اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری در مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم

شیدا اسلامی*، کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۹ ● تاریخ انتشار: فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۲۵ - ۳۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال طیف اُتیسم یکی از ناتوانی‌های تحولی پیچیده است که علاوه بر خود فرد، خانواده و جامعه را نیز دچار چالش می‌کند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری در مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم صورت گرفت.

روش: پژوهش حاضر به شیوه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم مراجعه کننده به مراکز مشاوره خدمات روان‌شناختی شهر ساری در سال ۱۳۹۹ به تعداد ۱۵۶ نفر بود که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه‌های اضطراب، افسردگی و استرس لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) و خودتعیین‌گری لاگاردیا و همکاران (۲۰۰۰) و نیز برای مداخله درمانی از پروتکل درمان شناختی-رفتاری هاوتون و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و از طریق نرم‌افزار SPSS۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر متغیر مشکلات روان‌شناختی (P< ۰/۰۰۱) اثر کاهنده و بر متغیر خودتعیین‌گری (P< ۰/۰۳۶) اثر افزاینده داشت. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه آزمایشی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (P< ۰/۰۰۱) و پیش‌آزمون با پیگیری (P< ۰/۰۰۱) برای متغیرهای مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه‌گیری می‌شود که مداخله درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند موجب کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش خودتعیین‌گری مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اُتیسم، خودتعیین‌گری، درمان شناختی-رفتاری، مشکلات روان‌شناختی

* Email: SheydaSlami1400@gmail.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

مقدمه

بدون‌شک حضور و تولد کودکی با ناتوانی حرکتی یا ذهنی در خانواده می‌تواند به‌صورت رخدادی مشکل‌ساز و نامطلوب موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و ناامیدی شود، به نظر می‌رسد اگر افراد با روش صحیح با آن برخورد نمایند کارآمدتر و سالم‌تر خواهند بود. نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که فشار عصبی ناشی از نقص رشدی-رفتاری کودکان مانند اختلال طیف اُتیسم[1] تأثیر منفی در زندگی فردی و خانوادگی، اثرات مخرب بر کارایی والدین دارد و به‌عبارتی در فعالیت‌های روزمره، روابط بین‌فردی و شیوه فرزندپروری خلل ایجاد می‌نماید و والدین به رفتار و اعمالی دست می‌زنند که مستقیماً در بازدهی آنها و چگونگی شیوه والدگری و فرزندپروری نقش اساسی دارد (۱). میزان تنشی که خانواده تجربه می‌کند احتمالاً به عواملی مانند تصور خانواده از شرایط موجود، حمایت اجتماعی و مراقبت‌های بالینی که باید نیازهای کل خانواده را شامل شود، بستگی دارد (۲). اختلال طیف اُتیسم اصطلاح کلی است که دامنه‌ای از نارسایی‌های عصبی‌تحولی را در دو حیطه‌ی اصلی؛ الف) نارسایی در رشد ارتباطی و اجتماعی و الگوهای رفتاری و ب) علایق و فعالیت‌های محدود، تکراری و کلیشه‌ای شامل می‌شود (۳). ناتوانی کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ابراز رفتارهای اجتماعی و ارتباطی، شدیدتر و متفاوت‌تر از دیگر کودکان با ناتوانی‌های تحولی[2] است (۴).

در نظام خانواده‌هایی که دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم هستند، عمدتاً اعضای خانواده درگیر انواع مشکلات روان‌شناختی[3] می‌شوند. عمده‌ترین مشکلات روان‌شناختی این قبیل والدین، اضطراب[4]، افسردگی[5] و استرس[6] است (۵). مادران بیشتر از پدران استرس می‌گیرند و احتمالاً این ناشی از درگیری بیشتر آنها با کودک است (۶). در مطالعه‌ای این یافته حاصل شد که مادران دارای کودک دارای ناتوانی در مقایسه با مادران کودکان فاقد ناتوانی سطح سلامت عمومی پایین‌تر و مشکلات روان‌شناختی بیشتری دارند (۷). از سوی دیگر، در پژوهشی نشان داده شد مشخصه‌های رفتاری خاص کودکان با اختلال طیف اُتیسم مانند خلق و خو، رفتارهای تکراری، واکنش‌پذیری و نیاز به مراقبت بیشتر نقصان در مهارت‌های ارتباطی، مشکلات رفتاری و عدم آگاهی شناختی، منحرف شدن والدین از مسیر طبیعی زندگی به‌خاطر مراقبت از آنها، از عوامل تأثیرگذار بر افزایش اضطراب و استرس فرزندپروری این دسته از والدین است (۸).

از مشکلات دیگری که در ارتباط با مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم می‌توان مورد مطالعه قرار داد خودتعیین‌گری[7] است. نظریه خودتعیین‌گری از سوی دسی و رایان[8] عنوان شده است. تمرکز اصلی نظریه مذکور به انگیزه‌های درونی و بیرونی و نیز توجه به نیازهای سه‌گانه بنیادین یعنی؛ خودمختاری[9]، شایستگی[10] و ارتباط[11] در انسان می‌باشد (۹). خودتعیین‌گری به مفهوم کنترل کردن فراشناختی عملیات کنترل و برنامه‌ریزی اهداف در راستای انگیزه‌های افراد است که گونه‌ای از خودتنظیمی در نظر گرفته می‌شود (۱۰). از جمله ادعاهای نظریه خودتعیین‌گری این است که احتیاجات روان‌شناختی اساسی، جنبه جهانی دارند؛ یعنی برای مردم تمام فرهنگ‌ها مهم و حیاتی می‌باشند (۱۱). نظریه خودتعیین‌گری چنین بیان می‌کند که علی‌رغم اینکه فرهنگ‌ها از مسیرهای مهم و عمیق بر افراد اثر می‌گذارند، اما چون نیاز، که بایستی برآوره شود تا انسان‌ها سطح بهینه بهزیستی را تجربه کنند، به فرهنگ بستگی ندارد (۱۲). در بحث خودتعیین‌گری انگیزه‌های درونی رفتار انسان با بخش‌هایی از انگیزه‌های بیرونی آن همسو می‌شود. انگیزه‌های درونی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند ضمن این که وجود انگیزه‌های بیرونی هم الزامی است (۱۳). یکی از عوامل اصلی در بحث خودتنظیمی و درونی‌سازی تجارب افراد، اندازه اختلاف‌های تعاملات درونی با محیط بیرونی است. به هر میزان بین محیط بیرون و درون افراد تعارض بیشتری وجود داشته باشد، رفتار انسان در مرحله ابتدایی پیوستار، درونی‌سازی شده و خودتنظیمی کمتر می‌شود (۱۴). براساس موضوع خودتعیین‌گری، افراد کوشش می‌کنند تا تقاضاها و نقش‌های اجتماعی که حالت برانگیزانندگی درونی ندارد را ایفا کنند و آنها را مطابق الگوهای درونی‌سازی به ارزش‌های خودتنظیمی و شخصی در بیاورند (۱۵). در مدل خودتعیین‌گری، جنبه‌های مختلف رفتار با دیگر

1. Autism Spectrum Disorder
2. Developmental Disabilities
3. Psychological Problems
4. Anxiety
5. Depression
6. Stress
7. Aelf- Determination
8. Deci & Ryan
9. Autonomy
10. Competence
11. Relatedness

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

ویژگی‌های زندگی و شغل افراد ترکیب می‌شود، به‌طوری‌که آنان فکر می‌کنند که رفتارشان قسمت ضروری و مکمل آنان می‌باشد (۱۶). مرحله خودتعیین‌گری کامل، به منزله انگیزش درونی در نظر گرفته می‌شود. انگیزش درونی به‌صورت کوششی که در نبود پاداش‌ها و پیامدهای بیرونی بروز می‌کند، تعریف می‌شود. افرادی که واجد انگیزش درونی می‌باشند برای خود هدف‌هایی را مدنظر قرار می‌دهند و برای رسیدن به آنها تلاش می‌کنند (۱۷).

در ارتباط با درمان مشکلات خانواده‌های دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم مداخلات گوناگونی وجود دارد. از میان مدل‌های روان‌درمانی، دیدگاه شناختی-رفتاری[1] بیشترین سهم را در پژوهش و ابداع روش درمان به خود اختصاص داده‌اند (۱۸). بر اساس مداخلات شناختی-رفتاری، خودکنترلی[2] رفتاری است که به‌خاطر افزایش توانایی‌های شناختی و فراشناختی در افراد، آنان می‌توانند از طریق مهارت‌های مذکور نسبت به کنترل تکانه‌های موجود عمل نموده و گام مؤثری برای جهت دادن به رفتارهای خود بردارند (۱۹). درمان شناختی-رفتاری تمرکزش بر تأثیر باورها، تفکرات و نگرش‌های فرد برای تغییر احساسات و رفتارهایش است. هدف از درمان شناختی-رفتاری این است که به مراجعه‌کننده آموزش داده شود چگونه در طول زندگیش فعالانه با مشکلات یا اتفاقات مختلف مواجه شود و آنها را پشت‌سر بگذارد (۲۰). هر یك از روش‌های درمانی شناختی-رفتاری و آموزش‌های ذهن‌آگاهی[3] چه از طریق شناسایی و اصلاح باورها و چه در نقطه مقابل آن، یعنی از جایگاه بدون قضاوت و همراه با روح پذیرش، به افزایش رفتارهای خودمدیریتی در مراجعان می‌انجامد (۲۱). در مطالعه‌ای نتایج نشان شد اثرات مثبت درمان شناختی-رفتاری بر طیف گسترده‌ای از متغیرهای مرتبط با والدین کودکان با نیازهای ویژه از جمله کودکان با اختلال طیف اُتیسم است (۲۲).

با توجه به مطالب ارائه شده، پژوهش‌های داخلی و خارجی که به‌طور جامع در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم انجام گرفته باشد، یافت نشد. همچنین نتایج پژوهش‌های انجام شده در این رابطه نیز محدود و گاهاً متناقض بوده و نیاز به انجام پژوهشی در این ارتباط محرز احساس شد که تأییدی بر جنبه نوآوری و جدید بودن پژوهش پیش‌رو بود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم انجام شد.

روش

پژوهش حاضر به شیوه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، شامل تمامی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم مراجعه کننده به مراکز مشاوره خدمات روان‌شناختی شهر ساری در سال ۱۳۹۹ به تعداد ۱۵۶ نفر بود. از بین جامعه پژوهش تعداد ۳۰ نفر که فرزندشان تشخیص قطعی اختلال طیف اُتیسم دریافت کرده بودند و همچنین در پرسشنامه‌های مشکلات روان‌شناختی نمره بالاتر از نقطه برش (۳۱/۵) و خودتعیین‌گری نمره پایین‌تر از نقطه برش (۸۴) کسب کرده بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گروه گواه) وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است که دلاور حجم قابل قبول برای پژوهش‌های تجربی یا نیمه‌تجربی را برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته است (۲۳). برای گروه مداخله درمان شناختی-رفتاری ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر ۵ روز یک جلسه و در مجموع ۲ ماه) ارائه شد. ملاک ورود به پژوهش شامل: مادران با دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن کودک با اختلال طیف اُتیسم دامنه سنی با دامنه سنی ۹ تا ۱۳ سال، داشتن نمرات بیشتر از ۳۱/۵ در پرسشنامه مشکلات روان‌شناختی لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) و نمرات کمتر از ۸۴ در پرسشنامه خودتعیین لاگاردیا و همکاران (۲۰۰۰) برای هر دو گروه (آزمایشی و گواه)، همچنین عدم داشتن سابقه مراجع ی‌های جدی روان‌شناختی و روان‌پزشکی، و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی برای هر دو گروه (این اطلاعات به‌صورت خودگزارشی دریافت شد). ملاک خروج نیز شامل: دریافت درمان شناختی-رفتاری در طی ۲ سال قبل از ورود به پژوهش، عدم شرکت مداوم در جلسات مداخله (غیبت بیش از ۲ جلسه)، شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی و یا مددکاری و انصراف از ادامه آموزش و مشارکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که در این مطالعه ملاحظات اخلاقی

1. Cognitive Behavioral Therapy
2. Self- Control
3. Mindfulness

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

به شرح زیر رعایت شد: ۱) رضایت آگاهانه و داوطلبانه آزمودنی‌ها، ۲) امکان خروج از مطالعه، ۳) احترام به حقوق و شخصیت آزمودنی‌ها، ۴) رازداری و امانت‌داری از سوی پژوهشگر و ۵) جبران خطرات احتمالی در حین مطالعه از سوی پژوهشگر. در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز و نیز مداخله درمانی از ابزارها و پروتکل به شرح زیر استفاده شد:

● **پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس[1] لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵):** این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند تهیه شده و شامل ۲۱ گویه در قالب طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از اصلاً (۰) تا زیاد (۳) است. پرسشنامه مذکور شامل ۳ مؤلفه؛ اضطراب، افسردگی و استرس که ۷ سؤال آن مربوط به استرس (۱-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱)، ۷ سؤال مربوط به اضطراب (۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰) و ۷ سؤال مربوط به افسردگی (۳-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب صفر و ۶۳ بوده و نقطه برش آن نیز ۳۱/۵ می‌باشد. کسب نمرات بالا به مفهوم وجود مشکلات روان‌شناختی بیشتر در بین آزمودنی‌ها است. لاویبوند و لاویبوند روایی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۰/۸۶ گزارش کردند و پایایی آن‌را با استفاده از ضریب آلفای برای افسردگی ۰/۹۷، اضطراب ۰/۹۲ و برای استرس ۰/۹۵ محاسبه کردند (۲۴). همچنین ناظر و همکاران روایی صوری پرسشنامه مذکور را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن‌را با استفاده از آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۴ و برای استرس ۰/۷۸ گزارش نمودند (۲۵).

● **پرسشنامه خودتعیین‌گری[2] لاگاردیا، رایان، کاچمن و دسی (۲۰۰۰):** این پرسشنامه توسط لاگاردیا و همکاران ساخته شده و دارای ۲۱ ماده می‌باشد که پاسخ‌ها روی یک مقیاس از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً صحیح (۷) قرار می‌گیرد. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب ۲۱ و ۱۴۷ بوده و نقطه برش آن نیز ۸۴ می‌باشد. کسب نمره بالا نشان دهنده میزان بالای خودتعیین‌گری در بین آزمودنی‌ها است. لاگاردیا و همکاران روایی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۰/۹۱ تأیید کردند. از سوی دیگر این پژوهشگران پایایی ابزار مذکور را با روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته ۸۹ صدم به‌دست آوردند (۲۶). همچنین سلطانی و همکاران در پژوهشی روایی صوری پرسشنامه را با استفاده از نظر تعداد ۵ نفر متخصص مطلوب و پایایی آن‌را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۷۰ صدم به‌دست آوردند (۲۷).

● **پروتکل درمان شناختی-رفتاری[3] هاوتون و همکاران (۱۹۹۰):** این پروتکل توسط هاوتون و همکاران ساخته شده است و در طول ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر ۵ روز یک جلسه و در مجموع ۲ ماه) برگزار می‌شود. روایی محتوایی برنامه مذکور از سوی تعداد ۵ نفر از اساتید صاحب‌نظر دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری مورد تأیید قرار گرفت. خلاصه محتوای پروتکل مذکور به شرح جدول (۱) است:

جدول ۱) خلاصه جلسات درمانی شناختی-رفتاری

جلسات	عناوین جلسات	خلاصه
یکم و دوم	مصاحبه و ارزیابی شناختی-رفتاری؛ علاوه بر جستجوی علایم مختلف برای رسیدن به تشخیص به شناسایی عوامل زمینه‌ساز، مستعدکننده و نگهداری‌کننده مشکلات نیز توجه زیادی می‌شود.	مصاحبه بالینی ساختاریافته، تهیه فهرستی از مشکلات مراجع که علاوه بر مشکل اصلی که تشخیص داده می‌شود وجود دارد و تعیین عوامل پیشایند و پسایند مشکل اصلی
سوم	معرفی درمان شناختی-رفتاری؛ توضیح در مورد نظریه‌های شناختی، ویژگی‌های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع فنونی که در درمان از آنها استفاده می‌شود.	آگاهی‌بخشی نسبت به درمان شناختی-رفتاری، اصلاح سطح انتظارات مراجع از فرایند درمان، توضیح در خصوص رابطه شناخت و رفتار و تقابل بین این دو.

1. Anxiety, Depression and Stress Questionnaire
2. Self- Determination Questionnaire
3. Cognitive- Behavioral Therapy Protocol

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

جلسات	عناوین جلسات	خلاصه
چهارم	طرح‌ریزی درمان، با هدف ایجاد پرونده شناختی برای مراجع که در آن مطالب زیر طبقه‌بندی می‌شوند: انواع علایمی که مراجع تجربه می‌کند، لیست مشکلات وی، انواع شناخت‌های ناکارآمد وی (مانند افکار ناکارآمد و شناخت‌واره‌ها)، نقاط قوت (مانند دریافت حمایت‌های خوب از سوی اعضای خانواده و یا میزان تحصیلات بالا) و نقاط ضعف (مانند عدم دریافت حمایت‌های کافی از سوی خانواده و یا درگیر شدن با بحران‌های اقتصادی) و روش‌های رفتاری و شناختی که برای درمان انتخاب شده‌اند.	با استفاده از پرسش‌های مستقیم و غیرمستقیم و تعامل با مراجع، برگه‌ای از فهرست مشکلات و انواع شناخت به او جهت تأیید یا عدم تأیید ارائه می‌شود.
پنجم و ششم	آموزش و اجرای روش‌های رفتاری؛ هدف عمده از آموزش و اجرای این روش‌ها توانا نمودن مراجع برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد درآغاز و تداوم علایم اختلال است.	استفاده از فنون مختلف رفتاری، توجه برگردانی (انحراف توجه)، تمرکز بر شئی، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خیال‌پردازی‌های خوشایند، فعالیت‌های جالب، شمارش افکار
هفتم	شناسایی افکار اتوماتیک با هدف شناخت ریشه‌های اصلی هیجانات و حضور ذهن	توضیح نحوه شناسایی و دادن تکالیف خانگی A – B –C
هشتم و نهم	شناسایی افکار اتوماتیک منفی با هدف شناخت خطاهای شناختی شایع در مراجع	توضیح و تشریح خطاهای شناختی، کمک به مراجع برای شناخت خطاهای شناختی‌اش از روی افکار اتوماتیک منفی و دادن تکالیف خانگی مرتبط
دهم	تغییر افکار اتوماتیک منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی	فنون پرکاربرد در این حوزه شامل: ۱) شناخت خطاهای شناختی من، و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات و رفتارهای روزمره من ۲) بررسی اینکه چه نگرش‌های دیگری وجود دارد، و محاسن و معایب آنها و شیوه تفکر ۳) پیدا کردن شواهدی در تأیید یا رد برداشت‌های ذهنی
یازدهم	تشخیص افکار بنیادی ناکارآمد (فرض‌های ناکارآمد)	توضیح افکار بنیادی و نقش آن و نحوه شناسایی آن از روی افکار اتوماتیک با استفاده از مشخصه‌های اصلی آن
دوازدهم	تغییر افکار بنیادی ناکارآمد	استفاده از فنون شخص سوم، پیکان نزولی، سه سؤال، روش سقراطی و ....

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که بعد از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به مراکز مشاوره خدمات روان‌شناختی شهر ساری از بین آزمودنی‌هایی که ملاک‌های ورود به پژوهش در مورد آنها صدق می‌کرد ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. سپس پیش‌آزمون از طریق پرسشنامه‌های مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری به منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا شد. پس از آن برای گروه آزمایشی، برنامه مداخله درمان شناختی-رفتاری ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر ۵ روز یک جلسه و در مجموع ۲ ماه) اجرا شد. بعد از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر دو گروه دوباره از لحاظ متغیر وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از گذشت ۲ ماه، پرسشنامه‌های مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری برای هر ۲ گروه اجرا شد. در نهایت داده‌های به‌دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش در بخش یافته‌های توصیفی از میانگین و انحراف

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

معیار و در بخش یافته‌های استنباطی ابتدا برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف[1] استفاده شد. همچنین قبل از بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس، از آزمون‌های لوین و ام‌باکس استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از طریق آزمون‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسم تشکیل دادند. در گروه آزمایشی بیشترین فراوانی با تعداد ۸ نفر در دامنه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و کمترین فراوانی با تعداد ۳ نفر در دامنه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال بود. در گروه گواه بیشترین فراوانی با تعداد ۷ نفر در دامنه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال و کمترین فراوانی با تعداد ۱ نفر در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال بود. همچنین در گروه آزمایشی بیشترین فراوانی با تعداد ۵ نفر دیپلم و کمترین فراوانی با تعداد ۱ نفر فوق‌لیسانس داشت. در گروه گواه بیشترین فراوانی با تعداد ۶ نفر دیپلم و کمترین فراوانی با تعداد ۲ نفر لیسانس داشت. از سوی دیگر در بخش یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری در گروه آزمایشی و گروه گواه در دوره‌های زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شده است که اطلاعات تکمیلی در جدول (۲) آمده است.

جدول ۲) اطلاعات مربوط به تعداد افراد خانواده در گروه‌های مورد مطالعه (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

متغیر دموگرافیک		گروه آزمایشی درصد (فراوانی)	گروه گواه درصد (فراوانی)	P
تعداد افراد خانواده	۳ نفر	(۴) ۲۶/۶۷	(۳) ۲۰/۰۰	۰/۱۰۸
	۴ نفر	(۵) ۳۳/۳۳	(۵) ۳۳/۳۳	
	۵ نفر	(۴) ۲۶/۶۷	(۵) ۳۳/۳۳	
	۶ نفر و بالاتر	(۲) ۱۳/۳۳	(۲) ۱۳/۳۳	

نوع آزمون: مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنادار

بر طبق نتایج جدول (۲)، تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ تعداد افراد خانواده مشاهده نشد.

برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا تمامی مفروضات آن بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و نتایج به‌دست آمده نشان داد که توزیع نمرات هر دو متغیر مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال بود. برای تعیین همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج به‌دست آمده نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد. همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد فرض همگنی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس رد نشد. بنابراین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر قابل اجرا بود. یافته‌های پژوهش در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳) تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیرهای مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	مقدار اتا
مشکلات روان‌شناختی	اثر گروه	۱۴۱/۸۷	۱	۱۴۱/۸۷	۳۱/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۷
	اثر زمان	۴۶/۱۵	۱	۴۶/۱۵	۱۱۹/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۰
	اثر گروه × زمان	۴۶/۸۱	۱	۴۶/۸۱	۸۴/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۱
خودتعیین‌گری	اثر گروه	۱۵/۲۱	۱	۱۵/۲۱	۴/۸۵	<۰/۰۳۶	۰/۱۴۸
	اثر زمان	۶/۶۶	۱	۶/۶۶	۲۳/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
	اثر گروه × زمان	۴/۲۶	۱	۴/۲۶	۱۴/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۶

1. Kolmogrov– Smirnov

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

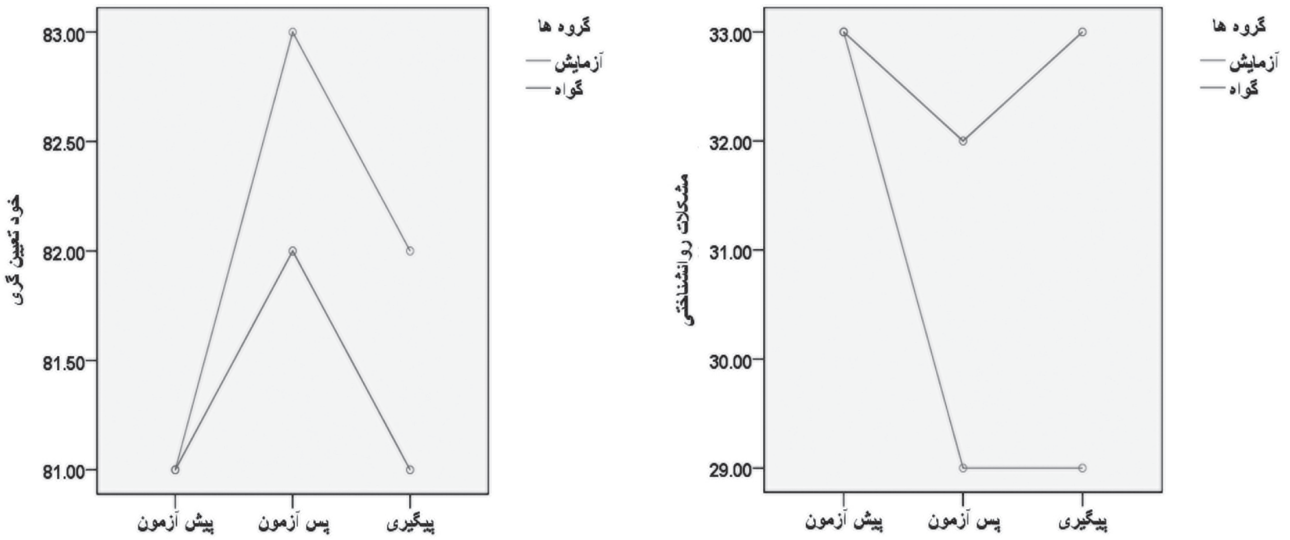
نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد برای متغیر مشکلات روان‌شناختی اثر گروه (P< ۰/۰۰۱ و Eta=۰/۵۲۷)، اثر زمان (P< ۰/۰۰۱ و Eta=۰/۸۱۰) و اثر متقابل گروه × زمان (P< ۰/۰۰۱ و Eta=۰/۷۵۱) معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد برای متغیر خودتعیین‌گری اثر گروه (P< ۰/۰۳۶ و Eta=۰/۱۴۸)، اثر زمان (P< ۰/۰۰۱ و Eta=۰/۴۵۲) و اثر متقابل گروه × زمان (P =۰/۰۱۰ و Eta=۰/۳۴۶) معنادار بود. جهت آگاهی از اینکه این تأثیر در کدام‌یک از مراحل آزمون بوده است از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۴) نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین‌های اثر زمان

متغیرها	مراحل	زمان اندازه‌گیری	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
مشکلات روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۵۶	۰/۲۱	< ۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۱۰	۰/۱۹	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۶	۰/۱۰	< ۰/۰۰۱
خودتعیین‌گری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۱۶	۰/۱۴	< ۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۶۶	۰/۱۳	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۰	۰/۰۸	< ۰/۰۰۱

جدول (۴) نشان داد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه آزمایشی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (P< ۰/۰۰۱) و پیش‌آزمون با پیگیری (P< ۰/۰۰۱) برای متغیرهای مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری بود و نشان دهنده تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایشی بود (P< ۰/۰۰۱).

شکل ۱) مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش خودتعیین‌گری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نتایج شکل (۱) نشان داد، درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش خودتعیین‌گری در گروه آزمایشی شد. این نتیجه در دوره پیگیری دو ماهه نیز پایدار ماند.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی و خودتعیین‌گری در مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به‌صورت معناداری باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم شد. این یافته به نحوی با نتایج پژوهش‌های ژائو و همکاران (۵) و مالوسلی و همکاران (۷) همسو است. در تبیین اثربخشی این آموزش در کاهش مشکلات روان‌شناختی می‌توان گفت که استفاده از مؤلفه‌های درمانی شناختی-رفتاری و از جمله حل مسئله اجتماعی موجب اعتماد به نفس می‌شود و این موجب تقویت احساس شایستگی و تسلط در مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم شده است که پیامد آن حمایت اجتماعی برای آنها می‌باشد. استفاده از نظام‌های حمایت اجتماعی به مادران کمک می‌کند تا با رویدادهای تنش‌زا مقابله کنند (۴). نتایج پژوهشی نشان داد افرادی که از نظام حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند، کمتر مضطرب و افسرده می‌شوند و در مقایسه با افرادی که از نظام حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردارند، نسبت به زندگی خوش‌بین‌تر هستند. این حمایت اجتماعی و اعتماد به نفس در برقرارای ارتباط سبب افزایش خودکارآمدی، تاب‌آوری و امیدواری شده و این باعث می‌شود که مادران به توانمندی‌های لازم جهت رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی دست یابند و از انزوای اجتماعی و طرد از سوی سایر افراد به‌خاطر مشکلات فرزندانشان رهایی یابند (۸). مهارت‌های شناختی-رفتاری مؤثر با سازگاری شخصی خوب ارتباط دارد و موجب حفظ کنترل درونی می‌شود. این موضوع به نوبه‌ی خود بر مسائل زندگی و پذیرش مسئولیت رفتارها و تلاش در جهت حل مسائل مختلف کمک می‌کند و در واقع باعث می‌شود تا مادران از روش‌های ارتباطی استفاده کنند که آنها را قادر می‌سازد حرمت نفس خود را حفظ کنند، خشنودی و ارضای خواسته‌های خود را دنبال کنند و از حقوق و حریم شخصی خود بدون سوءاستفاده از دیگران و یا سلطه‌جویی بر آنان، دفاع کنند (۶).

نتایج بخش دیگری از پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری به‌صورت معناداری باعث افزایش خودتعیین‌گری در مادران دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم شد. این یافته به نحوی با نتایج پژوهش‌های سلطانی و همکاران (۱۱)، جو و همکاران (۱۳) و سرقیس و همکاران (۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد به این دلیل بی‌انگیزه هستند که فکر می‌کنند مهارت‌ها، توانایی و صلاحیت لازم برای انجام کارهای خود را ندارند. این حالت، احساس بی‌تفاوتی را در آنها افزایش داده و منجر به کاهش چشمگیری در دلبستگی و اشتیاقشان می‌شود (۱۲). انگیزش خودپذیر به‌عنوان سطحی از انگیزش بیرونی که به مقدار زیادی در جریان درونی‌سازی به‌صورت خودمختار و درونی درآمده است، منجر به وقوع پیامدهای مطلوب فردی و اجتماعی می‌شود. به‌عبارتی، افرادی که از نظر خودتعیین‌کنندگی در سطح خودپذیر قرار دارند، با زندگی و کار خود همانندسازی می‌کنند و آن‌را به‌عنوان جزئی از ارزش‌های خود می‌پذیرند. این افراد توانایی غلبه بر ناتوانی‌های ناشی از بی‌انگیزگی را پیدا می‌کنند (۹). در فعالیت‌های روزانه زندگی هر دو انگیزش درونی و بیرونی می‌توانند با هم وجود داشته باشند. وقتی این دو مقیاس به‌طور جداگانه سنجیده می‌شوند، به‌نظر می‌رسد که بیش از آنکه صرفاً دو قطب مخالف یک بعد واحد باشند، نشانگر ابعاد متعامد انگیزش هستند (۱۷). در واقع ممکن است فردی به‌دنبال فعالیت‌هایی باشد که به لحاظ درونی لذت‌بخش هستند، در حالی‌که همزمان به پیامدهای بیرونی آن فعالیت در هر شرایط خاص توجه داشته باشد (۱۴). جستجوی لذت درونی بدون توجه به پیامدهای بیرونی ممکن است از فرصت‌ها و پیامدهای آتی بکاهد. از طرف دیگر، صرفاً توجه به انگیزش‌های بیرونی نیز می‌تواند موجب نادیده گرفته شدن انگیزش درونی که از خود یادگیری به‌دست می‌آید، شود (۱۰). احساس خودمختاری، احساس شایستگی و احساس موفقیت در ارتباط با دیگران موجب ایجاد خودتعیین‌نگری درونی‌تر می‌شود. شاید بتوان گفت تأیید و تقویتی که افراد دارای هویت هنجاری از دیگران دریافت می‌کنند، موجب می‌شود که اضطراب کمی متوجه آنان شود و در نتیجه، احساس خودمختاری، شایستگی و ارتباط را به‌صورت واقعی تجربه کنند (۱۶).

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش کنترل نکردن عوامل اجتماعی، اقتصادی، تحصیلی و ویژگی‌های شخصیتی بود. محدودیت دیگر این مطالعه دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال برای هر گروه بود. با توجه به لزوم توجه چندوجهی به درمان با بهره‌گیری از الگوی زیستی، روانی، هیجانی و مثبت‌نگر پیشنهاد می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بیش از پیش در برنامه‌های درمانی جاری

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

کشور در نظر گرفته شود. از آنجایی‌که رفتارهای کودکان با اختلال طیف اُتیسم ماهیت تکرار شونده و عادتی دارند برای پیشگیری از این رفتارها می‌توان مهارت‌های غلبه بر نقص کنترل مراجع و تقویت حس خودکارآمدی و تاب‌آوری او را پرورش داد.

تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و همچنین مسؤلان ذیربط تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Hyman SL, Levy SE, Myers SM. Council on children with disabilities, section on developmental and behavioral pediatrics. Identification, evaluation and management of children with autism spectrum disorder. Journal of Pediatrics. 2020; 145: 1-7.
2. Tint A, Weiss JA. Family wellbeing of individuals with autism pectrum disorder: A scoping review. Autism. 2016; 20: 262-275.
3. Zhou B, Xu Q, Li H, Zhang Y, Wang Y, Rogers SJ. Effects of parent-implemented Early Start Denver Model intervention on Chinese toddlers with autism spectrum disorder: a nonrandomized controlled trial. Autism Res. 2018; 11: 654-66.
4. Rogers SJ, Estes A, Vismara L, Munson J, Zierhut C, Greenson J. Enhancing low-intensity coaching in parent implemented Early Start Denver Model intervention for early autism: a randomized comparison treatment trial. J Autism Dev Disord. 2019; 49: 623-46.
5. Zhao J, Zhang X, Wang C, Yang J. Effect of cognitive training based on virtual reality on the children with autism spectrum disorder. Current Research in Behavioral Sciences. 2021; 2: 100013.
6. Frantz R, Hansen SG, Machalicek W. Interventions to promote well-being in parents of children with autism: a systematic review. Review Journal of Autism and Developmental Disorders. 2018; 5(1): 58-77.
7. Malucelli ERS, Antoniuk SA, Carvalho NO. The effectiveness of early parental coaching in the autism spectrum disorder. Journal Pediatr. 2021; 97(4): 453-458.
8. Vismara LA, McCormick C, Shields R, Hessl D. Extending the parent-delivered Early Start Denver Model to young children with fragile x syndrome. J Autism Dev Disord. 2019; 49: 1250-66.
9. Hrbackova K, Suchankova E. Self-Determination Approach to Understanding of Motivation in Students of Helping Professions. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2016; 217: 688-696.
10. Jungert T, Piroddi B, Thornberg R. Early adolescents' motivations to defend victims in school bullying and their perceptions of student–teacher relationships: A self-determination theory approach. Journal of Adolescence. 2016; 53: 75-90.
11. Soltani K, Sohrabi Z, Keshavarzi MH, Ramazani GH. Investigating the relationship between self-determination motivation dimensions and job motivation of faculty members of Iran University of Medical Sciences. Journal of Education Development in Medical Sciences. 2019; 12(33): 21-32.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]

12. Perlman D, Moxham L, Patterson CH, Cregan A, Alford S, Tapsell T. Mental health stigma and undergraduate nursing students: A self-determination theory perspective. Collegian. 2020; 27(2): 226-231.
13. Joo YJ, So HJ, Kim NH. Examination of relationships among students' self-determination, technology acceptance, satisfaction, and continuance intention to use K-MOOCs. Computers & Education. 2018; 122: 260-272.
14. Fazelpour P. The effect of quality of life intervention intervention on psychological courage and self-determination. Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry. 2017; 4(1): 89-109.
15. Sergis S, Sampson DG, Pelliccione L. Investigating the impact of Flipped Classroom on students' learning experiences: A Self-Determination Theory approach. Computers in Human Behavior. 2018; 78: 368-378.
16. Maskey M, Rodgers J, Grahame V, Glod M, Honey E, Kinnear J, Labus M, Milne J, Minos D, McConachie H, Parr RJ. A Randomised Controlled Feasibility Trial of Immersive Virtual Reality Treatment with Cognitive Behaviour Therapy for Specific Phobias in Young People with Autism Spectrum Disorder (Randomized Controlled Trial). J Autism Dev Disord. 2019; 49(5): 1912-1927.
17. Kothe E, Lamb M, Bruce L, McPhie S, Klas A, Hill B, et al. Student midwives' intention to deliver weight management interventions: A theory of planned behaviour & self-determination theory approach. Nurse Education Today. 2018; 71: 10-16.
18. Wang CKJ, Liu WCH, Kee YH, Chian LK. Competence, autonomy, and relatedness in the classroom: understanding students' motivational processes using the self-determination theory. Heliyon. 2019; 5(7): 198-203.
19. Nazer M, Riyahi N, Mokhtari MR. The effect of cognitive-behavioral stress management training on stress and mental health of parents with children with mental disabilities. Rehabilitation Quarterly. 2016; 17(1): 30-39.
20. Howell AJ, Passmore HA. Acceptance and commitment training (ACT) as a positive psychological intervention: A systematic review and initial meta-analysis regarding ACT's role in well-being promotion among university students. Journal of Happiness Studies. 2019; 20(6): 1995–2010.
21. Reeve A, Tickle A, Moghaddam N. Are acceptance and commitment therapy-based interventions effective for reducing burnout in direct-care staff? A systematic review and meta-analysis. Mental Health Review Journal. 2018; 23(3): 131–155.
22. French K, Golijani-Moghaddam N, Schroder T. What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. Journal of Contextual Behavioral Science. 2017; 6(4): 360–374.
23. Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Roshd Publications; 2013.
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy, 1995; 33(3): 335-343.
25. Nazer M, Riyahi N, Mokhtari MR. The effect of cognitive-behavioral stress management training on stress and mental health of parents with children with mental disabilities. Rehabilitation Quarterly, 2016; 17(1): 30-39.
26. LaGuardia JG, Ryan RM, Couchman CE, Deci EL. Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 2000; 27: 762-723.
27. Soltani K, Sohrabi Z, Keshavarzi MH, Ramazani GH. Investigating the relationship between self-determination motivation dimensions and job motivation of faculty members of Iran University of Medical Sciences. Journal of Education Development in Medical Sciences. 2019; 12(33): 21-32.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-01]