

## اثر بخشی کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران کودکان با اختلال اتیسم

سعید رضایی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۲۹

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم انجام شده است. این مطالعه از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم مرکز اتیسم دوم آوریل شهر تهران در سال ۹۶-۹۷ بود که از بین آنها تعداد ۱۸ مادر دارای کودک با اختلال اتیسم به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس، (DASS-۲۱)، برای گردآوری داده‌ها استفاده شد و از تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس با رعایت پیش فرضاها، برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برنامه درمانی در ۱۲ جلسه متوالی دو ساعته به مدت دو ماه برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس آزمون، نمرات افسردگی، اضطراب و استرس مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری ( $P > 0/05$ )، کاهش یافته است. با توجه به موثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مادران دارای فرزند اتیسم از این روش میتوان به عنوان یک مداخله روان شناختی در کنار سایر مداخله‌ها استفاده نمود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، اضطراب، استرس، مادران، اتیسم

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱ استادیار، گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

(Rezayi.saeed1@gmail.com)

## مقدمه

اختلال اتیسم<sup>۱</sup>، اختلالی مادام‌العمر و ناتوان‌کننده‌ای هست که نه تنها فرد مبتلا، بلکه خانواده را هم درگیر می‌کند (رضایی، ۱۳۹۶). در جریان تشخیص اختلال اتیسم، فشارهای روانی فرزندان و والدین وارد می‌شود که می‌تواند به واکنش‌هایی مانند ضربه روانی، ناامیدی، خشم، افسردگی و... منجر شود (کین<sup>۲</sup>، لینکلن<sup>۳</sup>، برون<sup>۴</sup> و چاویرا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). برای بیشتر خانواده‌ها دریافت برجسب تشخیص اختلال اتیسم، بشدت استرس‌زا و غیرمنتظره است؛ به طوری که برخی مادران بارد برجسب تشخیص و انجام آزمایش‌ها و بررسی‌های دیگر، وجود اختلال در کودک خود را انکار می‌کنند (راجرز<sup>۶</sup>، گولد<sup>۷</sup>، کونلی<sup>۸</sup> و مک‌کوناچی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). اختلال اتیسم، به علت همراهی طیف‌گوناگونی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی و نیز دشواری در تشخیص، بروز علایم پس از رشد طبیعی کودک، فقدان درمان‌های قطعی و موثر و پیش‌آگهی نامطلوب می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از فشارهای روانی بر خانواده و نزدیکان کودک باشد (رضایی، ۱۳۹۶).

مطالعات انجام شده حاکی از این است که اثرات منفی داشتن کودک کم‌توان یا ناتوان موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده خصوصاً مادر می‌شود (کین و همکاران، ۲۰۱۳)؛ چرا که مادر اولین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. عواطفی مثل احساس گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و

۱. Autism disorder
۲. Keehn
۳. Lincoln
۴. Brown
۵. Chavira
۶. Rodgers
۷. Gold
۸. Connolly
۹. McConachie

احساس خود کم‌بینی و بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (داوسن<sup>۱</sup>، ایگر<sup>۲</sup>، بارانک<sup>۳</sup> و کارپنتر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). وجود کودک ناتوان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمانی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تاثیر منفی بر وی می‌گذارد (استرانگ<sup>۵</sup>، کین ورسی<sup>۶</sup>، دانیلوس<sup>۷</sup>، کاسی<sup>۸</sup>، ویلز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهد که مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم بیش از مادران کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (بلکیج<sup>۱۰</sup> و هیز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶).

این فشارها می‌تواند برخواسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضد اجتماعی، خود آسیب‌رسانی، حرکات کلیشه‌ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی یا شرایط خاص جسمانی کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (هالت<sup>۱۲</sup>، لیکاوالیر<sup>۱۳</sup>، سوخودولوسکی<sup>۱۴</sup>، سپیریانو<sup>۱۵</sup>، امان<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

۱. Dawson
۲. Egger
۳. Baranek
۴. Carpenter
۵. Strang
۶. Kenworthy
۷. Daniolos
۸. Case
۹. Wills
۱۰. Blackledge
۱۱. Hayes
۱۲. Hallet
۱۳. Lecavalier
۱۴. Sukhodolsky
۱۵. Cipriano
۱۶. Aman

پژوهش‌های دیگر بیان‌گر این است که مادران کودکان با اختلال اتیسم در مقایسه با پدران این کودکان، استرس‌ها و بحران‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و از این رو نیاز به حمایت بیش‌تری دارند (پانکی<sup>۱</sup>، لاند‌گرین<sup>۲</sup>، هورستی<sup>۳</sup>، هیروویکوسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). اوگستون، پل، میکنتاش، ویرجینیا مایرز و باربارا (۲۰۱۱)، در پژوهش خود نشان دادند که مادران کودکان مبتلا به اتیسم نسبت به مادرانی که کودکان مبتلا به سندرم داون داشتند، امید پایین‌تر و نگرانی بیش‌تری نسبت به آینده را گزارش کردند. همچنین مادران دارای کودک با معلولیت ذهنی و جسمی شدید، افسردگی و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند که منجر به تجربه احساس تنهایی و از دست دادن حمایت اجتماعی در آنها می‌شود و توانایی مادر را برای مدیریت هیجان‌هایش با مشکل مواجه می‌کند، در نتیجه عزت‌نفس کاهش می‌یابد و افکار منفی، برقراری ارتباط و تعامل با کودک را مشکل می‌سازد و اینگونه رفتارها می‌تواند منجر به بروز واکنش‌های منفی از سوی دیگران در ارتباط با مادر مضطرب و افسرده شود تا جایی که زندگی روزمره را برای وی و اطرافیان دشوار می‌سازد (بوترباف<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶، نقل از کرمی، عمرانی و دانایی، ۱۳۹۷).

مدل فرایند روانی مثبت‌روش پذیرش و تعهد (هیز و همکاران)



آموزش مادران همواره بخش مهمی در مداخله‌های مربوط به کودکان با اختلال اتیسم بوده است (پانکی و همکاران، ۲۰۱۴). آزرین، مک‌هاگ، ساندرز و رید (۲۰۰۸) دریافته‌اند که برنامه‌های مداخله‌های زود هنگام به ویژه آنهایی که نیازمند زمان طولانی هستند، در صورت بالا بودن سطح استرس مادران از اثربخشی کمتری برخوردار خواهند بود. با این وجود آموزش روانشناختی مادران منجر به کاهش احساس افسردگی، استرس و افزایش احساس توانمندی می‌شود (هالت و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین بنا به گزارش بلکیچ و هیز (۲۰۰۶)، برنامه‌های آموزش مادران می‌تواند منجر به کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس مادران شود. امروزه از روش‌های درمانی دیگری نیز در افزایش سلامت عمومی والدین بویژه مادران کودکان با اختلال اتیسم استفاده می‌شود که تاثیر آن در کاهش افسردگی و اضطراب مشاهده شده است، درمان پذیرش و تعهد است. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد نه اینکه صرفاً اجتناب از افکار احساسات، خاطره‌ها با تمایلات آشفته‌ساز انجام یا تحمیل شود (هیز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله رویکردهایی است که از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار) و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کنند. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هدف، تغییر چیزی نیست بلکه درمانگر می‌خواهد به مراجع کمک کند تا افکار و احساسات خود را بپذیرد (هریس، ۲۰۰۷، ترجمه صاحبی و اسکندری، ۱۳۹۵). این رویکرد درمانی دارای شش فرایند

---

<sup>۱</sup> Heyes

مرکزی است که در نهایت منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش<sup>۱</sup>، گسلش شناختی<sup>۲</sup>، خود به عنوان زمینه<sup>۳</sup>، ارتباط با زمان حال<sup>۴</sup>، ارزش‌ها<sup>۵</sup> و عمل متعهد<sup>۶</sup> (هیز، پیسترلو و بیگلند، ۲۰۰۸). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، پایداری تاثیر برنامه در برابر گذشت زمان، منسجم بودن و داشتن دستورالعمل گام به گام اجرایی، جامع بودن و غیر منحصر بودن به لحاظ سنی و جنسیتی، و نیز داشتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی می باشد. پروتکل‌های این درمان برای اختلالات اضطرابی هر دو جنبه اساسی این اختلال‌ها یعنی «اجتناب شناختی» و «تخریب عملکرد» را مدنظر قرار می‌دهد (ایفرت و فورسیث<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آن‌ها از یک زندگی مطلوب است. با توجه به تمام آنچه گفته شد پژوهش حاضر می‌تواند به بررسی تاثیر درمان پذیرش و تعهد در اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم پردازد.

### روش

طرح پژوهش حاضر به لحاظ گردآوری اطلاعات از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و به لحاظ هدف از نوع کاربردی بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم مرکز اتیسم دوم آوریل شهر تهران در سال ۹۶-۹۷ بود که از بین آنها تعداد ۱۸ مادر دارای کودک با اختلال اتیسم در مرکز اتیسم دوم آوریل تهران به صورت نمونه‌گیری در دسترس با شرط پذیرش معیارهای شرکت در برنامه مداخله

۱. Acceptance
۲. Cognitive diffusion
۳. Self as a context
۴. Contact with present moment
۵. values
۶. Committed action
۷. Eifert & Forsyth

ای، انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (نه نفر) و کنترل (نه نفر) تقسیم شدند.

### ابزار پژوهش

مقیاس اندازه گیری افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱): مقیاس اندازه گیری افسردگی، اضطراب و استرس (DASS<sup>۱</sup>) یک پرسشنامه ۲۱ سئوالی است که در سال ۱۹۹۵ توسط لوی باند و لوی باند ساخته شده است. DASS-۲۱ مجموعه ای از سه زیر مقیاس خودسنجی است که برای اندازه گیری حالت های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی طراحی شده است. هر یک از سه زیر مقیاس DASS-۲۱ شامل هفت ماده است. زیر مقیاس افسردگی ملالت<sup>۲</sup>، ناامیدی<sup>۳</sup>، بی ارزش شمردن زندگی<sup>۴</sup>، نارزنده سازی خود<sup>۵</sup>، فقدان علاقه/مشارکت<sup>۶</sup>، بی لذتی و سکون<sup>۷</sup> را اندازه می گیرد. زیر مقیاس اضطراب برپایی خودکار<sup>۸</sup>، تاثیرات اسکلتی ماهیچه ای<sup>۹</sup>، اضطراب موقعیتی<sup>۱۰</sup> و تجربه فاعلی احساس اضطراب<sup>۱۱</sup> را می سنجد. زیر مقیاس تنیدگی نسبت به سطح برپایی مزمن و غیر اختصاصی حساس است و دشواری در آرام شدن<sup>۱۲</sup>، برپایی عصبی<sup>۱۳</sup>، سهولت در تحریک شدگی/ناآرامی<sup>۱۴</sup>، فزون

۱. Depression anxiety stress scale
۲. dysphoria
۳. hopelessness
۴. Devaluation of life
۵. Self - depreciation
۶. Lack of interest/ involvement
۷. anhedonia & inertia
۸. Autonomic arousal
۹. Skeletal muscle effects
۱۰. Situational anxiety
۱۱. Subjective experience of anxious affect
۱۲. Difficulty relaxing
۱۳. Nervous arousal
۱۴. Being easily upset/ agitated

تحریک پذیری/ واکنش پذیری<sup>۱</sup> و عدم تحمل را اندازه می گیرد. ماده های ۲۱-DASS به گونه ای انتخاب شده اند که نشانگر تمام زیر مقیاس ها باشند تا بتوان نمره زیر مقیاس ها را با ضرب آن در دو به مقیاسهای DASS کامل ۴۲ ماده ای تبدیل کرد. به این خاطر وقتی ۲۱-DASS نمره گذاری می شود، نمره کل هر زیر مقیاس همیشه باید قبل از ثبت شدن در برگه DASS کامل در دو ضرب شود. برای ارزیابی ویژگیهای روان سنجی DASS لوی باند و لوی باند (۱۹۹۵) آزمون را در یک نمونه بزرگ غیر بالینی به تعداد ۲۹۱۴ نفر اجرا کردند و نشان دادند که قابلیت اعتماد DASS که با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد برای هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس قابل قبول است (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰). همچنین شواهد حاکی از آن بود که DASS از قابلیت اعتماد همگرا و افتراقی کافی برخوردار است (لوی باند و لوی باند، ۱۹۹۵). به نمونه بزرگی از دانشجویان به تعداد ۷۱۷ نفر پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و DASS ارائه شد. همبستگی BAI و زیر مقیاس اضطراب DASS بالا بود ( $r=0/81$ ) و BDI با زیر مقیاس افسردگی DASS نیز همبستگی بالایی داشت ( $r=0/74$ ). همچنین در نمونه ایرانی همسانی درونی مقیاسهای DASS با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و این نتایج به دست آمد: مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹، مقیاس تنیدگی ۰/۷۸. (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۹).

روش اجرا و جمع آوری داده ها: پس از مراجعه به اداره بهزیستی شمیرانات جهت اجرای تحقیق، نامه معرفی به مرکز اتیسم دوم آوریل اخذ شد. سپس به همه مادرانی که دارای کودک اتیستیک در مرکز اتیسم دوم آوریل بودند پیشنهاد شرکت در برنامه آموزشی داده شد برای تعیین میزان استرس، اضطراب و افسردگی پرسشنامه ۲۱-DASS جهت تکمیل داده شد. تعداد ۱۸ زوج (والد) که بیشترین نمره را در پرسشنامه ۲۱-DASS به دست آوردند، به عنوان گروه نمونه بروش در دسترس انتخاب شدند. قبل از اجرای برنامه مداخله ای جلسه ای به منظور تعیین

۱. Irritable/ over- reactive



روز و ساعت آموزش و نیز تبیین معیارهای شرکت در برنامه (داشتن نمره بالا در مقیاس DASS، رضایت نامه کتبی، داشتن حداقل یک فرزند اتیستیک، حضور به موقع در برنامه آموزش، اجرای تکالیف ارائه شده در منزل، عدم مصرف دارو) و نیز خروج از برنامه (عدم رعایت هریک از معیارهای ورود) و عدم برخورداری از دیگر برنامه درمانی برگزار شد. برای شرکت در این برنامه هیچ اجباری نبود و هر یک از شرکت کنندگان با اختیار خود شرکت داشتند. و سپس کل شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (در انتظار برنامه مداخله) جانمایی شدند، برای رعایت اخلاق پژوهشی به تعداد روزها و ساعات آموزشی گروه آزمایش، برای گروه کنترل نیز برنامه آموزشی به صورت حضوری و در برخی روزها به صورت مجازی از طریق پیام رسان ها آموزش داده شد.

### روش مداخله

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در پذیرش و تعهد درمانی مجموعه ای از تمرینات تجربی واستعارها، بامداخلات استاندارد رفتاری ترکیب می شود تا پذیرش بدون قضاوت تجربیات درمانی فرد را پرورش دهد. این پذیرش تجربی به تنهایی یک هدف نمی باشد بلکه ارتقای عمل در جهت اهداف مناسب شخصی مرتبط می باشد در این پژوهش از پروتکل دوستی و معاذی (۱۳۹۴) استفاده شد. برنامه درمانی در ۱۲ جلسه دو ساعته به مدت دو ماه برای گروه آزمایش اجرا شد البته قبل از اجرا محقق چند جلسه را به صورت حضوری در مرکز به بررسی مشکلات کودکان با اختلال اتیسم و نیازهای خانواده های افراد با اختلال اتیسم پرداخت و بعد از کسب آگاهی های لازم و برقراری ارتباطهای موثر با خانواده ها، به اجرا برنامه درمانی پرداخته شد جلسه های درمانی به شرح زیر می باشد.

جدول ۱. محتوای برنامه مداخله ای

**جلسه اول:** معرفی برنامه درمانی، تعیین روز، ساعت و مدت زمان اجرا، توضیح محتوای برنامه درمانی و نیز آشنایی کلی با شرکت کنندگان

**جلسه دوم و سوم:** توضیح مختصر تک تک درمانجوها از مشکل خود، ناامیدی سازنده، سنجش ارزشها، تمرین راهبردهای ذهن آگاهی از کارهای روزمره.

**جلسه چهارم و پنجم:** تمرین ذهن آگاهی مراقبه، تمرین فرونشانی فکر، راهبردهای پذیرش (تمثیل ریگ های روان)، ارائه تکلیف جلسه بعد.

**جلسه ششم:** تمرین ذهن آگاهی از محیط اطراف، مرور جلسه قبل، فنون گسلس شناختی، ارائه تکلیف جلسه آینده.

**جلسه هفتم:** تمرین ذهن آگاهی از فکر و هیجان، مرور جلسه قبل، راهبرد بافتار انگا شتن خودیشتن، تمثیل صفحه شطرنج، ارائه تکلیف جلسه آینده.

**جلسه هشتم:** تمرین ذهن آگاهی، مرور جلسه گذشته، راهبردهای روشن سازی ارزشها، ارائه تکلیف جلسه آینده.

**جلسه نهم:** تمرین ذهن آگاهی، مرور جلسه گذشته، راهبردهای اقدام متعهدانه در مسیر ارزش ها.

**جلسه دهم:** تمرین گام به گام مهارتهای ذهن آگاهی، مرور جلسه گذشته، ارائه تکلیف جلسه آینده.

**جلسه یازدهم:** مرور تکالیف جلسه قبل، خلق الگوهای بزرگتر عمل متعهدانه، بیان موانع و آماده سازی مراجع برا مواجه احتمالی با موانع.

**جلسه دوازدهم:** مرور اجمالی بر کل جلسه های درمانی و بازی نقش

**روش تحلیل داده ها**

با توجه به اینکه در این مطالعه قصد بر تعیین اثربخشی برنامه مداخله ای بر متغیر وابسته (وضعیت روانشناختی مادران داری کودک اتیستیک) بود و نیز از آنجایی که برنامه مداخله ای یک برنامه موثر و دارای پایداری تثبیت شده در برابر گذر زمان تثبیت شده بود و نیاز به مرحله پیگیری نداشت، از تحلیل کوواریانس با رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ها و نیز

همگنی واریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد و نتایج حاصل در قالب جداول و نمودار گزارش می‌شود.

### یافته‌ها

از بین ۱۸ مادر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، نه نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نه نفر در گروه کنترل قبل و بعد آموزش با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۳۸/۵۱ با انحراف استاندارد ۶/۱۱ بود که دامنه سنی از ۲۹ تا ۴۳ سال به تفکیک گروه‌ها می‌شد. شش نفر دیپلم، و هشت نفر دارای تحصیلات کارشناسی و چهار نفر نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. در این میان، تعداد هفت نفر بین ۱ تا ۵ سال؛ ۴ نفر بین ۵ تا ۱۰ سال؛ تعداد ۴ نفر بین ۱۰ تا ۱۵ سال و تعداد سه نفر بیش از ۱۵ سال از زندگی مشترک‌شان می‌گذشت.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (افسردگی، اضطراب و استرس)

مولفه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
	(انحراف استاندارد)	(انحراف استاندارد)	(انحراف استاندارد)	(انحراف استاندارد)
افسردگی	۱۰/۰۰ (۴/۳۴)	۹/۴۰ (۲/۷۹)	۷/۰۶ (۳/۷۱)	۸/۸۳ (۱/۴۶)
اضطراب	۱۱/۳۳ (۴/۵۷)	۱۰/۵۸ (۳/۶۰)	۶/۲۴ (۲/۶۷)	۱۰/۴۲ (۳/۱۱)
استرس	۱۰/۳۳ (۵/۶۷)	۱۰/۹۱ (۳/۰۵)	۸/۱۶ (۳/۴۰)	۱۰/۷۳ (۲/۸۸)

در جدول بالا نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده می‌شود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش (۱۰ و ۴/۳۴)، و در مرحله پس‌آزمون (۷/۰۶ و ۳/۷۱)؛ میانگین و در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون (۹ و ۲/۷۹)؛ و در مرحله پس‌آزمون (۸/۸۳ و ۱/۴۶) است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد اضطراب در

گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون (۱۱/۳۳ و ۴/۵۷)، و در مرحله پس آزمون (۶/۲۴ و ۲/۶۷)، میانگین و انحراف استاندارد اضطراب در مرحله پیش آزمون در گروه کنترل (۱۰/۵۸ و ۳/۶۰) و در مرحله پس آزمون (۱۰/۴۲ و ۳/۱۱) است. میانگین و انحراف استاندارد استرس در مرحله پیش آزمون در گروه آزمایش (۱۰/۳۳ و ۵/۶۷) و در پس آزمون گروه کنترل (۸/۱۶ و ۳/۴۰) می باشد. و میانگین و انحراف استاندارد استرس در مرحله پیش آزمون در گروه کنترل (۱۰/۹۱ و ۳/۰۵) و در مرحله پس آزمون در گروه کنترل (۱۰/۷۳ و ۲/۸۸) است.

جدول ۳؛ بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها به کمک آزمون کولموگروف اسمیرنوف

آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی ۰/۱۲۹	۱۷	۰/۲۰۰
اضطراب ۰/۱۷۶	۱۷	۰/۰۵۳
استرس ۰/۱۲۹	۱۷	۰/۲۰۰

از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌ها است. برای بررسی این فرضیه از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها حاکی از آن است که تمامی زیر مقیاس‌ها از مفروضه نرمال بودن پیروی می کنند ( $P > 0/01$ ).

جدول ۴؛ بررسی خرده مقیاس‌های متغیرهای پژوهش به کمک آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین)

خرده مقیاس‌ها	آماره لون	df <sup>۱</sup>	df <sup>۲</sup>	سطح معناداری
افسردگی ۰/۴۱۵	۱	۱۷	۰/۵۲۶	
اضطراب ۰/۴۵۳	۱	۱۷	۰/۵۰۸	
استرس ۲/۱۱۷	۱	۱۷	۰/۱۶۰	

جدول ۴. نشان می دهد از آن جایی که هیچ یک از زیر مقیاس‌ها از نظر آماری معنادار نیستند بنابراین می توان گفت که هر دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش، قبل از شروع مداخله از لحاظ واریانس‌ها همگن بوده‌اند ( $P > 0/05$ ).

جدول ۵. بررسی پیش فرض همگنی رگرسیون

خرده مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
افسردگی	۱۶/۹۲۳	۱	۰/۲۱۹	۰/۶۴۵
اضطراب	۳۱/۰۳۳	۱	۱/۶۸۲	۰/۲۰۹
استرس	۱۳/۲۴۲	۱	۰/۴۴۵	۰/۵۱۲

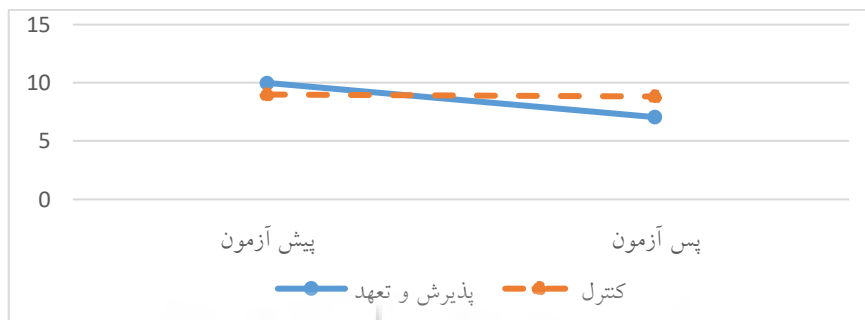
بررسی همگنی رگرسیون از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به این که هیچ کدام از خرده مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون، معنادار نمی‌باشند ( $P > ۰/۰۵$ )، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره بررسی اثر برنامه مداخله ای

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۱۸/۱۳۴	۱۱۸/۱۳۴	۸۴/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴	
افسردگی	اثر گروه	۳۰/۱۷۲	۳۰/۱۷۲	۱۰/۵۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	اثر خطا	۳۲/۵۴۶	۱/۴۱۵			
پیش آزمون	۵۳/۸۲۱	۵۳/۸۲۱	۵۲/۵۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷	
اضطراب	اثر گروه	۷۶/۱۰۳	۷۶/۱۰۳	۳۶/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۵
	اثر خطا	۲۳/۰۱۳	۱/۰۰۱			
پیش آزمون	۱۳/۹۰۱	۱۳/۹۰۱	۱۲/۴۴۴	۰/۰۰۳	۰/۳۳۱	
استرس	اثر گروه	۴۸/۷۷۲	۴۸/۷۷۲	۱۸/۶۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۹
	اثر خطا	۲۹/۷۳۸	۱/۲۹۳			

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس، بین نمرات افسردگی گروه آزمایش ( $F = ۸۴/۳۲, P < ۰/۰۱$ ) و گروه کنترل ( $F = ۱۰/۵۲, P < ۰/۰۱$ )، نمرات اضطراب گروه آزمایش ( $F = ۵۲/۵۰, P < ۰/۰۱$ ) و

گروه کنترل ( $F=۳۶/۲۰, P<۰/۰۱$ ) و نیز نمرات استرس گروه آزمایش ( $F=۱۲/۴۴, P<۰/۰۱$ ) و گروه کنترل ( $F=۱۸/۶۹, P<۰/۰۱$ )، تفاوت معنی داری به لحاظ آماری وجود دارد.



نمودار ۱. میانگین نمرات افسردگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

### بحث و نتیجه گیری

داشتن کودک مبتلا به اختلال اتیسم، نگرانی و دغدغه پایدار و بی پایانی را برای اغلب والدین به همراه دارد و کارکردهای روانشناختی، عاطفی هیجانی، روابط اجتماعی و موفقیت حرفه ای آنها را متاثر می کند. متعاقباً کیفیت زندگی و مدیریت زندگی روزمره آنها را مختل می کند (کوشا و همکاران، ۲۰۱۶). براساس گزارش حاصل از بررسی های مختلف، از جنبه بهزیستی روانی والدین کودکان با اختلالات اتیسم، به دلایل گوناگونی از جمله، هزینه های سنگین درمانی و توانبخشی فرزندشان، محدود شدن روابط با دیگران بویژه با خویشاوندان و موقعیتهای اجتماعی، استیغای اجتماعی، قضاوت شدن از طرف دیگران، نگرانی از آینده فرزندشان، عدم حمایت های قانونی لازم، تعارض های خانوادگی و.. سطوح بالاتری از استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند (وونشو ژوو، ۲۰۱۹). برنامه های حمایت روانی و اجتماعی زیادی برای والدین و مراقبان کودکان با اختلال اتیسم تدوین و بکار گرفته شده و یکی از برنامه های مداخله ای و درمانی، برنامه درمانی پذیرش و تعهد است که اثربخشی

کاربست این برنامه در بسیاری از مطالعات از جمله، واررن و همکاران (۲۰۱۷) و کاترین زاگرمین و همکاران (۲۰۱۵)، تایید شده است. پژوهش حاضر با درک مشکلات روانشناختی والدین بویژه مادران کودکان با اختلال اتیسم با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم بود که همه فرضیه‌های این تحقیق در سطح  $p < 0.001$  معنی‌دار شدند به این معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود استرس، اضطراب و افسردگی مادران دارای کودکان با اختلال اتیسم موثر بود که در ادامه به توضیح و تبیین هر یک از یافته‌های مرتبط با ابعاد روان‌شناختی مطالعه شده پرداخته می‌شود. یافته نخست؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی مادران مبتلا به اتیسم موثر است که با ۹۹ درصد اطمینان معلوم شده که موثر است نتایج این تحقیق با پژوهش حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۹۲) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی بیماران دیابتی، و نیز رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۲) با تحقیقی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی همسو است. همچنین نتایج این پژوهش با تحقیق ایزدی، نشاط دوست، عسگری، و عابد (۱۳۹۳) مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وسواس، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی همسو است. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش ویت برد<sup>۱</sup>، کریترز<sup>۲</sup> و اوکونور<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) مبتنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی همسو و هماهنگ بود. در تبیین نتایج این پژوهش می‌تواند بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی رفتاری شناختی است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش مداخله‌ای منعطف روانشناختی است منظور از انعطاف پذیری روان‌شناختی افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد

---

۱ . Whitebird

۲ . Kreitzer

۳ . O'Connor

ارتباط با تجربه شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، بخواهند به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزش های انتخاب شده شان باشد. در این روش درمان، تمرینهای تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحثهای مفصل پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزشها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی می شود (هیزا<sup>۱</sup>، استرو سال<sup>۲</sup>، ویلسون<sup>۳</sup>، بیست<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). در این روش درمانی، بر تمایل افراد به تجربه های درونی تاکید می شود به این دلیل که به آنها کمک شود تا افکار آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ دادن به آن، به آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، پردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. این رویکرد همان طوری که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معناداری در افسردگی این افراد شد. در واقع فرآیند های مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد آموزش داد، چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها پردازند. در این روش درمان سعی شد به شرکت کننده های آموزش داده شود که احساساتشان را بپذیرند، تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه در درمان پذیرش و تعهد تلاش میشود تا به افراد آموزش داده شود که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند که آنها را

- 
- ۱ . Hayes
  - ۲ . Strosahl
  - ۳ . wilson
  - ۴ . Bissett



متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند (هیز، لوما<sup>۱</sup>، بوند<sup>۲</sup>، ماسودا<sup>۳</sup> و لیلیس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

بعد دوم مطالعه روانشناختی این تحقیق عبارت بود از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب مادران مبتلا به اتیسم موثر است. همانطوری که در جدول چهارم گزارش شد این روش درمانی به کاهش اضطراب حاصل از داشتن فرزند با اختلال اتیسم کمک می‌کند و نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق ایزدی و همکاران (۱۳۹۳) در مورد تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش اضطراب و با نتایج تحقیق رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، و ایفرت<sup>۵</sup> و هیفتر<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد، در این روش درمانی به افراد آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زا، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در مورد فرزند ناتوان خود دارند و همچنین با ایجاد اهداف مثبت‌تر و تعهد به آنها با اضطراب مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و موثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و شرایط فرزند ناتوان و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزشها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدف اجتماعی‌تر را می‌توان جزء عوامل اصلی موثر در این روش درمانی دانست. در واقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به آزمودنی‌ها آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسیخته شود، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نماید، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد،

۱. Luoma
۲. Bond
۳. Masuda
۴. Lillis
۵. Eifert
۶. Heffner

ارزش هایش را تصریح کند و به آنها بپردازد. هیز و همکاران (۲۰۰۶)، نیز معتقدند که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آنکه بر کاهش و حذف عوامل آسیب زا تمرکز نماید به شرکت کنندگان آزمایش کمک می کند تا هیجانها و شناخت های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است رها سازند و به آنها اجازه می دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اساسا فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روان شناختی و تعهد با افزایش فعالیت های معنا بخش انعطاف پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان شناختی تاکید می کند. ثانیاً هدف روش های درمانی افزایش تفکر واقع نگر، موثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این روشهای درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روانشناختی و افزایش آگاهی از آنها به خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش گرفتن روشی بی کشمکش و غیرارزیابانه استوار است. از این رو درمان پذیرش و تعهد رویکرد مناسبی برای کاهش اضطراب در مادران دارای فرزند اتیسم می باشد (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۲). و در نهایت بعد روان شناختی سوم به این شکل بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس مادران مبتلا به اتیسم موثر است و نتایج حاصل همین را نشان داد و این نتیجه با نتایج تحقیق مک کارکین<sup>۱</sup>، وولز<sup>۲</sup>، ایلستون<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، وولز و مک کارکین (۲۰۱۱) همسو بود. در تبیین چگونگی تاثیر شیوه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر علائم روان شناختی و استرس در مادران دارای فرزند اتیسم می توان گفت که ممکن است علت این تاثیر، تغییر در نگرش مراجعان در جلسه نخست نسبت به ایجاد افکار غیر منطقی، سیکل منفی و معیوب افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز استقبال مادران از این نگرش جدید بوده است. با توجه به

---

۱. McCracken

۲. Vowles

۳. Eccleston

یافته‌های پژوهش، چون متغیر، "پذیرش"، پیش از کاهش معنی‌دار نشانگان اختلالات روان‌شناختی افزایش یافت، بنظر می‌رسد که، تغییر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها در درمان استرس به روش درمانی پذیرش و تعهد، به عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه "پذیرش" و "افزایش عمل به ارزش‌ها" در شرکت‌کنندگان، تغییرات درمانی ایجاد می‌کند. همچنین افراد دارای فرزند ناتوان به دلیل ذهن آگاهی پایینی که دارند قادر به درک وضعیت موجود نیستند و به دلیل این که به همه آنچه که در درون خود و محیط اطراف می‌گذرد هو شیار و آگاه نیستند و به یک جنبه تجربی شخصی و محیطی توجه می‌کنند، سایر جنبه‌ها برایشان احساس خطر به وجود می‌آورد و بنابراین دچار استرس می‌شوند. همچنین به سبب احساس فوریت زمانی که نسبت به شرایط فرزند ناتوان خود دارند دچار واکنش اضطراری مداوم می‌شوند که استرس بالایی را برای آنها به همراه دارد. به طور کلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف تاکید بر تجربه، تجربه‌های درونی، کمک به افراد دارای فرزند معلول در راستای تجربه کردن افکار آزار دهنده شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی شان در راستای ارزش‌هایشان است. پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت از جمله، محدودیت در اجرا و هماهنگی بین شرکت‌کنندگان جهت حضور مستمر در دوره درمان، داشتن مشکلات دیگر متاثر از داشتن فرزند اتیستیک (همراه آوردن فرزند اتیستیک خود، همزمانی برخی روزهای آموزشی با ساعات توانبخشی کودک اتیستیک در مراکز دیگر)، ناهماهنگی بین اظهار نظر شرکت‌کنندگان در تعیین روز، ساعات و نحوه اجرای برنامه و عدم اجرای تکالیف ارائه شده در منزل و.. بودند. با توجه به محتوای غنی و نیز فرایند اجرای منظم و گام به گام برنامه اکت و نیز نتایج مثبتی که تحقیق حاضر داشته پیشنهاد می‌شود در مراکز آموزشی و توانبخشی، بیشتر مورد توجه قرار گیرد و در کنار ارائه برنامه‌های مداخله‌ای و توانبخشی برای فرزندان اتیستیک، در کنار آن برنامه‌ای با محتوای تعهد و پذیرش نیز به خانواده‌ها ارائه شود. در مجموع با توجه به یافته

های به دست آمده از پژوهش حاضر رویکرد پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و استرس و افسردگی تاثیر گذار بوده، پیشنهاد می شود به عنوان یک روش درمانی همراه با دیگر برنامه های مرتبط با بهداشت روانی خانواده های دارای کودک اتیستیک بکار برده شود.

### منابع

- ایزدی، راضیه؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عسگری، کریم؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳) مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، مجله علوم تحقیقات رفتاری، دوره ۱، شماره ۱۲، ص ۳۳-۱۹.
- ایزدی، راضیه؛ عسگری، کریم؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال وسواس فکری و عملی، دو ماهنامه فیض، ۱۷(۳) (پیاپی ۷۰)، ص، ۲۷۵-۲۸۶.
- حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد؛ عطاری، عباس. (۱۳۹۲) تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۲، شماره ۱۱، ص، ۱۲۸-۱۲۱.
- رجبی، ساجده؛ یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روانشناسی بالینی. شماره ۶(پیاپی ۲۱)، ص؛ ۳۹-۲۸.
- کرمی، ابوالفضل. عمرانی، رقیه. دانایی، نوید (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس. مجله مطالعات بالینی دانشگاه علامه طباطبائی. سال هشتم، شماره سی و یکم، تابستان، ص ۷۹ تا ۳۱۷.
- رضایی، سعید (۱۳۹۶). اختلال اتیسم. از تشخیص تا درمان. چاپ سوم. تهران: انتشارات آوای نور

هریس، راس (۲۰۱۱). سیلی واقعیت، چگونه می‌توان هنگام مواجهه با سختی‌های زندگی رضایتمند بود. ترجمه علی صاحبی و مهدی اسکندری (۱۳۹۵). تهران: انتشارات سایه سخن.

- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (۲۰۰۶). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, ۲۸(۱), ۱-۱۸.
- cheraghi, Hadith; Heidari; Nasser; Amirghdami; Seyyed Amir; Zarei; Bennet Alhadi (۲۰۱۴). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Women's Pregnancy Depression. *J Society Health*, ۹ (۲), ۶۴-۵۴.
- Dawson, G., Egger, H., Baranek, G., & Carpenter, K. (۲۰۱۵). Precursors to the Development of Anxiety Disorders in Young Children with Autism Spectrum Disorder. Duke University Durham United States. *Nursing and Midwifery Faculty*; ۱(۱):۳۶-۴۶.
- Hallett, V., Lecavalier, L., Sukhodolsky, D. G., Cipriano, N., Aman, M. G., McCracken, J. T., & Sikich, L. (۲۰۱۳). Exploring the manifestations of anxiety in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, ۴۳(۱۰), ۲۳۴۱-۲۳۵۲.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., & Bissett, R. T. (۲۰۰۴). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, ۵۴(۴), ۵۵۳.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (۲۰۰۶) Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Journal of Behavior Therapy*, ۴۴(۱):۱-۲۵.
- Khorrani, Yahya (۲۰۱۱). *Impact of self-management program on depression, anxiety and stress in myocardial infarction*, Master's thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.
- Kousha M, Attar HA, Shoar Z. (۲۰۱۶). Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *J Child Health Care*; ۲۰:۴۰۵-۱۴.
- Hor, Maryam; Aghaei, Asghar; Abedi; Ahmad; Attari; Abbas. (۲۰۱۳). The Effect of Accepted Treatment Therapy and Therapeutic Commitment on Depression in Patients with Type ۲ Diabetes. *Behavioral Sciences Research*, ۱۱ (۲): ۱۲۸-۱۱۱.

- Eifert, G.H., Heffner, M. (۲۰۰۳). The effect of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, ۳۴: ۳۳۳-۲۲۲.
- Eifert G. & Forsyth J. (۲۰۰۶). Acceptance & commitment therapy for anxiety disorder: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. *Journal of Contempt Psychotherapy*, ۳۶: ۱۹۱-۱۹۲.
- Ezadi, Raziéh; Neshat Doost, Hamid Taher, Asgari, Karim; Abedi, Mohammad Reza (۲۰۱۳). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on the Symptoms of Patients with Obsessive Compulsive Disorder, *Journal of Behavioral Sciences*, ۱۲ (۱): ۳۳-۱۹.
- Katharine E. Zuckerman, Brianna Sinche, Martiza Cobian, Marlene Cervantes, Angie Mejia, Thomas Becker, and Christina Nicolaidis. (۲۰۱۵). Conceptualization of Autism in the Latino Community and its Relationship with Early Diagnosis *J Dev Behav Pediatr*. ۳۵(۸): ۵۲۲-۵۳۲.
- Keehn, R. H. M., Lincoln, A. J., Brown, M. Z., & Chavira, D. A. (۲۰۱۳). The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders*, ۴۳(۱), ۵۷-۶۷.
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (۲۰۱۱). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, ۴۹(۴), ۲۶۷-۲۷۴.
- Rodgers, J., Glod, M., Connolly, B., & McConachie, H. (۲۰۱۲). The relationship between anxiety and repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, ۴۲(۱), ۲۴۰-۲۴۰۹.
- Pahnke, J., Lundgren, T., Hursti, T., & Hirvikoski, T. (۲۰۱۴). Outcomes of an acceptance and commitment therapy-based skills training group for students with high-functioning autism spectrum disorder: A quasi-experimental pilot study. *Autism*, ۱۸(۸), ۹۵۳-۹۶۴.
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., Wills, M. C., Martin, A., & Wallace, G. L. (۲۰۱۲). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, ۶(۱), ۴۰۶-۴۱۲.
- Tugade, M. M., Frederickson, B. L. (۲۰۰۲). *positive emotions and emotional intelligence*. In: L. Feldman - Barrett & P. Salovey (eds). *The wisdom in feeling*. New York: The Guilford Press: Pp ۳۱۹-۳۴۰.

- Vowles KE, McCracken LM. (۲۰۰۸) Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *J Consul Cline Psychol*, ۷۶ (۳): ۳۹۷-۴۰۷.
- Warren Steven F., Nancy Brady, Kandace K. Fleming, and Laura J. Hahn (۲۰۱۷). The Longitudinal Effects of Parenting on Adaptive Behavior in Children with Fragile X Syndrome. *J Autism Dev Disord*; ۴۷(۳): ۷۶۸-۷۸۴.
- Whitebird, R. R., Kreitzer, M. J., & O'Connor, P. J. (۲۰۰۹). Mindfulness-based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectrum*, ۲۲(۴), ۲۲۶-۲۳۰.
- Wensu Zhou, Dan Liu, b Xiyue Xiong and Huilan Xu (۲۰۱۹). Emotional problems in mothers of autistic children and their correlation with socioeconomic status and the children's core symptoms. *Medicine (Baltimore)*. ۹۸(۳۲): e۱۶۷۹۴. Published online ۲۰۱۹ Aug ۹. doi: ۱۰.۱۰۹۷/MD.۰۰۰۰۰۰۰۰۰۱۶۷۹۴.

