

تأثیر آموزش مدیریت خشم و استرس بر کاهش خشم و استرس  
مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم

Effectiveness of Anger and Stress Management Trainings on Reducing  
Anger and Stress of Mothers of Children with Autism Spectrum  
Disorders

F. Attarian, M.A.

Department of Psychology, Islamic Azad University, Arak  
Branch, Arak, Iran

L. Panaghi, Ph.D.

Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran,  
Iran

D. Taghvaei, Ph.D.

Department of Psychology, Islamic Azad University, Arak  
Branch, Arak, Iran

فائزه عطاریان ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک

دکتر لیلی پناغی

پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر داوود تقوایی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک

دریافت مقاله: ۹۵/۹/۲۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۲/۱۸

پذیرش مقاله: ۹۶/۷/۲۲

Abstract

This research was undertaken with the goal of investigating the impact of stress and anger management training on reducing anger and stress of mothers whose children had autism spectrum disorders. The statistical population of this research included all mothers of children with autism spectrum disorders who refer to Behara center in 2015. Through convenience sampling method, 30 mothers were selected as research sample and were randomly divided into two experimental and control groups (15 subjects/group).

✉Corresponding Author: Department of Psychology, Islamic Azad University, Arak Branch, Arak, Iran  
Email: [fa.1358.a@gmail.com](mailto:fa.1358.a@gmail.com)

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم و استرس بر کاهش خشم و استرس مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم مراجع کننده به مرکز به‌آرا در سال ۹۴ تشکیل می‌دادند. به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از مادران به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه (۱۵ نفره) آزمایش و گواه تقسیم شدند.

✉نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک

پست الکترونیک: [fa.1358.a@gmail.com](mailto:fa.1358.a@gmail.com)

Research tools included Stress Response Inventory and Aggression Inventory. Stress and anger management training was conducted on mothers of experimental group during eight 90-minutes weekly sessions. Pretest- posttest design within control group was used in this study. Data was analyzed by Covariance. The results showed that anger and stress management training in parents reduces anger and its aspects (verbal aggression, physical aggression, and impulsivity) also reduce stress and its aspects (tension, aggression, anger, fatigue and fiasco) in mothers of children with autism spectrum disorders.

**Keywords:** Anger Management, Stress Management, Mothers, Autism Spectrum Disorders.

ابزارهای این پژوهش پرسشنامه‌های پاسخ به استرس کوه و همکاران (۲۰۰۱) و پرخاشگری گلاو (۱۹۹۱) بود. آموزش مدیریت خشم و استرس روی مادران گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در این تحقیق از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از طریق آزمون تحلیل کواریانس صورت گرفت. نتایج نشان داد که آموزش مدیریت خشم و استرس والدگری موجب کنترل خشم و ابعاد آن (کلامی، فیزیکی و تکانش گری) و همچنین کاهش استرس و ابعاد آن (تنش، پرخاشگری، خشم، خستگی و ناکامی) در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** مدیریت خشم، مدیریت استرس، مادران، اختلال طیف اتیسم

## مقدمه

اختلال طیف درخودماندگی<sup>۱</sup> یک اختلال عصبی رشدی<sup>۲</sup> است که شامل دامنه وسیعی از ناتوانی‌های پیچیده رشدی از جمله، نقص در ارتباط و تعامل‌های اجتماعی، نقص در شروع روابط اجتماعی و حفظ آن‌ها، الگوهای علائق، رفتار و فعالیت‌های تکراری<sup>۳</sup>، محدودیت در علایق و فعالیت‌ها، انعطاف‌ناپذیری در رفتار و نقص در پردازش حسی می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). این علائم از اوایل کودکی وجود دارند و سبب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره فرد می‌شود. نشانگان اختلال طیف اتیسم ممکن است قبل از سن ۱۸ ماهگی ظاهر شوند، با این وجود سن دو سالگی برای تشخیص استاندارد و قابل‌اعتماد این اختلال مناسب است. شیوع این اختلال در حال حاضر در کشور آمریکا ۱ در ۶۸ گزارش شده است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). با وجود این که هنوز علت اختلال طیف درخودماندگی به روشنی مشخص نیست، اما شواهد حاکی از آن است که ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی مختلف در به وجود آمدن این اختلال دخیل‌اند. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که داشتن فرزند معلول از جمله کودکان با اختلال طیف اتیسم بار روانی زیادی برای والدین در پی دارد و می‌تواند تعادل روانی و اقتصادی خانواده را بر هم بزند. والدین کودکان درخودمانده استرس و مسئولیت‌پذیری بالاتری در قبال فرزند خود دارند (اوزسنول و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ فودی، جیمز و لیدر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). در این راستا پژوهش‌های مختلفی گزارش کرده‌اند که در مقایسه با والدین کودکان عادی، والدین کودکان درخودمانده سطح بالایی از استرس خانوادگی، فشار روحی و ناکامی و

مشکلات جسمی را دارا هستند (بیلجین و کوکوک<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰؛ ایکاس و ویتمان<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰؛ دابروسکا و پیسولا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰).

استرس و فشار روحی روانی مداوم، اثرات مخربی بر سلامت روان والدین بر جا می‌گذارد؛ به طوری که پژوهش‌ها نشان داده است، مشکلاتی از جمله افسردگی، اضطراب، عدم رضایت از زندگی زناشویی، مشکلات تغذیه و خواب در والدین کودکان درخودمانده بالاست (لوپز، هافمن، اسوینی، هادگ و گیلیام<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸؛ ملترز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸؛ فتراسوان و شاندرور مایلز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹). این مشکلات نه تنها باعث می‌شود که والدین یک زندگی پرتنش و شکننده داشته باشند، بلکه اثرات مخربی بر کاهش اثر مداخلات آموزشی و درمانی اولیه برای کودکان درخودمانده خواهد داشت (اوسبورن، مک هاف، ساندرز و رید<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸). هم‌چنین شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که استرس والدینی تأثیرات جبران‌ناپذیر و عمیقی بر روی روابط و تعاملات والدین با کودک خود می‌گذارد. استرس والدینی پیامدهای منفی متعددی دارد که از جمله می‌توان به دلبستگی ضعیف، مشکلات رفتاری، کاهش روابط متقابل مثبت میان کودک و والدین، نارضایتی والدین، وجود نشانه‌های بیماری، کیفیت پایین روابط زناشویی، مشکلات رفتاری کودک و افسردگی اشاره کرد. (نام و چون<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴). در این راستا هاستینگ و همکاران<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۵) در پژوهش خود به نقش واسطه‌ای استرس والدینی بین مشکلات رفتاری کودکان و والدین آن‌ها اشاره کرد. در واقع با وجود این‌که همه والدین کودکان عادی مقداری استرس تجربه می‌کنند، اما استرسی که والدین کودکان معلول از جمله کودکان درخودمانده تجربه می‌کنند در سطح بالاتری قرار دارد (به نقل از دیویس و کارتر<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۸)؛ که این ناتوانی کودکان، اثرات منفی بر والدین می‌گذارد و در بروز استرس و افسردگی آن‌ها نقش دارد (استیس و همکاران<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۹). در این راستا پژوهش‌های متعددی سطوح بالای استرس، فرسودگی هیجانی، اضطراب و افسردگی را در والدین کودکان دچار اختلال درخودمانده گزارش کرده‌اند (شیو، بلومبرگ، رایس، ویسر و بویل<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۷؛ رانو و بیدل<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۹). بدین ترتیب انتظار می‌رود که والدین این کودکان نسبت به والدین کودکان عادی، فشار روانی بالاتری را تجربه کنند. بر این اساس پاره‌ای از مطالعات در قالب طرح‌های مقایسه‌ای، نشان داده‌اند که والدین کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی نسبت به والدین کودکان مبتلا به سندرم داون یا انواع دیگر عقب‌ماندگی‌های ذهنی و هم‌چنین کودکان دچار اختلال‌های رفتاری و بیماری‌های مزمن، سطوح بالاتری از مشکلات هیجانی فوق را تجربه می‌کنند (اولسون و وانگ<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۱؛ ویس<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۲).

علاوه بر تجربه اختلالات روان‌شناختی، بر مبنای مطالعات انجام‌شده دو مورد از مهم‌ترین واکنش‌های والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم تجربه خشم و استرس است (استراوس، ویکر، والر، دلیا، اریما و فاوا<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۲). در واقع شایع‌ترین واکنش والدین کودکان درخودمانده بخصوص مادرانشان ناکامی و خشم است که این مسئله تأثیرات مخربی بر زندگی این افراد بر جا خواهد گذاشت. نکته قابل توجه آن‌که مادران نسبت به پدران، بیش‌تر تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرند. در ایران نیز مادران مسئولیت پررنگ‌تر و قابل توجهی در تربیت فرزند خود دارند از این‌رو مادران کودکان درخودمانده نگرانی، تنش و فشار بیشتری نسبت به پدران این کودکان تجربه می‌کنند (نام و چون<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۴). گرچه تشخیص اختلال طیف درخودماندگی، چیز قابل‌تغییری نیست، اما پاسخ‌ها و چالش‌های خانواده به این تشخیص امری قابل‌انعطاف و تغییرپذیر است. بر این اساس پژوهشگران مختلف از روش‌های متعدد برای تخفیف اثرات ناگوار اختلال طیف درخودماندگی بر

فضای خانواده استفاده کرده و اثربخشی آن را مورد تأکید قرار داده‌اند (دارو، پرای، پرنون، میچلون، آسیلاکس و بغدادلی<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۰؛ گوپفرت، موله، فون‌هان، ویسکو و سیگل<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۵). شواهد قویاً گویای آن است که وجود حمایت اجتماعی بالا و استفاده از روش‌های ارتقای مهارت والدگری باعث کاهش استرس و نشانه‌های افسردگی و بهبود سلامت روان شناختی این والدین می‌شود (فاوا و استراوس<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۱). تولد نوزاد با ناتوانی می‌تواند خانواده را به‌عنوان یک نهاد اجتماعی به شیوه‌های مختلف تحت تأثیر قرار دهد و باعث ضربه روحی، ناامیدی، خشم، افسردگی، احساس گناه و سردرگمی والدین و همشیره‌ها شود. حتی سطوح اندک تنیدگی نیز می‌تواند تعامل میان والد و کودک را به مخاطره بیندازد. این تنیدگی‌ها نیز به نوبه خود باعث کاهش توانایی والدین در شناسایی و درک صحیح پیام‌های کودک و در نتیجه ناتوانی در پاسخگویی اثربخش به نیازهای وی می‌شود. از آنجا که اختلال طیف درخودمانده، مشکلات ارتباطی به همراه می‌آورد و مشکلات ارتباطی به مشکلات اجتماعی و رفتاری دامن می‌زنند، این مسئله می‌تواند به استرس شدید والدین و به طبع آن خشم و ناکامی در آن‌ها منجر گردد که نتیجه این مسئله مشکلات بیشتر والدین آن‌ها بخصوص مادران و عمیق‌تر شدن مشکلات این کودکان است. درواقع با توجه به تأثیرات مخرب و جبران‌ناپذیری که معلولیتی همچون درخودماندگی روی سیستم خانواده بر جای می‌گذارد، توجه به آموزش‌های لازم در زمینه کاهش استرس و فشار روانی و مهارت کنترل خشم به والدین این کودکان ازجمله مادران آن‌ها از ضروریات انکارناپذیر است. ازاین‌رو پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت کنترل خشم و استرس بر کاهش خشم و استرس مادران کودکان مبتلابه اختلال طیف اتیسم انجام گرفت.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر تجربی بوده و در قالب یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلابه اختلال طیف درخودماندگی بود که در سال ۱۳۹۵ به مرکز توان‌بخشی کودکان درخودمانده به آرا مراجعه کردند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و مادرانی که تمایل به همکاری داشتند و نمره کنترل خشم و استرس آن‌ها بالاتر از میانگین بود به صورت در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا وضعیت آموزش توضیح داده شد و با اجرای پرسشنامه پاسخ به استرس و پرخاشگری از بین مادران کودکان درخودمانده داوطلب، آن‌هایی که نمراتشان در این مقیاس‌ها بالا بود انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار دادیم. ملاک‌های ورود نمونه‌ها شامل داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه کتبی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم جهت شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی، وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک که با پرسش از آن‌ها در خصوص استفاده از دارو یا درمان روان‌پزشکی و گرفتن شرح حال و هم‌چنین مشاهده پرونده پزشکی کودکان با کسب اجازه از والدین و نیز مسئولین مرکز توسط نویسنده مسئول و زیر نظر استاد مسئول بررسی شد. بر

اساس داده‌های جمعیت شناختی بیشترین فراوانی برای مادران ۳۵-۳۰ ساله (۸ نفر گروه آزمایش، ۷ نفر گروه کنترل) و سطح تحصیلات لیسانس (۷ نفر گروه آزمایش، ۸ نفر گروه کنترل) بود.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه پاسخ به استرس<sup>۲۸</sup> (SRI):** این مقیاس توسط کوه، پارک، کیم و چو<sup>۲۸</sup> در سال ۲۰۰۱ ساخته شد و دارای ۳۹ گویه و هفت زیرمقیاس تنش، پرخاشگری، جسمانی سازی، خشم، افسردگی، خستگی و ناکامی می‌باشد. در این مقیاس خودگزارشی، آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از به هیچ وجه = ۰ تا کاملاً = ۴) مشخص سازد که تا چه حد هر یک از علائم ذکر شده را تجربه می‌کند. شیوه نمره‌گذاری در پرسشنامه بدین شرح است که برای به دست آوردن نمره هر زیرمقیاس امتیاز همه عبارات مربوط به زیرمقیاس مورد نظر با هم جمع می‌گردد (رستمی و جباری<sup>۲۹</sup>، ۱۳۹۴). برای به دست آوردن نمره کلی آزمون نیز باید امتیاز همه ۳۹ عبارت با هم جمع شود، نمرات بالاتر نشانگر پاسخ شدیدتر نسبت به استرس است. پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های تنش (۰/۸۶)، پرخاشگری (۰/۸۳)، جسمانی سازی (۰/۷۶)، خشم (۰/۸۴)، افسردگی (۰/۹۰)، خستگی (۰/۸۱) و ناکامی (۰/۹۱) گزارش کرده‌اند. هم‌چنین همسانی درونی این آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفته که بالاترین و پایین‌ترین ضریب به ترتیب متعلق به ناکامی (۰/۹۱) و جسمانی سازی (۰/۷۶) بوده است (کوه و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران نیز روایی مقیاس از طریق ضریب همبستگی هر گویه با نمره کل مورد محاسبه قرار گرفت، نتایج ضریب همبستگی هر گویه با نمره کل از ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ در نوسان بود (رستمی و جباری، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی ابزار مورد نظر برای هفت زیرمقیاس تنش (۰/۸۹)، پرخاشگری (۰/۷۸)، جسمانی سازی (۰/۸۱)، خشم (۰/۸۶)، افسردگی (۰/۸۷)، خستگی (۰/۸۳) و ناکامی (۰/۹۳) به دست آمد.

**پرسشنامه پرخاشگری<sup>۳۰</sup> (AI):** این مقیاس توسط گلاو<sup>۳۱</sup> در سال ۱۹۹۱ ساخته شد و دارای ۳۰ گویه و چهار زیرمقیاس پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، تکانشگری/بی‌تابی و اجتناب می‌باشد. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از (به هیچ وجه = ۰ تا کاملاً = ۵) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از گویه‌ها را مشخص کند. برای به دست آوردن نمره هر زیرمقیاس امتیاز همه عبارات مربوط به زیرمقیاس مورد نظر با هم جمع و عدد به دست آمده بر تعداد آیتم‌ها تقسیم می‌شود. طیف نمرات بین ۱ تا ۵ قرار دارد. نمرات بالاتر نشانگر پرخاشگری بیشتر هستند. پرسشنامه پرخاشگری دارای ثبات درونی مطلوبی است و میزان پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برای زیرمقیاس‌ها در مردان: پرخاشگری فیزیکی = ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی = ۰/۸۱، تکانشگری/بی‌تابی = ۰/۸۰ و اجتناب = ۰/۶۵ و در زنان: پرخاشگری فیزیکی = ۰/۷۰، پرخاشگری کلامی = ۰/۷۶، تکانشگری/بی‌تابی = ۰/۷۶ و اجتناب = ۰/۷۰ گزارش شده است (گلاو، ۱۹۹۱). در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی ابزار مورد نظر برای چهار زیرمقیاس پرخاشگری فیزیکی (۰/۷۳)، پرخاشگری کلامی (۰/۷۸)، تکانشگری/بی‌تابی (۰/۸۴) و اجتناب (۰/۷۴) به دست آمد.

## روند اجرای پژوهش

پس از درخواست مجوز از دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد واحد اراک، اداره کل بهزیستی شمیرانات و مدیریت مرکز به‌آرا، با مراجعه به مسئولین مرکز، از وضعیت مادران با کودکان مبتلا به طیف اتیسم مطلع شدیم. ۶۰ مادر داوطلب به همکاری معرفی شدند. سپس وضعیت مداخله آموزشی برای این گروه توضیح داده شد و با اجرای پرسشنامه پاسخ به استرس و پرسشنامه پرخاشگری از بین مادرانی که نمرات آن‌ها در پرسشنامه‌های مذکور بالاتر از میانگین بود، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار دادیم.

## محتوای جلسات آموزش کنترل خشم و استرس

جلسات آموزشی فقط بر روی مادران گروه آزمایش انجام گرفت، مادران اعضای گروه آزمایش طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک بار به مدت ۹۰ دقیقه، آموزش کنترل خشم و استرس والدگری را در جهت کنترل خشم و استرس خود دریافت نمودند و اعضای گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. در پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. پروتکل آموزشی اجرا شده بر اساس مطالعه روی پکیج‌های موجود و مطالعه کتب دیگر که منطبق با دیدگاه‌ها و تکنیک‌های شناخت‌درمانی و درمان عقلانی هیجانی بوده و شامل: بسته آموزشی راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری آنتونی<sup>۳۳</sup> و همکاران و روش شناخت‌درمانی بک<sup>۳۴</sup> و درمان عقلانی هیجانی الیس<sup>۳۴</sup> بود، تهیه و توسط نویسنده مسئول و زیر نظر استاد مسئول (مدیر مرکز توان‌بخشی به آرا) انجام گردید و ایشان تعداد جلسات و مطالب جلسات را تقسیم‌بندی و نحوه آموزش مطالب را تعیین نمودند.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش کنترل خشم و استرس

| جلسات | محتوای جلسات   |
|-------|--|
| اول   | معرفی/ مقدمه، تشریح خشم و استرس؛ معرفی منطق جلسات آموزش، شناخت ماهیت خشم، بررسی علل خشم که شامل ارتباطات ضعیف، دید شکاکانه و اینکه بعضی افراد به علت ترس به خشم تکیه می‌کنند و... اهمیت مهارت کنترل خشم و آموزش شناخت احساسات که شامل جواب دادن به چهار سؤال است: ۱. چه کسی مرا خشمگین کرد؟ ۲. آیا این جایی است که می‌خواهم خشمگین شوم؟ ۳. چرا خشمگینم؟ آیا شدت خشم من در این لحظه با دلیل خشم همخوانی دارد؟ و تجزیه و تحلیل آن‌ها.  |
| دوم   | مروری بر تکلیف شناخت احساسات که در جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت و اهمیت نقش افکار در میزان عصبانیت آموزش a-b-c، موجه نشان دادن هیجان خشم، آموزش نوشتن دفتر خاطرات خشم که این عامل فرصتی است برای نگاه به گذشته و پاسخ دادن به این سؤال که آیا در حال تبدیل شدن به فردی با خشم کمتر هستم یا خیر و آبراز خشم به شیوه سازنده و تشریح فرایند دوازده قدمی خشم سازنده، تکالیف خانگی: تمرین ۱۲ مرحله سازنده کنترل خشم در خانه و نوشتن شرایطی که افکار ناکارآمد اجازه اجرای این مراحل را نمی‌دهد.   |
| سوم   | مروری بر تکلیف جلسه گذشته، پرسش و پاسخ در رابطه با مدیریت خشم خود در طول هفته گذشته و بررسی علل پایدار شدن هیجان خشم (که علت آن مقاومت در مقابل خشم است هرچقدر بیشتر به خودتان بگوئید من عصبانی نیستم، به من برنخورده، من از چیزی ناراحت نیستم، خشم شما ماندگارتر می‌شود) و ارائه راهکارهایی برای رها شدن از احساس خشم‌های کهنه که شامل ۶ قدم شناسایی، بلند بیان کردن احساس، توجه نکردن خشم، اجازه بروز خشم را دادن، راه‌حل برای خلاص شدن از خشم بود و تصمیم درباره اینکه کدام راه‌حل را اجرا کنند. تکالیف خانگی: ۶ قدم برای رهایی از خشم را در خانه اجرا کردن |

## ادامه جدول ۱

|       |  |
|-------|--|
| چهارم | آموزش نوشتن دفتر روزانه خشم و عواملی که بر بروز مدیریت شده خشم می‌تواند تأثیر داشته باشد که شامل: تأثیر مواد قانونی بر میزان خشم، نقش خواب بر میزان خشم، نقش ایمان بر مدیریت خشم. تکالیف خانگی: نوشتن دفتر روزانه خشم و ارزیابی میزان خشم خود بر اساس دفتر روزانه خشم.   |
| پنجم  | مروری بر تکالیف دفتر روزانه خشم، بررسی خشم در خانه و خانواده و ارائه راهکارهایی از قبیل (از گفتگوی خشم‌آلود به صورت مستقیم با اعضای خانواده بپرهیزید، مدیریت خشم از بزرگ‌ترین فرد خانواده به کوچک‌ترین که باعث الگوگیری می‌شود، پذیرای اختلاف و خشم خود باشید و...) و آموزش شیوه‌های تغییر احساسات خود، تکالیف خانگی: آموزش تکمیل کاربرگ ثبت فکر و جمع‌بندی مبحث مدیریت خشم. |
| ششم   | شروع مبحث مدیریت استرس؛ تعریف استرس، نشانه‌ها و عوارض استرس، آموزش آگاهی از استرس خود و تمرین بررسی یک دقیقه‌ای بدن خود و پاسخ به سوالات آگاهی از استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای.   |
| هفتم  | آموزش راه‌های مواجهه با استرس، درک ارتباط بین افکار و هیجانات، آموزش روش‌های تربیت افکار عنوان‌گسیخته، آموزش مهارت‌های ساختاری کاهش استرس، آموزش شیوه تنفس دیافراگمی و تمرین و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای. تکالیف خانگی: اجرای آموزش آرام‌سازی عضلانی در خانه در موقعیت‌های استرس‌زا.   |
| هشتم  | آموزش شناسایی افکار منفی، آموزش شیوه‌های تغییر احساسات خود، تکمیل کاربرگ ثبت فکر، آموزش شیوه‌های کاهش استرس بین فردی و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای و مراقبه شمارش تنفس. *لازم به ذکر است که در جلسه اول اطلاعاتی درباره اتیسم، ویژگی‌های اختلال اتیسم، سبب‌شناسی، سیر تحول و پیامدهای اختلال، درمان و اثرات هیجانی تشخیص اتیسم بر والدین به مادران داده شد.  |

داده‌های گردآوری شده از اجرای پرسش‌نامه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد بررسی قرار گرفتند. برای داده‌های توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد.

## یافته‌های پژوهش

در جدول شماره ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به زیرموضوع‌های خشم و استرس دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است که یافته‌های جدول نشان می‌دهد، بین میانگین‌های پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت‌هایی دیده می‌شود.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها

## به تفکیک گروه‌های پژوهش

| گروه        | متغیر           | پیش‌آزمون |                  | پس‌آزمون |                  |
|-------------|-----------------|-----------|------------------|----------|------------------|
|             |                 | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد |
| گروه آزمایش | پرخاشگری فیزیکی | ۷         | ۳/۳۱             | ۶/۱۳     | ۴/۷۲             |
|             | پرخاشگری کلامی  | ۱۶/۸۰     | ۴/۳۷             | ۱۵/۸۶    | ۶/۰۳             |
|             | تکانشگری        | ۱۷/۸۰     | ۴/۵۳             | ۱۵/۸۶    | ۳/۲۰             |
| استرس       | اجتناب          | ۵/۲۳      | ۱/۳۴             | ۴/۲۰     | ۳/۲۶             |
|             | تنش             | ۵/۲۶      | ۴/۰۶             | ۴/۵۳     | ۴/۳۷             |
|             | پرخاشگری        | ۴/۴۰      | ۳/۰۱             | ۲/۵۳     | ۲/۸۵             |
|             | جسمانی سازی     | ۲         | ۲/۰۳             | ۱/۰۴     | ۱/۸۴             |
|             | خشم             | ۹/۳۳      | ۶/۲۸             | ۴/۴۶     | ۶/۰۸             |
|             | افسردگی         | ۵/۴۶      | ۵/۵۵             | ۵/۷۳     | ۵/۰۶             |
|             | خستگی           | ۸/۴۰      | ۴/۵۹             | ۶/۳۳     | ۴/۳۸             |

ادامه جدول ۲

|       |       |       |       |                 |       |            |
|-------|-------|-------|-------|-----------------|-------|------------|
| ۶/۵۸  | ۸/۲۶  | ۶/۰۳  | ۱۰/۶۶ | ناکامی          |       |            |
| ۳۱/۲۶ | ۳۵/۲۶ | ۲۸/۶۴ | ۴۹/۵۳ | کل              |       |            |
| ۲/۰۶  | ۶/۰۲  | ۲/۱۹  | ۶/۴۶  | پرخاشگری فیزیکی | خشم   | گروه کنترل |
| ۴/۴۰  | ۱۴/۹۳ | ۵/۷۲  | ۱۵/۶۶ | پرخاشگری کلامی  |       |            |
| ۵/۶۳  | ۱۵    | ۵/۹۳  | ۱۵/۶۰ | تکانشگری        |       |            |
| ۱/۲۲  | ۴/۷۳  | ۱/۵۷  | ۵/۰۶  | اجتناب          | استرس |            |
| ۵/۶۹  | ۵/۳۷  | ۴/۵۱  | ۵/۶۰  | تنش             |       |            |
| ۳/۰۶  | ۱/۸۰  | ۲/۷۷  | ۱/۵۳  | پرخاشگری        |       |            |
| ۴/۳۵  | ۲/۸۶  | ۲/۷۴  | ۲/۶۰  | جسمانی سازی     |       |            |
| ۴/۲۸  | ۷/۰۶  | ۵/۲۴  | ۶/۳۳  | خشم             |       |            |
| ۷/۲۱  | ۳/۸۶  | ۷/۸۴  | ۴/۰۰  | افسردگی         |       |            |
| ۴/۷۴  | ۶/۲۵  | ۵/۶۱  | ۶/۷۳  | خستگی           |       |            |
| ۶/۴۵  | ۷/۸۰  | ۷/۱۲  | ۸/۲۶  | ناکامی          |       |            |
| ۳۴/۴۶ | ۳۸/۸۷ | ۳۲/۷۲ | ۳۹    | کل              |       |            |

به منظور تعیین تأثیر متغیر مستقل در گروه آزمایش و کنترل و حذف اثر پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کواریانس، مفروضه‌های اصلی تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آزمون همگنی ضریب رگرسیون برای متغیرهای کلی به شرح زیر می‌باشد: استرس کلی ( $P > 0.05$ )،  $F = 7.19$  و خشم کلی ( $F = 8.30, P > 0.05$ ). همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع در متغیرها به شرح زیر آمد: استرس کلی ( $Z = 0.70, P > 0.05$ ) و ( $Z = 0.65, P > 0.05$ ). افزون بر این مفروضه همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت که به شرح زیر به دست آمد: ( $F = 4.80, P > 0.05$ ) و ( $F = 6.12, P > 0.05$ ). همان‌طور که ملاحظه می‌شود مفروضه‌ها رعایت شده است و نتایج حاکی از این است که می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای خشم کلی و استرس کلی به دست آمده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه بین گروه‌ها در نمره کل خشم و استرس

| متغیر    | منبع پراش | مجموعه مجذورات آزادی | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | معناداری | مجذورات تا |
|----------|-----------|----------------------|------------|-----------------|--------|----------|------------|
| خشم کل   | پیش‌آزمون | ۲۱۱۳/۹۰              | ۱          | ۲۱۱۳/۹۰         | ۱۴۱/۱۴ | ۰/۰۰۱    | ۰/۸۸       |
|          | گروه      | ۵۶۷/۵۱               | ۱          | ۵۶۷/۵۱          | ۳۷/۸۹  | ۰/۰۰۱    | ۰/۸۸       |
|          | خطا       | ۴۰۴/۳۶               | ۲۷         | ۱۴/۹۷           |        |          |            |
| استرس کل | پیش‌آزمون | ۲۱۰۷/۴۱              | ۱          | ۲۱۰۷/۴۱         | ۱۴/۳۴۳ | ۰/۰۰۱    | ۰/۷۸       |
|          | گروه      | ۲۸۸۸/۲۵              | ۱          | ۲۸۸۸/۲۵         | ۱۹/۶۵  | ۰/۰۰۱    | ۰/۷۸       |
|          | خطا       | ۳۹۶۶/۹۱              | ۲۷         | ۱۴۶/۹۲          |        |          |            |

در ادامه برای بررسی اینکه گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از مؤلفه‌های خشم و استرس با یکدیگر تفاوت دارند، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای زیرمقیاس‌ها در جدول ۴ گزارش شده است.



جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در زیرمؤلفه‌های خشم و استرس در دو گروه

| متغیر           | منبع پراش | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجموع مجذورات | F     | معناداری | مجذور تا |
|-----------------|-----------|---------------|------------|-----------------------|-------|----------|----------|
| پرخاشگری فیزیکی | گروه      | ۸۵/۱۳         | ۱          | ۸۵/۱۳                 | ۷/۶۲  | ۰/۰۵     | ۰/۲۴     |
|                 | خطا       | ۸۹/۳۰         | ۱۷         | ۱/۸۱                  |       |          |          |
| پرخاشگری کلامی  | گروه      | ۷۸/۱۷         | ۱          | ۷۸/۱۷                 | ۲۳/۴۷ | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۳     |
|                 | خطا       | ۸۵/۳۰         | ۱۷         | ۵/۰۱                  |       |          |          |
| تکانشگری        | گروه      | ۹۸/۳۴         | ۱          | ۹۸/۳۴                 | ۴/۵۶  | ۰/۰۵     | ۰/۲۳     |
|                 | خطا       | ۱۳۰/۲۲        | ۱۷         | ۶۶/۷                  |       |          |          |
| اجتناب          | گروه      | ۲۴/۲          | ۱          | ۲/۲۴                  | ۱/۶۹  | ۰/۲۱     | ۰/۰۵     |
|                 | خطا       | ۴۴/۲۲         | ۱۷         | ۱/۳۲                  |       |          |          |
| تنش             | گروه      | ۹/۴۹          | ۱          | ۹/۴۹                  | ۵/۱۶  | ۰/۰۵     | ۰/۲۴     |
|                 | خطا       | ۲۹/۱۸         | ۱۷         | ۱/۷۱                  |       |          |          |
| پرخاشگری        | گروه      | ۶۳/۶۰         | ۱          | ۶۳/۶۰                 | ۱۱/۲۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۹     |
|                 | خطا       | ۹۶/۴۴         | ۱۷         | ۵/۶۱                  |       |          |          |
| جسمانی سازی     | گروه      | ۳/۱۹          | ۱          | ۳/۱۹                  | ۱/۸۵  | ۰/۱۹     | ۰/۱۰     |
|                 | خطا       | ۲۹/۱۸         | ۱۷         | ۱/۷۱                  |       |          |          |
| خشم             | گروه      | ۸۴/۳۳         | ۱          | ۸۴/۳۳                 | ۴/۷۷  | ۰/۰۵     | ۰/۲۶     |
|                 | خطا       | ۴۸/۱۲۰        | ۱۷         | ۷/۰۷                  |       |          |          |
| افسردگی         | گروه      | ۵۳/۱۷         | ۱          | ۵۳/۱۷                 | ۲/۳۴  | ۰/۱۴     | ۰/۹      |
|                 | خطا       | ۲۳/۱۲۷        | ۱۷         | ۷/۴۸                  |       |          |          |
| خستگی           | گروه      | ۰/۲/۴۲        | ۱          | ۰/۲/۴۲                | ۹/۰۹  | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۸     |
|                 | خطا       | ۵۶/۷۸         | ۱۷         | ۴/۶۲                  |       |          |          |
| ناکامی          | گروه      | ۵۶/۵۶         | ۱          | ۵۶/۶۵                 | ۳/۷۹  | ۰/۰۵     | ۰/۲۸     |
|                 | خطا       | ۱۰/۲۹۴        | ۱۷         | ۱۷/۳۰                 |       |          |          |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد دو گروه در میزان پرخاشگری فیزیکی ( $F = 7.62, p < 0.05, \eta^2 = 0.24$ )، پرخاشگری کلامی ( $F = 23.47, p < 0.001, \eta^2 = 0.33$ ) و تکانش‌گری-بی‌تابی ( $F = 4.56, p < 0.05, \eta^2 = 0.23$ ) تفاوت معناداری دارند. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که آموزش کنترل خشم بر کاهش نمرات مادران در زیرمقیاس‌های موردنظر تأثیر داشته است. ولی در زیرمقیاس اجتناب، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ( $F = 1.69, p > 0.21, \eta^2 = 0.05$ ). هم‌چنین در متغیر استرس همان‌طور که یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد در زیرمؤلفه‌های تنش ( $F = 5.16, p < 0.05, \eta^2 = 0.24$ )، پرخاشگری ( $F = 11.21, p < 0.001, \eta^2 = 0.39$ )، خشم ( $F = 4.77, p < 0.05, \eta^2 = 0.26$ )، خستگی ( $F = 9.09, p < 0.001, \eta^2 = 0.38$ ) و ناکامی ( $F = 3.79, p < 0.05, \eta^2 = 0.29$ ) دو گروه تفاوت معناداری دارند. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که آموزش کنترل استرس بر کاهش نمرات مادران در زیرمقیاس‌های موردنظر تأثیر داشته است. ولی در زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی ( $F = 1.85, p > 0.19, \eta^2 = 0.10$ ) و افسردگی ( $F = 2.34, p > 0.14, \eta^2 = 0.09$ ) تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم و استرس بر کاهش خشم و استرس مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم انجام گرفت. یافته‌های پژوهش، نشان داد که آموزش کنترل خشم و استرس باعث کاهش پرخاشگری فیزیکی و پرخاشگری کلامی در مادران کودکان درخودمانده می‌شود. به عبارتی، می‌توان با آموزش مهارت مدیریت کنترل خشم و استرس به مادران کودکان درخودمانده کمک کرد تا از بسیاری از ناسازگاری‌ها در زمینه کنترل خشم این مادران جلوگیری کرد و یا میزان مدیریت خشم را در مادران بالا برد. در ارتباط با اهمیت مدیریت خشم در کاهش خشم، پژوهش‌های زیادی به این موضوع اشاره کرده‌اند و همواره همبستگی بالای این دو متغیر نشان داده شده است (بیدل و همکاران<sup>۳۵</sup>، ۲۰۱۵؛ شکوهی‌یکتا، به‌پژوه، غباری‌بناب، زمانی و پرنده<sup>۳۶</sup>، ۲۰۱۰؛ گوپفرت و همکاران، ۲۰۱۵).

در بررسی چرایی اثربخشی آموزش مدیریت خشم و استرس بر پرخاشگری فیزیکی و کلامی باید گفت اغلب مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم، به دلیل وجود مسئولیت‌های سنگین، تحت فشار روانی قرار گرفته و در بعضی موقعیت‌ها ناخودآگاه به صورت پرخاشگری فیزیکی و کلامی با دیگران برخورد می‌کنند و هم‌چنین قادر به کنترل پرخاشگری کلامی خود نیستند. به همین خاطر، آموزش مدیریت خشم به مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم کمک می‌کند ابتدا نسبت به شدت، منشأ، آستانه و محرک‌های خشم و هم‌چنین به ارتباط بین فکر و احساس و رفتار، آگاهی و شناخت لازم را پیدا کنند و این آگاهی باعث می‌شود افراد در موقعیت‌های مختلف با غلبه بر هیجانات خویش و دادن پاسخ متناسب بر خشم خود کنترل داشته و قادر باشند بر رفتارهای پرخاشگرانه خود چه کلامی و چه غیرکلامی شناخت و آگاهی داشته باشند و در نتیجه راحت‌تر بتوانند آن را کنترل نمایند و واکنش متناسبی در مقابل رفتارهای فرزند خود داشته باشند (شکوهی‌یکتا و همکاران، ۲۰۱۰).

هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدیریت خشم و استرس باعث کاهش تکانشگری در مادران با اختلال طیف اتیسم می‌شود. برای مقایسه نتایج این قسمت پژوهش، تحقیقی که به صورت مستقیم به بررسی این متغیرها پردازد، یافت نشد. برای تبیین یافته‌های این قسمت می‌توان گفت، واکنش‌های تکانشگری که مادران کودکان اوتیستیک نشان می‌دهند، بیشتر ناشی از خشم و ناکامی داشتن فرزند معلولی است که بار روانی سنگینی از لحاظ عاطفی و اقتصادی بر روی دوش تک‌تک اعضای خانواده می‌گذارد. این مادران به دلیل اینکه نمی‌توانند با شرایط کودک خود سازگار شوند، در بعضی مواقع به صورت تکانشی عمل نموده و در بعضی مواقع نیز از موقعیت‌های روزمره زندگی اجتناب می‌کنند (صابری، بهرامی‌پور، قمرانی و یارمحمدیان<sup>۳۷</sup>، ۱۳۹۳). از این رو وقتی مادران این کودکان آموزش لازم در زمینه اتیسم و ویژگی‌های آن و نحوه برخورد درست و مدیریت خشم و استرس زندگی با چنین کودکانی را آموختند، کنترل آن‌ها بر هیجانات خویش افزایش و عواطف و احساسات منفی نسبت به شرایط دشوار زندگی کاهش یافت. هم‌چنین آموزش مدیریت خشم باعث به وجود آمدن هیجانات مثبت به جای هیجانات منفی از قبیل پرخاشگری و تکانشگری شد که تجربه این هیجانات مثبت می‌تواند به‌عنوان یک منبع تقویت برای مادران کودکان اوتیستیک عمل کند تا تعامل مثبت و سازنده‌ای با فرزند خود داشته باشند. چنین تجربه هیجان‌های

مثبت، افزون بر کاهش خشم، می‌تواند باعث آگاهی و کاهش رفتارهای تکانشگری آن‌ها گردد (نام و چون، ۲۰۱۴).

از طرفی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش کنترل خشم و استرس باعث کاهش اجتناب در مادران کودکان درخودمانده نشد و این نشان‌دهنده آن است که آموزش مدیریت خشم و استرس در کاهش نشانگان اجتناب در مادران کودکان اטיسم مؤثر نبوده است. برای تبیین این یافته باید گفت نشانگان و ویژگی‌های شخصیت اجتنابی پایدار می‌باشد و جهت کاهش این نشانگان، نیاز به مداخله بلندمدت است. در حالی که برنامه مداخله در پژوهش حاضر کوتاه‌مدت (۲ ماهه) بود و شاید به این دلیل نتوانست تأثیر خود را در کوتاه‌مدت اعمال نماید.

هم‌چنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدیریت خشم و استرس باعث کاهش تنش در مادران کودکان درخودمانده شد که با پژوهش‌های (بیدل و همکاران، ۲۰۱۵؛ شکوهی‌یکتا و همکاران، ۲۰۱۰؛ گوپفرت و همکاران، ۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید گفت از آنجا که اختلال طیف اטיسم یکی از اختلالاتی است که بیش از سایر معلولیت‌های ذهنی، تنیدگی را بر خانواده و به خصوص مادران وارد می‌کند، این مادران در معرض مشکلات مربوط به بهداشت روانی هستند (خوشابی، فرزادفرد، کاکاسلطانی، پوراعتماد و نیکخواه<sup>۳۸</sup>، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر آموزش مهارت‌های کنترل استرس به عنوان یک منبع و پادتن روان‌شناختی، مادران کودکان اوتیستیک را برای کنار آمدن با معلولیت فرزند خود و مقابله با فشار و دشواری‌های تربیت چنین فرزندان آماده کرد؛ که این عوامل باعث کاهش تنش‌های روان‌شناختی و پرخاشگری و خشم فروخورده در این مادران شد. به علاوه آموزش مدیریت استرس در سطح پذیرش رفتار کودکان مبتلا به اטיسم از سوی مادران مؤثر بود و آن‌ها در روند اجرای پژوهش، در قبال رفتارها و نشانگان کودک، دچار اضطراب و نگرانی‌های کمتری شدند که این خود در تعامل بین کودک و والد مؤثر بود.

هم‌چنین، نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که آموزش کنترل خشم و استرس باعث کاهش خستگی در مادران کودکان درخودمانده می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، مادران کودکان با اختلال طیف اטיسم زمان بیشتری از اوقات خود را صرف تلاش برای کاهش نیازهای ارتباطی فرزند اوتیستیک خود می‌کنند که این عامل باعث به وجود آمدن نشانگان خستگی روانی و افسردگی در این والدین می‌شود (نام و چون، ۲۰۱۴) و یکی از عواملی که می‌تواند به کاهش خستگی روانی کمک کند آموزش آرمیدگی عضلانی است (گوپفرت و همکاران، ۲۰۱۵؛ خدابخشی و مقیمی<sup>۳۹</sup>، ۲۰۱۶). در فرایند جلسات درمانی آموزش کنترل خشم و استرس به والدین آموزش داده شد که چگونه در زمان تنش و استرس برای جلوگیری از هیجانات منفی از آرامش عضلانی استفاده کنند تا از این طریق هم باعث افزایش عملکرد خود شوند و هم از به وجود آمدن هیجانات نامطلوب و خستگی روانی جلوگیری کنند. هم‌چنین مشاهدات پژوهشگر نشان داد که آموزش مهارت کنترل استرس با افزایش دانش و مهارت مادران در زمینه غلبه بر هیجانات منفی و نشان دادن واکنش مثبت مؤثر بوده و باعث می‌شد که مادران درک درستی از ماهیت درخودماندگی و مداخله‌های آموزشی و توان‌بخشی کودکان پیدا کنند. با یادگیری نحوه کنترل و مهار رفتارهای چالش‌آفرین فرزندشان، تنش و استرس آن‌ها کاهش یافته و نگرش مثبت‌تری درباره روند درمان کودکان پیدا کردند که این امر باعث کاهش نشانگان خستگی روانی به صورت کلی شد.

پژوهش حاضر نشان داد که آموزش کنترل خشم و استرس باعث کاهش ناکامی در مادران کودکان در خودمانده شد. به عبارتی، می‌توان با آموزش آن دسته از مهارت‌های کنترل خشم که مادران کودکان در خودمانده در آن مشکل دارند، از بسیاری از ناسازگاری‌ها از قبیل ناکامی در مادران جلوگیری کرد که با نتایج پژوهش‌های (ایکست، اسمیت، جهر و الدویک<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۷؛ فاوا و استراوس، ۲۰۱۱؛ استراوس و همکاران، ۲۰۱۲؛ فیضی، نجمی، ثالثی، غرامی و هویدافر<sup>۴۱</sup>، ۲۰۱۴) همسو بود. برای تبیین یافته این قسمت پژوهش باید گفت که آموزش کنترل خشم و استرس از بسیاری از هیجانات مخرب از قبیل پرخاشگری و استرس جلوگیری می‌کنند (جعفری، امان‌الهنزاد کلخوران و طالبی<sup>۴۲</sup>، ۱۳۹۳) و این باعث شد که مادر در رابطه فرزند خود عملکرد مطلوبی داشته باشد و همچنین نظارت بیشتری بر رفتارهای خود داشته باشد و یک چرخه رابطه مطلوبی بین مادر کودک برقرار شود که نتیجه این چرخه مطلوب کاهش رفتارهای ناکام‌کننده بین مادر و فرزند بود. همچنین وجود حمایت اجتماعی بالا و استفاده از روش‌های ارتقای مهارت والدگری باعث کاهش استرس و نشانه‌های آن و ناکامی و بهبود سلامت روان‌شناختی این والدین شد.

از سوی دیگر در این پژوهش آموزش مدیریت خشم و استرس نتوانست تفاوت معناداری را در دو گروه آزمایش در زیرمقیاس‌های افسردگی و جسمانی‌سازی به وجود آورد. بررسی وضعیت افراد در مرحله پیش‌آزمون در زیرمقیاس افسردگی و جسمانی‌سازی نشان‌دهنده این بود که افراد هر دو گروه در ابتدا نیز در این زیرمقیاس نمرات بالایی نداشتند. نمره این زیرمقیاس قابلیت تغییر بین نمره صفر تا ۱۵ را داراست، در حالی که میانگین افراد گروه آزمایش پژوهش، حتی به ۷ هم نرسید و بنابراین می‌توان چنین اظهار داشت که افراد نمونه پژوهش نیازمند بهبودی خاصی در این زیرمقیاس نبوده‌اند.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت کنترل خشم و استرس بر کاهش خشم و استرس مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مدیریت خشم و استرس از طریق تقویت مهارت‌های مقابله‌ای مادران دارای کودک مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم در کاهش خشم و استرس آنان در برابر رفتارهای کودکانشان می‌تواند مؤثر واقع شود که این مهم می‌تواند افقی نو بر آینده‌ای بهتر برای این کودکان و خانواده‌های آن‌ها بگشاید. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعداد محدود آزمودنی‌ها و نیز عدم پیگیری پایداری نتایج مداخله است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی تعداد نمونه بیشتری انتخاب شود و تا حد امکان مطالعات پیگیری نیز برای بررسی تداوم تأثیرات درمانی انجام پذیرد. همچنین جامعه آماری این پژوهش شامل مادرانی بود که به مرکز توان‌بخشی کودکان اتیستیک به آرا مراجعه کردند که این امر می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های دیگری در این زمینه در دیگر شهرها نیز صورت گیرد. همچنین با توجه به این امر که جامعه پژوهش حاضر را مادران کودکان اتیستیک تشکیل دادند پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های جداگانه به آموزش پدران این کودک نیز پرداخته شود.

### تقدیر و تشکر

بر خود واجب می‌دانیم که از همه مادران شرکت‌کننده که نهایت همکاری و همگامی در این پژوهش را با ما داشتند نهایت سپاس را داشته باشیم. همچنین از کارکنان مرکز توان‌بخشی کودکان اتیستیک به آرا که ما را در جمع‌آوری داده‌های پژوهش یاری نمودند نهایت سپاس را داریم.

## پی‌نوشت‌ها

1. Autism Spectrum Disorder
2. Neurodevelopmental
3. Stereotypy
4. American Psychiatric Association
5. Centers for Disease Control and Prevention
6. Özsenol, Fuat, Vedat, Bülent, Halil Ýbrahim & Gökçay
7. Foody, James & Leader
8. Bilgin & Kucuk
9. Ekas & Whitman
10. Dabrowska & Pisula
11. Lopez-Wagner, Hoffman, Sweeney, Hodge & Gilliam
12. Meltzer
13. Phetrasuwan & Shandor Miles
14. Osborne, McHugh, Saunders & Reed
15. Nam & Chun
16. Hastings, Kovshoff, Ward, Degli-Espinosa, Brown & Remington
17. Davis & Carter
18. Estes, Munson, Dawson, Koehler, Zhou & Abbott
19. Schieve, Blumberg, Rice, Visser & Boyle
20. Rao & Beidel
21. Olsson & Hwang
22. Weiss
23. Strauss, Vicari, Valeri, D'Elia, Arima & Fava
24. Darrou, Pry, Pernon, Michelon, Aussilloux & Baghdadli
25. Goepfert, Mule, Von Hahn, Visco & Siegel
26. Fava & Strauss
27. Stress Response Inventory
28. Koh, Park, Kim & Cho
29. Rostami & Jabbari
30. Aggression inventory
31. Gladue
32. Anthony's Cognitive-Behavioral Therapy
33. Beck's Cognitive Therapy
34. Emotional Rational Treatment Ellis
35. Beadle, Wegener, Swain, Hilton & Kenardy ... Lloyd
36. ShokuhiYekta, Behpajooh, Ghobari Bonab, Zamani & Parand
37. Saberi, Bahrami Pour, Ghmrane & Yarmohammadian
38. Khushabi, Farzad Fard, Kakasoltani, Pouretamad & Nikkhah
39. Khodabakhshi Koolae & Moghimi Nargh
40. Eikeseth, Smith, Jahr & Eldevik
41. Feizi, Najmi, Salesi, Chorami & Hoveidafar
42. Jafari, Amanolahnejad Kalkhoran & Talebi

## منابع

- خوشبایی، ک.، فرزادفرد، س. ز.، کاکاسلطانی، ب.، پوراعتماد، ح. ر.، و نیکخواه، ح. ر. (۱۳۸۹). بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۶(۱)، ۸۷-۹۷.
- جعفری، س.، امان‌الله‌نژاد کلخوران، م.، و طالبی، ر. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش کنترل خشم بر پرخاشگری دختران تکواندوکار نوجوان مبتدی. *مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، ۳(۱)، ۷۷-۸۸.
- رستمی، ص.، و جباری، س. (۱۳۹۴). مقایسه کفایت اجتماعی دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنوایی دارای مادران با و بدون استرس. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۵(۱۳۳)، ۵-۱۴.
- صابری، ج.، بهرامی‌پور، م.، قمرانی، ا.، و یارمحمدیان، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۲)، ۶۹-۷۷.

- Beadle, E. J., Wegener, S. V., Swain, M. A., Hilton, N., Kenardy, J. ... Lloyd, O. (2015). A Pilot Study of a Cognitive Behavioural Therapy Anger Management Intervention for Children with Acquired Brain Injuries. *Neuro-Disability and Psychotherapy*, 3(1), 42-64.
- Bilgin, H., & Kucuk, L. (2010). Raising an autistic child: perspectives from Turkish mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 92-99.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Retrieved from: <http://www.cdc.gov/-/ncbddd/autism/data.html>
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.
- Darrou, C., Pry, R., Pernon, E., Michelon, C., Aussilloux, C., & Baghdadli, A. (2010). Outcome of young children with autism: does the amount of intervention influence developmental trajectories? *Autism*, 14(6), 663-677.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1278-1291.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington: American Psychiatric Association.
- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2007). Outcome for children with autism who began intensive behavioral treatment between ages 4 and 7: a comparison controlled study. *Behavioral Modification*, 31(3), 264-278.
- Ekas, N., & Whitman, T. L. (2010). Autism symptom topography and maternal socioemotional functioning. *American Journal on Intellectual and Developmental Disability*, 115(3), 234-249.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13, 375-387.
- Fava, L., & Strauss, K. (2011). Cross-setting complementary staff-and parent-mediated EIBI for young children with autism: A research-based comprehensive approach. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 512-522.
- Feizi, A., Najmi, B., Salesi, A., Chorami, M., & Hoveidafar, R. (2014). Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(2), 145-152.
- Foody, C., James, J. E., & Leader, G. (2015). Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: a comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1084-1095.
- Gladue, B. A. (1991). Qualitative and quantitative sex difference in self-reported aggressive behavior characteristics. *Psychological Reports*, 68, 675-684.
- Goepfert, E., Mule, C., Von Hahn, E., Visco, Z., & Siegel, M. (2015). Family System Interventions for Families of Children with Autism Spectrum Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics*, 24(3), 571-583.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers

- of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 635-644.
- Jafari, S., Amanollahnejhad Kalkhoran, M., & Talebi, R. (2014). The effect of anger control training on the aggression among novice teenage female players of taekwondo. *Sport Psychology Studies*, 3(8), 77-88 [in Persian].
- Khodabakhshi Koolae, A., & Moghimi Nargh, S. (2016). Effectiveness of group stress management training on affective control and distress tolerance of mothers of children with sensory-motor disabilities. *Caspian Journal of Pediatrics*, 2(1), 90-96.
- Khulshabi, K., Farzad Fard, S. Z., Kakasoltani, B., Pouretamad, H. R., & Nikkhah, H. R. (2010). [Coping Strategies and Stress in Mothers with Autistic Children in Comparison with Mothers with Normal Children]. *Journal of Family Research*, 6(1), 87-97 [in Persian].
- Koh, K. B., Park, J. K., Kim, C. H., & Cho, S. (2001). Development of the stress response inventory and its application in clinical practice. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 668-678.
- Lopez-Wagner, M. C., Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., & Gilliam, J. E. (2008). Sleep problems of parents of typically developing children and parents of children with autism. *The Journal of Genetic Psychology*, 169(3), 245-259.
- Meltzer, L. J. (2008). Brief report: sleep in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(4), 380-386.
- Nam, S. H., & Chun, J. S. (2014). Influencing factors on mothers' parenting style of young children at risk for developmental delay in South Korea: The mediating effects of parenting stress. *Children and Youth Services Review*, 36, 81-89.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 45(Pt 6), 535-543.
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(6), 1092-1103.
- Özsenol, S. H., Fuat, I., Vedat, U., Bülent, A., Halil Ýbrahim, A. R., & Gökçay, E. (2003). The Evaluation of Family Functions of Families with Handicapped Children. *Gulhane Medical Journal*, 45(2), 156-164.
- Phetrasuwan, S., & Shandor Miles, M. (2009). Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(3), 157-165.
- Rao, P. A., & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, 33(4), 437-451.
- Rostami, S., & Jabbari, S. (2015). [The Comparison of Social Competence of Mothers with and without Stress who have Hearing Impaired Students]. *Exceptional Education*, 5(133), 5-14 [in Persian].
- Saberi, J., Bahrami Pour, M., Ghmarane, A., & Yarmohamadian, A. (2014). The effectiveness of group positive parenting program on parental stress of mothers of children with autism disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 15(2), 69-77 [in Persian].

- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The Relationship Between Autism and Parenting Stress. *Pediatrics*, *119*(1), 114-121.
- Shokoohi-Yekta, M., Behpajoo, A., Ghobari Bonab, B., Zamani, N., & Parand, A. (2010). Instructing anger management skills for mothers of mentally retarded children: effects on mother-child relationship. *Social and Behavioral Sciences*, *5*, 1438-1441.
- Strauss, K., Vicari, S., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Fava, L. (2012). Parent inclusion in Early Intensive Behavioral Intervention: the influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-mediated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, *33*(2), 688-703.
- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and Social Support as Predictors of Stress in Mothers of Typical Children, Children with Autism, and Children with Mental Retardation. *Autism*, *6*(1), 115-130.

