

## اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم

حدیجه شیرالی‌نیا<sup>۱</sup>، حدیث عبدالهی موسوی<sup>۲</sup>، رضا خجسته مهر<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۰۳

### چکیده

والدین دارای کودک با اختلال طیف اتیسم در فرایند رشد و تربیت فرزند خود با چالش‌های بسیاری مواجه هستند این والدین در مقایسه با والدین کودکان مبتلا به سایر معلولیت‌ها، استرس فرزندپروری بیشتری را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم انجام شد. روش پژوهش نیمه‌زمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم شهر اهواز بودند. تعداد ۴۴ نفر مادر به صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین کسانی که به فراخوان پژوهشگر پاسخ مثبت داده بودند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه استرس فرزندپروری و پرسشنامه پذیرش و عمل- ویرایش دوم بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. نتایج بیانگر تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش استرس فرزندپروری و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بود. بر این اساس می‌توان نتیجه

۱. استادیار مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز. اهواز، ایران (نویسنده مسئول) k.shiralinia@scu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳. استاد مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

گرفت که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود سلامت روانی این گروه از مادران نتایج اثربخشی را به دنبال داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استرس فرزندپروری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

### مقدمه

اختلال طیف اتیسم یک اصطلاح کلی است که طیفی از آسیب‌های عصبی-رشدی در دو جنبه‌ی بنیادی را در برمی‌گیرد. آسیب در رشد ارتباطی و اجتماعی و همچنین الگوهای رفتاری، علایق و فعالیت‌های محدود، تکراری و کلیشه‌ای (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). ناتوانی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم در ابراز رفتارهای اجتماعی و ارتباطی، شدیدتر و متفاوت‌تر از دیگر کودکان مبتلا به ناتوانایی‌های رشدی<sup>۲</sup> است (بلات، روبرسون، بیلن و سامس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). شواهد نشان‌دهنده پیشرفت سریع این اختلال است (کریستنسن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایدرینگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ زاهورودی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران آمار دقیقی به صورت رسمی گزارش نشده است. در پژوهشی صمدی، محمودی‌زاده و مک‌کانلی<sup>۷</sup> (۲۰۱۲)، میزان شیوع فعلی اختلال را در کودکان ۵ ساله ایرانی ۱۶/۶ در ده هزار نفر گزارش کرده‌اند.

همه‌ی والدین در تطبیق دادن شیوه‌های فرزندپروری خود با نیازهای فرزندان‌شان با چالش‌های زیادی مواجه هستند و تجربه‌ی فرزندپروری برای همه‌ی والدین تجربه‌ای استرس‌زا محسوب می‌شود، اما پدر و مادرهایی که فرزندی مبتلا به اختلال اتیسم دارند با مشکلات بزرگ‌تری درگیر هستند که با مشکلات بزرگ کردن کودکان عادی قابل مقایسه نیست. این چالش‌ها عمدتاً به‌خاطر ویژگی‌های رفتاری خاص این کودکان

- 
1. American Psychiatric Association
  2. developmental disabilities
  3. Bluth, Roberson, Billen, & Sams
  4. Christensen
  5. Idring
  6. Zahorodny
  7. McConkey

است (ملجار، بونن، لامبرجت، لیوون و نانزا،<sup>۱</sup> ۲۰۱۴؛ بونن و همکاران،<sup>۲</sup> ۲۰۱۵). مادران به عنوان مراقبان اصلی این کودکان با چالش‌های بیشتری مواجه هستند و به واسطه‌ی استرس ناشی از مقتضیات فرزندپروری این دسته از کودکان، پیامدهای منفی درازمدتی گریبان‌گیر آنها می‌شود (ساویر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

استرس فرزندپروری<sup>۴</sup> یکی از شناخته‌شده‌ترین سازه‌ها در پژوهش‌های مرتبط با خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم است که تجربه‌ی روان‌شناختی والدین کودک مبتلا به اتیسم را مورد بررسی قرار می‌دهد و با اختلال در کارکرد والدین همبستگی بالایی دارد (هیز و واتسون،<sup>۵</sup> ۲۰۱۳). استرس فرزندپروری تجربه‌ای از پریشانی و ناراحتی است که ناشی از انتظارات و مسئولیت‌های فرزندپروری است، و در واکنش به نیازها و رفتارهای دشوار و دردسرساز کودک ایجاد می‌شود (دیتر- دیچکارد،<sup>۶</sup> ۱۹۹۸؛ به نقل از هیز و واتسون، ۲۰۱۳) و به‌گونه‌ای مفهوم‌سازی شده است که سطوح بالای آشفتگی، دردسرها، فرزندپروری و تعاملات ناکارآمد والد- فرزند را شامل می‌شود (زایدمن زیت و همکاران،<sup>۷</sup> ۲۰۱۶). پیشینه‌های پژوهشی نشان داده است که والدین کودکان دارای اختلال طیف اتیسم در مقایسه با والدین کودکان دارای رشد معمول و همچنین در مقایسه با والدین کودکانی که معلولیت‌های دیگر از جمله سندروم داون،<sup>۸</sup> نارسایی‌های رشدی و ذهنی<sup>۹</sup>، فلج مغزی<sup>۱۰</sup> و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی<sup>۱۱</sup> دارند استرس فرزندپروری بیشتری را گزارش می‌دهند (هیز و واتسون، ۲۰۱۳). طبق پژوهش‌ها مشخصه‌های رفتاری خاص مبتلا به اختلال اتیسم مانند خلق‌وخوی خاص، رفتارهای تکراری، واکنش‌پذیری و نیاز به مراقبت بیشتر (کاپ، ولف، بابت و آدرین،<sup>۱۲</sup> ۲۰۱۱، به

1. Maljaars, Boonen, Lambrechts, Van Leeuwen & Noens
2. Boonen et al
3. Sawyer
4. parenting stress
5. Hayes & Watson
6. Dytr- De Cardi
7. Zaidman-Zait, Mirenda, Duku, Szatmari, Georgiades, Volden & Fombonne
8. down syndrom
9. Intellectual disabilities
10. cerebral palsy
11. attention deficit hyperactivity disorder
12. Cappe, Wolff, Bobet & Adrien

نقل از آلن، بولز و وبر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳)، آسیب در مهارت‌های ارتباطی، مشکلات رفتاری و عدم آگاهی شناختی (آلن و همکاران، ۲۰۱۳)، رفتارهای مخرب، مشکل‌ساز، خطرناک و نگرش‌های منفی اجتماع به این کودکان (استوارت و همکاران، ۲۰۱۶؛ لاو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶)، منحرف شدن والدین از مسیر طبیعی زندگی به‌خاطر مراقبت از آن‌ها (ما زندگی نمی‌کنیم، فقط به دنبال درمان کودکانمان هستیم) (وودجت، اتیج و اسکو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸)، از عوامل تأثیرگذار بر افزایش استرس فرزندپروری این دسته از والدین است. به همین خاطر اختلال طیف اتیسم نه تنها برای خود افراد مبتلا به آن بلکه برای خانواده‌های آن‌ها نیز مشکلات مادام‌العمری را به همراه دارد (کاسیا، اندرسون و مور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). در واقع مشکلات پیچیده‌ی هیجانی، رفتاری، اجتماعی این کودکان نگرانی‌های جدی و همیشگی برای والدین آن‌ها ایجاد می‌کند و می‌تواند سلامت جسمی و روانی والدین و به ویژه مادران آن‌ها را به خطر اندازد (زایدمن زیت و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند هرچه شدت نشانگان اختلال بالاتر باشد بروز علائم روانپزشکی و استرس فرزندپروری مادر افزایش می‌یابد و استرس فرزندپروری میانجی رابطه بین شدت علائم کودکان و بروز نشانگان روانپزشکی مادران است (تامی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). همچنین بین استرس والدگری و مشکلات رفتاری کودکان رابطه دوسویه وجود دارد. استرس فرزندپروری والدین بر بهزیستی روان‌شناختی کودکان هم اثر منفی داشته و اثربخشی ارائه‌ی مداخلات آموزشی ابتدایی به کودکان را کاهش می‌دهد (اسبرن، مکها، ساندرز و رید<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸، به نقل از کاسیا و همکاران، ۲۰۱۵). شرایط خاص این کودکان نه تنها استرس فرزندپروری را افزایش می‌دهد بلکه بروز علائم افسردگی در این والدین را نیز به همراه دارد (چارنسیل و باتیا، ۲۰۱۰؛ استوارت و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع برخی والدین به‌خاطر برآورده نشدن انتظاراتی که از فرزند خود دارند، تأخیر رشدی، مشکلات ارتباطی با کودک، تردید در مورد شایستگی‌های فرزندپروری خود و از دست دادن روابط معمول اجتماعی به‌خاطر ماهیت

- 
1. Allen, Bowles & Weber
  2. Lau, Peterson, Attwood, Garnett & Kelly
  3. Woodgate, Ateah & Secco
  4. Cachia, Anderson & Moore
  5. Toomy
  6. Osborne, McHugh, Saunders, & Reed

پردردسر نگهداری از این کودکان حالاتی از داغدیدگی<sup>۱</sup> را تجربه می کنند (اوبرین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷، به نقل از استوارت و همکاران، ۲۰۱۶).

از طرفی یکی از سازه های جدیدی که همسو با گسترش پژوهش ها در زمینه ی موج سوم رفتاردرمانی مورد توجه پژوهشگران حوزه ی فرزندپروری قرار گرفته شده انعطاف پذیری روان شناختی در بافت فرزندپروری<sup>۳</sup> و فرایندهای آن است. انعطاف پذیری روان شناختی از طریق شش فرایند اصلی همپوش و مرتبط به هم حاصل می شود: پذیرش<sup>۴</sup> (تمایل به تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر فراوانی یا حالت آن ها)، گسلش شناختی<sup>۵</sup> (توانایی جدا کردن افکار، هیجانات، احساسات بدنی و تکانه ها از موقعیت های واقعی و انتخاب رفتارهایی که متناسب با بافت کنونی است)، توجه آگاهی<sup>۶</sup> (بودن کامل در زمان حال در هر لحظه)، خود به عنوان بافتار<sup>۷</sup> (تشخیص اینکه فرد چیزی فراتر از تجارب درونی اش است)، ارزش ها<sup>۸</sup> (اصول شخصی منتخب و هدایت گر که مسیر زندگی فرد را مشخص کرده و به او احساس معنا می دهد)، اقدام متعهدانه<sup>۹</sup> (رفتارهایی که در مسیر ارزش های شخص و بسته به بافتاری که در آن قرار دارد به صورت منعطف انتخاب می شوند). (بورکه و مور<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴).

چندین پژوهش نقش فرایندهای انعطاف پذیری روان شناختی در والدین کودکان دارای اختلال طیف اتیسم را مورد بررسی قرار داده اند. جونز، هاستینگ، توسکا، کان و روله<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۴)، در پژوهش خود نشان دادند که پذیرش روان شناختی<sup>۱۲</sup> و فرزندپروری ذهن آگاهانه در رابطه بین استرس و افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم و رفتارهای مشکل ساز کودکان نقش میانجی را ایفا می کند و هرچه پذیرش روان شناختی

- 
1. grief
  2. O'Brien
  3. parental psychological flexibility
  4. acceptance
  5. cognitive defusion
  6. mindfulness
  7. self-as-context
  8. values
  9. committed action
  10. Burke & Moore
  11. Jones, Hastings, Totsika, Keane & Rhule
  12. psychological reception

والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم در مورد رفتارهای مشکل ساز فرزندشان افزایش یابد سلامت روانی آنها نیز افزایش می یابد. همچنین پذیرش روان شناختی در مقایسه با راهبردهای راه حل محور راهبرد مقابله ای مؤثرتری است. در واقع ذهن آگاهی به عنوان یک منبع شخصی در رشد فردی و کاهش خستگی ناشی از مراقبت کردن از کودکان دچار ناتوانی مؤثر است و آشفته گی روان شناختی والدین آنها را کاهش می دهد (جونز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸، ویس، کاپادوکی، مک مولاین، ویکلی و لانسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ بلاث و همکاران، ۲۰۱۳).

یکی از درمان هایی که در چند سال اخیر در کمک به مشکلات روان شناختی والدین دارای کودک مبتلا به اتیسم مورد توجه درمانگران قرار گرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳</sup> است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی به مداخلات روان شناختی است که نه بر اساس فنون مشخص بلکه بر اساس فرایندهای نظری معینی توصیف می شود. بر اساس مفاهیم نظری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان شناختی بر اساس روانشناسی رفتاری مدرن است که نظریه چهارچوب ارتباطی را شامل می شود، در آن از فرایندهای توجه آگاهی و پذیرش و نیز تعهد و تغییر رفتار استفاده می شود تا انعطاف پذیری روان شناختی به وجود آید (هیز، استروسال و ویلسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). کاسیا، اندرسون و مور<sup>۵</sup> (۲۰۱۵)، در پژوهشی که اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس و افزایش سلامت روان در والدین کودکان دارای اختلال طیف اتیسم را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی اثرات بلندمدتی بر روی استرس و سلامت روان والدین کودکان دارای اختلال طیف اتیسم و علاوه بر این بهبود رفتار با کودک مبتلا به اتیسم دارد. پودار، سینها و اوربی<sup>۶</sup> (۲۰۱۵)، در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در والدین کودکان دارای اختلال طیف اتیسم را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که درمان در اضطراب، افسردگی و انعطاف پذیری روان شناختی و کیفیت زندگی بهبودی پیدا شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به پدر و مادر

- 
1. Jones
  2. Weiss, Cappadocia, MacMullin, Viecili & Lunskey
  3. acceptance and commitment therapy
  4. Hayes, Strosahl & Wilson
  5. Cachia, Anderson & Moore
  6. Poddar, Sinha & Urbi

برای تنظیم بهتر مشکلات پرورشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم کمک کند. بلکلیدج و هیز<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، در پژوهشی که اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد در والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را مورد بررسی قرار دادند، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان باعث کاهش علائم افسردگی، بهبود عملکرد فرزندپروری و افزایش سلامت عمومی و انعطاف پذیری روان شناختی والدین شد. کاوالاسکی<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)، در پژوهشی که تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی پدر و مادر کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را مورد بررسی قرار داد، نتایج نشان داد که این درمان باعث کاهش استرس فرزندپروری مادران، کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود شاخص های مراقبت-گری مثبت مادران شد، اما تغییری در افسردگی مادران ایجاد نشد. مونتگومری<sup>۳</sup> (۲۰۱۵)، در پژوهشی اثربخشی تحلیل رفتار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بر روی ۵۷ نفر از والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را با یکدیگر مقایسه کرد. نتایج نشان داد هیچ کدام از این دو درمان باعث کاهش معنادار استرس و افسردگی والدین نشد. اما هر دو درمان باعث بهبود کیفیت زندگی والدین شد. در پژوهشی هز<sup>۴</sup> (۲۰۱۳)، به مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی پدر و مادر کودکان دارای اختلال طیف اتیسم پرداخت، نتایج نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و کاهش اجتناب تجربه ای پدر و مادر کودکان دارای اختلال طیف اتیسم می شود. گولد، تاربکس و کوین<sup>۵</sup> (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می شود والدین رفتارهای ارزش مدارانه بیشتری را در پیش بگیرند. در پژوهش عزیزی، قاسمی، قربانی، شجاعی و اژنانی و محمدی (۱۳۹۶) مقایسه اثربخشی خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و خانواده درمانی کارکردی می توانند باعث افزایش توانمندی خانواده های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و بهبود کیفیت زندگی آنها شوند.

1. Blackledge & Hayes
2. Kowalkowski
3. Montgomery
4. Hahs
5. Gould, Tarbox, & Coyne

همچنین اثربخشی قوی‌تر خانواده‌درمانی کارکردی در مقایسه با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نشان داده شد. همچنین پژوهش حیدری، سجادیان و حیدریان (۱۳۹۵) حاکی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش درماندگی روانشناختی و افکار خودآیند منفی مادران کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. در پژوهش سعیدمنش و عزیزی (۱۳۹۶) نشان داده شد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش پذیرش مادران و کاهش استفاده آنان از سبک‌های دفاعی رشد نیافته می‌شود.

یکی از انتقادهای وارد بر آموزش صرف تکنیک‌های رفتاری به والدین برای کمک به کودکان دارای مشکلات رشدی این است که اگرچه والدین در مورد نحوه اجرای تکنیک‌های رفتاری آگاهی مناسبی کسب می‌کنند اما در برابر رفتارهای دردسرساز فرزندشان واکنشی رفتار می‌کنند که به نوبه‌ی خود شدت بدرفتاری کودک را افزایش داده و در ادامه استرس بیشتری را به والد وارد می‌کند. در واقع والدین در موقعیت‌های فشارزای فرزندپروری به قدری گرفتار افکار و عواطف منفی می‌شوند که نمی‌توانند رابطه‌ی مؤثری با فرزند خود برقرار کنند و علی‌رغم آگاه بودن از روش برخورد درست با کودکان، قادر نیستند دانسته‌های خود را عملی سازند. (هستینگ، ۲۰۰۲). از طرفی بیشتر مداخله‌هایی که برای کمک به والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم انجام شده عمدتاً بر آموزش آن‌ها در مورد نحوه‌ی مدیریت کودکان‌شان متمرکز شده است و نیازهای روان‌شناختی خود والدین نادیده گرفته شده است. افکار و احساسات دردناک چنین والدینی با در نظر گرفتن مشکلات همیشگی و شدید این کودکان، افراطی یا نادرست به نظر نمی‌رسد و داشتن فرزند مبتلا به اختلال اتیسم برای هرکسی دردناک است. به همین خاطر والدین برای راهبردهای تغییر شناختی و هیجانی سنتی اعتبار چندانی قائل نیستند. با توجه به اینکه مشکلات عمده این کودکان حداقل در کوتاه‌مدت قابل‌درمان نیست. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به جای چالش 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 (بلکدیج و هیز، ۲۰۰۶). با توجه به شیوع استرس و افسردگی در بین جمعیت



مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم (کوشا، عطار و شعار، ۲۰۱۶؛ خورشیدیان، دوستی، صمدایی و مرتضوی کیاسری، ۱۳۹۶) و اثرات منفی آن‌ها بر عملکرد مادران در زندگی و نیز هزینه‌هایی که به دنبال آن بر جامعه و خانواده‌ها تحمیل می‌شود و همچنین، با توجه به نیاز مبرم به توسعه و گسترش درمان‌های اثربخش در بین جمعیت مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد با توجه به مطالب فوق و کم بودن پژوهش‌ها با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در کشور در یاری رساندن به والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد در کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم شهر اهواز مؤثر است. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش به این شرح آزمون می‌شوند: فرضیه اول) آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش استرس فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم می‌شود. فرضیه دوم) آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم می‌شود.

## روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم شهر اهواز بودند که در مدرسه بهشت و نسیم این شهر پرونده داشتند. از میان آنها ۴۴ نفر که رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۲ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که گروه‌ها با ریزش مواجه شدند و در نهایت نتایج ۴۰ نفر از شرکت‌کنندگان تحلیل شد نمونه‌گیری پژوهش در مرحله‌ی انتخاب آزمودنی به صورت در دسترس و در مرحله‌ی گمارش گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. در این پژوهش میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۳۹/۶ سال با انحراف استاندارد ۶/۵۸ و ۳۷/۶ سال با انحراف استاندارد ۵/۶۲ بود، همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن فرزند مبتلا به اتیسم در گروه آزمایش ۹/۳ با انحراف استاندارد ۲/۷ و در گروه گواه ۹/۶ با انحراف استاندارد ۲/۹

سال بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، بر اساس بسته‌ی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس شده از بلکدییج و هیز (۲۰۰۶)، به نقل از کاوالاسکی، (۲۰۱۲)، به صورت گروهی آموزش داده شد. این برنامه‌ی آموزشی توسط هیز و بلکدییج (۲۰۰۶) و بر اساس ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای والدین دارای فرزند طیف اتیسم طراحی شده است. و در قالب یک کارگاه آموزشی ۱۴ ساعته به صورت گروهی آموزش داده شد و توسط کاوالاسکی (۲۰۱۲) به صورت ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شد. به اعتقاد طراحان آن به خاطر اینکه دریافت کنندگان این برنامه برای ورود به جلسات لازم نیست برچسب تشخیصی خاصی را دریافت کرده باشند، یک برنامه آموزشی محسوب می‌شود و به جای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد نامیده می‌شود. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است.

پرسشنامه پذیرش و عمل - ویرایش دوم<sup>۱</sup> (AAQ-II): فرم کوتاه پرسشنامه پذیرش و عمل - ویرایش دوم یک ابزار خودگزارش دهی ۱۰ سوالی است که توسط بوند<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷)، به نقل از عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، (۱۳۹۱) ساخته شده و انعطاف-پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته را ارزیابی می‌کند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ گزارش شده است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران نیز عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱)، با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل بر زندگی این پرسشنامه را گزارش کردند. همچنین همسانی درونی پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین بررسی به منظور بررسی روایی پرسشنامه همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب بک<sup>۳</sup>، پرسشنامه افسردگی بک<sup>۴</sup> - نسخه دوم، مقیاس مشکل در تنظیم هیجان<sup>۵</sup> محاسبه شد، نتایج نشان داد که بین این پرسشنامه‌ها و پرسشنامه پذیرش و عمل رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱).

1. Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)
2. Bond et al
3. Beck Anxiety Inventory (BAI)
4. Beck Depression Inventory-II (BDI- II)
5. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

شاخص استرس فرزندپروری فرم کوتاه: شاخص استرس فرزندپروری فرم کوتاه<sup>۱</sup> (PSI-FS) (آبیدین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵) یک ابزار خودگزارش دهی ۳۶ سوالی است که به منظور سنجش استرس والدین در بافت فرزندپروری طراحی شده است. منابع عمده استرس یعنی ویژگی‌های کودک و مراقب و تجارب استرس‌زای موقعیتی اندازه‌گیری می‌شود. این مقیاس با در نظر گرفتن پاسخ‌های دفاعی والدین، قدرت تفکیک والدین بهنجار و نابهنجار را دارد. این ابزار شامل سه زیر مقیاس آسفتگی والدین، تعاملات ناکارآمد والد و کودک و ویژگی‌های مشکل‌آفرین می‌باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی استرس فرزندپروری بالاتر است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۸۷ - ۰/۸۰ گزارش شده است (آبیدین، ۱۹۹۵). در ایران نیز فدایی، دهقانی، طهماسیان و فرهادی (۱۳۸۹) پایایی بازآزمایی برای نمره کل پرسشنامه را ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ آزمون را گزارش کرده‌اند. روایی شاخص استرس فرزندپروری فرم کوتاه نیز از طریق ضرایب همبستگی نمره کل پرسشنامه با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۳</sup> ۰/۸۵ و با زیرمقیاس‌های پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان<sup>۴</sup> در دامنه‌ای از ۰/۶۸ - ۰/۴۱ گزارش شده است (فدایی و همکاران، ۱۳۸۹).

#### جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	جلسه با برقراری ارتباط با اعضای گروه و معرفی آنها به یکدیگر شروع شد (تقریباً ۲۵ دقیقه)، سپس به معرفی پژوهش و پرداختن به دلایل باور به مفید بودن این نوع درمان برای والدین دارای فرزند مبتلا به اتیسم اشاره شد. در ادامه به معرفی مداخله (پیشینه آن در کمک به گروه‌های مختلف، و فرضیه بنیادی آن مبنی بر این که رنج در زندگی انسانها نهادینه شده و بخشی از یک زندگی طبیعی است). در ادامه اهداف و انتظارات مادران از شرکت در این جلسات پرسیده شد، اهداف بر روی وایت برد به دو دسته تقسیم شد. (۱) رسیدن به احساسات و افکار بهتر (۲) زندگی براساس آنچه برای آنها ارزشمند است. هدف از این نوع تقسیم‌بندی هدایت شرکت کنندگان به این حقیقت بود که اگرچه در طول این جلسات به شناسایی افکار و احساسات ناخوشایند پرداخته می‌شود، اما هدف عمده‌ی مداخلات شناسایی هر آنچه به زندگی آنها معنا می‌دهد و نحوه‌ی رسیده به آنها تحت پوشش ارزش‌ها است.
جلسه دوم	در این جلسه از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تمرین هفته قبل مبنی بر اهداف شخصی را مرور کنند. سپس از آنها خواسته شد فرم سنجش ارزش‌ها را پر کنند و با توضیح مختصری مبنی بر اینکه چگونه این

1. Parenting Stress Index- Short Form(PSI-SF)
2. Abidin
3. Depression Anxiety Stress Scales(DASS)
4. Child Behavior Checklist(CBCL)

ارزش‌ها به جلسات درمان جهت می‌دهد، ادامه جلسه به درماندگی خلاق پرداخته شد. طی بحث گروهی از افراد خواسته شد افکار و احساسات ناخوشایندی که روزانه با آنها دست به گریبان هستند و همچنین تلاش‌هایی که هدفشان حذف یا کاهش این رویدادهای درونی ناخوشایند است را بیان کنند. سپس کارآمدی این راهبردهای کنار آمدن مورد بحث قرار گرفت و نام شیوه‌های کنترل بر آنها گذاشته شد. جلسه با نتیجه‌گیری در مورد این ایده که تلاش برای کنترل رویدادهای درونی ناخوشایند نه تنها مفید نیست بلکه خود مشکل‌ساز است پایان یافت (برای این هدف و جا افتادن مطالب استعاره انسان در چاه مطرح و تمرین شد).

جلسه سوم با مرور ماهیت مشکل‌ساز کنترل (کنترل مساله است نه راه‌حل) آغاز شد. از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربه‌ای متنوعی به منظور به چالش کشیدن حفظ برنامه کنترل بر رویدادهای درونی به کار گرفته شد. تفاوت دنیای درون و دنیای بیرون با ذکر مثال توضیح داده شد (مسابقه طناب‌کشی با هیولا، استعاره دروغ‌سنج، عاشق شدن، کیک شکلاتی، گاز زدن به لیمو). بعد از جا انداختن شیوه‌های ناکارآمد کنترل و اجتناب، و به چالش کشیدن شرکت‌کنندگان برای پیدا کردن جایگزین، تمایل (فرایندی که در آن فرد انتخاب می‌کند که نسبت به طیف کاملی از رویدادهای درونی گشوده بوده و آنها را بدون تلاش برای تغییر یا مقاومت در برابر آنها تجربه کند) به عنوان جایگزین مناسب معرفی شد. برای معرفی تمایل و رابطه‌اش با استرس روان‌شناختی استعاره (دومقیاس) مطرح شد.

در این جلسه با این گفته از منظر اکت آغاز شد که توانایی انسان در استفاده از زبان منبع اصلی درد و رنج او محسوب می‌شود. و این توانایی باعث آمیختگی شناختی می‌شود و وقتی آمیختگی اتفاق می‌افتد فرد قادر نیست دنیای کلامی را از دنیایی که به صورت مستقیم تجربه می‌کند تفکیک دهد. در ادامه تمریناتی جهت گسلس از افکار مشکل‌ساز ارائه شد و شرکت‌کنندگان آموزش دیدند که فکر را فقط فکر ببینند نه یک واقعیت. برای جا انداختن مطلب و دیدن رویدادهای درونی به عنوان آنچه هستند (نه آنچه آنها می‌گویند که هستند) استعاره‌های شیر، شیر، شیر سربازان در حال رژه و مسافران در اتوبوس و تمرین‌های تجربه‌ای، ذهن‌تاز دوست شما نیست، آن را بگو ولی باور نکن مطرح شد.

در این جلسه به آموزش ذهن آگاهی و دیدگاه مشاهده‌گر اختصاص یافت. با یک تمرین ساده و تمرکز بر احساسات بدنی (تنفس) آغاز شد. در ادامه تمرین‌های پیشرفته‌تر ذهن آگاهی انجام شد (مراقبه‌ی اتاق سفید، تمرکز ذهن آگاهانه، برگ‌ها در جوی آب، آگهی‌های تبلیغاتی، بالون‌ها یا ابرها) در این تمرین‌ها به شرکت‌کنندگان کمک شد که جریان بی‌وقفه افکارشان را تماشا کنند بدون اینکه واکنشی از خود نشان دهند. در پایان جلسه به کمک استعاره و بحث گروهی مجدداً به مفهوم تمایل یا پذیرش اشاره شد و تمایل به عنوان یک عمل معرفی شد نه یک حالت هیجانی (استعاره مهمان ناخوانده یا گدا دم در)، راه رفتن در باران، پریدن).

جلسه با مرور تمایل آغاز شد (با انجام تمرین تماس چشمی)، مجدداً و استعاره هیولا و مسافران در اتوبوس و همچنین استعاره حباب مطرح شد، استعاره باطلاق (برای نشان دادن تفاوت بین جنگیدن با رنج (که نتیجه‌اش غرق شدن بیشتر است) و دست از تقلا برداشتن و تجربه کامل احساسات در آن لحظه. در ادامه جلسه به بخشش و پذیرش خود (تمرین شقت به خود) پرداخته شد.

جلسه با مرور تمرین روشن‌سازی ارزش‌ها (افراد در زندگی‌شان به دنبال چه چیزی هستند و انتخاب آنچه

هفتم	دل‌شان می‌خواهد زندگی‌شان را صرف آن کنند) و آموزش مستقیم و بحث در مورد ابعاد مختلف روشن‌سازی ارزش‌ها (شامل چه چیزهایی هستند و چه چیزهایی نیستند، تفاوت آن با توقعات و باید‌ها...)، معرفی اجزاء مربوط به آن (اهداف، اعمال، موانع) برای کمک به شرکت‌کنندگان در شناسایی جهت‌های ارزشمند زندگی‌شان استعاره مراسم خاکسپاری و جشن تولد ۸۰ سالگی مطرح شد.
جلسه هشتم	در جلسه به عمل متعهدانه تأکید شد، به‌ویژه وقتی شرکت‌کنندگان با موانعی مواجه می‌شوند که آنها را از حرکت در جهت ارزشهایشان باز می‌دارد. استعاره‌ای که با هدف سوق دادن به سمت اعمال متعهدانه برای مادران مطرح شد استعاره درخت کاری بود (این استعاره به شرکت‌کنندگان نشان داد که در مواجهه با مشکلات و موانع اجتناب آور مسیر ثابتی را در پیش بگیرند) در ادامه تلاش برای پیش‌بینی و کاهش موانع (بیرونی و درونی) احتمالی اعمال متعهدانه مورد تأکید قرار گرفت. با ذکر مثال‌های متعدد (به‌عنوان مثال تعهد به پیروی از برنامه رفتاری کمک به کودکان مبتلا به اوتیسم (به‌عنوان یک ارزش در حوزه فرزندپروری) حتی در شرایط دشوار، در پایان مروری کوتاه بر جلسات قبلی و دادن تکالیفی برای انجام اقدام متعهدانه در راستای ارزش‌ها و پرسش و پاسخ در مورد موانع احتمالی اقدام متعهدانه و راه‌حل‌های رفع این موانع با توجه به آموزه‌های جلسات گذشته.

## نتایج

جدول ۲ نمرات میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲. نمرات میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		گروه پیگیری
	آزمایشی	کنترل	آزمایشی	کنترل	
استرس فرزندپروری	۲۲/۲۴±۱۱۲/۱۰	۱۹/۹۶±۱۱۶/۵۴	۲۳/۰۲±۱۰۶/۷۰	۱۹±۱۱۶/۱۸	۲۳±۱۱۷/۷۱
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۴/۹۳±۳۵/۳۰	۴/۲۰±۳۴/۳۰	۴/۴۵±۴۱/۲۱	۴/۲۵±۳۵	۵/۰۵±۴۲/۳۵

همان‌طور که در جدول ۲ قابل مشاهده است میانگین گروه آزمایشی در متغیر استرس فرزندپروری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته و در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش پیدا کرده است. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری مورد استفاده قرار گرفت قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، لوین و کرویت موچلی بررسی شد.

جدول ۳. آزمون باکس بررسی برابری کواریانس‌های نمرات در متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها	ضریب M باکس	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری
استرس فرزندپروری	۱۳/۱۲۵	۲/۰۰۲	۶	۱۱۲۸۸/۳۰۲	۰/۰۷
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۶/۴۱۷	۰/۹۳۸	۶	۱۱۲۸۸/۳۰۲	۰/۴۳۵

از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین نتایج نشان داد که مقادیر آزمون لوین در متغیر استرس فرزندپروری ( $F=۰/۵۲$ ) و در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ( $F=۰/۱۸$  و  $p=۰/۶۷$ ) معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین، همگنی واریانس هر دو متغیر در گروه‌های آزمایشی و گواه به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود برای بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون ماچلی استفاده شد در صورت عدم تأیید شدن این فرض از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون کرین هاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. نتایج آزمون ماچلی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون ماچلی بررسی تساوی کوواریانس‌ها نمرات در دو گروه

متغیر	آماره	خی دو	درجه آزادی	معنی‌داری
استرس فرزندپروری	۰/۰۸۵	۹۶/۳۳	۲	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۰/۱۷	۸۷/۱۴۶	۲	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۴ دیده می‌شود، پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی در متغیرها تأیید نشده است. پس باید در بررسی متغیرهای استرس فرزندپروری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از ضریب گرین هاوس-گیسر استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

متغیر	منع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی- داری	اندازه اثر	توان آماري
استرس فرزندپروری	مراحل پژوهش	۲۳۹/۹۴	۲	۲۲۹/۸۰۴	۵۴/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
	گروه‌ها	۱۳۳/۳۴	۱	۱۳۳/۳۴	۳۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	تعامل گروه‌ها با مراحل	۱۷۷/۴۷	۲	۸۸/۷۳	۴/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	مراحل پژوهش	۱۰/۸۴	۲	۱۰/۳۸	۴/۵۲	۰/۰۰۳	۰/۱۱	۰/۷۵
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	گروه‌ها	۱۳۱/۴۲	۱	۱۳۱/۴۲	۷۳/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
	تعامل گروه‌ها با مراحل	۱۷۸/۸۴	۲	۱۷۱/۸۰	۷۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۵، تفاوت بین نمرات استرس فرزندپروری ( $P < 0/01$ )، همچنین تفاوت بین مراحل پژوهش تفاوت بین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ( $P < 0/01$ )، در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. همچنین میانگین نمرات همه‌ی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار به دست آمده است ( $P < 0/05$ ). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۴۹ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای استرس فرزندپروری به تفاوت بین دو گروه مربوط است. همچنین ۶۴ درصد از تفاوت‌های فردی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به تفاوت گروه‌ها ارتباط دارد. علاوه‌براین تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است. به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش استرس فرزندپروری و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان دارای طیف اوتیسم مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار

شده است. لذا نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	فاصله اطمینان	
				معنی‌داری	حد بالا / حد پایین
استرس فرزندپروری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۵/۴۰	۰/۷۱	۰/۰۰۱	۳/۵۴ / ۷/۲۰
	پیش‌آزمون - پیگیری	۵/۵۰	۰/۷۰	۰/۰۰۱	۳/۶۸ / ۷/۳۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۹۳	۰/۲۶	۰/۰۰۳	۰/۲۸ / ۱/۵۹
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳/۲۰	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۲/۱۳ / ۴/۰۶
	پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۱	۳/۷	۰/۰۰۱	۲/۲۰ / ۲/۶۸
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۶۵	۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵ / ۱/۰۴

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در جدول ۶ نشان می‌دهد که در متغیر استرس فرزندپروری تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ( $P < 0/05$ )، و با پیگیری ( $P < 0/05$ )، تفاوت پس‌آزمون با پیگیری ( $P < 0/05$ )، معنی‌دار به‌دست آمده است. همچنین در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ( $P < 0/05$ ) و با پیگیری ( $P < 0/05$ )، تفاوت پس‌آزمون با پیگیری ( $P < 0/05$ )، معنی‌دار به‌دست آمده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان‌پذیرش و تعهد بر کاهش استرس فرزندپروری و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای اختلال طیف اتیسم بود. تحلیل نتایج نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر درمان‌پذیرش و تعهد



در کاهش استرس فرزندپروری مادران دارای اختلال طیف اتیسم مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (بلکدییج و هیز، ۲۰۰۶؛ کاوالاسکی، ۲۰۱۲، هاهز، ۲۰۱۳ و دیفریتاس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵) همخوان است. پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند والدین دارای کودک مبتلا به اتیسم که ویژگی‌های ذهن آگاهانه دارند، استرس و افسردگی بیشتر و سلامت روان کمتری گزارش می‌دهند (کاسیا و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویس و همکاران، ۲۰۱۲). از طرفی مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اضافه کردن آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر دانش رفتاری والدین باعث تغییر آشکار رفتار و کاهش استرس فرزندپروری والدین دارای فرزند ناتوانایی‌های رشدی می‌شود، چنین آموزش‌هایی ادراک والدینی از نحوه تعامل مادر-فرزند را بهبود بخشیده و مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخاشگرایانه حین تعامل با فرزند را کاهش می‌دهد (نیس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت والدینی که فرزندشان مشکلات خاص، ناتوانایی یا تاریخچه‌ای از رفتارهای غیرقابل کنترل و هیجانات منفی از خود نشان می‌دهد، بیشتر توجه خود را به رفتارهای منفی کودکان اختصاص می‌دهند، چنین سوگیری توجهی به رفتارهای منفی فرزندان، با توجه خشی یا مثبت به رفتارهای کودکان تداخل ایجاد کرده و موجب می‌شود والدین حساس‌تر و تکانه‌ای‌تر شده و در مجموع مهربانی و صبوری کمتری از خود نشان دهند. در این بین سیستم‌های توجهی نقش بسزایی ایفا می‌کنند، ذهن آگاهی در بستر فرزندپروری که یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد است 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 غیرقضاوتی با فرزندانشان تعامل کنند. کاهش توجه به این گونه افکار منفی به کاهش علائم افسردگی و اضطراب کمک می‌کند با توجه به این نکته که احساسات فقط احساس هستند بدین ترتیب به والدین اجازه می‌دهند که با کودکشان در لحظه حال باشند، در واقع تکنیک‌هایی مانند تنفس ذهن آگاهانه در مواقع استرس‌زا باعث می‌شود که علائم بدنی که تحت تأثیر شرایط استرس‌زا تحریک شده بودند کاهش یافته و والدین که دیگر تحت تأثیر هیجانات قوی نیستند قادر می‌شوند در مورد چگونگی پاسخ‌دهی خود

1. Hahs
2. DeFreitas
3. Neece

آگاهانه‌تر عمل کنند و از میان روش‌های مختلف پاسخ‌دهی دست به انتخاب آگاهانه بزنند (بوگلز، لهتونن و رستیفو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). از طرفی تمرین گسلش شناختی باعث می‌شود مادران در مقابل برداشت‌های شناختی استرس‌آور در زمینه فرزندپروری (مقایسه با فرزندان دیگران، باورهایشان در مورد قابلیت‌های خود در اداره کردن شرایط دشوار مربوط به چنین کودکانی، احساس قربانی شدن و خودسرزنی بالا)، انعطاف بیشتری از خود نشان می‌دهند. در این بین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و تمرین‌های مربوط به روشن‌سازی ارزش‌ها جایگزین اجتناب قرار می‌گیرد و به والدین فرصت می‌دهد تا در مسیر ارزش‌های مربوط به حوزه‌های مختلف زندگی‌شان حرکت کنند (کاوالاسکی، ۲۰۱۲). از طرفی به کار گرفتن تکنیک‌های ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که فرد به جای سرکوب کردن یا رد کردن افکار و احساسات دردناک و منفی خود فقط آنها را مشاهده کند و به آنها اجازه می‌دهد همان طوری که هستند باشند. با توسعه‌ی توجه پایدار و آگاهی غیرقضاوتی و غیرواکنشی، دامنه گسترده‌ای از عرصه‌های مختلف از قبیل آرمیدگی جسمانی، تعادل هیجانی، تنظیم رفتاری و تغییراتی در خودقضاوتی، خودآگاهی و ارتباط با دیگران، به طور بالقوه تحت تأثیر قرار خواهند گرفت. بهبود هریک از حوزه‌های کارکردی می‌تواند به طور بالقوه تجربه فشار روانی و اضطراب را کاهش دهد (اپستاین، ۲۰۰۹، به نقل از سید اسماعیلی قمی، کاظمی و پزشک، ۱۳۹۴).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای اختلال طیف اتیسم مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (جونز و همکاران، ۲۰۱۸؛ گلد و همکاران، ۲۰۱۷؛ پودار و همکاران، ۲۰۱۵؛ کاوالاسکی، ۲۰۱۲؛ بلکدییج و هیز، ۲۰۰۶ و سعیدمنش و عزیز، ۱۳۹۶) همخوان است. بر اساس پژوهش‌های رافتری-هلمر و مور<sup>۲</sup> (۲۰۱۶)، به نقل از عباسی، کریمی و جعفری، ۱۳۹۵) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور ویژه سه مرحله قوانین کلامی، اجتناب تجربه‌ای و رفتارهای ارزش‌گذاری شده که بر رفتار والدین تأثیر می‌گذارد را مورد خطاب قرار می‌دهد. بنابراین از دیدگاه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌توان گفت که کم‌توانی ذهنی کودک به عنوان یک مشکل باعث می‌شود که مادران

1. Bogels, Lehtonen, & Restifo  
2. Raftery-Helmer, & Moore

سبک پاسخ‌دهی ناکارآمدی (بافت کلامی/کارکردی) نسبت به این مشکل داشته باشند. سبک پاسخ‌دهی افکار ناکارآمد مادران (بافت کلامی) باعث چسبیدن به خودمفهوم‌سازی شده (بدشانسم، چرا بچه‌ی من؟ من چه گناهی کرده‌ام؟ دیگران چه فکریایی در مورد من می‌کنند؟) و تمرکز بر مشکلات و ایجاد آمیختگی شناختی (باورپذیری افکار منفی و قبول افکار به‌عنوان واقعیت) و دوری از موقعیت‌ها، عدم ارتباط با دیگران، نداشتن شادی و تفریح که باعث اجتناب تجربه‌ای و کاهش اضطراب مادر به‌صورت موقت می‌شود. از طرفی تکرار این رفتارها در طولانی مدت باعث محدودیت رفتار مادر و نگرانی و اضطراب او خواهد شد و همچنین عدم توجه آگاهی (آینده‌نگر یا گذشته‌نگر شدن ذهن، به دنبال علت گشتن در گذشته و اینکه آینده‌ی کودکانشان چه خواهد شد، تحصیل، شغل و ازدواج) باعث ایجاد افکار و احساسات ناخوشایند و افزایش نگرش‌های ناکارآمد و عدم پذیرش مشکلات خواهد شد. در نتیجه تمرکز بر مشکل و ایجاد آمیختگی شناختی موانع مهمی برای حرکت در جهت ارزش‌ها می‌شود و باعث مشخص نبودن ارزش‌های مادران در حیطه‌های ارتباط اجتماعی، رشد شخصی، سلامتی و فرزندپروری خواهد شد.

در واقع با در نظر گرفتن مدل آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را می‌توان به‌صورت پاسخ به حالات درونی (برای مثال، افکار، هیجانات و احساسات) یا حالات بیرونی به شیوه‌ای واکنشی، عادت‌ی یا تکانشی تعریف کرد و اغلب بر راهبردهای مقابله اجتنابی وابسته است. در مقابل، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌صورت معطوف شدن به آگاهی لحظه‌به‌لحظه و انتخاب فعالیت یا عدم فعالیت مبتنی بر ارزش‌های شخصی تعریف شده است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). مراحل و تکنیک‌های مختلف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توجه به زمان حال و روشن‌سازی ارزش‌ها فرد را به متعهد شدن به انجام رفتارهایی در جهت ارزش‌هایش تشویق می‌کند درمان با به‌کارگیری مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی به چنین مادرانی کمک می‌کند در زمان حال حضور داشته باشند و به لحظه‌ی زندگی روزانه خود توجه کرده و عمده‌ی رفتارهایشان در جهت ارزش‌های مربوط به حوزه‌های مختلف زندگی‌شان باشد و تقویت توجه در زمان حال موجب می‌شود که والدین به جای اینکه بیشتر توجه خود را صرف اجتناب یا حل کردن تجارب منفی خود کنند به پیامدهای طبیعی و تقویت‌کننده رفتار خود توجه نشان دهند (مانند لبخندهای کودکان یا تلاش آنها برای

ارتباط). از طرفی وقتی از والدین این کودکان خواسته می‌شود راهبردهای مؤثر رفتاری را در پاسخ به رفتارهای ناسازگارانه فرزندشان به کار بگیرند، اغلب دچار اجتناب تجربی شدیدی می‌شوند که در کوتاه‌مدت تقویت‌کننده‌تر از روبرو شدن با این قبیل افکار و هیجانات منفی ناخوشایند است. تمرین گسلش که از مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی محسوب می‌شود موجب می‌شود که فرد به جای اینکه با افکار کنونی خود آمیخته شود به تجارب درونی خود پاسخ‌های سازگارانه‌تر و منعطف‌تری نشان دهد برای مثال به جای اینکه در پاسخ به این فکر که (من قادر به کنترل فرزند خود نیستم) به تماشای تلویزیون پردازد می‌تواند با او بازی کند، کتاب بخواند یا تکالیف مدرسه‌اش را انجام دهد. از طرفی تمرین ارزشها در این درمان موجب می‌شود که فرد به جای اجتناب تجربه-ای که آرامش کوتاه‌مدت و موقتی را در پی دارد رفتارهایی را در پیش بگیرد که در درازمدت تقویت‌کننده هستند (مانند مادر حامی بودن). از طرفی هدف کلی درمان برای والدین افزایش رفتارهای انطباقی مبتنی بر ارزشها است. مشخص کردن ارزشها برنامه عمل را مشخص می‌کند اما متعهد ماندن به ارزشها (به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) مستلزم مهارت‌های متنوعی مانند قرارداد رفتاری، مدیریت خود، هدف‌گذاری، مدیریت زمان، ابراز وجود و غیره می‌باشد. از این رو تعیین رفتارهای آشکار (مانند ۱۰ دقیقه بازی کردن با بچه) که والد را در رسیدن به یکی از ارزش‌های کمک می‌کند (ارزشی مانند ایجاد زندگی پرنشاط برای فرزندم) به والدین کمک می‌کند تا موقع انجام دادن این قبیل رفتارهای تعیین شده و در صورت پدیدار شدن موانع ذهنی اقدام (افکار و هیجانات منفی) از تکنیک‌های جدیدی که یاد گرفته‌اند استفاده کنند (گلد و همکاران، ۲۰۱۷؛ کاوالاسکی، ۲۰۱۲).

قابل‌تعمیم نبودن به پدران از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تأثیر آموزش درمان‌پذیرش و تعهد بر ابعاد دیگر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم و در پدرها نیز بررسی شود. همچنین آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دیگر رویکردهای موج سوم دارای پشتوانه پژوهشی مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و فرزندپروری ذهن‌آگاهانه مقایسه شود.

## منابع

- حیدری، س.، سجادیان، ا.، حیدریان، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان شناختی و افکارخودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸. ویژه نامه سومین کنفرانس بین المللی روان شناسی و علوم تربیتی، ۴۹۱-۴۹۹.
- خورشیدیان، ح.م؛ دوستی، ی.، صمدایی، ع.؛ مرتضوی کیاسری، ف. (۱۳۹۶). مقایسه سلامت عمومی، شادکامی و امید به زندگی مادران دانش آموزان عادی با دانش آموزان اوتیسم. *پژوهشنامه تربیتی*، ۱۲(۵۰)، ۵۱-۶۸.
- سعیدمنش، م.، عزیزی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبکهای دفاعی والدین کودکان اوتیسم با مکانیسم دفاعی انکار، *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷، ۷-۱.
- سیداسماعیلی قمی، ن.، کاظمی، ف.، پزشک، ش. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۵(۱۷)، ۱۳۳-۱۴۸.
- عباسی، ا.، فتی، ل.، مولودی، ر.، ضرابی، ح. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *روشها و مدل های روان شناختی*، ۱۰(۲)، ۶۵-۸۰.
- عزیزی، ا.، قاسمی، س.، قربانی، ا.، شجاعی واژنانی، ف.، و محمدی، ف. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۶)، ۷۷-۲۱۰.
- فدایی، ز.، دهقانی، م.، طهماسیان، ک.، فرهادی، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه - شاخص استرس فرزند پروری (PSI-SF) مادران کودکان عادی ۷-۱۲. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۸ و ۱۶، ۸۱-۹۱.

Abidin R., R. (1995). *Parenting stress index*. Florida: Psychological Assessment.

- Allen, K. A., Bowles, T. V., & Weber, L. L. (2013). Mothers' and fathers' stress associated with parenting a child with autism spectrum disorder. *Autism Insights*, 5, 1-11
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-5. — 5th ed.* Arlington, VA, American Psychiatric Association. Washington, DC: Author
- 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, 1-18.
- Bluth, K., Roberson, P. N., Billen, R. M., & Sams, J. M. (2013). A stress model for couples parenting children with autism spectrum disorders and the introduction of a mindfulness intervention. *Journal of family theory & review*, 5(3), 194-21.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1, 107-120.
- Boonen, H., van Esch, L., Lambrechts, G., Maljaars, J., Zink, I., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2015). Mothers' parenting behaviors in families of school-aged children with autism spectrum disorder: an observational and questionnaire study. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(11), 3580-3593.
- Burke, K., & Moore, S. (2014). Development of the parental psychological flexibility questionnaire. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), 548-557.
- Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2016). Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 1-14.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Autism spectrum disorders: Data and statistics. Retrieved November, 26, 2014.
- Charnsil, C., & Bathia, N. (2010). Prevalence of depressive disorders among caregivers of children with autism in Thailand. *ASEAN J Psychiatr*, 11, 87-95.
- Christensen, D. L., Bilder, D. A., Zahorodny, W., Pettygrove, S., Durkin, M. S., Fitzgerald, R.T., & Yeargin-Allsopp, M. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among 4-year-old children in the autism and developmental disabilities monitoring network. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(1), 1-8.
- DeFreitas, J. (2015). *Acceptance and Commitment Training to Enhance a Behavioral Parent Training with Parents of Children with Autism* (Doctoral dissertation, UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA).
- Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2017). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*. In Press, Corrected Proof, Available online 29 June 2017
- Hahs, A. D. (2013b). *A comparative analysis of acceptance and commitment therapy and a mindfulness-based therapy with parents of individuals*

- diagnosed with autism spectrum disorder: Experiment 2* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses. (UMI 3604355).
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27, 149–160.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 629–642.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- 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.
- Idring, S., Lundberg, M., Sturm, H., Dalman, C., Gumpert, C., Rai, D., & Magnusson, C. (2015). Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001–2011: findings from the Stockholm youth cohort. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(6), 1766-1773.
- Jones, L., Gold, E., Totsika, V., Hastings, R. P., Jones, M., Griffiths, A., & Silverton, S. (2018). A mindfulness parent well-being course: Evaluation of outcomes for parents of children with autism and related disabilities recruited through special schools. *European Journal of Special Needs Education*, 33(1), 16-30.
- Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: the mediating role of mindfulness and acceptance. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(2), 171-185.
- Kawalkowski. (2012). *The Impact of a Group – based Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Parents of Children Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder*. Masters Theses and Doctoral Dissertations.
- Kousha, M., Attar, H. A., & Shoar, Z. (2016). Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Health Care*, 20(3), 405-414.
- Lau, W. Y. P., Peterson, C. C., Attwood, T., Garnett, M. S., & Kelly, A. B. (2016). Parents on the autism continuum: Links with parenting efficacy. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 57-64.
- Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 501-512.

- McStay, R. L., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H. M., & Begeer, S. (2013). Parenting stress and autism: The role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism*, 18(5), 502-510.
- Montgomery, D., (2015). *The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Parents of Children Diagnosed with Autism*. Walden Dissertations and Doctoral Studies.
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents of Young Children with Developmental Delays: Implications for Parental Mental Health and Child Behavior Problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 174-186.
- Poddar, S., Sinha, V. K., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(3), 221.
- Samadi, S. A., Mahmoodzadeh, A., & McConkey, R. (2012). A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism*, 16 (1), 5-14.
- Sawyer MG, Bittman M, La Greca AM, et al. (2010) Time demands of caring for children with autism: What are the
- Stewart, M., McGillivray, J. A., Forbes, D., & Austin, D. W. (2016). Parenting a child with an autism spectrum disorder: a review of parent mental health and its relationship to a trauma-based conceptualisation. *Advances in Mental Health*, 13, 1-11.
- Toomey, T. S. (2016). Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 13, 1-5.
- Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., MacMullin, J. A., Viecili, M., & Lunsy, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*, 18(3), 261-274.
- Woodgate, R. L., Ateah, C., & Secco, L. (2008). Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Qualitative health research*, 18(8), 1075-1083.
- Zahorodny, W., Shenouda, J., Howell, S., Rosato, N. S., Peng, B., & Mehta, U. (2014). Increasing autism prevalence in metropolitan New Jersey. *Autism*, 18(2), 117-126.
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Szatmari, P., Georgiades, S., Volden, J., & Fombonne, E. (2014). Examination of bidirectional relationships between parent stress and two types of problem behavior in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(8), 1908-1917.
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Vaillancourt, T., Smith, I. M., Szatmari, P., & Zwaigenbaum, L. (2016). Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 1-12.