

## 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، معهداً 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 کوه 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 همشأن خود در درمان و برنامه‌ریزی تربیتی برای کودکان تلقی می‌کنند.

البته باید اذعان نمود که بسیاری از خانواده‌ها مشارکت چندان فعالی در امر توانبخشی و سرمایه‌گذاری 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 خاطرنشان شد که در پدر و مادر این تمایل وجود دارد که برای فرزند خود کاری انجام بدهند 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 سوی 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

<sup>1</sup> Sadock

<sup>2</sup> Arch

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 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 خویشتن، تسهیل و تحقق رشد شخصیتی، اگر چنین رشدی متوقف شود شخص ویژگیهای خودانگیزختگی، 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>۳</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، موثر 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 موثر بوده و مادران در گروه آزمایشی کاهش معناداری ( $p < 0.05$ ) را در استرس زناشویی نشان دادند.

<sup>3</sup> Kahl, Winter & Schweiger

آزاد یکتا (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در کاهش میزان اضطراب مادران کودکان با طیف اختلالات نافذ رشد انجام داد. نتایج نشان داد که علائم اضطراب در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری 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 فعالیت‌های روزانه در مادران کودکان معلول نسبت به مادران کودکان عادی به طور معناداری پایین‌تر است.

### پژوهش‌های انجام شده در خارج کشور

ارچ<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) با همکاری برخی پژوهشگران در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری در برابر واقعیت‌درمانی بر اختلال اضطراب ترکیبی پرداختند. ۱۲۸ نفر مورد مداخله و درمان قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در سه مرحله قبل، بعد از درمان ۶ و ۱۲ ماه بعد از درمان توسط پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ)، پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا، پرسشنامه ترس و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد هر دو درمان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تفاوت معناداری برخوردار هستند. اما واقعیت‌درمانی، 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. درحالی‌که درمان شناختی رفتاری بهبود بیشتری را در کیفیت زندگی بیماران ایجاد کرد.

بریتون<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۲) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر واکنش‌های عاطفی در استرس اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش بعد از ۸ جلسه نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش واکنش‌های عاطفی به استرس اجتماعی می‌گردد.

بروون، فورمن، هربرت، هافمن، یون و همکاران<sup>۶</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 کرده‌اند. به این شکل که رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش برخلاف شناخت درمانی سنتی، نشانه‌های ذهنی اضطراب را بیشتر کاهش می‌دهد.

پژوهش‌های کمی در مورد راهبردهای مقابله‌ای والدین فرزند معلول با استرس فرزندپروری انجام گرفته است. اما در نگاه کلی به نظر می‌رسد والدینی که روش گریز-اجتناب را به عنوان راهبرد مقابله برای کنار آمدن با پرورش کودک معلول خود به کار می‌برند، استرس و مشکلات روانی بیشتری را گزارش می‌کنند. در مقابل والدینی که از ارزیابی مجدد مثبت به عنوان مقابله استفاده می‌کنند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند (دان و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ هستینگز و جانسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱).

بلک و لچ و هیز<sup>۹</sup> (۲۰۰۶) در پژوهشی تأثیر مداخله واقعیت‌درمانی بر والدین فرزندان اتیستیک را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش، ارزیابی پیش‌آزمون، سه هفته و یک هفته قبل از درمان و ارزیابی پس‌آزمون، یک هفته بعد و سپس سه ماه بعد از درمان انجام شد. نتایج این تحقیق حاکی از مؤثر بودن واقعیت‌درمانی بر افسردگی، اضطراب و سلامت کلی والدین بود.

<sup>4</sup> Arch

<sup>5</sup> Britton, W. B

<sup>6</sup> Brown, Forman, Herbert, Hoffman, Yuen

<sup>7</sup> Dunn Et Al.

<sup>8</sup> Hastings & Johnson.

<sup>9</sup> Blackledge & Hayes

### فرضیه های پژوهش

#### فرضیه اصلی

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

#### فرضیه فرعی

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

#### اطلاعات جمعیت شناختی

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

#### جدول ۱: اطلاعات توصیفی شرکت کنندگان 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 زمینه‌شناسی 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 شرکت کنندگان گروه آزمایشی و کنترل بر حسب حیطه‌های اضطراب و تاب آوری

حوزه	گروه	پیش آزمون			پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد
تاب آوری	آزمایش	۷/۹۰۰	۱/۴۱۵	۰/۷۶۳	۲/۰۰۲	۱/۰۳۳
	کنترل	۹/۷۰۰	۱/۶۶۸	۰/۸۴۳	۱/۹۷۷	۰/۲۵۷

#### جدول ۳: اطلاعات توصیفی شرکت کنندگان گروه آزمایشی و کنترل بر حسب حیطه‌های مکانیسم دفاعی

حوزه	گروه	پیش آزمون			پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد
رشد نیافته	آزمایش	۱۷۳/۲۰۰	۱۳/۳۵۹	۸/۰۶۲	۸/۲۴۲	۴/۳۴۱
	کنترل	۱۷۹/۸۴۵	۱۴/۰۲۲	۸/۲۷۱	۸/۴۳۳	۴/۰۸۵
رشد یافته	آزمایش	۸۰/۵۰۱	۶/۴۱۵	۴/۷۶۳	۴/۰۰۲	۳/۶۳۳
	کنترل	۸۳/۷۴۴	۸/۶۶۸	۴/۸۴۳	۷/۹۷۷	۳/۲۵۷

۲/۴۴۷	۳/۴۱۴	۷۴/۲۳۰	۳/۴۹۸	۶/۵۷۷	۷۷/۶۲	آزمایش	روان آزرد
۳/۹۱۹	۴/۹۰۷	۶۹/۳۰۰	۳/۶۱۸	۷/۹۵۵	۷۰/۲۴۷	کنترل	

جدول (۴): اطلاعات توصیفی شرکت کننده های گروه آزمایشی و کنترل برحسب حیطة های مقابله با استرس

پس آزمون			پیش آزمون			گروه	حوزه
خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۳۴۱	۱/۲۴۲	۹/۸۴۱	۰/۰۶۲	۱/۳۵۹	۱۱/۲۱۰	آزمایش	مقابله با رویاروگری
۰/۰۸۵	۱/۴۳۳	۱۳/۲۱۴	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	۱۲/۵۴۶	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	۱۸/۳۰۰	۰/۶۱۸	۱/۹۵۵	۱۸/۲۴۷	کنترل	
۰/۳۴۱	۱/۲۴۲	۱۰/۲۵۸	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	۱۱/۷۵۳	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>۱۰</sup> استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، رعایت مفروضه های آن مورد بررسی قرار گرفت. یکی از مفروضه های تحلیل کوواریانس همگنی واریانس ها است. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد.

جدول (۵): نتایج آزمون لوین برای همگونی واریانس ها

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

<sup>10</sup> Mancova

نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانسها در جدول ۵ آمده است. با توجه به داده‌های 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 رد می‌شود ( $P < 0/05$ ). جهت مشخص میزان معنی‌داری 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

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

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 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 ۷ آورده شده است.

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

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

همان گونه که در جدول ۷، مشاهده می‌شود 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 ( $P = 0/032$ ). درحالی 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 می‌شود، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده می‌شود. 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

معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آزمون F	حوزه
۰/۰۹۸	۳۸	۱	۲/۰۲۰	مقابله با رویاروگری
۰/۸۱۲	۳۸	۱	۰/۰۵۹	دوری جویی
۰/۱۴۸	۳۸	۱	۱/۴۵۳	خویشتن داری
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 سبک های مقابله با استرس در مرحله پیش آزمون و پس آزمون اندازه گیری 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 مؤلفه ها رد می شود ( $P=0/05$ ). جهت مشخص میزان معنی داری تفاوتها میان دو گروه و همچنین آزمودن فرضیه های 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 پیلابی
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 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 ۱۰ آورده شده است.

جدول ۱۰: تحلیل کواریانس 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 (P= ۰/۰۰۱ و ۱۹/۴۷۸)، حوزه مسئولیت پذیری با (P= ۰/۰۱۵ و ۶/۵۲۴) و گریز و اجتناب با (P= ۱۲/۱۴۱) و (P= ۰/۰۰۱) و حوزه باز برآورد با (P= ۰/۰۰۴ و ۹/۱۵۳) معنی دار می باشد. همچنین یافته ها نشان داد تفاوت بین دو گروه در حوزه سبک مقابله با رویارویی (P= ۰/۲۰۱ و ۴/۶۶۴)، حوزه سبک خویشتر داری با (P= ۳/۸۰۹ و ۰/۰۵۹)، حمایت اجتماعی با (P= ۰/۲۲۱ و ۳/۱۴۰) و حوزه مسئولیت حل مسئله (P= ۰/۱۴۲ و ۲/۴۳۹) 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>۱۱</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

<sup>11</sup> Experiential Avoidance

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. 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 می باشد. همچنین یافته ها 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 نمی باشد.

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 می باشد. همچنین یافته ها 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 نمی باشد. همچنین بنابر یافته های 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 می رسد با وجود اینکه افراد در مقابل شرایط استرس زا از سبک دفاعی غالب برخوردارند، مادرانی که در برابر استرس از سبک «رشد نیافته» استفاده می کردند، پس از واقعیت درمانی این سبک دفاعی را کمتر به کار می گیرند. دفاع ها پاسخهای روانشناختی خودکار یک فرد به تنیدگی زاهای درونی یا بیرونی یا تعارضات هیجانی هستند. به استناد نتایج تحقیقات (برادی، مادریس اگلو و ناکش- ایسکویتز، ۲۰۰۲) می توان گفت که سبکهای دفاع رشد یافته موجب پذیرش کامل ماهیت و میزان تهدید می شوند و مستقیماً وارد عمل شده تا اضطراب ناشی از تهدید را تا حد امکان تقلیل دهد.

تعیین: شواهد تجربی نشان داده اند که مکانیسم ها و سبک های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمی و روانی در ارتباط قرار می گیرند و سبک های دفاعی سازش نیافته شامل «رشد نیافته» و «روان آزوده» با بسیاری از شاخص های منفی سلامت از جمله اختلالات شخصیت و افسردگی در ارتباط است.

بنابراین سبک دفاعی «روان آزوده» ممکن است به جهت پیچیدگی و تعامل مؤلفه های مختلف روانی-شناختی از جمله شخصیت افراد و یا طرح واره های 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 می نماید. 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 نیافته 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 نیافته، اغلب به عمل نامناسب یا بی اثر منجر می شوند.

تیین: شواهد تجربی نشان داده اند که مکانیسم ها و سبک های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمی و روانی در ارتباط قرار می گیرند و سبک های دفاعی سازش نیافته شامل «رشد نیافته» و «روان آزوده» با بسیاری از شاخص های منفی سلامت از جمله اختلالات شخصیت و افسردگی در ارتباط است.

بنابراین سبک دفاعی «روان آزوده» ممکن است به جهت پیچیدگی و تعامل مؤلفه های مختلف روانی-شناختی از جمله شخصیت افراد و یا طرح واره های 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 می نماید. بنابراین استفاده از اینگونه دفاعها معمولاً تا حدی مؤثر بوده، اما به پیامدهای منفی بیشتری منتهی شده و تأثیر کمتری در مقایسه با دفاع های 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 نیافته 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 نیافته، 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.

### پیشنهادهات

#### پیشنهادهات 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 نیافته (کیفی) کاملتر شود، تا قادر به ارائه نتایج دقیق تری باشد.

#### پیشنهادهات کاربردی

از آنجا که والدین کودکان معلول معمولاً دچار مشکلات روانی هستند پیشنهاد می گردد که در کلینیکها 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 پرنده، 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. ر. (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 pschology 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 plig, 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