MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

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

Andisheh Heidarian Samani[1], *Ilnaz Sajjadian[2], Somayeh Heidary Shadehee[3]

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@khuisf.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.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ذهن‌آگاهی 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 واحداصفهان(خوراسگان)، دانشکدهٔ علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی بالینی.

***تلفن:** ۳۵۰۰۲۳۸۸-۰۳۱؛ ***رایانامه:** i.sajjadian@khuisf.ac.ir

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

چکیده

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

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل و دورهٔ پیگیری یک‌ماهه بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مراجعه‌کننده به آموزشگاه‌های استثنائی زیرنظر بهزیستی شهر اصفهان بود. نمونه‌گیری در یک مرکز مشخص به‌شیوهٔ دردسترس انجام شد. ۳۰ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم براساس 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 مرحلهٔ پیگیری، به پرسشنامه‌های پژوهش شامل پرسشنامهٔ پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی بائر و همکاران و پذیرش و عمل نسخهٔ دوم باند و همکاران پاسخ دادند. در گروه آزمایش درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس بستهٔ 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 همهٔ وجوه ذهن‌آگاهی، مشاهده ($p<۰/۰۰۱$)، توصیف ($p=۰/۰۱۵$)، اقدام آگاهانه ($p<۰/۰۰۱$) و غیرواکنشی‌بودن ($p=۰/۰۲۱$) و متغیر پذیرش ($p=۰/۰۱۹$) تفاوت معنادار وجود دارد.

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

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، پذیرش، اختلال طیف اوتیسم، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]

۱ مقدمه

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 به‌عنوان 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 آنجاکه مؤسسهٔ ملی بهداشت روان آمریکا میزان شیوع این اختلال را در سال ۲۰۱۰، یک فرد در ۹۹ نفر تخمین زده است. درحال‌حاضر، نرخ شیوع اختلال طیف اوتیسم در آمریکا و سایر کشورها، هم در کودکان و هم در بزرگسالان حدود یک‌درصد 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). به‌محض آگاهی والدین از ناتوانی فرزند خود تمام آرزوها و امیدها به یأس تبدیل‌شده 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، درزمان‌حاضر و خالی از قضاوت، به درون و بیرون خود آگاهی می‌یابد (۴).

پذیرش مادران نیز نشانهٔ کفایت روابط مادر و کودک دررابطه با ابراز عواطف صادقانه و علاقه به فعالیت‌های کودک، پیشرفت و درک کودک است (۵). پذیرش، جایگزینی برای اجتناب تجربه‌ای است. پذیرش عبارت‌است‌از: به آغوش‌کشیدن آگاهانه و فعال تجربه‌های درونی فرد؛ بدون‌اینکه 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. درواقع کودک دارای اختلال طیف اوتیسم به‌عنوان یک عامل فشار روانی برای مادران، می‌تواند هیجانات آن‌ها را تحت‌تأثیر 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 ناشی‌از تجارب درگیرشدن با کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم است. به‌محض‌اینکه والدین وضعیت کودکان را می‌فهمند، هیجاناتی مانند هراس، دوگانگی، انکار، احساس‌گناه، غم، شرم، ترحم به‌خود، غصه، افسردگی و آرزوی مرگ فرزندشان را تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای که کوالکوسکی (۹) با هدف مقایسهٔ تأثیر گروه‌درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش و درمان سنتی، بر والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم انجام داد، نتایج نشان داد: مادرانی که در شرایط درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش قرار داشتند افزایش‌هایی در پذیرش مثبت مراقبان مشاهده شد.

نتایج پژوهش کورنر و وایت (۱۰) نشان داد که مداخله‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، مؤثر است. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد رویکردی به مداخله‌های روان‌شناختی است که نه براساس فنون مشخص، بلکه براساس فرآیندهای نظری معینی تعریف می‌شود. براساس مفاهیم نظری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، یک مداخلهٔ روان‌شناختی براساس روان‌شناسی رفتاری مدرن است که نظریهٔ چارچوب ارتباطی را شامل می‌شود دراین نظریه از فرآیندهای توجه‌آگاهی و پذیرش و نیز تعهد و تغییر رفتار استفاده‌شده تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حاصل شود (۶).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، شش فرآیند مرکزی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد، دارد که منجربه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (۱۱). براساس این رویکرد رنج و تعهد انسان‌ها در انعطاف‌ناپذیری روانی ریشه دارد که از آمیختگی‌شناختی و اجتناب از تجارب ایجاد شده است (۱۲). در پذیرش و تعهد، معنای رضایت از زندگی به‌دست‌آوردن 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). باتوجه 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 گسلش‌شناختی،آن‌ها یاد می‌گیرند تا برخی از موانع زندگی‌شان را شناسایی و به آن‌ها بپردازند. به‌نظر می‌رسد گسلش‌شناختی، در به‌دست‌آوردن انعطاف‌پذیری درمقابل موقعیت‌های پریشان‌کننده‌ای که برمبنای ارزیابی شناختی است، به والدین کمک کند. باتوجه به شیوع این اختلال و مشکلات روان‌شناختی مادران و کمبود پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر 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. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مراجعه‌کننده به مراکز آموزشگاهی استثنایی، زیرنظر سازمان بهزیستی (چهارمرکز) شهر اصفهان، در پاییز۱۳۹۴ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌شیوهٔ دردسترس بود. از چهار مرکز آموزشگاهی استثنائی زیرنظر سازمان بهزیستی، یک مرکز درنظر گرفته شد. ازمیان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز مذکور، تعداد ۳۰ نفر آزمودنی به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵نفرهٔ کنترل و آزمایش قرار گرفتند. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بوده و حجم نمونهٔ ۱۵نفره، برای این نوع تحقیق کافی است (۱۵).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]

درمان شامل ۸ جلسهٔ گروهی ۹۰ دقیقه‌ای و برنامهٔ درمان، برگرفته از جلسه‌های درمانی لیلیس و همکاران (۱۶) بود؛اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای تا پایان مرحلهٔ پیگیری دریافت نکرد. در هر جلسه از استعاره‌ها و تمرین‌های آن جلسه استفاده و در پایان هر جلسه هم تکالیفی داده می‌شد. در جلسهٔ آخر پس‌آزمون اجرا شد. موضوع و خلاصهٔ جلسه‌ها در جدول ۱ آمده است. هر دو گروه قبل و بعد از جلسات درمان گروه آزمایش و بعد از یک‌ماه در مرحلهٔ پیگیری،پرسشنامه‌های پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی و پذیرش و عمل نسخهٔ دوم را تکمیل کردند.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش

جلسه اول: معرفی و مبنای اساسی درمان	۱. معرفی آشنایی؛ ۲. قوانین حاکم بر جلسات؛ ۳. بررسی انتظارت بیماران از درمان؛ ۴. مرور درمان‌های استرس، پذیرش؛ ۵. رور درمان و اهداف این برنامه؛ ۶. تکلیف خانگی
جلسهٔ دوم: گزینه‌ها و فراهم کردن مقدمات درمان	۱.مرور تکلیف خانگی؛ ۲.رابطهٔ بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین؛ ۳. پذیرش والدین؛ ۴.جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ دوم و ارائهٔ تمرین خانگی
جلسهٔ سوم: یادگیری زندگی با استرس	۱. پذیرش استرس؛ ۲.پی‌بردن به ارزش‌های زندگی؛ ۳.تمرین پذیرش و مراقبت؛ ۴.جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ سوم و ارائهٔ تمرین خانگی
جلسهٔ چهارم: ارزش‌ها و عمل‌ها	۱.روشن‌کردن ارزش‌ها؛ ۲.موانع ارزش‌ها؛ ۳.اهداف و اعمال (رفتارها)؛ ۴.جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ چهارم و ارائهٔ تمرین خانگی
جلسهٔ پنجم: تمایلات، افکار و احساسات	۱.مرور تکلیف خانگی و شروع فعالیت؛ ۲.ترفندهای ذهنی؛ ۳.جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ پنجم و ارائهٔ تمرین خانگی
جلسهٔ ششم: عمل ـ شروع به کار کردن	۱.بازخورد؛ ۲.برنامه‌ریزی عمل؛ ۳.خودمشاهده‌گر؛ ۴.جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده
جلسهٔ هفتم: تعهد	۱.تمایل؛ ۲.تعهدبه عمل و ارزش‌ها با وجود موانع؛ ۳.جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ هفتم و ارائهٔ تمرین خانگی
جلسهٔ هشتم: حفظ دستاوردهای درمان	۱.تعهد؛ ۲.عود؛ ۳.خداحافظی؛ ۴.تکلیف دائم

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش برای سنجش ذهن‌آگاهی از پرسشنامهٔ پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی[1] استفاده شد. این پرسشنامه ابزاری است که وجوه مختلف ذهن‌آگاهی را ارزیابی می‌کند. این وجوه شامل مشاهده، توصیف، اقدام آگاهانه، غیرقضاوتی‌بودن و غیرواکنشی‌بودن است. این عوامل از طریق پرسشنامهٔ خودگزارشی ۳۹سؤالی اندازه‌گیری می‌شود. پاسخ‌ها براساس مقیاس پنج درجهٔ لیکرت «هرگز یا خیلی به‌ندرت صحیح است» تا «اغلب‌اوقات یا همیشه صحیح است» کدگذاری می‌شود. مقیاس‌های پنج‌بُعدی 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 پرسشنامهٔ ذهن‌آگاهی برابر ۰/۷۹، در بُعد مشاهده برابر ۰/۶۳، بُعد توصیف ۰/۶۳، بُعد اقدام آگاهانه برابر ۰/۸۴، در بُعد غیرقضاوتی‌بودن برابر ۰/۸۰ و در بُعد غیرواکنشی‌بودن برابر با ۰/۷۴ به‌دست آمد.

همچنین برای سنجش میزان پذیرش آزمودنی‌ها از پرسشنامهٔ پذیرش و عمل نسخهٔ دوم[2] استفاده شده است. این پرسشنامه را باند و همکاران برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش، به‌ویژه دربارهٔ اجتناب تجربی و احساس‌های ناخواسته تدوین کردند و دارای ۷سؤال است سؤال‌های این پرسشنامه براساس میزان توافق درک مقیاس لیکرت ۷درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی به‌ندرت=۲، به‌ندرت=۳، گاهی‌اوقات=۴، بیشتراوقات=۵، تقریباً همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های بیشتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش کمتر و اجتناب تجربی بیشتر است. پایایی آزمون ـ 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 به‌دست 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 با ۷سؤال برابر با ۰/۹۲ به‌دست آمده است. به‌منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، شرکت‌کنندگان با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه‌ها به‌صورت گروهی تحلیل می‌شود. برای تجزیه و تحلیل آماری ازSPSS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های تکراری صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب مرحلهٔ ارزیابی و عضوشدن گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

[1]. Five facet mindfulness questionnaire

[2]. Acceptance and action questionnaire-ii

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به‌تفکیک دو گروه و سه مرحلهٔ پژوهش

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

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین نمرات در همهٔ متغیرها در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش افزایش یافته است. جهت تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری پیش‌فرض‌ها بررسی شد. آزمون باکس مبنی‌بر تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیر درهمهٔ متغیرهای پژوهش تأیید شد. همچنین بااستفاده از آزمون ماچلی مشاهده شد که پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها در همهٔ وجوه ذهن‌آگاهی به‌جز غیرقضاوتی‌بودن، شامل مشاهده (p=۰/۶۱۲)، توصیف (p=۰/۹۸۴)، اقدام آگاهانه (p=۰/۱۶۵)، غیرواکنشی‌بودن (p=۰/۱۴۱) تأیید می‌شود. باتوجه به‌اینکه سایر پیش‌فرض‌ها رعایت‌شده و حجم گروه‌ها با هم برابر است می‌توان از این آزمون استفاده کرد. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

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	توان‌آماری
کل **نمرهٔ** 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
غیرقضاوتی‌بودن	مراحل پژوهش	۰/۰۳۴	۰/۹۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۴
	گروه‌ها	۰/۳۱۳	۰/۷۲۱	۰/۰۰۵	۰/۰۶۴
غیرواکنشی‌بودن	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، نمرهٔ کل ذهن‌آگاهی (p<۰/۰۰۱)، و عوامل مشاهده (p<۰/۰۰۱)، توصیف (p<۰/۰۰۱) و اقدام آگاهانه (p<۰/۰۰۱) و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]

غیرواکنشی‌بودن ($p<۰/۰۰۱$) و نیز متغیر پذیرش ($p=۰/۰۲۸$) 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 غیرواکنشی‌بودن، 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 درهمهٔ متغیرها به‌جز متغیر غیرقضاوتی‌بودن معنادار است ($p<۰/۰۵$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر ذهن‌آگاهی و وجوه آن یعنی مشاهده، توصیف، اقدام آگاهانه و غیرواکنشی‌بودن و پذیرش در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم مؤثر بوده است.

باتوجه به‌نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همهٔ متغیرهای پژوهش معنادار شده است. لذا نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحلهٔ پژوهش، بااستفاده‌از آزمون LSD در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. مقایسهٔ زوجی میانگین‌های نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	مقدار p
ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	ـ۳/۸۳۳	۱/۱۵۹	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۹/۴	۱/۴۷۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون‌پیگیری	ـ۵/۵۶۷	۱/۵	<۰/۰۰۱
مشاهده	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	ـ۲	۰/۷۶۸	۰/۰۱۵
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۵/۵۳۳	۰/۷۷۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون‌پیگیری	ـ۳/۵۳۳	۰/۶۶۶	<۰/۰۰۱
توصیف	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	۱/۱۶۷	۰/۵۶۱	۰/۰۴۷
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۳/۵	۰/۵۵۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون‌پیگیری	ـ۲/۳۳	۰/۵۴۵	<۰/۰۰۱
اقدام آگاهانه	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	ـ۰/۷۶۷	۰/۷۴۸	۰/۳۱۴
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۳/۹	۱/۰۲۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون‌پیگیری	ـ۳/۱۳۳	۰/۹۸۷	۰/۰۰۳
غیرقضاوتی‌بودن	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	۰/۱۳۳	۰/۴۹۸	۰/۷۹۱
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۰/۱۶۷	۰/۷۶۱	۰/۸۲۸
	پس‌آزمون‌پیگیری	ـ۰/۳۳	۰/۷۴۹	۰/۹۶۵
غیرواکنشی‌بودن	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	ـ۱/۵۶۷	۰/۵۴۱	۰/۰۰۷
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۴/۲۳۳	۰/۶۵۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون‌پیگیری	ـ۲/۶۶۷	۰/۴۸	<۰/۰۰۱
پذیرش	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	ـ۱/۲۳۳	۱/۲۱۱	۰/۳۱۷
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۳/۳۰۰	۱/۳۲۰	۰/۰۱۹
	پس‌آزمون‌پیگیری	ـ۲/۰۶۷	۰/۵۲۵	<۰/۰۰۱

($p<۰/۰۵$)

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحلهٔ آزمون در جدول ۴ نشان داد که در متغیر ذهن‌آگاهی وجه مشاهده، توصیف و غیرواکنشی‌بودن، تفاوت دو مرحلهٔ پیش‌آزمون با پس‌آزمون به‌ترتیب ($p=۰/۰۱۵$، $p=۰/۰۰۷$، $p=۰/۰۴۷$)، و با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) مشاهده شد که معنادار است. در وجه اقدام آگاهانه و پذیرش، تفاوت پیش‌آزمون با پیگیری به‌ترتیب ($p<۰/۰۰۱$ و $p=۰/۰۱۹$) معنادار به‌دست آمد؛ اما تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=۰/۳۱۴$ و $p=۰/۳۱۷$) معنادار نبود.

٤ بحث

نتایج پژوهش نشان داده است که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به‌طورکلی بر ذهن‌آگاهی، مشاهده، توصیف و نداشتن‌واکنش به تجربهٔ درونی، نه‌تنها در مرحلهٔ پس‌آزمون تأثیر داشته بلکه در مرحلهٔ پیگیری نیز این تأثیر تداوم داشته است؛ اما در بُعد عمل ازروی آگاهی همچنین در متغیر پذیرش، این تأثیر در مرحلهٔ پس‌آزمون معنادار نبوده و تأثیر درمان در مرحلهٔ پیگیری و بعد از گذشت یک‌ماه از پایان درمان خود را نشان داده است. یافته‌های پژوهش با یافته‌های کوالکوسکی (۹) مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش ذهن‌آگاهی (وجه توصیف و غیرواکنشی‌بودن) مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، همسوست؛ همچنین نتایج این پژوهش با نتایج مطالعهٔ اسپیک و همکاران (۲۱) مبنی‌براینکه درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]

سلامت روان و افسردگی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، مؤثر است، به‌صورت غیرمستقیم هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان‌گفت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توجه‌به حضور درلحظه و شکل‌گیری و درگیری در ارزش‌های شخصی مراجعان را افزایش می‌دهد (۲۲). واکنش‌های اولیهٔ والدین به مسئلهٔ اوتیسم کودک می‌تواند بسیار متفاوت باشد؛اما اغلب این واکنش‌ها تحت‌تأثیر باورهای مختلف پدر ومادر و محیط اطراف‌شان، دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسئله وکنارنیامدن با آن یا پیگیری شدید برای درمان، متفاوت‌اند (۲). به‌محض آگاهی والدین از ناتوانی فرزند خود تمام آرزوها و امیدها به یأس تبدیل‌شده و مشکلات والدین شروع می‌شود (۲۳) مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، همواره در افکار و گذشته و آیندهٔ خود غرق هستند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درطی جلسات، حضور درلحظه را بااستفاده از استعاره‌هایی، ازجمله استعارهٔ لمس بدن آموزش می‌دهد و به مُراجع می‌گوید: زندگی در اینجا و اکنون جاری است. شما باید به‌گونه‌ای رفتار کنید که از بودن درلحظه لذت ببرید؛ مثلاً هنگام خوردن‌غذا از خوردن لذت ببرید. مشکلات به‌این‌علت به‌وجود می‌آیند که انسان‌ها به‌شدت در گذشته یا آینده غرق می‌شوند و درنتیجه تماس با لحظهٔ کنونی را از دست می‌دهند. تماس با اینجا و اکنون، اجتناب‌ها و کشمکش‌ها را تضعیف می‌سازد (۱۲) در این پژوهش، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بر وجه اقدام آگاهانه ذهن‌آگاهی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، تنها در دورهٔ پیگیری مؤثر بوده است. شاید علت این مسئله این باشد که مادران در این وجه نیاز به تمرین و زمان بیشتر داشتند؛ لذا در مرحلهٔ 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 مبتنی‌بر پذیرش و تعهد قرار داشتند، افزایش‌هایی در پذیرش مثبت مراقبان نشان داده‌اند. پذیرش شامل هوشیاری بدون قضاوت و فعالانه پذیرابودن افکار و احساسات و خاطرات و علائم بدنی است؛همان‌گونه‌که اتفاق می‌افتند (۲۴). خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تا زمانی‌که به پذیرش برسند، باید مراحلی شامل انکار، افسردگی، خشم، چانه‌زنی را طی کنند. پذیرش چیزی نیست که برای مُراجع توصیف شود، بلکه مهارتی است که بایستی به او آموخته شود (۲۵).

پذیرش هنگامی رخ می‌دهد که هیجانات در حیطهٔ آگاهی باشند و به‌همان‌صورت که هستند، تجربه شوند، بدون‌آنکه تلاشی برای تغییر فراوانی یا شکل آن‌ها صورت گیرد. پذیرش یعنی پذیرفتن احساسات به‌عنوان یک واقعیت نیست، بلکه پذیرش احساسات به‌گونه‌ای است که شخص نیازی به تغییردادن یا خلاص‌شدن از دست آن‌ها را نداشته باشد (۲۶). در تبیین این یافته می‌توان‌گفت پذیرش غالباً توسط مراجع تحمل یا تسلیم (که مُراجع ممکن است آن را به‌صورت شکست ببینید) تعبیر می‌شود. استعارهٔ دو مقیاس در این درمان‌کمک می‌کند که مُراجع مشکل را رها‌کند و متناسب با زندگی، آن را تجربه‌کند (۲۷). این روش به مُراجع کمک می‌کند بجای انکار و درگیرشدن در افکار، مشکل را بپذیرد. در این پژوهش متغیر پذیرش در مرحلهٔ پیگیری معنادار به‌دست آمده است که به‌نظر می‌رسد مُراجع 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 می‌توان‌گفت: باتوجه‌به اینکه جامعهٔ آماری این پژوهش، مادران دارای‌کودک مبتلا به اختلال اوتیسم بودند، تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها باید با احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین این پژوهش با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد صورت‌گرفت و با هیچ درمان روان‌شناختی دیگری مقایسه نشد. پیشنهاد می‌شود این رویکرد روی‌گروه‌های دیگری نیز اجرا شود تا تعمیم‌پذیری آن‌گسترش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود این روش درمانی با روش‌های درمانی روان‌شناختی دیگر، در این جامعهٔ آماری مقایسه شود. جهت افزایش ذهن‌آگاهی، این روش درمانی را در مراکز مشاوره و روان‌درمانی (محیط‌های بالینی)، برای مادران دارای‌کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به‌کار 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 روان درمانی (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 که‌گروه‌درمانی مبتنی‌بر 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 همهٔ وجوه آن دست یابند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری، در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد، به فرد کمک می‌کند تا در زمان حال زندگی‌کرده و احساسات را به‌عنوان احساس و افکار را به‌عنوان افکار بپذیرد. در این درمان استفاده از استعاره‌ها و تمثیل‌ها و انجام تکالیف ساده و انجام درمان به‌صورت گروهی از جمله عوامل احتمالی بودند که باعث همکاری مادران و اثربخشی معنادار این درمان در تغییر وضعیت روانی آنان شد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]

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, McGillivary 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, Sadrpushan 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, Nyklícek 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 belifes, 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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.62.0]