

## تأثیر آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر افکار اضطرابی والدین کودکان اوتیسم

آرش بهرامی<sup>۱</sup>، حسین محقق<sup>۲</sup>، ابوالقاسم یعقوبی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۴

تاریخ وصول: ۹۵/۴/۱۲

### چکیده

اوتیسم یکی از اختلالات فراگیر رشد است که با تخریب پایدار در تعاملات اجتماعی متقابل، تاخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است. 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. بنابراین هدف از انجام این پژوهش، تعیین میزان تأثیر آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر افکار اضطرابی والدین کودکان اوتیسم شهر همدان بود. طرح پژوهشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بدون گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه والدین کودکان دارای اختلالات طیف فراگیر رشد (اوتیسم)، در مرکز درمانی ذهن زیبا در شهر همدان تشکیل می‌دادند که تعداد آن‌ها ۸۰ نفر بود که در ابتدا به وسیله دعوت نامه‌ای از والدین درخواست شد، که آمادگی خود را برای شرکت در کارگاه‌های آموزش مدیریت هیجان منفی اعلام کنند، که از این طریق ۴۰ نفر از والدین براساس آزمون‌های افکار اضطرابی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در پیش‌آزمون میانگین افکار اضطرابی پدران و مادران به ترتیب ۳۸/۷۸ و ۳۵/۸۸ بود که در پس‌آزمون به ۱۲/۲۰ و ۱۲/۹۳ کاهش یافت و به این ترتیب این نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان‌های منفی بر کاهش افکار اضطرابی والدین کودکان اوتیسم اثر گذار است. با توجه به آنکه والدین کودکان اوتیسم در معرض فشارهای روانی قرار دارند و در کنار آن افکار اضطرابی خاصی را تجربه می‌کنند، آموزش می‌تواند بر سازگاری آن‌ها اثر گذارد و افکار اضطرابی را اصلاح کند و بر میزان پذیرش کودکان در خانواده اثر مستقیم بگذارد.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا arash\_bahrami1366@yahoo.com

۲. استادیار روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا (نویسنده مسئول) hm293na@gmail.com

۳. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا

واژگان کلیدی: افکار اضطرابی - مدیریت هیجان منفی - اوتیسم - والدین.

### مقدمه

کشف بیماری اوتیسم تا حدودی جدید است. ما درباره کودکان با ناتوانی هوشی و تحولی بیش از یک قرن اطلاع داریم. اما اوتیسم اولین بار توسط لئو کانر<sup>۱</sup> (۱۹۴۳)؛ به نقل از کرک<sup>۲</sup>، (۲۰۱۱) روانپزشکی در دانشگاه جان هاپکینز مطرح و مورد توجه قرار گرفت. او گروهی از کودکان را توصیف کرد که با دیگران ارتباط برقرار نمی‌کردند، تأخیرهایی در رشد گفتار داشتند، با رفتارهای تکراری مشغول بودند و با تغییر در عادت‌های روزمره ناراحت می‌شدند. عملکرد غیرطبیعی در هریک از زمینه‌های مذکور تا سن ۳ سالگی بروز می‌کند. در حقیقت افراد دارای این اختلال ممکن است در مقایسه با همسالانشان که دارای تحول عادی هستند، مشکلات اجتماعی، ارتباطی و مسائل مربوط به تعامل را در زندگی روزمره خود بیشتر تجربه کنند (ارن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). ویژگی‌های ضروری اختلال طیف اوتیسم عبارتند از: اختلال مداوم در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی، الگوهای رفتار، تمایلات، یا فعالیت‌های محدود و تکراری. این نشانه‌ها از اوایل کودکی وجود دارند و عملکرد روزانه را محدود یا مختل می‌کنند. مرحله‌ای که در آن اختلال کارکردی آشکار می‌شود، مطابق با خصوصیات فرد و محیط او متفاوت خواهد بود. ویژگی تشخیص اصلی در دوره رشد آشکار می‌شود، اما مداخله، جبران و کمک‌های جاری می‌توانند مشکلات را حداقل در برخی موقعیت‌ها بپوشانند. جلوه‌های این اختلال نیز بسته به شدت بیماری اوتیسم، سطح رشد و سن زمانی تفاوت دارند: از این رو اصطلاح طیف بکار برده شده است. اختلال طیف اوتیسم اختلالاتی را در برمی‌گیرد که قبلاً با عنوان اوتیسم بچگانه اولیه، اوتیسم کودکی، اوتیسم کانر، اوتیسم با کارکرد بالا، اوتیسم نامتعارف، اختلال از هم پاشیدگی کودکی و اختلال اسپرگر به آن‌ها اشاره می‌شد (انجمن روانشناسی آمریکا<sup>۴</sup> - ویرایش پنجم، ۲۰۱۳). از جمله علل زمینه‌ای ابتلا به اوتیسم که تاکنون مشخص شده می‌توان به عوامل پریناتال و عوامل ایمنی شناختی، عوامل عصبی-تشریحی، عوامل بیوشیمیایی، عوامل ژنتیک و عوامل زیستی اشاره کرد. در

- 
1. Kanner
  2. crack
  3. Eren
  4. (DSM-5)

خصوص علل بروز اوتیسم فرضیاتی نظیر جفت گیری هم سنخی، ناتوانی دفع جیوه، افزایش سروتونین و کاهش گابا، نوروپاتی‌های آینه‌ای، هورمون‌های استروئیدی، هورمون‌های پتیدی، آسیب با واکسیناسیون و کمبود ویتامین مطرح است (راپین و تاجمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). کودکان اوتیستیک در رفتار اجتماعی کمبود عمیقی از خود نشان می‌دهند و اغلب عواطف خود را بیان نمی‌کنند و کودکان اوتیستیک کلامی، تمایل به پژواک گویی دارند و لغات یا عبارات بیان شده دیگران را تکرار می‌کنند. این علائم و نشانه‌ها برای والدین خوشایند نیست و باعث ایجاد تنش و نگرانی می‌شود (فای، ۱۹۷۹؛ کار و اسمیت، ۲۰۰۶؛ شریمن و کوگل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). سن و الگوی شروع نیز باید برای اختلال طیف اوتیسم مورد توجه قرار گیرند. معمولاً نشانه‌ها در طول سال دوم زندگی (۱۲ تا ۲۴ ماهگی) تشخیص داده می‌شوند، اما اگر تاخیرهای رشد شدید باشند، می‌توانند زودتر از ۱۲ ماهگی دیده شوند، یا اگر نشانه‌ها خفیف‌تر باشند، دیرتر از ۲۴ ماهگی مورد توجه قرار گیرند. اولین نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم غالباً رشد زبان به تاخیر افتاده را شامل می‌شوند که اغلب با فقدان علاقه اجتماعی یا تعامل‌های اجتماعی غیرعادی، الگوهای بازی عجیب و غریب و الگوهای ارتباط غیرعادی همراه هستند. اختلال طیف اوتیسم اختلال تهاشی نیست و معمولاً یادگیری و جبران در طول زندگی ادامه می‌یابند. نشانه‌ها معمولاً در اوایل کودکی و اوایل سال‌های دبستانی خیلی برجسته هستند، به طوری که پیشرفت‌های رشد در اواخر کودکی، حداقل در برخی زمینه‌ها عادی است. درصد کمی از افراد در طول نوجوانی از لحاظ رفتاری بدتر می‌شوند، در حالی که اغلب افراد دیگر بهبود می‌یابند (انجمن روانشناسی آمریکا-ویرایش پنجم، ۲۰۱۳). امروزه از روش‌های درمانی مختلفی نظیر تحلیل رفتار کاربردی، داستان‌های اجتماعی، سیستم ارتباط بر مبنای مبادله تصویر و دارو درمانی در کار با کودکان اوتیسم استفاده می‌شود (رافعی، ۱۳۸۷). اختلال طیف اوتیسم در پسرها چهار برابر از دخترها تشخیص داده می‌شود. در نمونه‌های بالینی دخترها به احتمال بیشتری ناتوانی عقلانی همراه نشان می‌دهند، بدین معنی که دخترهای بدون اختلالات عقلانی همراه یا تاخیرهای زبان، شاید به دلیل جلوه ملایم‌تر مشکلات اجتماعی و ارتباط ممکن است بدون تشخیص بمانند (انجمن روانشناسی آمریکا-ویرایش پنجم، ۲۰۱۳). به هر ترتیب وجود کودک اوتیسم در یک خانواده اغلب آسیب‌های

1. Rapin & Tuchman
2. Fay, Carr & Smith, Schreibman & Koegel

جبران ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند. اگرچه توسعه و ارزیابی رویکردهای مداخله زود هنگام برای اختلال طیف اوتیسم، رشدی سریع دارد، اما اکثر پژوهش‌ها در این زمینه بر نتایج حاصل برای کودک تمرکز کرده‌اند و بر منافی که این مداخله‌ها برای خانواده و والدین کودکان دارای این اختلال به همراه دارند، کمتر تاکید می‌کنند (وینر، هپ بورن و گریفیث؛ ۲۰۱۶). میزان آسیب پذیری خانواده در مقابل این ضایعه، گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (نریمانی، آقامحمدیان و رجیبی، ۱۳۸۶). به طوری که به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یاس تبدیل می‌شود و مشکلات والدین شروع می‌شود (پیسولا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). بیماری پایدار کودک، اضطراب درباره آینده او، انزوای اجتماعی (لیلی و تانگل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵)، به تعویق افتادن تشخیص و نشانه‌های همراه و دسترسی ضعیف به خدمات بهداشتی و حمایت اجتماعی سبب می‌شود که والدین این کودکان سطح بالایی از استرس را تجربه کنند. به طوری که سبب فشار مضاعف بر مراقبان، به ویژه مادران می‌شود (گومز، لیما، بوئو، آرائوژو و سوزا<sup>۴</sup>؛ ۲۰۱۵). در پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای رویارویی در والدین کودکان با اختلال‌های گسترده درخودماندگی، برخی نکات پراهمیت است. پیون، زورک، لند، لاینه‌ارت و فولتینسن<sup>۵</sup> (۱۹۹۴)، در بررسی خصوصیات شخصیتی والدین افراد درخودمانده، دریافتند که ویژگی‌های شخصیتی چون کناره‌گیری، بی‌کفایت بودن، انفعالی بودن و بی‌مسئولیتی در والدین کودکان درخودمانده، بیشتر از والدین کودکان عادی و با نشانگان داون دیده می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش گری<sup>۶</sup> (۲۰۰۳)، نشان داد که مادران کودکان با اختلال‌های گسترده درخودماندگی در رویارویی با حوادث، آسیب پذیرتر از پدران هستند و برای کنار آمدن با ناتوانی فرزندان خود از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند. بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلال‌های گسترده اوتیسم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند.

- 
1. Wainer, Hepburn & Griffith
  2. Pisula
  3. Lilly, & Tungol
  4. Gomes, Lima, Bueno, Araújo & Souza
  5. Piven, wzorek, landa & folstein
  6. Gray

(پیون، ۱۹۹۲؛ کوک، چاراک، آریدا و اسپون، ۱۹۹۴؛ پیون و پالمر، ۱۹۹۹؛ لینهارت، ۱۹۹۹؛ کوهن و کارتر، ۲۰۰۶)!

هیجان‌ها نیز انواع مختلفی داشته و محدوده‌ای از سرخوشی تا تنفر و وحشت و ملال را در بر می‌گیرند (پرواین<sup>۲</sup>؛ ۱۹۹۶). هیجان‌های مثبت از نظر کیفی از هیجان‌های منفی متفاوت هستند. هیجان‌های منفی پاسخ‌های کلیشه‌ای را فراخوانی می‌کنند که اجداد ما در برابر خطرات و تهدیدات به کار می‌بردند، اما هیجان‌های مثبت در شرایط بسیار متفاوتی شکل می‌گیرند، بنابراین منابع پاسخ متفاوتی را تحریک می‌کنند. افراد در هیجان‌های مثبت راه‌های سازگارانه‌تر و حمایت‌های محیطی مختلفی را جویا می‌شوند (فردریکسون، بروان، کوهن، کان وی، مایکلز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵).

تنظیم هیجان که گفته می‌شود با اضطراب و اختلالات هیجانی ارتباط تنگاتنگی دارد، به راهبردهایی اطلاق می‌شود که از آن‌ها برای کاهش، افزایش و یا نگهداری تجارب هیجانی استفاده می‌شود. تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش‌های مربوط به پاسخ‌های هیجانی می‌باشد و در واقع اعمالی است که برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. به طور کلی، کمبود، نقص یا مشکل در تنظیم هیجان به صورت پایداری با آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان و به ویژه اختلالات هیجانی پیوند یافته است (تروسپر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از علیلو، خانجانی و بیات؛ ۱۳۹۵).

مشکلات روان‌شناختی، اغلب نتیجه شکست در تجربه هیجانی سازگارانه هستند. هیجان می‌تواند افراد را مطمئن سازد که پی‌گیری، عملی درست بوده و انگیزه لازم برای تعقیب آن فراهم آورد (واتسون، گرینبرگ و گلدمن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). خلق، آهنگ هیجانی با دوامی است که به طور طبیعی در طیفی از غم تا شادی بر فرد عارض می‌شود (کاپلان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). هیجان می‌تواند بر شناخت مقدم باشد و این داده‌های درونی می‌توانند بر شناخت اثر بگذارند. همچنین هیجان و توجه، به میزان قابل توجهی به یکدیگر مرتبط هستند. حالات هیجانی هم می‌توانند بر خود آگاه و هم بر اجرای وظایفی که مستلزم انتخاب یا تمرکز عمیق هستند، اثر

1. Piven, Cook, charak, Arida, spohn, Piven & Palmer, Lainhart, Kuhn & carter
2. Pervin
3. Fredrickson, Brown, Cohn, Conway & Mikels
4. Trosper
5. Watson, Greenberg & Goldman
6. Kaplan

بگذارند. تعاریف متعددی از توجه وجود دارد که مفهوم اساسی آن، تقدم برخی از جنبه‌های پردازش نسبت به سایر جنبه‌هاست (ولز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). تحقیقات نشان می‌دهد که همانند توجه، اضطراب و افسردگی نیز به عملکرد شناختی آسیب می‌زنند (ایزنک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). هیجان‌های منفی موجب انحراف توجه به سمت نگرانی‌های درونی شده و محرک‌های درونی تقدم می‌یابند. فردی که دچار افسردگی است، مستعد استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، مثل نشخوار فکری است. در چنین راهبردهایی تمایل تمرکز، توجه بر خود است، تا تلاش‌های پردازشی را از سمت مشکل منحرف سازد. نظریه سبک‌های پاسخی در مورد افسردگی نشان می‌دهد که افراد افسرده، بیشتر درگیر نشخوار فکری می‌شوند و این نشخوار فکری، خود منجر به عمیق‌تر شدن افسردگی می‌گردد (فنل<sup>۳</sup>، ۱۹۸۰، ولز، ۲۰۰۰).

شاید مهمترین موضوع برای والدین دارای کودک طیف اوتیسم، تشخیص و سازگاری با کودک طیف اوتیسم است. جا افتاده‌ترین عوامل تشخیص برای پیامد خاص در اختلالات طیف اوتیسم، وجود یا عدم وجود ناتوانی عقلانی مربوط و اختلال زبان و مشکلات سلامت روانی دیگر است. انواع عوامل خطر غیر اختصاصی، نظیر سن بالای مادر، وزن کم به هنگام تولد یا مواجهه جنینی با والپوریت می‌تواند در خطر اختلال طیف اوتیسم دخالت داشته باشند. برآوردهای توارث پذیری برای اختلال طیف اوتیسم بین ۳۷ درصد تا بالاتر از ۹۰ درصد است. در حال حاضر به نظر می‌رسد که ۱۵ درصد موارد اختلال طیف اوتیسم با جهش ژنتیکی شناخته شده ارتباط دارند، به طوری که انواع متفاوت تعداد نسخه مجدد یا جهش‌های مجدد در ژن‌های خاص، در خانواده‌های مختلف با این اختلال ارتباط دارد (انجمن روانشناسی آمریکا-ویرایش پنجم، ۲۰۱۳). ادبیات تحقیقی در مورد سازگاری والدین که در بالا مرور شد، پیشنهاد می‌کند که ممکن است نیاز بسیاری از خانواده‌های دارای کودکان اوتیسم از طریق مداخله مدیریت فشار روانی و مسائل سلامت روانی و درمان‌های فشار روانی به طور بالقوه بتواند مشکلات روان شناختی را تسکین بخشد. در نهایت، باتوجه به مطالب فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که برنامه‌هایی جهت حمایت از خانواده و آموزش راهبردهای مقابله و حل مسئله و به خصوص مادر بسیار کارساز بوده و به خانواده در پذیرش این مسئله و انطباق درست با شرایط کودک کمک کرده و در نتیجه تاثیر مطلوبی بر نظام

- 
1. Wells
  2. Eysenck
  3. Fennell

خانواده می‌گذارد. بنابراین برگزاری جلسات گروهی با رویکرد شناختی و حمایتی برای والدین دارای فرزند اوتیسم ضرورت دارد.

### روش پژوهش

طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون یک گروهی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه والدین کودکان دارای اختلالات طیف اوتیسم در مرکز درمانی ذهن زیبا در شهر همدان تشکیل می‌دادند که تعداد آن‌ها ۸۰ نفر بود (۴۰ زوج). در ابتدا به وسیله دعوت نامه‌ای از والدین درخواست شد که در صورت علاقه‌مندی به حضور در دوره آموزشی در کارگاه‌های آموزش مدیریت هیجان منفی، آمادگی خود را اعلام کنند. سپس والدین داوطلب در جلسه توجیهی که تعداد آن‌ها ۶۵ نفر بود، براساس آزمون‌های افکار اضطرابی مورد ارزیابی قرار گرفتند و والدین دارای افکار اضطرابی شناسایی و در مطالعه حاضر شدند که تعداد آن‌ها ۴۰ نفر بود.

ابزار اندازه‌گیری: برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افکار اضطرابی ولز استفاده گردید. این ابزار ابعاد مختلف نگرانی و اضطراب فراشناختی را می‌سنجد و سه خرده‌مقیاس دارد که عبارتند از: میزان تمایل به نگرانی اجتماعی، نگرانی نسبت به سلامتی (جسمانی) و فرانگرانی. ضرایب آلفای کرونباخ، نگرانی اجتماعی را ۰/۸۴، نگرانی نسبت به سلامتی ۰/۸۱ و فرانگرانی را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. ضریب پایایی برای خرده‌مقیاس‌های نگرانی اجتماعی، نگرانی نسبت به سلامتی و فرانگرانی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ می‌باشد. پرسشنامه افکار اضطرابی ۲۲ آیتم دارد که به هر سوال با یک مقیاس ۴ درجه‌ای هرگز (۱نمره)، گاهی اوقات (۲نمره)، اغلب (۳نمره) و همیشه (۴نمره) پاسخ داده می‌شود. روایی این مقیاس از طریق روایی همگرا محاسبه شده است و برای روایی همگرایی پرسشنامه افکار اضطرابی از روش میزان همبستگی آن با پرسشنامه سلامت عمومی (جی اچ کیو)، پرسشنامه اضطراب بک (بی ای آی) و پرسشنامه افسردگی بک (بی دی آی) استفاده شده است. هر سه عامل نگرانی اجتماعی، نگرانی سلامتی و فرانگرانی به گونه‌ای مثبت و معنی‌دار با نمره‌های پرسشنامه اضطراب بک (بی ای آی) و پرسشنامه افسردگی بک (بی دی آی) و همچنین خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارند.

**مراحل اجرای پژوهش:** این پژوهش در مرکز نگهداری کودکان دارای اختلالات طیف فراگیر رشد (ذهن زیبا) بر روی والدین این کودکان در شهر همدان انجام شد، که به گفته مسئولین این مرکز در غرب کشور، تنها مرکز نگهداری کودکان دارای اختلالات فراگیر رشد (اوتستیک) می باشد؛ که در ابتدا پیش ازمون بر روی والدین انجام شد و پس از جلسه‌های مداخله‌ای که توسط پژوهشگر و استاد راهنما در مرکز نگهداری این کودکان انجام شد، پس ازمون انجام گرفت و نتایج مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. در این پژوهش برای آموزش مهارت‌های هیجان‌های منفی ۸ جلسه مداخله‌ای انجام شد، که مداخله‌های صورت گرفته در این پژوهش عبارت بود از: ۸ جلسه گروه درمانی حمایتی و شناختی - رفتاری که هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار گردید. این پروتکل الهام گرفته از نظریات الیس، بک و ولز می باشد که به تفصیل در جدول ذیل ارائه گردیده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی

جلسه اول	آشنایی افراد با یکدیگر و با درمانگر، بیان هدف تشکیل جلسات در مدت برنامه جلسات و شرایط برنامه، تشویق به بحث گروهی و قوانین گروه، توضیح در مورد اختلال اوتیسم و اثرات آن بر خانواده
جلسه دوم	آموزش آرمیدگی از طریق تنفس، آموزش روانی درباره اختلال اوتیسم و پرسش و پاسخ.
جلسه سوم	خودآگاهی، خویشتن پنداری، ابعاد خود و تمرین های کسب خودآگاهی، آموزش رابطه موقعیت با محرک، فکر، احساس با تمرکز بر احساس.
جلسه چهارم	بحث درباره باورهای مخرب و ذکر باورهای مخرب رایج، ارائه تکلیف و بیرون کشیدن باورهای غیرمنطقی از افکار خودکار. تحلیل سود و زیان باور مخرب.
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های مقابله با استرس ویژگی های آن، روش های افزایش مقاومت در برابر استرس، شناسایی منابع فشار آور و مقابله با آنها و ارائه چند تکنیک ساده برای کاهش نشانه های استرس.



جلسه ششم	بحث درباره خشم و عصبانیت، ماهیت خشم و تشخیص آن، راهکارهای مقدماتی کنترل خشم، ایجاد بینش و آگاهی نسبت به توان کنترل خود و راهبردهای کاهش خشم مانند آرمیدگی، بازسازی شناختی، مسئله گشایی، ورزش و .....
جلسه هفتم	تبیین هیجان خشم و پرخاشگری و علت شکل گیری آن و دلایل اثر گذاری آن.
جلسه هشتم	مرور و جمع بندی مطالعات جلسات قبلی، تمرین مهارتهای آموزش داده شده جلسات قبل، تأکید بر تمرین و به کارگیری آنها در زندگی روزمره.

### یافته های پژوهش

جدول ۲. آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پیش آزمون به تفکیک والدین پیش آزمون

متغیرها	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
افکار اضطرابی	مادر	۳۵/۸۸	۴/۳۶	۲۵	۴۵
	پدر	۳۸/۷۸	۸/۰۷	۳۰	۵۲

جدول ۳. آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پس آزمون به تفکیک والدین

متغیرها	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
افکار اضطرابی	مادر	۱۲/۹۳	۲/۳۸	۸	۱۸
	پدر	۱۲/۲۰	۲/۹۰	۸	۱۸

همان طور که در جدول مشاهده می کنید آماره های توصیفی متغیر مورد مطالعه در پیش آزمون به تفکیک والدین آورده شده است. بر این اساس میانگین افکار اضطرابی در مادران کودکان دچار اختلال اوتیسم ۳۵/۸۸ و میانگین افکار اضطرابی در پدران کودکان دچار اختلال اوتیسم ۳۸/۷۸ می باشد. همان طور که مشاهده می شود، میانگین افکار اضطرابی در مادران کودکان دچار اختلال اوتیسم با میزان ۳۵/۸۸ کمتر از میانگین افکار اضطرابی در پدران کودکان دچار اختلال اوتیسم با میزان ۳۸/۷۸ است، بر این اساس در مرحله پیش آزمون نمره میانگین افکار اضطرابی پدران بیشتر است و باز هم همان طور که در جدول مشاهده می کنید، آماره های توصیفی متغیر مورد مطالعه در پس آزمون به تفکیک والدین

آورده شده است. بر این اساس میانگین افکار اضطرابی در مادران کودکان دچار اختلال اوتیسم ۱۲/۹۳ و میانگین افکار اضطرابی در پدران کودکان دچار اختلال اوتیسم ۱۲/۲۰ می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین افکار اضطرابی در مادران کودکان دچار اختلال اوتیسم با میزان ۱۲/۹۳ بیشتر از میانگین افکار اضطرابی در پدران کودکان دچار اختلال اوتیسم با میزان ۱۲/۲۰ است، بر این اساس در مرحله پس‌آزمون نمره میانگین افکار اضطرابی پدران بهتر از مادران کاهش نشان داده است.

### تحلیل داده‌ها: بررسی فرضیه اصلی

آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی والدین کودکان اوتیسم اثر دارد.

جدول ۴. آزمون تی وابسته برای نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افکار اضطرابی والدین

متغیر	تفاوت‌های جفت‌شده			
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	خطا
والدین	۲۴/۷۶	۷/۲۸	۰/۸۱۴	۳۰/۴۱۸
سطح معناداری				df
				T
				۰/۰۰۱

جهت تحلیل وضعیت والدین ابتدا میانگین مادران و پدران بررسی و سپس به عنوان مبنای والدین در نظر گرفته شد، که تحلیل نشان داد آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی والدین کودکان اختلالات رشد فراگیر اثر دارد و با  $T =$  /  $p <$  (مورد تایید قرار گرفت). بنابراین آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی والدین کودکان اختلالات رشد فراگیر اثر دارد.

### بررسی فرضیه‌های جانبی پژوهش:

فرضیه جانبی اول: آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی مادران کودکان اختلالات رشد فراگیر اثر دارد.

جدول ۵. آزمون تی وابسته برای نمرات پیش آزمون و پس آزمون افکار اضطرابی مادران

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت‌های جفت شده		
			میانگین انحراف استاندارد خطا	T	df
مادران	۲۲/۹۵۰	۴/۴۲۶	۰/۷۰۰	۳۲/۷۹۶	۳۹

فرضیه جانبی اول مبنی بر آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی مادران کودکان اختلالات رشد فراگیر اثر دارد، با  $(T = ۳۲/۷۹۶$  و  $P > ۰/۰۰۱)$  مورد تایید قرار گرفت. بنابراین آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی مادران کودکان اختلالات رشد فراگیر اثر دارد.

جدول ۶. آزمون تی وابسته برای نمرات پیش آزمون و پس آزمون افکار اضطرابی پدران

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت‌های جفت شده		
			میانگین انحراف استاندارد خطا	T	df
پدران	۲۶/۵۷	۹/۰۰۴	۱/۴۲۴	۱۸/۶۶۷	۳۹

فرضیه جانبی دوم مبنی بر آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی پدران کودکان اختلالات رشد فراگیر اثر دارد، با  $(T = ۱۸/۶۶۷$  و  $P > ۰/۰۰۱)$  مورد تایید قرار گرفت. بنابراین آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی پدران کودکان اختلالات رشد فراگیر اثر دارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل با تی همبسته نشان داد که آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی والدین کودکان اختلالات رشد فراگیر موثر است. به این معنا که آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر کاهش افکار اضطرابی والدین کودکان اختلالات رشد فراگیر اثربخش است. یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های ذوقی پایدار، سهرابی، برجعلی و دلاور (۱۳۹۰) می باشد، که در تحقیقی نشان دادند، اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (حل مساله، مدیریت استرس، مدیریت خشم و برقراری ارتباط موثر) بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی به طور معنی داری موثر بوده است.

همچنین نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش خلعتبری و حقیقی (۱۳۹۰)، مبنی بر تاثیر معنی‌دار آموزش توانایی برقراری ارتباط موثر، مهارت ایجاد و حفظ روابط بین فردی، خودآگاهی و مهارت مقابله با استرس و فشار روانی بر اضطراب و افکار اضطرابی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان منفی (توانایی برقراری ارتباط موثر، مهارت ایجاد و حفظ روابط بین فردی، خودآگاهی و مهارت مقابله با استرس و آگاهی از حالات هیجانی خود و توانایی برای تنظیم هیجانان) به صورت غیر مستقیم در کاهش افکار اضطرابی تاثیر می‌گذارد. زیرا افکار اضطرابی ناشی از عدم توانایی برقراری ارتباط موثر، مهارت ایجاد و حفظ روابط بین فردی، خودآگاهی و مهارت مقابله با استرس و عدم آگاهی از حالات هیجانی خود، و همچنین عدم توانایی برای تنظیم هیجانان است (زولینگر و همکاران، ۲۰۰۶).

همچنین در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که پدران علاوه بر داشتن افکار اضطرابی نسبت به فرزند خود، ترس و اضطراب از دست دادن همسر خود را تهدید کننده تر از اختلال فرزند خود می‌دانند و در پیش آزمون نیز نسبت به مادران، افکار اضطرابی بیشتری در آن‌ها مشاهده شد. همچنین در پس آزمون کاهش بیشتر افکار اضطرابی پدران نسبت به مادران موید این است که پدران بیشتر از مادران می‌توانند در کنترل هیجانان خود و خود آگاهی و کنترل افکار اضطرابی خود موفق عمل کرده و مادران شاید به علت اینکه اکثر وقت خود را با کودک دارای اختلال می‌گذرانند، کمتر از پدران در پس آزمون کاهش افکار اضطرابی نشان دادند.

شواهد جدید مربوط به اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد که مشکل در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در این اختلالات باشد (رودبوف و هیمبرگ، ۲۰۰۰). کمپبل، بارلو، براون و هافمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۶؛ به نقل از آمستر، ۲۰۰۸)، که به بررسی تنظیم هیجانی سه گروه از افراد مبتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی و بهنجار پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که افراد بالینی مبتلا به افسردگی و اختلالات اضطرابی، کمتر هیجانان خود را می‌پذیرفتند و بیشتر از افراد بهنجار به سرکوبی هیجانان خود می‌پرداختند. بنابراین منطقی است که آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان منفی بتواند افکار اضطرابی را کاهش دهد

1. Rodebaugh & Heimberg
2. Campbell, Barlow, Brown & Hofmann

(رودبوف و هیمبرگ؛ ۲۰۰۰؛ کمپیل، بارلو، براون و هافمن، ۲۰۰۶؛ به نقل از آمستر، ۲۰۰۸؛ هیز و فلدمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

در مجموع با توجه یافته‌های پژوهش‌های پژوهش مبنی بر معنادار بودن تأثیر آموزش مهارت مدیریت هیجان منفی بر افکار اضطرابی والدین کودکان دارای اختلال اوتیسم شهرهمدان، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی تعداد بیشتری از والدین در زمینه آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان منفی پرداخته شود. این بخش از والدین غالب موارد دچار بی توجهی هستند و کمتر به آنها و آموزش روش‌های مقابله‌ای به آنها پرداخته می‌شود. حال با این فرایند پیشنهاد می‌شود، روش‌ها و مهارت‌های مدیریت هیجان منفی در مراکز مربوطه توسط متخصصین ذی صلاح در قالب برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزش این مهارت‌ها با والدین کودکان اوتیسم مورد استفاده قرار گیرد. همچنین سازمان‌ها و موسسات دیگر فرهنگی و اجتماعی می‌توانند از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزش این مهارت‌ها اقدام کنند.

## منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، نشر روان، (DSM-5)
- خلعتبری، جواد؛ عزیززاده حقیقی، فرشته. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بر سلامت روان دانشجویان دختر. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. سال ۱۲، شماره ۲۲، صص ۳۹-۳۰.
- دلاور، علی. (۱۳۸۷). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، چاپ بیست و پنجم، تهران، نشر ویرایش.
- ذوقی پایدار، محمد رضا؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و دلاور، علی. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و افسردگی جانبازان. *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*. سال دوم، شماره ۵، صص ۱۶-۱.
- رافعی، طیبه. (۱۳۸۷). *اوتیسم: سنجش و درمان*. تهران، شماره ۱۸۷-۹۲

علیلو، مجید محمود؛ خانجانی، زینب؛ بیات، احمد. (۱۳۹۵). پیش‌بینی اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب نوجوانان براساس تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی. دوره ۷، شماره ۲۵،

نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا و رجبی، سوران. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی، فصلنامه ی اصول بهداشت روانی، ۳۳ و ۳۴

- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587° 595.
- Carr, EG., Blakeley-Smith, A. (2006). Classroom intervention for illness-related problem behavior in children with developmental disabilities. *Behav Modif*. Nov; 30(6):901-24
- Cook, EH; charak, DA; Arida, J; spohn, JA. (1994). "Depressive and obsessive ° compulsive symptoms in hyper serotonemic parents of children with autistic disorder." *Journal of Psychiatry Research*, 52(1), 25-33.
- Eysenck, MW. (1997). Anxiety and cognition: A unified theory. Hove: Erlbaum
- Eren, B. (2015). The use of music interventions to improve social skills in adolescents with autism spectrum disorders in integrated group music therapy sessions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 197, 207-213.
- Fay, WH. (1979). Personal pronouns and the autistic child. *J Autism Dev Disord*. Sep; 9(3):247-60
- Fennell, MJ. (1984). Effects of distraction on thinking and affect in depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*. Feb; 23(Pt 1):65-6.
- Fredrickson, BL. Brown, S, Cohn MA, Conway A, Mikels J. (2005). Positive emotion builds personal resource and predicts future subjective well-being. New Orleans: Paper presented at the Sixth Annual Meeting of the Society for Personality and Social Psychology.
- Gray, DE. (2003) High functioning autistic children and the construction of normal family life *Journal of Social & Medicine*. 44(8): 1097-106.
- Gomes, P. T. Lima, L. H., Bueno, M. K, Araújo, L. A., & Souza, N. M. (2015). Autism in Brazil: A systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*, 91(2), 111-121.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255° 262.
- Kaplan, HJ. (2000). Comprehensive textbook of psychology.

- Kuhn, j., carter, A. (2006). "Maternal self efficacy and Associated parenting cognitions Among mothers of children with Autism". *American journal of orthopsychiatry*, 76(4), 564-575.
- Lainhart, J, E. (1999). Psychiatric problems in individuals with autism, their parents, and siblings. *International Review of Psychiatry*. 11(4), 278-298.
- Lilly, J. & Tungol, J. R. (2015). Effectiveness of mindfulness based psycho-educational program on parental stress of selected mothers of children with autism. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1), 52-56.
- Pisula, E. (2002). Parents of children with Autism: Recent research findings. Psychological functioning of mothers. *Clinical Child Psychology*, 19, 371-379.
- Pervin, L. A. (1996). The science of personality. United state: wiley and sons
- Piven, J; wzorek, M; landa, R; folstein, s. (1992). Psychiatric disorders in the parents of autistic individuals. *Journal American Academy Adolescent Psychiatry*, 31(2), 370- 371.
- Piven, j; Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the Broad Autism phenotype: Evidence from a family study of multiple ° Incidence Autism. *American Journal Psychiatry*, 156, 557- 563.
- Rapin, I. Tuchman, RF. (2008). Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis. *Pediatr Clin North Am*. Oct; 55(5):1129
- Rodebaugh, T. L. & Heimberg, R. G. (2008). Chapter 9 Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: Adopting a Self-Regulation Perspective. Springer.
- Sadock, BJ., Sadock, VA., Ruiz P., Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Schreibman, L., Koegel, RL. (2005). Training for parents of children with autism: Pivotal responses, generalization, and individualization of interventions. In: Hibbs ED, Jensen PS (Eds.). Psychosocial treatment for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice. 2nd. Washington DC: *American Psychological Association*. pp: 605-31
- Watson, JC. Greenberg, LS. Goldman, R. (1996). Change processes in experiential therapy; Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion. Vienna, Austria: Peter Lang.
- Wainer, A.L., Hepburn, S., & McMahon Griffith, E. (2016). Remembering Parents in Parent-Mediated Early Intervention: An Approach to Examining Impact on Parents and Families. *Autism*, March 7(Online), 1° 13.
- Wells, A. (2000). Meta cognition and emotional disorders. John Wiley & Sons LTD. England.