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

◈ سیما نعمت‌پور[۱] ◈ دکتر همایون هارون‌رشیدی[۲] ◈ دکتر کبری کاظمیان‌مقدم[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 نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری شامل همهٔ مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم در شهر دزفول بود و نمونه پژوهش ۳۰ نفر از این مادران بودند که به شـــیوه نمونه‌گیری 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 هشـــت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله را دریافت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار ماندند. ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در پژوهش، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت، دالم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸) و پرسشنامه سازگاری اجتماعی (بل، ۱۹۶۲) بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس یک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شده است. نتایج نشان داد که تفاوتی معنادار میان دو گروه در حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). نتایج نشـــان 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 استعاره‌ها و تأکید بر ارزشها به افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم می‌انجامد، پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌ریزیها برای افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و ســازگاری 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 دریافت: ۹۹/۴/۲۱ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲

* *این مقاله مستخرج از پایاننامه کارشناسی ارشد نویسندهٔ 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم[1] یکی از انواع اختلالهای 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[2]، 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 قابل‌توجهی برای مشارکت خانواده در فعالیتها ایجاد کند و زندگی روزمره آنها را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار دهد (کراکوویچ، مک‌گرو، یو و روبل[3]، 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[4]، ۲۰۱۳). بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد مادران این کودکان با مشکلاتی در زمینه رضایت از زندگی، عزت‌نفس و سلامت روانی مواجه‌اند (شایو[5]، ۲۰۱۶) و تنیدگی و نشانه‌های افسردگی را به میزان بالایی تجربه می‌کنند (کیم، اکاس و هاک[6]، ۲۰۱۶). از این رو پرداختن به مسائل مادران این گروه اهمیت دارد.

مشکلات کودک و چالشهای مربوط به ناتوانی کودک می‌تواند بر سازگاری[7] پدر و مادر اثرات منفی بگذارد (دوین، هولباین، سیهوجوز، آمارو و هولمبک[8]، ۲۰۱۱). سازگاری مفهومی عام است و به همه راهبردهایی گفته می‌شود که فرد برای اداره کردن موقعیتهای استرس‌زای زندگی به‌کار می‌برد (یزدانبخش، ۱۳۹۴). یکی از ابعاد سازگاری، سازگاری اجتماعی[9] است. سازگاری اجتماعی به‌معنای سازش شخص با محیط اجتماعی است که این سازگاری می‌تواند از طریق وفق‌دادن 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 به‌طریق 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

قابل‌قبول باشد (موران[1] و همکاران، ۲۰۱۶). حمید[2] (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[3] 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[4] 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[5]، 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 مقابلهٔ قدرتمند بیرونی محسوب می‌شود و نقشی مؤثر در بهزیستی روانی آنان دارد (میدن، هاله و اباتا[6]، ۲۰۱۰). همچنین شواهد تجربی گوناگون نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده به‌منزلهٔ یک منبع مقابله 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[7] 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، دِآندرس - گارسیا، پرز - بلاسکو، گونزالز - بونو و مایو - آلبیول[8] (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 زمینهٔ 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

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[1] به‌منزلهٔ 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[2]، 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 درگیرکردن والدین برای بهترین مراقبت از خود و فرزندشان است (رافتری هلمر، مور، کوین و رید[3]، ۲۰۱۶). پژوهشهای اخیر در زمینهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایجی امیدبخش دربارهٔ اثربخشی این درمان ارائه داده است. در یک بررسی جامع لاندی، اشنایدر و آرچ[4] (۲۰۱۵) اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد را در مقایسه با درمانهای شناختی رفتاری نشان داده‌اند. مونتگمری[5] (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[6] (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 کسایی‌اصفهانی، ۱۳۹۷)، افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی (گودرزی، سلطانی، حسینی‌صدیق، همدمی و قاسمی‌جوبنه، ۱۳۹۶)، کاهش مشکلات روان‌شناختی (امینی‌فسخودی، محمدیان و فتحی، ۱۳۹۷)، افزایش تاب‌آوری (مصباح، حجت‌خواه و گل‌محمدیان، ۱۳۹۷)، کاهش سبکهای دفاعی رشدنایافته (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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شـــناختی (فاشلر، وینریب، اعظم و کاتز[1]، ۲۰۱۸)، بهبود افسردگی و اضطراب (دویسون، اپینگستال، رونســـی و اوکانر[2]، ۲۰۱۷)، بهبود تصویر بدنی (مالینوفسکی، مور، مید و گروبر[3]، ۲۰۱۷) و سازگاری (تواهیگ و لوین[4]، ۲۰۱۷؛ انانسیاتا، گرین و مارکس[5]، ۲۰۱۶) مؤثر بوده است. نتایج پژوهش هاس، دیکسون و پالیلیونس[6] (۲۰۱۹) نیز نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر چالشهای روان‌شناختی 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 شـــکیبایی 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. هنگامی‌که والدین با مشکل فرزند خود روبه‌رو می‌شوند، درصدد دستیابی به منابعی‌اند که آنان را در چگونگی برخورد و سازگاری با این پدیده راهنمایی کنند. کمک به والدین در زمینهٔ 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 زمینهٔ کاهش مشکلات آنها داشته باشد، هر نوع مداخله‌ای که به افزایش سازگاری این والدین کمک کند، قابل پیگیری است. به همین منظور، به ســـبب اهمیت پرداختن به ســـلامت 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 نیمه‌آزمایشـــی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را همهٔ مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم شهر دزفول در سال ۱۳۹۸ تشـــکیل می‌دادند. تعداد کل این مادران برابر با آمار استخراجی از سازمان بهزیستی شهرستان دزفـــول، 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: ســـاکن شـــهر 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

در پژوهش، داشـــتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ ســـال سن. معیارهای خروج عبارت بودند از: عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل به شـــرکت در پژوهش و مبتلا بودن شـــرکت‌کنندگان 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[1]: مقیاس ارزیابی ذهنی حمایت اجتماعی را زیمت، دالم، زیمت و فارلی[2] (۱۹۸۸) تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ ماده دارد و برای هر ســـؤال، طیف درجه‌بندی هفت‌گزینه‌ای در نظر گرفته شـــده اســـت 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 شـــده است. در پژوهشـــهای خارجی این مقیاس دارای پایایی و روایی مطلوبی گزارش شده است (براور، امسلی، کید، لاکنر و سیدات[3]، ۲۰۰۸). در پژوهش کاکابرایی، ارجمندنیا و افروز (۱۳۹۱) ضریب پایایی خرده‌مقیاســـهای خانواده، دوستان و سایرین به‌ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ بوده اســـت. در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس بر اســـاس فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمده است.

۲. پرسشنامه سازگاری بل[4]: این پرسشنامه را بل[5] در سال ۱۹۶۲ تدوین کرده است و دارای ۱۶۰ گویه است که هر گویه سه گزینهٔ بله، خیر و نمی دانم دارد. در این پرسشنامه گزینهٔ نمی‌دانم نمره‌ای دریافت نمی‌کند. کســـب نمره کمتر، نشـــان‌دهنده سازگاری بیشتر اســـت. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس ۳۲ ســـؤالی سازگاری اجتماعی استفاده شده است. بل (۱۹۶۲) ضریب پایایی ۰/۸۸ را برای خرده‌مقیاس ســـازگاری اجتماعی گزارش کرده است. این پرسشنامه را میکائیلی‌منیع و مددی‌امـــامزاده (۱۳۸۷) در ایران هنجاریابی کرده‌اند و پایایی و روایی آن به‌ترتیب 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 مســـئولان پژوهشـــی دانشـــگاه و ســـازمان بهزیستی شهرســـتان دزفول، ابتدا دربارهٔ هدف و اهمیت پژوهش برای افراد جامعه پژوهش توضیحاتی داده شـــد، ســـپس درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان‌خاطر داده شـــد 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

رضایتنامه شـــرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردنـــد. ابتدا همهٔ مادران دارای ملاک ورود به پژوهش به مقیاسهای حمایت اجتماعی ادراک شده و آزمون سازگاری اجتماعی به‌عنوان پیش‌آزمون، پاســـخ دادند. ســـپس گروه آزمایش، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شـــرکت کردند. پژوهشـــگر این مرحله را در یـــک کلینیک خصوصی به اجرا درآورد. طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. پس از اتمام جلســـات مداخله، شـــرکت‌کنندگان مقیاســـهای حمایت اجتماعی ادراک شده و آزمون ســـازگاری اجتماعی را به‌عنوان پس‌آزمون، تکمیل کردند. پس از پایان پژوهش، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت‌کنندگان به‌صورت محرمانه در نظر گرفته شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. محتوای هر یک از جلسات در جدول شمارهٔ ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسل و ویلسون[1]، 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 پلی‌گراف
چهارم	پذیرش جایگزینی برای اجتناب	● معرفی پذیرش و تمایل به‌منزلهٔ جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان، بیان احساسات پاک و ناپاک
پنجم	گسلش	● معرفی گسلش، استعاره اتوبوس
ششم	خود به منزلهٔ زمینه و بودن در زمان حال	● معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی‌شده
هفتم	ارزشها	● معرفی ارزشها، بحث دربارهٔ ارتباط میان اهداف و ارزشها، انتخاب ارزشها، انتخابها در مقابل قضاوتها / تصمیمها، شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری: حرکت به‌سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر، سنجش ارزشهای مراجع
هشتم	تعهد به عمل	● تعهد به عمل و پایبندی به ارزشها با وجود موانع، تعهد به‌مثابه یک فرایند، شناسایی گامهای عملیاتی اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر، ارائه استعاره باغداری، موانع دستیابی به اهداف و اشتیاقها به‌منظور پذیرش آنها، استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل و پیشگیری از بازگشت، اجرای پس‌آزمون

1. Hayes, Strosahl & Wilson

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

یافته‌ها

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

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی گروه آزمایش به‌ترتیب 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 به‌ترتیب 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 کســـب نمره کمتر، نشـــان‌دهنده سازگاری بیشتر است) و گروه کنترل ۲۲/۰۶ و ۵/۰۳ بوده است.

جدول ۳. نتایج نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش

شاخصها	پیش آزمون		پس آزمون	
	F	P	F	P
سازگاری اجتماعی	۰/۶۸۴	۰/۷۳۹	۰/۹۴۷	۰/۴۶۱
حمایت اجتماعی	۰/۱۵۴	۰/۲۳۴	۰/۶۹۴	۰/۷۲۲

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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

جدول ۴. بررسی پیش‌فرضهای به‌کارگیری آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس

متغیرها	آزمون لوین برای تساوی واریانسها		یکسانی شیب رگرسیون	
	مقدار F	سطح معناداری	مقدار F	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	۲/۳۷	۰/۱۳۰	۲/۴۶	۰/۳۹۹
سازگاری اجتماعی	۲/۰۷	۰/۱۵۷	۱/۹۷	۰/۳۲۱

بر اســـاس نتایج جدول شماره ۴، فرض صفر برای تســـاوی واریانس متغیرهای حمایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تأیید می‌شود. این یافته نشان می‌دهد کـــه در تحلیل واریانـــس دو گروه در پس‌آزمون، به دلیل همگنی واریانســـهای گروهها در پیش‌آزمون، این تأثیرات متغیر مســـتقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) خواهد بود که در تفاوت احتمالی نمرات دو گروه، نقش خواهد داشت.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری پس‌آزمون حمایت اجتماعی با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	P	Eta
آزمون اثر پیلایی	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 بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۱/۷۷۷	۱۴/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۹

بر اســـاس نتایج جدول شـــماره ۵، بـــا کنترل پیش‌آزمون، در ســـطوح معناداری همـــه آزمونها، بین گروههای آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای پژوهش تفاوتی معنادار مشاهده می‌شود.

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

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

بر اساس نتایج جدول شـــماره ۶، با کنترل پیش‌آزمون، میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سازگاری اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$ و $F=۳۷/۰۵$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین ســـازگاری اجتماعی گروه آزمایش (۱۴/۴۰) نســـبت به میانگین ســـازگاری اجتماعی گروه گواه (۲۲/۰۶)، موجب بهبود سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۷۸ است، یعنی ۵۸ درصد تفاوتهای فردی در نمرات سازگاری اجتماعی احتمالاً مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است.

همچنین نتایج جدول ۶ نشان می‌هد 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 (۵۴/۷۳) نســـبت به میانگین حمایت اجتماعی گروه کنترل (۴۰/۸۰)، موجب افزایش معنادار حمایت اجتماعی در گروه آزمایش شـــده است. اندازه اثر یا تفاوت برابر با ۰/۶۵۹ است، یعنـــی ۶۶ درصد تفاوتهای فردی در نمرات حمایـــت اجتماعی احتمالاً مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررســـی اثربخشـــی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شـــده و ســـازگاری اجتماعی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم بوده اســـت. یافته‌ها نشـــان دادند که با کنتـــرل پیش‌آزمون، میان گروههـــای آزمایش و کنترل از لحاظ حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته با پژوهش عبدالعظیمی و نیکنام (۱۳۹۸) همســـو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت به‌کارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به‌سبب سازوکارهایی نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی ســـنتی 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 به‌طورکلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شـــیوهای 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 بـــر پذیـــرش و تعهد از افزایش توانایی مراجعین برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شـــان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است ناشی می‌شود (کاشدان و چاروکی[1]، ۲۰۱۳).

1. Kashdan & Ciarrochi

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مسئله اصلی، پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند زندگی است، بدون اینکه فرد بی‌جهت برای تغییر دادن شرایط زندگی خود تلاش کند و برای تحمل شرایط ناخوشایند بکوشد. مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم یاد می‌گیرند که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات و افکار خود روبه‌رو شوند. آنان از مشکلات نمی‌گریزند، بلکه انعطاف‌پذیری را در هر شرایط می‌آموزند. افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالتهای روان‌شناختی می‌انجامد و این مورد سبب بهبود سازگاری فرد و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی‌اش می‌شود (هیز، استروسل و ویلسون، ۲۰۱۲).

یافته‌ها همچنین نشان دادند که با کنترل پیش‌آزمون، میان گروههای آزمایش و کنترل از نظر سازگاری اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. این نتایج با پژوهشهای حجت‌خواه و مصباح (۱۳۹۵)، سعیدی و خلعتبری (۱۳۹۵)، باقری، سعادتی، فتح‌الله‌زاده و دربانی (۱۳۹۵)، توهیگ و لوین (۲۰۱۷) و انانسیاتا و همکاران (۲۰۱۶)، همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اینکه در طول مداخله از روشهای ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود، توانایی افراد نیز برای ایجاد ارتباط با تجارب‌شان در زمان حال و انتخاب روشی منطبق با ارزشهای خود افزایش می‌یابد. این تجربه در زمان حال به افراد کمک می‌کند تغییرات را آن‌گونه تجربه کنند که وجود دارند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد. به عبارت دیگر از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم در پاسخهای سازگارانه به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سازگاری آنها در برخورد با مشکلات همراه با مراقبت از کودکان با اختلال طیف اوتیسم است، افزایش می‌یابد. 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 منفی‌شان و هنگامی‌که توانستند افکار را فقط به‌مثابه یک فکر و احساسات را فقط به مثابه احساسات ببینند و آنها را تعیین‌شده 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 ارزشهای تعیین‌شده در جلسه درمان گروهی از سوی خود آنها در حوزه‌های گوناگون فردی صورت گرفته است، به‌منظور دستیابی به آرامش و شادکامی گام بردارند.

با توجه به محدودیت زمانی، برگزاری جلسات پیگیری از آن جهت که آیا تغییر به‌وجود آمده

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

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 برخواهند داشت.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

منابع

REFERENCES

اژه‌ای، جواد؛ صیادشیرازی، مریم؛ غلامعلی‌لواسانی، مسعود و کسایی‌اصفهانی، عبدالرحیم. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی ـ رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم. *مجله روانشناسی*، ۲۲ (۱)، ۳-۲۱.

امینی‌فسخودی، 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؛ سعادتی، نادره؛ فتح‌اله‌زاده، 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)، ۱۰۴-۱۱۷.

پورنقاش‌تهرانی، سیدسعید؛ مرتضوی‌فر، سمیرا و مرتضوی‌فر، سمیه. (۱۳۹۹). تأثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت روانی افراد مبتلا به اسکلروزیس چندگانه. *مجلهٔ 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 اوتیسم. مطالعات ناتوانی*، ۷ (۱۳)، ۱-۸.

سعیدمنش، محسن و عزیزی، مهدیه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبکهای دفاعی والدین کودکان اوتیسم با مکانیسم دفاعی انکار. *مطالعات ناتوانی*، ۷ (۱۳)، ۱-۸.

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. *فصلنامهٔ 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.

کاکابرایی، 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)، ۱-۲۶.

گودرزی، فریدون؛ سلطانی، زیبا؛ حسینی‌صدیق، مریم‌السادات؛ همدمی، میثم و قاسمی‌جوبنه، رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی. *مطالعات ناتوانی*، ۷ (۱۳)، ۱-۶.

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 مددی امام‌زاده، 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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

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

یوســـفی، آمنه؛ میرزاییان، بهرام و فضل‌علی، محسن. (۱۳۹۶) اثربخشـــی 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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]

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.

Raftery-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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-12]