

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج

مغزی

نگار علیزاده^{۱*}، عباس بخشی پور رودسری^۲

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره بیستم، زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۶۲-۵۲

چکیده

فلج مغزی شایع‌ترین ناتوانی در کودکان است و مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی به علت مشکلات متعددی که دارند بیشتر از مادرانی که دارای کودک سالم هستند در معرض خطر ابتلای به افسردگی می‌باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام گرفت. پژوهش حاضر با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰ زن (گروه آزمایش=۱۵ و گروه کنترل=۱۵) بود. آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش، پرسشنامه‌ی افسردگی بک به کار گرفته شد. برای آموزش آزمودنی‌ها از پروتکل آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی تأثیر معناداری دارد. نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر کاهش میزان افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی دارد. بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان از مشکلات افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی کاست و به بهبود زندگی آن‌ها کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، فلج مغزی، درمان پذیرش و تعهد.

مقدمه

فلج مغزی^۱ (CP) به عنوان یک اختلال حرکتی و تعادلی تعریف می شود که به علت آسیب و یا نقص در مغز نارس و رشدنیافته اتفاق می افتد و در اغلب موارد همراه با سایر اختلالاتی است که موجب کاهش در عملکرد و سلامت فرد می شوند. فلج مغزی یک اصطلاح تشخیصی کلی شامل بسیاری از وضعیت های متغیر بالینی است که تأثیرات عمیقی در زندگی روزمره کودکان و والدین آنها دارند (وارگوس آدامز^۲، ۲۰۰۵). فلج مغزی شایع ترین ناتوانی در کودکان است که منجر به محدودیت های عملکردی طولانی مدت می شود. کودکان مبتلا به فلج مغزی اغلب نقص های چندگانه و محدودیت های فعالیتی و مشارکتی دارند و بسیاری از این کودکان نیازمند مراقبت های جامع و مادام العمر در فعالیت های روزانه خود هستند (پاریسی^۳، پرچنزارو، فیلیپو، روسوتو، مالتیز، ۲۰۱۶). کودکان مبتلا به فلج مغزی برای درمان ایمن و مؤثر، نیازمند دریافت توجه حساس و پیوسته از طرف مراقبان خود هستند. با تولد یک کودک مبتلا به فلج مغزی، جریان عادی زندگی روزمره خانواده دچار تغییراتی می شود که تأثیراتی مستقیم بر روی زندگی کودک و مراقبان او به ویژه مادر دارد. مراقبت های پیوسته و شدید از کودکان مبتلا به فلج مغزی باعث می شود که مراقبان آنها به علت فشارهای فیزیکی شامل خستگی جسمانی، دردهای عصبی و تشنج و فشارهای هیجانی شامل برافروختگی، اضطراب و ناراحتی دچار استرس و افسردگی شوند. نگرانی های مرتبط با نتایج مداخلات درمانی و آینده ی زندگی این کودکان نیز می تواند منجر به تغییر در وضعیت هیجانی والدین آنها شود (یوو^۴، ۲۰۱۶).

والدین انرژی زیادی را صرف پرورش کودکان خود می کنند و درعین حال از نقش والدگری خود نیز لذت می برند اما زمانی که آنها مجبور به مراقبت از یک کودک با ناتوانی رشدی هستند، با چالش های بیشتر و طولانی تری در زمینه های هیجانی، فیزیکی و مالی مواجه می شوند. زمانی که امیدهای والدین برای داشتن فرزندی سالم و یا فرزندی سرآمد شکست می خورد، آنها استرس های روان شناختی و ناامیدی را تجربه می کنند. نتایج پژوهش های متعددی نیز تأیید کرده اند که نیازهای هیجانی و فیزیکی مراقبت از یک کودک با شرایط مزمن سلامتی و یا ناتوانی رشدی باعث استرس در والدین می شود (کرتیک، میهیچ و میهیچ^۵، ۲۰۱۵). مراقبت از کودکان نقش طبیعی مادران است، با این حال مراقبت از یک کودک با محدودیت های عملکردی و وابستگی طولانی مدت کاملاً متفاوت است و کیفیت زندگی مادر را در زمینه های فیزیکی و هیجانی تحت تأثیر قرار می دهد. مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی نقش مهمی در کنترل و درمان فلج مغزی دارند و فشارهای ناشی از کنار آمدن با یک بیماری مزمن یک عامل خطر اصلی برای ایجاد مشکلات روان شناختی هم در مادر و هم در کودک مبتلا به فلج مغزی می باشد (گاریپ، اوزل، تونچر، کیلینچ، سکین و آراسیل^۶، ۲۰۱۶).

¹ Cerebral Palsy

² Vargus-Adams

³ Parisi, Ruberto, Precenzano, Filippo, Russotto, Maltese

⁴ Yoo

⁵ Krtic, Mihic & Mihic

⁶ Garip, Ozel, Tuncer, Kilinc, Seckin & Arasil

میزان افسردگی در مادرانی که دارای کودک مبتلا به فلج مغزی هستند به طور معنی داری بالاتر از میزان افسردگی در بین مادرانی است که کودک سالم دارند. عواملی مانند داشتن یک کودک ناتوان، افزایش مسئولیت‌ها، لزوم کنار آمدن با مشکلات و فشارهای بیشتر، کنار گذاشتن شغل، افزایش هزینه‌های مالی، محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و اختلال در خوابیدن می‌توانند باعث بالا بودن میزان افسردگی در بین مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی باشند (ترزی^۱، ۲۰۱۵). از آنجایی که مراقبان به شدت تحت تأثیر سلامت، عملکرد و محیط اجتماعی کودکان خود قرار می‌گیرند، در نظر گرفتن سلامت مراقبت‌کننده در زمینه‌ی جامع نظام خانواده بسیار دارای اهمیت می‌باشد (لی، متیوز و پارک^۲، ۲۰۱۹). اگر والدین به علت اختلالات روانی نتوانند به خوبی با چالش‌های مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی روبه‌رو شوند، این امر منجر به مراقبت ضعیف از کودک شده و در نهایت بهبودی عملکرد کودک نیز به دست نخواهد آمد (سولیمان^۳ و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از درمان‌های امیدبخش برای ناراحتی‌های هیجانی، درمان پذیرش و تعهد^۴ (ACT) می‌باشد. اکت یک رویکرد شناختی-رفتاری است که پذیرش عناصری از زندگی مانند بیماری، درد، ناتوانی، اندوه و سوگواری که فراتر از کنترل افراد هستند را تسهیل می‌کند. درمان پذیرش و تعهد به مردم یاد می‌دهد تا بر روی منابع باقی‌مانده تمرکز کنند و نسبت به انجام دادن اعمالی که براساس ارزش‌های اصلی آن‌ها هستند، متعهد باشند (دیویسون، اپینگستال، رونچی و کونور^۵، ۲۰۱۶). هدف درمان پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به عنوان توانایی حضور در لحظه‌ی حال و پذیرش رویدادهای زندگی برای رسیدن به تغییرات رفتاری منطبق با ارزش‌های یک فرد تعریف می‌شود. اکت از مدلی یکپارچه شامل شش فرایند اصلی استفاده می‌کند: گسلش شناختی، پذیرش، توجه انعطاف‌پذیر به لحظه‌ی حال، خود را به عنوان زمینه دیدن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (لیوهم، هیز، قادری و مگنوسدوتیر^۶، ۲۰۱۴).

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است، نتایج پژوهشی که توسط واسر و همکاران در مورد اثربخشی اکت بر افسردگی و تمایل به خودکشی کهنه‌سربازان انجام شده است نشان می‌دهد که این درمان توانسته به طور معنی داری از میزان افسردگی و تمایل به خودکشی آزمودنی‌ها بکاهد (والسر، گارورت، کارلین، تروکل، ریو و تیلور^۷، ۲۰۱۵). نتایج به دست آمده از پژوهش رضایی‌میرقائد و همکاران نیز حاکی از آن است که روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در درمان افسردگی افراد مبتلا به اعتیاد مؤثر باشد (رضایی‌میرقاعد، کریمی، رهروی، مصدق و آبی‌پور، ۱۳۹۵). در جدیدترین پژوهش مروری که توسط رابرت زتل در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی انجام شده است نیز اندازه اثر زیادی برای درمان پذیرش و تعهد گزارش شده است (زتل^۸، ۲۰۱۵).

¹ Terzi

² Lee, Matthews & Park

³ Soliman

⁴ Acceptance and Commitment Therapy

⁵ Davison, Eppingstall, Runci & Connor

⁶ Livheim, Hayes, Ghaderi & Magnusdottir

⁷ Walser, Garvet, Karlin, Trockel, Ryu & Taylor

⁸ Zettle

بنابراین با توجه به میزان شیوع بالای فلج مغزی در بین کودکان و همچنین اثرات طولانی مدتی که این بیماری بر زندگی کودکان و خانواده‌هایشان و به‌ویژه مادران آن‌ها دارد، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه کنترل بود. افراد مورد مطالعه از مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در مرکز آموزشی مردانی آذرشهر تبریز مشغول به تحصیل بوده‌اند، انتخاب شدند. تعداد ۳۰ نفر از مادران که ملاک‌های ورود را دارا و داوطلب شرکت در جلسات بودند، انتخاب شدند و به تعداد برابر به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (دو گروه ۱۵ نفره) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرد؛ اما در گروه کنترل، آموزشی صورت نگرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش به شرح زیر بودند: مادران دارای فرزند مبتلا به فلج مغزی بین ۵ تا ۱۷ باشند، مادران باسواد باشند، مادران جهت شرکت در پژوهش تمایل داشته باشند، مادران تنها از یک کودک مبتلا به فلج مغزی مراقبت کنند و مسئولیت اصلی مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی برعهده مادر باشد. معیارهای خروج از پژوهش شامل تحت روان‌درمانی بودن و عدم رضایت جهت شرکت در پژوهش بود.

ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شد. پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II)^۱ در طی ۳۵ سال اخیر پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) پذیرفته‌ترین ابزار شناسایی افسردگی در بیمارانی بوده که تشخیص افسردگی بالینی را دریافت کرده بودند. پرسش‌نامه افسردگی بک ۲ نسخه جدیدتر پرسش‌نامه افسردگی بک ۱ است که برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و علائم را در دو هفته اخیر می‌سنجد. چون I-BDI تنها ۶ ملاک از ۹ ملاک افسردگی را پوشش می‌داد، در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با IV-DSM مورد بازنگری قرار گرفت و پرسش‌نامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) ساخته شد. پرسش‌نامه افسردگی بک دارای ۲۱ ماده است که هر ماده از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. در نهایت نمره فرد می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد. نمره بین ۰ تا ۱۳: نشان‌گر حداقل نمره و بدون افسردگی، نمره بین ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، نمره بین ۲۰ تا ۲۸: افسردگی ملایم و نمره بین ۲۹ تا ۶۳: نشان‌دهنده افسردگی شدید است (گیرای^۲، ۲۰۱۸). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی بر روی ۹۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفته است. بر این اساس آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۱، پایایی به روش آزمون بازآزمون ۰/۹۴ و پایایی به روش دو نیمه سازی ۰/۸۹ به دست آمده است (فتا، بیرشک، عاطف وحید، و دابسون، ۱۳۸۴). در مطالعه دیگری در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ و پایایی آزمون-بازآزمون آن ۰/۷۴ به دست آمده است (قاسم زاده، مجتبی، کرم قدیری و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵).

^۱ Beck Depression Inventory

^۲ Giray

پروتکل درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر برگرفته از کتاب اکت برای افسردگی می باشد (زتل^۱، ۲۰۰۷). شرح مختصر جلسات گروهی در جدول ۱ به طور اختصار آورده شده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی

پیش از شروع جلسات	آشنایی اولیه با مادران، برقراری رابطه‌ی مناسب و ایجاد اعتماد، بررسی انتظارات مادران از درمان، معرفی درمان پذیرش و تعهد، شرح اهداف اولیه درمان و تعداد جلسات و تعیین قوانین حاکم بر جلسات.
جلسه اول	معرفی مفهوم درماندگی خلاق، کشف اهداف و تلاش‌های ناموفق در مقابله با افسردگی و اینکه درمانجو به این بینش برسد که راهبردهای کنترل او در مقابله با افسردگی تاکنون ناموفق بوده است، درک افسردگی از دیدگاه ACT، استعاره گودال، معرفی سیستم تاکارآمدی گذشته، انتخاب گزینه و حرکت به سمت اینکه "کنترل به عنوان یک مشکل" است. تکالیف: ثبت تجربیات روزانه
جلسه دوم	شرح نتیجه جلسه قبل و توضیح اینکه حالت افسردگی مراجع نمایانگر پاسخ محدود به شیوه راهبردهای کنترل می باشد، استفاده از تمرینات برای چالش با اثربخشی راهبردهای کنترل، معرفی این ایده که کنترل مسئله است، نه راه حل. آموزش رابطه بین خلق و خو و رفتار با هدف افزایش تعامل درمانجو در فعالیت‌های لذت بخش، استعاره دروغ سنجی، استعاره دونات زله‌ای، استعاره قلا در جنگ با هیولا. منطق فعال سازی رفتاری، تنظیم اولیه هدف رفتاری، انتخاب تمایل پذیرش تکالیف: یادداشت روزانه تمایل پذیرش
جلسه سوم	استخراج تجربه درمانجو برای تقویت این شناخت که "کنترل یک مشکل است" و معرفی تمایل به تجربه افسردگی به عنوان یک جایگزین برای کنترل. افزایش دادن احتمال موفقیت درمانجو با فعال سازی رفتاری. درجه موفقیت ظاهری در کنترل عمدی احساسات. برنامه نویسی از رویدادهای درونی (تمرین اعداد چه هستند؟). درجه تمایل به عنوان یک جایگزین برای کنترل (استعاره در مقیاس). هزینه های عدم تمایل (ناراحتی ناپاک یازنگری). استعاره جعبه پر از مسائل. تشخیص ساده هدف رفتاری که نیاز به تمایل دارد. تکالیف: ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک. عملکرد در هدف رفتاری تعیین شده.
جلسه چهارم	معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز. تمرین ذهن شما دوست شما نیست. تمرین شیر، شیر، مسافران در اتوبوس، برگها در جویبار روان، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد. تکالیف: تمرین ذهن آگاهی. شناسایی عملکرد هدف رفتاری تعیین شده
جلسه پنجم	به چالش کشیدن و با تضعیف استدلال به عنوان علت ها، تمرین طرف بستنی. استفاده از حرف (و) در مقابل (اما). من این افکار را دارم. تمرین دوباره ذهن آگاهی. شناسایی اهداف رفتاری که نیازمند گسلش و تمایل باشند. تکالیف: استدلال به عنوان علت ها، ادامه تمرین ذهن آگاهی
جلسه ششم	معرفی تمایز خود مفهوم سازی شده در برابر خود مشاهده گر. تمرین تطبیق روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده گر تکالیف: ادامه تمرین ذهن آگاهی، شناسایی عملکرد هدف رفتاری تعیین شده.
جلسه هفتم	مقدمه ای بر ارزش ها، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات (تمرین جوراب). انتخاب ارزش ها (انتخاب در برابر قضاوت ها/تصمیم ها). شناسایی ارزش ها (تمرین مراسم دفن سنگ قبر). شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش ها (هدف رفتاری) تکالیف: دستورالعمل مسیر مبتنی بر ارزش ها، اقدام برای شناسایی ارزش های تعیین شده
جلسه هشتم	مطرح کردن ارتباط بین اهداف و ارزش ها، مطرح کردن ارتباط بین فرایند و نتایج (استعاره اسکی بازی). شناسایی فعالیت مبتنی بر ارزش ها (هدف رفتاری). تکالیف: عملکرد فعالیت انجام شده مبتنی بر ارزش ها
جلسه نهم	شناسایی ارزش ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر). نقش انتخاب در اعمال متعهدانه (بررسی انتخاب در مقابل قضاوت/تصمیم ها، استعاره باغیانی). موانع موجود اهداف و تمایل در پذیرش آنها (استعاره حباب در جاده). شناسایی یک عمل ارزشی (هدف رفتاری) برای تکلیف هفته. تکالیف: فعال سازی رفتاری (تعهد دستیابی به اهداف کوچکتر تعیین شده). عملکرد و اقدام به عمل ارزش مشخص شده.
جلسه دهم	مهمانان ناخواسته (استعاره معروف آدم بیکار و تنبل). ماهیت همه یا هیچ (تمرین جهش). تکالیف: ادامه ی تکلیف فعال سازی رفتاری
جلسه یازدهم	آمادگی برای خاتمه. آموزش به درمانجو که خود یک درمانگر باشد. شناسایی موانع الگوریتم FEAR. عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT تکالیف: گسترش یک برنامه بعد از درمان. ثبت اهداف مراجع (مثلاً در ۱ ماه، ۶ ماه و ۱ سال). فعال سازی رفتاری.
جلسه دوازدهم	معکوس کردن پیشرفت حاصل شده. استعاره دو کوه، بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان. پایان جلسات درمانی

به منظور انجام مرحله اول پژوهش از تمامی مشارکت کنندگان دو گروه کنترل و مداخله خواسته شد که پرسش نامه افسردگی بک را تکمیل نمایند. سپس در طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای، مداخلات درمانی برای گروه آزمایش انجام شد و پس از آن در مرحله دوم پژوهش از مادران خواسته شد که مجدداً پرسش نامه افسردگی بک را تکمیل کنند.

یافته ها

میانگین سن مادران در گروه گواه $36/40 \pm 5/17$ سال در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۷ سال؛ و در گروه آزمایش $36/80 \pm 5/34$ سال در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۵ سال بود. میانگین سن کودکان در گروه گواه $2/54 \pm 9/0$ سال در محدوده سنی ۵ تا ۱۲ سال؛ و در گروه آزمایش $1/79 \pm 8/93$ سال در محدوده سنی ۶ تا ۱۲ سال بود. سطوح تحصیلات مادران در گروه گواه به ترتیب شامل زیردیپلم (۲۰ درصد)، دیپلم (۴۶/۷ درصد)، فوق دیپلم و لیسانس (۱۳/۳ درصد)، فوق لیسانس و بالاتر (۲۰ درصد)؛ در گروه آزمایش زیردیپلم (۲۶/۷ درصد)، دیپلم (۲۶/۷ درصد)، فوق دیپلم و لیسانس (۲۰ درصد)، فوق لیسانس و بالاتر (۲۶/۷ درصد) بود.

¹ Zettle

در گروه گواه ۴۰ درصد مادران و در گروه آزمایش ۲۶/۷ درصد مادران شاغل بودند. متوسط درآمد خانوار در گروه گواه کمتر از دو میلیون (۳۳/۳ درصد)، دو تا چهار میلیون (۴۰ درصد)، بالای چهار میلیون (۲۶/۷ درصد)؛ در گروه آزمایش کمتر از دو میلیون (۲۶/۷ درصد)، دو تا چهار میلیون (۵۳/۳ درصد)، بالای چهار میلیون (۲۰ درصد) بود.

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمرات افسردگی در قبل و بعد از درمان برای گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

برای بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از ارائه و بررسی نتایج آزمون‌های مربوط به تحلیل فرضیه‌ی پژوهش، ابتدا آزمون پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس انجام گرفت. پیش‌فرض‌های مهم تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی شیب رگرسیون‌ها و همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها است.

برای بررسی نرمال بودن توزیع افسردگی از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که تمام متغیر افسردگی هم در پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون در دو گروه مورد مطالعه از توزیع نرمال پیروی می‌کند ($p > 0.05$)

مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها با استفاده از اثر متقابل گروه*نمرات پیش‌آزمون بررسی شد. نشان داد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها برای افسردگی برقرار است ($p > 0.05$)

همچنین مفروضه همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد (جدول ۵). نتایج نشانگر آن است که واریانس متغیر افسردگی در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری ندارد ($p > 0.05$)؛ بنابراین تمام مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره برقرار است.

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که اثر گروه بر میزان افسردگی در سطح ۱ درصد معنی‌داری است ($p = 0.001$). به عبارتی دیگر، درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی تأثیر مثبت معنی‌داری دارد. شدت تأثیر برابر با ۰/۶۶ است.

جدول ۱. شاخصه‌های توصیفی سن مادر و سن کودک در افراد نمونه در گروه گواه و آزمایش

گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	دامنه
سن کودک					
گواه	۹/۰۰	۲/۵۴	۵	۱۲	۷
آزمایش	۸/۹۳	۱/۷۹	۶	۱۲	۶
سن مادر					
گواه	۳۶/۴۰	۵/۱۷	۳۰	۴۷	۱۷
آزمایش	۳۶/۸۰	۵/۰۶	۳۰	۴۵	۱۵

جدول ۲. شاخصه‌های توصیفی متغیر افسردگی در افراد نمونه در گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون (n = ۱۵)		پس‌آزمون (n = ۱۵)		میانگین تعدیل‌شده
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	گواه	۲۶/۸۷	۱۱/۹۸	۲۵/۹۳	۱۱/۱۳	۲۶/۰۵
	آزمایش	۲۷/۱۳	۱۰/۹۵	۲۲/۸۰	۹/۴۶	۲۲/۶۸

جدول ۳. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر افسردگی با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		مقدار شاپیرو ویلک	درجه آزادی	مقدار شاپیرو ویلک	درجه آزادی
افسردگی	آزمایش	۰/۹۶۵	۱۵	۰/۷۷۳	۱۵
	گواه	۰/۹۶۹	۱۵	۰/۸۴۰	۱۵

جدول ۴. نتایج فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها برای افسردگی در دو گروه مورد مطالعه

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اثر گروه پیش‌آزمون	۴/۵۳	۱	۴/۵۳	۲/۹۶	۰/۰۹۷
خطا	۳۹/۷۹	۲۶	۱/۵۳		

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس افسردگی در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	F	df ^۱	df ^۲	Sig.
افسردگی	۰/۴۰۱	۱	۳۸	۰/۵۳۲

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه افسردگی در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیش‌آزمون	۲۹۴۱/۰۲	۱	۲۹۴۱/۰۲	۱۷۹۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸۵
اثر گروه	۸۵/۲۴	۱	۸۵/۲۴	۵۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸
اثر خطا	۴۴/۳۲	۲۷	۱/۶۴			

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر اثربخشی مداخله‌ی دوازده جلسه‌ای درمان پذیرش و تعهد را در افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی بررسی کرد. نتیجه‌ی پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی مؤثر است. تحقیقات چندانی در حوزه‌ی تأثیر این درمان بر مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام نشده است؛ ولی این مطالعه با تحقیقات قبلی که تأثیر درمان پذیرش و تعهد را روی نشانه‌های افسردگی بررسی کرده بودند، همخوان است. از جمله‌ی این تحقیقات می‌توان به این پژوهش‌ها اشاره کرد: تحقیق مارکاندی و همکاران که در پژوهش خود بر روی بیمارانی که افسردگی آن‌ها در برابر درمان مقاوم بود از درمان پذیرش و تعهد استفاده کردند و نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در درمان افسردگی‌های مقاوم در برابر درمان مؤثر باشد (مارکاندی، فرانکو، دیسون، مورانت، آربوکل و مک‌گیلوری^۱، ۲۰۱۲). نتایج پژوهشی که در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان بزه‌کار زندانی انجام شده است نیز نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد مداخله‌ای مؤثر بوده است (مفید، فاتحی‌زاده و درستی، ۱۳۹۶). همچنین در تحقیقی دیگر لاپالینین و همکارانش اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را بر نشانه‌های افسردگی موردبررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که درمان تعهد و پذیرش می‌تواند برای افرادی که نشانه‌های افسردگی دارند مؤثر باشد (لاپالینین، لانگریال، کیوکونن، تولوانن و لاپالینین^۲، ۲۰۱۵). در پژوهش دیگری که در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی در زنان دارای تجربه‌ی فرازناشویی انجام شده است، نتایج حاکی از آن است که درمان پذیرش و تعهد میزان افسردگی این زنان را به‌طور معنی‌داری کاهش داده است (علوی‌زاده و شاکریان،

^۱ Markanday, Franco, Dyson, Murrant, Arbuckle & McGillvray^۲ Lappalainen, Langrial, Kukkonen, Tolvanen & Lappalainen

(۱۳۹۵). همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی نتایج پژوهشی که در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افسردگی، عزت نفس و نگرانی از تصویر بدنی زنان بعد از اولین زایمان انجام شده است نیز حاکی از آن است که درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی زنان بعد از اولین زایمان مؤثر است (رسولی علی‌آبادی و کلانتری، ۱۳۹۶).

مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی در مقایسه با مادران دارای کودک سالم کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و با توجه به مشکلات طولانی مدت کودکان مبتلا به فلج مغزی و نیاز به مراقبت دائم از آنها، این مادران سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند و میزان افسردگی در آنها به‌طور معنی‌داری بالاتر از مادران کودکان سالم گزارش شده است (فیندلر، جیکوبی و گابیس^۱، ۲۰۱۶). رشد کودکان مبتلا به فلج مغزی وابسته به کیفیت مراقبت والدین است و برای بهبود شرایط این کودکان تأکید بر سلامت فیزیکی و روانی مراقبان و به‌ویژه مادران آنها اهمیت زیادی دارد (جانکوسکا، ولودارزیک، کمپبل و شاو^۲، ۲۰۱۵).

مفهوم افسردگی در درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان یک هیجان ثانویه که از تلاش برای اجتناب از واکنش‌های هیجانی عادی و سازگاران در برابر رویدادهای ناراحت‌کننده زندگی ناشی می‌شود، تعریف شده است. در این رویکرد بر روی زمینه، شکل و یا تکرار افکار منفی تأکید نمی‌شود بلکه این‌که چگونه یک فرد با این افکار ارتباط برقرار می‌کند اهمیت دارد (فولک، پارلینگ و ملین^۳، ۲۰۱۲). هدف درمان پذیرش و تعهد این است که پذیرش انواع مختلفی از تجربیات ذهنی، شامل افکار، باورها، احساسات و عواطف پریشان‌کننده و اضطراب‌آور را در تلاش برای بهبود رفتار مطلوب که منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود را تسهیل کند (فورمن، هربرت، موریتا، یومنز و گلر^۴، ۲۰۱۲). از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند اجتناب‌ناپذیر و پریشان‌کننده و پرورش ذهن آگاهی به‌منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و شناسایی ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری درمان‌جو تشویق می‌شود تا درحالی‌که به‌سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است با تجربیاتش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کرده و آنها را بدون قضاوت درباره‌ی درستی یا نادرستی‌شان در هنگام ظهور بپذیرد (اوست^۵، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از تکنیک‌ها و استعاره‌ها و تمرینات درمان پذیرش و تعهد به مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی آموخته شد تا با پذیرش ناکامی ناشی از داشتن یک کودک دارای ناتوانی حرکتی مزمن و رنجی که به ناچار با خود دارد، بتوانند بدون اجتناب از افکار و احساسات ناخوشایند، آنچه فراتر از کنترل آنها بوده است را بپذیرند و نسبت به انجام دادن اعمالی که زندگی آنها و کودکان‌شان را غنی‌تر و معنادارتر می‌کند متعهد باشند؛ بنابراین در مورد نتایج به‌دست آمده از پژوهش می‌توان چنین استدلال کرد که درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تغییر دادن نگاه درمان‌جویان درباره‌ی خود و کمک به آنها در بازنگری ارزش‌ها و اهداف زندگی و همچنین متعهد شدن به انجام دادن اعمالی که از نظر آنها با ارزش‌تر هستند میزان افسردگی مادران را به‌طور معناداری کاهش دهد. به دلیل تأثیر مثبت درمان پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی توصیه می‌شود این برنامه‌ی مداخله‌ای در درمان افسردگی مادران دارای کودکان استثنایی مورد استفاده

¹ Findler, Jacoby & Gabis

² Jankowska, Wlodarczyk, Campbell & Shaw

³ Folke, Parling & Melin

⁴ Forman, Herbert, Morita, Yeomans & Geller

⁵ Ost

قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: با توجه به این که جامعه‌ی آماری این پژوهش، مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی بودند، تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها باید با احتیاط لازم صورت بگیرد. این پژوهش صرفاً بر روی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام شده است که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی مشکلات روان‌شناختی پدران نیز مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین بررسی اثر درمانی این روش بر اختلالات روانی دیگر نیز می‌تواند مفید باشد.

موازین اخلاقی

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از انجام پژوهش، پرسشنامه رضایت شرکت در پژوهش توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. همچنین تمام فرایند تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط آزمونگر به صورت محرمانه انجام گرفته و گردآوری شده است. در زمان انجام مقاله دریافت کد اخلاق جزو ضروریات نبوده و مقاله حاضر فاقد کد اخلاق است.

سپاسگزاری

از تمامی کارکنان و مسئولان مدرسه آموزش کودکان استثنایی مردانی آذر تبریز و همین‌طور مادران شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع

- رضایی میرقائد ملیحه؛ کریمی، رضا؛ رهروی، مهشید؛ مصدق، کبری؛ آبی پور، جابر. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به اعتیاد. *مجله مطالعات ناتوانی*، (۶)، ۲۶۹-۲۶۵.
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف‌وحید، محمدکاظم؛ دابسون کیت، استفان. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذار طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۱ (۳)، ۳۱۲-۳۲۶.
- مفید، وحیده؛ فاتحی زاده، مریم؛ درستی، فاطمه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزه‌کار زندانی در شهر اصفهان. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*.
- علوی زاده، فرانک؛ شاکریان، عطا. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرازناشویی (عاطفی، جنسی). *روان پرستاری*، ۴ (۶)، ۸-۱۴.
- رسولی علی آبادی، بهاره؛ کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۶ (۲)، ۱۰۳-۱۱۲.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory - Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*, 21(4), 185-192.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2016). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773.

- Findler, L., Klein Jacoby, A. and Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 44-54.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Garip, Y., Ozel, S., Tuncer, O. B., Kilinc, G., Seckin, F., & Arasil, T. (2016). Fatigue in the mothers of children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 39(8), 757-762.
- Giray, E. (2018). Pain evaluation in a sample of Turkish children with cerebral palsy and its association with dependency level, verbal abilities, and the quality of life of patients and sociodemographic status, depression, and quality of life of their caregivers. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64(3), 222-229.
- Jankowska, A. M., Włodarczyk, A., Campbell, C., & Shaw, S. (2015). Parental attitudes and personality traits, self-efficacy, stress, and coping strategies among mothers of children with cerebral palsy. *Health Psychology Report*, 3: 246-259.
- Krstić, T., Mihić, L., & Mihić, I. (2015). Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 135-143.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support. *Behavior Modification*, 39(6), 805-834.
- Lee, M. H., Matthews, A. K., & Park, C. (2019). Determinants of Health-related Quality of Life Among Mothers of Children With Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Nursing*, 44: 1-8.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., ... Tengström, A. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
- Markanday, S., Data-Franco, J., Dyson, L., Murrant, S., Arbuckle, C., McGillvray, J., & Berk, M. (2012). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant depression. *Aust NZJ Psychiatry*, 46(12), 1198-1199.
- Öst, L. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Parisi, L., Ruberto, M., Precenzano, F., Di Filippo, T., Russotto, C., Maltese, A., ... Roccella, M. (2016). The quality of life in children with cerebral palsy. *Acta Medica Mediterranea*, 32(5), 1665-1670.
- Soliman, R., Altwairqi, R., Alshamrani, N., Al-Zahrani, A., Al-Towairqi, R., & Al-Habashi, A. (2019). Relationship between quality of life of children with cerebral palsy and their mothers' depression and anxiety. *Saudi Journal for Health Sciences*, 8(1), 1-10.
- Terzi, R. (2015). Musculoskeletal system pain and related factors in mothers of children with cerebral palsy. *Ağrı - The Journal of The Turkish Society of Algology*.
- Vargus-Adams, J. (2005). Health-Related Quality of Life in Childhood Cerebral Palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(5): 940-945.

- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 74: 25-31.
- Yoo, J. (2016). Correlations among Motor Function, Quality of Life, and Caregiver Depression Levels in Children with Cerebral Palsy. *The Journal of Korean Physical Therapy*, 28(6): 385-392.
- Zettle, R. D. (2007). *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Zettle, R. D. (2015). acceptance and commitment therapy for epression. *Current Opinion in Psychology*, 2, 65-69.