

اثربخشی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مادران کودکان اوتیسم

The Combined Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Adherence to Treatment and Parental Stress in Mothers of Autistic Children

Ali Rezaie, MSc

Fatemeh Izadi, PhD[✉]

علی رضائی^۱

فاطمه ایزدی^۲

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of combined compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on Adherence to treatment and Parenting Stress in mothers of autistic children in Khomeinishahr city in 2023. The research was semi-experimental in the form of pre-test-post-test with a control group. In this research, the purposeful sampling method was used, and from the statistical population, which consisted of all mothers with autistic children in Khomeinishahr, whose children were being educated at the Sarai Pakan center, 30 people were selected based on the inclusion criteria and randomly replaced in two experimental and control groups. The tools were Parental Stress Questionnaire (PSI) (Abidin, 2018) and Adherence to treatment Questionnaire (Madanlu, 2012). After the pre-test, the experimental group was trained in 10 sessions of 90 minutes. Then, both groups were re-evaluated; The results were analyzed with SPSS software and covariance method. The results showed that the implemented treatment had an effect on the Adherence to treatment and parental tension in the post-test stage and the changes in the experimental group were statistically significant compared to the control group. ($P < 0.05$) Also, the treatment was effective on the components of adherence to the treatment, integration with life, commitment to treatment and resourcefulness in the implementation of the treatment, and also on the components of parental stress, except relations with spouse, competence, depression, social isolation and reinforcement have been significant.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-focused Therapy, Parenting Stress, Adherence to Treatment, Autism

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی تلفیقی درمان متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مادران کودکان اوتیسم شهرستان خمینی شهر در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدف‌مند استفاده شد و از بین جامعه آماری که کلیه مادران دارای فرزند اوتیسم شهرستان خمینی شهر که فرزندشان در مرکز سرای پاکان تحت آموزش قرار داشتند بود، بر اساس معیارهای ورود، ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارها عبارت بودند از پرسشنامه‌های تنیدگی والدینی (آبیدین، ۱۳۸۸) و تبعیت از درمان (مدانلو، ۱۳۹۲). پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی آموزش دیدند. سپس، هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند؛ نتایج با نرم افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان اجرا شده بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مرحله پس‌آزمون تأثیرگذار بوده و تغییرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از نظر آماری معنادار هستند ($P < 0.05$). همچنین درمان بر مؤلفه‌های تبعیت از درمان غیر از تلفیق با زندگی، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان مؤثر بوده است. همچنین بر مؤلفه‌های تنیدگی والدینی غیر از روابط با همسر، صلاحیت، افسردگی، انزوای اجتماعی و تقویت‌گری معنادار بوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، تنیدگی والدینی، تبعیت درمانی، اوتیسم

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۹/۸ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

● مقدمه

در اغلب خانواده‌ها به دنیا آمدن یک کودک باعث احساس شادکامی در خانواده می‌شود اما به دنیا آمدن یک کودک دارای معلولیت احساس دوگانه شادی و غم را به همراه دارد و عملکرد خانواده را به چالش می‌کشد (پلنت و ساندوز، ۲۰۰۷).

اختلال‌های طیف اوتیسم (ASD) گروهی از اختلال‌ها هستند که ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، آن را در طبقه عصبی رشدی آورده است. این اختلال در دوران رشد و قبل از سه سالگی شروع می‌شود و عوامل مختلف ژنتیکی و محیطی در بروز این اختلال دخیل هستند. دو ملاک تشخیصی کلی برای این اختلال مطرح شده است: وجود نقایص مداوم ارتباط و تعاملات اجتماعی در موقعیت‌های گوناگون و الگوهای علائقی، رفتار و فعالیت‌های تکراری و محدود (نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۱۴۰۱)

شواهد نشان می‌دهد که مادران دارای فرزند با اختلال طیف اوتیسم به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی، هیجانی و روان‌شناختی که به‌طور عمده ماهیت تخریب‌کننده دارند، مواجه می‌شوند (مک کانی و دی گل، ۲۰۰۸). وجود چنین فرزندان باعث ایجاد افسردگی، اضطراب، ترس، پرخاشگری، خجالت، انکار و احساس گناه در کل خانواده می‌شود (هور، اوتن، ریس و آنجل، ۲۰۱۰). این مشکلات در خانواده بیشتر از همه مادر را آسیب‌پذیر می‌کند (مک کونسکی، چینچ، ۲۰۰۸). همچنین مادران دارای کودکان با اختلال عصبی رشدی به میزان بیشتری با مشکلات روانی و اجتماعی درگیر می‌شوند (آریاپوران و همکاران، ۱۴۰۲).

یکی از متغیرهای قابل بررسی در این مادران تنیدگی والدینی است. تنیدگی والدینی فرآیندهایی است که به‌خاطر تلاش برای سازگاری با الزامات نقش والدینی به یک سری واکنش‌های روانی و فیزیکی ناخوشایند منتهی می‌شود. این فرآیند اغلب به‌صورت احساس‌ها و تجارب منفی در مورد خود فرد و کودک تجربه می‌شود. این احساسات منفی به‌طور مستقیم از نقش والدگری ناشی می‌شود (آبیدین، ۱۹۹۰، ص ۲۱).

استرس در کودکان می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد اما یکی از مهمترین عوامل آن، تنیدگی در والدین است که بر کودکان اثر می‌گذارد. در واقع کودکان به شدت تحت تأثیر استرس و فضای روانی-هیجانی والدین خود قرار می‌گیرند. به‌صورتی که تنیدگی والدین در بروز، تداوم و مزمن شدن استرس در کودک نقش مؤثری دارد و می‌توان گفت استرس بین والد و کودک به‌صورت چرخه‌ای هم‌افزا عمل می‌کند (میراندا و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از متغیرهای قابل بررسی در این مادران، تبعیت درمانی است، بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، تبعیت را می‌توان میزان انجام رفتار فرد شامل مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی مطابق با توصیه‌های ارائه شده توسط کارکنان مراقبت از سلامت بیان کرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳). بحث تبعیت درمانی و همکاری والدین در اجرای درمان‌های مربوط به فرزندان با نیازهای خاص از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مادران گاهی به دلیل خستگی مزمن از مشکل فرزندشان رغبت چندانی برای اجرا و همکاری در درمان مربوط به فرزند نشان نمی‌دهند (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱).

با توجه به اینکه درمان در اختلال طیف اوتیسم درمانی التقاطی و چندوجهی از رفتار درمانی، درمان دارویی، درمان‌های بازی‌محور و تعاملی، رعایت رژیم غذایی و ... است و با توجه به عدم توانایی برقراری ارتباط مؤثر توسط کودک، نقش خانواده به‌ویژه مادر در این درمان بسیار حائز اهمیت است (بذر افشان و همکاران، ۱۳۹۷)؛ که پایین بودن تبعیت از درمان در این مادران مانع از انجام درمانی مؤثر می‌شود.

یکی از درمان‌های کاربردی و مورد نیاز برای این طیف از مادران، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) است. تلفیق درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت که از رویکردهای انسان‌گرا با تکیه بر علوم رفتاری-بافتاری و در بستر مستحکم تجربه‌گرایی به ترمیم روابط افراد با یکدیگر و همچنین نحوه پاسخ‌گویی به ذهن انسانی می‌پردازد و با تکیه بر مفاهیم شش ضلعی انعطاف‌پذیری ACT که دربرگیرنده پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، اقدام متعهدانه، تصریح ارزش‌ها و بودن در زمان حال است، در بستر شفقت و گشودگی و به دور از سرزنش و خود انتقادی‌های بی‌اساس نسبت به برطرف کردن موانع و مشکلات بیرونی (زارع و همکاران، ۱۴۰۲) و پذیرش ناملایمتی‌های درونی، سعی در افزایش انعطاف‌پذیری و مواجهه این مادران با واقعیت فرزند

خود و شناخت ابعاد و مشکلات این موضوع دارد و به حرکتی مؤثر در راستای زندگی غنی و ارزشمند در ایشان می‌پردازد (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به ضرورت امر و در جهت کاهش مشکلاتی که مادران دارای کودکان اوتیسم با آن دست و پنجه نرم می‌کنند و با در نظر گرفتن این واقعیت که هرچه ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری افزایش پیدا کند به موازات آن، آرامش فرد، عملکردهای انطباقی مانند حل مسئله، توانایی‌های عاطفی، مهارت‌هایی مثل درک و فهم، مدیریت و مهار احساسات خود و دیگران افزایش می‌یابد (مورگان و همکاران، ۲۰۱۳)؛ به طبع آن موجب کاهش استرس و اضطراب و همچنین افزایش تبعیت درمانی و همکاری در اجرای پروتکل‌های درمانی در این والدین می‌شود و تأثیر مثبتی در جهت کاهش همه مشکلات آنها خواهد داشت، این نوع مداخله قابل پیگیری است (کوثری و همکاران، ۱۴۰۲). با عنایت به این مقدمات و مفروضات در این پژوهش در جهت کاهش مشکلات مادران دارای کودکان اتیستیک ۳ تا ۱۲ ساله خمینی‌شهر از درمان التقاطی پذیرش و تعهد و شفقت درمانی استفاده شده است. از آنجایی که تاکنون پژوهشی در این زمینه بر این جامعه آماری در ایران صورت نگرفته است. این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان التقاطی پذیرش و تعهد و شفقت بر تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در مادران کودکان اوتیسم شهرستان خمینی شهر پرداخته است.

• روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و کاربردی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک اوتیسم ۳ تا ۱۲ سال که فرزند آنها در مرکز اوتیسم سرای پاکان خمینی‌شهر بوده و بر اساس ملاک‌های DSM5، تشخیص اوتیسم گرفته‌اند، بود. نمونه‌گیری هدفمند و ملاک‌های ورود شامل داشتن فرزند مبتلا به اوتیسم بین ۳ تا ۱۲ سال، کسب نمره لازم در پرسشنامه‌ها و تمایل به همکاری در پژوهش بود. پرسشنامه‌های تنیدگی والدینی و پرسشنامه تبعیت از درمان توزیع شد و از بین ۵۰ مادری که به پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند؛ تعداد ۳۰ نفر که نمرات لازم را در متغیرها را دریافت کردند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه که شامل ۱۵ نفر درگروه آزمایش و ۱۵ نفر درگروه کنترل بودند، جایگزین شدند.

• ابزارها

الف) پرسشنامه تبعیت از درمان (Adherence to treatment questionnaire- ATQ): پرسشنامه تبعیت از درمان، در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو در زمینه نگهداری بیماران مزمن و همکاری در درمان فرد بیمار طراحی شد و شامل ۴۰ ماده در حیطه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان است. این پرسشنامه برای مادران دارای فرزند با دردهای مزمن که نیاز به مراقبت و پیگیری درمان دارند، استفاده می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰۰-۴۰ قرار دارد. بر این اساس نمره بالاتر به معنای همکاری و تبعیت از درمان بهتر است. در تحقیق مدانلو روایی صوری و محتوایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته و اعتبار ابزار تبعیت از درمان با استفاده از روش آزمون مجدد سنجید که در مطالعه ایشان ضریب همبستگی $r=0/875$ بود (سید فاطمی و همکاران، ۱۳۹۷).

ب) پرسشنامه تنیدگی والدینی (parental stress questionnaire- PSI): پرسشنامه خودگزارش‌دهی (آبیدین، ۱۳۸۸)، که بر اساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین- کودک را ارزشیابی کرد. زیرمقیاس‌ها عبارتند از حوزه کودک، سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، بی‌توجهی / فزون‌کنشی، تقویت‌گری، حوزه والدین، افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر، سلامت والد و تنیدگی زندگی است. نمره کلی ۲۶۰ و بیشتر نشان‌دهنده استرس والدگری بالایی است (استورا، ۱۳۷۷). آلفای کرونباخ در تحقیق خرم‌آبادی و همکاران (۱۳۸۸) برای نمره کلی در حوزه والدینی به ترتیب از ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ و برای نمره کلی در حوزه کودکی از ۰/۸ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. مقیاس مذکور در پژوهشی روی ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها به‌طور مقدماتی اجرا شده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمده است (آبیدین، ۱۹۹۰)؛ به نقل از فرزاد و همکاران، (۱۳۸۸).

• پروتکل درمان

دستورالعمل جلسه‌ها بر اساس جلسات درمانی بر اساس مفاهیم هیز (۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۰۹ و ۲۰۱۴) تنظیم شده است (تبریزی و همکاران، ۱۳۹۸). جلسات در ۱۰ جلسه آموزش گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شده است.

جدول ۱. جلسات درمانی بر اساس مفاهیم هیز (۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۰۹ و ۲۰۱۴)

جلسات	هدف	محتوا
اول	معرفی، تعهدات درمانی، رابطه درمانی	آشنایی اعضا، شرح قوانین، آشنایی با چرخه هیجان
دوم	شناخت سه نظام تنظیم هیجان، آموزش توجه مشفقانه	تمرین ذهن‌آگاهی مشفقانه و مشاهده افکار بدون قضاوت، توضیح ویژگی‌های سه نظام هیجانی
سوم	آشنایی با مفاهیم درمانی شناخت سه مغز	ذهن‌آگاهی، توصیف رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با نظام هیجانی، معرفی سه مغز
چهارم	معرفی استدلال فنون مشفقانه	استدلال مشفقانه، حساس بودن به رنج خود، خود مشاهده‌گر و توجه مشفقانه
پنجم	آموزش رفتارهای مشفقانه	ذهن‌آگاهی، رفتار مشفقانه، مهربانی با خود و دیگران، همدردی و همدلی
ششم	آموزش فنون درمانی گسلش، تغییر کلامی و افزایش اشتیاق	ذهن‌آگاهی، آموزش گسلش شناختی
هفتم	معرفی پذیرش و تحمل پریشانی	ذهن‌آگاهی مشفقانه، عدم کنترل وقایع منفی، آموزش پذیرش و تحمل پریشانی، تمرین رنگ، صدا، تصویر شفقت، شناسایی ارزش‌ها
هشتم	آموزش ارزش‌ها و ارتباط ارزش و پذیرش	تمرین رنگ، صدا، تصویر شفقت، شناسایی ارزش‌ها
نهم	ادامه تصریح ارزش‌ها، عمل متعهدانه، افزایش کارآمدی بین فردی	ذهن‌آگاهی، الگوی عمل و برنامه‌ریزی
دهم	ارزیابی ارزش‌ها و ایجاد تعهد در راستای ارزش‌ها	ذهن‌آگاهی، پیگیری ارزش‌ها، بحث درباره فنون آموزش دیده در زندگی واقعی

• یافته‌ها

طبق اطلاعات جمعیت‌شناختی میانگین سنی در آزمودنی‌های گروه آزمایش $34/9 \pm 3/7$ و در گروه کنترل $39/9 \pm 6/4$ است. علاوه بر این، حداقل و حداکثر سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش به ترتیب ۳۰ و ۶۱ و در گروه کنترل ۲۲ و ۵۴ است. در گروه کنترل، یک نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم، ۴ نفر کارشناسی و ۱ نفر دکتری بودند. در گروه آزمایش، ۶ نفر زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم و ۳ نفر دارای تحصیلات در سطح کارشناسی بودند. نتایج توصیفی مربوط به تبعیت درمانی در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

زمان اندازه‌گیری	متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل
پیش‌آزمون	تبعیت درمان (کل)	۱۴۷/۴۰	۱۵۵/۴۰
	اهتمام در درمان	۳۴/۶۶	۳۶/۸۰
	تمایل به مشارکت در درمان	۲۸/۲۶	۲۸/۸۶
	توانایی تطابق	۲۶/۰۶	۲۸/۰۶
	تلفیق درمان با زندگی	۱۹/۴۰	۲۱/۱۳
	چسبیدن به درمان	۱۴/۹۳	۱۵/۶۶
	تعهد به درمان	۱۴/۳۳	۱۶/۳۳
	تدبیر در اجرای درمان	۶/۲۶	۸/۵۳
پس‌آزمون	تبعیت درمان (کل)	۱۵۹/۸۰	۱۵۱/۵۳
	اهتمام در درمان	۳۹/۴۶	۳۴/۲۶
	تمایل به مشارکت در درمان	۳۰/۹۳	۲۷/۳۳
	توانایی تطابق	۲۹/۳۳	۲۶/۶۶
	تلفیق درمان با زندگی	۲۱/۸۶	۲۰/۴۶
	چسبیدن به درمان	۱۷/۱۳	۱۵/۱۳
	تعهد به درمان	۱۶/۱۳	۱۵/۸۶
	تدبیر در اجرای درمان	۹/۸۰	۸/۲۶

طبق نتایج یافته‌ها میانگین نمرات تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات در گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است. نتایج توصیفی مربوط مؤلفه تنیدگی والدینی در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات تنیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

زمان اندازه‌گیری	متغیر	گروه کنترل میانگین	گروه آزمایش میانگین
پیش‌آزمون	تنیدگی والدینی (کل)	۲۵۹/۵۳	۲۵۸/۳۳
	کاهش روابط با همسر	۳۸/۹۳	۳۶/۴۶
	فزون طلبی	۳۶/۷۳	۳۴/۲۰
	خلق کودک	۲۱/۸۰	۲۱/۶۶
	محدودیت نقش	۲۸/۶۰	۲۷/۲۰
	صلاحیت	۳۰/۶۶	۲۹/۸۰
	بی توجهی/فزون کنشی	۲۸/۶۶	۲۶/۰۰
	افسردگی	۱۹/۴۶	۲۰/۲۰
	انزوای اجتماعی	۲۰/۰۰	۱۹/۲۶
	تقویت‌گری	۷/۹۳	۸/۶۰
پس‌آزمون	تنیدگی والدینی (کل)	۲۵۸/۶۰	۲۲۰/۶۰
	کاهش روابط با همسر	۳۵/۰۰	۳۰/۴۰
	فزون طلبی	۳۵/۴۰	۲۷/۴۰
	خلق کودک	۲۱/۶۰	۱۷/۸۶
	محدودیت نقش	۲۸/۱۳	۲۲/۴۶
	صلاحیت	۳۰/۵۳	۲۷/۲۰
	بی توجهی/فزون کنشی	۲۷/۱۸	۲۲/۷۳
	افسردگی	۱۹/۲۶	۱۶/۸۶
	انزوای اجتماعی	۱۹/۴۶	۱۶/۶۶
	تقویت‌گری	۷/۴۰	۷/۲۰
عدم سازش‌پذیری	۲۷/۳۳	۲۵/۱۳	

طبق نتایج جدول ۳ میانگین نمرات تنیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش کاهش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی نداشته است. در ادامه جهت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش باقی است، یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است. همینطور از آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس برای تک تک متغیرها استفاده شد. نتایج نشان داد بین واریانس گروه‌ها در هر کدام از متغیرهای تبعیت درمانی و تنیدگی والدینی در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر است. لذا پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است.

جهت بررسی اثربخشی درمان، از آزمون (ANCOVA) استفاده شد.

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۴، بین دو گروه در نمرات تبعیت درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). میزان این تأثیر گروهی ۰/۲۰ بوده است.

با توجه به جدول ۴ مشاهده می‌شود اثربخشی درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق و چسبیدن به درمان در والدین کودکان اوتیسم معنادار بوده است ($P < 0/05$). مقدار این اندازه اثر در اهتمام در درمان ۳۲ درصد، تمایل به مشارکت در درمان ۲۳ درصد، توانایی تطابق ۱۴ درصد و چسبیدن به درمان ۱۳ درصد بوده است. سایر نتایج نشان می‌دهد درمان تلفیقی بر تلفیق درمان با زندگی، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان معنادار نبوده است ($P < 0/05$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۶۹۴/۷۳	۱	۶۹۴/۷۳	۵/۵۶	۰/۰۲۶	۰/۱۷	۰/۶۲
گروه	۸۸۵/۳۸	۱	۸۸۵/۳۸	۷/۰۹	۰/۰۱۳	۰/۲۰۸	۰/۷۲
خطا	۳۳۷۱/۳۹	۲۷	۱۲۴/۸۶				
کل	۷۳۱۵۴۲	۳۰					
اهتمام در درمان	۲۰۲/۸۰	۱	۲۰۲/۸۰	۱۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴
تمایل به مشارکت در درمان	۹۷/۲۰	۱	۹۷/۲۰	۸/۴۴	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۸۰
توانایی تطابق	۵۳/۳۳	۱	۵۳/۳۳	۴/۹۰	۰/۰۳۵	۰/۱۴	۰/۵۷
تلفیق درمان با زندگی	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	۲/۴۲	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۳۲
چسبیدن به درمان	۳۰/۰۰	۱	۳۰/۰۰	۴/۵۲	۰/۰۴۲	۰/۱۳	۰/۵۳
تعهد به درمان	۰/۵۳۳	۱	۰/۵۳۳	۰/۰۶	۰/۸۱۴	۰/۰۰۲	۰/۰۵
تدبیر در اجرای درمان	۱۷/۶۳	۱	۱۷/۶۳	۳/۵۹	۰/۰۶۸	۰/۱۱	۰/۴۴

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۵، بین دو گروه در نمرات تنیدگی والدینی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). میزان این تأثیر گروهی ۰/۴۲ بوده است. همین‌طور اثربخشی درمان تلفیقی بر فزون‌طلبی، خلق کودک، محدودیت نقش، بی‌توجهی و سازش‌پذیری در والدین کودکان اوتیسم معنادار بوده است. مقدار این اندازه اثر در اهتمام در فزون‌طلبی ۲۹ درصد، خلق کودک ۲۲ درصد، محدودیت نقش ۱۶ درصد، بی‌توجهی ۴۴ درصد و سازش‌پذیری ۱۳ درصد بوده است. سایر نتایج نشان می‌دهد درمان تلفیقی بر روابط با همسر، صلاحیت، افسردگی، انزوای اجتماعی و تقویت‌گری معنادار نبوده است ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تنیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۹۹۷/۰۶	۱	۲۹۹۷/۰۶	۵/۷۳	۰/۰۲۴	۰/۱۷۵	۰/۶۳
گروه	۱۰۵۸۷/۶۲	۱	۱۰۵۸۷/۶۲	۲۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
خطا	۱۴۱۱۰/۱۳	۲۷	۵۲۲/۵۹				
کل	۱۷۵۰۱۸۲/۰	۳۰					
کاهش روابط با همسر	۱۵۸/۷۰	۱	۱۵۸/۷۰	۳/۲۴	۰/۰۸۲	۰/۱۰۴	۰/۴۱
فزون‌طلبی	۴۸۰/۰	۱	۴۸۰/۰	۱۱/۵۳	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۰
خلق کودک	۱۰۴/۵۳	۱	۱۰۴/۵۳	۷/۸۸	۰/۰۰۹	۰/۲۲	۰/۷۷
محدودیت نقش	۲۴۰/۸۳	۱	۲۴۰/۸۳	۵/۵۰	۰/۰۲۶	۰/۱۶	۰/۶۲
صلاحیت	۸۳/۳۳	۱	۸۳/۳۳	۳/۳۷	۰/۰۷۷	۰/۱۰۷	۰/۴۲
بی‌توجهی/فزون‌کنشی	۱۹۲/۵۳	۱	۱۹۲/۵۳	۲۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
افسردگی	۴۳/۲۰	۱	۴۳/۲۰	۲/۱۲	۰/۱۵۷	۰/۰۷	۰/۲۹
انزوای اجتماعی	۵۸/۸۰	۱	۵۸/۸۰	۳/۲۲	۰/۰۸۳	۰/۱۰۶	۰/۴۱
تقویت‌گری	۰/۳۰	۱	۰/۳۰	۰/۱۵۶	۰/۶۹۴	۰/۰۰۶	۰/۰۶
عدم سازش‌پذیری	۳۶/۳۰	۱	۳۶/۳۰	۴/۳۶	۰/۰۴۶	۰/۱۳۵	۰/۵۲

• بحث

بر اساس نتایج درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان اوتیسم تأثیر معناداری دارد. نتایج به‌دست آمده با نتایج محمدی و همکاران (۱۴۰۱)، حسین نژاد و همکاران (۱۴۰۱)، جوانشیر و همکاران (۱۴۰۱)، موسوی و همکاران (۱۴۰۱)، رضایی و همکاران (۱۴۰۲)، لوباتو و همکاران (۲۰۲۳)، کاروالیو و همکاران (۲۰۲۲)، لینده و همکاران (۲۰۲۳)، همسو بوده است.

یکی از مهمترین موانع در مسیر داشتن تبعیت از درمان، نداشتن نگرش مسئولانه به فرد بیمار است که همراه با احساس گناه،

سرزنشگری، افسردگی، درماندگی، تنیدگی بیش از حد است. عواملی چون درک پایین از توصیه‌های درمانی، باورهای غلط، به کار بردن روش‌های نامناسب و عدم توانایی در ادامه دادن به درمان توصیه شده به‌طور مستقیم روند درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳).

حال آنکه درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با کار کردن و تمرکز روی ۶ فرایند مهم و اساسی در درمان و آموزش‌های خود، همواره مراجعین را به سمت رهایی از آمیختگی شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای هدایت می‌کند. افراد پس از فاصله گرفتن از قضاوت‌های ذهنی خود و ایجاد انبساط روان‌شناختی می‌توانند به‌صورت مشفقانه احساسات و عواطف دردناک خود درباره داشتن فرزند با نیازهای خاص را بپذیرند و جایی در درون خود برای آنان باز کنند. فرد را به سمت عمل و اقدام هدایت می‌کند و باعث افزایش تبعیت و دست‌ورپذیری فرد از درمان و توصیه‌های درمانگر و کادر درمانی مربوطه می‌شود. با استفاده از مفاهیم اجرا شده در درمان تلفیقی حاضر، افراد در بررسی و ارزیابی خود از موقعیت‌های موجود به ویژه زمانی که در درمان دچار مقاومت‌هایی از جانب فرزند خود می‌شوند و یا دوره‌های پسرفت روند آموزشی در فرزند خود (که این فرایند در اختلال‌های عصبی تحولی شایع است)؛ با دید بهتری می‌نوانند موقعیت را ارزیابی کنند و امید خود را از دست ندهند و به سمت انجام آنچه که باید، اهتمام ورزند.

در گام اول درمان با تغییر رابطه فرد با فرایندهای ذهنی خود و نگاهی واقع بینانه و توأم با مهربانی به زندگی و رویدادهای آن، مادر توانست حتی بدون نظارت تیم درمان، مسیولیت درمان را برعهده بگیرد و بخش مربوط به ادامه روند درمان و توابعی فرزند خود در خانه را حتی با وجود عدم همکاری اعضای خانواده و سختی شرایط از قبیل مسافرت و بیماری خود نیز ادامه دهد و برنامه‌های درمانی را با زندگی روزمره منطبق سازد و در صورت لزوم به تغییر در روند درمان با اشتیاق و گشودگی، با تیم درمان مشورت و روند را بهبود بخشد.

در خصوص تبیین عدم معناداری درمان بر مؤلفه‌های تلفیق درمان با زندگی، تدبیر در اجرای درمان و تعهد به درمان باید این‌گونه بیان کرد که هرچند نتایج به‌دست آمده از تحلیل‌های آماری نشان دهنده افزایش نمرات مادران در این زیر مقیاس‌ها بوده است؛ اما به‌طور معناداری باعث بهبود آنها نشده است. از موانع موجود در این مسیر می‌توان به مسائل اقتصادی و فرهنگی از قبیل میزان درآمد مالی خانواده که برای تهیه ابزارهای توابعی، خرید وسیله‌های مورد نیاز برای بازی و همچنین به‌کارگیری خدمات گفتار درمانی و کاردرمانی، رعایت رژیم غذایی و... اشاره کرد؛ که باید آنها را بسیار حائز اهمیت دانست. گذشته از این موارد میزان همکاری خانواده و اطرافیان و سطح فرهنگی و میزان تحصیلات والدین و به‌ویژه مادر، توانایی کادر درمان برای تفهیم و تسهیل روند درمان در خانه نقش بسزایی در تلفیق درمان با زندگی دارد. علاوه بر آن کمبود مهارت‌های پایه از قبیل حل مسئله، جرأت‌مندی و تاب‌آوری مادران در روند اجرای درمان و نحوه تدبیر در اجرای درمان بسیار تأثیرگذار بوده است. مانع دیگر که بر سر راه تعهد به درمان وجود دارد؛ استفاده والد از الگوهای ناکارآمد اجتناب تجربه‌ای در موارد پسرفت و یا توقف روند رشد درمان در فرزند است. در این مواقع فرد دچار آمیختگی بالایی با احساس نامیدی و ناتوانی می‌شود و درمان را به درستی اجرا نمی‌کند و منجر به تداوم صحیح آن نمی‌شود. با توجه به افزایش میزان نمرات مادران در مقیاس تعهد به درمان در روند آموزش ۱۰ جلسه‌ای اجرا شده، می‌توان این‌گونه دریافت که میزان پیشرفت قابل مشاهده، اما کافی نبوده است. گویا برای معنادار شدن این تغییر، نیاز به صرف جلسات بیشتر و دوره‌های پیگیری است تا این تغییر در لایه‌های عمیق روان فرد تثبیت شود.

طبق نتایج یافته‌ها، درمان بر تنیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان اوتیسم تأثیر معناداری دارد.

نتایج به‌دست آمده با پژوهش‌های خواجه و همکاران (۱۴۰۲)، حاجی نقی طهرانی و همکاران (۱۴۰۱)، قوامی و همکاران (۱۴۰۲)، برجعلی و همکاران (۱۴۰۰)، مری و همکاران (۲۰۲۳)، اسماعیل‌نژاد و همکاران (۲۰۲۳)، زمانی‌مزد و همکاران (۲۰۱۹)، موگان و همکاران (۲۰۲۳)، گارسیا و همکاران (۲۰۲۲)، کینگ و همکاران (۲۰۲۳) همسو بوده است.

درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت درمانی با تغییر نحوه پاسخ‌دهی فرد به مشکلات، استرس و تنش‌های فرد را کاهش داده، اجتناب‌های وی را از بین می‌برد و بدون کناره‌گیری از فرزند خود به تعامل و پذیرش وی می‌رسد (همیلو همکاران، ۲۰۱۵). ذهن‌آگاهی در بستر فرزندپروری یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد است که با شکستن چرخه‌ای افکار منفی و

تکراری به والدین کمک می‌کند تا به جای توجه افراطی به نشخوارهای فکری خود، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند؛ و به جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک، با نگاهی باز و غیرقضاوتی با فرزندان‌شان تعامل کنند (رانکن، ۲۰۱۲).

بهبود هر یک از حوزه‌های کارکردی می‌تواند به‌طور بالقوه تجربه فشار روانی و استرس والدگری را کاهش دهد. تمرین‌های گسلش شناختی باعث می‌شود مادران، در مقابل برداشته‌های شناختی استرس‌زا در زمینه فرزندپروری (مقایسه با فرزندان دیگران، باورهای‌شان در مورد قابلیت‌های خود در اداره کردن شرایط دشوار مربوط به چنین کودکانی، احساس قربانی شدن و خودسرزنی بالا)، انعطاف بیشتری از خود نشان دهند. در این بین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش از جمله تمرین‌های مربوط به روشن‌سازی ارزش‌ها جایگزین اجتناب قرار می‌گیرد و به والدین فرصت می‌دهد تا در مسیر ارزش‌های مربوط به حوزه‌های مختلف زندگی‌شان حرکت کنند (کاو الکوسکی، ۲۰۱۲).

استفاده از استعاره‌های ACT در زمینه پذیرش استرس به‌عنوان یک هیجان و احساس طبیعی در وجود مادر این امکان را برای آنان فراهم می‌آورد که دست از مبارزه برای نبودن آن برداشته و توجه و انرژی خود را معطوف آنچه واقعاً برای‌شان حائز اهمیت است؛ بگردانند. انعطاف‌پذیری و گشودگی ایجاد شده در اثر تمرینات تقویت ذهن مشفق، دیدگاه‌گیری، فرایند مشاهده‌گری ذهن و نامگذاری هیجان‌ها، تمرینات گسلش و پذیرش و همچنین دریافت مفهوم انسانیت مشترک و قبول مسئولیت انتخاب‌های اکنون و آینده و دریافت نگاهی مهربانانه نسبت به رنج‌ها و اشتباهات خود می‌تواند بر تئیدگی والدینی و مؤلفه‌های زیر بنایی آن که همگی منجر به افزایش یا کاهش تئیدگی در والدین می‌شود را تحت تأثیر قرار بدهد.

• نتیجه‌گیری

درمان تلفیقی موجود با ارتقا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران و ایجاد توانایی دیدگاه‌گیری و فاصله گرفتن از خویشتن مفهوم‌سازی شده نشان می‌دهد؛ درمان تلفیقی متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد بر تبعیت درمانی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان اوتیسم تأثیر معناداری دارد. همچنین درمان بر تئیدگی والدینی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان اوتیسم تأثیر معناداری دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به ابزار جمع‌آوری اطلاعات که یک فرم خودگزارش‌دهی است و احتمال جهت‌گیری در پاسخ را افزایش می‌دهد، اشاره کرد و همچنین به جامعه محدود شهرستان خمینی شهر و نداشتن دوره پیگیری و اینکه این پژوهش تنها بر مادران، آن هم بر اختلال طیف اوتیسم انجام شده است، اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این محدودیت‌ها برطرف شود و به‌طور کاربردی در مراکز توانبخشی و نگهداری دارای اختلال طیف اوتیسم به کار گرفته شود تا بتوان این درمان را به‌صورت موثری و کاربردی به درون جامعه تزریق کرد.

• تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

• تشکر و قدر دانی

بدینوسیله از تمام مادران کودکان مبتلا به ASD که در پژوهش حاضر شرکت کرده بودند، تشکر می‌شود.

• منابع

- آذربایجانی، سحر؛ صادقی افجه، زهره خانه دار. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان افسرده خانه دار. *فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روان‌شناسی*، ۲، (۳۱)، ۷۰-۵۲.
- آریاپوران، سعید؛ نیساری، مریم. (۱۴۰۲). مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کاستی توجه-بیش‌فعالی در دوره کووید-۱۹: نقش حمایت اجتماعی ادارک‌شده، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۷)، ۱۰۶-۱۱۵. <http://iranapsy.ir/Article/33520>
- ابراهیمی، مهدیه؛ تاشک، آناهیتا؛ درویش مقدم، صدیف؛ سعیدپور پاری، علی. (۱۴۰۱). اثربخشی معنادار بر متغیرهای روان‌شناختی و جسمانی: درد ذهنی، تبعیت از درمان و درد شکمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *گوارش*، ۲۷(۲).

- ابویی، آزاده؛ عاصی حداد، فاطمه؛ عزیزی، مهدیه. (۱۴۰۲). پیش بینی خود مراقبتی بر اساس رابطه والد-فرزند و جو عاطفی خانواده در زنان در دوران کودکی. *پایش، ۲۲*(۲)، ۲۲۳-۲۳۲.
- اسداله سلمان پور، فاطمه؛ پاشا، غلامرضا. (۱۴۰۲). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شادکامی، سلامت روان و کیفیت زندگی مادران دارای کودک. *فصلنامه روانشناسی زن، ۴*(۱).
- برجعی، محمود؛ رحمانی، ذاکرزاده، زینالی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان. *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹*(۲)، ۲۵-۳۲.
- بذر افشان، بهناز؛ دولت ابادی، علی رضا؛ محمدی، محمود. (۱۳۹۷). کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۲۰*(۴)، ۸۲-۷۷.
- جوانشیر، مهدی؛ اسمحانی اکبری نژاد، هادی؛ روشنی گلنبر، معصومه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر فاجعه پنداری درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان. *بیهوشی و درد، ۱۳*(۴)، ۵۷-۷۱.
- حاجی نقی طهرانی، فاطمه؛ صابری، هاید؛ باقری، نسرين. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۹*(۱).
- حسین نژاد، امین؛ جواهری ویشکاسوقی، علی، اصغری، مجتبی. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کارآمدی و سلامت معنوی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *هشتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران*.
- خواجه، فاطمه؛ نوری زاده، رقیه؛ فرورشی، محمود؛ حکیمی، سویل. (۱۴۰۲). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و خودکارآمدی شیردهی مادران دارای نوزاد نارس: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۴۵*(۱).
- رضایی، زهرا؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ خلعتبری، جواد؛ زربخش بحری، محمدرضا. (۱۴۰۱). اثربخشی بسته‌ی آموزشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل ناکامی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۴*(۲)، ۱۱۳-۱۲۵.
- زارع، بتول؛ عمادی، سیده زهرا؛ نقش، زهرا. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت خود و سرزندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های یادگیری. *مجله روانشناسی، ۴*(۲۷)، ۳۴۳-۳۵۳. <http://iranapsy.ir/Article/40353>
- سیدفاطمی نعیمه، رفیعی فروغ، حاجی زاده ابراهیم، مدانلو مهناز. (۱۳۹۷). طراحی و روان‌سنجی پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری مزمن: یک مطالعه ترکیبی. *کومش، ۲۰*(۲)، ۱۹۱-۱۷۹.
- قوامی، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ غلامزاده جفره، مریم؛ شهبازی، مسعود. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی در افراد وابسته به مواد خود معرف به سازمان بهزیستی. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی، ۱۷*(۶۷)، ۱۵۳-۱۸۰.
- کوثری، فرزانه؛ صباحی، پرویز؛ مکوند حسینی، شاهرخ. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه ترکیبی آموزش مدیریت والدین و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات برونی سازی شده کودک. *مجله روانشناسی، ۲*(۲۷)، ۱۲۵-۱۳۳. <http://iranapsy.ir/Article/40170>
- محمدی، اعظم؛ رضائی، علی؛ ایزدی، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برمدیریت استرس و مهارت‌های حل مسئله مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مجله روانشناسی، ۴*(۲۶)، ۳۹۶-۴۰۵. <http://iranapsy.ir/Article/36628>
- میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود؛ طالبی جویباری، مسعود. (۱۳۹۱). مقایسه تاب آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۲*(۱)، ۱۳۷-۱۲۰.
- موسوی، مهدیه سادات؛ بخشی پور، ابوالفضل؛ مهدیان. (۲۰۲۳). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شغف بر الگوهای ارتباطی زنان متاهل دچار افسردگی و تعارضات زناشویی. *مدیریت ارتقای سلامت، ۱۲*(۱)، ۹۵-۱۱۲.
- Abidin, R. R. (1997). Parenting Stress Index: A measure of the parent-child system. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 277-291). Scarecrow Education.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Commitment Therapy (ACT) for Reducing Stress and Improving Wellbeing in Cancer Patients in Kolkata. *Journal of Cancer Education* 2016; 31 (4): 721-9.

- Carvalho, S. A., Skvarc, D., Barbosa, R., Tavares, T., Santos, D., & Trindade, I. A. (2022). A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(2), 524–541.
- Garcia, Y., Keller-Collins, A., Andrews, M., Kurumiya, Y., Imlay, K., Umphrey, B., & Foster, E. (2022). Systematic review of acceptance and commitment therapy in individuals with neurodevelopmental disorders, caregivers, and staff. *Behavior Modification*, 46(5), 1236-1274.
- Hayes, S.C., Stroman, & Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hamill, T. S., Pickett, S. M., Amsbaugh, H. M., & Aho, K. M. (2015). *Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress*. *Personality and Individual Differences*, 72, 24-29.
- Ismail Nezhad, M., & Abdollahzadeh, H. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy in helping attitudes and work-related flow of autism child mentors. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(2), 16-20.
- King, N. B. (2023). *An Acceptance and Commitment Therapy Based Intervention for Parents of Children on the Autism Spectrum* (Doctoral dissertation, Hofstra University).
- Kawalkowski. (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.
- Linde, J., Luoma, J. B., Rück, C., Ramnerö, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and Compassion-Based Therapy Targeting Shame in Parent with M.R children: A Multiple Baseline Study. *Behavior modification*, 47(3), 693–718.
- Maughan, A. L., Lunsy, Y., Lake, J., Mills, J. S., Fung, K., Steel, L., & Weiss, J. A. (2023). Parent, child, and family outcomes following Acceptance and Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. *Autism*, 13623613231172241.
- Mazdeh, R. Z., Grafar, A., Davarniya, R., & Gharmkhani, M. B. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children. *Depiction of Health*, 9(4), 233-243.
- Mari, U. Colleen, M. Yors, G. Yukie, K. (2023). The effect of brief acceptance and commitment training on values-based behaviors of Japanese parents of children with autism, *Journal of Contextual Behavioral Science*, Volume 29, Pages 1-12,
- . Mazdeh, R. Z., Grafar, A., Davarniya, R., & Gharmkhani, M. B. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children. *Depiction of Health*, 9(4), 233-243.
- Plant, K.M. & Sanders, M.R (2007). Predictors caregiver stress in families of preschool –aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 11(2). ۱۹۹-۲۲۴
- Riebel, M., Rohmer, O., Charles, E., Lefebvre, F., Weibel, S., & Weiner, L. (2023). Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the Compassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, 24(1), 1-20.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.