

مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر نگرش والد- فرزند مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۹- تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۱

خلاصه

مقدمه: وجود یک کودک ناتوان در خانواده مشکلات روانی برای اعضای خانواده خصوصاً مادران ایجاد می‌کند که می‌تواند بر نگرش والد - کودک و در نهایت بر سلامت روان مادر و کودک تأثیرگذار باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر واقعیت درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در نگرش والد-فرزند مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود.

روش کار: پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه پژوهش مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم یک مدرسه ابتدایی شهر مشهد سال ۱۳۹۷ بود. با نمونه گیری در دسترس ۳۶ نفر از مادران انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. آزمودنی‌ها قبل، بعد مداخله و در مرحله پیگیری به پرسش نامه نگرش والد - فرزند پاسخ دادند. گروه اول شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه دوم واقعیت درمانی به مدت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت تحلیل آماری از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد بین تأثیر دو درمان تفاوت معنادار ($f_{9,78} = 7/78, p < 0/01$) وجود دارد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر بیشتری بر نگرش والد- فرزند دارد (اختلاف میانگین = $6/61$ و $p < 0/001$).

نتیجه گیری: برای بهبود نگرش والد- فرزند مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌توان از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سود جست.

واژگان کلیدی: اوتیسم، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، واقعیت درمانی، نگرش والد - فرزند

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

زیبا امام دوست^۱

سعید تیموری*^۲

غلامرضا خوی نژاد^۳

علیرضا رجایی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

^۲ دانشیار گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

^۴ دانشیار گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

Email: teymurisaeed@yahoo.com

مقدمه

والدین با تولد یک کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با چالش‌های زیادی مواجه می‌شوند. اختلال طیف اوتیسم اختلالی عصبی رشدی است که در سه سال اول زندگی کودک نمایان می‌شود. مهم ترین علائم آن نقص در برقراری ارتباط، مشکل در تعاملات اجتماعی و وجود الگوهای محدود و تکراری در رفتار، علائق و فعالیت‌ها است (۱).

نگرش شامل سه مؤلفه شناختی، عاطفی و رفتاری است مؤلفه شناختی شامل افکاری که فرد در مورد آن موضوع نگرش خاص دارد، مؤلفه عاطفی شامل هیجان‌ها و عاطفه فرد نسبت به موضوع و مؤلفه رفتاری چگونگی تمایل فرد به عمل در راستای موضوع است. این سه عنصر تحت عنوان مدل سه‌بخشی نگرش معرفی شده‌اند (۲). استرس ناشی از داشتن کودک با ناتوانی می‌تواند احساسات منفی نسبت به کودک ایجاد کند، انتظارات والدین را تغییر دهد و ممکن است احساس توانایی والدگری را کاهش دهد که در نهایت بر چگونگی تعامل والد بر کودک اثر می‌گذارد (۳). تعامل والد فرزند برای کودکان دارای اختلالات طیف اوتیسم بسیار مهم است از یک سو بعضی علائم اصلی به طور خاص تحت تاثیر تعاملات والدینی است و از سوی دیگر بسیاری از درمان‌های موثر به تغییر تعاملات والدین بستگی دارد (۴). در پژوهش بر روی ۱۶۰ نوجوان اوتیسم و والدین آنها، مادران این کودکان گزارش کردند که آنها بیشتر حمایتگر بودند تا مهربان و نیز کودکان اوتیستیک فعالیت کمتری در تعامل والد - کودک از خود نشان می‌دادند و مشکلات رفتاری بیشتری در منزل داشتند (۵). همچنین مادران کودکان اوتیستیک در تعاملات والد - کودک پاسخگویی کمتری داشتند (۶) و به واسطه مداخلات آموزشی رفتارهای پاسخگویی والدین و زمان تعامل والدین و کودکان افزایش یافته بود، پس برای حمایت از تعاملات اجتماعی بین مراقبان با فرزندان اوتیستیک افزایش فوری و مداوم پاسخ دهی مراقبان به اشارات فرزندان یک استراتژی مهم است. (۷)

واقعیت درمانی را دکتر گلاسر در (۱۹۶۰) بکار برد و سپس تئوری انتخاب را به عنوان توصیف دقیق تر در چهارچوب مفهومی آن بکار برد. تئوری انتخاب به آزادی انسان در خواسته‌ها و اهدافش اشاره دارد (۸) از نظر گلاسر (۱۹۹۸) تئوری انتخاب یک رویکرد است که بر گسترش حمایت و کیفیت روابط با خود و دیگران متمرکز است (۹). گلاسر (۱۹۹۸) در تئوری انتخاب یک دنیای درونی کیفی مطلوب را توصیف می‌کند که از ارزشهای خاص، باورها و خواسته‌های ما تشکیل شده است. این جهان کیفی در اصول ایده ال و شخصی ما نمایان می‌شود که ما را در چگونگی برآورده کردن نیازهایمان هدایت می‌کند. آنچه که ما از دنیای واقعی ادراک می‌کنیم دقیقاً بازنمایی آن نیست و بنابراین ما با مقایسه مداوم (دنیای مطلوب و دنیای ادراکی) ارزیابی می‌کنیم که چقدر بر اساس آرزوها و خواسته‌هایمان زندگی می‌کنیم (۱۰). بر اساس واقعیت درمانی انسانها بطور غریزی برای ارضای پنج نیاز اساسی برانگیخته می‌شوند (۱۱) اصل اساسی در تئوری انتخاب می‌گوید ما انسان‌ها بسیار فراتر از آنچه تصور می‌گردد می‌توانیم برزندگیمان تسلط داشته باشیم ولیکن مقدار زیادی از این کنترلها ناکارآمدند و انتخابهای موثر داشتن را فرا نگرفته ایم (۱۲). درمان دیگری که اخیراً مورد توجه قرار گرفته و در این پژوهش بکار رفته است شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است.

شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی تکنیک‌های توجه آگاهی را با عناصر شناخت درمانی ترکیب میکند تا شکل‌گیری دیدگاهی مجزا از افکار را در فرد تسهیل کند (مانند من با افکارم برابر نیستم و افکار لزوماً بیانگر واقعیت نیست) (۱۳). هدف از استفاده از تمرینات ذهن آگاهی ایجاد تغییر در رابطه افراد با افکار و رویدادهای استرس‌زا و کاهش واکنشهای احساسی و تقویت ارزیابی شناختی است (۱۴). به این ترتیب افراد یاد می‌گیرند که به جای نشخوار افکار منفی آگاهی گسترده‌تری از لحظه حال به وجود آورند و این آگاهی منجر به تشخیص زودرس الگوهای عاطفی مرتبط با تفکر، احساس و حس‌های

اعضای جلسات گروهی بین ۸-۱۲ نفر می‌باشد (۲۰). ملاکهای ورود به گروه نمونه عبارت بود از ۱-نداشتن اختلال روانی ۲- عدم شرکت در گروه آموزش روانی یا رواندرمانی در حال حاضر ۳-عدم مصرف داروهای رواندرمانی یا سومصرف مواد ۴-تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از ۱-شرکت همزمان در جلسات درمانی یا آموزش رواندرمانی ۲- غیبت بیش از دو جلسه ۲-عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات. در این تحقیق پس از جمع آوری اطلاعات داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS از تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی شفه در سطح $P < 0/05$ استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه نگرش والد فرزند: این مقیاس اولین بار توسط گوندر (۲۰۰۲) ساخته شد. گویه‌های این مقیاس از بسط و گسترش گویه‌های مقیاس نگرش والدینی شفر و بل به دست آمده است. گویه‌های این پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات در مورد رفتار، ادراک، تعامل، ارزش‌ها، و احساس‌های والدین در رابطه با کودک دارای نیازهای ویژه شان آماده شده است که در مطالعه گوندر (۲۰۰۲) و در این مطالعه به عنوان نگرش تعریف شده است. این ابزار دارای ۵ خرده مقیاس پذیرش و محبت (۸ گویه)، شرم زدگی (۳ گویه)، ناکامی (۳ گویه)، ناامیدی (۳ گویه) و حمایت افراطی (۷ گویه) است. طیف گزینه‌های این مقیاس از نوع لیکرت ۵ گزینه‌ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. کاملاً موافقم نمره ۵ گرفته و کاملاً مخالفم نمره ۱ می‌گیرد. گویه‌هایی که به شیوه منفی نمره گذاری می‌گردند، عبارتند از: ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۹ و ۲۱. نمره بیشتر نشان دهنده نگرش مثبت‌تر است. ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۸۰ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پذیرش و محبت، شرم زدگی، ناکامی، ناامیدی، و حمایت افراطی به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۸۲، ۰/۷۲، ۰/۶۶ و ۰/۷۵ می‌باشند. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است (۲۱).

بدنی می‌شود (۱۵). از طریق چهار مکانیسم ذهن آگاهی تاثیر می‌گذارد که عبارتند از تنظیم توجه، آگاهی از بدن، تنظیم هیجان و تغییر در دیدگاه فرد به عنوان خود ثابت (۱۶). مهارتها ی ذهن آگاهی که به افراد آموزش داده می‌شود شامل آگاهی از تنفس، افکار، حس های بدنی، صداها و همه فعالیت های فرد است (۱۷). افزایش مهارتهای ذهن آگاهی منجر به پذیرش بدون قضاوت وبدون واکنش نسبت به تجارب می‌شود که این خود باعث نتایج مثبت روانشناختی می‌شود (۱۸). هم چنین ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادات و الگوهای ناسالم کمک کند و نقش مهمی در تنظیم رفتار ایفا کند (۱۹). از آنجا که نگرش والدین نسبت به فرزندان مبتلا به اوتیسم، مثبت یا منفی بر نحوه تفکر و هیجان و رفتار آنها با کودکانشان و همچنین نحوه ارزیابی و عملکردشان در مداخلات درمانی تاثیر بسزایی دارد و شواهد پژوهشی متعددی بر لزوم آموزش و آگاهی والدین دارای کودک مبتلا به اوتیسم تاکید دارد، همچنین کارایی دوروش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی در کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری توسط پژوهش هایی نشان داده شده است لذا هدف این پژوهش بررسی مقایسه تاثیر این دو رویکرد بر نگرش مادران دارای کودکان اوتیستیک نسبت به فرزندشان می‌باشد. خصوصاً قابل ذکر است که در مورد مقایسه تاثیر این دو روش بر نگرش والد - فرزند درمادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم پژوهشی در داخل و خارج از کشور یافت نشد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بایگیری یک ماهه (با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) می‌باشد. در این پژوهش با توجه به موضوع مورد مطالعه، جامعه آماری پژوهش را کلیه مادران یک دبستان ابتدایی کودکان مبتلا به اوتیسم در شهر مشهددر سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ تشکیل دادند. از میان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ۳۶ نفر آزمودنی به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی درسه گروه (۱۲ نفره) شامل یک گروه کنترل ودو گروه آزمایش جایگزین شدند. زیرا حد متعادل

گروه‌های آزمایش و پس از اتمام جلسات درمان و پیگیری یک ماهه پرسشنامه نگرش والد به فرزند گوندر را تکمیل نمودند. ملاحظات اخلاقی: طی یک جلسه توجیهی قبل از شروع جلسات آموزشی برای شرکت کنندگان اطلاعات لازم در خصوص شرکت در جلسات و فراهم نمودن راحتی و آسایش آنها و امکان خروج از پژوهش بصورت ازادانه و هر زمان که مایل باشند و محرمانه بودن اطلاعات شخصی آنها و اخذ رضایت آگاهانه کتبی انجام شد.

درمانهای پژوهش: درمان شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای هر گروه آزمایش بود. برنامه درمانی گروه اول بر گرفته از الگوی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۲) بوده است. برنامه مداخله‌ای در گروه آزمایش دوم برگرفته از الگوی واقعیت درمانی (۲۳) بود. خلاصه جلسات در جداول ۱ و ۲ آمده است. هیچ گونه مداخله ای طی این مدت بر گروه کنترل صورت نگرفت. هر سه گروه قبل از اجرای جلسات درمان

جدول ۱- خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	هدایت خودکار: خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و آرسی بدن
دوم	سر و کار داشتن با موانع: مراقبه و آرسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه، تمرین های افکار و احساسات
سوم	ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)، مشخص کردن تقویم تجارب خوشایند، تمایز فکر از واقعیت
چهارم	باقی ماندن در زمان حاضر: ذهن آگاهی پنج دقیقه ای مشاهده کردن یا شنیدن، راه رفتن ذهن آگاهانه، تقویم تجارب ناخوشایند
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن، مراقبه ی نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، بررسی افکار و پیش بینی های قبلی
ششم	افکار واقعیت نیستند: مراقبه ی نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمایز فکر از واقعیت، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاه های جایگزین
هفتم	چگونه بهترین مراقبت را از خود به عمل آورم؟ فعالیت های ارتقا دهنده: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجانها
هشتم	راه حل آفرینی سازنده، تحریف های شناختی، مراقبه ی و آرسی بدن، آگاهی از تنفس
نهم	بررسی چیزهایی بسیار ارزشمند زندگی فردو تمرین در در کسب و نگهداری آنها، مراقبه ی نشستن، آگاهی از تنفس، بدن
دهم	استفاده از آن چیزی که یاد گرفته شده برای بکارگیری در آینده: مراقبه و آرسی بدن، مراقبه نهایی، مرور کل دوره

جدول ۲- خلاصه جلسات واقعیت درمانی

جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	اعضا بین عاطفی و درگیری حسنه رابطه برقراری؛ قوانین بیان یکدیگر؛ با گروه اعضای آشنایی
دوم	برزندگی آنها تاثیر چگونگی و اساسی نیاز پنج و انتخاب نظریه بررسی
سوم	نگاه دیگران دریچه از خود دیدن؛ اعضا سایر بر فرد تاثیر استنباط، فعال؛ دادن خود؛ گوش ابراز طریق از ضعف و قوت نقاط بررسی
چهارم	میکند عمل چگونه و است کدام رفتاری جزء 4 شده داده توضیح) کلی رفتار مفهوم (انسان رفتار اجزاء بررسی
پنجم	فوق مهارتهای در انجام اعضا فعالیت نحوه بر نظارت افراد؛ انتخاب بر یا درونی بیرونی کنترل تاثیر بهتر؛ انتخاب برای موقعیتهای بررسی
ششم	انتخاب تئوری اساسی اصل 10 بررسی
هفتم	رفتار تبیین اصل 5 تبیین و توصیف
هشتم	WEDP. خواسته ها از طریق فرایند بررسی
نهم	سازنده و رفتارهای مخرب انجام در گروه اعضای فعالیت کیفیت و ارزیابی نظارت سازنده؛ و مخرب رفتارهای رفتار؛ شکل گیری
دهم	: مرور و جمع بندی

نتایج:

۴۱ سال به بالا قرار داشته و همچنین نمونه پژوهش از نظر تحصیلات، ۱۹/۴٪ (۷ نفر) زیر دیپلم؛ ۴۲/۲٪ (۱۳ نفر) دیپلم و فوق دیپلم؛ ۲۵٪ (۹ نفر) کارشناسی؛ ۸/۳٪ (۳ نفر) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند.

اطلاعات دموگرافیکی حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که نمونه از نظر سن، ۲۵ درصد در دامنه ی سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و ۴۱/۷٪ در دامنه ی سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۳۳/۳٪ در دامنه ی سنی

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره های متغیر نگرش والد - فرزند

گروه	گروه ذهن آگاهی		گروه واقعیت درمانی		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۶۱/۸۳	۱۰/۲۹	۶۵/۵۸	۸/۶۷	۶۴/۲۵	۵/۱۹
پس آزمون	۷۳/۴۲	۷/۵۶	۶۹/۴۲	۷/۰۵	۶۴/۱۷	۷/۷۷
آزمون پیگیری	۷۷/۷۵	۵/۹۷	۷۶/۴۲	۷/۳۴	۶۴/۷۵	۹/۸۶

داده ها استفاده شد. نتایج نشان داد که چون سطح معناداری متغیر بهزیستی روانشناختی بیشتر از ۰/۰۵ است پس داده ها توزیع نرمال دارند. برای بررسی همتا بودن گروه ها در خط پایه از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. با توجه به اینکه نتایج آزمون برای هیچ کدام از مولفه های نگرش والد- فرزند معنادار نبود، بنابراین گروه ها در خط پایه همتا می‌باشند. همگنی واریانس ها با آزمون لوین سنجیده شد و سطح معنی داری محاسبه شده لوین در دو مرحله پس آزمون و پیگیری برای متغیر نگرش والد - فرزند بزرگتر از ۰/۰۵ بود. پس شرط همگنی واریانس گروه های واقعیت درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل وجود داشت. همگنی ماتریس های واریانس و کوواریانس به وسیله آزمون باکس سنجیده شد. با توجه به نتایج آزمون باکس ($p > 0.05$) فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس وجود دارد. (مانند شرط همگنی واریانس عمل می‌کند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نگرش والد - فرزند در پس آزمون گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۷۳/۴۲) و پیگیری (۷۷/۷۵) نسبت به پیش آزمون (۶۱/۸۳) آنها افزایش داشته است. همچنین در پس آزمون گروه واقعیت درمانی (۶۹/۴۲) و پیگیری (۷۶/۴۲) نسبت به پیش آزمون (۶۵/۵۸) آنها افزایش داشته ولی بین میانگین پیش آزمون (۶۴/۲۵) و پس آزمون (۶۴/۱۷) و پیگیری (۶۴/۷۵) گروه کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد که نشان از تاثیر واقعیت درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش والد - فرزند در مادران دارای کودک اوتیستیک دارد. در ادامه به تحلیل کواریانس جهت بررسی معنی داری تفاوت در گروه‌ها پرداخته می‌شود. قبل از اجرای تحلیل کواریانس تک متغیره مفروضات تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از عدم تخطی از مفروضه های تحلیل کواریانس تک متغیری بودند. ابتدا از آزمون کالموگراف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمره های نگرش والد - فرزند در سه گروه

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی داری	مجدوراتا	توان آزمون
آزمون	۱۴۹۲/۹۱	۲	۷۴۶/۴۵	۱۱/۹۵	۰/۰۰	۰/۲۰	۰/۹۹
گروه	۹۷۱/۹۱	۲	۴۸۵/۹۵	۷/۷۸	۰/۰۰	۰/۱۴	۰/۹۵
گروه*آزمون	۸۵۸/۸۷۰	۴	۲۱۴/۷۱	۳/۴۳	۰/۰۱	۰/۱۲	۸

آزمون و آزمون پیگیری) وجود دارد. ($p < 0.05$)، $F = 11.95$ و همچنین تعامل نوع آزمون و گروه هم معنادار است ($p < 0.05$)

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت معنا داری در میزان نگرش والد به فرزند آزمودنی ها با توجه نوع آزمون (پیش آزمون، پس

معنا داری وجود دارد. جهت بررسی دقیق تر و تعیین گروه هایی که با هم تفاوت دارند از آزمون شفه استفاده می شود.

$p < ۰/۰۱$ ، $F = ۳/۴۳ = ۹۹/۴$. همچنین بین میزان نگرش والد به فرزند آزمودنی ها در سه گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، واقعیت درمانی و گروه کنترل ($p < ۰/۰۱$) $F = ۷/۷۸ = ۹۹/۲$ (تفاوت

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی شفه برای متغیر نگرش والد - فرزند در سه گروه

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	سطح معنی داری
ذهن آگاهی	واقعیت درمانی	۰/۵۳	۰/۹۶
	کنترل	۶/۶۱	۰/۰۰
واقعیت درمانی	ذهن آگاهی	-۰/۵۳	۰/۹۶
	کنترل	۶/۰۸	۰/۰۱
کنترل	ذهن آگاهی	-۶/۶۱	۰/۰۰
	واقعیت درمانی	-۶/۰۸	۰/۰۱

سرزندی و عزت نفس پایین (۲۵) را ایجاد میکند که منجر به حمایت افراطی (۵) از طرفی و خشم و پاسخگویی کمتر (۶) به جای مهربانی و شفقت میگردد. یک عنصر کلیدی در ذهن آگاهی خودشفقتی است تمرینات ذهن آگاهی دلسوزی و شفقت به خود و دیگران را در مادران پرورش میدهد بدین ترتیب احساس گناه و مقصر دانستن خود در مادران کاهش می یابد، همچنین افزایش آگاهی آنان از ماهیت و علل اختلال و اصلاح شناخت های نادرست مادران در مورد خودشان و کودکان احساسات منفی را کاهش میدهد و چرخه معیوب افکار و هیجانات و تعاملات نادرست شکسته می شود و مادران تعامل مطلوب تری با فرزند خود برقرار میکنند و لحظاتی را که در کنار همسر و فرزندشان سپری میکنند صمیمانه و دور از دغدغه های ذهنی است و میتوانند محبت و عشق را در بین خود و فرزندشان مبادله کنند. احساس ناتوانی والدگری و خودکارآمدی پایین (۲۶) و نگرانی از آینده تحصیلی و مدیریت زندگی کودک (۲۷) در والدین به ناامیدی و ناکامی منجر می شود. پژوهشها نشان داده که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود مهارتهای هیجانی، اجتماعی و شناخت افراد می شود (۲۸). در این مورد میتوان به یک مکانیسم مطرح در اثر بخشی درمان مبتنی بر حضور ذهن یعنی عنصر پذیرش اشاره نمود که هدف آن ایجاد تغییر در نگرش مادران در ارتباط با باورها، افکار و احساسات است که آنها را بازنمایی خالص

با توجه به جدول ۵ سطح معنی داری آزمون گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با واقعیت درمانی و گروه کنترل کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر رد شده و در نتیجه در نگرش والد - فرزند در گروه های مذکور تفاوت معنی داری وجود دارد. که این تفاوت به نفع گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (اختلاف میانگین = ۶/۶۱) است، در نتیجه تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش والد - فرزند بیشتر می باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف دست یابی به این سوال که بین دوروش واقعیت درمانی و شناخت درمانی کدام شیوه تاثیر بیشتری بر روی نگرش والد فرزند در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد، طراحی و اجرا شد. یافته های این پژوهش نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر بیشتری بر بهبود نگرش والد - فرزند دارد. با وجود جستجو در مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور، مطالعه ای مبنی بر مقایسه این دوروش یافت نشد.

در تبیین تاثیر بیشتر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با واقعیت درمانی بر نگرش والد فرزند و مولفه های آن (پذیرش و محبت، شرم زدگی، ناکامی، ناامیدی، حمایت افراطی) می توان گفت: داشتن کودکی که هیچ احساسی را نشان نمی دهد. در والدین احساس واپسزدگی (۲۴)، گناه و خود

درمانی بدلیل فقدان عناصری که در ذهن آگاهی ذکر شد مانند پذیرش، صبر، عدم دلبستگی، خودشفقتی و ذهن آگاهی، جزء عاطفی نگرش نادیده گرفته می شود و واقعیت درمانی تنها به بخش رفتاری نگرش توجه دارد و این می تواند اثر بخشی کمتر واقعیت درمانی را تبیین کند.

به عنوان نتیجه نهایی می توان گفت، با توجه به نتایج پژوهش حاضر و شریط دشوار و نیاز مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم به آموزش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روشی موثر و کارآمد برای بهبود تنظیم شناختی هیجان در این مادران است و نیاز است درمانگران آموزش این روش را در مادران دارای کودکان اوتیستیک مورد توجه قرار دهند.

از محدودیت های این پژوهش میتوان به موارد زیر اشاره کرد: ۱- تغییر نمونه ها با توجه به بافت فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی احتیاط در تعمیم نتیجه ها را ضروری می سازد. ۲- والدین دارای کودکان بزرگتر از سنین دبستانی نیز در این پژوهش شرکت نداشتند ۳- ناتوانی احتمالی ابزارها نیز در ارائه تصویر کاملی از متغیرهای روانشناختی مورد اندازه گیری هم مورد دیگری است که باید به آن توجه شود. پیشنهاد می شود پژوهش با ۱- نمونه های دیگر و ۲- ابزارهای متفاوت و ۳- کودکان سنین بالاتر نیز انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای شخصی نویسنده اول در گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام گرفته شده است و هیچگونه تعارض منافع با شخص و یا گروهی ندارد. این پژوهش دارای

کد اخلاقی IR.IAU.MSHD.REC.1398.047 و کد کارازمایی بالینی ۴۱۳۹۷ و کد پژوهش ۹۵۰۳۳۱۳۸۱ می باشد می باشد.

از تمام شرکت کنندگان در این پژوهش سپاسگزاری می شود.

واقعیت به حساب نیامورد، به قضاوت و ارزشیابی این تجارب درونی ننشیند و تلاشی برای اجتناب از آنها نشان ندهد در حالت پذیرش یک فکر و یک احساس تنها یک فکر و احساس است نه چیزی کمتر یا بیشتر. در این حالت مادران به جای مقایسه مداوم خود با خود ایده ال و احساس شرم و خجالت از فرزندشان، هیجان های خود و پدیده های فیزیکی را همانطور که هستند می پذیرند. پذیرش به کاهش توجه و حساسیت مادران به افکار و هیجان های منفی ازارنده منجر می شود، همچنین موجب می شود داشتن این کودکان را عیب و نقص تلقی نکنند و سعی می کنند به فرزندشان توجه مثبت نامشروط داشته باشند. پذیرش اوتیسم از طرفی والدین کودک را به ارتباط و پاسخگویی بهتر هدایت می کند (۲۹) و از سوی دیگر استفاده از استراتژی های تعامل مثبت با فرزندان احساس شادکامی و خودکارآمدی والدی را در فرد بالا می برد (۳۰). در کل میتوان گفت اجرای تکنیک های ذهن آگاهی و شناختی به مادران این اجازه را میدهد که به جای درگیر شدن با افکار و احساسات و رفتار منفی، تعاملات بهتر، احساسات و هیجان های مثبت و عملکرد مطلوبتری داشته باشند و نگرش آنها نسبت به فرزند مبتلا به اوتیسم را بهبود می بخشد.

واقعیت درمانی برمسئولیت پذیری افراد در قبال رفتارهایشان تاکید دارد و به مادران می آموزد که خواسته ها و نیازهای اساسی خود را شناسایی کنند با ارزیابی اعمال فعلی و طرح ریزی و انجام رفتارهای مناسب تر به اهداف مطلوب خود دست یابند. در واقع از نظر واقعیت درمانی تغییر رفتار، تغییر احساسات را نیز به دنبال خواهد داشت (۲۲) اما به نظر می رسد تا زمانیکه مادران به مقایسه خود با خود ایده ال ادامه دهند و با هیجان های منفی چون احساس گناه، ناکامی و ناامیدی دست به گریبان باشند قادر به تفکر منطقی و ارزیابی صحیح عملکردشان نیستند هر چند از نظر منطقی سودمندی آموزه های واقعیت درمانی را بپذیرند. نگرش دارای سه جزء عاطفی، شناختی و رفتاری است (۳). در واقعیت

Resources:

1. American Psychiatric Association in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, Arlington: American Psychiatric Association; VA, 2013. Pp 550.
2. Grames M, Leverentz C. Attitudes toward Persons with Disabilities: A comparison of Chinese and American students. *UW-L J Undergrad Res* 2010; 13: 1-6.

3. Van Hooste, A, Maes, B. Family factors in the early development of children with Down Syndrome, *J Early Interv* 2003; 25: 296-309.
4. Zlomke K.R, Bauman S, Edwards G.S. An Exploratory Study of the Utility of the Dyadic Parent-Child Interaction Coding System for Children with Autism Spectrum Disorder. *J Dev Phys Disabil* January 2019 ; 31(4):501-518 .
5. Chang JP, Lai MC, Chou MC, Shang CY, Chiu YN, Tsai WC, Wu YY, Gau SS. Maternal and Family Processes in Different Subgroups of Youth with Autism Spectrum Disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;47(1):177-194
6. Baptista J, Sampaio A, Fachada I, Osório A, Mesquita AR, Garayzabal E, Duque F, Oliveira G, Soares I. Maternal Interactive Behaviours in Parenting Children with Williams Syndrome and Autism Spectrum Disorder: Relations with Emotional/Behavioral Problems. *J Autism Dev Disord* 2019;49(1):216-226
7. Shire SY, Gulsrud A, Kasari C. Increasing Responsive Parent–Child Interactions and Joint Engagement: Comparing the Influence of Parent-Mediated Intervention and Parent Psychoeducation. *J Autism Dev Disord* 2016;46 (5): 1737–1747
8. Lujan S K. Quality Counseling: An Examination of Choice Theory and Reality Therapy. *Intl J Choice Theory and Reality Therapy*, Spring 2015 ;34(2):17-23.
9. Arellano Y, Graham Mary A, Sauerheber Jill D, grieving through art expression and choice theory: A group approach for young adults, *Intl J Choice Theory and Reality Therapy* Fall 2018; 38 (1): 47-56
10. Seehusen C. Using Reality Therapy with Clients Experiencing Chronic Pain. *Intl J of Choice Theory and Reality Therapy* Fall 2018;38(1) :6-12.
11. Wubbolding R E. Contemporary controversial issues and how to use reality therapy in an ethical and mainstreamed manner: thoughts to ponder, *Intl J Choice Theory and Reality Therapy* Fall 2018;38(1) :58-62.
12. Jerger J, Chmiel R, Wilson N, Luchi R. Hearing impairment in older adults: new concepts. *J Am Geriatr Soc* 1995;43 :928-35.
13. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry.* 2016 Jun 1;73(6):565-74.
14. Teasdale J D, Segal Z V, Williams M G, Ridgeway V A, Soulsby J M, Lau M A. Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy, *J Consult Clin Psycho* 2000; 68(4): 615-23.
15. Godfrin K A, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study, *J Behav Res Ther* 2010; 48(8): 746-38.
16. Hölzel B K, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago D R, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective, *J Perspect Psychol Sci* 2011 11;6(6):537–59.
17. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K, how do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies, *J Clin Psychol* 2015; 37:1–12.
18. Kabat-Zinn, J, an outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results, *J Gen Hosp Psychiatry* 1982; 4(1): 33–47.
19. Ryan R M, Deci E L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being, *J Am Psycho* 2000; 55(1):68-78.
20. Agha Mohammadian Shaarbaf H, Hosseini M.)Adolescence and teenager psychology.(1st ed. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad; 2005: 5-25. (Persian)
21. Asghari Nekah M,Bolghanabadi M.)Validation and revision of the parental attitudes towards children with special needs(. *J of Psychology of exceptional individuals.*2013;3(11):147-163(Persian)
22. Mohammadi A, Zargr F, Omidi A, Mehrabi M, Akbari M, Baghooli H, et al.)An Introduction to The Third Generation of Cognitive – Behavioral Therapies(. 2th ed.Tehran :Arjomand ;2016: 63 – 66(Persian)
23. Shafi abadi A, Naseri Gh.)Theories of Counseling and Psychotherapy (.27th ed.Tehran :IUP; 2018: 285-290(Persian)
24. Das S ,Das B, Nath K, Dutta A, Bora B , Hazarika M. Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. *Asian J Psychiatr* 2017;28:133-139.
25. Lodder A. Papadopoulos C. Randhawa G. Stigma of living as an autism carer: a brief psycho-social support intervention (SOLACE). Study protocol for a randomized controlled feasibility study. *J Pilot Feasibility Stud* 2019; 5:34

26. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *J Clin Child Fam Psychol Rev* 2012;15(3):247-77
27. Zaki R A, Moawad. G.A. EL Nabawy. Influence of autism awareness on the psychological well-being of mothers caring for their children with autism. *J Nurs Educ Pract* 2016; 6 (9): 90 – 100
28. Dunning D, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parke j, Dalgleish T. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60(3):244-258
29. Cappe É, Poirier N, Sankey C, Belzil A, Dionne C. Quality of life of French Canadian parents raising a child with autism spectrum disorder and effects of psychosocial factors. *J Qual Life Res* 2018, 27, (4), 955–967.
30. Neece CL , McIntyre LL , Blacher J B. Intellectual Disability and Developmental Risk: Promoting Intervention to Improve Child and Family Well-Being .*J Child Dev* 2017;88(2):436-445.

*Original Article***Comparison of Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy and Reality Therapy in Attitudes of Parents Toward their Children in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders**

Received: 14/10/2019 - Accepted: 21/01/2020

Ziba Emamdoost¹
 Saeed Teimory^{2*}
 Gholam Reza Khoynzhad³
 Ali Reza Rajaei⁴

¹ PhD Student in Psychology,
 Department of psychology, Torbat-
 e Jam branch, Islamic Azad
 University Torbat-e Jam, Iran.

² Associate Professor in
 Department of psychology, Torbat-
 e Jam branch, Islamic Azad
 University, Torbat-e Jam, Iran.

³ Assistant Professor in Department
 of psychology, Mashhad branch,
 Islamic Azad University, Mashhad,
 Iran.

⁴ Associate Professor in Department
 of psychology, Torbat-e Jam
 branch, Islamic Azad University,
 Torbat-e Jam, Iran.

Email:

teymurisaeed@yahoo.com

Abstract

Introduction: The presence of an impotent child in the family creates psychological problems for other family members, especially mothers, which can affect the attitude of the mother toward her child and ultimately affect the mental health of mother and child. This study aimed to make a comparison between effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and reality therapy on attitude of mothers toward their autistic children.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental research. Its research plan was in the form of Three - group (two experimental groups and one control group). The statistical population included all mothers with autism children in elementary school in Mashhad in 2018. Using available sampling method, a sample of 36 mothers was selected and randomly assigned to three groups. Individuals in first group received mindfulness-based cognitive therapy and second group received reality therapy in 10 sessions (90 minutes), and those in the control group received no intervention. In pre-test, post- test and at the one-month follow-up, all groups completed the parent's attitude toward their children questionnaire. The data were analyzed using analysis of covariance and scheffe.

Results: The results showed there was a significant difference between effectiveness of the mindfulness – based cognitive therapy compared to reality therapy ($f_{(99,2)} = 7/78$, $p < 0/01$) and mindfulness – based cognitive therapy had more impact (mean = 6/61, $p < 0/01$).

Conclusion: Mindfulness-based cognitive therapy improves attitude of mothers toward their autistic children.

Key words: autism, mindfulness based cognitive therapy, reality therapy, Parent - child attitude

Acknowledgement: There is no conflict of interest.