

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

اکرم احمدی^۱، زهره رئیسی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: حضور کودک مبتلا به هر نوع ناتوانی، تنیدگی فزاینده‌ای را به هر یک از اعضای خانواده تحمیل می‌کند بدین ترتیب پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که از میان آنان ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند و به دلیل ریزش نمونه، ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه باقی ماندند. ابزار پژوهش پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. افراد گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند ولی برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نشد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن (تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) تأثیر مثبت دارد ($p < 0/05$) ولی مداخله نتوانست مؤلفه تحمل جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی را بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و دیگر شاخص‌های سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم می‌تواند در افزایش تحمل پریشانی آنها مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم

*نویسنده مسئول: زهره رئیسی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

تلفن: ۰۳۱-۴۲۲۹۲۱۶۲

ایمیل: Z.tadbir@yahoo.com

اختلالات تحولی فراگیر^۱ از دسته اختلالاتی هستند که خانواده‌ها را با چالش‌های بسیاری روبه‌رو می‌کنند. اوتیسم مشهورترین این اختلالات است که هر چهار حوزه تحول شامل حوزه‌های حسی، اجتماعی، زبان، و شناخت را دچار آسیب می‌کند. در پژوهشی که روی گروه کودکان ۸ ساله انجام گرفته است، گزارش شد که به‌طور کلی از هر ۱۵۰ کودک، ۱ کودک به‌گونه‌ای دچار این اختلال هست (۱). طیف اختلالات اوتیسم، به دلیل چندین ویژگی، مانند دربرداشتن طیف گوناگونی از نابهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی، تشخیص دشوار و دیرنگام، بروز نشانه‌ها پس از یک دوره‌ی طبیعی تحول، و فقدان درمان‌های قطعی مؤثر می‌تواند سطوح بالای اضطراب، تنیدگی، انزوا، و بلا تکلیفی را به خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند. پذیرش واقعیت برای بسیاری از والدین این کودکان بسیار سخت است. همین عدم انطباق با مشکل کودک و نداشتن پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب این اختلال به بروز افسردگی و اضطراب در آنان منجر می‌شود (۱). در واقع به‌خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به‌خصوص مادران آنان از تنش‌ها و فشارهای روانی فراوانی رنج می‌برند (۲). فوودی و همکاران (۳) در پژوهشی مسئولیت والدگری، اضطراب، پریشانی، افسردگی، سطح کورتیزول، و فعالیت قلبی-عروقی پدر و مادر ۱۹ کودک مبتلا به اوتیسم را بررسی کردند. نتایج نشان داد که مادران مسئولیت والدگری، اضطراب، پریشانی، و افسردگی بیشتری را نسبت به پدران گزارش دادند، در حالی که پدران، فشار خون بالا و تغییرات ضربان قلب بالاتری داشتند. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم ممکن است به غربالگری متداول سلامت (به‌خصوص عملکرد آدرنال و قلب و عروق) و ارجاع برای مداخلات مبتنی بر کاهش تنیدگی نیاز داشته باشند.

اشلباخ و همکاران (۴) بیان می‌کنند که خانواده‌های دارای کودک اوتیسم بیشتر از دیگر خانواده‌ها دچار ازهم‌پاشیدگی

زندگی روزمره می‌شوند و در نتیجه کیفیت زندگی خانوادگی آنان کاهش می‌یابد. اضطراب و فشار روانی که به مادران این کودکان وارد می‌شود منجر به ایجاد مشکلاتی در نقش والدگری ایشان شده و سلامت روان آنان را تهدید می‌کند و در نتیجه منجر به افزایش پریشانی این مادران می‌شود (۵).

باکر و هرگر (۶) تحمل پریشانی والدین را یکی از مواردی می‌داند که بر رابطه والدین با فرزند تأثیر می‌گذارد. در واقع افرادی که والدین طردکننده دارند، در بزرگسالی شکایات جسمانی مرتبط با پریشانی و آشفتگی و همچنین شکایات عصب‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روان‌شناختی مهم در خانواده‌های دارای فرزند بیمار است که در رابطه با توانایی تجزیه و تحلیل موقعیت‌های روان‌شناختی، نمود می‌یابد. آشفتگی ممکن است حاصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، ولی بازنمایی آن به‌صورت حالات هیجانی منفی است که اغلب با تمایل به واکنش جهت‌رهایی از تجربه هیجانی منفی آشکار می‌شود (۷). افراد دچار سطح تحمل پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را توان‌فرسا و غیرقابل‌پذیرش ارزیابی می‌کنند و در نتیجه برای تسکین این حالت هیجانی منفی، کوشش می‌کنند ولی اغلب مواقع قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی‌شان نیستند (۸). کاهش سطح تحمل پریشانی ممکن است با پاسخ‌های سازش‌نا یافته نسبت به تنش، شامل مترصد فرصت بودن برای فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن، همراه باشد (۹). با توجه به اینکه تأثیر تنیدگی بر سازه‌های روانی به سطح تحمل پریشانی فرد بستگی دارد، هر چه فرد به‌جای به‌کارگیری روش‌های ناکارآمد، از اصول، باورها، و ارزش‌هایی که به آن‌ها اعتقاد دارد استفاده کند، قادر به افزایش سطح تحمل پریشانی خود خواهد شد (۸). سطوح بالای پریشانی والدین سبب می‌شود که به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر و پرخاشگرانه، گرایش بیشتری تربیتی داشته باشند و کمتر از برنامه‌های درمانی و خدمات

1. Pervasive developmental disorders

ارائه شده برای تربیت کودکان بهره ببرند، که همین موضوع تأثیرات منفی بر تحول کودکان گذاشته و پیامدهای مخرب بیشتری را منجر می شود (۸). دی پاپ و لیندسی (۹) بیان می دارند که اختلالات طیف اوتیسم تأثیر ژرفی بر زندگی خانوادگی، به خصوص نقش و وظایف والدین می گذارد، بنابراین ضروری است که برنامه و یا خدماتی برای خانواده ها و سرپرستان این کودکان طراحی شود تا کارکرد خانواده بهبود یابد.

با در نظر گرفتن این شواهد، ضرورت اقدامات تأثیرگذار و افزایش حمایت های اجتماعی، برای خانواده های دارای کودک اوتیسم، بیش از پیش احساس شده و به نظر می رسد ارائه برنامه های درمانی زود هنگام برای پشتیبانی مؤثر از این کودکان و خانواده های آنان، پیامدهای منفی این اختلال را کاهش داده و توانمندی های سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن در مسیری صحیح هدایت کند (۱۰). یکی از مداخلات مورد توجه روانشناسان در سال های اخیر استفاده از روش درمانی پذیرش و تعهد^۱ است که به عنوان موج سوم شناختی- رفتاری معروف است و برای درمان در فعالیتهای بالینی و غیر بالینی استفاده می شود. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زندگی غنی و پرمعنا است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می پذیرد. روش درمانی پذیرش و تعهد درباره انجام اقدام موثری است که به وسیله عمیق ترین ارزش های ما هدایت می شود، در حالی که ما کاملاً آماده و متعهد هستیم.

روش درمانی پذیرش و تعهد شامل شش فرایند اصلی است که هر شش فرایند به هم مرتبط و با هم در تعامل هستند. چهار فرآیند نخست (پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، و در زمان حال بودن) شامل روی آورد پذیرش و ذهن آگاهی هستند. دو فرآیند آخر (ارزش و عمل متعهد) شوه تغییر و تعهد رفتار را شامل می شود (۱۱). فرایندهای گسلش، پذیرش، ارزش ها و عمل متعهد به مراجع کمک می کند

مسئولیت پذیری برای تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان لازم بود تغییر یا پافشاری کند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شیوه ها را متعادل کرده و در حوزه های قابل تغییر بر ایجاد تغییرات تمرکز دارد و در حوزه هایی که تغییری امکان پذیر نیست بر پذیرش و ذهن آگاهی متمرکز است (۱۲). آسیب شناسی روانی طبق الگوی پذیرش و تعهد بر اساس دیدگاه هیز و همکاران (۱۳) در چهار واژه خلاصه می شود که شامل آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب، و دلیل آوری است. از طریق آمیختگی فرایندهای کلامی، به طور نامناسب بر روی انسان تأثیر دارند و منجر به این می شوند که فرد به شیوه هایی رفتار کند که با شبکه های کلامی انعطاف ناپذیر هدایت شود، نه با شرایط واقعی محیط. ارزشیابی برای انسان ها می تواند کاملاً مبتنی بر رویدادهای کلامی باشد که هرگز با آن ها تماسی نداشته است. این ارزشیابی می تواند رنج و ناراحتی انسان را بسیار تقویت کند. اجتناب، زمانی رخ می دهد که فرد مایل نیست ارتباط و تماس با یک تجربه درونی خاص (احساسات بدنی، هیجانات، افکار، و خاطرات) را ادامه دهد و برای تغییر شکل و یا حساسیت موقعیتی این رویدادها تلاش می کند، حتی زمانی که این تلاش منجر به آسیب روان شناختی می شود؛ و بالاخره منظور از دلیل آوری تلاش فرد برای ایجاد تبیینات لفظی برای به کارگیری شیوه های مقابله ناکارآمد است که باعث می شوند شخص نسبت به همانندی های واقعی در محیط کمتر حساس باشد. افراد با تحمل پریشانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را غیر قابل تحمل توصیف می کنند و آشفتگی هیجانی را غیر قابل پذیرش ارزیابی می کنند.

موضوع عدم پذیرش شرایط موجود از موارد اساسی خانواده های دارای کودک اوتیسم است (۸). مقتدایی (۱۴) در پژوهشی با هدف آگاهی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در همسران جانبازان نشان داد روش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل پریشانی این همسران مؤثر است. همچنین نتایج تحقیقات نی

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

نفر) جایدهی شدند. به علت ریزش نمونه، گروه آزمایش به ۱۰ نفر و گروه گواه به ۱۲ نفر کاهش یافت. ملاک ورود افراد نمونه به پژوهش شامل نداشتن شامل تشخیص اختلال اوتیسم توسط روان‌پزشک و نداشتن اختلال روان‌شناختی همبود، و ملاک خروج عدم همکاری مادران و غیبت بیش از دو جلسه آنان در جلسات درمان در نظر گرفته شد.

در این پژوهش سن مادران کودکان مورد بررسی از ۲۴ سال تا ۵۷ سال با میانگین سنی ۴۰ سال (میانگین گروه آزمایش (۴۳) و میانگین گروه گواه (۳۷/۵) بوده است. از لحاظ آماری اختلاف معناداری بین میانگین سن مادران کودکان دو گروه وجود نداشته است ($p\text{-value} = ۰/۱۰۸$). تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش، از دیپلم تا کارشناسی ارشد بوده است. ۴ مادر (معادل ۱۸/۲ درصد) دیپلم، ۷ مادر (معادل ۳۱/۸ درصد) کاردانی، ۹ مادر (معادل ۴۰/۹ درصد) کارشناسی، و ۲ مادر (معادل ۹/۱ درصد) کارشناس ارشد بودند. از لحاظ آماری اختلاف معناداری بین تحصیلات مادران کودکان دو گروه وجود نداشته است.

ب) ابزار

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی^۱: مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۱۸) ساخته شد و دارای ۱۵ گویه و چهار خرد مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی) است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (۱: کاملاً موافقم؛ ۲: اندکی موافقم؛ ۳: نه موافق و نه مخالف؛ ۴: اندکی مخالفم و ۵: کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. سیمونز و گاهر، ضرایب آلفا را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کردند. آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است.

نژادی و سفیدکوه (۱۵) حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادزیستی و شفقت مادران کودکان اوتیسم مؤثر است. پودار و همکاران (۱۶) نیز در پژوهشی با عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در والدین دارای کودک اوتیسم نشان دادند که با انجام این درمان، میزان اضطراب و افسردگی این والدین کاهش و انعطاف‌پذیری و کیفیت زندگی آنان افزایش یافته است و این موضوع موجب بهبود رابطه آنان با کودک خود نیز شده است.

بنابراین با توجه به نقش برجسته فرایند پذیرش شرایط اختلال اوتیسم از سوی مادران دارای کودک مبتلا به این اختلال، همخوانی ساختارهای شیوه پذیرش و تعهد با مشکلات و مسائل پیش‌روی این مادران، تأثیر حمایت‌شده‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی از سویی، و لزوم کاهش پیامدهای منفی ناشی از این اختلال در خانواده‌های دارای فرزند اوتیسم از سویی دیگر، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم تأثیرگذار است یا خیر؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران مراجعه‌کننده به مراکز اوتیسم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. در این پژوهش پژوهشگران پس از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی شهر اصفهان، به مراکز درمان و نگهداری اوتیسم شهر اصفهان مراجعه و تعداد ۶۰ دعوت‌نامه برای مادران دارای کودک اوتیسم ارسال کردند. تعداد ۳۰ نفر از این مادران که تمایل به همکاری با پژوهش داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر پایه ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵

ب) برنامه مداخله‌ای: پروتکل درمانی پذیرش و تعهد بر اساس الگوی باند و همکاران (۱۷) به صورت یک جلسه در هفته توسط پژوهشگران برای گروه آزمایش اجرا شد. کل برنامه مداخله‌ای در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده در این پژوهش در جدول ارائه شده است.

در ایران، علوی و همکاران (۱۹) اعتبار همسانی درونی ۰/۷۱ را برای این مقیاس به دست آوردند. کلیشادی و یزدخواستی (۸) نیز در پژوهش خود ضریب روایی همزمان ۰/۳۲ برای این پرسشنامه را با پرسشنامه هوش اخلاقی به دست آوردند.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع	اهداف
اول	معارفه و آشنایی و مبانی نظری پذیرش و تعهد	معارفه و گرفتن پیش‌آزمون، توضیحاتی درباره پذیرش و تعهد
دوم	فرایندهای زیربنایی درمان پذیرش و تعهد	زمینه‌گرایی عملکردی، چهارچوب رابطه‌های ذهنی، استفاده از تمثیل، ارتباط با زمان حال
سوم	نامیدی خلاقانه و فهم ارزش‌گذاری	پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه
چهارم	عینی‌تر کردن ارزش‌ها و عمل متعهدانه	شناسایی ارزش‌ها، سنجش ارزش‌ها، اعمال، اهداف و موانع
پنجم	شروع درمان گواه است نه راه حل	جایگزین کردن تمایل به جای گواه با به‌کارگیری استعاره‌ها
ششم	مواجهه (نظری)	بررسی مواجهه با موقعیت دردآور
هفتم	مواجهه (عملی)	به اجرا گذاشتن موقعیت‌های دردآور
هشتم	حمایت اجتماعی و جمع‌بندی	مرور جلسات و کارآمد بودن حمایت اجتماعی در زندگی افراد، گرفتن پس‌آزمون

ج) روش اجرا: بعد از گرفتن مجوزهای لازم جهت اجرای این پژوهش، افراد نمونه بر حسب شرایط ورود و خروج انتخاب شدند. سپس هر دو گروه با آزمون مقیاس تحمل پریشانی مورد آزمون قرار گرفتند. برای اجرای پرسش‌نامه‌ها و اعمال برنامه مداخله‌ای رضایت افراد نمونه به طور کتبی اخذ شد. لازم به ذکر است سایر ملاحظات اخلاقی نیز به طور کامل رعایت شد. بدین ترتیب به آزمودنی‌ها گفته شد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه بوده و به غیر از پژوهشگران، هیچ فرد دیگری به این اطلاعات دسترسی نخواهد داشت و همچنین تأکید شد که همکاری در پژوهش اختیاری است و در هر مرحله از پژوهش که تمایلی به ادامه حضور در روند مداخله نداشته باشند، می‌توانند از ادامه مشارکت خودداری کنند. داده‌های به‌دست‌آمده از طریق نرم‌افزار آماری SPSS 22 و از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و ...) و در قسمت آمار استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها برابر $p < 0/001$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن (تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) تأثیر مثبت دارد ($p < 0/05$). مداخله نتوانست مؤلفه تحمل جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی را بهبود بخشد.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم قبل و پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جداول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جداول، آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنادار نیست، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات مؤلفه‌های تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم قبل و پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
تحمل پریشانی هیجانی	آزمایش	۱۰/۲۰	۱/۶۲	۰/۶۶۳	۰/۷۷۲	
	گواه	۱۱/۵۸	۲/۳۹			
جذب شدن به وسیله هیجان‌ناز منفی	پیش‌آزمون	۱۰/۳۰	۱/۷۷	۰/۸۷۹	۰/۴۲۳	
	گواه	۱۰/۱۷	۱/۵۳			
برآورد ذهنی پریشانی	آزمایش	۱۶/۶۰	۲/۵۹	۰/۵۸۹	۰/۸۷۸	
	گواه	۱۴/۸۳	۳/۳۳			
تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی	آزمایش	۸/۱۰	۱/۶۶	۱/۱۶۰	۰/۱۳۵	
	گواه	۷/۷۵	۱/۸۲			
تحمل پریشانی	آزمایش	۴۵/۲۰	۴/۳۴	۰/۶۱۱	۰/۸۴۹	
	گواه	۴۴/۳۳	۴/۷۷			
تحمل پریشانی هیجانی	آزمایش	۱۲/۹۰	۱/۵۲	۰/۸۱۰	۰/۵۲۸	
	گواه	۱۱/۳۳	۲/۱۰			
جذب شدن به وسیله هیجان‌ناز منفی	پس‌آزمون	۱۲/۷۰	۲/۱۱	۰/۶۲۳	۰/۸۳۲	
	گواه	۱۰/۰۰	۱/۲۸			
برآورد ذهنی پریشانی	آزمایش	۲۲/۴۰	۳/۵۳	۰/۶۷۷	۰/۷۴۹	
	گواه	۱۴/۱۷	۲/۸۲			
تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی	آزمایش	۱۱/۷۰	۰/۹۵	۰/۸۹۱	۰/۴۰۵	
	گواه	۸/۲۵	۲/۰۵			
تحمل پریشانی	آزمایش	۵۹/۷۰	۳/۶۲	۰/۷۴۷	۰/۶۳۳	
	گواه	۴۳/۷۵	۴/۲۷			

برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر تحمل پریشانی مادران از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل پریشانی مادران در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{1,19} = 133/3, P < 0/0001$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس تحمل پریشانی مادران در گروه‌ها برابر است ($P < 0/01$), برای بررسی همگنی گروه‌ها در پیش‌آزمون از ($F_{1,20} = 6/47$).

آزمون لوین استفاده شد: تحمل پریشانی ($P < 0/23$), خودکارآمدی ($F_{1,20} = 2/03, P < 0/23$), مسئولیت‌پذیری ($F_{1,20} = 0/95, P < 0/34$), خودمدیریتی ($F_{1,20} = 2/55, P < 0/12$), پذیرش فرزند ($P < 0/39$), ارزیابی مثبت فرزند ($F_{1,20} = 1/83, P < 0/19$) و تحمل پریشانی هیجانی ($F_{1,20} = 1/50, P < 0/23$). در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر تحمل پریشانی مادران گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در تحمل پریشانی

منبع	میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	توان آماری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۳۴/۳۲۸	۱	۱۳/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۲	۰/۴۲۲
عضویت گروهی	۱۲۹۱/۱۱۷	۱	۱۳۳/۳۰۶	<۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰	۰/۸۷۵
خطا	۹/۶۸۵	۱۹				

تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی) بررسی شده است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است (Box M=۹/۷۱۷, F=۰/۷۵, P<۰/۶۷). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین مؤلفه‌های تحمل پریشانی نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی‌دار است (X²=۷/۲۶, d.f=۴, P<۰/۰۵). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های تحمل پریشانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F_{۴,۱۳}=۷۳/۶۳, P<۰/۰۰۱). برای بررسی اینکه گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های تحمل پریشانی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری گزارش شده است.

با توجه به جدول ۳ آماره F تحمل پریشانی در پس‌آزمون (۱۳۳/۳۰۶) است که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است که نشان می‌دهد بین دو گروه در میزان تحمل پریشانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۸۷ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. آماره F پیش‌آزمون تحمل پریشانی نیز به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش‌آزمون تأثیر معنی‌داری بر نمرات پس‌آزمون دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد میانگین تصحیح‌شده گروه آزمایش در تحمل پریشانی (۹/۶۸۵) به دست آمد که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم تأثیر معنی‌داری داشته است.

در جدول زیر نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) در بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های تحمل پریشانی

مؤلفه	گروه	میانگین	میانگین مجذورات	F	توان آماری	اندازه اثر
تحمل پریشانی هیجانی	آزمایش	۱۴/۲	۲۸/۲۲۱	۱۲/۲۰۷	۰/۰۰۳	۰/۴۴۳
	گواه	۱۳/۳				
جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی	آزمایش	۱۴/۷	۳۰/۰۱۵	۹/۹۷۲	۰/۰۰۶	۰/۳۸۴
	گواه	۱۳/۲				
برآورد ذهنی پریشانی	آزمایش	۲۵/۲	۱۸۶/۹۶۲	۳۱/۳۲۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۲
	گواه	۱۷/۸				
تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی	آزمایش	۱۲/۹	۴۳/۹۰۵	۳۲/۴۱۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۰
	گواه	۱۰/۱				

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های تحمل پریشانی هیجانی (۱۲/۲۰) در سطح ۰/۰۰۳، برای مؤلفه جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی (۹/۹۷) در سطح ۰/۰۰۶، برای مؤلفه برآورد ذهنی پریشانی (۳۱/۳۲) در سطح ۰/۰۰۱، و برای مؤلفه تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی (۳۲/۴۱) در سطح ۰/۰۰۱، معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌ها، میانگین گروه آزمایش بالاتر از گروه گواه بوده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تمام مؤلفه‌های تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم مؤثر بوده است. علاوه بر این، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تحمل پریشانی هیجانی، ۴۴ درصد تغییرات در تحمل پریشانی، مؤلفه جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی ۳۸ درصد تغییرات، برآورد ذهنی پریشانی، ۶۶ درصد، و تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی، ۶۷ درصد تغییرات را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم انجام گرفت و نتایج نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم مؤثر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با برخی پژوهش‌های پیشین از جمله مقتدایی (۱۴)، پودار و همکاران (۱۶)، مردانی جونقانی (۲۰) و بیگدلی گشیزجانی و همکاران (۲۱)، که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان داده‌اند، همخوان است.

تولد کودک اوتیسم در خانواده با تنیدگی همراه است و همه اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد به‌ویژه مادران که در حکم مراقبان اصلی فرزندان، فشار روانی بیشتری را نسبت به دیگر اعضای خانواده، تحمل می‌کنند. مادران طیف گسترده‌ای از هیجان‌ات مانند خشم، غمگینی، گریه و سوگ

را نشان خواهند داد و بیشتر نگران واکنش‌های جامعه، بستگان و نزدیکان به این مشکل هستند (۱۹). فشارهای روانی گوناگون که به مادران این کودکان وارد می‌شود منجر به مشکلاتی در ایفای نقش مادری آنان گردیده و سلامت روان آنان را تهدید می‌کند (۵). در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که والدین تجربه بحران کودکان اوتیسم را نباید به‌عنوان یک ناهنجاری و یا بیماری تلقی کنند، بلکه باید آن را یکی از عواملی بدانند که بر سلامتی تأثیر گذاشته است، عبور از یک مرحله بحران به مرحله نوبنی از بهبودی، زمینه‌ساز اصلی درمان است که لازمه آن تغییرات ساختاری در شخصیت، باورها، نگرش‌ها، آرمان‌ها، امیال و جهت‌گیری‌هاست تا مسیری جدید برای درک لذت‌ها و آرامش‌های قیمتی‌تر باز سازد و تغییرات اساسی در ساختار درونی و در کیفیت بیرونی زندگی را سازمان‌دهی کند و فرصتی برای طرح‌ریزی حرکت، به سبکی جدید و به سمتی متفاوت ایجاد کند (۱۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی که در اختلال طیف اوتیسم به چشم می‌خورد مانند اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل، مشکلات خلقی، مدنظر قرار می‌گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درصدد تغییر شکل یا تغییر متناوب احساسات و افکار ناخواسته شخص نیست در عوض هدف اصلی آن، گسترش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در شخص است که به توانایی برقراری ارتباط با زمان حال اشاره دارد و اینکه او بتواند بر پایه آنچه که در موقعیت خاصی از فرد انتظار می‌رود، رفتار خود را تغییر دهد و یا بر رفتار کنونی خود پافشاری کند، رفتاری که با ارزش‌های شخصی او همخوانی دارد (۱۳).

به نظر می‌رسد این درمان، موجب ایجاد بینشی مثبت‌تر به شرایط در مادران دارای کودک اوتیسم شده و از سویی دیگر آنان را به مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد مجهز کرده است که احتمال پذیرش کودک مبتلا را در این مادران بالاتر خواهد برد. با توجه به تأکید درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد بر ارزش‌ها، عمل به تعهدات، پذیرش کودک و توجه به برقراری ارتباط در لحظه جاری، به نظر منطقی می‌رسد که این نوع از درمان بر بهبود روابط و افزایش تحمل پریشانی ناشی از داشتن کودک مبتلا مؤثر باشد.

در این درمان از راه گسلسن شناختی، مراجع می‌آموزد که رویدادهای درونی را همان‌گونه که واقعاً هستند ببیند نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند. این در نهایت باعث می‌شود فرآیند پذیرش بهتر رخ دهد، چون گسلسن از افکار، ارزشیابی و احساسات، باعث می‌شود کارکرد این رویدادهای درونی به‌عنوان موانع روان‌شناختی کاهش یابد (۲۲). کسب آگاهی از اختلال اوتیسم و نیز دستیابی به مهارت‌هایی برای پذیرش مشکلات کودک، باعث می‌شود مادران مشکلات رفتاری کودک خود را کمتر تنش‌آور بدانند، یعنی در حقیقت ادراک مادران از چگونگی پیامد، کیفیت خلقی خاصی در آنها ایجاد می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آنان را در خصوص وضعیت محیطی، توسعه مهارت‌های حل مسئله و غلبه بر ناامیدی کمک می‌کند و به آن‌ها می‌آموزد که واکنش مطلوب به رفتارهای تلاشگرانه کودک نشان دهند و از روش‌هایی نظیر خودآرام‌سازی نیز استفاده کنند (۱۳). دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم (تحمل پریشانی هیجانی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم کوشش‌ها برای تسکین پریشانی) مؤثر بوده است. مداخله نتوانست مؤلفه تحمل جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی را بهبود بخشد. در تبیین این مورد می‌توان این‌گونه گفت که صرف یک دوره آموزشی کوتاه‌مدت نمی‌تواند به تأثیر کارآمد همه‌جانبه بیانجامد و احتمالاً مداخلات روان‌درمانی همراه با دوره‌های آموزشی برای کمک به والد (مادر)، در افزایش بهزیستی

هیجانی و سلامت عمومی ایشان ضروری است. به همین علت، مداخله درمانی نتوانست آن بخش از مؤلفه‌های تحمل پریشانی که با تحمل جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی مرتبط بود، را بهبود ببخشد. به‌طور خلاصه می‌توان گفت که افراد در روی آورد پذیرش و تعهد آموختند که تحمل پریشانی به معنای پذیرش تجارب گذشته در نگهداری از فرزند مبتلا و مواجهه با موقعیت‌های هیجانی منفی است.

از محدودیت‌های عمده این پژوهش می‌توان به عدم رعایت روش نمونه‌گیری تصادفی در تمامی مراحل انجام پژوهش، همچنین عدم پیگیری نتایج به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی مدت از دیگر محدودیت این مطالعه به حساب می‌آید. در سطح پژوهشی پیشنهاد می‌شود که این مطالعه با رفع این محدودیت‌ها و با اندازه نمونه بیشتر صورت گیرد تا هم دقت نتایج و هم بر تعمیم‌دهی یافته‌ها افزایش یابد. با توجه به نتایج پژوهش، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله درمانی در کنار سایر روش‌های درمانی و توانبخشی، در راستای کاهش پریشانی و تنیدگی مادران دارای کودک اوتیسم در مراکز توانبخشی عمومی و خصوصی استفاده شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم اکرم احمدی در رشته روان‌شناسی بالینی با کد ۳۹۴۰۶۰۸۹ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی سازمان بهزیستی استان اصفهان با شماره مجوز ۲۷۹۱/۹۶/۷۱۴ صادر شد. بدین وسیله از مسئولین سازمان بهزیستی اصفهان، مسئولین مرکز اوتیسم حضرت زینب اصفهان و تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش که با همکاری خود امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.

References

1. Beirami M, Hashemi Nosrat Abad T, Movahedi Y, Besharat R, Kohpeima S. Comparison of sleep quality components in autistic children's parents, normal and mentally retarded. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2014; 4(13): 29–46. [Persian]. [\[Link\]](#)
2. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S, Eshrat T. The effect of supportive and cognitive- behavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children. *Sci Med J*. 2012; 10(6): 637-645. [Persian]. [\[Link\]](#)
3. Foody C, James JE, Leader G. Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: a comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45(4): 1084–1095. [\[Link\]](#)
4. Schlebusch L, Samuels AE, Dada S. South African families raising children with autism spectrum disorders: relationship between family routines, cognitive appraisal and family quality of life. *J Intell Disabil Res*. 2016; 60(5): 412-423. [\[Link\]](#)
5. Gorji R, Yektahah S, Allameh M. General health and quality of life of mothers with autism child. *Exceptional Education*. 2014; 1(123): 13-19. [Persian]. [\[Link\]](#)
6. Baker CN, Hoerger M. Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: evidence from a retrospective cohort study. *Pers Individ Dif*. 2012; 52(7): 800–805. [\[Link\]](#)
7. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Anxiety Disord*. 2016; 41: 73–81. [\[Link\]](#)
8. Kelishadi F, Yazdkhasti F. Impact of perception of parental rejection–acceptance and control on moral intelligence and distress tolerance. *JSFC*. 2016; 9(33): 155–169. [Persian]. [\[Link\]](#)
9. DePape AM, Lindsay S. Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qual Health Res*. 2015; 25(4): 569-583. [\[Link\]](#)
10. Sarabi Jamab M, Hassanabadi H, Mashhadi A, Asghari Nekah M. The effectiveness of parent training on self-efficacy of mothers of children with autism. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(49): 84–93. [Persian]. [\[Link\]](#)
11. Karimzadeh J. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, depression and psychological flexibility in patients with asthma. [Thesis for Master of Science]. [Najafabad, Iran]: Faculty of Psychology, University of Najafabad; 2014, pp: 40-45 [Persian]. [\[Link\]](#)
12. Machell KA, Goodman FR, Kashdan TB. Experiential avoidance and well-being: a daily diary analysis. *Cogn Emot*. 2015; 29(2): 351–359. [\[Link\]](#)
13. Hayes SC. *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland, USA: New Harbinger Publications, Inc; 2005, pp: 36 [\[Link\]](#)
14. Moghtadaei M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on flexibility, tolerance of distress and interpersonal problems in spouses of veterans of Isfahan. [Thesis for Master of Science]. [Khurasgan, Iran]: Faculty of Psychology, University of Khurasgan; 2014, pp: 71-72. [Persian] [\[Link\]](#)
15. Niknejadi F, Dehghan Sefidkooh A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on increasing compassion in mothers of autistic children in Isfahan. National conference on applied research in education sciences and psychology and social damage of Iran, foundation for the advancement of science and technology, Tehran. 2015. [Persian]. [\[Link\]](#)
16. Poddar S, Sinha V K, Urbi M. Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *Int J Educ Psychol Res*. 2015; 1(3): 221-225. [\[Link\]](#)
17. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011; 42(4): 676–688. [\[Link\]](#)
18. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005; 29(2): 83–102. [\[Link\]](#)

19. Alavi K, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi A, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(50): 35–124. [Persian]. [\[Link\]](#)
20. Mardani Jooneghani F. Effect of admission and commitment intervention on distress tolerance, negative mood experience and nicotine dependence syndrome. [Thesis for Master of Science]. [Najafabad, Iran]: Faculty of Psychology, University of Najafabad; 2015, pp:62. [Persian]. [\[Link\]](#)
21. Bigdeli Gishnizjani N, Abedi A, Ghomraei A. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on mental health of mothers of children with autism disorder. *The First International Congress of Comprehensive Psychology of Iran*. 2014; 1-6. [Persian]. [\[Link\]](#)
22. Lang AJ, Schnurr PP, Jain S, He F, Walser RD, Bolton E, et al. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND veterans. *Psychol Trauma*. 2017; 9(1): 74–84. [\[Link\]](#)

The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Mothers of Children with Autism

Akram Ahmadi¹, Zohreh Raeisi*²

1. M.A. in Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Received: November 22, 2017

Accepted: July 3, 2018

Abstract

Background and Purpose: Presence of a child with a disability may be the source of a great deal of stress for any member of the family. Therefore, the present study was conducted to investigate the effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on distress tolerance of mothers with autistic children.

Method: This semi-experimental study was of pretest-posttest control group design. The research population consisted of all mothers with autistic children in Esfahan in 2017, of whom 30 were selected by convenience sampling and then randomly assigned to the experimental or control group (n= 15 per group). However, due to the dropout, only 10 subjects remained in the control group and 12 in the experimental one. *Distress tolerance scale* (Simons & Gaher, 2005) was used for data collection. The experimental group underwent eight 90-minute sessions of group therapy based on acceptance and commitment, while the control group received no intervention. The data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results showed that acceptance and commitment therapy had a positive effect on distress tolerance and its components (emotional distress tolerance, distress appraisal, and distress regulation) ($p < 0.05$), but it was of no effect on distress absorption by negative emotions ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the results of the present study, it can be concluded that acceptance and commitment therapy can be effective in increasing the distress tolerance of mothers with autistic children by promoting their psychological flexibility and other mental health indices.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, distress tolerance, mothers with autistic children

Citation: Ahmadi A, Raeisi Z. The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 5(3): 59-79.

***Corresponding author:** Zohreh Raeisi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
Email: Z.tadbir@yahoo.com Tel: (+98) 031-42292162