

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف پذیری
شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

Comparative Study of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and
Compassion-Focused Therapy on Cognitive Flexibility in Mothers of Children with
Autism Spectrum Disorder

Zohreh Shams Some Kabodin

PhD Student, Department of psychology, Ahv.C.,
Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Dr. Reza Joharifard *

Department of psychology, Ahv.C., Islamic Azad
University, Ahvaz, Iran. rjoharifard@iau.ac.ir

Dr. Marzieh Talebzadeh Shoushtari

Department of psychology, Ahv.C., Islamic Azad
University, Ahvaz, Iran.

Dr. Rezvan Homaei

Department of psychology, Ahv.C., Islamic Azad
University, Ahvaz, Iran.

زهره شمس صومعه کبودین

دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی،
اهواز، ایران.

دکتر رضا جوهری فرد (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

دکتر مرضیه طالبزاده شوشتری

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

دکتر رضوان همائی

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on cognitive flexibility in mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). The research utilized a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of mothers of children with ASD attending the Payaa Autism Rehabilitation Center in Tehran in 2024. A total of 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 participants in each). The Cognitive Flexibility Inventory (CFI; Dennis & Vander Wal, 2010) was used as the measurement instrument. The ACT and CFT interventions were delivered in eight 60-minute weekly sessions to the experimental groups. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests. The results indicated a significant improvement from pretest to posttest and follow-up in cognitive flexibility scores across the intervention groups ($p < .05$). Additionally, a significant difference was observed between the two therapeutic approaches over time ($p < .05$), with ACT demonstrating greater effectiveness than CFT. Overall, the findings suggest that both ACT and CFT serve as effective and sustainable interventions for enhancing cognitive flexibility in mothers of children with ASD; however, ACT appears to produce more robust improvements.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, Cognitive Flexibility, Autism.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم مراجعه کننده به مرکز توانبخشی اوتیسم پایا شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند که از بین آنها ۴۵ مادر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص یافتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (CFI، دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت هر کدام ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای، هفته ای یک بار برای گروه آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات پیش آزمون انعطاف پذیری شناختی با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($P < .05$). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت ($P < .05$)؛ که نشان دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان متمرکز بر شفقت بود. بنابراین، می توان نتیجه گرفت هر دو درمان به عنوان یک مداخله پایدار بر انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم موثر می باشند؛ اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز موثرتر است.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، انعطاف پذیری شناختی، اوتیسم.

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^۱ (ASD) یکی از اختلالات عصبی-تحوالی است که منجر به مشکلات متعدد در تعاملات و رفتارهای اجتماعی کودکان در زمینه‌های متعدد می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۲۰). کودکان مبتلا به ASD مشکلات عمده‌ای در تعاملات اجتماعی، ارتباطی و زبانی دارند (بولتی^۳، ۲۰۲۵). در ایران نیز میزان شیوع ASD در کودکان ایرانی ۱۰ نفر در هر ۱۰ هزار نفر گزارش شده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲). ASD به دلیل برخورداری از چندین ویژگی، مانند در بر داشتن طیف متنوعی از نابهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی و همچنین تشخیص دیر هنگام می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را به خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند (کانسپسیون^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). والدین و به خصوص مادران این کودکان نسبت به کودکانی که دارای تحول عادی هستند سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند و در معرض خطر بالایی بروز مشکلات جسمی و روانی هستند (خوان و کاتاریا^۵، ۲۰۲۴).

در واقع، مادران کودکان ASD با استرس‌هایی که با توجه به شرایط خاص کودکان‌شان نادرند نیز مواجه هستند. علاوه بر کنار آمدن با شرایط کودکان‌شان همچون رفتارهای چالش‌برانگیز، عملکرد عقلانی کاهش یافته، محدودیت‌های فیزیکی، نقص در خود مراقبتی (پرزولی^۶ و همکاران، ۲۰۲۵) و ضعف در مهارت‌های اجتماعی، این مادران دچار نقص در انعطاف‌پذیری شناختی^۷ نیز هستند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۸). انعطاف‌پذیری شناختی مجموعه رفتارهایی است که افراد در راستای ارزش‌های تعیین شده خود انجام می‌دهند (زاپاترو^۸ و همکاران، ۲۰۲۴)، به توانایی برقراری ارتباط با زمان حال اشاره دارد و اینکه فرد بتواند بر اساس آنچه در موقعیت خاصی از انتظار می‌رود رفتار خود را تغییر دهد و یا بر رفتار کنونی خود پافشاری کند (کاهالان^۹ و همکاران، ۲۰۲۵). بر این اساس می‌توان بیان کرد نبود رفتارهایی که در راستای ارزش‌های فرد باشند، باعث می‌شود فرد احساس کند زندگی‌اش بدون معنا، هدف و سراسر درد و رنج احساس است (مسنیس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴) که این فرایند منجر به کاهش انعطاف‌پذیری شناختی افراد می‌شود (عموزاده و همکاران، ۱۴۰۰). انعطاف‌پذیری شناختی از چنین قابلیت‌هایی برخوردار است که با ایجاد تغییر در افکار و رفتار افراد، سبب شود افراد بتوانند نسبت به تغییرات محیطی، پاسخ‌های سازگارانگانه تولید نمایند (کایو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۲} از جمله درمان‌هایی که در چند سال اخیر در کمک به مشکلات روان‌شناختی والدین دارای فرزند ASD مورد توجه درمانگران قرار گرفته است (سرخ و همکاران، ۱۴۰۱). این شیوه درمانی از اصول زیربنایی مانند پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل و عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته استفاده می‌نماید (لوی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (لوک^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (شیلدز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۵). در واقع هدف این درمان تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (پترسون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴). نتایج مطالعات نشان‌دهنده تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به ASD (زارع‌بیدی و جهان‌گیری، ۱۳۹۷)، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (خرم‌نیا و همکاران، ۱۴۰۰)؛ تأثیر درمان مبتنی بر

1 Autism
2 American Psychiatric Association
3 Bolte
4 Concepción
5 Khan and Kataria
6 Perzoli
7 Cognitive flexibility
8 Zapatero
9 Cahalan
10 Messinis
11 Qiu
12 Acceptance and commitment treatment
13 Levin
14 Luke
15 Shields
16 Peterson

پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین کودکان ASD (جونز^۱ و همکاران، ۲۰۲۴) و بهبود انعطاف‌پذیرش روان‌شناختی والدین کودکان ASD (پودار^۲ و همکاران، ۲۰۲۳) بود.

یکی دیگر از راه‌هایی که به نظر می‌رسد برای کاهش پیامدهای روان‌شناختی منفی مادران دارای فرزند ASD موثر باشد، استفاده از رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت^۳ است (حاجی‌نقی طهرانی و همکاران، ۱۴۰۲). اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (فراسر و گریگوری^۴، ۲۰۲۴). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیارکننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (ماسون^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین‌تر افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (ورابل^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). در این راستا نتایج پژوهش‌های پیشین نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/افزون‌کنشی (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۲؛ محمودفخه و همکاران، ۱۴۰۲)؛ تاثیر درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی (رستم‌پور برنجستانکی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات عصب-تحوالی بود (ناود^۷ و همکاران، ۲۰۲۴؛ رایبل^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). مادران کودک ASD با فشارهای روانی و شناختی قابل توجهی مواجه هستند که می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی آنان را کاهش دهد و توانایی مدیریت هیجانات و تصمیم‌گیری در مراقبت از کودک را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به نقش محوری مادران در مراقبت، آموزش و درمان کودک ASD و همچنین محدودیت‌های موجود در حمایت اجتماعی و روان‌شناختی، شناسایی رویکردهای درمانی مؤثر برای بهبود انعطاف‌پذیری شناختی این مادران اهمیت بالایی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت به عنوان مداخلاتی که می‌توانند توانمندی‌های روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران را ارتقا دهند، در مطالعات جداگانه بررسی شده‌اند؛ اما تاکنون هیچ پژوهشی به صورت مستقیم و مقایسه‌ای اثر این دو رویکرد بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند ASD را مورد ارزیابی قرار نداده است. بنابراین، نتایج این مطالعه می‌تواند علاوه بر پر کردن خلأ علمی، راهنمایی کاربردی برای متخصصان بالینی، روان‌شناسان و برنامه‌های توانبخشی فراهم آورد و سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان خانواده را در تدوین برنامه‌های حمایتی مادران دارای فرزند ASD یاری کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به ASD انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش مادران دارای فرزند ASD مراجعه‌کننده به مرکز توانبخشی اوتیسم پایا شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. بنابراین ۴۵ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دارا بودن فرزند مبتلا به ASD، حداقل تحصیلات دیپلم، بازه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی و درمان‌های روان‌شناختی در طول پژوهش بر اساس مصاحبه بالینی بود.

1 Jones

2 Poddar

3 Compassion-focused therapy

4 Fraser and Gregory

5 Mason

6 Vrabel

7 Naveed

8 Riebel

همچنین معیارهای خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، وجود پرسشنامه‌های مخدوش، انجام ندادن تکالیف در طی جلسات، شرکت در جلسات روان‌درمانی هم‌زمان و غیبت بیش از دو جلسه بود.

روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از دریافت کد اخلاق از واحد پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (IR.IAU.AHVAZ.REC.1404.146) و شناسه کارآزمایی بالینی IRCT85657 جهت انجام پژوهش، با مراجعه به مرکز توانبخشی اوتیسم پایا شهر تهران با روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن احتمال ریزش شرکت‌کنندگان، تعداد ۴۵ مادر دارای فرزند ASD با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. ابتدا تمامی افراد در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفته و در مرحله بعد گروه آزمایش ۱، تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آزمایش ۲، تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) درمان مبتنی بر شفقت را دریافت نمودند و گروه کنترل تا پایان پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. در پایان از هر سه گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. اجرای مداخله نیز توسط پژوهشگر انجام شد. اصول اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات، آزادی شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش و غیره در این مطالعه رعایت شد. به جهت رعایت اخلاق پژوهشی پس از کسب آزمون مرحله پیگیری، گروه کنترل نیز مداخله موثرتر گرفت. پس از گذشت دو ماه از پایان پژوهش، گروه‌های آزمایش و کنترل مجدداً به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان دوره پیگیری پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن‌فرونی و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار سنجش

سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی^۱ (CFI): سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال^۲ در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این سیاهه مشتمل بر ۲۰ سوال است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود و دارای سه زیرمقیاس جایگزین‌ها^۳، کنترل^۴ و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی^۵ است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت و از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۴۰ است. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. نمره برش این سیاهه ۷۰ است. در پژوهش دنیس و وندروال (۲۰۱۰) روایی هم‌زمان این سیاهه را با مقیاس افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ به دست آوردند. ماسودا و تالی^۶ (۲۰۱۲) نیز میزان پایایی این سیاهه را برای خرده‌مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و برای نمره کل ۰/۸۲ محاسبه کرده‌اند. روایی هم‌زمان این سیاهه در پژوهش حسنی و همکاران (۱۳۹۸) با مقیاس سرسختی روان‌شناختی ۰/۵۴ به دست آمده و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۳ و برای نمره کل ۰/۹۰ گزارش شده است. پایایی سیاهه در پژوهش حاضر به روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴، ۰/۸۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

مداخله درمانی

در پژوهش حاضر از برنامه مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز^۷ و همکاران (۲۰۱۲) و درمان متمرکز بر شفقت، برگرفته از پروتکل گیلبرت^۸ (۲۰۱۰) استفاده شد که هر مداخله در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) توسط درمانگر آموزش‌دیده اجرا شد که محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

1 Psychological resilience questionnaire

2 Dennis & Vander Wal

3 Alternatives

4 Control

5 Alternatives to human behavior

6 Masuda and Taki

7 Hayes

8 Gilbert

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت
اول	معرفی اعضا و رهبر، ایجاد اتحاد درمانی و فضای امن، آشنایی با قوانین گروه و شناسایی رفتارهای مشکل.	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌گو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	بررسی تکالیف، شناسایی رفتارهای مشکل اعضا، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استعاره دو کوه	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین، واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
سوم	بررسی تکالیف، تفاوت دنیای درون و بیرون، تجربه ناکارآمدی برنامه کنترل و کاهش وابستگی به آن با استعاره‌ها.	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه.
چهارم	بررسی تکالیف، تمرین ذهن‌آگاهی و استفاده از استعاره ماشین زمان برای افزایش توجه به زمان حال.	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت‌ورز» یا «غیر شفقت‌ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌ورز».
پنجم	تمرین ذهن‌آگاهی، ایجاد پذیرش و تمایل، مشاهده افکار بدون قضاوت با استعاره‌های اسکیت و برگ‌های روی رودخانه.	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.
ششم	تمرین ذهن‌آگاهی و کاهش آمیختگی با افکار، پاسخ مبتنی بر کارایی، حرکت به زندگی ارزشمند با استعاره‌های شطرنج و آسمان.	ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی.
هفتم	تمرین ارزش‌ها، شناسایی اهداف و ایجاد تعهد به عمل، استفاده از استعاره‌ها برای انعطاف‌پذیری رفتاری و برنامه‌ریزی ملموس.	کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز.
هشتم	بررسی فرآیند و تجارب گروه، بررسی مسایل ناتمام، آماده سازی برای خاتمه دادن به گروه، جمع بندی و خاتمه دادن به تجربه گروه، هماهنگی جهت جلسه پیگیری	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف‌معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $39/4 \pm 57/12$ ، در گروه درمان مبتنی بر شفقت $39/3 \pm 6/98$ و در گروه کنترل $40/4 \pm 6/05$ بود. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیشترین فراوانی مربوط به دارندگان مدرک لیسانس (۴۰ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به فوق‌دیپلم (۶/۷ درصد) بود. در گروه درمان مبتنی بر شفقت، بیشترین فراوانی مربوط به دارندگان لیسانس (۴۶/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به فوق‌دیپلم (۲۰ درصد) بود. در گروه کنترل، بیشترین فراوانی مربوط به لیسانس (۶۶/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به فوق‌لیسانس (۶/۷) بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۵٪ از مادران فرزند پسر و ۳۵٪ دختر داشتند، در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۷۰٪ فرزند پسر و ۳۰٪ فرزند دختر و در گروه کنترل ۵۰٪ از مادران دارای فرزند پسر و ۵۰٪ دختر بودند. میانگین و انحراف‌معیار سن کودکان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $7/11 \pm 1/85$ ، در گروه درمان مبتنی بر شفقت $7/11 \pm 42/62$ و در گروه کنترل $6/11 \pm 39/91$ بود. نتایج آزمون‌های دو نشان داد که

بین سه گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشته و سه گروه از لحاظ این متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیر انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	مرحله	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		درمان مبتنی بر شفقت		گروه کنترل		شاپیرو-ویلکز
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
جایگزین‌ها	پیش‌آزمون	۴/۵	۲۰/۵۲	۴/۷	۲۱/۳۷	۴/۶	۲۱/۳۷	۰/۸۳۱
	پس‌آزمون	۵/۲	۲۸/۶۰	۵/۰	۲۱/۴۰	۴/۶	۲۱/۴۰	۰/۸۳۷
	پیگیری	۵/۱	۲۸/۰۹	۵/۱	۲۱/۴۳	۴/۵	۲۱/۴۳	۰/۵۰۵
کنترل	پیش‌آزمون	۴/۲	۱۹/۵۳	۴/۳	۱۹/۶۵	۴/۴	۱۹/۶۵	۰/۹۰۱
	پس‌آزمون	۵/۰	۲۶/۵۳	۴/۸	۱۹/۳۱	۴/۲	۱۹/۳۱	۰/۴۲۰
	پیگیری	۵/۱	۲۶/۹۳	۴/۹	۱۹/۹۳	۴/۳	۱۹/۹۳	۰/۱۰۸۵
جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی	پیش‌آزمون	۱/۲	۶/۲۷	۱/۳	۵/۴۶	۱/۱	۵/۴۶	۰/۸۶۲
	پس‌آزمون	۱/۵	۹/۶۶	۱/۴	۵/۰۶	۱/۲	۵/۰۶	۰/۴۰۷
	پیگیری	۱/۶	۹/۲۰	۱/۴	۵/۱۳	۱/۱	۵/۱۳	۰/۳۹۱
نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۹/۹	۴۶/۳۲	۱۰/۳	۴۶/۴۸	۱۰/۱	۴۶/۴۸	۰/۸۳۱
	پس‌آزمون	۱۱/۷	۶۴/۷۹	۱۱/۲	۴۵/۷۷	۹/۹	۴۵/۷۷	۰/۷۱۵
	پیگیری	۱۱/۸	۶۴/۲۲	۱۱/۴	۴۶/۴۹	۹/۹	۴۶/۴۹	۰/۸۵۲

با توجه به جدول ۲ میانگین نمرات متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضات آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز نشان داد که پیش‌فرض، توزیع نرمال نمونه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($P > 0/05$). خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام‌باکس معنی‌دار نبود (M Box's = ۴/۳۸، $F = 1/58$ ، $P > 0/126$) که تأیید می‌کند همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار است. نتایج آزمون کرویت موجلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر انعطاف‌پذیری شناختی ($P = 0/27$) مورد تأیید واقع گردید. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض همسانی خطای واریانس برای انعطاف‌پذیری شناختی رعایت شده است. به طور کلی مفروضات (پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
جایگزین‌ها	زمان	۳۱۲/۴۵	۲	۱۵۶/۲۲	۱۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
	زمان*گروه	۲۸/۶۷	۴	۷/۱۶	۲۵/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
کنترل	خطا	۱۱۲/۹۸	۲۸	۴/۳۵				
	بین‌گروهی	۲۵۴/۱۲	۲	۱۲۷/۰۶	۳۹۱/۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
کنترل	زمان	۲۲۵/۸۷	۲	۱۱۲/۹۳	۱۳/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱
	زمان*گروه	۲۲/۴۱	۴	۵/۶۰	۱۷/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
	خطا	۲۲۵/۰۳	۲۸	۸/۰۳				

۱	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۸/۶۵	۹۹/۱۸	۲	۱۹۸/۳۶	بین‌گروهی	
۱	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۲/۴۱	۸۹/۱۶	۲	۱۷۸/۳۳	زمان	جایگزین‌هایی برای
۱	۰/۴۸	۰/۰۰۱	۱۷/۶۳	۴/۸۱	۴	۱۹/۲۷	زمان*گروه	رفتارهای انسانی
				۶/۴۹	۲۸	۱۶۹/۳۸	خطا	
۱	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱۵/۴۹	۷۱/۲۵	۲	۱۴۲/۵۱	بین‌گروهی	
۱	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۲۵/۳۸	۴۰۶/۲۰	۲	۸۱۲/۴۱	زمان	کل انعطاف‌پذیری
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۱	۳۵/۶۷	۱۱/۲۵	۴	۴۴/۸۲	زمان*گروه	شناختی
				۸/۸۶	۲۸	۲۴۸/۳۳	خطا	
۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۱۲/۷۱	۳۴۷/۱۴	۲	۶۹۴/۲۸	بین‌گروهی	

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳، نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی ($F=12/71$)، $P=0/001$ ، $\eta^2=0/41$ معنی‌دار است. بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیر انعطاف‌پذیری شناختی

مراحل سنجش		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		درمان متمرکز بر شفقت		گروه کنترل	
	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	
پیش‌آزمون	-۲۵/۰۶	<۰/۰۰۱	-۱۸/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱	<۰/۰۰۱	پیش‌آزمون
پیش‌آزمون	-۲۵/۰۵	<۰/۰۰۱	-۱۷/۹	<۰/۰۰۱	-۰/۰۱	<۰/۰۰۱	پیش‌آزمون
پس‌آزمون	۰/۰۱	۰/۴۸۶	۰/۵۷	۰/۲۸۵	-۰/۷۲	<۰/۰۰۱	پس‌آزمون
مقایسه گروهی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان متمرکز بر شفقت	درمان متمرکز بر شفقت	کنترل	
	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	
	۶/۸۳	۰/۰۰۱	۲۵/۱۲	۰/۰۰۱	۱۷/۷۳	۰/۰۰۱	

نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۴ نشان داد که تنها در گروه مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد ($P=0/01$)؛ این در حالی است که در گروه‌های مداخله بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان‌دهنده ثبات نتایج در طول زمان است ($P<0/05$). نتایج مقایسه زوجی بین گروه‌ها گویای این است که بین گروه‌های مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($P=0/001$) و درمان متمرکز بر شفقت ($P=0/001$) در مقایسه با گروه کنترل تا مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان نسبت به گروه کنترل موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی شده‌اند. علاوه بر این نتایج مقایسه زوجی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند ASD داشته و این افزایش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است ($P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند ASD انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند ASD شده است. این یافته با نتایج مطالعات خرمینیا و همکاران (۱۴۰۰)، زارع‌بیدکی و جهانگیری (۱۳۹۷)، جونز و همکاران (۲۰۲۴) و پودار و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود.

در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش هیجان‌ها، افکار و تجربه‌های درونی ناخوشایند، توانست سازوکارهای شناختی مادران دارای فرزند ASD را بازسازماندهی کند. این درمان با کاهش الگوهای اجتناب شناختی و تقویت آگاهی غیرقضاوت‌گرانه نسبت به افکار، به مادران آموخت که میان تجربه درونی و واکنش رفتاری تمایز قائل شوند. چنین فرایندی موجب شکل‌گیری جایگزین‌های شناختی متنوع‌تری در برابر موقعیت‌های استرس‌زا شد؛ زیرا فرد به جای تمرکز بر حذف افکار منفی، توانست شیوه‌های انعطاف‌پذیرتری برای تعبیر و پاسخ به موقعیت‌ها به کار گیرد. از این طریق، ظرفیت شناختی مادران برای بازتفسیر موقعیت‌های دشوار مرتبط با مراقبت از کودک مبتلا به ASD، افزایش یافته و انتخاب پاسخ‌های کارآمدتر تقویت شد (جونز و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، این درمان با تقویت آگاهی از ارزش‌ها و معنا در زندگی، راه را برای جایگزین‌هایی در رفتار انسانی گشود. مادران در جریان درمان به تدریج از واکنش‌های هیجانی خودکار فاصله گرفته و رفتارهایی را انتخاب کردند که مبتنی بر شفقت، صبر، و پذیرش واقعیت‌های تغییرناپذیر زندگی فرزندشان بود. این فرایند باعث شد که آنان الگوهای رفتاری سازگارانه‌تری چون ارتباط مؤثرتر با فرزند، جست‌وجوی حمایت اجتماعی و مراقبت از خود را جایگزین رفتارهای اجتنابی یا کناره‌گیرانه پیشین کنند. این تغییر رفتاری، نشانه‌ای از بازسازی کارکردهای شناختی-هیجانی و افزایش کارآمدی شناختی در سطح بین‌فردی و درون‌فردی است (خرم‌نیا و همکاران، ۱۴۰۰).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند ASD شده است. این یافته با نتایج مطالعات نوروزی و همکاران (۱۴۰۲)، رستم‌پور برنجستانی و همکاران (۱۳۹۹)، ناود و همکاران (۲۰۲۴) و پترسون و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که درمان متمرکز بر شفقت با ایجاد فضایی ایمن و حمایت‌گر، مهارت مادران را در شناسایی، پذیرش و تنظیم هیجانات منفی افزایش می‌دهد و به آن‌ها امکان می‌دهد به جای واکنش‌های اجتنابی یا خودانتقادی، رفتارهای انعطاف‌پذیرانه و هدفمند نسبت به موقعیت‌های استرس‌زا داشته باشند. این فرآیند از طریق تقویت خودمهربانی و کاهش انتقاد خودکارآمد در مادران رخ می‌دهد، به طوری که آن‌ها می‌توانند موقعیت‌های دشوار مراقبت از کودک ASD را با تحمل روانی بالاتر مدیریت کنند (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۲). همزمان، تمرین‌های شفقت‌آمیز، ظرفیت شناختی مادران را برای ارزیابی واقع‌بینانه شرایط و اتخاذ تصمیمات سازگارانه تقویت می‌کند، که موجب افزایش توانایی مقابله با فشارهای روزمره و کاهش بار هیجانی می‌شود. بنابراین، درمان متمرکز بر شفقت نه تنها باعث کاهش استرس و هیجان منفی می‌شود، بلکه مستقیماً انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران را افزایش می‌دهد و آن‌ها را قادر می‌سازد با چالش‌های مربوط به فرزند ASD به شیوه‌ای پایدار و سازگار برخورد کنند، بدون اینکه نیاز به تغییر مستقیم شرایط محیطی داشته باشند (ناود و همکاران، ۲۰۲۴).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمودفخه و همکاران (۱۴۰۲)، حاجی‌نقی‌طهرانی و همکاران (۱۴۰۲)، رایبل و همکاران (۲۰۲۴) و پودار و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فرایندهای شش‌گانه خود، به‌ویژه گسلش شناختی، تمرکز آگاهانه بر لحظه اکنون و اقدام متعهدانه، سازوکارهای شناختی را به نحوی پویا و تجربه‌محور فعال می‌سازد، در نتیجه، مادران نه تنها توانایی کنترل و هدایت شناخت خود را بازمی‌یابند، بلکه ظرفیت ایجاد معنا، یافتن مسیرهای جدید برای مواجهه با موقعیت‌های دشوار و تداوم رفتارهای ارزش‌محور را نیز در خود تقویت می‌کنند. این تحول شناختی-رفتاری، پایه‌ای پایدار برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کارکرد روانی سالم‌تر در نقش والدگری فراهم می‌سازد (پودار و همکاران، ۲۰۲۳). در مقایسه دو رویکرد می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت مستقیم بر کاهش ادغام شناختی و تقویت مهارت‌هایی مثل پذیرش عاطفی، فاصله‌گذاری شناختی، توجه در لحظه و اقدام متعهدانه کار می‌کند که همگی به کاهش واکنش‌محوری افکار و تقویت توان بازسازی شناختی کمک می‌کنند و به‌طور مستدل توانایی تغییر شیوه پردازش و راهبردهای شناختی و به عبارتی انعطاف‌پذیری شناختی را بالا می‌برند (رایبل و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، درمان متمرکز بر شفقت به‌طور مؤکد بر کاهش شرم و خودسرزنی متمرکز است؛ این مسیر بهبود تنظیم هیجانی و افزایش خودمهربانی را ترویج می‌کند و در کاهش بار هیجانی و بهبود تاب‌آوری عاطفی بسیار مؤثر است، اما تغییرات شناختی آشکار مانند توان تغییر سریع چارچوب‌های تفکری یا کاهش قضاوت‌های خودکاری که مانع انعطاف می‌شوند را به‌صورت مستقیم هدف نمی‌گیرد. بنابراین، در چارچوب نظری-عملی و مبتنی بر شواهد موجود، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به علت هدف‌گیری مستقیم مکانیسم‌های زیربنایی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که مولفه‌ای محوری برای انعطاف‌پذیری شناختی است، در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران برتری دارد (حاجی‌نقی‌طهرانی و همکاران، ۱۴۰۲).

به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت هر دو موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به ASD شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشترین تأثیر را بر خرده‌مقیاس‌های کنترل و جایگزین‌ها داشت و توانایی مادران را در مدیریت هیجانات، انتخاب پاسخ‌های سازگارانه و بازنگری رفتارهای خود ارتقا داد. از سوی دیگر، درمان متمرکز بر شفقت بیشترین اثر را بر خرده‌مقیاس رفتارهای انسانی نشان داد و موجب افزایش خودمهربانی، کاهش انتقاد از خود و تقویت پاسخ‌های انعطاف‌پذیرانه در مواجهه با چالش‌های روزمره مراقبت از کودک شد. در مجموع، یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو رویکرد درمانی به شیوه‌های متفاوت موجب تقویت توانایی مادران در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و ارتقای کیفیت فرزندپروری و سلامت روان آنان می‌شوند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شوند. استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند احتمال کاهش دقت در برآورد اثرات واقعی مداخله را به‌دنبال دارد. علاوه بر این، این مطالعه بر داده‌های خودگزارشی و مصاحبه‌های بالینی متکی بود که می‌تواند تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی یا گزارش‌دهی نادرست قرار گیرد و به‌طور بالقوه بر اعتبار نتایج تأثیر بگذارد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر برای افزایش اعتبار بیرونی و قدرت تعمیم استفاده شود. از نظر کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود مراکز توانبخشی و آموزش ویژه، برنامه‌های منظم مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد را در قالب کارگاه‌های والدگری و گروه‌های حمایتی برای مادران دارای فرزند ASD اجرا کنند تا مهارت‌های تنظیم شناختی و رفتاری آنان تقویت شود. همچنین، مشاوران و روان‌درمانگران می‌توانند با تلفیق مؤلفه‌های شفقت‌ورزی و پذیرش در برنامه‌های مداخله‌ای، زمینه افزایش تاب‌آوری، کاهش فرسودگی والدگری و ارتقای سلامت روان این گروه از مادران را فراهم آورند.

منابع

- ابراهیمی، م.، طاهر، م.، و حسین‌خانزاده، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر پذیرش مثبت بی‌قیدوشرط خود بر نگرش به فرزندآوری مادران دارای فرزند با اختلالات طیف‌اوتیسم. *روانشناسی افراد/استثنایی*، ۱۳(۵۰)، ۱۵۹-۱۸۶. <https://doi.org/10.22054/jpe.2023.71031.2514>
- حسینی، م.، حقیقت، س.، و بنی‌سی، پ. (۱۳۹۸). تبیین افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۶)، ۱۰۳-۱۱۲. <http://frooyesh.ir/article-112-103-fa.html>
- حاجی‌نقی‌طهرانی، ف.، صابری، ه.، و باقری، ن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش شفقت با خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۱۰(۲)، ۱۰-۲۲. <http://ijrn.ir/article-fa.html-1-8-5>
- خرم‌نیا، ص.، طاهری، ا.، محمدپور، م.، فروغی، ع. ا.، و کریم‌زاده، ی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت بین فردی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۸(۱)، ۱۵-۲۷. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-fa.html-1-10-2>
- رستم‌پور برنجستانکی، م.، عباسی، ق. ا.، و میرزائیان، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مشاوره کاربردی*، ۱۰(۲)، ۱-۱۸. [doi: 10.22055/jac.2020.33836](https://doi.org/10.22055/jac.2020.33836)
- زارع‌بیدکی، ز.، جهانگیری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۱(۷)، ۳۹-۴۷. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-fa.html-1-5754>
- سرخی، ز.، شریفی‌درآمدی، پ.، و رضایی، س. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و تعامل مادر-فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اوتیسم. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۳(۳)، ۱۱-۲۳. [doi: 10.22034/ceciranj.2022.306027.1597](https://doi.org/10.22034/ceciranj.2022.306027.1597)
- عموزاده، ف.، غرایاق‌زند، ح.، مرادی‌سبزواری، م.، رستمی، ر.، و مقدم‌زاده، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان بیش‌فعال ورزشکار. *روانشناسی افراد/استثنایی*، ۱۱(۴۱)، ۴۷-۷۵. <https://doi.org/10.22054/jpe.2021.57509.2264>
- محمودفخه، ه.، شیرینی، ح.، و رضایی، ن. (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر دارای علائم اضطراب. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۹(۳)، ۸۲-۶۳. [doi: 10.22108/ppls.2024.137696.2424](https://doi.org/10.22108/ppls.2024.137696.2424)
- نوروزی، ف.، قربان‌شیرودی، ش.، و خلج، ع. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خودمهارگری و انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن در بیماران مبتلا به چاقی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۷)، ۷۷-۸۶. <http://frooyesh.ir/article-fa.html-1-2415>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Bolte, S. (2025). Social cognition in autism and ADHD. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 169(1), 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106022>

- Cahalan, S., Mitroff, S. R., Subiaul, F., & Rosenblau, G. (2025). Using the cognitive rigidity-flexibility dimension to deepen our understanding of the autism spectrum. *Personality neuroscience*, 8(1), 33-47. <https://doi.org/10.1017/pen.2025.10002>
- Concepción, J. L. J., Montañez, N., Felizola, G., Prieto, L. A., & Columna, L. (2025). I've always tried to introduce it: how Latina mothers support physical activity for their autistic children. *Disability and rehabilitation*, 1(4), 1-12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2584959>
- Dennis, J.P., & Vander Wal, J.S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy Research*, 34(1), 241-253. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Fraser, M., Gregory, K. (2024). Applying a process-based therapy approach to compassion focused therapy: A synergetic alliance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32(4), 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100754>
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2010). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 84(3), 239 -255. <https://www.routledge.com/>
- Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2024). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: the mediating role of mindfulness and acceptance. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(2), 171-185. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-119.2.171>
- Khan, K., Katarya, R. (2024). AFF-BPL: An adaptive feature fusion technique for the diagnosis of autism spectrum disorder using Bat-PSO-LSTM based framework. *Journal of Computational Science*, 83(12), 244-257. <https://doi.org/10.1016/j.jocs.2024.102447>
- Levin, M., Krafft, J., Twohig, M. (2024). An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 47(2), 419-431. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
- Luck, S., Golijani-Moghaddam, N., Dawson, D. (2024). A Systematic Quality Review of Single-Case Experimental Designs Using Acceptance and Commitment Therapy in Adult Clinical Populations. *Behavior Therapy*, 55(4), 856-871. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.008>
- Messinis, L., Aretouli, E., Patrikelis, P., Malefaki, S., Ntoskou-Messini, A., Trimmis, N., Zygouris, N. C., Konstantopoulos, K., & Gourzis, P. (2024). Children's color trails test: Greek normative data and clinical validity in children with traumatic brain injury and attention deficit - Hyperactivity disorder. *Applied neuropsychology. Child*, 3(7), 1-8. <https://doi.org/10.1080/21622965.2024.2393806>
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66-71. <https://doi.org/10.1177/2156587211423400>
- Mason, D., Acland, J., Stark, E., Happé, F., & Spain, D. (2023). Compassion-focused therapy with autistic adults. *Frontiers in psychology*, 14(1), 126-137. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1267968>
- Naveed, S., Dmytriw, A., Ghozy, S., Morsy, S. (2024). Genetic networks suggest Asperger's syndrome as a distinct subtype of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 118(10), 102-114. <https://doi.org/10.1101/2023.09.21.23295892>
- Petersen, J., Ona, P., Twohig, M. (2024). A Review of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents: Developmental and Contextual Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(1), 72-89. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.08.002>
- Poddar, S., Sinha, V. K., & Urbi, M. (2023). Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(3), 221-232. <https://doi.org/10.4103/2395-2296.158331>
- Perzoli, S., Bertamini, G., Venuti, P., & Bentenuto, A. (2025). Emotional Availability in Autism Intervention: A Mother-Father Comparative Analysis. *Brain sciences*, 15(2), 133. <https://doi.org/10.3390/brainsci15020133>
- Qiu, C., Zhai, Q., & Chen, S. (2024). Effects of Practicing Closed- vs. Open-Skill Exercises on Executive Functions in Individuals with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)-A Meta-Analysis and Systematic Review. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 14(6), 499-457. <https://doi.org/10.3390/bs14060499>
- Riebel, M., Krasny-Pacini, A., Manolov, R., Rohmer, O., & Weiner, L. (2024). Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study. *Front. Psychiatry*. 14(1), 128-134. [doi: 10.3389/fpsyt.2023.1281428](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1281428)
- Shields, G., Rowlandson, A., Davies, L., Leadbitter, K., Smallman, R., Langhorne, S., Chu, P., Emsley, R., Bee, P., Hackett, L., Dunkerley, A., Harrison, L., Ellis, C., Hutton, T., Butter, C., Goldie, C., James, K., & Green, J. (2025). A post-diagnostic psycho-education, acceptance and commitment therapy programme for caregivers of children recently diagnosed with autism: a randomised controlled trial-based cost-effectiveness analysis (REACH-ASD Trial). *EClinicalMedicine*, 88(1), 134-147. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103470>
- Vrabel, K., Waller, G., Goss, K., Wampold, B., Kopland, M., Hoffart, A. (2024). Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour Research and Therapy*, 174(3), 104-118. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104480>
- Zapatero, I., Jurado Barba, R., & Esteban Rodríguez, L. (2024). Cognitive profiles and developmental variations in ADHD: A comparative analysis of childhood and adolescent diagnoses. *Applied neuropsychology. Child*, 2(18), 1-8. <https://doi.org/10.1080/21622965.2024.2420219>