

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Treatment Based on Acceptance and Commitment on Psychological Problems, Mental Wellbeing of Mothers with Children Affected with Autism Spectrum Disorder

Agha-Virdinejad Sh¹, *Akbari B², Sadeghi A^{3,4}

Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;

2. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;

4. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

*Corresponding Author Email: akbari@iaurasht.ac.ir

Received: 2021 September 25; Accepted: 2021 November 10

Abstract

Background & Objectives: Nervous stress caused by children's developmental and behavioral defects, such as autism spectrum disorder (ASD), negatively impacts individual and family life and damages parental efficiency. Numerous studies have been performed on psychological problems and the mental wellbeing of mothers with children with ASD. However, no study compared the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with acceptance and commitment therapy based on psychological and mental health problems of mothers with ASD children. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment on psychological problems and mental wellbeing of mothers with ASD children.

Methods: The present quasi-experimental study has a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The study's statistical population included all mothers with children with ASD (boys and girls), referred to the Autism Association of Guilan Province, Iran, in 2019 (N=156 mothers). Among the study population, 51 mothers whose children received a definitive diagnosis of ASD and scored higher than the cut-off point (31.5) in psychological problems and a low score (90) in mental wellbeing were selected. They were randomly assigned to three groups of 17 mothers in each group: the cognitive-behavioral therapy group, the acceptance and commitment-based treatment group, and the control group. For the intervention groups, 12 sessions of 60 minutes of cognitive-behavioral therapy (one session every 5 days for a total of 2 months) and treatment based on acceptance and commitment, 8 sessions of 60 minutes (one session per week for a total of 2 months) were held. In this study, the following tools and protocols were used to collect the required data as well as therapeutic interventions: Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995), Mental Wellbeing Questionnaire (Keyes & Magyar-Moe, 2003), Cognitive-Behavioral Therapy Protocol (Hawton et al., 1990), and acceptance and commitment Therapy Protocol (Hayes et al., 1999). Regarding the descriptive statistics, mean and standard deviation, and regarding the inferential statistics, repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test were performed using SPSS₂₄ software. The significance level was considered 0.05 for all tests

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy decreased psychological problems ($p<0.001$) and improved mental wellbeing ($p=0.049$). Also, the group $\times$ time interaction caused a decrease in psychological problems ($p<0.001$) and an increase in mental wellbeing ($p<0.001$) over time compared to the control group. According to the Bonferroni post hoc test, there was a significant difference between cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy with the control group for both variables of psychological problems and mental wellbeing ($p<0.001$). However, there was no significant difference between the effectiveness of the mentioned therapies in reducing psychological problems ($p=0.628$) and improving mental wellbeing ($p=0.920$). Also, the average scores of the pretest with posttest and pretest with follow-up showed the effect of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on reducing psychological problems and improving mental wellbeing ($p<0.001$). There was no statistically significant difference between the average scores of the posttest and follow-up stages for the variables of psychological problems ($p=0.124$) and mental wellbeing ($p=0.176$), which showed the persistence of the effects of the mentioned treatments in the follow-up stage.

Conclusion: According to the research findings, using interventions based on cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment reduces psychological problems and improves mental wellbeing in mothers with children with ASD. Also, there is no significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapies and the acceptance and commitment on psychological problems and mental wellbeing of mothers with ASD children.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Psychological problems, Mental wellbeing, Autism spectrum disorder.

مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

شبنم آقاویردی‌نژاد^۱، * بهمن اکبری^۲، عباس صادقی^{۳،۴}

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۴. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

* رابانامه نویسنده مسئول: akbari@iaurash.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳ مهر ۱۴۰۰ | تاریخ پذیرش: ۱۹ آبان ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: با وجود انجام مطالعات متعدد درباره مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، انجام پژوهش در زمینه مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر متغیرهای مذکور در مادران یادشده، مغفول مانده است؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم صورت گرفت.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر به‌شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری انجام شد. جامعه آماری را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به انجمن اوتیسم استان گیلان در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۱۵۶ نفر تشکیل دادند. از بین آن‌ها، ۵۱ نفر از افراد داوطلب واجد شرایط به‌صورت تصادفی در سه گروه هفده‌نفری (درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گواه) وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس (لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵) و پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی (کی‌یز و ماگیارمو، ۲۰۰۳) به‌کار رفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: تفاوت معنادار بین درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد با گروه گواه برای مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مشاهده شد ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما بین اثربخشی درمان‌های مذکور تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > ۰/۰۵$). میانگین‌های پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری، تأثیر درمان‌های مذکور را بر متغیرهای پژوهش نشان داد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین تفاوت آماری معناداری بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که ماندگاری تأثیر درمان‌های مذکور را در مرحله پیگیری نشان داد ($p > ۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌های پژوهش، استفاده از مداخلات مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد سبب کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش بهزیستی ذهنی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌شود. همچنین بین اثربخشی درمان‌های مذکور بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی تفاوت معناداری وجود ندارد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، مشکلات روان‌شناختی، بهزیستی ذهنی، اختلال طیف اوتیسم.

بدون شک حضور و تولد کودکی با ناتوانی حرکتی یا ذهنی در خانواده می‌تواند به صورت رخدادی مشکل‌ساز و نامطلوب موجب ایجاد تنیدگی و سرخوردگی و ناامیدی شود. به نظر می‌رسد، اگر افراد با روش صحیح با آن برخورد کنند، کارآمدتر و سالم‌تر خواهند بود. نتایج تحقیقی نشان داد، فشار عصبی ناشی از نقص رشدی رفتاری کودکان مانند اختلال طیف اوتیسم^۱، دارای تأثیر منفی بر زندگی فردی و خانوادگی و اثرات مخرب بر کارایی والدین است؛ به عبارتی در فعالیت‌های روزمره و روابط بین فردی و شیوه فرزندپروری خلل ایجاد می‌کند و والدین به رفتار و اعمالی دست می‌زنند که به طور مستقیم در بازدهی آن‌ها و چگونگی نقش والدی و شیوه فرزندپروری نقش اساسی دارد (۱). میزان تنشی که خانواده تجربه می‌کند، احتمالاً به عواملی مانند تصور خانواده از شرایط موجود و حمایت اجتماعی و مراقبت‌های بالینی که باید نیازهای کل خانواده را شامل شود، بستگی دارد (۲).

اختلالات طیف اوتیسم اصطلاح کلی است که دامنه‌ای از نارسایی‌های عصبی-تحوالی را در دو حیطه اصلی در بر می‌گیرد: الف. نارسایی در رشد ارتباطی و اجتماعی و الگوهای رفتاری؛ ب. علایق و فعالیت‌های محدود و تکراری و کلیشه‌ای (۳). ناتوانی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در ابراز رفتارهای اجتماعی و ارتباطی، شدیدتر و متفاوت‌تر از دیگر کودکان مبتلا به ناتوانی‌های تحوالی^۲ است (۴). در سیستم خانواده‌های دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم، مادران بیشتر از پدران دچار استرس می‌شوند و احتمالاً این موضوع ناشی از درگیری بیشتر مادر با کودک است (۵). همچنین در مطالعه‌ای این یافته حاصل شد که مادران کودکان دارای ناتوانی درمقایسه با مادران کودکان فاقد ناتوانی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر و مشکلات روان‌شناختی بیشتری دارند (۶). مشکلات عمده‌تر روان‌شناختی این قبیل والدین، اضطراب^۳ و افسردگی^۴ و استرس^۵ است (۷). ازسوی دیگر در پژوهشی مشخص شد، مشخصه‌های رفتاری خاص کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مانند خلق‌وخو، رفتارهای تکراری، واکنش‌پذیری و نیاز به مراقبت بیشتر، نقصان در مهارت‌های ارتباطی، مشکلات رفتاری و نداشتن آگاهی شناختی و منحرف شدن والدین از مسیر طبیعی زندگی به دلیل مراقبت از آن‌ها، از عوامل تأثیرگذار بر افزایش اضطراب و استرس فرزندپروری این دسته از والدین است (۸).

نتایج پژوهشی بیانگر آن بود که والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تجربه خاص و متفاوت درمقایسه با والدین دیگر دارند و میزان استرس بیشتری را تحمل می‌کنند (۹). این استرس از منابع مختلفی سرچشمه می‌گیرد که ممکن است مربوط به کودک و والد یا جامعه باشد. مشکلات رفتاری و ارتباطی کودک، نگرانی مادران درباره دوام و ثبات شرایط کودک، پذیرش کم جامعه و حتی سایر اعضای خانواده درقبال رفتارهای کودک، حمایت‌های اجتماعی کم، مشکلات مالی، انزوا و کمبود آگاهی والدین درباره تحول و پیشرفت کودک، از عوامل مهم‌تر مؤثر بر افزایش استرس در آنان است (۱۰). همچنین

علائم افسردگی و افسردگی بالینی در مادران این کودکان درمقایسه با کودکان معمولی و کودکان دارای دیگر ناتوانی‌های ذهنی، شایع‌تر است. کاهش انرژی و تمرکز و انگیزه، ناشی از علائم افسردگی، به طور گسترده‌ای بر کارکرد مادرانه و قابلیت‌های مادر در تأمین نیازهای فرزندش تأثیر منفی دارد (۱۱).

ازسوی دیگر، همه والدین در تطبیق دادن شیوه‌های فرزندپروری خود با نیازهای فرزندانشان با چالش‌های زیادی مواجه هستند و تجربه فرزندپروری برای همه والدین تجربه‌ای استرس‌زا محسوب می‌شود؛ اما پدر و مادرهای دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با مشکلات بزرگ‌تری درگیر هستند که با مشکلات بزرگ‌کردن کودکان بهنجار مقایسه‌شدنی نیست. این چالش‌ها عمدتاً به دلیل ویژگی‌های رفتاری خاص این کودکان است که بهزیستی ذهنی^۶، هیجانی^۷، اجتماعی^۸ و روان‌شناختی^۹ مادران کودکان مذکور را تهدید می‌کند (۱۲). بهزیستی ذهنی، مفهومی چندوجهی است که سلامت جسمی و روانی، وضعیت تحصیلی، موقعیت اقتصادی، امنیت مادی، دستیابی به استقلال و آزادی و توانایی مشارکت در زندگی شهری را در بر دارد. بهزیستی ذهنی به عنوان خودارزیابی عاطفی و شناخت فردی است (۱۳). تمثالی‌فر و قیاسی در پژوهشی نشان دادند، مادرانی که دارای فرزندان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم هستند، بهزیستی روان‌شناختی کمتری درمقایسه با مادران دارای فرزندان عادی دارند (۱۴).

در ارتباط با درمان مشکلات خانواده‌های دارای کودکان با اختلال طیف اوتیسم مداخلات گوناگونی وجود دارد. از میان مدل‌های روان‌درمانی، دیدگاه شناختی-رفتاری^{۱۰} بیشترین سهم را در پژوهش و ابداع روش درمان به خود اختصاص داده است (۱۵). براساس مداخلات شناختی-رفتاری، خودکنترلی^{۱۱} رفتاری است که به سبب افزایش توانایی‌های شناختی و فراشناختی در افراد، آنان می‌توانند از طریق مهارت‌های مذکور برای کنترل تکانه‌های موجود عمل کنند و گام مؤثری برای جهت‌دادن به رفتارهای خود بردارند (۱۱). درمان شناختی-رفتاری، بر تأثیر باورها و تفکرات و نگرش‌های فرد برای تغییر احساسات و رفتارها متمرکز است. هدف درمان شناختی-رفتاری این است که به بیمار آموزش داده شود چگونه در طول زندگی خود فعالانه با مشکلات یا اتفاقات مختلف مواجه شود و آن‌ها را پشت سر بگذارد (۱۶). هریک از روش‌های درمانی شناختی-رفتاری و آموزش‌های ذهن‌آگاهی^{۱۲} چه از طریق شناسایی و اصلاح باورها و چه در نقطه مقابل آن، یعنی از جایگاه بدون قضاوت و همراه با روح پذیرش، به افزایش رفتارهای خودمدیریتی در بیماران می‌انجامد (۱۷). نتایج مطالعه ناظر و همکاران نشان داد، اثرات مثبت درمان شناختی-رفتاری بر طیف گسترده‌ای از متغیرهای مرتبط با والدین کودکان با نیازهای ویژه از جمله کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است (۱۸).

سایر الگوهای درمانی که می‌تواند بر گستره عمده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی مؤثر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در طی

7. Emotional

8. Social

9. Psychological

10. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

11. Self-control

12. Mindfulness

1. Autism Spectrum Disorder

2. Developmental disabilities

3. Anxiety

4. Depression

5. Stress

6. Mental well-being

۱۰ سال گذشته، تعدادی از درمان‌های جدید یا اشکال گسترش یافته درمان‌های شناختی-رفتاری در حوزه روان‌درمانی روی کار آمد (۱۹). مداخلات مربوط به موج سوم به دو شاخه تقسیم می‌شود: درمان‌هایی که مبتنی بر آموزش ذهن‌آگاهی است؛ درمان‌هایی که ذهن‌آگاهی را به‌منزله مؤلفه مهم استفاده می‌کند (۲۰). در مداخلات مطرح براساس رویکرد پذیرش و تعهد، آسیب روانی با کوشش برای دوری یا مدیریت هیجان‌ها و افکار منفی همراه است. در درمان‌های مذکور بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید می‌شود (۲۱).

بررسی پژوهش‌های صورت‌گرفته در رابطه با موضوع پژوهش حاضر افق جدیدی را به‌نمایش گذاشت. احمدی و رئیسی دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبت بر تحمل‌پذیری بلاتکلیفی و نگرانی و بی‌خواهی مادران گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه می‌شود (۲۳). اژه‌ای و همکاران نشان دادند، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و ارتقای پذیرش مادران تفاوت محسوسی ندارد؛ ولی ماندگاری اثر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیش‌آزمون-پیگیری در کاهش اضطراب و افزایش پذیرش، بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است (۲۴). هاس و همکاران در یک کارآزمایی بالینی به این نتیجه رسیدند که مداخله آموزش پذیرش و تعهد مختصر می‌تواند در درمان مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر باشد (۲۵). امام‌دوست و همکاران دریافتند، تفاوت معناداری بین تأثیر دو درمان بر نمرات متغیر تنظیم شناختی هیجان وجود دارد و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی درمقایسه با واقعیت درمانگری تأثیر بیشتری بر تنظیم شناختی هیجان مادران دارد (۲۶). آل‌بهبهانی و همکاران نشان دادند، آموزش ذهن‌آگاهی به مادران و لگودرمانی در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و ابعاد آن (تعاملات اجتماعی، ارتباطات و حرکات کلیشه‌ای) دارای اثربخشی است (۲۷).

باتوجه به مطالب ارائه‌شده، پژوهش‌های داخلی و خارجی یافت نشد که به‌طور جامع در زمینه مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام گرفته باشد. همچنین نتایج پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته پژوهش محدود و گاهی متناقض بود و نیاز به انجام پژوهش به‌صورت جامع درباره مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، محرز بود. این مطلب تأییدی بر جنبه نوآوری و جدیدبودن تحقیق پیش رو بود. از این لحاظ پژوهش حاضر از حیث پژوهشی اهمیت درخور توجهی داشت؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر به‌شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری انجام شد. جامعه آماری مطالعه‌شده در این پژوهش را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (دختر و پسر) مراجعه‌کننده به انجمن اوتیسم استان گیلان در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۱۵۶ نفر تشکیل دادند. از بین جامعه آماری پژوهش، تعداد ۵۱ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به انجمن اوتیسم استان گیلان که فرزندشان دارای تشخیص قطعی اختلال طیف اوتیسم و همچنین نمره بیشتر از نقطه برش (۳۱/۵) در میزان مشکلات روان‌شناختی و نمره کمتر از نقطه برش (۹۰) در بهزیستی ذهنی بود، به‌صورت تصادفی در سه گروه هفده‌نفری (هفده نفر گروه درمان شناختی-رفتاری، هفده نفر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هفده نفر گروه گواه) وارد مطالعه شدند. باید ذکر کرد که دلاور حجم پذیرفتنی برای پژوهش‌های تجربی یا نیمه‌تجربی را در هر گروه پانزده نفر در نظر گرفته است (۲۸). بر این اساس با در نظر گرفتن افت آزمودنی‌ها در هر گروه، حجم هر گروه هفده نفر به‌دست آمد. برای یک گروه، مداخله درمان شناختی-رفتاری در دوازده جلسه شصت دقیقه‌ای (هر پنج روز یک جلسه و در مجموع دو ماه) و برای گروه دیگر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه شصت دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه و در مجموع دو ماه) ارائه شد. مداخلات درمانی توسط پژوهشگران بعد از گذراندن کارگاه‌های آموزشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام گرفت.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل مادران با دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، دارا بودن کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با دامنه سنی ۹ تا ۱۳ سال، داشتن نمرات بیشتر از ۳۱/۵ در مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس^۱ (۲۹) و نمرات بیشتر از ۹۰ در پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی^۲ (۳۰) برای هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه)، نداشتن سابقه بیماری‌های جدی روان‌شناختی و روان‌پزشکی و مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی برای هر سه گروه (دریافت اطلاعات به‌صورت خودگزارشی) بود. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز دریافت درمان شناختی-رفتاری یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی دو سال قبل از ورود به پژوهش، شرکت‌نکردن مداوم در جلسات مداخله (غیبت بیش از دو جلسه)، شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی یا مددکاری و انصراف از ادامه آموزش و مشارکت در پژوهش، در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است، در این مطالعه رعایت ملاحظات اخلاقی به‌شرح زیر صورت گرفت: رضایت آگاهانه و داوطلبانه آزمودنی‌ها؛ امکان خروج از مطالعه؛ احترام به حقوق و شخصیت آزمودنی‌ها؛ رازداری و امانت‌داری ازسوی پژوهشگر؛ جبران خطرات احتمالی در حین مطالعه ازسوی پژوهشگر.

در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌های لازم و نیز مداخلات درمانی، ابزارها و پروتکل‌های زیر به‌کار رفت.

- مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس: این مقیاس توسط لایبوند و

^۱ Depression Anxiety Stress Scale
^۲ Mental Well-Being Questionnaire

لاویبوند در سال ۱۹۹۵ تهیه شد (۲۹). این مقیاس دارای ۲۱ گویه در قالب طیف چهاردرجه‌ای لیکرت از اصلاً (صفر) تا زیاد (۳) است. این مقیاس شامل سه مؤلفه اضطراب و افسردگی و استرس می‌شود که هفت سؤال آن مربوط به استرس (۱، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱) و هفت سؤال مربوط به اضطراب (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰) و هفت سؤال مربوط به افسردگی (۳، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸) است. کسب نمرات بیشتر به مفهوم وجود مشکلات روان‌شناختی بیشتر در بین آزمودنی‌ها است (۲۹). لاویبوند و لاویبوند روایی این مقیاس را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۰/۸۶ گزارش کردند و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفا برای افسردگی ۰/۹۷ و اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۹۵ به دست آوردند (۲۹). همچنین ناظر و همکاران روایی صوری مقیاس را مطلوب گزارش کردند و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۴ و استرس ۰/۷۸ به دست آوردند (۱۸).

در سال ۲۰۰۳ طراحی شد (۳۰). این پرسش‌نامه شامل سه بُعد بهزیستی هیجانی (دوازده سؤال) و بهزیستی روان‌شناختی (هیجده سؤال) و بهزیستی اجتماعی (پانزده سؤال) است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) انجام می‌شود. کسب نمرات بیشتر به مفهوم وجود بهزیستی ذهنی بیشتر در بین آزمودنی‌ها است (۳۰). کی‌یز و ماگیارو روایی صوری پرسش‌نامه را مطلوب اعلام کردند و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس بهزیستی هیجانی ۰/۷۸ و بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۰ و بهزیستی اجتماعی ۰/۸۰ به دست آوردند (۳۰). همچنین تمایز فر و قیاسی ضمن تأیید روایی صوری پرسش‌نامه با استفاده از نظرات متخصصان، پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بهزیستی هیجانی ۰/۸۴ و بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۵ و بهزیستی اجتماعی ۰/۸۱ گزارش کردند (۱۴).

– پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی: این پرسش‌نامه توسط کی‌یز و ماگیارو

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی شناختی-رفتاری

جلسات	عناوین جلسات	خلاصه
اول و دوم	مصاحبه و ارزیابی شناختی-رفتاری: علاوه بر جست‌وجوی علائم مختلف برای رسیدن به تشخیص، توجه زیاد به شناسایی عوامل زمینه‌ساز و مستعدکننده و نگهداری‌کننده مشکلات صورت گرفت.	مصاحبه بالینی ساختاریافته، تهیه فهرستی از مشکلات بیمار علاوه بر مشکل اصلی تشخیص داده‌شده، تعیین عوامل پیشاینده و پساینده مشکل اصلی
سوم	معرفی درمان شناختی-رفتاری: توضیح درباره نظریه‌های شناختی، ویژگی‌های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع تکنیک‌های استفاده‌شده در درمان	آگاهی‌بخشی درباره درمان شناختی-رفتاری، اصلاح سطح انتظارات بیمار از فرایند درمان، توضیح درخصوص رابطه شناخت و رفتار و تقابل بین این دو
چهارم	طرح‌ریزی درمان، با هدف ایجاد پرونده شناختی برای بیمار که در آن مطالب ذیل طبقه‌بندی می‌شود: انواع علائم تجربه‌شده توسط بیمار، فهرست مشکلات وی، انواع شناخت‌های ناکارآمد وی (مانند افکار ناکارآمد و شناخت‌واره‌ها)، نقاط قوت (مانند دریافت حمایت‌های خوب از سوی اعضای خانواده یا میزان تحصیلات بیشتر) و نقاط ضعف (مانند دریافت نکردن حمایت‌های کافی از سوی خانواده یا درگیر شدن با بحران‌های اقتصادی)، تکنیک‌های رفتاری و شناختی منتخب برای درمان	ارائه برگه‌ای از فهرست مشکلات و انواع شناخت به بیمار برای تأیید یا تأییدنشدن با استفاده از سؤالات مستقیم و غیرمستقیم و تعامل با بیمار
پنجم و ششم	آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری: هدف عمده از آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری، توانا کردن بیمار برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در آغاز و تداوم علائم بیماری	استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتاری، توجه‌برگردانی (انحراف توجه)، تمرکز بر شی، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خیال‌پردازی‌های خوشایند، فعالیت‌های جالب، شمارش افکار
هفتم	شناسایی افکار خودکار با هدف شناخت ریشه‌های اصلی هیجانات و حضور ذهن	توضیح نحوه شناسایی و دادن تکالیف خانگی A-B-C
هشتم و نهم	شناسایی افکار خودکار منفی با هدف شناخت خطاهای شناختی شایع در بیمار	توضیح و تشریح خطاهای شناختی، کمک به بیمار برای شناخت خطاهای شناختی خود از روی افکار خودکار منفی و دادن تکالیف خانگی مرتبط
دهم	تغییر افکار خودکار منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی	تکنیک‌های پرکاربرد در این حوزه: ۱. شناخت خطاهای شناختی من و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات و رفتارهای روزمره من؛ ۲. بررسی وجود نگرش‌های دیگر و محاسن و معایب این نگرش‌ها و شیوه تفکر؛ ۳. پیدا کردن شواهدی در تأیید یا رد برداشت‌های ذهنی
یازدهم	تشخیص افکار بنیادی ناکارآمد (فرض‌های ناکارآمد)	توضیح افکار بنیادی و نقش آن و نحوه شناسایی آن از روی افکار خودکار با استفاده از مشخصه‌های اصلی آن
دوازدهم	تغییر افکار بنیادی ناکارآمد	استفاده از تکنیک‌های شخص سوم، پیکان نزولی، سه سؤال، تکنیک سقراطی و...

پروتکل درمان شناختی-رفتاری: این پروتکل توسط هاوتون و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شد (۳۱) که در طول دوازده جلسه شصت دقیقه‌ای (هر پنج روز یک جلسه و در مجموع دو ماه) برگزار شد. روایی محتوایی برنامه مذکور از سوی پنج نفر از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به‌تأیید رسید. خلاصه محتوای پروتکل به‌شرح جدول ۱ است.

پروتکل درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: این پروتکل توسط هیز و همکاران در سال ۱۹۹۹ ساخته شد (۳۲) که در طی هشت جلسه شصت دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه در مجموع دو ماه) برگزار می‌شود. روایی محتوایی برنامه مذکور از سوی پنج نفر از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به‌تأیید رسید. خلاصه محتوای پروتکل به‌شرح جدول ۲ است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسات	عناوین جلسات	خلاصه
اول	مصاحبه و ارزیابی، توضیح شرایط و فرایند درمان، توضیح الگوی زیربنایی ACT	آموزش و اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی لازم برای اجرا در هر جلسه تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلاق تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان تمرین ذهن‌آگاهی
دوم	توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون	صحبت درباره رضایت و رنج اولیه و ثانویه استفاده از تمثیل شخص ولگرد استفاده از تمثیل پیاده‌روی در باران
سوم	توضیح مفهوم خود زمینه‌ای	تمرین ذهن‌آگاهی بافتار انگاشتن خویشستن تمثیل ریگ‌های روان تیشه به‌ریشه دلیل‌یابی زدن استفاده از تکنیک ناهم‌آمیزی
چهارم	توضیح مفهوم گسلش از تهدیدهای زبانی	تمرین ذهن‌آگاهی بافتار انگاشتن خویشستن تمرین رویارویی با آدم‌آهنی غول‌پیکر روش روکردن «بله، اماها»
پنجم	سنجش اولیه ارزش‌ها و توضیح اهداف	تمرین ذهن‌آگاهی تمرین فرونشانی افکار تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا
ششم	روشن‌سازی ارزش‌ها	تمرین ذهن‌آگاهی تمثیل مراسم دفن تمثیل مسافران اتوبوس قطب‌نمای ارزش‌ها تعیین هدف برنامه‌ریزی فعالیت
هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	تمرین ذهن‌آگاهی تمرین مشاهده‌گر تمثیل صفحه شطرنج
هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	تمرین محتوا روی کارت تکلیف مادام‌العمر زندگی را زندگی کنیم.

۳ یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (دختر و پسر) تشکیل دادند. در گروه آزمایشی شناختی-رفتاری بیشترین فراوانی با تعداد ۸ نفر در دامنه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و کمترین فراوانی با تعداد ۳ نفر در دامنه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال بود. در گروه آزمایشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بیشترین فراوانی با تعداد ۶ نفر در دامنه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و کمترین فراوانی با تعداد ۳ نفر در دامنه

در این پژوهش در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی ابتدا برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنف^۱ استفاده شد. همچنین قبل از بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس، آزمون‌های لون و ام‌باکس به‌کار رفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت. سطح معناداری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ شد.

^۱. Kolmogrov-Smirnov

دیپلم و کمترین فراوانی با تعداد ۲ نفر لیسانس بود. ازسوی دیگر در بخش یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی به همراه مؤلفه‌های مربوط در گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری، گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در دوره‌های زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد که اطلاعات تکمیلی در جدول ۳ آمده است.

سنی ۳۰ تا ۳۵ سال قرار داشت. در گروه گواه بیشترین فراوانی با تعداد ۷ نفر در دامنه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال و کمترین فراوانی با تعداد ۱ نفر در دامنه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال بود. همچنین در گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری بیشترین فراوانی با تعداد ۵ نفر دیپلم و کمترین فراوانی با تعداد ۱ نفر فوق‌لیسانس، در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشترین فراوانی با تعداد ۶ نفر دیپلم و کمترین فراوانی با تعداد ۲ نفر لیسانس و در گروه گواه بیشترین فراوانی با تعداد ۶ نفر

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی ابعاد افسردگی و اضطراب و استرس و بهزیستی ذهنی در گروه‌های مطالعه‌شده در سه مرحله آزمون

متغیر	موقعیت	گروه شناختی-رفتاری		گروه پذیرش و تعهد		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۵/۸۲	۱/۴۲	۱۶/۱۱	۱/۲۱	۱۶/۵۲	۱/۳۷
	پس‌آزمون	۱۱/۸۲	۱/۱۸	۱۱/۱۷	۱/۲۸	۱۵/۲۳	۱/۸۵
	پیگیری	۱۱/۳۵	۱/۳۶	۹/۵۲	۲/۲۶	۱۴/۵۸	۱/۶۶
استرس	پیش‌آزمون	۱۵/۱۷	۱/۴۲	۱۵/۷۰	۰/۹۸	۱۵/۰۵	۱/۱۹
	پس‌آزمون	۱۱/۶۴	۱/۶۵	۱۱/۷۶	۱/۰۳	۱۳/۶۴	۰/۹۳۱
	پیگیری	۱۱/۳۵	۱/۶۱	۱۰/۵۲	۰/۹۴	۱۲/۹۴	۱/۰۸
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۵/۷۰	۱/۲۱	۱۵/۷۶	۰/۸۳	۱۵/۹۴	۱/۰۸
	پس‌آزمون	۱۱/۹۴	۱/۲۴	۱۲/۱۷	۱/۱۸	۱۴/۵۸	۱/۲۷
	پیگیری	۱۱/۰۵	۱/۰۸	۱۱/۰۵	۰/۸۹	۱۳/۸۲	۱/۰۱
نمره کل	پیش‌آزمون	۴۶/۷۰	۲/۱۴	۴۷/۵۸	۲/۳۱	۴۷/۵۲	۱/۹۴
	پس‌آزمون	۳۵/۴۱	۱/۹۳	۳۵/۱۱	۲/۱۴	۴۳/۴۷	۲/۴۰
	پیگیری	۳۳/۷۶	۲/۴۱	۳۱/۱۱	۲/۷۳	۴۱/۳۵	۲/۶۲
بهزیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۳/۷۶	۱/۳۴	۵۲/۸۸	۱/۴۰	۵۲/۸۸	۲/۰۸
	پس‌آزمون	۵۸/۵۸	۱/۸۷	۵۸/۵۸	۱/۹۵	۵۸/۳۵	۱/۸۶
	پیگیری	۶۰/۰۵	۱/۰۸	۵۹/۷۶	۱/۰۳	۵۵/۱۷	۱/۷۴
بهزیستی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۷/۷۰	۱/۲۱	۲۸/۰۵	۱/۲۴	۲۸/۵۲	۱/۱۲
	پس‌آزمون	۳۱/۴۱	۱/۲۷	۳۰/۹۴	۱/۰۸	۲۹/۸۲	۰/۸۸
	پیگیری	۳۲/۷۶	۱/۳۰	۳۱/۶۴	۱/۲۷	۳۰/۹۴	۰/۸۲
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۱۳/۵۸	۱/۵۴	۱۱۳/۴۱	۱/۲۰	۱۱۳/۷۶	۱/۲۰
	پس‌آزمون	۱۱۷/۲۹	۱/۸۲	۱۱۸/۱۷	۰/۷۲	۱۱۴/۳۵	۱/۹۳
	پیگیری	۱۱۸/۴۱	۱/۶۶	۱۱۸/۴۷	۱/۱۷	۱۱۵/۵۸	۱/۸۳
نمره کل	پیش‌آزمون	۱۹۵/۰۵۸	۲/۲۲	۱۹۴/۳۵	۲/۷۶	۱۹۴/۸۶	۲/۴۹
	پس‌آزمون	۲۰۷/۲۹	۲/۶۴	۲۰۷/۴۷	۱/۸۴	۲۰۴/۳۹	۴/۹۱
	پیگیری	۲۱۱/۲۳	۲/۹۴	۲۰۹/۸۸	۱/۹۶	۲۰۱/۷۰	۲/۲۸

مفروضات آن بررسی شد. برای ارزیابی نرمال بودن داده‌ها، آزمون کولموگوروف اسمیرنوف به کار رفت و نتایج مشخص کرد، توزیع نمرات هر دو متغیر و مؤلفه‌های آن‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه نرمال بود ($p > 0.05$). برای تعیین همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج مشخص کرد، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p > 0.05$). همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد، ماتریس‌های واریانس‌کواریانس دارای همگنی بود ($p > 0.05$)؛ بنابراین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اجرایی بود.

براساس نتایج جدول ۳، نمرات متغیر مشکلات روان‌شناختی و مؤلفه‌های مربوط در پس‌آزمون هر دو گروه آزمایشی درمقایسه با پیش‌آزمون آن‌ها کاهش یافت. همچنین نمرات متغیر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های مربوط در پس‌آزمون هر دو گروه آزمایشی درمقایسه با پیش‌آزمون آن‌ها افزایش پیدا کرد؛ درحالی‌که تغییرات نمرات پس‌آزمون این متغیرها و مؤلفه‌های مربوط درمقایسه با پیش‌آزمون آن‌ها در گروه گواه درخور توجه نبود. ازسوی دیگر این نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. برای بررسی معناداری این تغییرات، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به کار رفت.

برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا تمامی

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در ابعاد مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آماری
افسردگی	اثر گروه	۵۳۱/۵۴۲	۲	۲۶۵/۷۷۱	۱۷۳/۲۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۸۳	۱
	اثر زمان	۲۸۲/۶۰۱	۲	۱۴۱/۳۰۱	۳۳/۳۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۱	۱
	اثر گروه×زمان	۱۰۶/۵۳۶	۴	۲۶/۶۳۴	۱۷/۳۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	۱
استرس	اثر گروه	۳۹۱/۹۳۵	۱/۸۲۱	۲۱۵/۲۵۰	۴۱۴/۶۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۶	۱
	اثر زمان	۴۷/۹۳۵	۲	۲۳/۹۶۷	۶/۵۵۷	۰/۰۰۳	۰/۲۱۵	۰/۸۹۱
	اثر گروه×زمان	۵۰/۰۲۶	۳/۶۴۲	۱۳/۷۳۷	۲۶/۴۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۴	۱
اضطراب	اثر گروه	۴۰۶/۱۳۱	۲	۲۰۳/۰۶۵	۳۹۲/۹۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۱	۱
	اثر زمان	۱۱۴/۵۲۳	۲	۵۷/۲۶۱	۲۱/۸۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۷	۱
	اثر گروه×زمان	۴۵/۵۹۵	۴	۱۱/۳۹۹	۲۲/۰۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۹	۱
نمره کل	اثر گروه	۳۹۶۸/۴۸۴	۲	۱۹۸۴/۲۴۲	۷۰۰/۳۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۶	۱
	اثر زمان	۱۱۶۸/۹۵۴	۲	۵۸۴/۴۷۷	۵۶/۴۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۲	۱
	اثر گروه×زمان	۵۶۲/۸۵۰	۴	۱۴۰/۷۱۲	۴۹/۶۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۴	۱
بهزیستی اجتماعی	اثر گروه	۷۳۵/۹۳۵	۱/۷۹۶	۴۰۹/۷۶۸	۷۴۲/۶۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱
	اثر زمان	۳۴۰/۲۸۸	۲	۱۷۰/۱۱۴	۳۲/۵۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۶	۱
	اثر گروه×زمان	۱۲۷/۱۶۳	۳/۵۹۲	۳۵/۴۰۲	۶۴/۱۵۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۱
بهزیستی هیجانی	اثر گروه	۳۶۷/۴۲۵	۱/۳۳۰	۲۷۶/۳۴۸	۶۵۱/۷۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۱	۱
	اثر زمان	۱۸/۹۹۳	۲	۹/۴۹۷	۲/۷۹۶	۰/۰۷۰	۰/۱۰۴	۰/۵۲۵
	اثر گروه×زمان	۳۸/۱۸۳	۲/۶۵۹	۱۴/۳۵۹	۳۳/۸۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۱
بهزیستی روان‌شناختی	اثر گروه	۴۲۷/۰۷۲	۱/۶۳۲	۲۶۱/۷۱۰	۲۹۷/۱۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۱	۱
	اثر زمان	۱۳۶/۳۲۷	۲	۶۸/۱۶۳	۱۲/۹۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۰	۰/۹۹
	اثر گروه×زمان	۹۳/۲۸۱	۳/۵۰۳	۲۶/۶۲۵	۳۲/۴۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۵	۱
نمره کل	اثر گروه	۴۴۸۰/۹۹۳	۱/۶۶۲	۲۵۰۹/۵۲۸	۱۵۵۳/۳۱۰	۰/۰۴۹	۰/۹۷۰	۱
	اثر زمان	۱۱۴۷/۶۲۱	۲	۵۷۳/۸۱۰	۳۶/۹۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۶	۱
	اثر گروه×زمان	۶۷۵/۲۰۳	۳/۵۷۱	۱۸۹/۰۷۰	۱۱۷/۰۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۰	۱

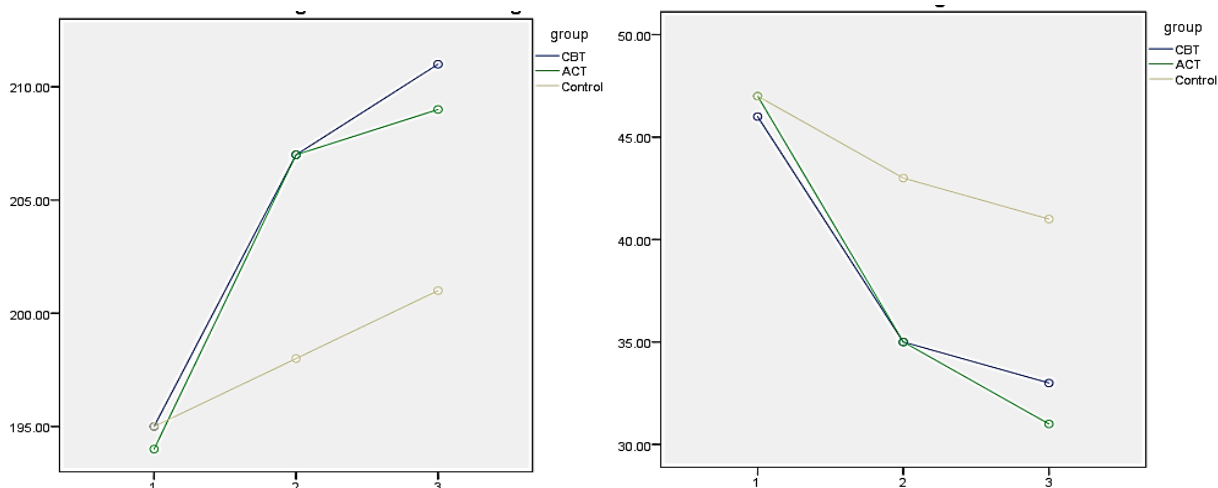
اثرات با اصلاح اسپیلون هین-فالت ارائه شده است. همچنین اثر متقابل گروه×زمان موجب کاهش مشکلات روان‌شناختی باتوجه به نتایج جدول ۴، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر مشکلات روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) اثر کاهنده و بر متغیر بهزیستی ذهنی ($p=۰/۰۴۹$) اثر افزایشده داشتند.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین‌های اثر گروه‌ها

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
مشکلات روان‌شناختی	درمان شناختی-رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۰/۶۲۸
		گواه	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گواه	<۰/۰۰۱
بهزیستی ذهنی	درمان شناختی-رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۰/۹۲۰
		گواه	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	گواه	<۰/۰۰۱

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین‌های اثر زمان‌ها

متغیر	تفاوت زمان‌ها	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
مشکلات روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	<۰/۰۰۱
		پیگیری	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۲۴
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	<۰/۰۰۱
		پیگیری	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۷۶



نمودار ۱. تغییرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی در گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد و گواه

خوش‌بین‌تر هستند. این حمایت اجتماعی و اعتمادبه‌نفس در برقراری ارتباط سبب افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری و امیدواری خواهد شد. این امر باعث می‌شود مادران به توانمندی‌های لازم برای رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی دست پیدا کنند و از انزوای اجتماعی و طرد از سوی سایر افراد به دلیل مشکلات فرزندانشان رهایی یابند (۲۲). مهارت‌های شناختی-رفتاری مؤثر با سازگاری شخصی خوب ارتباط دارد و موجب حفظ کنترل درونی می‌شود. این موضوع به‌نوبه خود به مسائل زندگی و پذیرش مسئولیت رفتارها و تلاش در جهت حل مسائل مختلف کمک می‌کند و درواقع سبب می‌شود تا مادر از روش‌های ارتباطی استفاده کند که او را قادر می‌سازد حرمت نفس خود را حفظ کند، خشنودی و ارضای خواسته‌های خود را دنبال کند و از حقوق و حریم شخصی خود بدون سوءاستفاده از دیگران یا سلطه‌جویی بر آنان، دفاع کند (۲۳).

در بخش دیگری از پژوهش حاضر نتایج نشان داد، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت معناداری سبب افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت، آنچه مردم را از لحاظ روانی در برابر اختلالات خلقی و اضطراب آسیب‌پذیر می‌کند، قابلیت دسترسی آسان به افکار و خاطره‌ها و نگرش‌های منفی هنگام ضعیف‌بودن خلق و نیز نشخوارهای فکری درباره افکار و خاطره‌ها و حس‌های بدنی منفی است (۲۱). مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به‌طور مداوم و مکرر از افکار منفی و خودانتقادی و تحریف‌های شناختی درباره خود به‌منظور تلاش برای تغییر حالت هیجانی استفاده می‌کنند. متأسفانه فکرکردن به این شکل، یعنی سعی برای حل مشکل احساسات، فقط مشکل را بدتر می‌کند و منجر به احساس شکست و در نتیجه افسردگی و اضطراب و استرس می‌شود. نشخوار افکار تأثیری ندارد؛ زیرا احساسات بخشی از وجود انسان است. افکار منفی و تحریف‌های شناختی بین فردی باعث می‌شود فرد نوعی حس منفی و تنبلی را تجربه کند. ذهن‌آگاهی انفصالی کمک می‌کند تا افراد ببینند ذهن چقدر راحت به‌صورت ناآگاه و خودکار عمل می‌کند و منجر به ایجاد چرخه‌های فکری منفی و در نتیجه

باتوجه به جداول ۵ و ۶ و نمودار ۱، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از تفاوت معنادار درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد با گروه گواه برای هر دو متغیر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی بود ($p < 0.001$)؛ اما بین اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی ($p = 0.628$) و افزایش بهزیستی ذهنی ($p = 0.920$) تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری، تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد را بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش بهزیستی ذهنی نشان داد ($p < 0.001$). تفاوت آماری معناداری بین میانگین‌های مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای مشکلات روان‌شناختی ($p = 0.124$) و بهزیستی ذهنی ($p = 0.176$) مشاهده نشد که ماندگاری تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد را در مرحله پیگیری نشان داد.

۴ بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود. نتایج پژوهش نشان داد، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت معناداری باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شد. در تبیین اثربخشی این آموزش بر کاهش مشکلات روان‌شناختی می‌توان گفت، استفاده از مؤلفه‌های درمان شناختی-رفتاری و ازجمله حل مسئله اجتماعی سبب اعتمادبه‌نفس خواهد شد. این امر تقویت احساس شایستگی و تسلط را در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به‌دنبال دارد که پیامد آن حمایت اجتماعی برای آنان است. استفاده از نظام‌های حمایت اجتماعی به مادران کمک می‌کند با رویدادهای تنش‌زا مقابله کنند (۱۱). نتایج پژوهشی مشخص کرد، افرادی که از نظام حمایت اجتماعی خوبی برخوردار هستند، کمتر مضطرب و افسرده می‌شوند و درمقایسه با افرادی که نظام حمایت اجتماعی ضعیفی دارند، به زندگی

تحریف‌های شناختی بیشتر می‌شود. آگاهی از این عادت‌های ذهن موجب کاهش قدرت آنان می‌شود (۲۰). رویکرد ذهن‌آگاهی انفعالی، تمرکززدایی بیماران را از قضاوت روی افکار و هیجانات و احساسات بدنی ناراحت‌کننده تسهیل می‌کند. در این روش به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند؛ به جای آنکه آن‌ها را قسمتی از خود یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این واکنش پیشگیرانه درمقابل افکار و احساسات منفی به افراد کمک می‌کند بعد از تجربه هیجان‌های منفی به سرعت به حالت تعادل قبلی برسند (۱۲). نظریه سبک‌های پاسخی نولن-هوکسما مطرح کرد، افرادی که برای مقابله با علائم افسردگی خود راهبردهای تکراری و منفعلانه به کار می‌برند با این کار موجب طولانی‌شدن سیر علائم افسردگی خود می‌شوند (به نقل از ۱۹). احتمال دارد بتوان برای تبیین دیگر این یافته به تعمیم فن ذهن‌آگاهی گسلیده متوسل شد. درمانگر به بیمار آموزش می‌دهد تا بتواند ذهن‌آگاهی گسلیده را برای هرگونه پیامد کابوس‌ها به کار برد. پس از آن، در گام بعدی بررسی وجود راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی انجام می‌شود که برای سازگاری زیان‌بخش است.

درخصوص نتایج دیگر پژوهش حاضر درباره نبود تفاوت بین مداخلات درمانی یعنی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت، در هر دو درمان زمانی که افراد به مدت طولانی براساس باورهای غیرمنطقی خود عمل می‌کنند، این باورها نسبتاً پایدار می‌شوند و به‌ویژه در موقعیت‌های فشارزا، به‌صورت خودکار عمل خواهند کرد؛ همچنین اجازه نمی‌دهند باورهای منطقی (که در فرایند آموزش روان‌درمانی فراگرفته است)، جایگزین باورهای غیرمنطقی شود. هر دو روش درمانی در فرمول‌بندی بالینی و استفاده از تکنیک‌ها به‌منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی (افزایش فعالیت با فعال‌سازی رفتاری در هر سه رویکرد، ارزشمند زیستن و ذهن‌آگاهی در درمان تعهد پذیرش) نیاز به تمرین و گذشت زمان طولانی دارد تا این باورها جایگزین سبک‌های اسنادی بدبینانه و کلی و پایدار در افراد شود (۱۴)؛ ازاین‌رو هر دو رویکرد با تغییر استرس، اضطراب و افسردگی موقعیتی و انزوایابی و کار روی سطوح اجتناب رفتاری شناختی و هیجانی منجر به اثربخشی به یک اندازه شده است که این بیشتر به بعد اشتراک درمانی مربوط می‌شود. در تبیین دیگر این نتایج می‌توان به این نکته اشاره کرد که باتوجه به تأثیرگذاری باورهای بنیادی و افکار خودآیند منفی بر هیجان‌های منفی شخص و نیز چسبندگی زیاد افراد با آسیب‌پذیری روان‌شناختی به این باورها (معطوف بودن باورها بیشتر به علائم جسمانی و شناختی و هیجانی)، در برخورد و تلاش برای تغییر این باورها نیاز است در مرحله اول شخص باورهای مذکور را برطبق الگوی درمانی بپذیرد و به‌صورت غیرمستقیم این تغییر را ایجاد کند؛ این موضوع به‌روشنی در اصول هر دو رویکرد مشاهده می‌شود (۶). در تبیین دیگر می‌توان به افزایش ارتباطات اجتماعی و درنهایت حمایت اجتماعی اشاره کرد که این افراد در نتیجه مداخله‌ها فرامی‌گیرند و از آن‌ها بهره می‌برند؛ به‌دلیل خلق افسرده و تحریک‌پذیری زیاد، اغلب این افراد از لحاظ روابط بین‌فردی مشکلات زیادی دارند و با افزایش

ارتباطات و به‌دنبال آن حمایت‌های اجتماعی می‌توان احساس تنهایی، افسردگی، انزوایابی و اضطراب را تا حد زیادی کاهش داد (۱۷). ازسویی در درمان شناختی-رفتاری، تکنیک‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری که درآمیختگی افکار را به‌چالش بکشد، مدنظر قرار می‌گیرد؛ ازاین‌رو، در تکنیک‌های شناختی به‌کارگرفته‌شده در پژوهش حاضر، از این اصول و تکنیک‌ها نیز استفاده شد (۲۵). از منظر دیگر، مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم در کنار یادگیری و آموزش تکنیک‌ها و اصول مدنظر برای مقابله با سطوح عینی تفکر، تکنیک‌های فراشناختی را نیز می‌آموزند که در این تکنیک‌ها، افراد از نشخوارهای ذهنی جدا می‌شوند و از تسلسل افکار معیوب و هیجانات منفی ناشی از آن رهایی می‌یابند؛ به‌نحوی که این شیوه درمانی باعث می‌شود افراد به طریقی با افکار خود ارتباط برقرار کنند که مقاومت و تحلیل ادراکی کمتری برای آنان به‌وجود آید و به‌صورت انعطاف‌پذیری بر عوامل تهدیدکننده کنترل و نظارت داشته باشند (۱۲).

محدودیت مهم‌تر پژوهش حاضر، کنترل‌نکردن عوامل اجتماعی، اقتصادی، تحصیلی و ویژگی‌های شخصیتی بود. محدودیت دیگر این مطالعه دانه‌سنی ۴۵ تا ۵۵ سال برای هر گروه بود. باتوجه به لزوم توجه چندوجهی به درمان با بهره‌گیری از الگوهای زیستی، روانی، هیجانی و مثبت‌نگر پیشنهاد می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بیش از پیش در برنامه‌های درمانی جاری کشور در نظر گرفته شود. از آنجاکه رفتارهای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ماهیت تکرارشونده و عاداتی دارند، برای پیشگیری از این رفتارها می‌توان مهارت‌های غلبه بر نقص کنترل بیماری و تقویت حس خودکارآمدی و تاب‌آوری را پرورش داد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، استفاده از مداخلات مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش بهزیستی ذهنی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌شود. همچنین بین اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تفاوت معناداری وجود ندارد.

۶ تشکر و قدردانی

از داوران محترم، شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر و همچنین مسئولان مربوط در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است که به‌شماره کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1399.026 و پس از دریافت مجوزهای لازم و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان اجرا شد.

رضایت برای انتشار

داده‌های جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر تنها به‌صورت خام در اختیار

پژوهشگران است تا مراکز مربوط رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند در صورت لزوم برای صحت‌سنجی، آن‌ها را بررسی کنند. منابع مالی تمامی هزینه‌های این پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است. مشارکت نویسندگان همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند. داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع
نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

References

- Hyman SL, Levy SE, Myers SM, Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Kuo DZ, Apkon S, et al. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>
- Tint A, Weiss JA. Family wellbeing of individuals with autism spectrum disorder: a scoping review. *Autism*. 2016;20(3):262–75. <https://doi.org/10.1177/1362361315580442>
- Zhou B, Xu Q, Li H, Zhang Y, Wang Y, Rogers SJ, et al. Effects of parent-implemented early start Denver model intervention on Chinese toddlers with autism spectrum disorder: a non-randomized controlled trial: effects of P-ESDM in China. *Autism Res*. 2018;11(4):654–66. <https://doi.org/10.1002/aur.1917>
- Rogers SJ, Estes A, Vismara L, Munson J, Zierhut C, Greenson J, et al. Enhancing low-intensity coaching in parent implemented early start Denver model intervention for early autism: a randomized comparison treatment trial. *J Autism Dev Disord*. 2019;49(2):632–46. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3740-5>
- Malucelli ERS, Antoniuk SA, Carvalho NO. The effectiveness of early parental coaching in the autism spectrum disorder. *J Pediatr*. 2021;97(4):453–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.09.004>
- Zhao JQ, Zhang XX, Wang CH, Yang J. Effect of cognitive training based on virtual reality on the children with autism spectrum disorder. *Current Research in Behavioral Sciences*. 2021;2:100013. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2020.100013>
- Frantz R, Hansen SG, Machalicek W. Interventions to promote wellbeing in parents of children with autism: a systematic review. *Rev J Autism Dev Disord*. 2018;5(1):58–77. <https://doi.org/10.1007/s40489-017-0123-3>
- Vismara LA, McCormick CEB, Shields R, Hessel D. Extending the parent-delivered early start Denver model to young children with fragile X syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2019;49(3):1250–66. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3833-1>
- Ghanouni P, Jarus T, Zwicker JG, Lucyshyn J, Mow K, Ledingham A. Social stories for children with autism spectrum disorder: validating the content of a virtual reality program. *J Autism Dev Disord*. 2019;49(2):660–8. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3737-0>
- Freeman D, Reeve S, Robinson A, Ehlers A, Clark D, Spanlang B, et al. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychol Med*. 2017;47(14):2393–400. <https://doi.org/10.1017/S003329171700040x>
- Maskey M, Rodgers J, Grahame V, Glod M, Honey E, Kinnear J, et al. A randomised controlled feasibility trial of immersive virtual reality treatment with cognitive behaviour therapy for specific phobias in young people with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2019;49(5):1912–27. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3861-x>
- Boonen H, van Esch L, Lambrechts G, Maljaars J, Zink I, Van Leeuwen K, et al. Mothers' parenting behaviors in families of school-aged children with autism spectrum disorder: an observational and questionnaire study. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(11):3580–93. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2506-6>
- Maljaars J, Boonen H, Lambrechts G, Van Leeuwen K, Noens I. Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2014;44(3):501–12. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-013-1894-8>
- Tamanaiefar MR, Ghiyasi E. Moghayeseye behzisti ravanshenakhti madaran daraye farzandan kam tavan zehni va madaran daraye farzandan aadi [Comparison of psychological wellbeing of mothers with intellectually disabled children and mothers with normal children]. *Journal of Advanced Progresses in Psychology, Education Sciences and Education*. 2017;1(1):17–25. [Persian]
- Rostami R, Bidadian M, Bahramizadeh H. Cognitive behavioral therapy for depression: a practical guide for Therapists. Tehran: Arjmand Publications; 2019. [Persian]
- Wong DFK, Ng TK, Ip PSY, Chung ML, Choi J. Evaluating the effectiveness of a group CBT for parents of ADHD children. *J Child Fam Stud*. 2018;27(1):227–39. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0868-4>
- Samadzadeh A, Salehi M, Banijamali SS, Ahadi H. The comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with mindfulness training on psychological self-care behavior in patients with type 2

- diabetes. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(73):45–54. [Persian]
18. Nazer M, Riyahi N, Mokhtaree M. The effect of stress management training with cognitive behavioral style on stress and mental health of parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Rehabilitation*. 2016;17(1):30–9. [Persian] <http://dx.doi.org/10.20286/jrehab-170130>
 19. Howell AJ, Passmore HA. Acceptance and commitment training (ACT) as a positive psychological intervention: a systematic review and initial meta-analysis regarding ACT's role in wellbeing promotion among university students. *J Happiness Stud*. 2019;20(6):1995–2010. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0027-7>
 20. Reeve A, Tickle A, Moghaddam N. Are acceptance and commitment therapy-based interventions effective for reducing burnout in direct-care staff? A systematic review and meta-analysis. *Mental Health Review Journal*. 2018;23(3):131–55. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-11-2017-0052>
 21. French K, Golijani-Moghaddam N, Schröder T. What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? a systematic review and meta-analysis. *J Contextual Behav Sci*. 2017;6(4):360–74. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.002>
 22. Ahmadi A, Raeisi Z. The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. *Child Mental Health*. 2018;5(3):59–79. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-349-en.html>
 23. Mansouri A, Korozhde N. The effectiveness of the acceptance and commitment therapy on the intolerance of uncertainty, worry and insomnia in mothers of children with autism spectrum disorder. *J Res Behav Sci*. 2017;15(3):347–53. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-551-en.html>
 24. Ejei J, Sayad Shirazi M, Gholamali Lavasani M, Kasaei Esfahani A. Compare the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on reducing anxiety of mothers of autistic children. *Journal of Psychology*. 2018;22(1):3-21. [Persian] <https://rimag.ricest.ac.ir/ar/Article/21263>
 25. Hahs AD, Dixon MR, Paliliunas D. Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *J Contextual Behav Sci*. 2019;12:154–9. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.002>
 26. Emamdoost Z, Teimory S, Khoyneshad GR, Rajaei AR. Comparison the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and reality therapy on cognitive emotion regulation in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Psychological Science*. 2020;19(89):647–55. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-537-en.html>
 27. Albehbahani M, Keykhosravani M, Amini N, Narimani M, Jamei B. A comparison of the effectiveness of interventions based on min dfulness for mothers and legotherapy training on the symptoms of autism disorder in children. *Journal of Psychological Science*. 2021;20(97):103–12. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-997-en.html>
 28. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2013. [Persian]
 29. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335–43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
 30. Keyes CLM, Magyar-Moe JL. The measurement and utility of adult subjective wellbeing. In: Lopez SJ, Snyder CR; editors. *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures*. Washington: American Psychological Association; 2003. <https://doi.org/10.1037/10612-026>
 31. Hawton K, Salkovskis P, Krik J, Clark DM. *Cognitive behavior therapy*. New York: Oxford University Press; 1990.
 32. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.