اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم

اکرم احمدی [۱]
دکتر زهره رئیسی [۲]

چکیده

فشار روانی که به مادران کودکان اوتیسم وارد می‌شود، منجر به کاهش خودکارآمدی این مادران می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم انجام گرفته است. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مادران دارای کودک اوتیسم شهر اصفهان تشکیل دادند که از میان آنان ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی به دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. به دلیل ریزش نمونه، ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه باقی ماندند. ابزار پژوهش، مقیاس خودکارآمدی مادران برکلی ساختهٔ هالووی و همکاران (۲۰۰۵) بود. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نشد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی و مؤلفه‌های آن (مسئولیت‌پذیری، خودمدیریتی، پذیرش فرزند و ارزیابی مثبت فرزند) در مادران دارای کودک اوتیسم مؤثر بوده است ($p<۰/۰۵$). از این رو می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در افزایش خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم مؤثر باشد و از طریق این نوع درمان می‌توان به مادران دارای کودکان اوتیسم کمک کرد.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی، مادران دارای کودک اوتیسم

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۱۶

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران ahmadiakram999@gmail.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (نویسنده مسئول) z.tadbir@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

مقدمه، مبانی نظری و پیشینه پژوهش

وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روان، وابسته به سلامت بخشهای کوچک‌تر آن مانند انجمنها، گروهها و خانواده‌های موجود در آن جامعه است. خانواده نخستین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌کنند. بنابراین کاملاً طبیعی است که نیازهای خانواده با وضعیت کودکی که تحت حمایت وآموزش قرار دارد، هماهنگ شود. مطابق با دیدگاه سیستمی، عملکرد هر فرد درون سیستم خانواده بر ادامهٔ بقا و تغییر رفتارهای دیگر اعضا تأثیر می‌گذارد، بنابراین اختلال یکی از اعضا بر کارکرد سایر اعضا مؤثر است و می‌تواند سبب اختلال در کارکرد خانواده شود(سرابی جماب، ۱۳۸۹). وجود کودک دچار مشکلات زیاد جسمی و روحی در یک خانواده اغلب آسیبهای جبران‌ناپذیری بر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به‌اندازه‌ای است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدید می‌شود (برجیس و همکاران، ۱۳۹۲). اختلالهای رشدی فراگیر یکی از انواع اختلالاتی است که خانواده‌ها را با چالشهای بسیار روبه‌رو می‌کند. اوتیسم مشهورترین این اختلالات است. اختلال اوتیسم[1] معمولاً در ۲ تا ۵ سالگی تشخیص داده می‌شود و بر پایه رفتارهایی همچون نبود تماس چشمی، ویژگیهای جسمی و رفتاری خاص، اختلالات ارتباطی و زبان و واکنش شدید یا خفیف به محرکهای حسی است (احمدی‌کهجوق، فرهبد، سورتجی و رصافیانی، ۱۳۸۹، به نقل از حسین‌آبادی، ۱۳۹۵). مطالعات موردی نشان داده‌اند که برخی از کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم، از اوایل دوران کودکی به مسائل اجتماعی پاسخگو نیستند، درحالی‌که برخی دیگر معتقدند که آغاز علائم پس از سن دوسالگی است (سمرود کلیکمن و تیتر الیسون[2]، ۱۳۹۵). نقایص شدید در زبان و رفتار اجتماعی کودکان اوتیسم، تأثیری ژرف بر خانواده آنان می‌گذارد. والدین کودکان درخودمانده اغلب توانایی مهار کردن مشکلات رفتاری آنان را ندارند و رغبتی به بردن این کودکان به مکانهای گوناگون نشان نمی‌دهند (کراتوچویل و موریس[3]،۱۳۹۱). اگرچه درمانهای رفتاری سبب بهبود رفتارهای هدف در کودکان دچار اوتیسم می‌شوند، اما این کودکان به حمایتهای مداوم نیاز دارند تا مهارتهای به‌دست‌آمده را حفظ و مهارتهای شناختی تازه را کسب کنند (بیبی[4] و همکاران، ۲۰۰۱). وجود این کودکان سبب محدود شدن تعاملات و فعالیتهای اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط میان- فردی آنها تأثیر می‌گذارد؛ مثلاً بر شغل مادر تأثیر منفی می‌گذارد و در مواردی سبب

1. Autism
2. Semrud-Clikeman & Teeter Ellison
3 .Kratochwil & Morris
4. Bibby

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

می‌شود که مادر به دلیل مسئولیتهای زیاد مراقبت از فرزند اوتیسم، شغل خود را رها کند. زندگی در این خانواده‌ها حول کودک اوتیسم می‌چرخد (هوبارت، ۲۰۰۸، به نقل از بیرامی و همکاران، ۱۹۹۳).

چیمه و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم نشان دادند بیشتر مادران به هنگام تشخیص اختلال اوتیسم دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی شده‌اند. همچنین نتایج پژوهش غباری‌بناب و استیری (۱۳۸۵) نشان داده است که مادران دارای کودک اوتیسم بیشتر نشانه‌های پس روان‌آزردگی یعنی اضطراب، افسردگی، احساس گناه، عزت نفس پایین، تنیدگی، هیجانی بودن، خجالتی بودن و دمدمی بودن را نشان می‌دهند، اما مادران کودکان عادی دارای پایداری هیجانی بیشتری هستند. این امر می‌تواند سبب کاهش اعتمادبه‌نفس مادران شود و بر روابط مادر و کودک تأثیر بگذارد و خودکارآمدی[1] مادران را کاهش دهد.

استرسی که به خانواده‌ها، به‌ویژه مادران دارای کودک اوتیسم وارد می‌شود نیز از دیگر عواملی است که باید مورد توجه قرار گیرد. پژوهشهای اخیر درباره والدین کودکان دچار اوتیسم نشان می‌دهند که والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی و کودکانی که نیازهای ویژه یا بیماریهای مزمن دارند، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (دابروسکا و پیسولا[2]، ۲۰۱۰). استرس والدین به‌مثابه یک فشار مزمن نه‌تنها بر کارکردهای جسمانی تاثیرگذار است، بلکه آشفتگی روان‌شناختی افراد را بالا می‌برد. ازاین‌رو والدین کودکان دچار مشکل، اغلب با انواع گوناگونی از مشکلات روانی- اجتماعی و عملی روبه‌رو می‌شوند که برخی اوقات موجب بروز سطوح بالایی از پریشانی، کاهش خودکارآمدی، مشکلات هیجانی مانند ترس، افسردگی و نگرانی، رضایت پایین زناشویی و مشکلات کاری و مالی می‌شود (اقبالی، ۱۳۹۲).

هیستینگز و سایمز[3] (۲۰۰۲) نیز استرس را یکی از عوامل برجسته تأثیرگذار بر خودکارآمدی والدگری می‌دانند. خودکارآمدی را باور به توانایی یک فرد در داشتن یک رفتار یا انجام دادن یک کار خاص به‌صورت موفقیت‌آمیز عنوان می‌کنند (کوربان اوغلو[4]، ۲۰۰۳). خودکارآمدی والدگری یکی از مؤلفه‌های پیوند میان والدین و فرزندان است. بدین معنا که والدین به چه میزان در توانایی‌شان جهت به دست گرفتن تمام جوانب پرورش کودک احساس کارآمدی دارند

1. Self-efficacy
2. Dabrowska & Pisula
3. Hastings & Symes
4. Kurbanoglu

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

(جمالی نژاد، ۱۳۹۱). خودکارآمدی والدینی به ارزیابی والدین نسبت به توانایی‌شان در ایفای نقش خود به‌عنوان مادر یا پدر گفته می‌شود. احساس خودکارآمدی نیازمند داشتن دانش و اطلاعات درزمینه روشهای مؤثر مراقبت از کودک و تعامل و برقراری ارتباط با اوست (مغربی‌سینکی و همکاران، ۱۳۹۴). در حقیقت احساس خودکارآمدی، سازه ای پیچیده است که احتمالاً تحت تأثیر نوع و شدت بیماری و حمایتهای اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرد (مهاجرانی و همکاران، ۱۳۹۲). تتی و گلفند[1] (۱۹۹۱) در پژوهش خود حمایتهای اجتماعی را از عوامل تأثیرگذار بر خودکارآمدی مادران می‌دانند و به این نتیجه رسیدند که آن دسته از مادرانی که خودکارآمدی ضعیف‌تری داشتند، در برقراری ارتباط با کودکشان صمیمیت کمتری نشان می‌دادند و در مقابل، مادرانی که در نقش والدینی خود احساس خودکارآمدی بیشتر و پایدارتر داشتند، روابطی گرم و صمیمی با کودکانشان برقرار می‌کردند. در واقع والدینی که در ارتباط با کودک خود قواعد کمتر سخت‌گیرانه‌ای را وضع می‌کنند و تعاملاتی مثبت‌تر با فرزندانشان دارند، از خودکارآمدی بالاتر نیز برخوردارند (تتی و گلفند، ۱۹۹۱). ترانزو[2] (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافت که افزایش خودکارآمدی مادران با بهبود کیفیت تعاملات مادر-کودک در ارتباط است و مادرانی که خودکارآمدی ضعیف‌تر دارند، با احتمال بیشتر به‌صورت پرخاشگرانه با فرزندانشان ارتباط برقرار می‌کنند. فشار روانی که به مادران کودکان دچار اختلال اوتیسم وارد می‌شود، منجر به کاهش خودکارآمدی این مادران می‌شود و این موضوع تأثیر منفی بسزایی بر روند رشد کودک می‌گذارد. رزندز و اسکارپا[3] (۲۰۱۱) دریافتند که استرس والدگری، سبب کاهش خودکارآمدی والدین و افزایش افسردگی و اضطراب آنان می‌شود. همین امر موجب می‌شود که مادران نسبت به تواناییهای خود در ایفای نقش مادرانه تردید داشته باشند و به این نتیجه برسند که خودکارآمدی لازم را در کنترل و مدیریت رفتارهای کودک ندارند.

یکی از مداخلات درمانی مورد توجه روانشناسان در زمینه‌های عنوان‌شده، استفاده از روش درمانی پذیرش و تعهد[4] است که به‌عنوان موج سوم درمان شناختی- رفتاری مطرح است. در موج سوم درمان شناختی- رفتاری که به منزلهٔ درمانهای پست مدرن شناخته‌شده‌اند، باور بر این است که شناخت هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک زندگی غنی و پرمعناست که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. روش درمانی پذیرش و تعهد دربارهٔ انجام دادن اقدام مؤثری است که با عمیق‌ترین

1. Teti & Gelfand
2. Trunzo
3. Rezendes & Scarpa
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

ارزشهای ما هدایت می‌شود، آن‌هم درحالی‌که ما کاملاً آماده و متعهدیم. روش درمانی پذیرش و تعهد دربرگیرندهٔ شش فرایند اصلی است که این شش مؤلفه را می‌توان در دو حیطه فرایندهای ذهن آگاهی (پذیرش[۱]، گسلش شناختی[۲]، خود به‌عنوان زمینه[۳] و در زمان حال بودن[۴]) و تغییر رفتار (ارزش[۵] و عمل متعهدانه[۶]) دسته‌بندی کرد، فرایندهایی که در ترکیب با هم انعطاف‌پذیری شناختی را ایجاد می‌کنند (کریم زاده، ۱۳۹۳). آسیب‌شناسی روانی طبق الگوی پذیرش و تعهد بر پایه دیدگاه هیز، پانکی و گِرِگ[۷] (۲۰۰۲) در چهار واژه خلاصه می‌شود که شامل آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب و دلیل‌آوری است. از طریق آمیختگی، فرایندهای کلامی به‌طور نامناسب روی انسان تأثیر دارند و منجر به این می‌شوند که فرد به شیوه‌هایی رفتار کند که با شبکه‌های کلامی انعطاف‌ناپذیر هدایت شود، نه با شرایط واقعی محیط. ارزشیابی برای انسانها می‌تواند کاملاً مبتنی بر رویدادهای کلامی باشد که هرگز با آنها تماسی نداشته است. اجتناب، هنگامی رخ می‌دهد که فرد مایل نیست ارتباط و تماس با یک تجربه درونی خاص را ادامه دهد و منظور از دلیل‌آوری کوشش فرد برای ایجاد تبیینات لفظی برای به‌کارگیری شیوه‌های مقابله ناکارآمد است که سبب می‌شوند شخص نسبت به همایندیهای واقعی در محیط، کمتر حساس باشد (هیز، پانکی و گِرِگ، ۲۰۰۲).

حیدری و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نشان دادند که میان گروه آزمایش و شاهد در نمرات متغیر درماندگی شناختی و فراوانی و باور به افکار خودآیند مادران تفاوتی معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش نیک‌نژادی و دهقان سفیدکوه (۱۳۹۴) نیز درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی و شفقت بر خود در مادران دارای کودکان اوتیسم شهر اصفهان حاکی از آن است که این نوع درمان در مادران کودکان اوتیسم مؤثر است. آیفرت و فورسایث[۸] (۲۰۰۵) عنوان می‌کنند انتظار می‌رود ایجاد و پرورش پذیرش در مراجعان، سبب کاهش اجتناب شناختی، رشد زندگی مبتنی بر ارزش و افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های گوناگون زندگی شود. از این رو با توجه به نقش برجسته فرایند پذیرش شرایط اختلال اوتیسم از سوی مادران دارای کودک مبتلا به این اختلال، همخوانی ساختارهای آسیب‌شناسی

1. Acceptance
2. Defusion
3. Self as context
4. Contact with the present moment
5. Values
6. Committed action
7. Hayes, Pankey & Gregg
8. Eifert & Forsyth

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

رویکرد پذیرش و تعهد با چالشهای پیش روی این مادران و لزوم افزایش مهارت خودکارآمدی در مادران دارای فرزند اوتیسم، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم تأثیرگذار است یا خیر؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش را مادران مراجعه‌کننده به مراکز اوتیسم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. در این پژوهش پژوهشگران پس از دریافت مجوز از سازمان بهزیستی شهر اصفهان در اردیبهشت ۱۳۹۶، به مراکز درمان و نگهداری اوتیسم شهر اصفهان مراجعه و تعداد ۶۰ دعوتنامه برای مادران دارای کودک اوتیسم ارسال نمودند. ۳۰ نفر از این مادران که تمایل به همکاری با پژوهش داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر پایه ملاکهای ورود انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به سبب ریزش نمونه، گروه آزمایش به ۱۰ نفر و گروه گواه به ۱۲ نفر کاهش یافت.

ابزار پژوهش

مقیاس خودکارآمدی مادران برکلی نسخه دوم[1]: این مقیاس را هالووی، سوزوکی، یاماموتو و بیهرنز[2] (۲۰۰۵) ساخته اند و دارای ۱۷ ماده و چهار خرده‌مقیاس مسئولیت‌پذیری، خودمدیریتی، پذیرش فرزند و ارزیابی مثبت فرزند است. این مقیاس دارای لیکرت شش درجه‌ای است. بالات، زمبات و آجار[3] (۲۰۱۰)، روایی این مقیاس را به روش بازآزمایی موردبررسی قرار دادند و مقدار همبستگی میان این دو بار اندازه‌گیری در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. بالات و همکاران (۲۰۱۰)، آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۰ و همچنین آلفای عاملهای مسئولیت‌پذیری، خودمدیریتی، پذیرش فرزند و ارزیابی مثبت فرزند را به ترتیب ۰/۶۸۸، ۰/۶۸۱، ۰/۷۷۰ و ۰/۶۲۳ گزارش کرده اند. رضایی و همکاران (۱۳۹۳) برای تعیین پایایی این آزمون از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده کردند و برای خرده مقیاسهای مسئولیت‌پذیری، خودمدیریتی، پذیرش فرزند و ارزیابی مثبت فرزند به ترتیب مقادیر ۰/۶۳، ۰/۶۵، ۰/۵۶ و ۰/۵۸ را به دست آوردند. اعتبار همگرایی این آزمون از طریق اجرای همزمان آن با آزمون خودکارآمدی عمومی به دست آمد. نتایج نشان داد که میزان همبستگی ۰/۶۷ است که در سطح $P \leq ۰/۰۱$ معنادار است(رضایی و همکاران ۱۳۹۳). اعتبار به دست آمده برای

1. Berkeley Parenting Self-Efficacy Scale- Second Grade Version
2. Holloway, Suzuki, Yamamoto & Behrens
3. Balat, Zembat & Acar

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

این مقیاس در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۹ بود. پایایی ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۱ بود که با آلفای کرونباخ محاسبه شده است.

روش اجرا

پس از مشخص شدن گروهها، هر دو گروه با مقیاس خودکارآمدی برکلی پیش‌آزمون شدند. سپس پژوهشگران برای گروه آزمایش هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل درمانی پذیرش و تعهد را بر اساس الگوی باند[1] و همکاران (۲۰۱۱)، به‌صورت یک جلسه در هفته اجرا کردند. آنگاه هر دو گروه با مقیاس خودکارآمدی برکلی مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. داده‌های به‌دست‌آمده از طریق نرم‌افزار آماری SPSS 22 و با روشهای آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و ...) و در بخش آمار استنباطی با بهره‌گیری از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها برابر $p<۰/۰۰۱$ در نظر گرفته شد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده در این پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع	اهداف
اول	معارفه و آشنایی و مبانی نظری پذیرش و تعهد	معارفه و گرفتن پیش‌آزمون، توضیحاتی درباره پذیرش و تعهد
دوم	فرایندهای زیربنایی درمان پذیرش و تعهد	زمینه‌گرایی عملکردی، چارچوب رابطه‌های ذهنی، استفاده از تمثیل، ارتباط با زمان حال
سوم	ناامیدی خلاقانه و فهم ارزش‌گذاری	پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه
چهارم	عینی‌تر کردن ارزشها و عمل متعهدانه	شناسایی ارزشها، سنجش ارزشها، اعمال، اهداف و موانع
پنجم	شروع درمان گواه است نه راه حل	جایگزین کردن تمایل به‌جای گواه با به‌کارگیری استعاره‌ها
ششم	مواجهه (نظری)	بررسی مواجهه با موقعیت دردآور
هفتم	مواجهه (عملی)	به اجرا گذاشتن موقعیتهای دردآور
هشتم	حمایت اجتماعی و جمع‌بندی	مرور جلسات و کارآمد بودن حمایت اجتماعی در زندگی افراد، گرفتن پس‌آزمون

ملاک ورود به پژوهش نداشتن اختلال روان‌شناختی همبود در مادران دارای کودک اوتیسم، به تشخیص روان‌پزشک بود و ملاک خروج عدم همکاری مادران و غیبت بیش از دو جلسه آنان در جلسات درمان در نظر گرفته شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی به آزمودنیها گفته شد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه خواهد ماند و به جز پژوهشگران هیچ فرد دیگری به این اطلاعات دسترسی نخواهد داشت. همچنین موضوع پژوهش به آگاهی آنان رسید و عنوان شد که همکاری

1. Bond

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

در پژوهش اختیاری است و در هر مرحله از پژوهش که تمایل به ادامه حضور در پژوهش نداشته باشند، می‌توانند از ادامه مشارکت خودداری کنند.

در این پژوهش سن مادران کودکان موردبررسی از ۲۴ سال تا ۵۷ سال با میانگین سنی ۴۰ سال (میانگین گروه آزمایش ۴۳ و میانگین گروه گواه ۳۷/۵)، میانهٔ ۴۰/۵ سال و انحراف استاندارد ۷/۹۶ سال بوده است. از لحاظ آماری اختلاف معنادار میان میانگین سن مادران کودکان دو گروه وجود نداشته است(۰/۱۰۸=سطح معناداری). تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش، از دیپلم تا فوق‌لیسانس بوده است.۴ مادر (معادل ۱۸/۲ درصد) دیپلم، ۷ مادر (معادل ۳۱/۸ درصد) فوق‌دیپلم، ۹ مادر (معادل ۴۰/۹ درصد) لیسانس و ۲ مادر (معادل ۹/۱ درصد) فوق‌لیسانس بودند. از لحاظ آماری اختلاف معنادار میان تحصیلات مادران کودکان دو گروه وجود نداشته است (۰/۲۳۶=سطح معناداری).

یافته‌ها

ابتدا به بررسی توصیفی متغیرها، بررسی نرمال بودن پیش‌فرضها و مساوی بودن واریانس متغیرها در گروهها پرداخته شد و سپس با بهره‌گیری از تحلیل کوواریانس به بررسی فرضیات پژوهش پرداخته شد. بررسیها نشان دادند که از لحاظ آماری اختلاف معنادار میان میانگین سن مادران کودکان، فرزند چندم بودن کودکان و سطح تحصیلات مادران کودکان دو گروه وجود نداشته است.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های خودکارآمدی(مسئولیت‌پذیری، خودمدیریتی، پذیرش فرزند و ارزیابی مثبت فرزند) مادران دارای کودک اوتیسم پیش و پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم پیش و پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

زمان اندازه‌گیری	متغیر	گروه گواه		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	مسئولیت‌پذیری	۸/۱۷	۱/۷۰	۷/۴۰	۱/۵۸
	خودمدیریتی	۹/۱۷	۱/۶۴	۹/۷۰	۱/۴۹
	پذیرش فرزند	۱۲/۶۷	۲/۰۶	۱۳/۴۰	۲/۹۹
	ارزیابی مثبت فرزند	۹/۳۳	۱/۵۶	۱۰/۰۰	۱/۵۶
	خودکارآمدی	۳۹/۳۳	۴/۰۱	۴۰/۵۰	۴/۵۵

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

پس‌آزمون	مسئولیت‌پذیری	۸/۰۰	۱/۸۶	۱۲/۶۰	۱/۸۴
	خودمدیریتی	۹/۴۲	۱/۱۷	۱۲/۸۰	۱/۲۳
	پذیرش فرزند	۱۲/۰۸	۱/۸۳	۱۶/۲۰	۱/۶۹
	ارزیابی مثبت فرزند	۹/۳۲	۱/۱۶	۱۱/۱۰	۰/۷۴
	خودکارآمدی	۳۸/۸۳	۲/۶۲	۵۲/۷۰	۱/۷۰

بر اساس جدول شمارهٔ ۲، میانگین نمرهٔ مؤلفهٔ خودکارآمدی مادران در گروه گواه کاهش داشته است (۳۹/۳۳ در پیش‌آزمون و ۳۸/۸۳ در پس‌آزمون) ولی میانگین نمرهٔ خودکارآمدی مادران در گروه آزمایش افزایشی قابل توجه داشته است (۴۰/۵۰ در پیش‌آزمون و ۵۲/۷۰ در پس‌آزمون).

با توجه به نتایج بررسی فرض نرمال بودن مؤلفه‌های خودکارآمدی (مسئولیت‌پذیری، خودمدیریتی، پذیرش فرزند و ارزیابی مثبت فرزند) مادران دارای کودک اوتیسم موردبررسی نشان دادند که در تمام مؤلفه‌های خودکارآمدی، چه در زمان پیش‌آزمون و چه در زمان پس‌آزمون پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار بوده زیرا مقادیر سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده است. بنابراین استفاده از آزمونهای پارامتریک برای داده‌های حاضر بلامانع بود.

برابری واریانس گروهها نیز با استفاده از آزمون لوین موردبررسی قرار گرفت و مشخص شد که در تمام مؤلفه‌های خودکارآمدی فرضیهٔ یکسان بودن واریانس گروهها، پذیرفته شده است.

در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) در بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های خودکارآمدی (مسئولیت‌پذیری، خودمدیریتی، پذیرش فرزند و ارزیابی مثبت فرزند) بررسی شده است. در این آنالیز، متغیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان متغیر مستقل و اثرگذار وارد الگو شده و مؤلفه‌های خودکارآمدی پس از آزمون به‌عنوان متغیرهای وابسته وارد الگو شده‌اند. همچنین مؤلفه‌های خودکارآمدی پیش از آزمون، به‌عنوان متغیرهای کوواریت وارد الگو شده‌اند تا اثر آنها کنترل شود (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج بررسی یکسان بودن کوواریانس گروهها

آزمون باکس	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
۹/۷۱۷	۰/۷۵۴	۱۰	۱۷۵۱/۳۳۳	۰/۶۷۳

با توجه به جدول ۳ فرضیهٔ یکسان بودن کوواریانس گروهها در سطح ۰/۰۵ پذیرفته شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیره در متن مانکووا روی مؤلفه‌های خودکارآمدی مادران گروههای آزمایش و گواه

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	توان	مجذور اتا
مسئولیت‌پذیری	۱۳۱/۷۸۹	۱	۵۳/۹۶۵	<۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰	۰/۷۷۱
خودمدیریتی	۵۱/۴۴۹	۱	۴۰/۵۹۷	<۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰	۰/۷۱۷
پذیرش فرزند	۵۸/۰۷۵	۱	۲۷/۵۱۰	<۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۸	۰/۶۳۲
ارزیابی مثبت فرزند	۸/۸۴۱	۱	۱۶/۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶۸	۰/۵۰۸

با توجه به جدول شماره ۴ اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمام مؤلفه‌های خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است. به این معنا که میانگین نمرهٔ همهٔ مؤلفه‌های خودکارآمدی (مسئولیت‌پذیری، خودمدیریتی، پذیرش فرزند و ارزیابی مثبت فرزند) در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بیشتر بوده، بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تمام مؤلفه‌های خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم انجام گرفته و نتایج مداخله نشان داده که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم مؤثر بوده است. خودکارآمدی را برآورد کلی فرد از توانایی خود برای تأثیر گذاشتن بر عملکردهای ضروری در مدیریت شرایط بیان کرده‌اند (پیلای و ویلیامز[1]، ۲۰۰۴). بنابراین با توجه به این حقیقت که استرسی که به مادران کودکان دچار اختلال اوتیسم وارد می‌شود، منجر به کاهش خودکارآمدی این مادران می‌شود و خودکارآمدی پایین مادران، تأثیر منفی بسیار بر روند رشد کودک می‌گذارد، ارائهٔ برنامه‌های درمانی زودهنگام برای حمایت مؤثر از کودکان و خانواده‌های درگیر با این‌گونه دشواریها، پیامدهای منفی این اختلال را کاهش می‌دهد و انرژیهای سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن، به مسیری صحیح هدایت می‌کند (سرابی‌جماب و همکاران، ۱۳۹۰). با توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهشهای مهاجرانی و همکاران (۱۳۹۲)، غباری بناب و استیری (۱۳۸۵)، لانگ[2] و همکاران (۲۰۱۷)، کوهن و کارتر[3] (۲۰۰۶)، رزندز و اسکارپا (۲۰۱۱)، بلک‌لج[4] و

1. Pillai & Williams
2. Lang
3. Kuhn & Carter
4. Blackledge

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

هیز (۲۰۰۶)، بندریکس[1] و همکاران (۲۰۰۶)، دوارته [2] و همکاران (۲۰۰۵) و ویتینگهام[3] و همکاران (۲۰۰۹) همسویی دارد.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که اختلال اوتیسم به علت ناتوانی و خللی که در رشد مهارتهای ارتباطی، عاطفی، تعاملی، کلامی و شناختی افراد مبتلا ایجاد می‌کند، تقریباً همگی اعضای خانواده، به ویژه مادران را درگیر مسائل ناشی از این بیماری می‌کند و به‌نوعی برای آنان منبع تنش و استرس است که بر سلامت روان آنان تأثیر می‌گذارد (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۰). آنها بایستی به‌طور دائم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند. یکی از رویکردهای درمانی ارائه شده در این زمینه، ساختار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در این درمان از راه گسلش شناختی مراجع می‌آموزد که رویدادهای درونی را همان‌گونه که واقعاً هستند ببیند نه آن‌گونه که خود آن رویدادها نشان می‌دهند. این درنهایت سبب می‌شود که فرایند پذیرش بهتر رخ دهد، چون گسلش از افکار، ارزشیابی و احساسات سبب می‌شود که کارکرد این رویدادهای درونی به‌مثابه موانع روان‌شناختی کاهش یابد (باتن[4]، ۲۰۱۱). این نوع درمان با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزشها و همچنین انجام دادن تمرینات گوناگون، می‌تواند در افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت از سوی مراجع مؤثر باشد. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار ناخوشایند حذف نمی‌شوند، بلکه تنها کمتر جدی گرفته می‌شوند. پذیرش برای اینکه همواره فرایند مفیدی باشد، اصولاً باید شامل تمایل به تجربه هر میزان از پریشانی باشد. بدین منظور در این پژوهش از راهبردهای «ناامیدی سازنده» معمولاً با این هدف استفاده می‌شود که به درمان‌جویان کمک شود تا نگرش خود را نسبت به تغییر اصلاح کنند. داشتن تجزیه‌وتحلیل منطقی در برخورد با مشکلات و تسلیم مطلق نشدن در برابر استرسها در دفعات اول و ارزیابی مجدد و مثبت این استرسها توانست تأثیری مثبت بر افزایش میزان خودکارآمدی آزمودنیها داشته باشد. به نظر می‌رسد این درمان، موجب ایجاد بینشی مثبت‌تر به شرایط در مادران دارای کودک اوتیسم شد و از سویی هم آنان را به مهارتهای مبتنی بر پذیرش و تعهد مجهز کرد که احتمال پذیرش کودک مبتلا را در این مادران بالاتر برد. با توجه به تأکید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزشها، عمل به تعهدات، پذیرش شرایط و توجه به برقراری ارتباط در لحظه جاری، به نظر قابل توجیه است که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب افزایش خودکارآمدی در مادران دارای کودک اوتیسم شود.

1. Benderix
2. Duarte
3. Whittingham
4. Batten

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

محدودیتها

از مهم‌ترین محدودیتهای این پژوهش این بود که جامعه مورد مطالعه (مادران دارای کودکان اوتیسم)، تنها در شهر اصفهان بوده است، ازاین‌رو، برای تعمیم دادن نتایج آن به مادران دارای کودک اوتیسم در سایر مناطق یا مادران دارای کودکان با اختلالات دیگر، باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین همگی مراحل اجرای پژوهش به عهده پژوهشگران بود؛ بر این اساس این احتمال وجود دارد که سوگیریهایی در پاسخ‌دهی آزمودنیها به سؤالات پرسشنامه وجود داشته باشد. دیگر محدودیت پژوهش حاضر عدم وجود مرحله پیگیری است.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود که این پژوهش با حجم نمونه بیشتر و در دیگر شهرها نیز انجام شود و برای بررسی پایداری اثر درمان، مطالعات پیگیری بلندمدت نیز صورت پذیرد. همچنین با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌منزلهٔ یک مداخله درمانی در زمینهٔ افزایش خودکارآمدی مادران دارای کودک اوتیسم در مراکز مشاوره و مراکز درمانی اوتیسم به‌کارگرفته شود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

منابع

احمدی کهجوق، مینا؛ فرهبد، مژگان؛ سورتجی، حسین و رصافیانی، مهدی. (۱۳۸۹). الگوهای پردازش حسی کودکان با اختلال اوتیسم از دیدگاه الگو وینی دان. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، *۱۰*(۴)، ۳۸۵-۳۹۲.

اقبالی، علی. (۱۳۹۲). *مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی با توجه به اثرات تعدیلی سبک‌های عاطفی*. رساله دکتری روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). علائم کاهش وسواس در بیماران مبتلابه وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *دوماه نامه فیض*، *۱۷*(۳)، ۲۷۵-۲۸۶.

برجیس، مریم؛ حکیم‌جوادی، منصور؛ طاهر، محبوبه؛ غلامعلی‌لواسانی، مسعود و حسین‌خانزاده، عباسعلی. (۱۳۹۲). مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلابه اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۱)، ۶-۲۷.

بیرامی، منصور؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ موحدی، یزدان؛ بشارت، رباب و کوه‌پیما، سجاد. (۱۳۹۳). مقایسه مؤلفه‌های کیفیت خواب در والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۴(۱۳)، ۲۹-۴۶.

جمالی‌نژاد، راضیه. (۱۳۹۱)، *بررسی اثربخشی خلاقیت مادر- کودک بر خلاقیت کودکان و خودکارآمدی والدگری مادران کودکان پیش‌دبستانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.

چیمه، نرگس؛ پوراعتماد، حمیدرضا و خرم‌آبادی، راضیه. (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلابه اختلال اتیستیک: یک پژوهش کیفی. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۳(۱۱)، ۶۹۷-۷۰۷.

حسین‌آبادی، صدیقه. (۱۳۹۵). *اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روانی مادران دارای اوتیسم و کاهش علائم در کودکان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا.

حیدری، سمیه؛ سجادیان، ایلناز و حیدریان، اندیشه. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلابه اختلال طیف اوتیسم. *مجله اصول بهداشت روانی*، *۱۸*، ۴۹۱-۴۹۹.

رضایی، علی‌محمد؛ رحیمی، معصومه؛ واعظفر، سیدسعید و دلاور، علی. (۱۳۹۳). بررسی ساختار عاملی مقیاس خودکارآمدی مادران. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۹ (۲۸)، ۸۵-۱۰۶.

ریاحی، فروغ؛ خواجه‌الدین، نیلوفر؛ ایزدی‌مزیدی، سکینه؛ عشرتی، طیبه و نقدی‌نسب، لیلا. (۱۳۹۰). تأثیر درمان حمایتی و شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلابه اختلال اوتیسم. *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، *۱۰*(۶)، ۶۳۷-۶۴۵.

سرابی‌جماب، ملیحه. (۱۳۸۹). *اثربخشی برنامه آموزش والدین بر استرس و خودکارآمدی مادران کودکان مبتلابه اوتیسم*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.

سرابی‌جماب، ملیحه؛ حسن‌آبادی، حسین؛ مشهدی، علی و اصغری‌نکاح، محسن. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان مبتلابه خود درماندگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، *۱۳*(۱)، ۸۴-۹۳.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

سمرود کلیکمن، مارگارت و تیتر الیسون، فیلیس آن. (۱۳۹۵). *عصب روان‌شناختی کودک*، ترجمه سالار فرامرزی، شیلا خیرزاده و محمدرضا عابد. انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.

غباری‌بناب، باقر و استیری، زهره. (۱۳۸۵). مقایسه ویژگیهای شخصیتی و سبک دلبستگی در مادران کودکان با اختلال در خود ماندگی و مادران کودکان عادی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶*(۳)، ۷۸۷-۸۰۴

کراتوچویل، توماس آر. و موریس، ریچارد جی. (۱۳۹۱). *روانشناسی بالینی کودک (روش‌های درمانگری)*، ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران. تهران: انتشارات رشد.

کریم‌زاده، جمیله. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و انعطاف‌پذیری روانی بیماران مبتلابه آسم*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد.

مغربی‌سینکی، حامد؛ حسن‌زاده، سعید؛ خادمی، مژگان و ارجمندنیا، علی اکبر. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارتهای ارتباطی بر خودکارآمدی والدینی مادران دارای فرزند با اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۶)، ۳۷-۴۶.

مهاجرانی، آتنا سادات؛ پور اعتماد، حمیدرضا؛ شکری، امید و خوشابی، کتایون. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد -کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنشوری بالا. *فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۷*(۱)، ۲۱-۳۸.

نیک‌نژادی، فرزانه و دهقان سفیدکوه، اعظم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت بر خود در مادران کودکان اوتیسم شهر اصفهان. *کنفرانس ملی پژوهشهای کاربردی در علوم تربیتی و روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی ایران*، انجمن توسعه علوم و فنون بنیادین، تهران.

Balat, G.U., Zembat, R., & Acar, M. (2010). Berkeley parenting self-efficacy scale-second grade version: Reliability-validity studies among Turkish families. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *2*(2), 2166-2170.

Batten, S. V. (2011). *Essentials of acceptance and commitment therapy*. London: Sage.

Benderix, Y., Nordström, B., & Sivberg, B. (2006). Parents' experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home: A case study. *Autism*, *10*(6), 629-641.

Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N. T., Mudford, O. C., & Reeves, D. (2001). Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disabilities*, *22*(6), 425-447.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, *28*(1), 1-18.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676-688.

Dabrowska-Zimakowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, *54*(3), 266-280.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]

Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, *9*(4), 416-427.

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies.* Oakland, CA: New Harbinger.

Hastings, R. P., & Symes, M. D. (2002). Early intensive behavioral intervention for children with autism: Parental therapeutic self-efficacy. *Journal of Research in Development Disabilities*, *23*(5), 332-341.

Hayes, S. C., Pankey, J., & Gregg, J. (2002). Anxiety and Acceptance and Commitment Therapy. In E. A. Gosch & R. A. DiTomasso (Eds.), *Comparative treatments of anxiety disorders* (pp. 110-136). New York: Springer.

Hobart, H. M.C. (2008). Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, *33*(1-2), 37-47.

Holloway, S. D., Suzuki, S., Yamamoto, Y., & Behrens, K. (2005). Parenting self-efficacy among Japanese mothers. *Journal of Comparative Family Studies, 36*, 61-76.

Kuhn, J., & Carter, A.S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(4), 564-575.

Kurbanoglu, S.S. (2003). Self-efficacy: A concept closely linked to information literacy and lifelong learning. *Journal of Documentation*, *59*(6), 635-646.

Lang, A.J., Schnurr, P.P., Jain, S., He, F., Walser, R.D., Bolton, E., … Chard, K.M. (2017). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma*, *9*(S1), 74-84.

Pillai, R., & Williams, E.A. (2004). Transformational leadership, self-efficacy, group cohesiveness, commitment, and performance. *Journal of Organizational Change Management, 17*(2), 144-159.

Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Autism Research and Treatment*, *10*, 1-12.

Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Journal of Child Development, 62*(5), 918-929.

Trunzo, A.C. (2006). *Engagement, parenting skills, and parent-child relations as mediators of the relationship between parental self-efficacy and treatment outcomes for children with conduct problems*. Doctoral dissertation, University of Pittsburgh.

Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J.K., & Sanders, M. R. (2009). Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones Triple P for the ASD population. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders*, *3*(1), 129-144.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1398.16.2.7.4]