



Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Quality of Life and Cognitive Flexibility of Mothers of Children with Autism

Fatemeh Haji Naghi Tehrani¹, Hayedeh Saberi^{2*}, Nasrin Bagheri²

1- PhD in Psychology, Roodehen Azad University, Roodehen, Iran.

2-Assistant Professor, Roodehen Azad University, Roodehen, Iran.

***Corresponding author:** Hayedeh Saberi, Assistant Professor, Roodehen Azad University, Roodehen, Iran .
Email: H.saberi@riau.ac.ir

Received: 2022/05/5

Accepted: 2022/07/29

Abstract

Introduction: It is necessary to identify psychological treatment effective in improving the quality of life of mothers with autistic children, so the present study was conducted with the aim of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the quality of life and cognitive flexibility of mothers of children with autism.

Methods: The current research was a semi-experimental experiment with a pre-test-post-test and follow-up design with two experimental and control groups. The statistical population consisted of mothers of children with autism in Tehran in 2019, and the research sample was 30 mothers of this institution, who were selected through voluntary and non-probability sampling based on the entry criteria in the first step, and then as They were randomly replaced in two groups of 15 people, which included the experimental and control groups. Then they received eight training sessions of acceptance and commitment. The duration of the sessions was 45 minutes per week, but the control group was placed on the waiting list. The research tools were Hayes' Integrated Acceptance and Commitment Protocol, Quality of Life Questionnaire, and Cognitive Flexibility Questionnaire.

Results: The results of the research showed that treatment based on acceptance and commitment significantly increases the quality of life and cognitive flexibility of mothers of children with autism ($P < 0.001$).

Conclusions: The findings of the present study emphasize the importance of treatment based on acceptance and commitment in increasing the quality of life and cognitive flexibility of mothers of children with autism and providing new horizons in clinical interventions. Therefore, acceptance and commitment therapy can be used as a complementary therapy by creating positive and appropriate changes in mothers of children with autism.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, quality of life, cognitive flexibility, mothers of children with autism .



اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم

فاطمه حاجی نقی طهرانی^۱، هایده صابری^{۲*}، نسرين باقری^۲

۱- دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ایران.

۲- استادیار گروه روان شناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: هایده صابری، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه رودهن، ایران.

ایمیل: H.saberi@riau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۱۵

چکیده

مقدمه: شناسایی درمان روانشناختی موثر بر بهبود کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اوتیسم ضروری است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف، اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش از مون _ پس از مون و پیگیری با دو گروه آزمایشی و کنترل بود. جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شهر تهران در سال ۱۳۹۹ و نمونه پژوهش تعداد ۳۰ نفر از این مادران بودند که از طریق نمونه گیری داوطلبانه و غیراحتمالی بر اساس ملاکهای ورود در گام اول انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری که شامل گروه آزمایشی و کنترل بودند، جایگزین شدند که هشت جلسه آموزش پذیرش و تعهد دریافت کردند. طول جلسات ۴۵ دقیقه و به صورت هفتگی بود و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزارهای پژوهش پروتکل پذیرش و تعهد تلفیقی هیز، پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۶) و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (دنای و وندروال ۲۰۱۰) بودند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب افزایش کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم می شود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: یافته های مطالعه حاضر بر اهمیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و انعطاف پذیری مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و ارائه افق های جدید در مداخلات بالینی تأکید دارد. بنابراین درمان پذیرش و تعهد به عنوان درمان مکمل می تواند با ایجاد تغییر مثبت و مناسب در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم مورد استفاده قرار گیرد. **کلید واژه ها:** درمان پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری شناختی، مادران کودکان مبتلا به اوتیسم.

مقدمه

از جمله اختلالات دوران کودکی، اختلال طیف اوتیسم است که شامل گستره های از اختلالات عصبی رشدی بوده و در طول زندگی ادامه می یابد (۱). اختلال اوتیسم نوعی اختلال عصب تحولی است که ویژگیهای آن به وسیله آسیب مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعی، به علاوه

الگوهای محدود و کلیشه ای رفتار با نشانه های آشکار در نخستین دوره زودرس پس از تولد آشکار می شود (۲). بررسی ها نشان داده که مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم از سلامت روانی پایین تری برخوردارند (۳). والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم به طور مداوم خود را به اشتباه برای اوتیسم فرزندان شان سرزنش می کنند و معمولاً

افسردگی، استرس، سردرگمی، ناامیدی، احساس شکست و غیره را تجربه می کنند. در زندگی آنها این احساسات معمولاً به دلیل غیرقابل درمان بودن اوتیسم و عدم درک جامعه و کناره گیری از جامعه و جدا شدن از جامعه است، به نوبه خود تأثیرات عاطفی مخربی بر روابط زناشویی والدین کودک مبتلا به اوتیسم مانند تعارض، عصبانیت، پرخاشگری، استرس، اضطراب، ناسازگاری و حتی گاهی طلاق خواهد داشت (۴). لذا این اختلال بسیاری از ابعاد زندگی خانوادگی کودک را مختل میکند و مشکلات زیادی را برای والدین این کودکان به ویژه مادران ایجاد میکند (۵). بررسی راهبردهای مقابله ای و سلامت روان در مادران کودکان اوتیسم نشان داد که راهبردهای مقابلهای در مادران متمرکز بر هیجان است و نیز سلامت روان این مادران را تحت تأثیر قرار میدهد (۶). در راستای این مشکلات روشها و مداخلات فراوانی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و ارتقا سلامت والدین و انعطافپذیری شناختی والدین این کودکان به کار برده شده است که از جمله آنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد. در واقع در این نوع درمان هدف اصلی ایجاد انعطافپذیری روانی است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار احساسات یا تمایلات اشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رفتار درمانی های مبتنی بر توجه و آگاهی است که با عنوان اکت شناخته میشود. این درمان یکی از درمانهای موج سوم رفتار درمانی است که مبتنی بر هوشیاری فراگیر ذهن آگاه است. در این درمان هوشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هوشیاری آگاهانه به تجربه اینجا و اکنون همراه با گشودگی علاقه و پذیرش، هوشیاری فراگیر شامل زندگی کردن در اینجا و اکنون مشغول بودن با کار در حال انجام و پریشان نبودن افکار است. اصول زیر بنایی آن شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای اشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها، عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توام با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است. همین طور روش های زبانی و فرایندهای شناختی است در تعامل با دیگر وابستگی های غیر کلامی به شیوهای که منجر به کارکرد سالم می شود. این روش شامل تمرینات متنی بر مواجهه،

استعاره های زبانی و روشهایی چون مراقبت ذهنی است (۸). در تعریف کیفیت زندگی می توان گفت مفهوم وسیعی دارد که عرصه های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر دارد (۹). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم های ارزشی که در آن به سر می برند با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات استانداردها و نگرانی هایشان است (۱۰). پژوهش های زیادی نقش انعطاف پذیری روان شناختی را در انواع گوناگون مشکلات روان شناختی تأکید کرده اند. برای مثال پژوهش ها نشان دادند بین انعطاف پذیری روان شناختی سلامت عمومی و کیفیت زندگی (۱۱) و استرس های محیطی (۱۲) رابطه وجود دارد. در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی های عمده برا متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت شناخته می شود (۱۳). از جمله رویکردهای موثر در کاهش علائم افسردگی اضطراب والدین کودکان اوتیسم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۴). نتایج مطالعه مونگومی ۲۰۱۵ حاکی از اثر بخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بود. در این دیدگاه رنج انسانها ریشه در انعطاف پذیری روانشناختی دارد که به وسیله همجوشی شناختی و اجتناب از تجارب شروع میشود زیرا این علائم به عنوان یک موضوع آسیب زا و مرضی معنی می گردند. پذیرش و تعهد ارتباط بین احساسات و افکار مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنان را به عنوان علائم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند آنها را بی ضرر درک کنند (۱۵). از سویی نظر به اهمیت درمان پذیرش و تعهد و وجود خلأ پژوهشی در جامعه مادران دارای فرزند اوتیسم موجب شد تا مطالعه حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم انجام گردد.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش ازمون _ پس ازمون و پیگیری با دو گروه آزمایشی و کنترل بود و جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موسسه دوست اوتیسم شهر تهران در سال ۱۳۹۹ و روش نمونه

گیری این پژوهش مبتنی بر هدف و معیارهای ورود و خروج بود. نمونه ای به تعداد ۳۰ نفر از مادران از طریق نمونه گیری داوطلبانه و غیر احتمالی بر اساس ملاکهای ورود در گام اول و جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری که شامل گروه آزمایشی و کنترل بودند قرار گرفتند. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت هفته ای یک بار و گروهی تحت برنامه درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه پس از موعود به عمل آمد. از هر دو گروه، از موعود پیگیری بعد از سه ماه گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه های زیر بودند:

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی

در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ سوالی

سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می آید که باید از طریق یک فرمول به نمره ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. پایایی از موعود بازآموزی برای زیرمقیاس ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. سازگاری درونی با استفاده از آلفای کرونباخ

زیرمقیاس	گروه سالم، تعداد = ۷۰۰	گروه بیمار، تعداد = ۳۶۷
سلامت جسمانی	۰/۷۰	۰/۷۲
سلامت روان	۰/۷۳	۰/۷۰
روابط اجتماعی	۰/۵۵	۰/۵۲
سلامت محیط	۰/۸۴	۰/۷۲

برای نمره گذاری پرسشنامه در ابتدا باید به هر یک از ۲۶ سوال، نمره ۱ تا ۵ بدهید. برای سهولت در نمره گذاری، این نمرات در داخل خود پرسشنامه به صورت عدد وارد شده اند. سوالات ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره گذاری می شوند. در مرحله بعد باید نمره خام هر زیرمقیاس را به دست آورید که به ترتیب زیر است:

زیرمقیاس سلامت جسمی: جمع نمرات سوالات ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین ۷ تا ۳۵ خواهد بود و تفاضل این دو ۲۸ است.
زیرمقیاس سلامت روان: جمع نمرات سوالات ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین ۶ تا ۳۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۲۴ است.
زیرمقیاس رابط اجتماعی: جمع نمرات سوالات ۲۰-۲۱-۲۲

در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین ۳ تا ۱۵ خواهد بود و تفاضل این دو ۱۲ است.
زیرمقیاس سلامت محیط: جمع نمرات سوالات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین ۸ تا ۴۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۳۲ است.
کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی: جمع نمرات سوالات ۱ و ۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین ۲ تا ۱۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۸ است.
پس از به دست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس باید آن را به یک نمره استاندارد از ۰ تا ۱۰۰ تبدیل کنیم که این نمره را با توجه به فرمول زیر محاسبه می کنیم. نمره زیرمقیاس ها به توجه به شکل ۱ به این ترتیب محاسبه خواهد شد.

$$\begin{aligned} 7 - \text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} \\ \text{سلامت جسمی} &= \frac{\quad}{28} \times 100 \\ 6 - \text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} \\ \text{سلامت روان} &= \frac{\quad}{24} \times 100 \\ 3 - \text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} \\ \text{روابط اجتماعی} &= \frac{\quad}{12} \times 100 \\ 8 - \text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} \\ \text{سلامت محیط} &= \frac{\quad}{32} \times 100 \\ 2 - \text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} \\ \text{نمره کلی} &= \frac{\quad}{8} \times 100 \end{aligned}$$

ب) پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس وندوال

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی توسط دنیس و واندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شماختی - رفتاری افسردگی و سایر بیماریهای روانی به کار می رود. در ایران و در پژوهش شاره و همکاران ۲۰۱۴ سه زیر مقیاس برای این پرسشنامه بدست آمده است که عبارتند از جایگزین ها، کنترل و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی. در پژوهش دنیس و واندروال ۲۰۱۰ اعتبار همزمان این پرسشنامه را

با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بدست آوردند. در پژوهش آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس های جایگزین ها، کنترل و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۷ بدست آمد. این پرسشنامه دارای مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالف: ۱، مخالفم: ۲، تاحدی مخالفم: ۳، نه موافق و نه مخالفم: ۴، تاحدی موافقم: ۵، موافقم: ۶، کاملاً موافقم: ۷) می باشد. همچنین سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷، به طور معکوس نمره گذاری شد. سوالات این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس است که در جدول ۲ مشخص شده است.

جدول ۲. خرده مقیاس و سوالات پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی

خرده مقیاس	سوالات
جایگزین ها	۱۶، ۱۸، ۳۰، ۳۲، ۳۶، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۴، ۴۶، ۴۸، ۵۰، ۵۲، ۵۴، ۵۶، ۵۸، ۶۰، ۶۲، ۶۴، ۶۶، ۶۸، ۷۰، ۷۲، ۷۴، ۷۶، ۷۸، ۸۰، ۸۲، ۸۴، ۸۶، ۸۸، ۹۰، ۹۲، ۹۴، ۹۶، ۹۸، ۱۰۰، ۱۰۲، ۱۰۴، ۱۰۶، ۱۰۸، ۱۱۰، ۱۱۲، ۱۱۴، ۱۱۶، ۱۱۸، ۱۲۰، ۱۲۲، ۱۲۴، ۱۲۶، ۱۲۸، ۱۳۰، ۱۳۲، ۱۳۴، ۱۳۶، ۱۳۸، ۱۴۰، ۱۴۲، ۱۴۴، ۱۴۶، ۱۴۸، ۱۵۰، ۱۵۲، ۱۵۴، ۱۵۶، ۱۵۸، ۱۶۰، ۱۶۲، ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۶۸، ۱۷۰، ۱۷۲، ۱۷۴، ۱۷۶، ۱۷۸، ۱۸۰، ۱۸۲، ۱۸۴، ۱۸۶، ۱۸۸، ۱۹۰، ۱۹۲، ۱۹۴، ۱۹۶، ۱۹۸، ۲۰۰، ۲۰۲، ۲۰۴، ۲۰۶، ۲۰۸، ۲۱۰، ۲۱۲، ۲۱۴، ۲۱۶، ۲۱۸، ۲۲۰، ۲۲۲، ۲۲۴، ۲۲۶، ۲۲۸، ۲۳۰، ۲۳۲، ۲۳۴، ۲۳۶، ۲۳۸، ۲۴۰، ۲۴۲، ۲۴۴، ۲۴۶، ۲۴۸، ۲۵۰، ۲۵۲، ۲۵۴، ۲۵۶، ۲۵۸، ۲۶۰، ۲۶۲، ۲۶۴، ۲۶۶، ۲۶۸، ۲۷۰، ۲۷۲، ۲۷۴، ۲۷۶، ۲۷۸، ۲۸۰، ۲۸۲، ۲۸۴، ۲۸۶، ۲۸۸، ۲۹۰، ۲۹۲، ۲۹۴، ۲۹۶، ۲۹۸، ۳۰۰، ۳۰۲، ۳۰۴، ۳۰۶، ۳۰۸، ۳۱۰، ۳۱۲، ۳۱۴، ۳۱۶، ۳۱۸، ۳۲۰، ۳۲۲، ۳۲۴، ۳۲۶، ۳۲۸، ۳۳۰، ۳۳۲، ۳۳۴، ۳۳۶، ۳۳۸، ۳۴۰، ۳۴۲، ۳۴۴، ۳۴۶، ۳۴۸، ۳۵۰، ۳۵۲، ۳۵۴، ۳۵۶، ۳۵۸، ۳۶۰، ۳۶۲، ۳۶۴، ۳۶۶، ۳۶۸، ۳۷۰، ۳۷۲، ۳۷۴، ۳۷۶، ۳۷۸، ۳۸۰، ۳۸۲، ۳۸۴، ۳۸۶، ۳۸۸، ۳۹۰، ۳۹۲، ۳۹۴، ۳۹۶، ۳۹۸، ۴۰۰، ۴۰۲، ۴۰۴، ۴۰۶، ۴۰۸، ۴۱۰، ۴۱۲، ۴۱۴، ۴۱۶، ۴۱۸، ۴۲۰، ۴۲۲، ۴۲۴، ۴۲۶، ۴۲۸، ۴۳۰، ۴۳۲، ۴۳۴، ۴۳۶، ۴۳۸، ۴۴۰، ۴۴۲، ۴۴۴، ۴۴۶، ۴۴۸، ۴۵۰، ۴۵۲، ۴۵۴، ۴۵۶، ۴۵۸، ۴۶۰، ۴۶۲، ۴۶۴، ۴۶۶، ۴۶۸، ۴۷۰، ۴۷۲، ۴۷۴، ۴۷۶، ۴۷۸، ۴۸۰، ۴۸۲، ۴۸۴، ۴۸۶، ۴۸۸، ۴۹۰، ۴۹۲، ۴۹۴، ۴۹۶، ۴۹۸، ۵۰۰، ۵۰۲، ۵۰۴، ۵۰۶، ۵۰۸، ۵۱۰، ۵۱۲، ۵۱۴، ۵۱۶، ۵۱۸، ۵۲۰، ۵۲۲، ۵۲۴، ۵۲۶، ۵۲۸، ۵۳۰، ۵۳۲، ۵۳۴، ۵۳۶، ۵۳۸، ۵۴۰، ۵۴۲، ۵۴۴، ۵۴۶، ۵۴۸، ۵۵۰، ۵۵۲، ۵۵۴، ۵۵۶، ۵۵۸، ۵۶۰، ۵۶۲، ۵۶۴، ۵۶۶، ۵۶۸، ۵۷۰، ۵۷۲، ۵۷۴، ۵۷۶، ۵۷۸، ۵۸۰، ۵۸۲، ۵۸۴، ۵۸۶، ۵۸۸، ۵۹۰، ۵۹۲، ۵۹۴، ۵۹۶، ۵۹۸، ۶۰۰، ۶۰۲، ۶۰۴، ۶۰۶، ۶۰۸، ۶۱۰، ۶۱۲، ۶۱۴، ۶۱۶، ۶۱۸، ۶۲۰، ۶۲۲، ۶۲۴، ۶۲۶، ۶۲۸، ۶۳۰، ۶۳۲، ۶۳۴، ۶۳۶، ۶۳۸، ۶۴۰، ۶۴۲، ۶۴۴، ۶۴۶، ۶۴۸، ۶۵۰، ۶۵۲، ۶۵۴، ۶۵۶، ۶۵۸، ۶۶۰، ۶۶۲، ۶۶۴، ۶۶۶، ۶۶۸، ۶۷۰، ۶۷۲، ۶۷۴، ۶۷۶، ۶۷۸، ۶۸۰، ۶۸۲، ۶۸۴، ۶۸۶، ۶۸۸، ۶۹۰، ۶۹۲، ۶۹۴، ۶۹۶، ۶۹۸، ۷۰۰، ۷۰۲، ۷۰۴، ۷۰۶، ۷۰۸، ۷۱۰، ۷۱۲، ۷۱۴، ۷۱۶، ۷۱۸، ۷۲۰، ۷۲۲، ۷۲۴، ۷۲۶، ۷۲۸، ۷۳۰، ۷۳۲، ۷۳۴، ۷۳۶، ۷۳۸، ۷۴۰، ۷۴۲، ۷۴۴، ۷۴۶، ۷۴۸، ۷۵۰، ۷۵۲، ۷۵۴، ۷۵۶، ۷۵۸، ۷۶۰، ۷۶۲، ۷۶۴، ۷۶۶، ۷۶۸، ۷۷۰، ۷۷۲، ۷۷۴، ۷۷۶، ۷۷۸، ۷۸۰، ۷۸۲، ۷۸۴، ۷۸۶، ۷۸۸، ۷۹۰، ۷۹۲، ۷۹۴، ۷۹۶، ۷۹۸، ۸۰۰، ۸۰۲، ۸۰۴، ۸۰۶، ۸۰۸، ۸۱۰، ۸۱۲، ۸۱۴، ۸۱۶، ۸۱۸، ۸۲۰، ۸۲۲، ۸۲۴، ۸۲۶، ۸۲۸، ۸۳۰، ۸۳۲، ۸۳۴، ۸۳۶، ۸۳۸، ۸۴۰، ۸۴۲، ۸۴۴، ۸۴۶، ۸۴۸، ۸۵۰، ۸۵۲، ۸۵۴، ۸۵۶، ۸۵۸، ۸۶۰، ۸۶۲، ۸۶۴، ۸۶۶، ۸۶۸، ۸۷۰، ۸۷۲، ۸۷۴، ۸۷۶، ۸۷۸، ۸۸۰، ۸۸۲، ۸۸۴، ۸۸۶، ۸۸۸، ۸۹۰، ۸۹۲، ۸۹۴، ۸۹۶، ۸۹۸، ۹۰۰، ۹۰۲، ۹۰۴، ۹۰۶، ۹۰۸، ۹۱۰، ۹۱۲، ۹۱۴، ۹۱۶، ۹۱۸، ۹۲۰، ۹۲۲، ۹۲۴، ۹۲۶، ۹۲۸، ۹۳۰، ۹۳۲، ۹۳۴، ۹۳۶، ۹۳۸، ۹۴۰، ۹۴۲، ۹۴۴، ۹۴۶، ۹۴۸، ۹۵۰، ۹۵۲، ۹۵۴، ۹۵۶، ۹۵۸، ۹۶۰، ۹۶۲، ۹۶۴، ۹۶۶، ۹۶۸، ۹۷۰، ۹۷۲، ۹۷۴، ۹۷۶، ۹۷۸، ۹۸۰، ۹۸۲، ۹۸۴، ۹۸۶، ۹۸۸، ۹۹۰، ۹۹۲، ۹۹۴، ۹۹۶، ۹۹۸، ۱۰۰۰، ۱۰۰۲، ۱۰۰۴، ۱۰۰۶، ۱۰۰۸، ۱۰۱۰، ۱۰۱۲، ۱۰۱۴، ۱۰۱۶، ۱۰۱۸، ۱۰۲۰، ۱۰۲۲، ۱۰۲۴، ۱۰۲۶، ۱۰۲۸، ۱۰۳۰، ۱۰۳۲، ۱۰۳۴، ۱۰۳۶، ۱۰۳۸، ۱۰۴۰، ۱۰۴۲، ۱۰۴۴، ۱۰۴۶، ۱۰۴۸، ۱۰۵۰، ۱۰۵۲، ۱۰۵۴، ۱۰۵۶، ۱۰۵۸، ۱۰۶۰، ۱۰۶۲، ۱۰۶۴، ۱۰۶۶، ۱۰۶۸، ۱۰۷۰، ۱۰۷۲، ۱۰۷۴، ۱۰۷۶، ۱۰۷۸، ۱۰۸۰، ۱۰۸۲، ۱۰۸۴، ۱۰۸۶، ۱۰۸۸، ۱۰۹۰، ۱۰۹۲، ۱۰۹۴، ۱۰۹۶، ۱۰۹۸، ۱۱۰۰، ۱۱۰۲، ۱۱۰۴، ۱۱۰۶، ۱۱۰۸، ۱۱۱۰، ۱۱۱۲، ۱۱۱۴، ۱۱۱۶، ۱۱۱۸، ۱۱۲۰، ۱۱۲۲، ۱۱۲۴، ۱۱۲۶، ۱۱۲۸، ۱۱۳۰، ۱۱۳۲، ۱۱۳۴، ۱۱۳۶، ۱۱۳۸، ۱۱۴۰، ۱۱۴۲، ۱۱۴۴، ۱۱۴۶، ۱۱۴۸، ۱۱۵۰، ۱۱۵۲، ۱۱۵۴، ۱۱۵۶، ۱۱۵۸، ۱۱۶۰، ۱۱۶۲، ۱۱۶۴، ۱۱۶۶، ۱۱۶۸، ۱۱۷۰، ۱۱۷۲، ۱۱۷۴، ۱۱۷۶، ۱۱۷۸، ۱۱۸۰، ۱۱۸۲، ۱۱۸۴، ۱۱۸۶، ۱۱۸۸، ۱۱۹۰، ۱۱۹۲، ۱۱۹۴، ۱۱۹۶، ۱۱۹۸، ۱۲۰۰، ۱۲۰۲، ۱۲۰۴، ۱۲۰۶، ۱۲۰۸، ۱۲۱۰، ۱۲۱۲، ۱۲۱۴، ۱۲۱۶، ۱۲۱۸، ۱۲۲۰، ۱۲۲۲، ۱۲۲۴، ۱۲۲۶، ۱۲۲۸، ۱۲۳۰، ۱۲۳۲، ۱۲۳۴، ۱۲۳۶، ۱۲۳۸، ۱۲۴۰، ۱۲۴۲، ۱۲۴۴، ۱۲۴۶، ۱۲۴۸، ۱۲۵۰، ۱۲۵۲، ۱۲۵۴، ۱۲۵۶، ۱۲۵۸، ۱۲۶۰، ۱۲۶۲، ۱۲۶۴، ۱۲۶۶، ۱۲۶۸، ۱۲۷۰، ۱۲۷۲، ۱۲۷۴، ۱۲۷۶، ۱۲۷۸، ۱۲۸۰، ۱۲۸۲، ۱۲۸۴، ۱۲۸۶، ۱۲۸۸، ۱۲۹۰، ۱۲۹۲، ۱۲۹۴، ۱۲۹۶، ۱۲۹۸، ۱۳۰۰، ۱۳۰۲، ۱۳۰۴، ۱۳۰۶، ۱۳۰۸، ۱۳۱۰، ۱۳۱۲، ۱۳۱۴، ۱۳۱۶، ۱۳۱۸، ۱۳۲۰، ۱۳۲۲، ۱۳۲۴، ۱۳۲۶، ۱۳۲۸، ۱۳۳۰، ۱۳۳۲، ۱۳۳۴، ۱۳۳۶، ۱۳۳۸، ۱۳۴۰، ۱۳۴۲، ۱۳۴۴، ۱۳۴۶، ۱۳۴۸، ۱۳۵۰، ۱۳۵۲، ۱۳۵۴، ۱۳۵۶، ۱۳۵۸، ۱۳۶۰، ۱۳۶۲، ۱۳۶۴، ۱۳۶۶، ۱۳۶۸، ۱۳۷۰، ۱۳۷۲، ۱۳۷۴، ۱۳۷۶، ۱۳۷۸، ۱۳۸۰، ۱۳۸۲، ۱۳۸۴، ۱۳۸۶، ۱۳۸۸، ۱۳۹۰، ۱۳۹۲، ۱۳۹۴، ۱۳۹۶، ۱۳۹۸، ۱۴۰۰، ۱۴۰۲، ۱۴۰۴، ۱۴۰۶، ۱۴۰۸، ۱۴۱۰، ۱۴۱۲، ۱۴۱۴، ۱۴۱۶، ۱۴۱۸، ۱۴۲۰، ۱۴۲۲، ۱۴۲۴، ۱۴۲۶، ۱۴۲۸، ۱۴۳۰، ۱۴۳۲، ۱۴۳۴، ۱۴۳۶، ۱۴۳۸، ۱۴۴۰، ۱۴۴۲، ۱۴۴۴، ۱۴۴۶، ۱۴۴۸، ۱۴۵۰، ۱۴۵۲، ۱۴۵۴، ۱۴۵۶، ۱۴۵۸، ۱۴۶۰، ۱۴۶۲، ۱۴۶۴، ۱۴۶۶، ۱۴۶۸، ۱۴۷۰، ۱۴۷۲، ۱۴۷۴، ۱۴۷۶، ۱۴۷۸، ۱۴۸۰، ۱۴۸۲، ۱۴۸۴، ۱۴۸۶، ۱۴۸۸، ۱۴۹۰، ۱۴۹۲، ۱۴۹۴، ۱۴۹۶، ۱۴۹۸، ۱۵۰۰، ۱۵۰۲، ۱۵۰۴، ۱۵۰۶، ۱۵۰۸، ۱۵۱۰، ۱۵۱۲، ۱۵۱۴، ۱۵۱۶، ۱۵۱۸، ۱۵۲۰، ۱۵۲۲، ۱۵۲۴، ۱۵۲۶، ۱۵۲۸، ۱۵۳۰، ۱۵۳۲، ۱۵۳۴، ۱۵۳۶، ۱۵۳۸، ۱۵۴۰، ۱۵۴۲، ۱۵۴۴، ۱۵۴۶، ۱۵۴۸، ۱۵۵۰، ۱۵۵۲، ۱۵۵۴، ۱۵۵۶، ۱۵۵۸، ۱۵۶۰، ۱۵۶۲، ۱۵۶۴، ۱۵۶۶، ۱۵۶۸، ۱۵۷۰، ۱۵۷۲، ۱۵۷۴، ۱۵۷۶، ۱۵۷۸، ۱۵۸۰، ۱۵۸۲، ۱۵۸۴، ۱۵۸۶، ۱۵۸۸، ۱۵۹۰، ۱۵۹۲، ۱۵۹۴، ۱۵۹۶، ۱۵۹۸، ۱۶۰۰، ۱۶۰۲، ۱۶۰۴، ۱۶۰۶، ۱۶۰۸، ۱۶۱۰، ۱۶۱۲، ۱۶۱۴، ۱۶۱۶، ۱۶۱۸، ۱۶۲۰، ۱۶۲۲، ۱۶۲۴، ۱۶۲۶، ۱۶۲۸، ۱۶۳۰، ۱۶۳۲، ۱۶۳۴، ۱۶۳۶، ۱۶۳۸، ۱۶۴۰، ۱۶۴۲، ۱۶۴۴، ۱۶۴۶، ۱۶۴۸، ۱۶۵۰، ۱۶۵۲، ۱۶۵۴، ۱۶۵۶، ۱۶۵۸، ۱۶۶۰، ۱۶۶۲، ۱۶۶۴، ۱۶۶۶، ۱۶۶۸، ۱۶۷۰، ۱۶۷۲، ۱۶۷۴، ۱۶۷۶، ۱۶۷۸، ۱۶۸۰، ۱۶۸۲، ۱۶۸۴، ۱۶۸۶، ۱۶۸۸، ۱۶۹۰، ۱۶۹۲، ۱۶۹۴، ۱۶۹۶، ۱۶۹۸، ۱۷۰۰، ۱۷۰۲، ۱۷۰۴، ۱۷۰۶، ۱۷۰۸، ۱۷۱۰، ۱۷۱۲، ۱۷۱۴، ۱۷۱۶، ۱۷۱۸، ۱۷۲۰، ۱۷۲۲، ۱۷۲۴، ۱۷۲۶، ۱۷۲۸، ۱۷۳۰، ۱۷۳۲، ۱۷۳۴، ۱۷۳۶، ۱۷۳۸، ۱۷۴۰، ۱۷۴۲، ۱۷۴۴، ۱۷۴۶، ۱۷۴۸، ۱۷۵۰، ۱۷۵۲، ۱۷۵۴، ۱۷۵۶، ۱۷۵۸، ۱۷۶۰، ۱۷۶۲، ۱۷۶۴، ۱۷۶۶، ۱۷۶۸، ۱۷۷۰، ۱۷۷۲، ۱۷۷۴، ۱۷۷۶، ۱۷۷۸، ۱۷۸۰، ۱۷۸۲، ۱۷۸۴، ۱۷۸۶، ۱۷۸۸، ۱۷۹۰، ۱۷۹۲، ۱۷۹۴، ۱۷۹۶، ۱۷۹۸، ۱۸۰۰، ۱۸۰۲، ۱۸۰۴، ۱۸۰۶، ۱۸۰۸، ۱۸۱۰، ۱۸۱۲، ۱۸۱۴، ۱۸۱۶، ۱۸۱۸، ۱۸۲۰، ۱۸۲۲، ۱۸۲۴، ۱۸۲۶، ۱۸۲۸، ۱۸۳۰، ۱۸۳۲، ۱۸۳۴، ۱۸۳۶، ۱۸۳۸، ۱۸۴۰، ۱۸۴۲، ۱۸۴۴، ۱۸۴۶، ۱۸۴۸، ۱۸۵۰، ۱۸۵۲، ۱۸۵۴، ۱۸۵۶، ۱۸۵۸، ۱۸۶۰، ۱۸۶۲، ۱۸۶۴، ۱۸۶۶، ۱۸۶۸، ۱۸۷۰، ۱۸۷۲، ۱۸۷۴، ۱۸۷۶، ۱۸۷۸، ۱۸۸۰، ۱۸۸۲، ۱۸۸۴، ۱۸۸۶، ۱۸۸۸، ۱۸۹۰، ۱۸۹۲، ۱۸۹۴، ۱۸۹۶، ۱۸۹۸، ۱۹۰۰، ۱۹۰۲، ۱۹۰۴، ۱۹۰۶، ۱۹۰۸، ۱۹۱۰، ۱۹۱۲، ۱۹۱۴، ۱۹۱۶، ۱۹۱۸، ۱۹۲۰، ۱۹۲۲، ۱۹۲۴، ۱۹۲۶، ۱۹۲۸، ۱۹۳۰، ۱۹۳۲، ۱۹۳۴، ۱۹۳۶، ۱۹۳۸، ۱۹۴۰، ۱۹۴۲، ۱۹۴۴، ۱۹۴۶، ۱۹۴۸، ۱۹۵۰، ۱۹۵۲، ۱۹۵۴، ۱۹۵۶، ۱۹۵۸، ۱۹۶۰، ۱۹۶۲، ۱۹۶۴، ۱۹۶۶، ۱۹۶۸، ۱۹۷۰، ۱۹۷۲، ۱۹۷۴، ۱۹۷۶، ۱۹۷۸، ۱۹۸۰، ۱۹۸۲، ۱۹۸۴، ۱۹۸۶، ۱۹۸۸، ۱۹۹۰، ۱۹۹۲، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶، ۱۹۹۸، ۲۰۰۰، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴، ۲۰۰۶، ۲۰۰۸، ۲۰۱۰، ۲۰۱۲، ۲۰۱۴، ۲۰۱۶، ۲۰۱۸، ۲۰۲۰، ۲۰۲۲، ۲۰۲۴، ۲۰۲۶، ۲۰۲۸، ۲۰۳۰، ۲۰۳۲، ۲۰۳۴، ۲۰۳۶، ۲۰۳۸، ۲۰۴۰، ۲۰۴۲، ۲۰۴۴، ۲۰۴۶، ۲۰۴۸، ۲۰۵۰، ۲۰۵۲، ۲۰۵۴، ۲۰۵۶، ۲۰۵۸، ۲۰۶۰، ۲۰۶۲، ۲۰۶۴، ۲۰۶۶، ۲۰۶۸، ۲۰۷۰، ۲۰۷۲، ۲۰۷۴، ۲۰۷۶، ۲۰۷۸، ۲۰۸۰، ۲۰۸۲، ۲۰۸۴، ۲۰۸۶، ۲۰۸۸، ۲۰۹۰، ۲۰۹۲، ۲۰۹۴، ۲۰۹۶، ۲۰۹۸، ۲۱۰۰، ۲۱۰۲، ۲۱۰۴، ۲۱۰۶، ۲۱۰۸، ۲۱۱۰، ۲۱۱۲، ۲۱۱۴، ۲۱۱۶، ۲۱۱۸، ۲۱۲۰، ۲۱۲۲، ۲۱۲۴، ۲۱۲۶، ۲۱۲۸، ۲۱۳۰، ۲۱۳۲، ۲۱۳۴، ۲۱۳۶، ۲۱۳۸، ۲۱۴۰، ۲۱۴۲، ۲۱۴۴، ۲۱۴۶، ۲۱۴۸، ۲۱۵۰، ۲۱۵۲، ۲۱۵۴، ۲۱۵۶، ۲۱۵۸، ۲۱۶۰، ۲۱۶۲، ۲۱۶۴، ۲۱۶۶، ۲۱۶۸، ۲۱۷۰، ۲۱۷۲، ۲۱۷۴، ۲۱۷۶، ۲۱۷۸، ۲۱۸۰، ۲۱۸۲، ۲۱۸۴، ۲۱۸۶، ۲۱۸۸، ۲۱۹۰، ۲۱۹۲، ۲۱۹۴، ۲۱۹۶، ۲۱۹۸، ۲۲۰۰، ۲۲۰۲، ۲۲۰۴، ۲۲۰۶، ۲۲۰۸، ۲۲۱۰، ۲۲۱۲، ۲۲۱۴، ۲۲۱۶، ۲۲۱۸، ۲۲۲۰، ۲۲۲۲، ۲۲۲۴، ۲۲۲۶، ۲۲۲۸، ۲۲۳۰، ۲۲۳۲، ۲۲۳۴، ۲۲۳۶، ۲۲۳۸، ۲۲۴۰، ۲۲۴۲، ۲۲۴۴، ۲۲۴۶، ۲۲۴۸، ۲۲۵۰، ۲۲۵۲، ۲۲۵۴، ۲۲۵۶، ۲۲۵۸، ۲۲۶۰، ۲۲۶۲، ۲۲۶۴، ۲۲۶۶، ۲۲۶۸، ۲۲۷۰، ۲۲۷۲، ۲۲۷۴، ۲۲۷۶، ۲۲۷۸، ۲۲۸۰، ۲۲۸۲، ۲۲۸۴، ۲۲۸۶، ۲۲۸۸، ۲۲۹۰، ۲۲۹۲، ۲۲۹۴، ۲۲۹۶، ۲۲۹۸، ۲۳۰۰، ۲۳۰۲، ۲۳۰۴، ۲۳۰۶، ۲۳۰۸، ۲۳۱۰، ۲۳۱۲، ۲۳۱۴، ۲۳۱۶، ۲۳۱۸، ۲۳۲۰، ۲۳۲۲، ۲۳۲۴، ۲۳۲۶، ۲۳۲۸، ۲۳۳۰، ۲۳۳۲، ۲۳۳۴، ۲۳۳۶، ۲۳۳۸، ۲۳۴۰، ۲۳۴۲، ۲۳۴۴، ۲۳۴۶، ۲۳۴۸، ۲۳۵۰، ۲۳۵۲، ۲۳۵۴، ۲۳۵۶، ۲۳۵۸، ۲۳۶۰، ۲۳۶۲، ۲۳۶۴، ۲۳۶۶، ۲۳۶۸، ۲۳۷۰، ۲۳۷۲، ۲۳۷۴، ۲۳۷۶، ۲۳۷۸، ۲۳۸۰، ۲۳۸۲، ۲۳۸۴، ۲۳۸۶، ۲۳۸۸، ۲۳۹۰، ۲۳۹۲، ۲۳۹۴، ۲۳۹۶، ۲۳۹۸، ۲۴۰۰، ۲۴۰۲، ۲۴۰۴، ۲۴۰۶، ۲۴۰۸، ۲۴۱۰، ۲۴۱۲، ۲۴۱۴، ۲۴۱۶، ۲۴۱۸، ۲۴۲۰، ۲۴۲۲، ۲۴۲۴، ۲۴۲۶، ۲۴۲۸، ۲۴۳۰، ۲۴۳۲، ۲۴۳۴، ۲۴۳۶، ۲۴۳۸، ۲۴۴۰، ۲۴۴۲، ۲۴۴۴، ۲۴۴۶، ۲۴۴۸، ۲۴۵۰، ۲۴۵۲، ۲۴۵۴، ۲۴۵۶، ۲۴۵۸، ۲۴۶۰، ۲۴۶۲، ۲۴۶۴، ۲۴۶۶، ۲۴۶۸، ۲۴۷۰، ۲۴۷۲، ۲۴۷۴، ۲۴۷۶، ۲۴۷۸، ۲۴۸۰، ۲۴۸۲، ۲۴۸۴، ۲۴۸۶، ۲۴۸۸،

تکلیف

جلسه هشتم: موضوع: عمل متعهدانه
اهداف جلسه: تبدیل ارزش به رفتار، انجام رفتار در زندگی روزمره، مرور اجرا درمان، دادن تکلیف برا حفظ و پایداری درمان

تجزیه و تحلیل داده ها

داده های بدست آمده از گروه ها در دو سطح اماری تحلیل شد. ابتدا در امار توصیفی میانگین و انحراف معیار داده ها آورده شد و در سطح امار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. گفتنی است قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط، پیش فرض های استفاده از آن با استفاده از آزمون ماخلی، ام باکس، شاپیرو-ویلک و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایشی و گروه کنترل در جدول ۳ آورده شده است:

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایشی و کنترل در سه مرحله

متغیر	شاخص های اماری	گروه آزمایشی		گروه کنترل	
		پیش از آزمون	پس از آزمون	پیش از آزمون	پس از آزمون
کیفیت زندگی	میانگین	۶۳/۲۰	۸۹/۲۰	۶۴/۹۵	۶۵/۷۳
	انحراف معیار	۸/۸۳	۸/۶۸	۹/۴۷	۸/۰۶
انعطاف پذیری شناختی	میانگین	۷۱/۰۰	۱۱۲/۲۸	۷۰/۹۳	۶۹/۲۶
	انحراف معیار	۸/۲۸	۱۱/۴۰	۱۱/۰۴	۱۰/۸۸

که ملاحظه می شود در دو گروه آزمایشی میانگین کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس از آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی را برای هر یک از گروه ها در سه مرحله پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری نشان می دهد. همچنان

جدول ۴. آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی توزیع طبیعی داده ها

متغیر	زمان اندازه گیری	گروه آزمایشی		گروه کنترل	
		Z	سطح معناداری	Z	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پیش از آزمون	۰/۹۵۱	۰/۵۴۹	۰/۹۳۰	۰/۲۷۴
	پس از آزمون	۰/۹۵۵	۰/۶۱۱	۰/۹۱۲	۰/۱۴۶
	پیگیری	۰/۹۰۱	۰/۰۹۸	۰/۹۳۴	۰/۳۱۲
انعطاف پذیری شناختی	پیش از آزمون	۰/۸۹۴	۰/۰۷۴	۰/۹۶۹	۰/۸۴۴
	پس از آزمون	۰/۹۰۹	۰/۱۳۰	۰/۹۶۳	۰/۷۵۰
	پیگیری	۰/۹۶۸	۰/۸۲۹	۰/۹۳۸	۰/۳۵۵

در هر گروه با خود در مرحله پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۴ نشان می دهد که ارزش شاپیرو-ویلک در گروه درمان پذیرش و تعهد در مرحله پس از آزمون و مؤلفه کنترل

جدول ۵. نتایج آزمون لون، M باکس و کرویت موخلی متغیرهای پژوهش

متغیر	لون		M باکس		W موخلی	
	F	P	M	F	W	χ^2
کیفیت زندگی	۱/۴۶	۰/۲۴۳	۱۱/۴۱	۰/۸۵	۰/۸۹۳	۴/۷۲
انعطاف پذیری شناختی	۰/۹۲	۰/۴۱	۱۷/۷۰	۱/۳۲	۰/۹۷۹	۰/۸۷

در جدول ۵ نتایج آزمون لون حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس گروه ها و معنادار نبودن آزمون ام. باکس و آزمون کرویت موخلی برای همه متغیرها حاکی از برقراری شرط همگنی ماتریس های واریانس _ کوواریانس و فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر متغیرها در دو گروه در سه مرحله

مولفه ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
کیفیت زندگی	درون گروهی (مراحل)	۴۳/۶۲	۱ و ۲۸	۴۳/۲۳۰	۷/۲۹۷**	۰/۲۰۷
	بین گروهی (مداخله)	۹۲/۰۳	۱ و ۲۸	۹۲/۰۴۱	۲/۹۵۱*	۰/۰۹۵
	تعامل (مراحل×مداخله)	۴۶/۲۳	۱ و ۲۸	۴۶/۲۰۱	۷/۸۸۱**	۰/۲۲۰
انعطاف پذیری شناختی	درون گروهی (مراحل)	۷۷/۰۶۷	۱ و ۲۸	۷۷/۰۹۰	۶/۹۵۵*	۰/۱۹۹
	بین گروهی (مداخله)	۴۶۶/۲۸	۱ و ۲۸	۴۶۶/۱۱	۷/۷۴۹*	۰/۲۱۷
	تعامل (مراحل×مداخله)	۸۶/۹۰	۱ و ۲۸	۸۱/۴۷۷	۷/۳۷۰**	۰/۲۰۸

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه گیری در متغیر کیفیت زندگی درون گروهی ($P = 0.012$)، بین گروهی ($P = 0.097$) و تعاملی ($P = 0.009$) معنادار می باشد و همچنین متغیر انعطاف پذیری شناختی درون گروهی ($P = 0.018$)، بین گروهی ($P = 0.012$) و تعاملی ($P = 0.026$) معنادار می باشد.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس درون گروهی یک طرفه گروه های آزمایشی و کنترل در سه مرحله

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجذور اتا
کیفیت زندگی	آزمایشی	۱۵/۲۱**	۱ و ۲۸	۰/۳۹
	کنترل	۲/۸۴	۱ و ۲۸	-
انعطاف پذیری شناختی	آزمایشی	۳۷/۴۷*	۱ و ۲۸	۰/۷۵
	کنترل	۴/۰۲	۱ و ۲۸	-

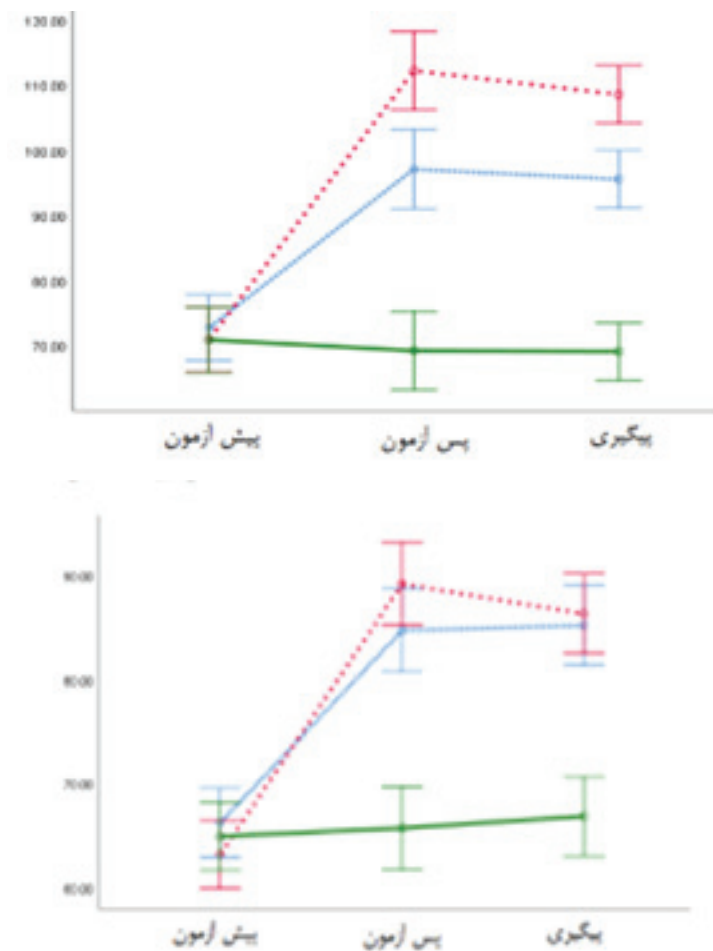
نتایج جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی در متغیر کیفیت زندگی درون گروهی ($P = 0.023$)، بین گروهی ($P = 0.004$) و تعاملی ($P = 0.007$) معنادار می باشد و همچنین متغیر انعطاف پذیری شناختی درون گروهی درون گروهی ($P = 0.018$)، بین گروهی ($P = 0.012$) و تعاملی ($P = 0.026$) معنادار است. ولی تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه کنترل در هیچ یک از متغیرها معنادار نیست. ($P = 0.020$).

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در مورد مقایسه های جفتی میانگین های گروه ها

متغیر	زمان اندازه گیری	گروه آزمایشی		گروه کنترل	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش آزمون-پس آزمون	۳۰۰	۰/۷۸	۰/۳۳	۰/۱۴
	پیش آزمون-پیگیری	۳/۴۶	۱/۱۸	۰/۰۶	۰/۲۰
	پس آزمون-پیگیری	۰/۳۷	۰/۰۶۹	۰/۲۷	۰/۵۳
انعطاف پذیری شناختی	پیش آزمون-پس آزمون	۱۶/۹۳	۲/۷۹	۱/۵۳	۰/۸۱
	پیش آزمون-پیگیری	۱۶/۹۴	۲/۸۵	۱/۰۷	۱/۰۳
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۱	۰/۱۶	-۰/۴۶	۱/۲۷

در جدول ۸ مقایسه آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تفاوت میانگین های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در سه زمان پیش آزمون با پس آزمون ($P=0/013$) در پیش آزمون و پیگیری معنادار است که نشان دهنده تاثیر مداخله بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی در گروه آزمایشی و ماندگاری این تاثیر در مرحله پیگیری است ($P=0/015$). درحالی که در گروه کنترل این تفاوتها معنادار نیست.

در جدول ۸ مقایسه آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تفاوت میانگین های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در سه زمان پیش آزمون با پس آزمون ($P=0/013$) در پیش آزمون و پیگیری معنادار است که نشان دهنده تاثیر مداخله بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی در گروه آزمایشی و ماندگاری این تاثیر در مرحله پیگیری است ($P=0/015$). درحالی که در گروه کنترل این تفاوتها معنادار نیست.



شکل ۲

شکل ۲ نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

منجر به افزایش کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی در گروه آزمایشی در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون خود گروه و نسبت به گروه کنترل شده

بحث

هدف مطالعه حاضر، اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش

فرد دارد، میتواند منجر به دگرگونی‌هایی در سبک زندگی و نگرش به زندگی فرد شده و پذیرش شرایط بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد (۱۸) با توجه به اینکه این پژوهش بر روی مادران دارای فرزند اوتیسم انجام شد، لذا توصیه میشود به دلیل ایجاد مشکلات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی آنها، در پژوهشهای آتی روی پدران تمرکز شود. محدودیت پژوهش حاضر استفاده از ابزار پرسشنامه بسته پاسخ بود، لذا امکان پیشبینی و اندازه‌گیری متغیرها به صورت کیفی مقدور نگردید. پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی از سایر ابزارها مثل مصاحبه استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد بین گروه آزمایشی و کنترل در نمرات حاصل از کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موسسه دوست اوتیسم شهر تهران در مراحل پیش از من با پس از من و پیگیری تفاوت معنی داری به لحاظ اماری وجود دارد. پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم افزایش یافت و فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم اثربخش بوده است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1399.581 از کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی مصوب شده است. نویسندگان این مقاله طبق پروتکل های اخلاقی مطالعات هلسینکی عمل نموده و اطلاعات بیماران شرکت کننده در این مطالعه به طور کاملاً ناشناس باقی می ماند و بعد از مطالعه نیز تمامی این اطلاعات محفوظ باقی خواهد ماند. همچنین تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه فرم رضایت نامه شرکت در این مطالعه را پر کرده و تمامی مقاصد مطالعه برای شرکت کنندگان به طور کامل شرح داده شده است.

کاربرد عملی مطالعه

برنامه ریزی جهت استفاده از درمان پذیرش و تعهد در کنار سایر روشهای درمانی جهت بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم ضروری است، لذا درمانگران

و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بود. نتایج نشان داد بین نمرات پس از من گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی رابطه معنی داری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که احتمال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم را از طریق عواملی مثل بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، پذیرش بدون قضاوت، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آنها، هیجانات منفی را کاهش می‌دهد. مادران کودکان مبتلا به اوتیسم نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند توان مقابله و قدرت سازگاری خود را حفظ نمایند. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمک میکند تا مادران کودکان مبتلا به اوتیسم خود را به عنوان افرادی آسیب دیده، شکست خورده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی برای آنها ارزش و معنا داشته باشد. تمامی این موارد مسائل به عنوان عواملی برای بهبود ارتباطات، سلامت روانی و در کل بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش میانگین مؤلفه ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان شناختی در مراحل پس از من و پیگیری شده است. تفاوت میانگین نمرات مؤلفه ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان شناختی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در مراحل پیش از من - پس از من معنادار و در مراحل پس از من - پیگیری غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل انعطاف‌پذیری روان شناختی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم سه ماه بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روان شناختی را در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم افزایش می‌دهد. یافته فوق با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو بود. یافته های پژوهشی تقوایی و همکاران نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم مؤثر است (۱۶) باتینک و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای تقویت آگاهی در زندگی و سلامت روان مؤثر است (۱۷) عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تأثیراتی که در تغییرات رفتاری

سیاسگزاری

از تمامی مادران دارای فرزند اوتیسم و کارکنان موسسه دوست اوتیسم و اساتیدی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می شود.

و روانشناسان می توانند از روش درمان پذیرش و تعهد جهت افزایش کیفیت زندگی و انعطاف پذیری مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم استفاده نمایند.

References

1. Nayar K, Sealock JM, Maltman N, Bush L, Cook EH, Davis LK, Losh M. Elevated polygenic burden for autism spectrum disorder is associated with the broad autism phenotype in mothers of individuals with autism spectrum disorder. *Biological psychiatry*. 2021 Mar 1;89(5):476-85. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.08.029>
2. Anjomani M, Taklavi S. The role of Attachment to God and Emotional Maturation in Prediction of Self Compassion of Deaf Children's Mothers. *Journal of Health and Care*. 2019 May 10;21(2):117-25.(in persian). <https://doi.org/10.29252/jhc.21.2.117>
3. Hoshiar M, Kakavand A, and Ahmadi A. The effectiveness of mindfulnessbased therapy on quality of life and coping strategies of mothers of children with autistic spectrum disorder. *Quarterly journal of social work*. 2018; 7 (2):32-39.(in persian) <http://socialworkmag.ir/article-1392-fa.html>
4. Lai WW, Goh TJ, Oei TP, Sung M. Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of autism and developmental disorders*. 2015 Aug;45(8):2582-93. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2430-9>
5. Shahabi, B., Shahabi, R., & Foroozandeh, E. Analysis of the self-compassion and cognitive flexibility with marital compatibility in parents of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2020; 66(4): 282-288. (in persin). <http://eprints.iuums.ac.ir/id/eprint/23150> <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1573000>
6. Moradi H, Movahedi A, Arabi M. The Effect of Perceptual-Motor Exercise on Improvement in Executive Functions of Children with Autism Disorder. *Shefaye Khatam*. 2020; 8 (2) :1-8.(in persian). URL: <http://shefayekhatam.ir/article-1-2085-fa.html> <https://doi.org/10.29252/shefa.8.2.1>
7. Harvey WJ, Reid G, Bloom GA, Staples K, Grizenko N, Mbekou V, Ter-Stepanian M, Joobar R. Physical activity experiences of boys with and without ADHD. *Adapted physical activity quarterly*. 2009 Apr 1;26(2):131-50. <https://doi.org/10.1123/apaq.26.2.131>
8. Dehghan F, Behnia F, Amiri N, Pishyareh E, Safarkhani M. The Effectiveness of Using Perceptual-Motor Practices on Behavioral Disorder among Five to Eight Year Old Children with Attention Deficit Hyper Activity Disorder. *Advances in Cognitive Sciences*. 2010; 12 (3) :82-96.(in persian) URL: <http://icssjournal.ir/article-1-125-fa.html>
9. Norton DJ, McBain RK, Öngür D, Chen Y. Perceptual training strongly improves visual motion perception in schizophrenia. *Brain and Cognition*. 2011 Nov 1;77(2):248-56. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2011.08.003>
10. Gerenser J, Forman B, Child TS. Speech and language deficits in children with developmental disabilities. In *Handbook of intellectual and developmental disabilities* 2007 (pp. 563-579). Springer, Boston, MA. <https://www.springer.com/series/6082> https://doi.org/10.1007/0-387-32931-5_28
11. Behrouzifar S, Zenouzi S, Nezafati M, Esmaily H. Factors Affecting the Quality and Quantity of Sleep in Coronary Artery Bypass Graft Patients. *JSSU*. 2008; 16 (3) :321-321. (in persian). URL: <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-580-fa.html>
12. Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. *J Birjand Univ Med Sci*. 2009; 16 (1) :39-44. (in persian). URL: <http://journal.bums.ac.ir/article-1-431-fa.html>
13. Call J, Tomasello M. Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Human Nature and Self Design*. 2011 Jan 1:83-96. https://doi.org/10.30965/9783957438843_008
14. Case-Smith J, Arbesman M. Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational

- therapy. The American Journal of Occupational Therapy. 2008 Jul;62(4):416-29. <https://doi.org/10.5014/ajot.62.4.416>
15. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction . IJPCP. 2007; 13 (3) :290-295.(in persian). URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-fa.html>
 16. Taghvaei D, Jahangiri MM. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and health promotion among mothers with autistic children.(in persian) URL: <http://journal.ihepsa.ir/article-1-1007-fa.html>
 17. Batink T, Bakker J, Vaessen T, Kasanova Z, Collip D, van Os J, Wichers M, Peeters F. Acceptance and commitment therapy in daily life training: A feasibility study of an mHealth intervention. JMIR mHealth and uHealth. 2016 Sep 15;4(3):e5437. <https://doi.org/10.2196/mhealth.5437>
 18. Mohammadi R, Dowran B, Rabie M, Salimi SH. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Military Student. Journal of Police Medicine. 2017 Jun 10;6(1):21-30.