

The Effectiveness of religion-based Cognitive Therapy Based on Islamic teachings on Intolerance of Uncertainty and Positive Beliefs about Worry in Mothers with Autistic Children

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Hosein Abdolhoseini¹

Sakineh Saeidi²

Mehdi Sharifi^{3*}

How to cite this article

Hosein Abdolhoseini, Sakineh Saeidi, Mehdi Sharifi, The Effectiveness of religion-based Cognitive Therapy Based on Islamic teachings on Intolerance of Uncertainty and Positive Beliefs about Worry in Mothers with Autistic Children, Islamic Life Style. 2023; 7 (2) :298-306.

1. Assistant Professor, Department of Theology and Islamic Studies, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Theology and Islamic Studies, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

3. MA, Department of Clinical Psychology, Bandargaz branch, Islamic Azad University, Bandargaz, Iran (Corresponding Author).

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: mehdisharifi273@gmail.com

Article History

Received: 2022/03/12

Accepted: 2023/01/07

ABSTRACT

Purpose: This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on Islamic teachings on intolerance of uncertainty and positive beliefs about worry in mothers with autistic children.

Materials and Methods: The research method is quasi-experimental with pre-test and post-test design. The statistical population included all mothers with autistic children in Gonbad in 2021. Of these, 40 people were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups (20 people) and control (20 people). The experimental group underwent 8 sessions of 90-minute cognitive-religious therapy based on Islamic teachings, but the control group did not receive any training. Data were analyzed using the multivariate analysis of variance in spss software.

Finding: Data analysis showed that there was a significant difference between experimental and control groups with pre-test control in intolerance of uncertainty and positive beliefs about worry ($p < 0/001$).

Conclusion: According to the results, it can be used that religion-based cognitive therapy based on Islamic teachings reduces the level of intolerance of uncertainty and positive beliefs about worry in mothers with autism.

Keywords: Autism, Cognitive Therapy, Islamic teachings, Intolerance of Uncertainty, Positive Beliefs about Worry

اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور مبتنی بر آموزه های اسلامی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی در مادران دارای کودک اتیسم

حسین عبدالحسینی^۱

استادیار، گروه الهیات و معارف اسلامی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.

سکینه سعیدی^۲

استادیار، گروه الهیات و معارف اسلامی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.

مهدی شریفی^{۳*}

کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران (نویسنده مسئول).

چکیده

هدف: هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور مبتنی بر آموزه های اسلامی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی در مادران دارای کودک اتیسم بود. **مواد و روش ها:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک اتیسم شهر گنبد در سال ۱۴۰۰ بود که از این بین به روش نمونه گیری در دسترس ۴۰ نفر انتخاب و به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) کاربندی شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت شناخت درمانی مذهب محور مبتنی بر آموزه های اسلامی قرار گرفتند، اما گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده ها شامل مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴) و باورهای مثبت نگرانی هولوکا و همکاران (۲۰۰۰) بود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری و در نرم-افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** تحلیل داده ها نشان داد که شناخت درمانی مذهب محور مبتنی بر آموزه های اسلامی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی در مادران دارای کودک اتیسم مؤثر است ($P < .001$).

نتیجه گیری: نظر به نتایج حاصله، شناخت درمانی مذهب محور مبتنی بر آموزه های اسلامی می تواند جهت کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی مادران دارای کودک اتیسم استفاده شود.

کلیدواژه ها: آموزه های اسلامی، اتیسم، باورهای مثبت نگرانی، شناخت درمانی، عدم تحمل بلا تکلیفی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

*نویسنده مسئول: mehdisharifi273@gmail.com

مقدمه

زمانی که والدین به دنبال داشتن کودک هستند، آرمانها، آرزوها و دیدگاههایی در مورد کودک و آینده اش برای خود متصور می-شوند، اما وقتی کودکشان با انتظارات آنها همخوانی ندارد و به طور پیشرونده پسرقت می کند، والدین دچار احساس غم و اندوه می شوند (۱). اختلالات طیف اتیسم (Autism Spectrum Disorders) دسته ای از اختلالات تکاملی سیستم عصبی می-باشند که در سالهای اولیه کودکی نمایان و براساس معیارهای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (DSM-5) در طبقه عصبی- تحولی قرار می گیرند (۲). این اختلالات موجب نقص در تعامل و ارتباطات اجتماعی، نقص در رفتارها و علائق و همچنین فعالیت های اجتماعی در مبتلایان می-گردد (۳،۴). بر این اساس چون اغلب کودکان مبتلا به اتیسم در خانواده و با پدر و مادر زندگی می کنند، مشکلات رفتاری ناشی از این ناتوانیها، نسبت به خود ناتوانی کودکان استرس بیشتری را به والدین وارد می نماید، و لذا به طور بالقوه زمینه تضعیف سلامت روانی و جسمانی والدین فراهم می شود (۵). بنابراین، از یک سو ناتوانی فرزند خانواده و از سوی دیگر عدم پذیرش کودکان با اختلالهای طیف اتیسم از سوی جامعه و نیز عدم حمایت اجتماعی از طرف سایر والدین از جمله شرایطی است که مشکلات والدین و به تبع آن تنیدگی فرزندپروری آنها را افزایش داده (۶) و آنها را در معرض خطر اضطراب و نگرانی هر روزه قرار می دهد (۷،۸). این مهم در مادران، به دلیل اینکه زمان بیشتری را با کودکان سپری می کنند و وظیفه مراقبت از این نوع کودکان اغلب با آنان و در درون منزل است، بیشتر مشاهده می شود (۹). مطابق مطالعات (۱۰، ۱۱، ۱۲)، مادران کودکان اتیسم نسبت به مادران کودکان عادی، بهزیستی روانشناختی پایین تری (۱۰) دارند و دوره های ناباوری، غمگینی و افسردگی، خود سرزنی و احساس گناه، احساس بی کفایتی و خشم بیشتر (۱۱، ۱۲) و همچنین انزوای اجتماعی (۱۳) و اختلاف های زناشویی فزون تری (۱۴) را تجربه می کنند. در تحقیقی ساها و همکاران (۱۵) به این نتیجه رسیدند که والدین دارای کودک اتیسم نسبت به والدین دارای کودک معلول دیگر از جمله سندرم داون فارغ از استرس و آسیب پذیری بیشتر در زمینه سلامت روانی و جسمانی نسبت به جمعیت عمومی، تجربه ی میزان نگرانی و نشخوار فکری بالاتر، اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواس فکری عملی (۱۶) و اختلالات خلقی بیشتر (۱۷)، عدم تحمل بلا تکلیفی فزون تری نیز دارند. داگاس، باهر و لاداسر، عدم تحمل بلا تکلیفی را سوگیری شناختی ناشی از ادراک، تفسیرها و عکس- العمل های فرد در موقعیت بی ثبات، در سطوح شناختی، هیجانی و رفتاری تعریف کرده اند. هسته اصلی عدم تحمل بلا تکلیفی ترس از ناشناخته ها می باشد (۱۹). عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از ویژگی های مرتبط با اضطراب است که به عنوان یک واکنش شناختی، عاطفی و رفتاری نسبت به عدم اطمینان شناخته می شود که باعث سوگیری در پردازش داده ها، افزایش ارزیابی منفی و کاهش توانایی مقابله با موقعیت نگران کننده می شود (۲۰). مادرانی که مشکل عدم قطعیت دارند این موضوع را آزاردهنده می دانند و نمی توانند شک و تردید را تحمل کنند. این افراد به دلیل دوری از رویدادهای منفی

بررسی اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر عدم تحمل بلاتکلیفی و باورهای مثبت نگرانی در مادران دارای کودکان اختلال اتیسم بود، تا با مشخص کردن ماهیت اثربخشی این رویکرد گام مهمی در کمک به خانواده‌ها جهت مقابله مناسب با این موقعیت و دستیابی به نتایج مثبت برداشته شود.

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری را کلیه مادران دارای کودک اتیسم (۸۰ نفر) که در سال ۱۴۰۰ به مراکز مشاوره شهر گنبد مراجعه کرده بودند تشکیل دادند، که از بین آنها تعداد ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و پس از اطمینان از احراز شرایط و ملاک‌های ورود خروج انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (۲۰ نفر در گروه گواه و ۲۰ نفر در گروه آزمایش) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل عدم ابتلا، به اختلالات روان‌شناختی، عدم مصرف دارو و مواد مخدر و ملاک - های خروج شامل دارا بودن اختلالات روان‌شناختی، مصرف دارو و مواد مخدر و غیبت بیش از دو جلسه در فرایند آموزش بود.

ابزار

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS): این پرسشنامه، یک پرسشنامه‌ی خودگزارش دهی با ۲۷ گویه است که جهت سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های مبهم توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) تدوین شده است. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) سنجیده می‌شود. مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی برای پیش بینی سطوح نگرانی و شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، همواره عملکرد بهتری نسبت به سایر مقیاس‌های اضطرابی، از قبیل کمال‌گرایی و نیاز به کنترل داشته است. بوهر و داگاس (۳۷) خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس را در ۵۰۰ آزمودنی بررسی کردند. بر این اساس نتایج ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمون آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش شده است.

پرسشنامه چرا نگرانی (WWQ): این مقیاس یک پرسشنامه‌ی خودگزارش دهی است که توسط هولوکا و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است و باورهای مثبت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را در مورد کارکردهای نگرانی می‌سنجد. این مقیاس شامل ۷۵ گویه دارد که با یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس شامل ۱) نگرانی به حل مشکل کمک می‌کند، ۲) نگرانی باعث افزایش انگیزه می‌شود، ۳) نگرانی باعث جلوگیری از وقایع ناگوار می‌شود، ۴) نگرانی باعث جلوگیری از هیجانات منفی ناشی از وقایع ناگوار می‌شود و ۵) نگرانی صفت شخصیتی مثبتی است. در پژوهش ماکیتی و همکاران (۳۸) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در پژوهش ۰/۷۴ و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در شش هفته، ۰/۲۷ گزارش شد.

شیوه اجرا

ابتدا پیش از تکمیل پرسشنامه در مورد اهداف پژوهش به شرکت کنندگان توضیحات لازم ارائه و به آنها اطمینان داده شد که پاسخ-

غیرمنتظره، شک و تردید خود را افزایش می‌دهند (۲۱). مطالعات آسیب‌شناسی روانی تجربی نشان می‌دهند عدم تحمل بلاتکلیفی یک عامل خطر برای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی است (۲۲).

از سوی دیگر مشکلات کودکان اتیسم می‌تواند باورهای فراشناختی مرتبط با نگرانی در والدین آنها فعال نماید (۲۳). باورهای نگرانی، دربرگیرنده باورهای مربوط به کنترل ناپذیری افکار است. در نتیجه عدم کنترل افکار از یک طرف و تفسیرهای منفی از این افکار از طرف دیگر، منجر به تداوم هیجان منفی نگرانی و در نهایت اضطراب مضاعف بر فرد می‌گردد (۲۲). مطابق تحقیقات انجام شده باورهای فراشناختی عامل مهمی در افزایش علائم عاطفی منفی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس در دو نمونه جداگانه از والدین کودکان مبتلا به اتیسم نشان داده شده است (۲۴). در این راستا، لاتیبا و همکاران (۴) رابطه بین ابعاد فراشناخت و اختلالات اضطرابی روانی چون علائم وسواس، اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب فراگیر را مطرح کردند.

با این وجود، چگونه می‌توان عدم تحمل بلاتکلیفی و باورهای مثبت نگرانی را در مادرانی که فرزندان با ناتوانی یادگیری دارند کاهش داد؟ مطالعات اخیر نشان داده است که معنویت نقش برجسته‌ای در سلامت جسمی و روانی افراد دارد و عامل محافظتی برای مقابله با مشکلات است (۲۵). ابعاد معنویت شامل رابطه فرد با خود، با دیگران و با محیط، باورها، توانایی غلبه بر مشکلات و معنای زندگی است (۲۶). سوانک (۲۷) معنویت را به عنوان یک عنصر مهم سلامت معرفی کرده است. معنویت می‌تواند برای بهزیستی روانشناختی مفید باشد و بر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و سازگاری فرد تأثیر مثبت بگذارد (۲۹). همچنین، انجام امور مذهبی می‌تواند به رفاه روانی کمک کند و بر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و سازگاری فرد تأثیر مثبت بگذارد. محققان به همبستگی مثبتی بین معنویت و بیماری‌های عاطفی و روانی، تنش، افسردگی، تنهایی و سوء مصرف مواد مخدر اشاره کرده اند (۳۱،۳۲،۳۳). در رویکرد شناخت درمانی مذهب محور علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به مراجع کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید (۳۴). درمان شناختی - رفتاری مذهب محور موجب اتخاذ رویکرد مقابله متمرکز بر مشکل شامل تعریف مشکل، ایجاد گزینه‌هایی برای حل مشکل، ارزیابی مزایا و هزینه‌های هر گزینه، انتخاب گزینه برای پیاده‌سازی و اجرای مراحل حل مسئله است (۳۵). گرچه نتایج پژوهش‌های متعددی به نقش عدم تحمل بلاتکلیفی در اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر اشاره داشته‌اند و نتایج برخی مداخلات شناختی - رفتاری با هدف کاهش سطح حساسیت اضطرابی در برخی طبقات اختلالات اضطرابی از جمله اختلال حمله‌ی وحشت‌زدگی نتایج مثبت و قابل توجهی را به همراه داشته است. با این حال، اثربخشی این رویکرد در بین مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای کودک اتیسم بررسی نشده است، بر این اساس هدف پژوهش حاضر

تحت درمان شناختی مطابق با دستورالعمل درمانی تهیه شده درمان چندوجهی اسلامی دکتر فقیهی، غباری بناب و قاسمی پور (۱۳۸۶) (جدول ۱) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند. بعد از پایان آموزش پس از آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید.

هایشان به صورت محرمانه خواهد ماند. سپس با توجه به ارزیابی های اولیه توسط متخصص بالینی و رعایت ملاک های ورود و خروج، نمونه مورد نظر پژوهش انتخاب گردید. سپس این افراد به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و گروه آزمایش در ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه)

جدول ۱. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی

شماره جلسه	اهداف	محتوا
جلسات اول و دوم:	آشناسازی بیمار با اصول اولیه درمان	آشنایی اعضا، گروه با یکدیگر، توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت ها، آموزش تشخیص هیجان های ناخوشایند و بعلاوه، اطلاعات دیگری مانند ماهیت نگرانی و تقسیم بندی آن (نگرانی در مورد مشکل فعلی و نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده) و شیوه پایش نگرانی ها به بیمار آموزش داده شد.
جلسه سوم و چهارم:	تأثیر عدم تحمل ابهام در تداوم نگرانی، استناد به آیات قرآن و احادیث درباره حل مشکلات	در این مرحله به بررسی و شناسایی نوع نگرانی های بیمار پرداخته شد. همچنین استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی تکنیک آگاهی آموزی از نگرانی به بیمار آموزش داده شد.
جلسات پنجم و ششم:	آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات، تشخیص موقعیت های غیرقابل اجتناب دخیل در بلا تکلیفی	مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی-رفتاری به منظور به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی. در این جلسات در قالب گفتگوهای سقراطی به بیمار نشان داده شد که دستیابی به اطمینان کامل امکان پذیر نیست
جلسه هفتم:	تجسم ذهنی بر پدیده های هستی، شناسایی و ارزیابی مجدد باورهای مثبت در مورد مفید بودن نگرانی	آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، همچنین در این مرحله با استفاده از تجربه-گرایی مشارکتی به بیمار نشان داده شد که باورهای بیمار در مورد مفید بودن نگرانی پیامدهای جالبی برای شان ندارد.
جلسه هشتم:	بررسی تغییرات بیمار، آموزش فرآیند حل مسأله و مقابله با نگرانی در مورد مشکلات فرضی آینده	بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آنها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده اند، اطمینان خاطر مشاور به بیماران نسبت به این که با بکارگیری آن چه را که یاد گرفته اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد. همچنین به بیمار آموزش داده شد هنگام مواجهه با مشکل به جای نگرانی درباره مشکل، از طریق فرآیند حل مسأله، راه حلی برای آن پیدا کند. انجام پس آزمون

یافته ها

یافته های توصیفی مربوط به داده های جمعیت شناختی گروه آزمایش (n=۲۰) و کنترل (n=۲۰) در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

در نهایت پس از تکمیل و جمع آوری پرسش نامه ها، جهت تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی و آمار استنباطی مانند میانگین، انحراف استاندارد، آزمون ام باکس، آزمون لوین و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 صورت گرفت.

جدول ۲. شاخص های جمعیت شناختی مربوط به گروه آزمایش و گروه کنترل

ویژگی های جمعیت شناختی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
وضعیت تأهل	دارای همسر	۱۸	۸۹/۴۸	۱۸
	بدون همسر	۲	۱۰/۵۲	۲
سطح تحصیلات	ابتدایی	۲	۱۰/۰	۲
	دیپلم	۷	۳۵/۰	۸
	کارشناسی	۹	۴۵/۰	۶
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲	۹/۹۰	۵

۱۱/۳۰	۲	۱۵/۰۰	۳	تمام وقت	شاغل
۲۰/۱۸	۴	۲۰/۱۰	۴	پاره وقت	وضعیت شغلی
۶۸/۵۲	۱۴	۶۵/۰۰	۱۳	خانه دار	

نگرانی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون و گروه کنترل کاهش قابل توجهی داشته است و گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون تغییر داشته است.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک اندازه گیری شده است. داده های فوق نشان می دهد میانگین نمره ی عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمره های پیش آزمون و پس آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی

گروه ها		آزمایش				کنترل			
متغیر		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
تحمل بلا تکلیفی		۹۱/۸۹	۲۲/۱۰	۱۷/۲۱	۶۴/۰	۱۸/۷۱	۸۸/۹۲	۱۷/۰۲	۶۴/۰
باورهای مثبت نگرانی		۴۷/۱۲	۱۶/۴۰	۱۰/۲۳	۳۴/۱۱	۱۴/۴۰	۴۷/۱۹	۱۲/۳۹	۳۴/۱۱

متغیرهای وابسته در تمامی گروه ها مساوی است ($P=۰/۱۳$). همچنین، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واریانس های خطا، فرض تساوی واریانس ها رعایت شد و واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه ها مساوی بود. بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است. نتایج جدول ۴ نشان می دهد که بین گروه های آزمایش و کنترل، از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۳$). نتایج آزمون نشان داد که نمره های حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش در سه زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری با هم دارند ($P<۰/۰۰۱$). همچنین، تعامل بین گروه ها (آزمایش و کنترل) و زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$). این نتایج بیانگر اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور مبتنی بر آموزه های اسلامی در بهبود حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

همان طور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد، نمره پیش آزمون تحمل بلا تکلیفی آزمودنی ها در گروه آزمایش برابر با ۹۱/۸۹ و در گروه کنترل ۸۸/۹۲ بوده که نشانگر یکسانی نمرات دو گروه قبل از اجرای آموزش است. در مورد نمره های پس آزمون همان طور که مشاهده می شود نمره افراد در گروه آزمایش کاهش یافته و به نمره ۶۴/۰ رسیده که نشانه کاهش نمرات پس آزمون در گروه آزمایش است. در مورد افراد گروه کنترل در پس آزمون این نمره کاهش معناداری نداشته است. در مورد باورهای مثبت نگرانی همان گونه که مشاهده می شود این نمرات در گروه آزمایش در پس آزمون کاهش یافته و در گروه کنترل کاهش قابل توجه نیست. به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از تجربه مداخله، شرایط بهتری در بین هر یک از متغیرهای مورد نظر تحقیق را گزارش کرده است؛ در حالی که گروه گواه تقریباً در پیش آزمون و پس آزمون تغییر چشمگیری را نشان نمی دهد.

بررسی نتایج آزمون ام باکس در مورد تساوی ماتریس های کواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است و ماتریس های کواریانس مشاهده شده

جدول ۴. خلاصه تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه گیری مکرر برای اثرات بین گروهی و درون گروهی متغیرهای وابسته

آزمون	ارزش	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
آزمون اثر بیلابی	۰/۴۳۲	۳	۲۳	۶/۵۲	۰/۰۰۱
آزمون لاندای ویکلز	۰/۵۸	۳	۲۳	۶/۵۲	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۱۷	۳	۲۳	۶/۵۲	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه وری	۰/۴۹۱	۳	۲۳	۶/۵۲	۰/۰۰۱

معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). همچنین جهت بررسی این موضوع که مداخله در طی زمان اثرگذاری خود را حفظ کرده است، به مقایسه نتایج در پس آزمون نسبت به پیگیری مبادرت شد. همانطور که ملاحظه می گردد، در تمامی متغیرهای وابسته در سطح

جدول ۵، تفاوت بین نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را در متغیرهای وابسته شامل عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی نشان می دهد ($P<۰/۰۰۱$). همان طور که مشاهده می شود در تمامی متغیرهای وابسته در سطح پیش آزمون و پس آزمون تفاوت

پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار به دست نیامد ($P < 0.05$). این یافته نشان می‌دهد که مداخله ماندگاری خود را در طی زمان حفظ کرده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر نمرات متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳۹۸/۲۴	۱	۳۹۸/۲۴	۲۱/۳۲	۰/۰۰	۰/۵۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۶۲	۱	۰/۶۲	۲/۹۱	۰/۰۸	۰/۲۲
باورهای مثبت	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴۰۸/۹	۱	۴۰۸/۹	۳۳/۲۰	۰/۰۰	۰/۶۳
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۴

زمان اثرگذاری خود را حفظ کرده است، به مقایسه نتایج در پس-آزمون نسبت به پیگیری مبادرت شد. همانطور که ملاحظه می‌شود، در تمامی متغیرهای وابسته در سطح پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری به دست نیامد ($P < 0.05$). یافته نشان می‌دهد که مداخله ماندگاری خود را در طی زمان در گروه آزمایش حفظ کرده است. همچنین، آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی بونفرونی نشان داد که در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون، میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنادار تغییر کردند.

جدول ۶ تفاوت بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیرهای وابسته نشان می‌دهد ($P < 0.01$). همانطور که مشاهده می‌شود، در تمامی متغیرهای وابسته در سطح پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.01$). این نتایج بیانگر اثربخشی شناخت درمانی مذهب‌محور مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در بهبود عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی در پس-آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است. همچنین، جهت بررسی این موضوع که مداخله در طی

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر نمرات متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	۵۴۰/۱۹	۱	۵۴۰/۱۹	۲۹/۶۷	۰/۰۰	۰/۴۸
	پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۱۷/۱۵	۱	۱۷/۱۵	۱۰/۵۴	۰/۰۰۸	۰/۱۷
باورهای مثبت نگرانی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	۳۱۰/۳۴	۱	۳۱۰/۳۴	۳۰/۷۱	۰/۰۰	۰/۵۵
	پس‌آزمون-پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۱۴۲/۷۳	۱	۱۴۲/۷۳	۲۸/۱۵	۰/۰۱	۰/۴۸

نتیجه‌گیری پژوهش کنونی به منظور تعیین میزان اثربخشی شناخت‌درمانی مذهب‌محور مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای مثبت نگرانی در مادران دارای کودک اتیسم انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که اثربخشی شناخت‌درمانی مذهب‌محور مبتنی بر آموزه‌های اسلامی توانسته در طی ۸ جلسه درمان بر میزان علائم عدم تحمل بلا تکلیفی و همچنین باورهای مثبت نگرانی در مادران کودکان اتیسم تأثیر بگذارد و این علائم را کاهش دهد. بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه شناخت‌درمانی مذهب‌محور مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و همچنین باورهای مثبت نگرانی مادران دارای کودک اتیسم وجود ندارد، هر چند در چندین پژوهش به تأثیر درمان‌های مبتنی بر معنویت و دین بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی اشاره شده است. با این حال می‌توان یافته‌های این پژوهش را با نتایج پژوهش آگلی و همکاران (۱۰)، چاری و محمدی

(۹)، سانتی و همکاران (۱۱) و ساها (۱۶) همسو دانست. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که، شناخت‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی می‌تواند بعد معنوی را در ارزیابی افکار و اعمال افراد فعال کند، و به دنبال فعال شدن بعد معنوی، نظام ارزش‌دهی، معنادگی و هدفمندی فرد را تغییر می‌کند. با تغییر این سه مکانیزم درمانی، بینش مراجع افزایش یافته و نسبت به وقایع اطراف و شروع و پایان اعمال خود هشیارتر می‌گردد. این تغییر سبب تغییر در حرمت خود می‌شود و زمانی که نگاه مراجعان در باره آخرت تغییر می‌کند معنادگی آنها نسبت به مرگ و گناه تغییر می‌کند. در پی این تغییرات، انگیزه مراجعان برای تغییر و سرعت درمان افزایش می‌یابد (۲۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از افراد دارای ایمان بالاتر، از نوعی آرامش و کنترل نفس برخوردارند و این توان را دارند که فشارهای عاطفی را بیشتر تحمل کنند. آفرینش انسان به گونه‌ای است که جز با ایمان و یاد خدا آرامش نمی‌یابد، ایمان به خداوند تنها راه رهایی انسان از اندوه و اضطراب است (۳۳).

2. Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., Auerbach, R. P., Björgvinsson, T., Bigda-Peyton, J., Andersson, G., & Krumrei, E. J. Incorporating spiritual beliefs into a cognitive model of worry. *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 67(7): 691-700.
3. Razzaghi, S., & Moghtader, L. Effect of Mindfulness Training on Distress Tolerance and Alexithymia in Mothers With Autistic Children. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2021; 7(4): 216-226.
4. Latipah, E., Kistoro, H. C. A., & Putranta, H. The Effects of Positive Parenting toward Intolerance in Pre-School Children. *International Journal of Early Childhood Special Education*. 2020; 12(2):108-117.
5. Halstead, E., Ekas, N. Associations between resilience and the well-being of mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2018; 48(4): 1108-1121.
6. Hsiao, Y. Parental stress in families of children with disabilities. *Intervention in school and clinic*. 2018; 53(4): 201-205.
7. Litalien, M., Atari, D. O., & Obasi, I. The influence of religiosity and spirituality on health in Canada: A systematic literature review. *Journal of Religion and Health*. 2021; 4 (2): 1-42.
8. Dykens, E. M. Toward a positive psychology of mental retardation. *American journal of orthopsychiatry*. 2006; 76(2): 185-193.
9. Chari, M., & Mohammadi, M. Predicting psychological resilience based on religious beliefs in urban and rural university students. *Contemporary Psychology*. 2011; 6(2): 45-56.
10. Agli, O., Bailly, N., Ferrand, C., & Martinent, G. Spirituality, quality of life, and depression in older people with dementia. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2018; 30(3): 268-278.

از سوی دیگر، اگر بپذیریم که انجام امور مذهبی و افزایش معنویت در زندگی می‌تواند عدم تحمل ابهام را از طریق سازو کارهای مختلف کاهش دهد، این موضوع به خودی خود می‌تواند بر میزان نگرانی افراد نیز تاثیر گذار باشد. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی نقش اساسی در افزایش نگرانی دارد (۲۸). افرادی که از معنویت کمتری برخوردارند؛ معمولاً رویدادهای آینده را منفی و با تهدید بیشتری تفسیر می‌کنند و این فرایند، اضطراب بیشتری را برای این افراد به همراه دارد و از نگرانی و نشخوار فکری بیشتری رنج می‌برند؛ و این دور باطل عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی آنها را در یک چرخه ناسالم گرفتار می‌نماید (۳۴).

در حقیقت افرادی که از معنویت بالاتری نسبت به سایرین برخوردارند، از تحمل بیشتری برخوردار بوده و نسبت به دیگران استعداد کمتری در ادراک موقعیت‌های منفی دارند؛ این افراد در همه رویدادهای زندگی بر خداوند توکل می‌نمایند لذا، در موقعیت‌هایی که وقایع مربوط به آینده‌ی نامعلوم و مبهم هستند، از آرامش بیشتری برخوردارند. نتیجه‌ی نهایی این فرآیند این است که اشخاصی که رویکرد مثبتی نسبت به مشکل دارند، به توانایی خود در حل مشکل و کمک از خداوند اعتقاد دارند، مشکلات را تهدیدکننده ادراک نمی‌کنند، به هنگام مواجهه با موقعیت‌های مشکل ساز زود احساس ناکامی ننموده و به این دلیل کمتر دستخوش تشویش و اضطراب می‌گردند (۲۹). به بیان موریس و همکاران (۲۲) مذهب به عنوان یک نظام معنادهی برای مردم عمل می‌کند که به وسیله آن تجارب و وجود خود را تفسیر می‌کنند. داشتن ایمان و توکل به خدا و اعتقاد به رحمت خداوند و پذیرش مشیت الهی و یاری جستن از او موجب می‌گردد تا افراد، کنترل بیشتری بر وضعیت موجود خود داشته باشند که این موضوع موجب ایجاد اطمینان و آرامش بیشتر در افراد گردیده و چون سپر در برابر استرس‌های زندگی عمل می‌کنند.

با وجود اینکه پژوهشگران کوشیده‌اند شرایط را تا حد ممکن کنترل کنند، اما هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو می‌باشد. از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر نمونه آن است که به موجب آن در تعمیم نتایج پژوهش به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. استفاده از آزمودنی‌های اندک در پژوهش که تعمیم نتایج به گروه بزرگتر را دچار مشکل می‌سازد، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی نمونه با حجم بزرگتری انتخاب گردد. همچنین خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده در این پژوهش نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. بدینوسیله از کلیه مادران شرکت کننده در پژوهش، و تمامی همکاران به جهت کمک در جمع آوری داده‌ها، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Sonido, M. T., Hwang, Y. I., Srasuebku, P., Trollor, J. N., & Arnold, S. R. Predictors of the Quality of Life of Informal Carers of Adults on the Autism Spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021; 3 (3): 1-18.

18. Islam, A. K. M. Mainstreaming education of the children with disability in Bangladesh (Doctoral dissertation, University of Dhaka).2021.
19. Khodarahimi, S., Ghadampour, E., & Karami, A. The roles of spiritual well-being and tolerance of uncertainty in prediction of happiness in elderly. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*.2021; 37(2): 371-377.
20. Li, G., Zhou, J., Yang, G., Li, B., Deng, Q., & Guo, L. The impact of intolerance of uncertainty on test anxiety: student athletes during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12 (3):, 209-217.
21. Muslim, A. A., & Rafica, V. M. Intolerance Uncertainty as a Moderator between Religiosity and Psychological Well-Being in Unemployment. *Journal of Education Research and Evaluation*.2021; 5(3): 459-465.
22. Morse, J. L., Prince, M. A., & Steger, M. F. The role of intolerance of uncertainty in the relationship between daily search for and presence of meaning in life. *International Journal of Wellbeing*. 2021; 11(1): 65-76.
23. Muslim, A. A., & Rafica, V. M. Intolerance Uncertainty as a Moderator between Religiosity and Psychological Well-Being in Unemployment. *Journal of Education Research and Evaluation*. 2021; 5(3): 459-465.
24. Lashagri, M., Shahabizaseh, F., & Mansouri, A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on Intolerance of Uncertainty on Worry and Anxiety in Women with Corona Anxiety (case study). *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021; 19(3): 427-438.
25. Dadfar, M., Bahrami, F., Sheybani Noghabi, F., & Askari, M. Relationship between religious spiritual well-being and death anxiety in Iranian elders. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*.2016; 5(6): 283–287.
11. Susanty, D., Noel, P., Sabe, M. S., & Jahoda, A. Benefits and cultural adaptations of psychosocial interventions for parents and their children with intellectual disabilities in low and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.2021; 34(2): 421-445.
12. Azhdar, A., Ahmadifaraz, M., & Zare H, Z. M. Effectiveness of the status of prayer in physical and mental health. *Journal News in Psychotherapy*. 2011; 17(62): 133-140.
13. Plant, K. M., & Sanders, M. R. Reducing problem behavior during caregiving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2007; 28(4): 362-385 .
14. Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2019; 14(7): 219-228.
15. Saha, A., Sinha, A., Abeer, I. A., Ahmed, N., & Ahmed, S. Understanding the Education of Children with Autism in Bangladesh: Parents' Perspective. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 5(CSCW1).2021; 1(9): 1-30.
16. Zarei, S., & Kazemipour, A. (2021). The moderating role of religious well-being and self-differentiation in the relationship between boredom and addiction tendency among male high school students of Nourabad. *KAUMS Journal*.2021; 25(1): 767-776.
17. Kulbaş, E., & Özabacı, N. The Effects of the Positive Psychology-Based Online Group Counselling Program on Mothers Having Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Happiness Studies*.2021; 9 (4): 1-29.

breast cancer. *Journal of thought and behavior therapy*. 2009; 4(13): 35-42.

35. Moghimi, M., Karimi, Z., Esmailpour, N., & Zoladl, M. The Effect of Resilience Education by the Teach-back Method on the Stress of Mothers of Educable Mentally Retarded Children: A Field Trial Study. *International Journal of Pediatrics*. 2017; 5(12): 6347-6358.

36. Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. Why do people worry?. *Personality and individual differences*; 1994; 17(6): 791-802.

37. Buhr, K., & Dugas, M. J. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*. 2002; 40(8): 931-945.

38. Macatee, R. J., Capron, D. W., Guthrie, W., Schmidt, N. B., & Cougle, J. R. Distress tolerance and pathological worry: Tests of incremental and prospective relationships. *Behavior therapy*. 2015; 46(4): 449-462.

26. Khodabakhshi-Koolae, A., & Rajae-Asl, N. Efficacy of Hope-Oriented Group Therapy on Quality of Life and Parent-Child Relationship in Mothers with Autistic Children. *J Prev Health*. 2016; 2(2): 32-43.

27. Hussein Ghomi, H., & Salimi bejestani, M. The relationship between religious orientation and resilience among mothers of children with the disease. *Journal psychology of religion*. 2011; 4(3): 69-82.

28. Rote, S., Hill, T. D., & Ellison, C. G. Religious attendance and loneliness in later life. *The Gerontologist*. 2012; 53(1): 39-50.

29. Koenig, H. G., Hays, J. C., Blazer, D. G. Does religious attendance prolong survival?. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 1999; 54(7): 370-376.

30. Koenig, H. G., George, L. K., Meador, K. G., Blazer, D. G., & Ford, S. M. Religious practices and alcoholism in a southern adult population. *Psychiatric Services*. 1994; 45(3): 225-231.

31. Lai, L. C., Cummins, R. A. Development of personal well-being index—the validation of spirituality-religion satisfaction as a life domain. *International Journal of Happiness and Development*. 2018; 4(2): 93-112.

32. Zarifi, M., Honari, H., Bahr al-Ulum, H. Characteristics of psychometrics and standardization of the Persian version of the resilience questionnaire in athletic and non-athletic students. *Sports Psychology Studies*. 2016; 5 (15): 131-150.

33. Koolae, A. K., Khazan, S., & Tagvae, D. Mother-Child relationship and burden in families of children with mental retardation. *Middle East Journal of Psychiatry and Alzheimers*. 2014; 84(131): 1-5.

34. Shafi Abadi, A., & Sanaei Zaker, B. Effectiveness of logo therapy in groups on the reduction of the symptoms of the psychological problems of women with