دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال بیست و سوم، شماره ۱، صفحه ۶۹ - ۵۶ (فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۹)

Iran South Med J 2020; 23(1): 56-69

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر اضطراب و ناامیدی مادران کودکان اختلال طیف اوتیسم

مجید رستمی (MA)[1*]، مولود کیخسروانی (PhD)[1**]، علی پولادی‌ریشهری (PhD)[1]،
محمدرضا بحرانی (PhD)[1]

[1] گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۹۸/۵/۳۰- پذیرش مقاله: ۹۸/۸/۱۲)

چکیده

زمینه: تولد کودک درخودمانده، موجب بروز چالش در خانواده بویژه در مادر است. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و راهبردهای مقابله‌ای در کاهش اضطراب و ناامیدی در مادران کودکان اتیستیک بوده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون چند گروهی با گروه گواه می‌باشد. ۳۰ نفر از مادران کودکان مراکز آموزشی- درمانی خاص کودکان اتیستیک شهر بوشهر به‌صورت نمونه در دسترس و به‌طور تصادفی در سه گروه گمارده شدند. گروه‌های آزمایشی هر کدام در ۸ جلسه درمانی هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت داشتند؛ ولی به گروه گواه هیچ درمانی ارائه نشد. ابزار پژوهش شامل مقیاس اضطراب و ناامیدی بک، بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و روش تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و راهبردهای مقابله‌ای بر کاهش اضطراب و ناامیدی نسبت به گروه گواه، به‌طور معناداری در مادران اثربخش بوده است ($p<۰/۰۱$)؛ اما در مرحله پیگیری از لحاظ آماری معنادار نشدند. نتایج آزمون توکی نشان داد میانگین گروه درمان پذیرش و تعهد در متغیر اضطراب نسبت به گروه آموزش راهبردهای مقابله‌ای در پس آزمون، اثربخش‌تر بود و تفاوت معنادار نشان داد ($p<۰/۰۵$)

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش، اثربخشی این دو مداخله در کاهش اضطراب و ناامیدی را نشان داده است. از این رو، درمانگران می‌توانند از این دو رویکرد درمانی و آموزشی به‌ویژه درمان پذیرش و تعهد که موج نوینی از درمان‌های شناختی- رفتاری است، استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، اضطراب، ناامیدی

[**] بوشهر، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی بوشهر، بوشهر، ایران

Email: moloud.keykhosrovani@gmail.com
*ORCID: 0000-0002-6898-5155
**ORCID: 0000-0002-0388-4265

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم، یک بیماری عصب- تحولی است که با تأخیر پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی‌های ارتباطی کلیشه‌ای محدود، مشخص است. این اختلال از وخیم‌ترین و ناشناخته‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است که علل زیست‌شناختی متعددی همراه با تأثیر عوامل روانی- اجتماعی دارد. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که شیوع آن در سه دهه اخیر افزایش چشمگیری داشته است به گونه‌ای که در سال ۲۰۰۰ مرکز پیشگیری از بیماری‌ها در ایالات متحده، میزان شیوع اختلال طیف اتیسم را یک در ۱۵۰ نفر برآورد کرده و این میزان در سال ۲۰۱۱ به ۱ در ۸۸ نفر افزایش یافته است (۱).

ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی، تشخیص دیرهنگام و دشوار، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش آگهی نه چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را به خانواده و والدین کودک تحمیل کند (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم، بیش از والدین کودکان با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، در معرض فشار روانی و اضطراب ناشی از داشتن کودک ناتوان، قرار دارند (۳ و ۴). به خاطر مشکل‌های فراوان این کودکان، خانواده‌ها به خصوص مادران دارای کودک طیف اوتیسم، از تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (۵). با حضور کودکی دشوار در خانواده، میزان استرس درون خانواده بسیار افزایش می‌یابد و فراتر از مراقبان، کل سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد مختلف حکایت از آن دارد که مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، نسبت به مادران دیگر کودکان استثنایی، سطوح بالاتری از اضطراب کلی را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک، می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین بودن عزت نفس و احساس خودکارآمدی والدگری، بی‌ارزشی که پیامد آن افزایش اضطراب، عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (۶). نتایج تحقیقی نشان داد که استرس والدینی که کودک با نیازهای خاص مراقبت می‌کنند، ۴۴ درصد و در مقایسه با آن، برای والدین کودکان طبیعی، ۱۱ درصد است (۷). وجود کودک طیف اوتیسم، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد (۸).

برخی از پژوهشگران معتقدند که مشکلات رفتاری کودکان در سال‌های اولیه زندگی، با رفتار، تعامل منفی و تنیدگی در ارتباط است. به نظر می‌رسد افراد ناامید قادر نیستند انتظارات مثبتی در مورد آینده پرورش دهند. ناامیدی و استرس در این مادران، ممکن است باعث اختلال در روابط خانوادگی شود و مراقبت ناکافی از کودک و در نهایت، رها کردن او را در پی داشته باشد (۹). برای درمان مشکل‌های روان شناختی، علاوه بر درمان دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از عواملی که اثر مشخصی به عنوان تعدیل کننده در ارتباط بین رویدادهای تنیدگی‌زا و کارکردهای روان شناختی و جسمانی دارد، راهبردهای مقابله‌ای است (۱۰).

بر اساس تئوری‌های روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای نقش مهمی در کاهش استرس و در نتیجه سلامت روانی افراد دارند. به بیان دیگر هر چه منابع افراد برای مقابله بهتر باشد، کمتر احتمال دارد گرفتار موقعیت‌های منجر به آسیب شوند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

روان‌شناسی سلامت برای نقش راهبردهای مقابله‌ای در چگونگی سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است. در فرآیند مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مشکل مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد مسأله مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسأله استفاده می‌کند. بر این اساس راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان شناختی حاصل می‌شود. پویایی ویژگی مشترک راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار شناخته شده است (۱۱). راهبردهای کارآمد مقابله از طریق افزایش اعتماد به نفس افراد، مهارت‌های حل مسأله آن‌ها را بهبود بخشیده و به رضایت بیشتر منجر می‌شود. ویژگی دیگر افرادی که از سبک مقابله کارآمد مسأله مدار استفاده می‌کنند، سطح تنش پایین است. پایین بودن سطح تنش هیجانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی و پویایی برای مقابله با مشکل استفاده کند و در نتیجه به رضایت بیشتری دست یابد. از طرف دیگر انکار و انفعال دو ویژگی کسانی است که از سبک مقابله ناکارآمد هیجان مداری استفاده می‌کنند. انکار موقعیت استرس‌زا به رفتار اجتنابی و انفعال در مقابله با موقعیت استرس‌زا و ناتوانی در به کارگیری توانمندی‌های بالقوه و ابتکار عمل فرد منجر می‌شود. با این سبک مقابله مشکل پیش آمده لاینحل می‌ماند و در نتیجه نارضایتی افزایش می‌یابد. ویژگی‌های انکار و انفعال و پیامدهای آن‌ها در مقابله ناکارآمد هیجانی با موقعیت استرس‌زا از طریق کاهش اعتماد به نفس فرد نیز بر مشکلات و نارضایتی‌ها می‌افزاید.

پژوهش‌های گوناگونی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای را در اختلالات هیجانی و روانی تأیید نموده‌اند. در پژوهشی، تأثیر آموزش شیوه‌های مقابله شناختی- رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست نشان داد (۱۲). شواهد نشان می‌دهد که مشارکت مادران در برنامه‌های درمانی- آموزشی مهارت‌های مقابله، سطح استرس و ناامیدی مادران کودکان ناتوان را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد (۱۳ و ۱۴).

یکی دیگر از شیوه‌های درمان روان‌شناختی که به عنوان موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری موسوم است، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و مداخلات مبتنی پذیرش و تعهد است. این درمان دارای اصولی زیربنایی است مشتمل بر: ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها. ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی، پیش از حذف تجارب ناخواسته است. این رویکرد شامل تمرین‌هایی مبتنی بر مواجهه، استفاده از استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است. هدف نهایی این مدل درمانی، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی جزء بهنجار تجربه انسان است (۱۵). این درمان، به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را برای پذیرش و آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند (۱۶). درمان پذیرش و تعهد با بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی و هیجانی مادران کودکان اتیستیک مرتبط است و این امر با خودآگاهی بالا رابطه دارد؛ همچنین دیده شده است که مهارت ذهن آگاهی که یکی از مؤلفه‌های این درمان است، پیش‌بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات و هیجانات مثبت است (۱۶).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و ناامیدی نشان داده است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

نتایج پژوهش‌ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر اختلال طیف اضطرابی مؤثر است (۱۷). در پژوهشی دیگر به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد بر پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی و استرس مؤثر است (۱۸). در پژوهشی درمان پذیرش و تعهد با نمونه ۳۰ نفری از جامعه در دسترس، نتایج نشان داد که این درمان بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان مادران کودک اتیستیک، تأثیر معنی‌داری دارد (۱۹). همچنین پژوهش دیگر نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر نگرش والد- فرزندی مادران کودک اوتیسم، اثر معنی‌دار، دارد (۲۰). کاهش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی (۲۱)، کاهش پریشانی روان‌شناختی (۲۲ و ۲۳)، کاهش قابل توجهی در اضطراب و افزایش کیفیت زندگی (۲۴)، افزایش سازگاری روان‌شناختی (۲۵)؛ بهبود نشانه‌های استرس و عزت نفس (۲۶)؛ در کاهش ناامیدی، پریشانی روان‌شناختی و خستگی روانی (۲۷)؛ و بر درمان اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است (۲۸). از آنجایی که تاکنون در هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با آموزش راهبردهای مقابله‌ای به ویژه در جمعیت مادران دارای فرزند طیف اوتیسم پرداخته نشده است، لزوم ارزیابی اثربخشی این روش‌ها احساس می‌شود. چون والدین نقش اساسی را در حفظ تعادل روانی اجتماعی خانواده دارند و ایجاد تنش و فشار بر اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد و همچنین مادران نقش مهمی در سلامت روانی اعضای خانواده دارند و از طرفی با توجه به اینکه وجود فرزند دارای ناتوانی باعث کاهش معناداری و مشکلات بیشتر در مادران و افزایش اضطراب، افسردگی در اعضای خانواده می‌شود؛ بنابراین پرداختن به وضعیت والدین به خصوص مادران این کودکان اهمیت بسیاری دارد و کمک شایانی به کاهش مشکلات و بیماری‌های روانی و افزایش میزان معناداری زندگی در آن‌ها می‌شود که ضرورت و اهمیت اجرای این پژوهش را نشان می‌دهد. در تحقیق حاضر، پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این پرسش‌هاست که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای در کاهش اضطراب و احساس ناامیدی مادران دارای کودکان طیف اتیسم مؤثر است؟ و نیز آیا در بین این دو شیوه مداخله در اثربخشی بر متغیرهای یاد شده تفاوتی معنادار مشاهده می‌شود؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر ار نوع نیمه آزمایشی چندگروهی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکانی است (۵۰ نفر) که در سال تحصیلی ۹۸/ ۱۳۹۷ در مدرسه‌های ویژه آموزش و درمان کودکان اوتیستیک در شهرستان بوشهر که شامل: مرکز آموزش سلامت اندیشه، پیش دبستانی و دبستان نسیم و پیش دبستانی و دبستان سلامت اندیشه به آموزش و تحصیل اشتغال دارند، می‌باشد.

روش نمونه‌گیری این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. از آنجا که نیاز و الزام به مشارکت در کلیه جلسات آموزش تا پایان طرح می‌باشد، لذا از این روش استفاده شده است. تعدادی که اعلام آمادگی نمودند به‌طور تصادفی به سه گروه ۱۰ نفری تقسیم گردیدند. دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وآموزش راهبردهای مقابله‌ای) طبق بسته آموزشی، مورد مداخله آزمایشی قرار گرفتند و گروه گواه در انتظار واقع شد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

ملاحظات اخلاقی

پیش از شروع آموزش و درمان در جلسه توجیهی، اهداف برنامه پژوهشی به مادران گوشزد شد و بیان گردید برای اطمینان بیشتر هنگام پرکردن پرسشنامه مراحل پیش آزمون/ پس آزمون/ پیگیری، از کد عددی استفاده نمایند. اظهار گردید اطلاعات حاصل محرمانه خواهد ماند و نتایج پژوهش، به‌طور کلی بیان خواهد شد.

ملاک‌های ورود: داشتن هوش‌بهر طبیعی مادر، دارا بودن فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم مشغول به درمان و تحصیل در یکی از مراکز آموزشی- درمانی کودکان طیف اوتیسم، حداقل داشتن تحصیلات دوره ابتدایی برای مادران.

ملاک‌های خروج: مبتلابودن به بیماری روانی و در حال دریافت درمان‌های روانپزشکی و سابقه دریافت آموزش‌های شناختی- رفتاری، غیبت و حضور نداشتن دو جلسه و بیشتر در برنامه مداخله.

ابزار: در پژوهش حاضر به منظور دستیابی به مقاصد پژوهش، از دو ابزار سنجش مداد- کاغذی استفاده شد:

۱- مقیاس اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت است که هر یک نشانهٔ معمولی اضطراب را توصیف می‌کند. این مقیاس توسط بک (Beck) ساخته شده است. این پرسشنامه خودگزارش‌دهی است و از فرد خواسته می‌شود که مشخص کند تا هر یک از این نشانه‌ها تا چه میزان بر اساس یک مقیاس ۴ امتیازی که از ۰ تا ۳ در نوسان است در یک ماه اخیر موجبات ناراحتی او را فراهم کرده است. نمره عبارت با هم جمع می‌گردد؛ نمره کل از دامنه بین ۰ تا ۶۳ برخوردار است. بک و کلارک (Beck & Clark) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. اعتبار این مقیاس در ایران توسط کاویانی و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر پایایی به‌دست آمده از طریق آلفای کرونباخ و روش تنصیف (دو نیمه کردن) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ محاسبه گردید.

۲- مقیاس ناامیدی بک (BHS): این مقیاس توسط آرون بک و بر اساس نظریه‌شناختی او ساخته شده است و در سال ۱۹۹۳ تجدید نظر گردیده است و شامل ۲۰ جمله با گزینه‌های "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" است. هر جمله نمره ۱ تا ۵ می‌گیرد که شدت ناامیدی را در افراد می‌سنجد. تعدادی از پرسش‌ها پاسخ درست نمره بالاتر می‌گیرند و برخی پاسخ‌های نادرست نمره بیشتر می‌گیرند. مقیاس ناامیدی بک، جهت بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. در این مقیاس، دیدگاه فرد درباره آینده و تجارب خودش و نحوه تفسیر این سه بعد بررسی می‌شود. شامل شش عامل می‌باشد: نگرش منفی نسبت به آینده، احساس تنهایی، بدبینی، عدم برنامه‌ریزی در مورد آینده، انتظار شکست و عدم ثبات فکری. هرچه نمره فرد به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، میزان ناامیدی بالاتر نشان می‌دهد. در مورد پایایی مقیاس ناامیدی بک، نتایج حاصل از روش بازآزمایی نشان داد که مقیاس ناامیدی بک در جمعیت دانشجویی ایران، از پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است. غرایی، همبستگی معناداری بین مقیاس ناامیدی بک و چک لیست اضطراب و افسردگی هامیلتون به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۴۳ به دست آورد. عابدیان و مصباح، اعتبار بین پرسشنامه ناامیدی و نسبت ناامیدی ۰/۷۴ و پژوهش حاضر پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ و روش تنصیف (دو نیمه کردن) به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۷ محاسبه گردید. برنامه درمان و آموزش در جدول ۱ آمده است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

جدول ۱) اجرای برنامه درمان پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۶) و آموزش راهبردهای مقابله‌ای (لازاروس،۱۹۹۶)		
جلسه آموزش	آموزش پذیرش و تعهد	آموزش راهبردهای مقابله‌ای
جلسه اول	خوش آمدگویی، آشنایی، برقراری رابطه، شرح اهداف برنامه، توزیع و تکمیل پرسش نامه‌ها	خوش آمدگویی، آشنایی، برقراری ارتباط، شرح اهداف برنامه، توزیع و تکمیل پرسشنامه‌ها
جلسه دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی بعنوان معیار سنجش ایجاد ناامیدی خلاقانه	آشنایی با مفهوم استرس، تعریف، دلایل انواع استرس و پیامدهای آن‌ها
جلسه سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیری با اعمال هدفمند	نقش ارزیابی شناختی در استرس و واکنش‌های هیجانی
جلسه چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف	استرس‌های مربوط به داشتن کودک اتیستیک و چگونگی مقابله با آن‌ها
جلسه پنجم	مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر	برخورد با اجتناب، آشنایی با انواع مقابله‌ها (مسأله مدار/ هیجان مدار)
جلسه ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی	آموزش تفکر مثبت و آرام‌سازی عضلانی و تمرین آن
جلسه هفتم	نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی	آموزش حل مسأله، مقابله از طریق ایجاد موقعیت‌های خوشایند
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی. پس آزمون	مقابله با فشارهای روانی از طریق حمایت اجتماعی و جمع‌بندی، اجرای پس آزمون

با توجه به اینکه در این پژوهش هدف مقایسه دو روش مداخله‌ای پذیرش و تعهد و راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد، بنابراین برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و آزمون فرضیه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و به منظور مقایسهٔ تفاوت نمرات پیش آزمون- پس آزمون متغیرها در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه از آزمون تعقیبی توکی (Tukey) استفاده شد. داده‌ها توسط برنامه نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن آنان در گروه درمانی پذیرش و تعهد، میانگین و انحراف معیار ۳۳/۵۰۰±۳/۰۶۴؛ گروه درمانی راهبردهای مقابله‌ای میانگین و انحراف معیار ۳۳/۱۰۰±۴/۱۴۸ و در گروه کنترل میانگین و انحراف معیار ۳۹/۷۰۰±۳/۹۷۳ بوده است. همچنین داده‌ها نشان داد که از نظر تحصیلات، ۲۱/۷ درصد، دوره ابتدایی و راهنمایی، ۴۰ درصد دیپلم و ۳۸/۳ درصد تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند. تعداد فرزندان مادران بین ۱ تا ۵ نفر بوده است. ۶۳ درصد فرزند اول، ۱۷ درصد فرزند دوم، ۱۰ درصد فرزند سوم، ۷ درصد فرزند چهارم و ۳ درصد فرزند پنجم بوده‌اند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

جدول ۲) خلاصه نتایج شاخص‌های توصیفی نمرات درمان پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای و گروه کنترل بر متغیرهای مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
اضطراب	پذیرش و تعهد	۳۷/۷۰۰	۹/۰۱۹	۳۲/۴۰۰	۸/۳۸۳	۳۴/۲۰۰	۸/۳۶۴
	راهبرد مقابله‌ای	۳۶/۳۰۰	۱۰/۸۳۲	۳۳/۴۰۰	۱۰/۲۷۰	۳۳/۷۰۰	۱۰/۳۸۳
	گروه گواه	۳۰/۶۰۰	۹/۰۹۵	۳۱/۱۰۰	۸/۲۹۳	۳۰/۲۰۰	۷/۵۲۵
احساس ناامیدی	پذیرش و تعهد	۵۶/۱۰۰	۵/۹۹۹	۵۰/۳۰۰	۶/۳۴۳	۵۰/۱۰۰	۵/۷۴۴
	راهبرد مقابله‌ای	۵۴/۰۰۰	۷/۸۷۴	۴۸/۹۰۰	۹/۲۷۹	۴۹/۴۰۰	۹/۵۹۲
	گروه گواه	۴۷/۸۰۰	۸/۰۲۵	۴۸/۷۰۰	۶/۲۱۹	۴۶/۹۰۰	۵/۷۰۴

در ادامه به منظور بررسی این که آیا تفاوت‌های ایجاد شده از نظر آماری معنادار است و آیا مداخله‌های مورد استفاده باعث ایجاد این تفاوت‌ها شده است و نیز آیا بین این دو نوع مداخله تفاوت معنادار وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد. البته پیش از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توسط آزمون کولموگروف- اسمیرونف و شاپیرو- ویلک، همگونی ماتریس‌های کوواریانس – واریانس، آزمون ام باکس (M-box) و همسانی واریانس‌ها از طریق آزمون لون (Leven) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج این بررسی‌ها در جدول‌های زیر آمده است. همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود آزمون‌های کولموگروف- اسمیرونف، شاپیرو- ویلک و لون در هیچ یک از موارد، معنادار نیستند و این نشان دهنده برقرار بودن پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس داده‌هاست. اجرای آزمون ام باکس برای تعیین همگنی ماتریس کوواریانس- واریانس نیز معنی‌دار نشده است (f=۱/۵۳۷ ،p=۰/۰۵۴). در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) ارائه می‌گردد.

جدول ۳) نتایج آزمون‌های کولموگروف- اسمیرونف، شاپیرو- ویلک و لون برای بررسی اعتبار مدل پژوهش

آزمون	کولموگروف- اسمیرونف		شاپیرو- ویلک		لون	
متغیر	Z	P	Z	P	F	P
اضطراب	۰/۱۷۰	۰/۲۰۰	۰/۹۲۰	۰/۳۷۶	۱/۵۳۷	۰/۲۳۳
احساس نومیدی	۰/۱۰۷	۰/۲۰۰	۰/۹۷۳	۰/۸۷۵	۲/۸۹۷	۰/۰۷۲

جدول ۴) نتایج کلی تحلیل کوواریانس

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	ضریب F	سطح معناداری.Sig	اندازه اثر η2
اثر پیلایی	۰/۸۴۶	۸	۵۰	۴/۵۸۱	۰/۰۰۰	۰/۴۲۳
لامبدای ویلکز	۰/۲۶۳	۸	۴۸	۵/۷۰۸	۰/۰۰۰	۰/۴۸۸
اثر هاتلینگ	۲/۳۹۴	۸	۴۶	۶/۸۸۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴۵
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۲/۲۰۷	۴	۲۵	۱۳/۷۹۵	۰/۰۰۰	۰/۶۸۸

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

نظر به این که فرض همگنی کوواریانس- واریانس در پژوهش حاضر برقرار بود، لامبدای ویلکس مناسب‌ترین و دقیق‌ترین آزمون است. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول۵، می‌توان دریافت که علاوه بر آزمون لامبدای ویلکس، بقیه آزمون‌ها نیز در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار بودند (p<۰/۰۱) و توان آزمون به واسطه معناداری اثر پیلایی و اثر هاتلینگ، بالا بود.

جدول ۵) خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تأثیر درمان پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر متغیرهای اضطراب، ناامیدی مادران کودک طیف اتیسم در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری

منبع تغییر	متغیر وابسته	مرحله	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	ضریب F	سطح معنادار P	اندازه اثر η2
نوع درمان و آموزش	اضطراب	پس آزمون	۱۱۵/۴۶۷	۲	۵۷/۷۳۳	۱۰/۲۸۹**	۰/۰۰۰	۰/۴۳۳
		پیگیری	۲/۳۲۷	۱	۲/۳۲۷	۰/۳۹۸	۰/۵۳۹	۰/۰۲۸
	ناامیدی	پس آزمون	۲۰۴/۰۶۷	۲	۱۰۲/۰۳	۵/۶۷۱**	۰/۰۰۹	۰/۲۹۶
		پیگیری	۳/۹۸۲	۱	۳/۹۸۲	۰/۷۰۲	۰/۴۱۶	۰/۰۴۸

*= در سطح کمتر از ۰/۰۵ معناداری **= در سطح کمتر از ۰/۰۱ معناداری

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که F محاسبه شده برای درمان پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر سطح اضطراب (F=۱۰/۲۹ ،p=۰/۰۰۰) و احساس ناامیدی (F=۵/۶۷۱ ،p=۰/۰۰۹) مادران کودک طیف اوتیسم مؤثر بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میانگین تعدیل شده پس آزمون نمرات کلیه متغیرها بعد از برداشتن اثرات نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش (۱ و ۲) و گروه گواه با یکدیگر تفاوت معنادار داشته و میانگین نمرات گروه آزمایش (۱ و ۲) به‌صورت معناداری در متغیرهای اضطراب و ناامیدی کمتر از گروه کنترل بوده که حاکی از تأثیر مثبت درمان پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر اضطراب و ناامیدی مادران کودک طیف اوتیسم بوده است. مقادیر مجذور اتا نشان‌دهنده این است که درمان پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر روی مادران کودک طیف اوتیسم برای اضطراب ۴۳/۳ درصد واریانس و برای احساس ناامیدی ۲۹/۶ درصد واریانس هر کدام از متغیرها را تبیین می‌کند. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد در مرحله پیگیری سطح معناداری برای متغیر اضطراب (p=۰/۵۳۹) و احساس ناامیدی (p=۰/۴۱۶) شده است. با نگاهی به ارقام جدول بالا، علی‌رغم وجود تفاوت در تفاضل میانگین نمرات پس آزمون و مرحله پیگیری، این تفاوت‌ها به سطح معنادار نرسیده است و حکایت از این دارد که آثار مداخله بعد از گذشت دو ماه از خاتمه درمان، نسبتاً ثابت و پایدار بوده است.

به منظور روشن شدن این پرسش که کدام یک از گروه‌ها در چه متغیرهایی با هم تفاوت معناداری دارند، از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید. نتایج حاصله در جدول ۶ درج گردیده است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

جدول ۶) آزمون مقایسه‌های چندگانه میانگین نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه: آزمایش (۱)، آزمایش (۲) و گروه گواه

متغیر وابسته	درمان (I)	درمان (J)	تفاوت میانگین‌ها (I–J)	خطای استاندارد میانگین Error Std.	سطح معناداری Sig
اضطراب	پذیرش و تعهد	راهبرد مقابله‌ای	-۲/۲۰۰*	۱/۰۵۹	۰/۰۴۷
		گروه کنترل	-۴/۸۰۰**	۱/۰۵۹	۰/۰۰۰
	راهبرد مقابله‌ای	گروه کنترل	-۲/۶۰۰*	۱/۰۵۹	۰/۰۲۱
احساس ناامیدی	پذیرش و تعهد	راهبرد مقابله‌ای	۱/۱۰۰	۱/۸۹۷	۰/۵۶۷
		گروه کنترل	-۴/۹۰۰*	۱/۸۹۷	۰/۰۱۶
	راهبرد مقابله‌ای	گروه کنترل	-۶/۰۰۰**	۱/۸۹۷	۰/۰۰۴

*= معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۵ ** = معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۱

مندرجات جدول ۶ مقایسه‌های دو به دو میانگین نمرات گروه‌های سه‌گانه را نشان می‌دهد. برای مقیاس اضطراب، بین میانگین نمرات مادران دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و میانگین نمرات درمان راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنادار نشان داد (p=۰/۰۴۷)؛ بنابراین بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای در کاهش اضطراب مادران تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که درمان پذیرش و تعهد سطح اضطراب مادران کودکان طیف اتیسم به میزان بیشتری کاهش داده است. بنابراین، این فرضیه مبنی بر تفاوت معنادار بین این دو شیوه درمانی و آموزشی تأیید می‌گردد. میانگین نمرات مقیاس اضطراب مادران در اثر درمان پذیرش و تعهد با نمرات گروه گواه نیز، تفاوت معنادار نشان داد (p=۰/۰۰۰). همچنین، میانگین نمرات مقیاس اضطراب در آموزش راهبردهای مقابله‌ای با نمرات گروه گواه تفاوت معنادار نشان داد (p=۰/۰۲۱).

برای مقیاس احساس ناامیدی، میانگین نمرات مادران دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد با میانگین نمرات آموزش راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنادار نشان نداد (p=۰/۵۶۷)؛ بدین‌معنا که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای در کاهش احساس ناامیدی مادران تفاوت معناداری وجود ندارد و این دو شیوه مداخله آثار نسبتاً یکسان و مشابهی داشته‌اند. بنابراین این فرضیه مبنی بر تفاوت معنادار بین این دو شیوه درمانی و آموزشی در کاهش احساس ناامیدی مادران، تأیید نمی‌گردد. میانگین نمرات مادران در اثر درمان پذیرش و تعهد با میانگین نمرات گروه گواه نیز تفاوت معنادار نشان داد (p=۰/۰۱۶). همچنین میانگین نمرات مقیاس ناامیدی در اثر آموزش راهبردهای مقابله‌ای با میانگین نمرات گروه گواه تفاوت معنادار نشان داد (p=۰/۰۰۴).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو شیوه درمانی و آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد و راهبردهای مقابله‌ای بر کاهش میزان اضطراب و احساس ناامیدی در مادران کودکان طیف اتیسم انجام شد. یافته‌ها نشان داد که به کارگیری این دو شیوه درمانی و آموزشی، میزان اضطراب و ناامیدی مادران را به‌طور معنی‌داری کاهش داده است یعنی اینکه اجرای مداخله مؤثر بوده است. در پژوهشی این نتیجه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

به دست آمد که مداخله ACT با تغییر در انعطاف‌پذیری روانی و توجه آگاهانه به حال، علائم اضطراب و فشارهای روانی را کاهش می‌دهد (۲۹). در طی درمان پذیرش و تعهد، مادران با تصریح ارزش‌ها و اهداف، متوجه شدند که به جای پرداختن به چیزهایی که می‌توانند تغییر دهند (عمل در راستای ارزش‌ها) به چیزهایی پرداخته‌اند که قابل تغییر نیستند (افکار، احساسات، خاطرات و غیره.) در فاصله پیش آزمون و پس آزمون آموختند که به جای پرداختن به افکار اضطراب‌زا و رفتار ناامید کننده، در راستای ارزش‌ها و اهدافشان حرکت کنند. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات قبلی در این حوزه‌ها یکسان است. نتایج این پژوهش در مورد اضطراب با یافته‌های بلوتی و همکاران (Blutti & et al)؛ یاداوایا، هایز و ویلاداگا (Yadavaya, Hayes & Viladaga)؛ زیدان، ایفرت و فورسیت (Eifert & Forsyth؛ Zeidan)؛ رجبی، یزدخواستی و پورفرج عمران در مورد احساس عمران در مورد احساس ناامیدی، با یافته‌های احمدی همخوانی و هم‌سویی دارد. برای تبیین نتایج به‌دست آمده از درمان پذیرش و تعهد به این امر باید اشاره داشت که در این درمان، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف مادران، لزوم تصریح ارزش‌های آن‌ها، همگی منجر به کاهش شدت اضطراب و احساس نومیدی مادران شدند. در حقیقت هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک (مثلاً فکر اضطرابی) بود، چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود (۱۵). در نهایت، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکنیک‌هایی که در جهت رسیدن به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از آن‌ها استفاده می‌کند باعث بهبود مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان اتیستیک گردید.

همچنین نتایج یافته‌ها نشان داد که آموزش راهبردهای مقابله‌ای در کاهش اضطراب و احساس ناامیدی معنی‌دار می‌باشند. یعنی اینکه اجرای مداخله مؤثر بوده است. نتایج این تحقیق در مورد اضطراب با یافته‌های سرابی جماب و همکاران؛ ولی‌زاده و همکاران، در مورد ناامیدی با یافته‌های بشیری و همکاران (۱۳۹۴) همسو است.

شواهد نشان می‌دهد که مشارکت مادران در برنامه‌های درمانی و آموزشی مهارت‌های مقابله‌ای، سطح استرس و احساس ناامیدی مادران کودکان ناتوان را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد (۱۳) برای تبیین نتایج به‌دست آمده از آموزش راهبردهای مقابله‌ای می‌توان چنین بحث کرد که این مادران، قبل از شروع مداخله، سطح استرس بالایی را تحمل می‌کردند و مهارت‌های مقابله ضعیفی داشتند؛ بنابراین با توجه به ارتباط بین سطح اضطراب و ناامیدی مادران نسبت به خود، اطرافیان و آینده، احساس اضطراب و ناامیدی می‌کردند. الگوی لازاروس و فولکمن (Lazarus & Folkman) بدین مسأله اشاره دارد که در فرایند مقابله، فرد با استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مشکل استفاده می‌کند، یعنی راه‌های مقابله با مشکل بررسی شده و در واقع با یافتن راه حل مناسب برای مشکل، رضایت روان‌شناختی برای افراد حاصل می‌شود که در حوزه شخصی رضایت و افزایش کیفیت زندگی می‌تواند محصول این فرایند مقابله‌ای باشد؛ و نیز استفاده از راهبرد مقابله‌ای کارآمد مسئله‌مدار موجب کاهش سطح اضطراب و احساس ناامیدی در افراد می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهند که چنانچه افراد به سبک‌های مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی پایینی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

باشند، در برخورد با فشارها و بحران‌های زندگی توان کمتری خواهند داشت و مشکلات روان‌شناختی بیشتری را به‌صورت استرس، اختلالات اضطرابی، خلقی و سازگاری بروز خواهند داد (۳۰).

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی توکی، در مقیاس اضطراب، میانگین نمرات مادران در درمان پذیرش و تعهد با میانگین نمرات آنان در آموزش راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنی‌دار بود. بدین‌معنی که درمان پذیرش و تعهد سطح اضطراب مادران را بیشتر کاهش داده است، هر چند که هر دو نوع درمان و آموزش با گروه گواه تفاوت معنی‌دار نشان دادند. برای مقیاس ناامیدی بین نمرات مادران در دو نوع مداخله تفاوت معنی‌دار نشان نداد. یعنی این دو شیوه مداخله‌ای در کاهش احساس ناامیدی آثار نسبتاً مشابهی و یکسانی داشته‌اند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به حجم کم نمونه، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای اندازه‌گیری سازه‌های مورد نظر، اجرای درمان توسط پژوهشگر و وجود احتمال سوگیری، محدود بودن بازه زمانی دوماهه مداخله و دوره پیگیری دوماهه، عدم رعایت نمونه‌گیری تصادفی و بهره‌گیری از نمونه در دسترس و داوطلبانه. در تحقیق‌های بعدی می‌توان از شاخص‌های عینی رفتاری یا مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده نمود. از دیگر محدودیت‌ها، نمونه حاضر محدود به مادران کودکانی بود که در دو مرکز آموزشی و درمانی شهر بوشهر حضور داشتند، بنابراین تعمیم نتایج با احتیاط همراه است. در این راستا پیشنهاد می‌شود با توجه به تأثیری که این دو رویکرد درمانی و آموزشی در کاهش اضطراب و احساس ناامیدی مادران دارند از این برنامه‌های درمانی و نتایج آن در مراکز مشاوره‌ای و خدمات روان‌شناختی بر روی دیگر اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی و دیگر جمعیت‌های بالینی، در روند افزایش میزان سلامت روان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش بر روی پدران، برادران و خواهران جهت انجام خدمات شایسته‌تر به خانواده‌های گستره طیف اوتیسم صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

در یک نتیجه‌گیری کلی، می‌توان به این نکته اشاره داشت که مادرانی که در معرض درمان و آموزش پذیرش و تعهد قرار گرفتند بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی و هیجانی بیشتری یافتند و این امر با خودآگاهی بالا، رابطه دارد. همچنین دیده شد که مهارت‌های ذهن آگاهی که یکی از مؤلفه‌های این درمان است پیش‌بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت است (۱۶). کاربرد پذیری روش درمانی اکت در کنار فنون شناختی رفتاری در درمان اختلال‌های اضطرابی، انعطاف‌پذیری و اثربخشی آن تأیید شد به‌طوری که استفاده از این مداخله منجر به کاهش معنی‌دار بالینی و آماری در فراوانی و شدت اختلال‌های اضطرابی شده است (۳۱).

سپاس و قدردانی

از همکاری صمیمانه ریاست و پرسنل مرکز سلامت اندیشه و کارشناسان آن مرکز و مدیریت دبستان نسیم بوشهر که در اجرای پژوهش ما را یاری نمودند و نیز خانواده‌های محترم شرکت کننده در برنامه درمانی، آموزشی تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

References:

1.Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities monitoring network,14 sites, United States, 2008. MMWR Surveill Summ 2013; 61(3): 1-19.

2.Kuhn JC, Carter AS. Maternal Self Efficacy and Associated Parenting Cognitions among Mothers of Children with Autism. Am J Orthopsychiatry 2006; 76(4): 564-75.

3.Osborne LA, Reed P. Stress and Self Perceived Parenting Behaviors of Parents of Children with Autistic Spectrum Con ditions. Res Autism Spect Dis 2010; 4(3): 405-14.

4.Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Preschool Children with Intellectual Disability: Syndrome Specificity, Behavior Problems, and Maternal Well-being. J Intellect Disabil Res 2005; 49(9): 657-71.

5.Mohammadi-Zade A, Pooretemad H, Maleck KG. The Primary Examination of Effect of Guided Imagination by Music on Reduction of Depression, Anxiety, & Stress in Mothers with Autistic Children. J Res Fam 2005; 3: 289-92. (Persian)

6.Narimani M, Aghamhamadian H, Rajabi S. Mental Health Of Mothers Of Exceptional Children With Mothers Of Children. J Mental Health 2008; 33: 15-24. (Persian)

7.Shieve LA, Blumberg SJ, Rice C, et al. The Relationship between Autism and Parenting Stress. Pediatrics 2007; 119(Suppl 1): 114-21.

8.Gupta A, Singhl N. Positive Perceptions in Parents of Children with Disability. Asia Pacif Disabil Rehabil J 2004; 15(1): 22-34.

9.Mohammadkhani P, Rezaeidoganeh E. Manual Of Diagnostic And Treatment Evaluation, Thoughts And Suicidal Behavior Of Children And Adults. 1st ed. Tehran: Publication Of Wellbeing Sciences And Rehabilitation, 2005. (Persian)

10.Lazarus RS. From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. Annu Rev Psychol 1993; 44: 1-21.

11.Folkman S, Lazarus R. Stress Appraisal And Coping.1st ed. New York: Springer, 1984.

12.Bashir Poor S, Abasi A, Abolghasemi A. The effective Of Teaching Cognitive- Behavioral Coping Strategies And Emotional Regulation On Decreasing Despair, Happiness And Self- Esteem Of Idle And Bad Supervision Children And Adolescents. Clin Psycho Couns 2015; 5(1): 70-85. (Persian)

13.Sarabi Jamab M, Hassan Abadi H, Mashhadi A, et al. The effectiveness of Parent Training on Self- efficacy of Mothers of Children with Autism. J Fundamental Ment Health 2011; 13(49): 84-93. (Persian)

14.Valizadeh S, Davoudi Far A, Berdi Ozouni Davaji R, et al. Coping Skills Training On The Stress And Despair Of Mothers Of Mentally Retarded Children. J Except Child 2010; 10(3): 237-44. (Persian)

15.Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc, 2010.

16.Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy , Relational Frame Theory and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Behav Ther 2004; 35(4): 639-65.

17.Blueti EJ, Homan KJ, Morrison KL, et al. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety and OCD Spectrum Disorders: An Empirical Review. J Anxiety Disord 2014; 28(6): 612-24.

18.Yadavaia JE, Hayes SC, Vilardaga R. Using Acceptance and Commitment Therapy to Increase Self-Compassion: A Randomized

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

Controlled Trial. J Contextual Behav Sci 2014; 3(4): 248-57.

19.Taghvaei D, Jahangiri MM, Zarebidaki Z. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Health Promotion Among Mothers with Autistic Children. Iran J Health Educ Health Promot 2019; 7(2):143-153. (Persian)

20.Abedizadeh Z, Kad Khoda H, Rahimi Manesh N. Determining The Effectiveness Of Based On Acceptance And Commitment Group Training On The Parent- Child Attitude Mothers Of Autistic Children. Third International Conference On Research In Psychology, Counseling And Educational Sciences. 2019 May. Theran, Iran.

21.Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, et al. Mindfulness Meditation Improves Cognition: Evidence of Brief Mental Training. Conscious Cogn 2010; 19(2): 597-605.

22.Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, et al. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Stress among Social Workers: A Randomized Controlled Trial. Behav Res Ther 2011; 49(6-7): 389-98.

23.Flaxman PE, Bond FW. A Randomized Worksite Comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Stress Inoculation Training. Behav Res Ther 2010; 48(8): 816-20.

24.Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, et al. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. Cogn Behav Pract 2009; 16(4): 368-85.

25.Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, et al. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Mental Health of Adults with a Chronic Medical Disease: A Meta-Analysis. J Psychosom Res 2010; 68(6): 539-44.

26.Goldin PR, Gross JJ. Effects of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. Emotion 2010; 10(1): 83-91.

27.Ahmadishorek Tokanlo A. Effectiveness Of Group Therapy Based On Acceptance- Commitment On Decreasing Despair Psychological Distress And Mental Fatigue Of Lobos [dissertation]. Mashhad: Ferdowsi Univ, 2016. (Persian)

28.Poorfaraj omran M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in Social Phobia of Students. J Knowl Health Basic Med Sci 2011; 6(2): 1-5. (Persian)

29.Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, et al. A Pilot Study of Processes of Change in Group-Based Acceptance and Commitment Therapy for Health Anxiety. J Contextual Behav Sci 2014; 3(3): 189-95.

30.Dehghani S, Izadikhah Z, Mohammadtaghi Nasab M, et al. The Path Analysis of Early Maladaptive Schemas, Coping Strategies and Mental Quality of Life. J Res Behave Sci 2014; 12(1): 1-8. (Persian)

31.Forman EM, Herbert JD. New Directions in Cognitive Behavior Therapy; Applying Empirically Supported Treatment in your Practice. In:O'donohue WT, Fisher JE, editors. 2nd ed. New York: Wiley, 2008, 263-5.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]

Iran South Med J 2020; 23(1): 56-69

Original Article

Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment Therapy versus Training Coping Strategies on Anxiety and Despair of Mothers of Children with Autistic Spectrum Disorder

M. Rostami (PhD)[1*], M. Keykhosrovani (PhD)[1**], A. Poladi Rishehri (PhD)[1], MR. Bahrani (PhD)[1]

[1] Department of Psychology, School of Humanities, Bushehr Branch, Islamic Azad Univercity, Bushehr, Iran

(Received 21 Aug, 2019 Accepted 3 Nov, 2019)

Abstract

Background: The birth of a child with authistic spectrum disorder is a challenge to the family, especially to mothers. The purpose of this research was to compare the effectiveness of acceptance commitment therapy and coping strategies in decreasing anxiety and despair in mothers of children with autism.

Materials and Methods: This qausi-experimental multigroup pre-test, post-test design with a control group enrolled 30 mothers of children with autism who were being treated in teaching-treatment centers of Booshehr city using convenience sampling. They were randomly classified into three groups. The experimental groups participated in eight sessions of 90 minutes in 8 weeks, while the control group did not receive any interventions. Beck Anxiety Inventory and Beck Hopelessness Scale were used to collect research data. The collected data were analyzed by multivariate analysis of covariance and Tukey *post hoc* test.

Results: Results showed that acceptance commitment therapy and training coping strategies significantly decreased anxiety and despair in mothers in the experimental groups compared to those in the control group ($p<0.01$), but the decrease was not significant in the follow-up stage. Tukey's test showed acceptance commitment therapy was significantly more effective for anxiety than training coping strategies in the post-test ($p<0.01$).

Conclusion: Our findings showed that both treatments were effective in decreasing anxiety and despair. Hence, therapists can use these two therapeutic and training approaches, especially acceptance commitment therapy, which is a new wave of cognitive – behavioral therapy.

Keywords: Acceptance commitment therapy, Training coping strategies, Anxiety, Despair

©Iran South Med J.All right sreserved

Cite this article as: Rostami M, Keykhosrovani M, Poladi Rishehri A, Bahrani MR. Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment Therapy versus Training Coping Strategies on Anxiety and Despair of Mothers of Children with Autistic Spectrum Disorder. Iran South Med J 2020; 23(1): 56-69

Copyright © 2020 Rostami, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

***Address for correspondence:* Department of Psychology, School of Humanities, Bushehr Branch, Islamic Azad Univercity, Bushehr, Iran. Email: moloud.keykhosrovani@gmail.com
*ORCID: 0000-0002-6898-5155
**ORCID: 0000-0002-0388-4265

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.52547/ismj.23.1.56]