Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Autumn 2022, Volume 9, Issue 1 https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41

Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Quality of Life and Cognitive Flexibility of Mothers of Children with Autism

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

1- PhD in Psychology, Roodehen Azad University, Roodehen, Iran.
2-Assistant Professor, Roodehen Azad University, Roodehen, Iran.

***Corresponding author:** Hayedeh Saberi, Assistant Professor, Roodehen Azad University, Roodehen, Iran .
Email: H.saberi@riau.ac.ir

Received: 2022/05/5 Accepted: 2022/07/29

Abstract

Introduction: It is necessary to identify psychological treatment effective in improving the quality of life of mothers with autistic children, so the present study was conducted with the aim of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the quality of life and cognitive flexibility of mothers of children with autism.

Methods: The current research was a semi-experimental experiment with a pre-test-post-test and follow-up design with two experimental and control groups. The statistical population consisted of mothers of children with autism in Tehran in 2019, and the research sample was 30 mothers of this institution, who were selected through voluntary and non-probability sampling based on the entry criteria in the first step, and then as They were randomly replaced in two groups of 15 people, which included the experimental and control groups. Then they received eight training sessions of acceptance and commitment. The duration of the sessions was 45 minutes per week, but the control group was placed on the waiting list. The research tools were Hayes' Integrated Acceptance and Commitment Protocol, Quality of Life Questionnaire, and Cognitive Flexibility Questionnaire.

Results: The results of the research showed that treatment based on acceptance and commitment significantly increases the quality of life and cognitive flexibility of mothers of children with autism ($P<0.001$).

Conclusions: The findings of the present study emphasize the importance of treatment based on acceptance and commitment in increasing the quality of life and cognitive flexibility of mothers of children with autism and providing new horizons in clinical interventions. Therefore, acceptance and commitment therapy can be used as a complementary therapy by creating positive and appropriate changes in mothers of children with autism.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, quality of life, cognitive flexibility, mothers of children with autism .

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

پاییز ۱۴۰۱، دوره ۹، شماره ۱

https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم

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

۱- دکتری روانشناسی، دانشگاه ازاد اسلامی واحد رودهن، ایران.
۲- استادیار گروه روان شناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: هایده صابری، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه رودهن، ایران.
ایمیل : H.saberi@riau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۷

چکیده

مقدمه: شناسایی درمان روانشناختی موثر بر بهبود کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اوتیسم ضروری است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف، اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه ازمایشی با طرح پیش ازمون _ پس ازمون و پیگیری با دو گروه ازمایشی و کنترل بود. جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شهر تهران در سال ۱۳۹۹ و نمونه پژوهش تعداد ۳۰ نفر ازاین مادران بودند که از طریق نمونه گیری داوطلبانه و غیراحتمالی بر اساس ملاکهای ورود در گام اول انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری که شامل گروه ازمایشی و کنترل بودند، جایگزین شدند که هشت جلسه اموزش پذیرش و تعهد دریافت کردند. طول جلسات ۴۵ دقیقه و به صورت هفتگی بود و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزارهای پژوهش پروتکل پذیرش و تعهد تلفیقی هیز، پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۶) و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (دنای و وندروال ۲۰۱۰) بودند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب افزایش کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم می شود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: یافته های مطالعه حاضر بر اهمیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی وانعطاف پذیری مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و ارائه افق های جدید در مداخلات بالینی تأکید دارد. بنابراین درمان پذیرش و تعهد به عنوان درمان مکمل می تواند با ایجاد تغییر مثبت و مناسب در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه ها: درمان پذیرش و تعهد ،کیفیت زندگی، انعطاف پذیری شناختی، مادران کودکان مبتلا به اوتیسم.

مقدمه

از جمله اختلالهای دوران کودکی، اختلال طیف اوتیسم است که شامل گسترهای از اختلالات عصبی رشدی بوده و در طول زندگی ادامه می یابد (۱). اختلال اوتیسم نوعی اختلال عصب تحولی است که ویژگیهای 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). بررسی ها نشان داده که مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم از سلامت روانی پایین تری برخوردارند (۳). والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم به طور مداوم خود را به اشتباه برای اوتیسم فرزندانشان سرزنش می کنند و معمولاً

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]
[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

افسردگی، استرس، سردرگمی، ناامیدی، احساس شکست و غیره را تجربه می کنند. در زندگی آنها این احساسات معمولاً به دلیل غیرقابل درمان بودن اوتیسم و عدم درک جامعه و کناره گیری از جامعه و جدا شدن از جامعه است، به نوبه خود تأثیرات عاطفی مخربی بر روابط زناشویی والدین کودک مبتلا به اوتیسم مانند تعارض، عصبانیت، پرخاشگری، استرس، اضطراب، ناسازگاری و حتی گاهی طلاق خواهد داشت (۴). لذا این اختلال بسیاری از ابعاد زندگی خانوادگی کودک را مختل میکند و مشکلات زیادی را برای والدین این کودکان به ویژه مادران ایجاد میکند (۵). بررسی راهبردهای مقابله ای و سلامت روان در مادران کودکان اوتیسم نشان داد که راهبرهای مقابلهای در مادران متمرکز بر هیجان است و نیز سلامت روان این مادران را تحت تاثیر قرار میدهد(۶). در راستای این مشکلات روشها و مداخلات فراوانی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و ارتقا سلامت والدین و انعطافپذیری شناختی والدین این کودکان به کار برده شده است که از جمله آنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد. 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 اشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رفتار درمانی های مبتنی بر توجه و آگاهی است که با عنوان اکت شناخته میشود. این درمان یکی از درمانهای موج سوم رفتار درمانی است که مبتنی بر هوشیاری فراگیر ذهن آگاه است. در این درمان هشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هوشیاری آگاهانه به تجربه اینجا و اکنون همراه با گشودگی علاقه و پذیرش، هشیاری فراگیر شامل زندگی کردن در اینجا و اکنون مشغول بودن با کار در حال انجام و پریشان نبودن افکار است. اصول زیر بنایی آن شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای اشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها، عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توام با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است. همین طور روش های زبانی و فرایندهای شناختی است در تعامل با دیگر وابستگی های غیر کلامی به شیوهای که منجر به کارکرد سالم می شود. این روش شامل تمرینات متنی بر مواجهه، استعاره های زبانی و روشهایی چون مراقبت ذهنی است (۸). در تعریف کیفیت زندگی می توان گفت مفهوم وسیعی دارد که عرصه های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بردارد (۹). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم های ارزشی که در آن به سر می برند با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات استانداردها و نگرانی هایشان است (۱۰).

پژوهش های زیادی نقش انعطاف پذیری روان شناختی را در انواع گوناگون مشکلات روان شناختی تاکید کرده اند. برای مثال پژوهش ها نشان دادند بین انعطاف پذیری روان شناختی سلامت عمومی و کیفیت زندگی (۱۱) و استرس های محیطی (۱۲) رابطه وجود دارد.

در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی های عمده برا متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت شناخته می شود (۱۳). از جمله رویکردهای موثر در کاهش علایم افسردگی اضطراب والدین کودکان اوتیسم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۴). نتایج مطالعه مونتگومی ۲۰۱۵ حاکی از اثر بخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بود. در این دیدگاه رنج انسانها ریشه در انعطاف پذیری روانشناختی دارد که به وسیله همجوشی شناختی و اجتناب از تجارب شروع میشود زیرا این علایم به عنوان یک موضوع آسیب زا و مرضی معنی می گردند. پذیرش و تعهد ارتباط بین احساسات و افکار مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنان را به عنوان علایم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند آنها را بی ضرر درک کنند (۱۵). از سویی نظر به اهمیت درمان پذیرش و تعهد و وجود خلأ پژوهشی در جامعه مادران دارای فرزند اوتیسم موجب شد تا مطالعه حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم انجام گردد.

روش کار

روش پژوهش نیمه ازمایشی با طرح پیش ازمون _ پس ازمون و پیگیری با دو گروه ازمایشی و کنترل بود و جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موسسه دوست اوتیسم شهر تهران در سال ۱۳۹۹ و روش نمونه

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

گیری این پژوهش مبتنی بر هدف و معیارهای ورود و خروج بود. نمونه ای به تعداد ۳۰ نفر از مادران از طریق نمونه گیری داوطلبانه و غیر احتمالی بر اساس ملاکهای ورود در گام اول و جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری که شامل گروه ازمایشی و کنترل بودند قرار گرفتند. گروه ازمایشی به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت هفته ای یک بار و گروهی تحت برنامه درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه پس ازمون به عمل امد. از هر دو گروه، ازمون پیگیری بعد از سه ماه گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه های زیر بودند:

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی

در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ سوالی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. پایایی ازمون بازازمون برای زیرمقیاسها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول۱ آمده است.

جدول ۱. سازگاری درونی با استفاده از آلفای کرونباخ

زیرمقیاس	گروه سالم، تعداد = ۷۰۰	گروه بیمار، تعداد = ۳۶۷
سلامت جسمانی	۰/۷۰	۰/۷۲
سلامت روان	۰/۷۳	۰/۷۰
روابط اجتماعی	۰/۵۵	۰/۵۲
سلامت محیط	۰/۸۴	۰/۷۲

برای نمره گذاری پرسشنامه در ابتدا باید به هر یک از ۲۶ سوال، نمره ۱ تا ۵ بدهید. برای سهولت در نمره گذاری، این نمرات در داخل خود پرسشنامه به صورت عدد وارد شده‌اند. سوالات ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند. در مرحله بعد باید نمره خام هر زیر مقیاس را به دست آورید که به ترتیب زیر است:

زیرمقیاس سلامت جسمی: جمع نمرات سوالات ۳- ۴- ۱۰- ۱۵- ۱۶- ۱۷- ۱۸ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۷ تا ۳۵ خواهد بود و تفاضل این دو ۲۸ است.

زیرمقیاس سلامت روان: جمع نمرات سوالات ۵- ۶- ۷- ۱۱- ۱۹- ۲۶ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۶ تا ۳۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۲۴ است.

زیرمقیاس رابط اجتماعی: جمع نمرات سوالات ۲۰- ۲۱- ۲۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۳ تا ۱۵ خواهد بود و تفاضل این دو ۱۲ است.

زیرمقیاس سلامت محیط: جمع نمرات سوالات ۸- ۹- ۱۲- ۱۳- ۱۴- ۲۳- ۲۴- ۲۵ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۸ تا ۴۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۳۲ است.

کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی: جمع نمرات سوالات ۱ و ۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۲ تا ۱۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۸ است.

پس از به دست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس باید آن را به یک نمره استاندارد از ۰ تا ۱۰۰ تبدیل کنیم که این نمره را با توجه به فرمول زیر محاسبه می‌کنیم. نمره زیر مقیاس‌ها به توجه به شکل۱ به این ترتیب محاسبه خواهد شد.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

شکل۱. فرمول محاسبه نمره کیفیت زندگی

$$\text{سلامت جسمی} = \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} - 7}{28} \times 100$$

$$\text{سلامت روان} = \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} - 6}{24} \times 100$$

$$\text{روابط اجتماعی} = \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} - 3}{12} \times 100$$

$$\text{سلامت محیط} = \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} - 8}{32} \times 100$$

$$\text{نمره کلی} = \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس} - 2}{8} \times 100$$

ب)پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس وندوال

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی توسط دنای و وانادروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی – رفتاری افسردگی و سایر بیماریهای روانی به کار می رود. در ایران و در پژوهش شاره و همکاران ۲۰۱۴ سه زیر مقیاس برای این پرسشنامه بدست آمده است که عبارتند از جایگزین ها، کنترل و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی. در پژوهش دنیس و واندروال ۲۰۱۰ اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطافپذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. در پژوهش آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس های جایگزین ها، کنترل و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۷ بدست آمد. این پرسشنامه دارای مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملا مخالف: ۱، مخالفم:۲، تاحدی مخالفم: ۳، نه موافق و نه مخالفم:۴، تاحدی موافقم: ۵، موافقم: ۶، کاملا موافقم: ۷) می باشد. همچنین سوالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷، به طور معکوس نمره گذاری شد. سوالات این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس است که در جدول۲ مشخص شده است.

جدول۲. خرده مقیاس و سوالات پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی

خرده مقیاس	سوالات
جایگزین ها	۱۶، ۱۸، ۶، ۳، ۱۳، ۲۰، ۱۴، ۵، ۱۲، ۱۹
کنترل	۱۵،۱، ۹، ۴، ۲، ۱۷، ۷، ۱۱
جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی	۱۸، ۱۰

جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل ازمون انعطاف پذیری شناختی را به دست می دهد. همچنین، جمع نمره سوالات مختص هر سه زیر مقیاس نیز نمره آن زیر مقیاس را نشان می دهد. بالاترین نمره ای که فرد در این پرسشنامه می تواند اخذ نماید ۱۴۰ و پایین ترین نمره ۲۰ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی پایین می باشد.

ج) پروتکل پذیرش و تعهد

پروتکل پذیرش و تعهد مورد استفاده در این پژوهش تلفیق چند پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز، استروساهال، ۲۰۰۶ بود.

جلسه اول: موضوع: مقدمات و مفاهیم اصلی درمان

اهداف جلسه: چرا دراین گروه شرکت کرده ایم/قواعد اصلی /مقدمات/مرور درمان و اهداف این برنامه

جلسه دوم: موضوع :بیان مفاهیم و تعیین مسیر درمان

اهداف جلسه: بیان مفاهیم کلیدی اکت، تعریف سیکل معیوب، دادن تکلیف

جلسه سوم: موضوع:در اکت چه اتفاقی می افتد

اهداف جلسه: تعریف پذیرش، ذهن اگاهی، ارزش، مرور

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

تکلیف

جلسه چهارم: موضوع :ارزش ها و عمل موثر

اهداف جلسه: بحث در مورد ارزش ها، تفاوت ارزش و هدف، دادن تکلیف

جلسه پنجم، موضوع :تعریف انعطاف پذیری روان شناختی

اهداف جلسه: مرور تکلیف، بیان عوامل موثر در انعطاف پذیری روان شناختی، بیان مثال برا درک بهتر

جلسه ششم: موضوع :بیان تفاوت درد و رنج، اجرا درمان

اهداف جلسه: دادن تکلیف به مادران برای درک بهتر درد و رنج

طرح دو سوال کلیدی، ناامید سازی خلاقانه، اگاه سازی مراجع از دستور کار زندگی (در برابر مشکل چه کنیم)

جلسه هفتم: موضوع، ادامه اجرا درمان

اهداف جلسه: اموزش تکنیک رها سازی افکار، اموزش مراحل پذیرش،

توجه به تکنیک تماس با زمان حال ، شفاف سازی ارزشها، دادن تکلیف

جلسه هشتم: موضوع: عمل متعهدانه

اهداف جلسه :تبدیل ارزش به رفتار، انجام رفتار در زندگی روزمره، مرور اجرا درمان، دادن تکلیف برا حفظ و پایداری درمان

تجزیه و تحلیل داده ها

داده های بدست آمده از گروه ها در دو سطح اماری تحلیل شد. ابتدا در امار توصیفی میانگین و انحراف معیار داده ها اورده شد و درسطح امار استنباطی از ازمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. گفتنی است قبل از استفاده از ازمون تحلیل واریانس مختلط، پیش فرض های استفاده از ان با استفاده از ازمون ماخلی، ام باکس، شاپیرو–ویلک و ازمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه ازمایشی و گروه کنترل در جدول۳ اورده شده است:

جدول۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه ازمایشی و کنترل در سه مرحله

متغیر	شاخص های اماری	گروه ازمایشی			گروه کنترل		
		پیش ازمون	پس ازمون	پیگیری	پیش ازمون	پس ازمون	پیگیری
کیفیت زندگی	میانگین	۶۳/۲۰	۸۹/۲۰	۸۶/۳۳	۶۴/۹۵	۶۵/۷۳	۶۶/۸۷
	انحراف معیار	۸/۸۳	۸/۶۸	۹/۱۳	۹/۴۷	۸/۰۶	۶/۹۰
انعطاف پذیری شناختی	میانگین	۷۱/۰۰	۱۱۲/۲۸	۱۰۸/۶۴	۷۰/۹۳	۶۹/۲۶	۶۹/۱۳
	انحراف معیار	۸/۲۸	۱۱/۴۰	۱۰/۰۵	۱۱/۰۴	۱۰/۸۸	۷/۴۵

جدول۳ میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی را برای هر یک از گروه ها در سه مرحله پیش ازمون، پس ازمون و پیگیری نشان می دهد. همچنان که ملاحظه می شود در دو گروه ازمایشی میانگین کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس ازمون و پیگیری افزایش یافته است.

جدول۴. ازمون شاپیرو _ ویلک برای بررسی توزیع طبیعی داده ها

متغیر	زمان اندازه گیری	گروه ازمایشی		گروه کنترل	
		Z	سطح معناداری	Z	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پیش ازمون	۰/۹۵۱	۰/۵۴۹	۰/۹۳۰	۰/۲۷۴
	پس ازمون	۰/۹۵۵	۰/۶۱۱	۰/۹۱۲	۰/۱۴۶
	پیگیری	۰/۹۰۱	۰/۰۹۸	۰/۹۳۴	۰/۳۱۲
انعطاف پذیری شناختی	پیش ازمون	۰/۸۹۴	۰/۰۷۴	۰/۹۶۹	۰/۸۴۴
	پس ازمون	۰/۹۰۹	۰/۱۳۰	۰/۹۶۳	۰/۷۵۰
	پیگیری	۰/۹۶۸	۰/۸۲۹	۰/۹۳۸	۰/۳۵۵

جدول۴ نشان می دهد که ارزش شاپیرو _ ویلک در گروه درمان پذیرش و تعهد در مرحله پس ازمون و مؤلفه کنترل در هر گروه با خود در مرحله پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار ا ست .

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

جدول۵. نتایج ازمون لون، M باکس و کرویت موخلی متغیرهای پژوهش

متغیر	لون		M باکس		W موخلی	
	F	P	M	F	W	χ^2
کیفیت زندگی	۱/۴۶	۰/۲۴۳	۱۱/۴۱	۰/۸۵	۰/۸۹۳	۴/۷۲
انعطاف پذیری شناختی	۰/۹۲	۰/۴۱	۱۷/۷۰	۱/۳۲	۰/۹۷۹	۰/۸۷

در جدول۵ نتایج ازمون لون حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس گروه ها و معنادار نبودن ازمون ام. باکس و ازمون کرویت موخلی برای همه متغیرها حاکی از برقراری شرط همگنی ماتریس های واریانس _ کوواریانس و فرض برابری واریانس های درون ازمودنی ها است.

جدول۶. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر متغیرها در دو گروه در سه مرحله

مولفه ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ازادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
کیفیت زندگی	درون گروهی (مراحل)	۴۳/۶۲	۱ و ۲۸	۴۳/۲۳۰	۷/۲۹۷**	۰/۲۰۷
	بین گروهی (مداخله)	۹۲/۰۳	۱ و ۲۸	۹۲/۰۴۱	۲/۹۵۱*	۰/۰۹۵
	تعامل (مراحل×مداخله)	۴۶/۲۳	۱ و ۲۸	۴۶/۲۰۱	۷/۸۸۱**	۰/۲۲۰
انعطاف پذیری شناختی	درون گروهی (مراحل)	۷۷/۰۶۷	۱ و ۲۸	۷۷/۰۹۰	۶/۹۵۵*	۰/۱۹۹
	بین گروهی (مداخله)	۴۶۶/۲۸	۱ و ۲۸	۴۶۶/۱۱	۷/۷۴۹*	۰/۲۱۷
	تعامل (مراحل×مداخله)	۸۶/۹۰	۱ و ۲۸	۸۱/۴۷۷	۷/۳۷۰**	۰/۲۰۸

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول۶ نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه گیری در متغیر کیفیت زندگی درون گروهی (P =۰/۰۱۲)، بین گروهی (P =۰/۰۹۷) و تعاملی (P =۰/۰۰۹) معنادار می باشد و همچنین متغیر انعطاف پذیری شناختی درون گروهی (P =۰/۰۱۸)، بین گروهی (P =۰/۰۱۲) و تعاملی (P =۰/۰۲۶) معنادار می باشد.

جدول۷. نتایج تحلیل واریانس درون گروهی یک طرفه گروه های ازمایشی و کنترل در سه مرحل

متغیر	گروه	F	درجه ازادی	مجذور اتا
کیفیت زندگی	ازمایشی	۱۵/۲۱**	۱ و ۲۸	۰/۳۹
	کنترل	۲/۸۴	۱ و ۲۸	–
انعطاف پذیری شناختی	ازمایشی	۳۷/۴۷*	۱ و ۲۸	۰/۷۵
	کنترل	۴/۰۲	۱ و ۲۸	–

نتایج جدول۷ نشان می دهد که تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش ازمون، پس ازمون و پیگیری در گروه ازمایشی در متغیر کیفیت زندگی درون گروهی (P =۰/۰۲۳)، بین گروهی (P =۰/۰۰۴) و تعاملی (P =۰/۰۰۷) معنادار می باشد و همچنین متغیر انعطاف پذیری شناختی درون گروهی (P =۰/۰۱۸)، بین گروهی (P =۰/۰۱۲) و تعاملی (P =۰/۰۲۶) معنادار است. ولی تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش ازمون، پس ازمون و پیگیری در گروه کنترل در هیچ یک از متغیرها معنادار نیست. (P =۰/۰۲۰).

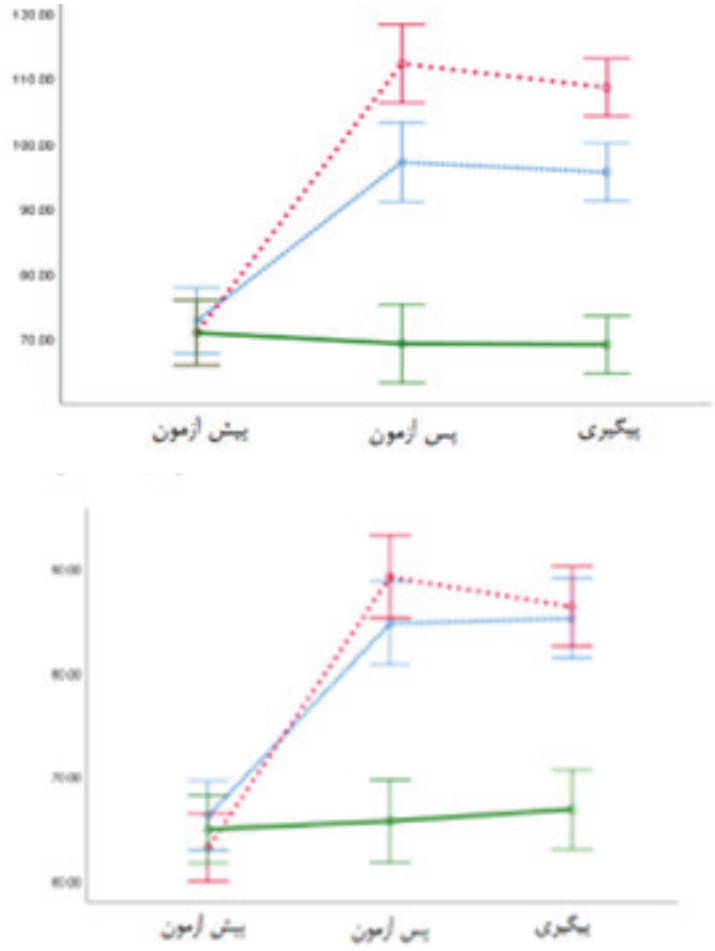
[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

جدول۸. نتایج ازمون تعقیبی بونفرونی در مورد مقایسه های جفتی میانگین های گروه ها

متغیر	زمان اندازه گیری	گروه ازمایشی		گروه کنترل	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش ازمون–پس ازمون	۳**	۰/۷۸	۰/۳۳	۰/۱۴
	پیش ازمون–پیگیری	۳/۴۶	۱/۱۸	۰/۰۶	۰/۲۰
	پس ازمون–پیگیری	۰/۳۷	۰/۰۶۹	۰/۲۷	۰/۵۳
انعطاف پذیری شناختی	پیش ازمون–پس ازمون	۱۶/۹۳	۲/۷۹	۱/۵۳	۰/۸۱
	پیش ازمون–پیگیری	۱۶/۹۴	۲/۸۵	۱/۰۷	۱/۰۳
	پس ازمون–پیگیری	−۰/۰۱	۰/۱۶	−۰/۴۶	۱/۲۷

در جدول۸ مقایسه ازمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تفاوت میانگین های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در سه زمان پیش ازمون با پس ازمون (P=۰/۰۱۳) در پیش ازمون و پیگیری معنادار است (P=۰/۰۱۷) که نشان دهنده تاثیر مداخله بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی در گروه ازمایشی و ماندگاری این تاثیر در مرحله پیگیری است (P =۰/۰۱۵). درحالی که در گروه کنترل این تفاوتها معنادار نیست.



شکل۲

شکل۲ نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی در گروه ازمایشی در مراحل پس ازمون و پیگیری نسبت به پیش ازمون خود گروه و نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث

هدف مطالعه حاضر، اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

و تعهد بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بود. نتایج نشان داد بین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی رابطه معنی داری وجود دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که احتمال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم را از طریق عواملی مثل بودن در لحظهٔ حال، کنارامدن با تجارب درونی بدون اجتناب، پذیرش بدون قضاوت، سرکوب و یا تلاش برای تغییر انها، هیجانات منفی را کاهش می دهد. مادران کودکان مبتلا به اوتیسم نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند توان مقابله و قدرت سازگاری خود را حفظ نمایند. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمک میکند تا مادران کودکان مبتلا به اوتیسم خود را به عنوان افرادی اسیب دیده، شکست خورده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی برای انها ارزش و معنا داشته باشد. تمامی این موارد مسائل به عنوان عواملی برای بهبود ارتباطات، سلامت روانی و در کل بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش میانگین مؤلفه ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در مراحل پس ازمون و پیگیری شده است. تفاوت میانگین نمرات مؤلفه ها و نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در مراحل پیش ازمون- پس ازمون معنادار و در مراحل پس ازمون- پیگیری غیر معنادار است. این یافته بیانگر ان است که تغییرات ناشی از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل انعطاف پذیری روان شناختی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم سه ماه بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روان شناختی را در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم افزایش می دهد. یافته فوق با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو بود. یافته های پژوهشی تقوایی و همکاران نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطافپذیری روانشناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم موثر است (۱۶) باتینک و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای تقویت آگاهی در زندگی و سلامت روان موثر است (۱۷) عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تأثیراتی که در تغییرات رفتاری فرد دارد، میتواند منجر به دگرگونیهایی در سبک زندگی و نگرش به زندگی فرد شده و پذیرش شرایط بدون تلاش برای تغییر آن می تواند مستقیما در بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد (۱۸) با توجه به اینکه این پژوهش بر روی مادران دارای فرزند اوتیسم انجام شد، لذا توصیه میشود به دلیل ایجاد مشکلات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی آنها، در پژوهشهای آتی روی پدران تمرکز شود. محدودیت پژوهش حاضر استفاده از ابزار پرسشنامه بسته پاسخ بود، لذا امکان پیشبینی و اندازهگیری متغیرها به صورت کیفی مقدور نگردید. پیشنهاد می شود در پژوهشهای آتی از سایر ابزارها مثل مصاحبه استفاده گردد.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد بین گروه ازمایشی و کنترل در نمرات حاصل از کیفیت زندگی و انعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موسسه دوست اوتیسم شهر تهران در مراحل پیش ازمون با پس ازمون و پیگیری تفاوت معنی داری به لحاظ اماری وجود دارد. پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم افزیش یافت و فرضیه پژوهش مورد تایید قرار گرفت. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی وانعطاف پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم اثربخش بوده است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1399.581 از کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی مصوب شده است. نویسندگان این مقاله طبق پروتکل های اخلاقی مطالعات هلسینکی عمل نموده و اطلاعات بیماران شرکت کننده در این مطالعه به طور کاملا ناشناس باقی می ماند و بعد از مطالعه نیز تمامی این اطلاعات محفوظ باقی خواهد ماند. همچنین تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه فرم رضایت نامه شرکت در این مطالعه را پر کرده و تمامی مقاصد مطالعه برای شرکت کنندگان به طور کامل شرح داده شده است.

کاربرد عملی مطالعه

برنامه ریزی جهت استفاده از درمان پذیرش و تعهد در کنار سایر روشهای درمانی جهت بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم ضروری است، لذا درمانگران

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

و روانشناسان می توانند از روش درمان پذیرش و تعهد جهت افزایش کیفیت زندگی و انعطاف پذیری مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم استفاده نمایند.

سپاسگزاری

از تمامی مادران دارای فرزند اوتیسم و کارکنان موسسه دوست اوتیسم و اساتیدی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می شود.

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.(in persian). https://doi.org/10.29252/jhc.21.2.117
3. Hoshiar M, Kakavand A, and Ahmadi A. The effectiveness of mindfulnessbased therapy on quality of life and coping strategies of mothers of children with autistic spectrum disorder. Quarterly journal of social work. 2018; 7 (2);32-39.(in persian) http://socialworkmag.ir/article-1392-fa.html
4. 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
5. 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. (in persin). http://eprints.iums.ac.ir/id/eprint/23150 https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1573000
6. Moradi H, Movahedi A, Arabi M. The Effect of Perceptual-Motor Exercise on Improvement in Executive Functions of Children with Autism Disorder. Shefaye Khatam. 2020; 8 (2) :1-8.(in persian). URL: http://shefayekhatam.ir/article-1-2085-fa.html https://doi.org/10.29252/shefa.8.2.1
7. Harvey WJ, Reid G, Bloom GA, Staples K, Grizenko N, Mbekou V, Ter-Stepanian M, Joober R. Physical activity experiences of boys with and without ADHD. Adapted physical activity quarterly. 2009 Apr 1;26(2):131-50. https://doi.org/10.1123/apaq.26.2.131
8. Dehghan F, Behnia F, Amiri N, Pishyareh E, Safarkhani M. The Effectiveness of Using Perceptual-Motor Practices on Behavioral Disorder among Five to Eight Year Old Children with Attention Deficit Hyper Activity Disorder. Advances in Cognitive Sciences. 2010; 12 (3) :82-96.(in persian) URL: http://icssjournal.ir/article-1-125-fa.html
9. Norton DJ, McBain RK, Öngür D, Chen Y. Perceptual training strongly improves visual motion perception in schizophrenia. Brain and Cognition. 2011 Nov 1;77(2):248-56. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2011.08.003
10. Gerenser J, Forman B, Child TS. Speech and language deficits in children with developmental disabilities. InHandbook of intellectual and developmental disabilities 2007 (pp. 563-579). Springer, Boston, MA. https://www.springer.com/series/6082 https://doi.org/10.1007/0-387-32931-5_28
11. Behrouzifar S, Zenouzi S, Nezafati M, Esmaily H. Factors Affecting the Quality and Quantity of Sleep in Coronary Artery Bypass Graft Patients. JSSU. 2008; 16 (3) :321-321. (in persian). URL: http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-580-fa.html
12. Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. J Birjand Univ Med Sci. 2009; 16 (1) :39-44. (in persian). URL: http://journal.bums.ac.ir/article-1-431-fa.html
13. Call J, Tomasello M. Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. Human Nature and Self Design. 2011 Jan 1:83-96. https://doi.org/10.30965/9783957438843_008
14. Case-Smith J, Arbesman M. Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]

therapy. The American Journal of Occupational Therapy. 2008 Jul;62(4):416-29. https://doi.org/10.5014/ajot.62.4.416

15. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction . IJPCP. 2007; 13 (3) :290-295.(in persian). URL: http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-fa.html
16. Taghvaei D, Jahangiri MM. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and health promotion among mothers with autistic children.(in persian) URL: http://journal.ihepsa.ir/article-1-1007-fa.html
17. Batink T, Bakker J, Vaessen T, Kasanova Z, Collip D, van Os J, Wichers M, Peeters F. Acceptance and commitment therapy in daily life training: A feasibility study of an mHealth intervention. JMIR mHealth and uHealth. 2016 Sep 15;4(3):e5437. https://doi.org/10.2196/mhealth.5437
18. Mohammadi R, Dowran B, Rabie M, Salimi SH. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Military Student. Journal of Police Medicine. 2017 Jun 10;6(1):21-30.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-03]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.41]