MEJDS. 2023; 13:17.
Published online 2023 May. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Coping Strategies Training on Self-esteem and Parenting Self-efficacy of Mothers with Autism Children

Rostami M [1], *Keykhosravani M[2], Poladi Rishehri A[2, 3], Bahrani MR[2, 3]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Psychology Department of Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran;
2. Assistant Professor in Psychology Department, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran;
3. Assistant Professor in Psychology Department, Islamic Azad University and Payam Noor University, Bushehr, Iran.
***Corresponding Author Email:** moloud.keykhosravani@iaubushehr.ac.ir

Received: 2021 March 16; **Accepted:** 2021 May 23

Abstract

Background & Objectives: Undoubtedly, the birth and presence of an Autism Spectrum Disorder (ASD) child in any family is an unpleasant and challenging event and prevents the performing of the parent's normal functions. Mothers of children with special needs, especially ASD, experience more psychological problems. There is much evidence that mothers of these children experience higher levels of general anxiety than mothers of other exceptional children. Frustration and deprivation due to the child's abnormality cause isolation, disinterest in relating to the environment, low self-esteem, a feeling of worthlessness, and low parenting self-efficacy. Eventually, this situation causes depression and endangers the mother's mental health. The present research aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy with coping strategies training on increasing self-esteem and parenting self-efficacy in mothers of ASD children.
Methods: The quasi-experimental study has a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The study population consisted of all mothers whose children were treated and educated in ASD education centers in Booshehr City, Iran. In total, 30 willing and volunteered to participate in the study were selected and randomly assigned to three groups (acceptance and commitment therapy, coping strategies training, and control group, each group was 10 people). The experimental groups participated in 8 sessions once a week for eight continuous weeks, while the control group did not receive treatment. The inclusion criteria included not having severe physical illness and maternal psychosis, having a child with ASD being treated and studying in one of the educational centers for children with autism, and having at least primary education for mothers. The exclusion criteria were the symptoms of mental disorder during the training session, and receiving psychiatric treatment and, having a history of receiving cognitive-behavioral training, absence from two or more sessions in the intervention program. The instruments for gathering required data consisted of Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) and Parenting Self-Efficacy Scale (Dumka et al., 1996). The obtained data were analyzed at the level of descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics (repeated measure analysis of variance and Bonferroni's post hoc test) at the significant level of 0.05 in SPSS version 16 software.
Results: Results showed that acceptance and commitment therapy and coping strategies training significantly improved mothers' self-esteem and parenting self-efficacy in the experimental groups compared to the control group ($p<0.001$). The effect of both interventions was significant from the pretest to the posttest ($p<0.001$) and from the pretest to follow-up ($p<0.001$). But it was not significant from the posttest to the follow-up ($p>0.05$). Also, no significant difference was observed between the average scores of the experimental groups in the variables of self-esteem ($p=0.668$) and parenting self-efficacy ($p=0.056$).
Conclusion: According to the study findings, both interventions are effective in increasing self-esteem and parenting self-efficacy, and there is no significant difference between the effectiveness of these two interventions. Therefore, therapists can use these two therapeutic and educational approaches, especially acceptance and commitment therapy, a new wave of cognitive-behavioral treatments.
Keywords: Acceptance and commitment therapy, Coping strategies training, Self-esteem, Parenting self-efficacy.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۱۷.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان اختلال طیف اتیسم

مجید رستمی[۱]، *مولود کیخسروانی[۲]، علی پولادی ریشهری[۲و۳]، محمدرضا بحرانی[۲و۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه پیام‌نور، بوشهر، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** moloud.keykhosrovani@iaubushehr.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۶ اسفند ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: تولد کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم، موجب بروز چالش در خانواده به‌ویژه برای مادر می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی چندگروهی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم تشکیل دادند که در مراکز آموزشی‌درمانی خاص کودکان طیف اتیسم شهر بوشهر مشغول به تحصیل یا درمان بودند. از میان آن‌ها سی نفر واجد شرایط به‌صورت نمونهٔ دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، گواه) قرار گرفتند. فقط گروه‌های آزمایش هرکدام در هشت جلسهٔ درمانی، هفته‌ای یک جلسهٔ نوددقیقه‌ای شرکت کردند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (روزنبرگ، ۱۹۶۵) و مقیاس خودکارآمدی والدگری (دومکا و همکاران، ۱۹۹۶) بود. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح احتمال ۰/۰۵ توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه، به‌طور معناداری اثربخش بود ($p<۰/۰۰۱$). اثر هر دو مداخله از مراحل پیش‌آزمون تا پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و از مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) معنادار شد؛ اما از مراحل پس‌آزمون تا پیگیری معنادار نبود ($p>۰/۰۵$). همچنین بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش در متغیرهای عزت‌نفس ($p=۰/۶۶۸$) و خودکارآمدی والدگری ($p=۰/۰۵۶$) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، هر دو مداخله بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری اثربخش است و تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو مداخله وجود ندارد؛ ازاین‌رو، درمانگران می‌توانند از این دو رویکرد درمانی و آموزشی به‌ویژه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد که موج نوینی از درمان‌های شناختی‌رفتاری است، استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، عزت‌نفس، خودکارآمدی والدگری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

۱ مقدمه

بدون تردید تولد و حضور کودک با اختلال طیف اتیسم[1]، در هر خانواده‌ای رویدادی نامطلوب و چالش‌زا است و مانع انجام کارکردهای متعارف والدین می‌شود. اختلال طیف اتیسم، ناتوانی رشدی[2] مداوم و اختلالی نورولوژیک[3] است که عملکرد مغز را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱). در این اختلال، کودک دچار نقصان در تعامل اجتماعی[4] و ارتباط اجتماعی[5] به‌ویژه در گفتار و الگوهای تکراری رفتار[6] می‌شود (۲). پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی[7] مشکلات حسی را به‌عنوان یکی دیگر از شاخص‌های جدید این اختلال معرفی می‌کند (۳). مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌های[8] آمریکا شیوع این اختلال را یک نفر در هر ۶۸ ولادت گزارش کرده است (۴). علائم این اختلال در فواصل سنی ۱۲ تا۱۸ ماهگی بروز می‌کند و میزان ابتلا به آن در پسران ۴تا۵برابر دختران است (۵). اختلال طیف اتیسم، زنجیره‌ای از گرفتاری‌های اجتماعی برای خانواده به‌دنبال دارد و آن‌ها را درمعرض پیامدهای روانی منفی مانند کاهش احساس ارزشمندی و نقصان خودکارآمدی والدگری لازم برای کنترل و مدیریت رفتارهای فرزند قرار می‌دهد. گری اظهار داشت، مادران دارای فرزند اتیستیک، احساس گناه و افسردگی شدیدی را تحمل می‌کنند (۶).

از متغیرهای بررسی‌شده در پژوهش حاضر، عزت‌نفس[9] بود. کوپراسمیت[10] عزت‌نفس را مجموعهٔ بازخوردها و عقایدی دانست که افراد در روابط خویش با دنیای بیرون ابراز می‌کنند و اینکه فرد تا چه اندازه خود را توانا، ارزنده و بااهمیت می‌داند؛ تجربه‌ای شخصی که ترجمان آن را می‌توان در سطح گفتار و رفتارهای معنادار مشاهده کرد (به‌نقل از ۷). شواهد پژوهشی حکایت از اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران دارد؛ ازجمله در پژوهش موسی‌زاده و همکاران با بررسی تبیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر خودکارآمدی و عزت‌نفس دانش‌آموزان پسر پایهٔ اول دورهٔ متوسطه مشخص شد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کنارآمدن دانش‌آموزان با چالش‌های زندگی و افزایش عزت‌نفس و ایجاد باورهای خودکارآمدی در آن‌ها مؤثر است (۸).

متغیر دیگر بررسی‌شده در پژوهش حاضر، خودکارآمدی والدگری[11] بود. خودکارآمدی والدگری، ساختاری شناختی مهم در ارتباط با عملکرد والدین است و بر ارزیابی والدین از توانایی‌شان در ایفای نقش خود به‌عنوان پدر یا مادر گفته می‌شود (۹). شواهد مختلف نشان داد، مشکلات رفتاری و رشدی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، تأثیر بسزایی بر کاهش خودکارآمدی والدین دارد (۱۰). پژوهش ساندرز و وولی مشخص کرد، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم درمقایسه با مادران دیگر اختلال‌های رشدی، ذهنی و جسمی، خودکارآمدی کمتری را احساس می‌کنند (۱۱).

مداخلات روانی متعددی برای مقابله با اختلال‌های روانی مدنظر روان‌شناسان است. از شیوه‌های بسیار مهم مداخله‌ای، آموزش راهبردهای مقابله‌ای[12] است. لازاروس مفهوم مقابله[13] را معرفی کرد (۱۲). از نظر لازاروس و فولکمن، مقابله به فرایند مدیریت تقاضاها (بیرونی یا درونی) اشاره دارد که دشوار یا فراتر از منابع فرد ارزیابی شود. از نظر آنان، مقابله دربرگیرندهٔ تلاش‌ها برای اداره و کنترل کشمکش‌ها است (۱۳). براساس تئوری‌های روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای نقش مهمی در کاهش استرس و درنتیجه سلامت روانی افراد دارد. در پژوهشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سبب افزایش عزت‌نفس، بهبود مهارت‌های اجتماعی، ارتباط بین‌فردی و افزایش رفتارهای مثبت اجتماعی شد (۱۴).

از دیگر درمان‌های شناختی‌رفتاری که به‌منزلهٔ درمان‌های پست‌مدرن شناخته شده است و به موج سوم درمان‌های روان‌شناختی شهرت دارد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[14] است. این درمان یکی از روش‌های روان‌درمانی با هدف ایجاد و ارتقای انعطاف‌پذیری روانی[15] است. انعطاف‌پذیری روانی به‌معنای ایجاد و ارتقای انتخاب راهکاری بوده که بین راهکارهای موجود مناسب‌تر است، نه راهکاری که باعث اجتناب از افکار، احساس‌ها، تمایل‌ها و خاطره‌های آشفته‌کننده می‌شود (۱۵). این شیوه ازطریق آموزش پذیرش روانی[16]، آگاهی روانی[17]، گسلش شناختی[18]، روشن‌سازی ارزش‌ها[19] و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه[20] باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود (۱۶). در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، برخلاف درمان‌های شناختی‌رفتاری به‌طور مستقیم بر تغییر افکار و احساس‌ها تأکید نمی‌شود؛ بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی مشاهده کنند (۱۷). این شیوه به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را شناسایی کرده و با توضیح دربارهٔ آن‌ها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی‌بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (۱۸). پژوهش‌های متعددی حکایت از اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران دارد؛ ازجمله در پژوهشی با بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش عزت‌نفس و کاهش اضطراب از کنفرانس دانش‌آموزان دورهٔ اول متوسطهٔ تهران مشخص شد، این درمان به‌صورت معناداری بر افزایش عزت‌نفس و کاهش علائم فیزیولوژیک اضطراب کنفرانس مؤثر است (۱۹). در پژوهش دیگر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عزت‌نفس و نگرانی از تصویر بدنی بعد از اولین زایمان زنان کاشان نشان داد، این درمان شدت افسردگی و تصویر منفی بدنی را کاهش داده و عزت‌نفس آنان را افزایش می‌دهد

---

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. Developmental disability
3. Neurological disorder
4. Deficit in social interaction
5. Deficit in social communication
6. Stereotypical behavior
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 5th edition (DSM-5)
8. Central of Disease Prevention and Control
9. Self-esteem
10. Cooper Smith
11. Parenting self-efficacy
12. Coping strategies
13. Coping
14. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
15. Mental flexibility
16. Psychological acceptance
17. Psychological awareness
18. Cognitive diffusion
19. Clarification of values
20. Committed action

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

(۲۰). در تحقیقی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی والدگری مادران دارای کودک اتیستیک با استفاده از مقیاس خودکارآمدی والدگری دومکا[1] و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس ارزیابی شد. نتایج مشخص کرد، نمرهٔ کل خودکارآمدی والدگری گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، تفاوت معناداری دارد (۲۱). در پژوهشی دیگر با بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود عزت‌نفس بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مشاهده شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی در بهبود عزت‌نفس اثر معنادار دارد. همچنین نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد دارای اثربخشی بیشتری از دارودرمانی در بهبود عزت‌نفس بیماران افسردگی اساسی است (۲۲).

مطالعه‌ای دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌ویژه در جمعیت مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم مشاهده نشد؛ همچنین مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم با انبوه مشکلات مواجهه هستند؛ ازاین‌رو ضرورت ارزیابی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای ــ که به‌دنبال تغییر موقعیت‌های استرس‌زا (رویکرد مسئله‌مدار) یا تنظیم پاسخ‌های هیجانی فرد (رویکرد هیجان‌مدار) در موقعیت پیش‌آمده است ــ درمقایسه با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ــ که رویکرد نسبتاً جدیدی است و مطالعات پیشین مرتبط با این درمان نشان می‌دهد که در زمینهٔ انواع مشکلات بالینی اثربخش بوده و به‌دنبال افزایش توانایی فرد برای ایجاد ارتباط با تجربه‌اش در زمان حال و عمل منطبق با ارزش‌ها برای زندگی ارزشمند و رضایت‌بخش است (۲۳) ــ احساس می‌شود؛ زیرا با تدارک برنامه‌های خاص آموزشی و درمانی مناسب، گامی درجهت بهزیستی و افزایش سطح بهداشت روان آنان برداشته شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی چندگروهی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مادران کودکانی تشکیل دادند که در مدرسه‌های ویژهٔ آموزش و درمان کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در شهرستان بوشهر مشتمل بر دبستان و پیش‌دبستانی سلامت اندیشه و دبستان نسیم به تحصیل اشتغال داشتند. نمونه‌گیری این پژوهش، به‌روش دردسترس بود. ازآنجاکه الزام به مشارکت در همهٔ جلسات آموزش تا پایان طرح وجود داشت، از این روش استفاده شد. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، محدود به چهل مادر کودک با اختلال طیف اتیسم بود. مطابق جدول کرجسی و مورگان، برای جامعهٔ چهل‌نفری حجم نمونه باید ۳۶ نفر باشد (۲۴). ازآنجاکه تنها ۳۴ نفر از مادران برای مشارکت در مداخلات اعلام علاقه‌مندی و آمادگی کردند، به‌طور تصادفی در سه گروه یازده‌نفری (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، گواه) قرار گرفتند. دو گروه آزمایش طبق پروتکل‌های آموزشی، مداخلهٔ آزمایشی را دریافت کردند و برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. در حین آموزش، یکی از اعضای گروه مداخله انصراف داد. در خاتمهٔ آموزش، برای رعایت یکسانی تعداد نمونه، به‌ناچار از دو گروه دیگر به‌طور تصادفی یک نفر حذف شد؛ درنتیجه آزمودنی‌ها سه گروه ده‌نفره شدند (n=۱۰). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش، نداشتن بیماری شدید جسمانی و نشانه‌های روان‌گسستگی مادر، دارابودن فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم مشغول به درمان و تحصیل در یکی از مراکز آموزشی‌درمانی کودکان طیف اتیسم و داشتن حداقل تحصیلات دورهٔ ابتدایی برای مادران بود. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، مشاهدهٔ نشانه‌های اختلال روانی حین جلسهٔ آموزش، بی‌تفاوتی و مشارکت‌نداشتن در بحث‌های گروهی، غیبت و حضورنداشتن دو جلسه و بیشتر در برنامهٔ مداخله در نظر گرفته شد.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از شروع آموزش و درمان در جلسهٔ توجیهی، ارائهٔ اهداف برنامهٔ پژوهشی برای مادران صورت گرفت. همچنین بیان شد، برای اطمینان بیشتر هنگام پرکردن پرسش‌نامه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از کد عددی استفاده می‌شود؛ به‌علاوه اطلاعات حاصل محرمانه می‌ماند و نتایج پژوهش، به‌طورکلی بیان می‌شود.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها دو ابزار سنجش مدادکاغذی و جلسات آموزشی زیر به‌کار رفت.

ــ مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ[2]: این مقیاس توسط موریس روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ ساخته شد (۲۵). این مقیاس ده گویهٔ خودگزارش‌دهی دارد که احساس‌های کلی یا پذیرش خود را به‌صورت مثبت بیان می‌کند. هر گزارهٔ این مقیاس شامل مقیاسی چهارگزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌شود و دامنهٔ آن از ۱ تا۴ است. کمینه و بیشینهٔ نمرهٔ آن ۱۰تا۴۰ است. هرچه نمرهٔ فرد در پرسش‌نامه کمتر باشد، نشان‌دهندهٔ اعتمادبه‌نفس ضعیف‌تر است (۲۵). روزنبرگ برای ساخت این مقیاس آن را روی ۵۰۲۴ دانش‌آموز دبیرستانی در ایالت نیویورک اجرا کرد و ضرایب اعتبار و روایی آن به‌ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۷ به‌دست آمد. این مقیاس عزت‌نفس مثبت و نیز عزت‌نفس منفی را ارزیابی می‌کند. ثبات و تکرارپذیری نتایج حاصل از اجرای پرسش‌نامه، خوب تا عالی گزارش شد (۲۵). رجبی و بهلول پایایی این مقیاس را با کاربرد روش آلفای کرونباخ در کل نمونهٔ دانشجویی ۰/۸۴ و در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ محاسبه کردند (۲۶).

ــ مقیاس خودکارآمدی والدگری: مقیاس خودکارآمدی والدگری توسط دومکا و همکاران در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی خودکارآمدی والدینی استفاده شد (۲۷). نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت از به‌ندرت (۱ نمره) تا همیشه (۷ نمره) انجام می‌گیرد. این مقیاس شامل ده گویه است که پنج عبارت مثبت و پنج عبارت منفی را شامل می‌شود. نمرهٔ کل دامنه‌ای بین ۱۰تا۷۰ دارد. این مقیاس سه مؤلفهٔ عمده را می‌سنجد: احساس والدین دربارهٔ توانایی والدگری‌شان؛ اطمینان آن‌ها دربارهٔ عمل موفقیت‌آمیزشان در نقش والدگری؛ ارزیابی توانایی آن‌ها برای مدیریت رفتار فرزندشان. هرچه نمرهٔ این مقیاس بیشتر باشد نشان می‌دهد که خودکارآمدی بیشتر است (۲۷). عاشوری و همکاران روایی

[1]. Dumka Parenting Self-Efficacy Scale

[2]. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

مقیاس را ۰/۷۹ و پایایی آن را ۰/۷۳ گزارش کردند (۲۸).

ـ جلسات آموزشی توسط دو نفر (درمانگر و کمک‌درمانگر) هدایت شد. در جلسات، درمانگران مطالب آموزشی را بازگو کردند و از مادران خواسته شد در بحث‌ها مشارکت کنند. مداخله‌های درمانی و آموزشی طی هشت جلسه به‌صورت یک جلسه در هفته و طی هشت هفتهٔ متوالی انجام گرفت. محتوای برنامهٔ درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد از پروتکل جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۱۹۹۹) انتخاب شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید (۲۹). محتوای برنامهٔ آموزش راهبردهای مقابله‌ای براساس پروتکل آموزشی لازاروس (۱۹۹۶) بود (۱۲). روایی صوری و روایی محتوایی این دو بستهٔ آموزشی، در پژوهش حاضر توسط چهار تن از اساتید روان‌شناسی دارای سابقهٔ بیشتر از ده سال تأیید شد که سابقهٔ کار بالینی داشتند. برنامهٔ آموزشی دو رویکرد درمانی و آموزشی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. برنامهٔ اجرای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای

جلسه	آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	آموزش راهبردهای مقابله‌ای
اول	معرفی و مبنای درمان: خوشامدگویی، آشنایی، برقراری رابطه، شرح اهداف برنامه، توزیع و تکمیل پرسش‌نامه‌ها	خوشامدگویی، آشنایی، برقراری ارتباط، شرح اهداف برنامه، توزیع و تکمیل پرسش‌نامه‌ها
دوم	فراهم‌کردن مقدمات درمان: بیان رابطهٔ استرس و پذیرش، پذیرش فرزند اتیستیک، بحث گروهی، تمرین تن‌آرامی، دادن تکلیف خانگی	آشنایی با مفهوم استرس، نقش افکار در ایجاد استرس، ارتباط افکار با احساسات و رفتار، آموزش تن‌آرامی و دادن تکلیف خانگی
سوم	یادگیری پذیرش زندگی با استرس: دریافت بازخورد جلسهٔ قبل، بررسی پذیرش استرس، طرح اهمیت ارزش‌های زندگی، بحث گروهی و جمع‌بندی	معرفی خطاهای شناختی، ویژگی‌های افکار خودآیند منفی و شیوهٔ مقابله با آن‌ها، ارائهٔ تمرین خانگی
چهارم	ارزش‌ها و عمل: تفهیم گسلش شناختی و آمیختگی، روشن‌کردن ارزش‌ها، اهداف و عمل، بحث گروهی	آموزش تمرکز فکر، مرور استرس‌های مربوط به داشتن کودک اتیستیک و چگونگی مقابله با آن‌ها
پنجم	تمایلات، احساسات و افکار: ارتباط با زمان حال، آموزش فنون ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی و هیجانات منفی، تکلیف خانگی	آشنایی با انواع مقابله‌ها (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی) و شرح هریک با مثال
ششم	عمل و شروع به کار کردن: بازخورد جلسهٔ قبل، برنامه‌ریزی برای عمل، خود به‌عنوان زمینه	آموزش تفکر مثبت، آشنایی با بارش مغزی و تمرین آن در جلسه، ارائهٔ تکلیف خانگی
هفتم	عمل متعهدانه: تمایل، تعهد به عمل و ارزش‌ها باوجود موانع، بحث گروهی و جمع‌بندی	آموزش خودگویی هدایت‌شده، آموزش حل مسئله و مراحل آن، تمرین آن در جلسه، ارائهٔ تمرین خانگی
هشتم	حفظ دستاوردهای درمان: تعهد به عمل، راه‌های مقابله با عود، دادن تکلیف دائم، نتیجه‌گیری از جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون	مرور آموزش‌های حل مسئله، مقابله با فشارهای روانی ازطریق دریافت حمایت اجتماعی، جمع‌بندی و پس‌آزمون

باتوجه به اینکه در این پژوهش هدف، مقایسهٔ دو روش مداخله‌ای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با راهبردهای مقابله‌ای بود، برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به‌منظور مقایسهٔ تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری متغیرها در گروه‌های آزمایش و گروه گواه، آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و شاپیروـ ویلک، برای برقراری برابری واریانس‌های خطای متغیرها از آزمون لون، برای فرض تساوی ماتریس کوواریانس و واریانس از آزمون ام‌باکس و برای بررسی همگنی واریانس بین‌گروهی از آزمون کرویت موخلی استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها، ۰/۰۵ بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ تجزیه‌وتحلیل آماری شدند.

۳ یافته‌ها

براساس داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها، دامنهٔ سنی مادران در فواصل ۲۶تا۴۸ سال قرار داشت. میانگین و انحراف معیار سن آنان در گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و گروه آموزش راهبردهای مقابله‌ای و گروه گواه به‌ترتیب ۳۳/۵۰۰±۳/۰۶۴ و ۳۳/۱۰۰±۴/۱۴۸ و ۳۹/۷۰۰±۳/۹۷۳ سال بود. داده‌ها نشان داد، تحصیلات ۷ نفر از مادران (۲۳درصد) دورهٔ ابتدایی و راهنمایی، ۱۶ نفر (۵۴درصد) دیپلم، ۴ نفر فوق‌دیپلم (۱۳درصد) و ۳ نفر (۱۰درصد) لیسانس و فوق‌لیسانس بود. تعداد فرزندان مادران بین ۱ تا۵ بود. ۶۳درصد از آنان فرزند اول، ۱۷ درصد فرزند دوم، ۱۰ درصد فرزند سوم، ۷درصد فرزند چهارم و ۳درصد فرزند پنجم بودند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

جدول ۲. خلاصهٔ نتایج شاخص‌های توصیفی نمرات گروه‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای و گروه کنترل بر متغیرهای مطالعه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عزت‌نفس	پذیرش و تعهد	۱۹/۸۰۰	۳/۴۲۵	۲۴/۶۰۰	۳/۱۶۹	۲۴/۷۰۰	۲/۹۴۶
	راهبرد مقابله‌ای	۲۰/۸۰۰	۳/۲۹۳	۲۵/۲۰۰	۳/۴۲۵	۲۵/۰۰۰	۳/۳۳۳
	گواه	۲۰/۹۰۰	۵/۲۷۹	۲۱/۴۰۰	۳/۲۷۳	۲۱/۹۰۰	۳/۶۰۴
خودکارآمدی والدگری	پذیرش و تعهد	۴۲/۱۰۰	۸/۷۸۵	۴۹/۹۰۰	۷/۴۰۵	۴۹/۹۰۰	۶/۵۹۰
	راهبرد مقابله‌ای	۴۵/۸۰۰	۸/۴۴۳	۵۲/۲۰۰	۸/۴۳۰	۵۱/۶۰۰	۸/۹۸۴
	گواه	۴۴/۷۰۰	۸/۰۱۵	۴۶/۵۰۰	۶/۸۳۵	۴۶/۹۰۰	۷/۲۰۳

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد. بر این اساس، میانگین نمرات متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری در گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه افزایش چشمگیری داشت. به‌منظور بررسی تفاوت درون‌گروهی و بین‌گروهی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا ارزیابی پیش‌فرض‌های آن صورت گرفت. نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته ازطریق آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای عزت‌نفس (p=۰/۱۴۱) و خودکارآمدی والدگری (p=۰/۲۰۰) و آزمون شاپیرو-ویلک برای عزت‌نفس (p=۰/۸۱۲) و خودکارآمدی والدگری (p=۰/۴۶۳) بررسی شد. آزمون لون، برقراری پیش‌فرض برابری واریانس‌های خطای متغیرها را برای عزت‌نفس (p=۰/۱۴۱) و خودکارآمدی والدگری (p=۰/۶۷۳) نشان داد. آزمون ام‌باکس مشخص کرد، فرض تساوی ماتریس کوواریانس و واریانس در گروه‌های مطالعه، برای عزت‌نفس (p=۰/۵۱۴) و خودکارآمدی والدگری (p=۰/۳۹۴) برقرار بود. نتایج آزمون کرویت موخلی برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها حاکی‌از ردنشدن کرویت بود (عزت‌نفس (p=۰/۰۹۰)، خودکارآمدی والدگری (p=۰/۱۵۴)).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری

اثر	متغیر	گروه	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
زمان	عزت‌نفس	پذیرش و تعهد راهبرد مقابله‌ای گواه	۷۴/۸۱۷	۱	۷۴/۸۱۷	۲۷/۴۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۴
زمان*گروه		پذیرش و تعهد راهبرد مقابله‌ای گواه	۶۷/۰۳۳	۲	۳۳/۵۱۷	۱۲/۲۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۶
گروه		پذیرش و تعهد راهبرد مقابله‌ای گواه	۱۱۳/۰۸۹	۲	۵۶/۵۴۴	۹/۹۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۴
زمان	خودکارآمدی والدگری	پذیرش و تعهد راهبرد مقابله‌ای گواه	۳۱۲/۸۱۷	۱	۳۱۲/۸۱۷	۱۸۹/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۵
زمان*گروه		پذیرش و تعهد راهبرد مقابله‌ای گواه	۱۵۶/۰۳۳	۲	۷۷/۰۱۷	۴۶/۵۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
گروه		پذیرش و تعهد راهبرد مقابله‌ای گواه	۴۱۶/۰۸۹	۲	۲۰۸/۰۶۴	۳۴/۴۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۹

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

نتایج مندرج در جدول ۳ و نمودار شکل‌های ۱ و ۲ نشان می‌دهد، اثر زمان بر متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). این نتیجه مشخص می‌کند، در میانگین نمرات متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری بین سه دورهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنادار وجود داشت. مقدار مجذور اتای (اندازهٔ اثر) عزت‌نفس، ۵۰/۴درصد از واریانس و مجذور اتای خودکارآمدی والدگری، ۸۷/۵درصد از واریانس را به‌وسیلهٔ مداخلهٔ صورت‌گرفته تبیین می‌کند. اثر متقابل زمان*گروه نیز بر متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری معنادار شد (p<۰/۰۰۱). این نتیجه بیان می‌کند که در میانگین نمرات متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در طول زمان، تفاوت معناداری ایجاد شد. همچنین اثر گروه بر متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری معنادار شد (p<۰/۰۰۱)؛ بدین‌معنا که بین میانگین نمرات متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود داشت. برای بررسی تفاوت‌های بین گروه‌ها و مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها، از آزمون تعقیبی مقایسه‌های زوجی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ و شکل‌های ۱ و ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
عزت‌نفس	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	ـ۲/۶۰۰	۰/۳۶۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۲/۲۳۳	۰/۴۲۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون‌پیگیری	۰/۳۶۷	۰/۲۵۷	۰/۴۹۸
خودکارآمدی والدگری	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون	ـ۴/۶۰۰	۰/۳۶۰	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون‌پیگیری	ـ۴/۵۶۷	۰/۳۳۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون‌پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۲۴۶	۰/۹۹۵

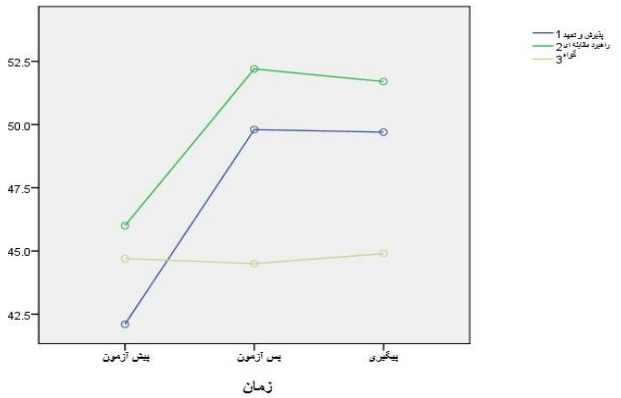
نتایج مندرج در جدول ۴ و نیز نمودار شکل‌های ۱ و ۲ نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرهٔ متغیر وابستهٔ عزت‌نفس، از مرحلهٔ پیش‌آزمون تا مرحلهٔ پس‌آزمون، معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین اعمال مداخله‌ها عزت‌نفس را افزایش داد؛ اما میانگین نمرهٔ عزت‌نفس در موقعیت پس‌آزمون‌پیگیری، معنادار نبود (p=۰/۴۹۸) که این نتیجه حکایت از اثربخشی پایدار مداخله‌ها در مرحلهٔ پیگیری داشت. اختلاف میانگین نمرهٔ متغیر وابستهٔ خودکارآمدی والدگری نیز در موقعیت پیش‌آزمون‌پس‌آزمون، معنادار شد (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین اعمال مداخله‌ها میانگین نمرهٔ خودکارآمدی والدگری مادران کودک با اختلال طیف اتیسم را افزایش داد؛ اما در مراحل پس‌آزمون‌پیگیری معنادار نشد (p=۰/۹۹۵) که حاکی‌از پایداری و ثبات اثربخشی مداخله‌ها در مرحلهٔ پیگیری بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی میانگین‌های اثر گروه

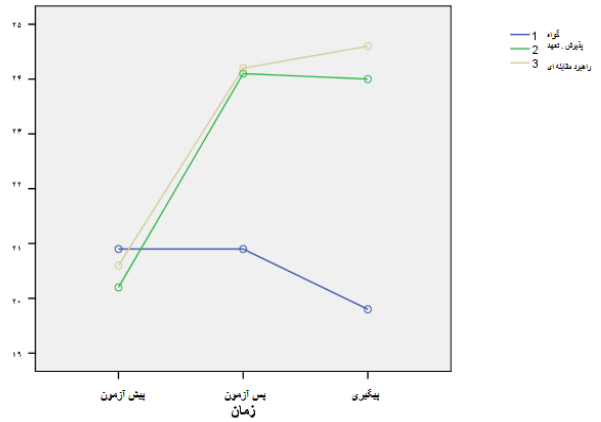
متغیر	اثر گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
عزت‌نفس	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد/آموزش راهبردهای مقابله‌ای	ـ۰/۲۶۷	۰/۶۱۵	۰/۶۶۸
	گواه	۲/۲۳۳	۰/۶۱۵	<۰/۰۰۱
	آموزش راهبردهای مقابله‌ای/گواه	۲/۵۰۰	۰/۶۱۵	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد/آموزش راهبردهای مقابله‌ای	۱/۰۶۷	۰/۶۳۴	۰/۰۵۶
	گواه	۲/۶۰۰	۰/۶۳۴	<۰/۰۰۱
	آموزش راهبردهای مقابله‌ای/گواه	۵/۲۶۷	۰/۶۳۴	<۰/۰۰۱

جدول ۵ نشان می‌دهد، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، حاکی‌از نبود تفاوت معنادار بین میانگین نمرات گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با گروه آموزش راهبردهای مقابله‌ای در دو متغیر عزت‌نفس (p=۰/۶۶۸) و خودکارآمدی والدگری (p=۰/۰۵۶) بود؛ اما بین گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با گروه گواه در متغیر عزت‌نفس (p<۰/۰۰۱) و متغیر خودکارآمدی والدگری (p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین گروه آموزش راهبردهای مقابله‌ای با گروه گواه در متغیر عزت‌نفس (p<۰/۰۰۱) و متغیر خودکارآمدی والدگری (p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری را نشان داد. این نتایج حاکی‌از تأثیر مثبت دو رویکرد درمانی‌آموزشی مذکور بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بود و این اثر در دورهٔ پیگیری نیز همچنان پایدار ماند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]



شکل ۱. مقایسهٔ اثربخشی مداخلات پذیرش و تعهد و راهبرد مقابله‌ای بر میانگین نمرات خودکارآمدی والدگری در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری



شکل ۲. مقایسهٔ اثربخشی مداخلات پذیرش و تعهد و راهبردهای مقابله‌ای بر میانگین نمرات عزت‌نفس در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

۴ بحث

پژوهش حاضر به‌منظور مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودک با اختلال طیف اتیسم انجام گرفت. نتایج این پژوهش مشخص کرد، برنامهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای منجربه افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم شد و این اثر تا دو ماه بعد از خاتمهٔ مداخله همچنان تداوم داشت. این یافته‌ها بسیار نویدبخش است و ارزش بالقوهٔ درمان‌های روان‌شناسی سلامت را نشان می‌دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج بسیاری از تحقیقات پیشین همسوست؛ به‌طوری‌که تأثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای در پژوهش‌های بسیاری بررسی و تأیید شده است؛ ازجمله، ماستن در پژوهشی دریافت، استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر، اعتمادبه‌نفس را افزایش می‌دهد و احساس کارآمدی را القا می‌کند؛ زیرا فرد به این باور می‌رسد که امور و کارها از درون فرد هدایت می‌شود. وقتی احساس کنترل افراد قوی شود، احساس شایستگی، کفایت و کنارآمدن با زندگی افزایش می‌یابد. آن‌ها بر این باور هستند که می‌توانند به‌طور مؤثری با رویدادها و شرایط مواجه‌شده، برخورد کنند. آن‌ها مشکلات را چالش می‌بینند و نه تهدید و فعالانه موقعیت‌های جدید را جست‌وجو می‌کنند؛ ازاین‌رو در برخورد با مسائل به‌جای موضع انفعالی، سعی در به‌دست‌گرفتن سررشتهٔ امور دارند (۳۰). نتایج پژوهش موسی‌زاده و همکاران نشان داد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای درجهت کنارآمدن با چالش‌های زندگی و افزایش عزت‌نفس و باورهای خودکارآمدی مؤثر است (۸). همچنین نتایج پژوهش فتح علی لواسانی حکایت از آن داشت که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سبب افزایش عزت‌نفس و بهبود مهارت‌های اجتماعی، ارتباط بین‌فردی و افزایش رفتارهای مثبت اجتماعی می‌شود (۱۴). وجود کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم در خانواده عامل فشارزایی است که ایجاد پاسخ‌های مقابله‌ای مداوم توسط والدین را ضروری می‌نماید.

نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوب نظریهٔ لازاروس و فولکمن چنین تبیین کرد که راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و سازمان‌یافته پیامدهای مثبت و طولانی‌مدت دارد. در فرایند مقابله، فرد با به‌کاربستن سبک مقابلهٔ کارآمد مسئله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. بر این اساس، راه‌های مقابله با مشکل به‌طور مستقیم بررسی می‌شود و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکل، رضایت روان‌شناختی به‌دست می‌آید. به این ترتیب که تنش به‌وسیلهٔ تلاش‌های فرد کاهش می‌یابد و به‌دنبال آن سطح عزت‌نفس و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

خودکارآمدی افزایش پیدا می‌کند (۱۳). کوهن و کارتر در پژوهش خود دریافتند، میزان کفایت خود در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم، کم است. این امر عمدتاً به‌دلیل استفاده‌نکردن از رویکردهای منطقی و عقلانی در مواجهه با تنیدگی است که درمجموع این عوامل موجب به‌خطر افتادن بهداشت روانی مادران می‌شود (۹)؛ به‌طورکلی برنامهٔ آموزش راهبردهای مقابله‌ای، با کمک به مادران برای گسترش شناخت نقش عوامل تنش‌زا در زندگی و نیز کمک به آن‌ها در بررسی افکار و احساسات دربارهٔ موقعیت استرس‌زا، امکان افزایش سلامت عمومی آن‌ها را فراهم می‌آورد. همچنین می‌توان گفت، به‌نظر می‌رسد ارائهٔ اطلاعات صحیح دربارهٔ کودک با اختلال طیف اتیسم به مادران و آموزش راهبردهای مقابلهٔ سازگارانه و پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار به آن‌ها، احساس بی‌ارزشی و کمی خودکارآمدی را که به‌دلیل کمبود اطلاعات به‌وجود می‌آید، اصلاح می‌کند و منجربه افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی مادران می‌شود. به‌علاوه آموزش گروهی می‌تواند تأثیر مثبت بر تغییر افکار منفی آن‌ها داشته باشد؛ زیرا جمع‌شدن افراد در یک گروه و اینکه تک‌تک آن‌ها احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، در افزایش خودباوری و خودکارآمدی آنان مؤثر است. نتایج این مداخله نشان داد، بهره‌گیری از برنامه‌های آموزشی با محوریت راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، موجب ارتقای سطح بهداشت روان مادران می‌شود. در آموزش والدین ازطریق فراهم‌آوردن اطلاعات مناسب دربارهٔ شرایط کودک و نحوهٔ رفتار با او، به والدین کمک می‌شود تا مشکلات رفتاری و یادگیری کودک را درک کرده و آن را به‌خوبی کنترل و مهار کنند (۱۱).

همچنین نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم به‌طور معناداری اثربخش بود. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پیشین همسوست؛ ازجمله اسکندری در پژوهشی بر دانش‌آموزان با آزمون تحلیل کوواریانس دریافت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری بر افزایش عزت‌نفس و کاهش علائم اضطراب در جلسهٔ کنفرانس مؤثر است و اعتمادبه‌نفس آنان را افزایش می‌دهد (۱۹). رسولی علی‌آبادی و کلانتری در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شدت افسردگی و تصویر منفی بدنی زنان را بعد از اولین زایمان کاهش می‌دهد و سبب افزایش عزت‌نفس آنان می‌شود (۲۰). حسینی و علی‌زاده موسوی در پژوهش خود با استفاده از مقیاس خودکارآمدی والدگری دومکا و تحلیل کوواریانس نشان دادند، با اجرای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، نمرهٔ کل خودکارآمدی والدگری مادران کودکان اتیستیک درمقایسه با گروه گواه تفاوت معنادار دارد (۲۱). علی‌پور و حاجی‌زاده نیز در پژوهشی عنوان کردند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی دارای تأثیر معناداری بر بهبود عزت‌نفس است. همچنین نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری درمقایسه با دارودرمانی در بهبود عزت‌نفس بیماران افسردگی اساسی دارد (۲۲).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، هدف کلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نیز توانایی تماس هرچه کامل‌تر با لحظهٔ حال و تغییر رفتار به‌منظور به‌خدمت گرفتن ارزش‌ها است (۳۱). طبق رویکرد مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، برای بهبود احساس خودارزشمندی و خودکارآمدی، به مادران آموزش داده می‌شود که از تجارب ناخوشایند درونی اجتناب نکنند و به‌جای آن، بر پذیرش تجارب و تعهد به ارزش‌ها و انجام‌دادن فعالیت‌های مفید تأکید صورت می‌گیرد (۳۲). از منظر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ناتوانی فرد در روبه‌روشدن با تجارب چالش‌برانگیز و تمایل به اجتناب، با مفهوم انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مشخص می‌شود (۳۳). به همین علت، مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس مجموعهٔ قواعدی استوار است که انعطاف‌پذیری روانی مُراجع را ارتقا می‌بخشد (۳۱). درواقع، زمانی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد افزایش پیدا کند، او را قادر می‌سازد به‌طور مؤثر در کنار نشانه‌های آزارنده، اقدام مؤثر داشته باشد. همین‌طور، با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش افکار و احساسات مربوط به مشکلات خانوادگی، بدون تلاش برای جلوگیری‌کردن از آن، مادران یاد می‌گیرند که در ایجاد زندگی غنی و معناداری قدم بردارند و در موقعیت‌های پرچالش، با نگرش باز به افکار و احساسات و انعطاف‌پذیری درقبال این موقعیت‌ها برای رسیدن به اهداف زندگی برنامه‌ریزی کنند (۳۴). آموزش و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به مادرانی که از مشکلات روحی و روانی در رنج هستند، باعث می‌شود آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند. قبول و پذیرش این احساسات موجب می‌شود تا آن‌ها ارزش‌های زندگی خود را بشناسند و برعکس رفتارهای قبلی خودکه انزوا همراه با افکار و احساس‌های ناخوشایند بوده است، شروع به انجام رفتارهای ارزشمند در زندگی خود کنند و درنتیجه احساس ناتوانی و ناکارآمدی در آن‌ها بهبود یابد. پذیرش در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌معنای خواستن تجارب آزارنده، تحمل آن‌ها یا از خود استقامت نشان‌دادن نیست؛ بلکه به‌معنای جهت‌گیری باز، پذیرنده و انعطاف‌پذیر درقبال تجربیات در لحظه‌لحظه زندگی است (۳۵). در جلسات درمان، تمرکز بر این بود که میزان آگاهی مادران برای بودن در لحظهٔ حال و اکنون به‌جای تمرکز بر گذشته و آینده بیشتر شود. به‌عبارتی، در جلسه‌های درمانی تلاش شد تا مادران با مفهوم زندگی در زمان حال آشنا شوند، چگونه دست از کنترل فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه هیجانات نامطبوع را تحمل کنند؛ همچنین آنچه برای آن‌ها مهم‌ترین و عمیق‌ترین است را تشخیص دهند و برمبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کنند و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و مؤثر عمل کنند. ازطرفی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درصدد است به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و با ایجاد فزایندهٔ این ارتباط، تفاوت بین واقعیت و ایده‌آل کاهش پیدا کند (۳۵). مادران با افزایش ارزیابی شناختی درمقابل مشکلات، از نظر روان‌شناختی پذیراتر شده و به‌جای موضع انفعال به‌هنگام مواجهه با مشکلات خود، عامل و فعال شدند و برای حل مسئله اقدام کردند؛ چنین وضعیتی به‌نوبهٔ خود در زمینهٔ بهبود عملکرد در زمینه‌های مختلف روان‌شناختی ازجمله احساس ارزشمندی و خودکارآمدی آنان مؤثر بود. براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، در متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری، میانگین نمرات مادران در گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با میانگین نمرات آنان در گروه آموزش راهبردهای

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

مقابله‌ای تفاوت معناداری نداشت. اگرچه در میزان اثربخشی کلی بین این دو رویکرد تفاوت معناداری دیده نشد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسه با آموزش راهبردهای مقابله‌ای اثر محسوس‌تری را بر متغیر خودکارآمدی والدگری نشان داد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه و تعمیم بااحتیاط آن، افت آزمودنی‌ها و انصراف از ادامهٔ مشارکت، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، اجرای درمان توسط پژوهشگر و وجود احتمال سوگیری، محدودبودن بازهٔ زمانی دوماههٔ مداخله و دورهٔ پیگیری و بهره‌گیری از نمونهٔ دردسترس و داوطلبانه و نه تصادفی، اشاره کرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود، باتوجه به تأثیر این دو رویکرد درمانی و آموزشی بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران، از برنامه‌های درمانی مذکور و نتایج آن در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی برای اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی و در دیگر جمعیت‌های بالینی ازجمله پدران و همشیرهای کودک با اختلال طیف اتیسم استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، مادرانی که درمعرض آموزش راهبردهای مقابله‌ای و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد قرار می‌گیرند، به بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی و هیجانی دست می‌یابند. یافته‌های این مطالعه مشخص کرد که هر دو مداخله، عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم را افزایش می‌دهد و تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو مداخله وجود ندارد؛ ازاین‌رو، درمانگران می‌توانند از هر دو رویکرد درمانی و آموزشی، به‌خصوص درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد که موج نوینی از درمان‌های شناختی‌رفتاری است، استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانهٔ ریاست، کارکنان و کارشناسان دبستان و پیش‌دبستانی سلامت اندیشه و مدیریت دبستان نسیم بوشهر که در اجرای پژوهش محققان را یاری کردند و نیز خانواده‌های محترم شرکت‌کننده در برنامهٔ درمانی‌آموزشی، تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر است. آزمودنی‌های آن با رضایت شخصی و داوطلبانه در جلسات آموزشی حضور داشتند؛ بنابراین، امکان انتشار مطالب آن وجود دارد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از شروع آموزش و درمان در جلسهٔ توجیهی، اهداف برنامهٔ پژوهشی برای مادران ارائه شد. همچنین بیان شد، برای اطمینان بیشتر هنگام پرکردن پرسش‌نامه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از کد عددی استفاده می‌شود؛ به‌علاوه اطلاعات حاصل محرمانه می‌ماند و نتایج پژوهش، به‌طورکلی بیان می‌شود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارضی بین منافع نویسندگان وجود ندارد.

منابع مالی

تأمین منابع مالی پژوهش توسط نویسندهٔ اول مقاله بوده و از هیچ نهاد یا سازمانی کمک دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول گردآوری داده‌ها را انجام داد و با مشورت اساتید دوم و سوم (اساتید راهنما) آن‌ها را تحلیل و تفسیر کرد. نویسندهٔ چهارم به‌عنوان مشاور، متن دست‌نویس را خواند و تأیید کرد.

References

1. Ghoreishi N, Zare Molkabad S, Baratzade S, Goshvarpoor A, Sadeghi Bajestani G. Analysis of electroencephalogram of autism spectrum disorder using correlation dimension changes in brain map. Shefaye Khatam 2021;9(2):10-21. [Persian] doi: 10.52547/shefa.9.2.10
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaie F, Arjmand F. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2015.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Autism: five important facts to know [Internet]. Reading Rockets. 2017 [cited 2021 Jun 3]; Available from: https://www.readingrockets.org/article/autism-five-important-facts-know
5. Saracino J, Noseworthy J, Steiman M, Reisinger L, Fombonne E. Diagnostic and assessment issues in Autism surveillance and prevalence. J Dev Phys Disabil. 2010;22(4):317–30. https://doi.org/10.1007/s10882-010-9205-1
6. Gray DE. High functioning autistic children and the construction of "normal family life." Soc Sci Med. 1997;44(8):1097–106. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00237-7
7. Moshki M. Barrasi mizan ta'sir amoozesh moshkel goshaie bar khodpendare nojavanan pesar dabirestanhaye Gonabad dar sal 1378 [Investigating the impact of problem training on Gonabad high school adolescent self-concept in 1999] [Thesis for M.A.]. [Tehran, Iran]: Tarbiat Modares University; 2000. [Persian]
8. Musazadeh T, Shahmohammadi S, Soltanmoradi A. The effect of the coping skills on the self efficiency and self esteem of the first years high school's boy students. Journal of School Psychology. 2014;3(2):226–39. [Persian] http://jsp.uma.ac.ir/article_212_ece52007d13558e60910d842025a63f6.pdf
9. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. Am J Orthopsychiatry. 2006;76(4):564–75. https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

10. Sevigny PR, Loutzenhiser L. Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. Child Care Health Dev. 2010;36(2):179–89. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x
11. Sanders MR, Woolley ML. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. Child Care Health Dev. 2005;31(1):65–73. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x
12. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1966.
13. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company; 1984.
14. Fathali Lavasani F. Mahrathaie baraye zendegi: Kelas panjom [Life skills: Fifth grade]. Tehran: Welfare Organization, Deputy of Cultural Affairs and Prevention; 2003. [Persian]
15. Wharton E, Edwards KS, Juhasz K, Walser RD. Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: group and individual pilot data using acceptance and commitment therapy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019;14:55–64. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.006
16. Flujas-Contreras JM, Gómez I. Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: a case study. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018;8:29–35. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.02.006
17. Fang S, Ding D. The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: a pilot study among Chinese adolescents. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020;16:134–43. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.005
18. Hill ML, Schaefer LW, Spencer SD, Masuda A. Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: a multiple baseline across participants study. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020;16:144–52. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.006
19. Eskandari Y. Asarbakhshi amoozesh darman paziresh va ta'ahod bar afzayesh ezzat naghsh va kahesh ezterab konferans dar kelas dars dar daneshamoozan pesar maghtae motevasete dore aval shahre Tehran [The effectiveness of education for acceptance treatment and commitment on increasing dignity and reducing conference anxiety in classroom in secondary school students in Tehran]. In: First National Conference on Social Sciences, Educational Sciences, Psychology and Social Security. Tehran, Iran: Al Taha University; 2017. [Persian]
20. Rasooli Ali Abadi B, Kalantari M. Based on acceptance and commitment therapy on depression, self-esteem and body image concerns, after the first birth, women in Kashan city. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2018;26(2):103–12. [Persian] http://dx.doi.org/10.30699/sjhnmf.26.2.103
21. Hosseini SM, Alizadeh Mousavi SE. Asarbakhshi darman mobtani bar paziresh va ta'ahod bar afzayesh khodkar-amadi valedgari madaran daraye koodak Autism [Effectiveness of acceptance-based therapy on increasing mothers' parenting mothers with Autism child]. In: Fourth National Conference on Counseling and Mental Health. Quchan, Iran: Islamic Azad University of Quchan; 2015. [Persian]
22. Alipour R, Hajizadeh K. Asarbakhshi gorouh darmani mobtani bar paziresh va ta'ahod bar behboud ezzat nafs bimaran mobtala be afsordegi asasi [Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of patients with basic depression]. In: International Mental Health and Psychological Congress. Tehran, Iran: University of Tehran; 2017. [Persian]
23. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004;35(4):639–65. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3
24. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-10. https://doi.org/10.1177/001316447003000308
25. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1965. https://doi.org/10.1515/9781400876136
26. Rajabi Gh, Bohlul N. Sanjeshe payayi va ravayiye Meqyase Ezzate-Nafs Rosenberge daneshjuyan sale avvale daneshgahe Shahid Chamran Ahvaz [Measuring the reliability and validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale of first-year students of Shahid Chamran University]. Educational and Psychological Research. 2007;3(2):33-48. [Persian]
27. Dumka LE, Stoerzinger HD, Jackson KM, Roosa MW. Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. Family Relations. 1996;45(2):216–22. https://doi.org/10.2307/585293
28. Ashori M, Afrooz GHA, Arjmandnia AA, Pormohammadreza-tajrishi M, Ghobari-Bonab B. The effectiveness of positive parenting program (Triple-P) on parental self-efficacy and mother-child interaction in childeren suffering from intellectual disability. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2015;23(5):489–500. [Persian] https://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3117-en.pdf
29. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press; 1999.
30. Masten AS. Ordinary magic: lessons from research on resilience in human development. Education Canada. 2009;49(3):28–32.
31. Harris R. Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy. Psychotherapy in Australia. 2006;12(4):70–6.
32. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer; 2004.
33. Glick DM, Orsillo SM. An investigation of the efficacy of acceptance-based behavioral therapy for academic procrastination. J Exp Psychol Gen. 2015;144(2):400–9. https://doi.org/10.1037/xge0000050
34. Grégoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: a multisite randomized controlled trial. Behav Ther. 2018;49(3):360–72. https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.003
35. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012;40(7):976–1002. https://doi.org/10.1177/F0011000012460836

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]