

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و تعامل مادر- فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم

زهره سرخی*

پرویز شریفی درآمدی**✉

سعید رضایی***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و تعامل مادر- فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی دارای طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۵۰ نفر از مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم که فرزندشان در مراکز مخصوص به اتیسم در شهر تهران در سال ۹۸ در حال دریافت آموزش و توانبخشی بودند، تشکیل دادند. تعداد ۱۰ نفر از مادران با روش نمونه‌گیری هدفمند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. مادران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۵ نفر) و کنترل (۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار سنجش، مقیاس خودپنداره راجرز (RSCE) و مقیاس تعامل مادر- کودک رابرت. ام. راس (MCRE) بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با رعایت ۱۵ دقیقه زمان استراحت برنامه مداخله‌ای اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند؛ در حالیکه گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS-24 و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه مداخله‌ای آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و تعامل مادر- فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم با اندازه اثر ۰/۳۴۱ برای خودپنداره و با اندازه‌های اثر ۰/۴۱۱، ۰/۴۴۵، ۰/۳۹۷ و ۰/۳۶۴، به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش فرزند، بیش‌حمایت‌گری، سهل‌گیری و طرد فرزند در تعامل مادر- فرزند تأثیر معنادار داشت ($P < 0/01$). یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر این بودند که این برنامه درمانی با آموزش اصول مناسب می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی مناسب در بهبود خودپنداره و تعامل مادر- فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی:

اختلال‌های طیف اتیسم، تعامل مادر- فرزند، خودپنداره.

* کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

** نویسنده مسئول: استاد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Email: dr_sharifidaramadi@yahoo.com

*** استاد روانشناسی کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

مقدمه

اختلال‌های طیف اتیسم^۱ گروهی از اختلال‌های تحولی مرضی هستند که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل و تأخیر یا انحراف ارتباطی و رفتارهای کلیشه‌ای مشخص می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). افزایش چشمگیر این اختلال در سه دهه اخیر سبب اجرای پژوهش‌های بسیاری در زمینه شناخت بهتر نشانه‌های زیستی و ژنتیکی مرتبط با علت‌شناسی و بروز اختلال‌های طیف اتیسم شده است. هنگامی که کودک دارای اختلال تشخیص داده می‌شود، نگرانی بسیاری در مورد آینده کودک، وضعیت تحصیلی و زندگی اجتماعی او برای والدین پدید می‌آید (آگستون، مکینتاش و میرز^۳، ۲۰۰۵). در کانون مهم و حساس خانواده مجموعه‌ای از روابط در جریان است که از عوامل بسیاری تأثیر می‌پذیرند. وجود کودکی با ناتوانی^۴ یکی از عوامل تأثیرگذار است (بروبست، کلوپتان و هندریک^۵، ۲۰۰۹). اختلال‌های طیف اتیسم اثرات چندوجهی و فراگیر بر والدین کودکان مبتلا دارند (کارتورایت و بیسکینا^۶، ۲۰۰۷). این اختلال‌ها افزون بر آن‌که مانند بسیاری از اختلال‌های دیگر کودک را از مسیر رشد طبیعی خود خارج می‌کند، نظام خانواده را که در راس آن والدین قرار دارند را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. از نظر حجازی، افروز و صبحی (۱۳۸۸) تعدادی از این کودکان به دلیل مشکلاتی که در یادگیری و برطرف کردن نیازهای روزمره زندگی دارند، این موضوع باعث شده است که والدین در طول زندگی خود زمان بسیاری را به رفع نیازهای فرزندشان اختصاص دهند. استرس پایداری که داشتن فرزند با اختلال‌های طیف اتیسم بر والدین تحمیل می‌کند، ممکن است ادراک مراقبین را از فرزندپروری تغییر دهد و خوشبینی آن‌ها را به آینده خود و فرزندانشان بکاهد (اینگرسول و هامبریک^۷، ۲۰۱۱). بنابراین، به وضوح می‌توان گفت که رابطه بین اختلال کودک و کارکرد خانواده رابطه‌ای دوسویه و متقابل است. اختلال‌های شناختی کودک، مشکلات رفتاری، خلق و خوی تحریک‌پذیر، بیش‌فعالی^۸، لجبازی، مشکلات تغذیه‌ای، ناتوانی در مراقبت از خود، کارکرد انطباقی پایین، نقایص زبانی، ناتوانی در یادگیری، تحمیل محدودیت‌ها بر زندگی

خانوادگی، جدا شدن از دوستان و نیاز به مراقبت در سراسر عمر، سبب افزایش استرس والدین کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم می‌شود (اینگرسول و هامبریک^۹، ۲۰۱۱). (اکاس، لیکنبرک و وایتمن^{۱۰}، ۲۰۱۰)، (بنسون^{۱۱}، ۲۰۱۰)، (لکاوالیر، لئون و ویلتز^{۱۲}، ۲۰۰۶)، (لیتل و کلارک^{۱۳}، ۲۰۰۶) و (تومانیک، هاریس و هاوکینز^{۱۴}، ۲۰۰۴). تعامل مادر-فرزند^{۱۵} از مهمترین عوامل مؤثر در تحول روانی و اجتماعی هر کودک محسوب می‌شود؛ زیرا خانواده نخستین و مهمترین بستر رشد همه جانبه انسان است و کیفیت تعامل مادر-فرزند در سال‌های اولیه کودکی، مبنای تحول شناختی، اجتماعی و هیجانی آینده او را پایه‌گذاری می‌کند (مانتیمما^{۱۶}، ۲۰۰۶). وقتی کودک با اختلال تشخیص داده می‌شود، خانواده‌های این کودکان انواع مختلفی از واکنش‌های عاطفی و شناختی را تجربه می‌کنند، به طوری که این واکنش‌ها می‌تواند در دامنه‌ای از طرد^{۱۷} کامل تا پذیرش^{۱۸} کامل، از خشم زیاد تا عشق، از غفلت تا مراقبت بیش از حد در نوسان باشد (هالاهان، کافمن و پولین^{۱۹}، ۲۰۱۴). منظور از تعامل مادر-فرزند سبک والدگری مادر است که در جریان ارتباطات متقابل بین مادر-فرزند بروز می‌کند. به عبارت دیگر، تعامل نوعی تبادل دو طرفه است (خانجانی، پیمان‌نیا و هاشمی، ۱۳۹۵). تعامل مادر-فرزند شامل پذیرش فرزند، بیش‌حمایت‌گری^{۲۰}، سهل‌گیری^{۲۱} و طرد فرزند است. پذیرش فرزند نشانه کفایت روابط مادر-فرزند نسبت به صداقت، ابراز عواطف، علاقه به تفریحات، فعالیت‌ها و پیشرفت کودک و درک به‌عنوان یک کودک خوب است (خانجانی، هاشمی، پیمان‌نیا و آقا گل‌زاده، ۱۳۹۳). از سویی دیگر، بیش‌حمایت‌گری مادر از ترس نسبت به اینکه کودک از جانب همسالان پذیرفته نشود، نگرانی پیرامون سلامتی، ترس از غفلت، نگرانی افراطی مادر نسبت به آن چه کودک قصد انجام دادن آن را دارد و نگرانی در مورد سلامت روانی کودک شامل می‌شود (آقاجانی، افروز، نریمانی، غباری‌بناب و محسن‌پور، ۱۳۹۳). در سبک فرزندپروری طردکننده مادران منابع موفقیت کمتری را در کودک خود برای برقراری روابط میان‌فردی در آینده فراهم

12. Lecavalier, Leone & Wiltz
13. Little & Clark
14. Tomanik, Harris & Hawkins
15. mother-child relationship
16. Mantymaa
17. Rejection
18. Acceptance
19. Hallahan, Kauffman & Pullen
20. Over Protection
21. Over Indulgence

1. Autism Spectrum Disorders
2. American Psychiatric Association
3. Ogston, Mackintosh & Myers
4. disability
5. Brobst, Clopton & Hendrick
6. Cartwright & Beskina
7. Ingersoll & Hambrick
8. hyperactivity
9. Ingersoll & Hambrick
10. Ekas, Lickenbrock & Whitman
11. Benson

كودكان عادى دارند. خودپنداره منفى با سازگارى اجتماعى و شخصى ضعيف مرتبط است (شو، ليو و لى، ۲۰۰۷).

امروزه شيوه‌هاى مختلفى توسط روان‌شناسان و مشاوران براى بهبود تعامل مادر- فرزند و خودپنداره مادران صورت گرفته است كه يكي از آنها درمان مبتنى بر پذيرش و تعهد^۷ (ACT) مى‌باشد. چنانكه شيرالى‌نيا، موسوى و خجسته‌مهر (۱۳۹۶)، اثربخشى اين برنامه درمانى را بر استرس فرزندپرورى و انعطاف‌پذيرى روان‌شناختى^۸ مادران كودكان با اختلال‌هاى طيف اتيسم؛ عزبى، قاسمى، قربانى، شجاعى واژنانى و محمدى (۱۳۹۶)، اثربخشى اين برنامه درمانى را بر كيفيت زندگى و توانمندى خانواده‌هاى داراى فرزند با اختلال كم‌توجهى و بيش‌فعالى؛ صمدى و دوستكام (۱۳۹۶)، اثربخشى درمان مبتنى بر پذيرش و تعهد را بر سازگارى زناشويى زنان ناباوره؛ پوركاظم محمد فريدنى و عشقى نوگورانى (۱۳۹۷)، اثربخشى اين درمان را بر افزايش بهزيستى روان‌شناختى افراد تراجنسى؛ كاوالكسكى^۹ (۲۰۱۲)، اثربخشى اين برنامه درمانى را بر کاهش استرس فرزندپرورى و کاهش افكار خودآيند منفى و بهبود شاخص‌هاى مراقبت‌گرى مثبت مادران كودكان با اختلال‌هاى طيف اتيسم؛ بلكديج و هيز^{۱۰} (۲۰۰۶)، اثربخشى اين برنامه را بر کاهش علائم افسردگى و بهبود عملکرد فرزندپرورى و انعطاف‌پذيرى روان‌شناختى والدين كودكان با اختلال‌هاى طيف اتيسم را اثبات كردند.

براساس مفاهيم نظرى درمان مبتنى بر پذيرش و تعهد يك مداخله روان‌شناختى بر اساس روان‌شناسى رفتارى مدرن است كه نظريه چارچوب ارتباطى را شامل مى‌شود، در آن از فرايندهاى توجه آگاهى، پذيرش و نيز تعهد و تغيير رفتار استفاده مى‌شود تا انعطاف‌پذيرى روان‌شناختى به وجود آيد (هيز، استروسال و ويلسون^{۱۱}، ۲۰۱۲؛ كاسيا، اندرسون و مور^{۱۲}، ۲۰۱۶). در واقع در اين درمان ابتدا سعى مى‌شود پذيرش روانى^{۱۳} فرد در مورد تجارب ذهنى (افكار، احساسات و...) افزايش يابد و متقابلاً اعمال كنترلى نامؤثر کاهش يابد، سپس به بيمار آموخته مى‌شود كه هر گونه عملى جهت اجتناب يا كنترل اين تجارب ذهنى ناخواسته بى‌اثر است يا اثر معكوس دارد و موجب تشديد آنها مى‌شود و بايد اين تجارب را بدون هيچ‌گونه واكنش درونى يا بيرونى جهت جذب آنها به طور كامل پذيرفت. در بررسى پيشينه‌ها، مى‌توان مواردى را يافت كه بيانگر اثربخشى اين روش

مى‌كنند. همچنين، كودكان داراى مادران طردكننده به دليل آن كه مورد ابراز طرد مانند بيزارى، خشونت، خصومت، بيش واكنشى قرار مى‌گيرند مشكلات رفتارى زيادى دارند (توررز و كالو، ۲۰۰۱). سبك فرزندپرورى سهل‌گيرانه اشاره به كنترل كمتر و محبت زياد در رابطه با فرزندان دارد. در اين خانواده‌ها سطح ارزش افراد خانواده پايين و روابط اعضاى خانواده آشفته است (فرضى گلفزاني، محمد اسماعيل، رئوفيان مقدم و عسكرى مقدم، ۱۳۸۲).

خود^۲ به‌عنوان يكي از مفاهيم محورى در شناخت اجتماعى موضوعى خاص است كه روان‌شناسان از ساليان پيش به آن توجه کرده‌اند. اين مفهوم شامل كليه كيفيت‌هاى ذهنى و عيى است كه شخص از خود و ديگران دارند. آگاهى از خود نشان‌دهنده جنبه مهمى از تجربه پديدار شناختى يا ذهنى انسان است. تعداد جالب توجهى از پژوهش‌ها نشان مى‌دهند كه چگونگى احساس انسان از خود در بسيارى از موقعيت‌ها بر رفتار او اثر مى‌گذارد. در حال حاضر، مهمترين و رايج‌ترين اشكالات و اختلالات رفتارى را به خود نسبت داده‌اند (فرويد^۳، ۱۹۱۴؛ ترجمه پاينده، ۱۳۸۲). راجرز^۴ (۱۹۵۹) به نقل از شولتز^۵، ۲۰۱۳) از اهميت خود در سازگارى رفتار انساني سخن گفته است. او خود را هسته مركزى شخصيت و اساسى‌ترين عامل رفتار و سازگارى انسان با محيط دانست. سطح سازگارى و سلامت روانى ما، حاصل ميزان همخوانى يا سازگارى موجود بين خودپنداره و تجربيات ماست. افرادى كه خودپنداره مثبتى دارند مى‌توانند خودشان، افراد ديگر و رويدادهاى موجود در محيط خود را به صورتى كه واقعاً هستند درك كنند. اينگونه افراد آزادانه نسبت به تمام تجربيات گشوده هستند؛ زيرا به نظر آنها هيچ چيزى براى خودپنداره آنها تهديد نيست. براساس پژوهش‌هاى استوى، خانزاده، ساكت محبوب و محمدى (۱۳۹۵)، كه به منظور مقايسه خودپنداره مادران كودكان با اختلال‌هاى طيف اتيسم و مادران كودكان عادى صورت گرفته بود، تفاوت معنادارى در خودپنداره مادران كودكان با اختلال‌هاى طيف اتيسم مشاهده شد. براساس نتايج اين پژوهش خودپنداره نقش مهمى در سلامت روان دارد و اين در مورد مادران كودكان با اختلال‌هاى طيف اتيسم بيشتر صدق مى‌كند؛ زيرا در زندگى خود وقايع غيرقابل پيش‌بينى و مشكلات بيشترى را تجربه مى‌كنند. براساس اين پژوهش مادران كودكان با اختلال‌هاى طيف اتيسم خودپنداره منفى نسبت به مادران

8. Psychological Flexibility

9. Kawalkowski

10. Blackledge & Hayes

11. Strosahl & Wilson

12. Cachia, Anderson & Moore

13. Psychological Acceptance

1. Torres & Calvo

2. Self

3. Freud

4. Rogers

5. Schultz

6. Shu, Luh & Li

7. Acceptance and Commitment Therapy

تهران در سال ۹۸ در حال دریافت آموزش و توانبخشی بودند، که بعد از مراجعه به سازمان بهزیستی شهر تهران به صورت تصادفی از بین مراکز موجود یک مرکز که در این زمینه فعالیت داشت، انتخاب شد. حجم نمونه تعداد ۱۰ نفر از این مادران بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. مادران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۵ نفر) و کنترل (۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این بود که آزمودنی‌ها بیماری مزمن نداشته باشند و از داروی خاصی استفاده نکنند و رضایت کامل برای شرکت در پژوهش را داشته باشند و ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری، انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده بود.

ابزار سنجش

۱. **مقیاس خودپنداره راجرز^۴ (RSCE):** این پرسشنامه در سال ۱۹۳۸ تا ۱۹۵۷ توسط کارل راجرز به منظور سنجش میزان خودپنداره افراد تهیه شده که شامل دو فرم جداگانه (الف) و (ب) است، فرم (الف) خودپنداره پایه یعنی آن گونه که فرد خودش را می‌بیند و تصویری که در حال حاضر از خودش دارد را می‌سنجد، فرم (ب) خودپنداره ایده‌آل یا آرمانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. یعنی آن گونه که فرد آرزو دارد، باشد. ضریب اعتبار آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن برآورد و معادل ۰/۸۰ گزارش شده است (محمدی کاجی، ۱۳۷۲) و نیز همسانی درونی آزمون با استفاده از محاسبه همبستگی هر سؤال با کل آزمون سنجیده و مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

۲. **مقیاس ارزیابی رابطه مادر- کودک^۵ (MCRE):** این مقیاس در سال ۱۹۶۱ توسط رابرت. ام. راس^۶ تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال است که چارچوبی از نگرش‌های ارجاعی را درباره چگونگی رابطه مادران با فرزندانشان ایجاد و برآوردی عینی از رابطه یک مادر با کودکش را فراهم می‌کند. این مقیاس نگرش سنج نقطه نظر مادران را در مورد کودک در چهار سبک ارزیابی می‌کند و در حیطه آزمون‌های فرافکن قرار می‌گیرد. این چهار خرده-مقیاس عبارتند از ۱- پذیرش فرزند (ده سؤال)، ۲- بیش‌حمایت‌گری (دوازده سؤال)، ۳- سهل‌گیری افراطی (دوازده سؤال) و ۴- طرد فرزند (چهارده سؤال). شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای

درمانی بر خودپنداره و تعامل مادر- فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم می‌باشد. برای مثال پترسون و ایفرت^۱ (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این مادران کمک می‌کند تا خود را به‌عنوان فرد شکست خورده و آسیب دیده تصور نکنند. همچنین، در پژوهش عزیززی، قاسمی، قربانی، شجاعی و وژنانی و محمدی (۱۳۹۶) نشان داده شد که این برنامه درمانی می‌تواند باعث بهبود درک خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از توانمندی خود و کیفیت زندگی آنان شود. این برنامه درمانی در کاهش استرسی که در تعامل مادر- فرزند وجود دارد مؤثر است (بلکدیج و هیز، ۲۰۰۶؛ کاوالاسکی^۲، ۲۰۱۲).

در رابطه با اهمیت و ضرورت این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که اگر مادران این گروه از کودکان خودپنداره منفی داشته باشند این موضوع خود بر میزان سازگاری مادر نسبت به شرایط موجود تأثیرگذار است و این امر باعث می‌شود که تعامل مادر- فرزند به‌گونه مناسب انجام نپذیرد. به عبارتی با آموزش این برنامه درمانی می‌توان به مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم آموخت که تصویری مثبت از خود و توانمندی‌های خود داشته باشند و در تعامل با فرزندشان مناسب‌ترین سبک فرزندپروری را به کار ببرند. خلاء پژوهش را در این نکته می‌توان مطرح کرد که با توجه به نقش مادر در خانواده و اهمیت درکی که وی از توانمندی خود دارد و اهمیت شیوه تعاملی آن‌ها با فرزندان خود، تاکنون در پژوهشی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و تعامل مادر- فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم انجام نشده است. با توجه به پژوهش‌های انجام شده و هدف پژوهش حاضر که تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و تعامل مادر- فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم است، سوال اصلی در پژوهش حاضر این است که آیا آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و تعامل مادر- فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون^۳ با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را ۵۰ نفر از مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم تشکیل می‌دادند که فرزندانشان در مراکز مخصوص به خود در شهر

5. Mother-Child Relationship Evaluation
6. Robert, M, Roth

1. Peterson & Eifert
2. Kawalkowski
3. Pretest- Posttest
4. Rogers Self-Concept Evaluation

عقیده بر این است که پرسشنامه مذکور ابزاری حساس برای سنجش نگرش‌های توصیف شده است (احمدی کانی گلزار، اصغرنژاد و قلی‌زاده، ۱۳۹۲). روایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است (ضمیری، ۱۳۸۴). پروتکل مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از جلسات گروهی کاوالکسکی (۲۰۱۲) بود که در این پژوهش محتوای آن برای مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم مناسب‌سازی شد و در پژوهش شیرالی‌نیا، عبدالهی موسوی و خجسته‌مهر (۱۳۹۶)؛ عزیز، قاسمی، قربانی، شجاعی و اژنانی و محمدی (۱۳۹۶) و تقی‌زاده و ملاحی (۱۳۹۵) در جامعه ایرانی به کار رفته و اعتبار محتوایی آن تأیید شده است.

از ۱ تا ۵ است که برای پاسخ کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، نمی‌توانم تصمیم بگیرم نمره ۳، موافقم نمره ۴ و کاملاً موافقم نمره ۵، در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، دامنه نمرات بین ۴۸ تا ۲۴۰ است. لازم به توضیح است که نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده تعامل بهتر بین مادر و فرزند است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش فرزند ۰/۷۷، طرد فرزند ۰/۷۲، سهل‌گیری افراطی ۰/۷۱ و بیش‌حمایت‌گری ۰/۸۵ بود (ضمیری، ۱۳۸۴). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس‌های پذیرش فرزند ۰/۷۹، طرد فرزند ۰/۸۰، سهل‌گیری افراطی ۰/۷۸ و بیش‌حمایت‌گری ۰/۸۰ محاسبه شد. در ضریب توانایی تشخیصی این پرسشنامه،

جدول ۱. پروتکل مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از جلسات گروهی کاوالکسکی (۲۰۱۲)

جلسات	هدف	محتوا
اول	معرفی مبنای اساسی درمان	معرفی و آشنایی قوانین حاکم بر جلسات، بررسی انتظارات بیماران از درمان، مرور درمان‌های استرس، پذیرش، مرور درمان و اهداف این برنامه، ارائه تکلیف خانگی
دوم	فراهم کردن مقدمات درمان	مرور تکلیف خانگی، کمک به داشتن احساس بهتر و عدم احساس ناخوشایند، بررسی هیجانات منفی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه دوم و ارائه تمرین خانگی
سوم	یادگیری زندگی با استرس	مرور تکلیف خانگی، پذیرش استرس، پی بردن به ارزش‌های زندگی، بررسی گرایشات هیجانی و ارائه تمرین خانگی
چهارم	ارزش‌ها و رفتارها	مرور تکلیف خانگی، یافتن توصیفات و ارزش‌گذاری‌ها، موانع ارزش‌ها، جمع‌بندی و ارائه تمرین خانگی
پنجم	تمایلات، افکار و احساسات	مرور تکلیف خانگی، بررسی دیدگاه مشاهده‌گر، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه پنجم و ارائه تمرین خانگی
ششم	عمل و شروع به کار کردن	مرور تکلیف خانگی، بخشش و پذیرش خود، بررسی بازخوردها، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه ششم و ارائه تمرین خانگی
هفتم	انتخاب ارزش‌ها	انتخاب، تصمیم‌گیری با وجود موانع، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه هفتم و ارائه تمرین خانگی
هشتم	حفظ دستاوردهای درمان	مرور تکلیف خانگی، تعهد، پرسیدن سؤال از مراجعین، تکلیف دائم، خداحافظی

اطلاعاتی در مورد این برنامه و تأثیراتش به آنان داده شد. همچنین، به گروه کنترل اطمینان داده شد که بعد از انجام پژوهش آن‌ها نیز این برنامه درمانی را دریافت می‌کنند، به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نامشان نیست.

یافته‌ها

از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کواریانس تک‌متغیره^۱، تحلیل کواریانس^۲ چندمتغیره و برای بررسی نرمال بودن توزیع

شیوه اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر بعد از انتخاب نمونه و قرار گرفتن افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل؛ هر دو گروه مقیاس خودپنداره و تعامل مادر- فرزند را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را براساس پروتکلی که مطابق با جلسات گروهی کاوالکسکی (۲۰۱۲) بود را دریافت کردند. این جلسات دوبار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه با رعایت ۱۵ دقیقه زمان استراحت اجرا شد؛ در حالیکه گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه دوباره این دو مقیاس را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. برای رعایت اخلاق در پژوهش از رضایت مادران برای شرکت در این برنامه مداخله‌ای اطمینان حاصل شد و

متغیرها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف^۱ و از آزمون ام باکس برای بررسی همسانی ماتریس کواریانس استفاده شد. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی مادران حاضر در پژوهش ۳۸ بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات خودپنداره در دو مرحله به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
خودپنداره	کنترل	پیش‌آزمون	۸/۱۹	۲/۲۸۷
		پس‌آزمون	۷/۶۴	۲/۳۱۳
	آزمایش	پیش‌آزمون	۹/۴۵	۱/۳۳۳
		پس‌آزمون	۶/۹۸	۰/۸۰۷

که ملاحظه می‌شود در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، کاهش بیشتر نمرات در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون می‌باشد. لازم به توضیح است که نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده تصویر بهتر فرد نسبت به خود است.

در جدول ۲ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیر خودپنداره به تفکیک برای افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تعامل مادر- فرزند در دو مرحله به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	پذیرش فرزند	۲۷/۸۰	۴/۱۴۷	۲۷/۰۴	۴/۳۳۲
	بیش‌حمایت‌گری	۳۷/۹۶	۵/۰۹۰	۳۷/۰۲	۴/۷۵۹
	سهل‌گیری افراطی	۳۸/۳۶	۲/۶۹۲	۳۷/۴۴	۲/۷۱۲
	طرد فرزند	۴۳/۸۴	۲/۶۴۵	۴۳/۳۹	۳/۴۰۱
آزمایش	نمره کلی تعامل مادر- فرزند	۱۴۷/۹۶	۶/۳۴۵	۱۴۴/۸۹	۶/۶۰۳
	پذیرش فرزند	۲۷/۴۰	۶/۲۶۹	۲۵/۰۱	۷/۱۷۶
	بیش‌حمایت‌گری	۴۱/۸۰	۸/۳۴۹	۳۸/۸۶	۸/۰۲۸
	سهل‌گیری افراطی	۳۷/۷۲	۷/۲۵۲	۳۴/۵۶	۶/۲۶۰
نمره کلی تعامل مادر- فرزند	طرد فرزند	۴۴/۳۲	۶/۰۳۴	۴۱/۴۵	۶/۳۵۳
	نمره کلی تعامل مادر- فرزند	۱۵۱/۲۴	۱۲/۸۱۷	۱۳۹/۸۸	۱۱/۹۳۱

پس‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه آزمایش کاهش بیشتر نمرات در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون قابل مشاهده است. لازم به توضیح است که نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده تعامل بهتر بین مادر- فرزند است.

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات تعامل مادر- فرزند به تفکیک برای افراد گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون و

جدول ۴. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	Z	سطح معناداری	Z	سطح معناداری
پذیرش فرزند	۰/۴۷۸	۰/۹۷۶	۰/۵۶۷	۰/۹۰۵
بیش‌حمایت‌گری	۰/۳۸۶	۰/۹۹۸	۰/۴۵۳	۰/۹۸۶
سهل‌گیری افراطی	۰/۵۸۰	۰/۸۹۰	۰/۵۹۰	۰/۸۷۷
طرد فرزند	۰/۶۸۶	۰/۷۳۴	۰/۵۷۱	۰/۹۰۰
نمره کلی تعامل مادر- فرزند	۰/۶۹۰	۰/۷۲۷	۰/۵۳۱	۰/۹۴۱
خودپنداره	۰/۴۸۷	۰/۹۷۲	۰/۶۲۳	۰/۸۳۲

1. Kolmogorov- Smirnov Test

معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

در جدول ۴ نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، سطح

جدول ۵. نتیجه آزمون همسانی ماتریس کواریانس‌ها (باکس)

سطح معناداری	df2	df1	F	Box's
۰/۲۳۷	۱۱۵۲۰	۳	۱/۴۱۴	۵/۸۱۹

ترتیب مفروضه همسانی ماتریس کواریانس‌ها، به‌عنوان یک از مفروضات آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری برقرار می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، سطح معناداری آزمون باکس برابر با ۰/۲۳۷ می‌باشد. با توجه به این که سطح معناداری بزرگتر از (۰/۰۵) است، فرض صفر ما مبنی بر همسانی ماتریس کواریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس جهت مقایسه خودپنداره در گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۰/۵۶۶	۱	۲۰/۵۶۶	۴۱/۹۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۷
خودپنداره	۶/۶۶۶	۱	۶/۶۶۶	۱۳/۵۸۶	۰/۰۰۸	۰/۳۴۱
خطا	۳/۴۳۴	۷	۰/۴۹۱			
کل	۲۵/۰۸۹	۹				

پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. بر این اساس و با توجه به پایین‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و موجب بهبود خودپنداره مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم شده است.

در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات خودپنداره در گروه‌های آزمایش و کنترل، در مرحله پس‌آزمون، نشان داده شده است. مقدار F بدست آمده برابر با ۱۳/۵۸۶ است و سطح معنی‌داری آن نیز کوچکتر از ۰/۰۱ می‌باشد ($P < 0.01$). از این‌رو، فرض صفر رد و فرض

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مقایسه تعامل مادر- فرزند در گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمون‌ها	مقادیر F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلائی	۰/۹۹۹	۲۳۲۳/۰۳۱	۴	۱	۰/۰۱۶	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۱	۲۳۲۳/۰۳۱	۴	۱	۰/۰۱۶	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۹۲۹۲/۱۲۵	۲۳۲۳/۰۳۱	۴	۱	۰/۰۱۶	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۹۲۹۲/۱۲۵	۲۳۲۳/۰۳۱	۴	۱	۰/۰۱۶	۰/۹۹۹

می‌گردد که بین تعامل مادر- فرزند دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده است.

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌گردد سطح معناداری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه یعنی اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کوچکتر از ۰/۰۵ است ($P < 0.05$). بدین ترتیب فرض صفر رد و مشخص

جدول ۸. آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه مؤلفه‌های تعامل مادر- فرزند گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پذیرش فرزند	بین‌گروهی	۶/۵۱۳	۱	۶/۵۱۳	۱/۸۲۳	۰/۰۳۰	۰/۴۱۱
	درون‌گروهی	۲/۴۰۷	۴	۰/۶۰۲			
بیش‌حمایت‌گری	پیش‌آزمون	۷/۲۸۳	۱	۷/۲۸۳	۱۴/۷۳۵	۰/۰۱۸	۰/۴۴۵
	پس‌آزمون	۱/۹۷۷	۴	۰/۴۹۴			
سهل‌گیری افراطی	بین‌گروهی	۱۲/۰۵۱	۱	۱۲/۰۵۱	۹/۷۷۹	۰/۰۳۵	۰/۳۹۷

			۱/۲۳۲	۴	۴/۹۲۹	درون گروهی
			۸/۹۱۴	۱	۸/۹۱۴	بین گروهی
۰/۳۶۴	۰/۰۴۶	۸/۱۲۹	۱/۰۹۷	۴	۴/۳۸۶	طرد فرزند درون گروهی

در مقایسه با مادرانی که خودپنداره متوسط یا منفی دارند ضمن پذیرفتن ویژگی‌های خود و بها دادن به آن‌ها توجه مثبت بیشتری به فرزندان خود معطوف می‌کنند که زمینه ایجاد تعامل صمیمانه‌تری را فراهم می‌کند (صفایی، بیگدلی و طالع پسند، ۱۳۹۰). یافته‌هایی که در این زمینه به دست آمده با یافته‌های فرمانیان و خلعتبری (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. براساس این پژوهش آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و احساس تنهایی و تصویر تن افراد با اختلال هویت جنسی مؤنث تأثیر مثبت داشته است. همچنین، براساس یافته‌های تقی‌زاده و ملاحی (۱۳۹۵) این برنامه درمانی باعث بهبود معناداری در متغیرهای وزن، تصویر بدنی، خودپنداره زنان چاق می‌شود؛ مومنی، شایگان‌منش و آقاجانی (۱۳۹۹) در پژوهش خود که به منظور اثربخشی اکت بر خودپنداره و افسردگی افراد مبتلا به پرخوری انجام شد نشان دادند که این برنامه درمانی بر بهبود خودپنداره و کاهش افسردگی و علائم پرخوری مؤثر است. همچنین، براساس نتایج به دست آمده آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعامل مادر-فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم تأثیر معنادار دارد و باعث بهبود تعامل مادر-فرزند می‌شود. در تبیین این یافته‌ها باید مطرح کرد که آموزش مادران یک راهکار مؤثر در ترویج روش‌های صحیح فرزندپروری است. مادرانی که برنامه درمانی پذیرش و تعهد را یاد می‌گیرند، می‌توانند تعامل مؤثرتری با کودکان خود برقرار کنند. آگاهی مادران از مهارت فرزندپروری و روش‌های صحیح برخورد با کودک موجب کاهش برخوردهای نامناسب بین آن‌ها شده و اعتماد کودکان به مادران را افزایش می‌دهد. ایجاد ذهن آگاهی که یکی از مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد باعث می‌شود که پذیرش غیرقضوتی ویژگی‌ها، صفات و رفتار کودکان شکل بگیرد. مادرانی که در شرایط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار می‌گیرند، پذیرش مثبت فرزندان در آن‌ها افزایش می‌یابد (کاوالاسکی، ۲۰۱۲). بر اساس پژوهش هیز و استروسال (۲۰۰۴)، با آموزش این برنامه درمانی مادران پذیرش غیرقضوتی و فعالانه پذیرا بودن افکار، احساسات و خاطرات را فرا می‌گیرند. مادران از طریق آموزش ذهن آگاهی نسبت به روابط خود با فرزندان، آگاهی کامل و لحظه به لحظه پیدا می‌کنند و توسعه کیفیت گوش دادن همراه با توجه کامل هنگام ارتباط با کودک، پذیرش و عدم

در جدول ۸ نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه مؤلفه‌های تعامل مادر-فرزند، در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده، مقدار F بدست آمده، برای تمامی مؤلفه‌ها در سطح $0/05$ معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به پایین‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و موجب بهبود تعامل مادر-فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره و تعامل مادر-فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم صورت گرفت. در ابتدا باید مطرح کرد که همان‌گونه که والدین بر افراد خانواده تأثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های تحولی و رفتاری خود، تأثیراتی بر رفتار والدین برجا می‌گذارند. اختلال‌های طیف اتیسم از جمله اختلالاتی می‌باشند که بر کارکردهای روانی و اجتماعی خانواده تأثیرگذار هستند. در این بین مادر به‌عنوان عضوی از این مجموعه که بیشترین تعامل و نزدیکی را با کودک دارد، می‌تواند در معرض مشکلات روان‌شناختی بیشتری باشد. براساس نتایج به دست آمده از این پژوهش آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم تأثیر معنادار دارد و باعث بهبود خودپنداره مادران این کودکان می‌شود، به عبارتی دیگر کمک می‌کند که مادران این کودکان تصویر بهتر و مثبت‌تری از خود و توانمندی‌های خود داشته باشند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین دو گروه مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم و مادران کودکان عادی از لحاظ خودپنداره تفاوت معناداری وجود دارد. در تبیین پژوهش حاضر باید گفت که خودپنداره نقش مهمی در سلامت روان دارد، زیرا این فکر و اندیشه ما در مورد خودماست که می‌گوید دنیای اطراف خود را چگونه بنگریم و چگونه زندگی کنیم. بنابراین، افرادی که خودپنداره مثبت دارند به نحو بهتر و مؤثرتر با وقایع زندگی کنار می‌آیند، بهتر می‌توانند در برابر مشکلات بایستند و تصمیمات معقول و منطقی در برابر پیشامدهای غیرقابل انتظار بگیرند. در نتیجه زندگی موفق‌تری را خواهند داشت. مادران با خودپنداره مثبت

روش‌های مختلف پاسخدهی دست به انتخاب آگاهانه بزنند. یافته‌های حاصل از این پژوهش در این زمینه با نتایج یافته‌های شیرالی‌نیا، عبدالهی موسوی و خجسته‌مهر (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس فرزندپروری در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم، اردشیری لردجانی، فرامزی و شریفی (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی این برنامه درمانی بر روابط والد-فرزندی والدین دارای کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری، نداف (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی این برنامه بر روابط والد-فرزندی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی و با مطالعات نیس^۷ (۲۰۱۴) مبنی بر اثربخشی این برنامه بر ادراک والدینی از نحوه تعامل مادر-فرزند و کاهش مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخاشگرانه هنگام تعامل با فرزند همسو است. محدود شدن جامعه پژوهش حاضر به مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم در مراکز آموزش و توانبخشی مخصوص این کودکان در شهر تهران، عدم امکان حضور بعضی از مادران این کودکان در این پژوهش بنا به دلایل مختلف از جمله اشتغال کاری، در صورتی که تمایل کلی برای مشارکت را داشتند، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین، برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود در سطح پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری (مانند کودکان با آسیب بینایی، شنوایی، اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی و...) با رعایت انجام تغییراتی در این برنامه درمانی که مناسب برای هر گروه از مادران این کودکان باشد، اجرا شود. در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی این برنامه درمانی بر خودپنداره و تعامل مادر-فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم به درمانگران و مشاوران حوزه کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم معرفی شود تا آن‌ها با به‌کارگیری این درمان برای مادران، گامی عملی برای بهبود خودپنداره و تعامل مادر-فرزند در مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم برداشته باشند.

تشکر و قدردانی

از زحمات ارزشمند و همراهی گرانبه‌ای استاد راهنما و استاد مشاور صمیمانه تقدیر و تشکر نموده، همچنین از مرکز آموزشی و تمامی مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم که بنده را در این پژوهش همراهی نمودند قدردانی می‌شود.

قضاوت درباره آن‌ها، رشد آگاهی از احساسات خود و کودک، منجر به افزایش صمیمیت، پذیرایی و دلسوزی می‌شود (دانکن، کاتسورث و گرنبرگ^۱، ۲۰۰۹). اگر مادران بتوانند احساسات خود و فرزندانشان را شناسایی نموده و نسبت به آن آگاهی پیدا کنند، قادر خواهند بود از واکنش عادی خود جلوگیری نموده و با هشیاری و توجه بیشتری به تعامل با کودک خود بپردازند (دیکس و برانکا^۲، ۲۰۰۳). در نتیجه دلسوزی و صمیمیت ناشی از تمرین‌های ذهن آگاهی، مادران در عوض طرد کودکان، به پذیرش و برقراری روابط مثبت بیشتری با آن‌ها می‌پردازند (نفس^۳، ۲۰۰۳). آگاهی داشتن از نیازهای واقعی کودکان و پذیرش آن‌ها می‌تواند به جای جانبداری و حمایت بیش از اندازه از کودکان (سبک تعامل بیش‌حمایت‌گری)، منجر به روابط با کیفیت بالا و تعاملات مناسب مادر-فرزند شود (بامریند^۴، ۱۹۸۹). بوگلز، لهتونن و رستیفو^۵ (۲۰۱۰) در پژوهش‌های خود نشان دادند والدینی که فرزندشان مشکلات خاص، ناتوانی یا تاریخچه‌ای از رفتارهای غیرقابل کنترل و هیجانانگیزی از خود نشان می‌دهند، بیشتر توجه خود را به رفتارهای منفی کودک اختصاص می‌دهند، چنین سوگیری توجهی به رفتارهای منفی فرزند، با توجه خنثی یا مثبت به رفتارهای کودکان تداخل ایجاد کرده و موجب می‌شود والدین حساس‌تر و تکانه‌ای‌تر شده و در مجموع مهربانی و صبوری کمتری از خود نشان دهند. در این بین سیستم‌های توجهی نقش بسزایی ایفا می‌کنند، این برنامه درمانی در بستر فرزندپروری با شکستن چرخه افکار منفی و تکراری به والدین کمک می‌کند تا به جای توجه افراطی به نشخوارهای ذهنی خود، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند، و به جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک با نگاهی باز و غیرقضاوتی با فرزندشان تعامل کنند و به این ترتیب توجه آگاهی که از فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد شکل می‌گیرد. کاهش توجه به این افکار منفی به کاهش علائم افسردگی و اضطراب کمک می‌کند. بنابراین، توجه به حضور در لحظه و لذت بردن از آن، تضعیف کشمکش با گذشته و آینده شکل می‌گیرد (گائودیانو^۶، ۲۰۱۱)، در واقع تکنیک‌هایی مانند تنفس ذهن آگاهانه در مواقع استرس‌زا باعث می‌شود که علائم بدنی که تحت‌تأثیر شرایط استرس‌زا تحریک شده بودند کاهش یافته و والدین که دیگر تحت‌تأثیر هیجانانگیزی قوی نیستند قادر می‌شوند در مورد چگونگی پاسخدهی خود آگاهانه‌تر عمل کنند و از میان

5. Bögels, Lehtonen & Restifo
6. Gaudiano
7. Neece

1. Duncan, Coatsworth & Greenberg
2. Dix & Branca
3. Neff
4. Baumrind

منابع

- احمدی کانی گلزار، ا.، اصغرنژاد، س.، و قلی‌زاده، ز. (۱۳۹۲). اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر سه عامل پویایی تعارض های وابستگی، خشم و مادری در مادران افسرده پس از زایمان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*. ۲(۲۶)، ۶۰-۴۱.
- اردشیری لردجانی، ف.، فرامرزی، س.، و شریفی، ط. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانوادگی و روابط والد - فرزندی والدین کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. *مجله پرستاری کودکان*. ۱(۵)، ۶۰-۵۳.
- استوی، ا.، حسین‌خانزاده، ع.، ساکت محبوب، م.، و محمدی، ح. (۱۳۹۵). مقایسه استرس ادراک شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*. ۳(۱۴۰)، ۲۱-۱۳.
- آقاجانی، س.، افروز، غ.، ع.، نریمانی، م.، غباری‌بناب، م.، و محسن‌پور، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی روش آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ارتقای تعامل مادر- کودک در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۱(۱۱۵)، ۸۴-۷۵.
- پورکاظم محمد فریدنی، ف.، و عشقی نوگورانی، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد تراجنسی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۱(۱۵)، ۴۱-۲۹.
- تقی‌زاده، م.، ا.، و ملاحی، م. (۱۳۹۵). آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر وزن، تصویر بدنی، خودپنداره زنان چاق. *سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی*. ۴ شهریور ۱۳۹۵، مشهد، ایران.
- حجازی، م.، افروز، غ.، م.، و صبحی، ا. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های زیستی، روانی و اجتماعی والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*. ۱۷(۵۴)، ۱۴۷-۱۲۳.
- خانجانی، ز.، پیمان‌نیا، ب.، و هاشمی، ت. (۱۳۹۵). پیش‌بینی کیفیت تعامل مادر- کودک با انواع اختلالات اضطرابی در کودکان دبستانی با توجه به ویژگی فرهنگی مادران ایرانی. *مجله اندیشه‌های نوین تربیتی*. ۱۲(۲)، ۲۳۹-۲۶۰.
- خانجانی، ز.، هاشمی، ت.، پیمان‌نیا، ب.، و آقا گل‌زاده، م. (۱۳۹۳). رابطه کیفیت تعامل مادر- کودک در اضطراب جدایی و مدرسه‌هراسی در کودکان. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۵(۳)، ۲۳۹-۲۶۰.
- شولتز، د. (۲۰۱۳). *نظریه‌های شخصیت*. مترجمان، یوسف کرمی، سیامک نقشبندی، هادی بحیرایی و محمدرضا نیکخو (۱۳۸۶). تهران: ارسباران.
- شیرالی‌نیا، خ.، عبدالهی موسوی، ح.، و خجسته مهر، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
- مادران کودکان با اختلال اتیسم. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*. ۷(۲۸)، ۴۴-۲۱.
- صفایی، ص.، بیگدلی، ا.، و طالع‌پسند، س. (۱۳۹۰). رابطه خودپنداره مادر با سبک دلبستگی و خودپنداره فرزند. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان‌شناسی)*. ۱(۲)، ۵۲-۳۹.
- صمدی، ح.، و دوستکام، م. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی زنان ناباور. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. ۱۲(۴۳)، ۶۷-۷۶.
- ضمیری، ر. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین نوع زایمان و رابطه عاطفی کودک و مادر در دختران مقطع پیش‌دبستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- عزیزی، آ.، قاسمی، س.، قربانی، آ.، شجاعی واژنانی، ف.، و محمدی، ف. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده‌های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. *مجله روان‌شناسی افراد استثنایی*. ۷(۲۶)، ۲۱۰-۱۷۷.
- فرضی‌گلفزانی، م.، محمداسماعیل، ا.، رئوفیان مقدم، ف.، و عسکری مقدم، ه. (۱۳۸۲). مقایسه شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان دارای اختلال‌های افسردگی، اضطرابی و وسواس فکری و عملی با مادران کودکان عادی. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. ۳(۳ و ۴)، ۲۴۵-۲۶۴.
- فرمانیان، ا.، و خلعتبری، ج. (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودپنداره، تصویر تن و احساس تنهایی در بیماران اختلال هویت جنسی مونث. *دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*. ۸ اسفند ۱۳۹۵، قم، ایران.
- فروید، ز. (۱۹۱۴). *پیش‌درآمدی بر خودشیفتگی*. مترجم، حسین پاینده (۱۳۸۲). تهران: ارغنون.
- محمدی کاجی، م. (۱۳۷۲). *بررسی رابطه خویشتن‌پنداری با سطوح اضطراب در دانش‌آموزان دبیرستانی آموزش و پرورش منطقه هشت تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد رودهن.
- مومنی، ف.، شایگان‌منش، ز.، و آقاجانی، ط. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودپنداره و افسردگی افراد مبتلا به اختلال پرخوری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۳(۶)، ۳۰۹۴-۳۰۸۶.
- نداف، ح. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران بر روابط والد فرزندی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی*. ۱۳ آذر ۱۳۹۴، فرانکفورت آلمان.

- & *Adolescent psychiatry*. 11(46). 1498-1499.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2014). Exceptional learner. *Introduction to special education* (15 th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. implications for maternal mental health.
- Ingersoll, B., & Hambrick, D. Z. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 5(1), 337-344.
- Kawalkowski, J. D. (2012). *The Impact of a Group - based Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Parents of Children Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder*. Masters Theses and Doctoral dissertation. Eastern Michigan University.
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behavior problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*. 50(3), 172-183.
- Little, L., & Clark, R. R. (2006). Wonders and worries of parenting a child with Asperger syndrome & nonverbal learning disorder. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 31(1), 39-44.
- Mantymaa, M. (2006). *Early mother-infant interaction*. MD (Thesis). Medical School Temper university Hospital.
- M. Roth, R. (1961). *Manual the Mother-Child Relationship Evaluation*. Published By A Division of Manson Western Corporation.
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness- Based Stress Reduction for Parents of Young Children with Developmental Delays: Implications for Parental Mental Health and Child Behavior Problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 27(2), 174-186.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2(3), 223-250.
- Ogston, P. L., Mackintosh, V. H., & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 5(4), 1378-1384.
- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*. 18(4), 577-587.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco: and tomorrow (pp. 349° 378). San Francisco: Jossey-Bass.
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 4(2), 217-228.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*. 28(1), 1-18.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health car. *Mindfulness*. 1, 107-120.
- Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders the couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 24(1), 38-49.
- Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2016). Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*. 25(1), 1-14.
- Dix, T., & Branca, S. (2003). *Parenting as a goal-regulation process*. In L. Kuczynski (Ed.), *Handbook of dynamics in parent-child relations* (pp. 167- 188). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 12(3), 255- 270.
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 40(10), 1274-1284.
- Gaudiano, B. A. (2011). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) and recommendations for continued scientific advancement. *The Scientific Review of Mental Health Practice*. 8(2), 5-22.
- Cartwright, Ch., Beskina, S. (2007). Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think. *Journal of the American Academy of Child*

- maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 29(1), 16-26.
- Torres, B. G., & Calvo Guerrero, P. G. (2000). Working models about mother-child relationships in abandoned children. *Child Abuse & Neglect*. 24(9), 1227-1239.
- Shu, B. C., Luh, W. M., & Li, S. M., & Lu, SY. (2007). Self-concept and menopause among mid-life women: a survey in Southern Taiwan. *Maturitas*. 57(2), 132-238.
- Tomanik, S., Harris, G. E., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviors exhibited by children with autism and

Effectiveness of group education based on acceptance and commitment in mothers of children with autism spectrum disorders

Zohreh Sorkhy*
Parvis Sharifi Daramadi**
Saeed Rezayi***

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of education based on acceptance and commitment to self-concept and mother-child interaction in mothers of children with autism spectrum disorders. The research method was a pretest-posttest design with a control group. The study's statistical population included 50 mothers of children with autism spectrum disorders whose children were receiving education and rehabilitation in special centers for autism in Tehran city in 2020. The sample size of ten mothers was selected by purposeful sampling. Mothers were randomly divided into experimental (n = 5) and control groups (n = 5). The instruments were the Rogers Self-Concept Scale (RSCE) and the Mother-Child Interaction Scale (MCRE). The experimental group received an acceptance and commitment-based group training intervention program for eight sessions of ninety minutes with fifteen minutes of rest time, while the control group did not receive any intervention. Data analysis was performed by SPSS-24 software using descriptive statistics and analysis of covariance. The results showed that the intervention program of group education based on acceptance and commitment had a significant effect on self-concept and mother-child interaction in mothers of children with autism spectrum disorders, with an effect size of 0/341 for self-concept and effect sizes of 0/411, 0/445, 0/397, and 0/364 for the subscales of child acceptance, overprotection, overindulgence, and child rejection, respectively, on mother-child interaction ($P < 0/01$). The present study's findings indicated that this treatment program, with the teaching of appropriate principles, can be used as a suitable treatment method to improve self-concept and mother-child interaction in mothers of children with autism spectrum disorders.

Keywords: *autism spectrum disorders, self-concept, mother-child interaction.*

* Master of Exceptional Children Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

** **Corresponding Author:** Professor of Exceptional Children Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. **Email:** dr_sharifidaramadi@yahoo.com

*** Professor of Exceptional Children Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.