MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 32

Published online 2026 Jun **Original Article**

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Training on Hope and Psychological Distress in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Ghasemi F[1], *Jadidi M[2], Hasani F[3]

Author Address

1. MSc in General Psychology, Department of Psychology, Shahr-e-Qods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahr-e-Qods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahr-e-Qods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

[*] **Corresponding Author**'s **E-mail:** Mohsen.jadidi@iau.ac.ir

Received: 2026 February 25; **Accepted:** 2026 Jun 26

Abstract

Background & Objectives: Diagnosing a child with autism spectrum disorder has devastating and distressing effects on parents, especially mothers, and causes them severe anxiety. These issues can affect the life expectancy and mental health of mothers of autistic children. In fact, one of the problems that mothers of autistic children experience is a decrease in hope in life. Another problem for mothers of autistic children is psychological distress. Given the importance of increasing hope in the lives of mothers of autistic children and reducing psychological distress in these individuals, different therapeutic approaches have provided different solutions to influence these psychological constructs. One of the effective coping strategies is the use of acceptance and commitment therapy. This therapeutic approach is a psychological model and a third–wave cognitive–behavioral therapy. The primary goal of acceptance and commitment therapy is to reduce avoidance of internal experiences and enhance cognitive flexibility. Accordingly, the purpose of the present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment training on hope and psychological distress in mothers of children with the autism spectrum disorder.

Methods: The present study used a quasi–experimental research method using a pretest–posttest design with a control group. The statistical population of the present study included all mothers of children with autism who were receiving treatment for their children at the Tehran Autism Association in the first half of 2024. Using the convenience sampling method, 46 eligible volunteers were included in the study. These individuals were randomly assigned to an experimental group and a control group. The inclusion criteria for mothers in the study were as follows: willingness to participate in the study and having a child diagnosed with autism spectrum disorder by a psychiatrist or clinical psychologist. The exclusion criteria were dissatisfaction with participation and failure to cooperate in the study. The experimental group received acceptance and commitment training based on the Hayes et al. (2006) treatment protocol. The control group met at another time at the training site and read and reviewed the book. At the beginning of the study, subjects in both groups answered the Snyder Hope Scale (Snyder et al., 1991) and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995) and completed both questionnaires again after the end of the interventions. To adhere to ethical principles, each selected participant was provided with an explanation of the research design, to the extent that it would not introduce bias into the results. Informed consent was obtained from all participants, and issues related to confidentiality and the protection of their information were fully explained to them. The data were analyzed using SPSS version 28 in two sections: descriptive and inferential statistics. In the descriptive statistics section, frequency, percentage, mean, and standard deviation were used. In the inferential statistics section, univariate analysis of covariance (ANCOVA) was used to examine the research objective. The significance level for the tests was set at 0.05.

Results: The results of the univariate analysis of covariance showed that, at the post–test stage, there was a significant difference between the experimental and control groups in both hope ($p<0.001$) and psychological distress ($p<0.001$). The eta–squared results indicated that Acceptance and Commitment Training led to a 61.1% increase in hope and a 79.8% reduction in psychological distress among mothers of children with autism spectrum disorder.

Conclusion: According to the findings, acceptance and commitment training leads to increased hope and reduced psychological distress in mothers of autistic children. Accordingly, it is recommended that relevant authorities provide the basis for increasing hope and reducing psychological distress in mothers of autistic children by holding acceptance and commitment training workshops.

Keywords: Acceptance and Commitment Training, Hope, Psychological distress, Mothers of children with autism spectrum disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

Copyright © 2026, 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.

انتشار برخط تیر ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند طیف اتیسم

فریبا قاسمی[۱]، *محسن جدیدی[۲]، فاطمه حسنی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Mohsen.jadidi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۷ اسفند ۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۵ تیر ۱۴۰۵

چکیده

زمینه و هدف: مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم از امید به زندگی کم و پریشانی‌های روان‌شناختی زیادی در رنج هستند؛ براین‌اساس، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را همهٔ مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم تشکیل دادند که در نیمهٔ دوم سال ۱۴۰۲ در انجمن اتیسم شهر تهران، پیگیر درمان فرزند خود بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، ۴۶ نفر از افراد داوطلب و واجد شرایط وارد مطالعه شدند و سپس به‌صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. گروه آزمایش آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمانی هایز و همکاران (۲۰۰۶) را دریافت کرد. آزمودنی‌ها هردو گروه در ابتدای پژوهش مقیاس امید اشنایدر (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) را پاسخ دادند و پس از پایان مداخله، هردو گروه بار دیگر پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۸ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد، در مرحلهٔ پس‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در هردو متغیر امیدواری و پریشانی روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مجذور اتا مشخص کرد، آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه افزایش ۶۱/۱درصدی امیدواری و کاهش ۷۹/۸درصدی پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم شد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افزایش امیدواری و کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم منجر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، امیدواری، پریشانی روان‌شناختی، مادران دارای فرزند طیف اتیسم.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، 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 2026-10-31]

۱ مقدمه

اختلال طیف اتیسم[1]، عارضهٔ مغزی با طیف وسیعی از علائم است که بر توانایی فرد در برقراری ارتباط، تفکر و تعاملات اجتماعی تأثیر می‌گذارد. این اختلال تکاملی، با چالش‌هایی در تعاملات اجتماعی، ارتباطات کلامی و غیرکلامی و همچنین بروز الگوهای رفتاری تکراری یا غیرمعمول مشخص می‌شود (۱). در اصطلاح کلی، اختلال طیف اتیسم به این معنی است که فرد می‌تواند دارای درخودماندگی خفیف یا خیلی شدید باشد. در پایین‌ترین بخش طیف اتیسم، سندرم آسپرگر[2] یا اختلال اتیسم با عملکرد بالا وجود دارد. میزان شیوع اختلال طیف اتیسم حدود یک‌درصد و در پسران چهار برابر دختران است (۲).

تشخیص کودکی با اختلال رشدی طیف اتیسم برای والدین اثرات ویران‌کننده و اندوه‌بار و اضطراب شدیدی به‌وجود می‌آورد (۳). تشخیص اختلال اتیسم در فرزند، به‌ویژه برای مادران، بار روانی سنگینی به‌همراه دارد. این خبر اغلب غیرمنتظره و تکان‌دهنده است و می‌تواند واکنش‌هایی نظیر شوک، ناامیدی، استرس، افسردگی و حتی نارضایتی زناشویی را به‌همراه داشته باشد. برخی والدین به‌دلیل شدت این فشار، حتی تشخیص اولیه را انکار می‌کنند و به‌دنبال تأییدهای پزشکی دیگری می‌روند. والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، به‌خصوص مادران، در مقایسه با والدین کودکان مبتلا به سایر اختلالات روانی، استرس و فشار روانی به‌مراتب بیشتری را تجربه می‌کنند (۴). این فشارهای طاقت‌فرسا از چالش‌های رفتاری کودک نظیر ناسازگاری، رفتارهای ضداجتماعی، خودآسیب‌رسانی و حرکات تکراری تا دشواری‌های ارتباطی و تعاملات اجتماعی نشئت می‌گیرد. از بعد اقتصادی نیز هزینه‌های سنگین آموزشی و درمانی، بار مالی درخورتوجهی را بر دوش خانواده‌ها می‌گذارد (۵). همهٔ این مسائل بر امید[3] به زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم تأثیر می‌گذارد. ازجمله مشکلاتی که مادران کودکان با اختلال اتیسم تجربه می‌کنند، کاهش امیدواری در زندگی است (۱).

از دیدگاه روان‌شناسی شناختی و نظریه‌های نوین، امیدواری صرفاً میل درونی یا خوش‌بینی منفعلانه نیست، بلکه سازهٔ شناختی‌انگیزشی و مبتنی‌بر هدف محسوب می‌شود که برپایهٔ تعامل سه‌گانهٔ هدف، تفکر راهبردی و عامل پویایی، استوار است. طبق نظریهٔ اشنایدر[4]، امید زمانی متبلور می‌شود که فرد توانمندی ذهنی لازم برای ترسیم مسیرهای جایگزین به‌منظور دستیابی به اهداف را در خود ایجاد کند و هم‌زمان از نیروی اراده یا انگیزهٔ عاملیت[5] برای حرکت در این مسیرها برخوردار باشد (۶,۷)؛ به‌بیان‌دیگر، امیدواری سازه‌ای دوبعدی است که هم عامل تسهیلگر (احساس قدرت اراده یا تصمیم برای آغاز و نگهداری تلاش موردنیاز برای دستیابی به هدف) و هم راه‌ها (قدرت برنامه‌ریزی یا باور به داشتن توانایی برای طراحی برنامه‌های موفق و جایگزین‌ها در مواجهه با موانع مسیر در دستیابی به هدف) را در بر می‌گیرد (۸). این فرایند، سازوکار انطباقی هوشمندی است که با کاهش اضطراب وجودی[6]، کارکردهای اجرایی[7] ذهن را برای حل مسئله[8] بهینه می‌کند و در جلوگیری از فروپاشی ساختار روانی در شرایط بحرانی نقش دارد. افزون‌براین، امیدواری، راهبرد[9] بقای فعال است که ظرفیت‌های بالقوهٔ فرد را به کنش‌های هدفمند تبدیل می‌کند و بدین‌ترتیب، مرز میان واقعیت موجود و آرمان مطلوب را ازطریق مداخلهٔ آگاهانه کوتاه‌تر می‌سازد (۹). اشنایدر به این نتیجه رسید که بین امیدواری زیاد و هیجانات مثبت و امیدواری کم و هیجانات منفی همبستگی معناداری وجود دارد؛ به‌طوری‌که امیدواری ضعیف یا کم‌نشانه افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (۶). والدینی که از روحیهٔ امیدوارانه برخوردارند، راه‌های مقابله‌ای را سریع‌تر از سایر والدین می‌آموزند و از این طریق می‌توانند در فرایند درمان فرزندان خود به‌عنوان منبع حمایتی عمل کنند (۵).

یکی دیگر از مشکلات مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم، پریشانی روان‌شناختی[10] است (۸). پریشانی روان‌شناختی، اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است؛ به‌عبارت‌دیگر، ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد. پریشانی روان‌شناختی می‌تواند براساس دیدگاه‌های منفی از محیط، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس‌پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی، تظاهرات پریشانی روان‌شناختی است (۹). پریشانی روان‌شناختی مجموعه‌ای از علائم روانی، رفتاری و فیزیولوژیک مثل اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، کاهش عملکرد اجتماعی و اختلالات خواب است که با احساسات منفی و خسته‌کننده و تحریک‌پذیری و نگرانی مشخص می‌شود و با علائم جسمی مثل بی‌خوابی، سردرد و کمبود انرژی ارتباط دارد (۱۰). پریشانی روان‌شناختی درمقایسه با اختلال روان‌شناختی که به طبقات تشخیصی بالینی اشاره دارد، بیانگر سطحی غیراختصاصی از آسیب‌شناسی روانی است و به‌عنوان پاسخ هیجانی نابهنجار به عوامل تنش‌زا تعریف می‌شود. باتوجه‌به شدت کمتر پریشانی روان‌شناختی درمقایسه با اختلالات روانی، شیوع آن بیشتر است. شایع‌ترین تظاهرات پریشانی‌های روان‌شناختی، علائم اضطراب، افسردگی و استرس است (۱۱).

باتوجه‌به اهمیت افزایش امیدواری در زندگی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و همچنین کاهش پریشانی روان‌شناختی در این مادران، رویکردهای مختلف درمانی راهکارهای متفاوتی را برای تأثیرگذاری بر این سازه‌های روان‌شناختی ارائه کرده‌اند. یکی از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، استفاده از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[11] است. این رویکرد درمانی، الگوی روان‌شناختی و درمان موج سوم شناختی‌رفتاری است که هایز[12] و همکاران در سال ۱۹۹۹ معرفی کردند. هدف اصلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب از تجربیات درونی و افزایش

1. Autism Spectrum Disorder
2. Asperger syndrome
3. Hope
4. Snyder
5. Agency
6. Existential anxiety
7. Executive functions
8. Problem solving
9. Strategy
10. Psychological distress
11. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
12. Hayes

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[1] است؛ به‌گونه‌ای که افراد بتوانند با احساسات، هیجانات و افکار خود ارتباط مؤثری برقرار کنند و پاسخی سازگارانه و مبتنی‌بر ارزش‌هایشان ارائه دهند (۱۲). این سازگاری، خود به منبع انگیزشی قدرتمندی تبدیل می‌شود که به افراد کمک می‌کند کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند و منابع لازم برای ایجاد تغییرات مطلوب را شناسایی یا تقویت کنند (۱۳). این شیوهٔ درمانی بر شش اصل کلیدی استوار است: پذیرش تجربی، تماس با لحظهٔ حال، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، اقدام متعهدانه و زندگی مبتنی‌بر ارزش‌های شخصی. این اصول که اغلب به‌عنوان «شش ضلعی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد» شناخته می‌شوند، درنهایت به ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند (۱۴).

در پژوهش‌های گوناگونی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی همچون افسردگی، اضطراب و استرس تأیید شده است؛ به‌عنوان‌مثال، خاوری در مطالعه‌ای اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افزایش عملکرد اجتماعی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی را بررسی کرد. نتایج نشان داد، پس از مداخله، در گروه آزمایش، نمرات افسردگی و عملکرد اجتماعی به‌طور معناداری به‌ترتیب کاهش و افزایش یافت (۱۵). اوکاتی و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که آموزش روان‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس و افسردگی و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان مبتلا به تالاسمی در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بود (۱۶). هان و کیم در مطالعه‌ای دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اینترنتی بر علائم افسردگی، اضطراب، استرس، پریشانی روانی و کیفیت زندگی، به این نتیجه دست یافتند که درمان مذکور بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش کیفیت زندگی مؤثر بود (۱۷). ژانگ و همکاران در پژوهشی دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روانی در متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به این نتیجه رسیدند که درمان مذکور بر کاهش پریشانی‌های روانی تأثیرگذار بود (۱۸). پرودنزی و همکاران در مطالعه‌ای دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در محل کار بر بهبود پریشانی روانی کارکنان، به این نتیجه دست یافتند که درمان یادشده باعث کاهش پریشانی‌های روانی شد (۱۹).

نقش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود امیدواری در پژوهش‌ها نیز تأیید شده است؛ به‌صورتی‌که صدق در مطالعه‌ای اثربخشی بستهٔ آموزشی فراتشخیصی مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر هیجان را بر امنیت روانی و امید به زندگی بیماران سرطانی بررسی کرد. نتایج نشان داد، این درمان بر بهبود امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیرگذار بود (۲۰). آل‌یاسین در پژوهشی دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدواری بیماران مبتلا به لوسمی حاد میلوئیدی بعد از پیوند مغز استخوان، به این نتیجه رسید که درمان مذکور به افزایش امیدواری بیماران منجر شد (۲۱). مسلم‌خانی و همکاران در مطالعه‌ای دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و امیدواری بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به این نتیجه دست یافتند که این درمان موجب افزایش امیدواری این بیماران شد (۲۲). هانی اصل حیزانی و فرنام در پژوهشی نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اثر معناداری بر امیدواری و هیجانات منفی داشت و باعث افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی در دانش‌آموزان پسر پایهٔ نهم شد (۲۳).

طبق مطالعات می‌توان بیان کرد، با وجود اینکه نقش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس و افزایش امیدواری تأیید شده است، در هیچ مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم پرداخته نشده است؛ درنتیجه انجام پژوهش کنونی به‌منظور پرکردن خلأ پژوهشی ذکرشده، ضروری به‌نظر می‌رسد.

ازسوی‌دیگر، کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم برای انجام کارهای روزانهٔ خود به مراقبان و به‌ویژه مادرشان وابسته هستند و اگر مادران آن‌ها سلامت روانی مناسب نداشته باشند، نمی‌توانند به‌خوبی از فرزندان خود مراقبت کنند؛ حتی گاهی اوقات مشکلات سلامت روانی مادران می‌تواند تأثیر منفی بر روحیهٔ فرزندانشان داشته باشد و سلامت روانی آن‌ها را به‌خطر بیندازد. براساس پژوهش‌ها، اکثر خانواده‌های فرزندان مبتلا به اختلال طیف اتیسم با مشکلاتی مانند برچسب‌خوردن کودک و خانواده، مقصردانستن مادر در شکل‌گیری اختلال، مقایسهٔ کودک اتیستیک با کودک عادی و تردید در برنامه‌های درمانی روبه‌رو هستند که همین امر به کاهش روابط اجتماعی و بیشترشدن مشکلات خانوادگی و درنهایت پایین‌آمدن سطح کیفیت زندگی منجر می‌شود (۲۴). به‌طور دقیق‌تر، در سراسر جهان، معمولاً مادارن مسئولیت اصلی مراقبت از فرزندان با اختلال طیف اتیسم را برعهده دارند؛ این امر می‌تواند تأثیرات مهمی بر رفاه و رشد شخصی آنان خواهد داشت. درزمینهٔ سلامت روان، رابطهٔ مادر و کودک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا این ارتباط چنان نزدیک و درهم‌تنیده است که هرگونه تغییر در یکی بر دیگری نیز اثر می‌گذارد (۲)؛ ازاین‌رو، اختلال طیف اتیسم کودکان بر سلامت روان مادران آن‌ها تأثیر می‌گذارد و ازطرفی کاهش کیفیت سلامت روان مادران بر کودکان نیز تأثیر خواهد گذاشت (۲۵)؛ به‌همین‌دلیل، انجام مطالعاتی برای بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر سلامت روانی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ براین‌اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را همهٔ مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم تشکیل دادند که در نیمهٔ دوم سال ۱۴۰۲ در انجمن اتیسم شهر تهران، پیگیر درمان فرزند خود بودند. با مراجعه به انجمن اتیسم شهر تهران از مادران مراجعه‌کننده درخواست شد تا به پژوهش حاضر بپیوندند. سپس روش نمونه‌گیری دردسترس برای ۴۶ داوطلب واجد شرایط انجام شد. معیارهای ورود مادران به پژوهش عبارت بود از: اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش؛ داشتن

[1]. Psychological flexibility

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم براساس تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی. معیارهای خروج مادران از پژوهش، نارضایتی و همکاری‌نکردن در مطالعه بود.

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، برای هریک از افراد انتخاب‌شده توضیحاتی دربارهٔ طرح پژوهش (تا جایی که موجب سوگیری در نتایج نشود) ارائه شد، رضایت آگاهانهٔ آنان برای شرکت در پژوهش اخذ شد و موضوعات مرتبط با رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات نیز به‌طور کامل برای آن‌ها بیان شد. سپس، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۳ نفره گمارده شدند. گروه آزمایش، آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را براساس پروتکل درمانی هایز و همکاران (۲۶) توسط نویسندهٔ اول در محیطی امن و مناسب دریافت کرد. گروه گواه نیز در زمان دیگری در محل آموزش گرد هم آمد و با سرپرستی نویسندهٔ اول به کتاب‌خوانی و نقد و بررسی کتاب پرداخت. شایان ذکر است، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی بعد از پایان مداخله، آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه نیز ارائه شد. آزمودنی‌های هردو گروه در ابتدای پژوهش به مقیاس امید اشنایدر[1] (۲۷) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[2] (۲۸) پاسخ دادند. پس از پایان مداخله، هردو گروه بار دیگر پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند.

برای گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات آموزشی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس امید اشنایدر: این مقیاس توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید ساخته شد (۲۷). این ابزار دارای دوازده عبارت است و به‌صورت خودگزارشی اجرا می‌شود. چهار عبارت (۲،۹،۱۰،۱۲) خرده‌مقیاس تفکر عاملی و چهار عبارت (۱،۴،۷،۸) خرده‌مقیاس مسیرها را می‌سنجد. عبارات (۳،۵،۶،۱۱) به‌عنوان عبارات انحرافی درنظر گرفته شده و در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شود. پاسخ‌ها براساس طیف لیکرت هشت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۸) نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس، حداقل و حداکثر نمره به‌ترتیب ۸ و ۶۴ است که نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ امید بیشتر به زندگی و نمرات پایین‌تر بیانگر امید کمتر به زندگی است (۲۷). اشنایدر و همکاران برای بررسی روایی این مقیاس از روایی هم‌زمان استفاده کردند. نتایج نشان داد، این مقیاس با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک [3] همبستگی منفی ($r=-۰/۴۴$، $p<۰/۰۱$) و با پرسش‌نامه‌های عاطفهٔ مثبت ($r=۰/۴۹$، $p<۰/۰۱$)، خوش‌بینی ($r=۰/۵۱$، $p<۰/۰۱$)، رضایت از زندگی ($r=۰/۳۷$، $p<۰/۰۱$) و عزت‌نفس ($r=۰/۳۶$، $p<۰/۰۱$) همبستگی مثبت داشت. همچنین، پایایی این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی در فاصلهٔ سه هفته برای نمرهٔ کل ۰/۸۵، برای خرده‌مقیاس تفکر عاملی ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش شد (۲۷). مقیاس امید اشنایدر در ایران توسط کرمانی و همکاران اعتبارسنجی شد. در مطالعهٔ آن‌ها روایی نسخهٔ فارسی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید شد ($GFI=۰/۹۳$، $GFI=۰/۹۶$، $RMSEA=۰/۰۶$، $X^2/df=۲/۷۷$). همچنین، تمامی عبارات مقیاس دارای بار عاملی بیشتر از ۰/۳ بود. پایایی نسخهٔ فارسی مقیاس نیز با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶، برای خرده‌مقیاس تفکر عاملی ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس مسیرها ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۹).

ـ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند در سال ۱۹۹۵ به‌منظور سنجش پریشانی‌های روان‌شناختی و هیجانات منفی ساخته شد (۲۸). این ابزار دارای ۲۱ سؤال و سه خرده‌مقیاس خودگزارش‌دهی افسردگی، اضطراب و استرس است که هر خرده‌مقیاس از هفت سؤال تشکیل شده است. خرده‌مقیاس افسردگی با سؤالات ۳،۵،۱۰،۱۳،۱۶،۱۷،۲۱، خرده‌مقیاس اضطراب با سؤالات ۲،۴،۷،۹،۱۵،۱۹،۲۰ و خرده‌مقیاس استرس با سؤالات ۱،۶،۸،۱۱،۱۲،۱۴،۱۸ ارزیابی می‌شود. پاسخ‌ها براساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (اصلاً=صفر، کم=۱، متوسط=۲ و زیاد=۳) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمرهٔ هر خرده‌مقیاس از صفر تا ۲۱ است. نمرات بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهندهٔ شدت بیشتر علائم افسردگی، اضطراب یا استرس است (۲۸). اگرچه این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) طراحی شد، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ ۲۱ سؤالی آن در مطالعهٔ آنتونی و همکاران بررسی شد نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، این ابزار از سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است و این سه عامل درمجموع ۶۸درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. همچنین، مقادیر ویژهٔ عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به‌ترتیب ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ گزارش شد (۳۰). در مطالعهٔ آنتونی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این کل مقیاس ۰/۹۸ و برای خرده‌مقیاس‌های استرس، افسردگی و اضطراب به‌ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ پایایی مطلوب ابزار بود (۳۰). روایی و پایایی نسخهٔ فارسی این مقیاس در ایران توسط سامانی و جوکار بررسی شد. نتایج نشان داد، ضرایب پایایی بازآزمایی با فاصلهٔ زمانی دو هفته برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۴ به‌دست آمد. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش شد (۳۱). افزون‌براین، روایی هم‌زمان نسخهٔ فارسی مقیاس تأیید شد؛ به‌طوری‌که هر سه خرده‌مقیاس با عوامل اضطراب شناور ($r=۰/۲۳$، $p<۰/۰۱$)، فوبیا ($r=۰/۳۹$، $p<۰/۰۱$)، نشانگان بدنی ($r=۰/۳۹$، $p<۰/۰۱$)، وسواس ($r=۰/۱۲$، $p<۰/۰۵$) و هیستری ($r=۰/۲۰$، $p<۰/۰۱$) رابطهٔ مثبت و معناداری داشتند (۳۱).

ـ آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمانی هایز و همکاران (۲۶) انجام گرفت. این مداخله در قالب دوازده جلسهٔ گروهی، با فراوانی دو جلسه در هفته طی شش هفته برگزار شد. مدت‌زمان هر جلسه نود دقیقه بود که توسط نویسندهٔ اول و با نظارت نویسندهٔ دوم اجرا شد. به‌منظور بررسی روایی محتوایی برنامهٔ آموزشی، از نسبت روایی محتوا[4] (CVR) استفاده شد؛ براین‌اساس، پنج نفر از پژوهشگران و درمانگران حوزهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، دربارهٔ محتوای هریک از جلسات براساس

[1]. Snyder Hope Scale
[2]. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)
[3]. Beck Depression Inventory
[4]. Content Validity Ratio

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

جدول ۱. خلاصه و ساختار کلی جلسات آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی و معارفه	معرفی گروه و معرفی روش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مروری بر قواعد موافقت گروهی	بررسی واکنش‌های فرد به جلسهٔ اول (تکمیل فرم نظرسنجی دربارهٔ جلسهٔ اول)
دوم	آغاز	بررسی موانع انجام‌دادن تکالیف تأکید بر اهمیت انجام‌دادن تکالیف خانگی به اشتراک گذاشتن تجربیات جلسهٔ اول بررسی انتظارات اعضا از جلسات	تأمل دربارهٔ اینکه فرد می‌خواهد زندگی‌اش چگونه باشد تکمیل فرم مهم‌ترین مشکلات و چالش‌های تجربه‌شده.
سوم	ارزش‌ها	بررسی تکالیف معرفی ارزش‌ها: صحبت دربارهٔ رئوس اصلی ارزش‌ها (بررسی ارزش‌ها در چهار حیطهٔ روابط، تحصیلات و شغل، سلامتی، معنویت) معرفی تکلیف (تشویق اعضا به یافتن ارزش‌های شخصی)	دانستن اینکه فرد به چه چیزهایی معتقد است تکمیل فرم ارزش‌ها
چهارم	ناامیدی خلاقانه	مرور اجمالی مشکلاتی که هریک از اعضا با آن مواجه‌اند بررسی تلاش‌های اعضا برای حل مشکلات خود در طی زمان بررسی اثربخشی راهبردهای اعضا در کوتاه‌مدت و بلندمدت مقایسهٔ اثربخشی این راهبردها براساس آنچه ذهن می‌گوید و تجربیات فرد: توضیح تفاوت بین ذهن و تجربه	آنچه فرد قبلاً امتحان کرده است (تکمیل فرم)
پنجم	ناامیدی خلاقانه کنترل‌کردن، مشکل است.	بررسی تکالیف مطرح‌کردن این موضوع که کنترل، خود نوعی مشکل است بررسی آنچه می‌توانیم و آنچه نمی‌توانیم کنترل کنیم مطرح‌کردن این موضوع که برخی از روش‌های کنترل ممکن است کارا آمد باشند؛ بااین‌حال، بررسی اثربخشی آن‌ها در طولانی‌مدت بهتر است انجام شود مرور اجمالی چگونگی یادگیری کنترل	توجه به میزان استفادهٔ فرد از کنترل و بررسی پیامدهای ناشی از آن
ششم	کنترل کردن، مشکل است. تمایلات یک گزینه است.	بررسی تکالیف بررسی کنترل احساسات به‌عنوان یک مشکل درنظرگرفتن تمایلات به‌عنوان جایگزینی برای کنترل بررسی مفهوم تمایلات و تفاوت آن با خواستن، تلاش‌کردن، اعتقادات و معامله	تکلیف دو کفهٔ ترازو
هفتم	پذیرش تجربه‌ای	بررسی تکالیف بیان هدف از پذیرش و توانایی حضور بدون تلاش برای دورکردن افکار، احساسات و خاطرات نوشتن افکار، احساسات، خاطرات و هیجاناتی که هریک از اعضا با آن‌ها چالش دارند	تکلیف ریگ روان و دیگر موقعیت‌های ناخوشایند کارت‌های چالشی
هشتم	گسلش شناختی	بررسی تکالیف تمایز میان افکار و واقعیت بیرونی کلمات، تجربیات را به‌خوبی توصیف نمی‌کنند افکار توصیف‌کننده و ارزیابی‌کننده رنج‌های تمیز و کثیف	انجام تمرین‌های گسلش شناختی (تمرین کلمهٔ «ترشی» یا کلمات مهم برای اعضا)
نهم	خود به‌عنوان زمینه (خودِ مشاهده‌گر)	بررسی تکالیف خودِ مشاهده‌گر حرکت در مسیر ارزش‌ها	تمرین شخص ناظر
دهم	ذهن‌آگاهی بخشش و پذیرش خود	بررسی تکالیف حضور آگاهانه در لحظه، بدون قضاوت شناسایی موانع موجود به‌منظور تجربهٔ تمایلات	تمرین توجه‌آگاهی موسیقایی
یازدهم	اقدام متعهدانه	بررسی تکالیف پذیرش دردها به‌عنوان بخشی از زندگی	انجام یک اقدام متعهدانه در راستای دستیابی به یکی از ارزش‌های فردی
دوزادهم	خلاصه/خداحافظی	بررسی تکالیف صحبت دربارهٔ ارزش‌ها و موانع عادی کردن موانع برنامه‌ای برای تغییر	مراقبت از خود

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

طیف سه‌گزینه‌ای («ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد») اظهارنظر کردند. ضریب CVR برای جلسات اول تا دوازدهم بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به‌دست آمد که بیانگر روایی محتوای مطلوب برنامهٔ آموزشی بود. خلاصه و ساختار کلی جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۸، در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی برای بررسی هدف پژوهش از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن شامل تعیین توزیع نرمال داده‌ها (با استفاده از آزمون شاپیرو ـ ویلک)، همسانی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و همسانی شیب خطوط رگرسیون (با بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون) بررسی شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش ۴۶ شرکت‌کننده در یک گروه آزمایش (۲۳ نفر) و یک گروه گواه (۲۳ نفر) حضور داشتند که همهٔ آن‌ها زن و متأهل بودند. در جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر / متغیر		گروه آزمایش (۲۳ نفر)	گروه گواه (۲۳ نفر)
وضعیت تحصیلی	دیپلم	۸نفر (۳۴/۷۸درصد)	۷نفر (۳۰/۴۳درصد)
	کارشناسی	۱۱ نفر (۴۷/۸۳درصد)	۱۱ نفر (۴۷/۸۳درصد)
	کارشناسی‌ارشد	۴نفر (۱۷/۴۰درصد)	۵نفر (۲۱/۷۴درصد)
سن	دامنهٔ سنی	۳۳تا۵۱	۳۰تا۴۹
	میانگین سن	۳۷/۹۶	۳۸/۸۸
	انحراف معیار سن	۷/۰۹	۷/۵۳

در ادامه شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش (آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه بررسی شده است (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش و نتایج توزیع نرمال داده‌ها

متغیر / گروه‌ها		میانگین	انحراف معیار	آمارهٔ آزمون شاپیرو ـ ویلک	مقدار احتمال
امیدواری (پیش‌آزمون)	آزمایش	۳۱/۳۲	۴/۸۸	۰/۸۳۱	۰/۳۱۰
	گواه	۳۳/۴۳	۴/۲۹	۰/۶۱۴	۰/۲۵۶
امیدواری (پس‌آزمون)	آزمایش	۳۸/۶۷	۳/۶۴	۰/۸۸۸	۰/۳۴۲
	گواه	۳۴/۴۱	۴/۴۲	۰/۸۰۵	۰/۲۹۶
پریشانی روان‌شناختی (پیش‌آزمون)	آزمایش	۴۴/۸۰	۵/۳۳	۰/۸۰۰	۰/۲۹۰
	گواه	۴۲/۸۹	۵/۹۶	۰/۹۱۴	۰/۳۷۲
پریشانی روان‌شناختی (پس‌آزمون)	آزمایش	۲۹/۲۵	۵/۱۵	۰/۸۲۳	۰/۳۰۱
	گواه	۴۳/۱۴	۵/۹۱	۰/۵۴۹	۰/۲۱۶

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات متغیر امیدواری در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش داشت؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. همچنین، میانگین نمرات متغیر پریشانی روان‌شناختی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون کاهش داشت؛ اما این تغییر در گروه گواه مشاهده نشد. برای سنجش معناداربودن این تفاوت‌ها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های اساسی آن بررسی شد. باتوجه‌به نتایج جدول ۳، مقدار احتمال آزمون شاپیرو ـ ویلک برای همهٔ متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در هردو گروه آزمایش و گواه بیشتر از ۰/۰۵ بود ($p>0/05$)؛ درنتیجه، داده‌های پژوهش از بهنجاری کافی برای انجام تحلیل کوواریانس برخوردار بودند. نتایج آزمون لوین برای هردو متغیر پژوهش از لحاظ آماری معنادار نبود ($p>0/05$)؛ بدین‌ترتیب، پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها رد نشد. همچنین به‌منظور بررسی همسانی شیب خطوط رگرسیون، اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون بررسی شد. مقدار احتمال مربوط به آمارهٔ F برای متغیر امیدواری ۰/۷۶۹ بود ($p>0/05$)؛ همچنین مقدار احتمال برای متغیر پریشانی روان‌شناختی ۰/۶۰۷ به‌دست آمد که معنادار نبود ($p>0/05$). به‌طورکلی، می‌توان بیان کرد که پیش‌فرض همسانی شیب خطوط رگرسیون برای همهٔ متغیرهای پژوهش رد نشد. نظر به اینکه پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برقرار بود، می‌توان از این آزمون آماری استفاده کرد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ گزارش شده

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

است.

همان‌طورکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در مرحلهٔ پس‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در هردو متغیر امیدواری و پریشانی روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). باتوجه‌به مجذور اتا، افزایش میانگین متغیر امیدواری برابر با ۰/۶۱۱ و کاهش میانگین متغیر پریشانی روان‌شناختی برابر با ۰/۷۹۸ بود. این مطلب نشان می‌دهد که آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه افزایش ۶۱/۱درصدی امیدواری و کاهش ۷۹/۸درصدی پریشانی روان‌شناختی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم شد؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش امیدواری و کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم شد.

جدول ۴. نتایج اثرات بین‌آزمودنی متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون

متغیر	آماره / منبع تغییر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
امیدواری	پیش‌آزمون	۱۷/۵۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۲
	گروه	۲۰/۳۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۱
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۳۴/۶۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۴
	گروه	۵۱/۲۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۸

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام شد. یافته‌ها نشان داد، آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه افزایش امیدواری مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم شد. این یافته با نتایج مطالعات صدق (۲۰)، آل‌یاسین (۲۱)، مسلم‌خانی و همکاران (۲۲) و هانی اصل حیزانی و فرنام (۲۳) همسوست.

تبیین سازوکار اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ارتقای امیدواری مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، مستلزم نگاهی چندبعدی به تغییرات بنیادین در زیرساخت‌های شناختی و رفتاری آن‌ها است. در وهلهٔ اول و با استناد به مطالعهٔ صدق می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با هدف قراردادن «اجتناب تجربه‌ای»، مادر را از چرخهٔ فرسایندهٔ مبارزه با هیجانات منفی (مانند غم، خشم یا شرم) خارج می‌کند. زمانی‌که مادر از تلاش برای سرکوب این عواطف دست می‌کشد، ظرفیت روانی آزادشده به‌صورت مستقیم صرف ساختن مسیرهای ذهنی جدید برای «امید» می‌شود (۲۰). همسو با یافته‌های پژوهش آل‌یاسین، سازوکار اصلی در این فرایند، انتقال از وضعیت «درماندگی آموخته‌شده» به «پذیرش فعالانه» است. در این فرایند، گسلش شناختی به مادر کمک می‌کند تا از ادغام با افکار فاجعه‌بار دربارهٔ آیندهٔ کودک رها شود. او می‌آموزد که فکر «کودک من هرگز مستقل نخواهد شد»، تنها یک پدیدهٔ زبانی است، نه واقعیتی محتوم در لحظهٔ حال. این گسست، به والد اجازه می‌دهد تا خودِ مشاهده‌گر را تقویت کرده و هویت خود را فراتر از چالش‌های اتیسم بازتعریف کند (۲۱). هم‌راستا با یافته‌های مطالعهٔ حاضر، هانی اصل حیزانی و فرنام بیان کردند که با تقویت تماس با لحظهٔ حال، تمرکز مادر از حسرت‌های گذشته و اضطراب‌های مبهم آینده، به ظرفیت‌های موجود در اینجا و اکنون معطوف می‌شود که خود زیربنای بخش انگیزه در سازهٔ امیدواری است (۲۳). در لایهٔ عمیق‌تر، آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ازطریق شفاف‌سازی ارزش‌ها، منبع امید را از نتایج بیرونی که اغلب در اتیسم پیش‌بینی‌ناپذیر است، به فرایندهای درونی منتقل می‌کند. هنگامی‌که مادر ارزش خود را در والدگریِ همدلانه تعریف می‌کند و نه صرفاً در بهبودی کامل کودک، او به منبعی پایدار از معنا دست می‌یابد که در برابر نوسانات رفتاری کودک آسیب‌ناپذیر است. این معنابخشی جدید، مؤلفهٔ گذرگاه‌سازی را در نظریهٔ امید تقویت می‌کند؛ به این معنا که مادر برای تحقق ارزش‌هایش، راه‌حل‌های منعطف و خلاقانه‌ای می‌یابد (۲۳). درنهایت، اقدام متعهدانه به‌عنوان مرحلهٔ عملیاتی، امید را از آرزویی منفعل به حرکتی هدفمند تبدیل می‌کند. هر گام کوچکی که مادر در مسیر ارزش‌هایش برمی‌دارد، حس خودکارآمدی را در او زنده می‌کند و با ایجاد تجربیات موفقیت‌آمیز، پیوند میان تلاش و نتیجه را بازسازی می‌نماید. این زنجیرهٔ متصل از پذیرش تا تعهد، منجربه ایجاد سیستم امیدواری منعطف می‌شود که در آن، امید نه برپایهٔ انکار واقعیت‌های سخت اتیسم، بلکه براساس حرکت معنادار در حضور این واقعیت‌ها بنا شده است (۲۳). درواقع، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با جایگزینی امید کاذب به تغییر کودک همراه با امید صادقانه به رشد والد در کنار کودک، تاب‌آوری و اشتیاق به آینده را در این مادران نهادینه می‌سازد (۲۰).

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر نشان داد، آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم شد. این یافته با نتایج مطالعات خاوری (۱۵)، اوکاتی و همکاران (۱۶)، هان و کیم (۱۷)، ژانگ و همکاران (۱۸) و پرودنزی و همکاران (۱۹) همسوست.

تحلیل تبیین اثربخشی آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، ریشه در تغییر بنیادین در نحوهٔ مواجهه با تجربیات درونی دردناک دارد. همسو با مطالعهٔ پرودنزی و همکاران، در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، کاهش اضطراب، افسردگی و استرس، نه ازطریق تغییر مستقیم محتوای افکار، بلکه ازطریق تغییر رابطهٔ فرد با این افکار محقق می‌شود. سازوکار اولیه‌ای که این تأثیر را میانجیگری می‌کند، تضعیف

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

اجتناب تجربه‌ای است. مادران دارای کودک با اختلال اتیسم به‌دلیل چالش‌های فرساینده، غالباً در تلاش برای سرکوب یا فرار از احساسات ناخوشایند خود هستند که این تلاش منجربه تشدید پریشانی می‌شود. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با جایگزینی پذیرش به‌جای اجتناب، به مادر می‌آموزد که فضا را برای حضور هیجانات بدون قضاوت باز کند، که این امر به‌نوبهٔ‌خود از بار هیجانی انباشته‌شده می‌کاهد و پریشانی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (۱۹). با بهره‌گیری از مطالعهٔ هان و کیم می‌توان بیان کرد که در گام بعدی، سازوکار گسلش شناختی وارد عمل می‌شود. مادرانی که پیش‌تر در افکار فاجعه‌آمیز مربوط به آیندهٔ کودک خود غرق شده بودند، یاد می‌گیرند که بین خودِ مشاهده‌گر و محتوای ذهنشان فاصله ایجاد کنند. این فاصله، قدرت تخریبی افکار اضطرابی را خنثی می‌کند و مانع از آن می‌شود که یک فکر منفی به مارپیچ افسردگی تبدیل شود. علاوه‌براین، ارتقای تماس با لحظهٔ حال ازطریق تمرینات ذهن‌آگاهی، ذهن مادر را از مرور مکرر حسرت‌های گذشته یا پیش‌بینی‌های هراس‌آور آینده به سمت واقعیت ملموس اکنون سوق می‌دهد، که این تمرکز بر حال، به‌طور مستقیم سطح استرس فیزیولوژیک را کاهش می‌دهد (۱۷). ژانگ و همکاران نیز بیان کردند که مفهوم «خود به‌عنوان زمینه» نیز به مادر کمک می‌کند تا هویتی پایدار و منعطف در برابر بحران‌های رفتاری کودک ایجاد کند؛ به‌طوری که شکست‌ها یا تنش‌های روزمره را نه به‌عنوان نقص شخصی، بلکه به‌مثابهٔ رویدادهایی گذرا در پهنهٔ وسیع آگاهی ببینند. در سطحی عمیق‌تر، فرایند شفاف‌سازی ارزش‌ها نیز به‌عنوان پادزهر برای افسردگی عمل می‌کند. درواقع با شناسایی آنچه واقعاً در زندگی برای مادر معنادار است، او از انفعال خارج می‌شود و مسیرهای جدیدی برای کنشگری می‌یابد و همین کنشگری درنهایت از میزان مشکلات روان‌شناختی وی می‌کاهد (۱۸). درنهایت، اقدام متعهدانه باعث می‌شود که مادر با وجود حضور استرسورهای محیطی (مانند مشکلات ارتباطی کودک)، رفتارهای هدفمند انجام دهد. این حرکت معنادار، حس درماندگی را با حس عاملیت جایگزین می‌کند و با فعال‌سازی سیستم پاداش درونی، چرخه‌های معیوب پریشانی روان‌شناختی را از هم می‌گسلد (۱۸). خاوری همسو با مطالعهٔ حاضر بیان کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به مادر می‌آموزد که پریشانی را نه به‌عنوان سدی در برابر زندگی، بلکه به‌مثابهٔ بخشی از تجربهٔ انسانی مراقبت بپذیرد و بدین‌ترتیب، با کاهش مقاومت ذهنی، علائم بالینی به‌شکل معناداری کاهش می‌یابد. این رویکرد به‌جای اصرار بر احساس خوب داشتن، بر خوب احساس‌کردن و زیستن آگاهانه متمرکز است که نتیجهٔ ثانویهٔ آن، فروکش کردن تلاطم‌های خلقی و اضطرابی است (۱۵).

همانند هر پژوهشی، مطالعهٔ حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بود؛ ازجمله اینکه پژوهش حاضر به مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم محدود شد که در نیمهٔ دوم سال ۱۴۰۲ در انجمن اتیسم شهرستان تهران، پیگیر درمان فرزند خود بودند؛ درنتیجه، تعمیم یافته‌های این مطالعه به مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در سایر شهرها باید با احتیاط انجام شود. همچنین، امکان کنترل برخی متغیرهای مزاحم، ازجمله مسائل خانوادگی، وجود نداشت. بر اساس محدودیت‌های مذکور پیشنهاد می‌شود که موضوع پژوهش در شهرها و مناطق دیگر نیز بررسی و نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به‌روش کیفی و با استفاده از مصاحبه با شرکت‌کنندگان انجام شود تا امکان بررسی عمیق‌تر و دقیق‌تر ابعاد مختلف موضوع پژوهش فراهم شود. انجام پژوهش با نمونهٔ بیشتر و در محدودهٔ جغرافیایی وسیع‌تر نیز پیشنهاد می‌شود تا شواهد علمی منسجم‌تری درخصوص نقش متغیرهای پژوهش فراهم شود.

باتوجه‌به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که مسئولان مربوط با برگزاری کارگاه‌های آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای مادران فرزندان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، زمینه را برای افزایش امیدواری و کاهش پریشانی روان‌شناختی آنان فراهم کنند. همچنین، باتوجه‌به تأثیر مثبت آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش امیدواری و کاهش درماندگی روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و درمانگران از این مداخله برای بهبود امیدواری و درماندگی روان‌شناختی مادران فرزندان مبتلا به اختلال طیف اتیسم استفاده کنند. افزون‌براین، باتوجه‌به یافته‌های این پژوهش و با درنظرگفتن نقش مهم متغیرهای پژوهش در مسائل روانی و روان‌شناختی مادران فرزندان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، می‌توان برنامه‌های آموزشی مناسبی برای ارتقای سلامت روان آنان تدارک دید.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افزایش امیدواری و کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم منجر می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از همهٔ شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین مدیر و مسئولان انجمن اتیسم شهرستان تهران که محققان را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش رعایت شد. شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در پژوهش و انتشار نتایج مطالعه بدون ذکر نام و مشخصات آن‌ها به‌صورت کتبی اعلام کردند. افزون‌براین، در حین اجرای مداخله، آزمودنی‌ها در هر زمانی آزاد بودند که از حضور در پژوهش منصرف شوند.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش ازطریق ارسال ایمیل به نویسندهٔ اول مقاله در دسترس است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش از هیچ سازمان و مؤسسه‌ای حمایت مالی دریافت نکرده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

مشارکت نویسندگان

این مقاله از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد نویسندهٔ اول استخراج شده است. مفهوم‌سازی، طراحی و اجرای پژوهش، جمع‌آوری و مطالعهٔ منابع و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها برعهدهٔ فریبا قاسمی بود. فریبا قاسمی و محسن جدیدی نگارش و تهیهٔ پیش‌نویس مقاله را انجام دادند. محسن جدیدی و فاطمه حسنی نیز عهده‌دار انجام اصلاحات نهایی مقاله بودند.

References

1. Ekas NV, Pruitt MM, McKay E. Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders. 2016;29-30:8-18. doi: 10.1016/j.rasd.2016.05.006
2. Pozo-Rodríguez M, Cruz S, Conde-Pumpido-Zubizarreta S, Carracedo A, Tubío-Fungueiriño M, Fernández-Prieto M. A systematic review on the association between executive function and emotional regulation in autism, ADHD, and autism/ADHD. Neurosci Biobehav Rev. 2026;183:106570. doi: 10.1016/j.neubiorev.2026.106570
3. Castellón FA, Dueñas A, Luelmo P. Sacrifice, uncertainty, and resilience: Qualitative study of US/Mexico border mothers of autistic children. Autism. 2025;29(7):1754-66. doi: 10.1177/13623613251322059
4. Rajeh A, Amanullah S, Shivakumar K, Cole J. Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies. Asian J Psychiatr. 2017;25:131-5. doi: 10.1016/j.ajp.2016.09.005
5. Normand S, Ambrosoli J, Guiet J, Soucisse MM, Schneider BH, Maisonneuve MF, et al. Behaviors associated with negative affect in the friendships of children with ADHD: an exploratory study. Psychiatry Res. 2017;247:222-4. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.041
6. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. Psychological inquiry. 2002;13(4):249-75. doi: 10.1207/S15327965PLI1304_01
7. Corn BW, Feldman DB, Wexler I. The science of hope. Lancet Oncol. 2020;21(9):e452-9. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30210-2
8. Cohen-Chen S, Pliskin R. Hope: the experience and functions of a seemingly-positive group-based emotion. European Review of Social Psychology. 2025;36(1):35-70. doi: 10.1080/10463283.2024.2347815
9. Colla R, Williams P, Oades LG, Camacho-Morles J. "A new hope" for positive psychology: a dynamic systems reconceptualization of hope theory. Front Psychol. 2022;13:809053. doi: 10.3389/fpsyg.2022.809053
10. Li F, Tang Y, Li F, Fang S, Liu X, Tao M, et al. Psychological distress in parents of children with autism spectrum disorder: a cross-sectional study based on 683 mother-father dyads. J Pediatr Nurs. 2022;65:e49-55. doi: 10.1016/j.pedn.2022.02.006
11. Arias-Ulloa CA, Gómez-Salgado J, Escobar-Segovia K, García-Iglesias JJ, Fagundo-Rivera J, Ruiz-Frutos C. Psychological distress in healthcare workers during COVID-19 pandemic: a systematic review. J Saf Res. 2023;87:297-312. doi: 10.1016/j.jsr.2023.07.016
12. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
13. 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. doi: 10.1177/0011000012460836
14. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in "self-as-context" ("perspective-taking") occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. The Journal of Pain. 2017;18(6):664-72.
15. Khavari, A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in reducing depression and enhancing social functioning in patients with major depression disorder (MDD). Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2023;66(3):622-0. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_24543.html?lang=fa
16. Okati M, Shirazi M, Sanagouye Moharar G. Acceptance and commitment therapy on stress, depression, and test anxiety in students with thalassemia. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:97-97. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1906-fa.html
17. Han A, Kim TH. Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2022;24(12):e39727. doi: 10.2196/39727
18. Zhang L, Huang S, Liu S, Huang Y, Chen S, Hu J, Xu M. Effectiveness of an Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy Intervention for Reducing Psychological Distress in Health Care Professionals: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2024;26:e59093. doi: 10.2196/59093
19. Prudenzi A, Graham CD, Flaxman PE, Wilding S, Day F, O'Connor DB. A workplace acceptance and commitment therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: a randomised controlled trial. PloS One. 2022;17(4):e0266357. doi: 10.1371/journal.pone.0266357
20. Sedgh AK. Investigation the effectiveness of transdiagnostic training package based on acceptance and commitment therapy and emotion-focused therapy on psychological security and hope for life of cancer patients. International Journal of Psychology. 2023;17(1):63-85. doi: 10.61186/ijpb.17.1.63

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]

21. Al Yasin MM. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on hope in patients with acute myeloid leukemia (AML) after bone marrow transplantation (BMT). In: Proceedings of the 9th International Conference on Interdisciplinary Studies in Health Sciences, Psychology, Management and Educational Sciences. Strasbourg, France: Arvin Hamayesh Alborz; 2024. [Persian]
22. Moslem Khani M, Ebrahimi ME, Sahebi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (act) on happiness and hope of hamedanian multiple sclerosis patients. Pajouhan Sci J. 2019;17(2):15-23. [Persian] doi: 10.21859/psj.17.2.15
23. Hani Asl Hizani A, Farnam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing hope and decreasing negative excitements of male students in the ninth-grade. Journal of Educational Psychology Studies. 2018;15(32):223-46. [Persian] doi: 10.22111/jeps.2018.4426
24. Hizbullah K, Mulyati R. The role of gratitude and family support on psychological well-being of mothers with autistic children. International Journal of Islamic Educational Psychology. 2022;3(1):1-8. doi: 10.18196/ijiep.v3i1.13190
25. Curtis S, Izett E. The experience of mothers of autistic children with a pathological demand avoidance profile: an interpretative phenomenological analysis. Discover Mental Health. 2025;5:5. doi: 10.1007/s44192-025-00127-3
26. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Res Ther. 2006;44(1):1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
27. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol. 1991;60(4):570. doi: 10.1037/0022-3514.60.4.570
28. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995;33(3):335-43. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
29. Kermani Z, Khoda Panahi MK, Heidari M. Psychometric properties of the Snyder Hope Scale. Quarterly Journal of Applied Psychology. 2011;5(4):7-23. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_95512.html?lang=fa
30. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychological Assessment. 1998;10(2):176-81. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
31. Samani S, Jokar B. Investigation of the validity and reliability of the short form of the Depression, Anxiety and Stress Scale. Shiraz University Social Sciences and Humanities Journal. 2007;26(3):65-76. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-31]