ORIGINAL ARTICLE

Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health and Irrational Beliefs of Mothers with Autistic Children

Yousef Dehghani

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Literature, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

(Received May 10, 2014 Accepted November 11, 2015)

Abstract

Background and purpose: Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by difficulty in social functioning, communication, and the presence of stereotypic and repetitive behaviors. Due to various problems of these children, their families, especially their mothers experience extreme stress. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of cognitive behavioral therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children.

Materials and methods: In this study a quasi-experimental design including pre-test, post-test and control group was used. First, a sample size of 30 women with autistic children were selected and tested. In pre-test, the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) and Jones Irrational Beliefs Test (IBT) were administered individually to experimental group (n = 15) and control group (n = 15). Then, cognitive behavioral therapy (consisting of ten weekly 75-minute sessions) was conducted in experimental group whereas no intervention was done in control group. After the intervention, the general health and irrational beliefs were measured again.

Results: The MANCOVA analysis showed that cognitive behavioral therapy was effective in reducing irrational beliefs in experimental group (179.45±20.64) (P<0.0001). Also, the intervention improved the scores for general health among experimental group (36.06±10.92) (P<0.0001).

Conclusion: Cognitive behavioral therapy as a useful therapeutic intervention could be of benefit in improving mental health and irrational beliefs in mothers with autistic children.

Keywords: cognitive behavioral therapy, irrational beliefs, autism spectrum disorder, mental health

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(135): 87-98 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۳۵ فروردین سال ۱۳۹۵ (۹۸-۸۷)

بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم

یوسف دهقانی

چکیده

سابقه و هدف: اختلال طیف اوتیسم با مشکلات در زمینه عملکرد اجتماعی، ارتباطات و وجود رفتارهای تکراری و قالبی مشخص شده است. به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده ها و به خصوص مادران، از تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می برند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل استفاده شد. در ابتدا نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر زن که دارای فرزندان اوتیسمی بودند، انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. در مرحله پیش آزمون، پرسشنامه‌های سلامت روانی و باورهای غیر منطقی به صورت انفرادی بر روی دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) اجرا شد. سپس بر روی گروه آزمایش، ده جلسه درمان به شیوه شناختی- رفتاری و هر جلسه ۷۵ دقیقه به صورت هفتگی انجام گرفت در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه آزمایش یا مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از خاتمه جلسات مداخله درمانی پرسشنامه‌ها مجدداً توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که بین دو گروه در پیش آزمون تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، اما آموزش شناختی رفتاری در گروه آزمایش، نمرات سلامت روان را افزایش (۱۰/۹۲±۳۶/۰۶) ($p<۰/۰۰۰۱$) و باورهای غیرمنطقی (۲۰/۶۴±۱۷۹/۴۵) ($p<۰/۰۰۰۱$) را کاهش داد.

استنتاج: مداخله شناختی رفتاری می تواند در بهبود سلامت روان و باورهای غیر منطقی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موثر باشد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، باورهای غیر منطقی، اختلال طیف اوتیسم، سلامت روان

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم autism یکی از بیماری‌های گروه اختلال فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تاخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص شده است. علائم اوتیسم می‌تواند ماه‌ها و یا حتی سال‌ها پس از یک دوره رشد نسبتاً طبیعی اتفاق بیفتد. در یک چهارم موارد، والدین گزارش می‌کنند که فرزندانشان در ابتدا کلمات معنی‌داری را بیان می‌کردند، اما بعداً دچار اختلال تکلم

مولف مسئول: یوسف دهقانی- بوشهر: خیابان شهید ماهینی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی E-mail: ydehghani@yahoo.com
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۳/۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۸/۲۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

شده‌اند. ویژگی‌های این اختلال و هم‌چنین گاهی تشخیص دیرهنگام و دشوار، بروز علائم عود از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه چندان مطلوب می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند. واکنش اولیه والدین به این مسأله می‌تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش‌ها تحت تاثیر باورهای مختلف پدر و مادر و محیط اطراف، دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسأله و کنار نیامدن با آن و یا پیگیری شدید برای درمان است(۱). یکی از مفاهیمی که در ارتباط با این کودکان، کم‌تر مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته است، سلامت روان mental health مادران کودکان مبتلا به اوتیسم می‌باشد(۲). داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود و مطالعات نشان داده که در مواردی، تاثیر منفی بر روابط زناشویی نیز خواهد داشت. مطالعات انجام شده بیانگر این هستند که هم والدین و هم کودکان دارای مشکلات شدید روانپزشکی در زندگی و تعامل با همدیگر می‌باشند(۳) که از عمده ترین مشکلات والدین می‌توان به انکار بیماری و مشکلات فرزند، سردرگمی، خشم، اضطراب، افسردگی، نگرانی و ناامیدی نسبت به درمان و زندگی آینده کودک و تاثیر منفی بر روابط زناشویی اشاره نمود. والدینی که اعتماد به نفس خوبی در ارتباط با کودک و خود دارند؛ بهتر می‌توانند مشکلات ذکر شده را حل و فصل نمایند. اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال طیف اوتیسم، دچار واکنش می‌شوند. بررسی نیازهای مادران، به هنگام تشخیص اختلال، می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات ذکر شده آن‌ها داشته باشد. از طرف دیگر، مشکلات عمده این کودکان نیز شامل عدم برقرای ارتباط چشمی مناسب، عدم تمرکز مناسب در فعالیت‌ها، نقص در واکنش‌ها و ارتباطات اجتماعی و رفتارهای تکراری و محدود خانواده ها و به خصوص مادران دارای کودک اوتیسم می‌باشند(۴). تحقیقات نشان داده که خانواده‌های کودکان اوتیسم، بیش‌تر از خانواده‌های کودکان عقب مانده و سندرم داون، استرس داشته و با آن روبرو هستند(۵). بر همین اساس پژوهشگران معتقدند که وجود کودکان با اختلال طیف اوتیسم، سلامت روان مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۸-۶). از طرف دیگر، تحقیقات نشان داده است که یکی ازعوامل و فاکتورهای موثر در تعامل مناسب با کودکان اوتیستیک، باورها و عقاید والدین می‌باشد(۱۰،۹). پژوهشگران، بسیاری از مشکلات ذکر شده این والدین را زاده‌ی باورهای غیر منطقی irrational beliefs آن‌ها می‌دانند(۱۲،۱۱). باورهای غیر منطقی افکاری منفی هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر، تفسیر و معنی‌دادن به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. باورهای غیر منطقی این والدین، در رفتار، ناهماهنگی شناختی آنان و تغییر اعمالشان در تعامل با کودکانشان تأثیر دارد و ارزیابی این والدین نیز در موقعیت‌های رویارویی زندگی از جمله استرس با سیستم شناختی و تناسب آن با رفتارهای منطقی آنان به هم وابسته‌اند. باورهای غیر منطقی والدین معمولاً به صورت ترجیح‌های ضروری زندگی در می‌آیند، به صورتی که روند طبیعی زندگی آن‌ها را دچار آشفتگی می‌کنند و در نهایت، بر میزان کارکردهای اجتماعی‌اشان تأثیر منفی می‌گذارد(۱۳).

Garey در سال ۲۰۰۳ اظهار می‌دارد که مادران دارای فرزند اوتیسم، احساس گناه و افسردگی شدیدی را تجربه می‌کنند(۱۴). هم‌چنین Sharply و همکاران در سال ۱۹۹۷ بیان می‌کنند که این مادران معمولاً فشار روانی بیش‌تری را نسبت به پدران خواهند داشت و برخی از پدران فشارهای روانی ناشی از همسر را تهدید کننده‌تر از مشکلات کودک تلقی می‌کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می‌دانند(۱۴). پدرها معمولاً به اندازهٔ مادران احساسات خود را آشکار نمی‌سازند. مادران طیف گسترده‌ای از هیجانات مانند خشم،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

غمگینی، گریه و سوگ را نشان خواهند داد. آن‌ها نگران واکنش‌های جامعه، بستگان و نزدیکان به این مشکل هستند و گاهی فکر می‌کنند، احتمالاً راه حلی وجود دارد که به تمام مشکلات آن ها در این زمینه پایان بدهد. آن‌ها انرژی روانی و مادی زیادی را صرف اجرای فرض و گمان‌های خود می‌کنند و در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش حقیقی کودک، درمان و توانبخشی او می‌شد، از دست می‌دهند(۱۴).

Turnball & Turnball نیز در سال ۱۹۹۷ اشاره کردند که استرس این خانواده ها به دلیل مسایلی که در طول زمان تغییر می‌کند، رو به افزایش است و بحث کرد که متخصصان باید خانواده‌ها را به وسیلهٔ تنوعی از راهبردهای مقابله برای قادر ساختن آن‌ها برای برخورد با این مسایل آماده کنند(۱۵). مباحث مطرح شده درباره سلامت روان، و باورهای غیرمنطقی، نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری cognitive-behavioral بر بهبود سلامت روان و باورهای غیرمنطقی کارایی داشته باشد(۱۸-۱۶). در این نوع درمان، به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود(۲۰،۱۹). از آن‌جاکه باورهای غیرمنطقی سبب ایجاد ناراحتی‌های عاطفی در والدین شده و سلامت روان آن‌ها را به خطر می‌اندازد، به نظر می‌رسد که باید راهی برای کاهش باورهای غیرمنطقی و بهبود سلامت روان آن‌ها پیدا کرد. از این رو می‌توان اذعان داشت که برنامه‌هایی در جهت حمایت از خانواده، از جمله شیوه‌های کاهش باورهای غیرمنطقی والدین (خصوصاً مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم) بسیار کارساز بوده و به خانواده در پذیرش این مسأله و انطباق درست با شرایط کودک کمک کرده و در نتیجه، تأثیر مطلوبی بر نظام خانواده می‌گذارد. از دیگر مواردی که انجام چنین پژوهشی را ضروری می نماید، می‌توان به بهبود تعامل مادران به عنوان اولین مربی در زندگی کودکان با اختلال طیف اوتیسم با آن‌ها و بهبود روابط زناشویی والدین و افزایش آمار طلاق در خانواده‌های با کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم شهر بوشهر، اشاره نمود(۲۱). با توجه به مطالب فوق، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که برنامه‌هایی جهت حمایت از خانواده و آموزش راهبردهای مقابله و حل مسأله و به خصوص تغییر باورهای غیرمنطقی والدین و مخصوصاً مادر (با توجه به این که مادر عضوی از خانواده است که بیش‌ترین ارتباط را با این کودکان دارد)، بسیار کارساز بوده و به خانواده در پذیرش این مسأله و انطباق درست با شرایط کودک کمک کرده و در نتیجه تأثیر مطلوبی بر نظام خانواده می‌گذارد. بنابراین برگزاری جلسات گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری برای مادران دارای فرزند اوتیسم ضرورت دارد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم بوشهر انجام شده است.

مواد و روش ها

با توجه به ماهیت تحقیق، روش تحقیق از نوع نیمه تجربی می‌باشد و طرح تحقیق از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به تعداد ۵۷ نفر در شهر بوشهر بودند و با توجه به این که متخصصان روش شناختی معتقدند تعداد افراد گروه نمونه در پژوهش آزمایشی در هر گروه حداقل باید ۱۵ نفر باشند(۲۲)، تعداد ۳۰ نفر به صوت تصادفی ساده برای شرکت در پژوهش حاضر انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌ها جهت ورود آزمودنی‌ها به آزمایش، معرفی آزمودنی‌ها از سوی متخصصین اوتیسم، رضایت کامل از شرکت در پژوهش، داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل و عدم دریافت سایر مداخلات روانشناختی بود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

ملاک‌های خروج نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از یک جلسه از ده جلسه درمانی بود.

لازم به ذکر است که در هر دو گروه آزمایش و کنترل، هیچ کدام از آزمودنی‌ها تا پایان آزمایش از روند مداخله و درمان خارج نشدند. از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ -28) و پرسشنامه باورهای غیر منطق جونز(IBT) جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش استفاده شد.

الف) پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ(GHQ-28): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg و Hiller به منظور غربال گری اختلالات روان شناختی غیر سایکوتیک ارائه شده، دارای ۸۲ سوال و ۸ خرده مقیاس افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، نشانه‌های بدنی، و اختلال در عملکرد است که هر خرده مقیاس، ۷ سوال دارد و در تحقیقات قبلی دارای پایایی و ورایی قابل قبولی گزارش شده است(۲۴،۲۳). در تحقیق حاضر، پایایی پرسشنامه مزبور از سه روش بازآزمایی، تنصیف و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۸۸ حاصل شد.

ب) پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز (IBT): این پرسشنامه را جونز بر اساس نظریه‌ی آلبرت الیس Albert Ellis در سال ۱۹۸۶ تهیه کرده و انواع باورهای غیر منطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد که از خرده ۱۰ مقیاس تشکیل شده است و هر مقیاس دارای ده سوال است که باورهای غیر منطقی الیس را مورد بررسی قرار می‌دهد. کالاهان و دنیس Callahan and Denis اعتبار این آزمون را از طریق همبستگی با آزمون رفتارهای منطقی برابر با ۰/۷۱ و همبستگی این آزمون را با پرسش‌نامه افسردگی بک برابر ۰/۷۷گزارش کردند(۲۵). در تحقیق سودانی، ضریب اعتبار این آزمون ۰/۷۹ به دست آمد(۲۶). تقی پور ضریب اعتبار ۸۲/ ۰را به دست آورد و در مورد روایی، با بررسی روایی هم‌گرا، همبستگی آزمون جونز را با آزمون افسردگی بک محاسبه کرد که ضریب به دست آمده ۰/۸۲ است(۲۷). در تحقیق حاضر، روایی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۸ حاصل شد. پس از قرار گرفتن تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، تمامی آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی و باورهای غیر منطقی را تکمیل کردند. گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به مدت دو ماه، درمان شناختی- رفتاری را به صورت گروهی دریافت کرد، در صورتی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت پروتکل استفاده شده در این پژوهش برگرفته از پروتکل پیشنهادی هازلت- استیونز Hazlett-Stevens بود(۱۸). خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری به این شرح بود:

جلسه اول: تعریف اوتیسم، سلامت روانی، باورهای غیرمنطقی، بحث و یادداشت مهم ترین و ناراحت‌کننده‌ترین پیامدهای احساسی و رفتاری که در زندگی اعضای گروه وجود دارد.

جلسه دوم: آموزش در مورد هیجان منفی سالم و هیجان منفی ناسالم و بحث در مورد افکارخودآیند منفی

جلسه سوم: آموزش مدل ABC: A برای رویداد فعال‌کننده، B برای باورها، C برای پیامدهای احساسی و رفتاری.

جلسه چهارم:آموزش باور غیر منطقی، آموزش باور منطقی و کار آمد (فاجعه ستیزی).

جلسه پنجم: آموزش و توضیح درباره باور غیرمنطقی باید گرایی (چرا باید گرایی غیر منطق است و چه تاثیری بر زندگی ما می‌گذارد)، نحوه چالش و زیر سوال بردن این باور، آموزش و توضیح درباره باور منطقی ترجیح گرایی، آموزش استفاده از روش پاداش و تنبیه و نوشتن نحوه تقویت و تنبیه پیامدهای احساسی و رفتاری (در عین خود پذیری نا مشروط)

جلسه ششم: آموزش و توضیح در مورد باور غیرمنطقی تحمل کم در برابر ناکامی (چرا این باور غیر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

منطقیست و چه تاثیری بر زندگی ما می گذارد)، آموزش و توضیح در مورد باور منطقی پرطاقتی در برابر ناکامی.

جلسه هفتم: آموزش و توضیح در مورد باور غیرمنطقی سرزنش خود، دنیا و دیگران، چالش و زیر سوال بردن این باور، آموزش چگونگی و چرایی پذیرش غیرمشروط خود، دنیا و دیگران، مروری بر سه نوع باور غیرمنطقی قبلی، آموزش تکنیک تصویر سازی عقلانی– هیجانی، آموزش تکنیک وکیل مدافع.

جلسه هشتم: آموزش و چالش با باور غیرمنطقی (من باید حتماً تایید و عشق و احترام افراد مهم زندگی‌ام را داشته باشم و از عدم تایید شدن توسط دیگران اجتناب کنم)، افرادی که فرزند دارای اوتیسم دارند، نگرانی مفرطی درباره نحوه برخورد دیگران دارند، لذا سعی ما چالش با این باور غیر منطقی است: (من باید حتماً تایید و عشق و احترام افراد مهم زندگی ام را داشته باشم و از عدم تایید شدن توسط دیگران اجتناب کنم).

جلسه نهم: آموزش شیوه الگو برداری به همراه مثال‌هایی از کسانی که توانسته‌اند بر مشکلاتی که از داشتن فرزند دارای اوتیسم دارند، غلبه کنند، آموزش تمرین شرم ستیزی، آموزش تهیه لیست تکالیف شادی محور.

جلسه دهم: آموزش نقش بازی کردن عاقلانه، مرور مطالب بیان شده در عرض ۹ جلسه قبل و پاسخ به سوالات درمانجویان، مرور نتایج و باز خورد اعضا.

ملاحظات اخلاقی پژوهش، از جمله رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش و اخذ رضایت نامه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت شده است. در پایان جلسات درمانی، با بازآزمایی مجدد از هر دو گروه، تأثیر درمان شناختی- رفتاری بررسی شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیری و با استفاده از نرم‌افزار ۲۰ SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول شماره ۱ مشخصات دو گروه از نظر اطلاعات جمعیت شناختی نشان داده شده است. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیتی- اجتماعی دو گروه

متغیر		آزمایش	کنترل
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
گروه سنی	۳۱-۲۲ سال	۴ (۲۶/۷)	۶ (۴۰)
	۴۱-۳۲ سال	۳ (۲۰)	۷ (۴۶/۷)
	۵۱-۴۲ سال	۸ (۵۳/۳)	۲ (۱۳/۳)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)
	دیپلم	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)
	فوق دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)
	لیسانس	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)

جدول شماره ۲: توصیف یافته های پژوهش در دو گروه آزمایشی و کنترل

گروه ها	آزمون	تعداد نمونه	متغیرها	
			سلامت عمومی	باورهای غیر منطقی
			انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲۲/۱۳ ± ۵/۲۸	۲۹۸/۸۴ ± ۳۵/۳۰
	پس آزمون	۱۵	۳۶/۰۶ ± ۱۰/۹۲	۱۷۹/۴۵ ± ۲۰/۶۴
گواه	پیش آزمون		۲۷/۲۱ ± ۷/۳۲	۳۰۲/۹۹ ± ۳۷/۰۶
	پس آزمون		۳۱/۸۰ ± ۹/۴۰	۳۰۸/ ۷۰ ± ۲۵/۱۴

داده‌های حاصل از این پژوهش، ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری، تفاوت های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام تحلیل کوواریانس بر داده‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

مطابق جدول شماره ۲ تفاوت چندانی بین میانگین مولفه های سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند اوتیسم در مرحله ی قبل از آموزش شناختی– رفتاری بین دو گروه آزمایش و گواه مشاهده نمی شود و تقریباً میانگین نمرات مولفه ی مذکور نزدیک به هم است. مندرجات جدول شماره ۳ بیانگر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

آن است که پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس جهت متغیرهای پژوهش کاملاً رعایت شده است.

جدول شماره ۳: پیش فرض های مربوط به تحلیل کوواریانس در مولفه های سلامت روان و باورهای غیرمنطقی در پس آزمون

متغیر	آزمون کالموگرف		آزمون لوین	
	Z	سطح معنی داری	F	سطح معنی داری
سلامت عمومی	۰/۵۴	۰/۲۵	۲/۳۵	۰/۴۱
علایم جسمانی	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۸۹	۰/۲۵
اضطراب	۰/۵۹	۰/۸۵	۲/۱۲	۰/۷۴
افسردگی	۰/۷۵	۰/۳۲	۲/۰۲	۰/۵۴
کارکرد اجتماعی	۰/۶۲	۰/۲۸	۰/۰۹	۰/۱۲
باورهای غیرمنطقی	۰/۲۷	۰/۱۲	۲/۱۸	۰/۲۴
تایید و حمایت دیگران	۰/۳۶	۰/۰۹	۲/۴۲	۰/۱۹
انتظار بالا از خود	۰/۶۱	۰/۱۶	۰/۷۸	۰/۴۳
تمایل به سرزنش	۰/۲۸	۰/۲۸	۲/۴۱	۰/۳۵
واکنش به ناکامی	۰/۱۷	۰/۷۴	۰/۳۵	۰/۱۳
بی مسئولیتی عاطفی	۰/۲۹	۰/۱۶	۲/۲۷	۰/۱۷
دلواپسی شدید	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۳۵	۰/۲۷
اجتناب از مسائل	۰/۶۴	۰/۴۷	۱/۰۸	۰/۵۳
وابستگی	۰/۶۸	۰/۲۶	۱/۷۶	۰/۳۷
ناامیدی نسبت به تغییر	۰/۵۳	۰/۱۱	۲/۳۵	۰/۴۲

مندرجات جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های سلامت روان (سلامت عمومی، علایم جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آن‌جاکه بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های سلامت روان تفاوت وجود دارد، برای بررسی نقطه‌ی تفاوت به انجام تحلیل کوواریانس‌های یک راهه در متن مانکوا بر روی هر یک از خرده مقیاس‌ها مبادرت شد. جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا را برای مقایسه‌ی نمره‌های پیش آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهند که تحلیل کوواریانس‌های یکراهه از پیش‌آزمون تا پس آزمون در سلامت عمومی (F= ۳۵/۵۶ و p= ۰/۰۰۰)، در علایم جسمانی (F= ۲۱/۶۲ و p= ۰/۰۰۰)، در اضطراب (F= ۱۰/۷۷ و p= ۰/۰۰۰)، در افسردگی (F = ۱۶/۵۰ و p= ۰/۰۰۱) و درکارکرد اجتماعی(F= ۲۳/۲۲ و p= ۰/۰۰۰) معنی‌دار می‌باشند. مندرجات جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آن جا که بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی تفاوت وجود دارد، برای بررسی نقطه‌ی تفاوت به انجام تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا بر روی هر یک از خرده مقیاس‌ها مبادرت شد. جدول شماره ۷ نتایج تحلیل کواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا را برای مقایسه‌ی نمره‌های پیش آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول شماره ۷ نشان می‌دهند که تحلیل کوواریانس‌های یکراهه از پیش‌آزمون تا پس آزمون برای همه خرده مقیاس های باورهای غیرمنطقی معنی‌دار می‌باشند. بنابراین بر اساس نتایج فوق می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری در بهبود سلامت روان و کاهش باورهای غیرمنطقی مادران کودکان اوتیسم موثر بوده است.

جدول شماره ۴: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های سلامت روان در گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۴	۱۴/۸۹	۴	۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	لامبدای ویلکز	۰/۱۵	۱۴/۸۹	۴	۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	اثر هاتلینگ	۵/۴۱	۱۴/۸۹	۴	۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۴
	بزرگ ترین ریشه روی	۵/۴۱	۱۴/۸۹	۴	۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۴

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پس آزمون، با کنترل پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های سلامت روان در گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر
گروه	سلامت عمومی	۳۱۱/۶۱	۱	۳۱۱/۶۱	۳۵/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۱
	علایم جسمانی	۲۲۵/۲۲۷	۱	۲۲۵/۲۲۷	۲۱/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰
	اضطراب	۷/۵۶	۱	۷/۵۶	۱۰/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳
	افسردگی	۱۳/۷۰	۱	۱۳/۷۰	۱۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	کارکرد اجتماعی	۲۱/۱۷	۱	۲۱/۱۷	۲۳/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول شماره ۶: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های باورهای غیر منطقی در گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۰	۴۰/۳۱	۳	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۹۰
	لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۴۰/۳۱	۳	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۹۰
	اثر هاتلینگ	۹/۳۰	۴۰/۳۱	۳	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۹۰
	بزرگ ترین ریشه روی	۹/۳۰	۴۰/۳۱	۳	۱۳	۰/۰۰۰	۰/۹۰

جدول شماره ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پس آزمون، با کنترل پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی در گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر
گروه	باورهای غیرمنطقی	۳۱۱/۶۱	۱	۳۱۱/۶۱	۳۵/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۱
	تایید و حمایت از دیگران	۲۲۵/۲۲۷	۱	۲۲۵/۲۲۷	۲۱/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰
	انتظار بالا از خود	۷/۵۶	۱	۷/۵۶	۱۰/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳
	تمایل به سرزنش	۱۳/۷۰	۱	۱۳/۷۰	۱۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	واکنش به ناکامی	۲۱/۱۷	۱	۲۱/۱۷	۲۳/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷
	بی مسئولیتی عاطفی	۲۷۵/۵۲	۱	۲۷۵/۵۲	۲۲/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۵۱
	دلواپسی شدید	۲۲۸/۲۱۴	۱	۲۲۸/۲۱۴	۲۰/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۵۸
	اجتناب از مسائل	۷۱/۴۶	۱	۷۱/۴۶	۱۷/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۵۳
	وابستگی	۲۳/۴۱	۱	۲۳/۴۱	۱۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	ناامیدی نسبت به تغییر	۲۸/۷۴	۱	۲۸/۷۴	۲۱/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۷۵

بحث

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیر منطقی مادران دارای فرزند اوتیسم بود. نتایج حاصل از آزمون فرضیه تحقیق مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در افزایش سلامت عمومی مادران کودکان اوتیستیک، حکایت از تائید این فرضیه دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان‌شناختی رفتاری باعث ارتقا سلامت روان مادران کودک اوتیسم در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج حاضر با یافته‌های پژوهش Harris and Dryden، Wildو Calvet and Lolga که به بررسی اثربخشی شیوه های شناختی- رفتاری در سلامت عمومی مادران دارای فرزند اوتیسم پرداخته است، همسو است. این پژوهشگران نشان دادند که روش درمانی شناختی- رفتاری باعث بهبود مولفه‌های سلامت روان در والدین کودکان اوتیسمی می‌شود(۲۹،۲۸،۱۵). هم‌چنین در پژوهشی که در هونگ کونگ و چین برای بررسی اثربخشی سه نوع حمایت اجتماعی بر روی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان با اختلال طیفی اوتیسم صورت پذیرفته است، به این نتیجه دست یافتند که دریافت حمایت از خانواده، افراد مهم، دوستان و متخصصان، تأثیر معنی‌دار مثبتی بر روی بهزیستی روانشناختی این مادران دارد(۱۶). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در گروه درمانی شناختی رفتاری، درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسأله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود که پیامد این مهارت‌ها، بهبود سلامت روان فرد می‌باشد. هم‌چنین می‌توان گفت والدینی که آموزش ثانویه را در مورد کودکانشان دریافت می‌کنند، کودکان خود را به‌عنوان افرادی درنظر می‌گیرند که از مهارت‌های خودیاری پایین‌تری برخوردارند و محیط اجتماعی خود را پذیرنده‌تر در نظر می‌گیرند. مادران این کودکان در هنگام روبرو شدن با شرایط استرس‌زا و چالش برانگیز، به دنبال منابع حمایتی می‌باشند و آموختن راهبردهای مقابله با شرایط استرس‌زا که یکی از اهداف درمان شناختی– رفتاری می‌باشد، می‌تواند در این شرایط کمک شایانی به آن‌ها کند. در واقع با افزایش سلامت عمومی که یکی از پیامدهای درمان شناختی رفتاری می‌باشد، بستر مناسب‌تری برای رشد و شکوفایی و توانایی مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم در زمینه های مختلف از جمله روابط بین فردی موثر و کارا، رضایت مندی شغلی و زندگی فراهم می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد که این مادران با دریافت حمایت اجتماعی کافی و مناسب در طی درمان گروهی، توانسته‌اند به‌طور موفقیت‌آمیزتر و مطلوب‌تری با استرس‌ها و مشکلات خود به‌ویژه در ارتباط با کودکانشان کنار آمده و این منجر به افزایش سلامت عمومی آنان شده است(۳۰).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

در خصوص فرضیه دیگر که درمان شناختی رفتاری در کاهش باورهای غیر منطقی افراد موثر است، حکایت از تائید این فرضیه دارد. این یافته با پژوهش‌های Kuhn و Carter، Hastings و همکاران و Myers و همکاران همخوانی دارد(۳۳- ۳۱). این یافته هم‌چنین با نتایج Meirsschaut و همکارانش که به بررسی مقایسه باورهای غیرمنطقی در مادران دارای فرزند اوتیسم و ماردان کودکان عادی پرداختند، همسو می‌باشد. این محققان نشان دادند شناخت‌های والدی‌گری والدین دارای کودکان اوتیسم با مادران دارای کودکان به هنجار به صورت کاملاً مشخصی متمایز است. آن ها هم‌چنین در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای روانشناختی می‌توان باورهای غیرمنطقی مادران دارای کودکان اوتیسم را تعدیل نمود(۳۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افکار ناکارآمد در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل است و هم‌چنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شود، در تداوم رفتار این افراد نقش دارند. این باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم باعث ایجاد احساس شرمساری، احساس گناه، انتظارات بیش از حد از خود و در موارد حادتر، عدم احساس مسئولیت می‌شود. بنابراین این گونه مادران به دلیل داشتن این نوع افکار،کم تر قادر به سازگاری و حل تعارض‌ها هستند و هنگام برخورد با یک استرس‌زای محیطی، به جای استفاده از راهبردهای مسأله مدار و حل موقعیت مشکل زا، مجدداً به سمت افکار و باورهای غیرمنطقی روی می‌آورند. درمان شناختی رفتاری به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای این که بتواند این افکار تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم، تکالیف رفتاری و تاکتیک‌های شناختی- رفتاری دقیقاً سازمان یافته استفاده می‌کند(۳۶،۳۵).

Romano و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که در گروه درمانی شناختی- رفتاری، تغییر باورهای غیر منطقی آموزش داده می‌شود و رفتارهای مطلوب نیز تقویت می‌شود. خود تنظیمی برای کنترل افکار و احساسات به افراد آموزش داده شده و برای تغییر عقاید کنترل بیش از حد خود، آموزش برنامه‌ریزی روزانه کوتاه مدت و قابل دسترسی ارایه می‌شود تغییر باورهای غیر منطقی و تبدیل آن‌ها به باورهای منطقی منجر به پیامدهای عاطفی و رفتاری منطقی در فرد شده و به حفظ سلامت روان فرد کمک می‌کند(۳۷). هم‌چنین در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که در درمان شناختی- رفتاری به وجود باورهای غیر منطقی در فرد اذعان شده و به لزوم جایگزینی باورهای غیر منطقی با باورهای منطقی در فرد تاکید می‌گردد. بنابراین راه‌کارهایی که در طی جلسات درمانی به مراجع ارائه می‌گردد، به مادران دارای فرزند اوتیسم کمک می‌کند تا الگوهای فکری ناکارآمدی که به احساس بی‌کفایتی در مادر منجر می‌گردد، را تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد(۳۰). یکی از موارد حائز اهمیت در درمان شناختی رفتاری، ارائه تکالیف در جلسات درمان و نیز ادامه انجام تکالیف در منزل است، زیرا انجام تکالیف به نوعی تمرین رویارویی فرد با موقعیت‌های مشکل زا و چالش انگیز در زندگی واقعی است که منجر به افزایش تاثیر درمان می‌گردد. علاوه بر این تجربه جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با مشکلات را برای مادر را امکان‌پذیر می‌سازد(۳۱).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه پژوهشی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج آن و هم‌چنین نبود جلسه‌های پیگیری درمان اشاره نمود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخلهٔ روانشناختی به کار رفته در این مطالعه در ارتقای سلامت روان و بهبود باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند اوتیسم مؤثر بوده است. بنابراین، توصیه می‌شود این روش در مراکز درمانی توسط متخصصین بهداشت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

روانی مورد استفاده قرار گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات درمانی آینده، گروه‌های دیگری با تعلیم روانشناختی، دارو درمانی و دارونما در کنار گروه آزمایش و کنترل گمارده شود، و هم‌چنین از جلسات پیگیری استفاده نمود تا امکان مقایسه‌های بیش‌تر فراهم گردد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این تحقیق که با صبر و حوصله، ما را در این طرح همراهی کردند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Gebauer L, Foster N, Vuust P, Hyde KL. Is there a bit of autism in all of us? Autism spectrum traits are related to cortical thickness differences in both autism and typical development. Research in Autism Spectrum Disororders 2015; 13-14: 8-14.
2. Leonard HC, Bedford R, Pickles A, Hill EL. Predicting the rate of language development from early motor skills in at-risk infants who develop autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders 2015; 13-14: 15-24.
3. McCarthy J, Underwood L, Tsakaniko E, Craig T, Howlin P, Bouras N. Predictors of challenging behaviour among mental health service users with intellectual disability and autism spectrum disorders. Europian Psychiatry 2014; 29(suppl 1): 1-7.
4. Nomi JS, Uddin LQ. Face processing in autism spectrum disorders: From brain regions to brain networks. Neuropsychologia 2015; 71(2): 201-216.
5. Mohammadi-Zade A, Pooretemad H, Maleck-Khosravi G. The primary examination of effect of guided imagination by music on reduction of depression, anxiety, & stress in mothers with autistic children. Journal of Research Family 2005; 2(3): 289-292 (Persian).
6. Hobart HM. Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. Research and Practice Person with Severe Disabililities 2008; 33(1-2): 37-47.
7. Smith E, Couteur AL. Approach to managing mental health issues in children and young people with Autism Spectrum Disorders. Paediatrics and Childld Health 2014; 24(5): 221-222.
8. McCarthy J, Underwood LISA, Hayward H, Chaplin E, Forrester A, et al. Autism Spectrum Disorder and Mental Health Problems Among Prisoners. Euroropean Psychiatry 2015; 30(suppl 1): 864-869.
9. Suckling J. Structural Abnormalities in Autism Spectrum Disorder. Brain Map 2015; 3(1): 1031-1036.
10. Derguy C, Bouvard M, Michel G, M'Bailara K. The gap between parents' knowledge and causal beliefs about etiology of autism: A key variable to understand parents' anxiety. European Psychiatry 2014; 29(8): 598-599.
11. Dardennes RM, Al Anbar NN, Prado-Netto A, Kaye K, Contejean Y, Al Anbar NN. Treating the cause of illness rather than the symptoms: Parental causal beliefs and treatment choices in autism spectrum disorder. Res Dev Disabil 2011; 32(3): 1137-1146.
12. Stephanie D, Julie F. Exploring links between language and cognition in autism spectrum disorders: Complement sentences, false belief, and executive functioning. J Commun Disord 2015; 54: 15-31.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

13. Girli A, Tekin D. Investigating false belief levels of typically developed children and children with autism. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010; 2(2): 1944-1950.
14. Rafei T. Autism: Evaluation & treatment. Tehran: Danjeh; 2008. (Persian).
15. Turnball AP, Turnball HR. Families, professional and exceptionality: A special partnership. Columbus: Merrill; 1997.
16. Harris S, Dryden W. An Experimental Test up a Core REBT Hypothesis. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behaviour Therapy, 2006; 24(2): 124-129.
17. Mak WW, Kwok TY. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorders in Hong Kong. Soc Sci Med 2010; 70(12): 2045-2051.
18. Dryden W, Neenan M. Rational emotive behavior therapy: 100 key points & techniques. Translated by Hosseini Almadani SA, Katoziyan H. Tehran: Safire Ardehal; 2009. (In Persian).
19. Gaviţa OA, David D, Bujoreanu S, Tiba A, Ionutiu DR. The efficacy of a short cognitive– behavioral parent program in the treatment of externalizing behavior disorders in Romanian foster care children: Building parental emotion-regulation through unconditional self-and child-acceptance strategies. Child Youth Serv Rev 2012; 34(7): 1290-1297.
20. Gumport NB, Williams JJ, Harvey AG. Learning cognitive behavior therapy. J Behav Ther Exp Psychiatry 2015; 48: 164-169.
21. Hamedi A. The investigation of reason for divorce in Boushehr city. (Project). Bousher: Persian Gulf University, 2014. (Persian)
22. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research Methods in the Behavioral Sciences. Tehran: Agah publication; 2011. p.118-123 (Persian).
23. Adham D, Salem Safi P, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi M, Mozafari N, et al. The examination of mental health of students in medical sciences university of Ardebil. J Med Sciences Univers Ardebil 2007; 8(3): 229-234.
24. Zargar Y, Davoudi I, Masjedizadeh AR, Fatahinia M. Comparison of personality traits of irritable bowel syndrome (IBS) patients and healthy population with control of mental health in Ahvaz. Scintific Medical Journal 2011; 10(2): 131-139 (Persian).
25. Callahan S, Denis A. Irrational beliefs and motherhood: "Hot cognitions" and their relationship to perinatal psychopathology. Journal De Therapie Comportementale et Cogitive 2013; 23(1): 3-8.
26. Soudani M, Sanaii Zaker B. Comparing effect of individual and group counseling by method of rational emotive behavior therapy on reduction of irrational believes in single and male students of education & basic sciences majors 18-24 ages in Ahvaz (Project). Tehran: Tarbiyat Moallem University, 1996. (Persian).
27. Taghi poor M. The examination of comparing of irrational believes in psychosomatic disorders and normal individuals with 20-50 ags. (Project). Tehran: Allame Tabatabai University, 1997. (Persian).
28. Wild J. Relationship between Cognitive Distortions and Anger. J Ration Emotion Behav Ther 2004; 11(1):125-132.
29. Calvete E, Lolga C. Self-Talk in Adolescents: Dimensions, States of Mind, and Psychological Maladjustment. Cognitive Ther Res 2002; 26(4): 473-492.
30. Siklos S, Kerns KA. Assessing need for social support in parents of children with

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

autism and Downsyndrome. J Autism Dev Disord 2006; 36(7): 921-933.

31. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. Am J Orthopsychiatry 2006; 76(4): 564-575.
32. Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ, Espinosa FD, Brown T, Remington B. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. J Autism Dev Disord 2005; 35(5): 635-644.
33. Myers BJ, Mackintosh VH, Goin-Kochel RP. My greatest joy and my greatest heart ache: Parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families lives. Research in Autism Spectrum Disorders 2009; 3(3): 670-684.
34. Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P. Parenting in families with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. Research in Autism Spectrum Disorders 2010; 4(4): 661-669.
35. Vanegas SB, Davidson D. Investigating distinct and related contributions of Weak Central Coherence, Executive Dysfunction, and Systemizing theories to the cognitive profiles of children with Autism Spectrum Disorders and typically developing children. Research in Autism Spectrum Disororders 2015; 11(2): 77-92.
36. Lum M, Garnett M, O'Connor E. Health communication: A pilot study comparing perceptions of women with and without high functioning autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorers 2014; 8(12): 1713-1721.
37. Romano M, Truzoli R, Osborne LA, Ree P. The relationship between autism quotient, anxiety, and internet addiction. Research in Autism Spectrum Disorers 2014; 8(11): 1521-1526.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]