

## بررسی رابطه بین واقعیت درمانی گروهی بر میزان تغییر راهبردهای مقابله ای در زنان دارای فرزند معلول

### سهیلا بقایی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد یزد، یزد، ایران.

#### چکیده

خانواده های دارای کودک معلول در معرض انواع ناراحتی ها و مشکلات قرار دارند که در نگهداری و رسیدگی به وضع فرزندشان مؤثر می باشد و موجب می شود که خانواده روند زندگی طبیعی خود را از دست بدهد و ادامه این وضع ممکن است به فروپاشی نظام خانواده و یا طرد فرزند معلول منجر شود که لازم است در موقع مناسب و با تمهیدات لازم از بروز چنین واقعه ای جلوگیری به عمل آید و این مهم عملی نیست مگر در شرایطی که شناخت کامل از خانواده ها و معلولان آنها موجود باشد و برنامه ها با توجه به این اطلاعات و شناخت ها انتخاب گردد، در ذیل به پاره ای از مسائل و مشکلات که خانواده ها و مادران با آنها روبرو هستند اشاره می گردد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین به مراکز کودکان استثنایی شهرستان یزد در سه ماهه اول سال ۱۳۹۵ بودند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۰ زن که حداقل دارای یک فرزند معلول بودند انتخاب شدند. پرسشنامه های سبک های دفاعی (DSQ)، تاب آوری، راه های مقابله ای لازاروس و فلکمن (WOCQ) از آنها به عمل آمد و بعد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. از پرسشنامه اضطراب بک برای ارزیابی سلامت روانی شرکت کنندگان در حوزه اضطراب استفاده شد. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت جلسات واقعیت درمانی قرار گرفت. مجدداً از هر دو گروه آزمون سبک های دفاعی (DSQ)، تاب آوری، راه های مقابله ای لازاروس و فلکمن (WOCQ) به عمل آمد. بر اساس نتایج این پژوهش می توان نتیجه گرفت که واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب مادران دارای فرزند معلول اثر مثبت دارد.

**واژه های کلیدی:** اضطراب زنان، مکانیسم دفاعی، واقعیت درمانی.

## مقدمه

داشتن یک کودک با ناتوانی تکاملی ایجاد بحران برای نظام خانواده می‌کند. وجود فرزند معلول ممکن است موجب فشار بر بودجه خانواده که صرف تدارک مراقبت پزشکی، حمل و نقل یا روش‌های درمانی می‌شود، گردد، معهدا در سنینی که می‌توان کودک بهنجار را به حال خود گذاشت کودکان عقب مانده هنوز به تسهیلات مراقبت‌های روزانه نیاز دارند، تدارک این امور برای کودکانی که کنترل رفتارشان مشکل است غیر ممکن می‌باشد (سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷) خانواده‌هایی که از کودک عقب مانده شان در خانه مراقبت می‌کنند در محاصره مسائل متنوع در همه اشکال و اندازه‌ها قرار دارند. این مسائل با میزان عقب ماندگی کودک، معلولیت جسمی و هیجان همراه با آن، ارزش‌ها، علایق و شرایط خارجی دیگر اعضای خانواده، فرق می‌کنند. ایجاد و تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بارسنگین اقتصادی، تحمل صحبت‌های دیگران در رابطه با کودک عقب مانده و بسیاری از مسائل دیگر می‌تواند از تظاهرات داشتن کودک عقب مانده ذهنی در یک خانواده باشد (ملک پور، ۱۳۶۹).

نقش خانواده در آموزش و شرکت در برنامه‌های توانبخشی از اهمیت بسزایی برخوردار است، بخصوص مادران که اوقات بیشتری را با فرزند معلول ذهنی می‌گذارند و نادیده انگاشتن خانواده دانش آموز ناتوان کوتاه نظری است، چرا که می‌تواند از ثمربخشی تعلیم تربیت بکاهد. با اینکه امروزه به اهمیت قاطع توجه به نقش والدین و خانواده‌های در درمان و برنامه‌های تربیتی برای افراد ناتوان آگاه شده ایم، اما همیشه چنین نبوده است. زمانی متخصصان والدین کودکان استثنایی را دریافت کنندگانی منفعل برای پندها و تدابیر آنها به حساب می‌آوردند، در حالیکه امروزه آنان بیشتر والدین شان را شرکای همشان خود در درمان و برنامه ریزی تربیتی برای کودکان تلقی می‌کنند.

البته باید اذعان نمود که بسیاری از خانواده‌ها مشارکت چندان فعالی در امر توانبخشی و سرمایه گذاری می‌کنند، برای افراد معلول نمی‌کنند. در حالیکه کودکان معلول نیاز به توجه بیشتری دارند و در صورت توجه، رشد تواناییهای آن قطعی است و همچنین باید خاطر نشان شد که در پدر و مادر این تمایل وجود دارد که برای فرزند خود کاری انجام دهند و علاقه دارند از نزدیک در اقدام لازم مشارکت داشته باشند اما نگرش‌ها و احساس‌های هیجانی و عاطفی منفی از یک سو و عدم آگاهی لازم (اغلب نمی‌دانند که چگونه شروع کنند) از سویی دیگر مانع از تصمیم‌گیری صحیح آنها می‌شود (شریعت پناهی، ۱۳۷۳).

لذا از جمله موضوعاتی که اهمیت دارد نگرش والدین در خصوص کودکان معلول ذهنی خود است، زیرا نگرش والدین است که موجبات پذیرش یا عدم پذیرش کودک معلول ذهنی را فراهم می‌آورد. از راه آموزش می‌توان در نگرش والدین نسبت به کودک معلول ذهنی، تغییر مثبت به وجود آورد. اجرای برنامه آموزش خانواده برای مادران کودکان عقب مانده ذهنی، باعث شناخت و پذیرش این کودکان می‌شود (الوندی، ۱۳۷۵). همچنین آموزش مادران کودکان عقب مانده ذهنی باعث تغییر در نگرش آنها نسبت به این قبیل کودکان می‌گردد. و لذا آموزش مادران دارای معلول ذهنی، در جهت پذیرش کودکان معلول ذهنی خود و ایجاد نگرش مثبت بسیار مؤثری می‌باشد (نظری، ۱۳۷۷). مادران کودکان عقب مانده ذهنی، اگر واقعیت‌ها را از افراد مطلع و متخصصین درباره عقب ماندگی بشنوند نسبت به این کودکان قابلیت پذیرش بیشتری نشان خواهند داد تا زمانی که واقعیت‌ها را از آنها پنهان نگه دارند (آرچ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲).

واقعیت یعنی حقیقت، یعنی تشخیص درست از نادرست، تشخیص حق از باطل، واقعیت یعنی هر نوع تجربه. واقعیت درمانی مجموعه‌ای از اصول نظری و عملی است که به وسیله ویلیام گلاسر مطرح شد. واقعیت درمانی بر آن است با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و امور درست و نادرست در زندگی فرد، به رفع مشکلات او کمک کند. واقعیت درمانی بر این فرض استوار است که ما در برابر رفتاری که انتخاب می‌کنیم، مسئولیم، به دلیل این که تمامی مشکلات ما در زمان حال وجود دارند. واقعیت درمانی زمان بسیار اندکی را به گذشته اختصاص می‌دهد. گلاسر معتقد است که تنها چیزی که ما قادریم آن را کنترل کنیم رفتار کنونی ماست. ممکن است که گذشته در آنچه هم اکنون هستیم تاثیرگذار بوده باشد اما ما قربانی گذشته نیستیم مگر این که خود اینگونه انتخاب کنیم. واقعیت درمانی یکی از جدیدترین چالش‌های درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین

1 Sadock

2 Arch

قوانین رفتاری، چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می شود. در این شیوه، مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، و در نتیجه نیل به هویت توفیق مورد تأکید است. واقعیت درمانی بر حل مشکلات و کنار آمدن با واقعیات جامعه از طریق انتخابهای مؤثر متمرکز بوده و در این مکتب توجه زیادی به تغییرات رفتاری افراد برای برآوردن نیازهای آنها دارند. انسانها می توانند از طریق به تجربه درآوردن نیازها و خواسته هایشان کیفیت زندگی خود را بهبود ببخشند و رشد کنند. رشد یعنی حرکت به سوی جلو، آگاه بودن از خویش، تسهیل و تحقق رشد شخصیتی، اگر چنین رشدی متوقف شود شخص ویژگیهای خودانگیزگی، انعطاف پذیری نسبت به تجربه های تازه را از دست می دهد (ایزدی، عابدی، ۱۳۹۲).

امروزه کارایی و اثربخشی این درمان برای اختلالات مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. به عنوان مثال کاهل، وینتر و اسوینگر<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی و مطالعه درمانهای موج سوم شناختی رفتاری با هدف شناسایی سازکارهای جدید این درمانها و عوامل تأثیرگذار درمانی آنان پرداختند. آنان بیان می دارند که درمانهای نسل سوم رفتاری، گروه ناهمگنی از درمانها هستند که شامل درمانهایی مانند رفتار درمانی دیالکتیک، واقعیت درمانی، فراشناخت درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می شود که اغلب پژوهشهای تجربی و بالینی در ۳ الی ۵ سال گذشته، کارایی و اثربخشی آنان را مورد تأیید قرار داده اند. باتوجه به موارد فوق پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا واقعیت درمانی گروهی بر اضطراب و تاب آوری زنان دارای فرزند معلول با مکانیسم دفاعی مخرب تأثیر دارد یا خیر؟

### پیشینه پژوهش

#### پژوهش های انجام شده در داخل کشور

اکبری، نفیسی و جمشیدی فر (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف پژوهش بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. بدین منظور، تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تهران به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. هر دو گروه، قبل و بعد از آموزش ذهن آگاهی، از نظر سطح استرس ادراک شده مورد بررسی قرار گرفتند و گروه آزمایش در ۸ جلسه یک ساعته تحت آموزش ذهن آگاهی گروهی قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات استرس ادراک شده آزمودنیها در دو مرحله ی پیش و پس آزمون، نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نمرات استرس ادراک شده بیماران تحت آموزش، مؤثر بوده است.

مطهری، احمدی، سلیمانی و بهزادپور (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی مداخله به روش ذهن آگاهی بر کاهش استرس زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش فعال انجام دادند. طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی و به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مادران دارای فرزند بیش فعال مراجعه کننده به خانه های سلامت منطقه ۲۱ شهرداری شهر تهران بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۴ مادر بودند که به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. از مقیاس سنجش اختلال نقص توجه-بیش فعالی و مقیاس استرس زناشویی برای جمع آوری داده ها استفاده شد. گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته ذهن آگاهی را به صورت هفتگی دریافت کردند، گروه کنترل هیچ مداخله مشخصی را دریافت نکردند. در پایان، هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند (پس آزمون). داده ها از طریق تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به طور معناداری بر استرس زناشویی مادران دارای کودکان بیش فعال مؤثر بوده و مادران در گروه آزمایشی کاهش معناداری ( $p < 0.05$ ) را در استرس زناشویی نشان دادند.

آزاد یکتا (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله ای کارآمد در کاهش میزان اضطراب مادران کودکان با طیف اختلالات نافذ رشد انجام داد. نتایج نشان داد که علائم اضطراب در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با

1 Kahl, Winter & Schweiger

گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافته، اما پس از یک دوره ۴ ماهه مجدداً میزان اضطراب در گروه آزمایش به خط پایه نزدیک شده است.

محمد پور، رصافیانی، احمدی کهجوق، بهنیا، حقگو و بیگلریان (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که کیفیت و لذت از فعالیت های روزانه در مادران کودکان معلول نسبت به مادران کودکان عادی به طور معناداری پایین تر است.

### پژوهش های انجام شده در خارج کشور

ارج<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) با همکاری برخی پژوهشگران در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری در برابر واقعیت درمانی بر اختلال اضطراب ترکیبی پرداختند. ۱۲۸ نفر مورد مداخله و درمان قرار گرفتند. شرکت کنندگان در سه مرحله قبل، بعد از درمان ۶ و ۱۲ ماه بعد از درمان توسط پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ)، پرسشنامه نگرانی پنیسلوانیا، پرسشنامه ترس و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد هر دو درمان در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از تفاوت معناداری برخوردار هستند. اما واقعیت درمانی، بهبود خطی تندتری را در پیگیری ۱۲ ماهه نشان داد. همچنین این درمان در ایجاد پذیرش و عمل (پرسشنامه AAQ) نسبت به درمان شناختی رفتاری مؤثرتر بود. درحالی که درمان شناختی رفتاری بهبود بیشتری را در کیفیت زندگی بیماران ایجاد کرد.

بریتون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر واکنش های عاطفی در استرس اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش بعد از ۸ جلسه نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش واکنش های عاطفی به استرس اجتماعی می گردد.

برون، فورمن، هربرت، هافمن، یون و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) در یک مطالعه پایلوت و با هدف مقایسه درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش با شناخت درمانی سنتی در بین دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان، نشان دادند که دو درمان نتایج و پیامدهای متفاوتی در عملکرد دانشجویان ایجاد کرده اند. به این شکل که رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش برخلاف شناخت درمانی سنتی، نشانه های ذهنی اضطراب را بیشتر کاهش می دهد.

پژوهش های کمی در مورد راهبردهای مقابله ای والدین فرزند معلول با استرس فرزندپروری انجام گرفته است. اما در نگاه کلی به نظر می رسد والدینی که روش گریز-اجتناب را به عنوان راهبرد مقابله برای کنار آمدن با پرورش کودک معلول خود به کار می برند، استرس و مشکلات روانی بیشتری را گزارش می کنند. در مقابل والدینی که از ارزیابی مجدد مثبت به عنوان مقابله استفاده می کنند، استرس کمتری را تجربه می کنند (دان و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ هستینگز و جانسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱).

بلک لچ و هیز<sup>۶</sup> (۲۰۰۶) در پژوهشی تأثیر مداخله واقعیت درمانی بر والدین فرزندان اتیستیک را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش، ارزیابی پیش آزمون، سه هفته و یک هفته قبل از درمان و ارزیابی پس آزمون، یک هفته بعد و سپس سه ماه بعد از درمان انجام شد. نتایج این تحقیق حاکی از مؤثر بودن واقعیت درمانی بر افسردگی، اضطراب و سلامت کلی والدین بود.

### فرضیه های پژوهش

#### فرضیه اصلی

واقعیت درمانی گروهی بر اضطراب و تاب آوری زنان دارای فرزند معلول با مکانیسم دفاعی مخرب تأثیر دارد.

#### فرضیه فرعی

۱- واقعیت درمانی گروهی بر میزان تغییر راهبردهای مقابله ای در زنان دارای فرزند معلول تأثیر دارد.

1 Arch

2 Britton, W. B

3 Brown, Forman, Herbert, Hoffman, Yuen

4 Dunn Et Al.

5 Hastings & Johnson.

6 Blackledge & Hayes

## اطلاعات جمعیت‌شناختی

یافته‌های مربوط به فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها بر حسب سن، مدت زمان ازدواج و تعداد فرزندان در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه

مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	تعداد
سن	آزمایش	۳۷/۸۰۰	۵/۵۰	۲۴	۴۷	۲۰
	کنترل	۳۷/۳۰۰	۵/۵۱	۲۶	۴۵	۲۰
تعداد فرزند	آزمایش	۱/۸۰۰	۰/۷۸	۱	۳	۲۰
	کنترل	۱/۰۰	۰/۹۲	۱	۳	۲۰

## آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

برای بررسی داده‌های به دست آمده از گروه‌های مورد مطالعه، از چند شاخصه پراکندگی مرکزی استفاده شده است تا زمینه‌آشنایی اولیه با چگونگی توزیع داده‌های جمع‌آوری شده مهیا گردد. این داده‌ها در جداول ۲، ۳ و ۴ نمایش داده شده است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی شرکت‌کننده‌های گروه آزمایشی و کنترل بر حسب حیطه‌های اضطراب و تاب‌آوری

حوزه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	میانگین
تاب‌آوری	آزمایش	۷/۹۰۰	۱/۴۱۵	۰/۷۶۳	۱۱/۳۰۰
	کنترل	۹/۷۰۰	۱/۶۶۸	۰/۸۴۳	۹/۶۰۰

جدول ۳: اطلاعات توصیفی شرکت‌کننده‌های گروه آزمایشی و کنترل بر حسب حیطه‌های مکانیسم دفاعی

حوزه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	میانگین
رشد نیافته	آزمایش	۱۷۳/۲۰۰	۱۳/۳۵۹	۸/۰۶۲	۸۰/۰۰۰
	کنترل	۱۷۹/۸۴۵	۱۴/۰۲۲	۸/۲۷۱	۱۷۸/۳۰۰
رشد یافته	آزمایش	۸۰/۵۰۱	۶/۴۱۵	۴/۷۶۳	۷۹/۳۲۰
	کنترل	۸۳/۷۴۴	۸/۶۶۸	۴/۸۴۳	۸۲/۶۲۱
روان‌آزرده	آزمایش	۷۷/۶۲	۶/۵۷۷	۳/۴۹۸	۷۴/۲۳۰
	کنترل	۷۰/۲۴۷	۷/۹۵۵	۳/۶۱۸	۶۹/۳۰۰

جدول ۴: اطلاعات توصیفی شرکت‌کننده‌های گروه آزمایشی و کنترل بر حسب حیطه‌های مقابله با استرس

حوزه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	میانگین
مقابله با رویاروگری	آزمایش	۱۱/۲۱۰	۱/۳۵۹	۰/۰۶۲	۹/۸۴۱

۰/۰۸۵	۱/۴۳۳	۲/۱۴ ۱۳	۰/۲۷۱	۱/۰۲۲	۱۳/۴۵۵	کنترل	
۰/۶۳۳	۲/۰۰۲	۴/۵۴۴	۰/۷۶۳	۱/۴۱۵	۱۲/۵۰۱	آزمایش	دوری جویی
۰/۲۵۷	۲/۹۷۷	۵/۴۶ ۱۲	۰/۸۴۳	۱/۶۶۸	۱۲/۳۲۱	کنترل	
۰/۴۴۷	۱/۴۱۴	۹/۲۱۵	۰/۴۹۸	۱/۵۴۴	۹/۶۲۱	آزمایش	خویشتن داری
۰/۹۱۹	۱/۹۰۷	۸/۶۳۱	۰/۶۱۸	۱/۹۵۵	۸/۲۹۷	کنترل	
۰/۳۴۱	۱/۲۴۲	۸/۷۵۴	۰/۰۶۲	۱/۳۵۹	۷/۵۴۴	آزمایش	حمایت اجتماعی
۰/۰۸۵	۱/۴۳۳	۷/۷۵۸	۰/۲۷۱	۱/۰۲۲	۶/۱۲۸	کنترل	
۰/۳۴۱	۱/۲۴۲	۹/۶۵۴	۰/۰۶۲	۱/۳۵۹	۵/۱۲۴	آزمایش	مسئولیت پذیری
۰/۰۸۵	۱/۴۳۳	۳/۶۸۷	۰/۲۷۱	۱/۰۲۲	۳/۴۵۸	کنترل	
۰/۴۴۷	۱/۴۱۴	۴/۶۳۲	۰/۴۹۸	۲/۵۷۷	۱۹/۱۲۸	آزمایش	گریز و اجتناب
۰/۹۱۹	۱/۹۰۷	۳/۰۰ ۱۸	۰/۶۱۸	۱/۹۵۵	۱۸/۲۴۷	کنترل	
۰/۳۴۱	۱/۲۴۲	۲/۵۸ ۱۰	۰/۰۶۲	۱/۳۵۹	۹/۹۸۷	آزمایش	حل مسئله
۰/۰۸۵	۱/۴۳۳	۸/۴۲۸	۰/۲۷۱	۱/۰۲۲	۸/۳۶۸	کنترل	
۰/۶۳۳	۱/۰۰۲	۱/۷۵۳ ۱۱	۰/۷۶۳	۱/۴۱۵	۵/۹۸۷	آزمایش	بازبرآورد
۰/۲۵۷	۱/۹۷۷	۴/۸۶۴	۰/۸۴۳	۱/۶۶۸	۴/۷۸۵	کنترل	

بررسی یافته های استنباطی پژوهش بر اساس فرضیه ها

فرضیه اصلی تحقیق

«واقعیت درمانی گروهی بر تاب آوری زنان دارای فرزند معلول با مکانیسم دفاعی مخرب تاثیر دارد».

برای بررسی فرضیه اول در مورد واقعیت درمانی باعث بهبود تاب آوری در مادران کودکان معلول می شود، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره<sup>۱</sup> استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، رعایت مفروضه های آن مورد بررسی قرار گرفت. یکی از مفروضه های تحلیل کوواریانس همگنی واریانسها است. برای بررسی مفروضه همگنی واریانسها از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون لوین برای همگونی واریانسها

متغیر	آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
تاب آوری	۴/۱۳۸	۱	۳۸	۰/۱۲۰

نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانسها در جدول ۵ آمده است. با توجه به داده های این جدول، F مورد نظر در متغیر اضطراب و متغیر تاب آوری به لحاظ آماری معنادار نیست؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانسها در مورد این دو مقیاس

<sup>1</sup> Mancova

رد می شود ( $P < 0/05$ ). جهت مشخص میزان معنی داری تفاوت‌ها میان دو گروه و همچنین آزمودن فرضیه‌های پژوهش آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ آورده شده است.

#### جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر اساس گروه در متغیر اضطراب و تاب آوری

توان آزمون	معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	مقدار	آزمون
۰/۶۱۷	۰/۰۴۸	۳۶	۲	۲/۱۶۷	۰/۱۰۷	آزمون اثر پیلایی
۰/۶۱۷	۰/۰۴۸	۳۶	۲	۲/۱۶۷	۰/۸۹۳	آزمون لامبدای ویلکز
۰/۶۱۷	۰/۰۴۸	۳۶	۳۶	۲/۱۶۷	۰/۱۲۰	آزمون اثر هتلینگ
۰/۶۱۷	۰/۰۴۸	۳۶	۲	۲/۱۶۷	۰/۱۲۰	آزمون بزرگترین ریشه روی

در جدول شماره ۶، اطلاعات مربوط به آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری روی اضطراب و تاب آوری نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می شود نتایج حاکی از این است که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

برای مشخص شدن تفاوت‌ها در تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام شد که نتایج مربوط به این آزمون در جدول شماره ۷ آورده شده است.

#### جدول ۷: تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری میانگین‌های دو گروه در متغیرهای وابسته

توان آزمون	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی فرضیه	مجموع مجذورات	متغیر
۰/۵۹۹	۰/۰۳۲	۵/۵۸۷	۶۵/۶۶۷	۱	۶۵/۶۶۷	اضطراب
۰/۳۰۳	۰/۱۴۷	۲/۱۹۳	۱۲/۸۹۲	۱	۱۲/۸۹۲	تاب آوری

همان گونه که در جدول ۷، مشاهده می شود بین گروه آزمایش که مداخلات گروه درمانی واقعیت درمانی را دریافت نموده‌اند و گروه کنترل که هیچگونه درمانی دریافت نکرده‌اند از نظر متغیر اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P = 0/032$ ). در حالی که تأثیر گروه درمانی واقعیت درمانی در تعدیل نمرات متغیر تاب آوری معنی دار نیست.

#### فرضیه فرعی اول

برای بررسی فرضیه در مورد واقعیت درمانی به تغییر راهبردهای مقابله با استرس و ایجاد راهبردهای مثبت احساسی منتهی می شود، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده می شود. قبل از انجام تحلیل، رعایت مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. یکی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس همگنی واریانسها است. برای بررسی مفروضه همگنی واریانسها از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۸: نتایج آزمون لوین برای آزمودن همگنی واریانس مؤلفه های مقابله با استرس

حوزه	آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
مقابله با رویاروگری	۲/۰۲۰	۱	۳۸	۰/۰۹۸
دوری جویی	۰/۰۵۹	۱	۳۸	۰/۸۱۲
خویشترن داری	۱/۴۵۳	۱	۳۸	۰/۱۴۸

۰/۱۷۴	۳۸	۱	۱/۲۴۲	حمایت اجتماعی
۰/۵۶۸	۳۸	۱	۰/۷۵۱	مسئولیت پذیری
۰/۲۵۱	۳۸	۱	۱/۴۲۰	گریز و اجتناب
۰/۶۲۴	۳۸	۱	۰/۸۷۱	حل مسئله
۰/۷۴۵	۳۸	۱	۰/۱۲۵	بازبرآورد

نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس بین گروهی مؤلفه های سبک‌های مقابله با استرس در مرحله پیش آزمون و پس آزمون اندازه‌گیری شد با توجه به داده های این جدول، F مورد نظر در هیچکدام از مؤلفه ها به لحاظ آماری معنادار نیست؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس ها در مورد همه مؤلفه‌ها رد می‌شود ( $P=0/05$ ). جهت مشخص میزان معنی داری تفاوت‌ها میان دو گروه و همچنین آزمودن فرضیه‌های پژوهش آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۹ آورده شده است.

#### جدول ۹: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر اساس گروه در متغیر سبک‌های مقابله با استرس

توان آزمون	معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	مقدار	آزمون
۰/۸۴۶	۰/۰۲۵	۳۰	۸	۲/۶۵۲	۰/۴۱۴	آزمون اثر پیلاپی
۰/۸۴۶	۰/۰۲۵	۳۰	۸	۲/۶۵۲	۰/۵۸۶	آزمون لامبدای ویلکز
۰/۸۴۶	۰/۰۲۵	۳۰	۸	۲/۶۵۲	۰/۷۰۷	آزمون اثر هتلینگ
۰/۸۴۶	۰/۰۲۵	۳۰	۸	۲/۶۵۲	۰/۷۰۷	آزمون بزرگترین ریشه روی

در جدول شماره ۹ اطلاعات مربوط به آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری روی سبک‌های مقابله با استرس نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود نتایج حاکی از این است که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای مشخص شدن تفاوت‌ها در تحلیل واریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام شد که نتایج مربوط به این آزمون در جدول شماره ۱۰ آورده شده است.

جدول ۱۰: تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری میانگین‌های دو گروه در متغیرهای وابسته

توان آزمون	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی فرضیه	مجموع مجذورات	متغیر
۰/۲۲۴	۰/۲۰۱	۴/۶۶۴	۲۸۹/۲۵۷	۱	۲۸۹/۲۵۷	مقابله با رویاروگری
۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۱۹/۴۸۷	۳۵۱/۲۷۴	۱	۳۵۱/۲۷۴	دوری جویی
۰/۳۵۴	۰/۰۵۹	۳/۸۰۹	۸۹/۴۳۵	۱	۸۹/۴۳۵	خویشتن داری
۰/۲۱۰	۰/۲۲۱	۳/۱۴۰	۱۱۷/۳۲۲	۱	۱۱۷/۳۲۲	حمایت اجتماعی
۱/۰۰۰	۰/۰۱۵	۶/۵۲۴	۶۲/۳۲۵	۱	۶۲/۳۲۵	مسئولیت پذیری
۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۱۲/۱۴۱	۵۶۶/۶۰۵	۱	۵۶۶/۶۰۵	گریز و اجتناب
۰/۲۸۱	۰/۱۴۲	۲/۴۳۹	۱۱۶/۸۶۷	۱	۱۱۶/۸۶۷	حل مسئله
۱/۰۰۰	۰/۰۰۴	۹/۱۵۳	۱۲۸/۲۴۷	۱	۱۲۸/۲۴۷	بازبرآورد



همان گونه که در جدول ۱۴، مشاهده می شود، بین گروه آزمایش که مداخلات گروه درمانی واقعیت درمانی را دریافت نموده اند و گروه کنترل که هیچگونه درمانی دریافت نکرده اند از نظر نمرات سبک‌های دفاعی تفاوت معنی داری وجود دارد. بررسی تفاوت در نمرات پیش آزمون و پس آزمون سبک‌های مقابله با استرس در جدول ۱۰ نشان داد که تفاوت در حوزه ی دوری جویی با (۱۹/۴۷۸ =  $P= ۰/۰۰۰۱$ )، حوزه مسئولیت پذیری با (۶/۵۲۴ =  $P= ۰/۰۱۵$ )، گریز و اجتناب با (۱۲/۱۴۱ =  $P= ۰/۰۰۱$ )، و حوزه باز برآورد با (۹/۱۵۳ =  $P= ۰/۰۰۴$ ) معنی دار می باشد. همچنین یافته ها نشان داد تفاوت بین دو گروه در حوزه سبک مقابله با رویاروگری (۴/۶۶۴ =  $P= ۰/۲۰۱$ )، حوزه سبک خویشتن داری با (۳/۸۰۹ =  $P= ۰/۰۵۹$ )، حمایت اجتماعی با (۳/۱۴۰ =  $P= ۰/۲۲۱$ ) و حوزه مسئولیت حل مسئله (۲/۴۳۹ =  $P= ۰/۱۴۲$ ) در پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نمی باشد.

### بررسی فرضیه های پژوهش

#### فرضیه اصلی:

یافته های به دست آمده از آزمون این فرضیه نشان داد بین گروه آزمایش که مداخلات واقعیت درمانی گروهی را دریافت نموده اند و گروه کنترل که هیچگونه درمانی دریافت نکرده اند از نظر متغیر اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P= ۰/۰۲$ ). درحالی که تأثیر واقعیت درمانی در تعدیل نمرات متغیر تعهد معنی دار نیست. این بدان معنی است که واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مادران کودکان معلول مؤثر بوده است. این نتیجه با یافته های بلک لچ و هیز (۲۰۰۶) همخوانی دارد. بلک لچ و هیز (۲۰۰۶) نشان دادند واقعیت درمانی در والدین دارای فرزند معلول منجر به تغییر معنی دار در مؤلفه های اجتناب تجربی<sup>۱</sup> و اضطراب می شود. در همین راستا رابرت و کاسل (۲۰۰۹) نیز دریافتند که والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر نگرشهای ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجانی منفی دارند.

تبیین: والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی هیجانات منفی، خصومت، اضطراب و افکار منفی خودکار بیشتری برخوردارند و برای محافظت خود در برابر این فشارها از مکانیسمهای دفاعی نابالغ مانند انکار استفاده می کنند. بر اساس مدل درمانی واقعیت درمانی، وقتی اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته کاهش یابد و فرد این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به طور کامل بپذیرد، پذیرش روانی صورت گرفته است. از طرفی گروه درمانی نیز می تواند در ایجاد همدلی و همدردی و تخلیه افراد نقش حیاتی داشته باشد. بنابراین واقعیت درمانی می تواند مشکلات اضطراب را در مادران کودکان معلول کاهش دهد.

همچنین نتایج نشان داد تأثیر گروه درمانی واقعیت درمانی در تعدیل نمرات متغیر تاب آوری معنی دار نیست.

بررسی تفاوت در نمرات پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری نشان داد که بین دو گروه پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی دار وجود ندارد که این یافته با نتیجه پژوهش های انجام شده توسط آزاد یکتا (۱۳۹۲)، قدرتی و همکاران (۱۳۹۳) همسو می باشد.

در تبیین یافته ها می توان گفت که وقتی سبک دفاعی غالب فرد، نوروتیک و رشد نیافته باشد، معمولاً از طریق انکار، ابطال و نادیده انگاری (از نمونه مکانیسمهای نوروتیک و رشد نیافته) با موضوع استرس و شرایط استرس زا مواجه می شود. در واقعیت درمانی ما با یک انتخاب سر و کار داریم که باید نسبت به آن مسئولیت پذیر باشیم. وجود مکانیسم های دفاعی مخرب تا حد زیادی می تواند درک حقیقت را برای افراد سخت نماید و تاب آوری را برای افراد سخت تر نماید. علت موثر نبودن آموزش روی نمرات تاب آوری می توان به کم بودن تعداد نمونه ها و یا کم بودن تعداد جلسات آموزش اشاره کرد.

#### فرضیه فرعی اول:

واقعیت درمانی گروهی بر میزان تغییر راهبردهای مقابله ای در مادران دارای فرزند معلول تأثیر دارد.

<sup>1</sup> Experiential Avoidance

بررسی تفاوت در نمرات پیش آزمون و پس آزمون سبکهای مقابله با استرس نشان داد که تفاوت در حوزه‌ی دوری جویی با ( $P=0/0001$  و  $19/478$ )، حوزه مسئولیت پذیری با ( $P=0/015$  و  $6/524$ )، گریز و اجتناب با ( $P=0/001$  و  $12/141$ )، و حوزه باز برآورد با ( $P=0/004$  و  $9/153$ ) معنی دار می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد تفاوت بین دو گروه در حوزه سبک مقابله با رویاروگری ( $P=0/201$  و  $4/664$ )، حوزه سبک خویشتن داری با ( $P=0/059$  و  $3/809$ )، حمایت اجتماعی با ( $P=0/221$  و  $3/140$ ) و حوزه مسئولیت حل مسئله ( $P=0/142$  و  $2/439$ ) در پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نمی‌باشد.

بررسی تفاوت در نمرات پیش آزمون و پس آزمون سبکهای مقابله با استرس نشان داد که تفاوت در حوزه‌ی دوری جویی با ( $P=0/0001$  و  $19/478$ )، حوزه مسئولیت پذیری با ( $P=0/015$  و  $6/524$ )، گریز و اجتناب با ( $P=0/001$  و  $12/141$ )، و حوزه باز برآورد با ( $P=0/004$  و  $9/153$ ) معنی دار می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد تفاوت بین دو گروه در حوزه سبک مقابله با رویاروگری ( $P=0/201$  و  $4/664$ )، حوزه سبک خویشتن داری با ( $P=0/059$  و  $3/809$ )، حمایت اجتماعی با ( $P=0/221$  و  $3/140$ ) و حوزه مسئولیت حل مسئله ( $P=0/142$  و  $2/439$ ) در پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نمی‌باشد. همچنین بنابر یافته‌های پژوهش حاضر، واقعیت درمانی بر روی سبک دفاعی «رشد نیافته» مادران گروه آزمایش مؤثر بوده است، درحالیکه تفاوت معناداری بین این گروه با گروه کنترل در دو سبک دفاعی «رشد یافته» و «روان آزوده» پیدا نشد. به نظر می‌رسد با وجود اینکه افراد در مقابل شرایط استرس زا از سبک دفاعی غالب برخوردارند، مادرانی که در برابر استرس از سبک «رشد نیافته» استفاده می‌کردند، پس از واقعیت درمانی این سبک دفاعی را کمتر به کار می‌گیرند. دفاع‌ها پاسخهای روانشناختی خودکار یک فرد به تنیدگی زهای درونی یا بیرونی یا تعارضات هیجانی هستند. به استناد نتایج تحقیقات (برادی، مادرینس اگلو و ناکش- ایسکویتز، ۲۰۰۲) می‌توان گفت که سبکهای دفاع رشد یافته موجب پذیرش کامل ماهیت و میزان تهدید می‌شوند و مستقیماً وارد عمل شده تا اضطراب ناشی از تهدید را تا حد امکان تقلیل دهد.

تبیین: شواهد تجربی نشان داده اند که مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمی و روانی در ارتباط قرار می‌گیرند و سبک‌های دفاعی سازش نیافته شامل «رشد نیافته» و «روان آزوده» با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت از جمله اختلالات شخصیت و افسردگی در ارتباط است.

بنابراین سبک دفاعی «روان آزوده» ممکن است به جهت پیچیدگی و تعامل مؤلفه‌های مختلف روانی-شناختی از جمله شخصیت افراد و یا طرح‌واره‌های بیمارگونه تحت تأثیر این واقعیت درمانی قرار نگرفته باشد. در روشهای دفاع روان آزوده، فرد با روش تحریف مفرط معنا و اثر منابع تهدید، اضطراب را مدیریت می‌نماید. بنابراین استفاده از اینگونه دفاعها معمولاً تا حدی مؤثر بوده، اما به پیامدهای منفی بیشتری منتهی شده و تأثیر کمتری در مقایسه با دفاعهای رشد یافته در برطرف سازی اضطراب دارند. از سوی دیگر، نتایج پرسشنامه اضطراب نشان می‌دهند که میزان اضطراب مادران تحت تأثیر واقعیت درمانی گروهی به طور معنادار کاهش یافته است. سلامت روانی بیشتر می‌تواند به نوبه خود منجر به کاهش استفاده از سبک‌های دفاعی روان رنجور شود. دفاع‌های رشد نیافته نیز با تحریف شدید وقوع و اهمیت حادثه، اضطراب را کاهش می‌دهند. البته پیامد این تحریفهای مفرط از یک سو فقدان هشیاری آن‌هاست و از سوی دیگر سبکهای دفاع رشد نیافته، اغلب به عمل نامناسب یا بی‌اثر منجر می‌شوند.

تبیین: شواهد تجربی نشان داده اند که مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمی و روانی در ارتباط قرار می‌گیرند و سبک‌های دفاعی سازش نیافته شامل «رشد نیافته» و «روان آزوده» با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت از جمله اختلالات شخصیت و افسردگی در ارتباط است.

بنابراین سبک دفاعی «روان آزوده» ممکن است به جهت پیچیدگی و تعامل مؤلفه‌های مختلف روانی-شناختی از جمله شخصیت افراد و یا طرح‌واره‌های بیمارگونه تحت تأثیر این واقعیت درمانی قرار نگرفته باشد.

در روشهای دفاع روان آزوده، فرد با روش تحریف مفرط معنا و اثر منابع تهدید، اضطراب را مدیریت می‌نماید. بنابراین استفاده از اینگونه دفاعها معمولاً تا حدی مؤثر بوده، اما به پیامدهای منفی بیشتری منتهی شده و تأثیر کمتری در مقایسه با دفاعهای

رشد یافته در برطرف سازی اضطراب دارند. از سوی دیگر، نتایج پرسشنامه اضطراب نشان می دهند که میزان اضطراب مادران تحت تأثیر واقعیت درمانی گروهی به طور معنادار کاهش یافته است. سلامت روانی بیشتر می توان به نوبه خود منجر به کاهش استفاده از سبک های دفاعی روان رنجور شود. دفاع های رشد نایافته نیز با تحریف شدید وقوع و اهمیت حادثه، اضطراب را کاهش می دهند. البته پیامد این تحریفهای مفرط از یک سو فقدان هشیاری آن هاست و از سوی دیگر سبکهای دفاع رشد نایافته، اغلب به عمل نامناسب یا بی اثر منجر می شوند.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته ها تأثیر واقعیت درمانی گروهی بر بهبود اضطراب مادران دارای فرزند معلول با مکانیسم دفاعی مخرب تأیید شده است ولی بر روی تاب آوری افراد تأثیری نداشته است. علاوه بر این واقعیت درمانی به تغییر راهبردهای مقابله با استرس (مکانیسم های دفاعی) و ایجاد راهبردهای مثبت احساسی منتهی می شود.

### محدودیت های پژوهش

این پژوهش نیز مانند اغلب فعالیتهای پژوهشی در زمان اجرا همراه با برخی چالشها و مشکلات بوده است، که از جمله این محدودیتها می توان به موارد زیر اشاره کرد.

۱- این پژوهش فقط بر روی مادران دارای کودک معلول شهر یزد انجام شده است، بنابراین در تعمیم آن به سایر جوامع بایستی احتیاط لازم صورت گیرد.

۲- از جمله محدودیتهای دیگر این پژوهش میتوان به نمونه گیری در دسترس و بررسی نکردن برخی متغیرهای مداخله گر اشاره کرد. که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

### پیشنهادهای

#### پیشنهادهای پژوهشی

- ۱- پیشنهاد می شود به منظور تأثیر دراز مدت اثر مداخله، آزمون های پیگیری با فواصل مشخص مورد مطالعه قرار گیرد.
- ۲- با توجه به ماهیت مقیاس های خود گزارش دهی، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، این شیوه سنجش با دیگر روشهای ارزیابی مانند مصاحبه ساختار نایافته (کیفی) کاملتر شود، تا قادر به ارائه نتایج دقیق تری باشد.

#### پیشنهادهای کاربردی

از آنجا که والدین کودکان معلول معمولاً دچار مشکلات روانی هستند پیشنهاد می گردد که در کلینیک ها و یا مدارس استثنایی جلسات ماهیانه یا هفتگی گروهی جهت تعدیل مشکلات روانی این افراد در قالب واقعیت درمانی صورت پذیرد و به عنوان یک برنامه کشوری انجام پذیرد.

### منابع

- [۱]. پور افکاری، نصرت الله. (۱۳۷۶). فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی. تهران: فرهنگ معاصر.
- [۲]. پورفرج عمران، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی واقعیت درمانی بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرست، ۶ (۲)، صص ۱-۵.
- [۳]. جوادی، رحم خدا؛ آقا بخشی، حبیبغ رفیعی، حسن؛ عسگری، علی؛ بیان معمار، احمد؛ و عبدی زرین، سهراب. (۱۳۹۰). رابطه کارکرد خانواده و تاب آوری در برابر مصرف مواد در دانش آموزان پسر دبیرستانی مدارس پر خطر. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۱: ۴۴۴-۴۲۱.
- [۴]. ح (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل -نسخه دوم، روشها و مدلهای روانشناختی، ۲ (۱۰)، صص ۸۰-۶۵.
- [۵]. خدایاری فرد، محمد؛ و پرند، اکرم. (۱۳۹۰). استرس و روش های مقابله با آن. چاپ دوم، انتشارات دانشگاه تهران.

- [۶]. خوشایبی، ک. فرزاد فرد، ز. کاکا سلطانی، ب. پور اعتماد، ح.ر. و. نیک خواه، ح. (۱۳۸۹). بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۶(۱)، صص ۸۷-۹۷.
- [۷]. دابسون ک، محمدخانی پ، مساح چولابی (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک- ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، ۸(۲)، صص ۸۲-۷۰.
- [۸]. نوری زاده، مریم؛ حسین پور، فاطمه؛ و غنی آبادی، کاظم. (۱۳۸۹). افراد تاب آور این گونه اند... . **ماهنامه پیام مشاور: نشریه مشترک دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم و مرکز مشاوره دانشگاه تهران**، شماره ۹۸، سال دهم.
- [۹]. نوریان، ل. آقایی، ا و قربانی، م (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی بر خوردن هیجانی در زنان چاق. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۶(۲)، صص ۲۳-۱۵.
- [۱۰]. هاشم زاده (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه سبکهای مقابله ای و باورهای غیرمنطقی در طلاب و دانشجویان پسر شهرستان قم در سال ۸۴. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۱۱]. یوسلیانی، غ.ع. حبیبی، م و سلیمانی، ا (۱۳۹۱). رابطه رفتار مطلوب انضباطی با عملکرد خانواده، منبع کنترل و عزت نفس دانش آموزان. مجله روان شناسی مدرسه، ۱(۲)، صص ۱۳۴-۱۱۴.
- [12]. A & 1% Buck C. )2003(. A Comparison of Lay-Beliefs about Autism and Obsessive-Compulsive Disorder. *Int J Soc Psychiatry*, 49: 287-307.
- [13]. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV)*, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington, DC.
- [14]. and stress in parents of severely dysfunctional children through the Clark modification of Holroyd questionnaire on resources and stress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22: 217-234.
- [15]. Arch, J.J., Eifert, G.H., Davies, C., Vilardaga, J.C., Plumb, R., Raphael, D., & Craske, M.G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5): 750-765.
- [16]. Blackledge JT & Hayes SC.) 2006(. *vn\_%Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. Child & Family Behavior Therapy*, 28: 1-18.
- [17]. Bonanno, G. A. (2004). **Loss, Trauma, and human resilience**. *American psychologist*, 59, 20-28.
- [18]. Brannon. L., & Feist, J. (1997). **Health Psychology: an Introduction to Behavior and Health** . Mexico. City Brooks / Cole.
- [19]. Brown, L., Forman, E.M., Herbert, J.D., Hoffman, K., Yuen, E.K., & Goetter, E.M. (2011). A Randomized Controlled Trial of Acceptance-Based Behavior Therapy and Cognitive Therapy for Test Anxiety: A Pilot Study. *Behavioral Modification*. 35(1): 31-53.
- [20]. Cook EH, Charak DA, Arida J & Spohn JA. (1994). Depressive and obsessive – compulsive symptoms in hyperserotonemic parents of children with autistic disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 52: 25-33.
- [21]. Cramer, P.(2002). Defense mechanisms in psychology today, Further processes for Adaptation, *Am Psychol.*, 5: 637-46.

- [22]. Donovan AM. )1988(. Family stress and ways of coping with adolescents who have handicaps: Maternal perceptions. *American Journal on Mental Retardation*, 92: 502-509.
- [23]. Dugan,C.(2003).Autism, coping with Autism–support for families. <http://www.autismwebsite.com/>.
- [24]. Dunn, ME, Burbine, T, Bowers, CA &Tantleff-Dunn S.) 2001(. Moderators of Stress in Parents of Children with Autism, *Community Mental Health Journal*, 37: 39-52.
- [25]. Elder, J & D’Alessandro, T. (2009). Supporting families of children with autism spectrum disorders: Questions parents ask and what nurses need to know. *Pediatric Nursing*, 35: 240-253. Retrieved from EBSCO host.
- [26]. Eysenck, H. J. (1995). Personality, Stress and disease: An interactionist perspective: Reply to vander plog, vetter and kleign. **Psychological Inquiry**, 41, 70 – 73
- [27]. Forman E. M. & Herbert J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o’donohue, je. fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley;:263-265.
- [28]. Gallagher,M.H.(2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia
- [29]. Garmezy, N. M., & Masten, A. A. (2006). Particularresiliency to threatening environments. **Journal of Experimental Social Psychology**. 42: 323-36.
- [30]. Gavidia-Payne S & Stoneman Z. )1997(. Family Predictors of Maternal and paternal
- [31]. Hayes, SC, Follette, VM & 8Linehan, M.)2004(. 1102Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. The Guilford Press. New York London: A Division of Guilford Publications, Inc.
- [32]. in childhood. *Journal of Anxiety Disorder*, 18, 459-470.
- [33]. *Intellectual Disability Research*, 50: 970-976.
- [34]. Masten, A. S. (2012). **Risk and resilience in development**. In P. D. Zelazo (Ed.), *Oxford handbook of developmental psychology* . New York, NY: Oxford University Press (in press).
- [35]. Masten, A.S.(2009). Ordinary magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, 49(3), 28-32.
- [36]. McCabe H.(2008). Autism and family in the People's Republic of China: learning from parents' perspectives. *Res Pract Persons Severe Disability*, 33:37-47.
- [37]. Penzo, JA & Harvey, P.) 2008(. Understanding parental grief as a response to mental illness: Implications for practice. *Journal of Family Social Work*, 11: 323-338.
- [38]. Piven J, wzorek M, landa R & folstein S.)1992(. Psychiatric disorders in the parents of autistic individuals. *Journal American Academy Adolescent Psychiatry*, 31: 370-371.
- [39]. Richardson, E. G. (2002). The Metatheory of resilience and resiliency, **journal of clinical psychology**, Vol. 58 (3), 307-321.
- [40]. Roberts, J.E.,& Kassel, J.D.(2009). Mood-state Dependence in Cognitive Vulnerability to Depression: The Roles of Positive and Negative Affect. *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), 1-12