

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم

### حمیده سادات مهاجری

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران (نویسنده مسئول)

#### چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم شهر تهران در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق شامل مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم مراجعه کننده به مرکز درمانی انستیتو روان پزشکی شهر تهران بود. نمونه آماری این پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس، به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش پذیرش و تعهد دیدند و گروه کنترل نیز در لیست انتظار باقی ماندند. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی انجام پذیرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم افزار spss20 در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. یافته‌های تحقیق نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم شده است همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش مولفه های کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی) در مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم شده است؛ بنابراین می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم موثر است.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، درمان پذیرش و تعهد، اتیسم.

## مقدمه

اگرچه رویدادهای منفی زندگی الزاما پیامدهای روانشناختی مضرى در بر ندارند، با این حال استرسورهای مزمن احتمال پریشانی روانشناختی را افزایش می دهند. یکی از عوامل ایجاد استرس در خانواده، تولد فرزند معلول است. برای والدین کودکان دارای ناتوانی، فرزندپروری، استرسوری مزمن محسوب می گردد (لو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) و والدین کودک مبتلا به اتیسم اغلب با انواع مختلفی از مشکلات روانی-اجتماعی و عملی روبرو می شوند که برخی اوقات موجب سطح بالایی از پریشانی والدینی می گردد. این ها شامل مشکلات هیجانی مانند ترس، افسردگی و نگرانی، رضایت پایین زناشویی، مشکلات کاری و مالی، مشکلات مربوط به تکالیف آموزشی، همین طور سطوح پایین کیفیت زندگی می شوند (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۳). با تولد کودک مبتلا به اتیسم و آگاهی از اختلال وی، والدین بهت و نابوری و در پی آن سرخوردگی های شدیدی پیدا می کنند. آنها بایستی با این واقعیت که کودکشان شرایطی دارد که وی را تا پایان عمر درگیر می سازد، کنار بیایند و انتظاراتشان را با توجه به محدودیت های او متناسب سازند (دابروسکا و پیسولا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). این واقعیت ها و ناهنجاری های متنوع زبانی، ارتباطی، رفتاری و اجتماعی کودک مبتلا به اتیسم می تواند استرس و فشارهای زیادی را بر خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند (آسبورن و رید<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

تعداد قابل توجهی از خانواده ها در جامعه ما، از اثرات منفی داشتن یک کودک بیمار رنج می برند (کروزر و تینسانی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). والدین کودکان مبتلا به اتیسم به ویژه مادران، اغلب به گونه ای زیان آور، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می کنند. احساس تقصیر و گناه، احساس ناکامی و اضطراب و نگرانی، از جمله واکنش های شایع والدین در پی آگاهی از بیماری کودک است (رایت و مک کاتم<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲)؛ از طرفی تولد یک کودک بیمار، عامل نگران کننده برای سازگاری خانواده محسوب می شود (ووکز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹) شواهد حاکی از آن است که خانواده های دارای کودک ناتوان و بیمار، از نظر اجتماعی منزوی هستند و دامنه ارتباطات اجتماعی محدودتری دارند (اوزدمیر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). والدین کودکان ناهنجار، به لحاظ مسائل و مشکلاتی که از بیماری فرزند به آنان تحمیل می کند، با مسئولیت های اضافی روبرو می شوند؛ از طرف دیگر آنها نمی توانند، امکانات و زمان لازم برای انجام مسئولیت های آموزشی، تربیتی و بهداشتی فرزند خود را فراهم سازند. این مسئله، موجب فشارهای مضاعف بر والدین شده و بر عزت نفس و تعامل روانی-اجتماعی آنها، اثرات مخربی بر جای می گذارند (بیابانگرد، ۲۰۰۸). همچنین نتایج پژوهش ها حاکی از آنست که در افراد گوشه گیر، منزوی و با عزت نفس ضعیف، احتمال بروز بیماری های روانی و جسمانی بیشتر است؛ در حالی که افراد با ارتباطات اجتماعی بیشتر، کمتر دچار بیماری های روانی و جسمانی می شوند (ریچ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). از زمینه های آسیب پذیر در فرایند تولد کودک دارای معلولیت ذهنی، کیفیت زندگی والدین می باشد (داویس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایی است که کاملا فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک فرد از جنبه های مختلف زندگی استوار است (سیلویا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی با شرایطی که سلامت روانی و جسمانی را به خطر می اندازد در ارتباط است و یکی از این شرایط استرس زا می تواند حضور کودک با نیازهای خاص در خانواده باشد (پورموسوی، ۱۳۹۴). بدین نحو که نگهداری از کودکان ناتوان، منجر به سد شدن مسیر پیشرفت خانواده، جلوگیری از رشد طبیعی و بروز الگوهای مدارای ناسازگارانه و ناکارآمد در اعضای خانواده به خصوص والدین می شود، بنابراین ناتوانی کودک نه تنها زندگی کودک، بلکه

<sup>1</sup> - LUO

<sup>2</sup> - Dabrowska, & Pisula

<sup>3</sup> - Osborne & Reed

<sup>4</sup> - Crozier & Tincani

<sup>5</sup> - Wright & McCathren

<sup>6</sup> - Voges

<sup>7</sup> - Ozdemir

<sup>8</sup> - Rich

<sup>9</sup> - Davis

<sup>10</sup> - Sylvia

زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار داده و باعث بروز مسائلی مانند اختلال در خواب، مشکل جسمانی، نقص در تعامل اجتماعی، مسایل زناشویی، فشار مالی، محدودیت زمانی برای رسیدگی به مسایل سلامتی و قرار گرفتن طولانی مدت در معرض استرس های مزمن می گردد و تمام این مسائل مستقیم و غیر مستقیم کیفیت زندگی اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد (دارادی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

روش های درمانی مختلفی برای افزایش مولفه های روان شناختی والدین دارای کودکان با معلولیت به کار گرفته شده است. یکی از انواع درمان ها که تا به حال توجه زیادی به آن نشده است، درمان پذیرش و تعهد می باشد. پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه ی فرد مرتبط می شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصا زمانی که باعث آسیب های روان شناختی می شوند، مرتبط اند. در فعالیت متعهدانه فرد تشویق می شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به کار گیرد. در واقع در این نوع درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه این که عملی صرفا جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فرمن و هربرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

اخیرا پژوهش های روان شناسی به مطالعه پذیرش/تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب، افسردگی و بهزیستی روانی-اجتماعی پرداخته اند (براون و ریان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). شواهد تجربی در مورد تاثیر این روش درمانی در مورد اختلالاتی اختلالاتی مانند افسردگی (کانتر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶)، پسیکوزها (باچ و هایس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲)، هراس اجتماعی (اوسمان<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد (گیفورد<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) مشخص شده است. تکیسو<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۵)، نیز در پژوهش خود نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی در افراد شده است و حتی بعد از یک دوره پیگیری ۶ ماهه نیز در این افراد باعث کاهش اختلالات خلقی شده بود. رایان و دسی<sup>۹</sup> (۲۰۰۰) نشان دادند که پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود (جانکین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷). آموزش پذیرش/تعهد نمرات پایین اضطراب (زیدان<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) کاهش پریشانی روان شناختی و کاهش انعطاف ناپذیری روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی (هایس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴) را به دنبال دارد.

همانطور که در بالا به آن اشاره شد؛ نقش اساسی در حفظ تعادل روانی-اجتماعی خانواده، بر عهده مادر است و ایجاد تنش و فشار بر مادر، علاوه بر سلامت جسمی و روحی خود او، سلامت و آسایش فرزندان سالم و نیز فرزند ناتوانشان و در سطحی وسیع تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متاثر خواهد ساخت (مرادپور و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به این که مادر، نقش مهمی در سلامت روان اعضای خانواده دارد، پرداختن به وضعیت مادران اهمیت زیادی داشته؛ همچنین با توجه به شیوع بالای مشکلات روانی و ارتباطی در والدین کودکان مبتلا به اتیسم و گریز ناپذیر بودن این موقعیت، پژوهش پیرامون عواملی که بتواند، تحمل شرایط سخت و دشوار را آسان سازد و به والدین کودکان مبتلا به اتیسم به ویژه مادران کمک نماید تا با اصلاح تفکر و نگرش خود، بتوانند با شرایط خود کنار بیایند و عزت نفس و سلامت روان خود را حفظ نمایند و کیفیت زندگی بالایی

<sup>1</sup> -Darrodi

<sup>2</sup> - Forman & Herbert

<sup>3</sup> - Brown & Ryan

<sup>4</sup> - Kanter

<sup>5</sup> - Buch & Hayes

<sup>6</sup> - Ossman

<sup>7</sup> - Gifford

<sup>8</sup> - Thekiso

<sup>9</sup> - Rayan & Deci

<sup>10</sup> - Junkin

<sup>11</sup> - Zeidan

<sup>12</sup> - Hayes

داشته باشند مهم به نظر می‌رسد. لذا، با توجه به این که کیفیت زندگی پایین این مادران و اثرات منفی آن بر عملکرد فردی و خانوادگی آنها، به نظر می‌رسد، ارایه خدمات روانشناختی در قالب راهبردهای درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در تامین بهداشت روانی این مادران راهگشا باشد. از سوی دیگر، با توجه به عدم وجود پژوهش‌های تجربی در زمینه درمان پذیرش و تعهد، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد تا میزان اثربخشی آموزش درمان پذیرش و تعهد که درمان نوپدید محسوب می‌شود، در افزایش کیفیت زندگی این افراد بررسی شود. اثربخشی این درمان بر نمونه‌های ایرانی و بر روی متغیرهای وابسته تحقیق، تلویحات نظری و کاربردی مهمی خواهد داشت و می‌تواند به متخصصان حوزه بهداشت روانی کمک کند تا اثربخش‌ترین درمان را انتخاب کرده و به کار برند؛ بنابراین محقق قصد دارد در این پژوهش به این مسئله بپردازد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم چه تاثیری دارد؟

### روش شناسی

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اتیسم ۳ تا ۷ ساله مرکز درمانی انستیتو روان پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس است. تعداد ۴۷ مادر کودک مبتلا به اتیسم جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند که این مادران بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) داشتن کودک مبتلا به اتیسم (۲) عدم ابتلا به بیماری روانی (۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (۴) عدم دریافت درمان‌های روانشناختی تا قبل از جلسات گروه درمانی یا در حین جلسات (۵) گرفتن نمره پایین در پرسشنامه کیفیت زندگی بود. عدم رضایت مادران جهت ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج واحدها از مطالعه در نظر گرفته شد. تعداد ۳۰ نفر از این مادران معیارهای ورود را داشتند بنابراین با توجه به طرح تحقیق، شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قبل از شروع آموزش، پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند و گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی بود: **مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی**: این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارتند از: (۱) سلامت جسمی، (۲) سلامت روانشناختی، (۳) روابط اجتماعی و (۴) محیط اجتماعی. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می‌شود. گروه مطالعاتی سازمان بهداشت جهانی، این مقیاس را یک مقیاس بین‌فرهنگی می‌داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). در ایران نیز نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس مشخص نمود که در این مقیاس چهار زیرمقیاس (یعنی سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان‌دهنده روایی ساختاری آن است. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به قرار زیر است:

## جدول ۱: محتوای جلسات درمانی پذیرش و تعهد

جلسه	درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر اساس راهنمای درمانی هیز و همکاران (۱۹۹۹) و توهی (۲۰۰۷)
۱	اجرای پیش آزمون، ارزیابی مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم، مصاحبه تشخیصی و ضابطه بندی درمان
۲	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش/تعهد، ایجاد بینش در این مادران نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل
۳	آموزش نومیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آنها تلاش نموده است.
۴	ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی بواسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف
۵	آموزش زندگی ارزش مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف
۶	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزشها، اهداف و اعمال و موانع آنها
۷	بررسی مجدد ارزشها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد
۸	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع بندی

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss20 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

## یافته ها

در این بخش با استفاده از شاخص های مرکزی متغیر کیفیت زندگی و مولفه هایش مورد توصیف قرار می گیرد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مولفه های کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها (n=۳۰)

مولفه های کیفیت زندگی	گروه	پس آزمون		پیش آزمون	
		SD	M	SD	M
سلامت جسمی	آزمایش	۳.۲	۶.۹۳	۲.۴	۴.۲۷
	کنترل	۲.۱	۶.۸	۲.۷	۶.۰۷
سلامت روان	آزمایش	۳	۸.۷۳	۳.۴	۶.۲
	کنترل	۳.۴	۸.۳۳	۳.۱	۷.۶۷
روابط اجتماعی	آزمایش	۳.۴	۷.۴	۲.۷	۴.۸
	کنترل	۱.۳	۷.۸۷	۲.۳	۷.۶۷
سلامت محیط	آزمایش	۳.۲	۴.۴۷	۲.۴	۲.۴۷
	کنترل	۲.۸	۴.۵۳	۳.۵	۴.۴۷
کل	آزمایش	۶.۶	۲۷.۵۳	۶.۴	۱۷.۷۳
	کنترل	۵.۴	۲۸.۴	۴.۹	۲۶.۴۷

اطلاعات توصیفی جدول ۲ نشان می دهد که میانگین "مولفه های کیفیت زندگی" مادران کودکان مبتلا به اوتیسم گروه آزمایش، پس از مداخله، افزایش یافته است و این در حالی است که در گروه کنترل، تغییر قابل توجهی مشاهده نمی شود.

## جدول ۳. تحلیل کوواریانس بین آزمودنی جهت بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمانی	۳۳/۵	۱	۳۳/۵	۸/۵	۰/۰۱	۰/۲۶۴
	سلامت روان	۳۰/۴	۱	۳۰/۴	۸/۰۴	۰/۰۱	۰/۲۵۱
	روابط اجتماعی	۵۷/۱	۱	۵۷/۱	۱۵/۵	۰/۰۱	۰/۳۹۲
	سلامت محیط	۲۷/۳	۱	۲۷/۳	۷/۵	۰/۰۱۲	۰/۲۳۷
خطا	سلامت جسمانی	۸۷/۸	۲۴	۳/۶۶			
	سلامت روان	۹۰/۷	۲۴	۳/۷۸			
	روابط اجتماعی	۸۸/۸	۲۴	۳/۷			
	سلامت محیط	۸۷/۹	۲۴	۳/۶۶			
کل	سلامت جسمانی	۱۹۱۷	۳۰				
	سلامت روان	۱۷۵۸	۳۰				
	روابط اجتماعی	۱۴۰۷	۳۰				
	سلامت محیط	۶۴۸	۳۰				

بر اساس اطلاعات جدول ۳، با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱۲۵) در مولفه های "سلامت جسمانی"، "سلامت روان"، "روابط اجتماعی" و "سلامت محیط"، تفاوت معناداری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ به طوری که نتایج نشان می دهد میانگین این چهار مولفه در مادران کودکان مبتلا به اتیسم گروه آزمایش که تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته اند، به طور معنی داری افزایش داشته است، بنابراین می توان ادعا کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر "سلامت جسمانی"، "سلامت روان"، "روابط اجتماعی" و "سلامت محیط" مادران کودکان مبتلا به اتیسم موثر است.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم موثر است. بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین کلی کیفیت زندگی و میانگین ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود کیفیت زندگی تایید می کند.

بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش با تحقیق پورموسوی (۱۳۹۴) همسو است. این پژوهش به منظور بررسی تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم انجام شد. حالات روانی چون افسردگی و اضطراب میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد. سادگی، سهولت و عدم صرف وقت زیاد در تمرینات درمان پذیرش و تعهد، همچنین تاکید این رویکرد بر مشاهده افکار و تغییر آگاهی در مقایسه با به چالش کشیدن و تغییر افکار، شیوه نوینی از مواجهه با هیجان های آشفته ساز ارائه می دهد. نتایج نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، بعد از گذراندن دوره کامل درمان، بهبود چشم گیری، در کلیه مولفه های کیفیت زندگی یافته است.

از آن جایی که بار روانی و جسمانی تربیت کودک معلول بیشتر بر عهده مادر است، مادران رضایت زناشویی اندک و فشار روانی و خستگی بالایی را نسبت به پدران تجربه می کنند (گوپتال و سینگال، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که هر چند والدین کودکان ناتوان، هر دو نسبت به فشار روانی بسیار آسیب پذیرند؛ اما ۷۰ درصد مادران و ۴۰ درصد از پدران

کودکان مذکور، فشار روانی و کیفیت زندگی پایینی را تجربه می کنند (ماگنو، ۲۰۰۷). همچنین پژوهش های اخیر در مورد والدین کودکان دچار معلولیت، نشان می دهد که والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی و سایر کودکانی که نیازهای ویژه یا بیماری های مزمن دارند، کیفیت زندگی پایینی را تجربه می کنند (دابروسکا و پیسولا، ۲۰۱۰).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می توان به واسطه فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد، یکی از مهمترین تکنیک های این درمان، تصریح ارزش هایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش ها، با وجود مشکلات باعث می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن منجر به رضایت از زندگی می شود، آنها را از گیر افتادن در حلقه ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یاس و ناامیدی، افسردگی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می شود، رهایی دهد. این نتیجه با نتایج پژوهش با پژوهش گارنفسکی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) و ولز<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) همخوان است.

فرایند موثر دیگر این درمان، جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می باشند. مولفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع فراهم می کند تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرد و انجام این کار باعث می شود که تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تاثیر کمتری را بر زندگی فرد داشته باشند. فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان باعث تغییرات چشمگیری در روش استفاده مراجع از توجه خود می شود. به عبارتی باعث جهت گیری توجه شده تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد نماید که به فرد اجازه می دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند، به جای این که این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند (براون و ریان، ۲۰۰۳)؛ بنابراین این درمان با توجه به تاکید می کند بر پذیرش تجارب و انجام اعمال داوطلبانه و ارادی دارد، می تواند هم در بهبود کیفیت زندگی و عملکرد افراد دارای اختلال مزمن و هم در کاهش علائم و نشانه های آن اختلال موثر باشد. ریان و احمد (۲۰۱۶) بیان کردند که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی پس از برنامه مداخله والدین گروه آزمایش پیشرفت های قابل توجهی در دامنه سلامت روانی کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی کیفیت زندگی، تمرکز حواس و ارزیابی مجدد استرس مثبت نشان دادند؛ بنابراین درمان ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی والدین این کودکان تاثیر بسزایی گذاشته است.

در مورد کاربرد مهارت های گسلش شناختی هدف این است که رویدادهای درونی اعم از افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی را فقط به عنوان آنچه که هستند، نه آنچه می گویند که هستند، در نظر گرفته شوند. با این هدف مراجع می آموزد که با این رویدادهای درونی، بدون آغشته شدن با آنها یا اجتناب از آنها برخورد کند و نظاره گر آنها باشد (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). بر طبق این دیدگاه هیچ کدام از این تجربیات درونی شخصی، اگر همان گونه که هستند تجربه شوند، به طور ذاتی برای سلامتی فرد مضر نیستند، پس نیازی به کنترل کردن آنها نیست، بلکه مهم کاربرد این تجربیات درونی است و باید دید اگر بر اساس آنها عمل شود، به مراجع کمک می کند تا در مسیر و جهت ارزش هایش حرکت کند.

یکی دیگر از فرایندهای این درمان که به اثربخشی آن کمک زیادی می کند، ایجاد یک خود مشاهده گر یا خود به عنوان زمینه در مراجع در طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۶). در واقع این خود مشاهده گر جایگزینی برای خود مفهوم سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می شود، می باشد. مزیت بزرگ این خود این است که به عنوان زمینه ای در نظر گرفته می شود که در آن محتوای هشیاری تهدید کننده نمی باشد. در کل هدف این است که مراجع به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی اش جدا ببیند.

بنابراین پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری روش های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می تواند در تلفیق

<sup>1</sup> - Dabrowska & Pisula

<sup>2</sup> - Garnefski

<sup>3</sup> - Wells

با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد؛ بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی افراد را افزایش دهد و باعث افزایش کیفیت زندگی شود. نمونه پژوهش حاضر مادران مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در هر تهران (آن هم به صورت در دسترس) بوده است، لذا در تعمیم نتایج بهتر است احتیاط بیشتر عمل کرد.

## منابع

۱. بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج؛ بخشی پور، عباس، محمودعلیلو، مجید و اقبالی، علی. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان عقب مانده ذهنی با توجه به اثرات تعدیلی سبک‌های عاطفی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، سال نهم، شماره ۳۳، صص: ۴۳-۵۹.
۲. پورموسوی، ام البنین. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری و رضایت از زندگی مادران دارای کودکان عقب مانده ذهنی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات واحد خراسان رضوی.
۳. مرادپور، جاماسب؛ میری، محمدرضا؛ علی آبادی، سمانه و پورصادق، عباس. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآگاهی و ابراز وجود، بر سازگاری و عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی. *فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، دوره ۱۰، شماره ۱، صص: ۴۳-۵۲.
4. Bach P, Hayes SC. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5):1129-1139
5. Biyabangard E (2008). How to promote self - respect in children and adolescents. Tehran: Anjoman Olia va Morabian;. [Persian]
6. Brown, K.W., Ryan and R.M.(2003). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(22), 822-848.
7. Crozier, S., & Tincani, M. (2007). Effects of social stories on prosocial behavior of preschool children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(9), 1803-1814
8. Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.
9. Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.
10. Darrodi H. (2012) The effectiveness of group therapy based on the life satisfaction of women with dependent spouse, MS Thesis, Tehran University of Social Welfare.
11. Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Boyd, R., Cook, K., & Davern, M. (2010). The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child: care, health and development*, 36(1), 63-73.
12. Forman EM, Herbert JD. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w .o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive



- behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 3(1), 263-265.
13. Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, Ph. (2006). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 1311-1327.89-705.
  14. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35(3), 6
  15. Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
  16. Junkin, S.E.(2007). Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in the College of Kinesiology University of Saskatchewan Saskatoon August, (1),72-76.
  17. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. (2009). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst*, 29,161-185.
  18. LUO, G. J., ZHAO, W. J., Nuo, L. I., JIN, B. X., TAN, X. R., & LIU, Z. H. (2015). Acupuncture at Jing-well point combined with educational training for the treatment of children with severe mental retardation. *World Journal of Acupuncture-Moxibustion*, 25(2), 7-27.
  19. Mugno, D. (2007). Impairment of quality of life in parent of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and quality of life out comes* ([http:// www .hqlo.com](http://www.hqlo.com)).
  20. Osborne, L. A., & Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(3), 405-414
  21. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD & McNeill JW. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia [Investigación Preliminar del Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Tratamiento Grupal de la Fobia Social]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 397-416.
  22. Ozdemir, S. (2010). Social stories: an intervention technique for children with Autism. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1827-1830.
  23. Rayan, A., & Ahmad, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 55, 185-196.
  24. Rich, D. (2007). *Megaskills: Building children's achievement for the information age*. Houghton Mifflin
  25. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
  26. Sylvia, L. G., Rabideau, D. J., Nierenberg, A. A., Bowden, C. L., Friedman, E. S., Iosifescu, D. V., ... & Leon, A. C. (2014). The effect of personalized guideline-concordant treatment on quality of life and functional impairment in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 169, 144-148.

27. Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial. *Behavior therapy*, 46(6), 717-728.
28. Voges, C. M. (2009). Using a Social Story to teach an eight-year-old girl with Autism a socially appropriate way of eating: A case study.
29. Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour research and therapy*, 50(6), 367-373.
30. Wright, L. A., & McCathren, R. B. (2012). Utilizing Social Stories to Increase Prosocial Behavior and Reduce Problem Behavior in Young Children with Autism. *Child Development Research*, 2012.
31. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*, 19(2): 597-605.

# Effectiveness of Therapy based on Acceptance and Commitment in the Quality of the Lives of Mothers with Autistic Children

Hamideh Sadat Mohajeri

*M.A Graduated in Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Khomein, Khomein, Iran (Corresponding Author)*

---

## Abstract

The present research was aimed to examine the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment in the quality of the lives of mothers with autistic children in Tehran (2016). Research method was semi-experimental with a pre-test post-test design and with a control group. The statistical population consisted of mothers with autistic children, visiting a psychological therapy institute in Tehran. The statistical sample of this research consisted of 30 individuals who were selected using a convenience sampling method; and they were randomly divided into two groups: 1) experiment group (15 individual) and 2) control group (15 individuals). The experiment group received 8 sessions (each session=90 minutes) of training for commitment and acceptance. And the control group remained on a wait list. Data collection was done based on a life quality questionnaire devised by WHO (World Health Organization). Analysis of the data obtained from implementing the questionnaire was conducted through SPSS20 software in two sections: descriptive and inferential (covariance analysis test). Findings showed that therapy based on acceptance and commitment helps increase life quality in mothers with autistic children. In addition, therapy based on acceptance and commitment helps increase the components of life quality (physical health, psychological health, social relationships, and social environment) in treating mothers with autistic children. Therefore, it can be said that therapy based on acceptance and commitment is effective in increasing life quality of mothers with autistic children.

**Keywords:** life quality, therapy based on acceptance and commitment, autism

---