

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه ای مادران دارای کودکان اتیستیک

لیلا غلامی پور*
ناصر امینی**
عبدالله شفیع آبادی***
مولود کیخسروانی****

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین میزان اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه ای در مادران دارای کودکان اتیستیک شهر اهواز بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران دارای کودک اوتیسم شهرا اهواز بود که از جامعه مذکور ۳۰ نفر از مادران دارای کودک اوتیسم به صورت روش هدفمند انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. گروه آزمایش مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در هر هفته یک جلسه دریافت کردند؛ اما گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند و دو ماه بعد مرحله پیگیری انجام شد. ابزار اندازه گیری پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم بوند و همکاران (۲۰۱۱) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک متغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و گواه در اجتناب تجربه ای تفاوت معنی دار وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه ای در مادران دارای کودکان اتیستیک اثر بخش است.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، اجتناب تجربه ای، مادران دارای کودک اتیسم

* دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. (ایمیل: laylagholampour@gmail.com)
** استادیار گروه روان شناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: amini_n2010@yahoo.com)
*** استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (ایمیل: ashafiabady@yahoo.com)
**** استادیار گروه روان شناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. (ایمیل: moloud.keykhosrovani@gmail.com)

مقدمه

تنها نهاد فطری بشری و حلقه اصلی زنجیره هر جامعه ای خانواده می باشد. وجود خانواده های سالم یکی از عواملی است که می تواند تأثیر بسزایی در سلامت و بهداشت روانی جامعه داشته باشد. وجود کودک معلول نه تنها والدین بلکه سایر اعضای نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد؛ وجود کودکان استثنایی فشارهای مالی هم چون هزینه های پزشکی، مشکلات عاطفی مثل مراقبت زیاد و افراطی یا طرد کودک، اختصاص دادن وقت کم برای سایر اعضای خانواده، قربانی کردن سایر کودکان، مقصر دانستن والدین، افزایش در تنش و تعارضات خانوادگی، مشکلات و مسایل در روابط خانوادگی و فشار بر زندگی اجتماعی خانواده را تحمیل می کند (سلیمانی^۱، ۲۰۰۹). یکی از اختلالاتی که می تواند نهاد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد تولد کودکی با اختلال اتیسم^۲ است. اختلالات طیفی اتیسم نوعی اختلال فراگیر رشد است که با فقدان پاسخ گویی به دیگران و تأخیر شدید در رشد زبان، خود را نشان می دهد. این مشکل پیش از ۳۶ ماهگی شروع می شود و آغاز آن همواره قبل از ۳ سالگی است (بردیده، منصور و کریم پور^۳، ۲۰۱۰). اتیسم وخیم ترین و ناشناخته ترین اختلالات دوران کودکی بوده که ابهامات بسیاری در قلمرو آن وجود دارد و در کلینیک های تخصصی روان پزشکی اطفال، جمعیت در خور توجهی را به خود اختصاص می دهد (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۱۵). داشتن کودکی با اختلال اتیسم می تواند پدر و مادر را در معرض خطر اختلالات زناشویی، اختلالات خانوادگی و تعدادی از بیماری های روانی (مانند اضطراب) قرار دهد (مک کنل و سوچ^۵، ۲۰۱۵). بر مبنای ادبیات تحقیق، خانواده کودکان مبتلا به اتیسم نسبت به کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه^۶ یا اختلال بیش فعالی - کمبود توجه^۷ و کودکان سالم به طور کلی از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند (لی، هارینگتون، لویی و نیوشافر^۸، ۲۰۰۸؛ تومانیک، هاریس و هاو کینز^۹، ۲۰۰۴). هم چنین براساس پژوهش های ماگنو^{۱۰} (۲۰۱۰)، نقل از گائو، چئو، چیانگ، لی، وانگ، چئو و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۲) مادران کودکان مبتلا به اتیسم، نسبت به کودکان کم توان ذهنی^{۱۲} بدون اتیسم، مادران کودکان فلج مغزی و مادران کودکان عادی، سطوح بالاتری از اضطراب کلی را تجربه می کنند و کیفیت زندگی پایین تری دارند. بنسون^{۱۳} (۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر استرسورهای کودکان

1. Soleimani
2. autism disorder
3. Bardideh, Mansor & Karimpour
4. Sadok & Sadock
5. Mcconnell & Savage
6. Attention Deficit Disorder (ADD)
7. Ateention Deficit Hyperactivity Disirder (ADHD)
8. Lee, Harrington, Louie & Newschaffer
9. Tomanik, Harris & Hawkins
10. Mugno
11. Gau, Chou, Chiang, Lee, Wong, Chou & et al.
12. Intellctual disability (ID)
13. Benson

و خانواده بر سلامتی مادران دارای کودکان اتیسم در یک دوره ۱۲ ساله به این نتیجه رسیدند که سلامت روان این مادران به شکل قابل توجهی کاهش پیدا کرد. به علاوه نشان دادند که استرس والدین و کودکان روی سلامت مادران اثر معنی‌داری دارد.

از جمله آسیب‌هایی که احتمال دارد مادران دارای کودکان اتیستیک به آن مبتلا شوند، اجتناب تجربه‌ای^۱ است. اجتناب تجربه‌ای به عنوان تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روان‌شناختی، سرکوب یا مهار آن‌ها تعریف شده است (هرشنبرگ، مواندادی، رایت و تاس^۲، ۲۰۱۷). این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است؛ اولاً: بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی، احساس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری؛ و دوماً: تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند. این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسا^۳، ۱۹۹۶). عملکرد اجتناب تجربه‌ای، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند با ایجاد آرامش فوری و کوتاه مدت، به شکل منفی رفتار اجتنابی را تقویت نمایند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخصی تداخل نماید (ایفرت، فورسید، آرچ، ایجو، کلر و لانگر^۴، ۲۰۰۹). اجتناب تجربه‌ای در مقابل پذیرش که به معنای تمایل فرد به پذیرش کامل افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری، بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است، قرار می‌گیرد و از این رو با انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی همراه می‌باشد (ایزدی و عابدی^۵، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های قابل توجهی نشان می‌دهد که اجتناب تجربه‌ای/ انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با انواع مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب، سوء‌مصرف مواد، اختلال‌های خوردن، استرس، سازگاری با تجربیات آسیب‌زا، سازگاری با شرایط مزمن پزشکی و فرسودگی شغلی رابطه دارد (هیز و همکاران، ۱۹۹۶؛ هیز، لاما، بند، مسودی و لیلیز^۶، ۲۰۰۶؛ کشدان و روتنبرگ^۷، ۲۰۱۰). باردین و فرگوسن^۸ (۲۰۱۶) و هرشنبرگ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش‌های جداگانه خود دریافتند افرادی که نمره اجتناب تجربی بالایی دارند؛ آشفتگی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. آفتاب (۲۰۱۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که دشواری‌های بین فردی ناشی از راهبرد اجتناب از برخی افکار، خاطره‌ها و فعالیت‌های آسیب‌زایی است که در درازمدت به افسردگی و اضطراب منتهی می‌شود. در کل عواقب منفی و مهم اضطراب شامل کاهش کیفیت زندگی پایین، ناتوانی و نیاز بیشتر به خدمات بهداشتی و

1. experiential avoidance
2. Hershenberg, Mavandadi, Wright & Thase
3. Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosah
4. Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller & Langer
5. Izadi & Abedi
6. Hayes, Luma, Bnd, Massuda & Lillis
7. Kashdan & Rottenberg
8. Bardeen & Fergus

افزایش مرگ و میر می باشد و شناسایی زودهنگام و درمان مناسب از ایجاد این عواقب جلوگیری می کند (بوید^۱، ۲۰۰۸؛ برگو، میلون و پوتوین^۲، ۲۰۱۲؛ اسمالبورگ و جونگنلیز^۳، ۲۰۰۵). یکی از ویژگی های اصلی افراد مضطرب، اجتناب یا فرار از موقعیت ها یا محرک هایی است که منجر به فرا خواندن اضطراب می شود (کلارک و تایلر^۴، ۲۰۰۹). تحقیقات نشان داده است که اجتناب تجربی به ویژه فرونشانی تفکر در افسردگی، نقش مهمی دارد و افراد مبتلا به افسردگی در مقایسه با گروه غیر بالینی اجتناب تجربه ای بیشتری را گزارش می کنند (بیقلان، گئو، جونز، هیندز، راسبی، کدی و همکاران^۵، ۲۰۱۵). هم چنین اجتناب تجربه ای با هیجانانگ منفی، خودتخریبی، گسستگی رفتاری، خودسرزنی و اضطراب رابطه مثبت دارد (باردین، تال، استیونس و گرتز^۶، ۲۰۱۴).

یکی از روش های مداخله ای که احتمالاً می تواند بر کاهش یا درمان اجتناب تجربه ای مادران دارای کودکان اتیستیک تاثیر گذار باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ است. در کل یکی از رفتاردرمانی های مبتنی بر توجه آگاهی یا ذهن آگاهی، این درمان است، که البته اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده ای از وضعیت های بالینی تأیید شده است (هیز، ۱۹۸۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مخالفت با فرضیه «بهنجار بودن سالم» روان شناسی غرب، این فرض را دارد که فرایندهای روان شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان شناختی هستند. کاهش علامت اختلال، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیست، درمان از طریق پذیرش و تعهد به فرد می آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه های تازه ای برای زندگی انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس^۸، ۲۰۰۶) و این نکته می تواند کمک شایانی بر اجتناب تجربه ای و زمینه اضطرابی مادران دارای کودکان اتیسم نماید. در تحقیق شیرالی نیا، عبداللهی موسوی و خجسته مهر (۱۳۹۶) نتایج بیان گر تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش استرس فرزندپروری و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بود. لذا درمان پذیرش و تعهد می تواند در بهبود سلامت روانی این دسته از مادران نتایج مفیدی را به دنبال داشته باشد. گولد، تارکس و کوین^۹ (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می شود والدین کودکان اتیسم رفتارهای ارزشمندارانه و مؤثر بیشتری را به جای اجتناب در پیش بگیرند. پاک، عبدی و چلبیانلو^{۱۰} (۲۰۱۷) طی تحقیقی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه ای و پذیرش بیماری در افراد بیمار مؤثر است. هم چنین

1. Boyd
2. Bergua, Meillon & Potvin
3. Smalbrugge & Jongenelis
4. Clark & Taylor
5. Biglan, Gau, Jones, Hinds, Rusby, Cody & et al
6. Bardeen, Tull, Stevens & Gratz
7. acceptance and commitment therapy (ACT)
8. Hayess, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
9. Gould, Tarbox, & Coyne
10. Pak, Abdi & Chalbianloo

تحقیق مک و لوک (۲۰۱۵) نشان داد که پذیرش منجر به کاهش اجتناب تجربه ای می گردد. با توجه به مطالب ارایه شده هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه ای مادران دارای کودکان اتیستیک شهر بوشهر می باشد.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه گیری: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری می باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران دارای کودک اوتیسم موجود در مدارس کودکان استثنایی شهر اهواز بودند که از این گروه ۳۰ نفر از مادران دارای کودک اوتیسم به روش هدفمند از مدارس کودکان استثنایی شهر اهواز انتخاب شد. پس از انتخاب نمونه افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک های ورود در پژوهش حاضر شامل: حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۵۰ سال، داشتن حداقل یک کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم، داشتن حداقل مدرک سیکل و تمایل به شرکت در جلسات و تکمیل کردن پرسشنامه بود و ملاک های خروج شامل: ابتلا به اختلالات روان شناختی، استفاده از هر نوع داروی روان پزشکی و روان گردان، استفاده از هر نوع خدمات روان شناختی برای هر اختلال و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود.

روش اجرا

در این پژوهش جهت اجرای برنامه درمانی و گردآوری داده ها پس از تعیین نمونه آماری اعضای گروه آزمایش و گواه به روش هدفمند انتخاب شدند و انتساب افراد در گروه های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی انجام شد. سؤالات پیش آزمون پرسشنامه اجتناب تجربه ای گروه های آزمایش و گواه به طور یکسان اجرا شد. در مرحله بعد، دوره درمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در هر هفته یک جلسه روی گروه آزمایش اجرا شد و مداخله ای بر گروه گواه انجام نشد. بعد از خاتمه مداخله پس آزمون گرفته شد. و پس از دو ماه مرحله پیگیری انجام شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اقتباس از هریرس^۱، ۲۰۰۹، ترجمه فیضی، ۱۳۹۳)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف
اول	برقراری ارتباط با اعضای گروه، معرفی آنها به یکدیگر، معرفی پژوهش	پرداختن به دلیل باور به مفید بودن این نوع درمان برای والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم	رسیدن به احساسات و افکار بهتر زندگی براساس آنچه برای آنها ارزشمند است	انتظارات مادران از شرکت در جلسات
دوم	تعیین اهداف شخصی پر کردن فرم سنجش ارزشها	تبیین اینکه ارزشها چگونه به جلسات درمان جهت می‌دهد، پرداختن به درماندگی خالق افکار ناکارآمد و ناخوش آیند	اجرای راهبردهای کنار آمدن	عدم تلاش برای کنترل
سوم	مرور ماهیت مشکل برای کنترل افکار ناکارآمد	به چالش کشیدن حفظ برنامه کنترل ساز	جانداختن شیوه‌های ناکارآمد بر رویدادهای درونی	پیدا کردن راههای کنترل و اجتناب
چهارم	آموزش روشهای گسلش از افکار مشکل ساز	شرکت کنندگان آموزش دیدند که فکر را فقط فکر ببینند نه یک واقعیت	ذهنتان دوست شما نیست	تمرین بگو ولی باور نکن
پنجم	آموزش ذهن آگاهی و دیدگاه مشاهده گر	با یک تمرین ساده و تمرکز بر احساسات بدنی (تنفس) آغاز شد و بعد تمرین‌های پیشرفته تر	توجه به جریان بی‌وقفه افکارشان بدون انجام هیچ واکنشی	تمرین فعالیت ناخوانده یا گدا دم در
ششم	آموزش شفقت با خود به جای مقابله با رنج	نشان دادن تفاوت بین جنگیدن با رنج و شفقت با خود	دست از تقلا برداشتن و تجربه کامل احساسات در آن لحظه	تمرین شفقت با خود
هفتم	روشن سازی ارزشها	صحبت در مورد ارزشهایی که دلشان می‌خواهد زندگی شان را صرف آن کنند	شناسایی اهداف، اعمال، موانع (درونی و بیرونی)	رسیدن به ارزشها
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد	بررسی جلسات گذشته، مفهوم عود و آمادگی مقابله با آن، اجرای پس آزمون	پذیرش کامل احساسات و تعهد در عمل	تکرار مراحل و مفاهیم قبلی در طول زمانهای مختلف

ابزار سنجش

پرسشنامه اجتناب تجربه ای (پذیرش و عمل-نسخه دوم)^۲: این پرسشنامه در سال ۲۰۱۱ به وسیله بوند، هیز، بایر، کرپنتر، جینو و همکاران^۳ ساخته شده است که دارای ۱۰ سؤال و ۲ خرده آزمون است و طیف لیکرت هفت درجه ای (۱: هرگز این طور نیست، ۷: همیشه همین طور هست) است. پرسشنامه پذیرش و عمل سازه ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش و اجتناب تجربه ای و انعطاف ناپذیری روان شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری روانی بیشتر است. بوند و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول ششش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی باز آزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (عباسی، فنی، مولودی و ضرابی^۴، ۲۰۱۲). در ایران، این مقیاس توسط عباسی، فنی،

1. Heress

2. Acceptance and action Questionnaire-II (AAQ-II)

3. Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt & et al

4. Abasi, Fni, Molodi & Zarabi

مولودی و ضرابی (۲۰۱۲) به فارسی ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی گردید. شواهد حکایت از نتایج نویدبخشی درباره قابلیت کاربرد نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل در جامعه ایرانی دارد و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ و ضریب تصنیف ۰/۷۱ برای این پرسشنامه به دست آمد. در تحقیق حاضر پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ بدست آمد.

یافته‌ها

در سطح آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد به بررسی و توصیف متغیر پژوهش پرداخته شد.

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی اجتناب تجربه ای در گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اجتناب تجربه ای	آزمایش	۳۰/۷۳	۴/۷۱	۳۶/۷۳	۶/۱۹	۳۷/۴۰
	کنترل	۲۹/۸۰	۴/۳۲	۳۰/۴۰	۵/۰۱	-

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیر اجتناب تجربه ای در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون به ترتیب ۳۰/۷۳ و ۴/۷۱، در مرحله پس آزمون ۳۶/۷۳ و ۶/۹۱ و در مرحله پیگیری ۳۷/۴۰ و ۵/۹۷ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار متغیر اجتناب تجربه ای در گروه گواه در مرحله پیش آزمون به ترتیب ۲۹/۸۰ و ۴/۳۲، در مرحله پس آزمون ۳۰/۴۰ و ۵/۰۱ می‌باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو و لوین در اجتناب تجربه ای

متغیر	مرحله	آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین	
		Sig	Z	F	Sig
اجتناب تجربه ای	پیش آزمون	۰/۸۷	۰/۶۱/۰	۰/۷۳	۷۲/۰
	پس آزمون	۹۵/۰	۲۴/۰	۳/۶۱	۰/۶۱/۰
	پیگیری	۰/۹۶	۰/۳۴	۲/۵۱	۰/۰۷۳

همان‌طور که نتایج جدول ۳ در آزمون شاپیرو-ویلک نشان می‌دهد، سطح معناداری آماره بدست آمده در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر اجتناب تجربه ای از سطح ۰/۰۵ بزرگتر است و نرمال بودن توزیع نمرات تایید شد. هم‌چنین نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که آزمون لوین برای اجتناب تجربه ای معنی دار نیست ($P < 0.05$)، لذا پیش فرض برابری واریانس‌های بین گروهی برقرار

است. با توجه به برقرار بودن پیش فرض‌های ذکر شده می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده نمود. فرضیه اصلی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه ای در مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم تأثیر دارد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تک متغییره برای تأثیر عضویت گروهی بر اجتناب تجربه ای در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۷۴/۷۱	۳۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۴	۰/۸۴۱
	عضویت گروهی	۱	۴۱۶/۵۲۴	۱۱۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶	۰/۷۲۲
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲۴/۸۵۱	۷/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۹	۰/۶۷۱
	عضویت گروهی	۱	۴۷۵/۶۴	۱۲۴/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴	۰/۷۴۸

همان‌طور که در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، تفاوت‌های بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای کنترل در گروه آزمایشی و گواه، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده ($P < 0/001$)، به‌همین منظور اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه ای مادران که در گروه آزمایش قرار داشتند تأیید شد. اندازه تأثیر این مداخلات در مرحله پس‌آزمون برابر با ۰/۸۳۶ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۰/۷۶۴ درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اجتناب تجربه ای در مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اجتناب تجربه ای در مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم تأثیر دارد. یافته‌های بدست آمده با نتایج حاصل از پژوهش‌های گولد، تارکس و کوین (۲۰۱۷)، پاک، عبدی و چلبیانلو (۲۰۱۷)، هرشنبرگ و همکاران (۲۰۱۷)، باردین و فرگوسن (۲۰۱۶)، باردین و همکاران (۲۰۱۴) و شیرالی‌نیا و همکاران (۱۳۹۶) همخوان بود.

در تبیین تأثیر درمان پذیرش و تعهد در کاهش اجتناب تجربه ای مادران دارای کودکان اتیستیک می‌توان گفت افرادی که دارای اجتناب تجربه ای هستند از دو چیز در زندگی خود رنج می‌برند، این افراد از تجربه‌های هیجانی اجتناب می‌کنند و هم چنین احساس می‌کنند روی زندگی خود کنترل ندارند. در درمان پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی افراد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. در این فرایند درمان به افراد آموزش داده می‌شود اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی دردناک و ناخواسته بی‌اثر است و یا اثر منفی دارد و باعث بیشتر شدن اثرات منفی آن‌ها می‌شود

و این تجارب را باید بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت؛ سعی می‌شود آگاهی روانی افراد در لحظه حال افزوده شود و به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا کند و بر این اساس تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسم یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) کرده و به فرد کمک می‌شود تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را و در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه، یعنی فعالیت معطوف به اهداف در او ایجاد شود (گرکو و هیز، ۲۰۰۸). در نتیجه با آموزش پذیرش تجارب دردناک و هم چنین آموزش این نکته که اجتناب از تجارب دردناک اثر منفی دارد و با آگاهی از حالات روانی خود در زمان حال و با شناخت ارزش‌های اصلی خود و تمرکز بر ارزش‌های اصلی خود و تبدیل ارزش‌ها به اهداف رفتاری و ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه باعث کاهش اجتناب تجربه ای در مادران دارای کودک اتیستیک می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان (نویسنده) تصریح می‌نماید در این پژوهش تعارض منافع وجود ندارد. این پژوهش با هزینه محقق صورت گرفته است.

سپاسگزاری: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از افرادی که در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی به عمل آورند.

منابع

- شیرالی نیا، خدیجه، عبداللهی موسوی، حدیث، خجسته مهر، رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری و انعطاف پذیری روان‌شناختی مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم. *مجله روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۸)، ۴۴-۲۱.
- هریس، راس. (۱۳۹۳). *در آغوش کشیدن اهریمنان ذهن: درآمدهای بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. ترجمه علی فیضی. (۱۳۹۳). سایت مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره زندگی.
- Abasi, E., Fni, L., Molodi R., & Zarabi, H. (2012). Psychometric properties of Persian version of acceptance and action Questionnaire –II. *Journal of Psychological Models and Methodes*, 2(10):65–80.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of contextual behavioral science*, 5(1): 1-6.
- Bardeen, J.R., Tull, M.T., Stevens, E.N., & Gratz, K.L. (2014). Exploring the relationship between positive and negative emotional avoidance and anxiety symptom severity: The moderating role of attentional control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3):415–20.

- Bardideh, M., Mansor, M., & Karimpoor, M. (2010). Preparation and validation of behavioral disorders in autistic spectrum children (parent form). *Journal of Psychological Models and Method*, 1(1): 15-25.
- Benson PR. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2010;4(2):217-28.
- Bergua, V., Meillon, C., & Potvin, O. (2012). The STAI – Y Trait Scale: Psychometric of elderly people. *International psychogeriatrics*, 24(7):1163-71.
- Biglan, A., Gau, J.M., Jones, L.B., Hinds, E., Rusby, J.C., Cody, C., & et al. (2015). The role of experiential avoidance in the relationship between family conflict and depression among early adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1):30–6.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., & et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action Questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4):676–88.
- Boyd, M. A. (2008). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. lippincott Williams & wilkins.
- Clark, D.A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New Wine for Old Wineskins. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1):60–6.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*,
- Gau, SS-F., Chou, M-C., Chiang, H-L., Lee, J-C., Wong, C-C., Chou, W-J., & et al. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1):263-70.
- Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2017). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*. In Press, Corrected Proof, Available online 29 June 2017.
- Greco, L. A., & Hayes, S. C. (Eds.). (2008). *Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: A practitioner's guide*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (1987). Language and the incompatibility of evolutionary and psychological continuity. *Behavior Analysis*, 22, 49-54.
- Hayes, S. C. , Luoma, J. , Bond, F. , Masuda, A. , & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C. Luma, J. B. Bond, F. W. Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: model, processes, and outcomes. *Behavior research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Hershenberg, R., Mavandadi, S., Wright, E., & Thase, M. E. (2017). Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of Affective Disorders*, 208(1): 414-417.
- Izadi, R., & Abedi, M. R. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy, third edition*. Tehran: Jungle publication.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865- 878.

- Lee, L.C., Harrington, R.A., Louie, B.B., & Newschaffer, C.J. (2008). Children with autism: quality of life and parental concerns. *J Autism and Developmental Disorders*, 38(6):1147-60.
- Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2015). The acceptance and commitment therapy for smoking cessation in the primary health care setting: a study protocol. *BMC public health*, 15, 105.
- McConnell, D., & Savage, A. (2015). Stress and resilience among families caring for children with intellectual disability: Expanding the research agenda. *Curr Dev Disord Rep*, 2(2):100-9.
- Pak, R., Abdi, R., & Chalbani, Gh. R. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease acceptance and experiential avoidance in patients with multiple sclerosis (MS). *Psychology Contemporary*, 12(1), 63-72.
- Sadok, B.J., & Sadock, V.A. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, K. (2005). Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *Journal of Affective Disorder*, 88:145-50.
- Soleimani, M. (2009). *Comparison of biological, cognitive, psychological social properties between consanguineous and non-consanguineous parents who have at least one exceptional children in rural and township of Urmia*. [Tehran]: Tehran University.
- Tomanik, S., Harris, G.E., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(1):16-26.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on The Experiential Avoidance of Mothers with Autistic Children

L. Gholamipour*
N. Amini**
A. Shafiabady***
M. Keykhosrovani****

Abstract

The aim of this study was to examine the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on the avoidance of post-anxiety experience in mothers with autistic children in Ahvaz. The statistical population of this study was all mothers with autistic children in Ahvaz. 30 mothers with autistic children were selected by purposive sampling method. After selecting the sample, individuals were randomly divided into two groups of experimental and control, 15 mothers in each group. The method of the research was quasi-experimental with pre-test-post-test-follow-up design with control group. The experimental group was exposed to acceptance and commitment based therapy for 8 sessions, 90 minutes each and one session per week. The control group received none. The follow up was conducted two months later. To measure the research variables, the Acceptance and Practice – Questionnaire, Bund et al second version (2011) was implemented. The data were analyzed using univariate analysis of covariance. The results indicated that there were significant differences in experiential avoidance scores of the experimental and the control groups that means the acceptance and commitment based therapy was effective in reducing experiential avoidance of mothers with autistic children.

Keywords: commitment and acceptance based therapy, experiential avoidance, mothers with autistic children

* PhD Candidate, Department of General Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran. (Email: laylagholampour@gmail.com)

**Assistant Professor, Department of General Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran. (corresponding author, Email: amini_n2010@yahoo.com)

***Professor in Department of Counseling, Alameh Tabatabaee University, Tehran, Iran. (Email: ashafiabady@yahoo.com)

**** Assistant Professor, Department of General Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran. (Email: moloud.keykhosrovani@gmail.com)