

مقاله‌ی پژوهشی

اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

خلاصه

مقدمه: اختلال طیف اوتیسم تاثیر شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد. مادران کودک مبتلا به اوتیسم با چالش‌های فراوانی روبرو هستند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

روش کار: روش پژوهش این مداخله بالینی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد و یک دوره پیگیری یک ماهه بوده است. جامعه پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به آموزشگاه‌های استثنائی زیر نظر بهزیستی بوده که یک مرکز مشخص شد و به صورت نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌ها قبل و بعد مداخله و ۱ ماه بعد در مرحله پیگیری به پرسش‌نامه‌های پژوهش شامل ابزار نشانگان مختصر درایگدس (۲۰۰۱) و پرسشنامه‌های افکار خودآیند هولون و کندال (۱۹۸۰) پاسخ داده‌اند. گروه آزمون تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته درمانی لیلیس و همکاران (۲۰۰۵) قرار گرفته و هیچ مداخله‌ای طی این مدت بر گروه شاهد صورت نگرفت. جهت تحلیل آماری از بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس اندازه‌های تکراری نشان داد که بین گروه آزمون و شاهد در نمرات متغیر درماندگی شناختی، فراوانی و باور به افکار خودآیند منفی مادران تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.05$).
نتیجه‌گیری: بنا بر نتایج برای کاهش درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌توان از این روش سود جست.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اوتیسم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

روان‌شناختی

سمیه حیدری

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

*ایلناز سجادیان

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

اندیشه حیدریان

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

i.sajjadian@khuisf.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^۱ یک اختلال جدی در تکامل عصبی است که توانایی کودک در برقراری ارتباط و معاشرت با دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد همچنین تکرار برخی رفتارها، علایق و فعالیت‌ها را نیز شامل می‌شود. این بیماری سبب اختلال در عملکردهای اجتماعی و شغلی می‌گردد. اختلال طیف اوتیسم به عنوان یک اختلال واحد شامل اوتیسم، سندرم اسپرگر، اختلال از هم گسیختگی کودکی و سایر اختلالات تکاملی تعیین نشده تعریف شده است (۱). شیوع اختلال طیف اوتیسم بطور چشمگیری در دهه‌های گذشته افزایش یافته است و در حال حاضر به عنوان یکی از عمومی‌ترین ناتوانی‌های رشدی به آن پرداخته می‌شود (۲). در حال حاضر شیوع بیماری طیف اوتیسم^۱ در ۸۸ تولد، برآورد شده است (۳). در دو دهه گذشته شیوع اختلال طیف اوتیسم رشد قابل توجهی داشته است. اما این آمار در همه کشورهای یکسان نمی‌باشد و بیشتر به کشورهای انگلیس و آمریکا که بالاترین میزان اوتیسم را گزارش کرده اند مربوط می‌شود. در ایران هم طی پژوهشی شیوع اوتیسم را در کودکان ۵ ساله ایرانی ۶/۲۶ در ۱۰۰۰۰ نفر گزارش کرده اند (۴).

از آن جا که اوتیسم یک اختلال است نه یک بیماری، نمی‌توان علائم دقیقی برای آن نام برد در عوض نشانه‌ها و الگوهای رفتاری مختلفی وجود دارد که نشانگر اوتیسم است. نشانه‌ها و علائم روانشناختی اختلالات طیف اوتیسم شامل سه گروه است. گروه اول آسیب جدی در روابط اجتماعی است که شامل اختلال در استفاده از رفتارهای غیر کلامی متعدد، شکست در برقراری ارتباط می‌باشد. گروه دوم آسیب در ارتباط که شامل تأخیر در رشد، آسیب در توانایی شروع یا ادامه مکالمه با دیگران، استفاده قالبی و تکراری از زبان، فقدان بازی‌های خودجوش می‌باشد. گروه سه الگوهای محدود، تکراری و قالبی در رفتار و علایق که شامل اشتغال ذهنی، تبعیت انعطاف‌ناپذیر از عاداتها و آدابها می‌باشد (۱).

درماندگی روان‌شناختی^۲ یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است. به عبارت دیگر، آن یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد. درماندگی روانشناختی می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط زیست، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی تظاهرات درماندگی روانشناختی می‌باشد. اختلال طیف اوتیسم در کودکان، معمولاً واکنش‌هایی از قبیل اضطراب، سردرگمی و نگرانی از

آینده را برای مادران به همراه دارد. این موضوع، مدت‌ها مادران را در حالت یأس، درماندگی و بلا تکلیفی قرار خواهد داد (۵). پنج نشانه هشداردهنده درماندگی روانشناختی شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱- کاهش تمرکز: هر انسانی ممکن است در طول زندگی خود هرازگاهی توانایی تمرکز کردن روی کارهای روزمره را برای مدت کوتاهی از دست بدهد و دوباره به حالت عادی بازگردد. این وضعیت اگر پراکنده و موقتی باشد امری کاملاً طبیعی است اما اگر افت تمرکز مداوم شود و فرد بیش از یک هفته قادر نباشد روی کار خاصی متمرکز شود این حالت نگران‌کننده است و باید به فکر حل این مشکل باشید.

۲- تغییرات نابسامان وزنی به یکی دیگر از نشانه‌های بارز عدم تعادل روانی تغییرات وزنی غیرعادی از جمله کاهش یا افزایش شدید وزن است. همچنین شرایط آشفتگی روانی فرد ممکن است دچار افت شدید اشتها یا پرخوری شود و عادات تغذیه‌ی وی تغییر می‌کند.

۳- گرایش شدید به مصرف الکل یا استعمال سیگار از مشخصه‌های دیگر آشفتگی و پریشانی روانی است.

۴- تمایل به تنهایی و انزواطلبی نیز که معمولاً از پیامدهای افسردگی است، می‌تواند یک نشانه هشداردهنده و زنگ خطر برای پریشانی روانی باشد.

۵- آسیب رساندن به خود نیز از علائم بی‌ثباتی روانی است. زمانی که ناگهان دچار یک میل ناخودآگاه برای به خطر انداختن خود می‌شوید و یا حداقل به سلامت خود بی‌توجه هستید نشان علائم بی‌ثباتی روانی است (۶).

افکار خودآیند منفی^۳ شناخت‌هایی هستند که بین حوادث بیرونی و واکنش هیجانی شخص نسبت به آنها تداخل می‌کنند (۷). از این نظر به این افکار منفی می‌گوییم چون با هیجانهای ناخوشایند مربوط هستند و از این نظر به آنها خودآیند می‌گوییم چون خود به خود به ذهن افراد می‌آیند و برخاسته از هیچ‌گونه فرآیند استدلال آگاهانه‌ای نیستند. این افکار ممکن است تفسیرهایی از تجارب جاری باشند یا پیش‌بینی‌هایی درباره رویدادهای آینده و یا یادآوری چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده است (۸).

افکار خودآیند منفی شکلی از افکار ناکارآمد هستند که در اضطراب موثر باشند. افرادی که از افکار خودآیند منفی رنج می‌برند معمولاً دچار احساس‌های ترس و نگرانی می‌شوند و همین مسئله بر کیفیت زندگی آنان تأثیر بسزایی می‌گذارد (۹).

³Automatic Thoughts¹Autism Spectrum Disorders²Psychological Distress

اوتیسم نسبت به والدین کودکان معمولی، والدین کودکان با اختلالات غیر اوتیسم در معرض خطر افزایش سطح بالای استرس و درماندگی روان شناختی و علائم روانی مانند افسردگی و اضطراب می باشد.

در مطالعه ای که توسط گائو دیانو^۳ در رابطه با استرس و درماندگی روانشناختی در میان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم مقطع پیش دبستانی و ابتدایی و عوامل مرتبط با استرس و درماندگی روانشناختی در جوهربرهرو و هانگ زوهو انجام گرفت، بیان گردید که استرس و درماندگی روانشناختی در بین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سن پایین تر یعنی پیش دبستانی بیشتر از کودکان در سطح بالاتر یعنی مدارس ابتدایی می باشد. همچنین معلوم گردید که عوامل مرتبط با استرس مربوط به درک مادران و رابطه همسر و عوامل می باشد و عوامل مرتبط با درماندگی روانشناختی مربوط به عوامل فرهنگی و رابطه همسر می باشد (۱۶).

در پژوهشی که توسط ایزنهاور^۴ و همکاران (۱۷) انجام گرفت اعلام نمودند که پدر و مادر به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اغلب گزارش بالاتری از درماندگی روانشناختی نسبت به مادران کودکان معمولی ارائه می دهند.

در پژوهشی دیگر که توسط دولانگ^۵ و دوایر^۶ انجام گرفت بیان گردیده است، شیوع اختلال دوقطبی در در والدین دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم بیشتر از جمعیت عادی است (۱۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی به مداخلات روانشناختی است که نه براساس فنون مشخص بلکه براساس فرآیندهای نظری معینی تعریف می شود. بر اساس مفاهیم نظری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روانشناختی براساس روانشناسی رفتاری مدرن است که نظریه چهارچوب ارتباطی را شامل می شود، که در آن از فرآیندهای توجه آگاهی و پذیرش و نیز تعهد و تغییر رفتار استفاده می شود تا انعطاف پذیری روانشناختی حاصل شود (۱۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷، شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد (۲۰). فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می شوند فرد هیجانات نا مطبوع را بیشتر

در پژوهشی دیویس^۱ و همکاران (۱۰) دریافتند که والدین کودکان با نیازهای خاص نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر نگرش های ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجانی منفی دارند. همچنین رشد عاطفی ناکافی، دشواری در سازمان دهی رفتار و هیجان و تجربه هیجانی منفی از ویژگی افرادی است که دارای کودکی با نیازهای خاص می باشد.

خانواده های دارای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم، با عوامل استرس زا و چالش های بسیاری، از جمله ناتوانی های غیر منتظره، رفتارهای آزارنده و اختلال های رفتاری فرزند، دشواری یافتن خدمات، سردرگمی در یافتن درمان اثر بخش، تیره شدن تعامل با اطرافیان و سایر جامعه روبه رو می شوند. بدون تمرکز بر خانواده و آموزش والدین منابع خانواده (پول، انرژی، زمان و توانایی مقابله) به طور فزاینده ای کاهش می یابد، تعارضات زناشویی و مشکلات هیجانی افزوده می شود (۱۱).

افزایش حجم مراجعات بالینی به متخصصان و مراکز خدمات روان شناختی و توان بخشی ضرورت شناسایی نیازهای آموزشی و توان بخشی مادران را محرز می سازد. اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلالات طیف اوتیسم دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی شده اند. در واقع کودک دارای اختلال طیف اوتیسم به عنوان یک عامل فشار روانی برای مادران، می تواند هیجانات آن ها را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی مادران را برای مقابله و پذیرش با مشکلات کودک کاهش دهد (۱۲). در این زمینه پژوهش های متعددی صورت گرفته است که از جمله اثربخشی درمان فرا تشخیصی بر نگرانی، نشخوار فکری، احساس گرفتاری و بی حوصلگی مادران افراد دارای اختلال طیف اوتیسم می باشد که نشان می دهد درمان فرا تشخیصی بر نگرانی، نشخوار فکری، احساس گرفتاری و بی حوصلگی مادران افراد دارای اختلال طیف اوتیسم تأثیر گذار می باشد (۱۳).

در پژوهشی که توسط نریمانی و همکاران (۱۴) انجام گرفت بیان داشتند که احساساتی مثل گناه، تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می تواند سبب گوشه گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خودکم بینی و بی ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است.

در پژوهشی که توسط برایان دو^۲ (۱۵) در رابطه با استرس و درماندگی روان شناختی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات غیر اوتیسم یا معمولی انجام گرفت نشان داده شده است که والدین کودک مبتلا به اختلالات طیف

³Gaodiano

⁴ Eisenhower

⁵ DeLong

⁶ Dwyer

⁷ Acceptance and Commitment Therapy

¹Davies

² Brain

حاضر با هدف بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روانشناختی و افکارخودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع بالینی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. در این پژوهش با توجه به موضوع مورد مطالعه، جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه کننده به مراکز آموزشی استثنائی زیر نظر سازمان بهزیستی (۴ مرکز) شهر اصفهان در پاییز سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند. در این پژوهش نمونه گیری به صورت نمونه در دسترس بوده است بدین صورت از میان ۴ مرکز آموزشی استثنائی زیر نظر سازمان بهزیستی یک مرکز مشخص شد از میان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه کننده به مرکز مذکور تعداد ۳۰ نفر آزمودنی به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب نموده به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش جایگزین شدند. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بوده و با توجه به اینکه حجم نمونه برای این نوع تحقیق ۱۵ نفر کافی می باشد (۲۳).

درمان شامل ۸ جلسه گروهی بود و برنامه درمان، بر گرفته از جلسات درمانی لیلیس وهمکاران (۲۴) بوده است. در هر جلسه از استعاره ها و تمرین های آن جلسه استفاده شد. در پایان هر جلسه هم تکالیفی داده می شد. در جلسه آخر پس آزمون اجرا گردید. موضوع و خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته دریافت نمودند، هیچ گونه مداخله ای طی این مدت بر گروه کنترل صورت نگرفت. هر دو گروه قبل از اجرای جلسات درمان گروه آزمایش و پس از اتمام جلسات درمان پرسشنامه های سیاهه نشانگان مختصر، افکارخودآیند منفی را تکمیل نمودند.

تحمل کند. بسیاری از نشانه ها و تظاهرات بالینی که در اختلال طیف اوتیسم به چشم می خورد مثلاً اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل، مشکلات خلقی، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مد نظر قرار می گیرد (۲۱).

هر ساله بر آمار کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم افزوده می شود تا جایی که موسسه ملی بهداشت روان آمریکا^۱ میزان شیوع این اختلال را در سال ۲۰۱۰، ۱ مورد در ۹۹ نفر تخمین زده است. در حال حاضر، نرخ شیوع اختلال طیف اوتیسم در آمریکا و سایر کشورها هم در کودکان و هم در بزرگسالان حدود ۱٪ است (۱). با توجه به مشکلات مربوط به توانایی ها ارتباط، افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اغلب رفتارهای افراطی (رفتارهای کج خلقی یا تکانشگری) را به نمایش می گذارند که مادران این کودکان را بیشتر دچار چالش می کند. مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به مادرانی که دارای فرزند فاقد این ناتوانی یا ناتوانی دیگر (سندرم دان، اختلالات جسمی و معلولی) بیشتر تمایل به گزارش استرس دارند (۲۲). متأسفانه، تلاشهای وسیع مداخلات تدوین شده جهت کاهش پایدار نشانگان اختلال طیف اوتیسم برای کودکان با این اختلال برای والدین شان و مراقبین آنها عمومیت نداشته است (۱۲). با کمک به والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، آموزش تکنیک هایی مثل تمایل/ پذیرش و گسلش شناختی، یاد می گیرند برخی از موانع زندگی شان را شناسایی و به آنها پردازند. همچنین به نظر می رسد گسلش شناختی به والدین برای بدست آوردن انعطاف پذیری در مقابل موقعیت های پریشان کننده ای که بر مبنای ارزیابی شناختی است، کمک کند (برای مثال: مقایسه فرزند خود با بچه های دیگران، عقایدی در مورد توانایی خود در مدیریت موقعیت های شان، احساسات سرزنش و قربانی شدن). با توجه به شیوع این اختلال و مشکلات روانشناختی مادران و کمبود پژوهشی در این زمینه، پژوهش

¹ National Institute of Mental Health

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه اول: معرفی و مبنای اساسی درمان	۱- معرفی آشنایی ۲- قوانین حاکم بر جلسات ۳- بررسی انتظارات بیماران از درمان ۴- مرور درمانهای استرس، پذیرش ۵- مرور درمان و اهداف این برنامه ۶- تکلیف خانگی
جلسه دوم: گزینه ها و فراهم کردن مقدمات درمان	۱- مرور تکلیف خانگی ۲- رابطه بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین ۳- پذیرش والدین ۴- جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه دوم و ارائه تمرین خانگی
جلسه سوم: یادگیری زندگی با استرس	۱- پذیرش استرس ۲- پی بردن به ارزش های زندگی ۳- تمرین پذیرش و مراقبت ۴- جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه سوم و ارائه تمرین خانگی
جلسه چهارم: ارزشها و عمل ها	۱- روشن کردن ارزشها ۲- موانع ارزشها ۳- اهداف و اعمال (رفتارها) ۴- جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه چهارم و ارائه تمرین خانگی
جلسه پنجم: تمایلات، افکار و احساسات	۱- مرور تکلیف خانگی و شروع فعالیت ۲- ترفند های ذهنی ۳- جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه پنجم و ارائه تمرین خانگی
جلسه ششم: عمل - شروع به کار کردن	۱- بازخورد ۲- برنامه ریزی عمل ۳- خود مشاهده گر ۴- جمع بندی بحث های مطرح شده

جلسه هفتم: تعهد

۱- تمایل ۲- تعهد به عمل و ارزشها علی رقم وجود موانع ۳- جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه هفتم و ارائه تمرین خانگی

جلسه هشتم: حفظ دستاوردهای درمان

۱- تعهد ۲- عود ۳- خداحافظی ۴- تکلیف دانم

ابزار پژوهش

الف- سیاهه نشانگان مختصر^۱ (BSI): یکی از خلاصه ترین تستها در مجموعه ای از ابزارهای یکپارچه است که بوسیله درآگیدس^۲ برای سنجش پریشانی روان شناختی طراحی شده است. ابزارهای گسترده ای در این زمینه بکار برده شده اند که شامل پرسشنامه نشانگان کوتاه و فهرست نشانگان اصلاح شده می باشد. هر دو آزمون از لحاظ ویژگی های روان سنجی حضور خوبی داشتند که معیارهای رضایت بخشی از همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی و حساس به تغییر را نشان دادند (۲۵). نهایتاً در سال ۲۰۰۱، درآگیدس نسخه جدید بسط یافته از این دو ابزار را تحت عنوان سیاهه نشانگان مختصر فراهم کرد. این ابزار فقط چهار بعد از ابعاد ابزار قبلی را در خود دارد. این چهارمقیاس عبارتند از: بعد جسمانی که درماندگی توسط درک بدکاری جسمانی، تمرکز بر نشانگان برخاسته از علایم قلبی- عروقی، معدی و روده ای و سایر سیستم های جسمانی، به وجود می آید. بعد افسردگی که نشانگان بی علاقتگی و خلق بی قرار، بی میلی و بی لذتی، ناامیدی و ایده های خودکشی را نشان می دهند. بعد اضطراب نشانگان حالت های عصبی، تنش، بی قراری حرکتی و بعد وحشتزدگی که حالت های هراس و وحشتزدگی را نشان می دهد. انتخاب این چهار مقیاس مطابق با دو معیار اساسی ویژه ای بود که توسط درآگیدس بیان شده بود: ۱- بررسی اینکه حدود ۸۰ درصد از اختلالات روان شناختی به اختلالات افسردگی و اضطراب تعلق دارند و ۲- حقیقت اینکه حضور نشانگان رشد یافته و بروز جسمانی سازی که در بیشتر موقعیت های افسرده ساز و اضطرابی برانگیخته می شوند در مراقبت های اولیه کشف نمی شوند و توسط سایر علائم جسمی پوشیده می مانند. طبق نظر طراحان، این ابزار جدید معیار رضایت بخشی از پایایی را برای همه ابعاد (بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴) و شاخص پریشانی کلی (۰/۸۹) در بردارد. در پژوهش مذکور ضریب آلفای کرونباخ برای ۱۸ سوال برابر ۰/۹۲ بدست آمده است.

ب- پرسشنامه افکار خودآیندمنفی^۳ (ATQ): این پرسشنامه توسط هولن^۴ و کندال^۵ تدوین شده است. متن پرسشنامه شامل ۳۰ عبارت است که در آن نمونه هایی از افکار خودآیند بیماران افسرده ارائه گردیده است. آزمودنی ها بر حسب میزان اعتقاد و باور خود به این افکار و

فراوانی بروز آن طی یک هفته گذشته، گزینه هایی که با نمرات ۱ تا ۵ مشخص شده است را انتخاب می نمایند. پایایی درونی این پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است. قاسم زاده و همکاران به منظور بررسی پایایی درونی پرسشنامه افکار خودآیند با اجرای آزمون بر روی ۱۲۵ نفر از دانشجویان ایرانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ را بدست آورده اند. نیز با اجرای مجدد این آزمون در فاصله دوهفته بر روی ۳۰ دانش آموز دختر و پسر دبیرستانی ضریب پایایی ۰/۸۷ را برای باورها و ضریب ۰/۸۵ را برای فراوانی بروز باورها به دست آورده است. ضریب آلفای کرونباخ این پژوهش برای افکار خود آیند منفی در بخش فراوانی ۰/۹۷ و در بخش تکرار برابر ۰/۹۶ بدست آمده است (۲۶).

نتایج

شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک

دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیرها	گروه ها	آزمون	شاهد
درماندگی	میانگین	پیش پس پیگیری آزمون آزمون	پیش پس پیگیری آزمون آزمون
روان شناختی	انحراف استاندارد	۴/۰۳	۲/۰۴
فراوانی افکار	میانگین	۷۱/۶	۶۹/۰۷
خودآیند	انحراف استاندارد	۳۲/۳۵	۲۳/۶۸
باوربه افکار	میانگین	۶۷/۳۳	۶۴/۷۳
خودآیند	انحراف استاندارد	۲۸/۱۵	۱۹/۹۸

به طور کلی در یافته های توصیفی مشاهده می شود که میانگین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش بهبود بیشتری نسبت به گروه شاهد داشته است.

جهت انجام تحلیل واریانس با اندازه های تکراری پیش فرض های مورد نیاز است که این پیش فرض ها (نرمال بودن متغیرهای پژوهش در دو گروه، برابری واریانس ها) مورد تایید قرار گرفتند.

در جدول ۳، آزمون باکس جهت بررسی برابری کوواریانس ها در متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

¹Brief Symptom Inventory

²Derogatis

³ Automatic Thoughts Questionnaire

⁴ Holon

⁵ Kendall

کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه ای چون گرین هاوس - گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده می شود. نتایج این آزمون ماچلی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- آزمون ماچلی بررسی تساوی کوواریانس های نمرات در

دو گروه

متغیر	آماره	خی دو	درجه آزادی	معنی داری
درماندگی روان شناختی	۰/۷۷۹	۲/۷۴۹	۲	۰/۰۳۴
فراوانی افکار خودآیند	۰/۶۷۴	۱۰/۶۵۶	۲	۰/۰۰۵
باور به افکار خودآیند	۰/۵۷۷	۱۴/۸۶۸	۲	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول ۴ دیده می شود، پیش فرض یکنواختی کوواریانس ها با استفاده از آزمون ماچلی در متغیرها تأیید نشده است. پس باید در بررسی متغیرهای درماندگی روان شناختی و فراوانی و باور به افکار خود آیند منفی از ضریب گرین هاوس - گیسر استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه های مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در خصوص متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
درماندگی روان شناختی	مراحل پژوهش	۱۱۲/۰۴	۱/۶۴	۶۸/۴۱	۲۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
	گروه ها	۱۰۷/۵۰	۱	۱۰۷/۵۰	۲۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
	تعامل گروه ها با مراحل	۷۰/۰۲	۱/۶۴	۴۲/۷۵	۱۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹	۹۹۲
فراوانی افکار خودآیند	مراحل پژوهش	۲۷۷۵/۴۸۹	۱/۵۰۸	۱۸۴۰/۲۷۶	۱۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶۵	۰/۹۴۹
	گروه ها	۲۷۷۴/۴	۱	۲۷۷۴/۴	۱۳/۲۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲	۰/۹۷
	تعامل گروه ها با مراحل	۲۸۴۱/۶۲۲	۱/۵۰۸	۱۸۴۱/۱۲۵	۱۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۵۴
باور به افکار خودآیند	مراحل پژوهش	۱۶۴۶/۶	۱/۴۰۵	۱۱۷۱/۹۲۱	۸/۲۵۴	۰/۰۰۳	۰/۲۲۸	۰/۸۸۴
	گروه ها	۱۶۲۲/۴	۱	۱۶۲۲/۴	۱۰/۱۲۸	۰/۰۰۴	۰/۲۶۶	۰/۹۲۵
	تعامل گروه ها با مراحل	۳۳۱۸/۴۶۷	۱/۴۰۵	۲۳۶۱/۸۲۵	۱۶/۶۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷۳	۰/۹۹۵

گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی دار است. به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی دار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود درماندگی روان شناختی و بهبود فراوانی و باور به افکار خودآیند منفی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم مؤثر بوده است.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش معنی دار شده است لذا نتایج مقایسه های زوجی میانگین های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون LSD در جدول ۶ آمده است.

جدول ۳- آزمون باکس بررسی برابری کوواریانس های نمرات در

متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها	ضریب M باکس	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
درماندگی روان شناختی	۶۱/۸۵۹	۹/۱۰۲	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
فراوانی افکار خودآیند	۴۰/۰۱۷	۵/۸۸	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
باور به افکار خودآیند	۴۱/۳۵۷	۶/۰۸۵	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول ۳ دیده می شود، پیش فرض تساوی کوواریانس ها یا روابط بین متغیر در کلیه متغیرهای پژوهش تأیید نشده است. معنی داری به دست آمده در همه متغیرها کمتر از ۰/۰۵ است.

با توجه به این که سایر پیش فرض ها رعایت شده و حجم گروه ها با هم برابر است می توان از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه های تکراری استفاده نمود.

هدف از انجام آزمون ماچلی بررسی پیش فرض یکنواختی کوواریانس ها یا برابری کوواریانس ها با کوواریانس کل است. اگر معنی داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض

براساس یافته های به دست آمده در جدول ۵، تفاوت بین نمرات درماندگی روان شناختی ($P < 0/01$)، هم چنین تفاوت بین مراحل پژوهش تفاوت بین نمرات فراوانی افکار خودآیند ($P < 0/01$)، باور به افکار خودآیند ($P < 0/01$)، در سه مرحله از پژوهش معنی دار است. هم چنین میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنی دار به دست آمده است ($P < 0/05$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۵۱ درصد از تفاوت های فردی در متغیرهای درماندگی روان شناختی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. هم چنین ۳۲/۲، ۲۶/۶ درصد به ترتیب مربوط به فراوانی و باور به افکار خودآیند به تفاوت گروه ها ارتباط دارد. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت

جدول ۶- مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	معنی داری	فاصله اطمینان
درماندگی روان‌شناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	*۰/۸۶	۰/۳۳	۰/۰۱۴	حد پایین ۰/۱۸۷ حد بالا ۱/۵۴
	پیش‌آزمون - پیگیری	*۲/۶۸	۰/۵۰	۰/۰۰۱	۱/۶۷ ۳/۶۹
	پس‌آزمون - پیگیری	*۱/۸۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۱/۰۰۴ ۲,۶۲۶
فراوانی افکار خودآیند	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۷/۰۳۳	۲/۹۴	۰/۰۲۴	۱/۰۰۳ ۱۳/۰۶۴
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۳/۶	۳/۷۳۳	۰/۰۰۱	۵/۹۵۴ ۲۱/۲۴۶
	پس‌آزمون - پیگیری	۶/۵۶۷	۲/۲۱۵	۰/۰۰۶	۲/۰۲۹ ۱۱/۱۰۴
باور به افکار خودآیند	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۶/۳	۲/۴۴۹	۰/۰۱۶	۱/۲۸۳ ۱۱/۳۱۷
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۰/۴	۳/۲۶۸	۰/۰۰۴	۳/۷۰۶ ۱۷/۰۹۴
	پس‌آزمون - پیگیری	۲۵	۱/۸۰۸	۰/۰۳۱	۰/۳۹۶ ۷/۸۰۴

 $(P < 0.05)$

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در جدول ۶ نشان می‌دهد که در متغیر درماندگی روان‌شناختی تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($P < 0.05$)، و با پیگیری ($P < 0.05$)، تفاوت پس‌آزمون با پیگیری ($P < 0.05$)، معنی‌دار به دست آمده است. در متغیرهای باور به افکار خودآیند، فراوانی افکار خودآیند، تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($P < 0.05$) و با پیگیری ($P < 0.05$)، تفاوت پس‌آزمون با پیگیری ($P < 0.05$)، معنی‌دار به دست آمده است.

بحث

نتایج پژوهش نشان داده است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در درماندگی روان‌شناختی در متغیر فراوانی و باور به افکار خودآیند منفی نه تنها در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است بلکه در مرحله پیگیری نیز این تأثیر تداوم داشته است.

یافته‌های پژوهش براساس یافته‌های برایان دو و آیزنهاور (۱۷،۱۵). مبنی بر اینکه درماندگی روان‌شناختی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به مادران معمولی بیشتر می‌باشد هماهنگ است و از طرفی با یافته‌های ساندرز و بیگدلی (۲۸،۲۷). مبنی بر اینکه آموزش والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس و تعارضات والدین در تربیت کودک می‌شود همسو می‌باشد. از آنجایی که غم، اندوه، اضطراب و حواس پرتی تظاهرات درماندگی روان‌شناختی هستند شدت درماندگی روان‌شناختی به وضعیت و چگونگی درک ما از آن وضعیت وابسته است. شواهد بالینی نشان داده‌اند که نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی مانند اضطراب، افسردگی و خستگی روانی در مادران کودکان دارای اختلال فراگیر تحولی در مقایسه با مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر است. برای مثال، این مادران در تمام زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان ۹۰ (وسواس-یبی اختیاری، حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب، بدنی

سازی، افکار پارانوئید، هراس و خشم) نمره بالاتری کسب می‌کنند (۲۹). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا درحالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد و اثربخشی این درمان در طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی نظیر افسردگی، اختلال وسواس فکری و اضطراب معلوم شده است (۳۰). این درمان معتقد است احساساتی از قبیل اضطراب، غم، اندوه و ... جزء لاینفک زندگی هستند و نمی‌توان آنها را کنترل کرد و تنها باید پذیرفت. کارکرد کنترل به عنوان مسأله، در این درمان، کمک به مراجعان بود تا اثرات متناقض تلاش‌هایشان برای کنترل افکار و احساسات را تجربه کنند، در بیشتر موارد، تلاش‌ها برای کنترل افکار و احساسات نه تنها موثر نیستند بلکه اهمیت فکر و احساس را نیز افزایش می‌دهند. این کار فکر و احساس را به جای کوچکتر کردن، بزرگتر می‌کند. اگر مراجعان بتوانند با افکار و احساسات تماس برقرار کنند، بنابراین احتمال بیشتری هست که کنترل را رها کنند و راه‌های متفاوتی را امتحان کنند. در این درمان استفاده از استعاره دستگاه حساس به عنوان کنترل خود مسئله است به مراجع کمک می‌کند که دریابد کنترل احساسات خود باعث مشکلات است.

همچنین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های اسپیک و سینگل (۳۱،۳۲). مبنی بر این که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی و نشخوار فکری بزرگسالان مبتلا به اوتیسم موثر است، هماهنگ می‌باشد و همچنین با یافته‌های پژوهش محسنی (۱۳) مبنی بر اثر درمان فراشناختی بر نشخوار فکری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم موثر است غیر مستقیم همسو می‌باشد.

افکاری که بدون تلاش و بدون انتخاب فرد به وجود می‌آیند و معمولاً تحریف شده‌اند که باعث پاسخ‌های هیجانی می‌شوند. چنین افکاری می‌توانند بصورت طحوازه‌های شناختی درونی سازمان یابند. این افکار

پیشنهاد می شود این رویکرد بر روی گروههای دیگر نیز اجرا گردد تا تعمیم پذیری آن گسترش یابد. همچنین پیشنهاد می گردد این روش درمانی با روش های درمانی روان شناختی دیگر بر روی این جامعه آماری مورد مقایسه قرار گیرد. جهت کاهش درماندگی روان شناختی (بعد اضطراب و افسردگی) از این روش درمانی در مراکز مشاوره و روان درمانی (محیط های بالینی) برای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استفاده شود و جلسات و کارگاههای آموزشی جهت مشاوران و درمانگران با این رویکرد تشکیل گردد. نیز جهت کاهش افکار خودآیند منفی از این روش درمانی در مراکز مشاوره و روان درمانی (محیط های بالینی) برای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استفاده شود و جلسات و کارگاههای آموزشی جهت مشاوران و درمانگران با این رویکرد تشکیل گردد.

نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش درماندگی روان شناختی و افکار خودآیند منفی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم موثر بوده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و رفتاری، در زمینه های که اجتناب تجربه ای غلبه دارد به فرد کمک می کند در زمان حال زندگی کرده، احساسات را به عنوان احساس و افکار را به عنوان افکار بپذیرند. در این درمان استفاده از استعاره ها و تمثیل ها و انجام تکالیف ساده و انجام درمان به صورت گروهی از جمله عوامل احتمالی بودند که باعث همکاری مادران و اثربخشی معنی دار این درمان در تغییر وضعیت روانی آنان شد.

به خاطر ظهور ناگهانی که معمولاً نتیجه رویداد خاصی نیست و الزاماً هم بواسطه تفکر جهت یافته ای به وجود نمی آید «خودکار» نامیده می شوند (۳۳). وقتی مشکلی پیش می آید هجوم افکار خودآیند منفی در افراد باعث هدایت فرد به سمت افسردگی می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه ای را که افکار در آن اتفاق می افتند را تغییر می دهد و تأثیر و اهمیت رویدادهای شخصی مشکل را کاهش می دهد. از لحاظ بالینی، مراجعان می آموزند افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را به عنوان خاطرات و علائم بدنی را فقط علائم بدنی ببینند، هیچ یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب زا نیستند. آسیب زا بودن آنها از این ناشی می شود که آنها تجارب آسیب زا، نا سالم و بدی دیده شوند که آن چه ادعا می کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (۳۴). این درمان از طریق تکیه بر گسلش به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به همراه استعاره قطار آموزش داده است که بین جهان ساخته شده در افکارشان و فکر کردن، به عنوان یک فرآیند مستمر، تمییز قائل شوند. گسلش کمک می کند بین کسی که در حال فکر کردن است و مقوله های کلامی ای که افراد به واسطه فکر کردن به خودشان نسبت می دهند تمایز قائل شوند. گسلش به آرامش ذهنی می انجامد، اما نه به این خاطر که لزوماً جنگ ذهنی پایان می پذیرد بلکه به این دلیل که فرد دیگر در منطقه جنگی ذهن نیست. بنابراین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با این رویکرد دریافته اند که دیگر به افکار خود چسبندگی نداشته باشند چرا که چسبندگی به افکار آنان را از برخورد با واقعیت ها و مسائل زندگی باز می دارد و فرد امکان پاسخگویی و واکنش مناسب در موقعیت های مختلف زندگی را نخواهد داشت.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy SL. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Ann Rev Public Health* 2007; 28: 238-58.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities monitoring network. United States. 2012; 61(3): 1-19.
4. Samadi M. [National study on the prevalence of autism]. 2012. (Persian)
5. Porhaidar. [The role of parents in teaching children with autism disorder treatment]. *Shargh newspaper*. 2014. (Persian)
6. Daryabary. The symptoms of psychological distress; 1391.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 18th ed. New York: Williams and Wilkins; 2005.
8. Havton C, Ceass S. [Cognitive behavioral therapy: A practical guide in treating mental disorders]. Tehran: Arjmand; 1998. (Persian)
9. Poorsharifi, Yadegari, Mahmoodalipoor, Hashemi, Hagh. [The effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing your thought consequent negative child-centered child with anxiety disorders]. *Tabriz University*; 2012. (Persian)
10. Davies M, Stankov L, Roberts RD. Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *J Pers Soc Psychol* 1999; 75(3): 989-1015.

11. Johnson E, Hastings RP. Facilitating factors and barriers to the mplementation of intensive home-based behavioural intervention for young children with autism. *Child Care Health Dev* 2002; 28(2): 123-9.
12. Anan RM, Warner LJ, McGillivary JE, Chong IM, Hines SJ. Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behav Intervent* 2008; 23(3): 165-80.
13. Mohseni D. [Transdiagnostic tehrpy in treatment of the motherso children with autism]. Isfahan University; 2016. (Persian)
14. Narimani, Aghamhamadian, Rajabi. [Mental health of mothers of exceptional children with mothers of children]. *Journal of mental health* 2008; 33: 15-24. (Persian)
15. Brain D. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders; 2013.
16. Gaudiano BA. A review of acceptance and commitment therapy (ACT) and recommendations for continud scientific advance ment. *The scientific review of mental health practis*; 2011.
17. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being; 2005.
18. DeLong G R, Dwyer JT. Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's Syndrome and Bipolar Affective Disease. *J Autism Dev Disord* 1988; 18(4): 593-600.
19. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy , relational frame theory and the hird wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther* 2004; 35: 639-65.
20. Hayes SC, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and ommitment Therapy: Model, processes, and outcomes; 2006.
21. Towing MP. The application of acceptance and commitment therapy in obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Pract* 2009; 16(1): 18-28.
22. Phetrasuwan S, Miles MS. Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for specialists in pediatric nursing* 2009; 14(3): 157-65.
23. Molavi H. [The computer program for social sciences]. Isfahan: Puyesh Andisheh; 2008. (Persian)
24. Lillis S. Measuring avoidance and infexibilyp in weight related problem of behavioral consultation and therapy. 2005: 15-52.
25. Derogates LR. Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: NCS Pearson, Inc; 1998.
26. Hollen SD, Kendall P. development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognit Ther Res* 1980; 4.
27. Sanders. The handicapped child:psychological effects of parental, marital and sibling relationship. *Psychiatrics clinics of North America* 2005; 14: 199-217.
28. Bigdelee. [The effectiveness of acceptance and cmmitment tehrpy intervention on anxiety and mental health pf parents of children with autism]. Tabriz University; 2012. (Persian)
29. Eifert GH, Forsyth JP, Hayes SC. Accptance and commitment tehrpy anxiety disorder: A practioners treatment to using mindfulness, acceptance and value based behavior change strategies. Oakland: Newharbinger; 2005.
30. Hayes. Introction to caress evil mind based on acceptance and commitment therapy. 2015.
31. Speke V, Nyklicek I, Cuijpers P, Pop V. Predictor of outome of grop and internet based cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* 2013; 9(4): 97-137.
32. Singh NN, Singh AN, Lancioni G., Singh J, Winton, A. S. W. Adkins, A. D. Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *J Child Fam Stud* 2011; 19: 157-66.
33. Esmaezadeh. [The effect of education tool for children of your negative automatic thoughts control group]. Tabriz University; 2012. (Persian)
34. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. USA: Springer; 2010.