

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction and Resiliency in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD)

Yalda Biabani^{1*}, PhD Candidate; Sara Salehi Sadagiani², MSc; Fatemeh Fazeli³, MSc; Zahra Safaei⁴, MSc; Leila Sadegh Marand⁵, MSc

¹Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

²Department of General Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

³Department of Clinical Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

⁴Department of General Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

⁵Department of General Psychology, Tabriz Branch, Payam Noor University, Tabriz, Iran

Article Information

Article History:

Received: June 26, 2024

Accepted: November 09, 2024

*Corresponding Author:

Yalda Biabani, PhD Candidate;
Department of Psychology, Urmia
Branch, Islamic Azad University,
Urmia, Iran

Email: dr.biabani25@gmail.com

Abstract

Introduction: Parents of children with ASD face numerous psychological and familial challenges that can impair their mental health. This study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital satisfaction and resilience of mothers with children diagnosed with ASD.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest control group design. The statistical population comprised all mothers with ASD under the care of the Welfare Organization in Tabriz, Iran, during 2023. A convenience sample of 30 mothers was selected and randomly assigned to either an experimental or a control group (15 participants per group). The experimental group received ACT over eight 90-minute sessions. The measurement tools included Enrich's Marital Satisfaction Scale (1996) and Connor-Davidson's Resilience (2003). Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) with SPSS software, version 26.

Results: The results showed that the mean scores of marital satisfaction and resilience in the experimental group increased significantly from pretest to posttest ($P < 0.005$). Furthermore, a comparison of posttest scores between the experimental and control groups revealed significantly higher mean scores in the experimental group.

Conclusion: The findings indicated that ACT was effective in improving marital satisfaction and resilience among mothers of children with ASD. Therefore, it is recommended that mental health professionals utilize ACT to enhance the psychological well-being of this population.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Marriage, Marital Therapy, Resilience, Psychological, Autism Spectrum Disorder

Please cite this article as:

Biabani Y, Salehi Sadagiani S, Fazeli F, Safaei Z, Sadegh Marand L. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction and Resiliency in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(4): 810-821. doi: 10.30476/SMSJ.2025.103141.1548.



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم (ASD)

یلدا بیابانی^{۱*}، سارا صالحی صدقیانی^۲، فاطمه فاضلی^۳، زهرا صفائی^۴، لیلا صادق مرند^۵

^۱گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
^۲گروه روانشناسی عمومی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
^۳گروه روانشناسی بالینی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
^۴گروه روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
^۵گروه روانشناسی عمومی، واحد تبریز، دانشگاه پیام نور، تبریز، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۹

نویسنده مسئول:

یلدا بیابانی،

گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

پست الکترونیکی: dr.biabani25@gmail.com

مقدمه: والدینی که کودک مبتلا به ASD دارند با مشکلات روان‌شناختی و خانوادگی متعددی روبه‌رو هستند که می‌تواند بهداشت روانی آن‌ها را کاهش دهد. هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به ASD بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی مادران دارای کودک مبتلا به ASD زیر پوشش بهزیستی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود که از میان آن‌ها سی نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های پانزده نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. ابزار اندازه‌گیری در این مطالعه شامل پرسش‌نامه‌های رضایت زناشویی انریچ (۱۹۹۶) و تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بودند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس با کمک نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات رضایت زناشویی و تاب‌آوری در گروه آزمایش پس از مداخله‌ی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش معناداری یافته است ($P < 0/05$) و همچنین مقایسه‌ی نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با کنترل نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمایش بیشتر است.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به ASD اثربخش بوده است. بنابراین به کلیه‌ی متخصصان سلامت روان توصیه می‌شود برای بهبود وضعیت روانی این مادران از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کنند.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ازدواج، زوج‌درمانی، تاب‌آوری روان‌شناختی، اختلال طیف اتیسم

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

بیابانی ی، صالحی صدقیانی س، فاضلی ف، صفائی ز، صادق مرند ل. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم (ASD). مجله علوم پزشکی صدرا، دوره ۱۳، شماره ۴، پاییز و زمستان ۱۴۰۴، ۸۱۰-۸۲۱.

مانند احساس حقارت، کم‌ارزشی و اندوه در ایشان می‌شود که خود زمینه‌ساز افزایش مشکلات زناشویی و سست‌شدن پیوند ازدواج خواهد شد (۹). از آنجا که وظیفه‌ی اصلی مراقبت از این کودکان بر دوش مادران است، ممکن است که آن‌ها از لحاظ روانی آسیب‌پذیری بیشتری داشته باشند و تحمل و تاب‌آوری^۴ آن‌ها در برابر شرایط موجود کاهش یابد (۵). در این باره می‌توان به مطالعات ابدی و نرمیانی (۱۰) که ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به ASD و عادی را مقایسه کرده بودند، مطالعه‌ی هالستد^۵ و همکاران (۱۱) که ارتباط میان تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی را میان مادران دارای کودک مبتلا به ASD و مادران دارای کودک اختلال رشد را بررسی کرده بودند و مطالعه‌ی لی^۶ و همکاران (۱۲) که استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری را در میان مادرانی که از کودک دارای ASD مراقبت می‌کردند، بررسی کرده بودند، اشاره کرد که همگی بیانگر میزان پایین تاب‌آوری در میان این مادران بوده است.

ویژگی‌های منحصربه‌فرد این اختلال به‌همراه مسیر درمان پرمشقت و نبود درمان قطعی سبب می‌شود که زوجها احساس درماندگی و ضعف در برابر این اختلال را تجربه کنند و آستانه‌ی تحمل آن‌ها کاهش پیدا کند (۱۳). مطالعات قبلی نشان داد که مادران دارای کودک ASD، تاب‌آوری پایین‌تری در مقایسه با مادران دارای کودک عادی دارند (۱۴). تاب‌آوری توانایی هماهنگی و غلبه بر اتفاقات و حوادثی است که در زندگی ایجاد استرس می‌کنند. در نگاهی دیگر تاب‌آوری مکانیسمی شخصی است که حیات و مکانیسم‌های امنیتی ایجادشده به‌واسطه‌ی مکانیسم‌های کلان را بهبود می‌بخشد تا موقعیت‌هایی را برای اشخاص به‌منظور مواجهه با اضطراب فراهم کنند (۱۵). دلایل متعددی می‌تواند تاب‌آوری را در مادران دارای این کودکان کاهش دهد. در ابتدا می‌توان گفت این مادران حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کند و مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به ASD از پدران این کودکان بیشتر است (۱۶)، در نتیجه احساس تنهایی و طردشدن از رایج‌ترین احساسات منفی این مادران است (۱۷). همچنین امیدواری به درمان به‌مرور در آن‌ها کاهش می‌یابد و در نتیجه احساس درماندگی و شکست می‌کنند که مجموعه‌ی این عوامل سبب کاهش تاب‌آوری در آن‌ها می‌شود (۱۸).

اختلال طیف اتیسم^۱ یا ASD نوعی اختلال عصبی-تحویلی است که با نقص پایدار و فراگیر در ارتباطات اجتماعی و وجود علایق محدود و الگوهای رفتاری تکراری در اوایل دوره‌ی کودکی مشخص می‌شود (۱). براساس پیش‌بینی‌های انجمن جهانی اتیسم، شیوع^۲ این اختلال در حال افزایش است؛ به‌طوری‌که مطالعات سال ۲۰۰۲ نشان دادند که میزان ASD ۱ از ۱۵۰ نفر به میزان ۱ از ۸۸ در سال ۲۰۰۸ و ۱ از ۵۴ در سال ۲۰۲۰ رسیده است که حکایت از شدت افزایش این اختلال در طول دو دهه‌ی اخیر دارد (۲). همچنین به نظر می‌رسد که این اختلال وابسته به جنسیت باشد و میزان آن در پسران چهار برابر دختران گزارش شده است و شیوع این اختلال در کشورهای آمریکایی و اروپایی بین یک تا دو درصد گزارش شده است (۳). شیوع این اختلال در ایران ۱/۷ درصد در میان کودکان هفت تا دوازده سال بود و میزان آن در جمعیت پسران و دختران نزدیک به همدیگر است (۴).

وجود کودک مبتلا به ASD در خانواده بر سازش‌یافتگی زناشویی، روابط خواهران و برادران و به‌طور کلی فعالیت‌های روزمره‌ی خانواده، تأثیر منفی جدی خواهد داشت (۵). از طرفی این اختلال نه‌تنها فشار مالی زیادی بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند، بلکه بهداشت روانی خانواده نیز افت شایان توجهی را تجربه می‌کند. اعضای خانواده‌ی کودکان مبتلا به ASD به احتمال بیشتری با افسردگی شدید، انزوای اجتماعی، انگ^۳ و اضطراب روبه‌رو هستند (۶). از طرفی بالابودن فشار روانی فرزندپروری این کودکان و مشکلات رفتاری آن‌ها می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات زناشویی و افزایش طلاق والدین این کودکان شود، به‌طوری‌که میزان طلاق در زوج‌های دارای کودکان مبتلا به ASD بیش از دو برابر زوج‌های دارای کودک عادی است (۷). عمده‌ی این مشکلات زناشویی زمانی شروع می‌شود که کودک، تشخیص ابتلا به ASD دریافت می‌کند (۸). در واقع والدینی که به‌دنبال کودک هستند به‌طور طبیعی آرمان‌ها و آرزوهای خودشان را درباره‌ی فرزندشان دارند و وقتی در ادامه‌ی مسیر رشد کودک، نه‌تنها انتظارات آن‌ها برآورده نمی‌شود، بلکه نشانه‌های پسرقت در ارتباط والدین، ارتباط چشمی و کلامی در آن‌ها دیده می‌شود، این موضوع سبب ایجاد احساسات منفی

4. Resiliency

5. Halstead

6. Lee

1. Autistic Spectrum Disorders

2. Prevalence

3. Stigma

مطالعه‌ی جمشیدیان و همکاران (۱۹)، در رابطه با تجارب زیسته‌ی مادران دارای کودک ASD، مطالعه‌ی اوز^۷ و همکاران (۲۰) که اضطراب، افسردگی و انگ اجتماعی را در این مادران بررسی کرده بود و مطالعه‌ی اشرفن^۸ و همکاران (۲۱) که به بررسی کیفی مشکلات و مداخلات درمانی و امید به درمان در مادران این کودکان پرداخته بود، حکایت از فشار و انگ اجتماعی و میزان پایین امیدواری در این مادران دارند. باتوجه به آنچه گفته شد مادران دارای کودک ASD با مشکلات متعدد روان‌شناختی روبه‌رو هستند که باید این مشکلات به‌موقع تشخیص و درمان شوند. یکی از انواع درمان‌های روان‌شناختی که در سال‌های اخیر با استقبال بیشتری از طرف درمانگران روبه‌رو بوده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۲۲).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ یکی از انواع رفتار درمانی مبتنی بر توجه و آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی اثبات شده است و فرض بر این دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان بیشتر مخرب و موجب رنج روانی هستند (۲۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیان می‌شود تنها از طریق اقدام هشیارانه است که افراد می‌توانند زندگی پرمعنایی بسازند. این درمان اداری تجربه‌های درونی، مهارت‌های مؤثر بر توجه و آگاهی را به افراد می‌آموزد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد درباره‌ی تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و نیز در مقابل آن اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد (۲۳). به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عملی برای کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی به‌منظور حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه‌ی حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه‌ی حال آگاهی می‌یابد. در مرحله‌ی سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند (۲۴). چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود (مانند قربانی‌بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، به مراجع کمک شود که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی

ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف، ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (۲۵).

نتایج مطالعه‌ی بایرنه^{۱۰} و همکاران (۲۶) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود حمایت عاطفی زوجها مؤثر است (۲۶) و مطالعه‌ی ساندرا^{۱۱} و همکاران (۲۷) نیز نشان داد این درمان سبب بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به آسیب مغزی مؤثر است (۲۷). همچنین مطالعه‌ی داخلی اسدپور و ویسی (۲۸) نشان دادند این درمان بر دلزدگی زناشویی در زوجها دارای دیابت نوع دو اثربخشی دارد (۲۸). نتایج مطالعه‌ی مارینو^{۱۲} و همکاران (۲۹) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک ASD اثربخشی دارد (۲۹) و مطالعه‌ی صنایع منش و همکاران (۳۰) نیز نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود استرس و کنترل خشم والدین دارای کودک ASD اثربخشی دارد (۳۰). همچنین مطالعه‌ی اسپوارتزمن^{۱۳} و همکاران (۳۱) نشان داد این درمان بر بهبود تاب‌آوری مادران دارای کودک ASD اثربخشی دارد (۳۱)، حکایت از اثربخشی این درمان برای بهبود رضایت عاطفی و تاب‌آوری دارد.

باتوجه به آنچه گفته شد شیوع ASD در بیشتر جوامع جهانی رو به افزایش است و داشتن کودک مبتلا به ASD باعث افزایش مشکلات روان‌شناختی برای والدین می‌شود. ازجمله مهم‌ترین این مشکلات می‌توان به افزایش اختلافات زناشویی و کاهش میزان تاب‌آوری اشاره کرد. همچنین ازآنجا که مادران وظیفه‌ی اصلی مراقبت از کودک را برعهده دارند و همچنین باتوجه به فطرت زنان که در مقایسه با مردان بیشتر از لحاظ روان‌شناختی و عاطفی درگیر کودک خود می‌شوند، بنابراین تشخیص و درمان مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودک ASD نه‌تنها به بهبود سلامت روان مادران کمک می‌کند، بلکه سبب افزایش امنیت روانی در کل اعضای خانواده شده و کودک مبتلا به ASD نیز از این طریق می‌تواند خدمات درمانی را بهتر دریافت کند. مطالعات قبلی بیشتر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی مادران دارای کودک مبتلا به ASD پرداخته بودند و تاب‌آوری و رضایت زناشویی کمتر بررسی شده بود.

10. Byrne

11. Sander

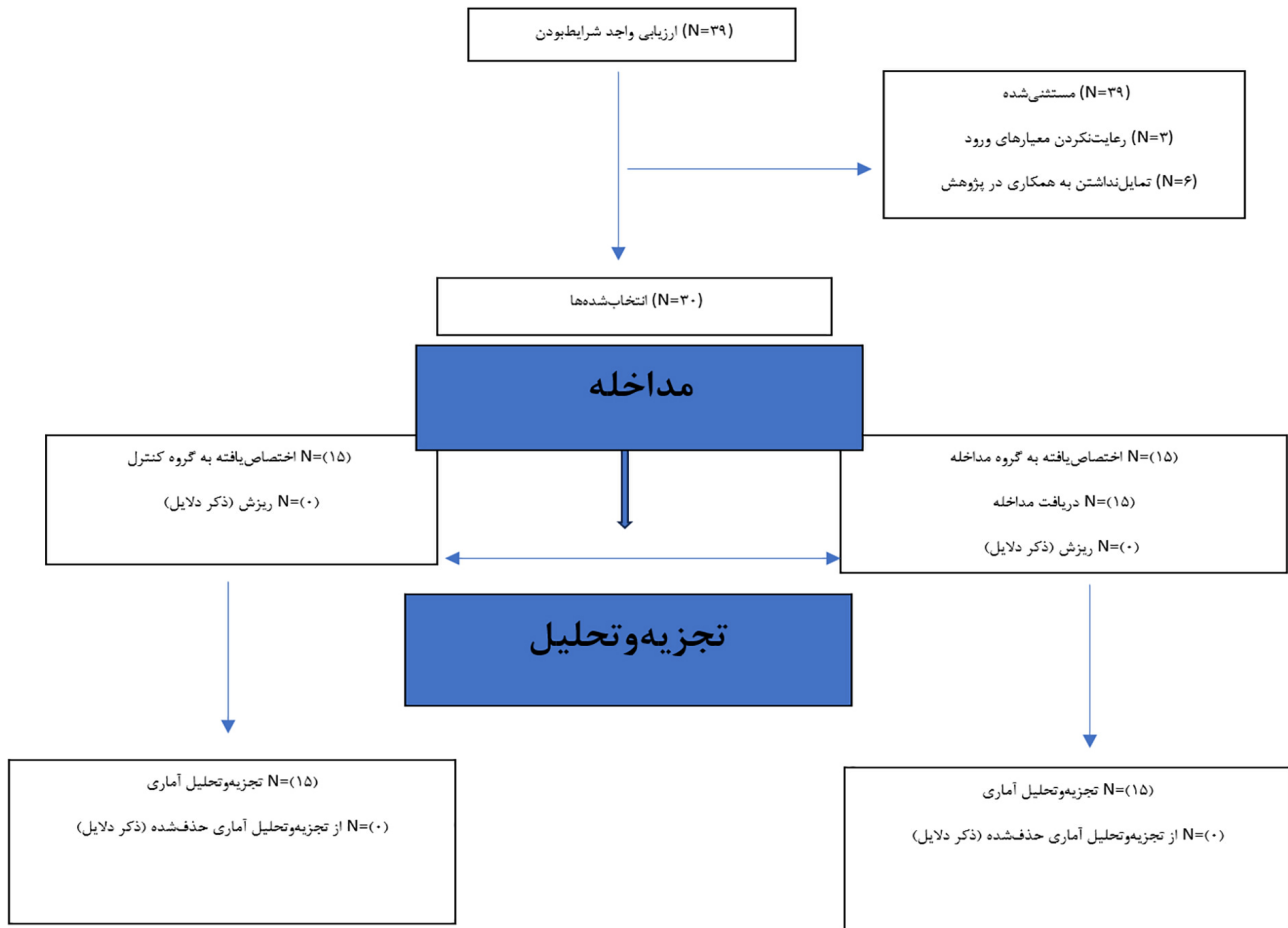
12. Marino

13. Schwartzman

7. Öz

8. Ashrafun

9. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



شکل ۱. نمودار کانسورت

کودکان مبتلا به ASD به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش پانزده نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی هشت جلسه‌ی نود دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ‌گونه برنامه‌ی روان‌درمانی یا دارودرمانی دریافت نکردند. لازم به ذکر است که پس از اتمام مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور رعایت اصول اخلاقی و عدالت درمانی، گروه کنترل نیز درست به مانند گروه آزمایش، همان تعداد جلسات درمانی را با همان مدت زمان دریافت کردند.

معیارهای ورود و خروج

ازجمله مهم‌ترین ملاک‌های ورود به مطالعه می‌توان به داشتن کودک مبتلا به ASD، دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، طلاق نگرفتن والدین، نداشتن سابقه‌ی روان‌پزشکی منجر به بستری، رضایت آگاهانه و کتبی، سکونت در شهر تبریز، دریافت نکردن مداخلات درمانی در مدت دو ماه قبل از شروع مطالعه و توانایی شرکت در جلسات درمانی به‌صورت یک جلسه در هفته به‌مدت هشت هفته اشاره کرد. همچنین

در این مطالعه به دنبال پاسخ به این پرسش بودیم که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبب بهبود رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به ASD شود یا خیر؟

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی^{۱۴} و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

جمعیت مطالعه‌شده

جامعه‌ی آماری این مطالعه شامل کلیه‌ی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم زیر پوشش بهزیستی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. بر مبنای راهنمای تحقیق در مطالعات روان‌شناسی حداقل حجم نمونه برای هر گروه ده نفر توصیه شده است (۳۲) که برای اطمینان بیشتر و کاهش خطای آماری حداقل تعداد شرکت‌کنندگان از پانزده نفر در هر گروه استفاده شد. از بین جامعه‌ی آماری سی نفر از مادران

14. Quasi-experimental

از دست دادن هر کدام از ملاک‌های ورود به مطالعه، غیبت بیش از دو جلسه در مدت درمان، نداشتن پاسخ‌دهی صحیح و دقیق به سؤالات پرسش‌نامه و انصراف از ادامه‌ی همکاری در هر مرحله از پژوهش از جمله ملاک‌های خروج از مطالعه بود (شکل ۱).

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ

مقیاس زوجی انریچ را فورز و اولسون^{۱۵} (۳۳)، برای بررسی رضایت زناشویی تدوین کردند. این مقیاس به تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید، حساس است و با استفاده از این پرسش‌نامه می‌توان با دقت ۹۵-۸۵ درصد بین زوج‌های خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد. این مقیاس شامل ۴۷ گویه است و به صورت طیف لیکرت^{۱۶} پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره‌ی یک) تا کاملاً موافقم (نمره‌ی پنج) رتبه‌بندی می‌شود. حداقل نمرات در این آزمون ۴۷ و حداکثر ۲۳۵ بوده است و نمرات بالاتر به معنای رضایت زناشویی بیشتر است. این پرسش‌نامه دارای دوازده مؤلفه پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و بچه‌ها، بستگان و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهت‌گیری عقیدتی است که سؤالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. فورز^{۱۷} و همکاران (۲۰۰۰) ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را سنجی‌اند و ضریب آلفای کرونباخ^{۱۸} برای این مقیاس ۰/۹۰ بود که حکایت از پایایی خوب این ابزار دارد (۳۳). در داخل کشور نیز مطالعه‌ی طهماسبی و خرم‌آبادی (۳۴)، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۳ به دست آوردند (۳۴). میزان پایایی در مطالعه‌ی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ است.

پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری کانر و دیویدسون

این پرسش‌نامه را کانر و دیویدسون^{۱۹} (۳۵) طراحی کردند و دارای ۲۵ گویه است که به روش پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (نمره‌ی صفر) تا کاملاً درست (نمره‌ی چهار)، درجه‌بندی می‌شود. در این پرسش‌نامه حداقل نمره‌ی شرکت‌کننده صفر و حداکثر صد است.

نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی تاب‌آوری بالاتر شرکت‌کننده است. این مقیاس سنجش ابعاد گوناگون تاب‌آوری روان‌شناختی را در بر گرفته و شامل احساس تنهایی فردی، مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی و احساس حمایت اجتماعی به روش‌های حل مسئله است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، به بررسی مشخصات روان‌سنجی ابزار پرداختند و نتایج آن‌ها نشان داد که این ابزار از پایایی بسیار مطلوبی برخوردار است به نحوی که میزان پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (۳۵). بیگدلی و همکاران (۳۶) این مقیاس در داخل نیز بررسی کرده‌اند و میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد که حکایت از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب این ابزار است (۳۶). از روش آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی این ابزار استفاده شد که میزان آن ۰/۸۱ به دست آمد که حکایت از پایایی مناسب این مقیاس دارد.

برنامه‌ی مداخله

پروتکل درمانی استفاده‌شده در این مطالعه براساس بسته‌ی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز^{۲۰} و همکاران (۳۷) بوده است. مطابق با راهنمای این پروتکل تعداد جلسات درمانی به صورت هشت جلسه است و هر هفته فقط یک‌بار باید این جلسات برگزار شود. همچنین گفتنی است که زمان هر جلسه‌ی درمانی نود دقیقه بوده است که نویسنده‌ی اول در کلینیک شخصی خودش با همکاری یک درمانگر متخصص این رویکرد، آن را برگزار کرده است (جدول ۱).

روند اجرای پژوهش

در ابتدا پس از آن که کد اخلاق مربوط به این مطالعه دریافت شد، به تمامی مراکز بهزیستی شهرستان تبریز مراجعه شد. پس از جلب رضایت و آغاز همکاری با مراکز بهزیستی، کلیه‌ی افراد واجد شرایط شناسایی شدند. سپس برای این افراد کلیه‌ی اهداف پژوهش و مزایای درمانی آن برای واجدین شرکت در مطالعه توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که کلیه‌ی اصول اخلاقی در پژوهش از جمله رازداری و افشانکردن اسامی رعایت خواهد شد و همه‌ی شرکت‌کنندگان در این مطالعه این حق را خواهند داشت که در هر مرحله از پژوهش از ادامه‌ی همکاری انصراف دهند. پس از دریافت رضایت‌نامه‌ی شخصی تعداد سی شرکت‌کننده انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام پانزده نفر) تعیین شدند.

20. Hayes

15. Fowers & Olson
16. Likert scale
17. Fowers
18. Cronbach's alpha
19. Connor & Davidson

جدول ۱. بسته‌ی آموزشی درمان گروهی رضایت زناشویی و تاب‌آوری مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف و فعالیت‌ها و محتوای جلسات درمانی
جلسه‌ی اول	مرور و بررسی تاریخچه‌ی مراجع و ارزیابی آن، تبیین اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است، توضیح فلسفه‌ی مداخله بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به‌موقع در جلسات، انجام تکالیف و تأکید بر اصل رازداری
جلسه‌ی دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل، ایجاد ناامیدی از روش‌هایی که فرد قبلاً انجام داده است، تجربه‌ی این نکته که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است، رساندن مراجع به ناامیدی خلاق، شفاف‌سازی ارزش‌ها
جلسه‌ی سوم	تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها، تأکید بر شناسایی و آگاهی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، ادامه‌ی شفاف‌سازی ارزش‌ها
جلسه‌ی چهارم	تمرینات مربوط به آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث پیرامون آن‌ها، بحث درباره‌ی موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش، ارائه‌ی مقدمه‌ای برای تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، تمرین‌های مرتبط با رضایت و ناراضی‌تی از رنج‌های زندگی
جلسه‌ی پنجم	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث پیرامون آن‌ها
جلسه‌ی ششم	ادامه‌ی تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، اشارات و راهنمایی کمتر درمانگر در حین تمرین
جلسه‌ی هفتم	بحث پیرامون مراحل فعالیت و چرخه‌ی فعالیت، ادامه‌ی بحث پیرامون رضایت‌داشتن از رنج، تمرین‌های ذهن‌آگاهی در حین راه‌رفتن
جلسه‌ی هشتم	تمرین‌های شفاف‌سازی ارزش‌ها، ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به هدف به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی و ارزیابی بیشتر و ارائه‌ی منابع بیشتر

خاطر داده شد که کلیه‌ی اصول اخلاقی در این مطالعه از جمله رازداری، افشانکردن اسامی و عدالت درمانی رعایت می‌شود، به این صورت که حتی اگر شرکت‌کننده‌ای در گروه کنترل قرار گیرد پس از اتمام مطالعه، مداخلات درمانی را با همان تعداد جلسات و همان مدت زمانی دریافت می‌کنند. همچنین به آن‌ها این اطمینان داده شد که در هر مرحله از پژوهش این حق را دارند که از ادامه‌ی همکاری انصراف دهند.

یافته‌ها

نتایج مشخصات جمعیت‌شناختی نشان داد که بیشتر مادران در دامنه‌ی سنی بیست تا سی سال قرار داشتند، به‌طوری‌که هفده نفر معادل ۵۶ درصد کل شرکت‌کنندگان در این بازه‌ی سنی بودند و یازده نفر (۳۶/۶ درصد) در بازه‌ی سنی سی تا چهل سال و تنها دو نفر (۸/۸ درصد) بالای چهل سال سن داشتند. همچنین شغل ۴۳ درصد از مادران شرکت‌کننده خانه‌دار، ۲۶/۶ درصد دانشجو، ۲۳/۳ درصد شغل آزاد و ۸/۸ درصد نیز کارمند بودند. از لحاظ تحصیلات نیز تنها ۱۶/۶ درصد شرکت‌کنندگان تحصیلات زیر دیپلم یا سیکل داشتند و ۳۰ درصد آن‌ها دارای مدرک دیپلم بودند و ۴۳/۳ درصد دارای مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی بودند و ۱۰ درصد نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند.

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات رضایت زناشویی و تاب‌آوری گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۱۱۶/۳۳ و ۴۰/۲۷ بوده است که در پس‌آزمون به ترتیب به ۱۵۴/۶۷ و ۶۰/۴۷ رسیده است.

در ابتدا پرسش‌نامه‌های رضایت زناشویی و تاب‌آوری به هر دو گروه داده شد و پیش‌آزمون انجام شد. سپس افراد گروه آزمایش، مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت هشت جلسه دریافت کردند. در ادامه پرسش‌نامه‌های بالا، مجدد به گروه‌های آزمایش و کنترل داده شد و پس‌آزمون نیز اجرا گردید. گفتنی است که پس از اتمام مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها، افراد شرکت‌کننده که در گروه کنترل بودند همان تعداد جلسات درمانی با همان مدت‌زمان گروه آزمایش را دریافت کردند.

تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل آماری در پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش توصیفی میانگین و انحراف معیار ارائه شده است و در بخش استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره^{۲۱} استفاده شده است. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

در ابتدا و قبل از انجام هرگونه فعالیت، طراحان این مطالعه اقدامات لازم برای دریافت مجوزهای اخلاقی و اجرایی را انجام دادند و کد اخلاق به شماره‌ی IR.IAU.TABRIZ.REC.1399.075 برای این مطالعه، دریافت شد. پس از آن، فعالیت‌های پژوهشی شروع شد. در ابتدا کلیه‌ی مراحل پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و همچنین به آن‌ها اطمینان

21. Multivariate analysis of covariance

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
رضایت زناشویی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۱۶/۳۳	۱۶/۹۹	۰/۹۸۸	۰/۴۵۴
		پس‌آزمون	۱۵۴/۶۷	۱۴/۶۵		
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۲۱/۰۷	۷/۸۰	۰/۹۳۷	۰/۱۷۲
		پس‌آزمون	۱۳۴/۴۰	۱۰/۷۹		
تاب‌آوری	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۲۷	۵/۱۷	۰/۸۶۶	۰/۳۲۹
		پس‌آزمون	۶۰/۴۷	۵/۳۹		
	کنترل	پیش‌آزمون	۵/۵۳	۶/۰۷	۰/۹۲۳	۰/۱۴۵
		پس‌آزمون	۳۸/۴۰	۵/۱۰		

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره گروه‌های مطالعه‌شده در ترکیب متغیرهای وابسته

ارزش	F	df1	df2	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر	توان آزمون
اثر پیلای ^۱	۱۱۰/۳۹۱	۳	۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
لامبدای ویلکز ^۲	۱۱۰/۳۹۱	۳	۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
اثر هلتنینگ ^۳	۱۱۰/۳۹۱	۳	۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
بزرگ‌ترین ریشه‌روی ^۴	۱۱۰/۳۹۱	۳	۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰

۱: Pillai's Trace؛ ۲: Wilks' Lambda؛ ۳: Hotelling's Trace؛ ۴: Roy's Largest Root

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به ASD در شهر تبریز انجام شد. یکی از نتایج این مطالعه آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت معناداری بهبود رضایت زناشویی در گروه آزمایش‌شده را موجب شده است. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی بایرنه^{۲۲} و همکاران (۲۶) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود حمایت عاطفی زوج‌ها مؤثر است (۲۶) و مطالعه‌ی ساندر^{۲۳} و همکاران (۲۷) که نشان دادند این درمان سبب بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به آسیب مغزی، مؤثر است (۲۷) و همچنین مطالعه‌ی داخلی اسدپور و ویسی (۲۸) که نشان دادند این درمان بر دلزدگی زناشویی در زوج‌ها دارای دیابت نوع دو، اثربخشی دارد (۲۸) هم‌سو است و نتایج ناهم‌سویی یافت نشد.

22. Byrne
23. Sander

این مقایسه نشان می‌دهد که نمرات هر دو متغیر در گروه آزمایش افزایش یافته است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نیز نشان داد که در مرحله‌ی پیش‌آزمون توزیع داده‌ها برای همه‌ی متغیرها به‌صورت نرمال بوده است ($P \geq 0.05$).

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به ASD تأثیر معنی‌داری داشته است؛ چراکه F محاسبه‌شده برای آزمون لامبدای ویلکز (۱۱۰/۳۹۱) در سطح $P < 0.01$ معنی‌دار است. از طرفی حجم اثر محاسبه‌شده حاکی از آن است که تفاوت گروه‌ها قادر است ۹۳ درصد از واریانس متغیر ترکیبی را با توان کامل (۱۰۰٪) تبیین کند.

بروندادهای تحلیل کوواریانس (جدول ۴)، نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا ASD تأثیر معنی‌داری داشته است ($P < 0.01$)؛ به‌طوری‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افزایش میزان رضایت زناشویی و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به ASD در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی گروه‌های آزمایشی و کنترل در رضایت زناشویی و تاب‌آوری

مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پاسخ قراردادی	۱	۷/۲۴۷	۲/۸۷۲	۰/۱۰۹	۰/۱۵۲
رضایت زناشویی	۱	۸/۳۸۶	۱/۰۷۱	۰/۳۱۶	۰/۰۶۳
موضوعات شخصی	۱	۵/۲۶۰	۱/۷۷۱	۰/۲۰۲	۰/۱۰۰
ارتباط زناشویی	۱	۱۱/۶۸۲	۴/۳۰۹	۰/۰۵۴	۰/۲۱۲
حل تعارض	۱	۱۷/۳۷۲	۷/۷۸۲	۰/۰۱۳	۰/۳۲۷
مدیریت مالی	۱	۱۵/۱۹۷	۷/۵۶۷	۰/۰۱۴	۰/۳۲۱
برابری نقش	۱	۱/۷۲۰	۰/۸۹۴	۰/۳۵۹	۰/۰۵۳
اوقات فراغت	۱	۱۴/۵۲۰	۸/۳۲۲	۰/۰۱۱	۰/۳۴۲
روابط جنسی	۱	۱۷/۲۸۴	۶/۱۳۴	۰/۰۲۵	۰/۲۷۷
ازدواج و فرزندان	۱	۳۱/۲۱۸	۱۰/۹۳۲	۰/۰۰۴	۰/۴۰۶
بستگان و دوستان	۱	۱۹/۷۵۰	۸/۰۶۱	۰/۰۱۲	۰/۳۳۵
جهت‌گیری عقیدتی	۱	۳۸/۹۴۴	۱۱/۹۵۴	۰/۰۰۳	۰/۴۲۸
تاب‌آوری	۱	۲۰۳۳/۰۲	۱۴۸/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۶

رضایت زناشویی در گروه آزمایش انجامید. همچنین زمانی که این مادران از افکار رنج‌آور دور می‌شوند توانایی آن‌ها برای برقراری ارتباط سالم و سازنده بیشتر می‌شود و به جای ایرادگرفتن از همسر خود، سعی در بهبود ارزش‌های انسانی خود می‌کنند و به تفاوت‌های یکدیگر به چشم چالش و مشکلات شخصیتی نگاه نمی‌کنند و همچنین پذیرش اینکه داشتن کودک مبتلا به ASD به روی هر دو والد فشار روانی مضاعفی وارد می‌کند، ممکن است سبب بهبود همدلی در این مادران در رابطه با همسر خود شود (۳۹).

یکی دیگر از نتایج مطالعه‌ی حاضر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش میزان تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به ASD در گروه آزمایش بود. این نتایج نیز با یافته‌های مارینو^{۲۴} و همکاران (۲۹) که نشان دادند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی مادران دارای کودک ASD اثربخشی دارد (۲۹) و مطالعه‌ی صناعی‌نژاد و همکاران (۳۰) که نشان دادند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود استرس و کنترل خشم والدین دارای کودک ASD اثربخشی دارد (۳۰) و همچنین مطالعه‌ی اسچوارترزمن و همکاران (۳۱) که نشان دادند این درمان بر بهبود تاب‌آوری مادران دارای کودک ASD اثربخشی دارد (۳۱) مشابهت دارد و نتایج ناهم‌سو یافت نشد.

در راستای تبیین تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، می‌توان گفت که این درمان بر پذیرش هرچه بیشتر آگاهی و ارتباط با زمان حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است، تأکید دارد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله‌ی اثربخش در کاهش نارضایتی باشد. در این درمان به جای تغییر در شناخت‌ها و چالش با آن‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار افزایش یابد. یعنی افکار رنج‌آور از شکل آسیب‌زا که مانع زندگی معنادار می‌شود، به شکل انسانی پذیرفته‌شده که بخش‌هایی از زندگی طبیعی هستند، تغییر می‌یابد. در فنون درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی بیشتر تأکید می‌شود (۳۸). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد زوجها را تشویق می‌کند که با ارزش‌های واقعی زندگی خود ارتباط برقرار کنند و مجذوب آن‌ها شوند. این ارزش‌ها باید در رابطه با همسر نمود پیدا کند تا موجبات حمایت عاطفی و رضایت زناشویی را برای زوجها به ارمغان آورد. درمان مذکور به زنان دارای کودک ASD کمک می‌کند تا عواطف و تجارب خود را به گونه‌ای متفاوت‌تر از قبل درک کنند؛ به‌طوری‌که کشمکش با افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهند. بنابراین مادران کودکان مبتلا به ASD با انجام تکالیف، موفق شدند حساسیت خود را کاهش دهند که آن نیز به افزایش

24. Marino

چه جایگاهی قرار گیرد.

پیشنهادهای پژوهشی

- توصیه می‌شود پژوهشگران در مطالعه‌ی آتی از مردان نیز در مطالعه‌ی خود استفاده کنند تا بتوان نتایج را به جنسیت مردان نیز تعمیم داد.
- پیشنهاد می‌شود که این مطالعه در سایر شهرهای کشور به‌ویژه با زبان، فرهنگ و مذاهب متفاوت نیز اجرا شود تا پژوهشگران قابلیت‌های این درمان را در فرهنگ‌های متفاوت بررسی کنند.
- در مطالعات آتی پژوهشگران باید سایر گروه‌های سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۴۵ سال را در نظر بگیرند تا نتایج قابلیت تعمیم بیشتری پیدا کند.
- در نهایت نیز توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی به مقایسه‌ی این درمان با سایر درمان‌ها بپردازند تا از این طریق درمان برتر مشخص شود.

نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های اثربخش در بهبود رضایت زناشویی و افزایش تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به ASD است. به‌نظر می‌رسد که با افزایش این دو متغیر، زوجها رضایت بیشتری را از زندگی تجربه کنند، در برابر مشکلات از خود انعطاف‌پذیری بیشتری نشان دهند و با حمایت از یکدیگر نه تنها به بهبود بهداشت روانی یکدیگر کمک کنند، بلکه از این طریق نیز کودک مبتلا به ASD در جو روانی-عاطفی بهتری قرار می‌گیرد و مسیر درمان برای او با بازدهی بهتری پیش می‌رود. بنابراین به متخصصان سلامت روان توصیه می‌شود که به‌منظور کمک به زوجها دارای کودک مبتلا به ASD از این درمان استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

در اینجا نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه‌ی افرادی که در این مطالعه آن‌ها را یاری کردند به‌ویژه شرکت‌کنندگان در این مطالعه، کمال تشکر و قدردانی خود را اعلام کنند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

در توضیح یافته‌ی پژوهش می‌توان گفت که تاب‌آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی، مقابله با شرایط سخت زندگی را آسان‌تر کرده است و باعث کاهش استرس می‌شود. همچنین تاب‌آوری باعث دریافت حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود که کنترل محیط و ارتباط مؤثر با دیگران را فراهم می‌آورد. همین امر سبب می‌شود افراد با تاب‌آوری بالاتر در شرایط دشوار زندگی حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت کنند و بار استرس آن‌ها کاهش یابد. دریافت کمک از سوی اعضای خانواده سبب می‌گردد مادران فرصت زیادی برای پرداختن به مسائل خود داشته باشند که نتیجه‌ی آن کاهش استرس آن‌هاست. دلیل مؤثر بودن افزایش تاب‌آوری بر کاهش استرس، ممکن است ایجاد راهبردهای کنارآمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد باشد (۴۰). افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و ابراز وجود برخورد می‌کنند. در نتیجه این رویدادها را کنترل‌پذیر می‌بینند. نگرش‌های خوش‌بینانه، پردازش اطلاعات را موقرت‌تر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله‌ی فعال بیشتری را به‌کار می‌گیرد و توانایی کنارآمدن با شرایط دشوار افزایش می‌یابد و تنش و استرس را کاهش می‌دهد (۲۴). درواقع در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای آن که بر حذف عوامل آسیب‌رسان تمرکز کند، به مادران دارای کودک مبتلا به ASD کمک می‌کند تا هیجانات، افکار و احساسات آزاردهنده و ناخوشایند را بپذیرند و از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند. این امر سبب می‌شود که این مادران در مواقع مواجهه با فشار روانی زیاد، منعطف‌تر شوند و کنترل بیشتری بر هیجانات و احساسات منفی از خود نشان دهند که در مجموع سبب بالارفتن تاب‌آوری در آن‌ها می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش

- شرکت‌کنندگان در این مطالعه تنها مادران دارای کودک مبتلا به ASD بودند و از مردان دارای این کودکان استفاده نشد.
- تمامی نمونه‌ها تنها از شهر تبریز انتخاب شده بودند. ممکن است نتایج در شهرهای دیگر با بافت فرهنگی، زبانی و مذهبی متفاوت، یکسان نباشد.
- دامنه‌ی سنی مادران از ۲۰ تا ۴۵ سال متغیر بود و این مطالعه سایر گروه‌های سنی مانند مادران زیر ۲۰ سال و بالای ۴۵ سال را در نظر نگرفته است.
- تنها از یک درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، استفاده شد. بنابراین مشخص نیست که این درمان در مقایسه با درمان‌های روان‌درمانی دیگر در

منابع

1. Hirota T, King BH. Autism spectrum disorder: a review. *JAMA*. 2023;329(2):157-68.
2. Talantseva OI, Romanova RS, Shurdova EM, Dolgorukova TA, Sologub PS, Titova OS, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a three-level meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1071181.
3. Micai M, Fatta LM, Gila L, Caruso A, Salvitti T, Fulceri F, et al. Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2023;155:105436.
4. Yavari A, Zamanian M, Panahian M, Valizadeh A. Prevalence of autism spectrum disorder with high-functioning among children aged 7–12 years. *Dep Health*. 2022;13(2):165-74. Persian.
5. Desquenne Godfrey G, Downes N, Cappe E. A systematic review of family functioning in families of children on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord*. 2024;54(3):1036-57.
6. Sutherland D, Flynn S, Kurzeja O, Griffin J, Hastings R. Family-systems interventions for families of people with an intellectual disability or who are autistic: a systematic review. *J Intellect Disabil Res*. 2023;67(10):1003-28.
7. Hartley SL, Barker ET, Seltzer MM, Floyd F, Greenberg J, Orsmond G, et al. The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *J Fam Psychol*. 2010;24(4):449-57.
8. Cyr Brisini KS, Tian X, Solomon D. Marital experiences and parental “highs” and “lows” when a child with autism starts school. *J Autism Dev Disord*. 2023;53(10):3932-42.
9. Wolstencroft J, Srinivasan R, Hall J, van den Bree MBM, Owen MJ, Consortium I, et al. Mental health impact of autism on families of children with intellectual and developmental disabilities of genetic origin. *JCPP Adv*. 2023;3(1):e12128.
10. Abdi R, Narimani A. Comparison of personality traits and resiliency in mothers of children with autism disorder and attention deficit/hyperactivity disorder with normal children's mothers. *Middle East J Disabil Stud*. 2018;8(70):1-6. Persian.
11. Halstead E, Ekas N, Hastings RP, Griffith GM. Associations between resilience and the well-being of mothers of children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *J Autism Dev Disord*. 2018;48(4):1108-21.
12. Lee GK, Lopata C, Volker MA, Thomeer ML, Toomey JA, Rodgers JD, et al. Stress, resiliency factors, quality of life among caregivers of children with high functioning autism spectrum disorders (HFASDs). *Aust J Rehabil Couns*. 2012;18(1):25-36.
13. Tyszkiewicz-Gromisz B, Burdzicka-Wolowik J, Tymosiewicz P, Gromisz W. Parental competences and stress levels in mothers of children with autism spectrum disorders and children developing neurotypically. *J Clin Med*. 2024;13(4):1119.
14. Clark M, Adams D. Resilience in autism and intellectual disability: a systematic review. *Rev J Autism Dev Disord*. 2022;9(1):39-53.
15. Ghanouni P, Quirke S. Resilience and coping strategies in adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2023;53(1):456-67.
16. Botha M, Dibb B, Frost DM. “Autism is me”: an investigation of how autistic individuals make sense of autism and stigma. *Disabil Soc*. 2022;37(3):427-53.
17. Marcinechova D, Zahorcova L, Lohazerova K. Self-forgiveness, guilt, shame, and parental stress among parents of children with autism spectrum disorder. *Curr Psychol*. 2024;43(3):2277-92.
18. Ebrahim MT, Allothman AA. Resilience and social support as predictors of post-traumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorder in Saudi Arabia. *Res Dev Disabil*. 2021;113:103943.
19. Jamshidian E, Abed EH, Sourtiji H, Azar EF, Hashemzadeh M, Mirzaie H. Lived experiences of Iranian parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Iran J Public Health*. 2023;52(8):1626-41. Persian.
20. Öz B, Yüksel T, Nasiroğlu S. Depression-anxiety symptoms and stigma perception in mothers of children with autism spectrum disorder. *Arch Neuropsychiatry*. 2019;57(1):50-8.
21. Ashrafun L, Uddin MJ, Debnath D. Caregiver narratives of children with autism spectrum disorder: exploring symptom recognition,

- diagnosis, and interventions. *J Autism Dev Disord.* 2025;55(9):3314-27.
22. Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: a review of meta-analyses. *J Contextual Behav Sci.* 2020;18:181-92.
 23. Coto-Lesmes R, Fernandez-Rodriguez C, Gonzalez-Fernandez S. Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2020;263:107-20.
 24. Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Baryaji S, Saeedi Z, Kiani A, Fathi-Ashtiani A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function, coping strategies and distress tolerance of employees with rheumatoid arthritis. *Sadra Med J.* 2023;11(4):360-73. Persian.
 25. Geda YE, Krell-Roesch J, Fisseha Y, Tefera A, Beyero T, Rosenbaum D, et al. Acceptance and commitment therapy in a low-income country in Sub-Saharan Africa: a call for further research. *Front Public Health.* 2021;9:732800.
 26. Byrne G, Ghrada AN, O'Mahony T, Brennan E. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychol Psychother.* 2021;94 Suppl 2:378-407.
 27. Sander AM, Clark AN, Arciniegas DB, Tran K, Leon-Novelo L, Ngan E, et al. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychol Rehabil.* 2021;31(7):1105-29.
 28. Asadpour E, Veisi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual self-esteem and burnout marital among women with type 2 diabetes. *J Arak Univ Med Sci.* 2019;21(7):8-17. Persian.
 29. Marino F, Failla C, Chila P, Minutoli R, Puglisi A, Arnao AA, et al. The effect of acceptance and commitment therapy for improving psychological well-being in parents of individuals with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Brain Sci.* 2021;11(7):880-95.
 30. Sanieemanesh M, Asadpour I, Zahra Kar K. The effectiveness of group counseling based on acceptance and commitment therapy on marital stress and psychological hardness in mothers of children with profound and multiple disabilities. *J Appl Psychol Res.* 2022;13(2):141-55.
 31. Schwartzman JM, Millan ME, Uljarevic M, Gengoux GW. Resilience intervention for parents of children with autism: findings from a randomized controlled trial of the AMOR method. *J Autism Dev Disord.* 2022;52(2):738-57.
 32. Sarmad Z, Bazergan A, Hejazi E. Research methods in behavioral science. Tehran: Agah Publications; 1997. p. 1-408. Persian.
 33. Fowers BJ, Olson DH. Enrich marital inventory: a discriminant validity and cross-validation assessment. *J Marital Fam Ther.* 1989;15(1):65-79.
 34. Tahmasby H, Khorramabadi Y. Predicting marital satisfaction based on extraversion, marital empathy, and marital forgiveness in married women. *Soc Psychol Res.* 2023;13(51):61-74. Persian.
 35. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82.
 36. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. *Iran J Med Educ.* 2013;13(9):721-9. Persian.
 37. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther.* 2004;35(1):35-54.
 38. Mardani F, Yousefi SA, Ghorbani E, Mirzaei Z. The effectiveness of realistic acceptance and commitment therapy (RACT) on marital burnout and alexithymia in couples. *J Assess Res Appl Couns.* 2023;5(1):9-18. Persian.
 39. Kaviani Z, BakhtiarPoor S, Heidari A, Askary P, Eftekhari Z. The effect of treatment based on acceptance and commitment (ACT), on resiliency and dysfunctional attitudes of MS female patients in Tehran. *Knowl Res Appl Psychol.* 2020;21(1):84-92. Persian.
 40. Salehi S, Zahra Kar K, Asadpour E, Tehranian A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on occupational burnout, couple burnout, and family resilience among nurses. *Sadra Med J.* 2024;12(2):175-92. Persian.