رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۳، شماره پیاپی ۱۲۰، خرداد ۱۴۰۵
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(3), 2026*

# اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم

# The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the psychological capital, distress, and family functioning of mothers of children with autism

**پرستو صنعتگرماهانی**
گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران.
**سید حمید حسینی**
گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران.
**دکتر حجت دمیری** (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران.

## چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده مادران دارای کودکان اتیسم بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران کودکان اتیسم در سال ۱۴۰۳ شهر اصفهان بود که از بین آنها ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) آزمایش و گواه جایگذاری شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه‌ی سرمایه‌روانشناختی لوتنز (PCQ، ۲۰۰۴)، فراهیجان میتمنسگرابر و همکاران (MEQ، ۲۰۰۹) و عملکرد خانواده اپشتاین (FFQ، ۱۹۸۳) بود. گروه آزمایش تحت مداخله پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل داده-ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس آزمون سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. از یافته‌های فوق می توان که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده مادران دارای کودکان اتیسم موثر است.

***واژه‌های کلیدی:*** *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان، عملکرد خانواده، اختلالات طیف اوتیسم.*

**Parastoo Sanatgarmahani**
Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Yazd, Yazd, Iran.
**Seyed Hamid Hosseini ***
Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Yazd, Yazd, Iran.
**Dr. Hojat Damiri ***
Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Yazd, Yazd, Iran.
*Hojatdamiri1366@gmail.com*

## Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological capital, hyperemotion, and family functioning of mothers of autistic children. The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of the study included mothers of autistic children in Isfahan in 20 AH, from which 30 were selected using convenience sampling and randomly assigned to two groups (15 in the experimental group and 15 in the control group) as experimental and control groups. The measurement tools included the Lutens Psychological Capital Questionnaire (PCQ, 2004), the Mittmannsgraber et al. Metaemotional Scale (MEQ, 2009), and the Epstein Family Functioning Questionnaire (FFQ, 1983). The experimental group underwent an acceptance and commitment intervention for 8 sessions, 90 minutes each, once a week, and the control group did not receive any intervention. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The results of the analysis of covariance showed that by controlling for the effect of the pretest between the means of psychological capital, metaemotion, and family functioning in the experimental and control groups, there was a significant difference at the 0.05 level. From the above findings, it can be concluded that acceptance and commitment therapy is effective in improving psychological capital, metaemotion, and family functioning of mothers with autistic children.

***Keywords:*** *Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Capital, Meta-Emotion, Family Functioning, Autism Spectrum.*

**نوع مقاله:** پژوهشی | **دریافت:** تیر ۱۴۰۴ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** خرداد ۱۴۰۵

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]

[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

## مقدمه

اختلال طیف اتیسم[1] به عنوان یکی از پیچیده‌ترین اختلالات تکوینی، نه تنها بر کودک مبتلا تأثیر می‌گذارد، بلکه تمامی اعضای خانواده، به‌ویژه مادران را با چالش‌های عمیق روانشناختی روبه‌رو می‌سازد (مائوقان[2] و همکاران، ۲۰۲۴). مادران کودکان دارای اتیسم به دلیل مسئولیت‌های گسترده مراقبتی، مواجهه مستمر با رفتارهای چالش‌برانگیز فرزندشان، و فشارهای ناشی از عدم قطعیت در آینده، استرس و فشار روانی قابل‌توجهی را تجربه می‌کنند (قانویی و ایوس[3]، ۲۰۲۳). این وضعیت نه تنها بر سلامت روانی مادران تأثیر منفی می‌گذارد، بلکه بر کیفیت زندگی خانوادگی، روابط زناشویی، و حتی کیفیت مراقبت از کودک تأثیرات مخربی دارد (هولمبرگ برگمن[4] و همکاران، ۲۰۲۳).

در این میان، سرمایه‌های روانشناختی[5] شامل امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی، نقش بنیادی در تطبیق موثر مادران با شرایط استرس‌زای مراقبت از کودک اتیسم ایفا می‌کنند (آلعید[6] و همکاران، ۲۰۲۴). این منابع درونی، توانایی مادران برای مقابله با چالش‌ها، حفظ انگیزه در مسیر طولانی درمان و مراقبت، و ایجاد چشم‌انداز مثبت نسبت به آینده را تقویت می‌کنند (یوسف مورگان[7]، ۲۰۲۴). سرمایه‌های روانشناختی به‌عنوان عوامل محافظتی عمل کرده و فرآیند سازگاری مادران را تسهیل می‌کنند (سعادت سیدی و داستانی، ۱۴۰۲). مادران دارای سطح بالای خودکارآمدی، راهکارهای مؤثرتری برای مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز کودک اتیسم اتخاذ می‌کنند و در مواجهه با موانع درمانی پایداری بیشتری نشان می‌دهند (رشیدی[8] و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، فشارهای مزمن ناشی از مراقبت از کودک اتیسم اغلب این سرمایه‌های حیاتی را تحلیل می‌برد و مادران را در معرض خطر فرسودگی و ناامیدی قرار می‌دهد (لُغمان[9] و همکاران، ۲۰۲۵).

همزمان، فراهیجان[10] به عنوان آگاهی از مجموعه‌ای از هیجان‌ها یا احساس‌های فرد است که برای توصیف خود از آن‌ها استفاده می‌کنیم (باژاج[11] و همکاران، ۲۰۲۳). در زمینه مراقبت از کودکان اتیسم اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. مادران این کودکان به دلیل مواجهه مکرر با حملات عصبانیت، رفتارهای خودآسیب‌رسان، و مقاومت در برقراری ارتباط، نیاز مبرمی به مهارت‌های پیشرفته فراهیجان دارند (بامداد و همکاران، ۱۴۰۳). فراهیجان شامل دو بُعد کلیدی است: آگاهی هیجانی و درک وضوح هیجانی. آگاهی هیجانی به توانایی تشخیص و شناسایی هیجان‌های خود در زمان واقعی اشاره دارد، درحالی‌که درک وضوح هیجانی به توانایی تمایز بین هیجان‌های مختلف و درک منشأ آن‌ها مربوط می‌شود (یائو[12] و همکاران، ۲۰۲۴). این مهارت نه‌تنها باعث کاهش سطح استرس مادران می‌شود، بلکه کیفیت تعامل والد-کودک را نیز بهبود می‌بخشد و محیطی آرام‌تر برای رشد کودک فراهم می‌کند (نی[13] و همکاران، ۲۰۲۵). ضعف در این حوزه منجر به افزایش واکنش‌های عاطفی نامناسب، تشدید استرس خانوادگی، و کاهش اثربخشی مداخلات درمانی می‌شود (محمدی و قمرانی، ۱۴۰۳).

عملکرد خانواده[14] نیز به عنوان شاخص جامع کیفیت تعاملات، ارتباطات، و سازگاری اعضای خانواده، تحت تأثیر مستقیم سلامت روانی مادر قرار می‌گیرد (اگامی[15] و همکاران، ۲۰۲۵). خانواده‌هایی که مادران آن‌ها از سرمایه‌های روانشناختی قوی و مهارت‌های فراهیجان مناسب برخوردارند، الگوهای ارتباطی سالم‌تر، انسجام بیشتر، و قابلیت تطبیق مؤثرتری با چالش‌های ناشی از اتیسم نشان می‌دهند (زورومبا[16] و همکاران، ۲۰۲۴). مادران دارای سطح بالای سرمایه‌های روانشناختی قادر به ایجاد محیط خانوادگی حمایتی‌تری هستند که در آن انسجام، انعطاف‌پذیری و ارتباط مؤثر ترویج می‌شود (قانویی و ایوس ، ۲۰۲۳). همچنین، خانواده‌های با عملکرد بالا، پشتیبانی بهتری

1Autism Spectrum Disorder
2 Maughan
3 Ghanouni & Eves
4 Holmberg Bergman
5 Psychological capital
6 Al Eid
7 Youssef-Morgan
8 Rashidi
9 Loghman,
10 Meta-Emotion
11 Bajaj
12 Yao
13 Ni
14 Family performance
15 Egami
16Zoromba

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

از کودک اتیسم ارائه کرده و نتایج درمانی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند (رحمانیان[1] و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، اختلال در این متغیرها منجر به تنش‌های خانوادگی، جداشدگی اعضا، و کاهش حمایت اجتماعی درونی خانواده می‌شود (هان وگائو[2]، ۲۰۲۵).

در این راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[3] به عنوان رویکردی نوین و مبتنی بر شواهد، پتانسیل قابل‌توجهی برای پرداختن به نیازهای پیچیده مادران کودکان اتیسم ارائه می‌دهد. این رویکرد درمانی بر اساس فلسفه عملکردگرایی روانشناختی، بر جای تلاش برای حذف یا کنترل تجربیات دشوار، بر پذیرش آگاهانه این تجربیات و متعهدشدن به اقدامات ارزش‌محور تأکید دارد (کیانی[4] و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق توسعه انعطاف‌پذیری روانشناختی، به مادران کمک می‌کند تا با استرس‌ها و چالش‌های مراقبتی به شیوه‌ای سازنده و پایدار مواجه شوند (رشیدی و همکاران، ۲۰۲۴).

مکانیسم‌های کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش تجربیات دشوار بدون قضاوت، کاهش اجتناب تجربی، توسعه آگاهی متعالی از افکار و احساسات، و تقویت تعهد به ارزش‌های شخصی، ارتباط مستقیمی با بهبود سرمایه‌های روانشناختی دارد (کیانی و همکاران، ۲۰۲۴). زمانی که مادران می‌آموزند تا با ناراحتی‌های ناشی از وضعیت فرزندشان به شیوه‌ای پذیرنده مواجه شوند، امید و خوش‌بینی آن‌ها نسبت به آینده تقویت می‌شود (تولائی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین، تمرکز بر ارزش‌های مادری و تعهد به اقدامات مؤثر، حس خودکارآمدی و تاب‌آوری آن‌ها را افزایش می‌دهد (رشیدی و همکاران، ۲۰۲۴). در حوزه فراهیجانی، تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجانات، و تمایز بین خود و تجربیات هیجانی، مهارت‌های تنظیم هیجانی مادران را به طور قابل‌ملاحظه‌ای بهبود می‌بخشد (فروغی و همکاران، ۱۴۰۳). این مهارت‌ها به مادران امکان پاسخ‌دهی آرام‌تر و منطقی‌تر به رفتارهای چالش‌برانگیز فرزندشان را می‌دهد، که خود موجب کاهش تنش خانوادگی و بهبودروابط می‌شود (شهبازی و نعمت زاده گتابی، ۱۴۰۳). بر عملکرد خانواده نیز، بهبود سلامت روانی مادر از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیرات مثبت گسترده‌ای دارد. مادران آرام‌تر و متعادل‌تر، الگوهای ارتباطی مؤثرتری با همسر و سایر فرزندان برقرار می‌کنند، جو عاطفی خانه را بهبود می‌بخشند، و فضای حمایتی مناسب‌تری برای رشد و توسعه کودک اتیسم فراهم می‌آورند (رحمانیان و همکاران، ۲۰۲۵).

علی‌رغم اهمیت آشکار این متغیرها، شکاف قابل‌توجهی در ادبیات پژوهشی داخلی در زمینه کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران کودکان اتیسم وجود دارد. اکثر مطالعات انجام‌شده بر درمان مستقیم کودکان اتیسم متمرکز بوده و به نیازهای روانشناختی مادران به عنوان مراقبان اصلی توجه کافی نشده است. این پژوهش با بررسی همزمان سه متغیر کلیدی سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده، رویکردی جامع و یکپارچه به درمان مادران ارائه می‌دهد.ضرورت اجرای این پژوهش از چندین منظر قابل توجیه است. نخست، آمار رو به رشد تشخیص اتیسم در کشور، نیاز به راهکارهای مؤثر حمایت از خانواده‌ها را دوچندان کرده است. دوم، هزینه‌های بالای درمان‌های طولانی‌مدت، اهمیت توسعه مداخلات کارآمد و قابل دسترس را برجسته می‌سازد. سوم، تأثیر مستقیم سلامت روانی مادر بر پیشرفت درمانی کودک، سرمایه‌گذاری در این حوزه را اولویت قرار می‌دهد. نتایج این پژوهش نه تنها دانش نظری در زمینه کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را غنی خواهد کرد، بلکه راهنمایی عملی برای روانشناسان، مشاوران خانواده، و متخصصان اتیسم جهت طراحی مداخلات مؤثر فراهم خواهد آورد. همچنین، یافته‌های این مطالعه می‌تواند مبنایی برای توسعه برنامه‌های آموزشی والدین و خط‌مشی‌های حمایتی در سطح ملی باشد که در نهایت به بهبود کیفیت زندگی هزاران خانواده درگیر با اتیسم منجر خواهد شدبنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده مادران کودکان اتیسم بود.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را مادران ۳۰ تا ۴۵ ساله دارای کودکان مبتلا به اتیسم مراجعه کننده به مرکز اتیسم حضرت زینب شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود که از این جامعه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس (بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G3 Powe و با در نظر گرفتن پارامترهای

1 Rahmanian
2 Han, F., & Gao
3 Acceptance and commitment therapy(ACT)
4 Kiani

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

اندازه اثر= ۰/۳۶؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۹۵ ) انتخاب شدند. حجم نمونه نیز برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که به‌طورکلی حجم نمونه ۳۰ نفر اتخاذ شد. لذا در این مطالعه ۲ گروه ۱۵ نفری برای پژوهش انتخاب شد که تخصیص آنها در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. ملاک‌های ورود پژوهش شامل داشتن حداقل یک فرزند که ابتلا به طیف اختلال اتیسم بود، بازه سنی ۳۰ تا ۴۵ سال، گرفتن رضایت کتبی آگاهانه و تمایل به مشارکت در پژوهش و پرسشنامه‌هایی که نمرات تا دو انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین را کسب کردند بود و ملاک‌های خروج حضور نامنظم در جلسات، بروز مشکلات روانپزشکی حاد که مانع از حضور و ادامه در پژوهش شود و غیبت شرکت کنندگان بیش از دو جلسه، بود. روش اجرا به این صورت بود که پس انتخاب گروه نمونه با توجه به معیارهای ورود، پرسشنامه‌های مورد بررسی انجام شد. در ادامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرکز اتیسم حضرت زینب شهر اصفهان آموزش داده شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را به‌صورت گروهی در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کرده و برای تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) و به صورت گروهی برگزار شد. از جنبه‌های اخلاقی پژوهش هم این بود که به افراد اطمینان داده شد که هیچگونه اطلاعات خصوصی و خانوادگی از آن ها اخذ نخواهد شد و اطلاعات شرکت کنندگان به صورت شخصی و محرمانه نزد پژوهشگر امانت خواهد بود. درنهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

**ابزار سنجش**

**پرسشنامه سرمایه‌های روانشناختی[1](PCQ)**:.. . این پرسشنامه توسط لوتانز (۲۰۰۷) طراحی و دارای ۲۴ سوال و ۴ مؤلفه امیدواری، تاباَوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است و براساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت )کاملا مخالفم تا کاملا موافقم (به سنجش سرمایه روانشناختی می‌پردازد. برای به‌دست آوردن نمره سرمایه روانشناختی، نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به دست می‌آید و مجموع نمرات به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب می‌شود (شاکرمی و همکاران، ۱۳۹۳). در نسخه اصلی برای بررسی روایی از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد و تمامی ضرایب بالای ۰/۴۰گزارش شد و همچنین نتایج حاکی از این بود که پرسشنامه دارای عوامل و سازه‌های موردنظر سازندگان آزمون بود؛ همچنین پایایی با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ برای کل آزمون بود (لوتانز، ۲۰۰۷). در ایران نیز در مطالعه بهادری‌خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۳) روایی محتوایی آزمون مورد بررسی قرار گرفته است مقدار آن ۰/۷۹گزارش شد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش شاکرمی و همکاران (۱۳۹۳) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ ثبت گردیده است. همچنین در تحقیق رحیم‌نیا و امانی (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آمده است. میزان آلفای کرونباخ به‌دست آمده در این پژوهش برای زیر مقیاس‌های خودکارآمدی ۰/۹۴، امیدواری ۰/۶۶، تاباَوری۰/۶۴ و خوشبینی ۰/۶۷ بود. همچنین آلفای کرونباخ به‌طور کلی برای پرسشنامه سرمایه‌های روانشناختی در پژوهش حاضر ۰/۸۸ برآورد شده است.

**پرسشنامه فراهیجان[2](MEQ)**: این ابزار توسط میتمنسگرابر[3]و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شده و دارای ۲۸ گویه و شش خرده مقیاس است. این پرسشنامه در کل دو بعد فراهیجان مثبت (فراشفقت و فراعلاقه) و منفی (فراخشم، فراشرم، فراکنترل فکر، فرابازداری) را می‌سنجد و براساس طیف لیکرت پنج درجه ای از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمره حاصل برابر ۲۸ و ۱۴۰ است. داشتن نمرات بالا به معنای افزایش فراهیجان منفی یا مثبت است. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فرا هیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. این مقیاس برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمده است (احدی، ۱۳۹۶). رضایی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود از ضریب آلفای کرانباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عاملی تاییدی و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده کردند که نتایج نشان داد، ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده مقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ است. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی بارعاملی بالاتر از ۰/۳۰ را نشان داد. در پژوهش حاضر، ضریب الفای کرونباخ ابعاد فراشفقت۰/۸۰، فراعلاقه ۰/۷۲، فراخشم ۰/۷۵، فراشرم ۰/۶۹، فراکنترل فکر ۰/۷۱ و فرابازداری ۰/۸۳ به دست آمد.

1 Psychological Capital Questionnaire
2Meta-Emotion Questionnaire
3Mitmansgruber, Beck, Hofer, Schubler

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

**پرسشنامه عملکرد خانواده[1](FFQ):** این ابزار یک پرسشناهه ۶۰ سوالی است که اپشتاین و همکاران (۱۹۸۳) آن را بر اساس الگوی مک مستر برای سنجیدن عملکرد خانواده تدوین کرده‌اند. این الگو ویژگی‌های ساختاری و شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد (حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتاری) به علاوه یک خرده مقیاس هفتم مربوط به عملکرد کلی خانواده را مشخص می‌کند. به هر سوال نمره ۱ تا ۴ (کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) تعلق می‌گیرد. به سوالاتی که توصیف عملکرد ناسالم‌اند نمره معکوس داده می‌شود. اپشتاین و همکاران (۱۹۹۳) روایی این ابزار را به روش همبستگی آن با مقیاس رضایت زناشویی لاک - والاس (۱۹۵۹) ۰/۷۳ گزراش کردهاند. همچنین، آنان دامنه ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس ها و کل ابزار را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در ایران ذوالفقاری و همکاران (۱۳۹۷) پایایی این ابزار را با استفاده از روش بازآزمایی پس از ۲ ماه برای کل ابزار ۰/۹۴ و روایی آن به روش تحلیلی عاملی را بین ۰/۴۷ تا ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد.

**درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد:** گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفتگی آموزش دیدند و این جلسات به صورت گروهی بود. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داهل و همکاران (۲۰۱۵) ساخته شد در جدول (۱) ارائه شده است.

**جدول ۱. خلاصه‌ای از پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**

| جلسه | اهداف | محتوای جلسات |
|---|---|---|
| اول | معارفه | برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد دررمانی. |
| دوم | اتخاذ روش درمانی مناسب | کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تاثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان ها با استفاده از تمثیل دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| سوم | شناسایی راهبردهای ناکارآمد کنترل | کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| چهارم | آگاهی از تجارب دردناک و عدم مهار ان‌ها | توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن، آموزش گام های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| پنجم | مدل سه بعدی رفتار | معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، آموختن جداسازی فرد از تجارب ذهنی، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| ششم | مشاهده خویشتن و پذیرش آن | توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| هفتم | شناسایی ارزش‌ها | توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| هشتم | جمع‌بندی | تعهد و نحوه عمل به آن چگونه است، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع بندی جلسات. |

## یافته ها

میانگین سن مادرگزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه مداخله ۴/۱۲ ±۳۶/۵۳ و در گروه گواه ۳/۵۲± ۳۶/۰۰ و میانگین سن و انحراف استاندارد سن کودکان برای گروه مداخله ۲/۳۸ ±۷/۸۶ و در گروه گواه ۲/۵۵± ۸/۴۰ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۰ و حداکثر سن ۴۰ گزارش شد. همچنین سطح تحصیلات در گروه آزمایش به ترتیب ۳۲/۵ درصد

1 Family Functioning Questionnaire

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

(دیپلم)، ۴۰ درصد (کارشناسی)، ۲۰ درصد (ارشد) و ۷/۵ درصد (دکتری) و در گروه گواه ۳۵ درصد (دیپلم)، ۳۲/۵۰ درصد (کارشناسی)، ۱۷/۵ درصد (ارشد) و ۱۵ درصد (دکتری) بودند. همچنین تعداد فرزندان شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ درصد یک فرزند، ۵۵درصد دو فرزند و ۳۵درصد سه فرزند)، گروه کنترل (۲۵درصد یک فرزند، ۵۵درصد دو فرزند و ۳۰درصد سه فرزند) داشتند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان، علمکرد خانواده و ابعاد آن‌ها در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش) نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون ارائه شده است.

**جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مولفه‌های سرمایه روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل**

| | | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | | کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| سرمایه روانشناختی | پیش آزمون | ۵۲/۴۰ | ۴/۷۹ | ۵۴/۸۶ | ۶/۶۸ |
| | پس آزمون | ۱۰۷/۵۳ | ۵/۶۱ | ۵۲ | ۶/۲۸ |
| فراشفقت | پیش آزمون | ۱۱/۴۰ | ۲/۴۱ | ۱۰/۵۳ | ۲/۳۵ |
| | پس آزمون | ۲۴/۵۳ | ۲/۰۹ | ۱۰/۹۳ | ۲/۲۱ |
| فراعلاقه | پیش آزمون | ۱۳/۸۶ | ۲/۷۹ | ۱۲/۸۶ | ۱/۹۹ |
| | پس آزمون | ۲۴/۶۶ | ۲/۲۵ | ۱۲/۵۳ | ۱/۷۲ |
| فراهیجان مثبت | پیش آزمون | ۲۵/۲۶ | ۳/۹۱ | ۲۳/۴۰ | ۲/۹۷ |
| | پس آزمون | ۴۹/۲۰ | ۲/۸۸ | ۲۳/۴۶ | ۲/۷۹ |
| فراخشم | پیش آزمون | ۱۳/۹۳ | ۲/۵۷ | ۱۲/۶۶ | ۲/۴۶ |
| | پس آزمون | ۹/۰۶ | ۲/۱۸ | ۱۲/۸۶ | ۲/۱۳ |
| فراشرم | پیش آزمون | ۱۷/۸۶ | ۲/۳۸ | ۱۸/۲۰ | ۲/۴۶ |
| | پس آزمون | ۱۵/۶۰ | ۱/۷۶ | ۱۷/۶۰ | ۲/۷۲ |
| فراکنترل | پیش آزمون | ۱۸ | ۲/۶۷ | ۱۷/۸۱ | ۲/۵۳ |
| | پس آزمون | ۱۱/۵۳ | ۲/۸۷ | ۱۷/۷۳ | ۲/۰۱ |
| فرابازداری | پیش آزمون | ۶/۴۶ | ۱/۱۸ | ۵/۷۳ | ۱/۱۶ |
| | پس آزمون | ۵/۳۳ | ۱/۱۱ | ۵/۸۶ | ۱/۰۶ |
| فراهیجان منفی | پیش آزمون | ۵۶/۲۶ | ۵/۰۶ | ۵۴/۶۰ | ۵/۶۰ |
| | پس آزمون | ۴۱/۵۳ | ۴/۲۲ | ۵۴/۰۶ | ۴/۲۶ |
| عملکرد خانواده | پیش آزمون | ۱۵۲/۰۶ | ۷/۱۰ | ۱۵۴/۸۰ | ۹/۷۹ |
| | پس آزمون | ۱۱۰/۸۶ | ۹/۴۹ | ۱۵۵/۶۶ | ۱۰/۱۳ |

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین بر سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده در گروه مداخله و گروه گواه نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین این دو متغیر در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی نشان نمی‌دهند؛ اما بعد از مداخله گروه مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند. پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون کلوموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. آزمون کلوموگروف-اسمرینوف در مورد همه متغیرهای فرض نرمال بودن نمرات را تایید کرد (p>۰/۰۵). نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کواریانس رعایت شده است (p>۰/۰۵). نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های سرمایه روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده و ابعاد هر یک از آن‌ها در شرکت کنندگان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در مورد همه متغیرها برقرار است و بین میزان واریانس خطای گروه‌ها همگنی وجود دارد. درنهایت، در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون در متغیرهای سرمایه روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده و ابعاد هر یک از آن‌ها، معنادار نبوده است (p>۰/۰۵) و بین مراحل پیش‌آزمون با پس آزمون همگنی وجود دارد و رابطه خطی برقرار است. بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، امکان اجرای تحلیل واریاس آمیخته بر روی نتایج جهت بررسی

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

فرضیات پژوهش بلامانع است. با توجه به برقرار ی مفروضه‌ها ی تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

**جدول ۳. شاخص‌های چندمتغیری در تحلیل واریانس چند متغیره**

| آزمون | ارزش | F | درجه آزادی اثر | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| اثرپیلایی | ۰/۹۰۳ | ۱۹۰/۹۶۲ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۰۳ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۰۹۷ | ۱۹۰/۹۶۲ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۰۳ |
| اثرهاتلینگ | ۹/۳۱۵ | ۱۹۰/۹۶۲ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۰۳ |
| بزرگترین ریشه روی | ۹/۳۱۵ | ۱۹۰/۹۶۲ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۰۳ |

شاخص لامبدای ویکلز به دست آمده برای متغیرهای مورد پژوهش (F =۱۹۰/۹۶۲ و P<۰/۰۰۱) در سطح P<۰/۰۱ معنی‌دار بود. بر این اساس می توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده بین گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد، برای بررسی این تفاوت، تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی نمره‌های پس آزمون انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ درج شده است.

**جدول ۴. نتیجه تحلیل کوواریانس برای متغیرهای پژوهش**

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سرمایه | پیش‌آزمون | ۲۹۵۶۱/۰۸۱ | ۱/۱۶ | ۲۵۴۶۹/۰۸۷ | ۱۱۵۳/۳۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۹۶ |
| روانشناختی | گروه | ۱۶۸۷۳/۷۱۹ | ۲/۳۲ | ۷۲۶۸/۹۸ | ۳۲۹/۱۵۷ | ۰/۰۰ | ۰/۹۴ |
| | خطا | ۱۰۷۶/۵۳۳ | ۴۸/۷۴ | ۲۲/۰۸ | | | |
| فراشفقت | پیش‌آزمون | ۱۳۰۱/۳۷۸ | ۱/۲۲۸ | ۲۵۲۵/۶۱۴ | ۶۰۸/۹۳۵ | ۰/۰۰ | ۰/۹۳ |
| | گروه | ۱۵۰۲/۰۴۴ | ۲/۴۵ | ۶۱۱/۵۹۷ | ۱۴۷/۴۵۸ | ۰/۰۰ | ۰/۸۷ |
| | خطا | ۲۱۳/۹۱۱ | ۵۱/۵۷۵ | ۴/۱۴۸ | | | |
| فراعلاقه | پیش‌آزمون | ۱۳۵۵/۹۲۶ | ۱/۱۰۲ | ۱۲۳۰/۳۵۶ | ۱۸۸/۷۶۷ | ۰/۰۰ | ۰/۸۱ |
| | گروه | ۷۶۷/۷۱۹ | ۲/۲۰۴ | ۳۴۸/۳۱۱ | ۵۳/۴۳۹ | ۰/۰۰ | ۰/۷۱ |
| | خطا | ۳۰۱/۶۸۹ | ۴۶/۲۸۷ | ۶/۵۱۸ | | | |
| فراهیجان | پیش‌آزمون | ۸۵۵۷/۰۸۱ | ۱/۱۳۰ | ۷۵۷۱/۸۶۳ | ۶۶۱/۲۵۱ | ۰/۰۰ | ۰/۹۴ |
| مثبت | گروه | ۴۲۸۲/۰۷۴ | ۲/۲۶۰ | ۱۸۹۴/۵۲۹ | ۱۶۵/۴۴۹ | ۰/۰۰ | ۰/۸۸ |
| | خطا | ۵۴۳/۵۱۱ | ۴۷/۴۶۵ | ۱۱/۴۵۱ | | | |
| فراخشم | پیش‌آزمون | ۲۴۰/۹۳۳ | ۱/۱۹۰ | ۲۰۲/۴۵۸ | ۶۵/۳۵۱ | ۰/۰۰ | ۰/۶۰ |
| | گروه | ۱۵۴/۲۲۲ | ۲/۳۸۰ | ۶۴/۷۹۷ | ۲۰/۹۱۶ | ۰/۰۰ | ۰/۴۹ |
| | خطا | ۱۵۴/۸۴۴ | ۴۹/۹۸۲ | ۳/۰۹۸ | | | |
| فراشرم | پیش‌آزمون | ۳۳۴/۴۴۴ | ۱/۱۴۸ | ۲۹۱/۲۳۹ | ۷۰/۷۳۶ | ۰/۰۰ | ۰/۶۲ |
| | گروه | ۲۸۹/۶۴۴ | ۲/۲۹۷ | ۱۲۶/۱۱۳ | ۳۰/۶۳۰ | ۰/۰۰ | ۰/۵۹ |
| | خطا | ۱۹۸/۵۷۸ | ۴۸/۲۳۱ | ۴/۱۱۷ | | | |
| فراکنترل | پیش‌آزمون | ۴۸۹/۴۵۹ | ۱/۰۸۵ | ۴۴۸/۴۲۵ | ۴۶/۱۵۰ | ۰/۰۰ | ۰/۵۲ |
| | گروه | ۲۲۴/۸۳۰ | ۲/۱۷۰ | ۱۰۳/۶۲۵ | ۱۰/۶۶۵ | ۰/۰۰ | ۰/۳۳ |
| | خطا | ۴۴۲/۷۱۱ | ۴۵/۵۶۲ | ۹/۷۱۷ | | | |
| فرابازداری | پیش‌آزمون | ۲۲/۹۳۳ | ۱/۳۵۷ | ۱۶/۹۰۶ | ۹/۷۷۱ | ۰/۰۱ | ۰/۱۸ |
| | گروه | ۳۰/۴۸۹ | ۲/۷۱۳ | ۱۱/۲۳۸ | ۶/۴۹۵ | ۰/۰۱ | ۰/۲۳ |
| | خطا | ۹۸/۵۷۸ | ۵۶/۹۷۵ | ۱/۷۳۰ | | | |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| فراهیجان | پیش‌آزمون | ۳۶۷۶/۱۰۴ | ۱/۱۶۴ | ۳۱۵۸/۳۷۲ | ۱۶۴/۸۵۲ | ۰/۰۰ | ۰/۷۹ |
| منفی | گروه | ۲۰۰۷/۳۱۹ | ۲/۳۲۸ | ۸۶۲/۳۱۰ | ۴۵/۰۰۸ | ۰/۰۰ | ۰/۶۸ |
| | خطا | ۹۳۶/۵۷۸ | ۴۸/۸۸۵ | ۱۹/۱۵۹ | | | |
| عملکرد | پیش‌آزمون | ۲۲۱۷۷/۹۷۰ | ۱/۳۶۵ | ۱۶۲۴۳/۳۵۸ | ۷۵۳/۱۳۳ | ۰/۰۰ | ۰/۹۴ |
| خانواده | گروه | ۱۲۰۵۹/۸۹۶ | ۲/۷۳ | ۴۴۱۶/۳۹۲ | ۲۰۴/۷۶۹ | ۰/۰۰ | ۰/۹۰ |
| | خطا | ۱۲۳۶/۸۰۰ | ۵۷/۳۴۵ | ۲۱/۵۶۸ | | | |

طبق جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ سرمایه روانشناختی (P=۰/۰۰۰، F=۳۲۹/۱۱۵)، عملکرد خانواده (P=۰/۰۰۰، F=۲۰۴/۷۶۹)، فراشفقت (P=۰/۰۰۰، F=۱۴۷/۴۵۸)، فراعلاقه (P=۰/۰۰۰، F=۵۳/۴۳۹)، فراهیجان مثبت(P=۰/۰۰۰، F=۱۶۵/۴۴۹)، فراهیجان منفی (P=۰/۰۰۰، F=۴۵/۰۰۸)، فراخشم (P=۰/۰۰۰، F=۲۰/۹۱۶)، فراکنترل (P=۰/۰۰۰، F=۱۰/۶۶۵)، فراشرم (P=۰/۰۰۰، F=۳۰/۶۳۰)، فرابازداری (P=۰/۰۱، F=۶/۴۹۵) وجود دارد؛ به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم موثر بوده است و با توجه به شاخص مجذور اتا در دو گروه کنترل و آزمایش می‌توان گفت سرمایه روانشناختی ۰/۹۴، فراهیجان ۰/۸۸، عملکرد خانواده ۰/۹۰، فراهیجان ۰/۶۸، فرابازداری ۲۳/، فراکنترل ۰/۳۳، فراشرم۰/۵۹، فراخشم ۰/۴۹، فراعلاقه ۰/۷۱، فراشفقت ۰/۸۷ اختلاف بین دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده ناشی از تاثیر متقابل متغیر وابسته یعنی درمان پذیرش و تعهد است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی، فراهیجان و عملکرد خانواده مادران کودکان اتیسم انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی مادران کودکان اتیسم موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های آلعید و همکاران (۲۰۲۴) لقمان و همکاران (۲۰۲۵) یوسف مورگان (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش تجربیات دشوار و کاهش اجتناب تجربی، مادران را قادر می‌سازد تا به جای مبارزه با احساسات منفی و افکار ناکارآمد، آنها را به عنوان بخشی طبیعی از تجربه انسانی بپذیرند (کیانی و همکاران، ۲۰۲۴). این پذیرش باعث کاهش انرژی روانی صرف‌شده برای مقابله با استرس می‌شود و انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد (تولائی و همکاران، ۱۴۰۳). مؤلفه ارزش‌های شخصی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران کمک می‌کند تا هدف و معنای زندگی خود را بازیابی کنند، که مستقیماً بر امید و خوش‌بینی تأثیر مثبت می‌گذارد. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی نیز آگاهی لحظه‌ای را تقویت کرده و قدرت تمرکز بر منابع موجود را افزایش می‌دهد (رشیدی و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، تمرینات مربوط به خودشفقت‌ورزی و عدم قضاوت نسبت به خود، اعتماد به نفس و خودکارآمدی مادران را بهبود می‌بخشد (تولائی و همکاران، ۱۴۰۳). در نهایت، کاهش اجتناب و افزایش مشارکت فعال در زندگی، حس کنترل و تسلط بر شرایط را تقویت می‌کند، که همگی منجر به افزایش کلی سرمایه روانشناختی می‌شوند(کیانی و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراهیجان مادران کودکان اتیسم موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های باژاج و همکاران (۲۰۲۳)، محمدی و قمرانی (۱۴۰۳) و بامداد و همکاران (۱۴۰۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بهبود مهارت‌های فراهیجان در مادران کودکان اتیسم پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ، نتیجه‌ای است که از تقویت آگاهی متعالی و توسعه مهارت‌های تنظیم هیجانی پیشرفته حاصل می‌شود (شهبازی و نعمت زاده گتابی، ۱۴۰۳). این رویکرد درمانی با تمرکز بر پذیرش تجربیات هیجانی و افکار منفی به جای مقاومت در برابر آن‌ها، موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در مادران می‌شود. فراهیجان یا متاشناخت هیجانی که شامل آگاهی، نظارت، ارزیابی و تنظیم فرآیندهای هیجانی است، از طریق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش در این درمان تقویت می‌گردد (مائقان و همکاران، ۲۰۲۴). مکانیسم اثربخشی این درمان در آن است که مادران یاد می‌گیرند به جای اجتناب از هیجانات مشکل‌ساز یا تلاش برای کنترل آن‌ها، با آگاهی کامل آن‌ها را تجربه و پذیرش کنند. این فرآیند منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و استرس والدینی می‌شود و در عین حال مهارت‌های تنظیم هیجانی را بهبود می‌بخشد. تحقیقات کنترل‌شده تصادفی

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

نشان داده‌اند که مادران شرکت‌کننده در جلسات گروهی این درمان، بهبود معناداری در شاخص‌های بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی خانوادگی تجربه می‌کنند (یائو و همکاران، ۲۰۲۴). این بهبودها نه تنها به خود مادران بلکه به کل خانواده و رفتار کودک اوتیسم نیز منتقل می‌شود و محیط خانوادگی سازنده‌تری ایجاد می‌کند (نی و همکاران، ۲۰۲۵)

آخرین یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده مادران کودکان اتیسم موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های اگامی و همکاران (۲۰۲۵) زورومبا و همکاران (۲۰۲۴) هان وگائو (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق بهبود تنظیم هیجانی مادران، تأثیر مستقیمی بر عملکرد خانواده آنها می‌گذارد. وقتی مادران یاد می‌گیرند که به جای مقاومت در برابر استرس‌های ناشی از مراقبت از کودک اتیسم، آنها را بپذیرند، میزان واکنش‌های هیجانی شدید کاهش می‌یابد که این امر فضای خانوادگی آرام‌تری ایجاد می‌کند (زورومبا و همکاران، ۲۰۲۴). مؤلفه ارزش‌های شخصی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران کمک می‌کند تا اولویت‌های خانوادگی خود را شناسایی کرده و رفتارهای هدفمندتری اتخاذ کنند (کیانی و همکاران، ۲۰۲۴). تکنیک‌های ذهن‌آگاهی موجب بهبود حضور ذهنی مادران در تعاملات خانوادگی می‌شود، که کیفیت ارتباط با کودک و سایر اعضای خانواده را افزایش می‌دهد(هان وگائو ، ۲۰۲۵). کاهش اجتناب تجربی باعث می‌شود مادران به جای فرار از موقعیت‌های چالش‌برانگیز، راهکارهای مؤثرتری برای حل مسائل خانوادگی پیدا کنند (قانویی و ایوس ، ۲۰۲۳). همچنین، بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران را قادر می‌سازد تا با تغییرات و نیازهای متنوع کودک اتیسم سازگار شوند. افزایش خودشفقت‌ورزی نیز استرس والدینی را کاهش داده و فضای عاطفی مثبت‌تری در خانواده ایجاد می‌کند که نهایتاً منجر به بهبود کلی عملکرد خانواده می‌شود (رحمانیان و همکاران، ۲۰۲۵).

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان رویکردی جامع و مبتنی بر شواهد، قابلیت قابل‌توجهی برای بهبود کیفیت زندگی روانشناختی مادران کودکان اتیسم در شهر اصفهان دارد. اثربخشی این مداخله در ارتقای سرمایه‌های روانشناختی، بهبود مهارت‌های فراهیجان، و تقویت عملکرد خانوادگی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نه تنها به کاهش آسیب‌های روانشناختی ناشی از استرس مراقبتی کمک می‌کند، بلکه به عنوان مداخله‌ای سازنده، ظرفیت‌های درونی مادران را برای مواجهه مؤثر با چالش‌های پیش‌رو تقویت می‌نماید. این نتایج نه تنها اهمیت تمرکز بر نیازهای روانشناختی مراقبان در نظام مراقبت جامع کودکان اتیسم را برجسته می‌سازد، بلکه امکان توسعه برنامه‌های مداخله‌ای کارآمد و پایدار برای این جمعیت آسیب‌پذیر را فراهم می‌آورد.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت دارد، محدود بودن جامعه آماری به مادران کودکان اتیسم ساکن شهر اصفهان، از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود جلسه‌های پیگیر ی درمان به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی مدت، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس اشاره نمود، پیشنهاد می‌شود که ادغام اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برنامه‌های آموزشی مراکز اتیسم و کلینیک‌های تخصصی کودکان، به عنوان بخشی از رویکرد درمان جامع و چندرشته‌ای، می‌تواند اثربخشی کلی مداخلات را افزایش دهد و رویکردی یکپارچه به حمایت از خانواده‌ها ارائه نماید.

## منابع

احدی، ب؛ مهری نژاد، س. ا؛ و مرادی، ف. (۱۳۹۶). نارسایی های شناختی در سالمندان: نقش ذهن آگاهی و فراهیجان. *روانشناسی پیری*، ۳(۲ )، ۱۱۵-۱۲۵. https://sid.ir/paper/259395/fa

بامداد، م؛ اسماعیلی، ع؛ و قدم پور، ع. ا. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی خانوادگی مادران دارای فرزندان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی. *مجله شناخت، رفتار، یادگیری*، ۱(۱)، ۱۵۳-۱۶۶. https://doi.org/10.61838/jcbl.1.1.12

تولآئی، م؛ حصارکی شرق، م؛ سیحون، م؛ تحویلیان، ن؛ و حسین زاده، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سرمایه روان‌شناختی، وزن و توده چربی در زنان مبتلا به چاقی. *طلوع بهداشت*. ۲۳ (۴) :۳۰-۱۵.URL: http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3659-fa.html

رضایی، ن. م؛ پارسایی، ا؛ نجاتی، ع؛ نیک آمال، م؛ و هاشمی رزینی، س. (۱۳۹۳). ویژگیهای روانسنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. *تحقیقات روانشناختی*، ۶(۲۳)، ۱۱۱-۱۲۴. https://sid.ir/paper/504516/fa

سادات سیدی، م.، و داستانی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر سرمایه های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی. روانشناسی بالینی و شخصیت, ۲۱(۲), ۱-۱۲. doi: 10.22070/cpap.2023.17296.1319

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]

[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]

شهبازی، م؛ و نعمت زاده گتابی، ش. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۱۱) :۸۵-۹۴ http://frooyesh.ir/article-1-5110-fa.html

فروغی، ف؛ غلامزاده جفره، م؛ کاظمیان مقدم، ک؛ و عابدی، پ. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم منفی هیجان، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روانی زنان مبتلا به میگرن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۳۱(۵)، ۷۳۳-۷۴۶. doi: 10.30468/jsums.2024.7733.3036

محمدی، ز؛ و قمرانی، ا . (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش تعامل مادر-کودک بر اساس الگوی پرسید بر فلسفه فراهیجانی مادران و مشکلات هیجانی رفتاری فرزندان. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۴(۵۵)، ۹۹-۱۳۶. doi: 10.22054/jpe.2024.78639.2684

Al Eid, N. A., Alshehri, S. M., & Arnout, B. A. (2024). The Predictability of Stress Coping Strategies and Psychological Capital on the Psychological Well-Being of Autistic Spectrum Children's Mothers in the Kingdom of Saudi Arabia. *Behavioral Sciences*, *14*(12), 1235. https://doi.org/10.3390/bs14121235

Bajaj, M., Gupta, J., & Arun, P. (2023).Parenting style of mothers with generalized anxiety disorder and behavioral problems in their children. *International Journal of Science and Research Archive*, 8(1): 754-760. http://dx.doi.org/10.30574/ijsra.2023.8.1.0140

Dahl, C., Stuart, A., Martel, K., & Kaplan, C. ( 2015). ACT and RFT in relationships: helping clients eager for intimacy and maintain healthy obligations. Translation: Navabinejad Sh, Saadati N. and RostamiM. The first edition, Tehran: the Jungle. https://psycnet.apa.org/record/2014-07976-000

Egami, C., Tanaka, M., Shiota, N., & Yamashita, Y. (2025). Association between parenting resilience and parenting and family adjustment of mothers of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1-11. https://doi.org/10.1080/20473869.2025.2459973

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. Journal of marital and family therapy, 9(2), 171-180. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x

Ghanouni, P., & Eves, L. (2023). Resilience among parents and children with autism spectrum disorder. *Mental Illness*, 2023(1), 2925530. https://doi.org/10.1155/2023/2925530

Han, F., & Gao, X. (2025). The Challenge Coping and Resilience of the Families of School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder in China: A Qualitative Study. *Behavioral Sciences*, *15*(4), 409. https://doi.org/10.3390/bs15040409

Holmberg Bergman, T., Renhorn, E., Berg, B., Lappalainen, P., Ghaderi, A., & Hirvikoski, T. (2023). Acceptance and Commitment Therapy Group intervention for parents of children with disabilities (navigator ACT): An open feasibility trial. *Journal of autism and developmental disorders*, *53*(5), 1834-1849. DOI: 10.1007/s10803-022-05490-6

Kiani, M., Mojahedi, M., Salehiniya, H., & Sahranavard, S. (2025). The Effect of Acceptance and Commitment-Based Group Training on Self-Esteem and Perceived Stress in Mothers of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *43*(2), 1-15. https://doi.org/10.1007/s10942-024-00577-8

Loghman, S., Ramirez-Perez, M., Bohle, P., & Martin, A. (2025). A comprehensive meta-analysis of the impact of intervention programmes on psychological capital development: post-intervention and longer-term effects. *Personnel Review*, *54*(1), 106-129. https://doi.org/10.1108/PR-10-2023-0854

Luthans F, Luthans K, & Luthans BC. (2004). Positive Psychological Capital: Going beyond human and social capital. *Bus horiz*; 47(1), 45-50. https://doi.org/10.1016/j.bushor.2003.11.007

Maughan, A. L., Lunsky, Y., Lake, J., Mills, J. S., Fung, K., Steel, L., & Weiss, J. A. (2024). Parent, child, and family outcomes following Acceptance and Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. *Autism*, 28(4), 912-925. DOI: 10.1177/13623613231172241

Mitmansgruber, H., Beck, T., Hofer, S., et al. (2009). When you donot like what you feel: Experiental avoidance, mindfulness and Meta emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 4. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013

Ni, L. S., Wai Tong, C., & Kam Ki Stanley, L. (2025). Effects of an acceptance and commitment-based parenting program for parents of children with autism spectrum disorder on parenting stress and other parent and children health outcomes: A pilot randomized controlled trial. *Autism*, *29*(6), 1524-1539. https://doi.org/10.1177/13623613241311323

Nunes, F., Mota, C.P,, Ferreira, T.(2022). Schoon I, Matos PM. Parental meta-emotion, attachment to parents, and personal agency in adolescents. *Journal of Family Psychology*. 36(6): 964. https://psycnet.apa.org/record/2022-20232-001

Rahmanian, M. , Rafieipoor, A. and Nameni, Z. (2025). The Effectiveness of Cognitive Acceptance and Commitment Therapy on Improving Family Functioning, Marital Life Satisfaction, and Rumination in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. Razavi International Journal of Medicine, 13(1), -. doi: 10.30483/rijm.2024.254536.1334

Rashidi-Fard, H. , Foulad-Vanda, S. , Bahremand-Nia, N. , Sadat-Vajedi, S. and Jalili-Moghadam, H. (2024). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Sense of Guilt, Self-blame, and Depression in Mothers of Individuals with Autism Spectrum Disorders. International Journal of Behavioral Sciences, 18(2), 76-82. doi: 10.30491/ijbs.2024.440698.2076

Yao, D., Chen, J., Cao, J., Lin, S., Yuan, S., Wang, M., & Zhang, Q. (2024). Application of the acceptance and commitment therapy in autism spectrum disorder and their caregivers: A scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-15. https://doi.org/10.1007/s40489-024-00460-3

Youssef-Morgan, C. M. (2024). Psychological capital and mental health: Twenty-five years of progress. Organizational Dynamics, 101081. https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2024.101081

Zoromba, M. A., Atta, M. H. R., Ali, A. S., El-Gazar, H. E., & Amin, S. M. (2024). The mediating role of psychological capital in the relationship between family sense of coherence and caregiver stress among parents of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, *33*(6), 2157-2169. https://doi.org/10.1111/inm.13383

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-27 ]

[ DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.195 ]