



بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و عمل بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش واسطه‌ای دشواری‌های تنظیم هیجان بر ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان استثنایی

مژگان غیاثوندیان: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
مریم اکبری: استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (* نویسنده مسئول) Akbari@iausdj.ac.ir
محمود گودرزی: گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
امید مرادی: گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

مدل علی پذیرش و عمل، دشواری‌های تنظیم هیجان، کیفیت زندگی

زمینه و هدف: به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و عمل می‌تواند بر مادران کودکان استثنایی کمک کند، لذا هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و عمل بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش واسطه‌ای دشواری‌های تنظیم هیجان بر ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان استثنایی بود.

روش کار: پژوهش به روش همبستگی-مدل‌یابی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی و کم‌توان جسمی شهر کرمانشاه می‌باشد، ۳۰ نفر نمونه به شیوه‌ی هدفمند انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و عمل روی گروه آزمایش در یکی از مدارس کودکان استثنایی فرایند هفته‌ای دو بار در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای طی هشت جلسه برگزار شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه کیفیت زندگی ویر و همکاران (۱۹۹۶)، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان‌گرتر و روئمر (۲۰۰۴)، مقیاس طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ (۲۰۰۵) و پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران (۲۰۱۷) بود.

یافته‌ها: نتایج پدید آمدن حاکی از آن است که قطع ارتباط و طرد، خودگردانی مختل، جهت‌مندی، گوش‌بزرگی، محدودیت مختل بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ قطع ارتباط و طرد و خودگردانی مختل، جهت‌مندی و گوش‌بزرگی بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد. برنامه آموزش مبتنی بر مدل علی عمل و پذیرش بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان استثنایی مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش می‌تواند در راسنای بهبود حالات خلقی و روانشناختی و ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان استثنایی مورد استفاده و بهره‌برداری قرار گیرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Ghiasvandian M, Akbari M, Goudarzi M, Moradi O. The Effectiveness of Model of Acceptance and Practice Based on Early Maladaptive Schemas with the Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties on Improving the Quality of Life of Mothers of Exceptional Children. Razi J Med Sci. 2022;29(4):91-101.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

The Effectiveness of Model of Acceptance and Practice Based on Early Maladaptive Schemas with the Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties on Improving the Quality of Life of Mothers of Exceptional Children

Mojgan Ghiasvandian: PhD student in Psychology, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Maryam Akbari: Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran (* Corresponding author) Akbari@iausdj.ac.ir

Mahmoud Goudarzi: Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Omid Moradi: Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Abstract

Background & Aims: Having an exceptional child in the family often causes irreparable damage. The vulnerability of the family to this injury is sometimes so great that the family is severely damaged in terms of mental health. Quality of life is a broad concept that encompasses all aspects of life, including health. The term, which is also used in a variety of political, social, and economic contexts, is often used in medical research and is considered by most experts to have different dimensions: physiological, social, physical, and even spiritual. Acceptance and practice therapy has six central processes that lead to psychological flexibility. These six processes are: acceptance, failure, self as context, present communication, recognition of values and action, acceptance and practice therapy. Its purpose is not to make a direct change in the client, but to help the client to relate to his or her experiences in different ways and to be able to fully engage in meaningful and value-based loss that seems to be able to help mothers of exceptional children. ; However, and in general, according to the presented principles, mothers with mentally retarded children have many challenges in quality of life and mood that these factors may affect the family structure as well as family relationships and marital issues. Cause problems for them in these areas. Therefore, appropriate solutions to improve the perception of quality of life and mood of mothers with mentally retarded children can improve the family environment. However, considering the research gap in the effectiveness of the acceptance and practice approach based on early maladaptive schemas on the quality of women with exceptional children, this study seeks to determine whether the causal model of acceptance and practice based on primary maladaptive schemas with a mediating role Does the difficulty in regulating emotion improve the quality of life of mothers of exceptional children fit the experimental model?

Methods: This research is both an experimental-field research that was performed by pre-test and post-test with the control group and also by correlation-modeling method. The statistical population includes all mothers with children with mental and physical disabilities in Kermanshah. 30 sample males were purposefully selected and randomly divided into two groups. Admission-based treatment interventions were performed on the experimental group in one of the exceptional children's schools twice a week in 90-minute sessions for eight sessions. Data collection tools included Weir et al.'s (1996) Quality of Life Questionnaire, the Hertzgertz and Roemer (2004) Difficulty in Emotional Adjustment Questionnaire, the Young (2005) Adaptive Schema Scale (2005), and the Bond et al. (2017) Acceptance and Action Questionnaire. In this study, covariance in SPSS software and structural equations in PLS software were used to

Keywords

acceptance and practice
causal model,
Emotion regulation
difficulties,
Quality of life

Received: 07/05/2022

Published: 09/07/2022

analyze the data.

Results: The results show that the condition of non-alignment is met. The second criterion for evaluating the internal model is the path coefficients, which in order to examine their significance, the self-management procedure has been used. The results indicate that disconnection and rejection have a positive and significant effect on the difficulty of emotion

regulation; Impaired self-control has a positive and significant effect on the difficulty of emotion regulation; Orientation has a positive and significant effect on the difficulty of emotion regulation; Listening has a positive and significant effect on the difficulty of regulating emotion; Impaired limitation has a positive and significant effect on the difficulty of emotion regulation; Disconnection and rejection have a positive and significant effect on action and acceptance; Impaired self-government has a positive and significant effect on action and acceptance; Orientation has a positive and significant effect on practice and acceptance; Listening has a positive and significant effect on practice and acceptance; Impaired constraints have a positive and significant effect on action and acceptance, and the difficulty of regulating emotion has a positive and significant effect on action and acceptance. Also, based on the obtained results, the indirect effect of disconnection and rejection on action and acceptance is significant with the role of a difficult mediator in emotion regulation; The indirect effect of impaired self-regulation on action and acceptance is significant with a difficult mediating role in emotion regulation; Another indirect effect of direction on action and acceptance is significant with a difficult mediating role in emotion regulation; Another indirect effect of listening is significant on action and acceptance with a difficult mediating role in emotion regulation, and another indirect effect of impaired constraint on action and acceptance with a difficult mediating role in emotion regulation is significant. Also, the interaction between the group and the quality of life test is not significant. In other words, the data support the hypothesis of homogeneity of regression slopes ($p = 0.188$ and $F = 1.830$). Also, after adjusting the quality of life test pretest scores, there was no significant difference between the effects of the experimental and control groups ($\text{sig} = .001$ and $\text{sig} = .001$). Therefore, the null hypothesis that there is no difference between the two groups is rejected and it is concluded that the education program based on the causal model of action and acceptance has been effective on the quality of life of mothers with exceptional children.

Conclusion: The goal of acceptance and practice therapy is to create more psychological flexibility. Psychological resilience refers to the ability to change or perpetuate behavioral classes of action that contribute to valuable goals. Because it is not possible to eliminate or displace the language processes that cause human problems, the goal is to bring these processes into contextual control. These processes are related to the change of central language processes that interfere with psychological flexibility. Acceptance and practice treatment interventions can be performed through any of these processes. In acceptance and practice therapy, no action is taken to reduce, change, avoid, suppress or control private experiences (thoughts and feelings). Rather, clients learn to reduce the impact of unwanted thoughts and feelings through the effective use of pervasive consciousness.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Ghiasvandian M, Akbari M, Goudarzi M, Moradi O. The Effectiveness of Model of Acceptance and Practice Based on Early Maladaptive Schemas with the Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties on Improving the Quality of Life of Mothers of Exceptional Children. *Razi J Med Sci.* 2022;29(4):91-101.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

وجود کودک استثنایی در خانواده، اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر آن وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که خانواده از نظر سلامت روانی به شدت آسیب می‌بیند. کیفیت زندگی مفهوم وسیع است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد (۱). این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود، اغلب در پژوهش‌های پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف فیزیولوژی، اجتماعی، جسمی و حتی معنوی است (۲). نوواک (Novak) و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود اعلام کردند کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان بسیار پایین بوده و تنیدگی آنها به خصوص زمانی که فرزند دختر باشد آن قدر زیاد است که گاهی امکان سو استفاده و غفلت از آنها را به وجود می‌آورد (۳). همچنین نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داد بین کیفیت زندگی والدین و سطح کم‌توانی ذهنی فرزندان رابطه منفی معناداری وجود دارد؛ یکی دیگر از عواملی که باعث کاهش کیفیت زندگی در خانواده‌های این والدین می‌شود پایین بودن سطح سلامت روان در مادران این کودکان است؛ از سویی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی تعریف شده است (۴). تنظیم هیجان به شیوه‌های تأثیرگذاری روی تجربه و بیان هیجان و نیز زمان وقوع هیجان اشاره دارد (۵). مدل‌های نظری، تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز را با پیامدهای سلامتی و بهبود عملکرد و روابط مرتبط می‌دانند. بی‌ثباتی هیجانی که به خصوص مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال رفتاری با آن درگیر می‌باشند، منجر به خشم نامناسب، احساسات مزمن پوچی و نوسان خلقی و پاسخ‌دهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی می‌شود (۶). همان‌طور که گفته شد نقش والدین در سلامت روان کودکان امری بدیهی است، اما امروزه علی‌رغم تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی هنوز بسیاری از والدین از جمله مادران مهارت‌های برخورد مناسب با کودکان خود را ندارند؛ از عوامل تأثیرگذار در شکل‌گیری اختلال کودکان طرح‌واره‌های ناسازگار والدین می‌باشد (۷).

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی هستند که با جنبه‌های مخرب تجارب دوران کودکی افراد گره خورده‌اند و به شیوه‌های سازمان‌یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهایی، تکرار می‌شوند. می‌توان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را به عنوان یک عامل مؤثر بر انتخاب سبک زندگی و از جمله شیوه‌ای که فرد در تربیت فرزندان خود انتخاب و اجرا می‌کند در نظر گرفت (۸).

بر این اساس می‌توان به پژوهش هیمن (Hyman) و همکاران (۲۰۰۵) استناد کرد که تحت عنوان الگوی ساختاری رابطه بین الگوهای ارتباط والد-فرزند و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری سبک‌های دل‌بستگی به این نتیجه رسیدند که با آموزش الگوهای درست ارتباط والد-فرزند به والدین، مانع شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و آسیب‌های ناشی از آن شد (۹). بریکر (Bricker) و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیقی اثربخشی درمان پذیرش و عمل را در کاهش و پیشگیری از افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد افسردگی و اضطراب در دانشجویان دختر مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که جلسات هشتگانه‌ی درمان پذیرش و عمل توانسته است به طور قابل توجهی از میزان افسردگی و اضطراب شرکت‌کنندگان بکاهد (۱۰). شیهی (Sheehy) و همکاران (۲۰۱۹) اثرات درمان پذیرش و عمل را برای کاهش اضطراب (آشفستگی روانی) دانشجویان سال اول حقوق مورد آزمون قرار دادند که تحلیل نتایج نشان داد شرکت‌کنندگانی که مداخله را دریافت کرده بودند سطوح پایین‌تری از اضطراب، استرس و غیرمنطقی بودن در طی زمان را نشان دادند. نتایج پژوهش‌های محققین حاکی از این است که تنیدگی‌های روان‌شناختی با بیماری‌ها مرتبط هستند (۱۱). رای (Ray) و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که خانواده‌های کودکان با نارسایی هوشی تحولی، استرس فزاینده‌ای را تجربه می‌کنند که از آن جمله می‌توان به عدم سلامت جسمی، کندی رشد اشاره کرد که تمامی این عوامل، استرس بسیاری بر خانواده، به ویژه مادر، تحمیل می‌کند (۵). یانگ (۲۰۰۳)، معتقد است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت واره‌ها و

نفر انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. بدین صورت که اطلاعات پرسشنامه‌های ارائه شده به جامعه آماری تحلیل و سپس مادرانی که میزان بالاتری از مشکلات در زمینه دشواری در تنظیم هیجانی، پذیرش و عمل و طرح‌واره‌های ناسازگار داشتند، انتخاب شده و به عنوان نمونه انتخاب شدند. در ادامه پرسشنامه کیفیت زندگی روی این ۳۰ نفر اجرا شد و سپس بعد از ۱۲ جلسه مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی را به‌عنوان پس‌آزمون اجرا گردید. مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و عمل روی گروه آزمایش در یکی از مدارس کودکان استثنایی فرایند هفته‌ای دو بار در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای طی هشت جلسه برگزار شد. برنامه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و عمل طبق کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و عمل تألیف ایزدی و عابدی (۱۳۹۳) تنظیم شد و از راهنمای عملی درمان مبتنی بر عمل و پذیرش پاتریسیا و موران (۲۰۱۰) ترجمه کمالی و کیان راد (۱۳۹۴) استفاده شد. لازم به توضیح است یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون برای برآورد میزان ماندگاری نتایج تحقیق در گروه آزمایش، در مرحله پیگیری مجدد از گروه آزمایش آزمون کیفیت زندگی به عمل آمد.

- پرسشنامه کیفیت زندگی: برای تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت واحدهای پژوهش از پرسشنامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی (SF-12) که فرم کوتاه‌تر شده SF-36 است، استفاده شد. پرسشنامه SF-12 را ویر (Ware) و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی کردند. منتظری و همکاران (۲۰۰۹)، روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران بررسی کردند. پایایی ۱۲ سؤال مؤلفه‌های جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شد. مؤلفه جسمانی شامل زیرمقیاس‌های درک کلی از سلامت خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی و درد جسمانی و مؤلفه روانی شامل زیرمقیاس‌های مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان است. نحوه‌ی امتیازدهی آن به این صورت است که نمرات ۲۴-۱۲ نشان دهند کیفیت زندگی ضعیف، ۳۶-۲۵ کیفیت زندگی متوسط و ۴۸-۳۷ کیفیت زندگی خوب،

احساسات بدنی تشکیل‌شده‌اند و طی دوران کودکی و نوجوانی شکل‌گرفته و در سیر زندگی تداوم یافته، در مورد خود و رابطه با دیگران هستند و به شدت ناکارآمدند (۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و عمل شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و عمل، در واقع هدفش ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد که به نظر می‌رسد می‌تواند بر مادران کودکان استثنایی کمک کند.

با این حال و به‌طور کلی با توجه به مبانی ارائه شده، مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی دارای چالش‌های زیادی در کیفیت زندگی و حالات خلقی هستند که این عوامل ممکن است بر ساختار خانواده و همچنین روابط خانوادگی و مسائل زناشویی آنها اثر گذارد و باعث مشکلاتی در این زمینه‌ها برای آنان شود. با این حال، با توجه به خلأ تحقیقاتی در زمینه اثربخشی رویکرد پذیرش و عمل بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر کیفیت زنان دارای دارای کودک استثنایی، این پژوهش درصدد این سؤال است که آیا مدل علی پذیرش و عمل بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان استثنایی با مدل تجربی برازش دارد؟

روش کار

این پژوهش هم از نوع پژوهش‌های آزمایشی-میدانی است که با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و هم از روش همبستگی-مدل‌یابی انجام شد. شایان ذکر است که این پژوهش با کد اخلاقی IR.IAU.SDJ.REC.1399.039 انجام و نتایج گردآوری شد. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی و کم‌توان جسمی شهر کرمانشاه می‌باشد. شیوه نمونه‌گیری در مرحله اول نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰۰ نفر را به‌عنوان نمونه انتخاب و در مرحله دوم به شیوه‌ی هدفمند افرادی که در مرحله اول در متغیرهای دشواری در تنظیم هیجانی، پذیرش و عمل و طرح‌واره‌های ناسازگار نمره بالاتری گرفته‌اند ۳۰

جدول ۱- پروتکل اجرایی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و عمل

جلسه اول	معرفه و آشنایی با اعضای گروه، گرفتن شرح حال از اعضا، دادن پیش‌آزمون، بیان اهداف گروه و برنامه‌ریزی جلسات
جلسه دوم	معرفی متغیرهای پژوهش و پرداختن به توضیح و تشریح آن‌ها
جلسه سوم	معرف درمان مبتنی بر پذیرش و عمل و ۶ وجه آن و شروع کار با آموزش هم‌جوشی و هم‌جوشی زدانی و ارائه انواع فن‌ها و دادن تکلیف خانه
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش اجتناب تجربه‌ای و پذیرش و ارائه انواع تکنیک‌های آن و تکلیف خانه
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش خود به‌عنوان زمینه (خود مشاهده‌گر) و انواع تکنیک‌های آن و دادن تکلیف خانه
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش بودن در زمان حال و دوری از بودن در گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده و انواع تکنیک‌های بودن در زمان حال و دادن تکلیف خانه
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه گذشته، آموزش ارزش‌ها، اهداف، موانع رسیدن به این ارزش‌ها و راه‌های دستیابی به این ارزش‌ها و آموزش معمل شدن به عمل کردن به این ارزش‌ها
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی و ارزیابی وضعیت اعضای گروه و ارائه پس‌آزمون و اتمام جلسه.

درجه ای (۱) = در مورد من کاملاً غلط است و ۶ = در مورد من کاملاً صحیح است)، اندازه‌گیری می‌شوند. ۱۸ طرح‌واره و ۵ حوزه طرح‌واره عبارت هستند از: طرح‌واره‌های (محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، بی‌اعتمادی، رهاشدگی و نقص/شرم در حوزه بریدگی و طرد، طرح‌واره‌های شکست در پیشرفت، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری و خود تحول نیافته در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، طرح‌واره‌های اطاعت، فداکاری، جلب توجه در حوزه هدایت شدن توسط دیگران و طرح‌واره‌های استحقاق، خویشنداری و انضباط ناکافی در حوزه محدودیت‌های مختل و طرح‌واره‌های استانداردهای سخت‌گیرانه، بازداری هیجانی، منفی‌گرایی و بدبینی و تنبیه در حوزه بازداری و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد قرار می‌گیرد. در این پژوهش، از پرسشنامه فرم کوتاه طرح‌واره یانگ (۹۰ سؤالی) استفاده شد. اعتبار نسخه سوم فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره (یانگ، ۲۰۰۵) را غیاثی، نشاطدوست، مولوی و صلواتی (۱۳۹۸)، ۰/۹۴ و روایی همزمان بین نمرات این نسخه را با مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، ویسمن (Weisman) و همکاران (۱۹۷۸)، ۰/۶۵ گزارش کرده‌اند. از آنجا که به لحاظ نظری پاسخ فرد به پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار، پاسخ به سبک مقابله‌ای تسلیم نیز به حساب می‌آید و پرسشنامه جداگانه‌ای برای سبک تسلیم، معرفی نشده است، میانگین کل نمرات طرح‌واره، معادل سبک مقابله‌ای تسلیم نیز در نظر گرفته شده است.

محسوب می‌شود. منتظری و همکاران (۲۰۰۹)، روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران بررسی کردند. پایایی ۱۲ سؤال مؤلفه‌های جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شد.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجانی: مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خود گزارش دهی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شده است. آیتم‌های این مقیاس بر اساس گفتگوهای متعدد با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شدند. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز (۰-۱۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، سه به معنای نیمی از مواقع (۳۶ تا ۶۵ درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و پنج به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) می‌باشد. یک آیتم به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و ۴ آیتم به خاطر بار عاملی پایین یا دوگانه روی دو عامل حذف شدند. به این ترتیب از مجموع ۴۱ آیتم ابتدایی مقیاس ۳۶ آیتم باقی ماندند. بر اساس داده‌های حاصل از عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۹۸) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شد.

مقیاس طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ فرم کوتاه: این پرسشنامه را یانگ (۲۰۰۵)، ساخته است و یک ابزار خود گزارشی ۹۰ گوی‌های است که برای ارزیابی ۱۸ طرح‌واره به کار می‌رود که در ۵ حوزه قرار می‌گیرند. هر یک از گویه‌ها را یک مقیاس ۶

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از کواریانس در نرم افزار SPSS و معادلات ساختاری در نرم افزار PLS استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج پژوهش میانگین و انحراف استاندارد دشواری در تنظیم هیجانی (17 ± 93)، عمل و پذیرش (9 ± 28)، قطع ارتباط و طرد ($80/14 \pm$) دیگر جهت ($85/14 \pm 50/96$)، گوش بزنگی ($30/6 \pm 49/49$) و محدودیت مختل ($85/12 \pm 52/96$) است. نتایج به‌دست‌آمده در جدول (۲) حاکی از آن است که قطع ارتباط و طرد بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ خودگردانی مختل بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ دیگر جهت مندی بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ گوش بزنگی بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ محدودیت مختل بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ قطع ارتباط و طرد بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ خودگردانی مختل بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ دیگر جهت مندی بر عمل و پذیرش

پرسشنامه پذیرش و عمل: این پرسشنامه به‌وسیله‌ی بوند و همکاران (۲۰۱۷)، ساخته شده است. یک نسخه‌ی ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است که به‌وسیله‌ی هیز (۲۰۰۰)، ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری است، مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۵۱۶ شرکت‌کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار اعتبار، پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا $0/84$ ، $0/78$ و $0/79$ به دست در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب $0/81$ و $0/79$ به دست آمد. مطالعه‌ی عباسی و مولودی (۱۳۹۵)، با تحلیل عاملی اکتشافی ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل زندگی را گزارش داده است. همچنین همسانی درونی و ضریب پایایی تصنیفی پرسشنامه به ترتیب برابر با $0/89$ و $0/71$ به‌دست‌آمده است. به‌علاوه، اجتناب تجربی از هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های ناراحتی در پرسشنامه سلامت روان رابطه‌ی معنی‌داری را نشان داده است.

جدول ۲- شاخص‌های هم‌خطی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم و اندازه اثر مدل درونی پژوهش

اندازه اثر (f^2)	اثر مستقیم			هم خطی (VIF)	مسیر		
	فاصله اطمینان		مقادیر				
	۹۷٪/۵	۲٪/۵				Sig	T
۰/۰۱۲	۰/۳۴۳	-۰/۰۸۱	۰/۱۳۲	۱/۵۱۰	۰/۲۶۷	۱/۳۷۴	قطع ارتباط و طرد-دشواری تنظیم هیجان
۰/۶۵۲	۰/۶۲۷	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱	۱۹/۱۲	۰/۵۷۱	۲/۴۱۶	خودگردانی مختل- دشواری تنظیم هیجان
۰/۱۷۲	۰/۵۳۱	۰/۲۲۲	۰/۰۰۱	۴/۶۴۸	۰/۳۷۳	۱/۷۵۱	گوش بزنگی =دشواری تنظیم هیجان
۰/۱۱۲	۰/۵۹۹	۰/۱۰۴	۰/۰۰۱	۲/۸۱۷	۰/۳۶۸	۱/۰۸۶	محدودیت مختل =دشواری تنظیم هیجان
۰/۰۰۶	۰/۰۱۸	-۰/۱۳۹	۰/۱۴۱	۱/۴۷۵	-۰/۰۶۰	۲/۴۵۳	خودگردانی مختل - عمل و پذیرش
۰/۱۹۶	-۰/۲۳۵	-۰/۳۸۶	۰/۰۰۱	۸/۱۸۹	-۰/۳۲۰	۲/۰۲۸	دیگر جهت‌مندی- عمل و پذیرش
۰/۱۲۰	-۰/۲۶۹	-۰/۵۶۶	۰/۰۰۱	۵/۰۱۶	-۰/۴۱۳	۲/۴۰۴	گوش بزنگی -عمل و پذیرش
۰/۱۰۲	-۰/۴۰۶	-۰/۷۴۳	۰/۰۰۱	۴/۱۵۳	-۰/۶۳۲	۲/۰۸۶	محدودیت مختل -عمل و پذیرش
۰/۱۰۰	-۰/۱۹۸	-۰/۴۵۱	۰/۰۰۱	۴/۵۵۲	-۰/۳۲۱	۱/۰۱۲	دشواری تنظیم هیجان -عمل و پذیرش
اثرات غیرمستقیم							
-	۰/۰۱۷	-۰/۲۱۰	۰/۶۴۵	۱/۴۶۰	-۰/۰۸۶		قطع ارتباط و طرد -دشواری تنظیم هیجان عمل و پذیرش
-	-۰/۱۱۰	-۰/۲۵۴	۰/۰۰۱	۴/۹۱۸	-۰/۱۸۴		خودگردانی مختل -دشواری -تنظیم هیجان عمل و پذیرش
-	-۰/۰۰۸	-۰/۰۴۹	۰/۰۱۱	۲/۵۵۵	-۰/۰۲۸		دیگر جهت مندی -دشواری- تنظیم هیجان عمل و پذیرش
-	-۰/۰۵۴	-۰/۱۹۶	۰/۰۰۲	۳/۱۳۳	-۰/۱۲۰		گوش بزنگی -دشواری تنظیم هیجان عمل و پذیرش

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی شیب رگرسیون در پیش‌آزمون کیفیت زندگی

منبع شاخص‌ها	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی‌داری
گروه	۱۱/۶۴۶	۱	۱۱/۶۴۶	۴/۹۴۴	۰/۰۳۵
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۳۵۷/۱۳۴	۱	۳۵۷/۱۳۴	۱۵۱/۶۱۴	۰/۰۰۱
گروه × پیش‌آزمون	۴/۳۱۱	۱	۴/۳۱۱	۱/۸۳۰	۰/۱۸۸
خطا	۶۱/۳۴۴	۲۶	۲/۳۵۶		
کل	۴۱۸۱۵	۳۰			

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت پس‌آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل

منبع شاخص‌ها	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۳۵۶/۳۱۲	۱	۳۵۶/۳۱۲	۱۴۶/۷۵۴	۰/۰۰۱
گروه	۱۱۲/۱۰۵	۱	۱۱۲/۱۰۵	۴۶/۱۷۳	۰/۰۰۱
خطا	۶۵/۵۵۵	۲۷	۲/۴۲۸		
کل	۴۱۸۱۵	۳۰			

گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($F = ۴۶/۱۷۳$ و $sig = .۰۰۱$). بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که برنامه آموزش مبتنی بر مدل علی عمل و پذیرش بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان استثنائی مؤثر بوده است.

بحث

نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن است که قطع ارتباط و طرد، خودگردانی مختل، جهت مندی، گوش بزنگی و محدودیت مختل بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ قطع ارتباط و طرد، خودگردانی مختل بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ جهت مندی بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ گوش بزنگی بر عمل و پذیرش، محدودیت مختل، دشواری تنظیم هیجان بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد. همچنین بر اساس نتایج به‌دست‌آمده اثر غیرمستقیم قطع ارتباط و طرد بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد؛ اثر غیرمستقیم خودگردانی مختل بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد؛ اثر غیرمستقیم جهت مندی بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد؛ اثر غیرمستقیم گوش بزنگی بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد؛ اثر غیرمستقیم محدودیت مختل بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد.

تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ گوش بزنگی بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ محدودیت مختل بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد و دشواری تنظیم هیجان بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد. همچنین بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در جدول (۲) اثر غیرمستقیم قطع ارتباط و طرد بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد؛ اثر غیرمستقیم خودگردانی مختل بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد؛ اثر غیرمستقیم جهت مندی بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد؛ اثر غیرمستقیم گوش بزنگی بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد و اثر غیرمستقیم دیگر محدودیت مختل بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد.

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده شده است تعامل بین گروه و پیش‌آزمون کیفیت زندگی معنی‌دار نیست. به‌عبارت‌دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند ($F = ۱/۸۳۰$ و $p = ۰/۱۸۸$). همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی بین اثر دو

طرحواره‌ها را تجربه نکنند. بنابراین، افراد برای این که درد غیرقابل تحملی را که به وسیله طرحواره اولیه‌شان برانگیخته می‌شود کاهش دهند، اقدام به رفتارهای ناکارآمدانه ای می‌کنند (۱۱).

همچنین نتایج نشان داد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی، برنامه آموزش مبتنی بر مدل علی عمل و پذیرش بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان استثنائی مؤثر بوده است. این نتیجه با نتایج مویر (Moyer) و همکاران (۲۰۱۸)، باتینک (Batink) و همکاران (۲۰۱۶) همسو است (۱۴، ۱۰). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که کیفیت زندگی فرایندی برای رسیدن به سلامتی و تندرستی و رویکردی آگاهانه به منظور دستیابی به سلامت روحی، روانی و بدنی است. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی وی با محیط، کیفیت زندگی او را نشان می‌دهد. به‌طور کلی، می‌توان گفت کیفیت زندگی فقط از نظر فرد مشخص می‌شود. اگرچه کیفیت زندگی را می‌توان به‌طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی به وسیله جنبه‌های مختلف زندگی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۷). رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی‌اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده‌آل او تعیین می‌گردد. احساس کیفیت زندگی هم دارای مؤلفه‌های عاطفی و هم دارای مؤلفه‌های شناختی است. افراد با احساس و دارای کیفیت زندگی بالا، هیجانات مثبت را به صورت عمده تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خودارزیابی مثبتی دارند (۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و عمل نقش اساسی را در بهداشت روانی و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان استثنائی ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت. روانشناسی امروز برخلاف دوره‌های قبل صرفاً به دنبال توصیف و تبیین انواع بیماری‌ها و اختلالات روانی و راه‌های درمان و چاره نیست. امروزه علم در هر زمینه‌ای در پی این است که علاوه بر درمان مؤثر بیماری‌ها و ناراحتی‌ها، اعم از روحی و جسمی، شیوه‌ها و برنامه‌هایی جهت بالا بردن احساس بهزیستی و جلوگیری و یا کاهش ناراحتی‌ها ارائه کند (۱۰).

هیجان معنی‌دار می‌باشد؛ اثر غیرمستقیم دیگر گوش بزنگی بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد و اثر غیرمستقیم دیگر محدودیت مختل بر عمل و پذیرش با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد. نتایج بدست آمده در زمینه اثر بخشی قطع ارتباط و طرد، خودگردانی مختل، جهت مندی، گوش بزنگی و محدودیت مختل بر دشواری تنظیم هیجان با نتایج آلدائو (Aldao) و همکاران (۲۰۱۰)، تول (Tull) و همکاران (۲۰۱۸)، هیمن (Hyman) و همکاران (۲۰۰۵) همسو است (۹، ۱۲، ۱۳). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که از آنجاکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه ادراک پدیده‌ها و شکل‌گیری روانبند‌های فرد مؤثر بوده و می‌تواند آسیب‌های روانشناختی و اجتماعی پدید آورد، لذا مشکلات خانواده‌های دارای فرزند استثنائی به‌عنوان یکی از آسیب‌هایی که قادر است تأثیر مهمی بر کیفیت زندگی داشته باشد، می‌تواند بر پایه‌ی این بنیادهای ناکارآمد شکل‌گرفته و سازمان یابد (۴). در حقیقت طرحواره‌ها تعبیرها و تفسیرهای فرد از هر رویدادی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد بر اساس این پیش‌زمینه‌هایی که در ذهن دارد از رویدادها برداشت خاص خود را دارد، می‌توان گفت این افراد مدام استرس و نگرانی آن رادارند که از سوی خانواده و دوستان طرد شوند (۷).

یافته‌های پژوهش حاضر در راستای نظریه طرحواره یانگ (۱۹۹۰) است که فرض می‌کند طرحواره‌های ناکارآمدانه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، باعث بروز مشکلات و ناراحتی‌های روانشناختی می‌شوند (۱). به منظور تبیین چگونگی ارتباط طرحواره‌های ناکارآمد اولیه می‌توان گفت بر اساس این نظریه رفتارهای ناکارآمدانه در پاسخ به طرحواره ایجاد شده و سپس به وسیله خود طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند و هنگامی که طرحواره‌ی ناکارآمد برانگیخته می‌شود، افراد معمولاً سطح بالایی از عواطف منفی نظیر خشم شدید، اضطراب، غم یا احساس گناه را تجربه می‌کنند. این شدت هیجان معمولاً ناخوشایند بوده، بنابراین افراد اغلب رفتارهای ناکارآمدانه را برای اجتناب از برانگیخته شدن طرحواره‌ها به کار می‌برند تا عاطفه همراه با این

References

- Roy A, Roulin JL, Gras-Le Guen C, Corbat ML, Barbarot S. Executive functions and quality of life in children with neurofibromatosis type 1. *Orphanet J Rare Dis*. 2021 Oct 9;16(1):420.
- Beaussart-Corbat ML, Barbarot S, Farges D, Martin L, Roy A. Executive functions in preschool-aged children with neurofibromatosis type 1: Value for early assessment. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2021 Jun;43(2):163-175.
- Novak I, Honan I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Aust Occup Ther J*. 2019 Jun;66(3):258-273.
- Lorenzo J, Barton B, Arnold SS, North KN. Cognitive features that distinguish preschool-age children with neurofibromatosis type 1 from their peers: a matched case-control study. *J Pediatr*. 2013 Nov;163(5):1479-83.
- Kim I, Ekas NV, Hock R. Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord*. 2016;26:80-90.
- Smith TF, Kaczorowski JA, Acosta MT. An executive functioning perspective in neurofibromatosis type 1: from ADHD and autism spectrum disorder to research domains. *Childs Nerv Syst*. 2020 Oct;36(10):2321-2332.
- Cipolletta S, Spina G, Spoto A. Psychosocial functioning, self-image, and quality of life in children and adolescents with neurofibromatosis type 1. *Child Care Health Dev*. 2018 Mar;44(2):260-268.
- Barton B, North K. The self-concept of children and adolescents with neurofibromatosis type 1. *Child Care Health Dev*. 2007 Jul;33(4):401-8.
- Hyman SL, Shores A, North KN. The nature and frequency of cognitive deficits in children with neurofibromatosis type 1. *Neurology*. 2005 Oct 11;65(7):1037-44.
- Batink T, Bakker J, Vaessen T, Kasanova Z, Collip D, van Os J, et al. Acceptance and commitment therapy in daily life training: A feasibility study of an mHealth intervention. *J Discov Ment Health*. 2016;4(3):e5437.
- Sakulsriprasert C, Phukao D, Kanjanawong S, Meemon N. The reliability and factor structure of Thai young schema questionnaire-short form 3. *Asian J Psychiatr*. 2016;24:85-90.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-37.
- Tull MT, Weiss NH, Adams CE, Gratz KL. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Addict Behav*.

بنابراین هدف درمان پذیرش و عمل ایجاد انعطاف‌پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف‌پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می‌کند (۱۱). در درمان پذیرش و عمل برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوبی و یا کنترل تجربه‌های خصوصی (افکار و احساسات) اقدامی صورت نمی‌گیرد. بلکه مراجعان یاد می‌گیرند که اثر و تأثیر افکار و احساسات ناخواسته را از طریق استفاده مؤثر از هوشیاری فراگیر کاهش دهند. مراجعان یاد می‌گیرند که جنگیدن با این تجربه‌های خصوصی را متوقف کنند، نسبت به آن‌ها گشاده باشند، جایی را به آن‌ها اختصاص دهند و بدون هیچ تلاشی به آن‌ها اجازه دهند که بیایند و بروند (۶).

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج به دست آمده حاکی از آن است که قطع ارتباط و طرد، خودگردانی مختل، جهت مندی، گوش بزنگی، محدودیت مختل بر دشواری تنظیم هیجان تأثیر مثبت و معناداری دارد؛ قطع ارتباط و طرد و خودگردانی مختل، جهت مندی و گوش بزنگی بر عمل و پذیرش تأثیر مثبت و معناداری دارد. برنامه آموزش مبتنی بر مدل علی عمل و پذیرش بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان استثنائی مؤثر بوده است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مشکلات مربوط به برگزاری برنامه آموزشی برای نمونه آماری و شیوع بیماری کرونا اشاره کرد و همچنین عدم کنترل شرایط اقتصادی و اجتماعی نمونه آماری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

نتایج این پژوهش می‌تواند در راسنای بهبود حالات خلقی و روانشناختی و ارتقاء کیفیت زندگی مادران کودکان استثنائی مورد استفاده و بهره برداری قرار گیرد، در این راستا پیشنهاد می‌شود تا سازمان‌های ذیربط همچون سازمان بهزیستی و ... برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مداخله پژوهش حاضر را در جهت بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان استثنائی تدارک ببینید و از راهبردهای آموزش حضوری و غیره حضوری استفاده کنند.

2012;37(10):1084-92.

14. Moyer DN, Page AR, McMakin DQ, Murrell AR, Lester EG, Walker HA. The impact of acceptance and commitment therapy on positive parenting strategies among parents who have experienced relationship violence. *J Fam Violence*. 2018;33(4):269-79.