

## اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به فرزند اتیسم

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۰۱

### خلاصه

#### مقدمه

اختلال طیف اتیسم تاثیر شدیدی بر زندگی خانوادگی می گذارد. مادران کودکان مبتلا به اتیسم با چالش های فراوانی روبرو هستند. مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به فرزند اتیسم شهر گچساران انجام شد.

#### روش کار

جامعه پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم مراجعه کننده به مراکز آموزشی استثنائی زیر نظر سازمان بهزیستی مرکز شهر گچساران بود و برای تعیین حجم نمونه با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر آزمودنی انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش جایگزین شدند.

#### نتایج

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به فرزند اتیسم شهر گچساران موثر بود ( $p < 0/05$ ). به طوریکه که بین آزمودنی های گروه آزمایش و گروه کنترل، دست کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ).

#### نتیجه گیری

نتایج این آزمون گویای این بود که بین نمرات دو گروه در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

#### کلمات کلیدی

افسردگی، باورهای غیرمنطقی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

شاهدخت آزادی\*<sup>۱</sup>

دیبا خسروی نیا<sup>۲</sup>

سارا آزادی<sup>۳</sup>

۱- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران، گچساران، کهگیلویه و بویراحمد، ایران.

۲- کارشناس ارشد بالینی، واحد نورآباد ممسنی، دانشگاه آزاد اسلامی، نورآباد ممسنی، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، ایران.

\* دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران، گچساران، کهگیلویه و بویراحمد، ایران

Email: shahdokhtazadi@yahoo.com

## مقدمه

اختلال طیف اوتیسم<sup>۱</sup> یکی از بیماری‌های گروه اختلال فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تاخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص شده است. در یک چهارم موارد، والدین گزارش می‌کنند که فرزندانشان در ابتدا کلمات معنی‌دار را بیان می‌کردند، اما بعداً دچار اختلال تکلم شده‌اند (۱). ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم عود از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه چندان مطلوب می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند. واکنش اولیه والدین به این مسأله می‌تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش‌ها تحت تاثیر باورها مختلف پدر و مادر و محیط اطراف، دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسأله و کنار نیامدن با آن و یا پیگیری شدید برای درمان است (۲). داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود و مطالعات نشان داده که در مواردی، تاثیر منفی بر روابط زناشویی خواهد داشت. مطالعات انجام شده بیانگر این هستند که هم والدین و هم کودکان دارای مشکلات شدید روانپزشکی در زندگی و تعامل با همدیگر می‌باشند (۳) مطالعات نشان داده است پدر و مادر کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارای سطوح بالاتر استرس نسبت به دیگران و در معرض خطر بیشتر مشکلات روانی هستند (۳). سطوح بالای استرس در این والدین بر مداخلات، روابط زناشویی و کیفیت زندگی (۴) تاثیرات منفی دارد و همچنین در مطالعه‌ای نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم مشکلات روحی روانی، مانند افسردگی بیشتری نسبت به والدین بدون کودک اوتیسم گزارش می‌دهند (۵) و مادران در مقایسه با پدران سطح بالاتری از افسردگی را تجربه می‌کنند و علائم افسردگی نیز ممکن است توانایی مقابله والدین را کاهش دهد هنگامی که با چالش‌های مراقبت از زندگی و

عوامل استرس زا مواجه می‌شوند (۶،۷) سالیوان<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) و جکریتا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که بین اضطراب و افسردگی در والدین دارای فرزند اوتیسم رابطه وجود دارد (۸-۱۰). بر همین اساس پژوهشگران معتقدند که وجود کودکان با اختلال طیف اوتیسم، سلامت روان مادران را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۱). و همچنین سازمان بهداشت جهانی گزارش داده است که مادران کودکان مبتلا به این اختلال در معرض خطر بیشتری قرار دارند، علائم آسیب شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه از سلامت روان کمتری برخوردار می‌باشند (۱۲). از این رو، مشکلات سلامت روان در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم ممکن است تاثیر گسترده بر کیفیت زندگی کودک و خانواده به عنوان یک کل بگذارد. از طرف دیگر، تحقیقات نشان داده است که یکی از عوامل و فاکتورهای مؤثر در تعامل مناسب با کودکان اوتیستیک، باورها و عقاید والدین می‌باشد (۱۳ و ۱۴). عملکرد انسان متأثر از گرایش‌های شناختی، عاطفی، انتظارات، باورها و ارزش‌ها می‌باشد. عنصر کلیدی برای اعمال کنترل و کارکردهای شخصی، باور انسان در مورد خود است (۱۵). پژوهشگران، بسیاری از مشکلات ذکر شده این والدین را باورهای غیر منطقی آن‌ها می‌دانند (۱۶). باورهای غیر منطقی این والدین در رفتار، ناهماهنگی شناختی آنان و تغییر اعمالشان در تعامل با کودکانشان تاثیر دارد و ارزیابی این والدین نیز در موقعیت‌های رویارویی زندگی از جمله استرس با سیستم شناختی و تناسب آن با رفتارهای منطقی آنان به هم وابسته اند (۱۷) به عقیده بک پاسخ‌های هیجانی فرد با ارزیابی تحریف شده فرد و نه با واقعیت هماهنگ است. وقتی یک رویداد یا واقعه ناراحت کننده برای فرد اتفاق می‌افتد، خود آن رویداد، فرد را مضطرب نمی‌کند، بلکه برداشت وی از آن رویداد است که منجر به ناراحتی می‌شود (۱۸، ۱۹). بنابراین اولین قدم برای رسیدن به موفقیت، یافتن باورهایی است که ما را در جهت نتایج درست هدایت کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که

2 - Sullivan

3- Jokiranta

1 - Autism Spectrum Disorders

مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به مادرانی که دارای فرزند فاقد این ناتوانی یا ناتوانایی دیگر (سندرم دان، اختلالات جسمی و معلولی) بیشتر تمایل به گزارش استرس دارند (۲۸). متأسفانه، تلاش‌های وسیع مداخلات تدوین شده جهت کاهش پایدار نشانگان اختلال طیف اوتیسم برای کودکان با این اختلال برای والدینشان و مراقبین آنها عمومیت نداشته است با کمک به والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، آموزش تکنیک‌هایی مثل تمایل / پذیرش و گسلش شناختی، یاد می‌گیرند برخی از موانع زندگی‌شان را شناسایی و به آنها پردازند (۲۹).

شیوع اختلال طیف اوتیسم بطور چشمگیری در دهه‌های گذشته افزایش یافته است و در حال حاضر به عنوان یکی از عمومی‌ترین ناتوانی‌های رشدی به آن پرداخته می‌شود (۳۰). در دو دهه گذشته شیوع اختلال طیف اوتیسم رشد قابل توجهی داشته است. اما این آمار در همه کشورها یکسان نمی‌باشد و بیشتر به کشورهای انگلیس و آمریکا که بالاترین میزان اوتیسم را گزارش کرده اند مربوط می‌شود. در ایران هم طی پژوهشی شیوع اوتیسم را در کودکان ۵ ساله ایرانی ۶/۲۶ در ۱۰۰۰۰ نفر گزارش کرده‌اند (۳۱).

دیویس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند که والدین کودکان با نیازهای خاص نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر نگرش‌های ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجانی منفی دارند. ایزنهاور<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۳) انجام گرفت اعلام نمودند که پدر و مادر به ویژه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اغلب گزارش بالاتری از درماندگی روانشناختی نسبت به مادران کودکان معمولی ارائه می‌دهند.

رومان<sup>۵</sup> و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که در گروه درمانی شناختی-رفتار، تغییر باورها غیر منطقی آموزش داده می‌شود و رفتارهای مطلوب نیز تقویت می‌شود. خود تنظیمی بر کنترل افکار و احساسات به افراد آموزش داده شده و بر تغییر عقاید کنترل بی از حد خود، آموزش برنامه ریزی روزانه کوتاه

انواعی از روان‌درمانی‌ها می‌توانند در کاهش مشکلات روانشناختی والدین کودک دارای اختلال اوتیسم مؤثر باشد (۲۰). یکی از درمان‌هایی که در چند سال اخیر در کمک به مشکلات روانشناختی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> است (۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روانشناختی براساس روانشناسی رفتاری مدرن است که نظریه چهارچوب ارتباطی را شامل می‌شود، که در آن از فرآیندهای توجه آگاهی و پذیرش و نیز تعهد و تغییر رفتار استفاده می‌شود تا انعطاف پذیری روانشناختی حاصل شود (۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (۲۳). فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند فرد هیجانانامطوبوع را بیشتر تحمل کند بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی که در اختلال طیف اوتیسم به چشم می‌خورد مثلاً اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل، مشکلات خلقی، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مد نظر قرار می‌گیرد (۲۴). اثرگذاری این شیوه درمانی در درمان مشکلات روان شناختی از سایر درمان‌های معمول کارآمدی بیشتری دارد (۲۵).

نتایج لونسکی<sup>۲</sup> و همکاران نشان داد که درمان ACT در بهبود سلامت روحی و جسمی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم مؤثر بوده است (۲۶). هر ساله بر آمار کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم افزوده می‌شود تا جایی که موسسه ملی بهداشت روان آمریکا میزان شیوع این اختلال را در سال ۲۰۱۰، مورد در ۹۹ نفر تخمین زده است. در حال حاضر، نرخ شیوع اختلال طیف اوتیسم در آمریکا و سایر کشورها هم در کودکان و هم در بزرگسالان حدود ۱٪ است (۲۷).

<sup>3</sup> - Davies

<sup>4</sup> -Eisenhower

<sup>5</sup> - Romano

<sup>1</sup> - Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

<sup>2</sup> - Lunskey

تعداد ۳۰ نفر آزمودنی به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش جایگزین شدند.

#### ابزار پژوهش

##### ۱- پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز (IBT)

این پرسشنامه را جونز بر اساس نظریه آلبرت الیس در سال ۱۹۸۶ تهیه کرده و انواع باورهای غیر منطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد که از ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده است و هر مقیاس دارای ۱۰ سوال است که باورها غیر منطقی الیس را مورد بررسی قرار می‌دهد. کالاهان و دنیس اعتبار این آزمون را از طریق همبستگی با آزمون رفتارهای منطقی برابر با ۰/۷۱ و همبستگی این آزمون را با پرسش نامه افسردگی بک برابر ۰/۷۷ گزارش کردند [۳۸]. در تحقیق سودانی، ضریب اعتبار این آزمون ۰/۷۹ به دست آمد [۳۹]. تقی پور ضریب اعتبار ۰/۸۲ را به دست آورد و در مورد روایی، با بررسی روایی هم گرا، همبستگی آزمون جونز را با آزمون افسردگی بک محاسبه کرد که ضریب به دست آمده ۰/۸۲ است [۴۰].

۲- پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است [۴۱]. قاسم زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن با ویرایش اول پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۹۳ گزارش کردند [۴۲].

#### روش کار

به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پس از نمونه گیری و اجرای پیش آزمون از پرسشنامه‌های افسردگی بک، باورهای غیر منطقی در هر دو گروه آزمایشی و کنترل، گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. در حالی که گروه کنترل در فهرست انتظار

مدت و قابل دسترسی ارایه می‌شود. حیدری و همکاران در پژوهشی به بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم پرداختند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه آزمون و شاهد در نمرات متغیر درماندگی شناختی، فراوانی و باور به افکار خودآیند منفی مادران تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

علوی زاده، شاکریان در پژوهشی به بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرازنشویی (عاطفی، جنسی) پرداختند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه پیمان شکنی در روابط فرازنشویی را کاهش داد.

دهقانی نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم پرداخت. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که بین دو گروه در پی آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، اما آموزش شناختی رفتار در گروه آزمایش، نمرات سلامت روان را افزایش باورها غیرمنطقی را کاهش داد.

لذاهدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به فرزند اوتیسم است.

#### روش کار

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه کننده به مراکز آموزشگاهی استثنائی زیر نظر سازمان بهزیستی مرکز شهرگچساران تشکیل داد. در این پژوهش نمونه گیری به صورت نمونه در دسترس بوده بدین صورت که از میان مراکز آموزشگاهی استثنائی زیر نظر سازمان بهزیستی یک مرکز مشخص شد، از میان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه کننده به مرکز مذکور

تجزیه و تحلیل آماری در این تحقیق به کمک نرم افزار آماری SPSS استفاده شد.

### نتایج

تعداد شرکت کنندگان در این مطالعه ۳۰ نفر بوده که در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفته اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها به این صورت بود: میانگین سنی مادران ۳۱ ساله ۴۰ درصد تحصیلات بالای دیپلم و ۶۰ درصد تحصیلات زیر دیپلم داشته‌اند و همگی متأهل بوده است.

باقی ماند. بعد از پایان یافتن دوره‌ی آموزش و درمان، جهت جمع آوری و تحلیل داده‌ها و به منظور بررسی تأثیر روش درمان، برای هر دو گروه پس از آزمون روی هر دو گروه اجرا گردید.

در این پژوهش، از آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد فراوانی، نمودار، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی؛ ضمن رعایت برخی از مفروضه‌ها، در فرضیه‌ی اصلی، از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و در فرضیه‌های فرعی از ANCOVA استفاده خواهد شد. کلیه‌ی

**جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرها در دو گروه**

متغیرها	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش	۱۵	۳۱/۰۶	۳/۸۰	۱۶/۸۰	۳/۴۲
	کنترل	۱۵	۳۱/۱۳	۳/۸۳	۱۷/۱۳	۳/۵۸
باور غیر منطقی	آزمایش	۱۵	۳۱/۴۶	۳/۹۹	۲۲/۴۶	۲/۱۱
	کنترل	۱۵	۲۸/۱۳	۳/۲۹	۱۵/۷۳	۲/۶۳

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پس آزمون باور غیر منطقی در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۲/۴۶ و ۲/۱۱ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۵/۷۳ و ۲/۶۳ است.

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه در این پژوهش برای آزمودن این فرضیه از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> استفاده گردید (جدول ۲).

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون افسردگی در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۱/۰۶ و ۳/۸۰ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۱/۱۳ و ۳/۸۳ است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پس آزمون افسردگی در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۶/۸۰ و ۳/۴۲ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۷/۱۳ و ۳/۵۸ است.

همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون باور غیر منطقی در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۱/۴۶ و ۳/۹۹ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۸/۱۳ و ۳/۲۹ است.

<sup>۱</sup> Shapiro-Wilk

## جدول ۲- نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

شاپیرو- ویلک		نرمال بودن توزیع نمرات	
آماره	درجه آزادی	معنی داری	توزیع نمرات
/۹۰۵	۳۰	/۰۱۱	پیش آزمون
/۹۰۸	۳۰	/۰۱۳	پس آزمون
/۸۷۸	۳۰	/۰۰۳	پیش آزمون
/۳۳۶	۳۰	/۰۰۰	پس آزمون

می توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می باشد و می توانیم فرضیه های پژوهش را از طریق آزمون های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

همانطور که از یافته های جدول ۲ استنباط می شود، از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده در آزمون شاپیرو- ویلک، در متغیرهای پژوهش، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می باشد، در نتیجه

## جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	/۰۹۹	۱/۲۶۶	۲	۲۳	۰/۳۰۱	۰/۹۳۵
لامبدای ویلکز	/۹۰۱	۱/۲۶۶	۲	۲۳	۰/۳۰۱	۰/۹۳۵
اثر هتلینگ	/۱۱۰	۱/۲۶۶	۲	۲۳	۰/۳۰۱	۰/۹۳۵
آزمون بزرگترین ریشه روی	/۱۱۰	۱/۲۶۶	۲	۲۳	۰/۳۰۱	۰/۹۳۵

وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهشی حیدری و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، زاده موثر بوده است، علوی زاده، شاکریان (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه پیمان شکنی در روابط فرا زناشویی را کاهش داد، دیویس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، ایزنهاور<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳)، رومان<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی دارد.

شواهد بالینی نشان داده اند که نشانه های آسیب شناختی روانی مانند اضطراب، افسردگی و خستگی روانی در مادران کودکان دارای اختلال فراگیر تحولی در مقایسه با مادران کودکان عقب

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، سطوح معنی داری همه آزمون ها بیانگر آن هستند که بین آزمودنی های گروه آزمایش و گروه کنترل، دست کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ).

## بحث و نتیجه گیری

شیوع اختلال طیف اوتیسم بطور چشمگیری در دهه های گذشته افزایش یافته است و در حال حاضر به عنوان یکی از عمومی ترین ناتوانی های رشدی به آن پرداخته می شود. نتایج این پژوهش نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به فرزند اتیسم تاثیر داشته است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در زنان مبتلا به فرزند اتیسم شهر گچساران مؤثر بوده است ( $p < 0/05$ ). نتایج این آزمون گویای این بود که بین نمرات دو گروه در پس آزمون تفاوت معناداری

1 - Davies

2 -Eisenhower

3 - Romano

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه‌ای را که افکار در آن اتفاق می‌افتند را تغییر می‌دهد و تأثیر و اهمیت رویدادهای شخصی مشکل را کاهش می‌دهد. از لحاظ بالینی، مراجعان می‌آموزند افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را به عنوان خاطرات و علائم بدنی را فقط علائم بدنی ببینند، هیچ یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آنها تجارب آسیب‌زا، نا سالم و بدی دیده شوند که آن چه ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (۴۷).

این درمان از طریق تکیه بر گسلس به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم باعث می‌شود که بین جهان ساخته شده در افکارشان و فکر کردن، به عنوان یک فرآیند مستمر، تمییز قائل شوند. گسلس کمک می‌کند بین کسی که در حال فکر کردن است و مقوله‌های کلامی‌ای که افراد به واسطه فکر کردن به خودشان نسبت می‌دهند تمایز قائل شوند بنابراین مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با این رویکرد دریافته‌اند که دیگر به افکار خود چسبندگی نداشته باشند چرا که چسبندگی به افکار آنان را از برخورد با واقعیت‌ها و مسائل زندگی باز می‌دارد و فرد امکان پاسخگویی و واکنش مناسب در موقعیت‌های مختلف زندگی را نخواهد داشت (۴۷). بنابراین راهکارهایی که در طی جلسات درمانی به مراجع ارائه می‌گردد، به مادران دارای فرزند اوتیسم کمک می‌کند تا الگوهای فکر ناکارآمدی که به احساس بیفایتی در مادر منجر می‌گردد، را تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد.

## References

- Gebauer L, Foster N, Vuust P, Hyde KL. Is there a bit of autism in all of us? Autism spectrum traits are related to cortical thickness differences in both autism and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2015, 13-14, pp. 8-14.
- McCarthy J, Underwood L, Tsakaniko E, Craig T, Howlin P, Bouras N. Predictors of challenging behaviour among mental health service users with intellectual disability and autism spectrum disorders. *European Psychiatry* 2014, 29(suppl 1): pp. 1-7.

مانده ذهنی بیشتر است. برای مثال، این مادران در تمام زیر مقیاس‌های فهرست نشانگان ۹۰ (وسواس- بی اختیاری، حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب، بدنی سازی، افکار پارانوئید، هراس و خشم) نمره بالاتری کسب می‌کنند (۴۳). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا درحالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد و اثربخشی این درمان در طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی نظیر افسردگی، اختلال وسواس فکری و اضطراب معلوم شده است (۴۴).

این درمان معتقد است احساساتی از قبیل اضطراب، غم، اندوه و... جزء لاینفک زندگی هستند و نمی‌توان آنها را کنترل کرد و تنها باید پذیرفت. کارکرد کنترل به عنوان مسأله، در این درمان، کمک به مراجعان بود تا اثرات متناقض تلاش‌هایشان برای کنترل افکار و احساسات را تجربه کنند، در بیشتر موارد، تلاش‌ها برای کنترل افکار و احساسات نه تنها موثر نیستند بلکه اهمیت فکر و احساس را نیز افزایش می‌دهند. این کار فکر و احساس را به جای کوچکتر کردن، بزرگتر می‌کند (۴۵). اگر مراجعان بتواند با افکار و احساسات تماس برقرار کنند، بنابراین احتمال بیشتری هست که کنترل را رها کنند و راه‌های متفاوتی را امتحان کنند.

این باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم باعث ایجاد احساس شرمساری، احساس گناه، انتظارات بی‌حد از خود و در موارد حادتر، عدم احساس مسئولیت می‌شود. بنابراین این گونه مادران به دلیل داشتن این نوع افکار، کم‌تر قادر به سازگاری و حل تعارض‌ها هستند و هنگام برخورد با یک استرس‌زای محیطی، به‌جا استفاده از راهبردها مسأله‌مدار و حل موقعیت مشکل‌زا، مجدداً به سمت افکار و باورهای غیرمنطقی رو می‌آورند (۴۶).

- Shine, R., & Perry, A, The relationship between parental stress and intervention outcome of children with autism. *Journal on Developmental Disabilities*, 2010, 16-2), pp. 64-66.
- Sim, A., Cordier, R., Vaz, S., & Falkmer, T, Relationship satisfaction in couples raising a child with autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2016, 31, 30-52.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M, For fathers raising children with autism, do coping strategies mediate or moderate the

- relationship between parenting stress and quality of life? Research in Developmental Disabilities, 2015, 36, pp. 620-629.
6. Reed, P., Sejunaite, K., & Osborne, L. A, Relationship between self-reported health and stress in mothers of children with autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2016, 46-3, pp. 934-941.
7. Gau, S. S. F., Chou, M. C., Chiang, H. L., Lee, J. C., Wong, C. C., Chou, W. J., & Wu, Y. Y, Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. Research in Autism Spectrum Disorders, 2012, 6-1, pp. 263-270.
8. Lai, W. W., Goh, T. J., Oei, T. P., & Sung, M. (2015). Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). Journal of Autism and Developmental Disorders, 2015, 45-8, pp. 2582-2593.
9. Sullivan, P. F., Magnusson, C., Reichenberg, A., Boman, M., Dalman, C., Davidson, M., Fruchter, E., Hultman, C. M., Lundberg, M., Långström, N., Weiser, M., Svensson, A. C., & Lichtenstein, P. Family history of schizophrenia and bipolar disorder as risk factors for autism. Archives of General Psychiatry, 2012, 69-11, pp. 1099-1103.
10. Jokiranta, E., Brown, A. S., Heinimaa, M., Cheslack-Postava, P., Suominen, A., & Sourander, A, Parental psychiatric disorders and autism spectrum disorders. Psychiatry Research, 2013, 207, pp. 203-211.
11. McCarthy J, Underwood LISA, Hayward H, Chaplin E, Forrester A, et al. Autism Spectrum Disorder and Mental Health Problems Among Prisoners. European Psychiatry 2015; 30(suppl 1): pp. 864-869.
12. World Health Organization, Mental health: Strengthening our response. Fact sheet No. 220. Retrieved from .2016.
13. Suckling J. Structural Abnormalities in Autism Spectrum Disorder. Brain Map, 2015, 3-1, pp. 1031-1036.
14. Derguy C, Bouvard M, Michel G, M'Bailara K. The gap between parents' knowledge and causal beliefs about etiology of autism: A key variable to understand parents' anxiety. European Psychiatry 2014, 29-8, pp. 598-599.
15. Girli A, Tekin D, Investigating false belief levels of typically developed children and children with autism. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010; 2-2, pp. 1944-1950.
16. Dardennes RM, Al Anbar NN, Prado-Netto A, Kaye K, Contejean Y, Al Anbar NN, Treating the cause of illness rather than the symptoms: Parental causal beliefs and treatment choices in autism spectrum disorder. Res Dev Disabil 2011, 32-3, pp. 1137-1146.
17. Stephanie D, Julie F, Exploring links between language and cognition in autism spectrum disorders: Complement sentences, false belief, and executive functioning, J Commun Disord, 2015, 54, pp. 15-31.
18. Abdullahi B, Abdulrahim E. Empowerment of employee: golden key human resource management. 2 nded. Tehran: Virayesh; 2006.
19. Aghmohammadian HR, Zarezade Kheibari S, Horouf Ghanad M, Hokmabadi ME. The relationship between perfectionism sexual function in infertile women. Iran J Obstet Gynecol Infertil, 2014, 17-97, pp. 9-17 (Persian).
20. Kouhestani H, Ghanbari-Hashemabadi B, Taji E, Role of irrational beliefs in anticipation of conflict management styles of nonprofit. [Master Thesis]. Mashhad: Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University, 2013.
21. Irandoost F, Taher Neshatdoost H, Nadi M, [The Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment on Anxiety associated with Pain and depression among Women whom suffers from Chronic Backache], J Behav Sci, 2014, 8-1, pp. 89-96.
22. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther, 2004, 35, pp. 639-65.
23. Hayes SC, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J, Acceptance and ommitment Therapy: Model, processes, and outcomes, 2006.
24. Towing MP. The application of acceptance and commitment therapy in obsessive-compulsive disorder. Cogn Behav Pract, 2009, 16-1, pp. 18-28.
25. White RG, Gumley AI, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al, Acceptance and ommitment Therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. Journal of Contextual Behavioral Science, 2015, 4-3, pp. 203-9.
26. Lunskey YO, Fung K, Lake J, Steel L, Bryce K, Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Mothers of Children and Youth with Autism Spectrum Disorder, Mindfulness, 2017.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
28. Phetrasuwan S, Miles MS. Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. Journal for specialists in pediatric nursing, 2009, 14-3, pp. 157-65.
29. Anan RM, Warner LJ, McGillivray JE, Chong IM, Hines SJ. Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. Behav Intervent, 2008, 23-3, pp. 165-80.
30. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy SL. The epidemiology of autism spectrum disorders. Ann Rev Public Health, 2007, 28, pp. 238-58.
31. Samadi M. [National study on the prevalence of autism]. 2012. (Persian)
32. Davies M, Stankov L, Roberts RD, Emotional intelligence: In search of an elusive construct. J Pers Soc Psychol, 2012, 75-3, pp. 989-1015.
33. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J, Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being, 2013.
34. Romano M, Truzoli R, Osborne LA, Ree P (2014). The relationship between autism quotient, anxiety, and internet addiction. Research in Autism Spectrum Disorders, 2014, 8-11, pp. 1521-1526.
35. Heydari, Somayeh and Sajjadian, Ilnaz; Heidarian, Andishe, Principles of Mental Health, 1395, No. 6, Pages, 14-25.
36. Alawizadeh, Frank and Shakerian, Ata, Psychiatric Nursing, 1395, No. 6, Pages, 8-14.
37. Dehghani, Yousef, Journal of Clinical Psychology, 1395, No. 3, Pages, 12-45
38. Callahan S, Denis A. Irrational beliefs and motherhood: "Hot cognitions" and their relationship to perinatal psychopathology. Journal De Therapie Comportementale et Cognitive, 2013, 23-1, pp. 3-8.
39. Soudani M, Sanaii Zaker B. Comparing effect of individual and group counseling by method of rational emotive behavior therapy on reduction of irrational beliefs in single and male students of education & basic sciences majors 18-24



ages in Ahvaz (Project). Tehran: Tarbiyat Moallem University, 1996. (Persian).

40. Taghi poor M. The examination of comparing of irrational believes in psychosomatic disorders and normal individuals with 20-50 ags. (Project). Tehran: Allame Tabatabai University, 1997. (Persian).

41- Beck AT. Steer RA. Brown GK. Manual for the Beck depression inventory. 2nd ed. San Antonio: TX: The Psychological Corporation; 1996.

42- Hawton ., Salkovskis K. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. Tehran: Arjmand, 2011, pp. 259-268. [Persian].

43. Eifert GH, Forsyth JP, Hayes SC, Acptance and commitment theapy anxiety disorder: A practioners treatment to using mindfulness, acceptance and value based behavior change strategies. Oakland: ewharbinger; 2005.

44. Hayes. Introction to caress evil mind based on acceptance and commitment therapy, 2015.

45. Vanegas SB, Davidson D. Investigating distinct and related contributions of Weak Central Coherence, Executive Dysfunction, and Systemizing theories to the cognitive profiles of children with Autism Spectrum

Disorders and typically developing children. Research in Autism Spectrum Disororders, 2015, 11-2, pp. 77-92.

46. . Lum M, Garnett M, O'Connor E. Health communication: A pilot study comparing perceptions of women with and without high functioning autism spectrum disorder, Research in Autism Spectrum Disorers, 2014, 8-12, pp. 1713-1721.

47. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. USA: Springer; 2010.

*Original Article***Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Depression and Irrational Beliefs in Women with Autism**

Received: 06/12/2018 - Accepted: 22/11/2018

Shahdokht Azadi<sup>\*1</sup>  
 Diba Khosravi Nia<sup>2</sup>  
 Sara Azadi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Gachsaran Branch, Gachsaran, Kohgiluyeh and Boyerahmad, Iran.

<sup>2</sup> MSc in Clinical Sciences, Nourabad Mamasani Branch, Islamic Azad University, Nourabad Mamasani, Iran.

<sup>3</sup> M.Sc. in Educational Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Iran.

\* Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Gachsaran Branch, Gachsaran, Kohgiluyeh and Boyerahmad, Iran.

Email: shahdokhtazadi@yahoo.com

**Abstract**

**Introduction:** Autism spectrum disorder has a profound effect on family life. Mothers of children with autism face many challenges. The purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and irrational beliefs in women with autistic children in Gachsaran.

**Methods:** The study population consisted of all mothers of children with autism spectrum disorder who were referred to special educational centers under the supervision of the Behzisty Organization Center of Gachsaran city. Control and experimental groups were replaced in two groups of 15 each.

**Results:** Findings showed that acceptance and commitment therapy was effective in reducing depression and irrational beliefs in women with autism in Gachsaran city ( $P < 0.05$ ). There was a significant difference between the experimental and control groups in at least one of the dependent variables ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** The results of this test indicated that there was a significant difference between the two groups in the post-test.

**Key words:** Depression, irrational beliefs, acceptance and commitment based therapy.