

◇ نشریه علمی زن و فرهنگ

سال دوازدهم، شماره ۴۷، بهار ۱۴۰۰

صفحات ۶۴-۵۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۶/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵

اثربخشی فعال سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده مادران دارای فرزند اتیسم

سید مهران میربد*
محمد رضا مرادی**

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی فعال سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده مادران دارای فرزند اتیسم می باشد. جامعه پژوهش شامل مادران دارای فرزند طیف اوتیسم شهر اصفهان بود. آزمودنی ها ۲۸ نفر بودند که به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۴ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. آزمودنی ها به پرسشنامه های ترس از ارزیابی منفی لری (۱۹۸۳) و استیگمای درونی شده مک و ووک (۲۰۱۰) پاسخ دادند. افراد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در دوره فعال سازی رفتاری به شیوه گروهی شرکت کردند؛ اما برای گروه کنترل، مداخله ای صورت نگرفت و یک ماه و نیم بعد مرحله پیگیری انجام شد. داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره و یک راهه تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مداخله فعال سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی مادران دارای فرزند اتیسم اثربخش است و این نتیجه در مرحله پیگیری تداوم داشت.

کلید واژگان: فعال سازی رفتاری، ترس از ارزیابی منفی، استیگمای درونی شده، اوتیسم

* کارشناس ارشد روانسنجی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (ایمیل: mehrammirbod@gmail.com)

** استادیار روان شناسی کودکان با نیازهای خاص، موسسه آموزش عالی دانش پژوهان پیشرو اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: re-zamoradipsy@yahoo.com)

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^۱ یکی از اختلالات رشدی عصبی است که مشخصه اصلی آن نقص مداوم در برقراری ارتباط اجتماعی متقابل، تعامل اجتماعی و الگوهای محدود تکراری و کلیشه‌ای در رفتار، علایق و فعالیت‌هاست (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). کودکان مبتلا به اتیسم مشکلات عمده‌ای در تعاملات اجتماعی، ارتباطی و زبانی دارند (مورا، ماجور، داوانتیس، فرانز و هریس^۳، ۲۰۱۸). این اختلال علائم خود را در سنین کودکی بروز می‌دهد و احتمالاً در تمام عمر باقی می‌ماند (سلیمانی، ساجدی و علی اکبری، ۱۳۹۴). اخیراً، متخصصان بر سر استفاده از اصطلاح اختلال طیف اوتیسم توافق کرده‌اند که با توجه به معیار راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ (DSM-۵) که در سال ۲۰۱۳ به طور رسمی مورد استفاده قرار گرفت. اختلال طیف اوتیسم اختلال رشد کودک با ویژگی منحصربه‌فرد است که کودکان نمی‌توانند مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی خود را به طور مناسب با سن شان گسترش دهند. رفتار، فعالیت و علایق آن‌ها تکراری و محدود به برخی از موضوعات خاص و انعطاف‌ناپذیر است (وانکیتی رانگریگ^۵، ۲۰۱۶). اختلال اتیسم به دلیل برخورداری از چندین ویژگی، مانند دربرداشتن طیف متنوعی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی و هم‌چنین تشخیص دیر هنگام می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را به خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند. بسیاری از والدین و به ویژه مادران در مورد کودک اوتیسم خود احساس گناه می‌کنند و پذیرش واقعیت برای والدین بسیار مشکل است، همین عدم انطباق با مشکل کودک به بروز افسردگی و اضطراب در آنان منجر می‌شود (کیم و لورد^۶، ۲۰۱۶). یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌های آنان در مورد آینده کودک است، این که کودک هیچ وقت کاملاً طبیعی نخواهد بود و این که اطرافیان شرایط کودک را درک نکنند و نسبت به کودک و والدینش واکنش‌های منفی بسیاری را بروز دهند (صابری، بهرامی پور، قمرانی و یار محمدیان، ۱۳۹۴).

ظاهر عادی افراد دارای اتیسم و عدم آگاهی جامعه در مورد این اختلال موقعیت‌هایی را برای خانواده‌های این افراد به وجود می‌آورد که در آن برچسب^۷ می‌خورند. والدین عموماً در مواجهه با موقعیت‌های برچسب زنده به صورت متنوعی واکنش نشان می‌دهند اما احساس انزوا، ویژگی مشترک در میان والدین است (احمدنیا، شرافت، تقی خان و توکلی، ۱۳۹۶). استیگما^۸ نگرانی عمده کسانی است که با اختلالات روانی یا بیماری‌های حاد جسمانی زندگی می‌کنند. استیگما بر تمامی جنبه‌های روابط بین فردی (مانند نگرش‌های متداول و رفتارهایی که فاصله اجتماعی را افزایش

1. autism
2. American Psychiatric Association
3. Murias, Major, Davlantis, Franz, Harris
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
5. Wongkitti rungrueang,
6. Kim & Lord
7. labeling
8. Stigma

می دهند) و سطوح درون فردی (مانند اثرات روانی مرتبط با کناره گیری از اجتماع) زندگی فرد اثر می گذارد (آنگر، کناک و سزتر^۱، ۲۰۱۵). این مفهوم شامل فرآیندهای برجسب زدن، تصورات کلیشه ای^۲، جداسازی^۳، واکنش های هیجانی و تبعیض^۴ در یک موقعیت قدرت است. استیگما یک ساختار اجتماعی با دو مقوله اصلی تشخیص تفاوت براساس برخی صفات متمایز و بی ارزش کردن شخص است که موجب حس گناه و اضطراب در والدین کودکان اتیسم می شود و نوعی داغ دیدگی و انزوای طلبی را با خود به همراه دارد (رضایی دهنوی، ۱۳۹۴).

والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، می توانند سطوح بالاتری از استرس را نسبت به والدین کودکان مبتلا به ناتوانی های ذهنی از خود نشان دهند (ریوارد، تروکس، بورسیر و مرسیر^۵، ۲۰۱۴). یکی از شایع ترین اختلالات مزمن ناشی از این اختلال برای والدین دارای این گونه از کودکان، ترس از ارزیابی منفی^۶ است (داریمپل، گالیون، هربسکی، چلمینسکی، یانگ و براین^۷، ۲۰۱۱). ترس از ارزیابی منفی، احساس ترس نسبت به ارزیابی دیگران، انتظار تجربه ارزیابی های منفی از دیگران و آشفتگی مفرط نسبت به ارزیابی منفی را شامل می شود. در حقیقت سازه ترس از ارزیابی منفی، احساس نگرانی نسبت به ارزیابی دیگران، انتظار تجربه ارزیابی های منفی از دیگران و آشفتگی مفرط نسبت به ارزیابی منفی را شامل می شود (شفیعی، زارع، علیپور و حاتمی، ۱۳۹۳). دلواپسی، تسلیم، مطیع بودن و اجتناب اجتماعی با ترس از ارزیابی منفی مرتبط است و در سال های اخیر شکل های جدیدی از درمان شناختی- رفتاری^۸ ایجاد شده اند که یکی از این رویکردها، درمان فعال سازی رفتاری است که تمرکز اصلی آن بر رفتارها و فعالیت ها می باشد (کازکورکین و فوا^۹، ۲۰۱۵). بک و دیمیدجان^{۱۰} (۲۰۰۱) از جمله پیشگامان اولیه ای این رویکرد بودند که با قرار دادن راهبردهای فعال سازی رفتاری به عنوان اجزای اصلی درمان شناختی اختلالات خلقی^{۱۱}، به آن رسمیت دادند و تکنیک های آن در اختیار همگان گذاشتند (نقل از بک، دیمیدجان، شروود، گودمن، ولچ، لودمن و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۴). درمان فعال سازی رفتاری فرایند درمانی ساختار یافته ای است که موجب افزایش رفتارهایی می شود که تماس میزان فرد با پیوستگی های تقویتی محیطی را بالا می برد. هم چنین این فرآیند منجر به بهبودی خلق تفکر و کیفیت زندگی فرد می شود. در این مدل اجتناب رفتاری کانون درمان است و به بیمار آموزش داده می شود که به جای الگوی اجتناب، با کمک

1. Ungar, Knaak & Szeto
2. Stereotypes
3. Separating
4. Discrimination
5. Rivard, Terroux, Parent-Boursier & Mercier
6. Fear of negative evaluation
7. Dalrymple, Galione, Hrabosky, Chelminski, Young & O'Brien
8. Cognitive behavioral therapy
9. Kaczurkin & Foa
10. Beck & Dimidjian
11. Cognitive therapy
12. Beck, Dimidjian, Sherwood, Goodman, Welch, Ludman & et al

الگوی مقابله‌ای جایگزین واکنش نشان داده و این شیوه را بخشی از سبک زندگی خود قرار دهد (تقوی و کاظمی، ۱۳۹۷). بنابراین هدف درمان افزایش منظم فعالیت است به طوری که به مراجع کمک کند تا با منابع پاداش موجود در زندگی خود تماس بیشتری یابد و مسائل زندگی خود را حل کند (دیمیدجان، گودمن، شروود، سیمون، لادمن، گالوپ و همکاران، ۲۰۱۷).

چندین مطالعه نشان داده‌اند که درمان فعال سازی رفتاری می‌تواند در بهبود شدت و کاهش علائم اختلالات روانی کمک نماید. برای مثال بهشتیان، توزنده جانی و صفاریان طوسی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که هر دو رویکرد درمانی شناختی-رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری به طور موثری سبب کاهش ترس از ارزیابی منفی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر شده است. واقعی، سالارحاجی، اصغری‌پور و چمنزاری (۱۳۹۴) دریافتند که آموزش روانی مطابق مدل آموزشی فالون^۳، سبب کاهش نمره کل استیگمای مراقبین خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شده است. نیتوfernández و باراکا ماریال^۴ (۲۰۱۷) دریافتند که روش درمانی فعال‌سازی رفتاری در کاهش افکار منفی بیماران دارای اختلال اضطراب اجتماعی موثر بوده است. دهنی، لجزو، کوستانوویتز، فلتون، دیاز، پلایر و کارپنتر^۵ (۲۰۱۷) در پژوهش خود اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر اضطراب فراگیر را مثبت ارزیابی کردند. مورین و فرانک^۶ (۲۰۱۷)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش فعال‌سازی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تاثیر مثبت دارد. از آن جایی که مادران کودکان اوتیستیک با چالش‌های متعددی مواجه می‌شوند و در مقایسه با کودکان دیگر با نیازهای خاص، سطوح بالاتری از مشکلات روانی را تجربه می‌کنند. از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده مادران دارای فرزند اوتیسم شهر اصفهان می‌باشد.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری است. جامعه آماری مورد مطالعه تمامی مادران دارای فرزند طیف اوتیسم شهر اصفهان می‌باشند. جهت انتخاب نمونه از بین مادران دارای فرزند اوتیسم مراجعه کننده به سه کلینیک روان‌شناسی در شهر اصفهان، ۳۰ مادر به صورت هدفمند و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایشی فعال‌سازی رفتاری و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند که به علت غیبت‌های مکرر و عدم همکاری یکی از اعضای گروه آزمایش و جهت همسان‌سازی نفرات گروه‌های آزمایش و کنترل، یک نفر نیز از گروه کنترل کنار گذاشته شد و ۱۴ نفر در هر گروه باقی ماندند.

1. Dimidjia, Goodman, Sherwood, Simon, Ludman, Gallop, Beck & et al
2. Faluon
3. Nieto Fernández & Barraca Mairal
4. Dahne, Lejuez, Kuštanowitz, Felton, Diaz, Player & Carpenter
5. Morin & Frank

روش اجرا

پس از هماهنگی‌های لازم با مادران دارای فرزند اوتیسم و انتخاب آزمودنی‌ها و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود شامل: (۱) مادران دارای کودکان دارای اختلالات طیف اوتیسم و تایید شده با توجه به سوابق، پرونده‌ها و نظر تشخیصی روان‌پزشک یا روان‌شناس در گذشته. (۲) مادران دارای کودکان با دامنه سنی بین ۴ تا ۱۲ سال (۳) داشتن حداقل سواد در حد سیکل (۴) تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهش و ملاک‌های خروج که شامل (۱) عدم تمایل به ادامه جلسات از سوی هر یک از اعضای گروه‌ها (۲) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی (۳) وجود اختلالات حاد روان‌پزشکی (۴) شرکت هم‌زمان در جلسات آموزشی دیگر بود، افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایشی فعال‌سازی رفتاری ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل مارتل، دیمیدجیان و هرمن‌دان (۲۰۱۰) را دریافت کردند؛ اما برای گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت و سپس پس از آزمون گرفته شد و بعد از یک ماه و نیم مرحله پیگیری انجام شد. در نهایت برای گروه کنترل جلسات درمانی نیز برگزار شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری (بر اساس پروتکل مارتل، دیمیدجیان و هرمن‌دان، ۲۰۱۰)

جلسات	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
۱	آشنایی با چارچوب جلسات	مقدمات و معرفی افراد، بحث راجع به اتیسم و منطق درمان و اهمیت حضور در جلسات	-
۲	عواطف و احساسات	بحث راجع به احساسات و عواطف و پیامدهای رفتاری این احساسات	کاربرگ ثبت عواطف و احساسات
۳	تقویت مهارت‌های مقابله‌ای	ایجاد جو حمایت اجتماعی از طریق بحث راجع به شباهت‌های موجود در تجارب افراد گروه، بحث پیرامون تجارب فرزند اوتیسم	ثبت کاربرگ مربوط به شباهت تجارب
۴	تمرکز بر حواس پنج‌گانه	آموزش تکنیک رسیدگی به خود به‌منزله مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (انجام فعالیت‌های لذت‌بخشی که احساس بهزیستی و شادی را در فرد افزایش می‌دهد)، تمرکز بر حواس پنج‌گانه	ثبت اقدامات لذت‌بخش در طول هفته و درجه‌بندی آن
۵	برنامه‌ریزی و سیالی افکار	مرور تکالیف برنامه‌ریزی برای فعالیت اعضای گروه، درجه‌بندی فعالیت‌ها بر اساس اهمیت، بحث در رابطه با افکار و احساسات، آموزش سیالی افکار	تکمیل فرم بازبینی روزانه، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها
۶	سبک زندگی سالم	به افراد آموزش داده می‌شود که به‌جای دمدمی رفتار کردن، کارهای خود را بر اساس برنامه‌ریزی انجام دهند، آموزش سبک زندگی سالم	کاربرگ ثبت اهداف و اقدامات
۷	دست‌آورد فعالیت‌ها و ارتقاء مهارت‌های به‌دست‌آمده	نوشتن انگیزه و احساسات و شدت آن‌ها، درخواست از آزمودنی‌ها برای انجام فعالیت همراه با دستاوردها درجه‌بندی اهمیت آن‌ها، کاربرد تکنیک‌های جلسات قبل مانند تحلیل تابعی و تقویت شیوه‌های مقابله کارآمد به‌جای گریز، تحت کنترل در آوردن رفتار با تقویت‌کننده‌های مثبت	کاربرگ ثبت و درجه‌بندی انگیزه، احساسات و دستاوردها، ثبت شیوه‌های مقابله‌ای در مواجهه با مشکلات
۸	جمع‌بندی	ارائه خلاصه‌ای از آموزش‌های قبلی و اجرای پس‌آزمون	---

ابزار سنجش

الف) مقیاس ترس از ارزیابی منفی (BFNES): نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی توسط لری^۲ در سال ۱۹۸۳ ساخته شد که دارای ۱۲ پرسش است که میزان اضطراب تجربه شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را اندازه گیری می کند. سوالات براساس یک طیف ۵ درجه ای لیکرت ۱ (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی کند) تا ۵ (خیلی در مورد من صدق می کند) طراحی شده است. دامنه نمرات مقیاس بین ۱۲ تا ۶۰ است که هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیان گر ترس بیشتر فرد پاسخ دهنده از ارزیابی منفی درباره خود است و برعکس است. لری (۱۹۸۳) ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی و زیر مقیاس های سوال های نمره گذاری شده مثبت و معکوس را به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ به دست آوردند. نتایج حاصل از تحلیل عامل تاییدی در پژوهش شکری، گراوند، نقش، علی طرخان و پاییزی (۱۳۸۷) نشان داد که الگوی تک عاملی نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی برازش قابل قبولی با داده ها دارد. هم چنین همبستگی معنادار بین نمره کلی و زیر مقیاس های ترس از ارزیابی منفی با زیر مقیاس ها و نمره کلی پرسشنامه دشواری های بین فردی و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، روایی همگرایی این مقیاس را تأیید کرد. هم چنین شکری و همکاران (۱۳۸۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی را برابر با ۰/۸۰ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) ۰/۷۷ به دست آمد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۲ بدست آمد.

ب) مقیاس استیگمای درونی شده (ASS):^۳ این مقیاس در سال ۲۰۱۰ توسط مک و ووک^۴ جهت ارزیابی داغ اجتماعی والدین کودکان اتیسم طراحی شد. پرسشنامه دارای ۴۹ سوال بود و براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳)، و همیشه (۴) نمره گذاری می شود و دامنه نمرات از ۰ تا ۱۹۶ می باشد. این پرسشنامه به هر دو صورت فردی و گروهی قابل اجرا است و سه زمینه نگرشی و رفتاری باورهای دیگران راجع به افراد اوتیسم، باورهای خود راجع به افراد اوتیسم و رفتارهای اجتنابی را مورد سنجش قرار داده که از حاصل جمع آن ها، نمره کل استیگمای درونی به دست می آید. هر سه قسمت به موازات یکدیگر بوده و حیطه های تحصیلی، نگرانی از آینده، اشتغال، استقلال، سلامت و ارتباطات اجتماعی را در برمی گیرد (مک و ووک، ۲۰۱۰). در پژوهش رضایی دهنوی، نوری، جعفری و فرامرزی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از زیر مقیاس ها و کل سوالات به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۸۷، ۰/۹۳ و ۰/۹۷ به دست آمد. هم چنین برای بررسی اعتبار سازه همبستگی بین نمرات سه زیر مقیاس و نمره کل محاسبه شد که ضریب همبستگی بین آن ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۸ و ۰/۸۰ بدست آمد که می تواند تاییدی بر روایی سازه باشد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ بدست آمد.

1. brief fear of negative evaluation scale
2. Leary
3. Affiliate Stigma Scale
4. Mak & Kwok

یافته‌ها

در سطح آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد به بررسی و توصیف متغیرهای پژوهش پرداخته شد. میانگین سن مادران در گروه کنترل برابر با ۳۲ و در گروه آزمایش برابر با ۳۶ بود. در ادامه آمار توصیفی مربوط به متغیرهای ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	مرحله	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از ارزیابی منفی	پیش آزمون	۹۱/۳۳	۹۱/۸	۲۱/۳۳	۱۳/۹
	پس آزمون	۵۷/۳۳	۶/۹۹	۵۰/۲۴	۸۱/۵
	پیگیری	۸۵/۳۴	۳۰/۸	۸۵/۲۷	۲۳/۷
استیگمای درونی شده	پیش آزمون	۲۸/۸۰	۴۳/۱۹	۸۱/۰۷	۴۴/۱۸
	پس آزمون	۲۱/۸۳	۱۷/۲۲	۴۲/۶۴	۱۳/۴۷
	پیگیری	۵۷/۷۹	۱۴/۱۴	۹۲/۶۳	۲۳/۱۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در گروه فعال سازی رفتاری میانگین ترس از ارزیابی منفی در مرحله پیش آزمون برابر ۳۳/۲۱، در مرحله‌ی پس آزمون برابر ۲۴/۵۰ و در مرحله پیگیری برابر ۲۷/۸۵، میانگین استیگمای درونی شده در مرحله پیش آزمون برابر ۸۱/۰۷، در مرحله پس آزمون برابر ۶۴/۴۲ و در مرحله پیگیری برابر ۶۳/۹۲ بود. هم‌چنین در گروه کنترل، میانگین ترس از ارزیابی منفی در مرحله پیش آزمون برابر ۳۳/۹۱، در مرحله‌ی پس آزمون برابر ۳۳/۵۷ و در مرحله پیگیری برابر ۳۴/۸۵، میانگین استیگمای درونی شده در مرحله پیش آزمون برابر ۸۰/۲۸، در مرحله پس آزمون برابر ۲۱/۸۳ و در مرحله پیگیری برابر ۷۹/۵۷ بود. در ادامه قبل از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون (آزمون شاپیرو و ویلک) و (آزمون لوین) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده

متغیر	مرحله	آزمون شاپیرو ویلک	
		Z	Sig
ترس از ارزیابی منفی	پیش آزمون	۰/۹۵	۰/۳۲۸
	پس آزمون	۰/۹۷	۰/۷۹۱
	پیگیری	۰/۹۶	۰/۴۴۷
استیگمای درونی شده	پیش آزمون	۰/۹۷	۰/۶۵۶
	پس آزمون	۰/۹۹	۰/۹۷۷
	پیگیری	۰/۹۴	۰/۱۴۴

همان طور که نتایج جدول ۳ در آزمون شاپیرو-ویلک نشان می دهد، سطح معناداری آماره به دست آمده در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش از سطح $0/05$ بزرگتر است و نرمال بودن توزیع نمرات تایید شد. در ادامه جدول نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده

آزمون لوین		مرحله	متغیر
Sig	F		
۰/۷۹۲	۰/۷۱	پیش آزمون	ترس از ارزیابی منفی
۰/۰۶۶	۳/۶۷	پس آزمون	
۰/۸۰۵	۰/۰۶	پیگیری	
۰/۷۳۷	۰/۱۱	پیش آزمون	استیگمای درونی شده
۰/۱۹۸	۱/۷۴	پس آزمون	
۰/۴۱۹	۰/۶۷	پیگیری	

همانطور که نتایج جدول ۴ در آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس ها نشان داد، آزمون لوین برای دو متغیر ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده معنی دار نیست ($P < 0/05$)، لذا پیش فرض برابری واریانس های بین گروهی برقرار است. با توجه به برقرار بودن پیش فرض های ذکر شده می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

فرضیه اصلی: درمان فعال سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده مادران دارای فرزند اتیسم اثر بخش است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمرات پس آزمون و پیگیری ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده گروه های کنترل و آزمایش

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلای	۰/۶۷۳	۱۰/۸۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۲۷	۱۰/۸۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۰۵۸	۱۰/۸۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۰۵۸	۱۰/۸۰	۴	۲۱	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می شود، آزمون های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) در گروه مادرانی که مداخله درمانی فعال سازی رفتاری را دریافت کردند و گروه کنترل

نشان می‌دهد که بین این گروه‌ها در یکی از متغیرهای وابسته با یک دیگر تفاوت معنی‌داری دارند، بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تایید شد ($P < 0/01$). در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای وابسته ارائه شده است.

فرضیه ۱: درمان فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی مادران دارای فرزند اوتیسم اثر بخش است.
فرضیه ۲: فعال‌سازی رفتاری بر استیگمای درونی شده مادران دارای فرزند اوتیسم اثر بخش است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه بر روی نمرات ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده

متغیر	منبع	مرحله اندازه‌گیری	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
ترس از ارزیابی منفی گروه	پس‌آزمون	۵۵۲/۱۵	۱	۵۵۲/۱۵	۱۶/۱۹	۰۰۱/۰	۳۹۰/	
	پیگیری	۳۲۹/۱۸	۱	۳۲۹/۱۸	۵/۶۶	۰۲۵/۰	۱۸۰/	
استیگمای درونی شده گروه	پس‌آزمون	۲۶۱۴/۱۴	۱	۲۶۱۴/۱۴	۱۵/۲۵	۰۰۱/۰	۳۸/۰	
	پیگیری	۱۷۶۹/۰۰	۱	۱۷۶۹/۰۰	۱۴/۹۶	۰۰۱/۰	۳۷۰/	

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کوواریانس یک راهه در منبع گروه ترس از ارزیابی منفی برای پس‌آزمون ($F=16/19, p=0/001$) و پیگیری ($F=5/66, p=0/025$) به دست آمد و اندازه اثر بیانگر آن است که ۳۹ درصد از تفاوت‌های نمرات در مرحله پس‌آزمون و ۱۸ درصد از تفاوت‌های نمرات در مرحله پیگیری به تفاوت بین دو گروه، ناشی از اثر مداخله آموزشی مربوط بوده است. هم‌چنین نسبت F تحلیل کوواریانس یک راهه در منبع گروه استیگمای درونی شده برای پس‌آزمون ($p=0/001, F=15/25$) و پیگیری ($F=14/96, p=0/001$) به دست آمد و اندازه اثر بیانگر آن است که ۳۸ درصد از تفاوت‌های نمرات در مرحله پس‌آزمون و ۳۷ درصد از تفاوت‌های نمرات در مرحله پیگیری به تفاوت بین دو گروه، ناشی از اثر مداخله آموزشی مربوط بوده است. بنابراین فرضیه‌های ۱ و ۲ پژوهش تایید شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی شده مادران دارای فرزند اوتیسم انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری به طور موثر و معناداری سبب کاهش ترس از ارزیابی منفی و استیگمای درونی در مادران دارای فرزند اوتیسم شده و این نتیجه در مرحله پیگیری تداوم داشت. اگرچه یافته‌ای که دقیقاً منطبق با یافته‌های بدست آمده باشد یافت نشد، اما نتایج به دست آمده با یافته‌های بهشتیان و همکاران (۱۳۹۸) واقعی و همکاران (۱۳۹۴) و نیتوفراندز و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. هم‌چنین ابهر زنجانی، توزنده جانی، امیری و طاهری (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری با داروی پاروکستین در نمرات ترس، اجتناب، افسردگی، روابط اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی خود و دیگران مبتلایان به اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ایجاد کرده است.

در تبیین یافته به دست آمده در رابطه با اثربخشی فعال سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی می توان گفت که اجتناب تجربی با کنترل یا به حداقل رساندن تاثیر تجارب آزار دهنده می تواند آرامشی فوری و کوتاه مدت را ایجاد کند اما این امر به شکل منفی رفتار را تقویت می کند (تقوی و کاظمی، ۱۳۹۷). بنابراین تضعیف الگوهای اجتنابی یکی از اهداف درمانی در فعال سازی رفتاری است. درمان فعال سازی رفتاری با استفاده از تکنیک های خاصی مانند برجسته ساختن پیامدهای نگرانی، حل مسئله، توجه دقیق به تجربه حسی، تمرکز مجدد بر تکلیف در دسترس و برگرداندن توجه فرد از نگرانی به فرد کمک می کند تا بر مسئله نگرانی خود فائق آید (داهل^۱، ۲۰۱۱). به نظر می رسد که نوشتن انگیزه و احساسات و شدت آنها، آموزش سیالی افکار، تقویت شیوه های مقابله کارآمد به جای گریز از آن و بحث پیرامون تجارب مشترک مشکلات خانواده های دارای فرزند اوتیستیک توانسته است که منجر به کاهش ترس از ارزیابی منفی در مادران شود. هم چنین در تبیین اثر بخشی مداخله درمانی پژوهش بر استیگمای درونی شده می توان گفت که وجود یک کودک طیف اوتیسم، می تواند به وضوح یک تجربه منفی برای مادر و خانواده تبدیل شود که استفاده از راهبردهای مقابله ای به تنهایی نمی تواند سبب کاهش فشار روانی شود بلکه میزان حمایت اجتماعی صورت گرفته توسط آشنایان اطرافیان آن خانواده نیز بسیار مهم است (کارست و وان هک^۲، ۲۰۱۴). به نظر می رسد که درمان فعال سازی رفتاری موجب توجه به فعالیت های روزانه و افزایش فعالیت های مادر دارای فرزند و مشارکت در فعالیت های اجتماعی می گردد که این افزایش مشارکت خود سبب دریافت حمایت اجتماعی می گردد. به باور قدرتی و وزیرینکو (۱۳۹۷) فعال سازی رفتاری بر این فرض استوار است که مشکلات موجود در زندگی افراد آسیب پذیر، توان دریافت تقویت کننده های مثبت محیطی را از آنان می گیرد و این امر به نوبه خود موجب بروز علائم و رفتارهایی در این افراد می شود که موجب اختلال در خلق، هیجان و عملکردهایشان می شود. این رویکرد فرض را بر این می گذارد که به افراد کمک کند تا خود را آن قدر درگیر رفتارهای متفاوت کنند تا نهایتاً احساس لذت و مفید بودن نمایند، یا این که به طریقی موقعیت های زندگی شان را بهبود بخشند تا پاداش های بیشتری نصیب شان شود. به کارگیری تکنیک هایی هم چون ایجاد جو حمایت اجتماعی از طریق بحث راجع به شباهت های موجود در تجارب افراد گروه، برنامه ریزی و انجام فعالیت های لذت بخش که احساس بهزیستی و شادی را در فرد افزایش می دهد و درجه بندی دستاوردها می تواند سبب کاهش احساس استیگمای درونی شده و افزایش مشارکت اجتماعی شود.

تعارض منافع: نویسندگان تصریح می نمایند که در این پژوهش تعارض منافع وجود ندارد. این پژوهش با هزینه

محقق صورت گرفته است.

سپاسگزار: نویسندگان بر خود لازم می دانند از افرادی که در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی به عمل آورند.

1. Dahl
2. Karst & Van Hecke

منابع

- ابهر زنجانی، فرناز، توژنده جانی، حسن، امیری، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علایم شناختی هیجانی اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۰(۴)، ۲۹۴-۳۰۱.
- احمدنیا، شیرین، شرافت، شمیم، تقی‌خان، کیانا، توکلی، سینا. (۱۳۹۶). تجربه استیگما و هویت مخدوش مادران دارای فرزند اتیسم. *نشریه دانشگاه تهران*، ۸(۵)، ۱۱۷-۱۰۳.
- بهشتیان، الهه، توژنده جانی، حسن، صفاریان طوسی، محمدرضا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های و فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۰(۴)، ۱۰۱-۱۰۹.
- تقوی، رامین، کاظمی، رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر نشخوار فکری و اجتناب تجربی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *طب جانباز*، ۱۱(۱)، ۶-۱.
- رضایی دهنوی، صدیقه. (۱۳۹۴). استیگما (داغ اجتماعی) در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۷(۱۳۵)، ۸۳-۷۲.
- رضایی دهنوی، صدیقه، نوری، ابوالقاسم، جعفری، محبوبه، فرامزی، سالار. (۱۳۸۸). بررسی پدیده استیگما (داغ اجتماعی) در مادران دارای فرزند با نشانگان داون در شهر اصفهان، رویکردی روانی- اجتماعی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵(۱۹)، ۴۱۶-۴۰۱.
- سلیمانی، فرین، ساجدی، فیروزه، علی‌اکبری، صدیقه. (۱۳۹۴). تاخیر تکاملی کودکان و عوامل مرتبط با آن. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۲۴(۸۵)، ۷۰-۶۱.
- شفیعی، حسن، زارع، حسین، علیپور، احمد، حاتمی، جواد. (۱۳۹۳). ترس از ارزیابی منفی نوجوانان و توجه انتخابی آنها به کلمات تهدیدکننده اجتماعی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۶(۳)، ۵۲-۴۲.
- شگری، امید، گراوند، فریبرز، نقش، زهرا، علی‌طرخان، رضا، پاییزی، مریم. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۳۱۶-۳۲۵.
- صابری، جواد، بهرامی‌پور، منصوره، قمرانی، امیر، یارمحمدیان، احمد. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۵۶)، ۷۷-۶۹.
- قدرتی، سیما، وزیری نکو، رقیه. (۱۳۹۷). اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. *مجله سازمان نظام پزشکی ایران*، ۳۶(۴)، ۲۴۰-۲۳۳.
- واقعی، سعید، سالارحاجی، اعظم، اصغری‌پور، نگار، چمنزاری، حمید. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش روانی بر استیگما در مراقبین خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی: کارآزمایی بالینی. *مجله مراقبت مبتنی بر شواهد*، ۵(۳)، ۶۳-۷۶.

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). (2013). Philadelphia: American Psychiatric Association.
- Beck, A., Dimidjian, S., Sherwood, N., Goodman, S., Welch, S., Ludman, E., Boggs, J., Metcalf, C., & Simon, G. (2014). C4-5: behavioral activation therapy for perinatal depression: preliminary results from a multi-site randomized trial. *Clinical Medicine & Research*, 12(1-2), 103.
- Dahl, J. (2011). Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide. *Cognitive behavior therapy*, 40, 77.
- Dalrymple, K. L., Galione, J., Hrabosky, J., Chelminski, I., Young, D., O'Brien, E., & et al. (2011). Diagnosing social anxiety disorder in the presence of obesity: implications for a proposed change in DSM-5. *Depression and Anxiety*; 28(5), 377-82.
- Dahne, J., Lejuez, C. W., Kuśtanowitz, J., Felton, J. W., Diaz, V. A., Player, M. S., & Carpenter, M. J. (2017). Moodivate: A self-help behavioral activation mobile app for utilization in primary care-Development and clinical considerations. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2), 160-175.
- Dimidjia, S., Goodman, SH., Sherwood, N. E., Simon, G. E., Ludman, E., Gallop, R., & Beck, A. A. (2017). pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(1), 26-36.
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 337-346.
- Karst, K. J., & Van Hecke, A. (2104). Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Literature Review in Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3),247-77.
- Kim, S. H., & Lord, C. (2016). Restricted and repetitive behaviors in toddlers and preschoolers with autism spectrum disorders based on the autism diagnostic observation schedule (ADOS). *Journal of the International Society for Autism Research*, 3(4), 162-173.
- Leary, R. M. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*,9, 371-375.
- Mak, W. S., & Kwok, Y, T. Y. (2010). Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine*,70,2045-2051.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral activation for depression: A clinician's guide. Guilford Press.
- Morin, L., & Franck, N. (2017). Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8:10.
- Murias, M., Major, S., Davlantis, K., Franz, L., & Harris, A. (2018). Validation of eye-tracking measures of social attention as a potential biomarker for autism clinical trials. *Autism Res*. 11(1): 166-74.
- Nieto Fernández, E., & Barraca Mairal, J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 29(2), 172-177.
- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 44(7), 1609-20.
- Ungar, T., Knaak, S., & Szeto, A. C. (2015). Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. *Community mental health journal*, 52(3), 262-71.
- Wongkitti rungrueang, S. (2016). Mental health of parents who have children with Autism. *J Health Edu Res Dev*, 4:176.

Effectiveness of Behavioral Activation on Fear of Negative Evaluation and Internalized Stigma of Mothers with Autistic Children

S. M. Mirbod*
M. R. Moradi**

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of behavioral activation on fear of negative evaluation and internalized stigma of mothers with autistic children. The study population included mothers with children suffering of autism spectrum disorders in Isfahan that of these, 28 mothers were selected by purposive sampling method based on inclusion criteria and randomly assigned to two groups of experimental and control, 14 subjects each. The experimental research design was pre-test, post-test with control and follow-up groups. Subjects responded to the research questionnaires, including Larry (1983) Fear of Negative Evaluation Questionnaire and McVeok (2010) Internalized Stigma Questionnaire. The experimental group participated in a group behavioral activation course for 8 sessions of 90 minutes; but for the control group, no intervention was performed and a month and a half later, the follow-up stage was performed. The data were analyzed using one way and multi varriate analysis of covariance. The results showed that behavioral activation was effective on fear of negative evaluation and internal stigma of mothers with autistic children. The results were consistent in follow-up.

Keywords: behavioral activation, fear of negative evaluation, internalized stigma, autism

* M. A. in Psychometric, University of Allameh Tabatabaei, Tehran, Iran. (Email: mehranmirbod@gmail.com)
** Assistant Professor in Department of Psychology(Children with Special Needs), Daneshpajoohan Pishro Institute of Higher Education. Isfahan. Iran.(corresponding author, Email: rezamoradipsy@yahoo.com)