




مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی با درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی و شادمانی در بین مادران کودکان مبتلا به لکنت زبان

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

ستاره عطاآبادی 

زهرا یوسفی* 

فلور خیاطان 

z.yousefi@khuif.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پایانی ۱۲ | ۵۳۵-۵۲۰

پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(عطاآبادی، یوسفی و خیاطان، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

عطاآبادی، ستاره، یوسفی، زهرا، و خیاطان، فلور. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی با درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی و شادمانی در بین مادران کودکان مبتلا به لکنت زبان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳) پایانی (۱۲): ۵۳۵-۵۲۰.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی با درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی و شادمانی در بین مادران کودکان ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به لکنت زبان انجام شد. **روش پژوهش:** این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی طرح دو گروهی با گروه گواه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه بود و با هدف مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی با درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی و شادمانی در بین مادران کودکان مبتلا به لکنت زبان انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به لکنت زبان در سال ۹۹ - ۹۸ بود. نمونه آماری شامل ۶۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به لکنت زبان بودند که به شکل در دسترس انتخاب شدند و به تصادف به دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه، گمارش شدند (هر گروه ۲۰ نفر). گروه آزمایش اول طی ده جلسه نود دقیقه‌ای تحت آموزش کیفیت زندگی درمانی فریش (۲۰۰۵) و گروه آزمایش دوم طی ده جلسه‌ای نود دقیقه‌ای تحت آموزش درمان پذیرش و تعهد هایز (۲۰۱۳) قرار گرفتند و گروه گواه حین آموزش‌ها هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه قدردانی ایمونز و همکاران (۲۰۰۳) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد (۲۰۰۲) بودند. تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری) انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که روش کیفیت زندگی درمانی ($P=0/000$ ، $F=408/31$) و روش پذیرش و تعهد ($P=0/000$ ، $F=563/11$) بر بهبود بخشیدن به متغیرهای وابسته مؤثر بوده‌اند؛ اما روش درمان پذیرش و تعهد مؤثرتر از کیفیت زندگی درمانی بوده است ($P<0/01$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به تحلیل یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، به کمک کیفیت زندگی درمانی و درمان پذیرش و تعهد، می‌توان به بهبود سازه‌های روان‌شناختی در بین مادران کودکان مبتلا به لکنت زبان کمک کرد و در این زمینه روش پذیرش و تعهد موثرتر است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی درمانی، درمان پذیرش و تعهد، قدردانی، شادمانی، لکنت

مقدمه

لکنت زبان نوعی نقص در گفتار است که در آن جریان گفتار توسط تکرار غیر ارادی، انسدادها و مکث‌های غیرارادی مختل می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان می‌دهند که در واقع خانواده و عوامل خانوادگی نقش اساسی در شیوع لکنت‌زبان کودکان دارند (موحدی و فخری، ۱۳۹۳). در این بین به نظر می‌رسد رابطه مادر و فرزند می‌تواند بیش‌تر از هر عامل دیگری بر تشدید یا کاهش لکنت‌زبان کودک، مؤثر باشد (هومنیوک و تارکوسکی، ۲۰۱۶). از آن جایی که لکنت‌زبان کودک می‌تواند باعث بحران در خانواده شود، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اگر توانایی تحمل سختی‌ها و دشواری‌های زندگی در مادران کودکان مبتلا به لکنت‌زبان، بیش‌تر شود (موحدی و فخری، ۱۳۹۳)، می‌تواند باعث بالابردن مؤلفه‌های سلامت روانی و از جمله قدردانی^۱ در بین این دسته از مادران شود.

قدردانی، از جمله مهم‌ترین هیجانات مثبت است که در سال‌های اخیر، توجه بسیاری را به خود جلب کرده است (مک‌کالف، کیملدورف و چون، ۲۰۰۸) و به عنوان صفت جوهری در روان‌شناسی مثبت‌نگر، تلقی شده است. قدردانی حالتی روان‌شناختی عاطفی است که با تشخیص دریافت سود و منفعت، به وجود می‌آید و احساسی مثبت را به همراه دارد (ویلیام و پارلتز، ۲۰۱۵). قدردانی، حالتی است که نیاز به تأیید دو واقعیت دارد: نتیجه مثبت به همراه دارد و این نتیجه مثبت از یک منبع خارجی و بیرون از درون فرد، حاصل می‌شود. بنابراین مردم تصدیق می‌کنند که منافع را از دیگری، دریافت کرده‌اند و آن منافع در ارتباط با دیگران به دست آمده است. لذا قدردانی، با آگاهی هیجانی، همراه است. یعنی فرد می‌داند که موهبتی را از جایی دریافت کرده است که شاید حق او نبوده است و ناشی از بخشش اطرافیان می‌باشد (اقلیما و ابراهیمی، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد در خانواده‌هایی که با آسیب‌های هیجانی ناشی از فرزند مبتلا به ناتوانی، دست و پنجه نرم می‌کنند، از طریق مداخلات درمانی و آموزشی و با بهبود روابط میان‌فردی، افراد می‌توانند به صورت کلامی و غیرکلامی اطلاعات و احساسات خود را با دیگران در میان بگذارند و از اشخاصی که آن‌ها را مورد لطف و محبت خود قرار داده‌اند، سپاسگزاری و قدردانی کنند (ویلیام و پارلتز، ۲۰۱۵)؛ که این امر به رضایت‌مندی و شادمانی بیش‌تری خواهد انجامید که موجبات حفظ سلامتی عاطفی، روانی، جسمی و امیدواری را فراهم می‌کند (دومینگوئز جیمنز و همکاران، ۲۰۲۰).

محققان در تعریف شادمانی^۲ می‌گویند: شادمانی، احساس مثبتی است که از حس پیروزی و رضایت‌مندی به دست می‌آید (مالثری، سنکوبوگ و هونگورو، ۲۰۲۰). در برخی منابع بیان شده است که شادمانی شخصی بر فاصله ادراک شده بین وضعیت خود و دیگران مبتنی است. یعنی وقتی که موقعیت با معیاری که پایین‌تر است، مقایسه شود، افراد به رضایت‌مندی بیش‌تری می‌رسند تا وقتی که این مقایسه با معیاری که بالاتر است، انجام گیرد (کارول و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد که این مؤلفه از سلامتی روانی (شادمانی)، می‌تواند به مادران کودکان مبتلا به لکنت زبان کمک کند تا با فشارهای روحی و روانی ناشی از مشکلات فردی و بین فردی فرزندشان که منشأ آن‌ها نگرانی از قضاوت‌ها و ارزیابی‌های دیگران می‌باشند، مقابله کنند و به رشد روانی خود و فرزند مبتلا به لکنت، کمک کنند (موحدی و فخری، ۱۳۹۳). همان گونه که قبلاً

1. Gratitude
2. Happiness

اشاره گردید، اگر برای بهبود وضعیت روانی و اجتماعی مادران کودکان مبتلا به لکنت‌زبان تلاش‌هایی صورت گیرد، می‌تواند در روابط آن‌ها با اطرافیان و کودک مبتلا به لکنت‌زبان، مؤثر باشد (موحدی و فخری، ۱۳۹۳). یکی از مداخلاتی که در این پژوهش، مد نظر است، کیفیت زندگی درمانی^۱ است و مدلی است که به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، بر اساس یک مدل پنج راهه که عبارت است از تغییر نگرش، تغییر اولویت، تغییر استانداردها، تغییر اهداف و افزایش رضایت از سایر ابعاد زندگی در ۱۶ حیطه اصلی زندگی می‌باشد. این مدل عبارت است از تغییر نگرش، تغییر اولویت، تغییر استانداردها، تغییر اهداف و افزایش رضایت از سایر ابعاد زندگی در ۱۶ حیطه اصلی زندگی که شامل پنج استراتژی عبارتند از: شرایط زندگی، نگرش‌ها، استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده ایم، اولویت‌بندی حیطه‌ها، رضایت کلی از زندگی می‌باشد. حوزه‌های اصلی زندگی شامل بهداشت و سلامت جسمانی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و مادیات، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک به دیگران، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه، همسایه‌ها، جامعه، همسر می‌باشد (فریش، ۲۰۰۵). در این مدل، روان‌شناسی مثبت و روان‌شناسی سلامت با رویکردهای شناختی ترکیب شده است (تقوی لاریجانی، نیک‌بخت نصرآبادی، یونس‌پور و عرشی‌ها، ۱۳۹۶). تحقیقات نشان دهنده تاثیر کیفیت زندگی درمانی بر متغیرهای روان‌شناختی از جمله بر کاهش علائم افسردگی و شادمانی (نقیبی، سعیدی و خزائی، ۱۳۹۶) و امیدواری (سلف و لیوآ، ۲۰۱۳) اثر معنادار دارد.

درمان پذیرش و تعهد^۲ یکی دیگر از شیوه‌های درمانی و آموزشی است که هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی رضایت‌بخشتری داشته باشند (کسیلا و همکاران، ۲۰۲۰). درمان پذیرش و تعهد از شش فرآیند درمانی مهم و مرتبط با یکدیگر تشکیل یافته است که عبارتند از: گسلس شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها، اقدام متعهدانه (نریمانی، عباسی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۱). تاکنون، پژوهش‌هایی نیز در رابطه با درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش حاضر و سایر متغیرهای روان‌شناختی انجام شده است که تاثیر این نوع درمان را نشان داده است از جمله نریمانی، عباسی و ابوالقاسمی و احدی (۱۳۹۱) بر تنظیم هیجان و هایز و همکاران، (۲۰۱۳) بر بهبود شناخت‌های غلط، سعید منش و عزیزی (۱۳۹۶) بر سبک‌های دفاعی و زارع (۱۳۹۶) بر انعطاف‌پذیری شناختی نشان دادند. همچنین پژوهش‌هایی به بهبود قدردانی و بخشش پرداخته‌اند از جمله عطایی و یوسفی (۱۳۹۵) اثربخشی کیفیت زندگی درمانی را بر قدردانی زنان سرپرست خانوار نشان داده‌اند؛ هنرپروران (۱۳۹۳) اثربخشی روش پذیرش و تعهد را بر بخشش زنان خیانت دیده نشان داد.

با توجه به لزوم بهبود وضعیت روانی مادران کودکان مبتلا به لکنت‌زبان و تاثیر آن بر روابط با فرزندان‌شان، پژوهش حاضر بر آن بود تا به مقایسه تاثیر کیفیت زندگی درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای قدردانی و شادمانی در بین این دسته از مادران بپردازد. لازم به ذکر است تا کنون پژوهشی به مقایسه این

1. Quality of life Therapy

2. Acceptance and Commitment Therapy

دو روش در این جامعه آماری نپرداخته است. هم‌چنین نتایج چنین پژوهشی می‌تواند به تنظیم روش‌های توانمندسازی روان‌شناختی برای مادران مبتلا به کودکان لکنت زبان کمک نماید. به این ترتیب فرضیه اصلی این پژوهش بدین شرح بود:

- ۱- کیفیت زندگی درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی و شادمانی مادران کودکان ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به لکنت زبان در مرحله پس‌آزمون موثر است.
- ۲- کیفیت زندگی درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی و شادمانی مادران کودکان ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به لکنت زبان در مرحله پیگیری پایدار است.
- ۳- اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی و شادمانی مادران کودکان ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به لکنت زبان تفاوت معناداری دارد.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد بود و در آن از بسته کیفیت زندگی درمانی آقای و یوسفی (۱۳۹۶) و بسته پذیرش و تعهد سلیمی سودرجانی و یوسفی (۱۳۹۶) طرح پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی، دو گروه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به لکنت‌زبان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. علت انتخاب این گروه سنی آن بود که به نظر می‌رسد این گروه به علت حضور در دبستان برای اولین بار و ضرورت تعامل با دیگران و خطر نپذیرفته شدن از سوی دیگران، تجربه کم برای حضور در محیط‌های بزرگ و نیاز به مادر در این سنین، استرس زیادی را تحمل می‌کنند و به مادرشان نیز این استرس را انتقال می‌دهند. نمونه‌گیری با مراجعه به مراکز گفتاردرمانی و مشاوره شهر اصفهان انجام شد. تعداد ۶۰ نفر از این مادران با استفاده از روش در دسترس انتخاب شدند به این ترتیب که با چاپ اطلاعیه برگزاری دوره و توزیع آن در مراکز گفتار درمانی، مادران داوطلبی که ثبت‌نام کردند و از ملاک‌های ورود که عبارت بودند از: داشتن کودک مبتلا به لکنت زبان، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، آمادگی و توافق برای شرکت در ده جلسه آزمایشی برخوردار بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند. نحوه انتخاب بر اساس ملاک‌های ورود و خروج بود. به منظور تعیین حجم نمونه با استفاده از جدول چان (چان و پنیلدیکان، ۲۰۰۶) و در سطح $(P=0/01)$ و $(Power=0/80)$ برای هر گروه بیست نفر انتخاب شد. لازم به ذکر است توان بالای $0/80$ پس از تحلیل داده‌ها نیز موید کفایت حجم نمونه است. به منظور گمارش تصادفی ابتدا شرکت‌کنندگان در سه گروه جای گرفتند سپس به هر گروه یک شماره اختصاص یافت و مقرر شد اولین شماره در قرعه وارد گروه آزمایشی کیفیت زندگی درمانی و دومین قرعه وارد گروه آزمایشی پذیرش و تعهد و گروه باقی مانده در گروه گواه گمارش شوند.

شرایط ورود افراد نمونه عبارت بودند از: دارای فرزند مبتلا به لکنت‌زبان باشند. فرزندشان دختر باشد، تمایل به شرکت در جلسات آموزشی را داشته باشند. عدم ابتلا به بیماری جسمی یا روانی و یا سوءمصرف مواد که مانع از شرکت در جلسات بشود که به شکل سؤال کتبی به هنگام ثبت‌نام در دوره‌های آموزشی، پرسیده شد؛ و هم‌زمان در دوره دیگری شرکت نکنند. شرایط خروج عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه جلسات از

سوی هرکدام از شرکت‌کنندگان. ایجاد بی‌نظمی در جریان جلسات و عدم تعهد به انجام تکالیف. کد اخلاق در پژوهش از شورای بالینی و معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) دریافت گردید. اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور افراد در جلسات، آرایه شد. رازداری به عنوان یک اصل اساسی در درمان توضیح داده شد و در نهایت، مراجعانی که رضایت خود را برای شرکت در گروه‌ها اعلام کردند، انتخاب شدند. با توجه به رعایت نکات مربوط به اخلاق در پژوهش، اطمینان شرکت‌کنندگان حاصل شد و محققین از خلوص و صداقت شرکت‌کنندگان در پاسخ‌دهی به سوالات اطمینان حاصل کردند.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس قدردانی.** در این پژوهش به منظور بررسی روحیه قدردانی در این مادران از پرسش‌نامه قدردانی^۱ استفاده شد. این پرسش‌نامه توسط ایمونز، مک‌کالف و تسانگ (۲۰۰۳) طراحی شده‌است و مشتمل بر شش گویه می‌باشد که روی طیف شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. دو گویه از سوالات این پرسش‌نامه (گویه ۳ و ۶)، به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایین‌ترین نمره ۶ که نشان از روحیه قدردانی پایین و بالاترین نمره ۳۶ است که نشان از روحیه قدردانی بالا دارد. از جمله گویه‌های آن می‌توان به این عبارت اشاره کرد "روزانه برای موضوعات زیادی شکرگزارم". هر گویه، میزان و شدت قدردانی را که فرد تجربه می‌کند، اندازه می‌گیرد. این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارشی تک بعدی است که قدردانی را در گروه‌های سنی نوجوان تا بزرگسال (دامنه سنی ۱۱ تا ۷۵ سال)، را ارزیابی می‌کند. سازندگان روایی همگرای آن را با همبستگی مثبت و معنادار بین شادی و عزت نفس با قدردانی و هم‌چنین روایی واگرایی آن را با همبستگی منفی و معنادار با حسادت و اضطراب نشان دادند. همسانی درونی این پرسش‌نامه به وسیله روش‌های آلفای کرونباخ و پایایی تنصیفی بررسی گردید. در ایران در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۷۵ تا ۰/۸۲ گزارش دادند (آقابابایی، فرهانی و فاضلی مهرآبادی، ۱۳۸۹). در این پژوهش نیز مجدد همسانی درونی محاسبه شد و بالای ۰/۷۶ به دست آمد.

۲. **پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد.**^۲ توسط هیلز و آرگیل (۲۰۰۲) تدوین شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۹ سوالی است که روی طیف شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. ۱۲ سوال آن به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۹۱ گزارش شده است. پایین‌ترین نمره آن ۰ و بالاترین نمره در آن ۱۴۵ است. هم‌چنین روایی همگرا از طریق ارتباط معناداری بین این پرسش‌نامه با نمرات رضایت از زندگی، خوش‌بینی و برون‌گرایی به دست آمده است و روایی سازه آن شش عامل رضایت زندگی، احساس خوشی، عزت نفس، آرامش، احساس کنترل و کارآمدی را مشخص کرد (هیلز و آرگیل، ۲۰۰۲). در ایران نیز روایی و پایایی این مقیاس بررسی شده و همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۹ گزارش شد. هم‌چنین روایی سازه به کمک تحلیل عامل اکتشافی شش عامل را تایید کرد و روایی همگرا با همبستگی معنادار با عزت نفس و رضایت زندگی بررسی و تایید شده است (نجفی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز مجدداً همسانی درونی بررسی و ۰/۸۳ به دست آمد.

1. Gratitude scale

2. Oxford happiness scale

۳. طرح آموزش کیفیت زندگی درمانی. این طرح بر اساس نظریه فریش (۲۰۰۶) برگرفته از آقایی و یوسفی (۱۳۹۶) در ادامه آمده است:

جلسه اول. معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری و تعیین اهداف گروه.

جلسه دوم. ارائه اطلاعات ضروری در مورد کیفیت زندگی درمانی، اجرای فنون شناخت ابعاد زندگی و تعیین حیطه‌های رضایت بخش و غیر رضایت بخش.

جلسه سوم. آشنایی اعضا با پنج بعد رضایت از زندگی، تعیین هدف برای ابعاد مختلف ۱۶ بعد زندگی و نظارت بر ابعاد زندگی با توجه به مشخص سازی میزان رضایت.

جلسه چهارم. آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی: غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی، بیان الزامات رسیدن به غنای درونی و راه‌های رسیدن به آن، تعریف و درک نیم‌رخ روانی استرس، تعریف کیفیت زمان، بررسی فنون رسیدن به کیفیت زمان: فوری و بلندمدت.

جلسه پنجم. آشنایی با سایر فنون کیفیت زمان، معنای زندگی و فنون آن، راه‌های رسیدن به معنای زندگی، آموزش چگونگی تدوین اهداف معناآفرین.

جلسه ششم. توضیح و آموزش فن تغییر شرایط و فن تغییر نگرش به هنگام تجربه هیجان‌ناات منفی.

جلسه هفتم: آشنایی با مدل پنج‌گانه رضایت از زندگی (سه فن تغییر اهداف/اولویت‌ها/تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها).

جلسه هشتم. آشنایی اعضا با سه روش تکمیلی بهبود کیفیت زندگی (مهارت‌های کنترل زندگی، کنترل هیجان، اصول شادمانی).

جلسه نهم. جمع‌بندی مطالب و تاکید بر کاربرد دستاوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی جهت حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود.

جلسه دهم. پاسخ‌گویی به سوالات و انجام پس‌آزمون.

۴. طرح درمان پذیرش و تعهد. بر اساس نظریه هایز، برگرفته از سلیمی سودرجانی و یوسفی (۱۳۹۶) آماده شد و در ادامه آمده است:

جلسه اول. معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری و تعیین اهداف گروه.

جلسه دوم. ارائه اطلاعات ضروری در مورد درمان پذیرش و تعهد و بیان منطق درمان، گفتگو درباره عوامل موثر در ایجاد هیجان‌ناات منفی و پریشانی روانی.

جلسه سوم. آشنایی اعضا با مفاهیم آموزه‌های کلامی و اجتناب تجربی، و آثار و عواقب آن و معرفی انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان یک روش موثر.

جلسه چهارم. آشنایی با مفهوم پذیرش و راهکارهای مدیریت علائم روانشناختی و تغییر کارکرد آنان، شیوه‌های صحیح مواجهه با افکار و احساسات دردناک.

جلسه پنجم. آشنایی با آمیختگی شناختی در مقابل انعطاف‌پذیری شناختی، خطرات آمیختگی شناختی، نحوه مدیریت آمیختگی شناختی به کمک ذهن‌آگاهی و زندگی در زمان حال.

جلسه ششم. آشنایی و تمرین فنون رهایی از افکار و احساسات سمج و دردناک، آموزش روش ارزیابی بدکارکرد و کارآ و نحوه روبه رویی با افکار بدکارکرد، آموزش بسط آگاهی. جلسه هفتم. آشنایی مراجعان با مفاهیم خود مفهوم سازی شده و خود مشاهده گر، آشنایی با آگاهی خالص، توجه به خود در اینجا و اکنون.

جلسه هشتم. آشنایی با نقش ارزش‌های زندگی و تعهد به آن‌ها و انتخاب سرزندگی به جای همجوشی با افکارناکارآمد، آشنایی و تمرین فنون تعیین ارزش‌ها و نحوه انتخاب ارزش‌های برتر. جلسه نهم. جمع‌بندی مطالب و تاکید بر کاربرد دستاوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی جهت حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود. جلسه دهم. پاسخ‌گویی به سوالات و انجام پس‌آزمون.

شیوه اجرا. پس از اخذ مجوز و کد اخلاق و نمونه‌گیری طی پنج هفته و هر هفته دو جلسه نود دقیقه‌ای افراد در معرض آموزش قرار گرفتند. آموزشگر در هر دو گروه یکسان بود و آموزش‌ها در فرهنگ‌سرای بانوان آفتاب وابسته به شهرداری اصفهان انجام شد. گروه گواه هیچ آموزشی تا پایان دوره دریافت نکردند. پیش از شروع دوره، پس از اتمام جلسات آموزشی و ۴۵ روز پس از اتمام دوره هر سه گروه در معرض ارزیابی با ابزارهای پژوهشی قرار گرفتند. محتوای آموزشی هر دو گروه از هدف، محتوی و تکلیف برای هر جلسه پیروی می‌کرد. لازم به ذکر است هر دو گروه توسط آموزشگر برخوردار از صلاحیت در این دو درمان و هفته‌ای یکبار در مرکز بانوان شهرداری اصفهان آموزش‌ها ارائه شد؛ به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. محاسبات آماری توسط نرم افزار SPSS-23 انجام شد.

یافته‌ها

در هر سه گروه میانگین سنی مادران بالای سی سال بود، در گروه آزمایش اول ۰/۳۵، در گروه آزمایش دوم و در گروه کنترل ۰/۴۰، مادران دیپلم و زیر دیپلم و مابقی بالای دیپلم بودند، همچنین ۰/۲۰ در گروه آزمایش اول، ۰/۲۵ در گروه آزمایش دوم تنها یک فرزند داشتند و مابقی بیش از یک فرزند داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد قدردانی و شادمانی براساس گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
قدردانی	روش کیفیت زندگی درمانی	۱۶/۶	۴/۸۱	۲۲/۳	۵/۲	۵/۱۳
	روش درمان پذیرش و تعهد	۱۶/۶۵	۴/۹۷	۲۹/۳۵	۴/۸۷	۴/۹۶
	گروه گواه	۱۶/۹۵	۴/۷۸	۱۶/۹	۵/۰۶	۵/۱۷
شادمانی	روش کیفیت زندگی درمانی	۷۰/۲۵	۹/۹۴	۹۱/۲	۱۰/۳۵	۱۱/۲۷

روش درمان	۷۰/۹	۹/۳	۱۰۳/۱۵	۱۰/۳۶	۱۰۳/۲۵	۱۰/۶۷
پذیرش و تعهد						
گروه گواه	۷۰/۴۵	۹/۵۵	۷۰/۳۵	۹/۳۵	۷۰/۵۵	۹/۵۶

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که نمرات قدردانی و شادمانی پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش روش کیفیت زندگی درمانی و هم‌چنین گروه آزمایش روش درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل تغییر کرده است. به منظور بررسی معناداری این تفاوت و با توجه به اینکه سه بار هر آزمودنی در معرض ارزیابی قرار گرفته است از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد؛ در ادامه به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها و برابری واریانس نمرات متغیر وابسته از کلموگراف-اسمیرنوف، لوین و ماچلی استفاده شده که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمرات و آزمون همگنی واریانس‌ها و کرویت

متغیر	مرحله مداخله	کلموگراف-اسمیرنوف		آزمون لوین		آزمون ماچلی	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری
قدردانی	پیش‌آزمون	۰/۹۱۹	۰/۱۳۹	۰/۰۷۷	۰/۹۲۶	۰/۸۵۸	۰/۰۶۹
	پس‌آزمون	۰/۹۳۶	۰/۲۰۶	۰/۰۶۴	۰/۹۳۸		
	پیگیری	۰/۹۹۰	۰/۶۲۶	۰/۰۳۸	۰/۹۶۲		
بخشش	پیش‌آزمون	۰/۰۵۷	۰/۹۰۳	۰/۰۸۳	۰/۹۲۱	۰/۱۸۵	۰/۰۵۸
	پس‌آزمون	۰/۹۲۰	۰/۲۰۷	۰/۰۸۴	۰/۹۱۹		
	پیگیری	۰/۹۹۵	۰/۸۳۰	۰/۸۸۵	۰/۱۵۷		

نتایج آزمون‌ها در جدول ۲ نشان می‌دهد که داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کند، واریانس متغیرهای وابسته تفاوت معنادار ندارد و واریانس متغیرهای وابسته در سه مرحله در کل با هم تفاوت معناداری ندارد و پیش‌فرضهای استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری قدردانی و شادمانی بر حسب گروه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
قدردانی	درون	عامل ۱ (زمان)	۲	۱۵۳۸/۴۳۴	۱۱۵۸/۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۹۵۳
	آزمودنی‌ها	عامل ۱* گروه	۴	۱۰۸۴/۵۳۳	۴۰۸/۳۱۲	۰/۰۰۰	۰/۹۳۵
		خطا	۷۵/۷۰۰	۱۱۴	۰/۶۶۴		
شادمانی	درون	عامل ۱ (زمان)	۲	۱۳۰۲۱/۳۷۸	۲۰۲۳/۱۲۹	۰/۰۰۰	۰/۹۷۳
	آزمودنی‌ها	عامل ۱* گروه	۴	۷۲۵۵/۰۸۹	۱۸۱۳/۷۷۲	۰/۰۰۰	۰/۹۵۲
		خطا	۳۶۶/۸۶۷	۱۱۴	۳/۲۱۸		
بین آزمودنی‌ها	گروه	۱۴۹۴۴/۶۷۸	۲	۷۴۷۲/۳۳۹	۲۵/۱۵۷	۰/۰۰۰	۰/۶۶۹

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری نشان می‌دهند که بین گروه‌های آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمرات متغیرهای قدردانی و شادمانی، از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است؛ همچنین با توجه به جداول فوق تغییرات میانگین متغیرهای قدردانی و شادمانی در گروه آزمایش روش درمان پذیرش و تعهد دال بر اثربخش‌تر بودن روش نسبت به سایر گروه‌هاست؛ در نتیجه می‌توان گفت مدل روش درمان پذیرش و تعهد از سایر گروه‌ها موثرتر است هم‌چنین توان آزمون بالای ۰/۸۰ نشان می‌دهد که حجم نمونه از کفایت لازم برخوردار بوده است؛ به منظور مشخص شدن تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد؛ جدول ۴ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل آزمون LSD به منظور مقایسه تفاوت میانگین گروه‌ها در قدردانی

متغیرها	گروه	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری	کران پایین	کران بالا
قدردانی	گروه کیفیت زندگی درمانی-گروه درمان پذیرش و تعهد	*-۸۸۳۴	۱/۵۶۶	۰/۰۰۳	-۸/۰۱۹	-۱/۷۴۸
	گروه کیفیت زندگی درمانی-گروه گواه	*۳/۲۸۳	۱/۵۶۶	۰/۰۴۰	۰/۱۴۸	۶/۴۱۹
	گروه درمان پذیرش و تعهد-گروه گواه	*۸/۱۶۷	۱/۵۶۶	۰/۰۰۰	۵/۰۳۱	۱۱/۳۰۲
شادمانی	گروه کیفیت زندگی درمانی-گروه درمان پذیرش و تعهد	*-۷/۶۵۰	۳/۱۴۷	۰/۰۱۸	-۱۳/۹۵۱	-۱/۳۴۹
	گروه کیفیت زندگی درمانی-گروه گواه	*۱۴/۳۳۳	۳/۱۴۷	۰/۰۰۰	۸/۰۳۲	۲۰/۶۳۴
	گروه درمان پذیرش و تعهد-گروه گواه	*۲۱/۹۸۳	۳/۱۴۷	۰/۰۰۰	۱۵/۶۸۲	۲۸/۲۸۴

جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین متغیرهای قدردانی و شادمانی بین گروه آزمایش روش کیفیت زندگی درمانی با گروه آزمایش روش درمان پذیرش و تعهد معنادار است. تفاوت میانگین متغیرهای قدردانی و شادمانی بین گروه آزمایش روش کیفیت زندگی درمانی با گروه کنترل معنادار است. تفاوت میانگین متغیرهای قدردانی و شادمانی بین گروه کنترل با گروه آزمایش روش درمان پذیرش و تعهد معنادار است. با توجه به جدول ۱ تغییرات میانگین قدردانی و شادمانی در گروه آزمایش روش درمان پذیرش و تعهد دال بر اثربخش‌تر بودن روش نسبت به سایر گروه‌هاست. در نتیجه می‌توان گفت روش درمان پذیرش و تعهد از سایر گروه‌ها موثرتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه دو روش کیفیت زندگی درمانی و پذیرش و تعهد بر بهبود قدردانی و شادمانی مادران دارای کودکان مبتلا به لکنت‌زبان انجام شد. تحلیل نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون LSD، نشان داد که روش پذیرش و تعهد اثربخش‌تر از روش کیفیت زندگی

درمانی است. تا کنون پژوهشی به مقایسه دو روش کیفیت زندگی درمانی و پذیرش و تعهد نپرداخته بود که بتوان همسویی یا ناهمسویی نتایج آن پژوهش‌ها را با نتایج این پژوهش بررسی کرد اما به هر ترتیب پیش از این پژوهش‌های دیگر اثربخشی کیفیت زندگی درمانی را بر بهبود سرمایه روانشناختی، استرس‌های والدگری مادران مبتلا به کودکان استثنایی نشان داده‌اند (آقایی و یوسفی، ۱۳۹۶) قدردانی زنان سرپرست خانواده (عطایی و یوسفی، ۱۳۹۶). همچنین اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر تنظیم هیجان (آقایی و یوسفی، ۱۳۹۶) و فرسودگی شغلی (یوسفی و سبحانی، ۱۳۹۷). به این ترتیب می‌توان گفت نتایج این پژوهش در زمینه اثربخشی تک تک این روش‌ها بر سایر سازه‌های روان‌شناختی با نتایج این پژوهش که نشان داد هر یک از این روش‌ها نیز می‌توانند قدردانی و شادمانی را بهبود بخشند همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخش‌تر بودن روش درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی و شادمانی می‌توان گفت روش درمان پذیرش و تعهد، حاوی فنون و تمرینات و راهبردهایی است که به انعطاف‌پذیری شناختی منجر می‌شود مانند تمرینات گسلش از افکار، پذیرش هیجانات ناراحت‌کننده و تغییر کارکرد آن‌ها، آزاد شدن از اسارت خود توصیفی‌ها و دستیابی به قدرت مشاهده خود، زندگی در زمان حال، تعیین ارزش‌ها در زندگی و انجام عمل مبتنی بر ارزش‌ها و در عین حال متعهد شدن به رفتار متعهدانه (دمیرتاس، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد این راهبردها و فنون مرتبط به آن کمک کرده است تا این مادران بتوانند بدون این که از افکار و هیجانات منفی اجتناب کنند، آن‌ها را مدیریت کرده و با مشاهده خودشان در صحنه‌های مختلف زندگی بتوانند بهترین تصمیم را برای آن موقعیت اتخاذ کنند همچنین با توجه به شرایط خودشان ارزش‌هایی را تعیین نمایند که به آنان کمک نماید تا زندگی آسان‌تری داشته باشند. همچنین به رفتارهای صحیح متناسب با زندگی خودشان متعهد و پای بند باشند؛ به این ترتیب انعطاف‌پذیری شناختی‌شان افزایش یابد و با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، تفکر و هیجانات از حالت منفی و پایدار خارج شده و سیال‌تر شده و در نتیجه احتمال اینکه فرد بتواند به ابعاد مثبت زندگی توجه کرده و روحیه قدردانی‌اش بهبود یابد، افزایش می‌یابد. همچنین یافته‌ها نشان داد آموزش‌های مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی نیز توانسته متغیرهای قدردانی و شادمانی را افزایش دهد در تبیین این یافته باید گفت در کل آموزش‌های این روش بر سه اصل، پنج راهبرد است؛ این اصول عبارت‌اند از افزایش غنای درونی، بهبود کیفیت زمان و بهبود معنا و هدف زندگی و پنج راهبرد آن تغییر نگرش، تغییر اولویت، تغییر استانداردها، تغییر شرایط عینی و افزایش رضایت از زندگی در ابعادی که می‌توان رضایت را افزایش داد (یوسفی و سبحانی، ۱۳۹۷)؛ به نظر می‌رسد آگاهی‌ها و تمرینات مرتبط با این روش کمک کرده است مدیریت امور روزمره توسط این مادران بهبود یافته و توانایی آنان برای توجه به نکات مثبت زندگی ارتقا یافته و آنان مثبت‌نگرتر شوند و این عوامل در کنار هم باعث شده تا خلق مادران افزایش یابد و در نتیجه روحیه قدردانی نیز در آنان افزایش پیدا کند. در همین راستا سایر پژوهش‌گران نیز نشان داده‌اند که این آموزش‌ها می‌توانند سازه‌های منفی را کاهش دهند و در نتیجه حالات مثبت روان‌شناختی را بهبود بخشند

در تبیین اثربخش‌تر بودن روش پذیرش و تعهد نسبت به کیفیت زندگی درمانی می‌توان علت آن را در قالب درمان آن جستجو کرد چرا که حاوی تمرینات مشخص، متعدد و متنوع برای هر یک از راهبردهای شش‌گانه این روش نسبت به روش کیفیت زندگی درمانی است که باعث می‌شود تا این روش در بهبود سازه‌های

روان‌شناختی موثر باشد. به هر حال با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد، در زمینه پذیرش وقایع درونی دردناک که در اثر شرایط بیرونی مانند مشاهده لکنت‌زبان فرزند و مشاهده واکنش اطرافیان نسبت به لکنت زبان او، به وجود می‌آید، در مقایسه با کیفیت زندگی درمانی، از اثر بخشی بیش‌تری برخوردار است و موجب می‌شود تا این مادران، بیش‌تر برای خود و فرزند مبتلا به لکنت‌زبان‌شان، ارزش‌ها و تعهداتی قائل شوند و از پیش‌داوری در مورد توانایی‌های خود و فرزندشان، پرهیز کنند. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت روش کیفیت زندگی درمانی و پذیرش و تعهد هر دو برای بهبود سازه‌های مثبت در بین مادران دارای فرزند لکنت‌زبان موثرند و می‌توانند با بهبود قدردانی و شادمانی این دسته از مادران از رنجش‌های روانی آنان بکاهند. این پژوهش هم‌چون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از جمله: ناتوانی در کنترل برخی از متغیرهای غیر مرتبط و مخدوش‌کننده؛ مانند تعداد فرزندان یا شدت لکنت زبان، مقطعی بودن پژوهش و محدودیت نتایج به زمان ارزیابی متغیرها در کوتاه‌مدت از محدودیت‌های این پژوهش بودند، بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور اطمینان از برگشت‌ناپذیری این آموزش‌ها و مدت زمانی استفاده‌ی فراگیران از این راهبردها طی پژوهشی طولی، وضعیت این مادران بررسی و هم‌چنین تاثیر این آموزش‌ها در عملکردی خانوادگی و اجتماعی نیز بررسی گردد. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود اساتید حوزه کودکان استثنائی برای آموزش به دانشجویان خود، یافته‌های پژوهش حاضر را به ویژه در ارتباط با کودکان مبتلا به لکنت نیز مدنظر خود قرار دهند و درمانگران براساس نتایج حاصل، از هر دو روش کیفیت زندگی درمانی و درمان پذیرش و تعهد جهت بهبود رابطه والد-فرزندی مادران و کودکان مبتلا به لکنت‌زبان استفاده نمایند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

سپاس‌گزاری

این مطالعه در قالب رساله دکتری روان‌شناسی عمومی اجرا گردیده است. در این راستا از تمامی مراکز گفتار درمانی و مادران کودکان مبتلا به لکنت زبان که در این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد. مطالعه حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1398.051 و کد رساله ۱۷۵۴۸۵۶۵۸۸۷۲۰۸۱۱۳۹۷۱۶۲۲۹۵۰۶۳ دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و استادان و کلیه مراجعانی که در اجرای این طرح تحقیقاتی همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) است و تمامی نویسندگان در مراحل مختلف انجام رساله و تدوین و ارسال این مقاله نقش داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

- آقابابایی، ناصر، فراهانی، حجت‌الله، و فاضلی مهرآبادی، علیرضا. (۱۳۸۹). سنجش قدردانی در دانشجویان و طلاب؛ بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه قدردانی. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۴(۶): ۷۵-۸۸.
- آقایی، صدیقه، و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کاهش استرس والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان ناتوان هوشی. *خانواده پژوهی*، ۱۳(۵۰): ۲۳۷-۲۵۰.
- آقایی، صدیقه، و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود سرمایه روانشناختی و ابعاد آن در مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴(۲): ۴۹-۵۹.
- اقلیما، مصطفی، و ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر میزان سرمایه فرهنگی در میزان احساس شادی زنان جوان (۱۵ - ۲۴ ساله) در شهر اصفهان. *جامعه پژوهی فرهنگی*، ۱۲(۱)، ۱-۲۴.
- تقوی لاریجانی، ترانه، نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، یونس پور، شیما، و عرشی‌ها، مرجان سادات. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران. *پژوهش پرستاری*، ۱۳(۳): ۲۷-۳۳.
- زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجواری شناختی. *شناخت اجتماعی*، ۱۶(۱)، ۱۲۱-۱۳۰.
- سعیدمنش، محسن، و عزیزی، مهدیه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبک‌های دفاعی والدین کودکان اوتیسم با مکانیسم دفاعی انکار. *مطالعات ناتوانی*، ۷(۱۳)، ۷-۱.
- سلیمی سودرجانی، ماهره، و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش سبک‌های والدگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر اضطراب جدایی و نافرمانی کودکان. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴(۲): ۱۰۴-۱۱۵.
- عطایی، عصمت‌السادات، و یوسفی، زهرا (۱۳۹۵). بررسی اثر آموزش کیفیت زندگی درمانی بر افزایش قدردانی زنان سرپرست خانوار. *اولین کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، هواز*.
- موحدی، زینب، و فخری، محمدکاظم. (۱۳۹۳). مقایسه کارکرد خانواده و سلامت روان والدین کودکان دارای لکنت زبان و والدین کودکان عادی. *فصلنامه تسنیم تندرستی*، ۴: ۳۷-۴۵.
- نجفی، محمود، دهشیری، غلامرضا، دبیری، سولماز، شیخی، منصوره، و جعفری، نصرت. (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان. *فصلنامه‌ی اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۰(۳): ۷۴-۵۵.
- نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، ابوالقاسمی، عباس، و احدی، بتول. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش/تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۴): ۱۷۶-۱۵۴.
- نقیبی، سیده حمیده، سعیدی، زهرا، و خزائی، فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان. *مجله پژوهش‌های مشاوره*، ۶۵: ۲۹-۴.

واعظی، سمانه، اکبر نتایج‌بیشه، کلثوم، و فخری، محمدکاظم. (۱۳۹۹). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان، سرمایه روانشناختی و راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۲۲(۴): ۴۶-۵۵.

هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت همسر. *فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه*، ۵(۱۹): ۱۳۵-۱۵۰.

یوسفی، زهرا، و سبحانی، مریم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی (QOLT) بر فرسودگی شغلی و ابعاد آن در کارکنان زن. *مشاوره شغلی و سازمانی*، ۹(۳۰): ۱۰-۳۷.

References

- American Psychiatric Association. (1995). *Association, AP Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA, US.
- Carroll, A. J., Christon, L. M., Rodrigue, J. R., Fava, J. L., Frisch, M. B., & Serber, E. R. (2020). Implementation, feasibility, and acceptability of quality of life therapy to improve positive emotions among patients with implantable cardioverter defibrillators. *Journal of behavioral medicine*, 43(6), 968-978.
- Chuan, C. L., & Penyelidikan, J. (2006). Sample size estimation using Krejcie and Morgan and Cohen statistical power analysis: A comparison. *Jurnal Penyelidikan IPBL*, 7(1), 78-86.
- Demirtaş, A. S. (2020). Optimism and happiness in undergraduate students: Cognitive flexibility and adjustment to university life as mediators. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 36(2), 320-329.
- Domínguez-Jiménez, J. A., Campo-Landines, K. C., Martínez-Santos, J. C., Delahoz, E. J., & Contreras-Ortiz, S. H. (2020). A machine learning model for emotion recognition from physiological signals. *Biomedical signal processing and control*, 55, 101646.
- Emmons, R. A., McCullough, M. E., & Tsang, J.-A. (2003). *The assessment of gratitude*. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 327-341). American Psychological Association
- Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Hills, P., Argyle, M. (2001). Happiness, introversion- extraversion and happy introvert. *Personality and Individual Differences*. 30, 595-608.
- Humeniuk, E., & Tarkowski, Z. (2016). Parents' reactions to children's stuttering and style of coping with stress. *Journal of fluency disorders*, 49, 51-60.
- Kasila, K., Vainio, S., Punna, M., Lappalainen, P., Lappalainen, R., Kaipainen, K., & Kettunen, T. (2020). Individual differences in processes of lifestyle changes among people with obesity: an acceptance and commitment therapy (ACT) intervention in a primary health care setting. *Primary Health Care Research & Development*, 21.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 112. Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and individual differences*, 33(7), 1073-1082.

- McCullough, M. E., Kimeldorf, M. B., & Cohen, A. D. (2008). An adaptation for altruism: The social causes, social effects, and social evolution of gratitude. *Current directions in psychological science*, 17(4), 281-285.
- Muthuri, R. N. D. K., Senkubuge, F., & Hongoro, C. (2020). Determinants of happiness among healthcare professionals between 2009 and 2019: a systematic review. *Humanities and Social Sciences Communications*, 7(1), 1-14.
- Senf, K., & Liao, A. K. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 591-612.
- Williams, L. A., & Bartlett, M. Y. (2015). Warm thanks: Gratitude expression facilitates social affiliation in new relationships via perceived warmth. *Emotion*, 15(1), 1.

پرسشنامه قدردانی فرم ۶ گویه‌ای (GQ-6)

با استفاده از مقیاس زیر، کنار هر جمله عددی بنویسید تا میزان موافقتان با آن جمله را مشخص سازید.

- ۱ = به هیچ وجه در مورد من صادق نیست.
 - ۲ = چندان در مورد من صادق نیست.
 - ۳ = تا حدودی در مورد من درست است.
 - ۴ = در مورد من بسیار صادق است.
 - ۵ = کاملاً در مورد من درست است.
۱. چیزهای بسیاری در زندگی دارم که نسبت به آنها شکرگذارم.
 ۲. اگر مجبور باشم همه آن چیزهایی را که نسبت به آنها احساس قدردانی می‌کنم فهرست کنم، فهرست بسیار بلند بالایی خواهد شد.
 ۳. وقتی به دنیا می‌نگرم چیز زیادی نمی‌بینم که برای آن شکرگزار باشم.
 ۴. من سپاسگزار افراد زیادی هستم.
 ۵. هرچه سنم بیش‌تر می‌شود، خود را در سپاسگزار بودن از افراد، رخدادها و شرایطی که بخشی از گذشته زندگی ام بودند توانا‌تر می‌یابم.
 ۶. ممکن است زمان زیادی سپری شود و من خود را قدردان چیز یا کسی ندانم.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد

لطفا احساسات خود را در نظر بگیرید و گزینه‌ای که احساس شما را توصیف می‌کند، را انتخاب کنید.

کاملاً موافقم	موافقم	تا حدی موافقم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱.	من بی نهایت شاد هستم			
۲.	احساس اطمینان دارم که آینده			
۳.	سرشار از امید و تحقق است			
۴.	من در مجموع از همه چیز راضی هستم			
۵.	احساس می‌کنم تمام ابعاد زندگی تحت کنترل من قرار دارد			
۶.	احساس می‌کنم زندگی سرشار از پاداش است			
۷.	از آنچه که هستم، شادانم			
۸.	من همیشه یک اثر خوبی روی رویدادها دارم			
۹.	من به زندگی عشق می‌ورزم.			
۱۰.	من شدیداً به سایرین علاقمند هستم.			
۱۱.	هر نوع تصمیمی را می‌توانم به راحتی بگیرم			
۱۲.	احساس می‌کنم هر کاری را قادر به انجام آن هستم			

۱۳. این روزها همیشه وقتی از خواب بیدار می‌شوم بیش از گذشته، انرژی دارم
۱۴. احساس می‌کنم انرژی بدون حد و مرزی دارم
۱۵. کل دنیا به نظر من زیباست
۱۶. من هرگز تا این حد از نظر فکری و ذهنی هوشیار نبودم، جوری که این روزها هستم.
۱۷. احساس می‌کنم در اوج دنیا قرار دارم.
۱۸. من همه را دوست دارم و به همه عشق می‌ورزم
۱۹. تمام رویدادهای گذشته به نظر می‌آید فوق‌العاده شاد بودند.
۲۰. من همواره در احساس نشاط به سر می‌برم.
۲۱. هر چیزی را که می‌خواستم انجام دادم
۲۲. وقت من طوری تنظیم شده است که می‌توانم هرچیزی را که می‌خواهم، انجام بدهم.
۲۳. من همیشه ارتباط خوبی با سایرین دارم
۲۴. همیشه اثری نشاط آفرین روی سایرین می‌گذارم
۲۵. زندگی من در مجموع معنی‌دار و هدف‌دار است
۲۶. من همیشه متعهد و درگیر هستم
۲۷. من فکر می‌کنم دنیا یک مکان فوق‌العاده است.
۲۸. من همیشه می‌خندم
۲۹. من فکر می‌کنم به‌طور فوق‌العاده‌ای جذاب به نظر می‌رسم
۳۰. هرچیزی مرا شگفت‌زده می‌کند.

Comparing the effectiveness of quality of life therapy with acceptance and commitment therapy on appreciation and happiness among mothers of children with stuttering disorder

Setareh. Atabadi¹, Zahra. Yousefi^{*2}, & Felor. Khayatan³

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of quality of life therapy with acceptance and commitment therapy on appreciation and happiness among mothers of children aged 7 to 11 years with stuttering. **Methods:** This quasi-experimental study was a two-group design with a control group with pre-test, post-test and 45-day follow-up. The statistical population included all mothers with children with stuttering in 2019-2020. The statistical sample consisted of 60 mothers of children with stuttering who were selected by convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group (20 people in each group). The first experimental group underwent Frisch (2005) quality of life therapy training during ten ninety-minute sessions and the second experimental group underwent acceptance and commitment therapy training during ninety-minute sessions (2013), and the control group did not receive any training during the trainings. Research instruments included: Emmons et al. (2003) Appreciation Questionnaire and Oxford Happiness Questionnaire (2002). The collected data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of variance with repeated measures). **Results:** The results of statistical analysis showed that the quality of life therapy method ($F = 408.31$, $p = 0.000$) and acceptance and commitment method ($F = 0.563$, $p = 0.000$) were effective in improving the dependent variables. Have been; But the method of acceptance and commitment treatment has been more effective than the quality of life and treatment ($P < 0.01$). **Conclusion:** According to the analysis of the findings of the present study, with the help of quality of life therapy and acceptance and commitment treatment, Psychological constructs among mothers of children with stuttering helped and the method of acceptance and commitment is more effective in this regard.

Keywords: *Quality of life therapy, Acceptance and Commitment therapy, Appreciation, Happiness, Stuttering.*

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: z.yousefi@khuisf.ac.ir

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran