اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

احمد منصوری[1]، نعیما کروژده[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: بیماری و ناتوانی فرزندان، یکی از منابع عمده پریشانی والدین به خصوص مادران به شمار می‌رود و سلامت و بهزیستی روانی آن‌ها را به خطر می‌اندازد. از این‌رو، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه شاهد بر روی ۱۶ نفر از مادران کودکان مبتلابه اختلال طیف اوتیسم دارای پرونده در بهزیستی شهر سبزوار انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد تخصیص یافتند. گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای رویکرد ACT قرار گرفتند؛ در حالی که گروه شاهد هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا (Pennsylvania State Worry Questionnaire یا PSWQ)، مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (Intolerance of Uncertainty Scale یا IUS) و شاخص شدت بی‌خوابی (Insomnia Severity Index یا ISI) در مورد شرکت کنندگان اجرا گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: رویکرد ACT منجر به کاهش میزان تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (P = ۰/۰۰۱)، نگرانی (P = ۰/۰۰۱) و بی‌خوابی (P = ۰/۰۰۱) مادران گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شد.

نتیجه‌گیری: روش ACT تأثیر بسزایی در کاهش میزان تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد و درمانگران می‌توانند از این رویکرد درمانی در جهت کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی این مادران استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، اوتیسم، بی‌خوابی، بلاتکلیفی

ارجاع: منصوری احمد، کروژده نعیما. **اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۳): ۳۵۳-۳۴۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۵/۱۸

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم (Autism spectrum disorder)، به واسطه نقص مداوم ارتباطات و تعاملات اجتماعی و همچنین، الگوهای تکراری محدود رفتار، علایق و فعالیت‌ها مشخص می‌شود. شیوع این اختلال در سال‌های اخیر نزدیک به ۱ درصد گزارش شده است. نقایص ناشی از اختلال اوتیسم، سبب مختل شدن کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی افراد مبتلا می‌شود (۱). از سوی دیگر، بیماری و ناتوانی بستگان نزدیک، یکی از منابع عمده پریشانی سرپرستان خانواده است و اغلب سلامت و بهزیستی آن‌ها را به خطر می‌اندازد (۲). از این‌رو، داشتن یک کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نیز می‌تواند تجربه ناتوان کننده‌ای برای والدین، خانواده‌ها، معلمان و جامعه باشد (۳). به عنوان مثال، والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، کاهش خودکارامدی، کاهش شادکامی و رضایت زناشویی، کاهش انسجام، سازگاری و کیفیت زندگی خانوادگی، افزایش استرس والدینی، بلاتکلیفی، نگرانی، طلاق، فشار مالی و همچنین، افزایش مشکلات جسمی و روانی را گزارش می‌کنند. با این وجود، مادران اولین افرادی هستند که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کنند و پیامدهای آن می‌تواند سلامت جسمی و روانی آن‌ها را به خطر اندازد (۵-۳). یکی دیگر از پیامدهای اختلال طیف اوتیسم، بی‌خوابی (Insomnia) یا کیفیت پایین خواب مادران کودکان مبتلا به این اختلال می‌باشد (۶).

بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition یا DSM-V) (۱)، بی‌خوابی به عنوان نارضایتی از کمیت و کیفیت خواب همراه با اشکال در شروع و یا حفظ خواب تعریف می‌شود. شکایات مربوط به خواب با ناراحتی چشمگیر بالینی یا افت کارکردهای اجتماعی، شغلی یا دیگر حوزه‌های کارکردی همراه است. در طول دهه‌های گذشته، علاقه به بررسی نقش فرایندهای شناختی (باورهای ناکارامد درباره خواب) در تداوم بی‌خوابی

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران

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

نویسنده مسؤول: احمد منصوری

Email: mansoury_am@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.11.4]

افزایش یافته است (۷). نگرانی (Worry) به عنوان یکی از عوامل شناختی مهم مرتبط با بی‌خوابی بالینی شناخته شده است (۹-۷). در الگوی شناختی بی‌خوابی Harvey نیز نگرانی، موجب شکل‌گیری و تداوم بی‌خوابی می‌باشد (۱۰). Borkovec و همکاران نگرانی را به عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون‌مایه عاطفی منفی به نسبت غیر قابل کنترل تعریف کرده‌اند که دلالت بر تلاش جهت اشتغال به مسأله‌گشایی روانی در مورد موضوعات واقعی یا خیالی دارد. پیامدهای آن نامعلوم است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌شود (۱۱). Simsek و Koroglu با بررسی مشغله‌های فکری والدین کودکان مبتلا دریافتند که بیشترین نگرانی آن‌ها، ناتوانی در تأمین نیازهای اولیه فرزندانشان است. آن‌ها نگران هستند که اگر یکی از آن‌ها یا هر دو فوت کنند، چه کسی از فرزندشان مراقبت می‌کند (۱۲).

از سوی دیگر، یکی از متغیرهای مرتبط با بی‌خوابی (۱۳) و نگرانی (۱۵، ۱۴)، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (Intolerance of uncertainty) می‌باشد. در مدل تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی مربوط به نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر (۱۴)، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی نقشی کلیدی در ایجاد و تداوم نگرانی بیش از حد ایفا می‌کند. تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی به عنوان نوعی سوگیری شناختی تعریف شده است و چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که در برابر بلاتکلیفی تحمل‌ناپذیر هستند، اعتقاد دارند که بلاتکلیفی استرس‌زا و ناراحت کننده است، بلاتکلیفی در مورد آینده ناعادلانه می‌باشد، رویدادهای منفی غیر منتظره هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد. همچنین، بلاتکلیفی کارکردهای آن‌ها را مختل می‌کند (۱۵). بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم، مشکلاتی را در پرورش آن‌ها به وجود می‌آورد و استرس فراوانی را به والدین به خصوص مادران وارد می‌کند و باعث سطوح بالای اضطراب، استرس و بلاتکلیفی در آن‌ها می‌شود (۵).

مداخله‌های متعددی از جمله مداخله‌های حمایتی، درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT)، آموزش مدیریت خلق منفی (۱۶)، الگوی تعاملات والد- کودک (۱۷) و مداخلات خانواده محور (۱۸) برای مادران کودکان مبتلا به این اختلالات استفاده شده است. یکی از درمان‌های دیگری که می‌تواند در مورد این مادران مورد استفاده قرار گیرد، درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) می‌باشد. این درمان به عنوان شکل جدیدی از CBT، مدل درمانی جدیدی است که بر پذیرش روانی افکار و احساسات مضطرب کننده به جای تلاش برای کنترل و از بین بردن آن‌ها تأکید دارد (۱۹). همچنین، این رویکرد از فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار، جهت ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (۲۰). روش ACT دو هدف عمده از جمله «پذیرش فعالانه افکار و احساسات ناخواسته و شاید کنترل‌ناپذیر و تعهد و عمل در جهت اهداف هماهنگ با ارزش‌های انتخاب شده فرد» دارد. علاوه بر این، این رویکرد دارای شش اصل اساسی گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه حاضر، مشاهده خود، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد (۲۱).

اگرچه پژوهشی در زمینه اثر این درمان بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام نشده است، اما Dykens و همکاران با بررسی اثر ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به عنوان 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 (۶). Dalrymple و همکاران با انجام یک مطالعه موردی به این نتیجه رسیدند که ترکیب اصول ACT با روش CBT تأثیر معنی‌داری بر بی‌خوابی دارد (۲۲). نتایج تحقیق Avdagic و همکاران نشان داد که روش ACT سبب کاهش نگرانی و تحمل‌ناپذیری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود(۲۳).

با توجه به شیوع اختلال طیف اوتیسم و اثرات نامطلوب آن بر سلامت روان اعضای خانواده به خصوص مادران، نیاز مراکز درمانی به برنامه‌های روان درمانی جدید و فقدان پژوهش‌های کافی در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد ACT بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف، جزء مطالعات کاربردی و به لحاظ روش جمع‌آوری داده‌ها جزء پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه شاهد بود. مطالعه حاضر پس از تصویب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور اجرا گردید. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم شهر سبزوار بود. نمونه‌های مورد بررسی را ۱۶ نفر از مادران کودکان مبتلای دارای پرونده در بهزیستی شهر سبزوار تشکیل داد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل رضایت آگاهانه مادران برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به آن‌ها بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل مشکلات بی‌خوابی، رضایت آگاهانه و عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر بود. غیبت بیشتر از یک جلسه در درمان، شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

گروه‌های مورد بررسی تا حد ممکن به لحاظ سن، وضعیت تأهل، طبقه اجتماعی و نوع سکونت همتاسازی شدند. ابتدا با استفاده از ابزارهای پژوهش، از نمونه‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس مداخلات درمانی بر اساس رویکرد ACT (۲۴) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا گردید و برای گروه شاهد هیچ برنامه‌ای انجام نشد. در پایان این دوره از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، مادران گروه شاهد نیز پس از پایان پژوهش به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا (Pennsylvania State Worry Questionnaire یا PSWQ): این مقیاس توسط Meyer و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. پرسش‌نامه PSWQ از ۱۶ ماده در طیف لیکرت پنج

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.11.4]

درجه‌ای تشکیل شده است و در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار این ابزار به روش همسانی درونی در بازه ۰/۹۳-۰/۸۶ و به روش بازآزمایی نیز در طول یک دوره دو تا ده هفته‌ای، بین ۰/۹۳-۰/۷۴ گزارش شده است (۲۵). اعتبار نسخه فارسی مقیاس PSWQ به روش همسانی درونی، ۰/۸۷ محاسبه گردید. همچنین، ضریب Cronbach's alpha نیمه اول، نیمه دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ به دست آمد (۲۶).

مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (Intolerance of Uncertainty Scale یا IUS):

این مقیاس توسط Freeston و همکاران در سال ۱۹۹۴ تدوین شد و دارای ۲۷ ماده می‌باشد که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی این ابزار ۰/۹۱ گزارش شده است. علاوه بر این، همبستگی معنی‌داری را با مقیاس PSWQ (r = ۰/۶۳) و پرسش‌نامه ابعاد نگرانی (r = ۰/۵۷) نشان داد (۲۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس IUS به روش همسانی درونی؛ ۰/۹۳ گزارش گردید. همچنین، ضریب Cronbach's alpha نیمه اول، نیمه دوم و همبستگی بین دو نیمه به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۱ محاسبه شد (۲۶).

شاخص شدت بی‌خوابی (Insomnia Severity Index یا ISI):

این مقیاس توسط Bastien و همکاران جهت ارزیابی وجود اختلال در شروع خواب، ادامه خواب، زود بیدار شدن از خواب، رضایت از الگوی خواب، تداخل مشکل خواب در کارایی روزانه، تأثیر اختلال خواب بر کیفیت زندگی و ایجاد نگرانی در فرد به سبب اختلال خواب تدوین شده است (۲۸). هر یک از ۵ سؤال این پرسش‌نامه بسته به شدت اختلال خواب مورد نظر، نمره صفر تا ۴ می‌گیرد. اعتبار سازه مقیاس ISI بر اساس دقت، شدت و رضایتمندی با واریانس ۰/۷۲ و اعتبار آن به روش همسانی درونی، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ محاسبه گردید (۲۸). اعتبار نسخه فارسی ابزار مذکور نیز به روش همسانی درونی، ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۹).

یافته‌ها

میانگین سنی مادران گروه آزمایش و شاهد به ترتیب ۵/۸۷ ± ۳۳/۲۵ و ۹/۰۰ ± ۳۸/۲۵ سال بود. نتایج آزمون t نشان داد که بین میانگین سنی دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت [$P > ۰/۰۵۰$، $df = ۱۴$ (Degree of freedom)، $t = ۱/۳۱$]. به ترتیب ۸ و صفر نفر از مادران گروه آزمایش و ۷ و ۱۳ نفر از مادران گروه شاهد متأهل و مطلقه بودند. از نظر وضعیت تحصیلی، در گروه آزمایش، ۲ نفر راهنمایی، ۳ نفر سیکل و ۳ نفر دیپلم و در گروه شاهد ۱ نفر راهنمایی، ۲ نفر سیکل و ۵ نفر دیپلم بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۱ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه شاهد، شاغل و ۷ نفر در گروه آزمایش و ۵ نفر در گروه شاهد بیکار بودند. به ترتیب ۱، ۷ و صفر نفر از مادران گروه آزمایش و ۲، ۵ و ۱ نفر از مادران گروه شاهد در طبقه اجتماعی متوسط به پایین، متوسط و بالا قرار داشتند. جنسیت ۶ و ۲ نفر از کودکان مادران گروه آزمایش و ۷ و ۱ نفر از کودکان مادران گروه شاهد پسر و دختر بود. بر اساس نتایج آزمون χ^2، بین دو گروه در وضعیت تأهل ($P > ۰/۰۵۰$، $\chi^2 = ۱/۰۶$)، وضعیت اشتغال ($P > ۰/۰۵۰$، $\chi^2 = ۱/۳۳$)، طبقه اجتماعی ($P > ۰/۰۵۰$، $\chi^2 = ۱/۶۶$) و سطح تحصیلات ($P > ۰/۰۵۰$، $\chi^2 = ۱/۰۳$) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای تحمل‌ناپذیری، نگرانی و بی‌خوابی مادران

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی	آزمایش	۸۳/۰۰ ± ۱۴/۲۹	۶۹/۵۰ ± ۱۰/۷۴
	شاهد	۸۱/۱۲ ± ۲۰/۱۹	۱۰/۰۶ ± ۱۸/۳۴
نگرانی	آزمایش	۵۲/۱۲ ± ۸/۱۳	۴۶/۳۷ ± ۴/۱۷
	شاهد	۴۹/۶۲ ± ۸/۸۶	۵۴/۱۲ ± ۷/۶۷
بی‌خوابی	آزمایش	۱۰/۷۵ ± ۵/۴۱	۷/۷۵ ± ۴/۴۳
	شاهد	۱۰/۸۷ ± ۴/۱۲	۱۲/۸۷ ± ۲/۶۴

داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها، از آزمون‌های Shapiro-Wilk و Levene استفاده گردید. نتایج آزمون Shapiro-Wilk برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۰۱$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بود. نتایج آزمون Levene نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵۰$). بنابراین، فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. بر اساس نتایج آزمون Wilks Lambda، اثر کلی گروه معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$، $F = ۲۵/۲۸$). از این‌رو، بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. در نهایت، آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نیز برای گروه های آزمایش و شاهد به جز نگرانی یکسان بود ($P < ۰/۰۵۰$). می‌توان گفت تکه استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره بلامانع می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مربوط به مادران گروه‌های آزمایش و شاهد در متغیرهای تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	مجذور اتا
تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی	گروه	۲۲۴۵/۶۹	۱	۲۲۴۵/۶۹	۴۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۵۸۱/۰۹	۱۱	۵۲/۸۲			
نگرانی	گروه	۲۸۱/۸۴	۱	۲۸۱/۸۴	۲۲/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	خطا	۱۳۹/۹۰	۱۱	۱۲/۷۱			
بی‌خوابی	گروه	۸۶/۶۵	۱	۸۶/۶۵	۲۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	خطا	۳۷/۰۶	۱۱	۳/۳۶			

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.11.4]

نتایج مربوط به مقایسه پس‌آزمون‌های دو گروه نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی وجود داشت و میانگین نمرات گروه آزمایش در این ابعاد به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی آسیب‌شناسی روانی، بررسی ویژگی‌هایی است که افراد را نسبت به اختلالات روانی آسیب‌پذیر می‌سازد (۳۰). از سوی دیگر، بررسی درمان‌هایی که بتوانند به تنهایی یا در ترکیب با سایر رویکردهای درمانی دیگر، به درمان موفقیت‌آمیز مشکلات روان‌شناختی کمک کنند، اهمیت بسزایی دارد (۳۱). در همین زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش ACT بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این روش تأثیر معنی‌داری بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلابه اختلالات طیف اوتیسم در مقایسه با گروه شاهد داشت. به عبارت دیگر، نتایج حاکی از آن بود که این شیوه درمانی باعث کاهش شدت تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران این کودکان می‌شود. هرچند پژوهشی همسو یا ناهمسو با این بررسی مشاهده نشد، اما نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های تحقیقات قبلی مربوط به انواع دیگر درمان‌های موج سوم (مانند ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس) که نشان داد رویکرد ACT تأثیر معنی‌داری بر کاهش بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد (۶)، همخوانی داشت.

نتایج مطالعه Dalrymple و همکاران نشان داد که ترکیب اصول رویکرد ACT با روش CBT، تأثیر معنی‌داری بر بی‌خوابی افراد مبتلا به بی‌خوابی دارد (۲۲) که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود. صیادشیرازی به این نتیجه رسید که رویکرد ACT تأثیر معنی‌داری بر کاهش علایم اضطراب و بهزیستی ذهنی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم دارد. همچنین، با مقایسه اثر دو روش CBT و ACT دریافت که رویکرد ACT اثر ماندگارتری بر کاهش علایم اضطراب و بهزیستی ذهنی به جای می‌گذارد (۳۲). نتایج تحقیق حاضر همسو با یافته‌های قبلی مربوط به اثربخشی روش ACT (۲۳) و انواع دیگر درمان‌های موج سوم (همچون درمان فراشناختی) (۳۳)، نشان داد که روش ACT تأثیر معنی‌داری بر کاهش نگرانی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی افراد می‌گذارد.

در تبیین نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم به سبب ناتوانی‌های عملکردی، اختلالات شناختی، محدودیت‌های انطباقی، رفتارهای چالش‌برانگیز و همچنین، پیش‌آگهی نامطلوب بیماری کودکشان، بلاتکلیفی بیشتر و به دنبال آن، نگرانی بیشتری را در مورد حال و آینده فرزندشان تجربه می‌کنند (۴، ۳). برای چنین مادرانی، بلاتکلیفی در مورد آینده فرزندانشان استرس‌زا و ناراحت کننده است و اعتقاد دارند که رویدادهای مبهم، منفی هستند و باید از آن‌ها اجتناب نمود و بلاتکلیفی منجر به اختلال در عملکردهای آن‌ها می‌شود (۱۵). از این‌رو، آن‌ها موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیف را به صورت تهدیدآمیز ادراک می‌کنند و احتمال وقوع خطر را بیش از حد تخمین می‌زنند که این امر باعث برانگیختگی هیجانی بالا و نگرانی دایمی در آن‌ها (۱۹) و به دنبال آن، بی‌خوابی در آن‌ها شوند (۱۳، ۹، ۸، ۷). هدف اصلی رویکرد ACT، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۳۴). از این‌رو، در این روش درمانی از فرایندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار جهت ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم استفاده می‌شود (۲۰).

در رویکرد مورد استفاده در مطالعه حاضر (ACT)، به مادران کمک شد تا برای افزایش تماس با زمان حال و پذیرش افکار، احساسات و حس‌های بدنی خود، به جای تلاش جهت کنترل یا اجتناب از آن‌ها، کار کنند. در این روش، آن‌ها مهارت‌هایی را جهت شناسایی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند فراگرفتند و به کمک استعاره‌ها و تمرینات، هزینه‌های مربوط به تلاش‌های گذشته خود برای کنترل و مدیریت افکار، احساسات و حس‌های بدنی را تجربه نمودند. همچنین، یاد گرفتند از هرگونه تلاش غیر ضروری جهت تغییر شکل یا فراوانی تجربه‌های درونی ناخواسته مانند افکار، خاطرات، هیجانات و حس‌های بدنی دست بردارند و بدین ترتیب، سبب کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و کژکاری‌های روان‌شناختی دیگر خود شوند.

روش ACT به واسطه تکنیک‌هایی همچون گسلش شناختی، به مادران کمک می‌کند تعامل یا رابطه با افکار، احساسات و حس‌های بدنی را در زمان حال و به روش‌های انعطاف‌پذیر و همچنین، بدون ایجاد یک‌سری قوانین سفت و سخت جدید یاد بگیرند. علاوه بر این، رهایی از افکار، احساسات و رفتارها را تمرین می‌کنند و خود را جدای از مشکلاتشان می‌بینند. در نهایت، در این شیوه به آن‌ها کمک می‌شود ارزش‌های خود را شناسایی نمایند و رفتارهایی را که در خدمت این ارزش‌ها است، تمرین کنند. به عبارت دیگر، متعهد می‌شوند به شیوه‌ای عمل کنند که در راستا یا هماهنگ با ارزش‌های انتخاب شده آن‌ها باشد (۳۴، ۳۳، ۲۴، ۲۱، ۲۰). در مجموع، تمام اصول و فرایندهای موجود در این درمان، منجر به کاهش تلاش جهت اجتناب از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زا، کاهش الگوهای توجه مشکل‌زا به منظور کاهش خطاهای شناختی از جمله تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نشخوار فکری، نگرانی و فاجعه‌آمیز سازی، افزایش پذیرش تجربه‌های درونی به سمت اهداف و ارزش‌های زندگی و افزایش تعهد و عمل به اهداف هماهنگ با ارزش‌های انتخابی‌شان می‌شود. عواملی که در نهایت کمک می‌کنند تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و نگرانی آن‌ها در مورد آینده فرزندانشان و همچنین، نحوه مواجهه با رفتارهای مشکل‌آفرین آن‌ها کاهش یابد و در نتیجه، از شدت بی‌خوابی ناشی از این سازه‌های شناختی کاسته شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رویکرد ACT تأثیر بسزایی در کاهش میزان تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد و درمانگران می‌توانند از این رویکرد درمانی جهت کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نگرانی و بی‌خوابی این مادران استفاده نمایند. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر حاضر این بود که به صورت مقطعی در مورد گروهی از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. از این‌رو، انجام مطالعات طولی می‌توانند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازند. محدودیت دوم، فقدان زمان کافی برای انجام آزمون پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثر مداخله درمانی بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، از دوره‌های پیگیری جهت بررسی ماندگاری این اثر استفاده گردد. در نهایت، به منظور سنجش متغیرها فقط از پرسش‌نامه استفاده شد که به نوبه خود می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.11.4]

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور و با شناسه IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1395.12 و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شد. از همکاری تمام مادران و سایر افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Schulz R, McGinnis KA, Zhang S, Martire LM, Hebert RS, Beach SR, et al. Dementia patient suffering and caregiver depression. Alzheimer Dis Assoc Disord 2008; 22(2): 170-6.
3. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. Clin Child Fam Psychol Rev 2012; 15(3): 247-77.
4. Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. Autism 2005; 9(2): 125-37.
5. Webster A, Feiler A, Webster V, Lovell C. Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. J Early Child Res 2004; 2(1): 25-49.
6. Dykens EM, Fisher MH, Taylor JL, Lambert W, Miodrag N. Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: A Randomized Trial. Pediatrics 2014; 134(2): 454-63.
7. Harvey AG, Greenall E. Catastrophic worry in primary insomnia. J Behav Ther Exp Psychiatry 2003; 34(1): 11-23.
8. Carney CE, Harris AL, Moss TG, Edinger JD. Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. Behav Res Ther 2010; 48(6): 540-6.
9. Barlow DH, Durand VM, Hofmann SG. Abnormal psychology: An integrative approach. Boston, MI: Cengage Learning; 2016.
10. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. Behav Res Ther 2002; 40(8): 869-93.
11. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. Behav Res Ther 1983; 21(1): 9-16.
12. Simsek HB, Koroglu AY. A study on the demographical characteristics of parents with children diagnosed with autism, problem they face and their knowledge on alternative treatment methods. Procedia Soc Behav Sci 2012; 47(Supplement C): 577-85.
13. Taherpanah M. The Role of intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and emotion regulation in primary insomnia [MSc Thesis]. Tabriz, Iran: School of Psychology and Eucation Science, University of Tabriz; 2014. [In Persian].
14. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. Behav Res Ther 1998; 36(2): 215-26.
15. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. Abingdon, UK: Taylor & Francis; 2007.
16. Riahi F, Khajeddin N, Mazidi S, Eshrat T, Naghdi Nasab L. The effect of supportive and cognitive-behavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children. Jundishapur Sci Med J 2011; 10(6): 637-46. [In Persian].
17. Koegel RL, Bimbela A, Schreibman L. Collateral effects of parent training on family interactions. J Autism Dev Disord 1996; 26(3): 347-59.
18. Prior M, Roberts JM, Rodger S, Williams K. A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention for children with autism spectrum disorders. Canberra, Australia: Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs; 2011.
19. Brown HK, Ouellette-Kuntz H, Hunter D, Kelley E, Cobigo V, Lam M. Beyond an autism diagnosis: Children's functional independence and parents' unmet needs. J Autism Dev Disord 2011; 41(10): 1291-302.
20. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther 2013; 44(2): 180-98.
21. Sharp K. A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. Rev Int Psicol Ter Psicol 2012; 12(3): 359-72.
22. Dalrymple KL, Fiorentino L, Politi MC, Posner D. Incorporating principles from acceptance and commitment therapy into cognitive-behavioral therapy for insomnia: A case example. J Contemp Psychother 2010; 40(4): 209-17.
23. Avdagic E, Morrissey SA, Boschen MJ. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. Behav Change 2014; 31(2): 110-30.
24. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Publications; 2003.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.11.4]

25. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther 1990; 28(6): 487-95.
26. Mansouri M. The role of moderating and mediating spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies on the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of general anxiety disorder: Developing a conceptual model [PhD Thesis]. Tehran, Iran: School of Psychology and Education, University of Tehran; 2017. [In Persian].
27. Freeston MH, Rheaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Pers Individ Dif 1994; 17(6): 791-802.
28. Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001; 2(4): 297-307.
29. Dastani M, Jomheri F, Fathi-Ashtiani A, Sadeghniiat K, Someloo S. Effectiveness of drug therapy and behavioral therapy on chronic insomnia. Journal of Behavioral Sciences 2011; 5(1): 27-32. [In Persian].
30. Bakhshipour Rodsari A, Mansouri A. Comparison of positive, negative and disorganized schizotypy characteristics in secure, avoidance and anxiety attachment student in Tabriz university. J Res Behav Sci 2011; 9(1): 24-32. [In Persian].
31. Khodayarifard M, Mansouri A, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. Religiously and spiritually integrated treatments and generalized anxiety disorder. J Res Behav Sci 2017; 15(1): 126-34. [In Persian].
32. Sayadshirazi M. Compare the effectiveness of group therapy based on Acceptance and Commitment (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on reducing anxiety and increasing acceptance and subjective wellbing of mothers of autistic children [PhD Thesis]. Tehran, Iran: School of Psychology and Education, University of Tehran; 2017. [In Persian].
33. Hosseini Ghaffari F, Mohammad Khani P, Pourshahbaz A, Dolatshahi B. The effectiveness of group metacognitive therapy on metacognitive beliefs, worry and worry domains in patients with generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychology 2013; 5(1): 11-20.
34. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. Couns Psychol 2012; 40(7): 976-1002.
35. Feeney TK, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: A contextual view of "positive" and "negative" as applied to positive clinical psychology. In: Wood AM, Johnson J, Editors. The wiley handbook of positive clinical psychology. New York, NY: John Wiley & Sons; 2016. p. 455-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.11.4]

The Effectiveness of the Acceptance and Commitment Therapy on the Intolerance of Uncertainty, Worry and Insomnia in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Ahmad Mansouri[1], Naema Korozhde[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Illness and disability in children is a major source of distress for parents, especially mothers. It frequently endangers their health and well-being. Therefore, the aim of present study was to investigate the effectiveness of the acceptance and commitment therapy (ACT) on the intolerance of uncertainty, worry and insomnia in mothers of children with autism spectrum disorder.

Methods and Materials: In a quasi-experimental study, with pre and posttest and control groups, 16 mothers of children with autism spectrum disorder were selected by available sampling method and then randomly designed into two experimental and control groups. The experimental group participated in 8 sessions of ACT, while the control group was not in any treatment. The participants completed Penn-State worry questionnaire (PSWQ), intolerance of uncertainty scale (IUS) and insomnia severity index (ISI). Data were analyzed by SPSS software, using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Findings: Intolerance of uncertainty (P = 0.001), worry (P = 0.001) and insomnia (P = 0.001) average scores in the experimental group were significantly decreased in comparison with the control group at post-treatment.

Conclusions: ACT might be an efficient way to decrease intolerance of uncertainty, worry and insomnia in mothers of children with autism spectrum disorder. Also, therapists can use this therapeutic approach for improving intolerance of uncertainty, worry and insomnia in mothers of children with autism spectrum disorder.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Autism, Insomnia, Uncertainty

Citation: Mansouri A, Korozhde N. **The Effectiveness of the Acceptance and Commitment Therapy on the Intolerance of Uncertainty, Worry and Insomnia in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder.** J Res Behav Sci 2017; 15(3): 347-53.

Received: 29.05.2017 Accepted: 09.08.2017

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
2- MSc Student, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
Corresponding Author: Ahmad Mansouri, Email: mansoury_am@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.11.4]