

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Well-being and Resilience of Mothers with a Deaf Daughter in the City of Isfahan

Mitra Mohammadinejad. M.A.

Master in Counselling and Guidance, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University Khomeini Shahr, Isfahan, Iran.

Farzaneh Niknejadi. Ph.D.

Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دارای دختر ناشنوا در شهر اصفهان

میترا محمدی‌نژاد

کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

فرزانه نیک‌نژادی\*

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

### Abstract

The present research aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and resilience of mothers having a deaf daughter in the city of Isfahan. The research method was semi-empirical in the type of pretest-posttest with a control group. Statistical population included all mothers having a deaf daughter who was studying in a deaf girls' school and a normal school in Isfahan city at the same time in the year 2017. The research instruments comprised of Ryff's Psychological Well-being Scales (1989) and Connor-Davidson (2003) Resilience Scale. Using purposive sampling method, 30 people were chosen, and 15 mothers were randomly assigned to the experimental group and 15 mothers to the control group. Then, for the experimental group the acceptance and commitment therapy which by Wells and Sorrel (2007) has been developed in 10 sessions of 90 minutes was implemented. For data analysis, covariance analysis was used. The results indicated that acceptance and commitment therapy led to an increase in psychological well-being and resilience of mothers who had a deaf daughter ( $p < 0.05$ ).

**Keyword:** acceptance and commitment therapy, psychological well-being, resilience, mothers with a deaf daughter.

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دارای دختر ناشنوا در شهر اصفهان انجام شد. روش تحقیق نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه مادران دارای دختر ناشنوا مشغول به تحصیل در مدارس دختران ناشنوا و مشغول به تحصیل به صورت تلفیقی در مدارس عادی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بودند. برای بهزیستی روان‌شناختی از پرسشنامه (Ryff, 1989) و برای تاب‌آوری از پرسشنامه (Conner & Davidson, 2003) استفاده گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب شدند و ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. سپس برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط (Wells & Sorrell, 2007) تدوین شده است در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دارای دختر ناشنوا شده است. ( $p < 0.05$ ).

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، مادران دارای دختر ناشنوا.

\*. نویسنده مسئول: Niknejadi@iaukhsh.ac.ir

## مقدمه

مسئولیت‌های بیشتری در قبال این کودکان دارند و این مسئله آنها را با مشکلات روان‌شناختی بیشتری مواجه می‌کند (Ghasempour, Akbari, Taghipour, Azimi, Refaghat, 2012).

به‌طور کلی مادران این کودکان، حس بی‌ارزشی و احساس گناه، عملکرد جسمی مختل و خستگی را تجربه می‌کنند و از مشکلاتی نظیر عدم پذیرش ناتوانی کودک، مسائل مالی و خستگی ناشی از مراقبت کودک رنج می‌برند که این مشکلات می‌تواند منجر به افسردگی شود و ممکن است، جملگی، بهزیستی روان‌شناختی مادران این کودکان را به خطر بیندازد (Movallali, Nemati, 2009).

نیاز به داشتن بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک سازه چندبعدی شامل عناصر شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (Eid & Laison, 2008).

افراد دارای احساس بهزیستی بالاتر، به‌طور عمده هیجان‌های مثبت را تجربه می‌نمایند و نیز از وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ درحالی‌که گروه مقابل بیشتر هیجان‌های منفی نظیر افسردگی، اضطراب و خشم را تجربه می‌کنند. بهزیستی روانی، جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است که به‌عنوان درک افراد از زندگی در حیطه رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است (Behzadpoor, Motahhari, Vakili, Sohrabi, 2015).

یکی از عواملی که با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط نزدیک دارد و می‌تواند کارکردهای روانی اعضای این خانواده‌ها، در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود بخشد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد، تاب‌آوری است (Meikaeilei, Ganji, Talebi Joybari, 2012).

Conner & Davidson (2003) تاب‌آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک بیان می‌کنند. آنها تاب‌آوری را تنها پایداری در برابر شرایط تهدیدکننده قلمداد نمی‌کنند، بلکه شرکت فعال فرد در محیط را مهم می‌دانند. درواقع تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک است.

کودکان از نظر ویژگی‌های جسمانی و توانایی‌های یادگیری با یکدیگر تفاوت دارند و این تفاوت در برخی از کودکان با همسالان آنان به قدری است که به آموزش انفرادی متناسب با نیازهایشان احتیاج دارند. این گروه را کودکان استثنایی یا کودکان با نیازهای ویژه می‌نامند. در توصیف مشکلات این کودکان، معمولاً واژه‌هایی نظیر معلولیت، ناتوانی و آسیب به کار برده می‌شود (davis, carter, 2008).

بر اساس مطالعات جمعیت شناختی آموزش و پرورش کودکان استثنایی در ایران، ۱۱ نوع ناتوانی مرتبط با آموزش شناسایی شده است که حدود ۳۰ درصد از این جمعیت را کودکان ناشنوا تشکیل داده است (Foroughmand, Galehdari, Mohamadian, Rasekh, Ghavabesh 2011).

تولّد کودک ناشنوا مشکلات زیادی برای والدین به دنبال دارد. از طرف دیگر ناشنوایی محدودیت‌های روانی اجتماعی را برای کودکان به همراه دارد که از جمله می‌توان به اضطراب، پرخاشگری، افسردگی و سازش نایافتگی اشاره کرد (Amini, Afrooz, Sharifi darandi, homan, 2013).

از دیدگاه خانواده‌ها، کم‌شنوایی، پیچیده‌ترین ضایعه حسی است و والدین را با استرس دائمی روبه‌رو می‌سازد. مراقبت از کودکان در چنین شرایطی، این گروه از افراد را در طول بزرگسالی در معرض خطر سلامت روانی قرار می‌دهد (Movallali, Nemati, 2009).

مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی و آموزشی به نوبه خود می‌تواند سازگاری خانواده‌های این کودکان را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای مهمی در زمینه محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و هیجانی در خانواده ایجاد نماید (Arnaud, White, koning, Michelsen, Parkes, Parkinson & others, 2008).

والدین و دیگر اعضای خانواده، با تولّد کودک با نیازهای ویژه باید تغییرات عمده‌ای در ساختار خانواده به وجود آورند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد، زمانی که خانواده تحت تأثیر کودک با نیازهای ویژه قرار می‌گیرد، بهداشت روانی اعضای آن نیز تحت تأثیر قرار گرفته و این امر می‌تواند زمینه‌ساز پیامدهای ناگواری برای تمام اعضای خانواده باشد (Schieve, Blumberg, Rice, visser, Boyle, 2007)، در این میان مادران، به علت نقش سنتی مراقبت،

Moussavi, Alizadehchaharborj, Yavari, Kermani & Pourhossein (2014) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا از بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی پایین‌تری نسبت به مادران بهنجار برخوردار هستند بنابراین، اتخاذ راهکارهایی برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی بهتر به‌عنوان سازه‌های مهم حوزه توان‌بخشی مادران افراد ناشنوا و کم‌شنوا توصیه می‌شود. (Hajiesmiley, 2013) در پژوهش خود تاب‌آوری والدین دارای دانش‌آموزان نابینا و والدین دارای دانش‌آموز ناشنوا را بررسی نمود نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که والدین دانش‌آموزان ناشنوا تاب‌آوری پایین‌تری نسبت به والدین دانش‌آموزان نابینا دارند.

مطالعه سوابق بیانگر تأثیر منفی وجود کودک ناشنوا بر روی بهزیستی و تاب‌آوری مادر است. علیرغم آنکه پژوهش‌های انجام شده، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری نشان داده است تأثیر این آموزش بر مادران دارای دختر ناشنوا مورد بررسی قرار نگرفته است.

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای دختر ناشنوا تأثیر دارد.
۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای دختر ناشنوا تأثیر دارد.

## روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش اعمال شد؛ ولی برای گروه کنترل خیر. جامعه آماری تمام مادران دارای دختر ناشنوا مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی و مشغول به تحصیل به‌صورت تلفیقی در مدارس عادی شهر اصفهان در تمام مقاطع تحصیلی بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند از بین دانش‌آموزان دختر ناشنوا در مدارس استثنایی و دختران ناشنوایی که به‌صورت تلفیقی در مدارس عادی دخترانه شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند، انجام شد و ۱۰۰ پرسشنامه بین مادران دانش‌آموزان دختر این مدارس توزیع شد. در نهایت ۳۰ نفر از مادران دختران ناشنوا که از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری پایین‌تر از حد متوسط باشند با نمره پایین‌تر از ۶۳ در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی Ryff و نمره پایین‌تر از ۷۵ در پرسشنامه تاب‌آوری Conner & Davidson آوردند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند.

(Ahlert & Greeff, 2012) در پژوهشی عوامل تاب‌آوری مرتبط با سازگاری در خانواده‌های کودکان کم‌شنوا را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مسائل روزمره در خانواده، حمایت اجتماعی، تصدیق روابط، مهارت حل مسئله، مذهب، جستجوی معنی و پذیرش شرایط کودک مبتلا به کم‌شنوایی، با تاب‌آوری خانواده رابطه دارند. تقویت این مؤلفه‌ها به خانواده کمک می‌کند تا با چالش‌ها به گونه مؤثرتری روبرو شود و موجب ایجاد و یا بازسازی تعادل و هماهنگی در نظام خانواده می‌شود.

به‌منظور ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مادران و بالا بردن تاب‌آوری آنها نسبت به فرزند خود به‌ویژه فرزندان دختر ناشنوا و کاهش ناامیدی مادران نسبت به فرزند خود، پذیرش و تعهد یکی از متغیرهای مهم در حوزه روان‌شناختی است؛ چراکه پذیرش و تعهد در اصل نوعی رفتاردرمانی است. موضوع آن عمل است، اما نه هر عملی؛ بلکه عملی که اولاً ارزش محور باشد. پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت و تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. ثانیاً عملی که ذهن آگاهانه باشد. عملی که با هوشیاری و حضور کامل انجام شود؛ گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود (Izadi, Abedi, 2013).

در این نوع درمان تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است (Roditi, Robinson, 2011). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً به‌منظور اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (Forman, Herbert, 2008).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری (Coholic, 2011)، Dehghani (2015) و بهزیستی روان‌شناختی (Folllk, Parling, Halliburton, 2015) و Seddighi (2014) مؤثر است.

در تحقیق دیگری (Ahlert, 2009) به این نتیجه رسید که بار عاملی «پذیرش» توسط والدین بعد از تشخیص کم‌شنوایی کودک خود، ۱۲ درصد در فرآیند سازگاری آنها با مسئله کم‌شنوایی فرزندشان تأثیر دارد.

## ابزار سنجش

در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر ۰/۶۹، ۰/۷۹، ۰/۶۷، ۰/۷۹، ۰/۶۵، ۰/۷۵ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۱ است. نمونه سؤال پرسشنامه: به‌طور کلی احساس می‌کنم من مسئول وضع زندگی کنونی‌ام هستم.

**پرسشنامه تاب‌آوری:** این پرسشنامه توسط Conner & Davidson (2003) با مرور منابع پژوهشی (۱۹۹۱-۱۹۷۹) در حوزه تاب‌آوری تهیه شد. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت است که بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۲۵ است. در این پرسشنامه نمره ۲۵ تا ۵۰ تاب‌آوری ضعیف، از ۵۰ تا ۷۵ تاب‌آوری متوسط و بالاتر از ۷۵ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری قوی خواهد بود. برای پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی برابر ۰/۸۹ است. روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ است. (Kurdmirzanikozadeh, 2009). پایایی به‌دست‌آمده در این تحقیق ۰/۹۰ است. نمونه سؤال پرسشنامه: وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.

## متغیرهای جمعیت‌شناختی

**پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی:** این پرسشنامه توسط Ryff (1989) ساخته شده و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه ۱۸ سؤال و ۶ خرده‌مقیاس دارد که عبارت‌اند از: استقلال، سؤالات ۱۲، ۹ و ۱۸، تسلط بر محیط، سؤالات ۶، ۴، ۱، رشد شخصی، سؤالات ۱۷، ۱۵، ۷، ارتباط مثبت با دیگران، سؤالات ۱۳، ۱۱، ۳، هدفمندی در زندگی ۱۶، ۱۴، ۵ و پذیرش خود سؤالات ۱۰، ۸، ۲. مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌ها بیانگر نمره کلی بهزیستی روانی افراد است. پاسخ‌دهندگان به هر یک از سؤال‌ها در یک مقیاس ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافقم (۶) پاسخ می‌دهند. حد پایین نمرات ۱۸، حد متوسط برابر با ۶۳ و حد بالای نمرات برابر ۱۰۸ است. سؤالات شماره ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۷ به‌صورت معکوس امتیاز داده می‌شوند. در پژوهش Khanjani, Shahidi, Fathabadi, Mazaheri, Shokri (2014) نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک‌گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس از برآزش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در شش عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد. پایایی به‌دست‌آمده در این تحقیق در شش عامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف

## جدول ۱. چهارچوب جلسات آموزشی

جلسه اول	معرفی اعضا و قواعد گروه، برقراری ارتباط، ضرورت مسئله و مفهوم‌سازی متغیرهای پژوهش و نوع درمان
جلسه دوم	معرفی ذهن و زبان از نگاه اکت و معرفی محصولات ذهنی و ارائه تکلیف: ثبت تجربه روزانه محصولات ذهن
جلسه سوم	معرفی درماندگی خلاق، برای تفهیم بهتر مطالب به مادران استفاده از استعاره‌های چاله و بیلچه، طناب‌کشی با هیولا و ببر گرسنه. ارائه تکلیف: به جهت مشخص شدن چاله‌ها و بیلچه
جلسه چهارم	آموزش کنترل مسئله است نه راه‌حل با استفاده از استعاره‌های پلی‌گراف، عاشق شدن، دونات ژله‌ای، لیموترش. ارائه تکلیف: ارائه جدول بررسی پیامدهای راهبردهای کنترل
جلسه پنجم	جلسه پذیرش و تمایل، آموزش رنج پاک و رنج ناپاک با استفاده از استعاره دو مقیاس مهمان و صاحب‌خانه
جلسه ششم	تصریح ارزش‌ها و هدف‌گذاری با استعاره روز خاک‌سپاری و اتوبوس. ارائه تکلیف: ارائه جدول ارزش‌ها به اعضا و کمک به اعضا برای تشخیص ارزش‌ها و هدف‌گذاری در جاده ارزش‌های خود
جلسه هفتم	ارائه بحث گسلش با استفاده از استعاره اتوبوس و رژه سربازها. ارائه تکلیف: دلیل‌آوری
جلسه هشتم	آموزش خود به‌عنوان زمینه و زندگی در زمان حال با استفاده از استعاره شطرنج
جلسه نهم	آموزش عمل متعهدانه با استفاده از استعاره‌های درختکاری و حباب. ارائه تکلیف: مادران مشخص کنند چقدر نسبت به حرکت به سوی اعمال طراحی‌شده حتی اگر مجبور باشند برای لحظاتی ناراحتی را درون خود جای دهند متعهد هستند.
جلسه دهم	جمع‌بندی و پیشگیری از عود، اجرای پس‌آزمون مرور جلسات قبل، شش ضلعی آسیب‌شناسی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شش ضلعی آسیب‌شناسی روانی از نگاه اکت به اعضا آموزش و ارائه شد.

## روش اجرا و تحلیل داده‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده از متغیرهای جمعیت شناختی مربوط به گروه کنترل و آزمایش توزیع فراوانی سن مادران نشان می‌دهد بیشترین درصد (۶۰ درصد) در گروه کنترل و (۹۳/۳ درصد) گروه آزمایش در گروه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال قرار دارند. توزیع فراوانی سطح تحصیلی مادران نشان می‌دهد بیشترین درصد (۴۰ درصد) در گروه کنترل و (۶۰ درصد) در گروه آزمایش دارای سطح تحصیلی زیر دیپلم هستند. توزیع فراوانی شغل مادران نشان می‌دهد بیشترین درصد (۹۳/۳ درصد) در گروه کنترل و (۱۰۰ درصد) در گروه آزمایشی خانه‌دار هستند. توزیع فراوانی تعداد فرزندان نشان می‌دهد بیشترین درصد (۴۰ درصد) در گروه کنترل و (۴۰ درصد) در گروه آزمایشی دارای دو فرزند هستند.

ابتدا پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری به‌عنوان پیش‌آزمون بر روی مادران دختر ناشنوا اجرا شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر از مادران انتخاب شدند. سپس برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط (Vowles & Sorrell, 2007) تدوین شده است در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در پایان، پس‌آزمون بر روی دو گروه گواه و آزمایش اجرا شد (جدول ۱).

تجزیه و تحلیل آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در سطح توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران قبل و بعد از درمان مبتنی بر پذیرش

و تعهد				
متغیرها	گروه	شاخص آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
بهزیستی روان‌شناختی	کنترل	میانگین	۶۳	۶۴/۰۶
	کنترل	انحراف استاندارد	۲/۹۷	۳/۰۳
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	میانگین	۶۲/۴۰	۸۷/۶۰
	آزمایش	انحراف استاندارد	۴/۵۶	۶/۲۴
تاب‌آوری	کنترل	میانگین	۵۰/۸۶	۵۱/۲۶
	کنترل	انحراف استاندارد	۵/۲۶	۴/۵۷
تاب‌آوری	آزمایش	میانگین	۵۱/۱۳	۷۵/۷۳
	آزمایش	انحراف استاندارد	۶/۸۱	۱۸/۸۷

جدول ۳. نتایج آزمون فرض نرمال بودن بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری

کولموگروف اسمیرنوف		بهزیستی روان‌شناختی	
سطح معنی‌داری	آماره	پیش‌آزمون	کنترل
۰/۱۹۸	۰/۱۶۵	پیش‌آزمون	کنترل
۰/۲۰۰	۰/۱۷۸	پس‌آزمون	
۰/۲۰۸	۰/۱۵۲	پیش‌آزمون	آزمایش
۰/۲۲۱	۰/۱۲۱	پس‌آزمون	
تاب‌آوری			
۰/۰۸۳	۰/۲۲۱	پیش‌آزمون	کنترل
۰/۰۸۹	۰/۲۰۴	پس‌آزمون	
۰/۲۰۰	۰/۱۶۴	پیش‌آزمون	آزمایش
۰/۲۰۵	۰/۱۳۲	پس‌آزمون	

با توجه به نتایج جدول ۳ پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های مربوط به متغیر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری است. بر اساس آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف برقرار بوده

جدول ۴. نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها

متغیر وابسته	F	Df 1	Df z	سطح معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	۵/۵۶۷	۱	۲۸	/۰۸۷
تاب‌آوری	۶/۴۸۵	۱	۲۸	/۰۶۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تساوی واریانس‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری برقرار بوده است. ( $\text{Sig} > 0/05$ ) و سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است.

### بررسی فرضیه‌ها

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دختر ناشنوا (نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور توان آماری
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۷۴/۶۳۰	۱	۱۷۴/۶۳۰	۹/۴۳۲	۰/۰۰۵	۰/۲۵۹
	گروه	۴۲۶۴/۳۵۷	۱	۴۲۶۴/۳۵۷	۲۳۰/۳۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۵
	میزان خطا	۴۹۹/۹۰۳	۲۷	۱۸/۵۱۵			
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۹۰۱/۴۴۴	۱	۹۰۱/۴۴۴	۵/۵۵۶	۰/۰۲۶	۰/۱۷۱
	گروه	۴۳۹۶/۶۱۱	۱	۴۳۹۶/۶۱۱	۲۷/۱۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱
	میزان خطا	۴۳۸۰/۴۲۳	۲۷	۱۶۲/۲۳۸			

بر اساس جدول میزان بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دختر ناشنوا در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) که توسط (Vowles & Sorrell 2007) تدوین شده است در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود داشته است؛ به عبارت دیگر، متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دختر ناشنوا مورد مطالعه تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۸۹ درصد تغییرات بهزیستی روان‌شناختی ناشی از تأثیر مداخله یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بوده است.

بر اساس جدول میزان بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دختر ناشنوا در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) که توسط (Vowles & Sorrell 2007) تدوین شده است در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود داشته است؛ به عبارت دیگر، متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دختر ناشنوا مورد مطالعه تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۸۹ درصد تغییرات بهزیستی روان‌شناختی ناشی از تأثیر مداخله یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بوده است.

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار تعدیل‌شده بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون

فاصله اطمینان ۹۵ درصد میانگین تعدیل‌شده		انحراف معیار خطا		نمرات حاصل از گروه پس از آموزش (متغیر وابسته)	
حد بالا	حد پایین	میانگین	انحراف معیار	گروه	متغیر
۶۶/۱۵۵	۶۱/۵۸۹	۱/۱۱۳	۶۳/۸۷۲	کنترل	بهزیستی روان‌شناختی
۹۰/۰۷۸	۸۵/۵۱۱	۱/۱۱۳	۸۷/۷۹۴	آزمایش	
۵۸/۱۴۰	۴۴/۶۴۲	۳/۲۸۹	۵۱/۳۹۱	کنترل	تاب‌آوری
۸۲/۳۵۸	۶۸/۸۶۰	۳/۲۸۹	۷۵/۶۰۹	آزمایش	

صورت که هستند بدون آنکه تلاشی برای تغییر فراوانی یا شکل آنها صورت گیرد تجربه شوند. پذیرش یعنی پذیرفتن احساسات به‌عنوان یک واقعیت نیست، بلکه پذیرفتن احساسات به‌گونه‌ای که شخص نیازی به تغییر یا خلاص شدن از دست آنها را نداشته باشد، است.

پذیرش و تعهد بیان می‌کند که مشکلات در رنج‌های انسان‌ها با افکارشان مرتبط می‌باشند نه به خاطر اینکه افکار اشتباه و غلط هستند، بلکه به این خاطر است که افراد زمان زیادی را با افکار خود سپری کرده و به دنیا از آنها نگاه می‌کنند، به‌جای آنکه به آنها نگاه کنند.

Masuda, Wilson و Hayes, Strosahl (1999) و Hayes, Sackett & Twohig (2004) بیان می‌کنند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی قصد دارد به مراجع کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌اش نباشد و هدف تغییر کارکردهای افکار با دست‌کاری زمینه کلامی است که در فرد رخ می‌دهد. ناشنوبی در این افراد به خاطر اختلال در ارتباط کلامی و ابراز احساسات تمام‌عیار خود و در کل متفاوت بودن از دختران سالم، چالش‌های شناختی و هیجانی دشواری برای مادران ایجاد می‌کند. آینده غیرقابل پیش‌بینی برای این دختران و نقص در مهارت‌های اجتماعی، تحصیلی، شغلی و تشکیل زندگی مطلوب در این خانواده‌ها، فرد ناشنوا و مادر را دچار استرس و اضطراب مزمن می‌کند.

از این‌رو در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مادران در سطح پذیرش یاد می‌گیرند که به‌جای اجتناب و گریز از افکار و هیجانات ناخوشایند، معمولاً به خاطر بار روانی داشتن فرزند ناشنوا، تجارب جدید را در محیط امن و

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد میانگین‌های برآورده شده بهزیستی روان‌شناختی دو گروه کنترل و آزمایش پس از کنترل متغیرهای تعدیل‌کننده، ۶۳/۸۷۲ و ۸۷/۷۹۴ بوده است و میانگین‌های برآورد شده تاب‌آوری دو گروه کنترل و آزمایش پس از کنترل متغیرهای تعدیل‌کننده، ۵۱/۳۹۱ و ۷۵/۶۰۹ بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط Vowles & Sorrell (۲۰۰۷) تدوین شده است بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی تأثیر دارد. ( $F=230/320$  و  $p=0/001$ ). بر اساس مطالعات انجام‌گرفته تحقیقی با این عنوان یافت نشد ولی نتایج تحقیق (Mousavi & others Sedighi, 2014), Parling, Melin, Folk (2014), Halliburton (2015) با نتایج این تحقیق همسو است.

در تبیین این فرضیه با توجه به ماهیت و عوامل زیربنایی تشکیل‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی و دشواری داشتن فرزند ناشنوا می‌توان گفت، تمرین‌های تجربی مانند پذیرش و گسلش موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران می‌شود هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش اضطراب نیست، بلکه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری هنگامی که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از یک زندگی اساسی بازمی‌دارد، است. همچنین هدف آن توانایی تماس هرچه کامل‌تر با لحظه کنونی و تغییر رفتار که در خدمت ارزش باشد، است (Hofmann, Hayes, Strosahl 2004) Asmundson (2008) بیان می‌کنند پذیرش هنگامی رخ می‌دهد که هیجانات در احاطه آگاهی باشند و به همان

ارزش‌ها حوزه‌هایی از زندگی فرد یا چیزهایی هستند که فرد متوجه آنها است. ارزش‌ها متفاوت از اهداف هستند، ارزش‌ها هرگز اکتساب نمی‌شوند، درحالی‌که اهداف را می‌توان کسب کرد (Hayes & others, 1999).

در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف آن است که افراد به یک زندگی هدفمند و غنی دست یابند؛ بنابراین افراد مورد چالش قرار می‌گیرند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است مثل خانواده، روابط صمیمانه، شغل توجه کنند (Izadi, 2012).

تاب‌آوری به معنای نبود عوامل خطر در زندگی نیست، بلکه به معنای حضور عوامل روان‌شناختی حمایتی است و عوامل روان‌شناختی حمایتی در افراد می‌تواند به فرآیندها و روش‌های عملکردی اطلاق شوند که به پیامدهای مطلوب در زندگی انسان‌ها ختم شوند. مثلاً زمانی که افراد با خطرات و چالش‌های زندگی مواجه می‌شوند، باوجود عوامل حمایت‌گر مانند مثبت‌اندیشی، اعتمادبه‌نفس و کنترل هیجان‌های منفی، می‌توانند اثرات منفی و مخرب فشارهای زندگی را کاهش دهند. (Garmezy, 1999)

معناخواهی و معنا‌یابی به‌واسطه ارزش‌گذاری بر مسیرها و محورهای مهم زندگی و در زمان حال بودن در کنار آموزه‌های مبتنی بر گسلش از افکار و هیجان‌های ناشی از شرایط زندگی و پذیرش رنج ناشی از مادر بودن و سایر نقش‌های ارزشمند و معنا‌دار یک زن، خود‌نظمی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای این مادران را ثمربخش می‌کند. در زمان حال بودن به افراد کمک می‌کند که از خودشان یک احساس تغییرپذیری به دست آورند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشاهده و توصیف تجارب در زمان حال را بدون قضاوت در مورد آنها تشویق می‌کند، چیزی که «خود را به‌عنوان یک فرآیند دانستن» نامیده شده است (Masuda & others, 2004).

با پیگیری تمرین‌های تجربی و به‌یادسپاری استعاره‌های کاربردی در قالب داستان، تجارب هیجانی و شناختی مثبتی در مورد خود، دیگران و دنیا شروع می‌کنند که یک چرخه خود‌ترسیمی مثبت و خود‌نظم‌بخشی دارد؛ بنابراین به‌تدریج مادر تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به مشکلات فرزند ناشنوا، استرس، اضطراب و انواع هیجان‌ها

همدلانه گروه درمانی لمس کنند. تمرین تمایل و اشتیاق داشتن به رنج‌ها و دردها (حالات و خلق‌های ناخوشایند) در جهت ارزش‌ها، نگرش مادران را به موقعیت تنش‌زا و احساسات و افکار ناشی از این موقعیت تغییر می‌دهد. تشویق و ترغیب مادران به اجتناب نکردن و مواجه‌شدن با این هیجان‌ها و احساسات به آن‌ها اجازه می‌دهد، کیفیات درونی خود را بدون ترس، تجربه و ابراز کنند.

در کنار این فرآیند پیچیده پذیرش، شناسایی ارزش‌ها توسط خود مادران با کمک و نقش تسهیل‌گر و تعهد‌پیگیری این ارزش‌ها در زندگی واقعی، آنان را به زندگی معنی‌دار و غنی برمی‌گرداند.

ازجمله ارزش‌های مهمی که می‌تواند مادر را به بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی برساند، ارزش سلامتی، مذهب و خانواده است. اگرچه این نکته به معنای بی‌اهمیت بودن ارزش‌های دیگر نیست، کاهش تجارب آزاردهنده و طاقت‌فرسا که ناشی از پذیرش رنج پاک نقش‌های مادر است و تغذیه ارزش‌ها، روان و جسم مادر را شاداب و سرزنده می‌کند. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری تأثیر دارد ( $p=0/001$ ) و ( $F=27/100$ ). بر اساس مطالعات انجام‌گرفته تحقیقی با این عنوان یافت نشد، ولی نتایج تحقیق (Dehghani, 2015), (Coholic, 2011), (Ahlert, 2009), (Hajiesmili, 2013), نتایج این تحقیق همسو است.

در تبیین فرضیه دوم می‌توان گفت چسبندگی به افکار منفی و غیرواقع‌بینانه و کلنجار رفتن از هر طریقی برای نداشتن آن‌ها، انرژی روانی مادران دختر ناشنوا را تحلیل می‌برد. این تلاش بی‌اثر آنها را بیشتر دچار محدودیت و اجتناب می‌کند بنابراین تاب‌آوری و سخت‌رویی این مادران نه‌فقط در چالش‌ناشنوایی فرزند خود، بلکه در پیش‌افتاده‌ترین چالش‌های زندگی روزمره کاهش پیدا می‌کند و معمولاً این افراد فقط زندگی را ادامه می‌دهند و بی‌معنایی را تجربه می‌کنند.

با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفافیت و احیای دوباره ارزش‌ها و معنا‌های شخصی در درون این مادران شعله‌ور می‌شود و به داشتن چنین فرزند و چنین شرایط زندگی خود معنی می‌دهند.



- the Resilience of Mothers with Children with Learning Disabilities". The First National Scientific-Research Congress for the Development and Promotion of Educational Sciences and Sociocultural Psychology in Iran. [Persian]
- Eidi, M, Larson, R. J. (2008). The science of subjective well-being. New York: Guilford press.
- Folk, F., Parling, T., Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: Apreliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on long Term Sick Leave Cognitive and Behavior Practice: 19, 583-594.
- Forman, E. M., & Herbert, J.D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy acceptance baded therapies, chapter to appear in W. odonohue, je. Fisher, (Eds), cognitive behavior therapy Applying empirically supported treatments in your practice, 2nded. Hoboken, NJ wiley, 26-263.
- Foroughmand, A.M.Galehdari, H.Mohamadian, Gh.Rasekh. A.Gha vabesh.G (2011) The First Survey Of Distribution Of Inherited Deafness Patterns In Individuals Referred To Genetic Center Of Ahvaz Welfare Organization Audiol 20 (2) 72 -78. [Persian]
- Garnezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. American Behavioral Scientist, 34, 416-430.
- Ghasempour, A.Akbari.E. Taghipour, M.Azimi,Z.Refaghat.E. (2012). Comparison Of Psychological Well -Being And Coping style in mothers of Deaf and Normally -Hearing Children Auditory and Vestibular: research.. 21(4).51 -59. [Persian]
- Haji Esmaili. A. (2013). "Comparison of Mental Health, Quality of Life, Marital Satisfaction and Resilience of Parents of Blind and Deaf Students in the City of Tehran". Master's Thesis. Payam-e Noor University, Central Tehran. [Persian]
- Halliburton, A. E. and Cooper, L. D. (2015); Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. Journal of Contextual Behavioral Science, 4(1), 1-11.
- Hayes, S. C, Strosahl, K.D. Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford press.
- Hayes, S. C, Strosahl, K.D. (2004). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York Springer.Science and Business Media Inc.
- Hofmann, S, G.J, (2008). Acceptance and mindfulness- based therapy: New wave or old hat? Clinical psychology review, 28(1), 1-16.
- Izadi, R. Abedi, M. (2013) Acceptance And Commitment -Based Therapy. First Edition. Tehran Jangal Publication, Kavoshiyar. [Persian]
- Izadi. R. (2012). "Review and comparison of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT), and cognitive and behavioral therapy (CBT) on obsessive-compulsive symptoms and beliefs, quality of life, psychological resilience, depression, and anxiety in patients with obsessive-naخوشایند خو می‌گیرد و این تجربیات را به‌گونه‌ای پذیراتر جزء انسان بودن خود در نظر می‌گیرد.
- در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی وجود داشت؛ ازجمله نبود مرحله پیگیری و اینکه پژوهشگر خود مداخله را انجام داده است و با توجه به اینکه شیوه نمونه‌گیری هدفمند است، در تعمیم این نتایج باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، در تحقیقات آتی مرحله پیگیری انجام شود. یا توجه به نتایج تحقیق، مدارس ناشنویان می‌توانند از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای ارتقاء تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا بهره‌مند شوند.

## منابع

- Ahlert, I. A., & Greeff, A. P. (2012). Resilience factors associated with adaptation in families with deaf and hard of hearing children. *Amenca Annals of the Deaf*, 157(4), 391-404.
- Ahlert, I. A. (2009). A programme to enhance resilience in families in which a child has a hearing loss (Doctoral dissertation, Stellenbos chiuniversity of Stellenbosch)
- Amini, D. Afrooz, Gh, Sharif Daramadi, P Homan, H.A (2013). Recognition Of Disorders And Emotional Problems Of Deaf Children Using House -Tree- Person and Draw -A- Person Tests In Comparison With Normal Children Of Hamadan Province Scientific Journal Of Hamadan University Of Medical Sciences 20(1),49-58. [Persian]
- Arnaud, C., White- koning, Michelsen, S.I., Parkes, J., Parkinson, K., Thyen, U., & Mcmanus, V. (2008). Parent - reported quality of life Of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics.*, 121(1), 54-64.
- Behzadpoor, S. Motahari. Z Vakili, M. Sohrabi.F (2015). The Effect Of Resilience Training On Increasing Psychological Well -Being Of Infertile Women. *Scientific Journal Of Ilam University Of Medical Sciences*. 23(5), 131-142. [Persian]
- Coholic, D. A. (2011). Exploning the feasibility and banehits of artf- based mindfulness- based practices with young people in need Aiming to improve aspects of self- awareness and resilience, In child & youth care forum. 40 (4), 303-317. Springer US.
- Conner, k. M. Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the - Conner- Davidson Resilience scale (CD-RTSC). *Depression and Anxiety*, 18 (2), 76-82.
- Davis, N., & carter, A. (2008). Parenting Stress In Mothers and fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Association with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vistics, 38:1278- 1291.
- Dehghani H. (2014). "The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on

- compulsive disorder". Ph.D. Thesis. Department of Psychology, University of Esfahan. [Persian]
- Khanjani, M., Shahidi, Sh., Fathabadi, J., Mazaheri, M., Shokri, O. (2014). Factor Structure And Psychometric Properties Of The Ryff, S Scale Of Psychological Well-Being, Short Form (18-Item) among male and female students. *Thought & Behavior In Clinical Psychology*, 32(8), 27-36. [Persian]
- Kurdmirza-Nikozadeh, A. (2009). Bio-psychological-spiritual Modeling in Drug Addicts, and The Development of an Intervention Program to Promote Resilience Based on cognitive narratology and positive Psychology. PhD Thesis. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University. [Persian]
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., & Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behavior Research and Therapy*, 42(4), 477-485.
- Meikaeili, N., Ganji, M., Talebi Joybari, M. (2012). A Comparison Of Resilience, Marital Satisfaction And Mental Health In Parents Of Children With Learning Disabilities And Normal Children *Journal Of Learning Disabilities*, 2 (1), 120-137. [Persian]
- Mousavi, E., Alizadehchahar Borj, T., Yavari Kermani, M., Pourhossein, R. (2014). The comparison of psychological Well-Being, Acceptance and social Adjustment of mothers with children Normal Hearing and mothers with children Deaf and hearing impairment. *Journal of (Health Breeze) family Health*, 3(2), 23-29. [Persian]
- Movallali, G., Nemati, Sh. (2009). Difficulties In Parenting Hearing-Impaired Children. *Journal Auditory And Vestibular Research*, 18 (1-2), 1-11 [Persian]
- Roditi, D., & Robinson, M.E. (2011). The Role of psychological Interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4: 41-49.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is every thing, or is it? Explanations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069-1081.
- Schieve, L.A., Blumberg, S.J., Rice, C., Visser, S.N., & Boyle, C. (2007). The Relationship between Autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119, 114-121.
- Seddighi, F. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Mental Health and Psychological Well-being of Spouses of Drug-dependent Patients. Master's Thesis. Islamic Azad University of Najafabad. [Persian]
- Vowles, K.E., John, T., Sorrell, J. (2007). *Life with chronic pain: An Acceptance based Approach Therapist Guide and patient workbook*. Bath: university of Bath.