

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 الله آملی. آمل. ایران
۲. دکتری روانشناسی بالینی. هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی. آمل. ایران

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر نگرانی و تحمل 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 (۱۵ نفر آزمایش) و (۱۵ نفر کنترل) قرار گرفتند. به منظور گردآوری اطلاعات پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) برآون و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر 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 هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمارتوصیفی فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و نمودار آمار استباطی تحلیل کوواریانس چند متغیری یا مانکروا 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.

مقدمه

اختلال اتیسم^۱ یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فرآگیر رشد^۲ 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 فرآگیر رشد اصطلاحی است که برای اشاره به اختلالات روانشناسی در دوران کودکی به کار می‌رود. اختلالات فرآگیر رشد عبارت است از آشفتگی شدید در تحول شناختی، اجتماعی، رفتاری و هیجانی کودک که در فرایند رشد اختلالات فرآگیری ایجاد می‌کنند (انجمن روان پژوهشی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سیدمحمدی، ۱۳۹۴). طبقه‌بندی اختلالات ناگذ رشد براساس راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-5): اتیسم، فرو پاشیدگی کودک، آسپرگر (رضاعی، ۱۳۹۴). اتیسم معمولاً 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 تأخیر وجود داشته باشد (گنجی، ۱۳۹۳). محققان نشان دادند که کودکان مبتلا به اتیسم عقب افتادگی ذهنی دارند و این که اکثریت آنها در سرتاسر عمر به مراقبت حرفة‌ای نیاز دارند. بسیاری از این کودکان سالم به نظر می‌رسند و ممکن است مشکل آنها تا سن مدرسه تشخیص داده نشود و برخی دیگرها بد 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 نمی‌کنند (صمدی، ۱۳۹۳). همچنین این گروه از کودکان علاقه زیادی به نوازش شدن ندارند. همانگونه که اشاره شد در سنین خیلی پایین بروز می‌کنند لذا آسیب‌های فراوانی به خانواده خصوصاً مادر و مرد می‌شود. از جمله این آسیب‌ها می‌توان به دل نگرانی خانواده بخصوص والدین این کودکان اشاره کرد و مطالعات متعدد نیز تایید کننده فشار نگرانی خانواده می‌باشد نظیر اسکس و کلین^۳ (۲۰۱۴) نشان داد که استرس و تحمل پریشانی و تنبیگی در نتیجه تاهمخوانی ادراک شده بین تقاضای والدینی و منابع فردی حاصل می‌شود و پریشانی می‌تواند در میزان کیفیت زندگی و میزان مراقبت از کودک از سوی والدین خصوصاً مادر اثرگذار باشد. همچنین آبیدین^۴ (۲۰۱۳) نشان داد تنفس‌های عصبی و دل نگرانی‌هایی که مادران در مرور حضور کودک در خانواده، رفتارهای خانواده در برخورد با کودک و آینده کودک و خصوصاً باقی اعضای خانواده در سلامت روان مادر خصوصاً افزایش میزان اضطراب وافت عملکرد اجتماعی تاثیر دارد. و از آنجایی که نگرانی فرایندشناختی است که افراد، واقعی و نتایج تهدیدزا را پیش‌بینی می‌کنند 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

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 که به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به خصوص مادران دارای کودک اوتیسم از تنش‌ها 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 (ندیمه‌ی، پیشگروجهانی، ۱۳۹۳).

لذا لازم است راهبرد مناسبی برای کاستن از میزان بار هیجانی این مساله اندیشه‌پردازی شده و بکارگرفته شود. واقعیت درمانی یک روش مشاوره و روان درمانی است که ویلیام گلاسر روان پژوهش آن را بیان گذاری کرده است. واقعیت درمانی به مردم کمک می‌کند ناخواسته‌ها، نیازها، ارزش‌های رفتاری و راههایی را بررسی کنند که به رسیدن نیازهایشان کمک می‌کنند (گلاسر، ۲۰۰۸؛ نقل از صاحبی، ۱۳۹۵). واقعیت درمانی شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سليم و درگیری‌های عاطفی، که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط 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 ارضاء کند، هویت شکست در او رشد می‌کند. شکست در برقراری ارتباط عاطفی با دیگران باعث می‌شود تا فرد این نیاز در خود را انکار کند و از ارتباط با افراد دیگر و درگیری با آن‌ها دوری جوید. در این حالت توجه فرد به سوی خود معطوف می‌شود. به عبارت دیگر «خود- درگیری» آیدا خواهد کرد. از آن جا که چنین افرادی یاد نگرفته‌اند نیازهای خود را با در نظر گرفتن واقعیت ارضاء کنند، رفتار آن‌ها غیرمسئولانه است (گلاسر، ۲۰۰۳؛ نقل از صاحبی، ۱۳۹۶). لذا لازم است بدان‌ها در درجه اول نیازهای شان آموزش داده شود و نیز آن‌ها را برای اعمال رفتار مسئولانه آماده کرد و مطالعات متعدد نشان داد که واقعیت درمانی میزان پریشانی و اضطراب را کاهش داد (کیکیا، ۲۰۱۶). واقعیت درمانی در کاهش نگرانی و افزایش لذت از زندگی و در نتیجه کمتر شدن سطح افسردگی اثربخش بود (کارست وون هیک، ۲۰۱۷^۱). نکته‌ای که لازم است بدان توجه شود این است که متسافانه 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

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

مواد و روش‌ها

روش پژوهش از نظر هدف بینایی و از لحاظ ماهیت اجرا شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون 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 سیمونز و گاهر) 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 و تحمل جلسات به مدت ۹۰ دقیقه در هر جلسه را داشته باشند به عنوان نمونه انتخاب شدند مطابق با میار ورود و جامعه پژوهش ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. و به صورت تصادفی ساده در دو گروه (۱۵ نفر) آزمایش و (۱۵ نفر) کنترل قرار گرفتند. به منظور گردآوری 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 گزارش دهی ۱۶ سوالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه دو بعد (عامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) را مورد بررسی و سنجش قرار می‌دهد. پاسخگویی بر اساس طیف لیکرت ۵ (بسیار صادق است، بیشتر اوقات صادق است، گهگاهی صادق است، کمی صادق است، اصلاً صادق نیست) می‌باشد. نمره گذاری 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 سیمونز و گاهر (DTS): مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس

۱- تحمل پریشانی هیجانی: با سوالات ۱ - ۳ و ۵ اندازه گیری می‌شود؛

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

۳- ارزیابی (برآورده ذهنی پریشانی): با سوالات ۶ - ۷ - ۹ - ۱۰ - ۱۱ و ۱۲ اندازه گیری می‌شود.

۴- تنظیم (تنظیم قلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سوالات ۸-۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود. سیمونز و گاهر (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 روابط ملائکی و همگرایی اولیه خوبی است. مداخلی و مداخل (۱۳۹۳) هم روابط و پایایی این ابزار را مناسب گزارش کردند.

یافته‌ها

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

متغیرها	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نگرانی	آزمایش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	۵۷/۵۹	۳۷/۵۹	۵۷/۷	۰/۷۱	۰/۴۱	۲۲/۲	۹۲/۶	۵۰/۵۷

یافته‌های جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات نگرانی مادران کودکان اتیسم به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود در گروه 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) و در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات نگرانی (۵۷/۵۰) می‌باشد.

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

متغیرها	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل پریشانی	آزمایش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	۵۳/۲۷	۵۳/۲۸	۰/۲/۳	۰/۵۰	۴۷/۵۰	۷۸/۳	۱۳/۲۶	۰/۴/۳

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 در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات تحمل پریشانی (۲۸/۵۳) و در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات تحمل پریشانی (۵۰/۴۷) می‌باشد و در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات تحمل پریشانی (۲۷/۵۳) و در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات تحمل پریشانی (۲۶/۱۳) می‌باشد.

جدول ۳: نتایج آزمون همگنی رگرسیون برای برسی 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	003+/
تعامل پیشآزمون و گروه	805/50	1	805/50	711/2	112+/
گروه	368/119	1	368/119	369/6	018+/
پیشآزمون درون گروهی	609/192	1	609/192	276/10	004+/
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 پس آزمون مورد برسی قرار گرفت. تعامل این پیشآزمون با متغیر مستقل معنادار نبوده $P > 0.05$, $F(1,26) = 711$, ۲. و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی می باشد. بنابراین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیونی تایید شد.

جدول ۴: نتایج آزمون همگنی رگرسیون برای برسی اثر تعامل پیشآزمون تعامل 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 پیشآزمون و گروه	0190/	1	0190/	0013/	0909/
گروه	738/42	1	738/42	002/3	0095/
پیشآزمون خطی	096/7	1	096/7	0498/	0486/
کل	300/4818	29	237/14		

همانطوری که در جدول ۴ نشان داده شده است آزمون همگوئی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش آزمون تحمل پریشانی و متغیر مستقل (اثربخشی واقعیت درمانی) در مرحله پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون با متغیر مستقل معنادار نبوده ($P > 0.05$) و ($F(1,26) = 0.013$) حاکی از همگوئی ضرایب رگرسیونی می باشد. بنابراین مفروضه همگوئی ضرایب رگرسیونی تایید شد.

جدول ۵: میانگین های تعدیل شده پس آزمون دو گروه

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

یافته های جدول ۵- میانگین های تعدیل شده پس آزمون نگرانی مادران کودکان اتیسم دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد همانگونه که مشاهده می شود میانگین نمرات تعدیل شده نگرانی مادران کودکان اتیسم در گروه آزمایش نسبت به نمرات پس آزمون تغییر ناچیزی یافته است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA)

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

همانگونه که از یافته های جدول ۶ مشاهده می شود مقدار $P < 0.05$ و ($F = 78/854$) با درجات آزادی (۱۰ و ۲۷) در سطح 0.05 از لحظ آماری معنادار می باشد. از این رو می توان نتیجه گرفت واقعیت درمانی بر نگرانی مادران کودکان اتیسم اثربخش است. ملاحظه میانگین های دو گروه در جدول (۱-۴) نشان می دهد که نمره آزمودنی های گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. از این رو می توان نتیجه گرفت واقعیت درمانی باعث کاهش نگرانی نکری مادران کودکان اتیسم شده است. مقدار مجذور اتا برابر 0.745 می باشد. بدین معنا که $745/745$ درصد از تغییرات نمرات نگرانی مادران کودکان اتیسم ناشی از واقعیت درمانی می باشد به بیان دیگر واقعیت درمانی باعث $745/745$ درصد تغییر نمره های نگرانی مادران کودکان اتیسم گردیده است.

جدول ۷: میانگین‌های تعدیل شده پس آزمون دوگروه

گروه	میانگین اولیه	میانگین	انحراف معیار خطأ
آزمایش	4667/50	550 ^a /50	0963/
کنترل	1333/26	050 ^a /26	0963/

یافته‌های جدول ۷ میانگین‌های تعدیل شده پس آزمون 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 پس آزمون تغییر ناچیزی یافته است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس (ANCOVA)

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

همانگونه که از یافته‌های جدول ۸ مشاهده می‌شود مقدار $P < 0.05$ و $F = 318/902$ با درجات آزادی (۱۰ و ۲۷) 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 (۴-۱) نشان می‌دهد که نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس آزمون 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 $0/822$ می‌باشد. بدین معنا که $82/2$ درصد از تغییرات نمرات تحمل پریشانی مادران کودکان اتیسم ناشی از واقعیت درمانی می‌باشد به بیان دیگر واقعیت درمانی باعث $82/2$ درصد تغییر نمره‌های 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

بایافته‌های ابراهیمی و ابراهیمی (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)، طبیی، صالحی و برادری (۱۳۹۳)، برجیس، حکیم جوادی، طاهر، غلامعلی و خانزاده (۱۳۹۲)، کارست وون هیک (۲۰۱۷)، کیکیا (۲۰۱۶)، تانگ (۲۰۱۵)، اسکس و کلین (۲۰۱۴)، آیدین (۲۰۱۳) همسو و همخوان (۲۰۱۷) می‌باشد. در تبیین نتیجه می‌توان گفت؛ نگرانی یک بخش طبیعی از کارکردهای 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 محرك‌های شناختی و هیجانی آزارنده، آغاز شده 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 مستقیماً ارضانمی کنیم. 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 داشت 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 کاملاً بر مبنای نیازهای ما استوار است، ولی برخلاف نیازها، که کلی هستند، خیلی اختصاصی است. دنیای کیفی ما شیوه 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 دهنند. 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 بایافته با بایافته‌های ابراهیمی و ابراهیمی (۱۳۹۶)، ابراهیمی و عباسی (۱۳۹۵)، طبیی، صالحی و برادری (۱۳۹۳)، برجیس، حکیم جوادی، طاهر، غلامعلی و خانزاده (۱۳۹۲)، کارست وون هیک (۲۰۱۷)، کیکیا (۲۰۱۶)، تانگ (۲۰۱۵)، اسکس و کلین (۲۰۱۴)، آیدین (۲۰۱۳) و کن (۲۰۱۲) همسو و همخوان می‌باشد. در تبیین نتیجه می‌توان گفت؛ اعتقاد بر این است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و عواقب ناشی از تجربه به هیجانات منفی اثرگذار است به طوری که افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند با شدت بیشتری به استرس و پریشانی پاسخ می‌دهند و در نتیجه 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

اثریخش 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 عموماً هیچ کس را در دنیای کیفی خود ندارند یا غالباً کسی را در دنیای کیفی خود دارند که نمی‌توانند به صورت رضایت‌بخشی با او ارتباط برقرار کنند. برای این که درمان شناس موقیت داشته باشد، درمانگر باید آدم مهریانی باشد تا درمانجویان بخواهند او را به دنیای کیفی خود را دهدن. هر 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 شرکت کنندگان 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 ایسم به اقسام مختلف جامعه داشته باشند تا 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 ایسم 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.

فهرست منابع و مأخذ

- بر جیس، مریم. حکیم جوادی، منصور. طاهر، محبوبه. غلامعلی لواسانی، مسعود. حسین خائزاده، عباسعلی (۱۳۹۲). مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشناختی و ناتوانی یادگیری. ناتوانی‌های یادگیری. (۳) (۸): ۲۷-۶.
- خدابخشی کولاچی، آناهیتا. عرب و رامین، آسیه. روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش والدین کازلوف برابر هیجان و میزان پریشانی مادران دارای کودک اوتیسم. پژوهش توانبخشی در پرستاری. (۳) (۱): ۳۵-۲۹.
- خزان، کیوان. یونسی، جواد. فروغانی، مهدی. سعادتی، هاجر (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر نگرانی و کاستن از وحشت مادران اوتیسم شهر اردبیل. مجله سالموند، (۱۰)، (۳)، ۱۷۴-۱۹۰.
- راستی، لینداجی. شور، استیون. (۱۳۹۴). اوتیسم به زبان ساده. ترجمه، سیدعلی صمدی. تهران: دوران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۰).
- ریاحی، فروغ. خواجه الدین، نیلوفر. ایزدی مزیدی، سکینه. عشرتی، طبیه 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.
- 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.
- صمدی، سیدعلی. (۱۳۹۳). آموزش به دانشآموزان با اختلال‌های فراغیرشد (اتیسم). تهران: معاونت برنامه‌ریزی آموزشی و توان بخشی.
- گلاسر، ویلیام (۱۳۹۵). درآمدی بر روانشناسی امید تئوری انتخاب. ترجمه علی صاحبی. تهران: سایه سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۸).
- گلاسر، ویلیام (۱۳۹۶). مدیریت زندگی با تئوری انتخاب. ترجمه علی صاحبی. تهران: سایه سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- طبیی، زهرا. صالحی، جواد. برادری، رضا. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر بهبود رابطه مادر-کودک و وضعیت تحصیلی دانشآموزان مبتلا به اختلال اوتیسم. پایان‌نامه دولتی کارشناسی ارشد وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری دانشگاه فردوسی مشهد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- مقتدری، لیلا. اکبری، بهار. حقگو، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت درمانی بر اضطراب و استرس مادران کودکان در خودمانده. مجله پژوهشی ارومیه، (۲۰)، (۲)، ۱۶۷-۱۷۷.

- 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 Psychiatry* 2012"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.