

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی،
افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

**Effectiveness of Group Therapy Training Based on Acceptance and
Commitment on Improving Psychological Well-Being, Increasing Self-
Compassion and Distress Tolerance of Mothers of Autistic Children**

Ali Bakooi Katrimi

MSc, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Email: bakooiali844@gmail.com

Ali Musavi Asl

Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

علی باکویی کتریمی*

کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد مینودشت.

علی موسوی اصل

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Abstract

The aim of this research was to evaluate the effectiveness of group therapy training based on Acceptance and Commitment on psychological well-being, increasing self-compassion and tolerance of distress in mothers of children with autism in Tehran. Method: In a semi-experimental study with a pre-test and post-test design, 30 mothers (15 in the experimental group, 15 in the control group) of mothers of autistic children were selected by convenience sampling. Data collection was done with Riff's psychological well-being questionnaire- short form, Raes et al.'s self-compassion questionnaire-short-form, and Simmons and Gaher's distress tolerance questionnaire. The collected data were analyzed with SPSS version 24 statistical software. The statistical method of analysis of co-variance was used to compare the averages of the groups in the pre-test and post-test to determine the effectiveness of the training. Findings: The results indicate that there was a significant difference between the two experimental and control groups in the post-test phase. According to the eta square, 86.8% of the variance of psychological well-being and 75% of the variance of self-compassion and 79.6% of the variance of distress tolerance are caused by the intervention, i.e.

چکیده

هدف این پژوهش اثربخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم شهر تهران بود. روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر گروه کنترل) از مادران کودکان اتیستیک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف- فرم کوتاه، پرسشنامه شفقت به خود ریس و همکاران- فرم کوتاه و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر صورت گرفت. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شده اند. برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون جهت تعیین می‌زان اثربخشی آموزش، از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشته است. با توجه به مجذور اتا، ۸۶/۸ درصد از واریانس بهزیستی روان شناختی و ۷۵ درصد از واریانس شفقت به خود و ۷۹/۶ درصد از واریانس تحمل پریشانی ناشی از مداخله یعنی درمان پذیرش و تعهد است. نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از تحلیل فرضیه‌های پژوهش نشان دادند که آموزش درمان گروهی مبتنی

acceptance and commitment therapy. Conclusion: The results of the analysis of research hypotheses showed that group therapy training based on Acceptance and Commitment is effective in improving psychological well-being, increasing self-compassion, and distress tolerance of mothers of autistic children.

Keywords: Teaching therapy based on Acceptance and Commitment, psychological well-being, self-compassion, distress tolerance, autism disorder.

بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان شناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک اثر بخش است. **واژه‌های کلیدی:** آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود، تحمل پریشانی، اختلال اوتیسم.

پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۲

دریافت: بهمن ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^۱ یک اختلال جدی در تکامل عصبی-رشدی است که توانایی کودک در ایجاد ارتباط و معاشرت با دیگران را تحت الشعاع قرار می‌دهد. همچنین تکرار برخی رفتارها، علایق و فعالیت‌ها را نیز شامل می‌شود. این اختلال سبب اختلالاتی در عملکردهای اجتماعی و شغلی نیز می‌گردد. اختلال طیف اوتیسم به عنوان یک اختلال واحد شامل اوتیسم، سندرم آسپرگر، اختلال از هم گسیختگی کودکی و سایر اختلالات تکاملی تعیین نشده تعریف شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع اختلال طیف اوتیسم به طور فزاینده ای در دهه‌های گذشته افزایش یافته است و در حال حاضر به عنوان یکی از عمومی‌ترین ناتوانی‌های رشدی به آن پرداخته می‌شود (نیوچافر، کرون، دنیلز، جیارلی، گرتر، لوی، اس، ... و ویندهام، ۲۰۰۷). خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم، با عوامل استرس‌زا و چالش‌های بسیاری، از جمله ناتوانی‌های غیرمنتظره، رفتارهای آزارنده و اختلالات رفتاری فرزند، دشواری یافتن خدمات، سردرگمی در یافتن درمان اثربخش، تیره شدن تعامل با اطرافیان و سایر افراد جامعه مواجه می‌گردند. بدون تمرکز بر خانواده و آموزش والدین، منابع خانواده (شامل پول، انرژی، زمان و توانایی مقابله) به طور چشمگیری کاهش می‌یابد و بر تعارضات زناشویی و مشکلات عاطفی و هیجانی افزوده می‌گردد (جانسون و هاستینگز، ۲۰۰۲ به نقل از صالح میرحسینی، رفیعی پور و کرمی، ۱۳۹۸).

از جمله موضوعات مهمی که لازم است در والدین کودکان اتیستیک مورد بررسی قرار داد، مفهوم بهزیستی روانشناختی^۳ است. بهزیستی روانشناختی در دو دهه اخیر در ادبیات پژوهشی به وفور مورد بررسی قرار گرفته است و دامنه مطالعات آن از حوزه زندگی فردی به تعاملات اجتماعی نیز کشیده شده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۸). در راستای تعریف این سازه مفهومی ریف (۲۰۱۴) بیان می‌دارد که بهزیستی روانشناختی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی می‌باشد که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود. از آنجایی که مردم همواره شرایط شان را که به انتظارات، ارزشها و تجارب قبلی شان وابسته است ارزش‌گذاری می‌کنند، بهزیستی روانشناختی شامل ارزش‌های شناختی افراد از زندگی شان می‌شود. همچنین می‌توان گفت بهزیستی روانشناختی اشاره به حسی از سلامت روانی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را شامل می‌شود (ریف، ۲۰۱۴). بهزیستی روانشناختی دو جزء شناختی و عاطفی به هم وابسته دارد. بعد شناختی به معنای

¹ autism

² american psychiatric association

³ psychological well-being

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اטיستیک

ارزیابی شناختی افراد از میزان سلامت روان و کیفیت زندگی و بعد عاطفی به معنای برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (ناوارو و همکاران^۴، ۲۰۱۷ به نقل از رحیمی‌اشتری و موسوی اصل، ۱۳۹۸).

متغیر دیگری که می‌تواند بر والدین کودکان اטיستیک تاثیرگذار باشد، شفقت به خود^۵ یا خود دلسوزی است. شفقت به خود به عنوان یکی از عوامل انعطاف‌پذیری روانشناختی در برابر سازگاری با مشکلات زندگی و کار عمل می‌نماید. شفقت به خود را می‌توان نگاه مثبت به خود، زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود، تعریف نمود. شفقت به خود دارای سه جنبه مهم می‌باشد که عبارتند از: مهربانی با خود در مقابل قضاوت نادرست درباره خویشتن، احساس مشترک انسانی در مقابل گوشه‌گیری و عزلت و هشیاری در برابر همانند سازی فزاینده (نف و فاسو، ۲۰۱۵). شفقت به خود پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسبی برای رفتارهای ارتباطی مثبت با دیگران است. افرادی که دارای شفقت به خود بالایی هستند در حل تعارضات بین فردی سازگاری بیشتری از خود نشان داده و آشفتگی‌های عاطفی کمتری را نشان می‌دهند (بارنل و نف، ۲۰۱۳).

متغیر بعدی که می‌تواند بر مادران کودکان اטיستیک تاثیرگذار باشد، تحمل پریشانی^۶ است. تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک‌شده خود گزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی است. از بُعد جسمانی، تحمل پریشانی به عنوان توانایی تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). تحمل پریشانی والدین از جمله مواردی است که بر رابطه والدین با فرزند تأثیر زیادی می‌گذارد. در واقع افرادی که والدین طردکننده دارند، در بزرگسالی شکایات جسمانی مرتبط با پریشانی و آشفتگی و همچنین شکایات عصب شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روانشناختی مهم در خانواده‌های دارای فرزند بیمار است که در رابطه با توانایی تجزیه و تحلیل موقعیت‌های روانشناختی، نمود می‌یابد. آشفتگی ممکن است حاصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، ولی بازنمایی آن به صورت حالات هیجانی منفی می‌باشد که اکثر اوقات با تمایل به واکنش جهت رهایی از تجربه هیجانی منفی ظاهر می‌گردد (باندوچی، بوجارسکی، بن میلر، پاتل و کانولی، ۲۰۱۶). افراد دچار سطح تحمل پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را طاقت فرسا و غیرقابل پذیرش ارزیابی می‌کنند و در نتیجه برای تسکین و بهبود این حالت هیجانی منفی، تلاش می‌کنند، ولی اغلب مواقع قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی شان نمی‌باشند (کلیشادی و یزدخواستی، ۱۳۹۵).

با در نظر گرفتن موارد فوق، ضرورت اقدامات تأثیرگذار و افزایش حمایت‌های اجتماعی، برای خانواده‌های دارای کودک اوتیسم، بیش از پیش احساس شده و به نظر می‌رسد ارائه برنامه‌های درمانی مفید برای پشتیبانی مؤثر از این کودکان و خانواده‌های آنان، قادر است پیامدهای منفی این اختلال را کاهش داده و توانمندی‌های خانواده‌ها را پیش از سرکوب شدن در مسیری صحیح هدایت نماید.

یکی از درمان‌هایی که در چند سال اخیر در کمک به مشکلات روانشناختی والدین دارای کودک مبتلا به اوتیسم مورد توجه درمانگران قرار گرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان یکی از درمان‌های نوظهور نسل سومی است که با تکنیک‌های شرقی، تلفیق شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام بافتارگرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه پژوهشی در خصوص زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابط‌های ذهنی خوانده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی

^۴ Navarro et al.

^۵ self-compassion

^۶ distress tolerance

^۷ acceptance and commitment therapy (ACT)

می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش^۸، عدم آمیختگی شناختی^۹، خود به عنوان زمینه^{۱۰}، ارتباط با لحظه کنونی^{۱۱}، ارزش‌ها^{۱۲} و عمل متعهدانه^{۱۳} (هیز، لوما، باند، ماسودا، لیلیس، ۲۰۰۶).

در این روش درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و هیجانات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت؛ در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد؛ در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن و یا مظلوم نمایی) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و این اهداف را به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها)؛ درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (گرکو و هیز، ۲۰۰۸ به نقل از زمستانی، علایی و قلی زاده، ۱۳۹۷). با توجه به موارد ذکر شده، افزایش انعطاف پذیری روانشناختی^{۱۴} والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم از اهمیت بالایی برخوردار است. استفاده از رویکرد های نوین روان درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به تایید اثر بخشی آن در پژوهش‌های پیشین، می‌تواند در راستای کمک به مسائل روانشناختی والدین کودکان اتیستیک باشد. در این پژوهش محقق بر آن است تا اثربخشی این روش درمانی را بر بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک مورد بررسی و پژوهش قرار داده و کمبود پژوهش در این زمینه را تا حدی جبران نماید. با توجه به مطالب مطرح شده، محقق در پی پاسخگویی به این سوال پژوهشی است که، آیا آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبودی بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک خواهد شد؟

پیشینه پژوهش

در این زمینه پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج از کشور انجام شده که بطور مختصر به برخی از آنها اشاره می‌شود. زارع بیدکی و جهانگیری (۱۳۹۸) تحقیقی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران کودکان اتیستیک انجام دادند. نتایج این تحقیق حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران کودکان اتیستیک تأثیر معناداری دارد.

صالح میرحسینی، رفیعی پور و کرمی (۱۳۹۸) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و استرس ادراک شده مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دادن افسردگی و استرس شده ادراک مادران کودکان اتیستیک، اثربخش است.

⁸ acceptance

⁹ deffusion

¹⁰ Self as context

¹¹ Being present

¹² values

¹³ commitment action

¹⁴ Psychological flexibility

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

سیادت، خواجه وند خوشلی واکبری (۱۳۹۸) به پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و نگرش معنوی در مادران کودکان اتیستیک پرداختند. نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی و نگرش معنوی در مادران کودکان اتیستیک بود.

احمدی و رئیس (۱۳۹۷) در تحقیقی تحت عنوان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و مؤلفه های آن (تحمل پریشانی هیجانی، تنظیم تلاش ها برای تسکین دادن پریشانی و برآورد ذهنی پریشانی) تأثیر مثبت دارد اما مداخله قادر نبود مؤلفه تحمل جذب شدن به وسیله هیجان منفی را بهبود بخشد. بر اساس نتایج تحقیق حاضر می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و دیگر شاخصه های سلامت روان مادران کودکان اتیستیک می تواند در افزایش تحمل پریشانی آنها اثربخش باشد.

شیرالی نیا، عبدالهی موسوی و خجسته مهر (۱۳۹۶) تحقیقی تحت عنوان اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روانشناختی و استرس فرزندپروری مادران کودکان اتیستیک انجام دادند. نتایج این تحقیق، بیانگر اثر بخش بودن آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان اتیستیک بود.

مارینو، فایلا، چایلا، مینوتولی، پوگلیسی، آرنائو، ... و پیوگیا^{۱۵} (۲۰۲۱) تحقیقی تحت عنوان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود بهزیستی روانشناختی در والدین افراد مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم انجام دادند. آنها در این پژوهش کارآیی پروتکل درمانی ACT را در مقایسه با برنامه آموزش والدین (PT) ارزیابی کردند و چندین پیامد اولیه و ثانویه را قبل و بعد از درمان اندازه گیری کردند. دوازده والدین به طور تصادفی و به طور مساوی به دو گروه همسان از نظر دموگرافیک تقسیم شدند که در آن افراد تحت ۱۲ جلسه هفتگی پروتکل ACT (گروه آزمایش) یا PT معمولی (گروه کنترل) قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن است که والدینی که در پروتکل ACT ثبت نام کردند، بهبود قابل توجهی در انعطاف پذیری روانشناختی، وضعیت های ذهن آگاهی، ارزش های شخصی و استرس والدین نشان دادند، همچنین در ادراک والدین از رفتارهای مخرب فرزندشان نیز کاهش نمرات مشاهده گردید.

لونسکی، لیک، فانگ، استیل و برایس^{۱۶} (۲۰۱۸) پژوهشی تحت عنوان ارزیابی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام دادند. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل یک جلسه عصرانه و یک کارگاه آموزشی تمام روز و پس از آن یک جلسه تجدید نظر ۱ ماه بعد برای مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بود. از ۳۳ مادری که در مطالعه ثبت نام کردند، ۲۹ مادر در هر سه جلسه شرکت کردند و پرسشنامه ها را تکمیل کردند. براساس نتایج تحقیق تغییرات قابل توجهی در طول زمان از نظر افسردگی، استرس، انزوای اجتماعی و نمرات سلامت جسمانی مشاهده شد. بنابراین نتایج پژوهش آنها نشان می دهد که یک مداخله کوتاه گروهی ACT در بهبود سلامت روانی و جسمی مادران کودکان مبتلا به ASD مؤثر است.

گولد، تارباکس و کوین^{۱۷} (۲۰۱۸) تحقیقی تحت عنوان بررسی تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر رفتار آشکار والدین کودکان مبتلا به اوتیسم انجام دادند. نتایج پژوهش آنها تغییر در رفتار آشکار والدین و افزایش در شفقت به خود را نشان می دهد. کورتی^{۱۸} و همکاران (۲۰۱۸) پژوهشی زیر عنوان آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران کودکان اتیسم انجام دادند. آنها یافته های مطالعه شان را در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با تمرکز ویژه بر بهبود عملکرد روانشناختی والدین

¹⁵ Marino, Failla, Chilà, Minutoli, Puglisi, Arnao, ... & Pioggia

¹⁶ Lunsky, Fung, Lake, Steel, Bryce

¹⁷ Gould, Tarbox, Coyne

¹⁸ Corti et al.

ارائه کردند. استرس و دو فرآیند روانشناختی مرتبط با رنج عاطفی مطابق با چارچوب ACT (یعنی آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی) در والدین قبل و بعد از درمان مورد ارزیابی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت آماری معناداری را در استرس ($p=0/06$) گروه دریافت کننده ACT نشان داد. همچنین والدین گروه آزمایش می‌توانستند از حالات درونی خود آگاهی بیشتری پیدا کنند که کاهش استرس پس از درمان را توضیح می‌دهد.

بلکلج^{۱۹} و هیز (۲۰۰۶) پژوهشی تحت عنوان آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در حمایت از والدین کودکان اتیستیک انجام دادند. آنها از یک طرح اندازه گیری مکرر درون گروهی برای ارزیابی تأثیرات یک کارگاه ACT گروهی دو روزه (۱۴ ساعته) بر روی ۲۰ والدین کودکان مبتلا به اوتیسم استفاده کردند. والدین سه هفته قبل از کارگاه، یک هفته قبل، یک هفته بعد و سه ماه بعد ارزیابی شدند. نتایج پژوهش آنها نشان می‌دهد که ACT باعث کمک به والدین در سازگاری بهتر با مشکلات در تربیت کودکان مبتلا به اوتیسم گردید.

با توجه به درصد شیوع اوتیسم در کشور و نظر به کمبود انجام این گونه پژوهش‌ها در کشور و همچنین با عنایت به اهمیت بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و بالا بردن تحمل پریشانی در مادران کودکان اتیستیک، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد.

روش

روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش از جنبه‌های مختلفی قابل بررسی است. از نظر هدف، این تحقیق کاربردی بود؛ زیرا به منظور حل سریع مسائل، مشکلات و اتخاذ تدابیر لازم انجام شده است و از نظر نوع روش تحقیق، نیمه آزمایشی بوده است. قبل از مداخله توسط پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف، پرسشنامه شفقت به خود ریس و همکاران-فرم کوتاه و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر از آزمودنی‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد و پس از مداخله هم پس‌آزمون به عمل آمده و اثر مداخله مورد سنجش قرار گرفت. در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه‌ی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم در شهر تهران بود. از آنجا که در تحقیق حاضر، روش پژوهش نیمه آزمایشی و به صورت طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل مورد نظر است، بر اساس مطالعات گذشته و متون پژوهشی حجم نمونه تحقیق باید شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به شکل تصادفی باشد که در این تحقیق رعایت شد. نمونه فوق به شکل در دسترس از مادران دارای فرزند اوتیسم مراجعه کننده به مراکز درمانی اوتیسم در سطح شهر تهران انتخاب شد.

جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز برای این پژوهش به دو صورت کتابخانه‌ای و میدانی می‌باشد. روش کتابخانه‌ای تحقیق شامل بررسی و مطالعه انواع متون فارسی و انگلیسی (کتاب، مقالات و ...) در رابطه با ادبیات مربوط به مولفه‌های تحقیق می‌باشد. در بخش میدانی تحقیق از پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف، پرسشنامه شفقت به خود ریس و همکاران-فرم کوتاه و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر و همچنین پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شد. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف-فرم کوتاه:

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی-فرم کوتاه توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۸ سوال داشته است و شامل ۶ بعد می‌باشد (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری یا استقلال، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی). نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) تنظیم شده است. برای سنجش پایایی و روایی، در مطالعه ریف (۲۰۰۶) به بررسی روایی به کمک شیوه محتوایی پرداخته شده است و پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است.

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

پرسشنامه شفقت به خود ریس و همکاران - فرم کوتاه (۲۰۱۱):

پرسشنامه شفقت به خود یک ابزار خود گزارش دهی است که فرم بلند آن با ۲۶ گویه توسط نف در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. فرم کوتاه آن که در این پژوهش به کار رفته است شامل ۱۲ گویه است که توسط ریس، پامیر، نف و ون گوخت (۲۰۱۱) با اقتباس از فرم بلند آن در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است. این مقیاس سه جنبه شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل فزون همانند سازی را بررسی می کند. پاسخ های آن در یک دامنه پنج درجه ای لیکرتی از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار دارد. پایایی نسخه اصلی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است و دارای روایی همگرا و افتراقی مناسبی است. روایی و پایایی فرم کوتاه همزمان با فرم بلند محاسبه شده است که همبستگی بین دو فرم ($r=0.97$) گزارش شده است. ریس و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کردند. در پژوهش شهبازی، رجبی، مقامی و جلوداری (۱۳۹۴) ضریب آلفا برای نمره کل مقیاس ۰/۹۱ است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مهربانی به خود، قضاوت کردن در مورد خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانند سازی افراطی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ می باشند. روایی هم زمان و همگرای پرسشنامه نیز مطلوب گزارش شده است (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۴).

پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵):

این پرسشنامه یک شاخص خودسنجی است که توسط سیمونز و گاهر ساخته شد و دارای ۱۵ گویه و چهار خرده مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم کوشش ها برای تسکین پریشانی) است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای (۱: کاملاً موافقم؛ ۲: اندکی موافقم؛ ۳: نه موافق و نه مخالف؛ ۴: اندکی مخالفم و ۵: کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود. سیمونز و گاهر، ضرایب آلفا را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۸۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کردند. آنها همچنین گزارش کرده اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. در ایران، علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی فردی (۱۳۹۰) اعتبار همسانی درونی ۰/۷۱ را برای این مقیاس به دست آوردند. کلیشادی و یزدخواستی (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود ضریب روایی همزمان ۰/۳۲ برای این پرسشنامه را با پرسشنامه هوش اخلاقی به دست آوردند. در پژوهش حاضر بر اساس سطح سنجش متغیر ها و فرضیات مورد نظر، در بخش توصیفی از آماره های توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار استفاده شد، هم چنین در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در نهایت جهت تجزیه و تحلیل آماری داده ها از نرم افزار spss نسخه ۲۴ بهره گرفته شد.

یافته ها

۱- بررسی ویژگی های جمعیت شناختی اعضاء نمونه

در پرسشنامه این پژوهش به منظور دستیابی به ویژگی های عمومی نمونه آماری، بخشی با عنوان مشخصات عمومی مشارکت کنندگان به اخذ ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها شامل توزیع سنی، جنسیت و میزان تحصیلات اختصاص یافته است.

جدول ۱. توصیف جنسیت مشارکت کنندگان

جنسیت	فراوانی	درصد
زنان	۳۰	۱۰۰

مجموع	۳۰	۱۰۰
-------	----	-----

جدول ۱ نشان می‌دهد که ۱۰۰ درصد مشارکت کنندگان زن بودند. برای توصیف وضعیت سنی مشارکت کنندگان از آماره‌های توصیفی فراوانی، درصد و درصد تراکمی استفاده می‌شود.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی وضعیت سنی مشارکت کنندگان

فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۷	۲۳/۳	۲۳/۳
۱۶	۵۳/۳	۷۶/۷
۷	۲۳/۳	۱۰۰
۳۰	۱۰۰	جمع

جدول ۲ نشان می‌دهد که ۲۳/۳ درصد از مشارکت کنندگان مربوط به رده سنی ۲۵ تا ۳۵ ساله، ۵۳/۳ درصد از مشارکت کنندگان مربوط به رده سنی ۳۶ تا ۴۵ ساله و ۲۳/۳ درصد از مشارکت کنندگان مربوط به رده سنی ۴۶ ساله و بالاتر بودند. برای توصیف سطح تحصیلات مشارکت کنندگان از جدول توزیع فراوانی استفاده می‌شود.

جدول ۳. توصیف سطح تحصیلات مشارکت کنندگان

تحصیلات	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۵	۳۳/۳	۶	۴۰
کارشناسی	۹	۶۰	۷	۴۶/۷
کارشناسی ارشد	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳

جدول ۳ نشان می‌دهد بیشترین سطح تحصیلات گروه آزمایش مربوط به کارشناسی با ۶۰ درصد و کمترین سطح تحصیلات این گروه مربوط به مدرک کارشناسی ارشد با ۶/۷ درصد بود. بیشترین سطح تحصیلات گروه کنترل مربوط به کارشناسی با ۴۶/۷ درصد و کمترین سطح تحصیلات این گروه مربوط به مدرک کارشناسی ارشد با ۱۳/۳ درصد بود.

یافته‌های توصیفی پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش		۴۸/۴۶	۵/۱۹	۶۳/۲۰	۳/۱۸

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

۳/۵۶	۴۶/۵۳	۳/۳۶	۴۷/۰۶	کنترل	بهزیستی روانشناختی
۳/۴۷	۴۲/۳۳	۲/۵۴	۳۲/۲۰	آزمایش	شفقت به خود
۲/۶۴	۲۹/۶۰	۲/۱۳	۲۹/۸۶	کنترل	
۱/۹۸	۵۳/۲۶	۲/۸۲	۴۳/۴۶	آزمایش	تحمل پریشانی
۲/۵۴	۴۴/۲۶	۲/۶۵	۴۴/۸۰	کنترل	

نتایج حاصل از جدول ۴ حاکی از آن است که میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی در اثر مداخله آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس از آزمون افزایش داشته است. معناداری این افزایش با نتایج آمار استنباطی در ادامه بررسی خواهد شد.

یافته های استنباطی پژوهش

در این قسمت نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری مربوط به فرضیه های پژوهش بررسی شده است. این پژوهش شامل سه فرضیه است که هر فرضیه همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن در ادامه این بخش ارائه شده است. لازم به ذکر است که در این تحلیل، جهت کنترل متغیرهای مداخله گر از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. قبل از بررسی فرضیه ها جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است. برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس های متغیرهای تحقیق از آزمون لون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون آزمون شاپیرو-ویلک در مورد نرمال بودن توزیع نمرات

آزمون شاپیرو-ویلک			گروه	نرمال بودن توزیع نمرات
معناداری	درجه آزادی	آماره		
۰/۲۲۰	۱۵	۰/۹۲۴	آزمایش	بهزیستی روانشناختی
۰/۶۱۸	۱۵	۰/۹۵۶	کنترل	
۰/۳۸۶	۱۵	۰/۹۴۰	آزمایش	شفقت به خود
۰/۳۸۲	۱۵	۰/۹۴۵	کنترل	
۰/۳۱۴	۱۵	۰/۹۳۴	آزمایش	تحمل پریشانی
۰/۵۰۴	۱۵	۰/۹۴۹	کنترل	

چون تعداد نمونه کمتر از ۵۰ است بنابراین بجای آزمون کلموگروف-اسمیرنف از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است. همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می شود. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید شد (معناداری $sig > 0/05$). بر این اساس استفاده از آزمون های پارامتریک با محدودیتی مواجه نیست.

جدول ۶. نتایج آزمون لون در مورد پیش فرض تساوی واریانس های نمره های متغیرهای تحقیق گروه آزمایش و کنترل

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
بهزیستی روانشناختی	۰/۰۳۸	۱	۲۸	۰/۸۴۶
شفقت به خود	۰/۵۰۲	۱	۲۸	۰/۴۳۰
تحمل پریشانی	۰/۸۰۲	۱	۲۸	۰/۳۷۸

همان گونه که جدول ۶ نشان می دهد، مقدار F به دست آمده برای آزمون لون برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی غیر معنادار است. این عدم معناداری بدین معناست که پیش فرض همگنی واریانس نمرات در متغیرهای یاد شده رعایت شده است (معناداری $0.05 > \text{sig.}$).

پیش فرض همگنی رگرسیون

در حالی که این فرض وجود دارد که متغیرها در تحلیل کوواریانس در کل داده ها باید خطی بودن را نشان دهند، این فرض نیز باید در نظر گرفته شود که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر رگرسیون ناهمگن باشد آنگاه کوواریانس تحلیل مناسبی نخواهد بود. از آنجایی که در این تحقیق پس آزمون های بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی به عنوان متغیرهای وابسته و پیش آزمون های آن ها به عنوان متغیرهای کمکی تلقی شدند، زمانی فرض همگنی شیب ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش آزمون ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس آزمون ها) در همه سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. آنچه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیرمعنی دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کووریت ها) است.

جدول ۷. نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب های خط رگرسیون متغیرهای وابسته و هم تغییر در دو گروه

متغیر وابسته	مراحل ارزیابی	مجموع مجذورات	df	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری
بهزیستی روانشناختی	پس آزمون	۲۰/۶۹۴	۱	۲۰/۶۹۴	۲/۹۵۷	۰/۰۹۷
شفقت به خود	پس آزمون	۲۸/۷۱۰	۱	۲۸/۷۱۰	۳/۶۳۵	۰/۰۶۸
تحمل پریشانی	پس آزمون	۲۴/۱۶۸	۱	۲۴/۱۶۸	۷/۲۵۹	۰/۱۲۰

همان گونه که در جدول ۷ مشاهده می شود، مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنادار می باشد (معناداری $0.05 > \text{sig.}$). این عدم معناداری بدین معناست که پیش فرض همگنی واریانس نمرات در متغیرهای ذکر شده رعایت شده است. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

یافته های استنباطی فرضیه تحقیق

فرضیه اصلی تحقیق: آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک اثربخش است.

اکنون جهت بررسی پیش فرض یکسان بودن ماتریس کوواریانس ها از آزمون M باکس استفاده می کنیم.

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

جدول ۸. آزمون M باکس جهت بررسی پیش فرض یکسانی ماتریس های کوواریانس

M باکس	نمره F	df ₁	df ₂	سطح معناداری
۹/۴۹۶	۱/۳۹۷	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۲۱۲

با بررسی جدول ۸ مشخص می شود که شرط یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس رعایت شده است (معناداری $0.05 > \text{sig.}$).

جدول ۹. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) جهت بررسی تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

آزمون ها	مقدار	آماره F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجدور اتا
اثر پیلاپی	۰/۹۵۰	۱۴۴/۸۱۹	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۵
لامبدای ویکلز	۰/۰۵۰	۱۴۴/۸۱۹	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۵
اثر هتلینگ	۱۸/۸۸۹	۱۴۴/۸۱۹	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۵
بزرگترین ریشه روی	۱۸/۸۸۹	۱۴۴/۸۱۹	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۵

بر اساس جدول ۹ آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل باعث بهبود یکی از متغیرهای بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی در مادران دارای کودکان اتیستیک شد ($F=3/844$, $P=0/023$).

با معناداری آزمون کوواریانس چند متغیری، این نتیجه حاصل می شود که بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی بین دو گروه آزمایش و کنترل در اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود داشته باشد. لذا جهت بررسی این معناداری به تحلیل کوواریانس پرداخته شد. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر متغیرهای پژوهش با کنترل متغیر پیش آزمون در جدول ۱۰ آمده است.

جدول ۱۰. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) جهت بررسی تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از متغیرهای بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معناداری	مجدور اتا
گروه	بهزیستی روانشناختی	۱۲۹۴/۶۷۴	۱	۱۲۹۴/۶۷۴	۱۶۳/۹۵۱	۰/۰۰۰	۰/۷۶۸
	شفقت به خود	۶۵۹/۰۸۸	۱	۶۵۹/۰۸۸	۷۵/۱۸۳	۰/۰۰۰	۰/۶۵۰
	تحمل پریشانی	۴۱۶/۹۰۶	۱	۴۱۶/۹۰۶	۹۷/۶۵۵	۰/۰۰۰	۰/۶۹۶
خطا	بهزیستی روانشناختی	۱۹۷/۴۱۳	۲۵	۷/۸۹۷			
	شفقت به خود	۲۱۹/۱۶۱	۲۵	۸/۷۶۶			
	تحمل پریشانی	۱۰۶/۷۳۰	۲۵	۴/۲۶۹			

بر اساس جدول ۱۰ بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشته است. درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود هر سه متغیر بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی در مادران دارای

فرزند اوتیستیک شد. با توجه به مجذور اتا ۷۶/۸ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی و ۶۵ درصد از واریانس شفقت به خود و ۶۹/۶ درصد از واریانس تحمل پریشانی ناشی از مداخله یعنی درمان پذیرش و تعهد است. بنابراین آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معنادار بهزیستی روانشناختی ($F=163/951$, $P<0/001$) و شفقت به خود ($P<0/001$)، ($F=75/183$) و تحمل پریشانی ($F=97/655$, $P<0/001$) در مادران دارای فرزند اوتیسم شد.

بحث و نتیجه گیری

همان طوری که ملاحظه شد، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه پس از حذف اثر متغیر تصادفی کمکی اختلاف معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر بین بهزیستی روانشناختی، شفقت به خود و تحمل پریشانی گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته ها حاکی از آن است که آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اوتیستیک اثر بخش است.

با توجه به یافته‌های بدست آمده، آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی مادران کودکان اوتیستیک موثر است. این یافته به طور کلی با یافته های پژوهش شیرالی نیا و همکاران (۱۳۹۶)، زارع و برادران (۱۳۹۷)، رحیمی اشتری و موسوی اصل (۱۳۹۸)، سیادت و همکاران (۱۳۹۸)، باقری و همکاران (۲۰۱۸)، گری و همکاران (۲۰۱۷)، مارینو و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شیوه درمانی است که همزمان مفاهیم پذیرش و تغییر را در بردارد به این صورت که موضع این شیوه درمانی در برابر مشکلات غیرقابل تغییر، پذیرش (چیزی را که نمی‌توانی تغییر دهی، بپذیر) و در برابر مشکلات و رفتارهای قابل تغییر، متعهد شدن برای حرکت در راستای تغییر است (آنچه را که می‌توانی تغییر دهی، تغییر بده). بنابراین این نوع درمان به مادران کودکان اوتیستیک توصیه می‌کند که مشکل اختلال فرزند خود را بپذیرند و از کشمکش های غیرضروری و پیوستگی با افکار ناخواسته مرتبط با آن اجتناب کنند و در عین حال در راستای تحقق دیگر ارزش های زندگی و بکارگیری جنبه های دست نخورده و بکر زندگی کوشش نمایند. با توجه به یافته های بدست آمده آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود مادران کودکان اوتیستیک موثر است.

این یافته با یافته‌های پژوهش شهبازی و همکاران (۱۳۹۴)، یارنل و نف (۲۰۱۳) و نف و فاسو (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در این روش درمانی به دلیل آموزش عمل متعهدانه مبتنی بر ارزش، باعث شد مادران هنگام مواجه با مشکلات با بیان افکار و احساسات خود به شیوه مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و در نتیجه نگرانی، تحریک پذیری، هراس، احساس خطر، بی تابی و بی قراری ناشی از مقابله با مشکلات را کاهش دهند که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره آمیز و در نهایت باعث شفقت به خود می‌شوند. با توجه به یافته های بدست آمده، آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران کودکان اوتیستیک موثر است. این یافته با یافته‌های پژوهش مقتدایی (۱۳۹۳)، احمدی و رئیس (۱۳۹۷)، دیکنز و همکاران (۲۰۱۴)، لانگ و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شیوه درمانی است که موجب ایجاد بینشی مثبت تر به شرایط در مادران دارای کودک اوتیسم شده و از سویی دیگر آنان را به مهارت های مبتنی بر پذیرش و تعهد مجهز کرده

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

است که احتمال پذیرش کودک مبتلا را در این مادران بالاتر خواهد برد. با توجه به تأکید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزش ها، عمل به تعهدات، پذیرش کودک و توجه به برقراری ارتباط در لحظه جاری، به نظر منطقی می‌رسد که این نوع از درمان بر بهبود روابط و افزایش تحمل پریشانی ناشی از داشتن کودک مبتلا مؤثر باشد. از طرفی باور بر این است که ایجاد پذیرش و تعهد در هر لحظه زندگی منجر به افزایش خودآگاهی و توانایی برای تصمیم‌های سازگارانه در خصوص مدیریت مشکلات و موقعیت‌های مسئله‌ساز همانطور که بوجود می‌آیند و همین طور افزایش لذت از لحظه‌های دلپذیر می‌شود. به عبارتی در زمان حال بودن و جدا از رویدادهای استرس‌آفرین می‌تواند میزان پریشانی افراد تحت درمان را کاهش دهد. همچنین تمرینات این روش درمانی، درک واکنش‌های عادی به رویدادهای خوشایند و ناخوشایند شامل افکار، هیجانات، احساسات و ارتباط بین پدیده‌ها را با رفتار افزایش می‌دهند، در فرد نوعی حس مثبت نسبت به توانایی‌های خود ایجاد می‌کند. لذا زمانی که افراد شرکت‌کننده نوعی حس توانمندی نسبت به سطح توانایی‌هایشان برای غلبه بر مشکلات ایجاد می‌شود، قادرند در مقابل مسائل ناشی از اوتیسم فرزندان، تاب آورتر شوند و از میزان پریشانی آن‌ها کاسته شود.

محدودیت‌ها

- نمونه این پژوهش، از میان کودکان مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شهر تهران، انتخاب شده است، لذا در تعمیم دادن یافته‌ها به سایر شهرها، باید جانب احتیاط را رعایت نمود.
- از دیگر محدودیت‌های پژوهش، عدم کنترل متغیرهایی از جمله ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی مادران است که می‌تواند در نتایج تأثیرگذار باشد.
- دامنه تحصیلات نمونه پژوهش نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش است که از تعمیم دهی این پژوهش می‌کاهد.
- عدم پیگیری نتایج به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی مدت.

پیشنهادهای پژوهشی

- به منظور افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های مشابه در شهرهای دیگر اجرا شود و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد.
- در پژوهش‌های آینده، عوامل مداخله‌گری همچون وضعیت اجتماعی و اقتصادی مادران مورد بررسی قرار گیرد.
- در پژوهش‌های آینده به مقایسه اثر این آموزش با رویکردهای روانشناختی دیگر پرداخته شود.
- در پژوهش‌های دیگر، پیگیری پس از سه تا شش ماه انجام شود.
- این مطالعه با رفع محدودیت‌ها و با اندازه نمونه بیشتر صورت گیرد تا هم دقت نتایج و هم تعمیم‌دهی یافته‌ها افزایش یابد.

پیشنهادهای کاربردی

- وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، بیمارستان‌ها و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره با اجرای کارگاه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زمینه را برای آشنایی هرچه بیشتر روانشناسان، پزشکان و پرستاران با مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را فراهم نمایند.

- استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله درمانی در کنار سایر روش های درمانی، در راستای افزایش بهزیستی روانشناختی و خود شفقتی و کاهش پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم در مراکز عمومی و خصوصی کلینیک های مشاوره و روان درمانی استفاده شود.

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک

منابع

- [۱] احمدی، اکرم و رئیس، زهره. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. فصلنامه سلامت روان کودک. ۵، (۳)
- [۲] باکوئی کتریمی، علی. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس و افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شهر تهران. چهارمین همایش ملی پژوهش های حرفه ای در روانشناسی و مشاوره. بندرعباس. دانشگاه هرمزگان
- [۳] خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ عرب ورامین، آسیه و روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش والدین کوزلوف بر ابراز هیجان و بارروانی مادران دارای کودک اوتیسم. مجله تحقیقات توانبخشی ایران، (۱۳)، ۲۹-۳۴.
- [۴] رحیمی اشتری، فاطمه؛ موسوی اصل، سید علی. بررسی اثربخشی آموزش مهارت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی، افزایش خودکارآمدی، تاب آوری و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان. (۱۳۹۸). مجله پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش
- [۵] زارع بیدکی، زهرا و جهانگیری، محمد مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، ۱۰ (۱): ۲۹-۴۴
- [۶] زارع، حسین و برادران، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهار شناختی و انعطاف پذیری شناختی دانشجویان مضطرب. فصلنامه روانشناسی. ۱۲ (۴ پیاپی ۴۸): ۵۱۱-۴۹۱
- [۷] زمستانی، مهدی؛ علایی، مریم؛ قلی زاده، زلیخا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی. ۸ (۲۹): ۸۴-۶۱
- [۸] سیادت، سید مرتضی؛ خواجه وند خوشلی، افسانه؛ اکبری، حمزه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و نگرش معنوی در مادران دارای فرزند اوتیسم. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۵ (۴)
- [۹] شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم؛ جلوداری، آرش. (۱۳۹۴). ساختار عامل تاییدی نسخه فارسی مقیاس درجه بندی تجدیدنظر شده شفقت-خود در گروهی از زندانیان. سیستم مدیریت مجله؛ ۶ (۱۹): ۳۱-۴۶.
- [۱۰] شیرالی نیا، خدیجه؛ عبدالهی موسوی، حدیث و خجسته مهر، رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری و انعطاف پذیری روانشناختی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی. ۷ (۲۸): ۲۱-۴۴
- [۱۱] صالح میرحسینی، وحیده؛ رفیعی پور، امین؛ کرمی، زهره. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و استرس ادراک شده مادران کودکان اتیستیک. فصلنامه ایده های نوین روانشناسی. ۳ (۷)
- [۱۲] علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سید امیر و صالحی فدردی، جواد. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک گروهی (با تکیه بر مولفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان) بر نشانه های افسردگی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۳ (۲): ۱۲۴-۳۵
- [۱۳] فروغی، علی اکبر؛ خانجانی، سجاد؛ رفیعی، سحر؛ طاهری، امیر عباس. (۱۳۹۸). شفقت به خود: مفهوم بندی، تحقیقات و مداخلات (مروری کوتاه). مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت. ۶ (۶): ۸۷-۷۷
- [۱۴] کلیشادی، فاطمه و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۵). تأثیر ادراک طرد - پذیرش و کنترل والدین بر هوش اخلاقی و تحمل پریشانی. راهبرد فرهنگ. ۹ (۳۳): ۱۶۹-۱۵۵
- [۱۵] مقتدایی، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی در همسران جانبازان شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارسگان
- [16] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- [17] Banducci, A. N., Bujarski, S. J., Bonn-Miller, M. O., Patel, A., & Connolly, K. M. (2016). The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. Journal of anxiety disorders, 41, 73-81.

- [18] Bagheri, M., Tahmassian, K., & Mazaheri, M. A. (2018). Efficacy of mindful parenting and parent management training integrative program on psychological wellbeing and happiness of children. *Clinical Psychology Studies*, 8(30), 1-26.
- [19] Blackledge, J. T., & Hayes, S. 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.
- [20] Corti, C., Pergolizzi, F., Vanzin, L., Cargasacchi, G., Villa, L., Pozzi, M., & Molteni, M. (2018). Acceptance and commitment therapy-oriented parent-training for parents of children with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 2887-2900.
- [21] Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., & Miodrag, N. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. *Pediatrics*, 134(2), e454-e463.
- [22] Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N., Hueso-Montoro, C., Laynez-Rubio, C., & Cruz-Quintana, F. (2016). Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research in developmental disabilities*, 55, 312-321.
- [23] Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81-88.
- [24] Gray, J. S., Ozer, D. J., & Rosenthal, R. (2017). Goal conflict and psychological well-being: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 66, 27-37.
- [25] Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science+ Business Media.
- [26] Greco, L. A., & Hayes, S. C. (Eds.). (2008). Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: A practitioner's guide. New Harbinger Publications.
- [27] Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- [28] Johnson, E., & Hastings, R. P. (2002). Facilitating factors and barriers to the implementation of intensive home-based behavioural intervention for young children with autism. *Child: Care, Health and Development*, 28(2), 123-129.
- [29] Lang, A. J., Schnurr, P. P., Jain, S., He, F., Walser, R. D., Bolton, E., ... & Chard, K. M. (2017). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(S1), 74.
- [30] Lunsy, Y., Fung, K., Lake, J., Steel, L., & Bryce, K. (2018). Evaluation of acceptance and commitment therapy (act) for mothers of children and youth with autism SpectrumDisorder. *Mindfulness*, 9(4), 1110-1116.
- [31] Marino, F., Failla, C., Chilà, P., Minutoli, R., Puglisi, A., Arnao, A. A., ... & Pioggia, G. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy for Improving Psychological Well-Being in Parents of Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sciences*, 11(7), 880.
- [32] Navarro, D., Montserrat, C., Malo, S., González, M., Casas, F., & Crous, G. (2017). Subjective well-being: what do adolescents say?. *Child & Family Social Work*, 22(1), 175-184.
- [33] Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- [34] Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- [35] Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., Levy, S. E., ... & Windham, G. C. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu. Rev. Public Health*, 28, 235-258.

اثر بخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی
مادران کودکان اتیستیک

- [36] Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- [37] Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- [38] Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9(1), 13-39.
- [39] Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- [40] Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- [41] Simons, J. S., Simons, R. M., Grimm, K. J., Keith, J. A., & Stoltenberg, S. F. (2021). Affective dynamics among veterans: Associations with distress tolerance and posttraumatic stress symptoms. *Emotion*, 21(4), 757.
- [42] Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.