رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری 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

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.

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.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز توانبخشی اوتیسم پایا شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند که از بین آنها ۴۵ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص یافتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI، دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت هر کدام ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۵). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵)؛ که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان متمرکز بر شفقت بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان به عنوان یک مداخله پایدار بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم موثر می‌باشند؛ اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز موثرتر است.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، انعطاف‌پذیری شناختی، اوتیسم.*

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.*

نوع مقاله : کاربردی | **دریافت:** آبان ۱۴۰۴ | **پذیرش:** آذر ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** اردیبهشت ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم[1] (ASD) یکی از اختلالات عصبی_تحولی است که منجر به مشکلات متعدد در تعاملات و رفتارهای اجتماعی کودکان در زمینه‌های متعدد می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا[2]، ۲۰۲۰). کودکان مبتلا به ASD مشکلات عمده‌ای در تعاملات اجتماعی، ارتباطی و زبانی دارند (بولتی[3]، 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 دیرهنگام می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را به خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند (کانسپسیون[4] 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[5]، ۲۰۲۴).

در واقع، مادران کودکان ASD با استرس‌هایی که با توجه به شرایط خاص کودکان‌شان نادرند نیز مواجه هستند. علاوه بر کنارآمدن با شرایط کودکان‌شان همچون رفتارهای چالش‌برانگیز، عملکرد عقلانی کاهش یافته، محدودیت‌های فیزیکی، نقص در خود مراقبتی (پرزولی[6] و همکاران، ۲۰۲۵) و ضعف در مهارت‌های اجتماعی، این مادران دچار نقص در انعطاف‌پذیری شناختی[7] نیز هستند (حسنی و همکاران، ۱۳۹۸). انعطاف‌پذیری‌شناختی مجموعه رفتارهایی است که افراد در راستای ارزش‌های تعیین شده خود انجام می‌دهند (زاپاترو[8] و همکاران، ۲۰۲۴)، به توانایی برقراری ارتباط با زمان حال اشاره دارد و اینکه فرد بتواند بر اساس آنچه در موقعیت خاصی از او انتظار می‌رود رفتار خود را تغییر دهد و یا بر رفتار کنونی خود پافشاری کند (کاهالان[9] 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 (مسینیس[10] و همکاران، ۲۰۲۴) که این فرایند منجر به کاهش انعطاف‌پذیری‌شناختی افراد می‌شود (عموزاده و همکاران، ۱۴۰۰). انعطاف‌پذیری‌شناختی از چنین قابلیتی برخوردار است که با ایجاد تغییر در افکار و رفتار افراد، سبب شود افراد بتوانند نسبت به تغییرات محیطی، پاسخ‌های سازگارانه تولید نمایند (کایو[11] و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[12] از جمله درمان‌هایی که در چند سال اخیر در کمک به مشکلات روان‌شناختی والدین دارای فرزند ASD مورد توجه درمانگران قرار گرفته است (سرخی و همکاران، ۱۴۰۱). این شیوه درمانی از اصول زیربنایی مانند پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده 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 (لوین[13] 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[14] و همکاران، ۲۰۲۴). مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (شیلدز[15] 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[16] و همکاران، ۲۰۲۴). نتایج مطالعات نشان‌دهنده تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به ASD (زارع‌بیدکی و جهان‌گیری، ۱۳۹۷)، تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (خرمنیا و همکاران، ۱۴۰۰)؛ تاثیر درمان مبتنی بر

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین کودکان ASD (جونز[1] و همکاران، ۲۰۲۴) و بهبود انعطاف‌پذیرش روان‌شناختی والدین کودکان ASD (پودار[2] 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[3] 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[4]، ۲۰۲۴). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیارکننده نسبت به مشکل است؛ یه عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (ماسون[5] و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (ورابل[6] و همکاران، ۲۰۲۴). در این راستا نتایج پژوهش‌های پیشین نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی مادران کودکان مبتلا به نارسایی‌توجه/فزون‌کنشی (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_تحولی بود (ناود[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ رایبل[8] 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

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 آزمایش۱، 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 مجددا 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[1] (CFI): سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال[2] 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 زیر مقیاس جایگزین‌ها[3]، کنترل[4] و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی[5] است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت و از کاملا مخالفم=۱ تا کاملا 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 واندروال (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[6] (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[7] و همکاران (۲۰۱۲) و درمان متمرکز بر شفقت، برگرفته از پروتکل گیلبرت[8] (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 Tali
7 Hayes
8 Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

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

جلسات	محتوا 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 بـا 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 تمـرین، وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغـزی 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 افـراد شفقت‌ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربـانی 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» یـا «غیر شفقت‌ورز» بـا 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 ابـراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملـــی، شفقت مقطعـــی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.
ششم	تمرین ذهن‌آگاهی و کاهش آمیختگی با افکار، پاسخ مبتنی بر کارآیی، 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.

یافته ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف‌معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۹/۴±۵۷/۱۲، در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳۹/۳±۶/۹۸ و در گروه کنترل ۴۰/۴±۶/۰۵ بود. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیشترین فراوانی مربوط به دارندگان مدرک لیسانس (۴۰ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به فوق دیپلم (۶/۷ درصد) بود. در گروه درمان مبتنی بر شفقت، بیشترین فراوانی مربوط به دارندگان لیسانس (۴۶/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به فوق دیپلم (۲۰ درصد) بود. در گروه کنترل، بیشترین فراوانی مربوط به لیسانس (۶۶/۷درصد) و کمترین فراوانی مربوط به فوق لیسانس (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 ۷/۱۱±۱/۸۵، در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۷/۱±۴۲/۶۲ و در گروه کنترل ۶/۱±۳۹/۹۱ بود. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

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	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	معنی‌داری
جایگزین‌ها	پیش‌آزمون	۲۱/۸۰	۴/۵	۲۰/۵۲	۴/۷	۲۱/۳۷	۴/۶	۰/۹۶۸	۰/۸۳۱
	پس‌آزمون	۳۲/۵۳	۵/۲	۲۸/۶۰	۵/۰	۲۱/۴۰	۴/۶	۰/۹۶۹	۰/۸۳۷
	پیگیری	۳۲/۵۵	۵/۱	۲۸/۰۹	۵/۱	۲۱/۴۳	۴/۵	۰/۹۴۹	۰/۵۰۵
کنترل	پیش‌آزمون	۱۹/۰۲	۴/۲	۱۹/۵۳	۴/۳	۱۹/۶۵	۴/۴	۰/۹۷۳	۰/۹۰۱
	پس‌آزمون	۲۸/۸۶	۵/۰	۲۶/۵۳	۴/۸	۱۹/۳۱	۴/۲	۰/۹۴۳	۰/۴۲۰
	پیگیری	۲۸/۱۳	۵/۱	۲۶/۹۳	۴/۹	۱۹/۹۳	۴/۳	۰/۸۹۷	۰/۰۸۵
جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی	پیش‌آزمون	۵/۷۴	۱/۲	۶/۲۷	۱/۳	۵/۴۶	۱/۱	۰/۹۷۰	۰/۸۶۲
	پس‌آزمون	۱۰/۲۳	۱/۵	۹/۶۶	۱/۴	۵/۰۶	۱/۲	۰/۹۴۲	۰/۴۰۷
	پیگیری	۱۰/۹۳	۱/۶	۹/۲۰	۱/۴	۵/۱۳	۱/۱	۰/۹۴۱	۰/۳۹۱
نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۴۶/۵۶	۹/۹	۴۶/۳۲	۱۰/۳	۴۶/۴۸	۱۰/۱	۰/۹۶۸	۰/۸۳۱
	پس‌آزمون	۷۱/۶۲	۱۱/۷	۶۴/۷۹	۱۱/۲	۴۵/۷۷	۹/۹	۰/۹۶۱	۰/۷۱۵
	پیگیری	۷۱/۶۱	۱۱/۸	۶۴/۲۲	۱۱/۴	۴۶/۴۹	۹/۹	۰/۹۷۰	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>۰/۰۵). خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام‌باکس معنی‌دار نبود (P>۰/۱۲۶، F=۱/۵۸، M Box's=۴/۳۸) که تأیید می‌کند همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار است. نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر انعطاف‌پذیری شناختی (P=۰/۲۷) مورد تایید 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
	خطا	۱۱۲/۹۸	۲۸	۴/۳۵				
کنترل	بین‌گروهی	۲۵۴/۱۲	۲	۱۲۷/۰۶	۳۹۱/۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
	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				

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

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

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳، نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی (F=۱۲/۷۱، η=۰/۴۱، P=۰/۰۰۱) 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	پس‌آزمون	-۲۵/۰۶	<۰/۰۰۱	-۱۸/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۲۵/۰۵	<۰/۰۰۱	-۱۷/۹	<۰/۰۰۱	-۰/۰۱	<۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۱	۰/۴۸۶	۰/۵۷	۰/۲۸۵	-۰/۷۲	<۰/۰۰۱
مقایسه گروهی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	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=۰/۰۱)؛ 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<۰/۰۵). نتایج مقایسه زوجی بین گروه‌ها گویای این است که بین گروه‌های مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (P=۰/۰۰۱) و درمان متمرکز بر شفقت (P=۰/۰۰۱) 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<۰/۰۵).

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 خرمنیا و همکاران (۱۴۰۰)، زارع‌بیدکی و جهانگیری (۱۳۹۷)، جونز و همکاران (۲۰۲۴) و پودار و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

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 برنجستانکی 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 خودسرزنشی 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).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

به‌طورکلی، 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 حسین خانزاده، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر پذیرش‌مثبت 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

حسنی، م.، حقیقت، س.، و بنی‌سی، پ. (۱۳۹۸). تبیین افسردگی بر اساس انعطاف پذیری روان شناختی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *رویش روان شناسی*، ۸(۶)، ۱۰۳-۱۱۲. http://frooyesh.ir/article-۱-۱۱۰۸-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-۱-۸۰۵-fa.html

خرم‌نیا، ص.، طاهری، ا.، محمدپور، م.، فروغی، ع. ا.، و کریم زاده، ی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت بین فردی و انعطاف پذیری روان شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۸(۱)، ۱۵-۲۷. http://shenakht.muk.ac.ir/article-۱-۱۰۲۸-fa.html

رستم‌پور برنجستانکی، م.، عباسی، ق. ا.، و میرزائیان، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مشاوره کاربردی*، ۱۰(۲)، ۱-۱۸. doi: 10.22055/jac.2020.33836

زارع‌بیدکی، ز.، جهانگیری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۱(۷)، ۳۹-۴۷. http://jams.arakmu.ac.ir/article-۱-۵۷۵۴-fa.html

سرخی، ز.، شریفی درآمدی، 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 اتیسم. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۳(۳)، ۱۱-۲۳. doi: 10.22034/ceciranj.2022.306027.1597

عموزاده، ف.، غرایاق زندی، ح.، مرادی سبزوار، م.، رستمی، ر.، و مقدم زاده، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه‌ای بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش آموزان بیش‌فعال ورزشکار. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۱(۴۱)، ۴۷-۷۵. https://doi.org/10.22054/jpe.2021.57509.2264

محمودفخه، ه.، شیری، ح.، و رضایی، ن. (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد و درمان خودشفقت‌ورزی بر انعطاف‌پذیری شناختی دانش‌آموزان دختر دارای علائم اضطراب. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۹(۳)، ۸۲-۶۳. doi: 10.22108/ppls.2024.137696.2424

نوروزی، ف.، قربان شیرودی، ش.، و خلج، ع. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خودمهارگری و انعطاف پذیری تصویر ذهنی از بدن در بیماران مبتلا به چاقی. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۷)، ۷۷-۸۶. http://frooyesh.ir/article-۱-۲۴۱۵-fa.html

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]

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 & AlternativeMedicine*, 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: 10.4103/2395-2296.158331

Perzolli, 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

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.171]