MEJDS. 2021; 11:35.

Published online 2021 June. **Research Article**

Comparing the Effects of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life in the Mothers of Children With Autism

Valizadeh H[1], *Ahmadi V[2]

Author Address
1. Master's Degree Student of General Psychology, Faculty of Humanities, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology Department, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
***Corresponding author's email:** vahid_ahmadi20@yahoo.com

Received: 2020 April 8; **Accepted:** 2020 May 18

Abstract

Background & Objectives: The prevalence of Autism Spectrum Disorder (ASD) is significantly on the rise in children. ASD is characterized by stereotyped behaviors, irritability, destructive behaviors, and serious forms of social interaction. ASD usually develops before the age of 3 years. ASD severely impacts family life; accordingly, the parents of children with ASD encounter numerous challenges. Taking care of these children, even in the best of circumstances, is a challenging activity; sometimes, in addition to caring for children, conditions are imposed on parents that add to their challenges. Multiple demands and restrictions are faced by the parents of children with ASD; thus, these parents are exposed to adverse consequences. Therefore, the present research aimed to compare the effects of Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Quality of Life (QoL) in the mothers of children diagnosed with ASD.

Methods: This was a quasi–experimental research with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of the study included all the mothers of children with ASD in Kermanshah City, Iran, in 2019. For this purpose, 45 eligible and volunteer mothers were selected based on the inclusion and exclusion criteria of the research. Consequently, they were randomly divided into 3 groups of CBT, ACT, and control (n=15/group). The inclusion criteria of the study included the mothers of children with ASD (diagnosis by a pediatric neurologist), physical ability, an age range of 25 to 50 years, the educational level of above diploma, not receiving any psychological treatment, willingness to attend the therapy sessions, and completing the study questionnaires. The exclusion criteria were absence from >3 sessions in the experimental groups; the existence of severe behavioral problems during the sessions, as well as non–participation and non–cooperation in the research project. The research instrument was the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL–BREF) (1996). The interventions were performed in the CBT group (Redfourd, 2007) for eight 90–minute sessions twice a week, and in the ACT group (Kowalkowski, 2012) for eight 90–minute sessions twice a week. The collected data were analyzed using descriptive statistics (including mean & standard deviation) and inferential statistics, including one–way Analysis of Variance (ANOVA), Chi–squared test, Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA), and Bonferroni posthoc test in SPSS. The significance level of all tests was considered 0.05.

Results: The MANCOVA results suggested that after removing the pretest effects, the difference was significant between the study groups (CBT, ACT, & control) in the posttest phase respecting QoL and its components, including physical health, mental health, social relations, and environmental health (p<0.001). According to the Bephroni posthoc test data, there was no significant difference between the effects of CBT and ACT on the QoL of the explored mothers (p=1.000). However, there was a significant difference between the CBT and control groups (p<0.001) as well as between the ACT and control groups (p<0.001) concerning QoL in the examined mothers of children with ASD.

Conclusion: Based on the present study results, CBT and ACT can be useful and effective in improving the QoL of the mothers of children with ASD.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Quality of life, Autism spectrum disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

Copyright © 2016, 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 ۱۴۰۰؛ (۱۱):۳۵.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر کرمانشاه

حدیث ولی‌زاده[۱]، *وحید احمدی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** vahid_ahmadi20@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۰ فروردین ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم فشار روانی زیادی به خانواده به‌خصوص مادران وارد می‌کند که سبب ایجاد تنش می‌شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر کرمانشاه بود.

روش‌بررسی: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی ازنوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مادارن دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. چهل‌وپنج نفر از افراد واجد شرایط و داوطلب انتخاب به‌شیوهٔ تصادفی با لحاظ‌کردن ملاک‌های ورود و خروج در سه گروه (درمان شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و گواه) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی،۱۹۶۹) بود. مداخلات دو گروه آزمایش به‌صورت گروهی به‌مدت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و دو بار در هفته اجرا شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه، کای‌اسکوئر پیرسون، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تحلیل شدند. سطح معناداری تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اندازهٔ اثر پیش‌آزمون، تفاوت سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) در پس‌آزمون در متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین بین اثر درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما بین هر دو گروه درمان مذکور با گروه گواه در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنادار مشاهده شد (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج پژوهش، استفاده از درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مفید و مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، اختلال طیف اوتیسم.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، 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 jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

۱ مقدمه

در حال حاضر اختلال طیف اوتیسم به‌عنوان اختلال عصبی‌رشدی طبقه‌بندی شده است که فاکتورهای متعدد ژنتیکی و محیطی در توسعهٔ این اختلال نقش ایفا می‌کنند (۱). به سخن دیگر، اختلال طیف اوتیسم، اختلالی پیچیدهٔ رشدی مشخص‌شده با نقایصی در تعامل اجتماعی و علایق و فعالیت‌های محدود و رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای محسوب می‌شود. وجود این اختلال در کودکان می‌تواند زمینه‌ساز بروز رفتارهای غیراجتماعی و ارتباطی در آن‌ها باشد. به عبارت دیگر کودکانی که دارای اختلال طیف اوتیسم هستند، رفتارهای اجتماعی و ارتباطی متفاوت‌تری درمقایسه با سایر کودکان از خود نشان خواهند داد (۲). علت این امر نیز پیشرفت سریع اختلال مذکور است (۳). اختلال طیف اوتیسم جنبه‌های مختلف زندگی کودکان و خانواده‌های آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۴)؛ ازاین‌رو، با تولد کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و آگاهی از اختلال آن‌ها، والدین کودکان دچار بهت و سرخوردگی شدیدی می‌شوند. این مسئله علاوه بر اینکه کودکان را با مشکلات بسیاری مواجه می‌سازد، زندگی والدین، به‌خصوص مادرانشان را نیز تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد. مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، فشارهای روانی و استرس زیادی را متحمل می‌شوند که این فشارها سلامت روان‌شناختی و جسمی آن‌ها را به‌طور چشمگیری به مخاطره می‌اندازد (۵). همان‌طورکه اشاره شد، رفتارها و ناهنجاری‌های ناشی‌از اختلال طیف اوتیسم که از کودکان سر می‌زند، استرس و فشارهای روانی زیادی را بر مادرانشان تحمیل می‌کند؛ چراکه مادران این کودکان مجبور هستند تا پایان عمر، انتظارات خویش را براساس محدودیت‌های کودکانشان متناسب سازند؛ در پی آن، این محدودیت‌ها سبب می‌شود، مادرانِ کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، وقوع بیشتری از استرس، افسردگی و فشارهای روان‌شناختی را درمقایسه با والدین کودکانی با دیگر ناتوانی‌های رشدی مثل سندرم داون، فلج مغزی یا سندرم شکنندهٔ ایکس تحمل کنند (۶).

پژوهش‌ها نشان داده است، وجود استرس و فشارهای روانی در میان مادران دارای کودکان اختلال طیف اوتیسم باعث خواهد شد کیفیت زندگی آن‌ها تحت‌تأثیر قرار گیرد و نیز تا حد زیادی کاهش یابد (۷،۸). اخیراً، کیفیت زندگی به‌عنوان شاخصی مناسب برای میزان تطابق مادران با شرایط فرزند مبتلای خود به اوتیسم در نظر گرفته می‌شود. کیفیت زندگی مادران از این نظر حائز اهمیت است که بر توانایی خانواده‌ای برای مقابله با بیماری‌های مزمن یا ناتوانی در عضوی از خانواده، به‌ویژه کودک تأثیر می‌گذارد (۹). مادرانی که کیفیت زندگی نامطلوبی دارند، اغلب در رشد و پرورش فرزندشان، موفق عمل نمی‌کنند و قادر به مدیریت صحیح روابط و رفتار با کودک خویش نیستند؛ درنتیجه در مهارت‌های فرزندپروری با مشکلات زیادی مواجه خواهند شد. پرورش کودکی مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌تواند وظیفه‌ای سخت و چالش‌زا باشد (۱۰). براساس مطالعهٔ بذرافشان و همکاران، مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم کیفیت زندگی ضعیفی دارند (۱۱). همچنین در مطالعهٔ کیانی و نامی که کیفیت زندگی مادران دارای کودک اوتیسم، نابینا و سالم مقایسه شد، کیفیت زندگی در هر سه گروه مادران با یکدیگر اختلاف معناداری داشت؛ به‌طوری‌که کیفیت زندگی مادران دارای کودک سالم با کیفیت بیشتر و مادران دارای کودک اوتیسم با کیفیت ضعیف درمقایسه با دو گروه دیگر به‌دست آمد (۱۲). ازطرفی، در مطالعهٔ داسیکا و کیومار بین کیفیت زندگی مادران دارای کودک اوتیسم با مادران دارای کودک سالم در همهٔ ابعاد اختلاف آماری معناداری وجود داشت (۱۳).

درخصوص افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، درمانگران درمان‌های زیادی را آزمایش کردند؛ یکی از این درمان‌ها، درمان شناختی‌رفتاری[1] است که می‌تواند تأثیر بسزایی بر آگاهی مادران مذکور دربارهٔ مشکلاتشان داشته باشد. درمان شناختی‌رفتاری، سیستمی روان‌درمانی است که می‌کوشد ازطریق ایجاد تغییر در تفکر معیوب و باورهای ناسازگارانهٔ افراد، به آن‌ها کمک کند تا حد امکان مشکلات خویش را شناسایی کنند. در درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نیافتهٔ درمانجویان و آموزش مهارت‌های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش‌یافته‌تر تأکید می‌شود (۱۴). ریاحی و همکاران طی پژوهشی بیان کردند، می‌توان از درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان فعالیتی درمانی مؤثر در بهبود روان مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استفاده کرد (۱۵). دهقانی نیز بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر بهبود سلامت روان و باورهای غیرمنطقی این مادران تأکید کرد (۱۶).

یکی دیگر از درمان‌هایی که در چند سال اخیر در کمک به مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم مدنظر درمانگران قرار گرفته است، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[2] است؛ چراکه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند دیدگاه این مادران را دربارهٔ شرایط و وضعیت به‌وجودآمده برای آن‌ها، تغییر دهد. با این هدف که فرد با کنترل فشارهای روانی و استرسی که به‌واسطهٔ کودک اوتیسمش برای او به‌وجودآمده، می‌تواند با امید به زندگی و فکر به تغییر شرایط موجود، کیفیت زندگی خویش را ارتقا بخشد. همان‌طورکه اشاره شد، این درمان رابطهٔ میان احساسات و تفکرات تنش‌زا را تغییر خواهد داد تا از این طریق بتواند ذهنیتی در آنان ایجاد کند که شرایط و مشکلات پیش‌آمده را بخشی از زندگی عادی خویش بدانند یا حتی آن را بی‌ضرر تلقی کنند. این مسئله باعث خواهد شد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر نشانه‌ها داشته باشد و بیشتر تمرکز خود را بر افزایش کیفیت زندگی افراد بگذارد (۱۷). پودار و همکاران، در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم بررسی کردند. نتایج نشان داد که درمان، اضطراب، افسردگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی را بهبودی می‌بخشد (۱۸). همچنین نتایج پژوهش تقوایی و همکاران حاکی‌از آن بود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است (۱۹). در پژوهشی زارع بیدکی و جهانگیری به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی

[1]. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

[2]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تأثیر معناداری دارد و مداخلهٔ درمانی مذکور برای سلامت روانی این مادران می‌تواند کاربردی باشد (۲۰). فاشلر و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران آنکولوژی مؤثر است (۲۱). نتایج پژوهش باتینک و همکاران حاکی‌از تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری بیماران سرپایی است (۲۲).

هر پژوهش برای روشن‌کردن جنبه‌های مجهول یک موضوع انجام می‌شود تا بتواند نظام درمانی را تقویت کند؛ بر این اساس، هرچه پژوهش‌های صورت‌گرفته بیشتر باشد، نتایج بهتری به‌دست خواهد آمد. باتوجه به اینکه در پژوهش‌ها تاکنون به مقایسهٔ اثربخشی دو درمان شناختی‌رفتاری و مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم پرداخته نشده است، می‌توان در نظر داشت که پژوهش حاضر نوآوری دارد. نقطهٔ قوت این پژوهش در آن است که تک‌تک شیوه‌های درمانی مذکور به‌صورت جداگانه بررسی شدند و مقایسهٔ این دو بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اوتیسم جنبهٔ مجهول پژوهش به‌شمار می‌رود. همچنین می‌توان اشاره کرد، برای درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان یکی از روش‌های مربوط به موج دوم درمان‌ها، شواهد علمی زیادی مبنی‌بر کارایی آن وجود دارد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نیز از موج سوم درمان‌ها به‌عنوان روشی بحث شده است و گرایش زیادی به آن می‌شود؛ بنابراین هر دوی این درمان‌ها و آموزش‌ها می‌توانند بر این جامعهٔ هدف و افراد جامعه اثرگذاری داشته باشند. هدف از مطالعهٔ حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر کرمانشاه بود.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (برای هر گروه ۱۵ نفر) در نظر گرفته شد (۲۳)؛ ازاین‌رو تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط و داوطلب، براساس ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از آن انتخاب شدند. سپس به‌روش انتساب تصادفی به سه گروه پانزده‌نفری (درمان شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گواه) تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (تشخیص اختلال توسط متخصص مغز و اعصاب کودکان)، داشتن توانایی جسمانی، دامنهٔ سنی ۲۵تا۵۰ سال، سطح تحصیلات بیشتر از دیپلم، دریافت‌نکردن هرگونه درمان روان‌شناختی و تمایل به شرکت در جلسات و پرکردن پرسشنامه‌ها بود. ملاک‌های خروج عبارت بود از: غیبت بیش از سه جلسه در گروه آزمایش؛ وجود مشکلات رفتاری شدید در طول جلسات؛ مشارکت‌نکردن و همکاری‌نکردن در پژوهش.

برای دو گروه اول (گروه‌های آزمایشی) شیوهٔ درمانی به‌عنوان متغیر مستقل در دو گروه (درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) اعمال شد. مادران پس از اعلام موافقت در یک جلسهٔ معارفه شرکت کردند و فرم اعلام موافقت را امضا کردند. پس از توضیح دربارهٔ تحقیق و اعلام موافقت مادران در هر سه گروه، مقیاس کیفیت زندگی اجرا شد. سپس طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای (به‌صورت هفته‌ای دو جلسه)، برای گروه مداخلهٔ اول، درمان شناختی‌رفتاری و برای گروه مداخلهٔ دوم، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد انجام پذیرفت. گروه گواه، آموزش درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت نکرد؛ اما به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه مشاوره پس از پایان دورهٔ اجرای پژوهش ارائه شد. بعد از اتمام جلسات آموزشی برای هر سه گروه پس‌آزمون صورت گرفت. در این پژوهش به‌منظور اندازه‌گیری متغیر مدنظر از پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد که در ادامه دربارهٔ آن توضیح داده می‌شود.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[1]: پرسشنامهٔ کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری پانزده مرکز بین‌المللی ساخته شد که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد (به نقل از ۲۴). تعداد پرسشنامه درمجموع ۲۶ سؤال دارد که دارای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است و با جمع این مؤلفه‌ها نمرهٔ کل به‌دست می‌آید. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی بهتر است (به نقل از ۲۴). در اکثر مطالعات انجام‌شده، این پرسشنامه از روایی و پایایی پذیرفتنی برخوردار است؛ به‌صورتی‌که بونومی و همکاران در بررسی پایایی درونی این پرسشنامه، ضرایب ۰/۸۳ تا۰/۹۵ را اعلام کردند (۲۵). در ایران نیز نجات و همکاران این مقیاس را به فارسی ترجمه کردند و روایی و پایایی آن برای فرهنگ ایرانی معتبر گزارش شد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ برای تمام حیطه‌ها بیشتر از ۰/۷۰ به‌دست آمد؛ ولی در حیطهٔ روابط اجتماعی ۰/۵۵ گزارش شد که آن را به‌دلیل تعداد کم سؤالات این حیطه دانستند؛ همچنین اعلام کردند که ۰/۸۳ موارد همبستگی هر سؤال با حیطهٔ اصلی خود از سایر حیطه‌ها بیشتر است (۲۴).

در این پژوهش درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان متغیرهای مستقل برای آزمودنی‌ها اعمال شد. در اینجا به‌صورت مختصر روش‌های درمانی در جداول ۱ و ۲ توضیح داده شده است.

ـ درمان شناختی‌رفتاری: برای انجام درمان شناختی‌رفتاری از دستورالعمل‌های ارائه‌شده در کتاب کار ردفور (۲۶)، به‌عنوان راهنمای درمان استفاده شد.

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: بستهٔ آموزشی پژوهش حاضر براساس پروتکل مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش برای والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نسخهٔ کوالکفسکی (۲۷) تهیه شد.

[1]. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

جدول ۱. ساختار محتوای جلسات درمان شناختی‌رفتاری

جلسه	محتوا
اول	خوش‌آمدگویی، مطرح‌کردن قوانین اصلی، آشنایی اعضای گروه باهم، بحث راجع به اهمیت سبک زندگی و عوامل کاهندهٔ کیفیت زندگی، جهت‌دادن و آشناکردن بیمار با درمان شناختی‌رفتاری، آموزش تن‌آرامی، تعیین برنامه و اهداف اولیهٔ درمان.
دوم	یادآوری جلسهٔ قبل، ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و توضیح دربارهٔ خطاهای پردازش، ارائهٔ برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، شناسایی افکار برانگیزانندهٔ احساسات ناخوشایند. تعیین تکلیف خانگی شامل ارزیابی نگرانی بیمار، سنجش خلق و فعالیت روزانه، تمرین فنون تن‌آرامی و تمرین ارتباط بین افکار و احساسات، شناسایی افکار غیرمنطقی، تکمیل برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد.
سوم	یادآوری جلسهٔ قبل، آموزش ارزیابی افکار و چالش‌های آن‌ها به‌عنوان راهکارهایی برای تغییر افکار غیرمنطقی، تشریح ارتباط متقابل افکار و هیجانات، معرفی انواع رایج افکار منفی و تحریفات شناختی و چگونگی شناسایی آن‌ها. تعیین تکلیف خانگی شامل تکمیل برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، دسته‌بندی باورها، تمرین فنون آرام‌سازی.
چهارم	یادآوری جلسهٔ قبل، آموزش مدیریت خشم و اضطراب و استرس، جایگزین افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی. تعیین تکلیف خانگی شامل فعال‌سازی رفتاری، فنون آرام‌سازی، ثبت مجدد افکار ناکارآمد، شناسایی رفتارهای نگران‌کننده و اجتنابی منفعل.
پنجم	یادآوری جلسهٔ قبل، آموزش شیوهٔ حل مسئله، روابط اجتماعی و میان‌فردی و نقش معنویت در ارتقای کیفیت زندگی، آموزش انواع سبک‌های مقابلهٔ کارآمد و اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر. تعیین تکلیف خانگی شامل فعال‌سازی رفتاری، فنون آرام‌سازی و ثبت مجدد افکار ناکارآمد، به‌کارگیری شیوهٔ حل مسئله و تمرین مقابله‌ای، شناسایی باورهای نگران‌کننده.
ششم	یادآوری جلسهٔ قبل، بحث دربارهٔ اهمیت شیوهٔ زندگی و نداشتن کیفیت زندگی مطلوب به‌وجودآورندهٔ بیماری‌های فردی، آموزش روش‌های مدیریت خشم. تعیین تکلیف خانگی شامل استفاده از روش‌های مدیریت خشم، فنون آرام‌سازی، ثبت تفکر، شناسایی فعالیت‌های مورد غفلت واقع‌شده، تغییر رفتار در سبک زندگی.
هفتم	یادآوری جلسهٔ قبل، توصیهٔ راهکارهایی برای ایجاد سبک زندگی مناسب و کیفیت زندگی مطلوب، آموزش خودابرازی در روابط بین‌فردی، توضیح فواید حمایت اجتماعی، ارزیابی شبکهٔ حمایت اجتماعی، بحث دربارهٔ به پایان‌آمدن درمان و آماده‌سازی برای تغییرات و دریافت بازخورد.
هشتم	مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل، توزیع پرسشنامه برای پس‌آزمون.

جدول ۲. ساختار محتوای جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف، درخواست از حاضران برای معرفی خود و ارزیابی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. تعیین تکلیف خانگی شامل تکمیل برگهٔ سه اولویت نخست و توصیف ارزش‌های شخصی خود.
دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش/تعهد، داشتن احساس بهتر و نداشتن احساس ناخوشایند، ایجاد بینش در این مادران دربارهٔ مشکل و به‌چالش‌کشیدن کنترل. تعیین تکلیف خانگی شامل گزارش و آشنایی با هیجانات و احساسات ناخوشایند، ثبت موارد موفق کنارگذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل.
سوم	آموزش نومیدی خلاقانه، کنترل هیجان به‌عنوان مشکل، آموزش ماهیت گرایشات هیجانی، استفاده از استعارات و تمرینات درجهت آموزش ماهیت گرایش‌ها، آشنایی با فهرست ناراحتی و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آن‌ها تلاش کرده است. تعیین تکلیف خانگی شامل رهایی از افکار و احساسات ناخوشایند و به‌دست‌آوردن افکار و احساسات خوب، توجه به دیگر راهبردهای کنترل هیجانی و ثبت آن‌ها.
چهارم	یادآوری جلسهٔ قبل، ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به‌واسطهٔ رهاکردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی، یافتن توصیفات و ارزش‌گذاری‌ها، تشریح ریشهٔ لغوی و معنای اصلی اضطراب، تمرین: آن را بگو ولی باور نکن. تعیین تکلیف خانگی شامل استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی، مشاهدهٔ اضطراب به‌جای واکنش به آن، تمرین‌کردن چند فن گسلش با افکار ناراحت‌کننده، تمرین گفت‌وگو با توجه‌آگاهی، سرگرم‌شدن با هر پنج حس در فعالیت‌های روزانه نظیر دوش‌گرفتن، غذاخوردن، مسواک‌زدن و....
پنجم	یادآوری جلسهٔ قبل، فرایند تفکر و فرایند مشاهدهٔ تفکر، تمرین دیدگاه مشاهده‌گر، تمایل به همه یا هیچ، تمرین مجسم‌کردن (فیزیکی‌نگری). تعیین تکلیف خانگی شامل مشاهده‌کردن افکار (شکل و جایگاهشان در ذهن و سرعت حرکت آن‌ها)، ثبت موارد موفق در مشاهده و نبود ارزیابی تجارب و هیجانات.
ششم	یادآوری جلسهٔ قبل، ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها، تمرین تماس چشمی، تمایل و اجرای آنچه شخص مایل به انجام آن است، ترس و کنش، بخشش و پذیرش خود. تعیین تکلیف خانگی شامل ثبت ارزش‌های مهم‌تر زندگی فرد و زمان عمل براساس ارزش‌هایش و حس‌کردن تفاوت‌ها.
هفتم	یادآوری جلسهٔ قبل، ارزش عمل‌محور، گزینش دربرابر تصمیم‌گیری و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد. تعیین تکلیف خانگی شامل معین‌کردن اهداف برطبق ارزش‌های زندگی، تمرین مهارت‌های توجه‌آگاهی دربارهٔ افکار و احساسات نامطلوب.
هشتم	یادآوری و مرور جلسات و تمرینات گذشته، شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، پرسیدن سؤال از مادران، توزیع پرسشنامه برای پس‌آزمون.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه، کای‌اسکوئر پیرسون، شاپیروویلک، لون، لامبدای ویلکز، معادلهٔ شیب خط رگرسیون، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونهٔ تحقیق شامل سن مادر، سن کودک، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد، به لحاظ سن مادر (p=۰/۱۴۴) و سن کودک (p=۰/۰۷۸) بین سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج کای‌اسکوئر پیرسون مشخص کرد، در توزیع سطح تحصیلات (p=۰/۸۲۳) و وضعیت شغلی (p=۰/۶۱۷) بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین این یافته‌ها نشان‌دهندهٔ هم‌توزیعی در متغیرهای دموگرافیک بود. افزون بر این، اکثر افراد سه گروه تحصیلات کارشناسی داشتند و اینکه دربارهٔ وضعیت شغلی آنان اکثر افراد در گروه‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و گواه خانه‌دار و در گروه درمان شناختی‌رفتاری کارمند بودند.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر		درمان شناختی‌رفتاری		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد		گواه		مقدار احتمال
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	سن مادر	۳۳/۵۳	۳/۲۷	۳۶/۲۰	۴/۴۹	۳۵/۴۶	۳/۳۳	۰/۱۴۴
	سن کودک	۶/۷۳	۰/۹۶	۵/۶۰	۱/۱۸	۶/۲۶	۱/۷۵	۰/۰۷۸
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سطح تحصیلات	کاردانی	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷	۱	۶/۷	۰/۸۲۳
	کارشناسی	۸	۵۳/۳	۱۰	۶۶/۷	۸	۵۳/۳	
	کارشناسی‌ارشد	۴	۲۶/۷	۳	۲۰/۰	۶	۴۰/۰	
	دکتری	۱	۶/۷	۱	۶/۷	–	–	
وضعیت شغلی	آزاد	۴	۲۶/۷	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷	۰/۶۱۷
	کارمند	۶	۴۰/۰	۵	۳۳/۳	۳	۲۰/۰	
	خانه‌دار	۵	۳۳/۳	۸	۵۳/۳	۸	۵۳/۳	

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون گروه‌ها		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
سلامت جسمانی	درمان شناختی‌رفتاری	۱۳۳/۳۲۵	۲۰/۲	۰۶۶/۸۸۳	۲۶/۰	۷۱/۱۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۴
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۶۰۰/۹۵۶	۲۱/۱	۸۰۰/۰۱۴	۲۶/۱			
	گواه	۰۶۶/۹۰۷	۲۱/۱	۷۳۳/۴۸۶	۲۱/۱			
سلامت روان	درمان شناختی‌رفتاری	۶۶۶/۷۵۹	۱۵/۱	۸۰۰/۲۶۴	۲۲/۱	۴۱/۷۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۳
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۴۰۰/۰۹۷	۱۶/۲	۶۶۶/۳۴۵	۲۲/۱			
	گواه	۶۶۶/۸۳۸	۱۶/۱	۱۳۳/۶۸۴	۱۸/۱			
روابط اجتماعی	درمان شناختی‌رفتاری	۲۶۶/۵۳۳	۹/۱	۶۰۰/۷۳۶	۱۱/۰	۱۶/۱۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۶
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۹۳۳/۶۶۷	۸/۱	۱۳۳/۸۳۳	۱۱/۰			
	گواه	۳۳۳/۳۴۵	۹/۱	۰۰۰/۶۴۷	۹/۱			
سلامت محیط	درمان شناختی‌رفتاری	۴۰۰/۰۶۳	۲۵/۲	۸۰۰/۸۹۷	۲۹/۱	۳۷/۵۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۰
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۶۰۰/۸۸۲	۲۴/۱	۹۳۳/۷۰۹	۲۹/۱			
	گواه	۹۳۳/۷۰۹	۲۴/۱	۶۶۶/۶۳۲	۲۴/۱			
کیفیت زندگی	درمان شناختی‌رفتاری	۵۳۳/۷۸۰	۷۶/۶	۰۶/۵۲۰	۹۸/۲	۱۰۴/۶۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۰
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۰۶۶/۶۵۹	۷۷/۶	۸۶۶/۹۲۴	۹۷/۲			
	گواه	۱۳۳/۰۲۲	۷۷/۶	۵۳۳/۱۸۰	۷۹/۵			

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها، آزمون شاپیروویلک به‌کار رفت. باتوجه به مقدار احتمال آزمون شاپیروویلک برای مؤلفه‌های متغیر کیفیت زندگی در گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، نرمالیتی توزیع این مؤلفه‌ها رد نشد. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها رد نمی‌شود. ازطرفی برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون از رسم نمودار استفاده شد. باتوجه به اینکه نمودارهای همبستگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمام مؤلفه‌های متغیر کیفیت زندگی هم‌جهت بود و در یک‌راستا قرار داشتند، فرض همسانی شیب رگرسیون رد نشد. به‌منظور مشخص‌شدن تفاوت معنادار گروه‌ها در مؤلفه‌های متغیر کیفیت زندگی، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) به‌همراه آزمون‌های پیش‌فرض به‌کار رفت.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بین سه گروه روی نمرات تعدیل‌شدهٔ مؤلفه‌های متغیر کیفیت زندگی، نشان داد که ترکیب خطی مؤلفه‌های متغیر وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیرهای مستقل تأثیر پذیرفته است. به عبارت دیگر، روش‌های درمانی (درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) بر ترکیب خطی مؤلفه‌های متغیر وابسته مؤثر بود و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود داشت (لامبدای ویلکز= ۰/۱۲۰، p=۰/۰۰۰). همچنین نتایج مجذور اتا در آزمون لامبدای ویلکز به‌عنوان آزمون رایج‌تر در تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی‌از آن بود که ۶۵درصد واریانس نمرات سه گروه مربوط به عضویت گروهی است.

یافته‌های توصیفی مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه‌ها در نمرات پیش‌آزمون تقریباً یکسان است؛ ولی نمرات پس‌آزمون درمقایسه با نمرات پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه افزایش یافته است. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که پس از حذف اندازهٔ اثر پیش‌آزمون، تفاوت سه گروه در پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱). به‌منظور بررسی دقیق این موضوع که بین کدام‌یک از گروه‌های سه‌گانه در متغیر کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد و نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسهٔ میانگین سه گروه در متغیر کیفیت زندگی

متغیر	گروه‌های مقایسه‌شده	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	درمان شناختی‌رفتاری_ گواه	۱۶/۹۳۱	۱/۵۲۴	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد_ گواه	۱۸/۱۱۰	۱/۳۹۲	<۰/۰۰۱
	درمان شناختی‌رفتاری_ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	ـ ۱/۱۷۹	۱/۵۸۷	۰/۰۰۱

براساس جدول ۵، باتوجه به نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی، درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه افزایش میانگین کیفیت زندگی شد. بین اثر درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۱/۰۰۰).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر کرمانشاه انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تأثیرگذار بودند و بین این دو درمان از نظر میزان اثرگذاری تفاوت معناداری وجود نداشت.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم، تجربهٔ بحران داشتن کودکان مبتلا به اوتیسم را نباید به‌عنوان ناهنجاری یا بیماری تلقی کنند؛ بلکه باید آن را یکی از عواملی بدانند که بر سلامتی تأثیر گذاشته است. عبور از یک مرحلهٔ بحران به مرحلهٔ نوینی از بهبودی، زمینه‌ساز اصلی درمان است که لازمهٔ آن تغییرات ساختاری در شخصیت، باورها، نگرش‌ها، آرمان‌های امیال و جهت‌گیری‌ها است تا مسیری جدید برای درک لذت‌ها و آرامش‌های قیمتی‌تر باز شود؛ همچنین تغییرات اساسی را در ساختار درونی و در کیفیت بیرونی زندگی سازماندهی کند و فرصتی برای طرح‌ریزی حرکت، به سبکی جدید و به‌سمتی متفاوت ایجاد نماید (۲۸). نتایج به‌دست‌آمده با پژوهش‌های پیشین همسوست؛ به‌عنوان مثال ریاحی و همکاران (۱۵) و دهقانی (۱۶) در پژوهش‌های خود نشان دادند، درمان شناختی‌رفتاری بر سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تأثیر معناداری دارد؛ بر این اساس، اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری به آن دلیل است که تکنیک‌های آموزشی به‌طور مستقیم بر چندین بُعد از کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (۲۹). همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پودار و همکاران (۱۸)، فاشلر و همکاران (۲۱) و باتینک و همکاران (۲۲) همسوست که گویای تأثیرگذاری درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی هستند. ازطرفی، زارع بیدکی و جهانگیری در پژوهش خود اظهار داشتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه افزایش مؤلفهٔ کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به‌غیر از بُعد جسمانی می‌شود؛ ازاین‌رو نباید غافل شد که بسیاری از مشکلات جسمانی از مشکلات روانی به‌خصوص استرس‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی نشئت می‌گیرد؛ درمان‌های روان‌شناختی عمدتاً با هدف تغییر در کارکردهای ذهنی فرد شکل گرفته‌اند؛ بااین‌حال، بر مشکلات جسمی که ناشی‌از منبعی روانی بوده، تأثیرگذار است (۲۰). در پژوهش حاضر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب افزایش تمام مؤلفه‌های کیفیت زندگی ازجمله سلامت جسمانی این مادران شد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فرایند درمان شناختی‌رفتاری با بازشناسی شناختی سبب آشنایی این مادران با خطاهای فکری نظیر اغراق‌کردن، شخصی‌سازی، دوقطبی‌کردن و... شده است. سپس

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

ترغیب‌کردن آن‌ها برای اینکه این خطاها را شناسایی کنند و بتوانند افکار سازگارتری را جایگزین افکار خودآیند منفی ریشه‌دار در نیاز به کامل‌بودن و احساس بی‌ارزشی نمایند، صورت گرفت. براساس تمرینات رفتاری مانند حساسیت‌زدایی منظم، ازطریق مواجه‌شدن با شرایط واقعی و متفاوت با ایده‌آل، با معیارها و شناخت‌های خود مواجه شدند و سپس به اصلاح خطاهای شناختی خود پرداختند. همچنین به‌کمک آموزش آرمیدگی عضلانی و تنفس دیافراگمی به افراد آموزش داده شد تا استرس روزمرهٔ خود را کنترل کنند. ازطریق تفکر منفی و قدرت فکر نیز به افراد آموزش داده شد تا علائم شناختی منفی خود را بشناسند و آن‌ها را کنترل کنند (۲۹)؛ ازاین‌رو نکات مثبت زندگی خود را دریافتند؛ درنتیجه درقبال آن احساس ارزش‌مندی کردند. اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران، ازطریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظهٔ حال، کنارآمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب یا تلاش برای تغییر آن‌ها، هیجانات منفی را بهبود بخشید. مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند قدرت سازگاری و توان مقابلهٔ خود را حفظ کنند. در همین راستا، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به این مادران کمک می‌کند تا خود را به‌عنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده یا بدون امید تصور نکنند و زندگی دارای معنا و ارزش شود (۳۰). به‌عبارتی، ازآنجاکه پذیرش شرایط بدون تلاش برای تغییر، با بهبود کیفیت زندگی رابطه دارد (۱۷)، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با تأثیر بر تغییرات تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد، منجربه ایجاد تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی افراد شد؛ بنابراین این رویکرد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینهٔ ارزش‌های فردی، کیفیت زندگی افراد را افزایش داد. درمجموع، پذیرش دارابودن کودک مبتلا به اختلال اوتیسم به‌جای تحمل و اجتناب تجربه‌ای تا حد زیادی توانست موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود تا مادران بتوانند نگرش خود را به شرایط تغییر دهند و درنتیجه این امر موجب ارتقای کیفیت زندگی شد. همچنین سایر ابعاد این نوع درمان شامل گسلش، خود به‌عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال با تقویت خود مشاهده‌گر، به فرد توانایی دیدن زندگی جدا از ذهن را می‌دهد و ابعاد ارزش و تعهد نیز سبب اقدامات عملی و عینی برای ارتقای کیفیت زندگی فرد برابر آنچه دوست دارد، می‌شود. در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف روش‌های درمانی دیگر، هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به افراد تحمیل نمی‌شود؛ درعوض، مراجعان براساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری دربارهٔ تغییر می‌پردازند (۲۰).

درنهایت باید به این مسئله توجه داشت که برخلاف موج اول رفتاردرمانی که متمرکز بر رفتار بود، درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد هر دو روش‌های آشکاری را برای برخورد با افکار یا شناخت‌واره‌های مسئله‌ساز مطرح می‌کنند؛ ازاین‌رو در درمان شناختی‌رفتاری به‌دلیل بازسازی شناختی، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و تغییر این افکار، تشریح ارتباط متقابل میان افکار و رفتار، شناسایی تحریفات شناختی، تمرینات رفتاری نظیر آرمیدگی، حساسیت‌زدایی منظم، آموزش شیوهٔ حل مسئله و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد، ارائهٔ راهکارهایی برای ایجاد سبک زندگی مناسب، درنتیجه کیفیت زندگی مطلوب و نحوهٔ مدیریت خشم، اضطراب و استرس و از طرفی دیگر در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأکید بر ارزش‌های زندگی، آموزش کنترل هیجان به‌عنوان مشکل، استفاده از استعاره‌ها در راستای آموزش ماهیت گرایشات هیجانی، تمرینات مربوط به گسلش‌شناختی، آموزش بخشش و پذیرش خود، تمرین دیدگاه مشاهده‌گر و نیز تمرینات پذیرش و ذهن‌آگاهی به‌واسطهٔ رهاکردن و تلاش برای کنترل هیجانات، باعث شد تفاوتی میان این دو درمان در راستای افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وجود نداشته باشد؛ همچنین در هر دو رویکرد باتوجه به تعامل بین اعضای گروه، دیدار گروهی و به اشتراک‌گذاشتن تجربیات مشکلات بین‌فردی و حمایت اجتماعی در جلسات درمانی سبب افزایش کیفیت زندگی شد.

پژوهش حاضر با سختی‌ها ازقبیل همکاری‌نکردن و شرکت‌نکردن تعداد مادران بیشتری که دارای فرزند مبتلا به اتیسم بودند در جلسات درمانی بود؛ چراکه این مادران باتوجه به سرخوردگی و مشکلاتشان کمتر به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی تمایل دارند. ازجمله محدودیت‌های تحقیق این بود که باتوجه به اینکه جامعهٔ آماری را در این پژوهش مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشکیل دادند، تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها باید با احتیاط انجام شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود جلسه‌های پیگیری درمان به‌علت دسترسی‌نداشتن به افراد نمونه در طولانی‌مدت اشاره کرد؛ بنابراین توصیه می‌شود این دو روش درمانی در مراکز درمانی عمومی و خصوصی توسط متخصصان بهداشت روانی در راستای افزایش کیفیت زندگی مادران دارای کودک اوتیسم به‌کار رود. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات درمانی آینده، گروه‌های دیگری با تعلیم روان‌شناختی‌ـ دارودرمانی در کنار گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شوند؛ همچنین از جلسات پیگیری استفاده شود تا امکان مقایسه‌های بیشتری فراهم آید.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان داد، کاربرد درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌تواند کیفیت زندگی این مادران را ارتقا بخشد؛ ازاین‌رو، به‌نظر می‌رسد شرکت در جلسات درمانی باعث می‌شود مادران با احساس و افکار خود آشنا شوند و بتوانند هیجانات منفی خود را کنترل کنند؛ همچنین افکار منفی خود را شناسایی کنند و سعی در کنترل مطلوب این افکار نمایند.

۶ تشکروقدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش که با صبر و حوصله ما را در این طرح همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مجوز اجرای این پژوهش با شمارهٔ م پ/۱۴/۹۸ در تاریخ

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

۷بهمن۱۳۹۸ پس از تصویب در صدوچهل‌ودومین جلسهٔ شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، صادر شد. مادران شرکت‌کننده در پژوهش فرم اعلام موافقت خود را مبنی‌بر مشارکت در تحقیق امضا کردند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه مشاوره پس از پایان دورهٔ اجرای پژوهش به گروه گواه ارائه شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

References

1. Crowell JA, Keluskar J, Gorecki A. Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. Compr Psychiatry. 2019;90:21–9. doi: 10.1016/j.comppsych.2018.11.007
2. Bluth K, Roberson PNE, Billen RM, Sams JM. A stress model for couples parenting children with Autism spectrum disorders and the introduction of a mindfulness intervention. J Fam Theory Rev. 2013;5(3):194–213. doi: 10.1111/jftr.12015
3. Christensen DL, Bilder DA, Zahorodny W, Pettygrove S, Durkin MS, Fitzgerald RT, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among 4-year-old children in the Autism and developmental disabilities monitoring network. J Dev Behav Pediatr. 2016;37(1):1–8. doi: 10.1097/dbp.0000000000000235
4. Mohammadi F, Rakhshan M, Molazem Z, Zareh N, Gillespie M. Parents' perspectives on family violence against children with Autism. Arch Iran Med. 2019;22(9):505–10.
5. Rios K, Aleman-Tovar J, Burke MM. Special education experiences and stress among Latina mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). Research in Autism Spectrum Disorders. 2020;73:101534. doi: 10.1016/j.rasd.2020.101534
6. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2013;43(3):629–42. doi: 10.1007/s10803-012-1604-y
7. Barroso NE, Mendez L, Graziano PA, Bagner DM. Parenting stress through the lens of different clinical groups: a systematic review & meta-analysis. J Abnorm Child Psychol. 2018;46(3):449–61. doi: 10.1007/s10802-017-0313-6
8. Lovell B, Moss M, Wetherell M. The psychosocial, endocrine and immune consequences of caring for a child with autism or ADHD. Psychoneuroendocrinology. 2012;37(4):534–42. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.08.003
9. Kuhlthau K, Payakachat N, Delahaye J, Hurson J, Pyne JM, Kovacs E, et al. Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 2014;8(10):1339–50. doi: 10.1016/j.rasd.2014.07.002
10. Gould ER, Tarbox J, Coyne L. Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018;7:81–8. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.06.003
11. Bazarfeshan B, Kargar Dolatabadi A, Mohammadi M, Sarmadi P, Lakzaei J, Hosseininejad S-M, et al. Quality of life of the mothers of children with autism. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2019;20(4):77–82. [Persian] http://goums.ac.ir/journal/article-1-3541-en.pdf
12. Kiani B, Nami M. A comparative analysis on quality of life in mothers of autistic, blind, and normal-functioning children. Journal of Advanced Medical Sciences and Applied Technologies. 2016;2(2):213–9. [Persian] doi: 10.18869/nrip.jamsat.2.2.213
13. Sreekeerthi D, Kumar P M. A comparative study of quality of life in caregivers of autism and normal children. Scholars Journal of Applied Medical Sciences. 2017;5(9D):3793–8. http://saspublisher.com/wp-content/uploads/2017/09/SJAMS-59D3793-3798.pdf
14. Khodayari Fard M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapies combined with medication therapy and schizophrenic disorder interventions (case study). Journal of Psychology and Education. 2003;33(1):77-102. [Persian]
15. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S, Eshrat T, Naghdi Nasab L. The effect of supportive and cognitive-behavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of Autistic children. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2012;10(6):637–45. [Persian] doi: 10.22118/jsmj.2012.55124
16. Dehghani Y. Efficacy of cognitive behavioral therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with Autistic children. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;26(135):87–98. [Persian] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-7339-en.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]

17. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
18. Poddar S, Sinha VK, Urbi M. Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. International Journal of Education and Psychological Researches .2015;1(3):221–5.
19. Taghvaei D, Jahangiri MM, Zarebidaki Z. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and health promotion among mothers with Autistic children. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2019;7(2):143–53. [Persian] 10.30699/ijhehp.7.2.143
20. Zare Bidaki Z, Jahangiri MM. Effectiveness of acceptance commitment therapy on the quality of life among mothers with Autistic children. Quarterly Journal of Women and Society. 2019;10(37):29–44. [Persian] http://jzvj.miau.ac.ir/article_3394_3b8b206e8df0155d80199737b630db62.pdf
21. Fashler SR, Weinrib AZ, Azam MA, Katz J. The use of acceptance and commitment therapy in oncology settings: a narrative review. Psychol Rep. 2018;121(2):229–52. doi: 10.1177/0033294117726061
22. Batink T, Bakker J, Vaessen T, Kasanova Z, Collip D, van Os J, et al. Acceptance and commitment therapy in daily life training: a feasibility study of an mhealth intervention. JMIR Mhealth Uhealth. 2016;4(3):e103. doi: 10.2196/mhealth.5437
23. Quinn GP, Keough MJ. Experimental design and data analysis for biologists. New York: Cambridge University Press; 2002, pp:23–49.
24. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1–12. [Persian] https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.pdf
25. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol. 2000;53(1):1–12. doi: 10.1016/s0895-4356(99)00123-7
26. Redfourd M. Cognitive behavioral Therapy on quality of life in patients with blood pressure: Workbook. New York: Oxford University Press; 2007, pp: 28–51.
27. Kowalkowski J. The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an Autism spectrum disorder [Ph.D dissertion in Clinical Psychology]. [Ypsilanti, Michigan]: Eastern Michigan University; 2012, pp:1–194.
28. Babapoor J, Zeianli S, Azimi F, Chavoshi4 s H. Efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life, anxiety and fatigue of cancer section's nurses: a clinical trail study. Journal of Nursing Education. 2019;8(4):26–32. [Persian] http://jne.ir/article-1-1042-en.pdf
29. Farahzadi M, Maddahi ME, Khalatbari J. Comparison the effectiveness acceptance and commitment group therapy and cognitive- behavior group therapy on perfectionism and self-esteem women with body image dissatisfaction. Clinical Psychology and Personality. 2020;17(1):89–100. [Persian] doi: 10.22070/cpap.2020.2887
30. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. Cognitive and Behavioral Practice. 2011;18(4):577–87. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.03.004

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.192.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.181]