

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات
روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم

**The Effectiveness of a Group-based Acceptance and Commitment
Therapy on Psychological Problems Mothers of Children Diagnosed
with Autism Spectrum Disorder**

M. Amini Fasakhoudi, M. A.

Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

M. Mohammadian, Ph.D.

Department of Psychiatric, University of Iran, Tehran, Iran

M. Fathi, Ph.D Student

Department of Psychology, University of Allameh Tabatabaee,
Tehran, Iran

مریم امینی فسخودی ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

دکتر مهرداد محمدیان

گروه روان‌پزشکی، دانشگاه ایران

ماهرخ فتحی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

دریافت مقاله: ۹۶/۷/۱

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۳/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۷/۴/۳

Abstract

Mothers of children diagnosed with autism spectrum disorder face significant stressors and challenges; however, little research has investigated ways to effectively address their helplessness and psychological problems. Therefore, the purpose of this study is to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing the psychological problems in mothers of children diagnosed with autism spectrum disorder.

چکیده

مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم با فشارها و چالش‌های مهمی روبرو هستند. با این وجود، تحقیقات محدودی به شکل موثر در رابطه با درماندگی و مشکلات سازگاری آن‌ها صورت گرفته است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

✉Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Email: amini.maryam329@gmail.com

✉نویسنده مسئول: تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی
پست الکترونیکی: amini.maryam329@gmail.com

The present study was a sub-experimental [0]study with pre-test and post-test and a control group design. The research population included all the mothers of children with autism spectrum disorder referred to Psychiatry Institute of Tehran in 2016, among which 30 mothers were selected through purposive non-random sampling method based on a specialist diagnosis and a clinical interview. Then participants were randomized into two groups, an experimental and a control group. Participants completed the following assessments in pre- and post-test stages: Acceptance and Action Questionnaire, Depression Anxiety Stress Scale, Positive Aspects of Caregiving, and Five Facet Mindfulness Questionnaire. Descriptive statistical methods and covariance analysis were used to analyze the data. The results of covariance analysis showed that in the post-test stage, group-based acceptance and commitment therapy was effective on reducing psychological problems in the experimental group ($P < 0/0005$). As a result, group-based Acceptance and Commitment Therapy can be effective in improving mental health of mothers of autistic children.

Keywords: Mindfulness, Positive Aspects of Caregiving, Acceptance and Action, Depression, Anxiety, and Stress.

جامعه آماری پژوهش کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به انستیتو روان پزشکی و روانشناسی بالینی تهران در سال ۱۳۹۵ بودند که از میان آن‌ها ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس تشخیص متخصص و انجام مصاحبه بالینی انتخاب شدند. سپس، شرکت‌کنندگان به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای این پژوهش شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)، جنبه‌های مثبت مراقبت کردن (PAC)، پنج جنبه ذهن آگاهی (FFMQ) و پذیرش و عمل (AAQ) بود که شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش مشکلات روان‌شناختی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون موثر است ($p < 0/0005$). درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبودی سلامت روانی مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: استرس، افسردگی، اضطراب، جنبه‌های مثبت مراقبت کردن، پذیرش و عمل و ذهن آگاهی

مقدمه

طبق تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ (۲۰۱۳) اوتیسم یک اختلال مزمن و پیچیده عصبی-تحوالی است که به وسیله نقص در کارکردهای ارتباطی و تعاملات اجتماعی و نیز رفتارهای محدود شده، تکراری و یا خودانگیزخته مشخص می‌شود. به دلیل ماهیت پیچیده این اختلال، والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، سطوح نسبتاً بالای اضطراب، افسردگی، استرس و سایر مشکلات روان‌شناختی را نشان می‌دهند (بیتسیکا، شارپلی و بل^۲، ۲۰۱۴؛ دارداس و احمد^۳، ۲۰۱۴؛ فالک، نوریس و کوین^۴، ۲۰۱۴؛ به نقل از رایان و احمد^۵، ۲۰۱۸). به طور کلی، والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم آسیب‌پذیری زیادی نسبت به انواع اختلالات روانی و جسمی دارند و از این جهت به عنوان یک گروه خاص، مستلزم توجه ویژه‌ای برای دریافت

مداخلات درمانی و آموزشی به منظور پیشگیری و درمان هستند (سلترز و همکاران^۶، ۲۰۰۱؛ به نقل از کاستا، استفنگن و فرینگ^۷، ۲۰۱۷).

در این راستا، تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم استرس شدیدتری نسبت به والدین کودکان سالم و یا کودکان با ناتوانایی‌های رشدی دیگر تجربه می‌کنند (بوما و اسکویتزر^۸، ۱۹۹۰؛ دارت و همکاران^۹، ۲۰۰۵؛ استیس و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ هیس و واتسون^{۱۱}، ۲۰۱۳؛ هافمن و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۹؛ راثو و بیدل^{۱۳}، ۲۰۰۹). برای مثال، ایزن هاور، باکر و بلاچر^{۱۴} (۲۰۰۵) دریافتند که تفاوت‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم به طور معناداری با میزان استرس روزانه مادران هم‌خوانی دارد. به این معنا که مادران کودکانی که کژکاری‌های رفتاری بیشتری دارند، شدت استرس بالاتری را گزارش می‌کنند. همچنین، منابع استرس والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم می‌تواند به دلیل اشکال در تعامل با کودک، تعارضات زناشویی والدین، فقدان حمایت‌های لازم جهت مراقبت از کودک، بدنامی این خانواده‌ها در جامعه و عدم درک کامل نیازهای کودک توسط همشیرها و نیز خود والدین، باشد (آل - خلاف، دمپسی و دالی، ۲۰۱۴؛ هارتلی و همکاران، ۲۰۱۰؛ زیدیک، کوهن و بلاچر، ۲۰۱۴؛ به نقل از رایان و احمد، ۲۰۱۸).

از طرفی، برخی یافته‌ها حاکی از آن است که میزان افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، با سطوح استرس آن‌ها رابطه‌ای قوی دارد و شدت افسردگی هنگامی که کودکان آن‌ها تشخیص اتیسم می‌گیرند، وخیم‌تر می‌شود (هاستینگز و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۵). پژوهش کیم، اکاس و هوک^{۱۶} (۲۰۱۶) حاکی از آن بود که مشکلات رفتاری بیشتر در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم با افسردگی بیشتر مادران رابطه دارد. بیتسیکا و شارپلی^{۱۷} (۲۰۰۴) از مطالعه خود بر روی ۱۰۷ والد دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم نتیجه گرفتند که بیش از نیمی از والدین علائم اضطراب شدید را گزارش می‌کنند و حدود دو سوم این افراد، معیارهای افسردگی بالینی را نشان می‌دهند. در حقیقت، به کار بردن راهبردهای غلبه‌ای اجتنابی مانند: استفاده از الکل، دارو، داشتن احساس گناه، انتقاد از خود و منصرف شدن از تلاش در والدین کودکان اتیسمی با میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر رابطه دارد؛ درحالی‌که، استفاده از راهبردهای غلبه‌ای مثبت مانند: جدی نگرفتن موقعیت (شاد نگه داشتن محیط)، جستجوی اتفاقات مثبت و خوب و زندگی کردن با آن‌ها، احساس راحتی و درک درست وقایع با میزان افسردگی و اضطراب رابطه معکوس دارند (هاستینگز و همکاران، ۲۰۰۵).

دیلن برگر و همکاران^{۱۸} (۲۰۱۰) دریافتند که ۰/۸۶ والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، محدودیت در فعالیت‌ها و روابط اجتماعی دارند که ۰/۸۵ این محدودیت‌ها مربوط به فعالیت‌های تفریحی می‌باشد. به طور کلی، بر اساس نتایج تحقیقات پیشین، درماندگی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم به طور معناداری بر توانایی آن‌ها در مدیریت رفتار کودک تاثیر می‌گذارد و اثربخشی مداخلات رفتاری این کودکان را کاهش می‌دهد (اوسبورن و همکاران^{۱۹}، ۲۰۰۸؛ رابینز، دانلپ و پلی‌نیز^{۲۰}، ۱۹۹۱؛ استراس و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۲؛ به نقل از گولد، تاربوکس و کوین^{۲۲}، ۲۰۱۸). گالاگر و وایتلی^{۲۳} (۲۰۱۲) نیز به این نتیجه رسیدند که مراقبان کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در مقایسه با مراقبان کودکان با انواع اختلالات رشدی دیگر، نیاز به روان درمانی سرپایی دارند. به طور کلی، این مشکلات نه تنها باعث می‌شود که والدین یک زندگی پر

تنش و شکننده داشته باشند، بلکه اثرات مخربی بر کاهش اثر مداخلات آموزشی و درمانی اولیه برای کودکان درخودمانده خواهد داشت (اوسبورن و همکاران^{۲۴}، ۲۰۰۸؛ به نقل از عطاریان، پناغی و تقوایی، ۱۳۹۶). این امر می‌تواند با برخی ویژگی‌های اختلال اتیسم مانند ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری و اجتماعی و نیاز به مراقبت و آموزش و درمان‌های خاص و مداوم کودک اتیسم مرتبط باشد. همچنین، پیشرفت محدود این کودکان در خلال مداخلات و مبهم بودن افق آینده آن‌ها، عامل دیگری است که می‌تواند موجب تنیدگی بیشتر مادران شود (برجیس و همکاران، ۱۳۹۱؛ به نقل از فلاح‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷).

این در حالی است که عوامل تعدیل‌کننده‌ای میان فشارهای روانی-اجتماعی والدین و اختلالات کودک وجود دارد. در این راستا، نتایج برخی تحقیقات حاکی از آن است که برخی عوامل نقش موثری در کاهش میزان استرس و ناراحتی تجربه شده توسط والدین کودکان مبتلا دارند؛ برای مثال: حضور هر دو والد در کنار هم در منزل و پذیرش و درک شرایط کودک که با موفقیت بیشتر در غلبه بر استرس و همچنین درک درست واقعیت و قضاوت صحیح همراه می‌باشند (کووالکوسکی^{۲۵}، ۲۰۱۲). در یک بررسی اولیه کوتاه مدت، به همراه آموزش مدیریت رفتاری که بر روی رفتار کودک متمرکز بود، مکانی برای تبادل نظر والدین (افراد دارای تجربیات مشابه) نیز فراهم شد. نتایج حاصل نشان داد که امکان گفتگو و شرح مشکلات و در میان گذاشتن تجربیات، موجب کاهش استرس و احساس درماندگی در آن‌ها می‌شود (سامیت^{۲۶}، ۱۹۹۶؛ به نقل از کووالکوسکی، ۲۰۱۲).

همچنین، نتایج یک مطالعه جامع با کاربرد ۱۰ ساعت مداخله رفتار درمانی شناختی از طریق تمرکز بر روی تحریف‌های شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم نشان داد که نمرات پس از آزمون در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در احساس گناه، اسنادهای درونی، افکار خودآیند منفی و افسردگی گروه آزمایش دارد (نیکسون و سینگر^{۲۷}، ۱۹۹۳؛ به نقل از کووالکوسکی، ۲۰۱۲). از طرفی، در کنار محاسن رویکرد شناختی- رفتاری، از معایب کاربرد این روش درمانی برای والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، معلوم کردن آن بخش از درمان است که به پیشرفت این والدین کمک می‌کند. به بیان دیگر، بازسازی شناختی به عنوان یکی از اساسی‌ترین بخش‌های این رویکرد، به مقابله با عقاید غیر منطقی می‌پردازد؛ در حالیکه، عقاید این دسته از افراد لزوماً غیر منطقی نمی‌باشد، مانند: احساس درماندگی و خستگی ناشی از کار با کودکان و یا تحمل هزینه‌های مالی زیادی که به دوش می‌کشند. در این خصوص، شواهدی مبنی بر تاثیر عنصر پذیرش در پیشرفت تغییر قضاوت‌های منفی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، حاکی از اثربخشی آن در این افراد می‌باشد (کووالکوسکی، ۲۰۱۲). چنانچه، نتایج یک پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان یکی از مهمترین درمان‌های مبتنی بر پذیرش، در کاهش استرس ادراک شده توسط مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم موثر بود (کونر و وایت^{۲۸}، ۲۰۱۴).

یکی دیگر از درمان‌های مبتنی بر پذیرش، درمان پذیرش و تعهد^{۲۹} (ACT) است. در این درمان به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بپذیرند، به همان شکلی که هست بدون آن‌که آن‌ها را انکار و یا سرکوب کنند، یا به شکلی که در درمان شناختی- رفتاری مشاهده می‌شود، آن‌ها را تجزیه و تحلیل کنند (هیس^{۳۰}، ۲۰۰۴).

کارایی کاربرد ACT بر روی جمعیت مورد مطالعه، برای اولین بار توسط بلاک لچ و هیس^{۳۱} (۲۰۰۶) به شکل یک کارگاه آموزشی ۲ روزه در ۱۴ ساعت برای والدین با کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم برگزار شد. با توجه به محدودیت اصلی این پژوهش یعنی فقدان گروه کنترل، نتایج حاکی از اثربخشی آن در کاهش افسردگی و به طور کلی، افزایش سلامت عمومی گروه آزمایشی بود. در پژوهش کووالکوسکی (۲۰۱۲) در ایالات متحده که بر روی گروهی از والدین با کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام گرفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخله معمول^{۳۲} (TAU) در دو گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شدند و به طور کلی، نتایج حاکی از اثربخشی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش مداخله معمول بود و نمرات افراد در هر دو گروه در ابزارهای افکار خودآیند منفی، درماندگی والدینی و استرس والدینی کاهش معناداری نشان داد؛ همچنین، در ابزار مربوط به جنبه‌های مثبت والدینی نیز افزایش نمرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشاهده شد و تنها در ابزار سنجش افسردگی، تغییر معناداری حاصل نشد.

یافته دیگر این پژوهش رابطه میان شدت مشکلات برون سازی کودکان با میزان شدت استرس والدین بود. یافته‌های یک پژوهش تک موردی که بر روی سه والد دارای کودک مبتلا به اختلال اتیسم انجام گرفت، حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رفتارهای منطبق با ارزش‌ها و نیز دلسوزی برای خود در آن‌ها بود. این نتایج پس از یک دوره پیگیری ۶ ماهه همچنان گزارش شد (گولد و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، نتایج پژوهش گولد (۲۰۱۶) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری و انعطاف‌پذیری رفتاری والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود و این نتایج پس از یک دوره پیگیری ۶ ماهه نیز باقی ماند. در این پژوهش، افزایش نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس مهربانی با خود و کاهش رفتارهای اجتنابی در این پژوهش نشان دهنده تاثیر عنصر پذیرش در این افراد بود که به واسطه آموزش مهارت‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ویژه مهارت ذهن آگاهی میسر شد. در مطالعه زودی^{۳۳} (۲۰۱۷) که بر روی یک گروه از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام گرفت، برگزاری کارگاه آموزشی مهارت‌های مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و ناخواسته و نیز دلسوزی برای خود در آن‌ها شد. نتایج پژوهش هاس، دیکسون و پالیلیوناس^{۳۴} (۲۰۱۸) نیز حاکی از اثربخشی درمان کوتاه مدت مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بود.

به طور خلاصه، بر مبنای یافته‌های پژوهش‌های پیشین، والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با چالش‌های عمده‌ای روبرو هستند و سطوح بالایی از استرس را در طولانی مدت تجربه می‌کنند که موجب بروز اختلالات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب و یا تعارضات میان فردی خصوصا در رابطه با همسران-شان می‌شود (کووالکوسکی، ۲۰۱۲). از طرفی، اغلب پژوهش‌های پیشین بر روی کودکان مبتلا به اتیسم تمرکز کرده‌اند و این در حالی است که تحقیقات اندکی تاثیر مداخلات روان‌شناختی را بر روی مشکلات مادران این دسته از کودکان به عنوان مراقبان اصلی آن‌ها بررسی کرده‌اند (مونتوگومری^{۳۵}، ۲۰۱۵). لذا، در پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فرهنگ ایرانی بررسی می‌شود.

روش

جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مراجعه کننده به مرکز آموزشی-بهداشتی انستیتو روانپزشکی تهران بود. انتخاب نمونه از بین جامعه مورد نظر، توسط یک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی و زیر نظر متخصص روانپزشک بر اساس مشاهده بالینی کودکان و انجام مصاحبه تشخیصی مطابق با معیارهای DSM-5 انجام شد. تعداد نمونه ۳۰ آزمودنی در نظر گرفته شده بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس (داوطلبانه) بر اساس ملاک‌های ورود یعنی داشتن سن حداکثر ۵۰ سال و سطح تحصیلات حداقل دیپلم، متاهل، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی شدید یا سایکوز و نیز برآورده کردن حداقل معیارهای تشخیصی مربوط به ابزارهای مورد استفاده در پژوهش انتخاب شدند. همچنین، بر اساس معیارهای خروج، اگر آزمودنی‌ها بیش از ۲ جلسه غیبت داشتند و یا در ارزیابی‌ها شرکت نمی‌کردند، از پژوهش کنار گذاشته می‌شدند.

مادرانی که تحت روان‌درمانی یا دارودرمانی بودند نیز وارد پژوهش نمی‌شدند. داده‌های جمعیت شناختی، سطح تحصیلات و سن افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۲ گزارش شده است. طبق داده‌های جدول، بیشترین فراوانی در دو گروه آزمایش و کنترل مربوط به آزمودنی‌ها با تحصیلات دیپلم، گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و دارای تک فرزند می‌باشد. در مرحله بعد به هر یک از آزمودنی‌ها به ترتیب از شماره ۱ تا ۳۰ یک عدد اختصاص می‌یافت و در مرحله جایگزینی بر اساس نمرات زوج و فرد در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار می‌گرفتند. در نتیجه، فرایند جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی و کنترل به شکل تصادفی انجام گرفت. بر اساس ملاحظات اخلاقی طرح، به تمامی آزمودنی‌ها اطمینان داده شده بود که در هر زمان و در هر مرحله از فرایند پژوهش، در صورت عدم تمایل به شرکت در جلسات، می‌توانند انصراف خود را اعلام کرده و از پژوهش خارج شوند. در پژوهش حاضر، به آزمودنی‌ها در خصوص قرار گرفتن در گروه کنترل آگاهی داده شده بود. ابزارهای به کار رفته در پژوهش حاضر در مراحل پیش آزمون و پس آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند. بسته مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد پس از ترجمه برای آزمودنی‌ها در طول ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه آموزش داده شد. همچنین، برای گروه کنترل نیز جلساتی آموزشی (به صورت نشست‌های گروهی) با همین تعداد جلسات در نظر گرفته شد که توسط درمانگر اجرا گردید.

پژوهش حاضر مستخرج از طرح پژوهشی مصوب در انیستیتو روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران می‌باشد که با کد کارآزمایی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران IRCT 2016112330230 N 2 به ثبت رسیده است. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول شماره ۱ به اختصار آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران

جلسات درمان	خلاصه مداخلات آموزشی
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر گروه. معرفی درمان پذیرش و تعهد و هدف درمان. پر کردن فرم رضایت نامه توسط شرکت کنندگان. آموزش منطق درمان توسط رهبر و اهمیت انجام دادن تکالیف خانگی به منظور رسیدن به ارزش‌هایی که شرکت کنندگان آن‌ها را نادیده گرفته‌اند.
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه اول. پر کردن فرم ارزیابی ارزش‌ها توسط شرکت کنندگان. آموزش مفهوم ناامیدی خلاق. برای

این منظور، با کمک یک بحث گروهی از شرکت کنندگان خواسته شد تا به توصیف احساسات ناخوشایندی بپردازند که در زندگی روزمره خود با آن مواجه می‌شوند و روش‌هایی را که برای کنترل آن‌ها به کار می‌برند، فهرست کنند.	
مرور تکالیف جلسه قبل. آشنایی شرکت کنندگان با ماهیت مشکل ساز کنترل یا نیاز به تغییر با کمک استعاره‌ها و مفاهیم درمان پذیرش و تعهد مانند استعاره جنگ با هیولا. این استعاره‌ها روشن می‌کنند که تلاش برای کنترل افکار و احساسات ممکن است اوضاع را بدتر کند؛ اما شرکت کنندگان می‌توانند انتخاب‌های دیگری هم داشته باشند.	جلسه سوم
مرور تکالیف جلسه قبل. به شرکت کنندگان درباره توانایی انسان برای زبان که می‌تواند هسته واقعی درد و رنج او باشد، آموزش داده شد و این مفاهیم با کمک استعاره‌ها و بیان کردن تفاوت معنادار میان تجربه مستقیم و صحبت کردن درباره آن مانند تمرین شیر و تمرین آن را بگو ولی آن را باور نکن انجام شد.	جلسه چهارم
مرور تکالیف جلسه قبل. این جلسه با آموزش جنبه‌های مختلف مفهوم ذهن آگاهی به شرکت کنندگان که ابتدا با تمرین ساده تمرکز بر احساس‌های جسمانی مانند تمرکز بر تنفس بود، آغاز شد و بتدریج با تمرکز بر تمرین‌های پیچیده‌تر مانند حرکت برگ روی آب و در نهایت با رسیدن به مفهوم پذیرش ادامه یافت.	جلسه پنجم
مرور تکالیف جلسه قبل. آموزش مفهوم اشتیاق و انجام دادن تمرین‌های اضافی برای روشن کردن این عقیده که درد بخشی از تجربه طبیعی انسان است که می‌تواند بدون اضافه کردن رنج بیشتر پذیرفته شود. برای این منظور، استعاره ریگ روان برای نشان دادن تفاوت میان مبارزه با درد و تجربه کامل این احساسات به کار رفت. همچنین، از بحث گروهی در مورد کاربرد پذیرش به عنوان یک جایگزین برای کنترل در جهت پیگیری معنادارتر ابعاد زندگی ارزشمند استفاده شد.	جلسه ششم
مرور تکالیف جلسه قبل. در این جلسه به جنبه‌هایی از ارزش‌ها که در هفته‌های آغازین مورد بحث قرار گرفته بود، پرداخته می‌شود مانند اهداف، اقدامات و موانع و شرکت کنندگان ارزش‌های فردی خود را مشخص می‌کنند.	جلسه هفتم
در جلسه پایانی بر روی پایداری در عمل و تعهد به انجام آن تأکید می‌شود، خصوصا در موافقی که شرکت کنندگان با رخدادهایی (موانع) مواجه می‌شوند. در این جلسه تأکید می‌شود که برخی چیزها را می‌توان سریع رشد داد، در حالیکه برخی دیگر، نیازمند تعهد و زمان هستند. همچنین، از بحث‌های گروهی در مورد روش‌هایی که می‌توانند در محیط‌های طبیعی به کار گرفته شوند، استفاده می‌شود. شرکت کنندگان جزواتی که برای تمرینات درمان پذیرش و تعهد طراحی شده است، دریافت می‌کنند. خداحافظی.	جلسه هشتم

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II): پرسشنامه پذیرش و عمل تجدیدنظر شده مقیاس اصلی از ۷ آیتم تشکیل شده است. در حالیکه، پرسشنامه اولیه از ۴۹ آیتم و نسخه تجدید نظر شده از ۱۰ آیتم تشکیل شده است، اخیرا مولفان از نسخه تجدید نظر شده ۷ آیتمی دفاع کرده‌اند. نمره نهایی از جمع نمرات به دست می‌آید و بالاترین نمره ۴۹ است. بسیاری از مطالعات ACT از ورژن اولیه استفاده کرده‌اند، اما اشکالات قابل توجهی مانند درک درست و پایایی در استفاده از این ورژن وجود داشت. نتایج بررسی‌ها حاکی از این است که نسخه جدید این مقیاس از روایی و پایایی خوبی برخوردار است. ضریب آلفای این ابزار در دامنه ایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ و ضریب آزمون-باز آزمون از ۰/۷۹ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی این ابزار نیز با استفاده از ابزارهای افسردگی، اضطراب و افکار سرکوب شده محاسبه شده و نشان داده که از روایی مناسبی برخوردار می‌باشد (باند و همکاران^۴، ۲۰۱۱).

پرسشنامه پنج جنبه ذهن آگاهی (FFMQ): این پرسشنامه ۳۹ آیتمی برای ارزیابی ۵ جنبه از مهارت‌های ذهن آگاهی یعنی: مشاهده، توصیف، انجام عمل همراه با آگاهی، قضاوت نکردن درباره تجربیات درونی و عدم واکنش به تجربیات درونی، طراحی شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (از ۱ تا ۵) است و نمرات بالاتر نشان دهنده ذهن آگاهی بیشتر فرد است. نتایج تحلیل اکتشافی و

تاییدی ۵ عامل را گزارش کرده است. همچنین، همبستگی درونی این عوامل با هم رضایت بخش بوده است. آلفای کرونباخ خرده مقیاس های مشاهده، توصیف، عمل آگاهانه و عدم واکنش به ترتیب: ۰/۸۱، ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۸ و برای کل آن‌ها ۰/۹۲ می‌باشد (بائر و همکاران^{۳۷}، ۲۰۰۶).

پرسشنامه جنبه‌های مثبت مراقبت کردن (PAC): یک ابزار ۹ آیتمی است که ادراک فرد را در رابطه با جنبه‌های دلخواه یا عاطفه مثبت ناشی از تجربه مراقبت از افراد دوست داشتنی، ارزیابی می‌کند. سوال‌ها بر اساس مقیاس لیکرتی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه از ویژگی‌های روان سنجی خوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ گزارش شده است (راف و همکاران^{۳۸}، ۲۰۰۴).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): این ابزار شامل ۴۲ آیتم می‌باشد که با مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای (از ۰ تا ۳) نمره گذاری می‌شود. نمره‌های به‌دست آمده از هر آیتم معرف یکی از سه سازه افسردگی، اضطراب و استرس است که به تفکیک نشان دهنده نمره آزمودنی در هر یک از این سازه‌ها است. پایایی و روایی بالایی دارد و آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش شده است (لاوی باند و لاوی باند^{۳۹}، ۱۹۹۵). افضلی و همکاران (۱۳۸۶) ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس را در جمعیت ایرانی ارزیابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ را برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش سامانی و جوکار (۱۳۸۶) روایی و اعتبار این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی برای هر سه خرده مقیاس به ترتیب: ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ به دست آمد.

لازم به ذکر است که پرسشنامه‌های ذهن آگاهی، جنبه‌های مثبت مراقبت و پذیرش و تعهد به منظور استفاده در این پژوهش بر روی یک جمعیت ۷۰ نفری از والدین مراجعه کننده به انستیتو روان پزشکی تهران اجرا گردید و ضریب آلفای کرونباخ آن‌ها به ترتیب: ۰/۸۷، ۰/۸۶ و ۰/۹۱ به دست آمد.

نتیجه‌گیری

داده‌های حاصل از این پژوهش ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد توصیف شدند. سپس، با کمک روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس، تفاوت‌های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها تاثیر متغیرهای کنترل پیش‌آزمون و جنسیت از روی نمرات پس‌آزمون برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شدند. آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آماری نرمال بودن و تساوی واریانس‌ها می‌باشد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود و این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین، نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند و این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد پژوهش

متغیر	فراوانی (درصد) آزمایش	فراوانی (درصد) کنترل
تعداد فرزند	یک فرزند	۹ (۶۰)
	دو فرزند	۴ (۲۴/۱۴)
	سه فرزند	۲ (۱۵/۸۶)
	مجموع	۱۵ (۱۰۰)
مدرک تحصیلی	دیپلم	۸ (۵۳/۰۳)
	لیسانس	۵ (۳۳/۰۳)
	فوق لیسانس	۲ (۱۳/۰۴)
	مجموع	۱۵ (۱۰۰)
سن	۲۰-۳۰	۷ (۴۷)
	۳۰-۴۰	۵ (۳۲/۰۲)
	۴۰-۵۰	۳ (۲۰/۰۸)
	مجموع	۱۵ (۱۰۰)

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات در هر سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون آمده است.

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	استرس	۱۳	۱۳/۱۲	۵/۶۸	۹/۰۲	۵/۳۲
	اضطراب	۱۳	۱۱/۰۸	۶/۲۸	۸/۰۸	۶/۰۷
	افسردگی	۱۳	۱۲/۲۲	۶/۱۴	۸/۸۹	۵/۸۴
	پذیرش و عمل	۱۳	۱۷/۳۰	۶/۱۱۵	۱۸/۹۶	۶/۶۱۵
	ذهن آگاهی	۱۳	۱۴۵/۱۵	۲۰/۱۲۶	۱۳۵/۳۰	۱۹/۳۷۰
	جنبه مثبت مراقبت	۱۳	۳۵/۶۲	۱۰/۲	۳۹/۴	۸/۳۴
کنترل	استرس	۱۱	۱۳/۲۶	۶	۱۲/۰۲	۵/۷۸
	اضطراب	۱۱	۱۲/۰۹	۶/۳۷	۱۱/۴۸	۶/۱۸
	افسردگی	۱۱	۱۴	۵/۰۹	۱۳	۵/۳۶
	پذیرش و عمل	۱۱	۱۸	۶/۱۵۰	۱۸/۱۷	۶/۶۱۳
	ذهن آگاهی	۱۱	۱۲۶	۲۰/۳۵۰	۱۲۵/۵۲	۲۰/۰۵۲
	جنبه مثبت مراقبت	۱۱	۳۵	۹/۳۵	۳۷	۹/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه متفاوت است. البته، میانگین نمره متغیر جنبه‌های مثبت مراقبت در گروه کنترل نیز، در مرحله پس آزمون اندکی افزایش نشان می‌دهد.

در جدول شماره ۴ نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شده است. طبق یافته‌های این جدول، نتایج هر چهار آزمون حاکی از آن است که متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته موثر بوده است. ($P < 0/0005$).

جدول ۴: نتایج آزمون‌های چند متغیره برای متغیرهای وابسته

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	F	Sig	مجذور اتا
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اثر پیلایی	۰/۸۵۰	۱۷/۳۷۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸۰
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۲	۲۸/۰۵۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۸
	اثر هاتلینگ	۲/۸۹۳	۳۹/۴۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴۰
	بزرگترین ریشه روی	۲/۸۳۰	۲/۸۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۵

غیر معنادار بودن آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون لوین به ترتیب حاکی از آن است که پیش فرض-های آماری نرمال بودن و تساوی واریانس‌ها برقرار می‌باشد که نتایج آن در جداول ۵ و ۶ مشاهده می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در مورد پیش فرض

نرمال بودن توزیع نمرات

فرض نرمال بودن	گروه‌ها	آماره	سطح معناداری
استرس	آزمایش	۰/۹۰۰	۰/۰۹۳
	کنترل	۰/۹۶۱	۰/۷۸۴
اضطراب	آزمایش	۰/۹۴۰	۰/۶۳۰
	کنترل	۰/۹۲۱	۰/۸۴۶
افسردگی	آزمایش	۰/۹۱۶	۰/۷۱۷
	کنترل	۰/۹۱۰	۰/۹۳۰
پذیرش و عمل	آزمایش	۰/۹۶۵	۰/۵۷۰
	کنترل	۰/۹۲۱	۰/۳۷۰
ذهن آگاهی	آزمایش	۰/۹۰۵	۰/۴۱۹
	کنترل	۰/۹۳۶	۰/۴۰۲
جنبه مثبت مراقبت	آزمایش	۰/۹۱۲	۰/۶۳۹
	کنترل	۰/۹۰۰	۰/۵۱۸

جدول ۶: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های

دو گروه مورد مطالعه

مقیاس	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
استرس	۳/۰۵۷	۱	۲۸	۰/۰۹۰
اضطراب	۴/۰۶۰	۱	۲۸	۰/۰۶۸
افسردگی	۰/۰۹	۱	۲۸	۰/۰۷۸
پذیرش و عمل	۲/۰۸۲	۱	۲۸	۰/۰۹۲
ذهن آگاهی	۳/۰۲۵	۱	۲۸	۰/۰۷۷
جنبه مثبت مراقبت	۲/۰۶۴	۱	۲۸	۰/۰۸۲

به منظور بررسی معناداری تفاوت بین میانگین‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷: تحلیل کوواریانس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش
در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
استرس	پیش‌آزمون	۴۸/۶۷	۱	۴۸/۶۷	۶۲/۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳	۱
	پس‌آزمون	۲۰/۳۹	۲	۲۰/۳۹	۳۹/۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۴۵	۱
اضطراب	پیش‌آزمون	۴۶/۲۶	۱	۴۶/۲۶	۴۸/۷۹	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	۰/۰۹۹
	پس‌آزمون	۲۹/۸۰	۲	۲۹/۸۰	۲۵/۹۱	۰/۰۰۰۵	۰/۴۰	۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۷۶/۶۱	۱	۷۶/۶۱	۵۹/۸۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹	۰/۹۸
	پس‌آزمون	۵۴	۲	۵۴	۲۰/۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸	۱
پذیرش و عمل	پیش‌آزمون	۹/۶۰۵	۱	۹/۶۰۵	۱۰/۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۰	۱
	پس‌آزمون	۱۱/۸۱	۲	۱۱/۸۱	۴۲/۴۳	۰/۰۰۰۵	۰/۵۸	۱
ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۲۵۸/۰۲	۱	۲۵۸/۰۲	۱۲۰/۱۹	۰/۰۰۰۵	۰/۳۹	۱
	پس‌آزمون	۲۹۴/۱۲	۲	۲۹۴/۱۲	۱۵۰/۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸	۰/۸۹
جنبه مثبت مراقبت	پیش‌آزمون	۷۳/۷۷	۱	۷۳/۷۷	۷/۸۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۳	۰/۹۹
	پس‌آزمون	۹۴/۰۲	۲	۹۴/۰۲	۸/۹۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	۱

مقادیر F مشاهده شده حاکی از تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل است. سطح معناداری ($p < 0/0005$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران مورد پژوهش تاثیر داشته است و فرضیه‌های پژوهش تایید می‌شوند.

بحث

همان‌طور که در مقدمه پژوهش به آن اشاره شد، ویژگی‌های اختلال طیف اتیسم و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم پس از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و موثر و پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین خصوصاً مادران تحمیل کند. واکنش اولیه اکثر مادران به هنگام تشخیص اتیسم در کودکان با انکار، عدم پذیرش و ناباوری، سردرگمی، احساس خشم، احساس گناه، علایم افسردگی و اضطراب همراه است. اکثر مادران در این دوران به دنبال کسب اطلاعات در مورد ماهیت اختلال شامل عوامل موثر در بروز اختلال، شیوه‌های درمان، نقش خانواده در برخورد با بیماری و تاثیر بیماری در آینده کودک و خانواده می‌باشند. بنابراین، ارائه اطلاعات آموزشی درباره این موارد در کلاس‌های گروه درمانی و همچنین، آموزش کنترل پاسخ‌های هیجانی، پذیرش بیماری کودک و برقراری توازن میان واقع‌گرایی و مشکلاتی که در آینده وجود خواهد داشت، در بهبود حالات روانی این مادران تاثیرگذار است. به‌طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیان می‌کند افرادی که درگیر مسائل و مشکلات خاص هستند (نظیر مادران کودکان ASD) می‌توانند با پذیرش واقعیت، در عین حال متعهد شوند ارزش‌هایی را که در زندگی گذشته خود دنبال می‌کردند (اشاره به زمان گذشته، زمان قبل

از مواجه شدن با مشکل می‌باشد) هم اکنون نیز دنبال کنند تا بتوانند بر مشکل غلبه کرده و بهزیستی زندگی فردی و خانوادگی خود را تامین کنند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی نسخه فارسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام گرفت. نتایج حاصل نشان دهنده اثربخشی این برنامه آموزشی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و همزمان افزایش ذهن آگاهی، پذیرش و جنبه‌های مثبت مراقبت کردن در آزمودنی‌های مورد پژوهش بود. بنابراین، فرضیه پژوهش تایید گردید که همسو با نتایج یافته‌های پژوهش بلاک لچ و هیس (۲۰۰۶)، کووالکوسکی (۲۰۱۲)، گولد (۲۰۱۶)، گولد و همکاران (۲۰۱۷)، زودی (۲۰۱۷) و هاس و همکاران (۲۰۱۸) بود.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت: از آنجا که اغلب مادران کودکان اتیسم، تحت تاثیر بیماری کودکان در بسیاری از پارامترهای سلامت جسمی و روانی دچار اختلال می‌شوند، لذا می‌توان انتظار داشت که برنامه‌های آموزشی از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نیازهای ویژه‌اش و نحوه رفتار با او مکانیسم سازگاری مادران را بهبود بخشیده و به پذیرش شرایط کودک کمک کند. هنگامی که با گشودگی و پذیرش ناظر تجربه‌های خود (افکار، احساسات و ...) هستیم، حتی دردناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدید کننده‌اند و قابل تحمل‌تر به نظر می‌رسند. طبق نظر هایس (۲۰۰۴) در این رویکرد، پذیرش صرفاً تحمل نیست بلکه پذیرفتن غیرقضایاتی تجربه در زمان حال است که درمان از آن آغاز می‌شود. همانطور که قبلاً به آن اشاره شد، مقابله کردن با شناخت‌های ناسازگارانه به جای اینکه این شناخت‌ها را کاهش دهد، آن‌ها را نیرومندتر می‌کند. بنابراین، آموزش عنصر پذیرش در این پژوهش، به مادران کمک کرد چگونه رابطه خود با افکارشان را تغییر دهند. چگونه افکار و احساساتی را که سعی کرده‌اند انکار کنند، بپذیرند و در عین حال آن‌ها را از خود دور نگه دارند و تنها نظاره‌گر آن‌ها باشند.

از طرفی، پذیرش مثبت کودکان اتیستیک از سوی خانواده خصوصاً مادران، یافتن ویژگی‌های مثبت در رفتار و شخصیت کودکان و ابعاد مثبت زندگی با آن‌ها، والدین را با روش‌های مثبت فرزند پروری نظیر تقویت رفتارهای مثبت و روش‌های صحیح پاداش دادن آشنا می‌سازد. در نتیجه، پذیرش می‌تواند موجب بهبود جنبه‌های مثبت مراقبت گردد. در واقع، پذیرش هسته اصلی ذهن آگاهی و شالوده اصلی رویکرد درمانی به‌کار رفته در پژوهش حاضر می‌باشد که به عنوان مهارت اولیه به مادران گروه آزمایش آموزش داده شد. این یافته همسو با نتایج پژوهش کونر و وایت (۲۰۱۴) بود که در آن آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی موجب کاهش نمرات استرس مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم گردید.

همچنین، ذهن آگاهی از طریق بهبود روابط اجتماعی، کاهش دادن استرس، اضطراب و نشخوارهای فکری، تقویت نیروی خلاقیت، معنای عمیق بخشیدن به زندگی و افزایش شادمانی موجب هدایت افراد برای گام برداشتن در جهت انجام فعالیت‌های لذت بخش و باارزش می‌شود. در این‌جا اشاره به این نکته حائز اهمیت است که چرا برخی افراد نسبت به تجربه‌های دردناک زندگی پذیرش بیشتری دارند. در این خصوص باید گفت که این پذیرش منوط به برخورداری این افراد از صفت ذهن آگاهی بالاتر است. در حقیقت، ذهن-آگاهی یک مهارت است و مانند هر مهارت دیگر آموخته می‌شود؛ بنابراین، می‌توان از طریق انجام دادن تکنیک‌های آن، ظرفیت ذهن آگاهی را افزایش داد. آموزش این مهارت به تدریج و به شکل مستمر و روزانه

حالت ذهن آگاهی را به یک ویژگی پایدار یعنی صفت ذهن آگاهی تبدیل می‌کند. بنابراین، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا به تدریج این ویژگی را در خود پرورش داده و آن را در برخورد با تمامی تجربیات روزانه به کار برند. پر واضح است که به دلیل ماهیت مزمین اختلال طیف اتیسم، کاربرد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نظیر درمان پذیرش و تعهد که به آزمودنی‌ها آموزش می‌دهد چگونه این مهارت‌ها را در طول فعالیت‌های روزانه و زندگی روزمره خود به کار گیرند، می‌تواند بسیار مفید و موثر باشد.

جزء دیگر ذهن آگاهی، قضاوت نکردن درباره خود و دیگران است. یا به بیان دیگر، مهربان بودن با خود و دیگران. قضاوت نکردن پیامد دیگر همان پذیرش است که در مداخله مذکور به کار رفت. تجربه گروه درمانی حتی به خودی خود نیز به مانند خاک حاصل‌خیزی است که پذیرش در آن رشد کرده و به متعهد ماندن اعضا در انجام دادن تکالیف کمک می‌کند. از آن‌جا که برخی مادران خود را در تولد کودک اتیسم خود مقصر می‌دانند، اقدام به قضاوت کردن درباره خود می‌کنند. همچنین، سرزنش‌های اطرافیان و عدم درک جامعه و احساس تنهایی در داشتن چنین مشکلی نیز به پیدایش احساس درماندگی، اضطراب، افسردگی و استرس بیشتر دامن می‌زند. در نتیجه، این تجربیات منفی منجر به قضاوت کردن درباره دیگران نیز می‌شود. ولی با کمک تجربه گروهی می‌توان به این مادران کمک کرد تا با شریک شدن در تجربیات سایر مادران شرایط خود و کودک خود را بیشتر درک کنند و دست از قضاوت کردن درباره خود و دیگران بردارند و در بستری از پذیرش همراه خانواده خصوصاً همسرانشان به انجام فعالیت‌هایی بپردازند که برای آن‌ها لذت بخش و ارزشمند بوده ولی به دلیل داشتن کودک اتیسم، از رسیدگی به آن‌ها خودداری کرده و یا نیاز به انجام آن را مغایر با والدگری خود می‌دانند.

در واقع، ارزش‌ها یکی از عناصر اصلی درمان پذیرش و تعهد است که درمانگر این پژوهش با پرسیدن سوال " دوست دارید زندگی شما چه چیزی را تحمل کند؟ " از آزمودنی‌ها به آن‌ها کمک کرد تا ارزش‌هایی را انتخاب کنند که دوست دارند دنبال کنند، هدف‌های خاصی را تعیین کنند و برای رسیدن به آن‌ها دست به کار شوند. که این همان متعهد شدن یا عنصر مهم دیگر درمان است. یعنی تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد آن‌چه در زندگی اهمیت دارد و آن‌چه فرد دوست دارد انجام دهد تا زندگی با ارزش و معنی‌داری را اداره کند (ویلسون^{۴۰}، ۲۰۱۱). برای این منظور از مادران خواسته شد تا این هدف‌ها یا چیزهایی را که در زندگی خود دوست دارند، بنویسند.

همچنین، آموزش مهارت مشاهده خود^{۴۱} که یکی دیگر از مهارت‌های درمان حاضر می‌باشد، به آزمودنی‌ها کمک کرد تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شود شناسایی کنند، شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را بیاموزند. برخی از این راهبردها شامل نظارت بر خود، پاداش دادن به خود و قرارداد بستن با خود می‌باشد که در پژوهش حاضر به مادران گروه آزمایش آموزش داده شد. از آن‌جا که نداشتن دوره پیگیری محدودیت اصلی پژوهش حاضر بود، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی دوره‌های پیگیری به منظور پایش حفظ نتایج درمان در نظر گرفته شود.

پی‌نوشت‌ها

1. American Psychiatric Association
2. Bitsika, Sharpley, & Bell
3. Dardas & Ahmad
4. Falk, Norris, & Quinn
5. Rayan & Ahmad
6. Seltzer & et al
7. Costa, Steffgen, & Ferring
8. Bouma & Schweitzer
9. Duarte & et al
10. Estes & et al
11. Hayes & Watson
12. Hoffman & et al
13. Rao & Beidel
14. Eisenhower, Baker & Blacher
15. Hastings & et al
16. Kim, Ekas & Hock
17. Bitsika & Sharpely
18. Dillenburger & et al
19. Osborne & et al
20. Robbins, Dunlap & Plienis
21. Strauss & et al
22. Gould, Tarbox & Coyne
23. Gallagher & Whiteley
24. Osborne & et al
25. Kowalkowski
26. Samit
27. Nixon & Singer
28. Conner & White
29. Acceptance and Commitment Therapy
30. Hayes
31. Blackledge & Hayes
32. Treatment- as -Usual Control Group Design
33. Zody
34. Hahs, Dixon & Paliliunas
35. Montgomery
36. Bond
37. Baer & et al
38. Roff
39. Lovibond & Lovibond
40. Wilson
41. Self-Observation

منابع

- افزلی، آ؛ دلاور، آ؛ برجلی، آ؛ میرزamani، م (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان سنجی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در یک نمونه از دانش آموزان دبیرستان‌های شهر کرمانشاه. *مجله تحقیقات و علوم رفتاری*، ۲(۵)، ۹۲-۸۱.
- سامانی، س؛ جوکار، ب (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶(۳)، ۶۵-۷۶.
- فلاح‌زاده، ه، نوری، س، پوراابراهیم، ت، نظربلند، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر معنای زندگی و عملکرد خانواده در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات طیف اتیسم. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۱(۱۴)، ۱۵۰-۱۳۵.
- عطاریان، ف، پناغی، ل، تقوایی، د. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مدیریت خشم و استرس بر کاهش خشم و استرس مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۵۲(۱۳)، ۵۳۰-۵۱۵.
- Afzali, A., Delavar, A., Borjali, A., Mirzamani, M. (2007). Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Student. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 2(5), 81-92.
- Attarian, F., Panaghi, L., Taghvaei, D. (2018). Effectiveness of Anger and Stress Management Trainings on Reducing Anger and Stress of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Family Research*, 13(4), 515-530.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

- Bitsika, V., & Sharpely, C. F. (2004). Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorders. *Australian Journal of Guidance & Counseling, 14*(2), 151-161.
- Blackledge, J. T., Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy, 28*(1), 1-18.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.
- Bouma, R., & Schweitzer, R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress: A Comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal of Clinical Psychology, 46*(6), 722-730.
- Conner, C. M., & White, S.W. (2014). Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor. *Research in Autism Spectrum Disorder, 8*(6), 617-624.
- Costa, A. P., Steffgen, G., & Ferring, D. (2017). Contributors to well-being and stress in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder, 37*(1), 61-72.
- Dillenburger, K., Keenan, M., Doherty, A., Byrne, T., & Gallagher, S. (2010). Living with children diagnosed with autistic spectrum disorder: Parental and professional views. *British Journal of Special Education, 37*(1), 13-23.
- Duarte, C. S., Borden, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism, 9*(4), 416-427.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(9), 657-671.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X-H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism, 13*(4), 375-387.
- Falahzade, H., Nouri, S., Pourebrahim, T., Nazarboland, N. (2018). The Effectiveness of Group Logo therapy on the Meaning of Life and Family Functioning for Mothers with an Autism Spectrum Disorders Child, *Journal of Family Research, 14*(1), 135-150.
- Gallagher, S., & Whiteley, J. (2012). Social support is associated with blood pressure responses in parents caring for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 33*(6), 2099-2105.
- Hahs, A. D., Dixon, M. R., & Paliliunas, D. (2018). Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, in Press.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F. D., Brown, T., & Remington, B. (2005). System analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre intervention-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*(5), 635-644.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.

- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 43(3), 629-642
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187.
- Kim, I., Ekas, N.V., & Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 26(1), 80-90.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for depression anxiety stress scales. 2nd ed. Sydney. USA: Psychology Foundation.*
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kowalkowski, J. D. (2012). *The impact of a group- based Acceptance and Commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder.* Doctoral dissertation, Eastern Michigan University.
- Gould, E.R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7(1), 81-88.
- Gould, E. R. (2016). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment training on the behavior of parents of children with autism. A dissertation submitted to the faculty of the Chicago school of professional psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in psychology, behavior analysis specialization.
- Rao, P. A., & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, 33(4), 437-451.
- Rayan, A., & Ahmad, M. (2018). The psychometric properties of the mindful attention awareness scale among Arab parents of children with autism spectrum disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (3), 444-448.
- Roff, L. L., Burgio, L. D., Gitlin, L., Nichols, L., Chaplin, W., & Hardin, J. M. (2004). Positive aspects of Alzheimer's caregiving: The role of race. *Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(4), 185-190.
- Samani, S., Joukar, B. (2007). A Study on the Reliability and Validity of the Short Form of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*, 3(26), 65-77.
- Smith, L. E., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (2012). Daily health symptoms of mothers of adolescents and adults with fragile X syndrome and mothers of 192 adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1836-1846.
- Montgomery, D. (2015). *Effects of Acceptance and Commitment therapy for parents of children with autism.* Doctoral dissertation, Walden University.

- Gould, E. R. (2016). *Evaluating the effects of Acceptance and Commitment training on the behavior of parents of children with autism*. Doctoral dissertation, Chicago University.
- Wilson, G. T. (2011). Behavior therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (9th ed., pp.235-275). Belmont, CA: Brooks-Cole, Cengage Learning.
- Zody, M. (2017). *Acceptance and Commitment therapy (ACT) as a one-day workshop for parents of children with an autism spectrum disorder*. Doctoral dissertation submitted to the Wright Institute Graduate School of psychology.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی