# بررسی تأثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای در کاهش میزان اضطراب مادران کودکان با طیف اتیسم

**دکتر مهرناز آزاد یکتا**[1]

**چکیده**

*پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در کاهش میزان اضطراب مادران کودکان با طیف اتیسم انجام گرفته است. این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری کلیهٔ مادران دانش‌آموزان اتیسم را شامل می‌شود که در طی یک دورهٔ شش‌ماهه، جهت دریافت خدمات روان‌شناختی و شرکت فرزندشان درکلاس‌های بازی‌درمانی به کلینیک روان‌شناسی مراجعه کرده‌اند. نمونه‌گیری به روش نمونه در دسترس انجام یافت و۲۰ نفر از مادران انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل به طور برابر(۱۰ نفر) قرار گرفتند. برای اندازه‌گیری میزان اضطراب از آزمون کتل استفاده شد. آزمودنیهای گروه آزمایش ۱۰ جلسه تحت آموزش راهبردهای مقابله‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که علائم اضطراب در آزمودنیهای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته ($p <$ ۰/۰۰۱)، اما پس از یک دورهٔ ۴ ماهه، مجدداً میزان اضطراب در گروه آزمایش به خط پایه نزدیک شده است.*

**کلیدواژگان**: راهبردهای مقابله‌ای، اضطراب، کودکان اتیسم

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۳ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۳۰

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلام‌شهر m.azadyekta@yahoo.com

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

**مقدمه**

اضطراب حالتی فراگیر، ناخوشایند، مبهم و همراه با برانگیختگی دستگاه عصبی خودکار، سردرد، عرق کردن، تپش قلب، گرفتگی ماهیچه‌های سینه، ناراحتی‌های گوارشی و بی‌قراری است. اضطراب نشانه هشدار است که فرد را از خطری نزدیک آگاه می‌کند؛ اضطراب می‌تواند پاسخی مناسب و در راستای سازگاری فرد باشد. کمی اضطراب فرد را آماده می‌سازد تا همه منابع خود را در برابر تهدیدی بالقوه به کار گیرد، در حالی که اضطراب بالا، توانایی‌های ذهنی وشناختی (توجه، تمرکز و حافظه) را کاهش می‌دهد و یا مختل می‌کند. وقتی اضطراب ظاهر می‌شود مفهوم آن این است که در درون شخص چیزی تعادل روانی را درهم می‌ریزد. مضطرب بودن، تا اندازه‌ای، بخشی از یک پاسخ مقابله‌ای طبیعی به مسائل روزمره زندگی در نظر گرفته می‌شود. با این حال، زمانی که اضطراب شدید و یا نامتناسب با موقعیت باشد، یک اختلال یا مشکل بالینی محسوب می‌شود (سادوک[1] و سادوک،۲۰۰۳).

هرچند که همهٔ افراد به گونه‌ای اضطراب را تجربه می‌کنند اما مطالعات متعدد نشان داده است که بعضی از اقشار در معرض میزان اضطراب بالاتری قرار دارند. بدیهی است یکی از مواردی که منبع اضطراب و تنش برای خانواده‌ها و به‌ویژه مادران به شمار می‌آید، ناتوانی و بیماری فرزند است و هر چقدر بیماری و ناتوانی مزمن‌تر و طولانی‌تر باشد، تنش و اضطراب وارد شده بیشتر است. گوتس[2] و گوتس (۲۰۰۰)، نتیجه گرفتند والدینی که فرزندانشان دچار بیماریهای مزمن هستند، وارد روندی از مراحل عاطفی قابل‌پیش‌بینی می‌شوند و هرچقدر بیماری مزمن‌تر و طولانی‌تر باشد، والدین و به‌ویژه مادر در معرض مشکلات عاطفی و رفتاری بیشتری قرار می‌گیرد. اتیسم از جمله اختلالاتی است که به دلیل شدید و فراگیر بودن علائم تأثیر نامطلوبی در افراد خانواده و به‌ویژه مادر برجای می‌گذارد. اتیسم، اختلال نافذ رشدی است که در سه سال نخست زندگی بروز می‌یابد. این ناتوانی از جهات مختلف بر پیشرفت و گسترش توانایی کودک (رشد زبان، ارتباط و مهارتهای اجتماعی) تأثیر می‌گذارد. کودک اتیسم با دیگران تماس چشمی برقرار نمی کند، دوست ندارد در آغوش گرفته شود و اختلال شدید گفتار و زبان و مسائل شناختی دارد. تمام این علائم شرایط ویژه‌ای را ایجاد می‌کند که به واسطه آن انرژی روانی بسیار زیادی از مادر گرفته شود. پژوهشهای بسیار زیادی نشان داده‌اند که اغلب والدین و به‌ویژه مادران کودکان

1. Sadock
2. Gotz

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

استثنایی در معرض انواع مشکلات جسمی و روانی قرار دارند. در همین رابطه ون ریپر[1] (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای بر روی ۵۵ خانواده دارای کودک کم‌توان ذهنی به این نتیجه رسید که والدین این کودکان در تمام زمینه‌ها، نسبت به گروه کنترل عوامل تنش‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند. نتیجه پژوهش ریحانی (۱۳۷۴) نیز در همین راستاست. تحقیق موسوی خطاط (۱۳۹۰)، در مورد ویژگیهای شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودکان بیش از یک فرزند استثنایی نشان داد که سلامت مادران دارای کودکان استثنایی در چهار بعد جسمانی، اضطراب، عامل اجتماعی و افسردگی از مادران کودکان عادی پایین‌تر است. نوری (۱۳۷۶ به نقل از آزادیکتا،۱۳۹۰) در مقایسه استرس مادران کم‌توان ذهنی خفیف، نیمه شنوا و نیمه بینا به این نتیجه رسیدکه بین استرس تجربه شده توسط مادران کودکان کم‌توان ذهنی خفیف، نیمه شنوا و نیمه بینا نسبت به مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. برندون[2] (۲۰۰۷) در طی پژوهشی در استرالیا نشان داد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی زمان اشتغال کمتری دارند و کمتر زمانی برای پرداختن به فعالیتهای لذت بخش و تفریحات دارند. این پژوهش همچنین نشان داد که زمان مادران جهت مراقبتهای شخصی کاهش می‌یابد. بنابراین، مادران به علت زمان کمی که به خود اختصاص می‌دهند آسیب‌پذیرتر می‌شوند. این مطالعه دانش جدیدی از اثر ناتوانی کودکی بر زمان (وقت) والدین شاغل جهت مراقبت شخصی و فراغت ارائه می‌کند، فعالیتهایی که می‌تواند سلامت فیزیکی و روان‌شناختی آنان را بهبود بخشد. در ارتباط با افسردگی در بین والدین کودکان کم‌توان ذهنی نیز مطالعه‌ای در امارات متحده عربی توسط ویویان خامیس[3] (۲۰۰۷) انجام گرفت. در این مطالعه سهم نسبی ویژگیهای کودک، جمعیت‌شناختی –اجتماعی والدین و محیط خانوادگی به ترتیب دلیلی برای ۳۶/۳ درصد و ۲۲/۵ درصد فشار روانی والدینی و تفاوت نشانه‌شناسی روانپزشکی والدین بودند. در مطالعهٔ دیگر مک‌کانکی[4] و همکاران (۲۰۰۶) که در مورد مادران کودکان سندرم دان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مادران این کودکان در معرض خطر بالای فشار روانی، سلامتی ضعیف‌تر و روابط خانوادگی ضعیف شده قرار دارند. در پژوهش دیگر آنت مک‌کارتی[5] و همکاران (۲۰۰۶) به بررسی فشار روانی و عملکرد خانوادگی و والدینی در خانواده‌های با یک کودک «نشانگان ایکس شکننده» پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد پدران و مادران سطوح مشابهی از فشار روانی را تجربه

1. Van Riper
2. Brandon
3. Khamis
4. McConkey
5. McCarthy

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

می‌کنند و سطوح مشابهی از رضایت از حمایت‌ها را گزارش کردند. قوی‌ترین پیش‌بینی کنندهٔ فشار روانی مادری سطح رضایت زناشویی بود در حالی که قوی ترین پیش‌بینی فشار روانی والدینی سطح مهارتهای سازشی کودک بود. در پژوهشی دیگر که توسط ترنبال و جکسون[1] در سال (۲۰۰۴) انجام شد، نشان داده شد که امکانات مادر مانند حمایت جسمانی و عاطفی نقش متغیر تعدیل‌کننده را در رابطهٔ بین سلامت مادر و استرس مرتبط با وجود کودک معلول دارد و به نظر می‌رسد که رضایت مادر از حمایت اجتماعی مهمترین نقش را در تضعیف اثرات فشار روانی روی مادران کم‌توان ذهنی دارد.

پژوهش گری[2] (۲۰۰۲) نشان داد که مادران کودکان با اختلالهای گسترده در خودماندگی در رویارویی با حوادث، آسیب‌پذیرتر از پدران هستند. افشاری (۱۳۸۳) نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای در مادران کودکان استثنایی کمتر مفید و غیر مؤثر و یا متمرکز بر هیجان است. کنستانتاریس و هماتیدیس[3] (۲۰۰۵) در مقاله‌ای تحت عنوان "بررسی شدت علائم مرضی و فشارهای روانی در والدین کودکان اتیسم" نشان دادند که احساس عصبانیت و درخواست کمک از همسر در مادران کودکان اتیسم بیشتر از مادران کودکان عادی دیده شده است. جلالی مقدم (۱۳۸۶) در بررسی خود به مقایسهٔ هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان مبتلا به اختلالهای فراگیر تحولی پرداخت و دریافت که با افزایش توانایی والدین در مهارتهای درون فردی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله بیشتر می‌شود و با کاهش توانایی والدین در سازگاری استفاده از راهبردهای جلب حمایت اجتماعی بیشتر می‌شود. پترسون و آلبرز[4] (۲۰۰۱) نشان دادند که افسردگی مادران کودکان استثنایی بیشتر از سایرین است و باعث ناکارآمدی تعامل مادر – کودک می‌شود.

مطالعهٔ میلر[5] (۲۰۰۸) نشان داد که والدین کودکان دارای کم‌توانی ذهنی به استرس بیشتری نسبت به مادران دارای کودک با رشد طبیعی دچار می‌شوند و از لحاظ ویژگیهای شخصیتی از مادران کودکان عادی متفاوت هستند. گلیدن[6] و همکارانش (۲۰۰۶)، نشان دادند که مادران کودکان کم‌توان ذهنی نمرهٔ بیشتری را در روان نژندی نسبت به مادران کودکان طبیعی داشتند که نشان

1. Turnball & Jackson
2. Gray
3. Konstantarease & Homatidis
4. Petterson & Albers
5. Miller
6. Glidden

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

می‌دهد آنها ثبات هیجانی کمتری نسبت به مادران کودکان طبیعی دارند. رز، دیوید و جونز[1] (۲۰۰۳)، علائم روان نژندی بیشتری را در مادران کودک اتیسم نسبت به مادران کودکان طبیعی یافتند. آنها همچنین نشان دادند که مادران کودکان اتیسم نسبت به مادران کودکان طبیعی ثبات هیجانی کمتری دارند.

غباری و وحدت تربتی (۱۳۸۱) نشان دادند که والدین کودکان اتیسم طرد، آزادی افراطی و حمایت افراطی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. در همین خصوص، کوگل، بیمبلا و شریبمن[2] (۱۹۹۶) به نقل از آزاد یکتا (۱۳۹۰) تأکید می‌کنند روشهای آموزش والدین الگوی تعاملات مادر و کودک را بهبود می‌بخشد و از بار فشار روانی واردشده می‌کاهد. بنابراین، آموزش راهبردهای مقابله‌ای از اهم مسائل به شمار می‌آید. براساس تعریف (لازاروس و فولکمن،[3] ۱۹۸۴)، منظور از مقابله تلاش‌هایی است که برای کنترل و اداره کردن موقعیتهایی که به نظر خطرناک و استرس زا می‌رسند، به عمل می‌آوریم (دیویس،[4] ۲۰۰۱). بنا به تعریف، مقابله عبارت است از تسلط یافتن، کم کردن و یا تحمل آسیبهایی که استرس ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر، مقابله شامل تمام تلاشهای شناختی و رفتاری است که برای مهار، کاهش یا تحمل درخواست‌های درونی یا بیرونی به کار گرفته می‌شود. مقابله ممکن است رابطهٔ فرد را با محیط تغییر یا میزان ناراحتی عاطفی او را کاهش دهد. روشهای مقابله گوناگون است، اما بر اساس پژوهشهای مختلف می‌توان روشهای مقابله را در دو عنوان کلی روشهای مقابلهٔ هیجان‌مدار و مسئله‌مدار بررسی کرد. تمایز میان مقابلهٔ مبتنی بر مشکل و مقابلهٔ مبتنی بر هیجان حایز اهمیت است.

تحقیقات این مسئله را نشان می‌دهند که پاسخ افراد به مقیاسهای مقابله‌ای چند عامل را شکل می‌دهد. این تحقیقات بیانگر آن است که گرایشهای مقابله‌ای ممکن است یکی از موارد زیر را در بر داشته باشد.

مقابلهٔ فعال: فرایند اتخاذ گامهای مقابله‌ای به منظور از بین بردن عامل استرس‌زا یا خنثی کردن تأثیرات آن است. مقابلهٔ فعال مشتمل بر اقدام مستقیم، افزایش تلاش و کوشش و تلاش برای اجرای یک روش مقابله‌ای است.

برنامه‌ریزی: عبارت از اندیشیدن در مورد اینکه چگونه با عامل استرس‌زا مقابله کنیم. فرایندهای برنامه‌ریزی مبتنی است بر، درصدد اقدام عمل بر آمدن، طرح ریزی در مورد اینکه چه اقدامات

1. Rose, David & Jones
2. Kogel, Bimbla & Shribman
3. Lazarus & Folkman
4. Davis

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

عملی انجام گیرد و چگونه به بهترین شکل ممکن از عهدهٔ مشکل برآییم. این اقدام، اقدامی مبتنی بر حل مشکل است

تمایل به جست‌وجوی حمایتهای اجتماعی: این روش در حقیقت، شمشیری دولبه است. از بسیاری جهات، جست‌وجوی حمایت اجتماعی و عاطفی پدیده‌ای کارکردی به نظر می‌رسد؛ به این معنی که فردی که از یک تهدید احساس ناامنی می‌کند با به دست آوردن این نوع حمایت به احساس آرامش می‌رسد. بنابراین، به نظر می‌آید این روش خود بازگشتی به شیوه‌های مقابله مبتنی بر مشکل باشد (دیویس،۲۰۰۱). با این مقدمه، این تحقیق در پی آن است که تأثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای را در میزان اضطراب مادران دارای فرزند اتیسم افزایش دهد.

## روش اجرای پژوهش

### جامعهٔ آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی همراه با گمارش آزمودنیها در گروه آزمایش و گروه کنترل به همراه پیش‌آزمون – پس‌آزمون است. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ مادران دانش‌آموزان اتیسم است که طی یک دورهٔ شش‌ماهه، جهت دریافت خدمات روان‌شناختی و شرکت فرزندشان در کلاسهای بازی‌درمانی به کلینیک روان‌شناسی مراجعه کرده‌اند. برای نمونه‌گیری، از روش نمونه در دسترس استفاده شد. به این ترتیب، مادران ۲۰ کودک اتیسم انتخاب شدند. بعد از مصاحبهٔ اولیه با والدین، مادران ۱۰ نفر از کودکان اتیسم در گروه گواه و ۱۰ نفر دیگر در گروه آزمایش قرار گرفتند. ملاکهای ورود شامل داشتن علائم اضطراب بر اساس مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک، دریافت نکردن درمانهای روان‌شناختی یا دارویی (دست کم از یک سال قبل از ورود به پژوهش)، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم و داشتن تأهل.

ملاکهای خروج عبارت بود از داشتن بیماری جسمانی یا شرایط طبی زیربنای اضطراب، دارا بودن ملاکهای کامل اختلال شخصیت بر اساس مصاحبهٔ بالینی ساخت‌یافته برای اختلالات محور دو و دریافت برنامهٔ مداخله‌ای همزمان با این پژوهش که ممکن است با متغیر مستقل، تداخل داشته باشد.

آزمودنیهای گروه آزمایش ۱۰ جلسه، تحت درمان شناختی- رفتاری همراه با آموزش مهارت حل مسئله قرار گرفتند. این آموزشها در کلینیک و دو جلسهٔ یک‌ساعته در هر هفته به مدت پنج هفته انجام گرفت. قبل از شروع جلسات، هدف جلسات، برای مادران تبیین شد. گروه کنترل هیچ

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

مداخله‌ای دریافت نکردند. یک هفته پس از پایان جلسات درمان، آزمون اضطراب در آزمودنیهای گروه کنترل و آزمایش مجدداً به اجرا در آمد.

## ابزار پژوهش

برای اندازه‌گیری میزان اضطراب از آزمون کتل استفاده شد. آزمون کتل بر پایهٔ تحقیقات گسترده‌ای استوار است و یکی از معتبرترین آزمونهایی است که به صورت پرسشنامهٔ کوتاه ارائه می‌شود و می‌تواند تشخیصهای بالینی را تکمیل کند. اعتبار این آزمون که از طریق اجرای مجدد آن و به دفعات متعدد انجام گرفته به اتفاق بالاتر از ۷۰/. بوده است (پیکوتی و همکاران،۲۰۰۷، به نقل از ساجدی و همکاران،۱۳۸۹). کاظمیان (۱۳۹۱)، میزان ضریب پایایی کل مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۶۹/. به دست آورده است.

## یافته‌های پژوهش

از کل نمونهٔ ۲۰ نفری مادران شرکت‌کننده، ۱۳ نفر فرزند پسر و ۷ نفر فرزند دختر داشتند. ۱۱ نفر تحصیلات دیپلم و بقیه دارای مدرک کارشناسی و بالاتر بودند. ۶ نفر شاغل و بقیه خانه‌دار بودند.

**جدول شماره ۱. محتوای جلسات آموزشی**

| جلسه | موضوع | برنامه |
|---|---|---|
| اول | ارزیابی اولیه | – توضیح دربارهٔ ماهیت اضطراب، اثرات و نشانه |
| دوم | تسلط بر نشانه‌های رفتاری، عاطفی و شناختی اضطراب | – دادن برنامهٔ کاری تمرینات |
| سوم | کار روی نشانه‌های احساسی | – چگونه احساس می‌کنید؟<br>– استفاده از ثبت احساس |
| چهارم | مبارزه با افکار منفی<br>مهارتهای ثبت افکار<br>کار روی خطاهای شناختی | – شواهد و مدارک<br>– نگریستن از زاویهٔ دیگر<br>– بازسازی خطاهای شناختی |
| پنجم | شناسایی افکار غلط | – جایگزین کردن افکار مثبت و صحیح با افکار غلط |
| ششم | شناسایی خودگویی‌های منفی | –پیداکردن خودگویی‌های منفی<br>–آموزش برای جایگزین کردن خودگویی‌های مثبت |
| هفتم | آموزش حل مسئله | – پذیرفتن مسئولیت<br>– احساس تسلط و کفایت<br>– تعریف مسئله<br>– تهیهٔ فهرستی از راه حل‌های انتخابی<br>– تصمیم‌گیری<br>– امتحان کردن راه حل انتخابی |
| هشتم | تغییر و اصلاح باورهای نادرست | –یافتن باورها نادرست<br>– به پرسش کشیدن باورها<br>–روشن‌سازی باورها |
| نهم | آمادگی برای تکمیل درمان | – ارزیابی پیشرفت آزمودنی‌ها<br>– ارائهٔ راهبردهای ترمیمی |
| دهم | آخرین جلسه | – جمع بندی کردن<br>– بحث کردن دربارهٔ راهبردهای جانشین |

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

**جدول شماره۲. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دوگروه کنترل و آزمایش**

| گروه | شاخص | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|---|---|
| آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۰ | ۳۵/۹۷ | ۶/۳ |
| | پس‌آزمون | ۱۰ | ۲۶/ ۴۴ | ۷/۱ |
| کنترل | پیش‌آزمون | ۱۰ | ۳۶/۱ | ۵/۸ |
| | پس‌آزمون | ۱۰ | ۳۷/۱۱ | ۷/۱ |

همانگونه که در جدول شمارهٔ ۲ دیده می‌شود، میانگین پیش‌آزمون نمرات اضطراب در گروه آزمایش ۹۷/ ۳۵ و در گروه کنترل ۳۶/۱ بود، که اختلاف معناداری ندارد. میانگین پس‌آزمون در گروه آزمایش ۲۶/۴۴ و در گروه کنترل ۳۷/۱۱ بود. نتایج نشان می‌دهد که والدینی که با روشهای مقابله آشنا شده‌اند توانسته‌اند به میزان معناداری از اضطراب خود بکاهند.

**جدول شماره ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات اضطراب**

| منابع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|
| پیش‌آزمون | ۷۴۳/۴۴۵ | ۱ | ۷۴۳/۴۴۵ | ۶۸/۳۳ | < ۰۰۰۱ | ٪۹۱ |
| گروه | ۱۶۷/۹۳ | ۱ | ۱۶۷/۹۳ | ۳۱/۴۲ | <۰۰۰۱ | ٪۸۰ |
| خطا | ۳۱۷/۲۴ | ۱۸ | ۱۶/۶۶ | | | |
| کل | ۱۲۲۸/۶۲۰ | ۲۰ | | | | |

نتایج تحلیل کواریانس در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که با مقدارF ۳۱/۴۲ و با درجات آزادی ۱۸ و ۱، اثر کاربندی آزمایشی، در سطح ۹۹/۹ درصد معنادار است؛ به این معنی که مادرانی که در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند، اضطراب کمتری داشتند.

**جدول شماره ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب در پس‌آزمون دوم دو گروه کنترل و آزمایش**

| گروه | شاخص | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|---|---|
| آزمایش | پس‌آزمون | ۱۰ | ۳۴/۹۷ | ۶/۳ |
| کنترل | پس‌آزمون | ۹ | ۳۵/۹۲ | ۷/۱ |

همان‌گونه که در جدول شمارهٔ ۴ دیده می‌شود، میانگین پس‌آزمون دوم که چهارماه بعد، از آزمودنیهای هردوگروه آزمایش و کنترل گرفته شد، نشان داد که نمرات اضطراب در گروه آزمایش ۳۴/۹۷ و در گروه کنترل ۳۵/۹۲ بود که اختلاف معناداری ندارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش از این فرض اساسی، که روشهای شناختی به طور معناداری بر مؤلفهٔ اضطراب تأثیر می‌گذارد و موجب کاهش چشم‌گیری در این مؤلفه می‌شوند حمایت می‌کند. نتایج این تحقیق با تحقیقات گالر و هولاهان[1] (۱۹۹۰)، سیمپسون[2] (۱۹۹۰) و اسپانوس[3] (۲۰۱۰) که

1. Guller & Holahan
2. Simpson
3. Spanose

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

درمانهای شناختی – رفتاری را در مقایسه با روشهای رفتاری در کاهش اضطراب دانش آموزان مؤثر می‌داند، همخوان است.

رکلیتس[1] (۱۹۹۱) به نقل از آزادیکتا (۱۳۹۰)، نشان داد که راهبرد حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای میان فردی با نشانه‌های کمتر روان‌شناختی و سطوح بالاتر تحول ایگو همراه هستند. در مطالعه‌ای که گالاگر[2] (۲۰۰۴)، انجام داد، نشان داد که گروه درمانی شناختی – رفتاری کوتاه‌مدت در درمان هراس اجتماعی، اضطراب و افسردگی کودکان مؤثر بوده است. در همین خصوص، تحقیق ماستن[3] (۲۰۰۹) نشان داد که استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر، اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد و احساس کارآمدی را القا می‌کند؛ چرا که فرد به این باور می‌رسد که امور و کارها از درون فرد هدایت می‌شود. لذا افرادی که از احساس کنترل فردی قوی‌تری برخوردارند، معمولاً در رویارویی با شرایط استرس‌زا، موفق‌تر عمل می‌کنند. این افراد احساس شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی دارند؛ آنها بر این باورند که می‌توانند به طور مؤثر با رویدادها و شرایطی که مواجهه می‌شوند برخورد کنند. آنها مشکلات را چالش می‌بینند و نه تهدید و فعالانه موقعیتهای جدید را جست‌وجو می‌کنند. در واقع این افراد احساس کنترل درونی می‌کنند و پیامد و مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند. لذا در برخورد با مسائل به جای اینکه موضعی انفعالی اتخاذ کنند، سعی بر آن دارند که سررشتهٔ امور را به دست گیرند.

اما نتایج جانبی این تحقیق نشان داد که افرادی که تحت آموزش راهبردهای مقابله‌ای قرار داشتند، به فاصلهٔ چهار ماه پس از آموزش راهبردهای مقابله‌ای، میزان اضطرابشان مجدد به خط پایه نزدیک شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از دلایل این بازگشت وخیم بودن علایم اختلال اتیسم است که سطح بهداشت روانی را به شدت تحت تأثیر قرار داده و فرایند سازگاری را با مشکل مواجهه می‌کند و از سوی دیگر شاید به این علت است که آموزشها در یک مقطع زمانی به صورت فشرده ارائه سپس رها شده است.

در مجموع، با توجه به نقش بنیادی راهبردهای مقابله‌ای به‌ویژه راهبرد حل مسئله در واکنش افراد به استرس و تأثیر این متغیرها بر بهداشت روان، نتایج این پژوهش بیانگر آن است که بهره‌گیری از برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای در راستای افزایش راهبردهای مسئله‌مدار، می‌تواند از جمله راهکارهای عملی برای ارتقای کارآمدی بهداشت روانی باشد. اما نکتهٔ دیگری که باید مد

1 .Reklits
2. Gallagher
3 . Masten

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]
[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

نظر داشت توزیع مناسب جلسات درمانی است؛ زیرا رعایت نکردن این مسئله، امکان بازگشت به وضعیت پیشین را بالا می‌برد.

همچنین این تحقیق محدودیتهایی نیز دارد. پیدا کردن نمونه‌ها و مجاب کردن آنها برای همکاری با طرح تحقیق یکی از معضلات و به عبارت بهتر یکی از محدودیتهای این تحقیق بوده است. با توجه به اینکه این خانواده‌ها بارها و بارها در معرض مصاحبه‌های تشخیصی و بالینی قرار داشته‌اند، لذا جلب همکاری آنها کار مشکلی بود. بنابراین، محقق به ۲۰ نمونه اکتفا کرد و این مسئله گمارش تصادفی آزمودنیها را با مشکل مواجه کرد. محدودیت دیگر این تحقیق، به نوع ابزار سنجش مربوط است. با توجه به ماهیت مقیاسهای خودگزارش‌دهی، پیشنهاد می‌شود این شیوه سنجش، با دیگر روشهای ارزیابی کامل‌تر شود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق که در واقع به محدودیت زمانی والدین مربوط بود، فشرده بودن جلسات درمانی بود.

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

## منابع

آزادیکتا، مهرناز. (۱۳۹۰). مقایسه سبک دلبستگی در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و دانش‌آموزان عادی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی، شماره ۱۸.

افشاری، رامین. (۱۳۸۳). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان در مادران کودکان اتیستیک. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه علوم تربیتی و توان بخشی تهران.

جلالی‌مقدم، نیلوفر. (۱۳۸۶). *مقایسه هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی و والدین کودکان عادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

ریحانی، رضا. (۱۳۷۴). *بررسی میزان استرس و شیوه‌های مقابله خانواده‌های کودک عقب‌مانده ذهنی در مقایسه با خانواده‌های دارای کودکان عادی شهرستان زاهدان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

ساجدی، فیروزه؛ وامقی، روشنک؛ عالیزاد، ویدا؛ ملک خسروی، غفار؛ کریملو، مسعود؛ راوریان، آیدا و شهشهانی‌پور، سهیلا. (۱۳۸۹). آیا شدت اضطراب در مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی بالاتر از مادران کودکان عادی است ؟، *نشریه توان‌بخشی*، ۵ ، ۲۰-۱۵.

غباری بناب، باقر و وحدت تربتی، شادی. (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه ویژگی‌های زیستی، روانی و اجتماعی والدین کودکان درخودمانده و والدین کودکان عادی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱و۱۰، ۳-۷.

کاظمیان، سمیه. (۱۳۹۱). تأثیر روش درمان مرور زندگی بر میزان اضطراب دختران نوجوان خانواده‌های طلاق. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، شماره ۱، بهار ۱۳۹۱،۱۸،۴۷-۱۲.

موسوی خطاط، محمد؛ سلیمانی، مهران و عبدی، کیانوش. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شناختی، روانی و اجتماعی والدین بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی. *نشریهٔ توان‌بخشی*،۱۲، ۵۳-۶۳.

Brandon, P. (2007). Time away from smelling the roses: Where do mothers raising the children with disabilities find to work? *Social Science & Medicine*, *65*(4), from http://WWW. siencedirect.com

Davis, D. (20001). Attributions, attraction, understandability, and memory of their utterances. *Journal of Experimental Social Psychology*, 20, 383-408.

Gallagher, M. H. (2004). A brief group cognitive–behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorder*,18, 459-470.

Glidden, L., Billing, F., & Jobe, B. (2006). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities, *50*(12), 949-962.

Gotz, I., & Gotz, M. (2000). Cystic fibrosis psychological issues. *Pediatric Respiratory Reviews*, 1, 121-127.

Gray, D. E. (2002). *Gender and coping: The parents of children with high functioning autism.* Retrieved from http://WWW.siencedirect.com

Guller, R. E., & Holahan, G. J. (1990). Test anxiety and academic performance. *Journal of Education Psychology*, 72,16-20.

Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, *64*(4), 850–857. Retrieved from http://WWW.siencedirect.com.

Konstantarease, M., & Homatidis, S. (2005). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Child Psychopsychiatry*, *30*(3), 459-470.

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]

Lazarus, R., S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer

Masten, A. S. (2009). Ordinary magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, *49*(3), 28-32.

McCarthy, A., Cuskelly, M., van Kraayenoord, C.E., & Cohen, J. (2006). Predictors of stress in mothers and fathers of children with fragile X syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, *27*(6), 688-704. Retrieved from http://WWW.siencedirect.com

McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M, Chang, M.Y., Jarrah, S., & Shukri, R. (2006). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(1), 65-74 Retrieved from http://WWW.siencedirect.com

Miller, D. (2008). *Differences in coping effectiveness and well-being among aging mothers of children with mental retardation*. 87, 454-464.

Petterson, S.M., & Albers, A. M. (2001). Effect of poverty and maternal depression on childhood development. *Journal of Child Development*, 72(6), 1794-1813.

Rose, J., David, G., & Jones, C. (2003). Staff who work with people who have intellectual disabilities: The importance of personality. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 267-277.

Sadoc, B.J., & Sadoc, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th ed.) Philadelphia: Wilkins.

Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.

Spanose, N. P. (2010). Cognitive activity and suggestions for analgesia in the reduction of anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 644-681.

Turnball, K., & Jackson, I. (2004). *How a deaf child affect family life.* Available at: www.hands and voices.

Van Riper, M. (2008). Families of children with Down syndrome: Responding to "A change in plans" with resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 176-185 Retrieved from http://WWW.siencedirect.com

[ Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-04 ]

[ DOR: 20.1001.1.26766728.1392.10.3.7.4 ]