

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم

زهرا زارع بیدکی^۱ و محمد مهدی جهانگیری^{۲*}

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۳/۱۹ صص ۴۴-۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۰۹

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگرفته‌ی کلیه‌ی مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم شهر قم در سال ۱۳۹۶ بود. با توجه به نیمه‌آزمایشی بودن طرح، نمونه‌ای به حجم ۳۰ بیمار (هر گروه ۱۵ نفر) با توجه به معیارهای شمول از بین افراد جامعه آماری به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نمودند و گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسش‌نامه‌ی پژوهش را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم تأثیر معناداری دارد. ($P < 0/01$) به نظر می‌رسد این مداخله درمانی برای سلامت روانی مادران دارای کودک اوتیسم کاربردی باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش تعهد، کیفیت زندگی، اوتیسم

^۱ - کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد محلات، دانشگاه آزاد اسلامی، محلات، ایران.

^۲ - استادیار گروه روانشناسی، واحد محلات، دانشگاه آزاد اسلامی، محلات، ایران.

*- نویسنده مسئول مقاله: jahangiri.mehdi@yahoo.com

مقدمه

خانواده نقش مهمی در تحمل اثرات حادثه یا بیماری یکی از اعضای خود، به خصوص کودک دارد. بنابراین، یکی از تنش‌آورترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک ناتوان یا بیمار است (Kuhlthau et al., 2014) والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم به علت مشکلات رشد کودکشان با چالش‌های متعدد مواجه هستند (Totsika, Hastings, Emerson, Lancaster, & Berridge, 2011) و بیش از والدین دارای کودکان عادی دچار استرس و اضطراب (Falk, Norris, 2011; Stein, Foran, & Cermak, 2011; Quinn, 2014)، افسردگی (Weitlauf, Vehorn, Taylor, & Warren, 2014; Zablotsky, Anderson, & Law, 2013) می‌شوند. اختلال طیف اوتیسم ناتوانی رشدی فراگیر در طول زندگی است که بر سیستم عصبی و بیولوژیکی فرد تأثیر می‌گذارد. برای گرفتن تشخیص اختلال طیف اوتیسم کودک باید به صورت مداوم در دو حوزه‌ی تعامل و ارتباطات اجتماعی و علایق محدود و یا رفتارهای تکراری، نقص داشته باشد (American Psychiatric Association, 2013). مراقبت از کودکان مبتلا به اوتیسم، پیامدهای هیجانی در والدین به‌ویژه مادران را به‌دنبال دارد و تعادل را در نظام خانواده از بین می‌برد (Kim, Ekas, & Hock, 2016; Ooi, Ong, Jacob, & Khan, 2016) از این رو، هرچند مادران کودکانی با معلولیت‌ها و بیماری‌های مزمن معمولاً سطوح بالاتری از پریشانی روانی را نسبت به مردم معمولی از خود نشان می‌دهند (Ogston, Mackintosh, & Myers, 2011) منتها در این بین، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به مادران کودکان با سایر ناتوانی‌ها، بیشترین سطح استرس را نشان می‌دهند (Rao & Beidel, 2009). بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد، مادران این کودکان با مشکلاتی در زمینه‌ی رضایت از زندگی، عزت نفس و سلامت روانی مواجه بوده (Hsiao, 2016) و استرس و نشانه‌های افسردگی را به میزان بالایی تجربه می‌کنند (Kim et al., 2016). مشکلات رفتاری و ارتباطی کودک، نگرانی مادران درباره‌ی دوام و ثبات شرایط کودک، پذیرش کم جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک، حمایت‌های اجتماعی کم، مشکلات مالی، انزوا و کمبود آگاهی والدین درباره‌ی تحول و پیشرفت کودک، از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر افزایش استرس در آنها است (Estes et al., 2009). تحقیقات از رابطه‌ی بین شدت علایم اوتیسم و کیفیت زندگی پایین مادر حمایت کرده‌اند (Zablotsky et al., 2013). کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (Felce & Perry, 1995). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت

سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده به کار می‌رود. مراقبت از کودک استثنایی کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده و به‌ویژه مادر را کاهش می‌دهد (Taghizadeh & Asadi, 2014) با توجه به اهمیت بالای مفهوم کیفیت زندگی و تأثیر آن بر عملکرد افراد از لحاظ روانی و جسمانی می‌بایست به دنبال روشی جهت افزایش درک کارا تر و بهتر افراد از زندگی بود (Mohammadi, Dowran, Rabie, & Salimi, 2017). از جمله رویکردهای مثر در کاهش علایم افسردگی، اضطراب و شاخص شدت کلی والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (John T. Blackledge & Hayes, 2006). نتایج مطالعه‌ی مونتگومی (Montgomery, 2015) حاکی از اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بود. در این دیدگاه، رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد که به‌وسیله‌ی هم‌جوئی شناختی و اجتناب از تجارب ایجاد شده است و آن چه آسیب زا تلقی می‌گردد، تمایل به جذب تجارب و جنگ با آن‌ها از طریق اجتناب نمودن از تجارب می‌باشد (John T. Blackledge & Hayes, 2001). هدف اصلی این رویکرد آن است، فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که در زندگی، به اجبار برای او ایجاد کرده است، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد نماید (Eifert et al., 2009) در این رویکرد، به محض این که افکار، احساسات، خاطرات و... برچسب علایم و نشانه‌ها می‌خورند، بلادرنگ نزاع و کشمکش با آنان شروع می‌شود، زیرا این علایم به عنوان یک موضوع آسیب‌زا و مرضی معنی می‌گردند. پذیرش و تعهد ارتباط بین احساسات و افکار مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علایم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند آن‌ها را بی ضرر درک کنند (Harris, 2009). در واقع، تمرکز کمتری بر روی نشانه‌ها دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Whittingham, Sheffield, & Boyd, 2013). در مطالعه‌ی وایتینگام، شفیلد و بوید (Whittingham, Sheffield, & Boyd, 2013) که بر روی ۶۶ والدین دارای کودک مبتلا به فلج مغزی، نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی والدین مؤثر است. فاشلر، وینریب، آزام و کاتز (Fashler, Weinrib, Azam, & Katz, 2018) در پژوهشی بدین نتیجه رسیدند: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران آنکولوژی مؤثر است (Fashler, Weinrib, Azam, & Katz, 2018). هم‌چنین در مطالعه‌ی باتینک و همکاران (Batink et al., 2016). نتایج حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری بیماران سرپایی بود (Batink et al., 2016). نتایج پژوهش دیگر، حاکی از آن بود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس والدین دارای کودکان مبتلا به بیماری مزمن مؤثر است (Burke et al., 2014). در مجموع، مرور ادبیات نظری و پژوهشی نشان داد والدین دارای

کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم سطح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند و با چالش‌های فراوانی روبرو هستند که به نیازهای روان‌شناختی آنان بسیار کم توجه شده است. لذا، با توجه به مطالعات انجام شده و خلا پژوهشی در این زمینه، فرضیه‌ی پژوهش عبارت بود از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال اوتیسم مؤثر است.

ابزار و روش پژوهش

در پژوهش حاضر، از روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه‌ی مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم شهر قم در سال ۱۳۹۶ بودند. با توجه به طرح پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با توجه به معیارهای شمول به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. اعضای نمونه به صورت تصادفی ساده، در دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. ملاک ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از دارا بودن حداقل ۳۰ سال و حداکثر ۵۰ سال سن، داشتن فرزند اوتیسم، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان و عقب‌ماندگی ذهنی مطابق با مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته و رضایت آگاهانه بود. معیارهای خروج شامل افرادی که در حین مطالعه‌ی بحران‌های خانوادگی یا مرگ عزیزان را تجربه کرده‌اند و عدم تمایل افراد در پژوهش. قبل از مداخله از هر دو گروه مورد مطالعه، پیش‌آزمون گرفته شد. افراد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یکبار تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. بعد از تمام جلسات درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت گردآوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. لازم به ذکر است پژوهش حاضر در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک بررسی شد و کدهای رایج اخلاق در پژوهش شامل کد ۳، ۲، ۱۴ (منافع حاصل از یافته‌ها در جهت پیشرفت دانش بشری)، کدهای ۱، ۳، ۲۴، رضایت آزمودنی‌ها) در این مطالعه رعایت شد و کد اخلاق پژوهش به شماره‌ی IR.IAU.ARAK.REC.1396.39 صادر گردید.

جدول ۱- خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه یکم	ایجاد یک رابطه‌ی مبتنی بر تشریک مساعی، مرور درمان و اهداف، تکمیل پرسش‌نامه
جلسه دوم	آموزش قالب ذهنی "اگر پس" و شیوه‌های کنترل، شرح ارتباط میان "درد، خلق و کارکرد"

جلسه سوم	شرح مفاهیم پذیرش، گسلش شناختی، ارزش ها، مفهوم سازی کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد
جلسه چهارم	بحث در مورد ارزش ها، موانع ارزش ها، کشف ارزش های عملی زندگی
جلسه پنجم	پرداختن به مفهوم گسلش شناختی، بررسی بیشتر چارچوب ها و ترفندهای ذهن و انجام تمرین
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه ی قبل، مشاهده ی خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، سنجش عملکرد نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه ی قبل، تفهیم تمایل، تعهد در مقابل موانع، کاربرد تکنیک های ذهن آگاهی، مشاهده تجربیات درون به عنوان فرایند. تمثیل
جلسه هشتم	مرور تجارب جلسه ی قبل، مباحث تعهد، پیشگیری از عود

پرسش نامه ی کیفیت زندگی: فرم کوتاه این پرسش نامه دارای ۲۶ سؤال است و چهار حیطة - ی فیزیکی، روان شناختی، روابط اجتماعی و سلامت عمومی را با ۲۴ سؤال (به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است) ارزیابی می کند. ۲ سؤال اول نیز صرفاً حیطة کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می - کند. پس از انجام مصاحبه های لازم در هر حیطة، امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطة به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، امتیاز ۴ نشانه ی بدترین و ۲۰ نشانه ی بهترین وضعیت حیطة ی مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ است و امتیاز بالاتر نشان دهنده ی کیفیت زندگی بهتر است. روایی آن در مطالعه ی نیک پور و همکاران و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ (۰/۹۰) تأیید شده است (Nikpour, Abedian, Mokhber, Ebrahimzadeh, & Khani, 2011).

برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از ابزارهای گردآوری اطلاعات، از نرم افزار SPSS.v21 و از شاخص های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون های آمار استنباطی، از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و لوین جهت بررسی نرمال بودن داده ها و همگنی واریانس ها استفاده شد. با رعایت مفروضه ها، جهت بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۲- اطلاعات جمعیت شناختی مادران دارای کودکان اوتیسم

گواه		آزمایش		گروه سن
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
دامنه سنی				
۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۲	< ۳۵ سال
۴۰	۶	۴۶/۷	۷	۳۶-۴۰ سال
۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	۴۱-۴۵ سال
۲۰	۳	۶/۷	۱	> ۴۶ سال
میزان تحصیلات				
۲۰	۳	۲۶/۷	۴	زیر دیپلم
۶۰	۹	۶۰	۹	دیپلم
۲۰	۳	۱۳/۳	۲	دانشگاهی
وضعیت اشتغال				
۲۶/۷	۴	۲۰	۳	شاغل
۷۳/۳	۱۱	۸۰	۱۲	غیرشاغل
تعداد فرزند				
۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۲	تعداد فرزند
۲۰	۳	۶/۷	۱	یک فرزند
۴۰	۶	۸۰	۱۲	دو فرزند
۲۶/۷	۴	۱۳/۳	۲	سه فرزند
۱۳/۳	۲	-	-	چهار فرزند
جنسیت فرزند				
۶۶/۷	۱۰	۴۰	۶	پسر

دختر

۹

۶۰

۵

۳۳/۳

یافته‌های جمعیت‌شناختی اعضای گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشخص است، میانگین سنی گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۳۹/۱۳ و ۴۰ سال می باشد.

جدول ۳- شاخص‌های مرکزی و پراکندی گروه آزمایش و کنترل در ابعاد کیفیت زندگی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بعد فیزیکی	آزمایش	۱۰/۰۷	۱/۰۳	۱۰/۴۷	۱/۳۰
	کنترل	۱۰/۲۰	۱/۳۷	۱۰/۴۰	۱/۳۵
بعد روان‌شناختی	آزمایش	۱/۸۷	۲/۱۳	۱۴/۹۳	۱/۳۸
	کنترل	۱۲/۶۰	۱/۴۰	۱۱/۶۰	۱/۶۳
بعد اجتماعی	آزمایش	۱۱/۴۰	۱/۳۵	۱۳/۱۳	۱/۲۴
	کنترل	۱۱/۳۳	۱/۷۹	۱۰/۹۳	۱/۲۲
بعد سلامت عمومی	آزمایش	۱۱/۷۳	۱/۵۸	۱۳/۴۰	۰/۹۸
	کنترل	۱۱/۸۰	۱/۶۵	۱۱/۳۳	۱/۴۹
کیفیت زندگی	آزمایش	۴۵/۰۷	۳/۴۱	۵۱/۹۳	۲/۰۷
	کنترل	۴۵/۶۰	۴/۷۶	۴۴/۲۷	۴/۳۴

اطلاعات مندرج در جدول ۳، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی هم‌چون میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان دو گروه را نشان می‌دهد. در متغیر کیفیت زندگی، نمرات به‌دست آمده نشان‌دهنده‌ی افزایش میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون است.

بررسی آزمون فرضیه پژوهش

فرضیه‌ی یکم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال اوتیسم مؤثر است.

برای پاسخ‌گویی به فرضیه‌ی فوق از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره‌ی ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴- آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	آزمون	Value	F	Sig.
گروه	اتریپلایی	۰/۸۰۳	۲۰/۳۴۹	۰/۰۰۰**
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹۷	۲۰/۳۴۹	۰/۰۰۰**
	اثر هتلینگ	۴/۰۷۰	۲۰/۳۴۹	۰/۰۰۰**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۰۷۰	۲۰/۳۴۹	۰/۰۰۰**

$$P < ۰/۰۵^* \quad P < ۰/۰۱^{**}$$

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، سطح کلیه‌ی آزمون‌های معناداری، کمتر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = ۰/۰۵$) است. این نتیجه مؤید آن است، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت معناداری وجود دارد؛ در نتیجه، قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارد.

جدول ۵- تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ابعاد آن

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
بعد فیزیکی	همپراش	۰/۰۷۱	۱	۰/۰۷۱	۰/۰۷۵	۰/۷۸۶	-
	گروه	۱/۱۹۷	۱	۱/۱۹۷	۱/۲۶۹	۰/۲۷۲	-
	خطا	۲۱/۷۰۳	۲۳	۰/۹۴۴	-	-	-
بعد روان‌شناختی	همپراش	۰/۶۰۴	۱	۰/۶۰۴	۰/۲۳۷	۰/۶۳۱	۰/۲۷۳
	گروه	۷۲/۴۵۶	۱	۷۲/۴۵۶	۲۸/۴۳۵	۰/۰۰۰**	۰/۲۷۳
	خطا	۵۸/۶۰۸	۲۳	۲/۵۴۸	-	-	-

	۰/۶۰۳	۰/۲۷۹	۰/۳۹۱	۱	۰/۳۹۱	همپراش	
بعد اجتماعی	۰/۱۷۶	۰/۰۰۰**	۲۳/۹۳۱	۳۳/۵۹۹	۱	۳۳/۵۹۹	گروه
	-		۱/۴۰۴	۲۳	۳۲/۲۹۲	خطا	
	۰/۷۲۴	۰/۱۲۸	۰/۰۹۹	۱	۰/۰۹۹	همپراش	
بعد سلامت عمومی	۰/۲۶۱	۰/۰۰۰**	۳۴/۶۳۱	۲۶/۷۲۰	۱	۲۶/۷۲۰	گروه
	-		۰/۷۷۲	۲۳	۱۷/۷۴۶	خطا	
	۰/۰۷۷	۳/۴۴۰	۱۵/۹۴	۱	۱۵/۹۴۹	همپراش	
کیفیت زندگی	۰/۲۱۳	۰/۰۰۰**	۷۲/۸۹۱	۳۳۷/۹۵۱	۱	۳۳۷/۹۵۱	گروه
	-		۴/۶۳۶	۲۳	۱۰۶/۶۳۸	خطا	

$P < ۰/۰۵$ * $P < ۰/۰۱$ **

با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (گروه) بر ابعاد روان-شناختی (۲۸/۴۳۵)، اجتماعی (۲۳/۹۳۱)، سلامت عمومی (۳۴/۶۳۱) و نمره‌ی کلی کیفیت زندگی (۷۲/۸۹۱) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت، برنامه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی، سلامت عمومی و نمره‌ی کلی کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم تأثیر دارد. هم‌چنین، میزان اندازه‌ی اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که ۲۷ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در بعد روان‌شناختی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون)، ۱۷ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در بعد اجتماعی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون)، ۲۶ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در بعد سلامت عمومی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) و ۲۱ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در نمره‌ی کلی کیفیت زندگی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد در زمینه ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین بعد جسمانی کیفیت زندگی وجود ندارد. لذا، شواهد علمی بیانگر آن است که تغییر در پذیرش و گسلش و نه تغییر در محتوای شناختی و یا هیجانی، میانجی پیامدهای درمانی در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد است (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004). با این حال، نباید

غافل شد که بسیاری از مشکلات جسمانی از مشکلات روانی به خصوص استرس‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی منبعث می‌شوند. بنابراین، اگرچه درمان‌های روان‌شناختی عمدتاً با هدف تغییر در کارکردهای ذهنی فرد شکل گرفته‌اند، با این حال، بر مشکلات جسمی که ناشی از یک منبع روانی هستند، تأثیرگذار هستند. اما در پژوهش حاضر، از یک سوی، ارزیابی دقیقی از مشکلات جسمانی مادران و ریشه آن نشده است و از سویی دیگر، کارآزمایی‌های بالینی در زمینه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هنوز در ابتدای راه هستند و در نتیجه، مطالعات کنترل شده‌ی بیشتری در خصوص مکانیزم عمل این درمان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، انجام مطالعات آتی می‌تواند مستندات علمی معتبرتری در زمینه‌ی اثربخشی ACT بر مشکلات جسمانی فراهم نماید. از دیگر یافته‌های پژوهش می‌توان به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر میزان کیفیت زندگی و ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و سلامت عمومی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم اشاره نمود. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش، با مطالعات فاشلر و همکاران، (Fashler et al., 2018)، باتینک و همکاران (Batink et al., 2016)، مونتگومی (Montgomery, 2015) و ایتینگام، شفیلد و بوید (Whittingham et al., 2016) همخوان است. سپری و همکاران (Sperry et al., 2014) به مطالعه‌ی مقایسه‌ی اثربخشی میان دو درمان خانواده‌محوری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی نمونه‌ی مبتلا به چاقی و فشار خون بالا با آپنه خواب با بیماری دیابت بدین نتایج رسیدند که نه تنها روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطر ساز در زمینه‌ی فشار خون، و دیابت در گروه آزمایش مؤثرتر از درمان با روش خانواده محور می‌باشد بلکه، بر کاهش آپنه خواب نیز، مؤثرتر از خانواده درمانی بوده است (Sperry et al., 2014). نتایج تحقیق بهروز، بوالی، حیدری زاده و فرهادی (2015) نیز حاکی از اثر بخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو بود (Behrouz, Bavali, Heidarizadeh, & Farhadi, 2016). در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان این نکته را بیان نمود که بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی شامل نقش هیجانی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی فرد است (Mohammad Narimani, Abbasi, Bagyan, & Bakhti, 2014). شواهد علمی مبین آن است درمان‌های موج سوم و به طور خاص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای تکانشی و محل کیفیت زندگی هم‌چون اختلالات خلقی و هیجانی، خشم و بی‌ثباتی عاطفی تأثیر معناداری دارد (Cullen, 2008). بر اساس پروتکل درمانی این رویکرد، در پژوهش حاضر سعی شد تا با استفاده از افزایش گسلش روان‌شناختی و پذیرش آگاهانه به مادران دارای کودک اوتیسم کمک شود تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدتری تجربه

کنند و در نهایت، کنش‌های منفی در ارتباط با خود و محیط پیرامونشان را به حداقل برسانند. بر اساس این پروتکل درمانی، مادران آموختند تا موقعیت‌ها و تفکراتی را که قبلاً از آن اجتناب می‌کردند با آن درگیر شوند و آن را بپذیرند. شفاف‌سازی ارزش‌های ارتباطی و تعهد برای عمل به صورت سازگار با این ارزش‌ها، به مادران این فرصت را می‌دهد تا به شیوه‌ای عمل کنند که آن‌ها را سمت سلامت روان و رضایت از زندگی هدایت کرده و بتوانند مشکلات روان‌شناختی خویش را کنترل کنند. آموزش گسلش روان‌شناختی در طی جلسات درمانی به مادران دارای فرزند اوتیسم موجب شد مادران تعاملات و تفکر منفی خود در مورد کودک استثنایی خود را کاهش داده و پذیرش خود را افزایش دهند که در نهایت این امر ماهیت گسترده، رفتارها و الگوهای ارتباطی منفی را کاهش داد.

افزون بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی، نتایج پژوهش مؤید آن بود شرکت در جلسات درمانی این مطالعه، موجب بهبود عملکرد اجتماعی مادران دارای کودک اوتیسم شده است. با توجه به این‌که برخی از مادران دارای کودک اوتیسم دارای این تصور هستند که توانایی برقراری روابط مطلوب اجتماعی را ندارند، در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به تجارب ذهنی این گروه از مادران پرداخته شد. در طی این جلسات به مادران آموخته شد چه‌طور افکار ناخواسته‌ی خود را کنترل کنند. در واقع پذیرش و تعهد به افراد این نکته مورد توجه قرار داد که با پذیرش مشکل و با توجه به توانایی می‌توان در جهت رفع آن برآمد تا موجب کاهش ترس و اضطراب آنان در حضور و ارتباط دیگران شود. در واقع پذیرش و تعهد نحوه ذهنیت افراد را تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که بتوانند ضعف خود را با کمک اطرافیان جبران کنند؛ بنابراین بیشتر سعی می‌کنند سراغ دوستان و اطرافیان خود بروند و با آن‌ها ارتباط مؤثری برقرار کنند بدون این‌که اضطرابی داشته باشد (M NARIMANI, POURABDOL, & BASHARPOOR, 2016). همچنین، در رابطه با تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بعد سلامت عمومی مادران دارای کودک اوتیسم می‌توان اظهار داشت در این روش درمانی، افراد می‌آموزند که احساساتشان را بپذیرند تا این‌که از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله‌ی ذهن آگاهی، بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا افکار و احساساتشان را تجربه کنند و با کاهش اجتناب تجربه‌ای، از میزان مشکلات سلامتی‌شان بکاهند (Rajabi & Yazdkhasti, 2014). در مادران دارای فرزند اوتیسم نیز، این درمان موجب می‌شود، اجتناب از احساسات مربوط تجربه استیگمای اجتماعی کاسته شود و مادران با این مسأله به طور منطقی مواجه شوند. در نتیجه، پذیرش این احساسات منفی موجب افزایش سلامتی عمومی مادران می‌شود. لذا در مجموع

می توان نتیجه گرفت که احتمالاً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کیفیت زندگی مادران را از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه‌ی حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن‌ها هیجان‌ناهی منفی را بهبود بخشیده است. مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم نیازمند راهبردهایی است تا بتواند قدرت سازگاری و توان مقابله‌ی خود را حفظ نماید. در همین راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این مادران کمک می‌کند تا خود را به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود. تمامی این موارد می‌تواند به عنوان عاملی برای بهبود سلامت روان‌شناختی، ارتباطات و درکل کیفیت زندگی فرد شود (Peterson & Eifert, 2011). به عبارتی، از آن‌جا که پذیرش شرایط بدون تلاش برای تغییر، با بهبود کیفیت زندگی رابطه دارد (Hayes-Skelton, Orsillo, & Roemer, 2013) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأییراتی که در تغییرات تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد داشته اند، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی افراد شده‌اند. لذا این رویکرد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از یکسو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه ارزش‌های فردی موجب افزایش کیفیت زندگی افراد شده است. در مجموع، پذیرش دارا بودن کودک مبتلا به اختلال اوتیسم به‌جای تحمل و اجتناب تجربه‌ای تا حد زیادی توانسته است موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گردیده تا مادران بتوانند نگرش خود را نسبت به شرایط تغییر داده و در نتیجه موجب ارتقای کیفیت زندگی گردد. هم‌چنین سایر ابعاد این نوع درمان شامل گسلش، خود به عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال با تقویت خود مشاهده‌گر به فرد توانایی دیدن زندگی جدای از ذهن داده و ابعاد ارزش و تعهد نیز منجر به اقدامات عملی و عینی برای ارتقای کیفیت زندگی فرد برابر آنچه دوست دارد شده است. در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف روش‌های درمانی دیگر، هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به افراد تحمیل نمی‌شود. در عوض، مراجعان براساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازند. بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در جلسات درمان به عنوان ارزش‌ها مطرح شد مانند عملکرد اجتماعی مادران، محدودیت‌ها در ایفای نقش ناشی از اختلال کودک و محدودیت‌های ناشی از مشکلات هیجانی. نتایج حاکی از آن بود پذیرش و چالش نکردن با این محدودیت‌ها، منجر به ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم بررسی اثرات بلندمدت برنامه‌ی درمانی اجرا شده در قالب مرحله‌ی پیگیری اشاره کرد با توجه به نتایج پژوهش حاضر و اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم، پیشنهاد می‌شود مسئولین انجمن‌ها و سایر نهادهای مسئول در این زمینه، بیشتر از پیش در جریان نقش و اهمیت سلامت روان‌شناختی مادران قرار

بگیرند و دوره‌هایی مطابق با روش درمانی اجرا شده در پژوهش حاضر جهت ارتقای کیفیت زندگی برگزار کنند.

References

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Batink, Tim, Bakker, Jindra, Vaessen, Thomas, Kasanova, Zuzana, Collip, Dina, van Os, Jim, . . . Peeters, Frenk. (2016). Acceptance and commitment therapy in daily life training: a feasibility study of an mHealth intervention. *JMIR mHealth and uHealth*, 4(3).
- Behrouz, B, Bavali, F, Heidarizadeh, N, & Farhadi, M. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms, Coping Styles, and Quality of Life in Patients with Type-2 Diabetes. [Research]. *journal of health*, 7(2), 236-253.
- Blackledge, John T, & Hayes, Steven C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology*, 57(2), 243-255.
- Blackledge, John T., & Hayes, Steven C. (2006). Using Acceptance and Commitment Training in the Support of Parents of Children Diagnosed with Autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18. doi: 10.1300/J019v28n01_01
- Burke, Kylie, Muscara, Frank, McCarthy, Maria, Dimovski, Anica, Hearps, Stephen, Anderson, Vicki, & Walser, Robyn. (2014). Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: Pilot study. *Families, Systems, & Health*, 32(1), 122.
- Cullen, Chris. (2008). Acceptance and commitment therapy (ACT): A third wave behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 667-673.
- Eifert, Georg H, Forsyth, John P, Arch, Joanna, Espejo, Emmanuel, Keller, Melody, & Langer, David. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
- Estes, Annette, Munson, Jeffrey, Dawson, Geraldine, Koehler, Elizabeth, Zhou, Xiao-Hua, & Abbott, Robert. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.
- Falk, Nicholas Henry, Norris, Kimberley, & Quinn, Michael G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(12), 3185-3203.
- Fashler, Samantha R, Weinrib, Aliza Z, Azam, Muhammad Abid, & Katz, Joel. (2018). The Use of Acceptance and Commitment Therapy in Oncology Settings: A Narrative Review. *Psychological reports*, 121(2), 229-252.

-
- Felce, David, & Perry, Jonathan. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51-74.
 - Harris, Russ. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*: New Harbinger Publications.
 - Hayes-Skelton, Sarah A, Orsillo, Susan M, & Roemer, Lizabeth. (2013). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 264-281.
 - Hayes, Steven C, Levin, Michael E, Plumb-Villardaga, Jennifer, Villatte, Jennifer L, & Pistorello, Jacqueline. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
 - Hayes, Steven C, Masuda, Akihiko, Bissett, Richard, Luoma, Jason, & Guerrero, L Fernando. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54.
 - Hsiao, Yun-Ju. (2016). Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder: Roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 122-130.
 - Kim, Irang, Ekas, Naomi V, & Hock, Robert. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 80-90.
 - Kuhlthau, Karen, Payakachat, Nalin, Delahaye, Jennifer, Hurson, Jill, Pyne, Jeffrey M, Kovacs, Erica, & Tilford, J Mick. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.
 - Mohammadi, Reza, Dowran, Behnaz, Rabie, Mahdi, & Salimi, Seyed Hossein. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Military Student. [Descriptive & Survey]. *Journal of Police Medicine*, 6(1), 21-30.
 - Montgomery, Dawn. (2015). *The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Parents of Children Diagnosed with Autism*.
 - NARIMANI, M, POURABDOL, S, & BASHARPOOR, S. (2016). The effectiveness of acceptance/commitment training to decrease social anxiety in students with specific learning disorder.
 - Narimani, Mohammad, Abbasi, Moslem, Bagyan, Mohammad Javad, & Bakhti, Mojtaba. (2014). Comparison of Two Approaches based on Acceptance and Commitment Training (ACT) and a Modified Version of Group Therapy on Early Maladaptive Schemas in Clients in Divorce. *Family Counseling and Psychotherapy*, 4(1), 1-29.
 - Nikpour, M, Abedian, Z, Mokhber, N, Ebrahimzadeh, S, & Khani, S. (2011). Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section.

- Ogston, Paula L, Mackintosh, Virginia H, & Myers, Barbara J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
- Ooi, Khim Lynn, Ong, Yin Sin, Jacob, Sabrina Anne, & Khan, Tahir Mehmood. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 745-762. doi: 10.2147/NDT.S100634
- Peterson, Brennan D, & Eifert, Georg H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577-587.
- Rajabi, S, & Yazdkhasti, F. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *Journal of Clinical Psychology*, 1(21), 29-39.
- Rao, Patricia A, & Beidel, Deborah C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior modification*, 33(4), 437-451.
- Sperry, Steffanie, Knox, Brian, Edwards, Denise, Friedman, Andrea, Rodriguez, Mario, Kaly, Perry, . . . Shaffer-Hudkins, Emily. (2014). Cultivating Healthy Eating, Exercise, and Relaxation (CHEER) A Case Study of a Family-Centered and Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Intervention for Obese Adolescents at Risk for Diabetes and Cardiovascular Disease. *Clinical Case Studies*, 13(3), 218-230.
- Stein, Leah I, Foran, Amanda C, & Cermak, Sharon. (2011). Occupational patterns of parents of children with autism spectrum disorder: Revisiting Matuska and Christiansen's model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science*, 18(2), 115-130.
- Taghizadeh, Hossein, & Asadi, Razieh. (2014). Comparative analysis of Quality Of Life in Mothers of Children with Mental Disability and Mothers of Normal Children. [Original Research Article]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 4(2), 66-74.
- Totsika, Vasiliki, Hastings, Richard P, Emerson, Eric, Lancaster, Gillian A, & Berridge, Damon M. (2011). A population-based investigation of behavioural and emotional problems and maternal mental health: Associations with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 91-99.
- Weitlauf, Amy S, Vehorn, Alison C, Taylor, Julie L, & Warren, Zachary E. (2014). Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism. *Autism*, 18(2), 194-198.
- Whittingham, Koa, Sheffield, Jeanie, & Boyd, Roslyn N. (2016). Parenting acceptance and commitment therapy: a randomised controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. *BMJ Open*, 6(10), e012807. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012807
- Zablotzky, Benjamin, Anderson, Connie, & Law, Paul. (2013). The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(8), 1946-1955.

