

بررسی رابطه واقعیت درمانی گروهی و کاهش مکانیسم دفاعی در زنان دارای فرزند معلول

سهیلا بقایی

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

چکیده

در عصر حاضر مشکل بیماری ها و معلولیت ها از جمله عقب ماندگی ذهنی از حادثترین مسائل افراد جوامع بشری است لذا از اینرو هدف از این پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر اضطراب و تاب آوری زنان دارای فرزند معلول با مکانیسم دفاعی مخرب بود. 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 دقیقه‌ای 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. نتایج مطالعه نشان داد که بالاترین و پایین ترین میانگین نمره در راهبردهای مقابله ای به ترتیب برای گریز/اجتناب و پذیرش مسئولیت بوده و سبک دفاعی غالب مادران گروه آزمایش مربوط به سبک رشد نیافته بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میزان اضطراب مادران تحت مداخله واقعیت درمانی به طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0.05$).

واژه‌های کلیدی: کودکان معلول، مکانیسم دفاعی، واقعیت درمانی.

مقدمه

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.

داشتن یک کودک با ناتوانی تکاملی ایجاد بحران برای نظام خانواده می کند. وجود فرزند معلول ممکن است موجب فشار بر بودجه خانواده که صرف تدارک مراقبت پزشکی، حمل و نقل یا روش های درمانی می شود، گردد، معهداً در سنینی که می توان کودک بهنجار را به حال خود گذاشت کودکان عقب مانده هنوز به تسهیلات مراقبت های روزانه نیاز دارند، تدارک این امور برای کودکانی که کنترل رفتارشان مشکل است غیر ممکن می باشد (سادوک^۱، ۲۰۰۷) خانواده هایی که از کودک عقب مانده شان در خانه مراقبت می کنند در محاصره مسائل متنوع در همه اشکال و اندازه ها قرار دارند. این مسائل با میزان عقب ماندگی کودک، معلولیت جسمی و هیجان همراه با آن، ارزش ها، علایق و شرایط خارجی دیگر اعضای خانواده، فرق می کنند. ایجاد و تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، تحمل صحبت های دیگران در رابطه با کودک عقب مانده و بسیاری از مسائل دیگر می تواند از تظاهرات داشتن کودک عقب مانده ذهنی در یک خانواده باشد (ملک پور، ۱۳۶۹). نقش خانواده در آموزش و شرکت در برنامه های توانبخشی از اهمیت بسزایی برخوردار است، بخصوص مادران که اوقات بیشتری را با فرزند معلول ذهنی می گذارند و نادیده انگاشتن خانواده دانش آموز ناتوان کوتاه نظری است، چرا که می تواند از ثمربخشی تعلیم تربیت بکاهد. با اینکه امروزه به اهمیت قاطع توجه به نقش والدین و خانواده های در درمان و برنامه های 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 می آورند، در حالیکه امروزه آنان بیشتر والدین شان را شرکای همشان خود در درمان و برنامه ریزی تربیتی برای کودکان تلقی می کنند.

بیان مساله

بررسی های انجام شده در مورد ارتباط بین مؤلفه های تنظیم هیجان و فرایندهای شخصیتی مربوط به عملکرد سازگاری روانشناختی، روشن ساخته که تنظیم هیجان ارتباط معنی داری با ساز و کارهای انطباقی روانشناختی دارد. بر اساس این رویکرد، تنظیم هیجان صرفاً یک مکانیسم مقابله ای برای محافظت از خود علیه درماندگی هیجانی مرتبط با موقعیت های شدید آسیب زا می باشد.

همه والدین دوست دارند که کودکانی سالم و موفق داشته باشند، به همین خاطر پذیرش بیمار بودن فرزندشان برای آنان بسیار مشکل است و بیشتر والدین سعی می کنند این مسئله را انکار کنند. پژوهش ها بیانگر این هستند که والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر نگرش های ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجانی منفی دارند (رابرت و کاسل^۲، ۲۰۰۹).

جرمن، واندنر لیندن، داکرومونت و زیرماتن^۳ (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی، هیجان منفی، خصومت، اضطراب و افکار منفی خودکار بیشتری دارند و برای محافظت از خود در برابر این فشارها از مکانیسم های دفاعی نابالغ مانند انکار استفاده می کنند.

¹ Sadock

² Roberts&Kassel

³ Jerman, Van Der Linden, D' Acremont & Zermatten

فرآیندهای تنظیم کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدید کننده عمل می‌کنند (وایلنت^۴، ۱۹۹۴، به نقل از گنجی، محمدی و تبریزیان، ۱۳۹۲).

بررسی‌های انجام شده در مورد ارتباط بین مؤلفه های تنظیم هیجان و فرایندهای شخصیتی مربوط به عملکرد سازگاری روانشناختی، روشن ساخته که پذیرش واقعیت ارتباط معنی داری با ساز و کارهای انطباقی روانشناختی دارد. بر اساس این رویکرد، واقعیت درمانی صرفاً یک مکانیسم مقابله‌ای برای محافظت از خود علیه درماندگی هیجانی مرتبط با موقعیت‌های شدید آسیب‌زا می‌باشد.

واقعیت یعنی حقیقت، یعنی تشخیص درست از نادرست، تشخیص حق از باطل، واقعیت یعنی هر نوع تجربه. واقعیت درمانی مجموعه ای 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 تأثیرگذار 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 می‌شود. 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 می‌توانند از طریق به تجربه درآوردن نیازها و خواسته‌هایشان کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند 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 تجربه‌های تازه را از دست می‌دهد (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^۵ (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 می‌دارند 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 می‌شود 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 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

⁴ Vaillant

⁵ Kahl, Winter & Schweiger

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.

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 آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با 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

بریتون^۶ 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.

بروون، فورمن، هربرت، هافمن، یون و همکاران^۷ (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.

پژوهش های کمی در مورد راهبردهای مقابله‌ای 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^۸، ۲۰۰۱؛ هستینگز و جانسون^۹، ۲۰۰۱).

⁶ Britton, W. B

⁷ Brown, Forman, Herbert, Hoffman, Yuen

⁸ Dunn Et A^{ss}

⁹ Hastings & Johnson.

بلک لیج و هیز^{۱۰} (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 کاهش مکانیسم دفاعی در زنان دارای فرزند معلول تأثیر دارد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از چند پرسشنامه استفاده شده است.

از آنجاییکه اضطراب دارای عوارض مختلف است از جمله این عوارض می توان استفاده از راهبردهای مقابله ای و مکانیسم های دفاعی معیوب اشاره کرد. بنابراین جمع آوری اطلاعات در خصوص سازه اضطراب از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

اطلاعات جمعیت شناختی

یافته های مربوط به فراوانی ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کننده ها 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 داده های به دست آمده از گروه های مورد مطالعه، از چند شاخصه پراکندگی مرکزی استفاده شده است تا زمینه آشنایی اولیه با چگونگی توزیع داده های جمع آوری شده مهیا گردد. این داده ها در جداول ۲، ۳ و ۴ و ۵ نمایش داده شده است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی شرکت کننده های گروه آزمایشی و کنترل بر حسب حیطه های اضطراب و تاب آوری

حوزه	گروه	پیش آزمون			پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد
اضطراب	آزمایش	۱۸/۲۰۰	۳/۳۵۹	۰/۰۶۲	۶/۲۴۲	۱/۳۴۱
	کنترل	۱۶/۸۰۰	۴/۰۲۲	۰/۲۷۱	۳/۴۳۳	۰/۰۸۵

جدول ۳: اطلاعات توصیفی شرکت کننده های گروه آزمایشی و کنترل بر حسب حیطه های مکانیسم دفاعی

¹⁰ Blackledge & Hayes

پس آزمون			پیش آزمون			گروه	حوزه
خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین		
۴/۳۴۱	۸/۲۴۲	۸۰/۰۰۰	۸/۰۶۲	۱۳/۳۵۹	۱۷۳/۲۰۰	آزمایش	رشد نیافته
۴/۰۸۵	۸/۴۳۳	۱۷۸/۳۰۰	۸/۲۷۱	۱۴/۰۲۲	۱۷۹/۸۴۵	کنترل	
۳/۶۳۳	۴/۰۰۲	۷۹/۳۲۰	۴/۷۶۳	۶/۴۱۵	۸۰/۵۰۱	آزمایش	رشد یافته
۳/۲۵۷	۷/۹۷۷	۸۲/۶۲۱	۴/۸۴۳	۸/۶۶۸	۸۳/۷۴۴	کنترل	
۲/۴۴۷	۳/۴۱۴	۷۴/۲۳۰	۳/۴۹۸	۶/۵۷۷	۷۷/۶۲	آزمایش	روان آزوده
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	

بررسی یافته های استنباطی پژوهش بر اساس فرضیه ها

فرضیه اصلی تحقیق

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

برای بررسی فرضیه اول در مورد واقعیت درمانی باعث بهبود اضطراب و تاب آوری در مادران کودکان معلول می شود، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره^{۱۱} استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، رعایت مفروضه‌های 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
اضطراب	۳/۴۴۵	۱	۳۸	۰/۱۵۳

نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در جدول ۴-۵ 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 می شود ($P < 0/05$). 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 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

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

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 ($P = 0/032$). درحالی که تأثیر گروه درمانی واقعیت درمانی در تعدیل نمرات متغیر تاب آوری معنی دار نیست.

¹¹ Mancova

فرضیه فرعی اول

«واقعیت درمانی گروهی بر میزان کاهش مکانیسم دفاعی در زنان دارای فرزند معلول تأثیر دارد.»

برای بررسی فرضیه در مورد واقعیت درمانی باعث کاهش مکانیسم دفاعی در مادران کودکان معلول می شود، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود. 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 ۸: نتایج آزمون لوین برای آزمودن همگنی واریانس سبکهای دفاعی

معداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آزمون F	حوزه
۰/۱۷۴	۳۸	۱	۲/۰۲۰	سبک دفاعی رشد نیافته
۰/۸۱۲	۳۸	۱	۰/۰۵۹	سبک دفاعی رشد یافته
۰/۲۴۶	۱۶	۱	۱/۴۵۳	سبک دفاعی روان آورده

نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس بین گروهی مؤلفه های سبک دفاعی 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 واریانسها در مورد همه مؤلفه ها رد می شود ($P=۰/۰۵$). 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 ۸ آورده شده است.

جدول ۹: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر اساس گروه در متغیر سبکهای دفاعی

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معداری	توان آزمون
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۰۲	۱۰۷/۹۸۷	۳	۳۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۹۸	۱۰۷/۹۸۷	۳	۳۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۹/۲۵۶	۱۰۷/۹۸۷	۳	۳۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۹/۲۵۸	۱۰۷/۹۸۷	۳	۳۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰

در جدول شماره ۹، اطلاعات مربوط به آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری روی سبکهای دفاعی 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 ۴-۱۰ آورده شده است.

جدول ۱۰: 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
سبک دفاعی رشد نیافته	۷۴۳۹۰/۱۱۸	۱	۷۴۳۹۰/۱۱۸	۵۵/۹۵۲	۰/۰۱۱	۰/۵۴۱
سبک دفاعی رشد یافته	۱۲۲۱۲/۱۱۱	۱	۱۲۲۱۲/۱۱۱	۲۵/۱۴۹	۰/۱۷۸	۰/۲۴۵
سبک دفاعی روان آورده	۱۰۳۳۳/۰۶۳	۱	۱۰۳۳۳/۰۶۳	۱۸/۸۵۶	۰/۲۱۸	۰/۱۳۸

همان گونه که در جدول ۱۰، مشاهده می شود، بین گروه آزمایش که مداخلات گروه درمانی مبتنی بر 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 حوزه‌های سبکهای دفاعی در جدول ۴۱۰، نشان داد که تفاوت در حوزه سبک دفاعی رشد نیافته با مقدار ($P=0/011$ و $=55/952$) بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین یافته ها نشان داد تفاوت در حوزه سبک دفاعی روان آورده با ($P=0/218$ و $=18/856$) و حوزه سبک دفاعی رشد یافته با ($P=0/178$ و $=25/149$) بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد.

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 ($P=0/02$). 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^{۱۲} 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، نوروپیک و رشد نیافته باشد، معمولاً از طریق انکار، ابطال و نادیده انگاری (از نمونه مکانیسمهای نوروپیک 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 کاهش مکانیسم دفاعی در زنان دارای فرزند معلول تأثیر دارد.

¹² Experiential Avoidance

همان گونه که در جدول ۷، مشاهده می شود، بین گروه آزمایش که مداخلات گروه درمانی مبتنی بر 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 حوزه‌های سبکهای دفاعی در جدول ۷، نشان داد که تفاوت در حوزه سبک دفاعی رشد نیافته با مقدار ($P=0/011$ و $55/952$) بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین یافته ها نشان داد تفاوت در حوزه سبک دفاعی روان آزوده با ($P=0/218$ و $18/856$) و حوزه سبک دفاعی رشد یافته با ($P=0/178$ و $25/149$) بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد.

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 زهای 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.

تبیین: 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.

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- اطلاعات در مورد متغیرهای پژوهش به صورت خودگزارشی انجام شد که ممکن است با سوگیری همراه باشد.
- ۲- 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.
- ۳- 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.

پیشنهادات

پیشنهادات پژوهشی

- ۱- پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با حجم نمونه بیشتری بر روی سایر گروه‌های والدین کودکان استثنایی اجرا شود تا قابلیت تعمیم پذیری نتایج این پژوهش از این حیث بررسی شود.
- ۲- پیشنهاد می‌شود به منظور تأثیر دراز مدت اثر مداخله، آزمون‌های پیگیری با فواصل مشخص مورد مطالعه قرار گیرد.
- ۳- با توجه به ماهیت مقیاس‌های خود گزارش‌دهی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این شیوه سنجش با دیگر روش‌های ارزیابی مانند مصاحبه ساختار نایافته (کیفی) کاملتر شود، تا قادر به ارائه نتایج دقیق‌تری باشد.

پیشنهادات کاربردی

از آنجا که والدین کودکان معلول معمولاً دچار مشکلات روانی هستند پیشنهاد می‌گردد 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]. ایزدی، ر. و عابدی، م. ر. (۱۳۹۲). واقعیت درمانی. اصفهان. انتشارات جنگل کاوشیار.
- [۲]. ایزدی، ر. و عابدی، م. ر. (۱۳۹۱). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق واقعیت درمانی. دو ماهنامه فیض، ۱۷(۳)، صص ۲۸۶-۲۷۶.
- [۳]. آزاد یکتا. م. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش راهبرهای مقابله‌ای در کاهش میزان اضطراب مادران کودکان با طیف اتیسم. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۲۰، صص ۱۳۰-۱۱۹.
- [۴]. برجیس م.، حکیم جوادی م.، طاهر م.، لواسانی م.غ. و خانزاده ع.ج. (۱۳۹۱). مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری، ناتوانیهای یادگیری، ۳(۱)، صص ۶-۲۷.
- [۵]. بردیده، م.ر. منصور، م و کریم پور، م. (۱۳۸۹). تهیه و اعتبار یابی آزمون اختلالات رفتاری کودکان طیف اتیسم (فرم والدین). مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱(۱)، صص ۲۵-۱۵.
- [۶]. بشارت م ع، شریفی م و ایروانی م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی. مجله روانشناسی، ۱۹، سال پنجم، شماره ۳، صص ۲۷۷-۲۸۹.
- [۷]. بشارت، م ع. (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک‌های دفاعی. مجله علمی-پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال دهم، شماره ۳، صص ۱۸۱-۱۷۰.
- [۸]. پور افکاری، نصرت‌الله. (۱۳۷۶). فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی. تهران: فرهنگ معاصر.
- [۹]. پورفرج عمران، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی واقعیت درمانی بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرست، ۶(۲)، صص ۱-۵.
- [۱۰]. جوادی، رحم خدا؛ آقا بخشی، حبیبغ رفیعی، حسن؛ عسگری، علی؛ بیان معمار، احمد؛ و عبدی زرین، سهراب. (۱۳۹۰). رابطه کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۱: ۴۴۴-۴۲۱.
- [۱۱]. ح (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم، روشها و مدل‌های روانشناختی، ۲(۱۰)، صص ۸۰-۶۵.
- [۱۲]. خدایاری فرد، محمد؛ و پرند، اکرم. (۱۳۹۰). استرس و روش‌های مقابله با آن. چاپ دوم، انتشارات دانشگاه تهران.

- [۱۳]. خوشابی، 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 خانواده‌پژوهی، ۶(۱)، صص ۸۷-۹۷.
- [۱۴]. 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.
- [۱۵]. دادستان، پ و منصور، م. (۱۳۶۹). بیماریهای روانی، تهران: انتشارات رشد.
- [۱۶]. دلآور، ب. دولتشاهی، ب. و پورشهباز، ع (۱۳۹۱). نقش فراشناخت در تبیین علائم و نشانه‌های اضطراب. دو فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، ۲، (۳۰)، صص ۸۸-۱۰۰.
- [۱۷]. رجیبی غ، عطاری ی. و حقیقی ج (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوالهای پرسشنامه بک بر روی پسران دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران، دوره سوم، ۸ (۳ و ۴)، صص ۴۹-۶۶.
- [۱۸]. رحیمیان بوگر ا. (۱۳۹۳). نقش راهبردهای مقابله با تنیدگی و رضایت مندی زناشویی بر سلامت عمومی مادران کودکان اتیستیک، فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، سال چهارم، شماره ۱۵.
- [۱۹]. ریاحی، ف، خواجه‌الدین ن، ایزدی مزیدی س، عشرتی ط. و نقدی نسب ل. (۱۳۹۰). تأثیر درمان حمایتی و شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیر منطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم. مجله علمی پزشکی، ۱۰(۶)، صص ۶۳۷-۶۴۵.
- [۲۰]. زین‌العابدینی ز. (۱۳۸۳). رابطه سخت‌رویی با شیوه‌های مقابله دانش‌آموزان دختر و پسر بخش کوهدک قم. پایان‌نامه کارشناسی دانشگاه پیام نور قم.
- [۲۱]. سرابی جماب، م. حسن‌آبادی، ح. مشهدی، ع و اصغری نکاح، س. م. (۱۳۹۱). تأثیر برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها بر استرس مادران کودکان مبتلا به معلولیت. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۸(۳۱)، صص ۲۷۲-۲۶۱.
- [۲۲]. صراف، ن. (۱۳۹۴). نقش والدین در درمان کودکان معلول. برگرفته از سایت
- [۲۳]. طاهری ف. (۱۳۹۰). اثر مقابله درمانگری در اضطراب زنان باردار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور
- [HYPERLINK](#) علوم انسانی و اجتماعی.
- [۲۴]. عزیزاده، حمید. (۱۳۹۲). **تاب‌آوری شناختی (بهبیستی روانی و اختلال‌های رفتاری)**. تهران: انتشارات ارسباران.
- [۲۵]. غرابی ب. (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهرانی، رساله دکتری انستیتو روانپزشکی تهران.
- [۲۶]. کاپلان و سادوک (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. انتشارات ارجمند، جلد دوم.
- [۲۷]. کاویانی ح. و موسوی ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی، ۶۶(۲)، صص ۱۴۰-۱۲۶.
- [۲۸]. کاویانی ح، جواهری ف و بحیرایی ه (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه، مجله ۱
- [۲۹]. کوشا م (۱۳۸۹). بررسی سطح اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان مرکز آموزش درمانی شفا در سال ۱۳۸۹، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

- [۳۰]. گنجی، م. محمدی، ج و تبریزیان، ش(۱۳۹۲). مقایسه تنظیم هیجان و مکانیسم‌های دفاعی در مادران دارای دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانیهای یادگیری، ۲(۳)، صص ۷۲-۵۴.
- [۳۱]. محتشمی، ط. علی اکبری دهکردی، م. چیمه، م. علی پور، ا و افقی، ه. (۱۳۹۱). اثر آموزش روش درمانی پاسخ محور بر عملکرد خانواده در مادران کودکان مبتلا به اتیسم. فصلنامه خانواده پژوهی، ۸(۳۱)، صص ۲۸۹-۲۷۳.
- [۳۲]. محمد پور م.، رصافیانی م.، احمدی کهجوق م.، بهنیا ف.، حقگو ح. و بیگلریان ا. (۱۳۹۳). مقایسه استفاده از زمان در مادران دارای کودک مبتلا به معلولو مادران دارای کودک عادی، مجله پژوهش در علوم توانبخشی، ۱۰(۱)، صص ۱۹۲-۱۸۲.
- [۳۳]. مروجی طبسی، ا(۱۳۸۳). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با میزان تنیدگی در دانشجویان دختر قم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور قم.
- [۳۴]. 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.
- [۳۵]. 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.
- [۳۶]. 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 طباطبائی.
- [۳۷]. 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.
- [38]. A &1%% Buck C.)2003(. A Comparison of Lay-Beliefs about Autism and Obsessive-Compulsive Disorder. Int J Soc Psychiatry, 49: 287-307.
- [39]. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV), 4th ed., American Psychiatric Association, Washington, DC.
- [40]. 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.
- [41]. 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.
- [42]. 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.
- [43]. Bonanno, G. A. (2004). **Loss, Trauma, and human resilience**. American psychologist, 59, 20-28.
- [44]. Brannon. L., & Feist, J. (1997). **Health Psychology: an Introduction to Behavior and Health** . Mexico. City Brooks / Cole.
- [45]. 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.
- [46]. 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.

- [47]. Cramer, P.(2002). Defense mechanisms in psychology today, Further processes for Adaptation, Am Psychol., 5: 637-46.
- [48]. Donovan AM.)1988(. Family stress and ways of coping with adolescents who have handicaps: Maternal perceptions. American Journal on Mental Retardation, 92: 502-509.
- [49]. Dugan,C.(2003).Autism, coping with Autism–support for families. <http://www.autismwebsite.com/>.
- [50]. 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.
- [51]. 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.
- [52]. Eysenck, H. J. (1995). Personality, Stress and disease: An interactionist perspective: Reply to vander ploeg, vetter and kleign. **Psychological Inquiry**, 41, 70 – 73
- [53]. 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.
- [54]. Gallagher,M.H.(2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia
- [55]. Garmezy, N. M., & Masten, A. A. (2006). Particular resiliency to threatening environments. **Journal of Experimental Social Psychology**. 42: 323-36.
- [56]. Gavidia-Payne S & Stoneman Z.)1997(. Family Predictors of Maternal and paternal
- [57]. Glantz, M. D. G., & Johnson, L. J. (2002). *Resilience and development: positive life adaptation*, kluwer academic publishers, New york.
- [58]. Gray, DE.(2006). Coping over time: the parents of children with autism. Journal of
- [59]. Hasting RP, Kovshoff H, Ward NJ, Espinosa F & Brown T.)2005(. System analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 35: 635-644.
- [60]. Hastings RP, 1Kovshoff H, 1Brown T, 1Ward NJ, 1Espinosa FD & 1Remington B.) 2005(. Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. SAGE Publications and The National Autistic Society: 9, 377-391.
- [61]. Hastings, RP & 55%Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31: 327-36.
- [62]. Hayes, S.C. (2005). Stability and Change in Cognitive Behavior Therapy: Considering the Implications of ACT and RFT. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23(2): 131-151.
- [63]. 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.
- [64]. in childhood. Journal of Anxiety Disorder, 18, 459-470.
- [65]. Intellectual Disability Research, 50: 970-976.
- [66]. Involvement in Programs for Young Children with Disabilities. .-%Child Development,
- [67]. Jerman, F., Van der Linden, M., D’Acremont, M., zermatten, A.(2011). Cognitive emotion regulation questionnaire(CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. Eur J Psychol As, 22(2), 126-131.

- [68]. Kahl, K.G., winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioral therapies: what is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6): 522-528.
- [69]. Konstantareas MM, Homatidis S & Plowright CMS.)1992(. Assessing resources
- [70]. Kubler-Ross, E & Kessler, D.)2005(. On grief and grieving. New York, NY: Scribner.
- [71]. Kuhn J & Carter A. (2006). Maternal self-efficacy and Associated parenting cognitions among mothers of children with Autism. *American journal of orthopsychiatry*, 76: 564-575.
- [72]. Kumpfer, K. L. (1999). **Factors and Processes Contributing to Resilience: The Resilience Framework**. In M.D. Glantz and J.L. Johnson (Eds.) *Resilience and Development: Positive Life Adoptions*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 179-224.
- [73]. Lainhart, JE.)1999(. Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *International Review of Psychiatry*, 11: 278- 298.
- [74]. Lazarus, R., S., & Folkman, S. (1984). **Stress and coping process**. New York: Springer.
- [75]. Mansell W & Morris K. (2004). A Survey of parents' reactions to the reaction to the diagnosis of an autistic spectrum disorder by a local service: access to information and use of services. *Autism*,8: 387-407.
- [76]. Margo, G.M., Greenberg, R. P., Fisher, S., Dewan, M.(2011). A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry*, 34(5), 65-69.
- [77]. Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. **American psychologist**, 56, 227-228.
- [78]. 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).
- [79]. Masten, A.S.(2009). Ordinary magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, 49(3), 28-32.
- [80]. 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.
- [81]. 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.
- [82]. 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.
- [83]. Richardson, E. G. (2002). The Metatheory of resilience and resiliency, **journal of clinical psychology**, Vol. 58 (3), 307-321.
- [84]. 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
- [85]. Spanose, N.P.(2010). Cognitive activity and suggestions for analgesia in the reduction of anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 644-681.
- [86]. Theron, L., & Theron, A. M. (2014). Education services and resilience processes: Resilient Black South African students' experiences. **Children and Youth Services Review**. 47:297-306.

[87]. Thompson, R.A.(1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs Society Research children Development*, 59(3), 25-52.

[88]. Tunali, B., &Power, T. G.(2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(1), 25-34.

[89]. Turnbull, A.P. & Turnbull, H.R.)1997(. *Families, professionals, and exceptionality: A special partnership* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.