

# Comparing the Effectiveness of Group Counseling Through Motivational Interviewing (MI) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction and Self-efficacy in Mothers of Children with Cerebral Palsy

Zarei F<sup>1</sup>, \*Asadpour E<sup>2</sup>, Mohsenzadeh F<sup>2</sup>

## Author Address

1. PhD Student, Department of Guidance and Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran;  
2. Assistant Professor, Department of Guidance and Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.  
\*Corresponding Author's Email: [dr.asadpour@khu.ac.ir](mailto:dr.asadpour@khu.ac.ir)

Received: 2021 June 9; Accepted: 2021 September 24

## Abstract

**Background & Objectives:** Cerebral palsy refers to a group of multidimensional and non-stationary disturbances in movement. Children with cerebral palsy need careful attention from their caregivers, especially their mothers, in their daily living activities. Therefore, psychological interventions are essential to reduce marital conflict and increase mothers' self-efficacy. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a process-oriented approach among the third-generation psychotherapies. The overall goal of this treatment is to achieve psychological flexibility so that there is no need to eliminate the bad feeling; instead, the person moves toward behavior based on the value of thought. On the other hand, the main purpose of motivational interviewing is to promote intrinsic motivation to form and perpetuate behavioral changes. This study aimed to compare the effectiveness of group counseling through motivational interviewing (MI) and acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction and self-efficacy of mothers with children with cerebral palsy.

**Methods:** This quasi-experimental study with non-equivalent groups employed a pretest-posttest with a follow-up (1 month) design and a control group. The statistical population of the present study included all mothers of children with cerebral palsy who were referred to educational and rehabilitation centers for the physically disabled in Kermanshah City, Iran, in 2021. The research sample comprised 34 volunteer mothers selected by available sampling based on the results of the pretest (ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire and Self-Efficacy Scale) and inclusion criteria. They were randomly divided into three groups: trial motivational interview (11 people), acceptance and commitment therapy (10 people), and control group (13 people). The inclusion criteria were as follows: bearing a minimum high school education, having children with cerebral palsy, expressing consent to participate in the research, and having physical health. Mothers without the ability to read, absence of more than two consecutive sessions in the treatment process, simultaneous membership in treatment and rehabilitation groups, non-compliance with group rules, and lack of respect and consent to continue the sessions were the criteria for leaving the study. The instruments used in this study were the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire (Fowers & Olson, 1993) and the Self-Efficacy Scale (Sherer et al., 1982), which were completed before, immediately after, and one month after the intervention by mothers in the experimental and control groups. Participants in the experimental groups received ACT-based therapy in 12 sessions (90 minutes per session) and MI in 11 sessions (90 minutes per session), during which time the control group received no training. Data analysis was performed in descriptive statistics (mean and standard deviation) and the inferential section (analysis of covariance mixed with repeated measures and post hoc Bonferroni test) at a significance level 0.05 in SPSS software version 26.

**Results:** In the posttest stage, the total score of the marital satisfaction variable and its components, including ideal distortion, marital satisfaction, personality issues, conflict resolution, leisure activities, children, and parenting, as well as the self-efficacy variable, were significantly different between the two experimental groups and the control group ( $p < 0.05$ ). In the follow-up stage, in the total score of the marital satisfaction variable and its components, including ideal distortion, personality issues, conflict resolution, children and parenting, family and friends, as well as the self-efficacy variable, the differences between both experimental groups and the control group were significant ( $p < 0.05$ ). The difference between the two experimental groups in the posttest and follow-up stages was not significant in the total score of the marital satisfaction variable and all its components, as well as the self-efficacy variable ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings of the research, the use of treatment techniques based on ACT and MI for mothers of children with cerebral palsy increases the marital satisfaction and self-efficacy of these mothers.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy (ACT), Motivational interview (MI), Marital satisfaction, Self-efficacy, Cerebral palsy (CP).

## مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه مصاحبه انگیزشی (MI) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی

فرشاد زارعی<sup>۱</sup>، \*اسماعیل اسدپور<sup>۲</sup>، فرشاد محسن زاده<sup>۲</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

\*رابانامه نویسنده مسئول: [dr.iasadpour@khu.ac.ir](mailto:dr.iasadpour@khu.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۹ خرداد ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲ مهر ۱۴۰۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال فلج مغزی می‌تواند از کارایی فرد و خانواده او بکاهد. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع گروه‌های نابرابر با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند با فلج مغزی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و توان‌بخشی معلولان جسمی‌حرکتی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۳۴ نفر از مادران واجد شرایط بودند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی مصاحبه انگیزشی (بازده نفر) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ده نفر) و یک گروه گواه (سبزه نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ (فاور و اولسون، ۱۹۹۳) و مقیاس خودکارآمدی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲) استفاده شد. گروه‌های آزمایشی دوازده جلسه نوددقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بازده جلسه مصاحبه انگیزشی را به‌صورت هفته‌ای یک‌بار دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در مرحله پس‌آزمون، در نمره کل متغیر رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن شامل تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، حل تعارض، فعالیت‌های اوقات فراغت، فرزندان و فرزندپروری و همچنین نمره کل متغیر خودکارآمدی، تفاوت بین دو گروه آزمایشی با گروه گواه معنادار بود ( $p < 0/05$ ). در مرحله پیگیری، در نمره کل متغیر رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن شامل تحریف آرمانی، مسائل شخصیتی، حل تعارض، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان و همچنین نمره کل متغیر خودکارآمدی، تفاوت بین هر دو گروه آزمایشی با گروه گواه معنادار بود ( $p < 0/05$ ). تفاوت بین دو گروه آزمایشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در نمره کل متغیر رضایت زناشویی و تمامی مؤلفه‌های آن و همچنین متغیر خودکارآمدی معنادار نبود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، استفاده از تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی به مادران دارای فرزند فلج مغزی باعث افزایش رضایت زناشویی و خودکارآمدی این مادران می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مصاحبه انگیزشی، رضایت زناشویی، خودکارآمدی، فلج مغزی.

معنادار در متغیرهای سلامت روانی، خودکارآمدی، رضایت شغلی، انگیزه شغلی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۶</sup> در افراد شرکت‌کننده گروه آزمایش بود (۱۲). نتایج پژوهش حسینی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌عنوان مداخله‌ای ترجیحی می‌تواند درخصوص حل مشکلات رابطه‌ای ازجمله مشکلات زناشویی مانند تعارضات زناشویی و دل‌زدگی<sup>۷</sup> و نیز نبود یا کاهش رضایت زناشویی با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش افکار و هیجانات و پرهیز از اجتناب تجربی به‌صورت معناداری اثربخش باشد (۱۳).

بهترین شیوه برای مقابله با مراجعان بی‌انگیزه برای تغییرات رفتاری، مصاحبه انگیزشی<sup>۸</sup> است. هدف اصلی از مصاحبه انگیزشی، ارتقای انگیزه درونی به‌منظور شکل‌گیری و تداوم تغییرات رفتاری است. این انگیزه درونی به‌جای اینکه از عوامل و منابع بیرون از فرد مانند تلاش سایر افراد به‌منظور ترغیب، فریب یا التزام سرچشمه بگیرد، از اهداف و ارزش‌های شخصی فرد نشئت می‌گیرد؛ چون برخی اوقات پافشاری و فشار عوامل بیرونی به‌منظور وقوع تغییر، کاهش ضدونقیض و پیش‌بینی‌نشده‌ای را در تمایل فرد برای شروع تغییرات رفتاری ایجاد می‌کند (۱۴). اسکات و همکاران با بررسی تلفیق مصاحبه انگیزشی و مداخله شناختی رفتاری برای ارتقای فعالیت‌های بدنی در بزرگسالان با شرایط مزمن بهداشتی دریافتند، تلفیق مصاحبه انگیزشی و رفتاردرمانی شناختی می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی و فعالیت بدنی در افراد مبتلا به بیماری و نبود سلامت مزمن شود (۱۵). مجاهد و نویدیان در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی ترک قلیان در زنان باردار، به این نتیجه رسیدند که مصاحبه انگیزشی بر افزایش خودکارآمدی ترک قلیان تأثیر مثبت دارد (۱۶).

درمجموع با توجه به خلأ دانشی در این زمینه و یافت‌نشدن پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی در متغیرهای مذکور و جامعه بیان‌شده، ضرورت انجام پژوهش حاضر در این نکته بود که امروزه از مباحث بسیار مهم در نظام سلامت جامعه، مشکلات مربوط به زنان و خانواده است. این در حالی است که اگر خانواده با مشکلاتی فراتر از خانواده‌های عادی مانند داشتن فرزند فلج مغزی مواجه باشد، وضعیت روان‌شناختی و اجتماعی آنان را به‌گونه‌ای تحت تأثیر قرار می‌دهد که علاوه بر تخریب عملکرد فردی و شغلی و اجتماعی، منجر به ازهم‌گسیختن نظام خانواده می‌شود (۱۷)؛ ازاین‌رو، به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب برای افراد این خانواده‌ها به‌خصوص مادران به‌عنوان مراقبان اصلی، می‌تواند چشم‌انداز روشن‌تری فراهم آورد تا از بحران‌زایی وجود یک کودک فلج مغزی در خانواده کاسته شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی انجام شد.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع گروه‌های نابرابر با طرح

فلج مغزی<sup>۱</sup> شایع‌ترین ناتوانی حرکتی و عارضه عصب‌شناختی در کودکان و مغز نابالغ است. میزان شیوع آن حدود ۲ تا ۳/۶ نفر در هر هزار تولد زنده گزارش شده است که شیوع زیاد این اختلال را نشان می‌دهد (۱). طبق تعریف، هرگونه ضایعه غیرپیش‌رونده به سیستم عصبی مرکزی طی دو سال اول زندگی کودک، فلج مغزی نامیده می‌شود (۲). همچنین این کودکان غالباً دارای اختلالات و کم‌توانی‌های همراه متعدد در زمینه‌های شناخت، احساس، رفتار و ارتباط هستند که معمولاً می‌تواند از خودکم‌توانی حرکتی به‌تنهایی شرایط به‌مراتب سخت‌تری را ایجاد کند (۳). محدودیت به‌وجودآمده در فعالیت‌ها باعث وابستگی طولانی‌مدت کودکان به مراقب می‌شود و نیازهای خاصی را در کودک ایجاد می‌کند که شخص مراقب به‌خصوص مادر باید آن‌ها را برطرف کند (۴).

والدین در مراقبت از کودک فلج مغزی نقش اصلی را ایفا می‌کنند. چندین دهه است که خانواده به‌عنوان واحدی ضروری و حیاتی در مداخلات پزشکی توان‌بخشی به‌شمار می‌آید (۵). رضایت زناشویی<sup>۲</sup> به‌منزله مفهومی پیچیده و چندبعدی که ماهیت ذهنی دارد، میزان علاقه زوجین به همدیگر و نگرش مثبت درباره متأهل بودن است. رضایت زناشویی با عواملی از قبیل تحریف آرمانی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت امور مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان، دوستان و اطرافیان و جهت‌گیری عقیدتی مربوط است (۶).

متغیر دیگری که در والدین کودک فلج مغزی با کاهش چشم‌گیری مواجه می‌شود، خودکارآمدی<sup>۳</sup> است (۷). منظور از خودکارآمدی درجه‌ای از احساس تسلط فرد درباره توانایی انجام عملکردهای مدنظر است؛ به‌عبارت‌دیگر، خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاصی را با توجه به موقعیت معین اجرا می‌کند و انتظار نتایج مدنظر را دارد (۸). در خودکارآمدی به‌عنوان بخشی از تئوری شناختی اجتماعی، اعتقاد فرد بر این است که می‌تواند رفتاری خاص را از خود بروز دهد (۹). در نظریه خودکارآمدی بیان می‌شود که اگر افراد باور داشته باشند از عهده کاری برمی‌آیند دست به اقدام می‌زنند و اگر بر این باور باشند که شکست می‌خورند از آن پرهیز می‌کنند (۱۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> در سال ۱۹۸۶ توسط هیز معرفی شد (به‌نقل از ۱۱). این رویکرد به‌عنوان درمانی حمایتی و کوتاه‌مدت، به‌دلیل ماهیت انسان‌گرایی<sup>۵</sup> آن و تأکید بر رابطه و تعیین و پذیرش ارزش‌های فردی و خانوادگی مراجع به‌منزله مداخله‌ای روان‌شناختی و تجربه‌محور است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را به‌همراه راهبردهای رفتار متعهدانه و ایجادکننده تغییر رفتار به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌کار می‌گیرد؛ همچنین می‌تواند درمانی انتخابی و دارای اولویت در کار با مشکلات مزمن و معلولان و خانواده آن‌ها باشد (۱۱). در پژوهش اسکویز روی ۵۳ نفر از بزرگسالان تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، نتایج مطالعه نشان‌دهنده تغییرات

5. Humanism

6. Psychological flexibility

7. Burnout

8. Motivational Interview

1. Cerebral Palsy

2. Marital satisfaction

3. Self-efficacy

4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

نفر نبود که این تعداد نفرات براساس پیشینه پژوهش‌های مشابه در طرح‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی، از حداقل نفرات برای هر گروه و حداقل نمونه لازم برای این مطالعات، یعنی سی نفر کمتر نیست (۱۹). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن حداقل تحصیلات سیکل؛ داشتن کودک فلج مغزی؛ رضایت برای شرکت در پژوهش؛ داشتن سلامت جسمی. همچنین از ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، مادران بدون توانایی خواندن، غیبت بیش از دو جلسه متوالی در فرایند درمان، عضویت هم‌زمان در گروه‌های درمانی و توان‌بخشی، رعایت‌نکردن قوانین گروه و رعایت‌نکردن احترام و رضایت درباره ادامه شرکت در جلسات بود.

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح زیر رعایت شد: در ابتدا پژوهشگر خود را به شرکت‌کنندگان در پژوهش معرفی کرد و درباره اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه داد؛ به واحدهای پژوهش برای محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد؛ عقاید، فرهنگ، مذهب و... واحدهای پژوهش شده محترم شمرده شد؛ بر آزاد بودن واحدهای پژوهش شده برای حضور در ادامه پژوهش تأکید صورت گرفت؛ حریم شخصی آزمودنی‌ها حفظ شد و به آن‌ها درباره بی‌خطر بودن مداخله اطمینان داده شد؛ در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن‌ها و استفاده از منابع دقت و امانت‌داری عملی صورت گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به کار رفت.

پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند با فلج مغزی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و توان‌بخشی معلولان جسمی حرکتی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۳۴ نفر از مادران داوطلب بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس براساس نتایج پیش‌آزمون (از طریق پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ<sup>۱</sup> و مقیاس خودکارآمدی<sup>۲</sup>) و ملاک‌های ورود انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی مصاحبه انگیزشی (یازده نفر) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ده نفر) و یک گروه گواه (سیزده نفر) قرار گرفتند. در ابتدا برای هر گروه پانزده نفر در نظر گرفته شد؛ ولی باتوجه به شرایط شرکت‌کنندگان و همه‌گیری ویروس کرونا، تعداد گروه‌ها نابرابر شد و حجم نمونه به ۳۴ نفر تقلیل یافت. باتوجه به نیمه‌آزمایشی بودن طرح، لازم به ذکر است که در گروه آزمایشی مصاحبه انگیزشی چهار نفر، گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پنج نفر و گروه گواه دو نفر حاضر به ادامه همکاری با پژوهشگران نشدند و نتایج حاصل از مداخلات مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی ۳۴ نفر از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. درباره حجم نمونه ۳۴ نفری باتوجه به دیدگاه شادیش و همکاران در خصوص طرح‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی، حجم نمونه در تحقیقات نیمه‌آزمایشی می‌تواند حداقل هشت نفر برای هر گروه باشد (۱۸). بر این اساس در پژوهش حاضر حجم نمونه‌ها برای هر گروه کمتر از ده

جدول ۱. ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی برنامه درمانی، ارائه اطلاعات کلی برنامه، توضیح ساختار برنامه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی، مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن، مطرح کردن اهداف درمان و امکان تغییرپذیری.
دوم و سوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل، رساندن مراجع به ناامیدی خلاق، شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع، ادامه درماندگی خلاق و استفاده از استعاره به X فکر نکنید و استعاره چاله و استعاره غذادان به ببر، تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل.
چهارم و پنجم	تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها، تأکید بر شناسایی و آگاهی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها، استفاده از استعاره پلی‌گراف و نوشتن خودزندگی‌نامه و ده گام تا رسیدن به یک ارزش.
ششم و هفتم	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث درباره آن‌ها، بحث درباره میزان عملکرد فرد براساس ارزش‌هایش و تمرین‌های مرتبط با رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی، استفاده از استعاره مهمان و گدا.
هشتم و نهم	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث درباره آن‌ها، بیان گسلس و استفاده از استعاره اتوبوس و برگ‌های شناور در رودخانه‌ای جاری و تمرینات من این فکر را دارم و من این احساس را دارم.
دهم و یازدهم	ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها و اقدامات متعهدانه در راستای اهداف، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، خود به‌عنوان زمینه و استفاده از استعاره صفحه شطرنج و استعاره کلاس درس و استعاره شاهزاده و گدا.
دوازدهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا برای شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.

پاسخ به پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۱ و نقطه برش پرسش‌نامه بین نمره ۴۷ تا ۶۰ است (۲۱). اولسون و همکارانش اعتبار نسخه اصلی ۱۱۵ سؤالی پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ به‌شیوه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ (۲۰) و میزان اعتبار نسخه کوتاه‌شده توسط سلیمانیان، ۰/۹۵ گزارش شد (۲۱). در پژوهش سیدنوری و همکاران

– پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ: این پرسش‌نامه ۴۷ سؤالی توسط فاوور و اولسون در سال ۱۹۹۳ ساخته شد (۲۰). این پرسش‌نامه دوازده خرده‌مقیاس تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری مذهبی را می‌سنجد.

2. Self-Efficacy Scale

1. ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire

میزان ضریب آلفای کرونباخ نسخه کوتاه ۰/۹۵ به دست آمد (۲۲).

– مقیاس خودکارآمدی: این ابزار توسط شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و دارای ۲۳ گویه است (۲۳). هفده گویه آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و شش گویه دیگر مربوط به تجربه‌های خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. در پژوهش حاضر، هفده گویه این مقیاس به کار رفت. این پرسش‌نامه بر پایه مقیاس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای طراحی شد؛ بدین صورت که پاسخ کاملاً مخالف دارای نمره ۱ و پاسخ کاملاً موافق دارای نمره ۵ است. نمرات بیشتر بیانگر احساس خودکارآمدی زیاد در آزمودنی است (۲۳). شرر و همکارانش آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ به دست آوردند (۲۳). کرامتی و شهرآرای آلفای کرونباخ مقیاس را در نمونه‌های ایرانی ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۴). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۳ بود.

– جلسات درمانی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های رفتاردرمانی موج سوم است که شش فرایند محوری دارد و منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش؛ گسلش شناختی؛ خود به‌عنوان بافت؛ ذهن‌آگاهی؛ روشن‌سازی ارزش‌ها؛ تعهد به عمل. این برنامه مداخله براساس پروتکل درمانی هیز و همکاران برای خانواده‌های دارای فرزندان فلج مغزی تدوین شد (۲۵) و روایی محتوایی و صوری آن توسط دو نفر از اساتید مشاوره و روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی به تأیید رسید. همچنین مصاحبه انگیزشی براساس رویکرد فیلدز برای افراد دارای بیماران مزمن طراحی شد (۲۶) و روایی محتوایی آن توسط دو نفر از اساتید روان‌شناسی مشاوره و بالینی دانشگاه خوارزمی به تأیید رسید. در جداول ۱ و ۲ به ترتیب محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی ارائه شده است.

جدول ۲. ساختار و موضوعات جلسات مصاحبه انگیزشی

جلسات	خلاصه محتوایی
اول و دوم	معارفه، هنجارها و فرایند گروه، فلسفه تسهیلگر، تمرین آزادی، تمرین ابعاد تأثیر رفتار، آشنایی با مصاحبه انگیزشی و چرخه تغییر رفتار و تمرین.
سوم و چهارم	تمرین شناسایی احساسات و بیان احساس تحت فشار بودن، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی بیان نگرانی‌ها در رابطه با خانواده و روابط و داشتن فرزند معلول.
پنجم و ششم	تمرین بارش ذهنی سود و زیان‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، تمرین تکمیل جدول ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی و جایگزین سعی در شناسایی و حل دوسوگرایی.
هفتم و هشتم	تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌های درجه یک، دسته‌بندی ارزش‌ها در حیطه‌های مختلف زندگی و تمرین تطابق ارزش و رفتار. ایجاد تمایل درونی برای تغییر، مشخص کردن رفتارهای همسو و غیرهمسو با ارزش‌ها و اهداف و پیش‌بینی موانع احتمالی.
نهم و دهم	مرور مجدد سود و زیان کوتاه‌مدت و بلندمدت مشکلات زناشویی و خودکارآمدی ضعیف در ابعاد مختلف زندگی، بررسی مجدد ارزش‌ها و مرور رفتارهای همسو و غیرهمسو با ارزش‌ها و ذکر دلایل انجام‌دادن رفتارهای ارزشمند و چاره‌اندیشی برای آن.
یازدهم	تحریک قصد و نیت مراجع برای تغییر، خلاصه محتوای جلسات قبل و جمع‌بندی تمرین‌های جلسات قبلی در قالب تمرین چشم‌انداز.

### ۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی زنان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۱/۲۰±۶/۱۲ سال و گروه مصاحبه انگیزشی ۲۹/۱۸±۴/۳۵ سال و گروه گواه ۳۰/۰۷±۴/۰۳ سال بود. مفروضه‌های زیربنایی آزمون تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، نمودار پراکندگی<sup>۱</sup>، نمودار شاخه و برگ<sup>۲</sup>، آزمون لون<sup>۳</sup>، آزمون ام‌باکس، آزمون کرویت موجلی<sup>۴</sup> و همگونی ضرایب رگرسیونی بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای رضایت زناشویی و خودکارآمدی در گروه‌های مطالعه‌شده برقرار بود ( $p \geq 0/05$ ). نتایج نمودار پراکندگی مشخص کرد، مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مطالعه‌شده برقرار بود؛ همچنین باتوجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها<sup>۵</sup>) و پس‌آزمون که با یکدیگر همبستگی

شیوه اجرای مداخله به این شکل بود که پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و گمارش تصادفی نمونه‌ها در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، افراد گروه‌های آزمایشی در جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی شرکت کردند که به صورت یک‌و نیم‌ساعته و یک‌بار در هفته برگزار شد؛ اما شرکت‌کنندگان گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند. پس از پایان جلسات نیز به‌طورمجدد، تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه صورت گرفت. گروه‌های آزمایشی دوازده جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یازده جلسه مصاحبه انگیزشی را دریافت کردند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶، در بخش آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی، آزمون تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ بود.

4. Mauchly's test of Sphericity

5. Covariates

1. Scatter plot

2. Stem & Leaf

3. Leven's test of equality variances

بیشتر از ۰/۹۰ نداشتند، مفروضه هم‌خطی چندگانه برقرار بود. نمودار شاخه و برگ نشان داد، نمره‌ای در کرانه‌های بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد؛ بنابراین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای رضایت زناشویی (پس‌آزمونی) برابرین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای رضایت زناشویی (پس‌آزمونی) برابرین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای رضایت زناشویی (پس‌آزمونی) برابرین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای رضایت زناشویی (پس‌آزمونی) برابرین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد.

بیشتر از ۰/۹۰ نداشتند، مفروضه هم‌خطی چندگانه برقرار بود. نمودار شاخه و برگ نشان داد، نمره‌ای در کرانه‌های بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد؛ بنابراین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای رضایت زناشویی (پس‌آزمونی) برابرین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای رضایت زناشویی (پس‌آزمونی) برابرین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای رضایت زناشویی (پس‌آزمونی) برابرین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای رضایت زناشویی (پس‌آزمونی) برابرین مفروضه بررسی داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک سه گروه مطالعه‌شده در سه زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	ACT				MI				گواه			
	پس‌آزمون		پیگیری		پس‌آزمون		پیگیری		پس‌آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
تعریف آرمانی	۱/۴۴	۱۰/۱۰	۱/۴۴	۹/۲۰	۱/۷۵	۹/۲۰	۱/۷۵	۹/۲۰	۱/۷۵	۹/۲۰	۱/۷۵	۹/۲۰
رضایت زناشویی	۱/۳۳	۲۰	۱/۳۳	۱۹/۴۰	۱/۳۳	۲۰	۱/۳۳	۱۹/۴۰	۱/۳۳	۲۰	۱/۳۳	۱۹/۴۰
مسائل شخصیتی	۱/۴۷	۸/۲۰	۱/۴۷	۸/۲۰	۱/۴۷	۸/۲۰	۱/۴۷	۸/۲۰	۱/۴۷	۸/۲۰	۱/۴۷	۸/۲۰
ارتباط زناشویی	۲/۲۶	۱۱	۲/۲۶	۱۰/۵۰	۲/۲۶	۱۱	۲/۲۶	۱۰/۵۰	۲/۲۶	۱۱	۲/۲۶	۱۰/۵۰
حل تعارض	۳/۳۹	۱۳/۸۰	۳/۳۹	۱۵	۳/۳۹	۱۳/۸۰	۳/۳۹	۱۵	۳/۳۹	۱۳/۸۰	۳/۳۹	۱۵
مدیریت مالی	۱/۴۹	۶/۳۰	۱/۴۹	۷/۵۰	۱/۴۹	۶/۳۰	۱/۴۹	۷/۵۰	۱/۴۹	۶/۳۰	۱/۴۹	۷/۵۰
فعالیت‌های اوقات فراغت	۲/۵۱	۱۰/۱۰	۲/۵۱	۱۰/۱۰	۲/۵۱	۱۰/۱۰	۲/۵۱	۱۰/۱۰	۲/۵۱	۱۰/۱۰	۲/۵۱	۱۰/۱۰
رابطه جنسی	۲/۳۱	۸/۸۰	۲/۳۱	۸/۸۰	۲/۳۱	۸/۸۰	۲/۳۱	۸/۸۰	۲/۳۱	۸/۸۰	۲/۳۱	۸/۸۰
فرزندان و فرزندپروری	۲/۴۴	۱۱/۲۰	۲/۴۴	۱۱/۲۰	۲/۴۴	۱۱/۲۰	۲/۴۴	۱۱/۲۰	۲/۴۴	۱۱/۲۰	۲/۴۴	۱۱/۲۰
خانواده و دوستان	۲/۱۴	۹/۸۰	۲/۱۴	۹/۸۰	۲/۱۴	۹/۸۰	۲/۱۴	۹/۸۰	۲/۱۴	۹/۸۰	۲/۱۴	۹/۸۰
مساوات‌طلبی	۱/۲۶	۵/۵۰	۱/۲۶	۵/۵۰	۱/۲۶	۵/۵۰	۱/۲۶	۵/۵۰	۱/۲۶	۵/۵۰	۱/۲۶	۵/۵۰
جهت‌گیری مذهبی	۱/۴۰	۲/۰۵	۱/۴۰	۲/۰۵	۱/۴۰	۲/۰۵	۱/۴۰	۲/۰۵	۱/۴۰	۲/۰۵	۱/۴۰	۲/۰۵
نمره کل رضایت زناشویی	۱۲۳/۶۰	۹/۴۶	۱۲۳/۶۰	۹/۴۶	۱۲۳/۶۰	۹/۴۶	۱۲۳/۶۰	۹/۴۶	۱۲۳/۶۰	۹/۴۶	۱۲۳/۶۰	۹/۴۶
خودکارآمدی	۴/۴۰	۷/۳۷	۴/۴۰	۷/۳۷	۴/۴۰	۷/۳۷	۴/۴۰	۷/۳۷	۴/۴۰	۷/۳۷	۴/۴۰	۷/۳۷

افزایش مؤلفه حل تعارض در سه مرحله اندازه‌گیری، نتایج حاکی از آن بود که مؤلفه‌های فعالیت‌های اوقات فراغت و فرزندان و فرزندپروری در مرحله پیگیری درمقایسه با مرحله پس‌آزمون روند نسبتاً کاهشی داشته است. مقایسه میانگین‌های نمرات مؤلفه رابطه جنسی، روند افزایش نمرات این مؤلفه را بعد از انجام مداخلات در هر دو گروه آزمایشی نشان داد؛ اما این افزایش در گروه مصاحبه انگیزشی به‌صورت خطی و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون بدون تغییر بود. همچنین یافته‌ها مشخص کرد، در مؤلفه جهت‌گیری مذهبی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون میانگین نمرات مقداری افزایش یافته و در مرحله پیگیری نمرات دچار کاهش نسبی شده است. نمرات این مؤلفه در گروه مصاحبه انگیزشی در مرحله پس‌آزمون کاهش و در پیگیری مقداری افزایش داشت. نتایج جدول ۳ نشان داد، میانگین نمره کل رضایت زناشویی در هر دو گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است؛ ولی در گروه مصاحبه انگیزشی میانگین نمره کل رضایت زناشویی در مرحله پیگیری نسبتاً کاهش پیدا کرده است. بررسی میانگین نمرات متغیر خودکارآمدی نشان داد، در مرحله پس‌آزمون میانگین این نمرات در هر دو گروه آزمایشی افزایش یافته است؛ اما در

مقایسه میانگین‌های درج‌شده در جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن شامل تعریف آرمانی، رضایت زناشویی، حل تعارض، مسائل شخصیتی، مدیریت مالی، خانواده و دوستان و نیز فرزندان و فرزندپروری در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی درمقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون روندی افزایشی داشته است؛ بدین معنا که نمرات افراد در مؤلفه‌های مذکور در هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است. نتایج جدول ۳ مشخص کرد، در هر دو گروه آزمایشی مؤلفه‌های مسائل شخصیتی، مدیریت مالی، خانواده و دوستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دارای روند افزایشی بوده است؛ همچنین در گروه‌های آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی میانگین نمرات مؤلفه‌های تعریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباط زناشویی و مساوات‌طلبی بعد از افزایش نسبی در مرحله پس‌آزمون، در مرحله پیگیری روندی نسبتاً کاهشی داشته است. در میانگین نمرات مؤلفه‌های حل تعارض، فعالیت‌های اوقات فراغت و فرزندان و فرزندپروری در مرحله پیگیری نسبتاً در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روند افزایشی حفظ شد؛ اما در گروه آزمایشی مصاحبه انگیزشی، ضمن مشاهده روند

مرحله پیگیری ضمن مشاهده روند افزایشی میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه گواه میانگین نمرات متغیرهای خودکارآمدی و رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با مرحله پیش‌آزمون فقط دارای نوسانات جزئی بود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر متغیر رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن و متغیر خودکارآمدی

موقعیت	متغیر وابسته	مقدار F	مقدار p	مجذوراتا
بین‌آزمودنی (اثر گروه)	تحریف آرمانی	۱۰/۰۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۹
	رضایت زناشویی	۱۷/۵۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۳
	مسائل شخصیتی	۶/۴۶۵	۰/۰۰۴	۰/۲۹
	ارتباط زناشویی	۳/۸۵۵	۰/۰۳۲	۰/۲۰
	حل تعارض	۷/۴۲۸	۰/۰۰۲	۰/۳۲
	مدیریت مالی	۲/۵۳۴	۰/۰۹۶	۰/۱۴
	فعالیت‌های اوقات فراغت	۵/۳۲۲	۰/۰۱۰	۰/۲۶
	رابطه جنسی	۰/۴۱۴	۰/۶۶۴	۰/۰۲۶
	فرزندان و فرزندپروری	۵/۸۳۹	۰/۰۰۷	۰/۲۷
	خانواده و دوستان	۴/۳۷۹	۰/۰۲۱	۰/۲۲
	مساوات طلبی	۰/۸۱۱	۰/۴۵۴	۰/۰۵۰
	جهت‌گیری مذهبی	۰/۰۲۸	۰/۹۷۳	۰/۰۰۲
نمره کل رضایت زناشویی	۹/۸۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	
خودکارآمدی	۷/۵۸۶	۰/۰۰۲	۰/۳۳	
درون‌آزمودنی (اثر زمان)	تحریف آرمانی	۳۰/۶۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۹
	رضایت زناشویی	۶۴/۵۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۷
	مسائل شخصیتی	۱۱/۴۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۷
	ارتباط زناشویی	۱۴/۳۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
	حل تعارض	۴۳/۳۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
	مدیریت مالی	۶/۱۶۹	۰/۰۰۴	۰/۱۶
	فعالیت‌های اوقات فراغت	۲۲/۰۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۱
	رابطه جنسی	۳/۳۹۵	۰/۰۴۰	۰/۰۹
	فرزندان و فرزندپروری	۲۰/۹۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	خانواده و دوستان	۷/۹۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۱
	مساوات طلبی	۴/۴۴۳	۰/۰۱۶	۰/۱۲
	جهت‌گیری مذهبی	۰/۵۶۲	۰/۵۷۳	۰/۰۱۸
نمره کل رضایت زناشویی	۵۴/۰۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۳	
خودکارآمدی	۱۳۱/۴۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۱	

فرزندان و فرزندپروری و خانواده و دوستان مؤثر بود. همچنین نتایج مشخص کرد، در مؤلفه‌های مدیریت مالی، رابطه جنسی، مساوات طلبی و جهت‌گیری مذهبی، بین گروه‌های آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی با گروه گواه، تفاوت معنادار وجود نداشت ( $p > 0.05$ )؛ بدین معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر مؤلفه‌های مدیریت مالی، رابطه جنسی، مساوات طلبی و جهت‌گیری مذهبی به‌صورت معنادار مؤثر نبود. نتایج نشان داد، اثر گروه بر نمره کل رضایت زناشویی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی ( $\eta^2 = 0.39$ ،  $F = 9.877$ ،  $p < 0.001$ ) معنادار بود؛ بنابراین می‌توان گفت، بین نمرات رضایت زناشویی بین گروه‌های آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی) و گواه تفاوت معناداری وجود داشت. مقدار مجذور اتا مشخص کرد،

یافته‌های درج‌شده در جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر گروه بر میانگین نمرات مؤلفه‌های رضایت زناشویی شامل تحریف آرمانی ( $F = 10.068$ ،  $p < 0.001$ )، رضایت زناشویی ( $F = 17.573$ )، مسائل شخصیتی ( $F = 6.465$ ،  $p = 0.004$ )، ارتباط زناشویی ( $F = 3.855$ ،  $p = 0.032$ )، حل تعارض ( $F = 7.428$ )، فعالیت‌های اوقات فراغت ( $F = 5.322$ ،  $p = 0.010$ )، فرزندان و فرزندپروری ( $F = 5.839$ ،  $p = 0.007$ ) و خانواده و دوستان ( $F = 4.379$ ،  $p = 0.021$ ) بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در سه گروه معنادار بود؛ بدین معنا که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی در افزایش نمره کل رضایت زناشویی و برخی مؤلفه‌های آن شامل تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، فعالیت‌های اوقات فراغت،

۳۹ درصد از تغییرات نمره کل رضایت زناشویی توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی تبیین شدنی است. همچنین نتایج نشان داد، اثر گروه بر نمره کل خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی ( $F=7/586, p=0/002$ ) بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در سه گروه معنادار بود؛ بدین معنا که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی در افزایش خودکارآمدی مادران دارای فرزندان فلج مغزی مؤثر بود؛ بنابراین می‌توان گفت، بین نمرات خودکارآمدی بین گروه‌های آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی) و گواه تفاوت معناداری وجود داشت. مقدار مجذور اتا مشخص کرد، ۳۳ درصد از تغییرات نمره خودکارآمدی توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی تبیین شدنی است. همچنین براساس جدول ۴، اثر زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری بر نمرات مؤلفه‌های رضایت زناشویی شامل تحریف آرمانی ( $F=30/659, p<0/001$ )، رضایت زناشویی ( $F=64/516, p<0/001$ )، مسائل شخصیتی ( $F=11/458, p=0/004$ )، ارتباط زناشویی ( $F=14/366, p<0/001$ )، حل تعارض ( $F=43/315, p<0/001$ )، مدیریت مالی ( $F=22/029, p=0/004$ )، فعالیت‌های اوقات فراغت ( $F=6/169, p<0/001$ )، رابطه جنسی ( $F=3/395, p=0/040$ )، مساوات طلبی ( $F=4/443, p=0/016$ )، فرزندان و فرزندپروری ( $F=20/968, p<0/001$ ) و خانواده و دوستان ( $F=7/991, p<0/001$ ) معنادار بود؛ بنابراین می‌توان گفت، نمرات تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی،

فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، مساوات طلبی، فرزندان و فرزندپروری و خانواده و دوستان از پیش‌آزمون تا پیگیری (اثر زمان)، صرف‌نظر از گروه‌های آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی) و گواه با همدیگر تفاوت معناداری داشتند. نتایج نشان داد، اثر زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری بر نمرات مؤلفه مؤلفه‌های رضایت زناشویی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی ( $F=54/068, p<0/001, \text{Eta}^2=0/63$ ) معنادار بود؛ بنابراین می‌توان گفت، نمرات رضایت زناشویی از پیش‌آزمون تا پیگیری (اثر زمان)، صرف‌نظر از گروه‌های آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی) و گواه با همدیگر تفاوت معناداری داشتند. همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد، اثر زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری بر نمرات خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی ( $F=131/489, p<0/001, \text{Eta}^2=0/81$ ) معنادار بود؛ بنابراین می‌توان گفت، نمرات خودکارآمدی از پیش‌آزمون تا پیگیری (اثر زمان)، صرف‌نظر از گروه‌های آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی) و گواه با همدیگر تفاوت معناداری داشتند. در ادامه، از نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای تفاوت بین گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها و مؤلفه‌ها استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبتنی بر مقایسه زوجی اثر گروه بر متغیرهای رضایت زناشویی و خودکارآمدی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

موقعیت	متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت بین میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	مقدار p
تحریف آرمانی		گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۱۷۶	۰/۷۰۲	<۰/۰۰۱
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۳/۴۴۰	۰/۶۸۳	<۰/۰۰۱
پس‌آزمون	رضایت زناشویی	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۷۳۶	۰/۷۲۹	۰/۹۶۱
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۶/۷۶۹	۰/۷۸۸	<۰/۰۰۱
مسائل شخصیتی	حل تعارض	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶/۳۱۴	۰/۷۶۸	<۰/۰۰۱
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	-۰/۴۵۴	۰/۸۱۹	۱/۰۰۰
اوقات فراغت	فرزندان و فرزندپروری	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۲۰۰	۰/۵۴۷	<۰/۰۰۱
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۱/۹۰۹	۰/۵۳۳	۰/۰۰۳
خانواده و دوستان	رضایت زناشویی	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۲۹۰	۱/۱۰۴	۱/۰۰۰
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۳/۹۵۳	۱/۲۵۸	۰/۰۱۱
خانواده و دوستان	رضایت زناشویی	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۱۵۳	۱/۲۲۵	۰/۰۰۶
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۰/۲۰۰	۱/۳۰۶	۱/۰۰۰
خانواده و دوستان	رضایت زناشویی	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۷۱۵	۰/۹۵۱	۰/۰۲۳
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۲/۹۷۹	۰/۹۲۶	۰/۰۰۹
خانواده و دوستان	رضایت زناشویی	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۲۶۳	۰/۹۸۸	۱/۰۰۰
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۳/۴۳۰	۰/۹۶۷	۰/۰۰۴
خانواده و دوستان	رضایت زناشویی	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۵۰۳	۰/۹۴۲	۰/۰۳۷
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	-۰/۹۲۷	۱/۰۰۵	۱/۰۰۰
خانواده و دوستان	رضایت زناشویی	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۱۰۷	۰/۸۸۳	۰/۰۷۰
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۱/۹۴۴	۰/۸۶۰	۰/۰۹۳
خانواده و دوستان	رضایت زناشویی	گواه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۱۶۳	۰/۹۱۸	۱/۰۰۰
		مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی	۲۷/۶۰۰	۵/۳۵۱	<۰/۰۰۱



<۰/۰۰۱	۵/۲۱۱	۲۵/۹۰	مصاحبه انگیزشی		
۱/۰۰۰	۵/۵۵۸	- ۱/۶۹۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	
<۰/۰۰۱	۲/۹۹۷	۱۵/۸۶۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	خودکارآمدی
<۰/۰۰۱	۲/۹۱۹	۱۴/۸۲۵	مصاحبه انگیزشی		
۱/۰۰۰	۳/۱۱۳	- ۱/۰۳۶	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	
<۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۲/۵۸۴	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	تحریف آرمانی
۰/۰۳۲	۰/۶۱۰	۱/۶۵۷	مصاحبه انگیزشی		
۰/۴۹۳	۰/۶۵۱	- ۰/۹۲۷	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	
۰/۰۰۸	۰/۷۵۱	۲/۴۶۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	مسائل شخصیتی
۰/۰۲۰	۰/۷۳۱	۲/۱۳۲	مصاحبه انگیزشی		
۱/۰۰۰	۰/۷۸۰	- ۰/۳۳۶	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	پیگیری
<۰/۰۰۱	۱/۱۶۸	۴/۷۶۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	حل تعارض
۰/۰۰۲	۱/۱۳۷	۴/۳۱۴	مصاحبه انگیزشی		
۱/۰۰۰	۱/۲۱۳	- ۰/۴۵۴	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	
<۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۳/۹۶۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	فرزندان و فرزندپروری
۰/۰۲۴	۰/۹۳۴	۲/۶۴۳	مصاحبه انگیزشی		
۰/۵۸۷	۰/۹۹۶	- ۱/۳۱۸	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	
۰/۰۰۹	۰/۹۳۱	۳/۰۱۵	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	خانواده و دوستان
۰/۰۰۸	۰/۹۰۷	۲/۹۷۹	مصاحبه انگیزشی		
۱/۰۰۰	۰/۹۶۷	- ۰/۰۳۶۴	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	
<۰/۰۰۱	۷/۳۸۸	۳۰/۸۴۶	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	رضایت زناشویی
۰/۰۰۵	۷/۱۹۶	۲۵/۰۲۸	مصاحبه انگیزشی		
۱/۰۰۰	۷/۶۷۵	- ۵/۸۱۸	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	
۰/۰۰۴	۳/۰۷۶	۱۰/۸۲۳	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	خودکارآمدی
<۰/۰۰۱	۲/۹۹۶	۱۶/۳۷۷	مصاحبه انگیزشی		
۰/۲۷۶	۳/۱۹۵	۵/۵۵۴	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	مصاحبه انگیزشی	

( $p=۰/۲۷۶$ ) معنادار نبود؛ بنابراین مداخله‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی در بهبود نمره کل رضایت زناشویی و خودکارآمدی اثربخش بود و باتوجه به جدول در مقایسه بین گروهی نمرات رضایت زناشویی و خودکارآمدی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

#### ۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و خودکارآمدی مادران دارای فرزندان با فلج مغزی بود. نتایج پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شد. این نتایج با یافته‌های تحقیقات اسکیز (۱۲) و حسینی و همکاران (۱۳) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، یکی از مهارت‌هایی که در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد آموزش داده شد، بیان احساس‌ها و حس ارزشمندی بر مبنای عمل مبتنی بر تعهد بود که منجر به افزایش رضایت و نزدیکی زوج می‌شود (۱۲). یک عامل بسیار مهم در جریان جلسات درمانی، تشویق رفتارهای مثبتی بود که میزان صمیمیت را در روابط زوج‌ها برانگیخت و تأکید بر آن بود که این رفتارهای مثبت دارای

با توجه به نتایج جدول ۵، در مرحله پس‌آزمون، در مؤلفه‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، حل تعارض، فعالیت‌های اوقات فراغت، فرزندان و فرزندپروری و نمره کل رضایت زناشویی، تفاوت بین دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی) با گروه گواه معنادار بود ( $p<۰/۰۵$ ). در مؤلفه‌های خانواده و دوستان، مساوات‌طلبی، جهت‌گیری مذهبی، مدیریت مالی و رابطه جنسی، در مرحله پس‌آزمون بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی با گروه گواه تفاوت معنادار مشاهده نشد ( $p>۰/۰۵$ ). همچنین تفاوت بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه مصاحبه انگیزشی در مرحله پس‌آزمون، در تمامی مؤلفه‌ها و نمره کل رضایت زناشویی معنادار نبود ( $p>۰/۰۵$ ).

با توجه به نتایج جدول ۵، در مرحله پیگیری، در مؤلفه‌های تحریف آرمانی، مسائل شخصیتی، حل تعارض، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان و نمره کل رضایت زناشویی تفاوت بین هر دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی) با گروه گواه معنادار بود ( $p<۰/۰۵$ ). همچنین نتایج مربوط به تفاوت بین گروه‌ها نشان داد، در متغیر خودکارآمدی، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت بین دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی) با گروه گواه معنادار بود ( $p<۰/۰۵$ )؛ ولی در متغیر خودکارآمدی، تفاوت بین دو گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی در مراحل پس‌آزمون ( $p=۱/۰۰۰$ ) و پیگیری

صمیمیت به صورت یک‌جانبه انجام نشود (۱۱). از جمله تکالیف در این زمینه «روزهای عشق یا مهربانی» بود که زوجین رفتارهای خاص صمیمانه‌ای را شناسایی کردند و از همسرانشان خواستند در رابطه به آن‌ها توجه کنند. به صورت کلی این مهارت‌ها موجب درک بهتر و افزایش تفاهم و همدلی در بین زنان شد. افرادی که از مهارت‌های قضاوت‌نکردن، ذهن‌آگاهی، پذیرش و ارزشمندی زبانی در بافت روابط استفاده می‌کنند، احساس کنترل بیشتری بر اوضاع و شرایط زندگی دارند و این موضوع نیز باعث ارتقای رضایت زناشویی می‌شود (۱۳). نتایج پژوهش نشان داد، مصاحبه انگیزشی منجر به افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش اسکات و همکاران (۱۵) مبنی بر تأثیر مصاحبه انگیزشی بر افزایش سطح کیفیت زندگی در افراد با مشکلات مزمن، همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر رضایت زناشویی می‌توان گفت، مصاحبه انگیزشی با کاهش مقاومت و تقویت انگیزه‌های درونی توانست زنان دارای فرزند با فلج مغزی را به سوی افزایش تضاد بین ارزش‌ها (سلامت و محدودیت) و رفتار مراقبتی از فرزندان سوق دهد و رضایت زندگی و متعاقب آن رضایت زناشویی را در آن‌ها بیشتر کند. از سوی دیگر فرایندهای اولیه تغییر، طبق رویکرد ترانس تئوریک (فرانظری) که بر فرایندهای فکری درونی تمرکز دارند و مشخص می‌کنند یک فرد موقعیت خود را در برابر رفتار مشکل‌زا چگونه می‌بیند (شامل افزایش آگاهی، تسکین عاطفی، ارزیابی مجدد خود، ارزیابی مجدد محیطی و آزادی اجتماعی)، در زنان دارای فرزند فلج مغزی باعث بازنگری در روابط خود با همسرانشان می‌شود. این بازنگری و تمایل برای تغییر با توجه به میزان سود و فایده، می‌تواند منجر به افزایش ارتباطات کلامی و غیرکلامی شود که این امر خود زمینه‌ساز افزایش رضایت زناشویی است (۱۵).

نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش خودکارآمدی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شد. این نتایج با یافته‌های پژوهش اسکویز (۱۲) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی، همخوانی دارد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اثری انکارناپذیر بر افزایش خودکارآمدی دارد. این یافته‌ها می‌تواند به این علت باشد که در روش آموزش مذکور، تأکید بر تغییرات شناختی رفتاری صورت می‌گیرد که خود فرد مسبب آن است. بر این اساس می‌توان اشاره کرد که کارآمدی بین فردی، مهارتی آموخته شده است نه صفتی که فرد دارای آن باشد یا از آن بی‌بهره باشد؛ لذا برنامه جامع آموزشی که برای تقویت باورهای فردی درباره توانمندی‌ها (خودکارآمدی) و رفتارهای جرئت‌ورزانه‌اش طراحی شده باشد می‌تواند دید شخص را به خود تغییر دهد، اعتماد به خود را در وی تقویت کند و روابط بین فردی او را بهبود بخشد و این مهارتی است که با آموزش توانایی ارزشمند زیستن، ذهن‌آگاهی و پذیرش حاصل می‌شود (۱۲).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، مصاحبه انگیزشی منجر به افزایش خودکارآمدی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شد. این نتایج با یافته‌های مطالعات اسکات و همکاران (۱۵) و مجاهد و نویدیان (۱۶) مبنی بر تأثیر مصاحبه انگیزشی بر افزایش سطح کیفیت زندگی در افراد

## ۵ نتیجه‌گیری

در مجموع با توجه به اینکه روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر افزایش رضایت زناشویی و خودکارآمدی زنان دارای فرزند فلج مغزی مؤثر بوده است، در نتیجه‌گیری نهایی می‌توان گفت، نتایج مطالعه حاضر دانش ما را در زمینه نقش مداخلات روان‌شناختی در افزایش رضایت زناشویی و خودکارآمدی در مادران دارای فرزندان با فلج مغزی افزایش می‌دهد؛ همچنین بار دیگر ما را به این واقعیت می‌رساند که مداخله‌های روان‌شناختی که بر اصول مصاحبه

به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند، تضاد منافی بین آن ها وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره دانشگاه خوارزمی است؛ همچنین در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بررسی و با شناسه اخلاق IR.KUMS.REC.1399.776 مصوب شد و با هزینه شخصی نویسندگان انجام شد.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره در دانشگاه خوارزمی تهران است. نفر دوم استاد راهنما و نفر سوم استاد مشاور بودند و همه نویسندگان دست نوشته ها را تأیید کردند.

انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توجه می کنند، با تأکید بر شناخت، هیجان، زبان و انعطاف پذیری روان شناختی به همراه ایجاد فضایی توأم با همدلی و پذیرش غیرمشروط، می توانند نقش بسیار مهمی در پیشگیری، تعدیل و درمان مشکلات روان شناختی در مادران دارای فرزندان با فلج مغزی ایفا کنند.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش محققان را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می شود.

## ۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه شده از اداره بهزیستی شهر کرمانشاه با شماره نامه ۷۳۰/۹۹/۱۴/۴۵۹۵ صادر شده است. تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده می شوند؛

## References

1. Pålman M, Gillberg C, Wentz E, Himmelmann K. Autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in children with cerebral palsy: results from screening in a population-based group. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(11):1569–79. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01471-1>
2. Boldyreva U, Streiner DL, Rosenbaum PL, Ronen GM. Quality of life in adolescents with epilepsy, cerebral palsy, and population norms. *Develop Med Child Neuro*. 2020;62(5):609–14. <https://doi.org/10.1111/dmnc.14450>
3. Jalili N, Godarzi M, Rassafiani M, Haghgoo H, Dalvand H, Farzi M. The influenced factors on quality of life of mothers of children with severe cerebral palsy: a survey study. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2013;7(3):40–7. [Persian] <http://mrj.tums.ac.ir/article-1-5035-en.html>
4. Wang Y, Huang Z, Kong F. Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: the mediating effect of social support. *J Health Psychol*. 2020;25(3):416–25. <https://doi.org/10.1177/1359105317739100>
5. Dambi JM, Jelsma J, Mlambo T, Chiwaridzo M, Tadyanemhandu C, Chikwanha MT, et al. A critical evaluation of the effectiveness of interventions for improving the well-being of caregivers of children with cerebral palsy: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2016;5(1):112. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0287-4>
6. Fallahchai R, Fallahi M, Randall AK. A dyadic approach to understanding associations between job stress, marital quality, and dyadic coping for dual-career couples in Iran. *Front Psychol*. 2019;10:487. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00487>
7. Kim BJ, Kim SM, Kwon HY. The effect of group exercise program on the self-efficacy and activities of daily living in adults with cerebral palsy. *J Phys Ther Sci*. 2017;29(12):2184–9. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.2184>
8. Pomaki G, Karoly P, Maes S. Linking goal progress to subjective well-being at work: the moderating role of goal-related self-efficacy and attainability. *J Occup Health Psychol*. 2009;14(2):206–18. <https://doi.org/10.1037/a0014605>
9. Cheng ST, Chen PP, Chow YF, Chung JWY, Law ACB, Lee JSW, et al. Corrigendum to: developing a short multidimensional measure of pain self-efficacy: The Chronic Pain Self-Efficacy Scale-short form. *Gerontologist*. 2021;61(3):481. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa085>
10. Hadipoor S, Akbari B. Effectiveness of cognitive behavioral play therapy on self-efficacy and loneliness of primary school students with learning difficulties. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017;7:64. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-741-en.html>
11. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180–98. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
12. Skews R. Acceptance and commitment therapy (ACT) informed coaching: examining outcomes and mechanisms of change [PhD dissertation]. [London, England]: Goldsmiths, University of London; 2016.

13. Hosseini N, Poh LL, Baranovich DL. Enhancing marital satisfaction through acceptance and commitment therapy: a review of marital satisfaction improvement of Iranian couples. *International Journal of Education, Psychology and Counseling*. 2019;4(33):53–60. <https://doi.org/10.47836/pjssh.29.1.14>
14. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. Third edition. New York: Guilford Press; 2013.
15. Scott SE, Breckon JD, Copeland RJ. An integrated motivational interviewing and cognitive-behavioural intervention promoting physical activity maintenance for adults with chronic health conditions: a feasibility study. *Chronic Illness*. 2019;15(4):276–92. <https://doi.org/10.1177/1742395318769370>
16. Mojahed KH, Navidian A. The effect of motivational interviewing on self-efficacy to quit hookah smoking in pregnant women. *Hayat*. 2018;24(1):84–96. [Persian] <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2246-en.html>
17. Goodarzi F, Soltani Z, Hoseini Seddigh MS, Hamdami M, Ghasemi Jobaneh R. Effects of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and quality of life of mothers of children with intellectual disability. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017;7:22. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-660-en.html>
18. ShadishWR, Cook TD, Campbell DT. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton, Mifflin and Company; 2002.
19. Ramezani Kh. *Ravesh haye tahghigh dar oloome raftari va oloome ejtemaei* [Research methods in behavioral sciences and social sciences]. Tehran: Fatemeh Pub; 2014. [Persian]
20. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: a brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*. 1993;7(2):176–85. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.2.176>
21. Soleimanian AA. *Barrasiye tasire tafakorate gheyre manteghi (bar asase rouykard shenakhti) bar narezayati zanashooei* [Investigating the impact of irrational thoughts (based on the cognitive approach) on marital dissatisfaction] [Thesis for MSc]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tarbiat Moalem University; 1994. [Persian]
22. Seyyed Noori SZ, Kafie SM, Hosseinkhanzadeh AA, Karimi R. A comparison of general health and marital satisfaction in mothers of children with learning disabilities and mothers of normal children. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2015;5:119. [Persian]
23. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The Self-Efficacy Scale: construction and validation. *Psychol Rep*. 1982;51(2):663–71. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
24. Alaei Kharaem R, Narimani M, Alaei kharaem S. A comparison of self-efficacy beliefs and achievement motivation in students with and without learning disability. *Journal of Learning Disabilities*. 2012;1(3):85–104. [Persian] [http://jld.uma.ac.ir/article\\_105.html?lang=en](http://jld.uma.ac.ir/article_105.html?lang=en)
25. Hayes S, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Second edition. New York: The Guilford Press; 2012.
26. Fields AE. *Resolving patient ambivalence: a five session motivational interviewing intervention*. Portland, Oregon: Hollifield Associates; 2006.
27. Walpole B, Dettmer E, Morrongiello BA, McCrindle BW, Hamilton J. Motivational interviewing to enhance self-efficacy and promote weight loss in overweight and obese adolescents: a randomized controlled trial. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(9):944–53. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst023>