Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Winter 2024, Volume 10, Issue 2 10.22034/IJRN.10.2.2

Comparing the effectiveness of self-compassion training and therapy based on acceptance and commitment cognitive flexibility of mothers of children with autism

Fatemeh Haji Naghi Tehrani[1], Hayede Saberi[2*], Nasrin Bagheri[3]

1-Graduated PhD in Psychology from the Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.
2-Associate Professor, Department of Psychology, Roudhan Branch, Islamic Azad University, Roudhan, Iran.
3-Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

Corresponding Author: Hayede saberi, Associate Professor, Department of Psychology, Roudhan Branch, Islamic Azad University, Roudhan, Iran
Email: H.saberi@riau.ac.ir

Received: 2023/4/12 Accepted: 2023/8/21

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the effectiveness of self-compassion training and acceptance and commitment-based therapy on the cognitive flexibility of mothers of children with autism.

Methods: This research was applied in terms of purpose and semi-experimental pre-test-post-test with a control group and a follow-up phase and the statistical population included mothers of children with autism in Dost Autism Institute in Tehran in 2019. 45 people from this community were selected as a sample group using voluntary and non-probability sampling methods and replaced by simple random in three groups of 15 people which included two experimental groups and one control group. The first group of the experiment received eight sessions of self-compassion training and the second group of the experiment received eight sessions of acceptance and commitment training. The duration of the sessions for both groups was 45 minutes weekly, and the control group was placed on the waiting list. The research tools were the cognitive flexibility questionnaire, acceptance and commitment protocol, and self-compassion protocol. The data were analyzed using the method of multivariate analysis of covariance and repeated measurement.

Results: The results showed that self-compassion training and therapy based on acceptance and commitment were effective on the cognitive flexibility of mothers of children with autism. Therefore, teaching self-compassion and treatment based on acceptance and commitment can have useful results in improving the mental health of these mothers.

Keywords: Teaching self-compassion, Treatment based on acceptance and commitment, Cognitive flexibility

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
زمستان ۱۴۰۲، دوره ۱۰، شماره ۲
10.22034/IJRN.10.2.2

مقایسه اثربخشی آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم

فاطمه حاجی نقی طهرانی[۱]، هایده صابری[۲*]، نسرین باقری[۳]

۱-دانش آموخته دکتری روانشناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲-دانشیار، گروه روانشناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی،رودهن، ایران.
۳- استادیار گروه روانشناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: هایده صابری، دانشیار، گروه روانشناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی،رودهن، ایران.
ایمیل: H.saberi@riau.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۵/۳۰

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بود.

روش کار: این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری و جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موسسه دوست اوتیسم شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. تعداد ۴۵ نفر از این جامعه به عنوان گروه نمونه با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه و غیراحتمالی انتخاب و به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری که شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بودند جایگزین شدند. گروه اول آزمایش هشت جلسه آموزش شفقت با خود و گروه دوم آزمایش هشت جلسه آموزش پذیرش و تعهد دریافت کردند. طول جلسات برای هر دو گروه ۴۵ دقیقه و به صورت هفتگی بود و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزارهای پژوهش پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی ، پروتکل پذیرش و تعهد تلفیقی و پروتکل شفقت به خودبود. داده ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره و اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم اثربخش بود. لذا آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود سلامت روانی این دسته از مادران نتایج مفیدی را به دنبال داشته باشد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم اثربخش بود. لذا آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود سلامت روانی این دسته از مادران نتایج مفیدی را به دنبال داشته باشد.

کلیدواژه ها: آموزش شفقت با خود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری شناختی.

مقدمه

از جمله اختلال های دوران کودکی، اختلال طیف اوتیسم است که شامل گستره ای از اختلالات عصبی رشدی بوده و در طول زندگی ادامه می یابد (۱). اختلال اوتیسم نوعی اختلال عصب تحولی است که ویژگی های آن به وسیله آسیب مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعی، به علاوه الگوهای محدود و کلیشه ای رفتار با نشانه های آشکار در نخستین دوره زودرس پس از تولد آشکار می شود (۲). اوتیسم یک اختلال رشدی است که با نقص در رفتارهای اجتماعی و ارتباطی و رفتارهای تکراری و محدود مشخص

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

می-شود (۳). علت اصلی این اختلال ناشناخته است و وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و تحصیلات والدین نقشی در بروز اوتیسم ندارد. این اختلال باعث می شود که مغز در رفتار اجتماعی و مهارت های ارتباطی به درستی عمل نکند و در تعامل اجتماعی کودکان اختلال ایجاد کند (۴). آمارهای کنونی نشان دهنده میزان ۰/۵ تا ۱ درصد جمعیت در هر جامعه دارای اختلال اوتیسم است. اوتیسم در هر دو جنس دیده می شود، ولی فراوانی آن در پسرها ۳ تا ۴ برابر دختران است. (۵). والدین این کودکان در برخورد با رفتارهای چالش برانگیز، الگوی ارتباطی و مهارت های اساسی زندگی با مشکلاتی مواجه هستند (۶). به نظر می رسد که والدین بار بزرگتری از مراقبت را به دوش می کشند و استرس مربوط به مقابله با بار سنگین مراقبت را تجربه می کنند (۷). والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم به طور مداوم خود را به اشتباه برای اوتیسم فرزندانشان سرزنش می کنند و معمولاً افسردگی، استرس، سردرگمی، ناامیدی، احساس شکست و غیره را تجربه می کنند. (۸). این فشارهای پیش‌بینی‌نشده می‌تواند تأثیر نادرستی بر یک رابطه سالم داشته باشد که منجر به جدایی و مشاجره غیرمنتظره می‌شود (۹). لذا این اختلال بسیاری از ابعاد زندگی خانوادگی کودک را مختل می کند و مشکلات زیادی را برای والدین این کودکان به ویژه مادران ایجاد می کند (۱۰).

یکی از عواملی که به والدین کمک می کند تا در زندگی زناشویی خود سازگارتر باشند و علیرغم مشکلاتی که فرزندشان با آن مواجه است، انعطاف پذیری شناختی می باشد (۱۱). مطالعات نشان می دهد که انعطاف پذیری شناختی یکی از متغیرهایی است که ممکن است در مادران کودکان اوتیسم در مقایسه با مادران کودکان سالم متفاوت باشد. (۱۲). مادرانی که تفکر منعطف دارند از توجیهات جایگزین استفاده می کنند، چارچوب فکری خود را به طور مثبت بازسازی می کنند و موقعیت های چالش برانگیز یا رویدادهای استرس زا را در مقابل آنهایی که انعطاف پذیر نیستند می پذیرند (۱۳). افزایش انعطاف پذیری شناختی باعث می شود که افراد در بحران ها، رویدادهای غم انگیز، تهدیدها و استرس، رفتارهای منطبق مثبت از خود نشان دهند (۱۴). زمانی اندرسون مدل نظری عملکرد اجرایی خود را توسعه داد و پیشنهاد کرد که انعطاف پذیری شناختی در سن ۱۲ سالگی به بلوغ می رسد اما به طور کامل نیست و تا اواسط نوجوانی یا اوایل بزرگسالی ایجاد می شود (۱۵). لونا و همکاران توسعه فرایندهای شناختی را از طریق نمونه وسیعی از افراد از اواخر کودکی تا بزرگسالی در نمونه ۲۴۵ شرکت کننده بین سنین ۸ و ۳۰ سال بررسی کردند، آنها دریافتند که عملکرد در ۱۴ سالگی با سرعت پردازش شروع شد، سن ۱۵ سالگی برای مهار پاسخ و ۱۹ سالگی حافظه فعال توسعه یافت. به نظر می رسد مهارت های مربوط به انعطاف پذیری شناختی در این دوره، ارتقاء یابد (۱۶). یکی از متغیرهای مستقل مورد استفاده در این پژوهش شفقت به خود است. شفقت به خود به معنای اطلاع صمیمانه در مورد دردها و ناراحتی های فرد و دیگرانی است که تمایل به کاهش آنها دارند (۱۷). از دیدگاه نف شفقت به خود یعنی شناخت صمیمانه دردها و ناراحتی ها توسط خود شخص. (۱۸). شفقت به خود علاوه بر حفظ افراد در برابر شرایط روحی، نقش بسزایی در حالات عاطفی مانند شادی، خوش بینی و رضایت زناشویی دارد. (۱۹). تحقیقات نشان داده است که شفقت به خود با پیامدهای روانشناسی مانند انگیزه بالاتر برای حل تضادهای بین فردی، حل مشکلات سازنده، ثبات زندگی زناشویی، اضطراب، افسردگی و استرس کمتر، کمال گرایی، روان رنجوری کمتر و رضایت بیشتر از زندگی ارتباط دارد (۲۰). علاوه بر این، شفقت به خود به طور قابل توجهی با صمیمیت با دیگران همراه است (۲۱). از سوی دیگر، نتایج پژوهشی که در سال (۲۰۱۰) انجام شد نشان داد که افزایش شفقت به خود می تواند کلید اصلی مکانیسم دانش و اقدام موثر برای والدین کودکان مبتلا به اوتیسم باشد و باعث کاهش استرس والدین با کودکان اوتیسم شود (۲۲).شفقت با خود موجب آشکار شدن محدودیت ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می شود. (۲۳). یکی دیگر از درمان‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.. در فعالیت متعهدانه فرد تشویق می شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف بکار گیرد. در واقع در این نوع درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد نه این که عملی صرفا جهت اجتناب از افکار احساسات یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۲۴). درمان پذیرش و تعهد (ACT) یک موج سوم رفتار درمانی است که آشکارا اذعان می کند که افکار به جای تغییر شکل، محتوا یا فرکانس خود به تغییرات عملکردی نیاز دارند.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

(۲۵). بررسی‌ها نشان داده است که مداخلات درمان پذیرش و تعهد منجر به افزایش معنادار تلاش‌ها برای شرکت در فعالیت‌های دشوار در حین تجربه احساسات دشوار می‌شود. (۲۶). به طور کلی، مادران کودکان دارای طیف اوتیسم که از درمان پذیرش و تعهد استفاده می کنند، موفق می‌شوند با افکار عاطفی خود رابطه جدیدی ایجاد کنند، به این معنی که افکار هیجانی منفی به صورت افکار ساده تجربه می شوند و هیجان و اضطراب به سادگی به عنوان احساسات احساس می شود، که به آنها اجازه می دهد به جای صرف زمان زیاد برای فکر کردن و اجتناب از کاهش استرس، روی آنچه واقعا مهم و ارزشمند است تمرکز کنند (۲۷). شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از روش های درمانی موج سوم هستند. (۲۸). از آنجا که اختلال اوتیسم در جوامع کنونی روز به روز در حال افزایش است و مادران به عنوان مراقبت کننده اصلی نقش اساسی در این حیطه دارند و با توجه به اینکه مراقبت دایمی از این کودکان باعث مشکلات روحی و روانی برای والدین می شود لذا ضرورت راهکارهای روان شناختی در این خصوص لازم می باشد چرا که اگر مادران شناخت درستی از اختلال کودکشان و همچنین توانایی خودشان داشته باشند کمک به سلامت خانواده و در نهایت جامعه می شود (۲۹). نوآوری این طرح در این است که فقط به کودک اوتیسم توجه نشده بلکه به والد اصلی نگهدارنده کودک که معمولا مادر است توجه شده است. اگه مادران اعتماد به نفس و انعطاف‌پذیری شناختی لازم را داشته باشند مسلما با انگیزه و توان بیشتری به تربیت جسمی و روحی کودکشان می‌پردازند.

با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش سعی بر این است مشخص شود که آیا آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موثر است؟

روش کار

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موسسه دوست اوتیسم شهر تهران در سال ۱۳۹۹ می باشد. معیارهای ورود به پژوهش ۱- مادران کودکان مبتلا به اوتیسم با حداقل یک کودک مبتلا به اوتیسم ۲- تمایل به شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش ۱- سابقه هرگونه بیماری خاصی که شرکت در کلاس‌ها، سلامتی آنان را با خطر مواجه کند ۲- غیبت بیش از دو جلسه در کلاس‌های آموزشی بود. تعداد ۴۵ نفر از مادران از طریق نمونه گیری داوطلبانه و غیر احتمالی بر اساس ملاک های ورود در گام اول و جایگزینی تصادفی توسط فرد متخصص در این زمینه در سه گروه ۱۵ نفری که شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بودند بررسی شدند. بر روی دو گروه آزمایش هشت جلسه درمان هر جلسه ۴۵ دقیقه به صورت هفتگی انجام شد در حالی که گروه کنترل هیچ آموزش و درمانی دریافت نکردند. (طبق محاسبه جدول کوکران با توان ۷۰/. با بیش برآورد در هر کدام از گروه های آزمایش و گواه ۱۵ نفر به صورت تصادفی قرار می‌گیرند). از هر سه گروه پیش آزمون گرفته می شود. افراد گروه آزمایش ۱ و گروه آزمایش ۲، هر گروه به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار و گروهی تحت برنامه درمان پذیرش و تعهد و آموزش شفقت با خود قرار می گیرند. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر سه گروه پس آزمون به عمل می آید. از هر سه گروه، آزمون پیگیری بعد از سه ماه گرفته می شود تا مشخص شود آیا مداخله ی ما اثربخش بوده است یا خیر. این پروتکل‌ها توسط پژوهشگر که کارگاه‌های آموزشی شفقت با خود و پذیرش و تعهد را گذرانده و تجربه و مهارت لازم را داشت انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده گردید. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه ها و پروتکل‌های زیر بود:

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنای و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می‌باشد. این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت (کاملا مخالف: ۱، مخالفم:۲، تاحدی مخالفم: ۳، نه موافق و نه مخالفم:۴، تاحدی موافقم: ۵، موافقم: ۶، کاملا موافقم: ۷، می‌باشد. همچنین سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷، به طور معکوس نمره‌گذاری شد. در ایران شاره و همکاران ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرنباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر ۰/۷۲،

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

۰/۵۵ و ۰/۵۷ بدست آمد.

پروتکل پذیرش و تعهد: پروتکل پذیرش و تعهد مورد استفاده در این پژوهش تلفیق چند پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروساهال، ویلسون، ۱۹۹۹، هیز و همکاران، ۲۰۰۶) بود. که در ۸ جلسه به والدین آموزش داده شد و در جدول ۱ موضوع و اهداف هر جلسه مشخص شده است.

جدول۱. پروتکل پذیرش و تعهد مورد استفاده در این پژوهش تلفیق چند پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروساهال، ویلسون، ۱۹۹۹، هیز و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	موضوع	اهداف
۱	مقدمات و مفاهیم اصلی درمان	چرا در این گروه شرکت کرده‌ایم / قواعد اصلی / مقدمات / مرور درمان و اهداف این برنامه
۲	بیان مفاهیم و تعیین مسیر درمان	بیان مفاهیم کلیدی اکت، تعریف سیکل معیوب، دادن تکلیف
۳	در اکت چه اتفاقی می‌افتد	تعریف پذیرش، ذهن آگاهی، ارزش، مرور تکلیف
۴	موضوع: ارزش‌ها و عمل موثر	بحث در مورد ارزش‌ها، تفاوت ارزش و هدف، دادن تکلیف
۵	تعریف انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	مرور تکلیف، بیان عوامل موثر در انعطاف‌پذیری روان شناختی، بیان مثال برای درک بهتر
۶	بیان تفاوت درد و رنج، اجرا درمان	دادن تکلیف به مادران برای درک بهتر درد و رنج؛ طرح دو سوال کلیدی، ناامیدسازی خلاقانه، آگاه‌سازی مراجع از دستور کار زندگی (در برابر مشکل چه کنیم)
۷	موضوع، ادامه اجرا درمان	آموزش تکنیک رها سازی افکار، آموزش مراحل پذیرش، توجه به تکنیک تماس با زمان حال[1]، شفاف سازی ارزش‌ها، دادن تکلیف
۸	عمل متعهدانه	تبدیل ارزش به رفتار، انجام رفتار در زندگی روزمره، مرور اجرا درمان، دادن تکلیف برای حفظ و پایداری درمان

پروتکل شفقت به خود (نف و گرمر، ۲۰۱۳): پروتکل مورد استفاده برای آموزش شفقت به خود برگرفته از نف و گرمر (۲۰۱۳) می‌باشد. این برنامه یک سری تمرینات درمانی را آموزش می دهد که شامل مهر ورزیدن و همچنین یک سری فعالیت‌های غیر رسمی برای تمرین روزمره را آموزش می‌دهد که شامل لمس کردن آرام، نامه نوشتن و... می باشد. هر کدام از کلاس ها با یک سری از تمرینات تجربی می توان باعث ایجاد شفقت به خود شد و تمرینات منزل نیز برای تقویت و توسعه عادات شفت به خود مناسب می باشند. که در ۸ جلسه به والدین آموزش داده شد و در جدول ۲ موضوع و اهداف هر جلسه مشخص شده است.

جدول۲. پروتکل مورد استفاده برای آموزش شفقت به خود برگرفته از نف و گرمر (۲۰۱۳)

جلسه	موضوع	اهداف
۱	بیان اهمیت موضوع و چرایی انتخاب آموزش شفقت به خود	بیان مغز قدیم، مغز جدید، مغز آگاه تمرین ذهن‌آگاهی: دادن تکلیف
۲	موضوع: عدم گرفتن شفقت باعث بهم ریختن تنظیم هیجان می‌شود	بیان سیستم‌های تنظیم هیجان، تعریف بیش فعالی سیستم دفاع، بیش فعالی سیستم انگیزش، دادن تکلیف
۳	بیان ویژگی‌های شفقت	تعریف حساسیت به رنج، همدردی، هم دلی، قضاوت نکردن، تحمل پریشانی و انگیزه مراقبت از بهزیستی، مرور تکلیف
۴	بیان ده چالش ضرورت شفقت	ارتباط بین میزان شرم و خودانتقادگری و کمال‌گرایی با میزان شفقت و بیان ده چالش در نشان دادن ضرورت آموزش شفقت با خود، دادن تکلیف
۵	تعریف مهربانی و نامهربانی	بیان نمود رفتاری مهربانانه، ظاهر رفتار مهربانانه که شامل نوازش دادن ساختار دادن چالش ایجاد کردن و فرصت دادن است، مرور تکالیف
۶	مفهوم‌سازی شفقت	ارائه مشکلات و نشانه‌های فعلی (چه چیزی شما را اذیت می‌کند). بررسی بافت فرهنگی و پیشینه مراجع. ارتباط بین شفقت با ذهن و انعطاف‌پذیری شناختی. دادن تکلیف
۷	ادامه مفهوم‌سازی شفقت	توضیح و تبیین مدل مغز تکامل یافته. گیر کردن در سیکل معیوب، انواع خودها به ما چه می‌گویند، دادن تکلیف
۸	موانع رفتار مهربانانه و چگونگی رفع این موانع	استفاده از استعاره اتوبوس در بیان شفقت با ذهن پذیرش و گسلش (تحمل پریشانی دیدن رنج دیگران و التیام رنج آنها با نوازش ساختار چالش و فرصت دادن در شفقت با دیگران استفاده از تکنیک نامه مهربانانه و تکنیک دو صندلی برای درک اینکه آیا رفتار مهربانانه را یاد گرفته‌اند یا خیر.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی (سن و تحصیلات) در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان

گروه	گروه‌ها		تحصیلات	
	میانگین	انحراف استاندارد	دیپلم	لیسانس
شفقت با خود (N=۱۵)	۳۸/۵۳	۶/۱۳	۵	۱۰
پذیرش و تعهد (N=۱۵)	۳۶/۴۷	۵/۹۱	۶	۹
گروه کنترل (N=۱۵)	۳۶/۳۳	۴/۵۱	۶	۹

جدول ۴ میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سه گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ٤. میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری

	مؤلفه‌ها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
میانگین (انحراف استاندارد)	جایگزین‌ها	شفقت با خود	۳۹/۲۰ (۷/۹۸)	۴۸/۴۷ (۸/۷۹)	۴۹/۶۷ (۷/۷۵)
		درمان پذیرش و تعهد	۳۸/۷۳ (۶/۳۵)	۵۶/۸۷ (۶/۶۵)	۵۵/۶۰ (۷/۶۸)
		کنترل	۳۶/۳۳ (۸/۷۶)	۳۸/۱۳ (۷/۳۱)	۳۷/۵۳ (۷/۲۰)
	کنترل	شفقت با خود	۲۵/۹۳ (۳/۶۷)	۳۹/۰۰ (۷/۴۳)	۳۷/۰۰ (۶/۳۵)
		درمان پذیرش و تعهد	۲۵/۰۰ (۳/۹۰)	۴۴/۸۰ (۶/۸۷)	۴۲/۶۷ (۷/۷۱)
		کنترل	۲۷/۰۷ (۴/۳۲)	۲۳/۷۳ (۵/۰۱)	۲۴/۲۰ (۴/۷۵)
	جایگزین برای رفتارهای انسانی	شفقت با خود	۷/۶۷ (۱/۶۳)	۹/۶۷ (۲/۲۹)	۸/۹۳ (۲/۰۵)
		درمان پذیرش و تعهد	۷/۲۷ (۱/۳۹)	۱۰/۶۰ (۱/۵۸)	۱۰/۳۳ (۱/۵۹)
		کنترل	۷/۵۳ (۱/۵۵)	۷/۴۰ (۱/۶۴)	۷/۴۰ (۱/۴۵)
	نمره کل انعطاف‌پذیری	شفقت با خود	۷۲/۸۰ (۹/۸۴)	۹۷/۱۳ (۱۲/۷۶)	۹۵/۶۰ (۸/۱۲)
		درمان پذیرش و تعهد	۷۱/۰۰ (۸/۲۸)	۱۱۲/۲۸ (۱۱/۴۰)	۱۰۸/۶۴ (۱۰/۰۵)
		کنترل	۷۰/۹۳ (۱۱/۰۴)	۶۹/۲۶ (۱۰/۸۸)	۶۹/۱۳ (۷/۴۵)
مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری)	جایگزین‌ها	شفقت با خود	۰/۹۰۴ (۰/۱۰۹)	۰/۸۹۰ (۰/۰۶۶)	۰/۹۲۶ (۰/۲۴۱)
		درمان پذیرش و تعهد	۰/۹۱۹ (۰/۱۸۸)	۰/۸۷۵ (۰/۰۴۱)	۰/۹۳۸ (۰/۳۶۳)
		کنترل	۰/۹۱۱ (۰/۱۳۹)	۰/۹۲۳ (۰/۲۱۶)	۰/۹۵۸ (۰/۶۵۸)
	کنترل	شفقت با خود	۰/۹۳۳ (۰/۳۰۲)	۰/۹۰۳ (۰/۱۰۷)	۰/۸۷۸ (۰/۰۴۴)
		درمان پذیرش و تعهد	۰/۹۵۱ (۰/۵۳۴)	۰/۹۱۶ (۰/۱۶۵)	۰/۹۳۹ (۰/۳۶۵)
		کنترل	۰/۹۴۳ (۰/۴۲۳)	۰/۹۴۲ (۰/۴۰۲)	۰/۹۵۱ (۰/۵۳۶)
	جایگزین برای رفتارهای انسانی	شفقت با خود	۰/۹۴۵ (۰/۴۴۵)	۰/۹۰۶ (۰/۱۱۸)	۰/۹۰۴ (۰/۱۰۸)
		درمان پذیرش و تعهد	۰/۹۱۷ (۰/۱۷۱)	۰/۸۹۶ (۰/۰۸۳)	۰/۹۵۳ (۰/۵۷۵)
		کنترل	۰/۹۲۲ (۰/۲۰۴)	۰/۸۹۵ (۰/۰۷۸)	۰/۹۱۲ (۰/۱۴۶)
	نمره کل انعطاف‌پذیری	شفقت با خود	۰/۹۷۳ (۰/۸۹۲)	۰/۹۶۷ (۰/۸۱۳)	۰/۹۷۶ (۰/۹۳۲)
		درمان پذیرش و تعهد	۰/۸۹۴ (۰/۰۷۴)	۰/۹۰۹ (۰/۱۳۰)	۰/۹۶۸ (۰/۸۲۹)
		کنترل	۰/۹۶۹ (۰/۸۴۴)	۰/۹۶۳ (۰/۷۵۰)	۰/۹۳۸ (۰/۳۵۵)

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی را برای هر یک از گروه‌های سه‌گانه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همچنان که ملاحظه می‌شود در دو گروه آزمایش میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان شناختی در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. همچنان که جدول ۴ نشان می‌دهد ارزش شاپیرو – ویلک مربوط به مؤلفه جایگزین‌ها در گروه درمان پذیرش و تعهد در مرحله پس-آزمون و مؤلفه کنترل در گروه آموزش شفقت با خود در مرحله پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اگر چه این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به آن دو مؤلفه در گروه‌های یاد شده غیر نرمال است، با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای ارزش شاپیرو – ویلک دو مؤلفه مورد اشاره، حجم نمونه برابر در گروه‌ها و مقاومت روش‌های آماری خانواده تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها، می‌توان انتظار داشت که این موضوع نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نسازد.

در این پژوهش مفروضه های همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون ، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس با استفاده از آماره ام.باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول۵. نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

مؤلفه	مقادیر F آزمون لون			برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها		برابری ماتریس کوواریانس خطا	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	M.Box	F	شاخص موخلی	x2
جایگزین‌ها	۱/۴۸	۱/۹۰	۰/۱۹	۱۴/۰۸	۱/۰۵	۰/۹۶۶	۱/۴۳
کنترل	۰/۴۳	۲/۵۲	۱/۹۸	۷/۱۶	۰/۵۳	۰/۹۳۹	۲/۵۸
جایگزین برای رفتارهای ...	۰/۳۵	۲/۶۶	۲/۶۱	۱۰/۲۱	۰/۷۶	۰/۸۳۶	۷/۳۶*
نمره کل انعطاف‌پذیری	۰/۹۲	۲/۰۷	۰/۸۱	۱۷/۷۰	۱/۳۲	۰/۹۷۹	۰/۸۷

نکته: $p<0/01$** و $P<0/05$*

نتیجه آزمون لون در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان شناختی در گروه‌ها و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس های خطا در بین داده‌های مربوط به مؤلفه ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی برقرار است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سطح ۰/۰۵ برقرار است. نتایج آزمون موخلی در جدول ۲ نشان می‌دهد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه «جایگزین برای رفتارهای انسانی» برخلاف دیگر مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف پذیری روان‌شناختی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نیست، به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن با استفاده از روش گرینهوس – گیسر اصلاح شد.

در ادامه به دنبال ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها در بین داده‌ها، تحلیل انجام و نتایج تحلیل چند متغیری نشان داد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های جایگزین‌ها (۰/۵۹۷= لامبدای ویلکز، η^2=۰/۲۲۸، P =۰/۰۰۱، F= ۶/۰۴)، کنترل (۰/۲۶۰= لامبدای ویلکز ، η^2 =۰/۴۹۰، P =۰/۰۰۱، F= ۱۹/۶۷)، جایگزین برای رفتارهای انسانی (۰/۵۶۲= لامبدای ویلکز، η^2 =۰/۲۵۱، P =۰/۰۰۱، F= ۶/۸۶) و نمره کل انعطاف‌پذیری (۰/۲۸۲= لامبدای ویلکز، η^2 =۰/۴۶۹، P =۰/۰۰۱، F= ۱۸/۱۲) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی را نشان می‌دهد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

جدول٦:نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
جایگزین‌ها	اثر گروه	۳۹۵۱/۱۷	۲۹۳۰/۵۸	۲۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
	اثر زمان	۲۰۳۵/۳۸	۱۸۱۶/۹۳	۴۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۳۰۵/۳۲	۴۴۴۷/۹۶	۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲۷
کنترل	اثر گروه	۳۷۳۵/۵۱	۱۲۰۲/۲۲	۶۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶
	اثر زمان	۱۶۷۲/۷۱	۱۰۷۵/۰۰	۶۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۵۳۶/۰۴	۲۳۷۲/۷۱	۴۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲
جایگزین برای رفتارهای انسانی	اثر گروه	۸۹/۳۸	۱۳۳/۵۶	۱۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
	اثر زمان	۱۰/۴۴	۱۲۹/۸۰	۱۴/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵۴
	اثر تعاملی گروه× زمان	۵۷/۶۹	۲۳۲/۸۴	۵/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۱۹۹
نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی	اثر گروه	۱۷۷۶۲/۷۳	۵۱۴۶/۲۶	۷۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
	اثر زمان	۸۵۸۴/۹۰	۳۳۷۰/۲۰	۱۰۶/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸
	اثر تعاملی گروه× زمان	۸۶۶۹/۲۷	۷۲۲۵/۶۰	۲۳/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹

جدول ۶ نشان می دهد اثر تعاملی گروه× زمان برای مؤلفه جایگزین ها (η^2=۰/۲۲۷ ،P =۰/۰۰۱ ، F = ۶/۱۶)، کنترل (η^2=۰/۵۲۲ ،P =۰/۰۰۱ ،F = ۴۵/۸۷)، جایگزین برای رفتارهای انسانی (η^2=۰/۱۹۹ ،P =۰/۰۰۱ ، F = ۵/۲۰) و نمره کل انعطاف پذیری (η^2=۰/۵۲۹ ،P =۰/۰۰۱ ،F= ۲۳/۵۷) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این یافته ها بیانگر آن است که حداقل تفاوت اثر اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با متغیر مستقل دیگر یا گروه کنترل بر مؤلفه- ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی معنادار است. در ادامه جدول ۷ نتایج آزمون بونفرونی نمرات مربوط به مؤلفه ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می دهد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه های زوجی اثر گروه ها و زمان ها بر مؤلفه ها و نمره کل انعطاف پذیری روانشناختی

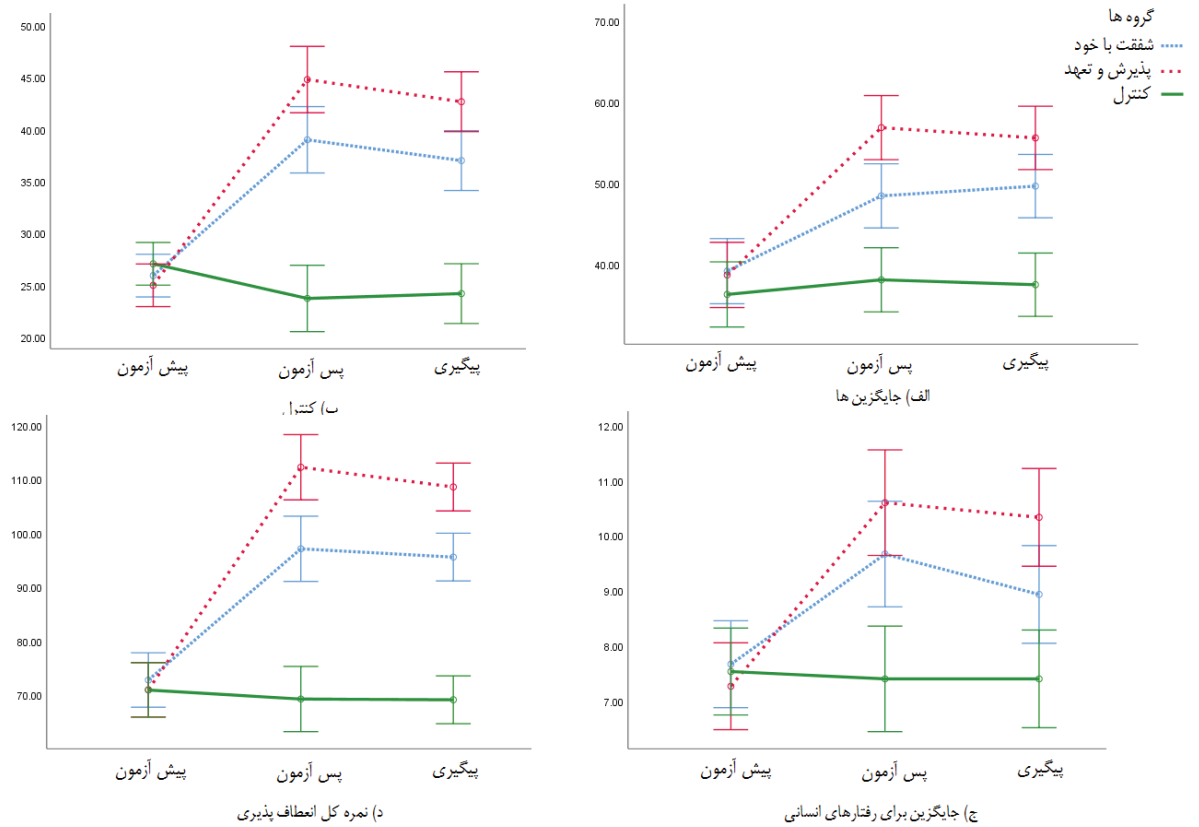
متغیر	زمان ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
جایگزین ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۷۳	۱/۵۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۹/۵۱	۱/۳۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۲	۱/۶۲	۱/۰۰
کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۸۴	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۸/۶۲	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۲	۱/۲۵	۱/۰۰
جایگزین برای رفتارهای انسانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۷۳	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۴۰	۰/۳۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۳	۰/۴۰	۱/۰۰
نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۱/۳۱	۲/۰۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۹/۵۳	۱/۸۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۷۸	۲/۱۴	۱/۰۰
متغیر	**تفاوت گروه‌ها**		**تفاوت میانگین**	**خطای معیار**	**مقدار احتمال**

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

جایگزین‌ها	شفقت با خود	پذیرش و تعهد	-۴/۶۲	۱/۷۶	۰/۰۳۶
	شفقت با خود	کنترل	۸/۴۴	۱/۷۶	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	کنترل	۱۳/۰۷	۱/۷۶	۰/۰۰۱
کنترل	شفقت با خود	پذیرش و تعهد	-۳/۵۱	۱/۱۳	۰/۰۱۰
	شفقت با خود	کنترل	۸/۹۸	۱/۱۳	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	کنترل	۱۲/۴۹	۱/۱۳	۰/۰۰۱
جایگزین برای رفتارهای انسانی	شفقت با خود	پذیرش و تعهد	-۰/۶۴	۰/۳۷	۰/۲۸۲
	شفقت با خود	کنترل	۱/۳۱	۰/۳۷	۰/۰۰۳
	پذیرش و تعهد	کنترل	۱/۹۶	۰/۳۷	۰/۰۰۱
نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	شفقت با خود	پذیرش و تعهد	-۸/۷۸	۲/۳۳	۰/۰۰۱
	شفقت با خود	کنترل	۱۸/۷۳	۲/۳۳	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	کنترل	۲۷/۵۱	۲/۳۳	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ نشان می دهد که آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. نتایج جدول ۷ همسو با نمودارهای شکل ۱ نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در مراحل پیش آزمون - پس آزمون معنادار و در مراحل پس آزمون - پیگیری غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم سه ماه بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است.



شکل ۱. نمودارهای مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

بحث

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بود. بر اساس نتایج پژوهش می توان گفت که بین اثر دو شیوه آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های جایگزینی، کنترل و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با آموزش شفقت به خود، میانگین نمرات مؤلفه‌های جایگزینی، کنترل و نمره کل انعطاف پذیری روان-شناختی را بیشتر افزایش داده است. نتایج پژوهش با مطالعات (۲۹، ۳۰) همسو می باشد. لازم به توضیح است با توجه به پیشینه قوی در درمان پذیرش و تعهد و تاثیر این درمان بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هیچ پژوهش ناهمسو در این رابطه یافت نشد. براساس نتایج پژوهش می توان گفت که آموزش شفقت با خود در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است، تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در دو گروه آموزش شفقت با خود و کنترل در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون معنادار و در مراحل پس‌آزمون- پیگیری غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از آموزش شفقت با خود بر انعطاف پذیری روان شناختی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش با مطالعات (۳۱، ۲۹) همسو می باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم که نسبت به خود شفقت ورز هستند، نسبت به مادران کودکان مبتلا به اوتیسم که شفقت به خود ندارند، به خودشان سخت نمی گیرند و سازه شفقت به خود به آنان کمک می-کند تا از احساسات ناراحت کننده و دردناک دوری نکنند و با استفاده از ذهن آگاهی، تجربه هیجان های خود را بشناسند و سپس نگرش مشفقانه‌ای نسبت به هیجانات منفی خود پیدا کنند. بر اساس گزارشات، بین متخصصان و خانواده‌هایی که از فرهنگ‌های مختلف هستند، در زمینه علت اوتیسم و اثربخشی مداخلات، اختلافات و عدم اطمینان وجود دارد. اختلافات همچنین می‌تواند ناشی از دیدگاه‌های مختلف در مورد ارزیابی و تشخیص، تفاوت در نحوه تفسیر رفتار غیر معمول، یا تفاوت در دیدگاه‌ها در مورد مشارکت والدین باشد. تناقضات فرهنگی در مراحل اولیه ارزیابی و تشخیص می‌تواند بر نارضایتی والدین از روند کلی تشخیص بیفزاید (۳۲).

از سوی دیگر بر اساس نتایج پژوهش می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. تفاوت میانگین نمرات مؤلفه ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان شناختی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در مراحل پیش‌آزمون – پس‌آزمون معنادار و در مراحل پس‌آزمون - پیگیری غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که تغییرات ناشی از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل انعطاف پذیری روان‌شناختی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم سه ماه بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. بر این اساس چنین نتیجه گیری شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف پذیری شناختی را در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش با مطالعات (۳۳، ۳۴، ۳۵) همسو می باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم کمک کند تا با تشخیص فرزندان خود کنار بیایند. همچنین نشان داده شده است که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس و بهبود رفاه والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نویدبخش است. همچنین به نظر می‌رسد مطالعات نشان می‌دهند که مداخله مبتنی بر بر پذیرش و تعهد می‌تواند به طور مؤثری انعطاف پذیری روان شناختی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم را با ترویج پذیرش به جای اجتناب، کاهش دهد.

به دلیل تفاوت‌های فرهنگی در مرحله اولیه ارزیابی و تشخیص این تفاوت‌ها، والدین همه از یک خط پایه شروع نکردند. این ممکن است بر نتایج تأثیر داشته باشد. به طور کلی، افرادی که در پیش آزمون امتیاز کمتری داشتند، بیشترین پیشرفت را داشتند. به همین ترتیب، افرادی که کمترین پیشرفت را داشتند، افرادی بودند که در پیش آزمون امتیاز بیشتری کسب کردند. بنابراین تحقیقات آینده باید نمرات پایه والدین را در نظر بگیرد. محدودیت دیگر پژوهش نوع و شدت اوتیسم کودکان می‌باشد که تأثیر مداخله مبتنی بر والدین را می‌تواند تحت‌تاثیر قرار دهد، لذا چالش‌های پیش روی والدین ممکن است بسته به نوع و شدت اوتیسم متفاوت باشد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

پیشنهاد می شود این روش آموزشی به صورت کارگاهی در دوره های آموزشی کوتاه مدت برای والدین کودکان مبتلا به اوتیسم برگزار شود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش می توان گفت که بین اثر دو شیوه آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های جایگزینی، کنترل و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با آموزش شفقت به خود، میانگین نمرات مؤلفه‌های جایگزینی، کنترل و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را بیشتر افزایش داده است. همچنین بر اساس نتایج پژوهش می توان گفت که آموزش شفقت با خود در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است، از سوی دیگر بر اساس نتایج پژوهش می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است.

سپاسگزاری

در پایان محققان سپاس خود را از همکاری صمیمانه تمامی شرکت کنندگان و کارکنان محترم موسسه دوست اوتیسم شهر تهران اعلام می کنند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

References

1. Nayar K, Sealock JM, Maltman N, Bush L, Cook EH, Davis LK, Losh M. Elevated polygenic burden for autism spectrum disorder is associated with the broad autism phenotype in mothers of individuals with autism spectrum disorder. Biological psychiatry. 2021 Mar 1;89(5):476-85. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.08.029
2. Anjomani M, Taklavi S. The role of Attachment to God and Emotional Maturation in Prediction of Self Compassion of Deaf Children's Mothers. Journal of Health and Care. 2019 May 10;21(2):117-25. https://doi.org/10.29252/jhc.21.2.117
3. Weiner DJ, Wigdor EM, Ripke S, Walters RK, Kosmicki JA, Grove J, Samocha KE, Goldstein JI, Okbay A, Bybjerg-Grauholm J, Werge T. Polygenic transmission disequilibrium confirms that common and rare variation act additively to create risk for autism spectrum disorders. Nature genetics. 2017 Jul;49(7):978-85. https://doi.org/10.1038/ng.3863
4. Rutter, M. Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), Handbook of early childhood intervention. 2000 (pp. 651-682). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.030
5. Ganji, Mehdi. Psychological Psychology Volume I. Ganji, Hamze (edited), Ahmadi, Reza (edited), Komasi, Saeed (edited), Savalan Publishing. 2015.
6. Kakkar J, Srivastava P. Challenges and coping among parents having children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Psychosocial Research. 2017 Jul 1;12(2):363-71.
7. Kakkar J, Srivastava P. Challenges and coping among parents having children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Psychosocial Research. 2017 Jul 1;12(2):363-71..
8. Lai WW, Goh TJ, Oei TP, Sung M. Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). Journal of autism and developmental disorders. 2015 Aug;45(8):2582-93.. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2430-9
9. Fernández, M. C., & Arcia, E. Disruptive behaviors and maternal responsibility: A complex portrait of stigma, self-blame, and other reactions. Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 2004; 26(3): 356-372. https://doi.org/10.1177/0739986304267208
10. Shahabi, B., Shahabi, R., & Foroozandeh, E. Analysis of the self-compassion and cognitive flexibility with marital compatibility in parents of children with autism spectrum disorder. International Journal of Developmental Disabilities. 2020; 66(4): 282-288. https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1573000
11. Satterlee, J. S., Beckel-Mitchener, A., Little, A. R., Procaccini, D., Rutter, J. L., & Lossie, A. C. Neuroepigenomics: resources, obstacles, and opportunities. Neuroepigenetics. 2015; 1(9): 2-13.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

https://doi.org/10.1016/j.nepig.2014.10.001
12. Lai, M. C., Ruigrok, A. N., Baron, A. S., Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., Ameis, S. H., ... & Baron-Cohen, S. Adulthood gender variance in males and females with autism spectrum disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.2016; 55(10): 102-103. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.09.012
13. Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive therapy and research. 2010; 34(3): 241-253. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4
14. Könen, T., Strobach, T., & Karbach, J. Working memory. In Cognitive Training. Springer, Cham.2016 . https://doi.org/10.1007/978-3-319-42662-4
15. Colvert, E., Tick, B., McEwen, F., Stewart, C., Curran, S. R., Woodhouse, E., ... & Bolton, P. Heritability of autism spectrum disorder in a UK population-based twin sample. JAMA psychiatry. 2015; 72(5): 415-423. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3028
16. Folke, C., Carpenter, S. R., Walker, B., Scheffer, M., Chapin, T., & Rockström, J. Resilience thinking: integrating resilience, adaptability and transformability. Ecology and society. 2010; 15(4): 1-17. https://doi.org/10.5751/ES-03610-150420
17. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. American Journal of Orthopsychiatry. 2006 Oct;76(4):564-75. https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564
18. Anderson P. Assessment and development of executive function (EF) during childhood. Child neuropsychology. 2002 Jul 1;8(2):71-82. https://doi.org/10.1076/chin.8.2.71.8724
19. Luna B, Garver KE, Urban TA, Lazar NA, Sweeney JA. Maturation of cognitive processes from late childhood to adulthood. Child development. 2004 Sep;75(5):1357-72. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00745.x
20. Fung K, Lake J, Steel L, Bryce K, Lunsky Y. ACT processes in group intervention for mothers of children with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders. 2018 Aug;48(8):2740-7. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3525-x
21. Juvin J, Sadeg S, Julien-Sweerts S, Zebdi R. A Systematic Review: Acceptance and Commitment Therapy for the Parents of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2021 Feb 26:1-8. https://doi.org/10.1007/s10803-021-04923-y
22. Berryman N, Bherer L, Nadeau S, Lauzière S, Lehr L, Bobeuf F, Kergoat MJ, Vu TT, Bosquet L. Executive functions, physical fitness and mobility in well-functioning older adults. Experimental gerontology. 2013 Dec 1;48(12):1402-9. https://doi.org/10.1016/j.exger.2013.08.017
23. Germer, C. K., & Neff, K. D. Self-compassion in clinical practice. Journal of clinical psychology. 2013; 69(8): 856-867. https://doi.org/10.1002/jclp.22021
24. Neff, K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and identity. 2003: 2(2): 85-101. https://doi.org/10.1080/15298860309032
25. Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. Personality and Individual differences. 2011; 50(2): 222-227. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.033
26. Baker, L. R., & McNulty, J. K. Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. Journal of personality and social psychology. 2011; 100(5):841-853. https://doi.org/10.1037/a0021884
27. MacBeth, A., & Gumley, A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clinical psychology review. 2012; 32(6): 545-552. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003
28. Neff, K. D., & Pommier, E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. Self and identity. 2013; 12(2): 160-176. https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546
29. Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. Mindful parenting in mental health care. Mindfulness. 2010; 1(2): 107-120. https://doi.org/10.1007/s12671-010-0014-5
30. Ferguson, L. J., Kowalski, K. C., Mack, D. E., & Sabiston, C. M. Self-compassion and eudaimonic well-being during emotionally

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]

difficult times in sport. Journal of happiness studies. 2015; 16(5): 1263-1280. https://doi.org/10.1007/s10902-014-9558-8

31. Forman, E. M., & Herbert, J. D. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. 2009 (pp. 77-101). John Wiley & Sons, Inc.
32. Newby, K. The Effects of Yoga with Meditation (YWM) on Self -Criticism, Self-Compassion, and Mindfulness, dissertation for the Degree of Doctor of Psychology,Philadelphia College of Osteopathic Medicine Department of Psychology. 2014.
33. Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes, and Outcomes. In The Act in Context Routledge.2015 .
34. Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. Behaviour research and therapy. 2004; 42(4): 477-485. https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.008
35. Salimi M, Mahdavi A, Yeghaneh SS, Abedin M, Hajhosseini M. The effectiveness of group based acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion cognitive regulation strategies in mothers of children with autism spectrum. Maedica. 2019 Sep;14(3):240.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.2.2]