

تأثیر اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده، انعطاف‌پذیری شناختی و تبادل عاطفی در مادران دارای فرزند اوتیسم

سید موسی طباطبایی* ✉

حکیمه آقایی**

سهیلا صابری***

چکیده

هدف پژوهش، اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده، انعطاف‌پذیری شناختی و تبادل عاطفی در مادران دارای فرزند اوتیسم بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در نظر گرفته شد. جامعه آماری شامل ۷۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ۵ تا ۸ ساله در مرکز توانبخشی اوتیسم آوات شهر شهریار بودند که تعداد ۳۴ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به تصادف (۱۷ نفر) در گروه کنترل و (۱۷ نفر) در آزمایش جایگزین شدند. آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس (CFI) و پرسشنامه شیوه سنجش خانوادگی مک‌مستر (FDA) پاسخ دادند. گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو روز مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) با نرم افزار SPSS-23 تحلیل شدند. تحلیل آماری نشان داد میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های تبادل عاطفی، ادراک توجه رفتار، ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های جایگزین برای رفتار انسانی، انعطاف‌پذیری شناختی کل، حمایت از سوی خانواده، حمایت از سوی دوستان، حمایت از سوی دیگران و حمایت اجتماعی کل از میانگین گروه کنترل به گونه‌ای معنادار ($P \leq 0.05$) بالاتر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که برای ارتقاء سطح بهداشت روانی و بهبود مؤلفه‌های شناختی و اجتماعی مادران دارای فرزندان مبتلا به اوتیسم می‌توان از درمان پذیرش و تعهد استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی:

اختلال طیف اوتیسم، انعطاف‌پذیری شناختی، تبادل عاطفی، حمایت اجتماعی ادراک شده، درمان پذیرش و تعهد.

* نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم شناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

Email: s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

** استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

*** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

مقدمه

به‌عنوان فراهم آوردن کمک فیزیکی، عاطفی، اطلاعاتی و ابزارآموزی است که یک فرد از شبکه اجتماعی دریافت می‌کند (لو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵). دورگای، مایلورا، میش، روکس و بیوار^{۱۲} (۲۰۱۶) تأکید می‌کنند که رویکرد اکولوژیکی برای فهم استرس والدین باید مورد پذیرش قرار گیرد؛ زیرا عوامل فردی و محیطی همچون میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط والدین می‌تواند بر میزان استرس آن‌ها اثرگذار باشد. منابع مختلف حمایت اجتماعی براساس کارایی آن‌ها به‌عنوان یک استراتژی مقابله متفاوت است. گودیک، شافرد، لاندون و تیلور^{۱۳} (۲۰۱۹) بر این باورند که حمایت منابع رسمی (متخصصین مانند پزشکان و درمانگران) به والدین کمک می‌کند تا به نیازهای کودکی که مبتلا به اختلال است، پاسخگو بوده و حمایت منابع غیررسمی مانند خانواده و دوستان می‌توانند زمینه‌ساز سلامت روانی و کیفیت زندگی (مارساک و ساموئل^{۱۴}، ۲۰۱۷) مادران و مراقبین فرزندان به مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم باشد.

همچنین، میزان انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند تأثیر بسزایی بر سلامت روانی مادران دارای کودکان اوتیسم باشد. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی سازگاری فرایندهای شناختی در مواجهه با شرایط غیرمنتظره محیط (ولداک، تیندل، ریوا و چمیل^{۱۵}، ۲۰۱۷)، توانایی عمل مؤثر مطابق با ارزش‌های شخصی در حضور تجربه‌های منفی می‌دانند (وایس^{۱۶}، ۲۰۱۱). به‌عنوان یک ویژگی شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی نیازمند تعامل چندین مکانیزم مانند تغییر توجه، نظارت، درگیری و ادراک که به برخی از خواسته‌های محیطی (مانند تغییر قوانین) پاسخ می‌دهد، می‌باشد تا دستیابی به رفتار انعطاف‌پذیر (مانند حل یک مشکل در یک روش جدید) را راحت‌تر بکند و حل مشکلات موفقیت را به بار آورد (اینسکو^{۱۷} و ۲۰۱۲). داشتن انعطاف‌پذیری شناختی در والدین می‌تواند هسته خلاقیت در فرزندپروری باشد؛ زیرا منجر به ایجاد راه‌حل‌های گوناگون در برابر مشکلات و بهبود شرایط می‌شود (ریتز^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۲). در مقابل، عدم انعطاف‌پذیری شناختی منجر به عدم استفاده از راه‌حل‌های گوناگون در حل مشکل می‌شود که

اختلال‌های طیف اوتیسم^۱ با کمبود مداوم در ۱) ارتباطات و تعامل اجتماعی و ۲) الگوهای رفتاری محدود و تکراری به‌عنوان معیار تشخیصی در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ مشخص شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳؛ لوکوسا، مکین، کوئیزیک کو‌گاوین، ایلینگ و لاینون^۴، ۲۰۱۸). نقص مداوم در روابط متقابل اجتماعی و عاطفی معیار تشخیص مهم برای اختلال‌های طیف اوتیسم است (ایپ و همکاران^۵، ۲۰۱۸) که منجر به رفتارهای چالش برانگیز در آن‌ها می‌شود. برخی از کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم دارای معلولیت‌های مادام‌العمر هستند، در حالیکه برخی دیگر اختلالات رفتاری را تا نوجوانی دارا هستند که مرتکب جرم هم می‌شوند. این مسائل نه تنها موجب استرس ذهنی والدین می‌شوند بلکه باعث ایجاد هزینه‌های مالی برای خانواده نیز می‌شوند که توجه ویژه پزشکی و روان‌پزشکی را به خود جلب می‌کند (شی، لین و ژی^۶، ۲۰۱۶). در این میان تولد و حضور یک کودک با ناتوانی رشدی اغلب منجر به استرس در خانواده می‌شود. اعضاء این خانواده‌ها به‌خصوص مادران احساس خجالت می‌کنند و به انزوا اجتماعی می‌رسند؛ زیرا درک درستی از میزان حمایت ندارند (فیندلر، جاکوبی و گایس^۷، ۲۰۱۶). مشکلات رفتاری کودکان، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای سلامت مادران است که منجر به رفتارهای تنش‌زا و در نهایت انزوا اجتماعی می‌شود (اکس، پریوت و مک‌کای^۸، ۲۰۱۶).

والدین این کودکان بخاطر کمبود وقت برای گذراندن با دوستان و بستگان و همچنین احساس عدم توانایی در رفتار مناسب با کودک مبتلا به این اختلال، به تدریج حمایت اجتماعی را از دست می‌دهند و با انزوای اجتماعی روبه‌رو می‌شوند (آلتیری و وان‌کولگ^۹، ۲۰۰۹ و مایرز، مکین‌تاش و گوین-کاکول^{۱۰}، ۲۰۰۹). تولد کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم به دلیل عدم وجود سیستم‌های پشتیبانی اجتماعی مناسب و درک حمایت اجتماعی پایین توسط والدین تأثیر منفی بیشتری بر خانواده‌ها و مراقبان در کشورهای در حال توسعه دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده

10. Myers, Mackintosh & Goin-Kochel

11. Lu

12. Derguy, M'Bailara, Michel, Roux & Bouvard

13. Goedeke, Shepherd, Landon & Taylor

14. Marsack & Samuel

15. Waldeck, Tyndall, Riva & Chmiel

16. Weiss

17. Ionescu

18. Ritte

1. Autism Spectrum Disorders (ASD)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

3. Association of Psychiatric American

4. Loukusa, Mäkinen, Kuusikko-Gauffin, Ebeling & Leinonen

5. Ip

6. Shi, Lin & Xie

7. Findler, Jacoby & Gabis

8. Ekas, Pruitt & McKay

9. Altieri & Von Kluge

این است که اگرچه والدین در مورد نحوه‌ی اجرای تکنیک‌های رفتاری آگاهی مناسبی کسب می‌کنند اما در برابر رفتارهای دردرساز فرزندان واکنشی رفتار می‌کنند که به نوبه‌ی خود شدت بدرفتاری کودک را افزایش داده و در ادامه استرس بیشتری را به والد وارد می‌کند. افکار و عقاید منفی در موقعیت‌های فشارزای فرزندپروری مانع از رابطه مؤثر با این کودکان می‌شود و علیرغم آگاه بودن از روش برخورد درست با کودکان، قادر به عملی ساختن دانسته‌های خود نیستند (هستینگ^۸، ۲۰۰۲). با توجه به قابل درمان نبودن مشکلات این کودکان در کوتاه مدت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به جای مبارزه با محتوای افکار و احساسات دردناک، بر پذیرش هیجانات ناخوشایند، گسلش از افکار دردناک و روشن‌سازی ارزش‌های شخصی مراجع و اهداف مرتبط به آن و حرکت کردن در راستای رسیدن به این اهداف و ارزش‌ها تأکید دارد (بلکدج و هیز^۹، ۲۰۰۶). بنابراین، استفاده از مداخلات روان‌شناختی مانند درمان پذیرش و تعهد می‌تواند کمک شایانی به مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم کند؛ زیرا این نوع درمان کمک می‌کند تا فرد از علائم فشارزا رها شود، با کنترل مؤثر مشکلات و تنش‌هایی که زندگی برای او به وجود آورده یک زندگی پرمعنا برای خود ایجاد نماید (هیز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶). درمان پذیرش و تعهد یک مدل روان‌شناختی از رفتار درمانی موج سوم می‌باشد که توسط هیز، استرواسهل و ویلسون^{۱۱} (۲۰۱۲) معرفی شده است. شش اصل این درمان شامل: پذیرش، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها، عمل متعهدانه، خود به‌عنوان زمینه و گسلش می‌باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ ویکفید، روبوک و بویدن^{۱۲}، ۲۰۱۸) که با هم، برای کمک به ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توانایی سازگاری طراحی شده‌اند. درمان پذیرش و تعهد به جای تلاش مستقیم برای کاهش موارد درد و تنش‌ها، بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین حال وجود افکار و احساسات ناخوشایند، تأکید می‌کند و فرض اصلی را بر این می‌گذارد که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی، جزء بهنجار تجربه‌ی انسانی است (ویکفید، روبوک و بویدن، ۲۰۱۸). درمان پذیرش و تعهد برای کاهش فرار از تجربه و افزایش انعطاف‌پذیری روانی در حضور وقایع خصوصی دشوار، مانند ناامیدی، افکار تأکید میل و رغبت، که به فرد اجازه می‌دهد به جای خنثی‌سازی و به جای تمرکز بر

سبب ناپهنجاری روانی در والدین و فرزند خواهد شد (دل‌بارکو، کاستانو، دل‌ریو و بولین^۱، ۲۰۱۵). مشکلاتی که برای مادر به وجود می‌آید ممکن است سبب شود تبادلات عاطفی بین مادر و فرزند دچار تزلزل شود، به طوری که سازگاری و تبادل عاطفی بین مادر و فرزند دارای چندین ابعاد است که کیفیت تعامل مادر و فرزند را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بیرینگن، درشاید، ویگن، کلوسن و ایستربروکس^۲، ۲۰۱۴). مادران چهار بعد از تبادلات عاطفی را در مراقبت از فرزندان خود نشان می‌دهند که شامل: حساسیت، ساختارگرایی، عدم نفوذ (تداخل) و غیرخصوصیت می‌باشند. حساسیت بر پاسخ واقعی تأثیر می‌گذارد و بر احساس تبادل عاطفی تمرکز دارد، ساختارگرایی، توانایی مراقب را برای ساختن تعاملات عاطفی متناسب با رشد فرزند متمرکز می‌کند، عدم دخالت در مقابل گرایش مراقبین به پیروی از هدایت کودک است، در حالیکه غیرخصوصیت با عدم منفی بودن روابط عاطفی مشخص می‌شود. تحقیقات تجربی به تفاوت‌های معنادار بین فردی در دسترس بودن عاطفی والدین اشاره کرده است. تبادلات عاطفی تمرکز بر عبارات احساسی در تعامل مادر - فرزند دارد به صورتی که هم مادر و هم فرزند بر کیفیت روابط عاطفی یکدیگر تأثیر می‌گذارند؛ زیرا در روابط میزان تبادل و داد و ستد عاطفی کیفیت رابطه را تعیین می‌کند (پولس، لیکاتا، نیوش و سودین^۳، ۲۰۱۸). از طرف دیگر که زمانی که والدین با فرزند خود تبادلات عاطفی مثبت برقرار می‌کنند سطح اوکسی توسین کودکان بالا می‌رود که مجموعه‌ای از سیگنال‌های دخالت در یک تعامل اجتماعی را نشان می‌دهد و پیش‌بینی‌کننده رشد شناختی، اجتماعی و عاطفی فرزند در آینده است (بیاو^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). کودکانی که دارای تبادلات عاطفی سالم با مادر خود هستند، در آینده توانایی تنظیم هیجانات خود را دارند (هولستاین، تاگی و لوگهید^۵، ۲۰۱۷). بنابراین، کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم با محدودیت در سه حوزه اجتماعی شدن، ارتباطات و محدود بودن به رفتارهای تکراری، در تعاملات عاطفی و مهارت‌های اجتماعی دچار نقصان هستند، که این خود منجر می‌شود مادران در تبادلات عاطفی خود با این کودکان خسته شوند (ماتسون^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سروانتز^۷ و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از انتقادهای وارد بر آموزش صرف تکنیک‌های رفتاری به والدین برای کمک به کودکان دارای مشکلات رشدی

7. Cervantes
8. Hastings
9. Blackledge & Hayes
10. Hayes
11. Hayes, Strosahl & Wilson
12. Wakefield, Roebuck & Boyden

1. Del Barco, Castaño, del Río & Bullón
2. Biringen, Derscheid, Vliegen, Closson & Easterbrooks
3. Paulus, Licata, Gniewosz & Sodian
4. Baiao
5. Hollenstein, Tighe & Loughheed
6. Matson

تعداد ۳۴ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروه کنترل (۱۷ نفر) و آزمایش (۱۷ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل محدوده سنی ۲۲ تا ۵۰ سال، آمادگی و رضایت داشتن برای شرکت در جلسات مداخله، قطعی بودن تشخیص اوتیسم کودکان و معیارهای خروج از پژوهش شامل مصرف داروی روان‌پزشکی توسط مادر، دریافت سایر خدمات روان‌شناختی و مشاوره از یک سال گذشته تا پایان اجرای تحقیق توسط مادر و غیبت بیش از یک جلسه بود. گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هفته‌ای دو جلسه در روزهای یکشنبه و سه‌شنبه در مرکز توانبخشی اوتیسم آوات شهر شهریار، با استفاده از پروتکل درمان پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۵) قرار گرفتند.

ابزار سنجش

۱. **مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPPS)**^۶: این مقیاس توسط زیمت، دالم، زیمت و فارلی^۷ (۱۹۸۸) ساخته شده است. دارای ۱۲ گویه و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی از سوی خانواده، حمایت اجتماعی از سوی دوستان و حمایت اجتماعی از سوی دیگران می‌باشند. بروور، امسلی، کید، لاجنر، سیدات^۸ (۲۰۰۸) پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ برای خرده‌مقیاس‌های این ابزار و ۰/۸۶ برای کل ابزار گزارش نمودند. سلیمی، جوکار و نیکوپور (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹ و ۰/۸۲ گزارش کردند.

۲. **پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)**^۹: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال دنیس و وندروال^{۱۰} (۲۰۱۰) معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از ادراک توجیه رفتار، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف می‌باشند که براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم نمره ۱ تا کاملاً موافقم ۷ نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود (دنیس و واندر وال، ۲۰۱۰). در ایران سلطانی، شاره، بحرینیان و

اقدامات مبتنی بر جایگزینی، این افکار رخ بدهند. یعنی آنچه خارج از کنترل است را باید پذیرفت و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد متعهد بود. هدف درمان پذیرش و تعهد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار، در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً با خود دارد، می‌باشد (یاداوایا و هیز، ۲۰۱۲).

با توجه به مشکلات ناشی از کودک اوتیسم و اهمیت نهاد خانواده محققان برای کاربردی کردن درمان پذیرش و تعهد پژوهشگران دست به مطالعاتی زده‌اند، فلوجس-کنتراس و گومز^۱ (۲۰۱۸) در یک مطالعه سیستماتیک از ۴۲۷ پژوهش دریافتند درمان پذیرش و تعهد منجر به بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در والدین دارای فرزند با مشکلات خاص روانی و جسمانی می‌شود. درمان پذیرش و تعهد منجر به کاهش استرس فرزندپروری، استرس و افسردگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم (متوگموری^۳، ۲۰۱۵) افزایش انعطاف‌پذیری شناختی (هاس، دیکسون و پاللیوئاس^۴، ۲۰۱۹) بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران این کودکان (شیرالی‌نیا، عبدالهی موسوی و خجسته‌مهر، ۱۳۹۶)، کاهش تعارض میان والد-فرزند در والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات اضطرابی (رافتری-هلمر، مور، کواین و رید^۵، ۲۰۱۶)، افزایش ادراک حمایت اجتماعی زنان نابارور (هاشمیان دلویی، ۱۳۹۴) می‌شود. از این‌رو، با توجه به فراوانی مشکلات روانی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم و در نتیجه کاهش عملکرد این مادران و همخوانی ساختارهای درمان پذیرش و تعهد با مسایل و مشکلات این مادران و لزوم کاهش پیامدهای منفی این اختلال (احمدی و ربیسی، ۱۳۹۷)، از طرفی کمبود پژوهش‌های تجربی در زمینه درمان‌های اثربخش در بین جامعه آماری مادران دارای کودک طیف اوتیسم در داخل کشور پژوهش حاضر در صدد است تا مشخص کند آیا مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده، انعطاف‌پذیری شناختی و تبادل عاطفی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۷۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ۵ تا ۸ ساله در مرکز توانبخشی اوتیسم آوات شهر شهریار بودند که

6. Multidimensional Scale of Perceived Social Support
7. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley
8. Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat
9. Cognitive Flexibility Inventory
10. Dennis & VanderWal

1. Yadavaia & Hayes
2. Flujas-Contreras & Gómez
3. Montgomery
4. Hahs, Dixon & Paliliunas
5. Raftery-Helmer, Moore, Coyne & Reed

رضایت‌بخش بودند. ضریب روایی همگرا - واگرا شیوه سنجش خانوادگی مک‌مستر با پرسشنامه الگوهای ارتباطی، پرسشنامه کانون مهار، خرده‌مقیاس‌های واکنش عاطفی و امتزاج با دیگران به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۳۶، ۰/۴۱ - و ۰/۴۳ - گزارش کردند.

برنامه مداخله:

در این پژوهش جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی ایزدی و عابدی (۱۳۹۵) که توسط محقق طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با مادران دارای فرزند طیف اوتیسم گروه آزمایش کار شد، که در جدول ۱ آورده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
جلسه اول	معارفه و پیش‌آزمون / قوانین گروه / آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش / توضیح فلسفه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد / معرفی سیستم ناکارآمدی‌های گذشته / سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان اکت / پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود / تمایل به تغییر / کنترل مسأله نه راه‌حل / هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است.
جلسه سوم	شناسایی ارزش‌های افراد / تصریح ارزش‌ها / ناامیدی خلاقانه و فهم ارزش‌گذاری / پذیرش
جلسه چهارم	تمرین ذهن آگاهی / تمایز خودمفهوم‌سازی در برابر خودمشاهده‌گری / سنجش توانایی افراد برای گسست از افکار و احساسات / ادامه تجربیات ذهن آگاهی.
جلسه پنجم	تصریح ارزش‌ها / نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن «تمایل / پذیرش» را ارزشمند جلوه می‌دهد / آگاهی از احساسات بدنی
جلسه ششم	مواجهه با درد و مشکل زندگی / بررسی مواجهه شدن با موقعیت دردآور / تفهیم آمیختگی و گسلس و انجام تمرین برای گسلس
جلسه هفتم	درک ارزش به‌عنوان منشاء تعهد / ذهن آگاهی و تمرین در اکنون بودن
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه / شناسایی ارزش‌ها / پرداختن به اهداف، اعمال و موانع در راستای ارزش‌ها / قرار دادن زندگی مراجع در مسیر ارزش‌ها
جلسه نهم	حمایت اجتماعی و جمع‌بندی / اجرای پس‌آزمون

شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش ابتدا از بین ۷۰ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ۵ تا ۸ ساله که در مرکز توانبخشی اوتیسم آوات شهر شه‌ریار مورد مداخله قرار داشتند، تعداد ۳۴ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری کنترل و آزمایش جایگزین شدند. بعد از جلسه توجیهی برای افراد نمونه پیش‌آزمون بر روی افراد انجام گرفت. پس از آن، جلسات مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش صورت پذیرفت. این جلسات در روزهای یکشنبه و سه‌شنبه در مرکز توانبخشی اوتیسم آوات شهر شه‌ریار برگزار می‌شد. در نهایت، بعد از پایان پذیرفتن جلسات مداخله مرحله پس‌آزمون بر روی هر دو گروه انجام پذیرفت. لازم به ذکر است بر روی گروه کنترل مداخله صورت نگرفت.

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت مادران برای شرکت در پژوهش کسب شد. همچنین، به مادران اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و نیازی به درج نام نیست.

یافته‌ها

در این مطالعه ۹ نفر معادل ۳۶/۵ درصد دارای تحصیلات سیکل، ۱۵ نفر معادل ۴۴/۱ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۵ نفر معادل ۱۴/۷ دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۳ نفر معادل ۸/۸ دارای تحصیلات لیسانس و ۲ نفر معادل ۵/۹ دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس بودند. همچنین، ۸ نفر معادل ۲۳/۵ در دامنه سنی ۲۲ تا ۲۶ سال، ۱۴ نفر معادل ۴۱/۲ در دامنه سنی ۲۷ تا ۳۰ سال، ۵ نفر معادل ۱۴/۷ در دامنه سنی ۳۱ تا ۳۴ سال، ۵ نفر معادل ۱۴/۷ در دامنه سنی ۳۵ تا ۳۸ سال، و ۲ نفر معادل ۵/۹ در دامنه سنی بالاتر از ۳۸ سال

1. Family Assessment Device
2. Epstein, Baldwin & Bishop

می‌باشند. در ادامه در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش آورده شد. جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، انعطاف‌پذیری شناختی و تبادل عاطفی در مادران دارای فرزند اوتیسم

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	پیش‌آزمون M±SD	پس‌آزمون M±SD	پیش‌آزمون M±SD	پس‌آزمون M±SD
تبادل عاطفی	۱۸/۴۷±۲/۲۷	۲۱/۲۹±۲/۴۴	۱۹/۱۲±۳/۵۰	۲۴/۷۶±۱/۴۴
ادراک توجیه رفتار	۵۱/۲۹±۵/۱۰	۴۴/۵۸±۵/۱۹	۴۶/۴۱±۱۱/۹۰	۴۹/۷۰±۳/۹۱
ادراک کنترل‌پذیری	۳۴/۸۲±۷/۸۸	۳۸/۶۴±۵/۳۹	۳۳/۷۰±۵/۹۲	۴۰/۹۴±۵/۰۸
ادراک گزینه‌های مختلف	۸/۷۶±۳/۸۳	۷/۸۲±۲/۶۷	۷/۸۸±۳/۶۶	۱۰/۴۷±۱/۴۶
انعطاف‌پذیری شناختی	۹۴/۸۸±۱۰/۱۴	۹۵/۸۲±۱۱/۳۰	۸۸±۱۴/۹۵	۱۱۰/۹۴±۵/۳۷
حمایت از سوی خانواده	۱۳/۱۷±۴/۰۵	۱۲/۷۰±۳/۴۹	۱۲/۴۱±۳/۷۵	۱۴/۵۸±۳/۱۸
حمایت از سوی دوستان	۱۱/۵۲±۳/۶۲	۱۱/۵۸±۳/۲۲	۱۱±۴	۱۵/۵۲±۲/۰۳
حمایت از سوی دیگران	۱۳/۸۲±۴/۹۱	۱۳/۷۰±۴/۲۹	۱۳/۱۱±۴/۸۳	۱۶/۳۵±۲/۳۹
حمایت اجتماعی	۳۸/۵۲±۹/۴۲	۳۸±۹/۹۱	۳۶/۵۲±۱۰/۹۵	۴۶/۴۷±۵/۵۰

برقرار است ($P > 0.05$). همچنین، تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنادار نبود ($P \geq 0.05$)، یعنی اینکه شیب خط رگرسیون برای دو گروه آزمایش و کنترل یکسان است. آماره ام باکس نیز معنادار نبود، یعنی ماتریس‌های کوواریانس دو گروه برابر است. آماره پیلای (Pillai's trace: .728, $F_{(df: 7, 26)}: 9.97$, Sig.: .001) معنادار است. یعنی اثر مداخله آزمایشی بر ترکیب خطی مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری و حمایت اجتماعی معنادار است. لذا، در زیر نتایج تحلیل کوواریانس مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش به جهت تلخیص در جدول سه آمده است:

جدول ۳. تحلیل کوواریانس جهت مقایسه دو گروه پژوهش در مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات آزادی	درجه مجذورات آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	ضریب ایثا
ادراک توجیه رفتار	۲۲۲/۶۱۸	۱	۲۲۲/۶۱۸	۱۰/۵۱۲	۰/۰۰۳	۰/۲۴۷
ادراک کنترل‌پذیری	۴۴/۷۳۶	۱	۴۴/۷۳۶	۱/۶۲۹	۰/۲۱۱	۰/۰۴۸
ادراک گزینه‌های مختلف	۵۹/۵۵۹	۱	۵۹/۵۵۹	۱۲/۸۱۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶
حمایت از سوی خانواده	۳۰/۱۱۸	۱	۳۰/۱۱۸	۲/۶۹۵	۰/۱۱۰	۰/۰۷۸
حمایت از سوی دوستان	۱۳۲/۰۲۹	۱	۱۳۲/۰۲۹	۱۸/۱۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲
حمایت از سوی دیگران	۵۹/۵۵۹	۱	۵۹/۵۵۹	۴/۹۲۰	۰/۰۳۴	۰/۱۳۳

بالاتر است. حجم اثر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های متغیرهای ادراک توجیه رفتار (۰/۲۴۷)، ادراک گزینه‌های مختلف (۰/۲۸۶)، حمایت از سوی دیگران (۰/۱۳۳) کم و بر مؤلفه حمایت از سوی دوستان (۰/۳۶۲) پایین‌تر از متوسط است. اما براساس جدول ۳، بین

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل آمده است برای اینکه مشخص شود آیا بین دو گروه در هر کدام از متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن‌ها در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد یا نه از روش‌های پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده شده است. مفروضه نرمالیتی با آزمون شاپیرو-ویلکز بررسی شد و نشان داد که توزیع نرمال است ($P > 0.05$). مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل با آزمون لوین بررسی شد و نتایج آزمون لوین نشان داد که همگنی واریانس‌های دو گروه

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که بین میانگین متغیرهای ادراک توجیه رفتار، ادراک گزینه‌های مختلف حمایت از سوی دوستان، حمایت از سوی دیگران در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.05$) و براساس جدول ۲، در این مؤلفه‌ها میانگین گروه آزمایش

میانگین‌های دو گروه در دو مؤلفه ادراک کنترل‌پذیری و حمایت از سوی خانواده تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). در ادامه در جدول ۴ برای نمرات کل متغیرها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جهت مقایسه دو گروه پژوهش در نمره کل متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	ضریب ای‌تا (Eta)
تبادل عاطفی	۱۱۰/۰۷	۱	۱۱۰/۰۷	۳۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۶۰۲/۶۱۷	۱	۲۶۰۲/۶۱۷	۵۴/۲۹۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷
حمایت اجتماعی	۷۸۱/۵۹۸	۱	۷۸۱/۵۹۸	۲۶/۴۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰

براساس جدول ۴، میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در تبادل عاطفی، انعطاف‌پذیری شناختی و حمایت اجتماعی معنادار است و میانگین هر سه متغیر در گروه آزمایش براساس جدول ۲، بالاتر از گروه کنترل است. حجم اثر مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تبادل عاطفی (۰/۴۹۲) متوسط و بر انعطاف‌پذیری شناختی (۰/۶۳۷) بالاتر از متوسط و بر حمایت اجتماعی (۰/۴۶۰) در حد متوسط است.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال‌های طیف اوتیسم با اختلالات رفتاری کیفی در ارتباطات، تعامل اجتماعی متقابل همراه با الگوهای منافع و فعالیت‌های تکراری، محدود و کلیشه‌ای، مشخص شده است. این نقص‌ها فراگیر و ماندگار معمولاً در دوران کودکی وجود دارد و به احتمال زیاد در اختلالات عملکردی در محیط‌های مختلف منجر به اختلال می‌شود که علاوه بر خود فرزند، والدین را نیز دچار مشکلات در ارتباط با این کودکان می‌کند (بیتس و لی کوتار، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی، انعطاف‌پذیری شناختی و تبادل عاطفی تأیید شد. نتیجه پژوهش با مطالعات مصباح، حجت‌خواه و گل‌محمدیان (۱۳۹۷)، شاکراردکانی، رحیمی و صالح‌زاده (۱۳۹۶)، حجت‌خواه و مصباح (۱۳۹۵) و گلد، تابوکس و کوین^۲ (۲۰۱۸) همسو است. مصباح، حجت‌خواه و گل‌محمدیان (۱۳۹۷) نشان دادند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی اثربخش است، شاکراردکانی، رحیمی و صالح‌زاده (۱۳۹۶) نیز دریافتند که اثر شیوه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در سازگاری اجتماعی و سازگاری عاطفی معنادار بود.

در مورد اثر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تبادل عاطفی مادر با کودک می‌توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی‌شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان (حجت‌خواه و مصباح،

۱۳۹۵) بر رفتارهای مثبت و روابط اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم (گولد، تابوکس و کوین، ۲۰۱۸) تأثیر معنی‌داری دارد. رافتی-هلمر و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند درمان پذیرش و تعهد را به‌عنوان یک مدل درمانی می‌تواند برای حل تعارضات میان والد-فرزند و تغییر تعاملات مشکل‌ساز والدین و فرزندان مشکل‌ساز استفاده کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم، توجه خود را به رفتارهای منفی کودکان اختصاص می‌دهند، در نتیجه تداخل سوگیری توجه به رفتارهای منفی فرزندان با توجه خنثی یا مثبت به رفتارهای کودکان موجب می‌شود والدین حساس‌تر و تکانه‌ای‌تر شده و در مجموع مهربانی و صبوری کمتری از خود نشان دهند. ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شکستن چرخه‌های افکار منفی و تکراری به والدین کمک می‌کند تا به جای توجه افراطی به نشخوارهای ذهنی خود، به نحوه تعامل با کودک خود توجه داشته باشند؛ و به جای توجه سوگیرانه و تفسیر منفی رفتار کودک، با نگاهی باز و غیرقضواتی با فرزندانشان در لحظه حال تعامل کنند (بوگلز، لهتونن و رستیفو^۳، ۲۰۱۰).

همچنین، پژوهش نشان داد اثر درمان پذیرش و تعهد بر ادراک توجه رفتار، ادراک گزینه‌های مختلف و انعطاف‌پذیری معنادار است. این قسمت از یافته‌های پژوهش با مطالعات از جمله شیرالی‌نیا، عبدالموسوی و خجسته‌مهر (۱۳۹۶) همسو است. آن‌ها دریافتند درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم اثربخش است و این نوع مداخله را مفید ارزیابی کردند، نشان دادند پژوهش‌های گذشته نشان داده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی در والدین دارای کودکان اوتیسم (نظیری و جعفری، ۱۳۹۶) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای فرزند با مشکلات رفتاری (فلوجس-کنتراس و گومز، ۲۰۱۸) مؤثر

3. Bogels, Lehtonen, & Restifo

1. Yates & Le Couteur

2. Gould, Tarbox & Coyne

مبتلا به طیف اوتیسم سطح بالایی از استرس و نشانه‌های افسردگی را نسبت به والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های معمول نشان می‌دهند، مشکلات رفتاری کودکان، پیش‌بینی کننده‌های مهمی برای مشکلات مادران است که منجر به رفتارهای تنش‌زا در مادران می‌شود که در نهایت انزوا اجتماعی را در بر دارد (اکس، پریوت و مک‌کای، ۲۰۱۶). از این‌رو، اگر مادران حمایت اجتماعی را از طرف اعضاء خانواده درک نکنند بیش از پیش دچار پریشانی روانی شده و عملکرد خانوادگی‌شان کاهش می‌یابد. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این افراد کمک می‌کند تا ادراک خود را از میزان حمایت اعضاء خانواده تغییر دهند؛ زیرا در این درمان به مادران دارای فرزند اوتیسم آموزش داده شده است که هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل شود که خود منجر به پذیرش مشکل و تعهد به خود برای بهتر کردن وضعیت زندگی است. یعنی اجتناب را با تشویق به پذیرش و کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به نتایج اجتناب زیاد کاهش می‌دهد، که این خود باعث می‌شود افکار و احساسات منفی ناشی از میزان حمایت درک شده که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آنکه مورد پذیرش قرار گیرند، فراخوانی آن‌ها در ذهن کمتر شده و فرد درک بهتری از حمایت واقعی را پیدا می‌کند و در صورت عدم حمایت فرد خود تلاش می‌کند مشکلات ناشی از فرزند را بپذیرد و در حل آن مشکلات تلاش کند.

به نظر می‌رسد حجم اثر مداخله بر مؤلفه‌های حمایت خانواده و انعطاف‌پذیری شناختی نسبتاً پایین بود. ضمن اینکه تفاوت دو گروه در مؤلفه ادراک کنترل‌پذیری انعطاف‌پذیری شناختی، مؤلفه حمایت خانواده و حمایت اجتماعی معنادار نبود. این مشکلات را می‌توان به اعتبار و پایایی پرسشنامه‌های پژوهش، عدم مشارکت فعال آزمودنی‌ها در جلسات درمانی و یا محدودیت تعداد جلسات درمانی دانست. لذا پیشنهاد می‌شود با رفع این مشکلات، پژوهش تکرار گردد. با توجه به انتخاب نمونه از مرکز توانبخشی اوتیسم آوات شهر شهریار، در تعمیم نتایج به جامعه بزرگتر باید محتاط بود. همچنین، نمونه را فقط مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم تشکیل داده بودند و برای تعمیم یافته‌ها به پدران پیشنهاد می‌شود، این پژوهش بر روی پدران نیز اجرا گردد. فقدان مرحله پیگیری از ویژگی‌های پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی مرحله پیگیری هم انجام شود.

است. از آنجا که مادران به‌عنوان مراقب اصلی کودک در معرض این عوامل استرس‌زا قرار دارند (فلورین و فیندلر، ۲۰۰۱) با وجود چالش‌هایی که با آن روبه‌رو هستند، تغییرات قابل ملاحظه‌ای در سازگاری مادران با شرایط زندگی چالش‌انگیز دیده می‌شود، به صورتی که برخی با آن سازگار می‌شوند و برخی دیگر احساس حمایت را درک نمی‌کنند و به مشکلات خود می‌افزایند (فیندلر، جاکوبی و گایس، ۲۰۱۶). اما درمان پذیرش و تعهد به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند مشکل را رها کنند و متناسب با زندگی، آن را تجربه کنند. این روش با تقویت توجه در زمان حال به مادران کمک می‌کند بجای انکار و درگیر شدن در افکار مشکل با پذیرش مشکل در زمان حال زندگی کنند، با مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند خود، آن‌ها را بدون قضاوت تجربه کنند تا متوجه شوند شناخت فرد قابل انعطاف است و کژکاری‌های روان‌شناختی خود را کاهش دهند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). تمرین گسلش (از مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) موجب می‌شود که فرد به جای اینکه با افکار کنونی خود آمیخته شود به تجارب درونی خود پاسخ‌های سازگارانه‌تر و منعطف‌تری نشان دهد. از طرفی تمرین ارزش‌ها و متعهد ماندن به آن‌ها در این درمان موجب می‌شود که فرد به جای اجتناب تجربه‌ای که آرامش کوتاه‌مدت و موقتی را در پی دارد؛ رفتارهایی را در پیش بگیرد که در درازمدت تقویت‌کننده هستند. از این‌رو، تعیین رفتارهای آشکار و عملی به والدین کمک می‌کند تا موقع انجام دادن این قبیل رفتارهای تعیین‌شده و در صورت پدیدارشدن موانع ذهنی اقدام، افکار و هیجانات منفی را کنترل کند (گلد و همکاران، ۲۰۱۸)

پژوهش نشان داد اثر درمان پذیرش و تعهد بر حمایت از سوی خانواده، حمایت از سوی دوستان، حمایت از سوی دیگران و حمایت اجتماعی کل معنادار است. مهاجری (۱۳۹۶) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش روابط اجتماعی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم شده است. حجت‌خواه و مصباح (۱۳۹۵) نقش و اهمیت درمان گروهی پذیرش و تعهد را در کاهش احساس شرم درونی‌شده و افزایش سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی نشان داد. بزلی و پاکنهم^۲ (۲۰۱۸) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان حمایت اجتماعی افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، تأثیر دارد و منجر افزایش قابل توجهی در خودکارآمد بودن و رفتارهای پیشگیری از خودآسیبی در صورت وجود مشکل در زندگی می‌شود. مادران کودکان

1. Florian & Findler
2. Bazley & Pakenham

یوسفی، نادر. (۱۳۹۱). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس‌های شیوه‌سنجش خانوادگی مک‌مستر (FAD). فصلنامه علمی- پژوهشی اندازه‌گیری تربیتی. ۲(۷)، ۱۲۰-۹۱.

- Altieri, M. J., & von Kluge, S. (2009). Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 34(2), 142-152.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5®)*. Washington.
- Baião, R., Fearon, P., Belsky, J., Baptista, J., Carneiro, A., Pinto, R., Nogueira, M., Oliveira, C., Soares, I & Mesquita, A. R. (2019). Child's oxytocin response to mother-child interaction: The contribution of child genetics and maternal behavior. *Psychoneuroendocrinology*. 102, 79-83.
- Bazley, R., & Pakenham, K. (2018). Suicide prevention training for Christian faith-based organizations using acceptance and commitment therapy: a pilot controlled trial of the HOLLY program. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 11, 6-14.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*. 34(2), 114-167.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*. 28(1), 1-18.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*. 1, 107-120.
- 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.
- Cervantes, P. E., Matson, J. L., Adams, H. L., Williams, L. W., Goldin, R. L., & Jang, J. (2013). Comparing social skill profiles of children with autism spectrum disorders versus children with attention deficit hyperactivity disorder: Where the deficits lie. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 7(9), 1104-1110.
- Del Barco, B. L., Castaño, E. F., del Río, M. I. P., & Bullón, F. F. (2015). Parental acceptance-rejection and profiles of

تشکر و قدردانی

از اداره آموزش و پرورش شهر شهریار و و کلیه مادران شرکت‌کننده در این پژوهش که با پژوهشگران نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- احمدی، ا.، و ریسی، ز. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پذیری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *سلامت روان کودک*. ۵(۳)، ۶۹-۷۹.
- ایزدی، ر.، عابدی، م. (۱۳۹۵). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. چاپ پنجم. تهران: جنگل، کاوشیار.
- سلطانی، ا.، شاره، ح.، بحرینیان، س.، و فرمانی، ا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی. *پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)*. ۱۱(۲)، ۸۸-۹۶.
- حجت‌خواه، س.، و مصباح، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و احساس شرم درونی شده مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*. ۶(۲۴)، ۱۸۰-۱۵۳.
- شاکراردکانی، ل.، رحیمی، م.، و صالح‌زاده، م. (۱۳۹۶). اثربخشی شیوه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول ذهنی و جسمی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۷(۱)، ۶-۱.
- شیرالی‌نیا، خ.، عبدالهی موسوی، ح.، و خجسته‌مهر، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی*. ۷(۲۸)، ۴۴-۲۱.
- مهاجر، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم. *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*. ۳(۱)، ۵۶-۴۶.
- مصباح، ا.، حجت‌خواه، س.، و گل‌محمدیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی*. ۸(۲۹)، ۸۵-۱۰۹.
- نظیری، ق.، و جعفری، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی در والدین دارای کودکان اوتیسم. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری*. ۲۲ خرداد ماه، دانشگاه نیکان (تهران)، ایران.
- هاشمیان دلوتی، آ. (۱۳۹۴). *بررسی اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی و رضایت جنسی زنان ناباور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.

- Intellectual and Developmental Disability*. 27(3), 149–160.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press. implications for maternal mental health? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 40, 620–628.
- Hollenstein, T., Tighe, A. B., & Loughheed, J. P. (2017). Emotional development in the context of mother-child relationships. *Current Opinion in Psychology*. 17, 140-144.
- Ionescu, T. (2012). Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas in Psychology*. 30(2), 190-200.
- Ip, H. H., Wong, S. W., Chan, D. F., Byrne, J., Li, C., Yuan, V. S., Lau, K. S. Y., & Wong, J. Y. (2018). Enhance emotional and social adaptation skills for children with autism spectrum disorder: A virtual reality enabled approach. *Computers & Education*. 117, 1-15.
- Loukusa, S., Mäkinen, L., Kuusikko-Gauffin, S., Ebeling, H., & Leinonen, E. (2018). Assessing social-pragmatic inferencing skills in children with autism spectrum disorder. *Journal of Communication Disorders*. 73, 91-105.
- Lu, M., Yang, G., Skora, E., Wang, G., Cai, Y., Sun, Q., & Li, W. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 17, 70-77.
- Marsack, C. N., & Samuel, P. S. (2017). Mediating effects of social support on quality of life for parents of adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 47(8), 2378-2389.
- Matson, J. L., Wilkins, J., Sharp, B., Knight, C., Sevin, J. A., & Boisjoli, J. A. (2009). Sensitivity and specificity of the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT): Validity and cutoff scores for autism and PDD-NOS in toddlers. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 3(4), 924-930.
- Montgomery, D. (2015). *The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Parents of Children Diagnosed with Autism*. Ph.D. Dissertation. Faculty of Psychology, Walden University, USA.
- Myers, B. J., Mackintosh, V. H., & Goin-Kochel, R. P. (2009). "My greatest joy and victimization and aggression in bullying situations. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 31(2), 600-606.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*. 34(3), 241-253.
- Derguy, C., M'Bailara, K., Michel, G., Roux, S., & Bouvard, M. (2016). The need for an ecological approach to parental stress in autism spectrum disorders: the combined role of individual and environmental factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 46(6), 1895-1905.
- Ekas, N. V., Pruitt, M. M., & McKay, E. (2016). Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 29-30, 8-18.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*. 9(2), 171-180.
- Findler, L., Jacoby, A. K., & Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in Developmental Disabilities*. 55, 44-54.
- Florian, V., & Findler, L. (2001). Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 71(3), 358-367.
- Flujas-Contreras, J. M., & Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 8, 29-35.
- Goedeke, S., Shepherd, D., Landon, J., & Taylor, S. (2019). How perceived support relates to child autism symptoms and care-related stress in parents caring for a child with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 60, 36-47.
- Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 7, 81-88.
- 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.
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of*

- Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 1-13.
- Waldeck, D., Tyndall, I., Riva, P., & Chmiel, N. (2017). How do we cope with ostracism? Psychological flexibility moderates the relationship between everyday ostracism experiences and psychological distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 425-432.
- Weiss, L. A. (2011). *The development of psychological flexibility in chronic pain patients during acceptance and commitment therapy: how do acceptance, values-based action and application of learned principles develop during an eight-week inpatient treatment in five patients?*. Master's thesis, University of Twente.
- Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C. (2012). Acceptance and commitment therapy for self-stigma around sexual orientation: A multiple baseline evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 545-559.
- Yates, K., & Le Couteur, A. (2016). Diagnosing autism/autism spectrum disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 513-518.
- 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.
- my greatest heart ache:" Parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families' lives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(3), 670-684.
- Paulus, M., Licata, M., Gniewosz, B., & Sodian, B. (2018). The impact of mother-child interaction quality and cognitive abilities on children's self-concept and self-esteem. *Cognitive Development*, 48, 42-51.
- 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.
- Ritter, S. M., Damian, R. I., Simonton, D. K., van Baaren, R. B., Strick, M., Derks, J., & Dijksterhuis, A. (2012). Diversifying experiences enhance cognitive flexibility. *Journal of experimental Psychology*, 48(4), 961-964.
- Salami, A. R., Joukar, B., & Nikpour, R. (2009). Internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variable. *Psychological Studies*, 5(3), 81-102.
- Shi, Z. M., Lin, G. H., & Xie, Q. (2016). Effects of music therapy on mood, language, behavior, and social skills in children with autism: A meta-analysis. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 137-141.

Effectiveness of intervention based on acceptance and commitment on social perception, social support, cognitive flexibility and affective exchange in mothers of children with Autism Spectrum Disorder

Seyed Mosa Tabatabaee *
Hakime Aghae **
Soheila Saberi ***

Abstract

The aim of this study was to examine the Effect of Acceptance and Commitment Intervention on Perceived Social Support, Cognitive Flexibility, and Emotional exchange in mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). This study was semi-experimental with pretest-posttest design and a control group. The statistical population includes 70 mothers and a random sample of 34 mothers with autistic children aged 5 to 8 years in the Autism Rehabilitation Center of Ayat city of Shahriar selected from the total population, randomly assigned in the control group (n=17) and the experiment group (n=17). Data were collected using Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Denis Cognitive Flexibility Questionnaire (CFQ), and McMaster family assessment device (Affective exchange) (CFI). The experiment group received acceptance and aommitment therapy for 9 sessions of 90 minutes twice a week. Data were analyzed by Multivariable Analysis of Covariance (MANCOVA) using SPSS23 software. The results showed significant differences between the components of affective exchange, perception of behavior justification, perception of control-ability, perception of substitutes for human behaviors, total cognitive flexibility, family support, friends' support, other's support, and total perceived social support in the experimental group were higher ($P \leq 0.05$). The findings of the current research showed that acceptance and commitment therapy can be used to boost mental health level and cognitive/social components of mothers with autism spectrum disorder.

Keywords: *Autism Spectrum Disorder, Cognitive Flexibility, Affective Exchange, Perceived Social Support, Acceptance and Commitment Therapy.*

* **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. **Email:** s.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

*** Master of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.