

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ بررسی مقاله: ۹۵/۰۸/۰۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۹/۲۸

DOI: 10.22055/jacp.2018.23820.1055

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی  
دانشگاه شهید چمران اهواز، زمستان ۱۳۹۵  
دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۴  
صص: ۲۰-۱

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اضطراب فراگیر مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

احمد منصوری<sup>۱\*</sup>، نعیمه کروژده<sup>۲</sup> و سمانه میری<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اضطراب فراگیر مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. در این پژوهش که از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود، ۱۶ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارای پرونده در بهزیستی شهر سبزوار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس جلسات آموزشی برای افراد گروه آزمایش، به صورت گروهی طی ۸ جلسه، بر اساس بسته‌ی درمانی هیز و همکاران اجرا گردید، در حالی که گروه کنترل در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. شرکت‌کنندگان مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و پرسشنامه ابعاد نگرانی را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش علایم اضطراب فراگیر و نگرانی مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ( $p < 0.05$ ). نتایج این مطالعه نشان داد که درمان پذیرش و تعهد نقش مهمی در کاهش علایم اضطراب فراگیر و نگرانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد و درمان‌گران می‌توانند از این رویکرد درمانی جهت کاهش علایم اضطرابی مادران کودکان مبتلا به طیف اوتیسم استفاده کنند.

**کلید واژگان:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب فراگیر، اختلال طیف اوتیسم

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران (نویسنده مسئول)

Mansoury\_am@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

## مقدمه

امروزه اختلال‌های عصبی‌رشدی جزو دسته اصلی بیماری‌های کودکان قرار گیرند (صابری، بهرامی‌پور، قمرانی و یارمحمدیان، ۱۳۹۳). یکی از شایع‌ترین آن‌ها در دهه‌های اخیر اختلال طیف اتیسم<sup>۱</sup> می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). این اختلال شامل گروهی از اختلال‌های پیچیده و ناهمگن است که با ناتوانی مداوم در برقراری ارتباط و تعامل اجتماعی و همچنین رفتار، علایق و فعالیت‌های محدود و تکراری مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سادوک، سادوک و رویز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵).

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر در این کودکان شایع می‌باشد (وان استینزل، بوگلز و پرین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، داشتن یک کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم نیز پیامدهای کارکردی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی برای افراد مبتلا، خانواده‌ها، معلم‌ها و جامعه در پی دارد (بوشر، سیداو، نپ و مندل<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴) و همچنین یک تجربه ناتوان‌کننده برای آن‌ها می‌باشد (کارست و ون‌هک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). برای مثال والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده، کاهش خودکارآمدی والدینی، کاهش شادکامی و رضایت زناشویی، کاهش انسجام، سازگاری و کیفیت زندگی خانوادگی، افزایش استرس والدینی، افسردگی، اضطراب، بلا تکلیفی، نگرانی، طلاق، فشار مالی و همچنین افزایش مشکلات جسمی و روانی را گزارش می‌کنند. با وجود این، مادران اولین افرادی هستند که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کنند و پیامدهای آن می‌تواند سلامت جسمی، روانی و همچنین کاردکرد شغلی آن‌ها را به خطر اندازد (آلیاج<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷؛ بوشر و همکاران، ۲۰۱۴؛ سلیمی، عباسی، زهراکار، طامه و داورنیا، ۱۳۹۶؛ کارست و ون‌هک، ۲۰۱۲؛ کوشا، علیزاده عطار و شعار<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶؛ وبستر، فیلر، وبستر و

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. American Psychiatric Association (APA)
3. Sadock, Sadock, & Ruiz
4. Van Steensel, Bogels, & Perrin
5. Buescher, Cidav, Knapp, & Mandell
6. Karst & Van Hecke
7. Aliaj
8. Kousha, Alizadeh Attar, & Shoar

لاول<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ ویت‌لاف، ویهورن، تیلور و وارن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ همدی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷؛ هیگینز، بیلی و پیرس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

یکی دیگر از مشکلات روانشناختی شایع در والدین افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم علائم اضطراب فراگیر<sup>۵</sup> می‌باشد (پیون، چیس، لندا، وزورک، گیل<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۱). اختلال اضطراب فراگیر، یک اختلال روانی بسیار شایع، مزمن، پرهزینه و ناتوان‌کننده است که با نگرانی و اضطراب بیش از حد و پایدار درباره رویدادهای روزمره درونی و بیرونی، همراه با شکایات روانشناختی و جسمانی مثل برانگیختگی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب شناخته می‌شود (بارلو و دیورند<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴؛ کویچپرس، سیراندیج، کول، هوبرز، برکینگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ خدایاری فرد، منصور، بشارت و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۶). نگرانی به‌عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون‌مایه عاطفی منفی نسبتاً کنترل‌ناپذیر تعریف شده است و بر تلاش جهت اشتغال و مسئله‌گشایی روانی در مورد موضوعات واقعی یا خیالی دلالت دارد، پیامدهای آن نامعلوم است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌شود (برکووک، رایینسون، پروزینسکی و دی‌پری<sup>۹</sup>، ۱۹۸۳).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درباره رویدادهای آینده، خطاهای گذشته، مسایل مالی، سلامت خود و عزیزان‌شان (بیدل، بولیک و استنلی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲)، عملکرد شغلی و روابط خود، نگران هستند. پیون و همکاران (۱۹۹۱) نشان دادند که شیوع طول عمر اختلال‌های اضطرابی و اختلال اضطراب فراگیر در والدین افراد مبتلا به اتیسم به‌ترتیب ۲۳/۵ و ۱۲/۳ درصد می‌باشد. سیمسک و کروگلو<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۲) با بررسی مشغله‌های فکری والدین کودکان

1. Webster, Filer, Webster, & Lovell
2. Weitlauf, Vehorn, Taylor, & Warren
3. Hemdi
4. Higgins, Bailey, & Pearce
5. generalized anxiety
6. Piven, Chase, Landa, Wzorek, & Gayle
7. Barlow & Durand
8. Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Huibers, & Berking
9. Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree
10. Beidel, Bulik, & Stanley
11. Simseka & Koroglu

مبتلا دریافتند که بیشترین نگرانی آن‌ها ناتوانی در تأمین نیازهای اولیه فرزندانشان است. آن‌ها نگران هستند اگر یکی از آن‌ها یا هر دو فوت کنند، چه کسی از فرزندشان مراقبت می‌کند. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم، مشکلاتی را در پرورش آن‌ها به وجود می‌آورد و استرس فراوانی بر والدین این کودکان به خصوص مادران وارد می‌کند و باعث سطوح بالای اضطراب، استرس و بلا تکلیفی در آن‌ها می‌شود (ویستر و همکاران، ۲۰۰۴).

مداخله‌های متعددی از جمله مداخله‌های حمایتی، شناختی رفتاری، آموزش مدیریت خلق منفی (ریاحی، خواجه‌الدین، ایزدی مزیدی، عشرتی و نقدی‌نسب، ۱۳۹۰) و الگوی تعاملات والد-کودک (کوگل، بیمبل و شرایمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶) برای مادران کودکان مبتلا به این اختلال‌ها استفاده شده است. یکی از مداخله‌های دیگری که می‌تواند در مورد این مادران مورد استفاده قرار گیرد، درمان پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> می‌باشد. این نوع درمان، یکی از درمان‌های موج سوم است که به لحاظ فلسفی، ریشه در زمینه‌گرایی عملکردی<sup>۳</sup> دارد و مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه<sup>۴</sup> است. درمان پذیرش و تعهد به زبان ساده، مداخله‌ای شناختی و رفتاری است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی و فرآیندهای تعهد و تغییر رفتار، جهت ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند. این درمان در تلاش برای ساخت فرآیندهای پذیرش و آگاهی ذهنی گام برمی‌دارد که تفسیر بیش از حد (غیرضروری) گفتار را تضعیف کرده تا رویکردی آگاهانه‌تر، حاضرتر، منعطف‌تر به تجارب روانی را ایجاد کند (هیز، لوین، پلام‌ویلاردآگا، ویلیت و پیستورلو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). در واقع، هدف اصلی این درمان انعطاف‌پذیری روانشناختی است و همه اصول یا فرآیندهای روانشناختی دیگر به ایجاد آن کمک می‌کنند (هیز، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲). در درمان پذیرش و تعهد، شش فرآیند اصلی و زیربنایی (گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه) که در واقع فرآیندهای ذهن‌آگاهی و تغییر رفتار محسوب می‌شوند و با یکدیگر مرتبط هستند، با هم ترکیب‌شده تا

1. Koegel, Bimbela, & Schreibman
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. functional contextualism
4. Relational Frame Theory (RFT)
5. Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello

انعطاف‌پذیری روانشناختی شکل بگیرد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳، ۲۰۱۲؛ رویز، ۲۰۱۲؛ بلکلج، باند و فلکسمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۴). از طریق شش فرآیند یادشده، مراجعان به سمت گشوده بودن و دعوت از همه نوع تجارب تلخ و شیرین اعم از افکار و احساسات گوناگون هدایت می‌شوند و مراجعان می‌آموزند که تأثیر زبان را در سطح تحت الفظی کاهش دهند (دریافت و درک پیام در ظاهر یک جمله و ادغام آن گفته با محتوای آن). با این کار فرد بر اساس ارزش‌های فردی و نه رویدادهای درونی شخصی، اقدام به عمل می‌کند (استودارد و آفری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴).

اثر این درمان بر طیف گسترده‌ای از مشکلات بالینی از جمله اختلال‌های اضطرابی، اختلال وسواس-اجبار و اختلال‌های مرتبط، اختلال استرس پس از سانحه، درد مزمن، افسردگی، مصرف مواد، علائم روان‌پریشی (میری و منصوری، ۱۳۹۶) و همچنین کیفیت و سازگاری زناشویی زوج‌ها (حیدریان‌فر، امان‌الهی، خجسته‌مهر و ایمانی، ۱۳۹۴) مورد بررسی قرار گرفته است. با وجود این، مطالعه‌ای در زمینه اثر این درمان بر علائم اضطراب فراگیر مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مشاهده نگردید، اما بلکلج<sup>۳</sup> و هیز (۲۰۰۶) گزارش کردند که آموزش پذیرش و تعهد می‌تواند سبب بهبود پریشانی روانشناختی (افسردگی، سلامت عمومی و شاخص شدت کلی) والدین کودکان مبتلا به اتیسم شود. جوادی<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثر معناداری بر کاهش پریشانی روانشناختی (افسردگی و اضطراب) مادران کودکان مبتلا به اتیسم دارد. پودرا، سینها و اوربی<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) دریافتند که درمان پذیرش و تعهد اثر معناداری بر اضطراب حالت، افسردگی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و کیفیت زندگی والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم دارد. نتایج مربوط به سایر رویکردهای موج سوم نیز نشان می‌دهد که این درمان‌ها در افزایش سلامت و بهزیستی روانشناختی مادران مؤثر بوده‌اند. برای مثال، دیکنز، فیشر، تیلور، لمبرت و میودراگ<sup>۶</sup> (۲۰۱۴) با

- 
1. Bellagh, Band, & Flexman
  2. Stoddard & Afari
  3. Blackledge
  4. Javadi
  5. Poddar, Sinha, & Urbi
  6. Dykens, Fisher, Taylor, Lambert, & Miodrag

بررسی اثر ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به‌عنوان یکی دیگر از درمان‌های موج سوم بر پریشانی‌های مادران کودکان مبتلابه اوتیسم و ناتوانی‌های دیگر دریافتند که این درمان منجر به کاهش قابل توجه استرس، افسردگی و اضطراب و همچنین بهبود خواب و رضایت از زندگی این مادران می‌شود. رایان و احمد<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) گزارش کردند که ذهن‌آگاهی اثر معنی‌داری بر استرس، اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد. این مطالعه در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان پذیرش و تعهد بر علایم اختلال اضطراب فراگیر مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اثر دارد.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر سبزوار بود. نمونه مورد بررسی شامل ۱۶ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، دارای پرونده در بهزیستی شهر سبزوار بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به نمونه مورد بررسی عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه در درمان، شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های دارویی و غیردارویی و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در پژوهش، تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به آن‌ها بود. هر چند پژوهشگر در صدد بود تعداد نمونه بیشتری داشته باشد، اما این امکان به سبب کم بودن تعداد افراد جامعه تحت پوشش، افت دو نفر از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و همچنین عدم تمایل برخی از مادران به شرکت در این پژوهش مقدور نبود. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با بهزیستی، مراکز توان‌بخشی شهر

---

1. Rayan & Ahmad

سبزواری و مادران، با استفاده از ابزارهای پژوهش از آن‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس مداخلات درمانی بر اساس رویکرد پذیرش و تعهد (هیز و التراسلا<sup>۱</sup> و ویلسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هر هفته یک جلسه، در بهزیستی شهر سبزواری برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. در پایان این دوره از جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و در نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، مادران گروه کنترل نیز، پس از پایان پژوهش به مدت ۸ جلسه تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

### ابزار پژوهش

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۳</sup>: ابزاری ۷ سؤالی می‌باشد که توسط اسپیتزر، کروونک، ویلیامز و لاولو<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) ساخته شده است. این مقیاس بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر (هیچ وقت) تا ۳ (تقریباً هر روز) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲ و ضریب اعتبار به روش بازآزمایی آن ۰/۸۳ گزارش شده است. علاوه بر این، آن‌ها گزارش کردند که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از روایی سازه، ملاکی، عاملی و رویه‌ای خوبی برخوردار می‌باشد (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶). منصوری (۱۳۹۶) اعتبار نسخه فارسی آزمون را به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۹ گزارش کرده است. همچنین، ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب برابر ۰/۸۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=۰/۹۹، NFI=۰/۹۹، NNFI=۰/۹۹، IFI=۰/۹۹، RFI=۰/۹۸، GFI=۰/۹۸ و RMSEA=۰/۰۶۲) این مقیاس بوده است.

1. Strosahl
2. Wilson
3. Generalized Anxiety Disorder-7- item (GAD-7) scale
4. Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe

**پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا<sup>۱</sup>:** ابزاری ۱۶ سؤالی است که توسط مه‌یر<sup>۲</sup>، میلر<sup>۳</sup>، متزگر<sup>۴</sup> و برکووک (۱۹۹۰) تدوین شده است. این پرسشنامه از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۶-۰/۹۳ گزارش شده است. اعتبار آن به روش بازآزمایی نیز در طول یک دوره دو تا ۱۰ هفته‌ای ۰/۷۴-۰/۹۳ گزارش شده است. به‌علاوه، این پرسشنامه دارای روایی همگرا و واگرایی خوبی است (مه‌یر و همکاران، ۱۹۹۰). در پژوهش منصوره (۱۳۹۶) حاضر اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین، ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب برابر ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام شده نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=۰/۹۸، NFI=۰/۹۷، NNFI=۰/۹۷، IFI=۰/۹۸، RFI=۰/۹۷، GFI=۰/۹۵ و RMSEA=۰/۰۶۵) بوده است.

**پرسشنامه ابعاد نگرانی<sup>۵</sup>:** ابزاری ۲۵ ماده‌ای است که توسط تالیز، آیزنک و متیوز<sup>۶</sup> (۱۹۹۲) ساخته شده است. همچنین، متشکل از ۵ خرده‌مقیاس نگرانی درباره روابط، عدم اطمینان، بی‌هدفی آینده، کار و مالی است. این پرسشنامه از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است و در دامنه‌ای از صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (شدیداً) نمره‌گذاری می‌شود. آن‌ها نشان دادند که بین ابعاد نگرانی همبستگی معناداری وجود دارد. به‌علاوه، همبستگی معناداری بین این پرسشنامه و مقیاس صفت پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر وجود دارد. در ایران اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای شاخص کلی و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ گزارش شده است (منصوره و بخشی‌پور رودسری، ۱۳۸۹).

**بسته درمان پذیرش و تعهد:** جلسات درمان پذیرش و تعهد بر اساس کتاب درمان پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۰۳) تدوین گردید. محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
2. Meyer
3. Miller
4. Metzger
5. Worry Domains Questionnaire (WDQ)
6. Tallis, Eysenck, & Mathews



جدول ۱. محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند، بیان تجارب مشابه قبلی، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است. از جمله: به موقع آمدن، عدم غیبت، انجام تکالیف و ...، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر با بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون پذیرش و تعهد و نتایج آن، اجرای پیش‌آزمون
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روانشناختی احساس می‌شود؟ با ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم، ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل با صحبت کردن درباره احساسات و افکار اعضای گروه، آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند با آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات، ارائه تکلیف این که چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر، تکالیف با رویدادهای زندگی (آزار دهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم
پنجم	آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به این که احساسات خود را قضاوت نکنند، ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند، ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش، درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل، آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)، ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی، تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن
هفتم	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه، شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشند نه عملی‌تر
هشتم	بررسی تکالیف، جمع‌بندی مطالب، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات، اجرای پس‌آزمون

## یافته‌ها

میانگین سنی مادران گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر  $33/25$  ( $5/87$ ) و  $38/25$  ( $9$ ) بود. وضعیت تحصیلی مادران گروه آزمایش و کنترل راهنمایی، سیکل و دیپلم بود. کلیه مادران به استثنای یکی از آن‌ها (طلاق گرفته) متأهل بودند. طبقه اجتماعی مادران دو گروه نیز متوسط به پایین، متوسط و بالا بود. جنسیت ۶ و ۲ نفر از کودکان مادران گروه آزمایش و ۷ و ۱ نفر از کودکان مادران گروه کنترل به ترتیب پسر و دختر بود. نتایج آزمون  $\chi^2$  دو نیز نشان داد که بین دو گروه در وضعیت تأهل ( $\chi^2=1/06, p>0/05$ )، وضعیت اشتغال ( $\chi^2=1/33, p>0/05$ )، طبقه اجتماعی ( $\chi^2=1/66, p>0/05$ ) و سطح تحصیلات ( $\chi^2=1/03, p>0/05$ ) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر اضطراب فراگیر و نگرانی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب فراگیر	آزمایش	۹/۸۷	۳/۰۹	۵	۳/۱۶
	کنترل	۱۱/۲۵	۴/۴۳	۱۲/۸۷	۴/۶۴
نگرانی آسیب‌شناختی	آزمایش	۵۲/۱۲	۸/۱۳	۴۶/۳۷	۴/۱۷
	کنترل	۴۹/۶۲	۸/۸۶	۵۴/۱۲	۷/۶۷
نگرانی غیرآسیب‌شناختی	آزمایش	۴۹/۲۵	۱۴/۱۹	۳۴	۹/۲۴
	کنترل	۵۷	۱۷/۸۳	۵۷/۳۷	۱۶/۷۴

برای بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون استفاده گردید. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبود ( $p>0/001$ )، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال می‌باشند. نتایج آزمون لون نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش در بین دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند ( $p>0/05$ )، بنابراین فرض همگنی

واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر کلی گروه معنی‌دار است ( $F=20/84, p<0/0001$ ). از این‌رو، بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌دار وجود دارد. سرانجام، آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نیز برای گروه‌های آزمایشی و کنترل به‌جز نگرانی یکسان بود ( $p<0/05$ ). از این‌رو، استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره بلا مانع می‌باشد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مادران دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب فراگیر و نگرانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
اضطراب فراگیر	گروه	۱	۱۲۱/۲۵	۳۰/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
	خطا	۱۱	۴/۰۲			
نگرانی آسیب‌شناختی	گروه	۱	۱۴۳/۱۶	۱۲/۷۹	۰/۰۰۰۴	۰/۵۴
	خطا	۱۱	۱۱/۱۹			
نگرانی غیرآسیب‌شناختی	گروه	۱	۱۰۲۱/۱۹	۱۸/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۱۱	۵۶/۵۳			

نتایج آزمون انجام شده مربوط به مقایسه پس آزمون‌های دو گروه نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین دو گروه در علائم اضطراب فراگیر ( $F=30/13, p=0/0001$ )، نگرانی آسیب‌شناختی ( $F=12/79, p=0/0004$ ) و نگرانی غیرآسیب‌شناختی ( $F=18/06, p=0/0001$ ) وجود دارد و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در این ابعاد به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر علائم اضطراب فراگیر مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم دارد. به عبارت دیگر، یافته‌های به‌دست آمده

نشان می‌دهد که این شیوه درمانی باعث کاهش علائم اضطراب فراگیر، نگرانی آسیب‌شناختی و غیرآسیب‌شناختی مادران این کودکان می‌شود. هر چند پژوهشی همسو یا ناهم‌سو با یافته‌های پژوهش مشاهده نشد. با این وجود، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعات قبلی (بلکلیچ و هیز، ۲۰۰۶؛ جوادی، ۲۰۱۴؛ پودرا و همکاران، ۲۰۱۵) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم دارد. در مقابل بیگدلی گشیزجانی، عابدی و قمرائی (۱۳۹۴) دریافتند که این درمان اثر معنی‌داری بر اضطراب مادران کودکان مبتلا به این اختلال ندارد. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعات قبلی (دیکنز و همکاران، ۲۰۱۴؛ رایان و احمد، ۲۰۱۷) مربوط به سایر درمان‌های موج سوم (مثل، ذهن آگاهی، ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر کاهش بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم دارد. دیکنز و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند که ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس منجر به کاهش قابل‌توجه استرس، افسردگی و اضطراب و همچنین بهبود خواب و رضایت از زندگی این مادران می‌شود. رایان و احمد (۲۰۱۷) گزارش کردند که ذهن‌آگاهی اثر معناداری بر استرس، اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم دارد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم به سبب ناتوانی‌های عملکردی، اختلال‌های شناختی، محدودیت‌های انطباقی، رفتارهای چالش‌برانگیز و همچنین پیش‌آگهی نامطلوب بیماری کودکانشان بلا تکلیفی بیشتر و متعاقب آن نگرانی بیشتری را در مورد حال و آینده فرزندشان تجربه می‌کنند (برجیس، حکیم جوادی، طاهر، غلامعلی‌لواسانی و حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲؛ کارست و ون‌هک، ۲۰۱۲؛ هیگینز و همکاران، ۲۰۰۵). برای مثال، سیمسک و کروگلو (۲۰۱۲) با بررسی مشغله‌های فکری والدین کودکان مبتلا دریافتند که بیشترین نگرانی آنها ناتوانی در تأمین نیازهای اولیه فرزندانشان است. آنها نگران هستند اگر یکی از آنها یا هر دو فوت کنند، چه کسی از فرزندشان مراقبت می‌کند. پیون و همکاران (۱۹۹۱) نیز نشان دادند که اختلال اضطراب فراگیر در والدین افراد مبتلا به اتیسم شایع است. همچنین، این مادران انرژی روانی و زمان زیادی را صرف اجرای فرض و گمان‌های خود می‌کنند، در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش واقعی و درمان کودک

کنند، از دست می‌دهند (محمدی‌پور و یاری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ حاتمی، ۱۳۹۳). از سوی دیگر، در اختلال‌های اضطرابی نیز سبک زندگی افراد با اجتناب از مواجهه با رویدادهای اضطراب برانگیز محدودتر شده و به دلیل تأثیر بر تحول روانشناختی و اجتماعی فرد، مانع تعاملات بین فردی آن‌ها می‌شود. هرچند رفتارهای اجتنابی با کاهش موقت اضطراب همراه است، اما اختلال از بین نمی‌رود، چراکه شخص نمی‌آموزد که می‌تواند بدون بروز پیامدی نامطلوب، با منبع اضطراب مواجه شود؛ یا این‌که قادر است با استرس ناشی از آن به شکلی مؤثر مقابله کند (هاشمی‌نسب علی‌آبادی، ۱۳۹۳). از این دیدگاه، فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌جای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی است، به همین دلیل از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می‌برد (دهشیری، ۱۳۹۱).

مطالعات دیگر نشان می‌دهد اجتناب تجربه‌ای<sup>۲</sup> که تلاشی برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و سایر تجربه‌های ناآشکار و ناخوشایند می‌باشد (بلکلج و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونال، ۱۳۹۴) می‌تواند نقش مهمی در کاهش علائم اضطراب فراگیر داشته باشد، بنابراین درمانی که بر پذیرش تجربه‌ای و همچنین عمل ارادی تأکید کند، می‌تواند منجر به کاهش علائم اضطراب فراگیر و بهبود کیفیت زندگی و عملکرد افراد از جمله مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم شود (رومر و اورسیلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). در این میان، به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بواسطه فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار نقش مهمی در ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بازی کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). زیرا در این رویکرد درمانی به مادران کمک می‌شود برای افزایش تماس با زمان حال و پذیرش افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی مرتبط با نگرانی‌ها و علائم اضطراب فراگیر ناشی از مشکلات خود و کودک‌شان (مثل، ناتوانی‌های عملکردی، اختلال‌های شناختی، محدودیت‌های انطباقی، رفتارهای چالش‌برانگیز و همچنین پیش‌آگهی نامطلوب بیماری کودک‌شان)، به جای تلاش جهت کنترل یا اجتناب از آن‌ها، کار کنند. در این روش آن‌ها مهارت‌هایی را جهت شناسایی و مشاهده افکار، نگرانی‌ها و احساسات ناخوشایند خود یاد می‌گیرند و به کمک استعاره‌ها و تمرین‌ها، هزینه‌های مربوط به تلاش‌های گذشته خود

- 
1. Mohamadipoor & Yari
  2. experiential avoidance
  3. Roemer & Orsillo

برای کنترل و مدیریت افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی مرتبط با نگرانی‌ها و علائم اضطراب فراگیر را تجربه می‌کنند. همچنین یاد می‌گیرند از هرگونه تلاش غیرضروری جهت تغییر شکل یا فراوانی تجربه‌های درونی ناخواسته مثل افکار، خاطرات، هیجان‌ها و حس‌های بدنی دست بردارند و بدین ترتیب سبب کاهش علائم اضطراب فراگیر، نگرانی آسیب‌شناختی و غیرآسیب‌شناختی و کژکاری‌های روان‌شناختی دیگر شوند. درمان پذیرش و تعهد همچنین به واسطه تکنیک‌هایی مثل گسلش شناختی به آن‌ها کمک می‌کند تا تعامل یا رابطه با افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی را در زمان حال و به روش‌های انعطاف‌پذیر و همچنین بدون ایجاد یکسری قوانین سفت‌وسخت جدید یاد بگیرند. به‌علاوه، رهایی از افکار، احساس‌ها و رفتارها را تمرین می‌کنند و خود را جدای از مشکلاتشان می‌بینند. درنهایت، درمانگران به آن‌ها کمک می‌کنند ارزش‌های خود را شناسایی کنند و رفتارهایی را که در خدمت این ارزش‌ها هستند، تمرین کنند. به‌عبارت‌دیگر متعهد می‌شوند به شیوه‌ای عمل کنند که در راستا یا هماهنگ با ارزش‌های انتخاب‌شده آن‌ها باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۱۲، ۲۰۱۳؛ رویز، ۲۰۱۲؛ بلکلج و همکاران، ۲۰۱۱، ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۴).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد تأثیر بسزایی در کاهش میزان علائم اضطراب فراگیر و نگرانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد. درمان پذیرش و تعهد با استفاده از مداخله‌های مختلف (مثل، پذیرش، گسلش شناختی، ذهن‌آگاهی، تعهد رفتاری) منجر به کاهش تلاش جهت اجتناب از تجربه‌ها، افزایش پذیرش نسبت به آن‌ها، بازنگری، ایجاد اهداف و هدایت افراد به سمت اهداف انتخاب‌شده زندگی (ارزش‌ها) و افزایش تعهد نسبت به عمل سبب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و در نتیجه کاهش نگرانی و اضطراب این مادران می‌شود. بنابراین، مراکز مشاوره دانشگاه‌ها، روان‌درمان‌گران، مشاوران و سایر متخصصان حوزه بهداشت روان می‌توانند نقش و اثر این شیوه درمانی را در کاهش علائم اضطراب فراگیر و نگرانی‌های مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در نظر بگیرند. در انتها باید توجه داشت که پژوهش حاضر به صورت مقطعی در مورد گروهی از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شده است، بنابراین تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، عدم پیگیری پایداری نتایج مداخله، از جمله محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

## سیاس گذاری

بدین وسیله از همکاری کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و همچنین مسئولین محترم بهزیستی شهر سبزوار که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدرانی می‌گردد.

## منابع

### فارسی

- برجیس، مریم؛ حکیم جوادی، منصور؛ طاهر، محبوبه؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ و حسین خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۲). مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۱)، ۲۷-۶.
- بیگدلی گشنیزجانی، نرگس؛ عابدی، احمد؛ و قمرانی، امیر (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم*. نخستین کنگره بین‌المللی جامع روانشناسی ایران. مرکز همایش‌های توسعه ایران، تهران.
- حاتمی، الهه (۱۳۹۳). *مقایسه سبک دل‌بستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با مادران کودکان غیرمبتلا*. (رساله دکتری روانشناسی). دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک.
- حیدریان‌فر، نرگس؛ امان‌الهی، عباس؛ خجسته‌مهر، رضا؛ و ایمانی، مهدی (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در افزایش کیفیت و سازگاری زناشویی زوج‌های شهر دزفول. *مجله دست‌آوردهای روانشناسی بالینی*، ۱(۳)، ۶۶-۴۹.
- خداپاری‌فرد، محمد؛ منصوری، احمد؛ بشارت، محمدعلی و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۶). *درمان‌های یکپارچه شده دینی-معنوی و اختلال اضطراب فراگیر*. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱)، ۱۳۴-۱۲۶.
- دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱). *اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر*. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۲)، ۲۷-۱۹.

ریاحی، فروغ؛ خواجه‌الدین، نیلوفر؛ ایزدی مزیدی، سکینه؛ عشرتی، طیبه؛ و نقدی‌نسب، لیلا (۱۳۹۰). تأثیر درمان حمایتی و شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران

دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم. *مجله علمی پزشکی جنسی شاپور*، ۱۰(۶)، ۶۴۵-۶۳۷.

سلیمی، آرمان؛ عباسی، امیر؛ زهراکار، کیانوش؛ طامه، بتول؛ و داورنیا، رضا (۱۳۹۶). تأثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلاف طیف اوتیسم.

*ارمغان دانش*، ۲۲(۳)، ۳۶۳-۳۵۰.

صابری، جواد؛ بهرامی‌پور، منصوره؛ قمرانی، امیر؛ و یارمحمدیان، احمد (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلا

به اختلال اوتیسم. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۲)، ۷۷-۶۹.

بلکلج، ج.ت.؛ باند، فرانک؛ و فلکسمن، پل ادوارد (۲۰۱۱). *تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی*. ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.

منصوری، احمد و بخشی‌پور رودسری، عباس (۱۳۸۹). *نگرانی آسیب‌شناختی و غیرآسیب‌شناختی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تبریز*. مجموعه مقالات پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه شاهد، تهران.

منصوری، احمد (۱۳۹۶). *نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر: طراحی و آزمون یک مدل مفهومی*. (رساله دکتری روانشناسی). دانشگاه تهران، تهران.

میری، سمانه و منصوری، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و اضطراب امتحان دانشجویان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵(۲)، ۲۶-۱۷.

هاشمی‌نسب علی‌آبادی، محسن (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر (GAD)*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی). دانشگاه تبریز، تبریز.

## لاتین

Aliaj, B. (2017). The quality of life of mothers that have children with



- autism, down syndrome and typical development in albania. *Journal of Education & Social Policy*, 7(1), 72-75.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2014). *Abnormal psychology: An integrative approach*. New York: Cengage Learning.
- Beidel, D. C., Bulik, C. M., & Stanley, M. A. (2012). *Abnormal Psychology* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston, MA: Pearson.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Buescher, A.V., Cidav, Z., Knapp, M., & Mandell, D. S. (2014). Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 168(8), 721-728.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130-140.
- 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), 454-463.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.

- Hayes, S.C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hemdi, A. (2017). *The effectiveness of a psychoeducation intervention delivered via WhatsApp for mothers of children with autism spectrum disorder (ASD) in the Kingdom of Saudi Arabia*. (Doctoral Dissertation). University of Nottingham, England.
- Higgins, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism, 9*(2), 125-137.
- Javadi, M. (2016). Acceptance and commitment therapy effect of group education on the reduction of psychological distress (anxiety and depression) in mothers of children with autism. *International Journal of Humanities and Cultural Studies, 1*, 678-689.
- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*(3), 247-277.
- Koegel, R. L., Bimbela, A., & Schreibman, L. (1996). Collateral effects of parent training on family interactions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 26*(3), 347-359.
- Kousha, M., Alizadeh Attar, H., & Shoar, Z. (2016). Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Health Care, 20*(3), 405-414.
- Meyer, T. M., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487-495.

- Mohamadipoor, M., & Yari, M. (2017). The effect of cognitive behavioral therapy on reducing the depression and anger of mothers with autistic children. *Palma Journal*, 16(2), 611-615.
- Piven, J., Chase, G. A., Landa, R., Wzorek, M., Gayle, J., Cloud, D., & Folstein, S. (1991). Psychiatric disorders in the parents of autistic individuals. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 471-478.
- Poddar, S., Sinha, V. K., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(3), 221-225.
- Rayan, A., & Ahmad, M. (2017). Effectiveness of mindfulness-based intervention on perceived stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder. *Mindfulness*, 8(3), 677-690.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72-85.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 333-357.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. New York: Wolters Kluwer.
- Simsek, H. B., & Koroglu, A. Y. (2012). A study on the demographical characteristics of parents with children diagnosed with autism, problem they face and their knowledge on alternative treatment methods. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 47, 577-585.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.

- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. New York: New Harbinger Publications.
- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences, 13*(2), 161-168.
- Van Steensel, F. J., Bogels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(3), 302-317.
- Webster, A., Filer, A., Webster, V., & Lovell, C. (2004). Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of Early Childhood Research, 2*(1), 25-49.
- Weitlauf, A. S., Vehorn, A. C., Taylor, J. L., & Warren, Z. E. (2014). Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism. *Autism, 18*(2), 194-198.