

اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم*

♦ سیمنا نعمت پور^۱ ♦ دکتر همایون هارون رشیدی^۲ ♦ دکتر کبری کاظمیان مقدم^۳

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم شهر دزفول در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری شامل همه مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم در شهر دزفول بود و نمونه پژوهش ۳۰ نفر از این مادران بودند که به شیوه نمونه گیری هدفمند و با توجه به ملاکهای ورود انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله را دریافت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار ماندند. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در پژوهش، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت، دالم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸) و پرسشنامه سازگاری اجتماعی (بل، ۱۹۶۲) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس یک متغیره و چندمتغیره استفاده شده است. نتایج نشان داد که تفاوتی معنادار میان دو گروه در حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی در مرحله پس آزمون وجود دارد ($p < 0/001$). نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی تأثیر مثبت دارد. از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره ها و تأکید بر ارزشها به افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم می انجامد، پیشنهاد می شود که در برنامه ریزیها برای افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم، از این روش استفاده شود.

کلید واژگان: درمان پذیرش و تعهد، حمایت اجتماعی ادراک شده، سازگاری اجتماعی، اوتیسم

© تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲

© تاریخ دریافت: ۹۹/۴/۲۱

* این مقاله مستخرج از پایاننامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. simanematpour2020@gmail.com

۲. (نویسنده مسئول) استادیار گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. haroonrashidi@iaud.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران. K.kazemian@iaud.ac.ir

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^۱ یکی از انواع اختلالات عصبی تحولی است که ویژگی اصلی آن نقصان مداوم در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علائق یا فعالیتهاست. این علائم از اوایل کودکی وجود دارند و سبب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره می‌شوند (سوباراجو، سورش، ساندارام و ناراسیمهان^۲، ۲۰۱۷). وجود کودک با اختلال طیف اوتیسم در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک برای مادران که نسبت به دیگران، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آنان تأثیر می‌گذارد و سطح سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آنان را تهدید می‌کند و اثرات منفی بر ایشان دارد (شهام، ۱۴۰۰). همچنین وجود کودک دارای اختلال طیف اوتیسم سبب ایجاد استرس و صرف وقت و انرژی زیاد از سوی اعضای خانواده می‌شود که می‌تواند تأثیرات منفی قابل توجهی برای مشارکت خانواده در فعالیتها ایجاد کند و زندگی روزمره آنها را به شدت تحت تأثیر قرار دهد (کراکوویچ، مک‌گرو، یو و روبل^۳، ۲۰۱۶). ضمن آنکه به سبب استرس ناشی از مقتضیات والدگری این گروه از کودکان، پیامدهای منفی درازمدتی گریبانگیر والدین می‌شود. همچنین پژوهشها از رابطه میان شدت علائم اوتیسم و کیفیت زندگی پایین مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم حمایت کرده‌اند (زابلوتسکی، اندرسون و لا^۴، ۲۰۱۳). بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد مادران این کودکان با مشکلاتی در زمینه رضایت از زندگی، عزت نفس و سلامت روانی مواجه‌اند (شایو^۵، ۲۰۱۶) و تنیدگی و نشانه‌های افسردگی را به میزان بالایی تجربه می‌کنند (کیم، اکاس و هاک^۶، ۲۰۱۶). از این رو پرداختن به مسائل مادران این گروه اهمیت دارد.

مشکلات کودک و چالشهای مربوط به ناتوانی کودک می‌تواند بر سازگاری^۷ پدر و مادر اثرات منفی بگذارد (دوین، هولیین، سیهوجوز، آمارو و هولمبک^۸، ۲۰۱۱). سازگاری مفهومی عام است و به همه راهبردهایی گفته می‌شود که فرد برای اداره کردن موقعیتهای استرس‌زای زندگی به کار می‌برد (یزدانبخش، ۱۳۹۴). یکی از ابعاد سازگاری، سازگاری اجتماعی^۹ است. سازگاری اجتماعی به معنای سازش شخص با محیط اجتماعی است که این سازگاری می‌تواند از طریق وفق دادن خود با محیط یا تغییر محیط اطراف برای رفع نیازها و رسیدن به وضعیت مطلوب ایجاد شود. در واقع سازگاری اجتماعی عبارت است از توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریق خاص که در عرف جامعه

1. Autism spectrum disorder
2. Subbaraju, Suresh, Sundaram & Narasimhan
3. Krakovich, McGrew, Yu & Ruble
4. Zablotsky, Anderson & Law
5. Hsiao
6. Kim, Ekas & Hock
7. Adjustment
8. Devine, Holbein, Psihogios, Amaro & Holmbeck
9. Social adjustment

قابل قبول باشد (موران^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). حمید^۲ (۱۹۹۳) در پژوهشی به بررسی الگوهای سازگاری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی پرداخته و نشان داده است که سازگاری مؤثر در این خانواده‌ها مختل و دادن اطلاعات به خانواده‌ها و آموزش والدین، به‌ویژه مادران به شدت مورد نیاز است.

مسئله مورد توجه و مهم دیگری که می‌تواند تأثیری مثبت بر بهداشت و سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم داشته باشد، حمایت اجتماعی ادراک شده^۳ است. حمایت اجتماعی ادراک شده شامل ادراک یا تجربه فرد از این است که دیگران او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، برای او حرمت و ارزش قائل‌اند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدتها و تعهدات به‌شمار می‌آورند (تیلور^۴ و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از شیخ‌الاسلامی، صادقی‌ولنی و محمدی، ۱۳۹۴). حمایت اجتماعی ادراک شده متمرکز است بر ارزیابی شناختی فرد از محیطش و نیز سطح اطمینان فرد از اینکه در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود (مارتینز، پیترسون، آلمیدا، مسکیتا-گیماروئز و کاستا^۵، ۲۰۱۴).

پژوهشها نشان می‌دهند که سطوح پایین حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند به‌زیستی روانی سطح پایین را پیش‌بینی کند. از این رو، برای والدینی که در معرض رخدادهای منفی زندگی قرار می‌گیرند، حمایت اجتماعی یک منبع مقابله‌ای قدرتمند بیرونی محسوب می‌شود و نقشی مؤثر در به‌زیستی روانی آنان دارد (میدن، هاله و اباتا^۶، ۲۰۱۰). همچنین شواهد تجربی گوناگون نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده به‌منزله یک منبع مقابله‌ای در پیش‌بینی به‌زیستی ذهنی والدین در مواجهه با رخدادهای تنیدگی‌زا، همچون تولد کودک با اختلال اوتیسم، نقشی بسیار مؤثر دارد.

پژوهش شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که میان حمایت اجتماعی ادراک شده با سازگاری مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. گوسه^۷ و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که میان حمایت اجتماعی با استرس، افسردگی و اضطراب والدین کودک مبتلا به سندرم تورت همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. بر اساس یافته‌های روئیز-روبلدیلو، داندرس-گارسیا، پرز-بلاسکو، گونزالز-بونو و مایو-آلبیول^۸ (۲۰۱۴) حمایت اجتماعی رابطه‌ای مثبت و معنادار با تاب‌آوری والدین و مراقبان کودکان با اختلال طیف اوتیسم دارد و حمایت اجتماعی می‌تواند نقشی واسطه‌ای در زمینه تاب‌آوری و سلامت مراقبان و والدین کودکان داشته باشد. همچنین در پژوهشی پورنقاش‌تهرانی، مرتضوی‌فر و مرتضوی‌فر (۱۳۹۹) نشان دادند که حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی به‌زیستی روان‌شناختی است.

1. Moran
2. Hamid
3. Perceived social support
4. Taylor
5. Martins, Peterson, Almeida, Mesquita-Guimarães & Costa
6. Meadan, Halle & Ebata
7. Goussé
8. Ruiz-Robledillo, De Andrés-García, Pérez-Blasco, González-Bono & Moya-Albiol

یکی از درمانهایی که می‌تواند بر سازگاری اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک شده مادران دارای کودکانی با نیازهای خاص (مانند کودکان با اختلال طیف اوتیسم) اثربخش باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ به‌منزله موج سوم درمان شناختی رفتاری است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی از میان گزینه‌های متفاوتی که متناسب‌ترند، نه اینکه عملی صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام گیرد یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هیوز، کلارک، کالکلاف، دیل و مک‌میلان^۲، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌انجامد: پذیرش، ناهمجوشی شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزشها و تعهد به عمل. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی با قوانین ناکارآمد تا زمانی که با ارزشهای معنادار ارتباط برقرار می‌کند، رویکردی مؤثر به‌منظور درگیر کردن والدین برای بهترین مراقبت از خود و فرزندشان است (رافتری هلمر، مور، کوین و رید^۳، ۲۰۱۶). پژوهشهای اخیر در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج امیدبخش درباره اثربخشی این درمان ارائه داده است. در یک بررسی جامع لاندی، اشنایدر و آرچ^۴ (۲۰۱۵) اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد را در مقایسه با درمانهای شناختی رفتاری نشان داده‌اند. مونتگمری^۵ (۲۰۱۵) نشان داده که درمان پذیرش و تعهد به والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم اجازه می‌دهد تا تعاملی بیشتر و کامل‌تر با فرزند خود داشته باشند و به چالشهای احتمالی ناشی از معلولیت فرزند خود رسیدگی کنند. همچنین در پژوهش ویتینگهام، ساندرز، مک‌کینلی و بوید^۶ (۲۰۱۴) شواهد حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش مشکلات والدین و کودکان دارای اختلال فلج مغزی بوده است. علاوه بر این، پژوهش حجت‌خواه و مصباح (۱۳۹۵) مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش احساس شرم درونی‌شده مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نشان داده است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله بر کاهش اضطراب (اژه‌ای، صیادشیرازی، غلامعلی‌لواسانی و کسای‌اصفهانی، ۱۳۹۷)، افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی (گودرزی، سلطانی، حسینی‌صدیق، همدی و قاسمی‌جوبنه، ۱۳۹۶)، کاهش مشکلات روان‌شناختی (امینی‌فسخودی، محمدیان و فتاحی، ۱۳۹۷)، افزایش تاب‌آوری (مصباح، حجت‌خواه و گل‌محمدیان، ۱۳۹۷)، کاهش سبکهای دفاعی رشدنیافته (سعیدمنش و عزیزی، ۱۳۹۶)، افزایش پذیرش (حیدریان‌سامانی، سجادیان، حیدری‌شاده‌ی، ۱۳۹۶)، کاهش نگرانی (یوسفی، میرزائیان و فضل‌علی، ۱۳۹۶)، کاهش اضطراب اجتماعی (نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۱۳۹۵)، افزایش

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Hughes, Clark, Colclough, Dale & McMillan
3. Raftery-Helmer, Moore, Coyne & Reed
4. Landy, Schneider & Arch
5. Montgomery
6. Whittingham, Sanders, McKinlay & Boyd

کیفیت زندگی و انعطاف پذیری روان شناختی (فاشلر، وینریب، اعظم و کاتز^۱، ۲۰۱۸)، بهبود افسردگی و اضطراب (دویسون، اپینگستال، رونسی و اوکانر^۲، ۲۰۱۷)، بهبود تصویر بدنی (مالینوفسکی، مور، مید و گروبر^۳، ۲۰۱۷) و سازگاری (تواهیگ و لوین^۴، ۲۰۱۷؛ انانسیاتا، گرین و مارکس^۵، ۲۰۱۶) مؤثر بوده است. نتایج پژوهش هاس، دیکسون و پالیلیونس^۶ (۲۰۱۹) نیز نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر چالشهای روان شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم بوده است. با توجه به مطالب بالا و برای اینکه مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم بتوانند از عهده احساسات دردناک درباره شرایط کودک برآیند و با صبر و شکیبایی به نیازهای ویژه کودکان خویش پاسخ دهند، ارائه خدمات آموزش خانواده و ارائه مشاوره و درمان مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم ضروری است و جایگاهی ویژه دارد. هنگامی که والدین با مشکل فرزند خود روبه‌رو می‌شوند، درصد دستیابی به منابعی‌اند که آنان را در چگونگی برخورد و سازگاری با این پدیده راهنمایی کنند. کمک به والدین در زمینه سازگاری با شرایط و کمک به آنان برای یافتن علت، به‌منظور رهایی از احساس گناه و همچنین رفع اختلافات خانوادگی و غیره از وظایف مهم مراکز آموزشی، پژوهشی، درمانی، توانبخشی و نهادهای اجتماعی است. با توجه به ضرورت این امر و در جهت کاهش مشکلاتی که مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم با آنها دست و پنجه نرم می‌کنند و با در نظر گرفتن این واقعیت که افزایش سازگاری والدین می‌تواند تأثیری مثبت در زمینه کاهش مشکلات آنها داشته باشد، هر نوع مداخله‌ای که به افزایش سازگاری این والدین کمک کند، قابل پیگیری است. به همین منظور، به سبب اهمیت پرداختن به سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم و شرایط خاص آنها، هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم اثربخش است؟

روش پژوهش

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را همه مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم شهر دزفول در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. تعداد کل این مادران برابر با آمار استخراجی از سازمان بهزیستی شهرستان دزفول، ۴۸ نفر بود. از جامعه مذکور ۳۰ مادر داوطلب انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. ملاکهای ورود عبارت بودند از: ساکن شهر دزفول بودن، داشتن سطح سواد بالاتر از سیکل، داوطلب بودن و تکمیل رضایتنامه آگاهانه برای شرکت

1. Fashler, Weinrib, Azam & Katz
2. Davison, Eppingstall, Runci & O'Connor
3. Malinowski, Moore, Mead & Gruber
4. Twohig & Levin
5. Annunziata, Green & Marx
6. Hahs, Dixon & Paliliunas

در پژوهش، داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال سن. معیارهای خروج عبارت بودند از: عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش و مبتلا بودن شرکت‌کنندگان به یک بیماری جسمانی یا روانی خاص که مانع شرکت آنها در ادامه روند پژوهش می‌شد. میانگین سنی آزمودنیهای شرکت‌کننده در پژوهش ۳۸ سال و ۴ ماه بود.

ابزارهای پژوهش

۱. **مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده**^۱: مقیاس ارزیابی ذهنی حمایت اجتماعی را زیمت، دالم، زیمت و فارلی^۲ (۱۹۸۸) تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ ماده دارد و برای هر سؤال، طیف درجه‌بندی هفت‌گزینه‌ای در نظر گرفته شده است که از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات میان ۱۲ تا ۸۴ است و افزایش نمره به معنای افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده است. در پژوهشهای خارجی این مقیاس دارای پایایی و روایی مطلوبی گزارش شده است (براور، امسلی، کید، لاکنر و سیدات^۳، ۲۰۰۸). در پژوهش کاکابرای، ارجمندنیا و افروز (۱۳۹۱) ضریب پایایی خرده‌مقیاسهای خانواده، دوستان و سایرین به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ بوده است. در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس بر اساس فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمده است.

۲. **پرسشنامه سازگاری بل**^۴: این پرسشنامه را بل^۵ در سال ۱۹۶۲ تدوین کرده است و دارای ۱۶۰ گویه است که هر گویه سه گزینه بله، خیر و نمی‌دانم دارد. در این پرسشنامه گزینه نمی‌دانم نمره‌ای دریافت نمی‌کند. کسب نمره کمتر، نشان‌دهنده سازگاری بیشتر است. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس ۳۲ سؤالی سازگاری اجتماعی استفاده شده است. بل (۱۹۶۲) ضریب پایایی ۰/۸۸ را برای خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی گزارش کرده است. این پرسشنامه را میکائیلی‌منیع و مددی‌امام‌زاده (۱۳۸۷) در ایران هنجاریابی کرده‌اند و پایایی و روایی آن به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

روش اجرا

برای اجرای این پژوهش پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و سازمان بهزیستی شهرستان دزفول، ابتدا درباره هدف و اهمیت پژوهش برای افراد جامعه پژوهش توضیحاتی داده شد، سپس درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان‌خاطر داده شد و شرکت‌کنندگان

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)
2. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley
3. Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat
4. The Adjustment Inventory
5. Bell

رضایتنامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. ابتدا همه مادران دارای ملاک ورود به پژوهش به مقیاسهای حمایت اجتماعی ادراک شده و آزمون سازگاری اجتماعی به عنوان پیش آزمون، پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. پژوهشگر این مرحله را در یک کلینیک خصوصی به اجرا درآورد. طی این مدت گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، شرکت کنندگان مقیاسهای حمایت اجتماعی ادراک شده و آزمون سازگاری اجتماعی را به عنوان پس آزمون، تکمیل کردند. پس از پایان پژوهش، به منظور رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت کنندگان به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. محتوای هر یک از جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسل و ویلسون، ۱۹۹۹)

جلسه	موضوع	محورها
اول	معرفی مبانی درمان	● آشنایی با اعضای گروه، تشریح قوانین مشاوره گروهی از سوی گروه، تعیین اهداف زیربنایی، معرفی و سنجش سازگاری و حمایت اجتماعی و اهمیت حمایت و سازگاری اجتماعی در مادران کودکان استثنایی
دوم	درماندگی خلاق	● درماندگی خلاق، استعاره چاله، ارائه استعاره مرد در گودال، استعاره کیک شکلاتی
سوم	کنترل مسئله است	● معرفی کنترل به مثابه مسئله، تفاوت دنیای درون و بیرون، استعاره پلی گراف
چهارم	پذیرش جایگزینی برای اجتناب	● معرفی پذیرش و تمایل به منزله جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان، بیان احساسات پاک و ناپاک
پنجم	گسلش	● معرفی گسلش، استعاره اتوبوس
ششم	خود به منزله زمینه و بودن در زمان حال	● معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده
هفتم	ارزشها	● معرفی ارزشها، بحث درباره ارتباط میان اهداف و ارزشها، انتخاب ارزشها، انتخابها در مقابل قضاوتها / تصمیمها، شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری: حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده گر، سنجش ارزشهای مراجع
هشتم	تعهد به عمل	● تعهد به عمل و پایبندی به ارزشها با وجود موانع، تعهد به مثابه یک فرایند، شناسایی گامهای عملیاتی اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر، ارائه استعاره باغداری، موانع دستیابی به اهداف و اشتیاقها به منظور پذیرش آنها، استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل و پیشگیری از بازگشت، اجرای پس آزمون

1. Hayes, Strosahl & Wilson

یافته‌ها

در این قسمت با استفاده از روشهای آماری مناسب، داده‌های گردآوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیرها		مرحله		آزمایش		کنترل	
				SD	M	SD	M
حمایت اجتماعی	پیش‌آزمون			۵/۹۸	۳۹/۴۶	۴/۵۹	۴۰/۰۶
	پس‌آزمون			۹/۲۵	۵۴/۷۳	۴/۵۴	۴۰/۸۰
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون			۵/۴۹	۲۲/۲۰	۵/۶۵	۲۱/۸۷
	پس‌آزمون			۵/۲۰	۱۴/۴۰	۵/۰۳	۲۲/۰۶

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی گروه آزمایش به ترتیب ۳۹/۴۶ و ۵/۹۸ و گروه کنترل ۴۰/۰۶ و ۴/۵۹ و در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۵۴/۷۳ و ۹/۲۵ و گروه کنترل ۴۰/۸۰ و ۴/۵۴ بوده است همچنین بر اساس جدول شماره ۲، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره سازگاری اجتماعی گروه آزمایش به ترتیب ۲۲/۲۰ و ۵/۴۹ و گروه کنترل ۲۱/۸۷ و ۵/۶۵ و در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۱۴/۴۰ و ۵/۲۰ (در این مقیاس کسب نمره کمتر، نشان‌دهنده سازگاری بیشتر است) و گروه کنترل ۲۲/۰۶ و ۵/۰۳ بوده است.

جدول ۳. نتایج نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		شاخصها
P	F	P	F	
۰/۴۶۱	۰/۹۴۷	۰/۷۳۹	۰/۶۸۴	سازگاری اجتماعی
۰/۷۲۲	۰/۶۹۴	۰/۲۳۴	۰/۱۵۴	حمایت اجتماعی

بر اساس نتایج جدول شماره ۳، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از معنادار نبودن تفاوت دو متغیر پژوهش است. به عبارت دیگر نتایج نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌های پژوهش است.

جدول ۴. بررسی پیش فرضهای به کارگیری آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس

آزمون لوین برای تساوی واریانسها		یکسانی شیب رگرسیون	
متغیرها	مقدار F	سطح معناداری	مقدار F
حمایت اجتماعی	۲/۳۷	۰/۱۳۰	۲/۴۶
سازگاری اجتماعی	۲/۰۷	۰/۱۵۷	۱/۹۷

بر اساس نتایج جدول شماره ۴، فرض صفر برای تساوی واریانس متغیرهای حمایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون تأیید می شود. این یافته نشان می دهد که در تحلیل واریانس دو گروه در پس آزمون، به دلیل همگنی واریانسهای گروهها در پیش آزمون، این تأثیرات متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) خواهد بود که در تفاوت احتمالی نمرات دو گروه، نقش خواهد داشت.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری پس آزمون حمایت اجتماعی با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	P	Eta
آزمون اثر پیلاپی	۰/۶۴۰	۱۴/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۶۰	۱۴/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹
آزمون اثر هتلینگ	۱/۷۷۷	۱۴/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۱/۷۷۷	۱۴/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹

بر اساس نتایج جدول شماره ۵، با کنترل پیش آزمون، در سطوح معناداری همه آزمونها، بین گروههای آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای پژوهش تفاوتی معنادار مشاهده می شود.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش میان دو گروه با کنترل پیش آزمون

متغیرهای وابسته	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر
سازگاری اجتماعی	۴۶۶/۵۷	۱	۴۶۶/۵۷	۳۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
حمایت اجتماعی	۱۵۶/۰۱	۱	۱۵۶/۰۱	۴۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹

بر اساس نتایج جدول شماره ۶، با کنترل پیش‌آزمون، میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ سازگاری اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد ($F=37/05$ و $p<0/001$)، به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین سازگاری اجتماعی گروه آزمایش ($14/40$) نسبت به میانگین سازگاری اجتماعی گروه گواه ($22/06$)، موجب بهبود سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/578$ است، یعنی 58 درصد تفاوت‌های فردی در نمرات سازگاری اجتماعی احتمالاً مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است.

همچنین نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که میان گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر حمایت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین حمایت اجتماعی گروه آزمایش ($54/73$) نسبت به میانگین حمایت اجتماعی گروه کنترل ($40/80$)، موجب افزایش معنادار حمایت اجتماعی در گروه آزمایش شده است. اندازه اثر یا تفاوت برابر با $0/659$ است، یعنی 66 درصد تفاوت‌های فردی در نمرات حمایت اجتماعی احتمالاً مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم بوده است. یافته‌ها نشان دادند که با کنترل پیش‌آزمون، میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش عبدالعظیمی و نیکنام (1398) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت به‌کارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به سبب سازوکارهایی نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاری درمانی شناختی-سنتی می‌تواند موجب افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان اوتیسم شود. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتمادبه‌نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به‌طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌های مؤثرتر به‌کار می‌اندازند. در واقع درمانگران به جای تمرکز بر تغییر دادن شکل محتوا، به مراجع در پذیرش و تمایل به تجربه کردن افکار و احساسات کمک می‌کنند و با بهره‌گیری از فنون ذهن‌آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تأکید می‌ورزند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از افزایش توانایی مراجعین برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است ناشی می‌شود (کاشدان و چاروکی، 1390).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مسئله اصلی، پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند زندگی است، بدون اینکه فرد بی جهت برای تغییر دادن شرایط زندگی خود تلاش کند و برای تحمل شرایط ناخوشایند بکوشد. مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم یاد می گیرند که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات و افکار خود روبه رو شوند. آنان از مشکلات نمی گریزند، بلکه انعطاف پذیری را در هر شرایط می آموزند. افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه های مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به هماهنگ شدن رفتارهای سازگاران و حالت های روان شناختی می انجامد و این مورد سبب بهبود سازگاری فرد و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی اش می شود (هیز، استروسل و ویلسون، ۲۰۱۲).

یافته ها همچنین نشان دادند که با کنترل پیش آزمون، میان گروه های آزمایش و کنترل از نظر سازگاری اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. این نتایج با پژوهش های حجت خواه و مصباح (۱۳۹۵)، سعیدی و خلعتبری (۱۳۹۵)، باقری، سعادت، فتح اله زاده و دریانی (۱۳۹۵)، توهیگ و لوین (۲۰۱۷) و انانسیاتا و همکاران (۲۰۱۶)، همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اینکه در طول مداخله از روش های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می شود، توانایی افراد نیز برای ایجاد ارتباط با تجارب شان در زمان حال و انتخاب روشی منطبق با ارزش های خود افزایش می یابد. این تجربه در زمان حال به افراد کمک می کند تغییرات را آن گونه تجربه کنند که وجود دارند، نه آن گونه که ذهن می سازد. به عبارت دیگر از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم در پاسخ های سازگاران به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدید کننده که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی و سازگاری آنها در برخورد با مشکلات همراه با مراقبت از کودکان با اختلال طیف اوتیسم است، افزایش می یابد. در درمان گروهی به مادران آموزش داده شد به جای اینکه تلاش کنند محتوای افکار منفی ناشی از شرایط و مشکلات موجود را تغییر دهند، رابطه خود را با افکارشان تغییر دهند و از این طریق، از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها شوند تا با بودن در زمان حال، آرامش بیشتری را تجربه کنند. در ادامه درمان، با بالا بردن آگاهی مادران از تجربیات درونی منفی شان و هنگامی که توانستند افکار را فقط به مثابه یک فکر و احساسات را فقط به مثابه احساسات ببینند و آنها را تعیین شده یا قضاوت نکنند، به آنها تأکید شد که هرگونه اقدام در راستای اجتناب یا کنترل افکار و احساسات منفی حاصل از مشکلات را رها کنند و با پرداختن به رفتارهایی که در راستای اهداف و ارزش های تعیین شده در جلسه درمان گروهی از سوی خود آنها در حوزه های گوناگون فردی صورت گرفته است، به منظور دستیابی به آرامش و شادکامی گام بردارند. با توجه به محدودیت زمانی، برگزاری جلسات پیگیری از آن جهت که آیا تغییر به وجود آمده

در افزایش سازگاری و حمایت اجتماعی در طول زمان پایدار بوده است یا خیر، میسر نشد. محدود بودن جامعه پژوهش به مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم شهر دزفول می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. با توجه به ملاکهای ورود به پژوهش و اینکه انتخاب کاملاً تصادفی شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نبود، تعمیم نتایج حاصل از این مطالعه به همه مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، به دلیل تک‌جنسی بودن آزمودنیهای این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به پدران و دیگر فرهنگها و مقاطع لازم است جانب احتیاط رعایت شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی از پس‌آزمونهای متعدد بهره گرفته شود تا پایداری اثر آموزش بیشتر آشکار شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آینده از حجم نمونه بزرگ‌تر، مصاحبه‌های ساختاریافته در کنار فرم کوتاه ابزارهای اندازه‌گیری و برنامه پیگیری با مدت زمان بیشتر برای نشان دادن پایدار بودن اثربخشی درمان در طول زمان بهره‌گیری شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی در درمان اختلالات روان‌شناختی سایر مادران کودکان استثنایی و سایر اختلالات بالینی با دیگر گروههای سنی و فرهنگی و مقایسه آن با درمانهای دیگر به‌کار گرفته شود. با توجه به اینکه خانواده یکی از ارکان اصلی حمایت اجتماعی و جهت‌دهی به کودک به‌ویژه کودکان اوتیسم به‌شمار می‌آید، چنانچه سایر پژوهشگران در کنار آموزش به مادران، پدران را نیز آموزش دهند، گامی مؤثر در جهت کاهش مشکلات و فشار روانی موجود بر نظام خانواده خواهند داشت.

- اژه‌ای، جواد؛ صیادشیرازی، مریم؛ غلامعلی‌لواسانی، مسعود و کسای، اصفهانی، عبدالرحیم. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم. *مجله روانشناسی*، ۲۳ (۱)، ۲۱-۳.
- امینی فسخودی، مریم؛ محمدیان، مهرداد و فتحی، ماهرخ. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۴ (۲)، ۲۷۷-۲۹۳.
- باقری، پریسا؛ سعادت، نادره؛ فتح‌الزاده، نوشین و دربانی، سیدعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳ (۲)، ۱۱۷-۱۰۴.
- پورنقاش‌تهرانی، سیدسعید؛ مرتضوی‌فر، سمیرا و مرتضوی‌فر، سمیه. (۱۳۹۹). تأثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت روانی افراد مبتلا به اسکروزیس چندگانه. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۸۹)، ۵۲۹-۵۳۹.
- حجت‌خواه، سیدمحسن و مصباح، ایمان. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی‌شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی*، ۶ (۲۴)، ۱۸۰-۱۵۳.
- حیدریان‌سامانی، اندیشه؛ سجادیان، ایلناز و حیدری‌شاده‌ی، سمیه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن‌آگاهی و پذیرش مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *مطالعات ناتوانی*، ۷ (۱۳)، ۸-۱.
- سعیدمنش، محسن و عزیزی، مهدیه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبکهای دفاعی والدین کودکان اتیسم با مکانیسم دفاعی انکار. *مطالعات ناتوانی*، ۷ (۱۳)، ۸-۱.
- سعیدی، مژده و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی. *فصلنامه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن*، ۷ (۱)، ۵۳-۶۲.
- شهام، نسیم؛ کاظمیان‌مقدم، کبری و هارون‌رشیدی، همایون. (۱۴۰۰). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۲۱ (۳)، ۵۱-۶۰.
- شیخ‌الاسلامی، علی؛ صادقی‌ولنی، زلیخا و محمدی، نسیم. (۱۳۹۴). رابطه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سازگاری مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۵ (۲۰)، ۱۲۵-۱۳۹.
- عبدالعظیمی، مریم و نیکنام، ماندانا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی و نارضایتی از بدن در سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۵ (۱)، ۱۳-۲۵.
- کاکابرای، کیوان؛ ارجمندنیا، علی‌اکبر و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با مقیاس‌های بهزیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی و عادی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۹. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۲ (۷)، ۲۶-۱.
- گودرزی، فریدون؛ سلطانی، زیبا؛ حسینی‌صدیق، مریم‌السادات؛ همدی، میثم و قاسمی‌جوینه، رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی. *مطالعات ناتوانی*، ۷ (۱۳)، ۶-۱.
- مصباح، ایمان؛ حجت‌خواه، سیدمحسن و گل‌محمدیان، محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۸ (۲۹)، ۸۵-۱۰۹.
- میکائیلی‌منبع، فرزانه و مددی‌امام‌زاده، زهرا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه هوش هیجانی اجتماعی و سازگاری اجتماعی در دانشجویان دارای حکم انضباطی و مقایسه آن با دانشجویان بدون حکم انضباطی دانشگاه ارومیه. *روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۳ (۱۱)، ۱۰۴-۱۲۶.
- نریمانی، محمد؛ پورعبدل، سعید و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۶ (۱)، ۱۲۱-۱۴۰.

یزدانبخش، کامران. (۱۳۹۴). اثربخشی مرور زندگی بر افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۱ (۳)، ۱۷۹-۱۸۵.

یوسفی، آمنه؛ میرزاییان، بهرام و فضل‌علی، محسن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر نگرانی مادران کودکان اتیستیک. *اولین کنفرانس بین‌المللی فرهنگ، آسیب‌شناسی روانی و تربیت*، تهران، دانشگاه الزهرا.

Annunziata, A. J., Green, J. D., & Marx, B. P. (2016). *Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety*. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health*. Philadelphia: Springer.

Bell, H. M. (1962). *The Adjustment Inventory (Adult Form)*. Consulting Psychologists Press.

Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.

Devine, K. A., Holbein, C. E., Psihogios, A. M., Amaro, C. M., & Holmbeck, G. N. (2012). Individual adjustment, parental functioning, and perceived social support in Hispanic and non-Hispanic White mothers and fathers of children with Spina Bifida. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(7), 769-778.

Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773.

Fashler, S. R., Weinrib, A. Z., Azam, M. A., & Katz, J. (2018). The use of acceptance and commitment therapy in oncology settings: A narrative review. *Psychological Reports*, 121(2), 229-252.

Hahs, A. D., Dixon, M. R., & Paliliunas, D. (2019). Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 154-159.

Hamid, A. Y. S. (1993). *Child-family characteristics and coping patterns of Indonesian families with a mentally retarded child*. (Doctoral dissertation). The Catholic University of America.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Hsiao, Y. J. (2016). Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder: Roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 122-130.

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta-analyses. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552-568.

Goussé, V., Czernecki, V., Denis, P., Stilgenbauer, J. L., Deniau, E., & Hartmann, A. (2016). Impact of perceived stress, anxiety-depression and social support on coping strategies of parents having a child with Gilles de laTourette Syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 109-113.

Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J. V. (Eds.). (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. New Harbinger Publications.

Kim, I., Ekas, N. V., & Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 80-90.

- Krakovich, T. M., McGrew, J. H., Yu, Y., & Ruble, L. A. (2016). Stress in parents of children with autism spectrum disorder: An exploration of demands and resources. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 2042-2053.
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: A concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83-89.
- Malinowski, P., Moore, A. W., Mead, B. R., & Gruber, T. (2017). Mindful aging: The effects of regular brief mindfulness practice on electrophysiological markers of cognitive and affective processing in older adults. *Mindfulness*, 8(1), 78-94.
- Montgomery, D. (2015). *The effects of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism*. (Doctoral dissertation). Walden University.
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanen, A., Degenhardt, L., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: A population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 636-645.
- Meadan, H., Halle, J. W., & Ebata, A. T. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *Exceptional Children*, 77(1), 7-36.
- Rafferty-Helmer, J. N., Moore, P. S., Coyne, L., & Reed, K. P. (2016). Changing problematic parent-child interaction in child anxiety disorders: The promise of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 64-69.
- Ruiz-Robledillo, N., De Andrés-García, S., Pérez-Blasco, J., González-Bono, E., & Moya-Albiol, L. (2014). Highly resilient coping entails better perceived health, high social support and low morning cortisol levels in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(3), 686-695.
- Subbaraju, V., Suresh, M. B., Sundaram, S., & Narasimhan, S. (2017). Identifying differences in brain activities and an accurate detection of autism spectrum disorder using resting state functional-magnetic resonance imaging: A spatial filtering approach. *Medical Image Analysis*, 35, 375-389.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751-770.
- Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, M., & Boyd, R. N. (2014). Interventions to reduce behavioral problems in children with cerebral palsy: An RCT. *Pediatrics*, 133(5), e1249-57.
- Zablotsky, B., Anderson, C., & Law, P. (2013). The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(8), 1946-1955.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.