان‌بخشی کارگران زعفرانیه خدمات توان‌بخشی دریافت می‌کنند.

بخش کیفی: به‌منظور نمونه‌گیری در بخش کیفی تحقیق، کلیه حکایات و تمثیل‌هایی که با مفاهیم و فنون درمان شناختی رفتاری قرابت محتوایی داشته و معرفِ بیانِ تمثیلی مفاهیم و فنون درمانی بودند، به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. با توجه به اینکه نمونه‌های فراوانی در زمینه موضوع تحقیق وجود داشت مبنا در انتخاب حجم نمونه «اصل اشتهار» برگزیده شد. بدین معنا که نمونه‌هایی که شهرت بیشتری داشته و مضافاً تأثیرات بیشتری در تبیینِ مفاهیم درمان شناختی رفتاری داشتند در اولویت انتخاب قرار گرفتند.

دلیلِ عدم انتخاب برخی از حکایت‌ها و تمثیل‌ها در این مرحله، شباهت آنها با تمثیل‌های منتخب، طولانی بودن حکایات، پیچیدگی‌های مفهومی و محتوای مطلقاً متافیزیکی آنها بود.

بخش کمی: در این پژوهش، جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. در ابتدا آزمودنی‌های موردنیاز از بین درمانجویان مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی بیمارستان

1. Directed content analysis

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

نورافشار و مرکز توان‌بخشی کارگران زعفرانیه انتخاب شدند. تعداد ۵۵ نفر به‌صورت داوطلبانه امکان مشارکت در این پژوهش را اعلام کردند. در ابتدا هماهنگی‌های لازم با مراکز مربوط صورت گرفت تا درمانجویان را برای تکمیل پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS) ارجاع دهند. سپس پرسشنامه‌های مربوطه بر روی داوطلبان اجرا و مادرانی که سطح تحمل پریشانی‌شان پایین‌تر از ۴۵ بود و انگیزه و امکان لازم برای حضور مستمر در جلسات درمانی را داشتند انتخاب شدند. در مرحله بعد ۴۸ نفر انتخاب‌شده و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۶ نفره (گروه درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌های مولانا، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل) جایگذاری شدند. پیش از آغاز درمان، هر دو گروه فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند. برای گروه آزمایش اول (درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا) در طی ۱۰ جلسه و برای گروه آزمایش دوم (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) نیز طی ۱۰ جلسه به‌صورت هفتگی مداخله درمانی انجام شد. گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. بنا بر ملاک‌های خروج تعیین‌شده، تعداد آزمودنی‌ها تا پایان دوره پژوهش به گروه آزمایش اول (۱۳ نفر) ، گروه آزمایش دوم (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۳ نفر) تقلیل یافتند. پس از اتمام جلسات درمانی، از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از یک دوره ۴۵ روزه نیز یک آزمون پیگیری از تمامی درمانجویان دریافت شد.

ملاک‌های ورود شامل این موارد بودند: ۱) کودک توسط متخصصین مغز و اعصاب کودکان تشخیص فلج مغزی را گرفته باشد. ۲) وظیفه اصلی مراقبت از کودک باید بر عهده شرکت‌کننده باشد، زیرا طبق تعریف مراقب کسی است که وظیفه اصلی مراقبت از کودک بر عهده او باشد و عموماً مادران هستند که به‌عنوان مراقبین اصلی وارد این حیطه می‌شوند؛ ۳) آزمودنی‌ها تا ۶ ماه پیش از ورود به مداخله درمانی هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی یا روان‌پزشکی دریافت نکرده باشند؛ ۴) نمره آزمودنی در پرسشنامه «تحمل پریشانی» زیر ۴۵ باشد؛ ۵) توانایی خواندن و نوشتن؛ ۶) مراقب کودک وظیفه مراقبت از فرد معلول دیگری در خانواده یا اقوام را داشته باشد؛ ۷) وجود مشکلات پزشکی مزمن یا شدید در مراقب که مانع از مراقبت کودک فلج مغزی می‌شود داشته باشند.

ملاک خروج شامل این موارد می‌باشد: فرد حداقل ۳ جلسه در جلسات درمانی غیبت یا تأخیر ۳۰ دقیقه‌ای داشته باشد.

ملاک‌های اخلاقی نیز شامل این موارد می‌باشد: ۱) اخذ کد اخلاق از دانشگاه (IR.IAU.CTB.REC.1400.111)؛ ۲) رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۳) حفظ اطلاعات افراد و محرمانگی آن؛ ۴) تعهد اجرای جلسات مشابه برای گروه کنترل پس از انجام پژوهش.

روش کیفی: از روش تحلیل محتوا، علاوه بر اینکه به‌عنوان روش پژوهش مورداستفاده قرار گرفت، به‌عنوان ابزار تحقیق نیز استفاده‌شده است. همچنین ازنظر متخصصین نیز جهتِ تأیید روایی داده‌ها استفاده شد.

روش کمی: پرسشنامه ذیل مورداستفاده قرار گرفت:

پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS). مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد. آیتم‌های این مقیاس تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی موردسنجش قرار می‌دهند (عزیزی،۱۳۸۹).

این مقیاس دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از:

- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی / عبارات ۱،۳،۵)
- جذب (جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی / عبارات ۲،۴،۱۵)
- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی / عبارات ۶،۷،۹،۱۰،۱۱،۱۲)
- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی / ۸،۱۴،۱۳)

آیتم‌های این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره ۱ به معنای توافق کامل با آیتم موردنظر و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با آیتم موردنظر می‌باشد. آیتم ۶ در این مقیاس به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود.

نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا می‌باشد. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست‌آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه ۰/۶۱ بود. همچنین مشخص شد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵).

بر اساس داده‌های حاصل از عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۸) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷۲ برآورد شد. این پژوهشگران پایایی باز آزمون این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ به دست آوردند (عزیزی،۱۳۸۹). همچنین در پژوهش دیگری که توسط علوی ۱۳۸۸ انجام گرفت پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (آلفای کرونباخ ۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها (آلفای کرونباخ ۰/۵۴ برای خرده مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم) گزارش نمود. همچنین در مطالعه ریحانی و همکاران در سال ۱۳۹۳ ضریب آلفا برای هرکدام از خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس تحمل پیشانی ۰/۸۲ به دست آمد (ریحانی، سخاوت پور، حیدرزاده و موسوی، ۱۳۹۳).

مراحل تدوین پروتکل درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا

با توجه به آنچه در اهداف پژوهش ذکرشده است، در پژوهش حاضر نحوه تدوین پروتکل درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا طی ۴ گام صورت گرفت که شرح آن به‌اختصار در ذیل آمده است:

گام اول) با مراجعه به نظریه‌ها و منابع مختلف در زمینه درمان شناختی رفتاری به‌ویژه کتاب‌های درمان شناختی رفتاری، اصول پایه و فراتر از آن (۵۱)، فنون شناخت درمانی (۵۲) و راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری (۵۳) طرح مداخله درمان شناختی رفتاری تدوین شد.

گام دوم) با مراجعه به منابع نوشتاری مرتبط با موضوع تحقیق و به‌منظور یافتن حکایات و تمثیل‌های مرتبط با مفاهیم و فنون درمان شناختی رفتاری از منابع دست‌اول (مثنوی معنوی) و منابع دست‌دوم کتب شرح مثنوی معنوی نوشته زمانی (۵۴) و تفسیر و نقد و تحلیل مثنوی جلال‌الدین محمد بلخی نوشته علامه جعفری (۵۰) استفاده شد و تمثیل‌ها و حکایاتی را که فاقد پیچیدگی‌های مفهومی بوده و با مفاهیم و فنون درمان شناختی رفتاری تناسب معنایی داشتند به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. منابع مورداستفاده جهت تدوین پروتکل درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. منابع مورداستفاده جهت تدوین پروتکل درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا

ردیف	نام منبع	نویسنده	سال انتشار
۱	درمان شناختی رفتاری، اصول پایه و فراتر از آن	جودیت اس. بک	۱۳۹۲
۲	فنون شناخت درمانی	رابرت لیهی	۱۳۹۴
۳	راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری	لادن فتی و فرشته موتابی	۱۳۹۲
۵	مثنوی معنوی	مولانا جلال‌الدین محمد بلخی (مولوی)	۱۳۹۰
۶	تفسیر و نقد و تحلیل مثنوی	محمدتقی جعفری	۱۳۸۶
۷	شرح جامع مثنوی معنوی	کریم زمانی	۱۳۸۹

گام سوم) با توجه به اهداف هر جلسه، حکایات و تمثیل‌های منتخب به بخش‌ها و جلسات مختلف درمان شناختی رفتاری اضافه شدند. همچنین کاربرگه‌ای لازم برای هر جلسه و تعیین تکالیف برای هر جلسه با تأیید اساتید راهنما و مشاور تدوین شد.

گام چهارم) پروتکل درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا به انضمام چک‌لیست خام این ارزیابی که در پیوست آورده شده است، جهت تأیید روایی (صحت‌وسقم) به گروهی ده نفره از درمانگران درمان شناختی رفتاری ارائه شد. به‌منظور کمی سازی میزان اتفاق‌نظر ارزیابانِ پروتکل مربوطه، از دو شاخص روایی محتوایی (CVI) و ضریب نسبی روایی محتوایی (CVR) استفاده شد. سپس گویه‌های نامربوط شناسایی و حذف شد و گویه‌های مرتبط در پروتکل «درمان شناختی رفتاری با استفاده از حکایات و تمثیل‌های مولانا» گنجانده شد.

نحوه اجرای پژوهش

پس از تدوین «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و تدوین و اعتبار یابی «درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا» و همچنین تهیه پرسشنامه‌های پژوهش، محقق

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

جهت دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه مبنی بر اجرای پژوهش به بیمارستان فوق تخصصی فلج مغزی «نور افشار» تهران و مرکز توان‌بخشی «کارگران زعفرانیه» اقدام نمود. از میان مادرانی که برای دریافت خدمات توان‌بخشی هفتگی به این دو مرکز مراجعه کردند، تعداد ۴۸ نفر به‌صورت داوطلبانه و در دسترس که پس از غربالگری اولیه و پر کردن پرسشنامه‌های مربوطه، سطح تحمل پریشانی آنها زیر ۴۵ (خط برش مقیاس تحمل پریشانی) بود انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۶ نفر) قرار داده شدند. سپس برنامه مداخله‌ای دو رویکرد درمان شناختی رفتاری با استفاده از حکایات و تمثیل‌های مولوی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دو گروه آزمایش صورت پذیرفت و پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

گروه آزمایشی اول طی ده جلسه نوددقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری با استفاده از حکایات و تمثیل‌های مولوی را دریافت کردند و گروه آزمایشی دوم طی ده جلسه هفتاددقیقه‌ای درمان مبنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نمودند. گروه گواه نیز هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. با توجه به اینکه این تحقیق طرح پیگیری داشت، پس از گذشت ۴۵ روز از اتمام درمان مجدداً هر سه گروه آزمودنی موردسنجش قرار گرفتند.

نحوه اجرای مداخله درمانی

برنامه مداخله‌ای گروه اول آزمایش، مداخله درمانی بر اساس رویکرد CBT با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا و برنامه مداخله‌ای گروه دوم آزمایش، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. در این بخش به معرفی مختصری از این مداخلات درمانی و پروتکل اجرایی در پژوهش حاضر اشاره خواهیم کرد.

جلسات درمانی شناختی رفتاری با استفاده از حکایت‌های مولانا

درمان به‌کاررفته در این پژوهش بر اساس پروتکل موجود در کتاب راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری (۵۳)، فنون شناختی درمانی (۵۲) و شناخت درمانی (۵۱)، به همراه تمثیل‌ها و حکایات مثنوی مولانا با استفاده از کتب شرح مثنوی (۵۴) و تفسیر و نقد و تحلیل مثنوی (۵۰) استفاده شد که به‌صورت ۱۰ جلسه نوددقیقه‌ای تشکیل گردید.

جلسه اول: خوش‌آمد گویی و معارفه، گفتگو درباره مشکلات رایج مادران، شرح محتوای درمان CBT، آموزش نقش افکار در پیدایش احساسات و رفتارها با استفاده از حکایت «غلام نادان و حریص» (دفتر چهارم)، حکایت «مجنون و ناقه» (دفتر چهارم)، حکایت «فریفتن روستایی شهری را و به دعوت خواندن او» (دفتر سوم) و حکایت «رنجور شدن آدمی به وهم تعظیم خلق» (دفتر سوم) توضیح مدل شناختی.

جلسه دوم: توضیح مفهوم «سازه ذهنی» با استفاده از تمثیل «زیافت تأویل رکیک مگس» (دفتر اول)، آموزش مفهوم سطوح «پردازش شناختی» (پردازش خودکار، نیمه آگاه و ناآگاهانه تا پردازش حساب‌شده، مفصل و آگاهانه) با استفاده از تمثیل «عنکبوت»، «پشه» و «کرم» (دفتر دوم)، تمثیل «شتربان» (دفتر اول)، تمثیل «چشم شاه و چشم اسب» (دفتر دوم)، تمثیل «مرغ نادان و بانگ صفیر» (دفتر دوم) و حکایت «گاو بحری و گوهر کاویان» (دفتر ششم)، تفهیم اهمیت تفکر و رفتار منعطف، سازگارانه و کارآمد در موقعیت‌های چالش‌برانگیز با استفاده از تمثیل «خرِ نادان» (دفتر اول). تکلیف: تکمیل دو ستون اول برگه ثبت افکار

جلسه سوم: تفهیم سطوح سه‌گانه شناخت با استفاده از حکایات و تمثیلات مرتبط باور بنیادین و باورهای واسطه‌ای: تمثیل «آبگینه زرد» (دفتر اول)، حکایت «افتادن شغال در خُم رنگ و رنگین شدن و دعوی طاووسی او» (دفتر سوم) و حکایت «مناجات شبان و اعتراض موسی» (دفتر دوم) و افکار خودآیند: تمثیل «برق نور» (دفتر ششم)، دود کاه (دفتر ششم)، آموزش انواع افکار خود آیند از طریق حکایت‌های مرتبط: «ایاز و حجره داشتن او به جهت چارق و پوستین اش» (دفتر پنجم)، «مارگیر و ما دزد» (دفتر دوم) و «مرد اعرابی و خلیفه» (دفتر اول)، بحث و تمرین در راستای شناسایی افکار خودآیند و هیجانات

– تکمیل: تکمیل کاربرگه‌ای مربوط به ثبت افکار.

جلسه چهارم: و پنجم توضیح به درمانجویان درباره مفهوم و عملکرد خطاهای شناختی با استفاده از استعاره «کمان» (دفتر اول)، استعاره «خسوف خورشید» (دفتر ششم)، حکایت «هلال پنداشتن موی ابرو» (دفتر دوم)، آموزش خطاهای شناختی ذهن‌خوانی: «به عیادت رفتن کر بر همسایه رنجور خویش» (دفتر اول)، پیشگویی: حکایت حلوا خریدن شیخ احمد خضرویه جهت غریمان به الهام حق (دفتر دوم) و تمثیل «مکتوم نگاه‌داشتن ایمانِ ابوطالب» (دفتر ششم)، فاجعه سازی: حکایت «سلطان محمود غزنوی و غلام جوان هندو» (دفتر ششم)، برچسب زدن: حکایت «نان خریدن عُمَر از نانوای کاشی» (دفتر ششم)، نادیده گرفتن جنبه‌های مثبت: تمثیل «مور و دانه» (دفتر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

ششم) و حکایت «اهل سبا اثر ناکردن نصیحت انبیا» (دفتر سوم)، فیلترگذاری ذهنی: حکایت «گرفتار شدن باز میان جغدان به ویرانه» (دفتر دوم)، حکایت «کور دوربین و کر تیز شنو و برهنه دراز دامن» (دفتر سوم)، تعمیم بیش‌ازحد: حکایت «طوطی و بقال» (دفتر دوم)، تفکر دوقطبی: حکایت «شکایت صوفیان از صوفی در پیش شیخ» (دفتر دوم) و تمثیل «یوسف در نظر برادران و پدر» (دفتر دوم)، بایدها: حکایت «مات کردن دلقک، سیّد شاهِ تِرمَذ را» (دفتر پنجم)، شخصی‌سازی: حکایت «طوطی و بازرگان» (دفتر اول)، استدلال هیجانی: حکایت «امتحان پادشاه به آن دو غلام که نو خریده بود» (دفتر دوم)، برخورد قضاوتی: حکایت «پیر چنگی» (دفتر اول)، نتیجه‌گیری شتاب‌زده: حکایت «دیدن خر هیزم‌فروش بانوایی اسبان تازی در آخور خاص» (دفتر پنجم)

– تکلیف: تکمیل برگه‌های ثبت افکار و تعیین تحریف‌های شناختی.

جلسه ششم و هفتم: با استفاده از تمثیل «صیاد سایه» درباره تفاوت میان واقعیت ذهنی و واقعیت عینی توضیح داده می‌شود، آموزش تکنیک‌های به چالش کشیدن خطاهای شناختی با استفاده از حکایت‌های مرتبط: فن ارزیابی منطق افکار: حکایت «صیاد و پرنده زیرک» (دفتر چهارم)، فن بررسی شواهد: حکایت «پیر چنگی» (دفتر اول)، حکایت «گفتگوی موسی با گوساله‌پرست» (دفتر دوم)، حکایت «قاضی بی‌غرض» (دفتر ششم)، تکنیک جستجوی محدود: حکایت «اختلاف کردن در چگونگی و شکل پیل» (دفتر سوم)، تکنیک بررسی سود و زیان: حکایت «عطار و مرد گل خوار» (دفتر چهارم)، تمثیل «گشودن گره از کیسه‌ی خالی» (دفتر پنجم)، تکنیک بنا کردن تعابیر جایگزین: حکایت «آیینه جمال محمد» (دفتر اول)، حکایت «پند دادن موسی به فرعون و مشورت کردن فرعون با هامان و آسیه» (دفتر چهارم)، تکنیک بررسی فرصت‌ها و معانی جدید: تمثیل «عذر گفتن کدبانو با نخود» (دفتر سوم)، حکایت «خیاط دزد» (دفتر ششم)، حکایت «الله الله گفتن نیازمند عین لبیک حق است» (دفتر سوم)، تکنیک فاصله‌ای: حکایت «ذکر آن پادشاه که آن دانشمند را به‌اکراه در مجلس آورد» (دفتر ششم)، تکنیک نگاه کردن از بالکن: حکایت «شکایت استر به اشتر» (دفتر چهارم)، تکنیک ماشین زمان: تمثیل «مهمانخانه تن» (دفتر پنجم) و تمثیل «ستارگان سعد و نحس» (دفتر پنجم). تکلیف: به‌کارگیری راهبردهای مقابله و فنون به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی

جلسه هشتم: تعریف تگرانی، شرح ویژگی افراد نگران، توضیحاتی در مورد نگرانی سودمند با استفاده از حکایت «اندرز گفتن صوفی به خادم خانقاه» (دفتر دوم) و نگرانی غیر سودمند با استفاده از حکایت «آن گاو که تنها در جزیره‌ای بزرگ زندگی می‌کرد» (دفتر پنجم)، آموزش تکنیک بررسی سود و زیان: تمثیل «تاجر نگران و ترسو» (دفتر سوم) و تکنیک تمایز بین نگرانی مفید و غیرمفید. تکلیف: تکمیل فرم شناسایی نگرانی و به‌کارگیری فنون مقابله با نگرانی‌ها

جلسه نهم: تفهیم «اهمیت حل درست مسئله» با استفاده از تمثیل «مرغی که عمرش را در گره کاری گذاشت» (دفتر دوم)، آموزش فرآیند حل مسئله از طریق دو حکایت «شیر و نخچیران» (دفتر اول) و حکایت «تعلق موش با چَغْز» (دفتر ششم)، طرح مشکل از جانب یکی از درمانجویان جهت تمرین مهارت حل مسئله. تکلیف: به‌کارگیری «مهارت حل مسئله».

جلسه نهم: جمع‌بندی جلسات و شرح خلاصه‌ای از مطالب ارائه‌شده، دریافت بازخورد از مادران، اجرای پس‌آزمون.

جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: برنامه درمان پذیرش و تعهد، با اقتباس از پروتکل درمان پذیرش و تعهد (۵۵) و کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۵۶) تدوین و به مدت ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

جلسه اول: خوش‌آمد گویی و معارفه، ایجاد رابطه خوب درمانی، صحبت درباره مشکلات رایج مادران، شرح رابطه درمانی از طریق استعاره ۲ کوه، توضیح معنای شادی و به چالش کشیدن باورهای نادرست در مورداحساس شادمانی.

جلسه دوم: شرح هدف اصلی درمان ACT با استفاده از استعاره «گیاهان و علف‌های هرز در وسط باغ»، ارائه توضیحاتی درباره درد تمییز و درد کثیف، توضیح الگوی آسیب‌شناسی روانی ازنظر ACT.

جلسه سوم: آموزش ناامیدی خلاق با استفاده از استعاره «انسان افتاده در چاه» و «مسابقه طناب‌کشی با هیولا»، دعوت از درمانجویان به صحبت کردن درباره احساسات ناخوشایند و راهبردهایی که برای حذف و کنترل آنها به کار می‌برند.

– تکلیف: تکمیل فرم مربوط به «درماندگی خلاقانه».

جلسه چهارم: توضیح به درمانجویان درباره اینکه در دنیای بیرون، ما قادریم از آنچه خوشمان نمی‌آید اجتناب کنیم یا آن را کنترل کنیم اما حذف و کنترل آنچه در دنیای درون می‌گذرد ناممکن است، استفاده از استعاره «مهمان ناخوانده» برای آموزش تفاوت پذیرش و تحمل.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

– تکلیف: به کار بستن تکنیک‌های آموخته‌شده به شکل روتین روزانه.

جلسه پنجم: توضیح درباره کارکرد قصه‌گویی ذهن با استفاده از استعاره «رادیو ذهن»، توضیح درباره مفهوم آمیختگی شناختی با استفاده از استعاره «مسافران اتوبوس» و آموزش گسلش شناختی به کمک استعاره‌های «مشاهده رژه سربازان»، «ماهی گیری با مگس»

– تکلیف: به کار بستن تکنیک‌های آموخته‌شده به شکل روتین روزانه.

جلسه ششم: آموزش خود به‌عنوان زمینه از طریق تمارین «آسمان و ابر»، «صفحه شطرنج» و «برگ‌های شناور روی آب»

– تکلیف: به کار بستن تکنیک‌های آموخته‌شده به شکل روتین روزانه

جلسه هفتم: توضیح درباره اهمیت ذهن آگاهی و تماس با لحظه اکنون، تمرین تنفس و خوردن آگاهانه، آموزش تمریناتی برای رسیدن به ذهن آگاهی

– تکلیف: به کار بستن تکنیک‌های آموخته‌شده به شکل روتین روزانه.

جلسه هشتم: با کمک استعاره «تولد ۸۰ سالگی» درباره اهمیت پرداختن به ارزش‌ها و حرکت به سمت آنها توضیح داده می‌شود، درباره تفاوت میان ارزش‌ها و اهداف توضیح داده می‌شود، فرم «شرح ارزش‌ها» و «درجه‌بندی سنجش ارزش‌ها» به درمانجویان ارائه می‌شود.

– تکلیف: تکمیل فرم «شرح ارزش‌ها» و «درجه‌بندی سنجش ارزش‌ها».

جلسه نهم: درمانجویان ترغیب می‌شوند ارزش‌های خود را به گام‌های کوچک رفتاری تقسیم کنند، با استفاده از استعاره «باغبانی» مفهوم اقدام مؤثر و متعهدانه را برای مادران توضیح می‌دهیم، به‌منظور نشان دادن ارتباط بین تمایل و توانایی برای گرفتن یک‌جهت ارزشمند استعاره «حباب‌ها» ارائه می‌شود، به‌منظور شناسایی موانع تمایل الگوریتم FEAR را آموزش می‌دهیم.

– تکلیف خانه: تدوین جدولی از الگوریتم FEAR برای خود.

جلسه دهم: جمع‌بندی جلسات و شرح خلاصه‌ای از مطالب ارائه‌شده، تقاضا از درمانجویان جهت رسم شش فرآیند مربوط به درمان ACT با توجه به یک موقعیت جدید خود، اجرای پس‌آزمون.

روش آماری. داده‌های پژوهش حاضر، در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. در قسمت بررسی توصیفی، تشکیل جداول توزیع فراوانی محاسبه درصدها، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی صورت گرفت. در قسمت بررسی استنباطی نیز از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۳) استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۹ مادر دارای فرزند دچار فلج مغزی حضور داشتند که ۱۳ نفر از آنان در گروه درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا، ۱۳ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۳ نفر در گروه کنترل جای گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن مادران شرکت‌کننده در گروه درمان شناختی رفتاری به ترتیب برابر با ۳۵/۳۱ و ۴/۱۱ سال، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۳۳/۲۹ و ۴/۴۶ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۶/۵۵ و ۶/۲۳ سال بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان دچار فلج مغزی آنان در گروه درمان شناختی رفتاری به ترتیب برابر با ۷/۷۳ و ۰/۵۹ سال، در گروه درمان پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۷/۶۲ و ۰/۷۰ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۷/۶۷ و ۰/۵۲ سال است. گفتنی است که در گروه درمان شناختی رفتاری میزان تحصیلات ۱ نفر از مادران شرکت‌کننده زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم و ۶ نفر لیسانس یا بالاتر بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان تحصیلات ۲ نفر از مادران شرکت‌کننده زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق‌دیپلم و ۵ نفر لیسانس یا بالاتر بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۱ نفر از مادران زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق‌دیپلم و ۴ نفر لیسانس یا بالاتر بود. جدول ۱ میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو– ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در شرکت‌کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش‌یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در گروه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

کنترل مشاهده نشد. همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد در این پژوهش مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، با استفاده از روش شاپیرو – ویلک موردبررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که توزیع داده‌های مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در سه گروه و در هر سه مرحله اجرا نرمال است. در ادامه دیگر مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام.باکس و شرط کرویت با استفاده از آزمون موخلی بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

نتیجه آزمون لون در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ‌یک از مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در گروه‌ها و در سه مرحله معنادار نیست؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش برقرار بود. جدول ۲ نشان می‌دهد که ارزش شاخص آماره ام.باکس برای هیچ‌یک از مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی معنادار نیست. این مطلب نشان‌دهنده آن است که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای سطوح متغیر وابسته در بین داده‌ها برقرار بود. جدول ۲ نشان می‌دهد که ارزش مجذور کای حاصل از آزمون موخلی برای مؤلفه تنظیم (p=۰/۰۱۵) معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه با استفاده از روش گرینهوس–گایزر اصلاح شد. جدول ۴ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
میانگین (انحراف استاندارد)	تحمل	درمان شناختی رفتاری	۶/۶۹ (۲/۰۹)	۹/۳۱ (۲/۵۹)	۹/۰۰ (۲/۳۵)
		درمان پذیرش و تعهد	۶/۶۹ (۱/۴۹)	۱۱/۸۵ (۲/۷۳)	۱۱/۰۰ (۲/۱۲)
		گروه کنترل	۶/۴۶ (۱/۹۴)	۷/۰۰ (۲/۴۸)	۶/۳۸ (۱/۸۹)
	جذب	درمان شناختی رفتاری	۵/۵۴ (۱/۵۶)	۹/۰۰ (۱/۸۷)	۹/۹۲ (۱/۶۱)
		درمان پذیرش و تعهد	۵/۶۱ (۲/۰۲)	۹/۶۲ (۲/۷۲)	۱۱/۳۸ (۲/۵۳)
		گروه کنترل	۶/۲۳ (۲/۱۳)	۶/۹۲ (۲/۱۸)	۶/۸۵ (۲/۰۳)
	ارزیابی	درمان شناختی رفتاری	۱۵/۳۱ (۳/۱۷)	۲۳/۰۰ (۵/۰۰)	۲۳/۴۶ (۵/۸۴)
		درمان پذیرش و تعهد	۱۶/۶۲ (۳/۶۹)	۲۸/۱۵ (۵/۷۰)	۲۷/۲۳ (۶/۰۰)
		گروه کنترل	۱۷/۲۳ (۳/۴۴)	۱۶/۴۶ (۳/۷۸)	۱۶/۲۳ (۴/۳۲)
	تنظیم	درمان شناختی رفتاری	۵/۹۲ (۲/۱۰)	۹/۱۵ (۲/۷۶)	۹ /۲۳ (۲/۶۵)
		درمان پذیرش و تعهد	۵/۶۲ (۲/۱۰)	۹/۵۴ (۲/۹۳)	۱۰/۲۳ (۲/۵۲)
		گروه کنترل	۵/۷۷ (۲/۰۵)	۶/۳۸ (۱/۹۴)	۶/۰۰ (۲/۰۴)
	نمره کل	درمان شناختی رفتاری	۳۳/۲۳ (۶/۶۴)	۵۰/۴۶ (۸/۵۶)	۵۱/۶۲ (۷/۱۲)
		درمان پذیرش و تعهد	۳۴/۷۷ (۶/۰۶)	۵۹/۱۵ (۷/۲۰)	۵۹/۸۵ (۸/۸۵)
		گروه کنترل	۳۵/۶۹ (۵/۱۲)	۳۶/۷۷ (۶/۶۰)	۳۵/۴۶ (۸/۶۶)
شاپیرو- ویلک (سطح معناداری)	تحمل	درمان شناختی رفتاری	۰/۸۹۴ (۰/۱۱۱)	۰/۹۸۱ (۰/۹۸۴)	۰/۹۷۸ (۰/۹۶۶)
		درمان پذیرش و تعهد	۰/۹۴۰ (۰/۴۵۳)	۰/۹۱۸ (۰/۲۳۶)	۰/۹۲۱ (۰/۲۶۳)
		گروه کنترل	۰/۹۲۲ (۰/۲۶۶)	۰/۹۰۴ (۰/۱۵۳)	۰/۹۳۱ (۰/۳۵۳)
	جذب	درمان شناختی رفتاری	۰/۸۷۸ (۰/۰۶۸)	۰/۹۴۳ (۰/۴۹۷)	۰/۹۲۵ (۰/۲۹۳)
		درمان پذیرش و تعهد	۰/۸۸۴ (۰/۰۸۲)	۰/۹۲۷ (۰/۳۱۳)	۰/۹۳۷ (۰/۴۲۵)
		گروه کنترل	۰/۹۵۹ (۰/۷۴۴)	۰/۹۸۲ (۰/۹۸۶)	۰/۹۶۹ (۰/۸۸۳)
	ارزیابی	درمان شناختی رفتاری	۰/۹۶۴ (۰/۸۱۳)	۰/۹۴۲ (۰/۴۸۸)	۰/۹۳۱ (۰/۳۵۵)
		درمان پذیرش و تعهد	۰/۹۴۴ (۰/۵۰۵)	۰/۹۳۵ (۰/۳۹۲)	۰/۸۹۶ (۰/۱۱۷)
		گروه کنترل	۰/۹۱۲ (۰/۱۹۲)	۰/۹۷۰ (۰/۸۹۲)	۰/۹۴۴ (۰/۵۰۶)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

	تنظیم	درمان شناختی رفتاری	(۰/۵۷۶) ۰/۹۴۹	(۰/۵۳۰) ۰/۹۴۵	(۰/۴۱۷) ۰/۹۳۷
		درمان پذیرش و تعهد	(۰/۰۸۳) ۰/۸۸۵	(۰/۵۵۸) ۰/۹۴۷	(۰/۷۳۸) ۰/۹۵۹
		گروه کنترل	(۰/۳۷۳) ۰/۹۳۳	(۰/۹۷۳) ۰/۹۷۹	(۰/۵۶۲) ۰/۹۴۸
	نمره کل	درمان شناختی رفتاری	(۰/۲۶۳) ۰/۹۲۲	(۰/۳۳۷) ۰/۹۳۰	(۰/۲۹۱) ۰/۹۲۵
		درمان پذیرش و تعهد	(۰/۲۸۵) ۰/۹۲۴	(۰/۸۰۸) ۰/۹۶۴	(۰/۰۸۱) ۰/۸۸۴
		گروه کنترل	(۰/۱۰۹) ۰/۸۹۴	(۰/۱۶۰) ۰/۹۰۶	(۰/۹۹۹) ۰/۹۸۹

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر بعد مؤلفه‌های تحمل (۰/۶۸۹= لامبدای ویلکز، ۰/۸۴۹= η^2 ، ۰/۰۱۰= P، ۳/۵۸= F)، جذب (۰/۵۹۸= لامبدای ویلکز، ۰/۲۲۷= η^2 ، ۰/۰۰۱= P، ۵/۱۴= F)، ارزیابی (۰/۳۶۸= لامبدای ویلکز، ۰/۳۹۳= η^2 ، ۰/۰۰۱= P، ۱۱/۳۳= F)، تنظیم (۰/۵۱۶= لامبدای ویلکز، ۰/۲۸۲= η^2 ، ۰/۰۰۱= P، ۶/۸۶= F) و نمره کل تحمل پریشانی (۰/۲۶۹= لامبدای ویلکز، ۰/۴۸۱= η^2، ۰/۰۰۱= P، ۱۶/۲۵= F) معنادار است. در ادامه جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

مؤلفه	مقادیر F آزمون لون			برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها		برابری ماتریس کوواریانس خطا	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	M.Box	F	شاخص موخلی	χ۲
تحمل	۰/۹۸	۰/۰۷	۰/۲۰	۱۳/۵۱	۰/۹۹	۰/۹۲۴	۲/۷۸
جذب	۱/۱۸	۱/۰۲	۱/۹۴	۷/۷۵	۰/۵۷	۰/۸۸۱	۴/۴۲
ارزیابی	۰/۴۶	۰/۹۷	۲/۰۲	۱۵/۹۵	۱/۱۷	۰/۸۹۰	۴/۱۰
تنظیم	۰/۱۰	۱/۵۶	۱/۰۳	۸/۲۹	۰/۶۱	۰/۷۸۶	۸/۴۱*
نمره کل	۰/۸۶	۰/۳۶	۰/۶۰	۷/۷۰	۰/۵۶	۰/۹۲۹	۲/۵۷

جدول ٤. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
تحمل	۰/۶۸۹	۳/۵۸	۷۰ و ۴	۰/۰۱۰	۰/۱۷۰	۰/۸۴۹
جذب	۰/۵۹۷	۵/۱۴	۷۰ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۲۲۷	۰/۹۵۷
ارزیابی	۰/۳۶۸	۱۱/۳۳	۷۰ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳	۱/۰۰
تنظیم	۰/۵۱۶	۶/۸۶	۷۰ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲	۰/۹۹۱
نمره کل	۰/۲۶۹	۱۶/۲۵	۷۰ و ۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱	۱/۰۰

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر تحمل پریشانی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
تحمل	اثر گروه	۲۰۳/۸۱	۱۹۲/۹۷	۱۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
	اثر زمان	۹۲/۶۳	۱۵۷/۲۳	۲۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۱
	اثر تعاملی گروه× زمان	۸۸/۷۰	۳۳۹/۳۳	۴/۷۱	۰/۰۰۳	۰/۲۰۷
جذب	اثر گروه	۹۸/۶۷	۱۴۴/۷۷	۱۲/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵
	اثر زمان	۲۵۱/۲۸	۱۴۲/۲۳	۶۳/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
	اثر تعاملی گروه× زمان	۹۶/۳۶	۳۳۳/۵۴	۲۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۰
ارزیابی	اثر گروه	۱۰۵۷/۹۰	۱۱۷۵/۰۸	۱۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

	اثر زمان	۶۸۴/۱۲	۵۱۲/۳۹	۴۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۶۷۲/۴۱	۱۱۷۷/۸۵	۱۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶۳
تنظیم	اثر گروه	۱۳۱/۹۰	۳۴۴/۵۱	۶/۸۹	۰/۰۰۳	۰/۲۷۷
	اثر زمان	۱۴۴/۰۵	۱۲۰/۰۸	۴۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۷۲/۸۲	۲۶۲/۴۱	۴/۹۹	۰/۰۰۳	۰/۲۱۷
نمره کل	اثر گروه	۴۶۱۱/۵۶	۳۰۰۶/۶۷	۲۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
	اثر زمان	۴۰۴۹/۲۸	۱۱۱۸/۱۵	۱۳۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴
	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۷۴۰/۷۵	۲۷۴۷/۹۵	۱۷/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹۹

جدول ۵ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه× زمان برای مؤلفه‌های تحمل (η^2 =۰/۲۰۷ ، P =۰/۰۰۳ ، F = ۴/۷۱)، جذب (η^2 =۰/۴۵۰ ، P =۰/۰۰۱ ، F = ۲۹/۵۱)، ارزیابی (η^2 =۰/۳۶۳ ، P =۰/۰۰۱ ، F = ۱۰/۲۸)، تنظیم (η^2 =۰/۲۱۷ ، P =۰/۰۰۳ ، F = ۴/۹۹) و نمره کل تحمل پریشانی (η^2 =۰/۴۹۹ ، P =۰/۰۰۱ ، F = ۱۷/۹۵) معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی را به‌صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. در ادامه جدول ۶ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ٦. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی

متغیر	زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تحمل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۲/۷۷	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	−۲/۱۸	۰/۴۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۹	۰/۴۴	۰/۵۷۰
جذب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۲/۷۲	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	−۳/۵۹	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۸۷	۰/۴۴	۰/۱۶۱
ارزیابی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۶/۱۵	۰/۸۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	−۵/۹۲	۰/۸۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۳	۱/۰۶	۱/۰۰
تنظیم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۲/۵۹	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	−۲/۷۲	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۱۳	۰/۵۲	۱/۰۰
نمره کل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۱۴/۲۳	۱/۳۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	−۱۴/۴۱	۱/۲۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۱۸	۱/۵۷	۱/۰۰
متغیر	تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تحمل	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	−۱/۵۱	۰/۵۲	۰/۰۲۰
	درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۱/۷۲	۰/۵۲	۰/۰۰۷
	درمان پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۳/۲۳	۰/۵۲	۰/۰۰۱
جذب	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	−۰/۷۲	۰/۴۵	۰/۳۶۸
	درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۱/۴۹	۰/۴۵	۰/۰۰۷
	درمان پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۲/۲۱	۰/۴۵	۰/۰۰۱
ارزیابی	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	−۳/۴۱	۱/۲۹	۰/۰۳۷
	درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۳/۹۵	۱/۲۹	۰/۰۱۳

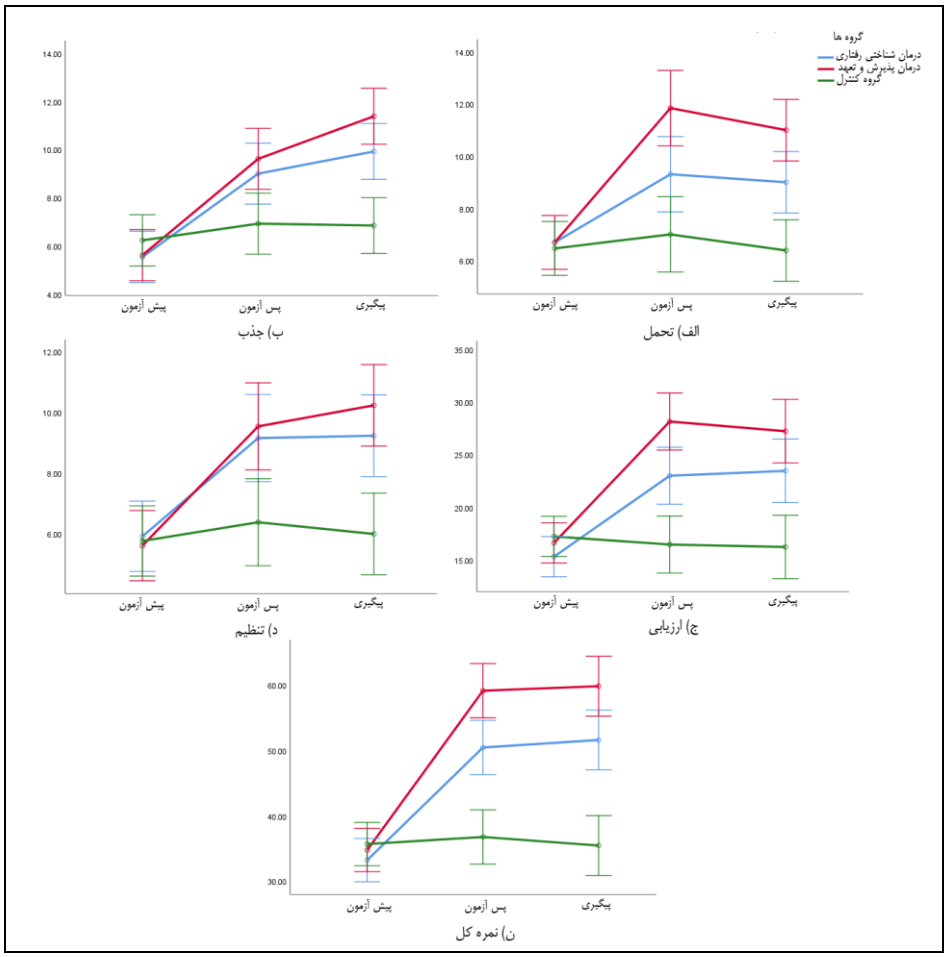
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

	درمان پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۷/۳۶	۱/۲۹	۰/۰۰۱
تنظیم	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	-۰/۳۶	۰/۷۰	۱/۰۰
	درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۲/۰۵	۰/۷۰	۰/۰۱۸
	درمان پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۲/۴۱	۰/۷۰	۰/۰۰۴
نمره کل	درمان شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	-۶/۱۵	۲/۰۷	۰/۰۱۶
	درمان شناختی رفتاری	گروه کنترل	۹/۱۳	۲/۰۷	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۱۵/۲۸	۲/۰۷	۰/۰۰۱

آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون – پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون – پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و کنترل به لحاظ آماری معنادار است. به‌طوری‌که اجرای درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا از یک‌سو و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از سوی دیگر باعث شده تا میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش یابد. همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بن فرونی، روند تغییر میانگین نمرات در نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا و ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است.

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر دو گروه آزمایش در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان بر مؤلفه‌های تحمل (p=۰/۰۲۰)، ارزیابی (p=۰/۰۳۷) و به‌تبع آن نمره کل تحمل پریشانی (p=۰/۰۱۶) معنادار است، به‌طوری‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا علاوه بر نمره کل تحمل پریشانی میانگین نمرات دو مؤلفه تحمل و ارزیابی آن را بیشتر افزایش داده است. بر این اساس می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایات مولانا روش مؤثرتری برای افزایش تحمل پریشانی در مادران کودکان فلج مغزی است. شکل ۱ نمودارهای مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]



شکل ۱. نمودارهای مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که میان اثربخشی دو روش شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل پریشانی تفاوت وجود دارد در هر دو گروه سطح تحمل پریشانی افزایش پیدا کرده است اما میزان افزایش آن در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در در مرحله پس آزمون–پیگیری به صورت معناداری بیشتر از گروه دیگر بوده است.

در ادبیات تحقیق، پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری (با استفاده از تمثیل) با درمان ACT پرداخته باشد، یافت نشد. بااین‌حال بسیاری از پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با مقایسه اثربخش بودن درمان ACT با درمان شناختی رفتاری، حاکی از اثربخشی بالاتر درمان ACT بوده است. ازجمله این مطالعات می‌توان به پژوهش‌های نیلز و همکاران (۵۷)، هیمبرگ و رایتر (۵۸) برنستتر و همکاران (۵۹) و یابنده و همکاران (۶۰) اشاره کرد. در میان مطالعات صورت گرفته، هیچ پژوهشی اثربخشی این دو رویکرد درمانی را بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزندان با بیماری‌های خاص و محدودکننده زندگی، مقایسه نکرده است. بااین‌حال نتایج پژوهش آرچ و همکاران (۶۱) حاکی از عدم تفاوت معنادار بین دو درمان ACT و CBT بر روی اختلالات اضطرابی مختلط بود. همچنین نتایج پژوهش لوزادا و همکاران (۶۲) نیز حاکی از فقدان تفاوت معنادار بین دو رویکرد درمانی ACT و CBT بر روی نشانه‌های افسردگی در خانواده‌های مراقب کننده از بیماران زوال عقل بوده است. مطالعات سامان و همکاران (۶۳) و کریمی و همکاران (۶۴) نیز فقدان تفاوت معنادار بین اثربخشی دو رویکرد درمانی را نشان دادند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

بعلاوه، شواهدی مبنی بر یافته‌های متناقض ازنظر مسیرهای پیامد وجود دارد، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ACT در پایان درمان، بدون شواهدی از تفاوت معنادار، در پیگیری سه‌ماهه نسبت به درمان شناختی رفتاری برتری دارد (۶۵). پژوهش‌های دیگر نیز برتری CBT را در پایان درمان نشان دادند که البته در پیگیری شش‌ماهه این برتری به سمت ACT تغییر جهت یافته است (۶۶).

همچنین، راش (۶۷) بیان کرده است که مکانیسم‌های تغییر پاسخ در درمان شناختی رفتاری سریع‌تر عمل می‌کنند، اما اثربخشی کوتاه‌مدتی دارند، در حالی که مکانیسم‌های تغییر در درمان ACT معمولاً کندتر عمل می‌کنند اما بادوام‌تر هستند. درواقع وی معتقد است، تکنیک‌های ACT که جهت کاهش اجتناب از نشانه‌های درونی سیگار کشیدن وجود دارند، پیش‌بینی کننده‌های قوی‌تری برای پرهیز از سیگار کشیدن هستند تا فنون درمان شناختی رفتاری که به دنبال افزایش اجتناب از نشانه‌های درونی سیگار کشیدن می‌باشند.

در تبیین این یافته می‌توان به ماهیتِ تحمل پریشانی اشاره کرد که به بهترین وجه، تحتِ مدلِ تقویتِ منفی مفهوم‌پردازی می‌شود که شامل تلاش برای فرار و اجتناب، به‌عنوان انگیزه‌های اصلی محرک رفتار (پاسخ) در حضور حالات هیجانی ناخوشایند می‌باشد (۶۸). مضاف براین که اجتناب تجربه‌ای یعنی واکنش‌هایی که سعی در تغییر حالات هیجانی منفی و موقعیت‌هایی که این هیجانات ناخوشایند در آن رخ می‌دهد؛ هیز و همکاران (۶۹) و تحمل پریشانی اغلب به‌عنوان سازه‌هایی شناخته می‌شوند که باهم همپوشانی دارند؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت مداخلاتی باهدف کاهش اجتناب تجربه (افزایش پذیرش)، برای بهبود سطح تحمل پریشانی بسیار مناسب هستند (۷۰).

از سوی دیگر، بر اساس یافته‌های موجود، به نظر می‌آید درمان ACT اثربخشی بالاتری را برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند داشته باشد؛ چنانکه درمان شناختی رفتاری اساساً اثربخشی بیشتری را برای کاهش علائم روانی یا پیامدهای مبتنی بر مهارت‌های شناختی نشان داده است.

درواقع با توجه به اهداف متفاوت این دو رویکرد درمانی، می‌توان انتظار داشت که این دو درمان برای دغدغه‌های مختلف، به شیوه متفاوتی عمل کند. مثلاً درمان اکت می‌تواند برای دغدغه‌های برخاسته از اجتناب یا عدم پذیرش تجربیات درونی خاص مناسب باشد، درحالی‌که درمان شناختی رفتاری برای دغدغه‌های مربوط به کمبود مهارت تناسب بیشتری دارد.

ازآنجاکه تحمل پریشانی پایین با روان بنه‌های شناختی سخت، سوگیری‌های در تفسیر و نیز بی‌میلی به تجربه ناهماهنگی شناختی همراه است می‌تواند درمان شناختی را تحت تأثیر قرار دهد (۷۱) و چون بسیاری از طرحواره‌ها به‌سختی نفوذپذیر هستند، صرف به چالش کشیدن اعتبار افکار و باورهای درمان‌جو سبب ایجاد بن‌بست‌هایی در پروسه درمان شناختی رفتاری می‌شود (۷۲).

درواقع شناخت درمانی کلاسیک بک، بدون دست‌کاری باورهای هیجانی افراد، صرفاً باورهای عقلانی درمان‌جویان را تغییر می‌دهد و افرادی که این درمان را دریافت می‌کنند همچنان در باورهای هیجانی خود با مشکلاتی روبرو هستند. یکی از راه‌هایی که درمانگران برای خروج از این بن‌بست در پیش‌گرفته‌اند، استفاده از روش استعاره و تمثیل در چارچوب درمان CBT ، موسوم به رفتاردرمانی شناختی – استعاره‌ای (MBCT) می‌باشد (۷۳). استفاده از استعاره و تمثیل، با ایجاد تعارض در نظام برانگیختاری مخاطب، وی را به به‌سوی پردازش‌های جدیدتری سوق خواهد داد و زمینه استفاده از طرحواره‌های جدیدتر و حتی خلق طرحواره‌های جایگزین را فراهم می‌کند (۷۴).

هرچند در این پژوهش سعی براین بود که از طریق افزودن و الحاق زبان تمثیلیِ متناسب به محتوای درمان شناختی رفتاری، از قابلیت‌های این رویکرد درمانی برای اثرگذاری بیشتر و ماندگارتر بر روی سطوح هیجانی و شناختی مختلف درمان‌جویان دارای سطح تحمل پریشانی پایین بهره گیرد، بااین‌حال اثربخشی این مداخله درمانی به نسبت درمان ACT در پس‌آزمون و دوره پیگیری پایین‌تر بود؛ بنابراین به نظر می‌رسد عامل دیگری در این زمینه دخیل باشد.

ازنظر فنی، تمرکز درمان شناختی رفتاری بر این است که درمان‌جو طیفی از راهبردهای مقابله‌ای انطباقی و متمرکز بر پیشایند (مانند شناسایی محرک‌های پریشان زا و برنامه‌ریزی برای پرهیز یا مقابله با آن‌ها) را بیاموزد؛ در اکت اما درمان‌جو باید راهبردهای انطباقی و متمرکز بر پاسخ را بیاموزد (مانند پاسخ به محرک شرطی به‌گونه‌ای که واقعاً هست نه آن‌گونه‌ای که بیمار می‌گوید). به‌عبارت‌دیگر، درمان شناختی رفتاری بر اهمیت پیش‌بینی و اقدام تعجیل آمیز درمان‌جو به‌منظور پیش‌گیری از رفتار ناسازگارانه متمرکز است، در حالی که اکت بر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

اهمیت پذیرش افکار و احساسات در لحظه اکنون و تمایل به پاسخ از طریق رفتارهایی تأکید می‌کند که مرتبط باارزش‌های بلندمدت‌اند و نه صرفاً رهایی کوتاه‌مدت (۶۷).

همچنین در درمان شناختی رفتاری هدف رایج از مواجهه درمان‌جو با افکار و احساسات مرتبط با محرک‌های پریشان زای برانگیزاننده اجتناب این است که به وی اجازه دهند تا پاسخ‌های مقابله‌ای سازگارانه جدیدی را در برابر این رویدادهای خصوصی تمرین کند تا به‌تدریج ارتباط بین این رویدادها و پاسخ‌های اجتنابی خاموش شود.

بااین‌حال بر اساس نظریه چهارچوب ارتباطی، وقتی ارتباطی بین محرک و پاسخ شکل بگیرد، تغییر دادنش سخت است. به‌علاوه اقدام به این کار می‌تواند اثرات نامطلوبی را نیز به همراه داشته باشد (۷۵، ۶۹). پژوهش‌ها در مورد خاموشی نشان می‌دهد پاسخ‌هایی که با موفقیت خاموش شده‌اند بسته به شرایطِ پس از خاموشی ممکن است مجدداً فعال شود (۷۶)؛ بنابراین خاموشی به معنای «یادگیری‌زدایی» نیست، بلکه به معنای یادگیری عادتی جدید است که جایگزین عادت خاموش‌شده می‌شود (۷۶). مشاهده ارتباط نمادین در قالب رفتار کنشگر نشان می‌دهد که این ارتباط‌ها هرگز از بین نمی‌روند. راشل (۶۷)، براین عقیده است که ACT نوعی از مدل خاموش کردن را بکار می‌گیرد که هدفش حذف پاسخ‌ها یا تنظیم هیجانات نیست، بلکه می‌خواهد از خزانه رفتاری درمان‌جو (مانند شوخ‌طبعی و بذله‌گوئی) پاسخ‌های جدیدی را در موقعیت شکل دهد و نوعی کنش (زایی) مبتنی بر ارزش و انعطاف‌پذیر را خلق کند و به همین خاطر این درمان در مرحله پیگیری ماندگاری اثر بیشتری از خود نشان داده است.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

– مادران دارای کودک فلج مغزی به دلیل گستردگی مسئولیت‌های مراقبتی در رفت‌وآمد، رعایت نظم حضور و شرکت در جلسات درمانی مشکلاتی داشته و این مسئله گاهی اوقات باعث بی‌نظمی در جلسات هفتگی می‌شد. به همین خاطر، بخش عمده‌ای از آموزش‌ها در جلسات ابتدائی و میانی قرار داده‌شده بود و محتوای جلسات نهایی سریع‌تر اجرا شدند تا از ریزش احتمالی شرکت‌کنندگان و آسیب به فرایند درمانی پیشگیری شود.

– در این پژوهش مادران دارای کودک فلج مغزی تنها در دو مرکز توان‌بخشی در شهر تهران و آن‌هم به‌صورت در دسترس بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج می‌بایست احتیاط بیشتری صورت بگیرد.

– در پژوهش حاضر به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات و بررسی تغییرات در آزمودنی‌ها صرفاً از گزارش‌های شخصی خود درمان‌جویان و با استفاده از چند پرسشنامه صورت پذیرفت. این در حالی است که با استفاده از روش‌های مختلف دیگر می‌توان اطلاعات جامع‌تری را در مورد تغییرات در آزمودنی‌ها به دست آورد.

– محدودیت منابع و فقدان دسترسی به منابعی با موضوعیت نگاه روانشناسانِ مولانا، سبب شد که این پژوهش تنها با تکیه‌بر تلاش شخصی پژوهشگر به انطباق مفاهیم مربوط به درمان شناختی رفتاری با اشعار مولانا بپردازد. براین اساس محدودیت منابع در این زمینه یکی از محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شود.

به‌منظور بررسی اثرات بلندمدت مداخلات درمانی، پیشنهاد می‌شود این مداخلات با انجام پیگیری‌های طولانی‌مدت‌تر بررسی شود. همچنین با توجه به اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مثنوی، می‌توان از نتایج پژوهش در کاربست مشاوره و روان‌درمانی استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی می‌باشد. بدین‌وسیله از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، کمال تقدیر و تشکر را می‌نماییم.

References

1. Altindag Ö, Işcan A, Akcan S, Koksal S, Erçin M, Ege L. Anxiety and Depression Levels in Mothers of Children with Cerebral Palsy. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi. 2007;53(1).
2. Fritz H, Sewell-Roberts C. Family stress associated with cerebral palsy. Cerebral palsy. 2020:515-45.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

3. Lawrenz P, Peuker ACWB, Castro EKd. Illness perception and indicators of PTSD in mothers of childhood cancer survivors. Temas em Psicologia. 2016;24(2):427-38.
4. Dykens EM, Fisher MH, Taylor JL, Lambert W, Miodrag N. Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. Pediatrics. 2014;134(2):e454-e63.
5. Manor-Binyamini I. Mothers of children with developmental disorders in the Bedouin community in Israel: Family functioning, caregiver burden, and coping abilities. Journal of autism and developmental disorders. 2011;41(5):610-7.
6. Kaiser AJ, Milich R, Lynam DR, Charnigo RJ. Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. Addictive behaviors. 2012;37(10):1075-83.
7. Steinberg L. We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. Journal of research on adolescence. 2001;11(1):1-19.
8. Osborne LA, McHugh L, Saunders J, Reed P. Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. Journal of autism and developmental disorders. 2008;38:1092-103.
9. Burke K, Muscara F, McCarthy M, Dimovski A, Hearps S, Anderson V, et al. Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: pilot study. Families, Systems, & Health. 2014;32(1):122.
10. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. Clinical psychology review. 2006;26(1):17-31.
11. Mosher DK, Hook JN, Captari LE, Davis DE, DeBlaere C, Owen J. Cultural humility: A therapeutic framework for engaging diverse clients. Practice Innovations. 2017;2(4):221.
12. Thoma NC, McKay D. Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice: Guilford Publications; 2014.
13. Gaudiano BA. Evaluating acceptance and commitment therapy: An analysis of a recent critique. 2011.
14. Hays PA. Integrating evidence-based practice, cognitive–behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice. Professional Psychology: Research and Practice. 2009;40(4):354.
15. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012;40(7):976-1002.
16. Saputra WNE, Widiasari S. Konseling karir ringkas berfokus solusi: konseling karir untuk membantu menetapkan pilihan karir siswa SMK menghadapi mea. Jurnal Fokus Konseling. 2017;3(1):24-31.
17. Whiting D, Deane F, McLeod H, Ciarrochi J, Simpson G. Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. Neuropsychological rehabilitation. 2019.
18. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders. 2020;260:728-37.
19. Sharp K. A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2012;12(3):359-72.
20. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cognitive and behavioral practice. 2009;16(4):368-85.
21. Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Behavior modification. 2005;29(1):95-129.
22. Walser RD, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Cognitive-behavioral therapies for trauma. 2006;2:146-72.
23. Bean RC, Ong CW, Lee J, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for PTSD and trauma: An empirical review. 2017.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

24. Marino F, Failla C, Chilà P, Minutoli R, Puglisi A, Arnao AA, et al. The effect of acceptance and commitment therapy for improving psychological well-being in parents of individuals with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. Brain Sciences. 2021;11(7):880.

25. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2019;156(4):935-45. e1.

26. Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. Journal of Health. 2016;7(2):236-53. [Persian]

27. Öst L-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. Behaviour research and therapy. 2008;46(3):296-321.

28. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga 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.

29. Webster M. Introduction to acceptance and commitment therapy. Advances in psychiatric treatment. 2011;17(4):309-16.

30. Ahmadyan A, Nazari A, Hatami M, Hamidreza H, Mirzai J. The effectiveness of allegorical schema therapy on the depression of veterans suffering from stress after a chronic war accident (single-case experimental design). Military Psychology Quarterly. 2012;3(11):21-40.

31. Kopp RR. 6 Metaphor Therapy and Psychoanalytic Psychotherapy. Metaphor Therapy: Routledge; 2013. p. 112-24.

32. Heffner M, Eifert GH, Parker BT, Hernandez DH, Sperry JA. Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. Cognitive and Behavioral Practice. 2003;10(4):378-83.

33. Hays PA, Iwamasa GY. Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision: American Psychological Association; 2006.

34. Scorzelli JF, Reinke-Scorzelli M. Cultural sensitivity and cognitive therapy in India. The Counseling Psychologist. 1994;22(4):603-10.

35. Naeem F, Latif M, Mukhtar F, Kim YR, Li W, Butt MG, et al. Transcultural adaptation of cognitive behavioral therapy (CBT) in Asia. Asia-Pacific Psychiatry. 2021;13(1):e12442.

36. Subhas N, Mukhtar F, Munawar K. Adapting cognitive-behavioral therapy for a Malaysian muslim. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2021;35:28.

37. Cuijpers P, Gentili C. Psychological treatments are as effective as pharmacotherapies in the treatment of adult depression: a summary from Randomized Clinical Trials and neuroscience evidence. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome. 2017;20(2).

38. Aguilera A, Garza MJ, Munoz RF. Group cognitive-behavioral therapy for depression in Spanish: culture-sensitive manualized treatment in practice. Journal of Clinical Psychology. 2010;66(8):857-67.

39. Bigfoot DS, Schmidt SR. Honoring children, mending the circle: Cultural adaptation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for American Indian and Alaska Native children. Journal of clinical psychology. 2010;66(8):847-56.

40. Coutinho FC, Dias GP, Marques RSF, Rangé BP, Brasil MAA, Filpi A, et al. Adaptation of a Cogni tive-Behavioral Protocol for Generalized Anxiety Disorder Patients with Low Educational Attainment. Trends in Psychology. 2017;25:1411-26.

41. Guo F, Hanley T. Adapting cognitive behavioral therapy to meet the needs of C hinese clients: Opportunities and challenges. PsyCh journal. 2015;4(2):55-65.

42. Hijazi Ba-S. Tabiban Jan: Psychological tendencies and psychotherapy in the poems of Attar and Rumi. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad; 2010. [Persian]

43. Sahebi A. Parable of therapy. Tehran: Organization for Studying and Compiling Humanities Books of Universities (Samt); 2008. [Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

44. Taghi Yare F. Compilation of the package of existential psychotherapy based on the thought of Jalaluddin Mohammad Molavi and its effectiveness in treating depression and increasing the level of my transformation. Allameh Tabatabaei University; 2010. [Persian]
45. Shahreza V. Compilation of a therapy protocol of acceptance and commitment using metaphors of the spiritual masnavis of Rumi. Karaj Karaj Branch, Islamic Azad University; 2019. [Persian]
46. Hall L. 16 Mindfulness in coaching. Mindfulness in organizations: Foundations, research, and applications. 2015:383.
47. Md Rosli AN, Sharip S, Thomas NS. Scrupulosity and Islam: a perspective. Journal of Spirituality in Mental Health. 2021;23(3):255-77.
48. Jabbari M. Masnavi: Exploring a Cultural Adaptation of CBT for Iranian Immigrants with Acculturative Stress: Alliant International University; 2020. [Persian]
49. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy: Introduction. Elsevier; 2012. p. 499-507.
50. Jafari MT. Commentary and analysis of the Masnavi of Jalaluddin Mohammad Balkhi. Tehran: Institute for editing and publishing the works of Allameh Jafari; 2015. [Persian]
51. Beck JS, Beck AT. Cognitive behavior therapy. New York: Basics and beyond Guilford Publication. 2011:19-20.
52. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Planuri de tratament şi intervenţii pentru depresie si anxietate: ASCR [Asociaţia de Ştiinţe Cognitive din România]; 2017.
53. Mutabi Ferishte, Fati L. The way and customs of therapy in cognitive behavioral theory. Tehran: Danzheh; 2022. [Persian]
54. Zamani K. Masnavi. Tehran: Etelaat; 2019. [Persian]
55. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: Guilford press; 2011.
56. Izdi R, Abedi MR. Treatment based on acceptance and commitment. Tehran: Jangal Publishing House, Kavashiar; 2014. [Persian]
57. Niles AN, Burklund LJ, Arch JJ, Lieberman MD, Saxbe D, Craske MG. Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. Behavior therapy. 2014 Sep 1;45(5):664-77.
58. Heimberg RG, Ritter MR. Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for the anxiety disorders: Two approaches with much to offer..
59. Branstetter AD, Wilson KG, Hildebrandt M, Mutch D. Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans. 2004 Nov;35:732.
60. Yabandeh MR, Bagholi H, Sarvghad S, Kouroshnia M. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy with acceptance and commitment therapy on reduction of social anxiety disorder symptoms. Psychological Methods and Models. 2019 Aug 23;10(36):177-96.
61. Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB, Eifert GH, Craske MG. Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. Behaviour research and therapy. 2012 Aug 1;50(7-8):469-78.
62. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Mausbach BT, López J, Fernández-Fernández V, Nogales-González C. Cognitive–behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2015 Aug;83(4):760.
63. Samaan M, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Pontow IM, Pakenham K, Fydrich T. A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. Psychotherapy Research. 2021 Apr 3;31(3):372-85..
64. Karimi M, Naghsh Z, Ghazaghi T, Malekzadeh L. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy on fatigue in multiple sclerosis (MS)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]
[DOI: 10.48305/21.2.238]

patients. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2021 Oct 10;26(4):117-31.

65. Avdagic E, Morrissey SA, Boschen MJ. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. Behaviour Change. 2014 Jun;31(2):110-30.

66. Lanza PV, Garcia PF, Lamelas FR, González-Menéndez A. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. Journal of clinical psychology. 2014 Jul;70(7):644-57.

67. Russell C. A randomised controlled study of the relative efficacy and mechanisms of action of cognitive-behavioural coping skills training CBST) and acceptance and commitment therapy (ACT) for smoking abstinence (Doctoral dissertation, University of Strathclyde)..

68. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. Psychological review. 2004 Jan;111(1):33.

69. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Wilson KG. Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. Journal of Contextual Behavioral Science. 2012 Dec 10;1(1-2):1-6.

70. Kohl A, Rief W, Glombiewski JA. How effective are acceptance strategies? A meta-analytic review of experimental results. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2012 Dec 1;43(4):988-1001.

71. Basharpoor S, Mowlaie M, Sarafrazi L. The relationships of distress tolerance, self-compassion to posttraumatic growth, the mediating role of cognitive fusion. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2021 Jan 2;30(1):70-81.

72. Teasdale JD. Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. Behaviour research and therapy. 1993 May 1;31(4):339-54.

73. Alizadeh Fard, Susan; Ohadi, Hassan; Eshairi, Hassan; Eskandari, Hossein. Comparing the effectiveness of first language and second language metaphors in the process of metaphor therapy for bilingual people with depression. Clinical Psychology, No. 6, pp. 73-74. 2010 Jan 6(1):73-85.

74. Qasimzadeh, Habibullah. (1379). Metaphor and cognition. Tehran: Arjmand Publications.

75. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga 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 Jun 1;44(2):180-98.

76. Bouton ME. Context, ambiguity, and unlearning: sources of relapse after behavioral extinction. Biological psychiatry. 2002 Nov 15;52(10):976-86.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.4.7]

[DOI: 10.48305/21.2.238]