

مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

شبنم آقاوردی نژاد^۱، بهمن اکبری^{۲*}، عباس صادقی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۲۴

خلاصه

مقدمه: اوتیسم یکی از ناتوانی‌های تحولی پیچیده است که علاوه بر فرد، خانواده و جامعه را دچار چالش می‌کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به انجمن اوتیسم استان گیلان در سال ۱۳۹۸ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۵۱ نفر انتخاب و به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۷ نفری درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه وارد مطالعه شدند. مداخلات درمانی به مدت ۲ ماه برای گروه‌های آزمایش اعمال شد. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها توسط چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی Harper و Power (۱۹۹۹) و بهزیستی ذهنی Keyes و Magyar-Moe (۲۰۰۳) جمع‌آوری و با آمار واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شد.

یافته‌ها: درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی شد ($p < 0/001$). بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: استفاده از مداخلات مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد می‌تواند موجب افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی، اختلال طیف اوتیسم

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: akbari@iaurasht.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۱۳۶۱۱۰۲

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

مقدمه

اختلالات طیف اوتیسم (Autism Spectrum Disorders) اصطلاح کلی است که دامنه‌ای از نارسایی‌های عصبی تحولی را در دو حیطه اصلی؛ الف) نارسایی در رشد ارتباطی و اجتماعی و الگوهای رفتاری و ب) علائق و فعالیت‌های محدود، تکراری و کلیشه‌ای شامل می‌شود [۱]. بدون شک حضور و تولد کودکی با ناتوانی حرکتی یا ذهنی در خانواده می‌تواند به صورت رخدادی مشکل‌ساز و نامطلوب موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و ناامیدی شود [۲]. میزان تنشی که خانواده تجربه می‌کند احتمالاً به عواملی مانند تصور خانواده از شرایط موجود، حمایت اجتماعی و مراقبت‌های بالینی که باید نیازهای کل خانواده را شامل شود بستگی دارد [۳]. ناتوانی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در ابراز رفتارهای اجتماعی و ارتباطی، شدیدتر و متفاوت‌تر از دیگر کودکان مبتلا به ناتوانی‌های تحولی است [۴].

علاوه بر مطالب ذکر شده بررسی کیفیت زندگی (Quality of Life) در خانواده‌های دارای فرزند اوتیسم قابل تأمل است. مفهوم کیفیت زندگی یک مفهوم فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصیتی، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است [۵]. در مطالعه‌ای گزارش شد مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم از منابع حمایتی و مؤثری برخوردار نیستند و از سوی دیگر، برخی اوقات آن‌ها به قدری از کودک اوتیسم خود حمایت می‌کنند که موجب غفلت از خود در تمامی ابعاد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی می‌شوند [۶]. والدین و به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به دلیل همین تنش‌ها، بهزیستی ذهنی (Mental Well-Being) و کیفیت زندگی ضعیفی را نشان می‌دهند و در برخی موارد مبتلا به اضطراب، افسردگی، استرس، وسواس، پرخاشگری، حساسیت در روابط بین فردی و حتی گاهی مشکلات روان‌پریشی می‌شوند [۷]. بهزیستی ذهنی یک مفهوم چندوجهی است که سلامت جسمی و روانی، وضعیت تحصیلی، موقعیت اقتصادی، امنیت مادی، دستیابی به استقلال و آزادی و توانایی مشارکت در زندگی شهری را در بر دارد. بهزیستی ذهنی به عنوان

خودارزیایی عاطفی و شناخت فردی است [۸].

راهکارهای متفاوتی برای درمان مشکلات روان‌شناختی و بهبود توانایی‌های روان‌شناختی از جمله بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی مادران این کودکان پیشنهاد شده است که به طور نمونه می‌توان به درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapies) اشاره کرد [۹]. از میان مدل‌های روان‌درمانی، دیدگاه شناختی- رفتاری بیشترین سهم را در پژوهش و ابداع روش درمان به خود اختصاص داده است [۱۰]. بر اساس مداخلات شناختی- رفتاری، خودکنترلی رفتاری است که افراد به خاطر افزایش توانایی‌های شناختی و فراشناختی، می‌توانند از طریق مهارت‌های مذکور نسبت به کنترل تکانه‌های موجود عمل نموده و گام مؤثری برای جهت دادن به رفتارهای خود بردارند [۱۱]. تمرکز درمان شناختی- رفتاری بر تأثیر باورها، تفکرات و نگرش‌های فرد برای تغییر احساسات و رفتارها است [۱۲]. در مطالعه‌ای نشان داده شد اثرات مثبت درمان شناختی- رفتاری بر طیف گسترده‌ای از متغیرهای مرتبط با والدین کودکان با نیازهای ویژه از جمله کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است [۱۳].

الگوی درمانی دیگری نیز بر گستره عمده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی مؤثر می‌باشد که از آن جمله می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapies) اشاره نمود. در طی سال‌های گذشته تعدادی از درمان‌های جدید یا اشکال گسترش‌یافته درمان‌های شناختی- رفتاری در حوزه روان‌درمانی روی کار آمده‌اند [۱۴]. در مداخلاتی که بر اساس رویکرد پذیرش و تعهد مطرح می‌باشند آسیب روانی با کوشش برای دوری یا مدیریت هیجان‌ها و افکار منفی همراه می‌باشد. درمان‌های مذکور بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارند [۱۵]. شواهد گویای آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر تحمل پریشانی و خرده مقیاس‌های آن دارد [۱۶]. در پژوهشی این یافته حاصل شد که رویکرد پذیرش و تعهد منجر به کاهش میزان تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شد [۱۷]. نتیجه یک کارآزمایی بالینی حاکی از این بود که آموزش پذیرش و تعهد می‌تواند در درمان مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

مؤثر باشد [۱۸]. در پژوهشی دیگر گزارش شد که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با واقعیت درمانگری تأثیر بیشتری بر تنظیم شناختی هیجان مادران دارد [۱۹]. پژوهش داخلی و خارجی که به طور جامع اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را مقایسه کرده باشد، یافت نشد. همچنین، نتایج پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی این دو روش درمانی بر متغیرهای وابسته پژوهش نیز محدود و گاهاً متناقض بود و نیاز به انجام پژوهشی که به صورت جامع به مقایسه اثربخشی این دو روش بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بپردازد محرز است. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود (کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1399.026). جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (۱۵۶ نفر) مراجعه‌کننده به انجمن اوتیسم استان گیلان در سال ۱۳۹۸ بود. از بین جامعه پژوهش تعداد ۵۱ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده از طریق قرعه‌کشی در سه گروه ۱۷ نفری شناختی رفتاری، پذیرش و تعهد و گروه گواه وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است حجم قابل قبول برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته می‌شود [۲۰]. در پژوهش حاضر نیز حجم نمونه برای هر سه گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد ولی با احتمال ۱۳ درصد ریزش نمونه‌ها حجم نمونه برای هر گروه ۱۷ نفر تعیین شد. ملاک ورود به پژوهش شامل: مادران با دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با دامنه سنی ۹ تا ۱۳ سال، عدم سابقه بیماری‌های جدی روان‌شناختی و

روان‌پزشکی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی (این اطلاعات به صورت خودگزارشی دریافت شد) و عدم دریافت درمان شناختی- رفتاری و یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۲ سال قبل از ورود به پژوهش. ملاک خروج نیز شامل: عدم شرکت مداوم در جلسات مداخله (غیبت بیش از ۲ جلسه)، شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی و یا مددکاری و انصراف از ادامه آموزش و مشارکت در پژوهش بود.

برای اجرای پژوهش ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه محل تحصیل و انجمن اوتیسم استان گیلان دریافت شد. به جهت قرار گرفتن در ایام شیوع بیماری کرونا ضمن تهیه لینک، پرسشنامه‌ها جهت تکمیل از طریق اینترنت برای همه گروه‌ها ارسال شد. با تشکیل گروه واتس‌آپ، برای گروه‌های آزمایش، مداخله درمانی انجام شد. درمان شناختی- رفتاری در طول ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر پنج روز یک جلسه و در مجموع ۲ ماه) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در طول ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه و در مجموع ۲ ماه) ارائه شد. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از این مرحله مجدداً پرسشنامه‌ها جهت تکمیل از طریق اینترنت برای همه گروه‌ها ارسال شد. به جهت آگاهی از وضعیت پایداری نتایج، بعد از سه ماه پرسشنامه‌های مذکور برای هر سه گروه ارسال شد. سپس، نسبت به تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام شد. ملاحظات اخلاقی به شرح زیر رعایت گردید: (۱) رضایت آگاهانه و داوطلبانه آزمودنی‌ها، (۲) امکان خروج از مطالعه، (۳) احترام به حقوق و شخصیت آزمودنی‌ها، (۴) رازداری و امانت‌داری از سوی پژوهشگر و (۵) جبران خطرات احتمالی در حین مطالعه از سوی پژوهشگر. جهت جمع‌آوری اطلاعات از چک‌لیست دموگرافیک (شامل سن و تحصیلات) و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط Harper و Power (۱۹۹۹) طراحی شده و شامل ۲۶ سؤال در قالب ۴ مؤلفه است. مؤلفه‌ها شامل سلامت جسمی (گویه‌های ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸)، سلامت روان (گویه‌های ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶)، روابط اجتماعی (گویه‌های ۲۰-۲۱-۲۲) و سلامت محیط (گویه‌های ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵) است. لازم به ذکر است دو سؤال اول در هیچ یک از این

مؤلفه‌ها قرار نمی‌گیرد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی عمومی را می‌سنجد. در این پرسشنامه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از اصلاً راضی نیستم = ۱ تا کاملاً راضی هستم = ۵) بوده و سؤالات ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره پرسشنامه ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. Harper و Power آلفای کرونباخ سلامت جسمی ۰/۷۱، سلامت روان ۰/۷۰، روابط اجتماعی ۰/۷۷، سلامت محیط ۰/۷۹ و پایایی کل را ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند [۲۱]. همچنین Pahang و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی آلفای کرونباخ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۸۳، سلامت محیط ۰/۷۲ و پایایی کل را ۰/۸۱ محاسبه کرده‌اند [۷]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی: این پرسشنامه توسط Keyes و Magyar-Moe (۲۰۰۳) ساخته شده و شامل ۴۵ سؤال در قالب ۳ مؤلفه است. مؤلفه بهزیستی هیجانی (دوازده سؤال)، مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی (هجده سؤال) و مؤلفه بهزیستی اجتماعی (پانزده سؤال) می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس به

صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از اصلاً = ۱ تا تمام مدت = ۵) است. حداقل نمره پرسشنامه ۴۵ و حداکثر نمره ۲۲۵ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی ذهنی بالا است. پایایی نسخه اصلی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس بهزیستی هیجانی ۰/۷۸، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۰ و بهزیستی اجتماعی ۰/۸۰ گزارش شد [۲۲]. همچنین Tamanaiefar و همکاران (۱۳۹۷) پایایی ابزار مذکور را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بهزیستی هیجانی ۰/۸۴، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۵ و بهزیستی اجتماعی را ۰/۸۱ گزارش کردند [۲۳]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد. جهت انجام مداخلات درمانی از روش‌های شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد شرح زیر استفاده شد:

پروتکل درمان شناختی-رفتاری: این پروتکل توسط Hawton و همکاران (۱۹۹۰) ساخته شده است [۲۴]. روایی محتوایی بر نامه مذکور از سوی ۵ نفر از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت تأیید گردید. خلاصه محتوای پروتکل مذکور به شرح جدول ۱ است:

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزشی به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استان گیلان در سال ۱۳۹۸ بر مبنای درمان شناختی-رفتاری Hawton و همکاران (۱۹۹۰) (تعداد ۱۷ نفر)

جلسه	عناوین جلسات	خلاصه
اول و دوم	مصاحبه و ارزیابی شناختی-رفتاری؛ علاوه بر جستجوی علائم مختلف برای رسیدن به تشخیص به شناسایی عوامل زمینه‌ساز، مستعد کننده و نگهداری کننده مشکلات نیز توجه زیادی می‌شود.	مصاحبه بالینی ساختاریافته، تهیه لیستی از مشکلات بیمار که علاوه بر مشکل اصلی که تشخیص داده می‌شود وجود دارند و تعیین عوامل پیشاینده و پساینده مشکل اصلی
سوم	معرفی درمان شناختی-رفتاری؛ توضیح در مورد نظریه‌های شناختی، سبب و ویژگی‌های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع تکنیک‌هایی که سوم در درمان از آن‌ها استفاده می‌گردد.	آگاهی‌بخشی نسبت به درمان شناختی-رفتاری، اصلاح سطح انتظارات بیمار از فرایند درمان، توضیح در خصوص رابطه شناخت و رفتار و تقابل بین این دو.
چهارم	طرح‌ریزی درمان، با هدف ایجاد پرونده شناختی برای بیمار که در آن مطالب ذیل طبقه‌بندی می‌شوند: انواع علائمی که بیمار تجربه می‌کند، لیست مشکلات وی، انواع شناخت‌های ناکارآمد وی (مانند افکار ناکارآمد و شناخت‌واره‌ها)، نقاط قوت (مانند دریافت حمایت‌های خوب از سوی اعضای خانواده و یا میزان تحصیلات بالا) و نقاط ضعف (مانند عدم دریافت حمایت‌های کافی از سوی خانواده و یا درگیر شدن با بحران‌های اقتصادی) و تکنیک‌های رفتاری و شناختی که برای درمان انتخاب شده‌اند.	با استفاده از سؤالات مستقیم و غیرمستقیم و تعامل با بیمار، برگه‌ای از لیست مشکلات و انواع شناخت به بیمار جهت تأیید یا عدم تأیید ارائه می‌شود.
پنجم و ششم	آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری؛ هدف عمده از آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری توانا نمودن بیمار برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در آغاز و تداوم علائم بیماری است.	استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتاری، توجه برگردانی (انحراف توجه)، تمرکز بر شی، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خیال‌پردازی‌های خوشایند، فعالیت‌های جالب، شمارش افکار

هفتم	شناسایی افکار اتوماتیک با هدف شناخت ریشه‌های اصلی هیجانات و حضور ذهن	توضیح نحوه شناسایی و دادن تکالیف خانگی A – B – C
هشتم	شناسایی افکار اتوماتیک منفی با هدف شناخت خطاهای شناختی و نهم	توضیح و تشریح خطاهای شناختی، کمک به بیمار برای شناخت خطاهای شناختی- اش از روی افکار اتوماتیک منفی و دادن تکالیف خانگی مرتبط
دهم	تغییر افکار اتوماتیک منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی	تکنیک‌های پرکاربرد در این حوزه شامل: (۱) شناخت خطاهای شناختی من، و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات و رفتارهای روزمره من (۲) بررسی این که چه نگرش- های دیگری وجود دارد، و محاسن و معایب این نگرش و شیوه تفکر (۳) پیدا کردن شواهدی در تأیید یا رد برداشتهای ذهنی
یازدهم	تشخیص افکار بنیادی ناکارآمد (فرض‌های ناکارآمد)	توضیح افکار بنیادی و نقش آن و نحوه شناسایی آن از روی افکار اتوماتیک با استفاده از مشخصه‌های اصلی آن
دوازدهم	تغییر افکار بنیادی ناکارآمد	استفاده از تکنیک‌های شخص سوم، پیکان نزولی، سه سؤال، تکنیک سقراطی و ...

پروته کل در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این پروته کل توسط Hayes و همکاران (۲۰۱۲) ساخته شده است [۲۵].
روایی محتوایی بر نامه مذکور از سوی ۵ نفر از اساتید

جدول ۲- خلاصه جلسات آموزشی به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استان گیلان در سال ۱۳۹۸ بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Hayes و همکاران (۲۰۱۲) (تعداد ۱۷ نفر)

جلسه	عناوین جلسات	خلاصه
اول	مصاحبه و ارزیابی، توضیح شرایط و فرایند درمان، توضیح الگوی زیربنایی ACT	۱) آموزش و اجرای تمرینات ذهن آگاهی که در هر جلسه لازم الاجر است. ۲) تغییر از طریق استفاده از تمرین نامیدی خلاق (۳) تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان
دوم	توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون	۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) در این جلسه از رضایت، رنج اولیه و ثانویه صحبت می‌شود (۳) استفاده از تمثیل شخص ولگرد (۴) استفاده از تمثیل پیاده روی در باران
سوم	توضیح مفهوم خود زمینه‌ای	۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) بافتار انگاشتن خویشتن (۳) تمثیل ریگ‌های روان (۴) تیشه به ریشه دلیل‌یابی زدن (۵) استفاده از تکنیک ناهم‌آمیزی
چهارم	توضیح مفهوم گسلش از تهدیدهای زبانی	۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) بافتار انگاشتن خویشتن (۳) تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر (۴) روش روگردن "بله، اماها"
پنجم	سنجش اولیه ارزش‌ها و توضیح اهداف	۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) تمرین فرونشانی افکار (۳) تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا
ششم	روشن‌سازی ارزش‌ها	۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) تمثیل مراسم دفن (۳) تمثیل مسافران اتوبوس (۴) قطب‌نمای ارزش‌ها (۵) تعیین هدف (۶) برنامه‌ریزی فعالیت
هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	۱) تمرین ذهن آگاهی (۲) تمرین مشاهده‌گر (۳) تمثیل صفحه شطرنج
هشتم	پایان جلسات و نتیجه‌گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	۱) تمرین محتوا روی کارت (۲) تکلیف مادام‌العمر زندگی نیم

به منظور تحلیل داده‌ها از روش آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، لوین، ام‌پاکس، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معنی‌داری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ گردید.

میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه شناختی- رفتاری $34/06 \pm 6/52$ ، گروه پذیرش و تعهد $34/24 \pm 6/33$ و گروه گواه $34/91 \pm 6/01$ سال بود. بین میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه‌ها اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. اطلاعات مربوط به میزان تحصیلات مادران در گروه‌ها در جدول ۳ آمده و با آزمون مجذور کای مقایسه شده است.

یافته‌ها

جدول ۳- اطلاعات مربوط به میزان تحصیلات در گروه‌های مورد مطالعه (تعداد در هر گروه = ۱۷ نفر)

P	گروه گواه درصد (فراوانی)	گروه پذیرش و تعهد درصد (فراوانی)	گروه شناختی- رفتاری درصد (فراوانی)	متغیر دموگرافیک
	(۲) ۱۱/۸	(۳) ۱۷/۶	(۴) ۲۳/۵	زیر دیپلم
	(۶) ۳۵/۳	(۶) ۳۵/۳	(۵) ۲۹/۴	دیپلم
۰/۰۵۲	(۵) ۲۹/۴	(۴) ۲۳/۵	(۴) ۲۳/۵	فوق دیپلم
	(۲) ۱۱/۸	(۲) ۱۱/۸	(۳) ۱۷/۶	لیسانس
	(۲) ۱۱/۸	(۲) ۱۱/۸	(۱) ۵/۹	فوق لیسانس و بالاتر

آزمون: مجذور کای، * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

تأیید شد. همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد واریانس‌ها دارای همگنی بودند. بنابراین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر قابل اجرا بود. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد که توزیع نمرات هر دو متغیر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه نرمال بود. برای تعیین همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها

جدول ۴- شاخص‌های توصیفی متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله آزمون (تعداد در هر گروه = ۱۷ نفر)

مؤلفه	گروه	شناختی- رفتاری انحراف معیار ± میانگین	تعهد و پذیرش انحراف معیار ± میانگین	گواه انحراف معیار ± میانگین
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۹/۵۲ ± ۱/۱۲	۹/۵۸ ± ۱/۱۲	۹/۵۸ ± ۱/۱۲
	پس‌آزمون	۱۲/۶۴ ± ۰/۷۸	۱۲/۵۸ ± ۰/۷۹	۱۰/۴۱ ± ۱/۱۲
	پیگیری	۱۴ ± ۱/۱۲	۱۳/۴۷ ± ۰/۸۷	۱۱/۰۵ ± ۱/۰۸
سلامت روانی	پیش‌آزمون	۱۰/۱۱ ± ۱/۱۱	۱۰ ± ۱/۲۲	۹/۸۸ ± ۱/۱۱
	پس‌آزمون	۱۳/۱۷ ± ۱/۰۷	۱۳ ± ۱/۰۶	۱۰/۵۲ ± ۱/۰۶
	پیگیری	۱۴/۴۱ ± ۱/۰۰	۱۴/۰۵ ± ۱/۳۹	۱۱/۳۵ ± ۱/۱۱
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۰/۴۷ ± ۰/۸۷	۹/۸۸ ± ۰/۸۵	۱۰/۲۳ ± ۱/۳۹
	پس‌آزمون	۱۳/۴۷ ± ۰/۷۹	۱۲/۶۴ ± ۰/۹۹	۱۱/۱۷ ± ۱/۱۸
	پیگیری	۱۴/۰۵ ± ۱/۰۲	۱۳/۲۹ ± ۱/۲۱	۱۱/۹۴ ± ۱/۰۸
سلامت محیط	پیش‌آزمون	۱۱/۲۹ ± ۱/۲۱	۱۰/۸۸ ± ۱/۱۱	۱۱/۶۴ ± ۰/۹۹
	پس‌آزمون	۱۲/۶۴ ± ۰/۸۶	۱۲/۱۷ ± ۰/۸۸	۱۱/۱۷ ± ۰/۷۲
	پیگیری	۱۳/۵۸ ± ۱/۰۰	۱۳/۲۹ ± ۰/۹۸	۱۱/۸۲ ± ۱/۱۸
نمره کل	پیش‌آزمون	۴۱/۴۱ ± ۲/۳۷	۴۰/۳۵ ± ۱/۸۰	۴۱/۳۵ ± ۱/۸۰
	پس‌آزمون	۵۱/۹۴ ± ۲/۱۳	۵۰/۴۱ ± ۱/۹۳	۴۵/۲۹ ± ۱/۹۲
	پیگیری	۵۶/۰۵ ± ۱/۹۸	۵۴/۱۱ ± ۲/۶۸	۴۵/۱۷ ± ۱/۹۱
بهزیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۳/۷۶ ± ۱/۳۴	۵۲/۸۸ ± ۱/۴۰	۵۲/۸۸ ± ۲/۰۸
	پس‌آزمون	۵۸/۵۸ ± ۱/۸۷	۵۸/۵۸ ± ۱/۹۵	۵۳/۳۵ ± ۱/۸۶
	پیگیری	۶۰/۰۵ ± ۱/۰۸	۵۹/۷۶ ± ۱/۰۳	۵۳/۱۷ ± ۱/۷۴
بهزیستی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۷/۷۰ ± ۱/۲۱	۲۸/۰۵ ± ۱/۲۴	۲۸/۵۲ ± ۱/۱۲
	پس‌آزمون	۳۱/۴۱ ± ۱/۲۷	۳۰/۹۴ ± ۱/۰۸	۲۸/۸۲ ± ۰/۸۸
	پیگیری	۳۲/۷۶ ± ۱/۳۰	۳۱/۶۴ ± ۱/۲۷	۲۸/۹۴ ± ۰/۸۲
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۱۳/۵۸ ± ۱/۵۴	۱۱۳/۴۱ ± ۱/۲۰	۱۱۳/۷۶ ± ۱/۲۰
	پس‌آزمون	۱۱۷/۲۹ ± ۱/۸۲	۱۱۸/۱۷ ± ۰/۷۲	۱۱۴/۳۵ ± ۱/۹۳
	پیگیری	۱۱۸/۴۱ ± ۱/۶۶	۱۱۸/۴۷ ± ۱/۱۷	۱۱۵/۵۸ ± ۱/۸۳
پس‌آزمون	۱۹۵/۰۵ ± ۲/۲۲	۱۹۴/۳۵ ± ۲/۷۶	۱۹۴/۸۶ ± ۲/۴۹	

۲۰۴/۳۹±۴/۹۱	۲۰۷/۴۷±۱/۸۴	۲۰۷/۲۹±۲/۶۴	پس‌آزمون	نمره کل
۲۰۱/۷۰±۲/۲۸	۲۰۹/۸۸±۱/۹۶	۲۱۱/۲۳±۲/۹۴	پیگیری	

گروه گواه قابل توجه نبود. از سوی دیگر این نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. برای بررسی معنی‌داری این تغییرات از آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج جدول ۴ نشان داد که نمرات کیفیت زندگی و مؤلفه‌های مربوطه و همچنین نمرات متغیر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های مربوطه در پس‌آزمون هر دو گروه آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون آن‌ها افزایش یافت. در حالی که این تغییرات در

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استان گیلان در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه ۱۷ نفر)

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب توان آماری
سلامت جسمانی	اثر گروه	۲۸۸/۹۸۰	۲	۱۴۴/۴۹۰	۲۸۵/۰۲۲	*۰/۰۰۱	۰/۸۵۶
	اثر زمان	۸۹/۷۶۵	۲	۴۴/۸۸۲	۲۰/۱۱۶	*۰/۰۰۱	۰/۴۵۶
	اثر گروه × زمان	۴۹/۰۲۰	۴	۱۲/۲۵۵	۲۴/۱۷۴	*۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
	اثر گروه	۲۸۵/۵۸۲	۱/۷۸۸	۱۵۹/۶۸۳	۲۳۶/۳۴۳	*۰/۰۰۱	۰/۸۳۱
سلامت روانی	اثر زمان	۱۲۰/۴۰۵	۲	۶۰/۲۰۳	۲۲/۷۲۲	*۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
	اثر گروه × زمان	۴۹/۷۵۲	۳/۵۷۷	۱۳/۹۰۹	۲۰/۵۸۷	*۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
روابط اجتماعی	اثر گروه	۲۳۵/۶۶۰	۲	۱۱۷/۸۳۰	۱۹۴/۱۱۰	*۰/۰۰۱	۰/۸۰۲
	اثر زمان	۶۱/۲۶۸	۲	۳۰/۶۳۴	۱۴/۰۳۳	*۰/۰۰۱	۰/۳۶۹
سلامت محیط	اثر گروه × زمان	۲۶/۷۳۲	۳/۷۸۲	۷/۰۶۹	۱۱/۰۰۹	*۰/۰۰۱	۰/۳۱۴
	اثر گروه	۱۳۶/۲۴۸	۱/۵۹۷	۸۵/۳۳۶	۱۱۱/۲۵۳	*۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
	اثر زمان	۱۴/۹۱۵	۲	۷/۴۵۸	۴/۰۹۹	*۰/۰۲۰	۰/۱۴۶
	اثر گروه × زمان	۰/۹۶۷	۳/۱۹۳	۰/۳۰۳	۰/۳۹۵	۰/۷۶۹	۰/۱۲۷
نمره کل	اثر گروه	۳۶۹۸/۲۴۸	۲	۱۸۴۹/۰۶۵	۸۰۸/۵۹۴	*۰/۰۰۱	۰/۹۴۴
	اثر زمان	۶۳۱/۸۵۶	۲	۳۱۵/۹۲۸	۳۷/۵۲۵	*۰/۰۰۱	۰/۶۱۰
بهزیستی اجتماعی	اثر گروه × زمان	۳۶۵/۶۷۳	۴	۹۱/۴۱۸	۳۹/۹۷۷	*۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	اثر گروه	۷۳۵/۹۳۵	۱/۷۹۶	۴۰۹/۷۶۸	۷۳۵/۹۳۵	*۰/۰۰۱	۰/۹۲۹
	اثر زمان	۳۴۰/۲۸۸	۲	۱۷۰/۱۱۴	۳۴۰/۲۸۸	*۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
	اثر گروه × زمان	۱۲۷/۱۶۳	۳/۵۹۲	۳۵/۴۰۲	۱۲۷/۱۶۳	*۰/۰۰۱	۰/۷۲۸
بهزیستی هیجانی	اثر گروه	۳۶۷/۴۲۵	۱/۲۳۰	۲۷۶/۳۴۸	۳۶۷/۴۲۵	*۰/۰۰۱	۰/۹۳۱
	اثر زمان	۱۸/۹۹۳	۲	۹/۴۹۷	۱۸/۹۹۳	۰/۰۷۰	۰/۱۰۴
بهزیستی روان‌شناختی	اثر گروه × زمان	۳۸/۱۸۳	۲/۶۵۹	۱۴/۳۵۹	۳۸/۱۸۳	*۰/۰۰۱	۰/۵۸۵
	اثر گروه	۴۲۷/۰۷۲	۱/۶۳۲	۲۶۱/۷۱۰	۴۲۷/۰۷۲	*۰/۰۰۱	۰/۸۶۱
	اثر زمان	۱۳۶/۳۲۷	۲	۶۸/۱۶۳	۱۳۶/۳۲۷	*۰/۰۰۱	۰/۳۵۰
	اثر گروه × زمان	۹۳/۲۸۱	۳/۵۰۳	۲۶/۶۲۵	۹۳/۲۸۱	*۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
نمره کل	اثر گروه	۴۴۸۰/۹۹۳	۱/۶۶۲	۲۵۰۹/۵۲۸	۴۴۸۰/۹۹۳	*۰/۰۴۹	۰/۹۷۰
	اثر زمان	۱۱۴۷/۶۲۱	۲	۵۷۳/۸۱۰	۱۱۴۷/۶۲۱	*۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
	اثر گروه × زمان	۶۷۵/۲۰۳	۳/۵۷۱	۱۸۹/۰۷۰	۶۷۵/۲۰۳	*۰/۰۰۱	۰/۸۳۰

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

اثر افزایش‌دهنده داشتند. اثر متقابل گروه × زمان موجب افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در مقایسه با گروه گواه شد.

نتایج جدول ۵ نشان داد درمان‌های شناختی رفتاری و تعهد و پذیرش بر متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی

جدول ۶- نتایج آزمون Bonferroni جهت مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس از آزمون مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استان گیلان در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه ۱۷ نفر)

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	P
کیفیت زندگی	درمان شناختی- رفتاری- درمان تعهد و پذیرش	-۱/۱۳۵	۰/۵۷۵	۰/۶۰۲
	درمان شناختی- رفتاری- گواه	-۵/۲۵۵	۰/۳۸۴	*۰/۰۰۱
بهزیستی ذهنی	درمان تعهد و پذیرش- گواه	-۴/۳۱۸	۰/۴۱۶	*۰/۰۰۱
	درمان شناختی- رفتاری- درمان تعهد و پذیرش	-۱/۰۰۹	۰/۷۸۰	۰/۶۱۴
	درمان شناختی- رفتاری- گواه	-۵/۸۵۶	۰/۶۹۲	*۰/۰۰۱
	درمان تعهد و پذیرش- گواه	-۰/۰۵۳	۰/۴۵۴	*۰/۰۰۱

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معنی‌داری باعث افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Ahmadi و Raisi [۱۶]، Mansori و Krozhdeh [۱۷]، Maskey و همکاران [۱۳] و Hahs و همکاران [۱۸] همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت روش‌های شناختی- رفتاری به سه دلیل روش‌های مؤثری می‌باشند. ۱- این درمان‌ها، چندمحوری هستند و اجزای آن از روش‌هایی تشکیل شده‌اند که بر اساس نظریه بازداری متقابل، در کاهش علائم اضطرابی مؤثرند. ۲- زیربنای روش‌های رفتاری (مانند جرات‌آموزی و حساسیت‌زدایی تدریجی) نوعی روش رویارویی است که ممکن است در ابتدا و در چند جلسه سطح علائم اضطرابی را افزایش دهند اما با گذشت زمان و به تدریج با تکرار، تمرین و آرام‌سازی عضلانی باعث کاهش علائم اضطراب، استرس و افسردگی خواهند شد. ۳- هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در افزایش کیفیت زندگی بود که مشکلات روان شناختی در آن مربوط به اضطراب، استرس و افسردگی یک موقعیتی است و مشکلات روان شناختی صفت مدنظر نبود [۲۶]. بنابراین روش‌های شناختی- رفتاری می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم شود. در نهایت، این روش‌ها و فنون به یک جامعه و فرهنگ خاص اختصاص ندارند و می‌توان آن‌ها را با در

نظر گرفتن زیربنای فرهنگی و منطبق نمودن با آن‌ها در جوامع مختلف بکار برد. شاید بتوان گفت یکی از دلایل مؤثر بودن شیوه‌های گروهی آموزش‌های شناختی- رفتاری، زیربنای آموزشی آن‌ها است. زیرا در این شیوه‌ها هم بر جنبه‌های شناختی و هم بر ابعاد رفتاری تأکید می‌شود. در این رویکرد، ابتدا شناخت افراد نسبت به مسئله تغییر داده می‌شود و سپس به آن‌ها آموزش‌های رفتاری مانند شیوه‌های افزایش عزت‌نفس، خودکارآمدی، کیفیت زندگی و حل مسئله داده می‌شود تا بتوانند همزمان رفتار و شناخت جدید را تجربه نمایند [۸]. از سوی دیگر، کنترل عوامل اثرگذار مهم دیگری مانند، عزت‌نفس و شرایط اجتماعی قبلی آزمودنی‌ها، کنترل شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده‌ها، رویکرد‌های تربیتی خانواده، سطح تحصیلات، سبک زندگی، روابط اجتماعی متقابل با دوستان، الگوهای آموزشی و نظام اجتماعی و کنترل وضعیت هوشی آزمودنی‌ها می‌توانند در اثربخشی بیشتر آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر آزمودنی‌ها مؤثر باشند [۵].

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد درمان‌های شناختی- رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معنی‌داری باعث افزایش بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Tamanaiefar و Ghiasi [۲۳]، Meyer و همکاران [۹] و Howell و Passmore [۱۵] همسو است. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی می‌توان گفت آنچه مردم را از لحاظ روانی در برابر اختلالات خلقی و اضطراب آسیب‌پذیر می‌کند، قابلیت دسترسی آسان به افکار، خاطره‌ها و نگرش‌های منفی هنگامی که خلق پایین است و نشخوارهای فکری درباره افکار، خاطره‌ها و حس‌های بدنی

منفی است. مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به طور مداوم و مکرر از افکار منفی، خودانتقادی و تحریف‌های شناختی نسبت به خود به منظور تلاش برای تغییر حالت هیجانی استفاده می‌کنند [۶]. متأسفانه فکر کردن به این شکل، یعنی سعی برای حل مشکل احساسات، فقط مشکل را بدتر می‌کند و منجر به احساس شکست و در نتیجه افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود. نشخوار افکار تأثیری ندارد، زیرا احساسات بخشی از وجود انسان هستند. افکار منفی و تحریف‌های شناختی بین فردی، باعث می‌شوند فرد نوعی حس منفی و تنبلی را تجربه کند [۱۴]. همچنین ذهن‌آگاهی انحصالی کمک می‌کند تا افراد ببینند که ذهن چقدر راحت به صورت ناآگاه و اتوماتیک عمل می‌کند و منجر به ایجاد چرخه‌های فکری منفی و در نتیجه تحریف‌های شناختی بیشتر می‌شود. آگاهی از این عادت‌های ذهن باعث کاهش قدرت آن‌ها است. رویکرد ذهن‌آگاهی انحصالی، تمرکززدایی بیماران از قضاوت روی افکار، هیجانات و احساسات بدنی ناراحت‌کننده را تسهیل می‌کند [۲۹]. در این روش به مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن‌که آن‌ها را قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این واکنش پیشگیرانه در مقابل افکار و احساسات منفی به افراد کمک می‌کند بعد از تجربه هیجان‌های منفی به سرعت به حالت تعادل قبلی برسند [۱۵]. نظریه سبک‌های پاسخی Nolen-Hoeksema مطرح می‌کند افرادی که برای مقابله با علائم افسردگی خود راهبردهای تکراری و منفعلانه به کار می‌برند، موجب طولانی شدن سیر علائم افسردگی خود می‌شوند. احتمال دارد بتوان برای تبیین دیگر این یافته به تعمیم فن ذهن‌آگاهی گسلیده متوسل شد. درمانگر به بیمار آموزش می‌دهد تا بتواند ذهن‌آگاهی گسلیده را برای هرگونه پیامد کابوس‌ها به کار ببرد. پس از آن، گام بعدی بررسی راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی است که برای سازگاری زیان‌بخش است [۵].

در خصوص عدم تفاوت بین مداخلاتی درمانی می‌توان گفت در هر دو درمان، زمانی که افراد به مدت طولانی بر اساس

باورهای غیرمنطقی خود عمل می‌کنند، این باورها نسبتاً پایدار شده و به ویژه در موقعیت‌های فشارزا به صورت اتوماتیک عمل می‌کنند و اجازه نمی‌دهند که فرد طبق باورهای منطقی (که در فرآیند آموزش روان‌درمانی فراگرفته‌اند) جایگزین باورهای غیرمنطقی شود. هر دو روش درمانی در بعد فرمول‌بندی بالینی و استفاده از تکنیک‌ها برای کاهش مشکلات روان‌شناختی (افزایش فعالیت با فعال‌سازی رفتاری در هر سه رویکرد، ارزشمند زیستن و ذهن‌آگاهی در درمان تعهد پذیرش) نیاز به تمرین، ممارست و گذشت زمان طولانی دارند؛ تا این باورها جایگزین سبک‌های اسنادی بدبینانه، کلی و پایدار در افراد شود [۱۹]. لذا هر دو رویکرد با تغییر استرس، اضطراب و افسردگی موقعیتی، انزوای و کار بر روی سطوح اجتناب رفتاری شناختی و هیجانی منجر به اثربخشی به یک اندازه شده‌اند که این بیشتر به بعد اشتراک درمانی مربوط می‌شود. در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت با عنایت به تأثیرگذاری باورهای بنیادی و افکار خودآیند منفی بر هیجان‌های منفی شخص و با توجه به این موضوع که افراد با آسیب‌پذیری روان‌شناختی چسبندگی بسیاری به این باورها دارند (چون باورها بیشتر معطوف به علائم جسمانی، شناختی و هیجانی است)، نیاز هست که در برخورد و تلاش برای تغییر این باورها، در مرحله اول شخص این باورها را بر طبق الگوی درمانی مورد پذیرش قرار دهد و سپس به صورت غیرمستقیم این تغییر را ایجاد کند. این موضوع به روشنی در اصول هر دو رویکرد به چشم می‌خورد [۱].

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش کنترل نکردن میزان درآمد و ویژگی‌های شخصیتی بود. محدودیت دیگر این مطالعه دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال برای هر گروه بود. با توجه به لزوم توجه چندوجهی به درمان با بهره‌گیری از الگوی زیستی، روانی، هیجانی و مثبت‌نگر پیشنهاد می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بیش از پیش در برنامه‌های درمانی جاری کشور در نظر گرفته شود. رفتارهای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ماهیت تکرار شونده و عادت‌ی دارند. البته تاکنون روش‌های درمانی روان‌شناختی به استثنای درمان شناختی-رفتاری برای این دسته از افراد استفاده نشده است. لذا با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری پیشنهاد می شود از این مداخلات در ابعاد گسترده تری استفاده شود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، مداخلات مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد می توانند موجب افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شوند.

سهم نویسندگان

گردآوری داده ها، جمع آوری پیشینه نظری و پژوهشی و کمک در اجرای پژوهش به عهده شبنم آقاویردی نژاد، مداخله و تحلیل آماری بر عهده بهمن اکبری و نگارش و ویراستاری نهایی بر عهده عباس صادقی بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری روان شناسی عمومی (نویسنده اول) بوده و با هزینه شخصی انجام گرفت. نویسندگان بر خود لازم می دانند از معاونت محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و تمامی آزمودنی های ارجمند تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان مقاله هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

References

- Zhou B, Xu Q, Li H, Zhang Y, Wang Y, Rogers SJ. Effects of parent-implemented Early Start Denver Model intervention on Chinese toddlers with autism spectrum disorder: a nonrandomized controlled trial. *Autism Research* 2018; 11(4): 654-666.
- Sritharan B, Koola MM. Barriers faced by immigrant families of children with autism: A program to address the challenges. *Asian Journal of Psychiatry* 2019; 39(15): 53-57.
- Tint A, Weiss JA. Family wellbeing of individuals with autism spectrum disorder: A scoping review. *Autism* 2016; 20(3): 262-275.
- Rogers SJ, Estes A, Vismara L, Munson J, Zierhut C, Greenson J. Enhancing low-intensity coaching in parent implemented Early Start Denver Model intervention for early autism: a randomized comparison treatment trial. *JADD* 2019; 49(2): 623-646.
- Heydariyan A, Asadpour S, Mohsenpour F, Zaharak K. The effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on quality of life and communication patterns of breast cancer patients and their spouses. *IJBD* 2020; 13(1): 24-34. [Persian]
- Carney T, Yager J, Maguire S, Touyz SW. Involuntary Treatment and Quality of Life. *Psychiatric Clinics* 2019; 42(2): 299-307.
- Pahang S, Abkhiz S, Hemmati Maslak Pak M, Khalkhali HR. The Effect Of The Implementation Of Family-Centered Empowerment Model On The Quality Of Life For Kidney Transplant Patients. *Nurs Midwifery* 2018; 15(10): 724-732. [Persian]
- Maljaars J, Boonen H, Lambrechts G, Van Leeuwen K, Noens I. Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *JADD* 2014; 44(3): 501-512.
- Meyer EC, Frankfurt SB, Kimbrel NA, DeBeer BB, Gulliver SB, Morrisette SB. The influence of mindfulness, self-compassion, psychological flexibility, and posttraumatic stress disorder on disability and quality of life over time in war veterans. *Journal of Clinical Psychology* 2018; 74(7): 1272-1280.
- Ghasemzadeh H. Cognitive behavioral therapy; A practical guide in the treatment of mental disorders. Tehran: Arjmand Publications; 2019: 285-288. [Persian]
- Wong DF, Ng TK, Ip PS, Chung ML, Choi J. Evaluating the Effectiveness of a Group CBT for Parents of ADHD Children. *JCFS* 2018; 27(1): 227-239.
- Samadzadeh A, Salehi M, Banijamal SH, Ahadi H. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training on self-care behaviors of patients with type 2 diabetes. *JPS* 2019; 17(68): 45-54. [Persian]
- Maskey M, Rodgers J, Grahame V, Glod M, Honey E, Kinnear J, et al. A Randomised Controlled Feasibility Trial of Immersive Virtual Reality Treatment with Cognitive Behaviour Therapy for Specific Phobias in Young

- People with Autism Spectrum Disorder (Randomized Controlled Trial). *JADD* 2019; 49(5): 1912-1927.
14. Fang Sh, Ding D. The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2020; 16: 134-143.
 15. Howell AJ, Passmore HA. Acceptance and commitment training (ACT) as a positive psychological intervention: A systematic review and initial meta-analysis regarding ACT's role in well-being promotion among university students. *Journal of Happiness Studies* 2019; 20(6): 1995-2010.
 16. Ahmadi A, Raisi Z. The effect of acceptance and commitment-based therapy on the distress tolerance of mothers with children with autism spectrum disorder. *JCMH* 2018; 5(3): 69-79. [Persian]
 17. Mansori A, Krozhdeh N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on unbearable intolerance, anxiety and insomnia of mothers of children with autism spectrum disorder. *RBS* 2017; 15(3): 347-353. [Persian]
 18. Hahs AD, Dixon MR, Paliliunas D. Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2019; 12: 154-159.
 19. Emamdost Z, Teymori S, Khoienezhad GH, Rajaie A. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based therapy and reality therapy on cognitive emotion regulation in mothers of children with autism spectrum disorder. *JPS* 2020; 19(89): 655-667. [Persian]
 20. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Roshd Publications; 2013: 180-182. [Persian]
 21. Harper A, Power M. *WHOQOL User manual*; Edinburgh; 1991: 541-546.
 22. Keyes C, Magyar-Moe JL. The measurement and utility of adult subjective wellbeing. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003: 411-425.
 23. Tamanaiefar MR, Ghiyasi E. Comparison of psychological well-being of mothers with mentally retarded children and mothers with normal children. *Journal of Recent Advances in Psychology, Educational Sciences and Education* 2018; 1(1): 17-25. [Persian]
 24. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems: A Practical Guide*. 1st ed. Oxford University Press; 1989: 623-630.
 25. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2012: 337-342.
 26. Slami M, Mazhari SH, Haghdoost AA, Zamani Z. Evaluation of anxiety, depression, general health and quality of life in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Health and Development* 2017; 6(4): 314-322. [Persian]

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapies and Acceptance and Commitment on Quality of Life and Mental Well-Being of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Agha-Virdinejad Sh¹, Akbari B², Sadeghi A³

1- PhD Student, Dept of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2- Prof, Dept of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

Email: akbari@iaurasht.ac.ir, Tel: 09111361102

3- Associate Prof, Dept of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Received: 4 November 2021

Accepted: 13 April 2022

Introduction: Autism is a complex disability that challenges not only the individual but also the family and society. The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapies and acceptance and commitment on quality of life and mental well-being of mothers of children with autism spectrum disorder.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a 3-month follow-up. The statistical population included all mothers of children with autism spectrum disorder presenting the autism association of Guilan province in 2019. Using available sampling method, 51 people were selected and randomly entered into the study in three groups of 17: cognitive-behavioral therapy, acceptance-based therapy, and commitment and witness therapy. Therapeutic interventions were applied for 2 months for the experimental groups. The control group did not receive any intervention. Demographic information checklists and Harper and Power quality of life questionnaires and Keys and Margiamo mental well-being questionnaires were used to collect the data. Data were analyzed using repeated measures statistical methods of variance and Bephroni post hoc test at a significant level of 0.05 using Spss24 software.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment increased the quality of life and mental well-being of mothers of children with autism spectrum disorder ($p < 0.001$). Moreover, there was no significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment in increasing the quality of life and mental well-being of mothers of children with autism spectrum disorder ($p > 0.05$).

Conclusions: According to the findings of the present study, it can be concluded that the use of interventions based on cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment can increase the quality of life and mental well-being in mothers of children with spectrum disorders.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Quality of Life, Mental Well-Being, Autism Spectrum Disorder

Please cite this article as follows:

Agha-Virdinejad Sh, Akbari B, Sadeghi A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapies and Acceptance and Commitment on Quality of Life and Mental Well-Being of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Community Health journal* 2022; 16 (3): 14-26.

Funding: There was no external funding for this study.

Conflict of Interest: The authors declared no conflict of interest regarding the publication of this article.

Ethical Approval: The present article was approved by the research ethics committees with code. (IR.IAU.RASHT.REC.1399.026)