

«زن و مطالعات خانواده»

سال هشتم - شماره سی ام - زمستان ۱۳۹۴

ص ص: ۸۲-۶۹

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۳۰

## تأثیر درمان گروهی شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم

دکتر شهرام مامی<sup>۱</sup>

کامران امیریان<sup>۲</sup>

### چکیده

اختلال اوتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود، مشخص است. مطالعات نشان می‌دهد والدین و به ویژه مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در معرض مشکلات مربوط به بهداشت روانی هستند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم در شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام گرفته است. نمونه آماری شامل ۴۰ نفر از این مادران است که به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۲۰ نفری (آزمایش و کنترل) با روش تصادفی ساده قرار داده شدند. بدین صورت به منظور تشخیص دقیق، پرسش‌نامه‌های سلامت روان و باورهای غیرمنطقی توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد. سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۲ ساعت تحت درمان به روش شناختی- رفتاری قرار گرفت، اطلاعات بدست آمده از دو مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری در نمرات سلامت روان وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و تفاوت معناداری بین دو گروه در نمرات باورهای غیرمنطقی وجود نداشت. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخله شناختی- رفتاری می‌تواند در بهبود روان مادران کودکان اوتیسم مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان گروهی شناختی- رفتاری، سلامت روان، باورهای غیرمنطقی، مادران، اوتیسم

۱. استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: Shahram.mami@yahoo.com

Email: cpka2012@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

## مقدمه

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، مشکلات جدید را ایجاد می‌کند. یکی از مواردی که بر نظام خانواده تأثیر می‌گذارد، معلولیت فرزندان است. معلولیت فرزند در خانواده مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند، کارکردهای متعارف خود را داشته باشد. در دهه‌های اخیر حمایت از خانواده‌هایی که کودک استثنایی دارند، اهمیت حیاطی پیدا کرده، چرا که حمایت از این خانواده‌ها روی خانواده و کودک نتایج مثبتی داشته است (دمپسی، کین، پنیل، ریلی و نیلندز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

تأثیر کودک استثنایی بر خانواده و روابط متقابل آن‌ها سال‌ها است که مورد توجه متخصصان این رشته بوده است وجود یک کودک استثنایی در یک خانواده مسایلی از جمله، ایجاد اختلافات زناشویی، فشار روانی، تحمل بار سنگین اقتصادی، عدم رسیدگی به نیازهای شخصی، را می‌تواند برای خانواده به همراه داشته باشد. در بین کودکان استثنایی، کودکان مبتلا به اوتیسم، جایگاه درخور توجهی دارند، لذا آسیب‌شناسی، تشخیص سریع و درمان‌گری این کودکان بسیار مهم است (افروز، ۱۳۹۲).

اختلال اوتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است. طبق متن بازنگری شده پنجمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup>، کارکرد ناهنجار در زمینه‌های فوق باید در سه سالگی وجود داشته باشد (کاپلان و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند. در هر اختلال مزمن پس از مراجعه به پزشک و انجام معاینه‌ها و آزمایش‌های متعدد اختلال تشخیص داده می‌شود، شرایط پر از درد و رنج برای خانواده به وجود می‌آید و خانواده را به شدت تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. واکنش‌های اولیه والدین به این مسأله می‌تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش‌ها تحت تأثیر باورهای مختلف پدر و مادر و محیط اطرافشان دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسأله و کنار نیامدن با آن و یا پیگیری شدید برای درمان متفاوتند (مالونی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به خصوص مادران دارای کودک اوتیسم از تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (زاده‌محمدی و پوراعتماد، ۱۳۸۴). پژوهش‌ها نشان داده است که خانواده‌های کودکان اوتیسم بیشتر از خانواده‌های کودکان عقب‌مانده ذهنی و سندرم داون استرس داشته و با آن درگیر هستند (کری، کری، کالنان و راسل<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

1. Dempsey, Keen, O'Reilly & Neilands
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
3. Kaplan & Sadok
4. Malone
5. Corey, Corey, Callanan & Russell

وجود این کودکان باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، بر شغل مادر تأثیر منفی دارد، زیرا باعث عدم پیشرفت در کار به دلیل وقت و انرژی کم می‌شود و در مواردی باعث رها کردن کار توسط مادر به دلیل مسؤولیت‌های زیاد در خانه که به خاطر مراقبت از فرزند اوتیسم افزایش می‌یابد، می‌گردد. در این خانواده‌ها زندگی حول کودک اوتیسم می‌چرخد.

داشتن کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود و مطالعات نشان داده که در مواردی باعث تأثیر منفی بر روابط زناشویی نیز شده است، چرا که باعث بحث بیشتر بین زن و شوهر دربارهٔ کودک اوتیسم، درمان، مراقبت از او و در نتیجه فاصلهٔ بیشتر بین آن‌ها می‌شود (هوبرت و اسمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال اوتیسم، دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می‌شوند. در پژوهشی که به بررسی مشکلات مادران پرداخته است، اکثر مادران به مشکلات دیگری مانند برچسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکل‌گیری اختلال، مقایسهٔ کودک مبتلا با کودک عادی و تردید در تأثیر برنامه‌های آموزشی نیز اشاره کردند، که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی شده بود و در تمامی موارد علایم افسردگی را تجربه می‌کردند. بررسی نیازهای مادران، به هنگام تشخیص اختلال، پس از تشخیص و پذیرش و سازگاری خانواده با اختلال نشان داد که آموزش و سرویس‌های حمایتی می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات آن‌ها داشته باشد (چیمه، پورا اعتماد و خرم‌آبادی، ۱۳۸۶).

گری<sup>۲</sup> (۲۰۱۰)، اظهار می‌دارد که مادران دارای فرزند اوتیسم احساس گناه و افسردگی شدیدی را تجربه می‌کنند. شارپلی<sup>۳</sup> (۲۰۱۲)، بیان می‌کند که این مادران معمولاً فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران خواهند داشت و برخی از پدران فشارهای روانی ناشی از همسر را تهدید کننده‌تر از مشکلات کودک تلقی می‌کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می‌دانند. پدرها معمولاً به اندازه مادران احساسات خود را آشکار نمی‌سازند. مادران طیف گسترده‌ای از هیجانات مانند خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان خواهند داد. آن‌ها نگران واکنش‌های جامعه، بستگان و نزدیکان به این مشکل هستند و گاهی فکر می‌کنند، احتمالاً راه‌حلی وجود دارد که به تمام مشکلات آن‌ها در این زمینه پایان بدهد. آن‌ها انرژی روانی و مادی زیادی را صرف اجرای فرض و گمان‌های خود می‌کنند و در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش حقیقی کودک، درمان و توانبخشی او می‌شد، از دست می‌دهند (رفیعی، ۱۳۹۱).

1. Hobart & Smith
2. Gray
3. Sharpli

ترنبال و ترنبال<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) اشاره کرد که استرس این خانواده‌ها به دلیل مسایلی که در طول زمان تغییر می‌کند رو به افزایش است و بحث کرد که متخصصان باید خانواده‌ها را به وسیله تنوعی از راهبردهای مقابله برای قادر ساختن آن‌ها برای برخورد با این مسایل آماده کنند. درمان شناختی- رفتاری یک سیستم روان درمانی است که می‌کوشد از طریق ایجاد تغییر در تفکر معیوب و باورهای ناسازگارانه‌ای که زیربنای واکنش‌های هیجانی را تشکیل می‌دهند، واکنش‌های هیجانی و رفتاری خود آسیب زنده را کاهش دهد (کری و همکاران، ۲۰۱۰). در درمان شناختی- رفتاری بر کاهش فروانی و شدت پاسخ‌های سازش نیافته درمان‌جویان و آموزش مهارت‌های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش یافته‌تر تأکید می‌شود (خرمایی، ۱۳۹۳).

با توجه به مطالب فوق، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که برنامه‌هایی جهت حمایت از خانواده و آموزش راهبردهای مقابله و حل مسأله و به خصوص تغییر باورهای غیرمنطقی و افزایش سلامت روانی والدین و مخصوصاً مادر (با توجه به این که مادر عضوی از خانواده است که بیش‌ترین ارتباط را با این کودکان دارد) بسیار کارساز بوده و به خانواده در پذیرش این مسأله، انطباق درست با شرایط کودک کمک کرده و در نتیجه تأثیر مطلوبی بر نظام خانواده می‌گذارد. بنابراین برگزاری جلسات گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری برای مادران دارای فرزند اوتیسم ضرورت دارد.

### ابزار و روش

این پژوهش با توجه به هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی، با توجه به نوع داده‌ها کمی و با توجه به ماهیت و نوع مطالعه در ردیف پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و براساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است.

جامعه آماری در این پژوهش، شامل مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم که در مرکز آموزشی باغچه‌بان ۱ در شهر ایلام در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل هستند، می‌باشند. به دلیل تعداد کم کودکان مبتلا به اوتیسم کلیه مادران وارد پژوهش شده که تعداد آن‌ها ۴۰ نفر می‌باشند. پرونده مشاوره‌ای دانش‌آموزان اوتیسم که بخشی از آن اطلاعاتی درباره مشکلات روانی والدین است مطالعه شد که هیچ کدام از مادران دارای اختلال روانی شدید نبودند و با رضایت وارد مطالعه شدند.

با توجه به محدود بودن جامعه آماری، حجم نمونه تعداد ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. در این پژوهش برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که پس از هماهنگی‌های لازم با مدیریت آموزش و پرورش استثنایی استان، لیست دانش‌آموزان دارای اختلال اوتیسم در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و از آنجا که تعداد این دانش‌آموزان ۴۰ نفر بود، جهت انجام

1. Turnball & Turnball

پژوهش کلیه مادران این دانش‌آموزان وارد نمونه‌گیری شدند. بنابراین تعداد ۲۰ نفر از آنان به صورت تصادفی ساده جهت شرکت در جلسات درمانی انتخاب شدند، همچنین جهت قدردانی از گروه کنترل و رعایت اخلاق پژوهشی قرار شد پس از پایان پژوهش، جلساتی نیز برای آنان ترتیب داده شود.

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر<sup>۱</sup> به منظور غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیرسایکوتیک ارائه شده، دارای ۲۸ سؤال و چهار مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد. مطالعات مختلف در ایران توسط ادهم و همکاران (۱۳۸۵)، اعتبار آزمون را به ترتیب ۹۱ درصد و ۸۸ درصد و مقادیر آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمی ۸۴ درصد، کارکرد اجتماعی ۷۹ درصد و وضعیت سلامت روانی ۹۱ درصد، برآورد کرده‌اند.

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT): این پرسش‌نامه را جونز<sup>۲</sup> بر اساس نظریه آلبرت الیس<sup>۳</sup> در سال ۱۹۶۸ تهیه کرده و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد که از ۱۰ مقیاس تشکیل شده است و هر مقیاس دارای ده سؤال است که باورهای غیرمنطقی الیس را مورد بررسی قرار می‌دهد. تقی‌پور (۱۳۸۷) ضریب اعتبار ۸۲ درصد را به‌دست آورد و در مورد روایی، با بررسی روایی همگرا، همبستگی آزمون جونز را با آزمون افسردگی بک محاسبه کرد که ضریب به‌دست آمده ۸۲ درصد است.

جلسه	محتوای جلسه آموزشی درمان گروهی شناختی- رفتاری
جلسه اول	آشناسازی اعضا با یکدیگر و ایجاد محیطی امن برای بروز حالات و احساسات، هیجانات و افکار اعضا در جلسات بعدی و همچنین جلب اعتماد به یکدیگر صورت گرفت
جلسه دوم	درباره سلامت روانی و عوامل تهدیدکننده سلامت روان و همچنین درباره اختلال اوتیسم و اثرات آن بر خانواده با مادران بحث و تبادل نظر شد
جلسه سوم	به اهداف جلسه اشاره شد. یکی از علل افسردگی وجود افکار خودآیند منفی است. این افکار برای فرد معقول و منطقی به نظر می‌رسند، بیرون کردن آن‌ها از ذهن بسیار دشوار است و اغلب خارج از هشیاری فرد قرار دارند
جلسه چهارم	در مورد افکار خودآیند توضیحات تکمیلی بیان شده در ادامه روش‌های شناسایی افکار خودآیند منفی توضیح داده شد. در پایان تمرین‌آزمیدگی از طریق تنفس انجام شد
جلسه پنجم	درباره‌ی سه سطح تفکر افکار خودآیند منفی، فرض‌های زیربنایی و باورهای اصلی توضیح مختصری داده شد. سپس به خطاهای معمول در پردازش شناختی اشاره شد
جلسه ششم	از اعضا خواسته شد تا در هنگام توضیح یک خطای شناختی از جانب فرد، دیگران خود را به جای او قرار داده و احساس همراه با آن در برگی‌ای بنویسند. در پایان تمرین‌آزمیدگی از طریق تنفس انجام شد
جلسه هفتم	چند نفر از اعضا به انتخاب خود، تعدادی فرض زیربنایی خود را با صدای بلند خوانده و تأثیر آن را بر روی احساس خود بیان نمودند، از دیگر اعضا خواسته شد که خود را به جای آن فرد قرار داده و احساسات توأم با آن را بنویسند

1. Goldberg & Hiller
2. Jonz
3. Albert Ellis

جلسه هفتم	توضیح در مورد باورهای اصلی یا طرحواره و لزوم تجدید نظر در فرض‌ها و قواعد. بهترین روش برای آزمون فرض‌ها، آزمایش‌های رفتاری هستند
جلسه نهم	در مورد راه‌های سالم اندیشی نکاتی بیان شد. از جمله طریقه جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی، بررسی شواهد و بدترین اتفاق ممکن به اعضا یادآوری شد
جلسه دهم	از هر کدام از اعضا خواسته شد که احساس کنونی خود را با احساس پیش از ورود به جلسات مقایسه کرده و خلاصه‌ای از اقدامات درمانی، فنون به کار رفته، سطوح مختلف تفکر در ادامه ذکر شد

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تفاوت‌های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از میانگین و انحراف معیار و آزمون تحلیل کوواریانس بر اساس نرم افزار SPSS ۲۰ بررسی شد.

### یافته‌ها

جدول شماره ۱: مقایسه سن، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان دو گروه کنترل و آزمایش

کل نمونه	گروه آزمایش	گروه کنترل		
۱۸	۱۰	۸	۳۵ تا ۲۵	سن
۲۲	۱۰	۱۲	۴۵ تا ۳۶	
۴	۲	۲	زیر دیپلم	
۱۸	۸	۱۰	دیپلم	تحصیلات
۱۴	۸	۶	فوق دیپلم	
۴	۲	۲	لیسانس	
۱۰	۶	۴	دارای یک فرزند	تعداد فرزندان
۱۶	۸	۸	دارای ۲ فرزند	
۸	۴	۴	دارای ۳ فرزند	
۶	۲	۴	دارای بیش از ۳ فرزند	

با توجه به جدول که در آن معلوم شد سن مادران مورد پژوهش بین ۲۵ تا ۴۵ سال سن قرار دارد که همان طور که در جدول فوق قابل مشاهده است، به طور مساوی در دو دسته ۲۵ تا ۳۵ و ۳۶ تا ۴۵ قرار گرفته‌اند. در خصوص تحصیلات نیز اکثریت مادران دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم می‌باشند. آخرین معیار مورد استفاده برای توصیف نمونه تعداد فرزندان می‌باشد که بیشتر این مادران دارای ۲ فرزند می‌باشند.

جدول شماره ۲: خلاصه شاخص‌های توصیفی نمره‌های شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیرهای پژوهشی

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان	آزمایشی	پیش‌آزمون	۳۱/۴۳
	کنترل	پس‌آزمون	۲۰/۱۶
		پیش‌آزمون	۳۰/۲۴
	آزمایشی	پس‌آزمون	۳۰/۱۲
باورهای غیرمنطقی	کنترل	پس‌آزمون	۳۳۳/۵۴
		پیش‌آزمون	۳۱۸/۱۶
	آزمایشی	پس‌آزمون	۳۲۱/۳۲
		پیش‌آزمون	۳۲۰/۵۴

همانطور که در جدول ۲، مشاهده می‌شود، میانگین متغیر وابسته سلامت روان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش متفاوت است، در حالی که این میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر وابسته باورهای غیرمنطقی و گروه کنترل تفاوت معناداری ندارد.

جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. این آزمون برخورداری داده‌های مورد تحلیل را از یک توزیع نرمال در فاصله اطمینان ۹۵٪ مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به مقادیر حد معناداری بدست آمده برای گروه‌های مختلف و بزرگتر بودن این مقدار از ۰/۰۵ می‌توان گفت که، توزیع ما از منحنی نرمال پیروی می‌کند. بنابراین می‌توان برای ادامه تحلیل‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول شماره ۳: تحلیل کوواریانس تأثیر درمان گروهی شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
سلامت روان	۳۰۷۲۸	۱	۳۰۷۲۸	۲۲/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	۶۰۸/۸	۳۷	۵/۲۰			
باورهای غیرمنطقی	۹۶۶/۶۸	۱	۹۶۶/۶	۲/۹۰	۰/۱۱	۰/۴۳
	۶۳/۰۲	۳۷	۰/۵۳۹			

با توجه به اطلاعات به دست آمده از جدول ۳، می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت مشاهده شده در بین میانگین نمره باقیمانده سلامت روان در گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0.001$ ,  $F = 22/90$ ). نتیجه گرفته می‌شود که روش درمان گروهی شناختی-رفتاری، موجب افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اوتیسم می‌شود. همانطور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود، میزان تأثیر درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی معنادار نیست ( $P < 0.11$ ,  $F = 2/90$ ).

جدول شماره ۴: رابطه سلامت روان و باورهای غیرمنطقی

متغیر	سطح معناداری	ضریب همبستگی
رابطه سلامت روان و باورهای غیرمنطقی	۰/۰۰۰	-۰/۸۲

با توجه به این که میزان خطای محاسبه شده (سطح معناداری) کمتر از میزان خطای استاندارد (۰/۰۵) می‌باشد؛ لذا با احتمال اشتباه کمتر از ۰.۵٪ می‌توان مدعی شد که بین سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران، رابطه منفی و معناداری (۰/۸۲) وجود دارد.

جدول شماره ۵: رابطه سلامت روان و باورهای غیرمنطقی با متغیرهای جمعیت شناختی

سن	تحصیلات	تعداد فرزندان
$r = 0.65$	$r = 0.83$	$r = 0.74$
$p = 0.023$	$p = 0.000$	$p = 0.011$
$r = 0.86$	$r = 0.79$	$r = -0.77$
$p = 0.045$	$P = 0.011$	$p = 0.012$

با توجه به نتایج جدول که در همه آن‌ها میزان خطای محاسبه شده (سطح معناداری) کمتر از میزان خطای استاندارد (۰/۰۵) می‌باشد؛ لذا معلوم می‌شود که هر سه معیار مورد بررسی با دو بعد سلامت روان و باورهای غیرمنطقی رابطه معناداری دارد که در این بین سلامت روان و سه معیار مورد بررسی رابطه مثبت و معنادار دارد. این در حالی است که باورهای غیرمنطقی با سن رابطه مثبت و معنادار اما با تعداد فرزندان و تحصیلات رابطه منفی و معنادار دارد.

پژوهشگر به دنبال آن است تا به کمک میزان نمره سلامت روان، میزان نمره باورهای غیرمنطقی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم را پیش‌بینی کند. این کار به کمک رگرسیون خطی یک متغیره انجام شده است.



جدول شماره ۶: اثر سلامت روان بر باورهای غیرمنطقی

سطح معناداری	خطای استاندارد	ضریب خط	عرض از مبدأ
۰/۰۰۰	۴/۶۱	۱۳۱/۲۰	سلامت روان
۰/۰۰۰	۰/۳۹	۱۲/۴۵	

با توجه به نتایج جدول که در آن میزان خطای محاسبه شده (سطح معناداری) کمتر از میزان خطای استاندارد (۰/۰۵) می‌باشد؛ لذا معلوم می‌شود که سلامت روان بر نمره باورهای غیرمنطقی افراد مؤثر می‌باشد که معادله زیر را می‌توان استخراج کرد:

$$Bel = 131.20 + 12.45 \text{ Helth}$$

$Bel =$  باورهای غیر منطقی

$Helth =$  سلامت روان

با توجه به معادله فوق، می‌توان با قرار دادن نمره سلامت روان هر فرد، نمره باورها غیرمنطقی او را پیش بینی کرد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش، تعیین تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم بود که نتایج به دست آمده به شرح ذیل می‌باشد. با توجه به پژوهش‌های پیشین و اثربخشی پژوهش حاضر بر روی سلامت روان، از آنجایی که مادران نسبت به پدران از آسیب‌پذیری بیشتری برخوردارند و با به دنیا آمدن کودکی با برچسب اوتیسم، در معرض تنیدگی بیشتری قرار دارند و همچنین با افزایش میزان نگرش‌های منفی نسبت به خود، دیگران و آینده و دور شدن از لذات، آرزوها و فعالیت‌های رایج اجتماعی، آن‌ها را هر چه بیشتر آسیب‌پذیر نموده، در نتیجه تمام این عوامل سلامت روان آنان را تهدید می‌کند. از طرفی چون روش درمان شناختی- رفتاری اساساً در بردارنده فنون درمانی به منظور تغییر اشتباهات و سوگیری‌های شناختی استوار است؛ در نتیجه با توجه به نتایج به دست آمده، گروه درمانی شناختی- رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان اوتیسم کارآمد بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری باعث ارتقاء سلامت روان مادران دارای کودک اوتیسم در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج حاصل از فرضیه نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی- رفتاری بر سلامت روان اثربخش بوده است. این نتیجه با پژوهش‌های الیک، لارسن و سمدج<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، آرمان و فیروزکوهی‌مقدم (۱۳۹۴) همسو می‌باشد.

1. Allik, Larssen & Smedje

ریاحی (۱۳۹۲) در پژوهش خود تأثیر درمان حمایتی بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم را مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد گروه درمانی حمایتی توانسته است سلامت روان افراد گروه آزمایش را ارتقاء دهد. خرمایی (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان داد که روش درمان شناختی- رفتاری گروهی توانسته است افسردگی و افکار خودآیند منفی را در مادران کودکان اوتیستیک کاهش دهد.

پژوهش هلن و شاو<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) در رابطه با اثربخشی شیوه‌های شناختی- رفتاری در سلامت عمومی افراد عادی صورت گرفته است، نشان دهنده اثربخشی این شیوه درمانی بوده است. اویی-تیان<sup>۲</sup> (۲۰۱۴)، فرآیندهای تغییر شناختی را در جریان درمان شناختی- رفتاری بیماران افسرده بررسی نمودند. نتایج نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد، افکار خودآیند و علائم افسردگی در طول درمان به طور معناداری کاهش یافتند. بررسی‌های اویی-تیان و دینگل<sup>۳</sup> (۲۰۱۲)، نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی در مقایسه با رفتاردرمانی گروهی، بینش‌یابی حمایتی گروهی، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، درمان منطقی هیجان گروهی، درمان شناختی- رفتاری فردی، درمان بین فردی گروهی، درمان روان پویایی گروهی، مشاوره حمایتی فردی و آموزش گروهی، نتایج بهتری به دست می‌دهد.

پس به نظر می‌رسد که به کارگیری تکنیک‌های شناختی- رفتاری از جمله آرمیدگی از طریق تنفس یا پیشرونده عضلانی، برونریزی احساسات و تأثیرات ناشی از شرکت در گروه باعث افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شده است.

تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر ابعاد باور غیرمنطقی نیاز به تأیید دیگران، انتظار بیش از حد از خود، تمایل به سرزنش کردن، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکل، وابستگی به دیگران و کمال‌گرایی معنادار نیست، اما بر خرده‌مقیاس توجه مضطربانه و درماندگی نسبت به تغییر معنادار بود. پژوهش‌های محدودی در ارتباط با مداخلات درمانی مربوط به باورهای غیرمنطقی صورت گرفته است. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی بر باورهای غیرمنطقی تأثیرمعناداری نداشته است با یافته‌های ذیل همسو و هم جهت است. ریاحی (۱۳۹۲) در پژوهش خود تأثیر درمان حمایتی بر باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم را مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد تأثیر معناداری بین دو گروه در نمرات باورهای غیرمنطقی وجود نداشت. با توجه به اینکه در مطالعات مختلف از جمله پژوهش میرس‌شات، روبرز، وارین<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) دیده شده است که شناخت‌های والدی‌گری والدین دارای کودکان اوتیسم با مادران دارای کودکان به‌هنجار به صورت کاملاً مشخصی متمایز است، اما این تمایز در مورد نحوه والدگری مادران در مورد کودکان

1. Hollon & Shaw
2. Oei Tian
3. Oei Tian & Dingle
4. Meirsschaut, Roeyers & Warreyn

اوتیستیک و خواهر و برادرهای بهنجارشان مشهود نیست، پس ضرورت دارد که شناخت‌های مادران را به-طور کلی در مورد همه فرزندان، مورد مطالعه و درمان قرار داد. لذا در این مطالعه به بررسی تأثیر روش درمان شناختی رفتاری بر روی باورهای غیرمنطقی آنها به‌طور کلی پرداخته شده است. نکته قابل توجه این است که تفاوت بین نمرات باورهای غیرمنطقی در دو گروه در مرحله پس‌آزمون معنادار نیست. به نظر می‌رسد. این امر به دلیل عمق مسأله مورد سنجش می‌باشد. مطالبی که در بخش باورهای غیر منطقی به مراجعان آموزش داده شده، عمیق‌تر و سنگین‌تر از آن بوده‌اند که طی مدت کوتاه در مراجعان باعث تغییر گردد. به عبارت ساده‌تر فرد باید این مطالب را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده، در مورد آنها قضاوت کرده، آنها را بپذیرد و در نهایت به آنها عمل کند و این فرایند نیازمند بازده زمانی طولانی است. همچنین بنا به نظریه ایس، زمانی که فرد به‌مدت طولانی بر اساس باورهای غیرمنطقی خود عمل می‌کند، این باورها نسبتاً پایدار شده و به ویژه در موقعیت‌های فشارزا، به صورت اتوماتیک عمل می‌کنند و اجازه نمی‌دهند که فرد طبق باورهای منطقی تازه کسب شده عمل کند، بنابراین برای اینکه یک باور منطقی، جایگزین باورهای غیرمنطقی شود، نیاز به تمرین، ممارست و گذشت مدت زمان طولانی است.

سلامت روانی یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه مؤثر می‌باشد، در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامت عبارت است از حالتی از رفاه کامل جسمانی، اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت. داشتن سلامت روانی پایین در بین والدین کودکان استثنایی امری بدیهی است. معلولیت یکی از فرزندان، مانع کارکرد متعارف مطلوب خانواده می‌شود و علت بسیاری از آسیب‌های روانی و اجتماعی اعضای خانواده است. نیاز به مراقبت، آموزش و درمان خاص و مداوم کودک اوتیسم، ناتوانی در برقراری ارتباط و رفتار مناسب و اختلالات همراه از قبیل عقب‌ماندگی ذهنی و تشنج، تنیدگی زیادی در خانواده ایجاد می‌کند

مادران کودکان اوتیسم؛ به سبب داشتن فرزندی با ویژگی‌های خاص بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارند. بررسی‌های جدید بیانگر این نکته است که مادران کودکان اوتیسم ممکن است مستعد افسردگی باشند، اگر احساس کنند مسئول و عامل چنین اختلالی که فرزندشان به آن دچار شده‌اند، آنها هستند. ناراحتی‌های عاطفی نه تنها ناسالم و مضر هستند بلکه این گونه عواطف معمولاً با تلف کردن انرژی لازم برای یادگیری، در عملکرد فرد اختلال ایجاد می‌کنند و با ایجاد اختلال عاطفی در نظام شناختی، تفکر را مختل می‌کند حال که باورهای غیرمنطقی به عنوان یک معضل شناخته شده‌اند، به نظر می‌رسد که باید راهی برای کاهش این باورها پیدا کرد و به افراد دردمند جامعه یاری رساند.

با توجه به نقش اساسی مادران در تربیت و پرورش نسل‌های آینده، علاقه بالینی و تجربی روان‌شناسان و روان‌پزشکان به این موضوع افزایش یافته است، زیرا کاهش عواقب و اثرات آسیب‌رسان فشارهای روانی، افسردگی و افکار خودآیند منفی، یکی از جنبه‌های مهم ارتقاء سلامت روانی فرد و جامعه می‌باشد.

این پی‌گیری حرفه‌ای و ارائه راه حل‌های درمانی اختصاصی می‌تواند علاوه بر حل این مشکل، از بروز اختلالات پیچیده‌تر جلوگیری نموده و منجر به دانش عمیق و مفیدی در این زمینه شود. امکان انتخاب نمونه گسترده‌تر وجود نداشته است، اجرای برنامه‌های درمانی بر روی آزمودنی‌ها در یک زمان مشخص، فشرده بودن زمان اجرای جلسات، محدود بودن آزمودنی‌ها به لحاظ جنسی، تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. انجام پژوهش‌های مشابه در میان گروه‌های بالینی و قومیت‌ها با گرایش‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف پدران کودکان اوتیسم انجام شود. جلسات را به تعداد بیشتری افزایش دهند.

### منابع

- آرمان، سرور و فیروزکوهی‌مقدم، محبوبه. (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم. **مجله طبیب شرق**. شماره ۴. صفحه ۲۷۳-۲۶۷.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). **مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آپ کودکان استثنایی**. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- خرمایی، احسان. (۱۳۹۳). **اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی مادران دارای کودک اتیستیک**. پایان‌نامه کارشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- ادهم، داوود، سالم‌صافی، پرویز، امیری، محمد، دادخواه، بهروز و همکاران (۱۳۸۵). بررسی سلامت روان دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. **مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل**. ۸ (۳): ۲۲۹-۳۴.
- خوشابی، کتابون. (۱۳۹۰). بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. **فصلنامه خانواده‌پژوهی**. سال ششم. شماره ۲۱. ۱۳۹۰.
- چیمه، نرگس، پوراعتماد، حمیدرضا و خرم‌آبادی، راضیه (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک: یک پژوهش کیفی. **فصلنامه خانواده‌پژوهی**؛ پاییز ۱۳۸۶، دوره ۳، شماره ۱۱، ص ۶۹۷-۷۰۷.
- رفیعی، حسن (۱۳۹۱). **اوتیسم: ارزیابی و درمان**. انتشارات دانشگاه تهران: ص ۱۸۷-۹۲.

زاده محمدی، علی و پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۸۴). بررسی مقدماتی اثر تصور هدایت شده با موسیقی بر کاهش استرس افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک. **فصلنامه خانواده‌پژوهی**، نسخه ۱، صفحات: ۲۸۹-۳۰۳.

هاشم‌نژاد، مه‌ری. (۱۳۹۱). **بررسی تأثیر آموزش شناختی طبق مدل بک بر افسردگی مادران کودکان نابینا مادرزاد ۱۲-۷ سال شهر تهران**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.

هیودی، بهروز. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند معلول ذهنی شدید یا عمیق با مادران دارای فرزند عادی. **فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی**. سال ششم، شماره سه.

Allik, H., Larssen, J-O., Smedje, H. (2014). **Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism**. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 1-8.

Corey, G., Corey, M. S., Callanan, P., & Russell, J. M. (2010). **Group technique** (3rd Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Curwen B, Palmer S, Ruddell P (2011). **Brief Cognitive behavioral therapy**. London: Sage, 1-186.

Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. (2014). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. **Research in Developmental Disabilities**, 30(3), 558-66.

Hobart HM, Smith W (2014). Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. **Research & Practice for Persons with Severe Disabilities**; 33(1-2): 37-47.

Gray DE (2010). High functioning autistic children and the construction of "normal family life". **Journal of Social & Medicine**; 44(8): 1097-106.

Malone CA (2013). Observation on the role of family therapy in child psychiatric training. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**; 13: 437-58.

Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P (2012). Parenting in families with autism spectrum disorder and a typically Developing child: Mothers' experiences and cognitions. **Journal of Research in Autism Spectrum Disorders**; 4: 661-9.

Oei Tian. p. s (2014). **Non directive counseling and cognitive behavior therapy have short term benefits are usuale for Depression But are not more Cost effective in the long term evidence** - Based Healthcare: 5.99-100.

Oei Tian, p. Dingle, a (2012). Review the effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorders. **Journal of Affective disorders**. 5, 107- 24.

Sadock BG, Sadock VA (2014). **Comprehensive Text Book of Psychiatry**. 9 Th ed. Philadelphia: Volkmar, Klin, Robert, Schultz & Matthew; 35- 40.

Segerstrom, S., & Miller, G. (2013). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. **Psychological Bulletin**. 130, 610-630.

Shu, B. C., Lung, F. W., Chang, Y. Y. (2011). The mental health in mothers with autistic children: A case-control study in southern Taiwan. **Kaohsinung Journal of Medical Science**, 16(6), 308-314

Singer, G. H. S. (2012). Meta-Analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. **American Journal of Mental Retardation**. 3, 155-169.

Turnball AP, Turnball HR (2010). **Families, professional and exceptionality: A special partnership**. Columbus: Merrill.

Taghi poor M (1387). **The examination of comparing of irrational believes in psychosomatic disorders and normal individuals** (Dissertation). Tehran: Allame Tabatabai University.