

# 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<sup>1</sup>, \*Keykhosravani M<sup>2</sup>, Poladi Rishehri A<sup>2,3</sup>, Bahrani MR<sup>2,3</sup>

## 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](mailto: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.

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان اختلال طیف اتیسم

مجید رستمی<sup>۱</sup>، \*مولود کیخسروانی<sup>۲</sup>، علی پولادی ریشه‌ری<sup>۳</sup>، محمدرضا بحرانی<sup>۳</sup>

### 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.
- \*رایانامه نویسنده مسئول: [moloud.kevkhosrovani@iaubushehr.ac.ir](mailto:moloud.kevkhosrovani@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 مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی چندگروهی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه 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 نمونه در دسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، گواه) قرار گرفتند. فقط گروه‌های آزمایش هرکدام در هشت جلسه درمانی، هفته‌ای یک جلسه نود دقیقه‌ای 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 نسخه ۱۶ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه، به‌طور معناداری اثربخش بود ( $p < 0/001$ ). اثر هر دو مداخله از مراحل پیش‌آزمون تا پس‌آزمون ( $p < 0/001$ ) و از مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری ( $p < 0/001$ ) معنادار شد؛ اما از مراحل پس‌آزمون تا پیگیری معنادار نبود ( $p > 0/05$ ). همچنین بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش در متغیرهای عزت‌نفس ( $p = 0/668$ ) و خودکارآمدی والدگری ( $p = 0/056$ ) 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؛ از این‌رو، درمانگران می‌توانند از این دو رویکرد درمانی و آموزشی به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که موج نوینی از درمان‌های شناختی‌رفتاری است، استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، عزت‌نفس، خودکارآمدی والدگری.

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<sup>۱۲</sup> است. لازاروس مفهوم مقابله<sup>۱۳</sup> 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 دربرگیرنده تلاش‌ها برای اداره و کنترل کشمکش‌ها است (۱۳). براساس تئوری‌های روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای نقش مهمی در کاهش استرس و در نتیجه 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 به‌منزله درمان‌های پست‌مدرن شناخته شده است و به موج سوم درمان‌های روان‌شناختی شهرت دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۴</sup> است. این درمان یکی از روش‌های روان‌درمانی با هدف ایجاد و ارتقای انعطاف‌پذیری روانی<sup>۱۵</sup> است. انعطاف‌پذیری روانی به معنای 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 از طریق آموزش پذیرش روانی<sup>۱۶</sup>، آگاهی روانی<sup>۱۷</sup>، گسلش شناختی<sup>۱۸</sup>، روشن‌سازی ارزش‌ها<sup>۱۹</sup> و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه<sup>۲۰</sup> باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود (۱۶). در درمان مبتنی بر 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 درباره آن‌ها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (۱۸). پژوهش‌های متعددی حکایت از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری مادران دارد؛ از جمله در پژوهشی با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عزت‌نفس و کاهش اضطراب از کنفرانس دانش‌آموزان دوره اول متوسطه 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 مبتنی بر 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

بدون تردید تولد و حضور کودک با اختلال طیف اتیسم<sup>۱</sup>، در هر خانواده‌ای رویدادی نامطلوب و چالش‌زا است و مانع انجام کارکردهای متعارف والدین می‌شود. اختلال طیف اتیسم، ناتوانی رشدی<sup>۲</sup> مداوم و اختلالی نورولوژیک<sup>۳</sup> است که عملکرد مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). در این اختلال، کودک دچار نقصان در تعامل اجتماعی<sup>۴</sup> و ارتباط اجتماعی<sup>۵</sup> به‌ویژه در گفتار و الگوهای تکراری رفتار<sup>۶</sup> می‌شود (۲). پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی<sup>۷</sup> مشکلات حسی را به‌عنوان یکی دیگر از شاخص‌های جدید این اختلال معرفی می‌کند (۳). مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌های<sup>۸</sup> آمریکا شیوع این اختلال را یک نفر در هر ۶۸ ولادت گزارش کرده است (۴). علائم این اختلال در فواصل سنی ۱۲ تا ۱۸ ماهگی بروز می‌کند و میزان ابتلا به آن در پسران ۴ تا ۵ برابر دختران است (۵). اختلال طیف اتیسم، زنجیره‌ای از گرفتاری‌های اجتماعی برای خانواده به‌دنبال دارد و آن‌ها را در معرض 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<sup>۹</sup> بود. کوپراسمیت<sup>۱۰</sup> عزت‌نفس را مجموعه 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؛ از جمله در پژوهش موسی‌زاده و همکاران با بررسی تبیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر خودکارآمدی و عزت‌نفس دانش‌آموزان پسر پایه اول دوره متوسطه مشخص شد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کنار آمدن دانش‌آموزان با چالش‌های زندگی و افزایش عزت‌نفس و ایجاد باورهای خودکارآمدی در آن‌ها مؤثر است (۸).

متغیر دیگر بررسی‌شده در پژوهش حاضر، خودکارآمدی والدگری<sup>۱۱</sup> 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،

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

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, 5<sup>th</sup> edition

(DSM-5)

8. Central of Disease Prevention and Control

9. Self-esteem

10. Cooper Smith

(۲۰). در تحقیقی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی والدگری مادران دارای کودک اتیستیک با استفاده از مقیاس خودکارآمدی والدگری دومکا<sup>۱</sup> و با استفاده از روش تحلیل کواریانس ارزیابی شد. نتایج مشخص کرد، نمره کل خودکارآمدی والدگری گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه، تفاوت معناداری دارد (۲۱). در پژوهشی دیگر با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عزت نفس بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مشاهده شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی در بهبود عزت نفس اثر معنادار دارد. همچنین نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای اثربخشی بیشتری از دارودرمانی در بهبود عزت نفس بیماران افسردگی اساسی است (۲۲).

مطالعه‌ای درباره مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای با درمان مبتنی بر 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؛ از این رو ضرورت ارزیابی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای - که به دنبال تغییر موقعیت‌های استرس‌زا (رویکرد مسئله‌مدار) یا تنظیم پاسخ‌های هیجانی فرد (رویکرد هیجان‌مدار) در موقعیت پیش‌آمده است - درمقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - که رویکرد نسبتاً جدیدی است و مطالعات پیشین مرتبط با این درمان نشان می‌دهد که در زمینه انواع مشکلات بالینی اثربخش بوده و به دنبال افزایش توانایی فرد برای ایجاد ارتباط با تجربه‌اش در زمان حال و عمل منطبق با ارزش‌ها برای زندگی ارزشمند و رضایت‌بخش است (۲۳) - 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، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر افزایش عزت نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی چندگروهی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی مادران کودکانی تشکیل دادند که در مدرسه‌های ویژه 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، به روش دردسترس بود. از آنجاکه الزام به مشارکت در همه جلسات آموزش تا پایان طرح وجود داشت، از این روش استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، محدود به چهل مادر کودک با اختلال طیف اتیسم بود. مطابق جدول کرجسی و مورگان، برای جامعه چهل نفری حجم نمونه باید ۳۶ نفر باشد (۲۴). از آنجاکه تنها ۳۴ نفر از مادران برای مشارکت در مداخلات اعلام علاقه‌مندی و آمادگی کردند، به‌طور تصادفی در سه گروه یازده نفری (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، گواه) قرار گرفتند. دو گروه آزمایش طبق پروتکل‌های

آموزشی، مداخله آزمایشی را دریافت کردند و برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. در حین آموزش، یکی از اعضای گروه مداخله انصراف داد. در خاتمه آموزش، برای رعایت یکسانی تعداد نمونه، به‌ناچار از دو گروه دیگر به‌طور تصادفی یک نفر حذف شد؛ در نتیجه آزمودنی‌ها سه گروه دهنفره شدند (n=۱۰). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش، نداشتن بیماری شدید جسمانی و نشانه‌های روان‌گسستگی مادر، دارا بودن فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم مشغول به درمان و تحصیل در یکی از مراکز آموزشی درمانی کودکان طیف اتیسم و داشتن حداقل تحصیلات دوره ابتدایی برای مادران بود. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، مشاهده نشانه‌های اختلال روانی حین جلسه آموزش، بی‌تفاوتی و مشارکت نداشتن در بحث‌های گروهی، غیبت و حضور نداشتن دو جلسه و بیشتر در برنامه مداخله در نظر گرفته شد.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از شروع آموزش و درمان در جلسه توجیهی، ارائه اهداف برنامه 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، به‌طور کلی بیان می‌شود.

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

- مقیاس عزت نفس روزنبرگ<sup>۲</sup>: این مقیاس توسط موریس روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ ساخته شد (۲۵). این مقیاس ده گویه خودگزارش‌دهی دارد که احساس‌های کلی یا پذیرش خود را به‌صورت مثبت بیان می‌کند. هر گزاره این مقیاس شامل مقیاسی چهارگزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌شود و دامنه آن از ۱ تا ۴ است. کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ تا ۴۰ است. هرچه نمره فرد در پرسش‌نامه کمتر باشد، نشان‌دهنده 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 به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۷ به‌دست آمد. این مقیاس عزت نفس مثبت و نیز عزت نفس 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 نمونه دانشجویی ۰/۸۴ و در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ محاسبه کردند (۲۶).

- 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. نمره کل دامنه‌ای بین ۱۰ تا ۷۰ دارد. این مقیاس سه مؤلفه عمده را می‌سنجد: احساس والدین درباره توانایی والدگری‌شان؛ اطمینان آن‌ها درباره عمل موفقیت‌آمیزشان در نقش والدگری؛ ارزیابی توانایی آن‌ها برای مدیریت رفتار فرزندشان. هرچه نمره این مقیاس بیشتر باشد نشان می‌دهد که خودکارآمدی بیشتر است (۲۷). عاشوری و همکاران روایی

2. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

1. Dumka Parenting Self-Efficacy Scale

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

انتخاب شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید (۲۹). محتوای برنامه آموزش راهبردهای مقابله‌ای براساس پروتکل آموزشی لازاروس (۱۹۹۶) بود (۱۲). روایی صوری و روایی محتوایی این دو بسته آموزشی، در پژوهش حاضر توسط چهار تن از اساتید روان‌شناسی دارای سابقه بیشتر از ده سال تأیید شد که سابقه کار بالینی داشتند. برنامه آموزشی دو رویکرد درمانی و آموزشی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. برنامه اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای

جلسه	آموزش مبتنی بر 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	فراهم کردن مقدمات درمان: بیان رابطه استرس و پذیرش، پذیرش فرزند ایتستیک، 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 جلسه قبل، بررسی پذیرش استرس، طرح اهمیت ارزش‌های زندگی، بحث گروهی و جمع‌بندی	معرفی خطاهای شناختی، ویژگی‌های افکار خودآیند منفی و شیوه مقابله با آنها، ارائه تمرین خانگی
چهارم	ارزش‌ها و عمل: تفهیم گسلش شناختی و آمیختگی، روشن کردن ارزش‌ها، اهداف و عمل، بحث گروهی	آموزش تمرکز فکر، مرور استرس‌های مربوط به داشتن کودک ایتستیک 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 هر یک با مثال
ششم	عمل و شروع به کار کردن: بازخورد جلسه قبل، برنامه‌ریزی برای عمل، خود به‌عنوان زمینه	آموزش تفکر مثبت، آشنایی با بارش مغزی و تمرین آن در جلسه، ارائه تکلیف خانگی
هفتم	عمل متعهدانه: تمایل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، بحث گروهی و جمع‌بندی	آموزش خودگویی هدایت‌شده، آموزش حل مسئله و مراحل آن، تمرین آن در جلسه، ارائه 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 از طریق دریافت حمایت اجتماعی، جمع‌بندی و پس‌آزمون

### ۳ یافته‌ها

براساس داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها، دامنه سنی مادران در فواصل ۲۶ تا ۴۸ سال قرار داشت. میانگین و انحراف معیار سن آنان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آموزش راهبردهای مقابله‌ای و گروه گواه به ترتیب  $33/50 \pm 3/064$  و  $33/100 \pm 4/148$  و  $39/700 \pm 3/973$  سال بود. داده‌ها نشان داد، تحصیلات ۷ نفر از مادران (۲۳ درصد) دوره ابتدایی و راهنمایی، ۱۶ نفر (۵۴ درصد) دیپلم، ۴ نفر فوق‌دیپلم (۱۳ درصد) و ۳ نفر (۱۰ درصد) لیسانس و فوق‌لیسانس بود. تعداد فرزندان مادران بین ۱ تا ۵ بود. ۶۳ درصد از آنان فرزند اول، ۱۷ درصد فرزند دوم، ۱۰ درصد فرزند سوم، ۷ درصد فرزند چهارم و ۳ درصد فرزند پنجم بودند.

باتوجه به اینکه در این پژوهش هدف، مقایسه دو روش مداخله‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با راهبردهای مقابله‌ای بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به‌منظور مقایسه تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری متغیرها در گروه‌های آزمایش و گروه گواه، آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته از آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف و شاپیرو-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 نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل آماری شدند.

جدول ۲. خلاصه نتایج شاخص‌های توصیفی نمرات گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای و گروه کنترل بر متغیرهای مطالعه در سه مرحله 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 در مقایسه با گروه گواه افزایش چشمگیری داشت. به منظور 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. نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری ( $p=0/141$ ) و خودکارآمدی والدگری ( $p=0/200$ ) و آزمون شاپیرو-ویلک برای عزت‌نفس ( $p=0/812$ ) و خودکارآمدی والدگری ( $p=0/463$ ) بررسی شد. آزمون لون، برقراری پیش‌فرض برابری واریانس‌های خطای متغیرها را برای عزت‌نفس ( $p=0/141$ ) و خودکارآمدی والدگری ( $p=0/673$ ) نشان داد. آزمون ام‌باکس مشخص کرد، فرض تساوی ماتریس کوواریانس و واریانس در گروه‌های مطالعه، برای عزت‌نفس ( $p=0/514$ ) و خودکارآمدی والدگری ( $p=0/394$ ) برقرار بود. نتایج آزمون کرویت موخلی برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها حاکی از رد نشدن کرویت بود (عزت‌نفس  $p=0/090$ )، خودکارآمدی والدگری ( $p=0/154$ )).

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	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال	اندازه اثر
زمان	عزت‌نفس	پذیرش و تعهد	۷۴/۸۱۷	۱	۷۴/۸۱۷	۲۷/۴۲۸	<0/001	0/504
زمان*گروه		راهبرد مقابله‌ای	۶۷/۰۳۳	۲	۳۳/۵۱۷	۱۲/۲۸۷	<0/001	0/476
گروه		گواه	۱۱۳/۰۸۹	۲	۵۶/۵۴۴	۹/۹۵۵	<0/001	0/424
زمان	خودکارآمدی والدگری	پذیرش و تعهد	۳۱۲/۸۱۷	۱	۳۱۲/۸۱۷	۱۸۹/۱۶	<0/001	0/875
زمان*گروه		راهبرد مقابله‌ای	۱۵۶/۰۳۳	۲	۷۷/۰۱۷	۴۶/۵۷۲	<0/001	0/775
گروه		گواه	۴۱۶/۰۸۹	۲	۲۰۸/۰۶۴	۳۴/۴۸۲	<0/001	0/719

خودکارآمدی والدگری بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در طول زمان، تفاوت معناداری ایجاد شد. همچنین اثر گروه بر متغیرهای عزت نفس و خودکارآمدی والدگری معنادار شد ( $p < 0/001$ )؛ بدین معنا که بین میانگین نمرات متغیرهای عزت نفس 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.

نتایج مندرج در جدول ۳ و نمودار شکل‌های ۱ و ۲ نشان می‌دهد، اثر زمان بر متغیرهای عزت نفس و خودکارآمدی والدگری معنادار بود ( $p < 0/001$ ). این نتیجه مشخص می‌کند، در میانگین نمرات متغیرهای عزت نفس و خودکارآمدی والدگری بین سه دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنادار وجود داشت. مقدار مجذور اتای (اندازه اثر) عزت نفس، ۵۰/۴ درصد از واریانس و مجذور اتای خودکارآمدی والدگری، ۸۷/۵ درصد از واریانس را به وسیله مداخله صورت گرفته تبیین می‌کند. اثر متقابل زمان\*گروه نیز بر متغیرهای عزت نفس و خودکارآمدی والدگری معنادار شد ( $p < 0/001$ ). این نتیجه بیان می‌کند که در میانگین نمرات متغیرهای عزت نفس و

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
عزت نفس	پیش‌آزمون پس‌آزمون	-۲/۶۰۰	۰/۳۶۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون پیگیری	-۲/۲۳۳	۰/۴۲۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۳۶۷	۰/۲۵۷	۰/۴۹۸
خودکارآمدی والدگری	پیش‌آزمون پس‌آزمون	-۴/۶۰۰	۰/۳۶۰	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون پیگیری	-۴/۵۶۷	۰/۳۳۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۲۴۶	۰/۹۹۵

نمره متغیر وابسته خودکارآمدی والدگری نیز در موقعیت پیش‌آزمون پس‌آزمون، معنادار شد ( $p < 0/001$ )؛ بنابراین اعمال مداخله‌ها میانگین نمره خودکارآمدی والدگری مادران کودک با اختلال طیف اتیسم را افزایش داد؛ اما در مراحل پس‌آزمون پیگیری معنادار نشد ( $p = 0/995$ ) که حاکی از پایداری و ثبات اثربخشی مداخله‌ها در مرحله پیگیری بود.

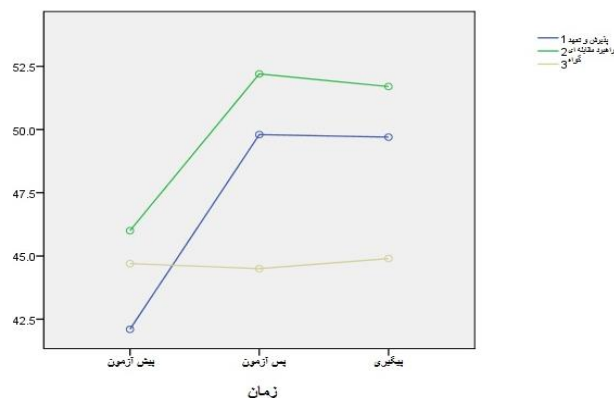
نتایج مندرج در جدول ۴ و نیز نمودار شکل‌های ۱ و ۲ نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمره متغیر وابسته عزت نفس، از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پس‌آزمون، معنادار بود ( $p < 0/001$ )؛ بنابراین اعمال مداخله‌ها عزت نفس را افزایش داد؛ اما میانگین نمره عزت نفس در موقعیت پس‌آزمون پیگیری، معنادار نبود ( $p = 0/498$ ) که این نتیجه حکایت از اثربخشی پایدار مداخله‌ها در مرحله پیگیری داشت. اختلاف میانگین

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

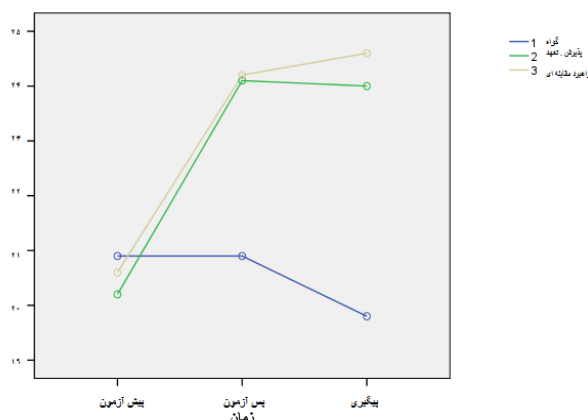
متغیر	اثر گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
عزت نفس	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد/آموزش راهبردهای مقابله‌ای	-۰/۲۶۷	۰/۶۱۵	۰/۶۶۸
	گواه	۲/۲۳۳	۰/۶۱۵	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	آموزش راهبردهای مقابله‌ای/گواه	۲/۵۰۰	۰/۶۱۵	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد/آموزش راهبردهای مقابله‌ای	۱/۰۶۷	۰/۶۳۴	۰/۰۵۶
	گواه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

جدول ۵ نشان می‌دهد، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، حاکی از نبود تفاوت معنادار بین میانگین نمرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه آموزش راهبردهای مقابله‌ای در دو متغیر عزت نفس ( $p = 0/668$ ) و خودکارآمدی والدگری ( $p = 0/056$ ) بود؛ اما بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه در متغیر عزت نفس ( $p < 0/001$ ) و متغیر خودکارآمدی والدگری ( $p < 0/001$ ) تفاوت معناداری را نشان داد. این نتایج حاکی از تأثیر مثبت دو رویکرد درمانی آموزشی مذکور بر افزایش عزت نفس و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بود و این اثر در دوره پیگیری نیز همچنان پایدار ماند.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، حاکی از نبود تفاوت معنادار بین میانگین نمرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه آموزش راهبردهای مقابله‌ای در دو متغیر عزت نفس ( $p = 0/668$ ) و خودکارآمدی والدگری ( $p = 0/056$ ) بود؛ اما بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه در متغیر عزت نفس ( $p < 0/001$ ) و متغیر خودکارآمدی والدگری ( $p < 0/001$ ) تفاوت



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



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

را چالش می‌بینند و نه تهدید و فعالانه موقعیت‌های جدید را جست‌وجو می‌کنند؛ از این رو در برخورد با مسائل به‌جای موضع انفعالی، سعی در به‌دست‌گرفتن سررشته امور دارند (۳۰). نتایج پژوهش موسی‌زاده و همکاران نشان داد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در جهت کنار آمدن با چالش‌های زندگی و افزایش عزت‌نفس و باورهای خودکارآمدی مؤثر است (۸). همچنین نتایج پژوهش فتح‌علی لوسانی 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 نظریه لازاروس و فولکمن چنین تبیین کرد که راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و سازمان‌یافته پیامدهای مثبت و طولانی‌مدت دارد. در فرایند مقابله، فرد با به‌کار بستن سبک مقابله 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 به‌وسیله تلاش‌های فرد کاهش می‌یابد و به‌دنبال آن سطح عزت‌نفس و

#### ۴ بحث

پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر 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، برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای منجر به افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم شد و این اثر تا دو ماه بعد از خاتمه مداخله همچنان تداوم داشت. این یافته‌ها بسیار نویدبخش است و ارزش بالقوه 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؛ از جمله، ماستن در پژوهشی دریافت، استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر، اعتماد به‌نفس 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 کنار آمدن با زندگی افزایش می‌یابد. آن‌ها بر این باور هستند که می‌توانند به‌طور مؤثری با رویدادها و شرایط مواجهه‌شده، برخورد کنند. آن‌ها مشکلات

خودکارآمدی افزایش پیدا می‌کند (۱۳). کوهن و کارتر در پژوهش خود دریافتند، میزان کیفیت خود در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم، کم است. این امر عمدتاً به دلیل استفاده نکردن از رویکردهای منطقی و عقلانی در مواجهه با تئیدی است که در مجموع این عوامل موجب به‌خطر افتادن بهداشت روانی مادران می‌شود (۹)؛ به‌طور کلی برنامه 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 درباره موقعیت استرس‌زا، امکان افزایش سلامت عمومی آن‌ها را فراهم می‌آورد. همچنین می‌توان گفت، به‌نظر می‌رسد ارائه اطلاعات صحیح درباره کودک با اختلال طیف اتیسم به مادران و آموزش راهبردهای مقابله سازگارانه و پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار به آن‌ها، احساس بی‌ارزشی و کمی خودکارآمدی را که به دلیل کمبود اطلاعات به‌وجود می‌آید، اصلاح می‌کند و منجر به 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 از طریق فراهم‌آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نحوه 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 مبتنی بر 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؛ از جمله اسکندری در پژوهشی بر دانش‌آموزان با آزمون تحلیل کوواریانس دریافت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری بر افزایش عزت‌نفس و کاهش علائم اضطراب در جلسه کنگرانس مؤثر است و اعتماد به‌نفس آنان را افزایش می‌دهد (۱۹). رسولی علی‌آبادی و کلانتری در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمره کل خودکارآمدی والدگری مادران کودکان اتیستیک در مقایسه با گروه گواه تفاوت معنادار دارد (۲۱). علی‌پور و حاجی‌زاده نیز در پژوهشی عنوان کردند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی دارای تأثیر معناداری بر بهبود عزت‌نفس است. همچنین نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در مقایسه با دارودرمانی در بهبود عزت‌نفس بیماران افسردگی اساسی دارد (۲۲). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، هدف کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نیز توانایی تماس هرچه کامل‌تر با لحظه حال و تغییر رفتار به‌منظور به‌خدمت گرفتن ارزش‌ها

است (۳۱). طبق رویکرد مبتنی بر 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 انجام دادن فعالیت‌های مفید تأکید صورت می‌گیرد (۳۲). از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ناتوانی فرد در روبه‌رو شدن با تجارب چالش‌برانگیز و تمایل به اجتناب، با مفهوم انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مشخص می‌شود (۳۳). به همین علت، مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس مجموعه قواعدی استوار است که انعطاف‌پذیری روانی مراجع را ارتقا می‌بخشد (۳۱). در واقع، 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 جلوگیری کردن 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 در قبال این موقعیت‌ها برای رسیدن به اهداف زندگی برنامه‌ریزی کنند (۳۴). آموزش و درمان مبتنی بر 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 خود که انزوا همراه با افکار و احساس‌های ناخوشایند بوده است، شروع به انجام رفتارهای ارزشمند در زندگی خود کنند و در نتیجه احساس ناتوانی و ناکارآمدی در آن‌ها بهبود یابد. پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌معنای خواستن تجارب آزارنده، تحمل آن‌ها یا از خود استقامت نشان دادن نیست؛ بلکه به‌معنای جهت‌گیری باز، پذیرنده و انعطاف‌پذیر در قبال تجربیات در لحظه‌لحظه زندگی است (۳۵). در جلسات درمان، تمرکز بر این بود که میزان آگاهی مادران برای بودن در لحظه 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 هیجان‌ناامطوبع را تحمل کنند؛ همچنین آنچه برای آن‌ها مهم‌ترین و عمیق‌ترین است را تشخیص دهند و بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کنند و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و مؤثر عمل کنند. از طرفی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درصدد است به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و با ایجاد فزاینده این ارتباط، تفاوت بین واقعیت و ایده‌آل کاهش پیدا کند (۳۵). مادران با افزایش ارزیابی شناختی در مقابل مشکلات، از نظر روان‌شناختی پذیرا تر شده و به‌جای موضع انفعال به‌هنگام مواجهه با مشکلات خود، عامل و فعال شدند و برای حل مسئله اقدام کردند؛ چنین وضعیتی به‌نوبه خود در زمینه بهبود عملکرد در زمینه‌های مختلف روان‌شناختی از جمله احساس ارزشمندی و خودکارآمدی آنان مؤثر بود. براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، در متغیرهای عزت‌نفس و خودکارآمدی والدگری، میانگین نمرات مادران در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با میانگین نمرات آنان در گروه آموزش راهبردهای

پیش‌دبستانی سلامت اندیشه و مدیریت دبستان نسیم بوشهر که در اجرای پژوهش محققان را یاری کردند و نیز خانواده‌های محترم شرکت‌کننده در برنامه آموزشی، تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

## ۷ بیانه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته 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 جلسه توجیهی، اهداف برنامه 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، به‌طور کلی بیان می‌شود.

### رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

### دردسترس بودن داده‌ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارضی بین منافع نویسندگان وجود ندارد.

### منابع مالی

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

### مشارکت نویسندگان

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

مقابله‌ای تفاوت معناداری نداشت. اگرچه در میزان اثربخشی کلی بین این دو رویکرد تفاوت معناداری دیده نشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه 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 ادامه مشارکت، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، اجرای درمان توسط پژوهشگر و وجود احتمال سوگیری، محدودبودن بازه زمانی دوماهه مداخله و دوره پیگیری و بهره‌گیری از نمونه 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 از جمله پدران و همشیره‌های کودک با اختلال طیف اتیسم استفاده شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، مادرانی که در معرض آموزش راهبردهای مقابله‌ای و درمان مبتنی بر 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد که موج نوینی از درمان‌های شناختی‌رفتاری است، استفاده کنند.

## ۶ تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه ریاست، کارکنان و کارشناسان دبستان و

## References

- 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](https://doi.org/10.52547/shefa.9.2.10)
- 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.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5<sup>th</sup> ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
- 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>
- 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>
- 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](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00237-7)
- Moshki M. Barrasi mizan ta'sir amoozesh moshkel goshai 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]
- 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://jssp.uma.ac.ir/article\\_212\\_ece52007d13558e60910d842025a63f6.pdf](http://jssp.uma.ac.ir/article_212_ece52007d13558e60910d842025a63f6.pdf)
- 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>

10. Seigny 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, Walsler 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. Fluja-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. *Asarbakshhi 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/sjnhmf.26.2.103>
21. Hosseini SM, Alizadeh Mousavi SE. *Asarbakshhi 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. *Asarbakshhi 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](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. Sanjesh 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-tajrishii M, Ghobari-Bonab B. The effectiveness of positive parenting program (Triple-P) on parental self-efficacy and mother-child interaction in children 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>