فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی
Human Sciences Research Journal
دوره جدید، شماره هفدهم، بهار ۱۳۹۸، صص ۶۲-۵۱ New Period, No 17, 2019, P 51-62
شماره شاپا (۷۰۱۸-۲۴۷۶) ISSN (2476-7018)

اثربخشی واقعیت درمانی بر نگرانی و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم

مریم ابراهیمی[۱]. صدیقه ابراهیمی[۲]
۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت اله آملی. آمل. ایران
۲. دکتری روانشناسی بالینی. هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت اله آملی. آمل. ایران

چکیده
هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر نگرانی وتحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم بود. جامعه آماری، پژوهش مادران کودکان اتیسم مرکز اتیسم نیک‌اندیشان ساری بودند. مطابق با معیارهای ورود نمونه پژوهش ۳۰ نفر از مادران انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه (۱۵نفر آزمایش) و(۱۵نفر کنترل) قرار گرفتند. به منظورگردآوری اطلاعات پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) براون و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز وگاهر مورد استفاده قرار گرفت. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و هفته‌ای ۲ بار و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تحت واقعیت درمانی قرار گرفت در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمارتوصیفی فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و نمودار وآمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیری یا مانکووا استفاده شد. کلیه مراحل تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد. یافته‌ها نشان داد واقعیت درمانی بر نگرانی مادران کودکان اتیسم اثربخش است. واقعیت درمانی بر تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: واقعیت درمانی، میزان نگرانی، تحمل پریشانی، مادران کودکان اتیسم.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

مقدمه

اختلال اتیسم[1] یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد[2] می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است (صمدی، ۱۳۹۳). پیش از آن باید گفت؛ اختلالات فراگیر رشد اصطلاحی است که برای اشاره به اختلالات روانشناختی در دوران کودکی به کار می‌رود. اختلالات فراگیر رشد عبارت است ازآشفتگی شدید در تحول شناختی، اجتماعی، رفتاری و هیجانی کودک که در فرایند رشد اختلالات فراگیری ایجاد می کنند (انجمن روان پزشکی آمریکا[3] ۲۰۱۳؛ سیدمحمدی، ۱۳۹۴). طبقه‌بندی اختلالات نافذ رشد براساس راهنمای تشخیصی وآماری بیماری‌های روانی (DSM-5): اتیسم، رت، فرو پاشیدگی کودک، آسپرگر (رضاعی، ۱۳۹۴). اتیسم معمولا تا ۳ سالگی کشف می‌شود و کمترین سنی که می‌توان اتیسم را تشخیص داد ۱۸ ماهگی است. در اتیسم ضریب هوشی ممکن است کم، زیاد یا متوسط باشد و در رشد زبان تاخیر وجود داشته باشد (گنجی، ۱۳۹۳). محققان نشان دادند که ۰/۵۰-۰/۸۰ از کودکان مبتلا به اتیسم عقب افتادگی ذهنی دارند واین که اکثریت آنها در سرتاسر عمر به مراقبت حرفه‌ای نیاز دارند. بسیاری از این کودکان سالم به نظر می‌رسند و ممکن است مشکل آنها تا سن مدرسه تشخیص داده نشود وبرخی دیگرشاید به دلیل رفتارهای اوتیستیک شدید تشخیص داده شود. وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و سطح تحصیلات والدین نقشی در بروز درخود ماندگی ندارد (دهشیری، ۱۳۹۰).

از آنجایی که این کودکان تماس چشمی چندانی برقرار نمی کنند (صمدی، ۱۳۹۳). همچنین این گروه از کودکان علاقه زیادی به نوازش شدن ندارند. همانگونه که اشاره شد در سنین خیلی پایین بروز می کنند لذا آسیب‌های فراوانی به خانواده خصوصا مادرو مراقب وارد می‌شود. از جمله این آسیب‌ها می‌توان به دل نگرانی خانواده بخصوص والدین این کودکان اشاره کرد ومطالعات متعدد نیز تاییدکننده فشار نگرانی خانواده می‌باشد نظیر اسکس وکلین[4](۲۰۱۴) نشان داد که استرس وتحمل پریشانی وتنیدگی در نتیجه ناهمخوانی ادراک شده بین تقاضای والدینی ومنابع فردی حاصل می شود و چنین تنش و پریشانی می‌تواند در میزان کیفیت زندگی و میزان مراقبت از کودک از سوی والدین خصوصا مادر اثرگذار باشد. همچنین آبیدین[5](۲۰۱۳) نشان داد تنش‌های عصبی و دل نگرانی‌هایی که مادران درمورد حضور کودک درخانواده، رفتارهای خانواده در برخورد با کودک وآینده کودک و خصوصا باقی اعضای خانواده در سلامت روان مادر خصوصا افزایش میزان اضطراب وافت عملکرد اجتماعی تاثیر دارد. و از آنجایی که نگرانی فرایندشناختی است که افراد، وقایع و نتایج تهدیدزا را پیش‌بینی می کنند و به تدریج تبدیل به راهبردی برای کشف و مقابله با تهدیدهای قریب الوقوع می‌شود. در نتیجه این افراد در یک حالت پایدار گوش به

1- Autism Disorder
2- Pervasive Developmental Disorders
3- American Psychological Association (APA)
4- Essex &,Klein
5- Abidin

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

زنگی زندگی می‌کنند. از آنجایی که تهدیدهای پیش‌بینی شده به طور طبیعی خیلی نامحتمل هستند، توانایی فطری انسان برای برنامه‌ریزی، از طریق فکر کردن درباره آینده، به جای این که موجب رفتار سازنده حل مساله شود باعث ایجاد اضطراب و تنش می‌شود (دهشیری، ۱۳۹۰). واضطراب و تنش بالا پریشانی زیادی را به دنبال خواهد داشت؛ چرا کهبه خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده ها و به خصوص مادران دارای کودک اوتیسم ازتنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (راستلی و شور، ۲۰۱۰؛ نقل از صمدی، ۱۳۹۳). و از آنجایی که تحمل پریشانی هیجانی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود. و پریشانی ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود (ندیمی، پیشگروجهانی، ۱۳۹۳).

لذا لازم است راهبرد مناسبی برای کاستن از میزان بار هیجانی این مساله اندیشیده شده و بکارگرفته شود. واقعیت درمانی[1]یک روش مشاوره و روان درمانی است که ویلیام گلاسر روان پزشک آن را بنیان‌گذاری کرده است. واقعیت درمانی به مردم کمک می‌کند ناخواسته‌ها، نیازها، ارزش‌های رفتاری و راه‌هایی را بررسی کنند که به رسیدن نیازهایشان کمک می‌کنند (گلاسر[2]، ۲۰۰۸؛ نقل از صاحبی، ۱۳۹۵). واقعیت درمانی شیوه‌ای است مبتنی برعقل سلیم ودرگیری‌های عاطفی، که درآن برواقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست وارتباط آنها با زندگی روزمره فرد تأکید می‌شود. به نظر گلاسر انسان دو نیاز اساسی دارد: یکی دوست داشتن و دیگری دوست داشته شدن. اگر انسان نتواند این دو نیاز اساسی را ارضا کند، هویت شکست در او رشد می‌کند. شکست در برقراری ارتباط عاطفی با دیگران باعث می شود تا فرد این نیاز درخودرا انکار کند و از ارتباط با افراد دیگرو درگیری با آن ها دوری جوید. دراین حالت توجه فرد به سوی خود معطوف می‌شود. به عبارت دیگر«خود- درگیری»[3]پیدا خواهد کرد. از آن جا که چنین افرادی یاد نگرفته‌اند نیازهای خود را با در نظر گرفتن واقعیت ارضا کنند، رفتار آن ها غیرمسئولانه است (گلاسر، ۲۰۰۳؛ نقل از صاحبی، ۱۳۹۶). لذا لازم است بدان‌ها در درجه اول نیازهای شان آموزش داده شود و نیز آن ها را برای اعمال رفتار مسئولانه آماده کرد و مطالعات متعدد نشان داد که واقعیت درمانی میزان پریشانی و اضطراب را کاهش داد (کیکیا[4]، ۲۰۱۶). واقعیت درمانی درکاهش نگرانی و افزایش لذت از زندگی و در نتیجه کمتر شدن سطح افسردگی اثربخش بود (کارست وون هیک[5]، ۲۰۱۷). نکته‌ای که لازم است بدان توجه شود این است که متاسفانه مطابق با بررسی‌های انجام شده بررسی‌ای با مضمون متغیرهای ذکر شده با اثربخشی واقعیت درمانی در جامعه مادران اتیسم در داخل کشور انجام نشده

1- Reality Therapy
2- Gelasr
3- Self -Conflicts
4- Kakia
5- Karst & Van Hecke

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

است. بر این اساس پژوهش حاضر تلاش دارد به این سوال پاسخ دهد آیا واقعیت درمانی بر نگرانی وتحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش ازنظر هدف بنیادی و از لحاظ ماهیت اجرا شبه آزمایشی باطرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود جامعه آماری، پژوهش کلیه مادران کودکان اتیسم مرکز اتیسم نیک‌اندیشان ساری به تعداد ۵۰ نفر می‌باشد. که پس از توزیع پرسشنامه‌های پژوهش (مقیاس پاسخ‌های نشخوار، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونزوگاهر) افرادی که نمره بالا در پرسشنامه نشخوار فکر و نگرانی و نمره پایین در تحمل پریشانی کسب نمایند و نیز از بیماری جسمانی و یا روانی شدید در رنج نبود و توانایی حضور وتحمل جلسات به مدت ۹۰ دقیقه در هر جلسه را داشته باشند به عنوان نمونه انتخاب شدند مطابق با معیار ورود و جامعه پژوهش ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. و به صورت تصادفی ساده در دو گروه (۱۵نفر) آزمایش و (۱۵نفر) کنترل قرار گرفتند. به منظورگردآوری اطلاعات و کسب داده‌های مورد نظر از دو پرسشنامه استفاده گردید:

۱- پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): توسط براون (۲۰۰۳) طراحی شد و یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی ۱۶سوالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل‌کنترل را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه دو بعد (عامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) رامورد بررسی وسنجش قرار می‌دهد. پاسخگویی بر اساس طیف لیکرت ۵ (بسیار صادق است، بیشتر اوقات صادق است، گهگاهی صادق است، کمی صادق است، اصلا صادق نیست) می‌باشد. نمره‌گذاری بدین صورت می‌باشد که حداقل امتیاز ممکن ۱۶ و حداکثر ۸۰ خواهد بود. بدین صورت که نمره بین ۱۶ تا ۳۲ : شدت نگرانی در فرد کم است. نمره بین ۳۲ تا ۴۸: شدت نگرانی در فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۴۸ : شدت نگرانی در فرد زیاد است. در پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۸) جهت بررسی میزان پایایی پرسشنامه نشان دادند که مدل دو عاملی این پرسشنامه (عامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نسبت به مدل تک عاملی دارای برازش بهتری است.

۲- پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونزوگاهر (۲۰۰۵): مقیاس تحمل پریشانی[1] یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس

۱- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سوالات ۱ – ۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود؛

۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): با سوالات ۲ – ۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود؛

۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سوالات ۶ – ۷- ۹- ۱۰- ۱۱و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود.

1- The Distress Tolerance Scale

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

٤- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سوالات ۸- ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود. سیمونز وگاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آنها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. مداحی و مداح (۱۳۹۳) هم روایی و پایایی این ابزار را مناسب گزارش کردند.

یافته‌ها

جدول ۱ : میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرانی

متغیرها		پیش آزمون		پس آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نگرانی	آزمایش	37/59	57/7	07/41	22/2
	کنترل	17/59	77/3	50/57	92/6

یافته‌های جدول ۱ میانگین وانحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات نگرانی مادران کودکان اتیسم به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود درگروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات نگرانی (۵۹/۳۷) و در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات نگرانی (۴۱/۰۷) می‌باشد و در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات نگرانی (۵۹/۱۷) ودرمرحله پس‌آزمون میانگین نمرات نگرانی (۵۷/۵۰) می‌باشد.

جدول ۲ : میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل پریشانی

متغیرها		پیش آزمون		پس آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل پریشانی	آزمایش	53/28	02/3	47/50	78/3
	کنترل	53/27	04/3	13/26	56/3

یافته‌های جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود درگروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات تحمل پریشانی (۲۸/۵۳) ودر مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات تحمل پریشانی (۵۰/۴۷) می‌باشد و در گروه کنترل درمرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات تحمل پریشانی (۲۷/۵۳) ودر مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات تحمل پریشانی (۲۶/۱۳) می‌باشد.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

جدول ۳: نتایج آزمون همگنی رگرسیون برای بررسی اثر تعامل پیش‌آزمون تعامل نگرانی و گروه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عرض از مبدا	422/209	1	422/209	173/11	003۰/
تعامل پیش آزمون و گروه	805/50	1	805/50	711/2	112۰/
گروه	368/119	1	368/119	369/6	018۰/
پیش‌آزمون	609/192	1	609/192	276/10	004۰/
درون گروهی	325/487	26	743/18		
کل	842/2763	29			

همانطوری که در جدول ۳ نشان داده شده است آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون نگرانی و متغیر مستقل (اثربخشی واقعیت درمانی) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرارگرفت. تعامل این پیش‌آزمون با متغیر مستقل معنادار نبوده ۰/۰۵ =(F(1,26) , P> 2. 711 و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی می‌باشد. بنابراین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیونی تایید شد.

جدول ٤: نتایج آزمون همگنی رگرسیون برای بررسی اثر تعامل پیش‌آزمون تعامل تحمل پریشانی و گروه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عرض از مبدا	185/597	1	185/597	946/41	0000/
تعامل پیش آزمون و گروه	0190/	1	0190/	0013/	0909/
گروه	738/42	1	738/42	002/3	0095/
پیش‌آزمون	096/7	1	096/7	0498/	0486/
خطی	161/370	26	237/14		
کل	300/4818	29			

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

همانطوری که در جدول ۴ نشان داده شده است آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون تحمل پریشانی و متغیر مستقل (اثربخشی واقعیت درمانی) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون با متغیر مستقل معنادار نبوده (P > ۰/۰۵ , F(1,26)= 0. 013) و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی می‌باشد. بنابراین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیونی تایید شد.

جدول۵: میانگین‌های تعدیل شده پس آزمون دوگروه

گروه	میانگین اولیه	میانگین	انحراف معیار خطا
آزمایش	0667/41	046[a]/41	312/1
کنترل	5000/57	520[a]/57	312/1

یافته‌های جدول ۵- میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون نگرانی مادران کودکان اتیسم دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد همانگونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات تعدیل شده نگرانی مادران کودکان اتیسم در گروه آزمایش نسبت به نمرات پس‌آزمون تغییر ناچیزی یافته است.

جدول٦: نتایج تحلیل کواریانس (ANCOVA)

منابع تغییرات		مجموع (SS)	مجذورات	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پس آزمون	پیش آزمون	686/41		1	686/41	615/1	0215/	0056/
	گروه	867/2034		1	867/2034	854/78	0000/	0745/
	خطا	747/696		27	805/25			
	مجموع	842/2763		29				

همانگونه که از یافته‌های جدول۶ مشاهده می شود مقدار(P <۰/۰۵ و ۷۸/۸۵۴= (۲۷ و ۱) F) با درجات آزادی (۱و۲۷) در سطح ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت واقعیت درمانی بر نگرانی مادران کودکان اتیسم اثربخش است. ملاحظه میانگین‌های دو گروه در جدول (۴-۱) نشان می‌دهد که نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت واقعیت درمانی باعث کاهش نگرانی فکری مادران کودکان اتیسم شده است. مقدار مجذور اتا برابر ۰/۷۴۵ می‌باشد. بدین معنا که ۷۴/۵ درصد از تغییرات نمرات نگرانی مادران کودکان اتیسم ناشی از واقعیت درمانی می‌باشد به بیان دیگر واقعیت درمانی باعث ۷۴/۵ درصد تغییر نمره‌های نگرانی مادران کودکان اتیسم گردیده است.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

جدول۷: میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون دوگروه

گروه	میانگین اولیه	میانگین	انحراف معیار خطا
آزمایش	4667/50	550[a]/50	0963/
کنترل	1333/26	050[a]/26	0963/

یافته‌های جدول ۷ میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد همانگونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات تعدیل شده تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم در گروه آزمایش نسبت به نمرات پس‌آزمون تغییر ناچیزی یافته است.

جدول۸: نتایج تحلیل کواریانس (ANCOVA)

منابع تغییرات		مجموع (SS)	مجذورات	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پس آزمون	پیش آزمون	115/7		1	115/7	0519/	0478/	0019/
	گروه	293/4374		1	293/4374	902/318	0000/	0822/
	خطا	352/370		27	717/13			
	مجموع	300/4818		29				

همانگونه که از یافته‌های جدول۸ مشاهده می شود مقدار($P<$۰/۰۵ و ۳۱۸/۹۰۲= (۲۷ و ۱) F) با درجات آزادی (۱و۲۷) در سطح ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت واقعیت درمانی بر تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم اثربخش است. ملاحظه میانگین‌های دو گروه در جدول (۱-۴) نشان می‌دهد که نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت واقعیت درمانی باعث افزایش تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم شده است. مقدار مجذور اتا برابر ۰/۸۲۲ می‌باشد. بدین معنا که ۸۲/۲ درصد از تغییرات نمرات تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم ناشی از واقعیت درمانی می‌باشد به بیان دیگر واقعیت درمانی باعث ۸۲/۲ درصد تغییر نمره های تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم گردیده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر نگرانی و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم انجام شد نتایج نشان داد واقعیت درمانی باعث کاهش نگرانی مادران کودکان اتیسم شده است. این یافته

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

بایافته های ابراهیمی وابراهیمی (۱۳۹۶)، ابراهیمی و عباسی (۱۳۹۵)، خدابخشی کولایی، عرب و رامین و روشن چلسی (۱۳۹۵)، خزان، یونسی، فروغانی و سعادتی (۱۳۹۴)، مقتدر، اکبری و حقگو (۱۳۹۴)، طیبی، صالحی و برادری (۱۳۹۳)، برجیس، حکیم جوادی، طاهر، غلامعلی و خانزاده (۱۳۹۲)، کارست وون هیک (۲۰۱۷)، کیکیا (۲۰۱۶)، تانگ (۲۰۱۵)، اسکس و کلین (۲۰۱۴)، آبیدین (۲۰۱۳) همسو و همخوان می‌باشد. در تبین نتیجه می‌توان گفت؛ نگرانی یک بخش طبیعی ازکارکردهای انسان است که گاهی مرضی می‌شود. وقتی نگرانی شدید و غیرقابل کنترل می‌شود بر جنبه‌های بسیاری از سلامتی روانی و جسمی تاثیر می‌گذارد و با وضعیت کلی بهزیستی فرد تداخل می‌کند. رویکردهای نظری مطرح کرده‌اند که نگرانی در جریان اجتناب شناختی فرد از محرک‌های شناختی و هیجانی آزارنده، آغازشده و با تمرکز بر خطراتی که ممکن است در آینده رخ دهد تداوم می‌یابد. دشواری در تنظیم فرآیندهای هیجانی و نداشتن پذیرش و آگاهی نسبت به تجربیات هیجانی نیز در تداوم آن نقش دارد (پونتوسکی، ۲۰۱۲). از آنجایی که مطابق با مطالعه حاضر واقعیت درمانی بر نگرانی مادران کودکان اتیسم اثربخش بوده است لذا می‌توان گفت نظریه انتخاب توضیح می‌دهد که ما نیازهای خود را مستقیما ارضا نمی‌کنیم. آنچه ما انجام می‌دهیم (که مدت کوتاهی بعد از تولد آغاز می‌شود و در طول زندگی ما ادامه می‌یابد) این است که هر کاری را که انجام می‌دهیم و باعث می‌شود و احساس خیلی خوبی کنیم، حفظ نماییم. ما این دانش را در محل خاصی از مغزمان ذخیره می‌کنیم که دنیای کیفی ما نامیده می‌شود. این دنیای کیفی در کانون زندگی ما قرار دارد. دنیایی که دوست داریم در صورتی که بتوانیم در آن زندگی کنیم. این دنیا کاملا بر مبنای نیازهای ما استوار است، ولی بر خلاف نیازها، که کلی هستند، خیلی اختصاصی است. دنیای کیفی ما شبیه به آلبوم عکس است. امکان دارد بعضی عکس‌ها تار باشند که درمانگر به درمانجو کمک می‌کند تا آنها را روشن کند. عکس‌ها برای اکثر افراد به صورت اولویت قرار دارند ولی امکان دارد درمانجویان نتوانند اولویت آنها را تشخیص دهند. وظیفه درمانگر این است که به درمانجویان در اولویت بخشیدن به خواسته‌های آنها کمک کرده و مشخص کند کدام یک برای آنها از همه مهمتر است (گلاسر، ۲۰۰۸؛ نقل از صاحبی، ۱۳۹۵). همچنین نتایج نشان داد واقعیت درمانی باعث کاهش میزان تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم شده است. این یافته با یافته‌های ابراهیمی و ابراهیمی (۱۳۹۶)، ابراهیمی و عباسی (۱۳۹۵)، طیبی، صالحی و برادری (۱۳۹۳)، برجیس، حکیم جوادی، طاهر، غلامعلی و خانزاده (۱۳۹۲)، کارست و ون هیک (۲۰۱۷)، کیکیا (۲۰۱۶)، تانگ (۲۰۱۵)، اسکس و کلین (۲۰۱۴)، آبیدین (۲۰۱۳) و کن (۲۰۱۲) همسو و همخوان می‌باشد. درتبین نتیجه می‌توان گفت؛ اعتقاد بر این است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و عواقب ناشی از تجربه به هیجانات منفی اثرگذار است به‌طوری‌که افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند با شدت بیشتری به استرس و پریشانی پاسخ می‌دهند و درنتیجه می‌کوشند با به کارگیری استراتژی‌هایی که هدف آن‌ها کاهش حالات هیجانی منفی است، از هیجانات منفی اجتناب کنند. (پور حسین و هدهدی، ۱۳۹۴). از آنجایی که مطابق با مطالعه حاضر واقعیت درمانی بر تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

اثربخش بوده است لذا می‌توان گفت انسان‌ها مهمترین عنصر دنیای کیفی ما و کسانی که بیشتر از همه دوست داریم با آنها ارتباط داشته باشیم. این عنصر افرادی را شامل می‌شود که با آنها صمیمی هستیم و از بودن با آنها خیلی لذت می‌بریم. کسانی که تحت درمان قرار می‌گیرند عموما هیچ کس را در دنیای کیفی خود ندارند یا غالبا کسی را در دنیای کیفی خود دارند که نمی‌توانند به صورت رضایت بخشی با او ارتباط برقرار کنند. برای این که درمان شانس موفقیت داشته باشد، درمانگر باید آدم مهربانی باشد تا درمانجویان بخواهند او را به دنیای کیفی خود را دهند. هنر درمان، وارد شدن به دنیای کیفی درمانجویان است. درمانجویان از همین رابطه با درمانگر است که یاد می‌گیرند چگونه با افرادی که به آنها نیاز دارند صمیمی شوند. (گلاسر، ۲۰۰۳؛ نقل از صاحبی، ۱۳۹۶). مطالعه حاضر همانند دیگر مطالعات با محدودیت‌هایی مواجهه بود نظیر؛ توجیه شرکت‌کنندگان جهت غربالگری بوسیله پرسشنامه نیز دشواری‌های خاص خود را داشت. چرا که عده‌ای که نمره برش آن‌ها حد نصاب شرکت در پژوهش را داشت خواستار دلایل آن بودند و افرادی که نمره را کسب نکردند و مشتاق شرکت بودند نیز دنبال توجیه بودند. جلسات آموزش درمان هم با مشکلات زیادی نظیر توجیه حضور به موقع در جلسات، غیبت نکردن از جلسات درمانی و موارد دیگر همراه بود. پیشنهاد می‌شود جهت کاستن از میزان ریشانی مادران آرمیدگی با موسیقی لایت به آنها آموزش داده شود و نیز رسانه‌های گروهی نقش فعال‌تری در زمینه دادن آگاهی در مورد توانمندی‌های کودکان اتیسم به اقشار مختلف جامعه داشته باشند تا از این طریق اعضای جامعه بیشتر با این گروه آشنا شده و افکار عمومی دیدگاه بهتری در مورد این کودکان پیدا کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود بررسی‌هایی بصورت گزارش و مستند تصویری در مورد مشکلاتی که خانواده‌های اتیسم با آن مواجهه هستند تهیه شده و به دست‌اندرکاران ارایه شود تا تصمیماتی هم در جهت چگونگی پیشگیری و شیوع آن و چگونگی همکاری و همدلی و نگهداری با خانواده‌های آنها تصمیماتی اتخاذ شود.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

فهرست منابع و مآخذ

ـ برجیس، مریم. حکیم جوادی، منصور. طاهر، محبوبه. غلامعلی لواسانی، مسعود. حسین خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۲). مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. ناتوانی‌های یادگیری. ۳ (۸):۲۷-۶.

ـ خدابخشی کولایی، آناهیتا. عرب و رامین، آسیه. روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش والدین کازلوف برابراز هیجان و میزان پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم. پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۳ (۱): ۳۵-۲۹.

ـ خزان، کیوان. یونسی، جواد. فروغانی، مهدی. سعادتی، هاجر (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر نگرانی وکاستن از وحشت مادران اتیسم شهر اردبیل. مجله سالمند، ۱۰(۳)، ۱۷۴-۱۹۰.

ـ راستلی، لینداجی. شور، استیون. (۱۳۹۴). اتیسم به زبان ساده. ترجمه، سیدعلی صمدی. تهران:دوران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۰).

ـ ریاحی، فروغ. خواجه الدین، نیلوفر. ایزدی مزیدی، سکینه. عشرتی، طیبه و نقدی نسب، لیلا. (۱۳۹۰). تأثیر درمان حمایتی و شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم. مجله علمی- پژوهشی. ۱۰(۶): ۶۴۶-۶۳۷.

ـ دهشیری، غلامرضا. گلزاری، محمود. برجعلی، احمد. سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا دردانشجویان، مجله روانشناسی بالینی، سال اول، شماره ۴، زمستان ۸۸.

ـ صمدی، سیدعلی. (۱۳۹۳). آموزش به دانش‌آموزان با اختلال های فراگیر رشد (اتیسم). تهران: معاونت برنامه‌ریزی آموزشی وتوان بخشی.

ـ گلاسر، ویلیام (۱۳۹۵). درآمدی برروانشناسی امید تئوری انتخاب. ترجمه علی صاحبی. تهران: سایه سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۸).

ـ گلاسر، ویلیام (۱۳۹۶). مدیریت زندگی با تئوری انتخاب. ترجمه علی صاحبی. تهران: سایه سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۳).

ـ طیبی، زهرا. صالحی، جواد. برادری، رضا. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر بهبود رابطه مادر-کودک ووضعیت تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اتیسم. پایان‌نامه دولتی کارشناسی ارشدوزارت علوم، تحقیقات، و فناوری دانشگاه فردوسی مشهد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

ـ مقتدری، لیلا. اکبری، بهار. حقگو، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی بر اضطراب و استرس مادران کودکان درخودمانده. مجله پزشکی ارومیه. ۲۰ (۲)، ۱۶۷-۱۷۷.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]

__ Abidin. R. R. (2013). Developman of a parenting alliance inventory. J Clin child Psychol 2013. 24:31-40.

__ Essex MJ,Klein MH. Cho E,Kelin NH. (2014). Maternal stress beginning in infancy may sentitize children to later stress exposure effects on cortisol and behavior. Biol Psychiatry2012”52:776-84.

__ Karst, J. S. Van Hecke, A. V. (2017). Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. Clinical child and family psychology review. 15: 247-277.

__ Kakia, L. (2010). Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. Research in Developmental Disabilities, 5(2), 128-135.

__ Simons,J. S. &R. M. Gaher. (2005). The distress tolerance scale: developman and validation of a self- report measure. motivation and emotion. 29. 83-102.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-06]