

Effectiveness of group-base acceptance and commitment therapy on mindfulness and acceptance in mothers of children with autism spectrum disorders

Andisheh Heidarian Samani¹, *Ilmaz Sajjadian², Somayeh Heidary Shadehee³

Author Address

1. MA in Psychology, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Assistant professor, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3. MA in Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.

*Corresponding Author Address: Isfahan, Arghavanie, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

*Tel: +98 (21) 33002388; *E-mail: i.sajjadian@khuif.ac.ir

Received: 2017 January 2; Accepted: 2017 February 27.

Abstract

Background and objective: Psychological distress is a general term used to describe unpleasant feeling. In other words, it is a mental illness that interferes with activities of daily person. Mothers of children with autism spectrum disorder often experience severe difficulties and stress. In order to limit excessive clinical referrals to specialist psychological services and rehabilitation, there is a need to identify alternative psychological treatments. Having children with autism spectrum disorder is a cause of stress for mothers and affect their emotions. Acceptance and Commitment Therapy is thought to help individuals to accept feeling as feeling and thoughts as thoughts. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effect of group-based Acceptance and Commitment Therapy on mindfulness and acceptance in mothers of children with autism spectrum disorders.

Methods: This is a multiple time series pretest-posttest control group quasi-experimental study. Random sampling was used to recruit 30 mothers of children with autism spectrum disorders under auspices of Iranian Welfare Organization in Isfahan-Iran in autumn 2015. The participants were randomly assigned experiment and control groups in equal numbers. The experimental group received Acceptance and Commitment therapy for 8 sessions of 90 minutes. The research instruments were five facet Mindfulness Questionnaire developed by Bayer et al. (2006) and Acceptance and Action Questionnaire developed by Band et al. (2011). Repeated measures analysis of variance (ANOVA) was used to analyze the data.

Results: The results showed significant differences between the control and experimental groups in all facet of mindfulness expect non-judgment and acceptance of mothers ($p < 0.05$).

Conclusion: It can be concluded that commitment based therapy affects mindfulness, observation, description and lack of response not only in the post-test but also at follow-up tests. Therefore, this method can be used to raise mindfulness and acceptance of mothers having children with an autism spectrum disorder.

Keywords: Mindfulness, Acceptance, Autism Spectrum Disorder, Acceptance and Commitment Based Therapy.

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن آگاهی و پذیرش مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

اندیشه حیدریان سامانی^۱، *ایلناز سجادیان^۲، سمیه حیدری شادهی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛
۲. دکترای روانشناسی، استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛
۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛
*آدرس نویسنده مسئول: اصفهان/ارغوانیه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی.
تلفن: ۰۳۱-۳۵۰۰۲۳۸۸ *وایاتامه: i.sajadian@khu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ دی ۱۳۹۵؛ تاریخ پذیرش: ۹ اسفند ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات طیف اوتیسم یکی از بیماری‌های عصبی‌رشدی دوران کودکی است که والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن آگاهی و پذیرش مادران با کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مراجعه‌کننده به آموزشگاه‌های استثنائی زیر نظر بهزیستی شهر اصفهان بود. نمونه‌گیری در یک مرکز مشخص به شیوه در دسترس انجام شد. ۳۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله و یک‌ماه بعد در مرحله پیگیری، به پرسشنامه‌های پژوهش شامل پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن آگاهی بائر و همکاران و پذیرش و عمل نسخه دوم باند و همکاران پاسخ دادند. در گروه آزمایش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس بسته درمانی لیلیس و همکاران انجام شد؛ اما مداخله‌ای بر گروه کنترل صورت نگرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های تکراری نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله از پژوهش، در نمرات همه وجوه ذهن آگاهی، مشاهده ($p < 0.001$)، توصیف ($p = 0.015$)، اقدام آگاهانه ($p < 0.001$) و غیرواکنشی بودن ($p = 0.021$) و متغیر پذیرش ($p = 0.019$) تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج، برای افزایش ذهن آگاهی و بهبود پذیرش مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌توان از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، پذیرش، اختلال طیف اوتیسم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

اختلال طیف اوتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلال فراگیر رشد است که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل و تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است. این بیماری سبب اختلال طیف اوتیسم به عنوان یک اختلال واحد، شامل اوتیسم، سندرم آسپرگر، اختلال ازهم‌گسیختگی کودکی و سایر اختلالات تکاملی تعیین نشده، تعریف شده است (۱). هرساله بر آمار کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم افزوده می‌شود تا آنجا که مؤسسه ملی بهداشت روان آمریکا میزان شیوع این اختلال را در سال ۲۰۱۰، یک فرد در ۹۹ نفر تخمین زده است. در حال حاضر، نرخ شیوع اختلال طیف اوتیسم در آمریکا و سایر کشورها، هم در کودکان و هم در بزرگسالان حدود یک درصد است (۱). در هر اختلال مزمنی، پس از مراجعه به پزشک و انجام معاینه‌ها و آزمایش‌های متعدد، اختلال تشخیص داده می‌شود به‌خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به‌خصوص مادران دارای کودکان اوتیسم از تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (۲). به محض آگاهی والدین از ناتوانی فرزند خود تمام آرزوها و امیدها به یأس تبدیل شده و مشکلات والدین شروع می‌شود (۳). لذا پرداختن به مسائل مادران این گروه از کودکان و ارائه راهبردهای روان‌درمانی برای آن‌ها اهمیت دارد.

ذهن‌آگاهی به تجربه‌ای برمی‌گردد که در آن فرد به‌شیوه‌ای خاص و هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت، به درون و بیرون خود آگاهی می‌یابد (۴). پذیرش مادران نیز نشانه کفایت روابط مادر و کودک در رابطه با ابراز عواطف صادقانه و علاقه به فعالیت‌های کودک، پیشرفت و درک کودک است (۵). پذیرش، جایگزینی برای اجتناب تجربه‌ای است. پذیرش عبارت است از: به آغوش کشیدن آگاهانه و فعال تجربه‌های درونی فرد؛ بدون اینکه بی‌جهت برای تغییر شکل یا فراوانی آن‌ها تلاش شود (۶).

افزایش حجم مراجعه‌های بالینی به متخصصان مراکز خدمات روان‌شناختی و توان‌بخشی، ضرورت شناسایی نیازهای درمان روان‌شناختی مادران را محرز می‌سازد. در واقع کودک دارای اختلال طیف اوتیسم به عنوان یک عامل فشار روانی برای مادران، می‌تواند هیجانات آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی مادران را برای مقابله و پذیرش مشکلات کودک کاهش دهد (۷).

پرایس بانهم و آدیسون (۸) در پژوهشی نشان دادند که انبوهی از هیجانات در والدین وجود دارد که ناشی از تجارب درگیر شدن با کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم است. به محض اینکه والدین وضعیت کودکان را می‌فهمند، هیجاناتی مانند هراس، دوگانگی، انکار، احساس گناه، غم، شرم، ترحم به‌خود، غصه، افسردگی و آرزوی مرگ فرزندشان را تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای که کوالکوسکی (۹) با هدف مقایسه تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان سنتی، بر والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم انجام داد، نتایج نشان داد: مادرانی که در شرایط درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار داشتند افزایش‌هایی در پذیرش مثبت مراقبان مشاهده شد.

نتایج پژوهش کورنر و وایت (۱۰) نشان داد که مداخله‌های مبتنی بر

ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، مؤثر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی به مداخله‌های روان‌شناختی است که نه براساس فنون مشخص، بلکه براساس فرآیندهای نظری معینی تعریف می‌شود. براساس مفاهیم نظری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک مداخله روان‌شناختی براساس روان‌شناسی رفتاری مدرن است که نظریه چارچوب ارتباطی را شامل می‌شود در این نظریه از فرآیندهای توجه‌آگاهی و پذیرش و نیز تعهد و تغییر رفتار استفاده‌شده تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حاصل شود (۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرآیند مرکزی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد، دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (۱۱). براساس این رویکرد رنج و تعهد انسان‌ها در انعطاف‌ناپذیری روانی ریشه دارد که از آمیختگی شناختی و اجتناب از تجارب ایجاد شده است (۱۲). در پذیرش و تعهد، معنای رضایت از زندگی به‌دست آوردن هرچه می‌خواهیم نیست بلکه به معنای رضایت از تجارب، پذیرش آنان و مواجهه با موقعیت‌های هیجانی منفی است (۱۳). رویکرد پذیرش و تعهد به‌شدت بر استفاده از استعاره‌ها، برای اصلاح روابط میان عاطفه و شناخت و رفتار تمرکز کرده و آن‌ها را مؤلفه‌های زبان‌شناختی و فرهنگی ایجاد کرده‌اند. هدف، تضعیف موانع برای ایجاد تغییرات است (۱۲). با توجه به مشکلات مربوط به توانایی ارتباط، افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، اغلب رفتارهای افراطی (رفتارهای کج‌خلقی یا تکانشگری) را نشان می‌دهند که مادران این کودکان را بیشتر دچار مشکل می‌کند (۱۴). با کمک به والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و آموزش تکنیک‌هایی مثل تمایل و پذیرش و گسلش شناختی، آن‌ها یاد می‌گیرند تا برخی از موانع زندگی‌شان را شناسایی و به آن‌ها بپردازند. به نظر می‌رسد گسلش شناختی، در به‌دست آوردن انعطاف‌پذیری در مقابل موقعیت‌های پریشان‌کننده‌ای که بر مبنای ارزیابی شناختی است، به والدین کمک کند. با توجه به شیوع این اختلال و مشکلات روان‌شناختی مادران و کمبود پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن‌آگاهی و پذیرش مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام گرفت.

۲ روش بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مراجعه‌کننده به مراکز آموزشگاهی استثنایی، زیر نظر سازمان بهزیستی (چهارم‌مرکز) شهر اصفهان، در پاییز ۱۳۹۴ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌شیوه در دسترس بود. از چهار مرکز آموزشگاهی استثنایی زیر نظر سازمان بهزیستی، یک مرکز در نظر گرفته شد. از میان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز مذکور، تعداد ۳۰ نفر آزمودنی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بوده و حجم نمونه ۱۵ نفره، برای این نوع تحقیق کافی است (۱۵).

درمان شامل ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای و برنامه درمان، برگرفته از جلسه‌های درمانی لیلیس و همکاران (۱۶) بود؛ اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای تا پایان مرحله پیگیری دریافت نکرد. در هر جلسه از استعاره‌ها و تمرین‌های آن جلسه استفاده و در پایان هر جلسه هم تکالیفی داده می‌شد. در جلسه آخر پس‌آزمون اجرا شد. موضوع و

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه اول:	۱. معرفی آشنایی؛ ۲. قوانین حاکم بر جلسات؛ ۳. بررسی انتظارات بیماران از درمان؛ ۴. مرور درمان‌های استرس، پذیرش؛ ۵. رور درمان و اهداف این برنامه؛ ۶. تکلیف خانگی
جلسه دوم:	۱. مرور تکلیف خانگی؛ ۲. رابطه بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین؛ ۳. پذیرش والدین؛ ۴. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه دوم و ارائه تمرین خانگی
جلسه سوم:	۱. پذیرش استرس؛ ۲. پی‌بردن به ارزش‌های زندگی؛ ۳. تمرین پذیرش و مراقبت؛ ۴. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه سوم و ارائه تمرین خانگی
جلسه چهارم:	۱. روشن کردن ارزش‌ها؛ ۲. موانع ارزش‌ها؛ ۳. اهداف و اعمال (رفتارها)؛ ۴. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه چهارم و ارائه تمرین خانگی
جلسه پنجم:	۱. مرور تکلیف خانگی و شروع فعالیت؛ ۲. ترفندهای ذهنی؛ ۳. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه پنجم و ارائه تمرین خانگی
جلسه ششم:	۱. بازخورد؛ ۲. برنامه‌ریزی عمل؛ ۳. خودمشاهده‌گر؛ ۴. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه ششم و ارائه تمرین خانگی
جلسه هفتم:	۱. تمایل؛ ۲. تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع؛ ۳. جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه هفتم و ارائه تمرین خانگی
جلسه هشتم:	۱. تعهد؛ ۲. عود؛ ۳. خداحافظی؛ ۴. تکلیف دائم
حفظ دستاوردهای درمان	

لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی به ندرت=۲، به ندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش کمتر و اجتناب تجربی بیشتر است. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه را باند و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهش دیگری، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد (۱۹). در تحقیقی که ایمانی انجام داد ضریب پایایی (همسانی درونی) پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب پایایی (بازآزمایی) آن در کل نمونه ۰/۷۱ است (۲۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۷ سؤال برابر با ۰/۹۲ به دست آمده است. به منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، شرکت‌کنندگان با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه‌ها به صورت گروهی تحلیل می‌شود. برای تجزیه و تحلیل آماری از SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های تکراری صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب مرحله ارزیابی و عضو شدن گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش برای سنجش ذهن‌آگاهی از پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی^۱ استفاده شد. این پرسشنامه ابزاری است که وجوه مختلف ذهن‌آگاهی را ارزیابی می‌کند. این وجوه شامل مشاهده، توصیف، اقدام آگاهانه، غیرقضاوتی بودن و غیرواکنشی بودن است. این عوامل از طریق پرسشنامه خودگزارشی ۳۹ سؤالی اندازه‌گیری می‌شود. پاسخ‌ها براساس مقیاس پنج درجه لیکرت «هرگز یا خیلی به ندرت صحیح است» تا «اغلب اوقات یا همیشه صحیح است» کدگذاری می‌شود. مقیاس‌های پنج‌بعدی از همسانی درونی زیادی برخوردار است (۱۷). در پژوهشی که سجادیان انجام داد پایایی ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ، برای کل پرسشنامه (۰/۸۱) رضایت‌بخش بوده است (۱۸).

ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه: در این پژوهش برای کل پرسشنامه ذهن‌آگاهی برابر ۰/۷۹، در بُعد مشاهده برابر ۰/۶۳، بُعد توصیف ۰/۶۳، بُعد اقدام آگاهانه برابر ۰/۸۴، در بُعد غیرقضاوتی بودن برابر ۰/۸۰ و در بُعد غیرواکنشی بودن برابر با ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین برای سنجش میزان پذیرش آزمودنی‌ها از پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم^۲ استفاده شده است. این پرسشنامه را باند و همکاران برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش، به‌ویژه درباره اجتناب تجربی و احساس‌های ناخواسته تدوین کردند و دارای ۷ سؤال است سؤال‌های این پرسشنامه براساس میزان توافق درک مقیاس

۲. Acceptance and action questionnaire-ii

۱. Five facet mindfulness questionnaire

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه‌ها					
	آزمایش			کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
کل نمره	۱۰۸/۶	۱۱۵/۸	۱۲۶/۸۷	۱۰۷/۲۷	۱۰۷/۷۳	۱۰۷/۸
ذهن‌آگاهی	۹/۸۶	۱۲/۸۳	۵/۵۹	۱۹/۴	۱۹/۵۲	۱۸/۷۸
مشاهده	۲۶/۰۷	۳۰/۲	۳۷/۱۳	۲۵/۱۳	۲۵	۲۵/۱۳
توصیف	۴/۲۶	۴/۴۵	۳/۳	۵/۴	۵/۳۹	۵/۶۵
اقدام آگاهانه	۲۰/۲۶	۲۲/۶۷	۲۷/۳۳	۲۰/۲۷	۲۰/۲	۲۰/۲
غیرقضاوتی بودن	۲/۸۹	۳/۹۴	۲/۲۵	۴/۵	۴/۳	۴/۲۶
غیرواکنشی بودن	۲۵/۶۷	۲۷/۶۷	۳۴/۴	۲۶/۸	۲۶/۳۳	۲۵/۸۷
پذیرش	۷/۲۷	۶/۹۹	۳/۳۵	۶/۸۸	۶/۹۹	۷/۱۹
	۲۱/۱۳	۲۱/۶	۲۰/۸۷	۲۰/۶	۲۰/۴	۲۰/۸
	۵/۲۲	۵/۰۹	۱/۹۲	۵/۷۵	۵/۸۱	۵/۲۷
	۱۹/۰۷	۲۲/۲	۲۷/۶۷	۱۹/۲۷	۱۹/۲۶	۱۹/۱۳
	۳/۴	۳/۱۷	۲/۱۳	۵/۷۵	۵/۵۶	۵/۳
	۳۴/۳۳	۳۶/۸۷	۴۱/۰۷	۳۲/۸	۳۲/۷۳	۳۲/۶۶
	۱۲/۰۵	۹/۲۸	۶/۸	۹/۲۲	۸/۸۷	۸/۰۴

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین نمرات در همه متغیرها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش افزایش یافته است. جهت تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری پیش‌فرض‌ها بررسی شد. آزمون باکس-مبنی بر تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیر در همه متغیرهای پژوهش تأیید شد. همچنین با استفاده از آزمون ماچلی مشاهده شد که پیش‌فرض یکنواختی کواریانس‌ها در همه وجوه ذهن‌آگاهی به‌جز

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری درخصوص متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون

و پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	منبع	F	مقدار p	اندازه اثر	توان آماری
کل نمره ذهن‌آگاهی	مراحل پژوهش	۲۳/۲۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۳	۱/۰۰۰
	گروه‌ها	۴۰/۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۱	۱/۰۰۰
مشاهده	مراحل پژوهش	۲۸/۷۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۶	۱/۰۰۰
	گروه‌ها	۱۵/۴۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۵	۰/۹۶۶
توصیف	مراحل پژوهش	۲۰/۷۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۶	۱/۰۰۰
	گروه‌ها	۶/۷۸۶	۰/۰۱۵	۰/۱۹۵	۰/۸۸۵
اقدام آگاهانه	مراحل پژوهش	۹/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۳	۰/۹۸
	گروه‌ها	۱۴/۴۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱/۰۰۰
غیرقضاوتی بودن	مراحل پژوهش	۰/۰۳۴	۰/۹۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۴
	گروه‌ها	۰/۳۱۳	۰/۷۲۱	۰/۰۰۵	۰/۰۶۴
غیرواکنشی بودن	مراحل پژوهش	۲۸/۹۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۸	۱/۰۰۰
	گروه‌ها	۵/۹۶۵	۰/۰۲۱	۰/۱۷۶	۰/۸۸۵
پذیرش	مراحل پژوهش	۴/۷۸۵	۰/۰۲۸	۰/۱۴۶	۰/۶۲۶
	گروه‌ها	۶/۲۴۶	۰/۰۱۹	۰/۱۲۸	۰/۶۷۵

براساس جدول ۳، نمره کل ذهن‌آگاهی ($p < ۰/۰۰۱$)، و عوامل مشاهده ($p < ۰/۰۰۱$)، توصیف ($p < ۰/۰۰۱$) و اقدام آگاهانه ($p < ۰/۰۰۱$) و

غیرواکنشی بودن ($p < 0/001$) و نیز متغیر پذیرش ($p = 0/028$) در سه مرحله از اندازه‌گیری در این پژوهش، معنادار است. نتایج نشان داد که به‌ترتیب نزدیک به ۵۹، ۳۵/۵، ۱۹/۵، ۳۴ و ۱۷/۶ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای ذهن‌آگاهی و ابعاد مشاهده، توصیف، اقدام آگاهانه و غیرواکنشی بودن، به تأثیر مداخله مربوط است. همچنین ۱۸/۲ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر پذیرش به تأثیر مداخله مربوط بوده است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت بین مراحل پژوهش در گروه آزمایش در همه متغیرها به‌جز متغیر جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	مقدار p
ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون پس‌آزمون	-۳/۸۳۳	۱/۱۵۹	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون پیگیری	-۹/۴	۱/۴۷۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون پیگیری	-۵/۵۶۷	۱/۵	<۰/۰۰۱
مشاهده	پیش‌آزمون پس‌آزمون	-۲	۰/۷۶۸	۰/۰۱۵
	پیش‌آزمون پیگیری	-۵/۵۳۳	۰/۷۷۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون پیگیری	-۳/۵۳۳	۰/۶۶۶	<۰/۰۰۱
توصیف	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۱/۱۶۷	۰/۵۶۱	۰/۰۴۷
	پیش‌آزمون پیگیری	-۳/۵	۰/۵۵۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون پیگیری	-۲/۳۳	۰/۵۴۵	<۰/۰۰۱
اقدام آگاهانه	پیش‌آزمون پس‌آزمون	-۰/۷۶۷	۰/۷۴۸	۰/۳۱۴
	پیش‌آزمون پیگیری	-۳/۹	۱/۰۲۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون پیگیری	-۳/۱۳۳	۰/۹۸۷	۰/۰۰۳
غیرواکنشی بودن	پیش‌آزمون پس‌آزمون	۰/۱۳۳	۰/۴۹۸	۰/۷۹۱
	پیش‌آزمون پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۷۶۱	۰/۸۲۸
	پس‌آزمون پیگیری	-۰/۳۳	۰/۷۴۹	۰/۹۶۵
غیرواکنشی بودن	پیش‌آزمون پس‌آزمون	-۱/۵۶۷	۰/۵۴۱	۰/۰۰۷
	پیش‌آزمون پیگیری	-۴/۲۳۳	۰/۶۵۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون پیگیری	-۲/۶۶۷	۰/۴۸	<۰/۰۰۱
پذیرش	پیش‌آزمون پس‌آزمون	-۱/۲۳۳	۱/۲۱۱	۰/۳۱۷
	پیش‌آزمون پیگیری	-۳/۳۰۰	۱/۳۲۰	۰/۰۱۹
	پس‌آزمون پیگیری	-۲/۰۶۷	۰/۵۲۵	<۰/۰۰۱

($p < 0/05$)

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در جدول ۴ نشان داد که در متغیر ذهن‌آگاهی وجه مشاهده، توصیف و غیرواکنشی بودن، تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون به‌ترتیب ($p < 0/001$)، ($p = 0/047$)، ($p = 0/007$)، ($p = 0/015$) مشاهده شد که معنادار است. در وجه اقدام آگاهانه و پذیرش، تفاوت پیش‌آزمون با پیگیری به‌ترتیب ($p < 0/001$) و ($p = 0/019$) معنادار به‌دست آمد؛ اما تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p = 0/314$) و ($p = 0/317$) معنادار نبود.

۴ بحث

نتایج پژوهش نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

باشد (۲۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت پذیرش غالباً توسط مراجع تحمل یا تسلیم (که مراجع ممکن است آن را به صورت شکست ببینید) تعبیر می‌شود. استعاره دو مقیاس در این درمان کمک می‌کند که مراجع مشکل را رها کند و متناسب با زندگی، آن را تجربه کند (۲۷). این روش به مراجع کمک می‌کند بجای انکار و درگیر شدن در افکار، مشکل را بپذیرد. در این پژوهش متغیر پذیرش در مرحله پیگیری معنادار به دست آمده است که به نظر می‌رسد مراجع برای رسیدن به پذیرش نیاز به گذشت زمان و تمرین دارد که تفکر شکست در آن تبدیل به پذیرش و قبول آن شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت: باتوجه به اینکه جامعه آماری این پژوهش، مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم بودند، تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها باید با احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین این پژوهش با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفت و با هیچ درمان روان‌شناختی دیگری مقایسه نشد. پیشنهاد می‌شود این رویکرد روی گروه‌های دیگری نیز اجرا شود تا تعمیم‌پذیری آن گسترش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود این روش درمانی با روش‌های درمانی روان‌شناختی دیگر، در این جامعه آماری مقایسه شود. جهت افزایش ذهن‌آگاهی، این روش درمانی را در مراکز مشاوره و روان‌درمانی (محیط‌های بالینی)، برای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به کار گیرند و جلسات و کارگاه‌های آموزشی را جهت مشاوران و درمان‌گران، با این رویکرد تشکیل دهند. همچنین جهت بهبود پذیرش، از این روش درمانی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی (محیط‌های بالینی)، برای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استفاده شود و جلسات و کارگاه‌های آموزشی جهت مشاوران و درمان‌گران با این رویکرد تشکیل شود.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افزایش ذهن‌آگاهی و بهبود پذیرش مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر بوده است. البته نتایج نشان می‌دهد که تأثیر این درمان نیاز به زمان دارد تا مادران بتوانند به پذیرش و ذهن‌آگاهی در همه وجوه آن دست یابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری، در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد، به فرد کمک می‌کند تا در زمان حال زندگی کرده و احساسات را به عنوان احساس و افکار را به عنوان افکار بپذیرد. در این درمان استفاده از استعاره‌ها و تمثیل‌ها و انجام تکالیف ساده و انجام درمان به صورت گروهی از جمله عوامل احتمالی بودند که باعث همکاری مادران و اثربخشی معنادار این درمان در تغییر وضعیت روانی آنان شد.

سلامت روان و افسردگی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، مؤثر است، به صورت غیرمستقیم هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توجه به حضور در لحظه و شکل‌گیری و درگیری در ارزش‌های شخصی مراجعان را افزایش می‌دهد (۲۲). واکنش‌های اولیه والدین به مسئله اوتیسم کودک می‌تواند بسیار متفاوت باشد؛ اما اغلب این واکنش‌ها تحت تأثیر باورهای مختلف پدر و مادر و محیط اطراف‌شان، دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسئله و کنارنیامدن با آن یا پیگیری شدید برای درمان، متفاوت‌اند (۲). به محض آگاهی والدین از ناتوانی فرزند خود تمام آرزوها و امیدها به یأس تبدیل شده و مشکلات والدین شروع می‌شود (۲۳) مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، همواره در افکار و گذشته و آینده خود غرق هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی جلسات، حضور در لحظه را با استفاده از استعاره‌هایی، از جمله استعاره لمس بدن آموزش می‌دهد و به مراجع می‌گوید: زندگی در اینجا و اکنون جاری است. شما باید به گونه‌ای رفتار کنید که از بودن در لحظه لذت ببرید؛ مثلاً هنگام خوردن غذا از خوردن لذت ببرید. مشکلات به این علت به وجود می‌آیند که انسان‌ها به شدت در گذشته یا آینده غرق می‌شوند و در نتیجه تماس با لحظه کنونی را از دست می‌دهند. تماس با اینجا و اکنون، اجتناب‌ها و کشمکش‌ها را تضعیف می‌سازد (۱۲) در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر وجه اقدام آگاهانه ذهن‌آگاهی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، تنها در دوره پیگیری مؤثر بوده است. شاید علت این مسئله این باشد که مادران در این وجه نیاز به تمرین و زمان بیشتر داشتند؛ لذا در مرحله پیگیری توانستند به افزایش ذهن‌آگاهی (وجه اقدام آگاهانه) دست یابند.

همچنین یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌های کوالکوکسی (۹) نشان داد: مادرانی که در شرایط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار داشتند، افزایش‌هایی در پذیرش مثبت مراقبان نشان داده‌اند. پذیرش شامل هوشیاری بدون قضاوت و فعالانه پذیرا بودن افکار و احساسات و خاطرات و علائم بدنی است؛ همان‌گونه که اتفاق می‌افتد (۲۴). خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تا زمانی که به پذیرش برسند، باید مراحل شامل انکار، افسردگی، خشم، چانه‌زنی را طی کنند. پذیرش چیزی نیست که برای مراجع توصیف شود، بلکه مهارتی است که بایستی به او آموخته شود (۲۵).

پذیرش هنگامی رخ می‌دهد که هیجانات در حیطه آگاهی باشند و به همان صورت که هستند، تجربه شوند، بدون آنکه تلاشی برای تغییر فراوانی یا شکل آن‌ها صورت گیرد. پذیرش یعنی پذیرفتن احساسات به عنوان یک واقعیت نیست، بلکه پذیرش احساسات به گونه‌ای است که شخص نیازی به تغییر دادن یا خلاص شدن از دست آن‌ها را نداشته

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5th ed. American Psychiatric Pub; 2013. [\[Link\]](#)
2. Autism Educational Center. The effects of autism on family structure [Internet]. 2015 Oct 15 [cited 2017 Nov 1]; Available from: [\[Link\]](#)
3. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27–45. [\[Link\]](#)
4. Roth B, Robbins D. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med*. 2004;66(1):113–23. [\[Link\]](#)
5. Gharanjik A. Aytrs parent and child parents relation quality with executive function in children with attention deficit hyperactivity disorder [Thesies for M.A in Psychology]. [Semnan, Iran]: Semnan University; 2011. [Persian] [\[Link\]](#)
6. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*. 2004;35(4):639–65. [\[Link\]](#)
7. Anan RM, Warner LJ, McGillivray JE, Chong IM, Hines SJ. Group Intensive Family Training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behav Intervent*. 2008;23(3):165–80. [\[Link\]](#)
8. Price-Bonham S, Addison S. Families and mentally retarded children: Emphasis on the father. *Family Coordinator*. 1978;27(3):221–30. [\[Link\]](#)
9. Kowalkowski J D. The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder. [Ph.D dissertation in Philosophy]. [Michigan, US]: Psychology Department, Estern Michigan university; 2012. [\[Link\]](#)
10. Conner CM, White SW. Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor. *Res Autism Spectr Disord*. 2014;8(6):617–24. [\[Link\]](#)
11. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1–25. [\[Link\]](#)
12. Gaudiano B. A review of acceptance and commitment therapy (ACT) and recommendations for continued scientific advancement. *The Scientific Review of Mental Health Practice*. 2011;8:5–22. [\[Link\]](#)
13. Ashja M, Farahbakhsh K, Sadrpoushan N, Sotoudeh Z. Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression of housewives in Tehran. *Cultural-Educational Quarterly of Women and Family*. 2013;7(19):167. [Persian] [\[Link\]](#)
14. Phetrasuwan S, Shandor Miles M. Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *J Spec Pediatr Nurs*. 2009;14(3):157–65. [\[Link\]](#)
15. Molavi H. Practical Guide to SPSS 10-13-14 in Behavioral Sciences. Isfahan: Poyesh Andisheh Publication; 2007. [Persian] [\[Link\]](#)
16. Lillis J, Hayes SC. Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *I Int J Behav Consult Ther*. 2008;4(1):30–40. [\[Link\]](#)
17. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney. Using self-report Assessment methods to Explore Facets of mindfulness; 2006. [\[link\]](#)
18. Sajjadian I. Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in people. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2016;5(2):23–40. [Persian] [\[Link\]](#)
19. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676–88. [\[Link\]](#)
20. Imani M. Factor Structure of psychological flexicurity questionnaire in students. *Journal of Educational and Learning Studies*. 2016;8(1):162–81.[Persian] [\[Link\]](#)
21. Spek V, Nyklíček I, Cuijpers P, Pop V. Predictors of outcome of group and internet-based cognitive behavior therapy. *J Affect Disord*. 2008;105(1–3):137–45. [\[Link\]](#)
22. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, First Edition: A New Approach to Preventing Relapse. Guilford Publications; 2002. [\[Link\]](#)
23. Johnson E, Hastings RP. Facilitating factors and barriers to the implementation of intensive home-based behavioural intervention for young children with autism. *Child Care Health Dev*. 2002;28(2):123–9. [\[Link\]](#)
24. Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. Springer Science & Business Media; 2004. [\[Link\]](#)
25. Iyzadi R. Assessing the effectiveness based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on symptoms of obsessive beliefs, quality of life, pshchological flexibility, depression and anxiety of patients with Obsessive-compulsive and practical treatment-resistant [Ph.D dissertation]. [Isfahan, Iran]: Isfahan University; 2013. [\[Link\]](#)
26. Hofmann SG, Asmundson GJG. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev*. 2008;28(1):1–16. [\[Link\]](#)

27. Abedi MR, Izadi R. Acceptance and Commitment Therapy. Tehran: Jungle Publication; 2016. [Persian] [[Link](#)]