

تأثیر روان‌درمانی حمایتی و آموزشی گروهی بر اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم

لیلا مقتدر*^۱ بهمن اکبری^۲، مطهره حقگو سیاهگورابی^۳

تاریخ دریافت 1394/10/27 تاریخ پذیرش 1394/12/27

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال اتیسم که در DSM-IV از اختلالات فراگیر رشدی دوران کودکی به شمار می‌آید، در DSM-5 با عنوان اختلال طیف درخودماندگی و جزو اختلالات رشد عصبی دسته‌بندی شده است. پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر روان‌درمانی حمایتی و آموزشی گروهی بر اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم صورت گرفته است.

مواد و روش کار: پژوهش فوق با روش نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم مراجع به مرکز سرپایی روان‌پزشکی کودک و نوجوان مرکز آموزشی درمانی شفا رشت در 6 ماهه دوم سال 1392 و نمونه‌ها شامل 20 نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم بودند که نمره اضطراب و افسردگی آن‌ها بالاتر از نقطه برش بود. آزمودنی‌ها در مرحله اول به روش نمونه‌گیری در دسترس (هدفمند) انتخاب شدند و بعد به‌صورت تصادفی در دو گروه 10 نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند. پیش‌آزمون شامل پرسشنامه‌های اضطراب بک، افسردگی بک، سیاهه تنیدگی والدینی (PSI) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO QOL-BREF) بود که بر روی هر دو گروه اجرا شد سپس برنامه روان‌درمانی حمایتی و آموزش گروهی، طی شش هفته، هر هفته یک جلسه 90 دقیقه‌ای برای گروه آزمون اجرا شد. نتایج با تحلیل کوواریانس بررسی شد.

نتایج: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که برنامه روان‌درمانی حمایتی و آموزشی گروهی توانست نمره اضطراب، افسردگی، استرس را در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش داده و کیفیت زندگی‌شان را ارتقاء بخشد. درحالی‌که هیچ تغییر معنی‌داری در گروه کنترل مشاهده نشد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که تأکید بر این نوع مداخلات درمانی توسط نظام سلامت کشور می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر این وجوه از سلامت روان بیماران مذکور داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی حمایتی و آموزشی، اختلالات طیف اتیسم، اضطراب، افسردگی، استرس، کیفیت زندگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره دوم، ص 177-167، اردیبهشت 1395

آدرس مکاتبه: رشت، پل طالبان، مجتمع آموزشی امام خمینی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی. تلفن 09112303071

Email: moghtaderleila@yahoo.com

مقدمه

نسبت به سایر والدین تجربه می‌کنند که این معمولاً ناشی از تنیدگی‌های والدگری یک کودک استثنایی است تا عملکرد شخصی‌شان (3). والدین در معرض خطر فزاینده‌ای برای دچار شدن به مسائل و مشکلات روان‌شناختی هستند. این مادران معمولاً سازش‌پذیری خانوادگی، کفایت و حس توانایی والدینی و رضایت زناشویی کمتری دارند. استرس والدگری نیز می‌تواند منجر به کاهش سلامت روانی و بهزیستی والدین شود تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که والدین کودکان اتیستیک نسبت به والدین سایر کودکان

اختلالات طیف اتیسم شامل گروهی از اختلالات روانی هستند که در آن‌ها تخریب در مهارت‌های تعامل اجتماعی، رشد زبان و گستره رفتاری وجود دارد. جلوه‌های این اختلال با توجه به سطح رشد و سن تقویمی فرد بسیار متفاوت است (1). این اعتقاد وجود داشت که افراد مبتلا به اتیسم یک توانایی معیوب در ابراز و تشخیص هیجانات خودشان و دیگران دارند (2). والدین کودکان اتیسمی از لحاظ والدگری سطوح بالاتری از احساس نا-رضایتی در زندگی را

^۱ استادیار روانشناسی عمومی، رشت، پل طالبان، مجتمع آموزشی امام خمینی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار روانشناسی عمومی، رشت، پل طالبان، مجتمع آموزشی امام خمینی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی

^۳ دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، رشت، پل طالبان، مجتمع آموزشی امام خمینی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی

آن بر مادران مثل هر استرس دیگری تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آن‌ها از مسئله و نیز منابعی که برای کنار آمدن با آن در دسترس دارند، بستگی دارد. هر چه توانایی افراد برای مقابله بهتر باشد کمتر احتمال دارد گرفتار موقعیت‌های آسیب‌زا شوند. به‌عبارت‌دیگر، آسیب‌پذیری هر فرد در برابر فشار روانی متأثر از مهارت‌های مقابله‌ای وی و حمایت‌های اجتماعی موجود می‌باشد. با توجه به مطالب فوق، به نظر می‌رسد که برنامه‌هایی جهت حمایت از خانواده و آموزش شیوه‌های حل مسئله و مقابله و به‌خصوص تغییر باورهای غیرمنطقی در والدین و خصوصاً در مادران کودکان اتیستیک (با توجه به اینکه مادران بیشترین ارتباط را با این کودکان دارند) کمک می‌کند (7). نشان داده شده است که برنامه‌های آموزش والدین صلاحیت والدین را افزایش می‌دهد. آموزش والدین، کیفیت زندگی خانواده را از طریق کاهش استرس و افزایش اوقات فراغت و تفریح ارتقا می‌دهد. علاوه بر این، والدینی که در مداخلات درمانی شرکت می‌کنند، خوش‌بینی بیشتری در مورد توانایی‌شان برای اثرگذاری بر رشد کودکشان گزارش می‌کنند که می‌توانند به والدین کمک کند که تلاش‌هایشان را برای کودکشان در طول زمان حفظ کنند. بنابراین با توجه به فواید درگیر ساختن والدین در درمان کودک و از آنجایی که شورای ملی تحقیقات (NRC)، خانواده را جزء کلیدی هر درمان می‌داند، طراحی و کاربرد برنامه‌های آموزش والدین از اهمیت و ضرورت بسیار زیادی برخوردار است. (8).

گروه‌درمانی فرایندی است که طی آن افراد گروه همراه با رهبر گروه به سطحی عمیق‌تر و وسیع‌تر از آگاهی نسبت به خود می‌رسند (9). روان‌درمانی آموزشی گروهی به‌صورت گروه‌هایی تعریف شده‌اند که یک محیط حمایت‌کننده و ساختار یافته را ارائه می‌کنند که در آن مهارت‌های جدید به‌دست‌آمده یا بر انجام یک عمل تمرکز می‌شود. متخصصان درگیر می‌توانند تضمین کنند که اطلاعات جاری به‌صورت به روز تهیه می‌شود (10). روان‌درمانی حمایتی به‌منظور کمک به بیمار در جریان بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی یا بیماری جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین به‌منظور رفع ناراحتی ناشی از بیماری روانی و جسمی طولانی یا نقص‌های فیزیکی به‌کاربرده می‌شود. این نوع درمان برای بیمارانی که دچار اختلالات شخصیتی جدی بوده و احتمال تغییر یافتن آن‌ها با درمان دیگر کم است، مناسب و مفید است. در این نوع درمان، درمانگر از اندرز و تلقین یافتن برای کمک به بیمار در جریان تشدید گذرنده علائم می‌تواند استفاده کند (11). نتایج پژوهش سرابی جماب نشان داد که برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها موجب کاهش معنادار استرس والدینی مادران کودکان مبتلا به اتیسم شرکت‌کننده در این پژوهش نسبت به گروه کنترل می‌شود (6). محتشمی و همکاران در بررسی اثر آموزش روش درمانی

که نیازهای ویژه دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند. این میزان از استرس والدگری نسبت به سایر جمعیت‌ها از جمله مادران کودکان سندرم داون، عقب‌ماندگی ذهنی، ناتوانی‌های یادگیری نیز بالاتر گزارش شده است. (1). به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به‌خصوص مادران دارای کودک اتیسم از تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (4).

ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند. شواهد بالینی نشان داده‌اند که نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی مانند اضطراب، افسردگی و خستگی روانی در مادران کودکان دارای اختلال‌های فراگیر تحولی در مقایسه با مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر است. برای مثال این مادران در تمام زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان 90 نمره بالاتری کسب می‌کنند (5). خرم‌آبادی و همکاران در تحلیلی استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را با مادران کودکان بهنجار مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که نمره استرس والدگری مادران کودکان اتیستیک در مقیاس کلی و نیز کلیه زیرمقیاس‌های استرس والدگری به‌طور معناداری بیش از مادران کودک بهنجار است (1). داشتن فرزند مبتلا به اتیسم منشأ فشار روانی به شکل اضطراب و افسردگی برای والدین می‌شود. در این بین سهم مادر در تجربه استرس بیش از پدر است والدین به‌خصوص مادران از طرف اجتماع با تلقی اینکه آن‌ها وظیفه‌ی خود را در قبال فرزند خود به‌خوبی انجام نده‌اند روبرو هستند. اختلالات طیف اتیسم، یکی از انواع اختلالاتی است که خانواده‌ها را با چالش‌های بسیاری روبرو می‌کنند. والدین این کودکان به علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودکشان، سختی و مشکلات فراوانی در نگهداری از کودک و مهارت‌های والدگری تجربه می‌کنند. آن‌ها بایستی به‌طور دائم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند. بنابراین ممکن است در مدیریت رفتارهای کودکشان با مشکلاتی مواجه شوند. همین امر موجب می‌شود که والدین نسبت به صلاحیت و توانایی‌های خود در نقش والدگری تردید داشته و به این نتیجه برسند که خودکارآمدی لازم در کنترل و مدیریت رفتارهای کودک را ندارند (6). در بررسی تأثیر اختلال بر مادران و خانواده مشخص شد تمامی مادران پس از تشخیص اتیسم در کودکشان علائم افسردگی را تجربه کرده‌اند، برخی نیز به علائم جسمی مرتبط با افسردگی اشاره داشتند. در پژوهشی وجود سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلاتکلیفی در والدین و همشیران را توصیف کرده‌اند که تأثیرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد (12). گرچه داشتن کودک اتیستیک منبع فشار روانی است اما تأثیر

آسیب‌پذیرترین فرد خانواده در مواجهه با این کودکان هستند، این پژوهش سعی کرده که با جهت‌گیری عمل‌گرایانه مبتنی بر توانمندسازی والدین از طریق برگزاری جلسات گروهی با رویکرد حمایتی برای مادران دارای فرزندان اتیستیک، رضایتمندی آن‌ها را در بهبود کیفیت زندگی فراهم کند. این پژوهش سعی کرده که با جهت‌گیری عمل‌گرایانه مبتنی بر توانمندسازی والدین از طریق برگزاری جلسات گروهی با رویکرد حمایتی برای مادران دارای فرزندان اتیستیک، رضایتمندی آن‌ها را در بهبود کیفیت زندگی فراهم کند. هدف اصلی این پژوهش کاهش مشکلات روان‌شناختی والدین به‌خصوص مادران درگیر با کودک اوتیسمی به‌منظور افزایش سلامت روان این مادران است. همچنین این پژوهش بر آن است با پرداختن به امر ارتقاء سلامت مادران در واقع مراقبت از کودک اوتیسمی را ارتقاء داده و در نتیجه سطح سلامت و بهداشت روان را در خانواده‌های دارای این کودکان بهبود بخشد. سؤال اصلی در این پژوهش این است که آیا روان‌درمانی حمایتی و آموزشی گروهی بر اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم مؤثر است؟

مواد و روش کار

این مطالعه یک تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. گروه مورد بررسی یک گروه ساخت دار و همگن بود. شیوه برگزاری جلسات به‌صورت بحث گروهی بوده و مطالب آموزشی توسط درمانگر و کمک درمانگر ارائه شد. در مورد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از اتمام دوره، پس از گذشت حدود دو هفته، بار دیگر پرسشنامه‌های اضطراب، استرس، افسردگی و کیفیت زندگی توسط هر دو گروه کنترل و آزمایشی به‌عنوان پس‌تست کامل شد. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم می‌باشد که به مرکز سرپایی روان‌پزشکی کودک و نوجوان مراجعه کردند. این کودکان با استفاده از مصاحبه بالینی که توسط فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان انجام شد، تشخیص اختلالات طیف اوتیسم را بر اساس معیارهای DSM-5 دریافت کردند. نمونه‌گیری پژوهش در مرحله انتخاب آزمودنی‌ها به‌صورت هدفمند و در مرحله گمارش در گروه‌های آزمایش و گواه به‌صورت تصادفی انجام شد. به‌این ترتیب که ابتدا پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی در بین تمام مادران دارای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی شفا در شهرستان رشت در سال 1392 توزیع شد. از این بین، 20 نفر از مادرانی که نمره اضطراب و افسردگی آن‌ها از نقطه برش بیشتر بود در طرح وارد شدند و پرسشنامه‌های استرس و کیفیت زندگی را نیز کامل کردند. و به‌صورت تصادفی در دو گروه

پاسخ محور بر عملکرد خانواده در درمان کودکان مبتلا به اتیسم نشان داده‌اند که آموزش روش درمانی پاسخ محور بر کاهش استرس، افزایش خودکارآمدی والدین و کارکرد خانواده مؤثر بوده است (8). ریاحی و همکاران به این نتیجه رسیدند که روش درمان شناختی رفتاری و حمایتی باعث ارتقای سلامت روان مادران دارای کودک اتیسم در مقایسه با گروه کنترل شده است و حمایت اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در بهزیستی مادران با نوجوانان دارای اختلال طیف اوتیسم دارد (4).

در حال حاضر یکی از برنامه‌های رایج آموزش والدینی، آموزش مدیریت رفتار است که نوعی درمان باهدف تشویق والدین به درگیر شدن فعالانه در مداخله‌هایی است کارکرد خانواده را تقویت می‌کند. طهماسبیان و همکاران در بررسی اثربخشی آموزش مدیریت رفتار بر تنیدگی والدینی مادران کودکان اتیستیک، دریافتند که برنامه آموزش والدین بر کاهش تنیدگی والدینی در قلمرو والدین و زیر مقیاس‌های آن به‌ویژه صلاحیت والدینی مؤثر بوده است. طهماسبیان و همکاران نیز در اثربخشی آموزش مدیریت رفتار بر تنیدگی والدینی مادران کودکان درخودمانده، دریافتند نمره‌های تنیدگی والدینی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کمتر شده است (5).

مجرد کاهانی و همکاران در بررسی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و کیفیت روابط خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی نشان دادند که این مداخلات می‌تواند به افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بینجامد؛ ولی تفاوت معنی‌داری در عمق روابط و تعارض در روابط به خود نیامد (25). استرس و افسردگی دو فاکتور اصلی هستند که منجر می‌شوند مادران کودکان مبتلا به اتیسم حمایت اجتماعی دریافت کنند. در نتیجه‌ی چندین استرس، مادران ابتدا حمایت را در خانواده خودشان جست‌وجو می‌کنند. به‌طور کلی منابع حمایت غیررسمی در کاهش استرس مادران، اثرگذارتر از حمایت‌های رسمی است. به نظر می‌رسد منبع سودمندتر حمایت رسمی برای مادران گروه‌های حمایت والدین باشد. جایی که آن‌ها احساس کنند که بدون ترس از زیر نظر بودن، برای مطرح کردن نگرانی‌هایشان درباره تربیت یک فرزند دچار اتیسم آزادند. (13).

هدف از پژوهش فوق افزایش کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودکان اوتیسمی از طریق کاهش استرس و افزایش اوقات فراغت و تفریح آنان و همچنین افزایش خوش‌بینی والدین به‌خصوص مادران درباره توانایی‌هایشان برای اثرگذاری بر رشد کودکان می‌باشد.

با توجه به معضلات و مشکلات داشتن کودک مبتلا به اتیسم و عدم آگاهی والدین به‌خصوص مادران از پیامدهای والدگری در این کودکان و با عنایت به امر که مادران مراقبین اصلی و در نتیجه

آزمودنی و گواه قرار گرفتند. داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون به کمک نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

فرم‌های تکمیل‌شده شامل آزمون افسردگی بک (BDI)، اضطراب بک (BAI)، استرس والدگری (PSI) و پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO QOL Bref) بود که به صورت self report تکمیل می‌گردند.

آزمون افسردگی بک یک مقیاس خودسنجی می‌باشد که بیمار با ارزیابی خود، علائم مختلف شناختی، خلقی و جسمی افسردگی را در یک مقیاس چهارگزینه‌ای درجه‌بندی می‌نماید. این مقیاس به دو صورت 21 سؤالی و فرم کوتاه وجود دارد. نمرات هر یک از گزینه‌ها از 0 تا 3 رتبه‌بندی شده و در مجموع، نمرات این 21 سؤال از 0 تا 63 نمره‌گذاری می‌شود. طبق هنجاریابی که در ایران انجام شده، شدت افسردگی در چهار گروه نرمال، ضعیف، متوسط و شدید درجه‌بندی می‌شود. این آزمون از حساسیت بالایی در افتراق افراد افسرده از غیر افسرده برخوردار است.

0-15: غیر افسرده
16-30: افسردگی خفیف
31-46: افسردگی متوسط
47-63: افسردگی شدید

این آزمون به صورت گروهی و فردی قابل اجرا می‌باشد و به لحاظ زمانی محدودیتی ندارد و اجرای آن حدود 5 دقیقه طول می‌کشد و برای افراد بالای 13 سال مناسب است (14).

مقیاس اضطراب بک (BAI)، یک پرسشنامه خودسنجی 21 سؤالی است که باهدف اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه‌ای از «اصلاً» تا «شدید» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره هر سؤال بین 0 تا 3 بوده و دامنه نمرات بین 0 تا 63 می‌باشد. نمره بالاتر نشانه شدت اضطراب بیشتر است. همسانی درونی آن بالا و ضریب بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن در حدود 0/75 به دست آمده است. همبستگی بین نمرات BAI و مقیاس همیلتون برای درجه‌بندی اضطراب (HARS، همیلتون، 1959) 0/51 و با BDI برابر با 0/48 می‌باشد. این آزمون ویژه آزمودنی‌های بزرگسال بوده و هم در موقعیت‌های بالینی و هم پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. (14).

کویانی و موسوی، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی نشان دادند که این آزمون دارای روایی ($r=0/72$, $P<0/001$) و پایایی ($r=0/83$, $P<0/001$) مناسبی است. برای تعیین ثبات درونی آیتم‌های پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که این آزمون از ثبات درونی بالایی برخوردار است

ضریب پایایی آزمون - بازآزمون در نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب بک حاکی از آن است که این پرسشنامه می‌تواند در شرایط مختلف زمانی و مکانی احتمالاً نتایج قابل‌اعتمادی را در اختیار قرار دهد. در کنار این یافته، ثبات یا همبستگی درونی آیتم‌های پرسشنامه BAI، ثبات درونی بالایی را نشان می‌دهد که به نفع پایایی مطمئن پرسشنامه می‌تواند در نظر گرفته شود. (15).

شاخص تنیدگی والدین (PSI) شامل 120 سؤال از نوع 5 گزینه‌ای می‌باشد که دارای 101 ماده اصلی و 19 ماده اختیاری است و شامل 14 مقیاس فردی در سه قلمرو کودک (6 مقیاس)، والدینی (7 مقیاس) و یک مقیاس برای اندازه‌گیری استرس کلی زندگی است. مقیاس‌های قلمرو کودکی عبارت‌اند از: سازش‌پذیری 11 ماده، پذیرندگی 7 ماده، فزون‌طلبی 9 ماده، خلق 5 ماده، بی‌توجهی و فزون‌کنشی 9 ماده، تقویت‌گری 6 ماده، مقیاس‌های قلمرو والدین شامل: افسردگی 9 ماده، دل‌بستگی 7 ماده، محدودیت‌های نقش والدینی 7 ماده، احساس صلاحیت 13 ماده، انزوای اجتماعی 6 ماده، روابط با همسر 7 ماده، سلامت والدین 5 ماده می‌باشد. و نیز استرس زندگی (مقیاس اختیاری) که دارای 19 ماده است. وقتی نمرات از صد، 75 صدم فراتر می‌رود نمرات به طور افراطی (بی‌نهایت) بالا در نظر گرفته می‌شود و مشکلات بیشتر را نشان می‌دهد. حاصل جمع نمرات زیرمقیاس‌ها، نمره کلی را به دست می‌دهد. با جمع‌بندی نمرات به دست آمده از زیرمقیاس‌ها، نمرات قلمرو کودکی و والدینی و از مجموع نمرات این دو قلمرو، نمره استرس کلی به دست می‌آید. افزون بر این، 19 ماده مربوط به استرس زندگی هر یک وزن خاصی دارد که نمره این شاخص بر اساس وزن ارائه شده در دستورالعمل آزمون از 1 تا 27 متغیر است (دادستان، 1387).

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی
(WHO QOL Bref): یک مقیاس خودسنجی می‌باشد که در نقاط مختلف جهان استفاده می‌شود و این پرسشنامه شامل چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. فرم کوتاه این پرسشنامه شامل 26 سؤال است که جواب‌ها با سیم لیکرت 5 گزینه‌ای از خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد نمره دهی می‌شوند (نجات و همکاران، 1385). نجات و همکاران در استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی نشان دادند که پرسشنامه ترجمه‌شده فارسی (WHO QOL Bref) در شرایط کشوری دارای روایی و پایایی قابل قبولی می‌باشد. از آنجا که تعداد سؤالات این ابزار کم است استفاده از آن در مطالعات مختلف راحت می‌باشد. از طرفی این ابزار در نقاط مختلف جهان مورد استفاده واقع می‌گردد، لذا قابلیت مقایسه نتایج طرح‌های داخل کشور را با سایر نقاط فراهم می‌کند. از آنجا که این ابزار عمومی می‌باشد و روایی

توصیفی متغیرها برای نمونه مورد بررسی شامل میانگین و انحراف استاندارد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها ارائه شده‌اند. با توجه به جدول ۱ در متغیر اضطراب میانگین گروه آزمایش در پیش‌آزمون (20/50) تفاوت بسیاری با میانگین گروه کنترل (32/86) دارد. در پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش (10/38) نسبت به گروه کنترل (32/71) کاهش چشم‌گیری داشته است که نشانگر تأثیر مداخله می‌باشد.

مناسبتی دارد می‌تواند در گروه‌های مختلف سالم و بیمار مورد استفاده قرار گیرد.

یافته‌ها

داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون به کمک نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شاخص‌های

جدول (۱): میانگین تعدیل شده

مؤلفه	گروه	وضعیت	میانگین \pm انحراف استاندارد
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	20/50 \pm 14/14
		پس‌آزمون	10/38 \pm 3/54
کنترل		پیش‌آزمون	32/86 \pm 17/57
		پس‌آزمون	32/71 \pm 15/66
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	17/13 \pm 5/84
		پس‌آزمون	10/38 \pm 3/54
کنترل		پیش‌آزمون	30/86 \pm 12/06
		پس‌آزمون	31/29 \pm 12/4
استرس والدگری	آزمایش	پیش‌آزمون	321/25 \pm 35/8
		پس‌آزمون	292/75 \pm 42/29
کنترل		پیش‌آزمون	325/71 \pm 40/92
		پس‌آزمون	339/14 \pm 47/11
قلمرو کودک	آزمایش	پیش‌آزمون	145/38 \pm 19/29
		پس‌آزمون	134/5 \pm 16/23
کنترل		پیش‌آزمون	139/57 \pm 25/05
		پس‌آزمون	144/86 \pm 25/91
قلمرو والدینی	آزمایش	پیش‌آزمون	168/38 \pm 26/61
		پس‌آزمون	148/13 \pm 29/14
کنترل		پیش‌آزمون	179/14 \pm 24/8
		پس‌آزمون	186 \pm 31/47
کیفیت زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	74/13 \pm 7/08
		پس‌آزمون	82/63 \pm 8/68
کنترل		پیش‌آزمون	62/86 \pm 13/5
		پس‌آزمون	23/25 \pm 3/28
سلامت جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	25/38 \pm 2/38
		پس‌آزمون	19/71 \pm 5/76
کنترل		پیش‌آزمون	19/29 \pm 6/67
		پس‌آزمون	17/5 \pm 2/67
سلامت روانی	آزمایش	پیش‌آزمون	20/38 \pm 2/2
		پس‌آزمون	15 \pm 3/83
کنترل		پیش‌آزمون	14/14 \pm 5/66
		پس‌آزمون	8/88 \pm 0/99
روابط اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	9/88 \pm 1/95
		پس‌آزمون	7/29 \pm 1/38
کنترل		پیش‌آزمون	24/5 \pm 3/5
		پس‌آزمون	27 \pm 3/96
محیط زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	20/86 \pm 6/41
		پس‌آزمون	21 \pm 5/41

در جدول 2 نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون گزارش شده است.

جدول 2: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در متغیرها

متغیر	SS آزمایش	SS خطا	MS آزمایش	MS خطا	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اضطراب	970/58	1056/24	466/21	88/02	11/02	0/006	0/32
افسردگی	277/48	396/31	277/48	33/02	8/4	0/01	0/41
استرس	6847/11	14255/25	6847/11	1187/93	5/76	0/03	0/32
قلمرو کودک	883/15	26068/68	883/15	237/15	3/72	0/08	0/34
قلمرو والدگری	4087/39	4599/20	4087/39	418/11	9/77	0/01	0/29
کیفیت زندگی	231/11	466/21	4087/39	38/851	5/94	0/03	0/33

جدول 3: میانگین‌های برآورد شده نهایی متغیرها در گروه‌ها

مؤلفه	گروه	میانگین \pm انحراف استاندارد
اضطراب	آزمایش	10/38 \pm 3/54
	کنترل	15/66 \pm 32/71
افسردگی	آزمایش	14/99 \pm 2/31
	کنترل	26/01 \pm 2/51
استرس	آزمایش	294/37 \pm 12/19
	کنترل	337/28 \pm 13/04
قلمرو کودک	آزمایش	129/43 \pm 9/11
	کنترل	154/34 \pm 13/8
قلمرو والدینی	آزمایش	152/14 \pm 8/07
	کنترل	181/4 \pm 8/66
کیفیت زندگی کل	آزمایش	76/89 \pm 2/36
	کنترل	67/83 \pm 2/55

معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت که گروه‌درمانی حمایتی و آموزشی بر افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم تأثیرگذار است.

همچنین با توجه به این جدول میانگین گروه آزمایش در استرس (294/37) کمتر از میانگین گروه کنترل در این متغیر با میانگین (337/28) می‌باشد که با توجه به آزمون F در جدول معنی‌دار می‌باشد می‌توان گفت که گروه‌درمانی حمایتی و آموزشی بر استرس مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم تأثیرگذار است.

با توجه به جدول 3 میانگین گروه آزمایش در اضطراب (10/38) کمتر از میانگین گروه کنترل در این متغیر با میانگین (15/66) می‌باشد که با توجه به آزمون F در جدول معنی‌دار می‌باشد. بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که گروه‌درمانی حمایتی و آموزشی بر اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم تأثیرگذار است.

همچنین با توجه به جدول 3 میانگین گروه آزمایش در افسردگی (14/99) کمتر از میانگین گروه کنترل در این متغیر با میانگین (26/01) می‌باشد که با توجه به آزمون F در جدول

برخوردارند و محیط اجتماعی خود را پذیرنده‌تر در نظر می‌گیرند. (4).

پس به نظر می‌رسد که به‌کارگیری فن‌های آموزش روانی، حمایتی، رفتاری از جمله آرمیدگی از طریق تنفس یا آرامش پیش‌رونده عضلانی، برون‌ریزی احساسات و تأثیرات ناشی از شرکت در گروه باعث افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم شده است. با توجه به اینکه یکی از اهداف تشکیل گروه، درمان حمایتی بوده است، 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 (18).

خرم‌آبادی و پوراعتماد نشان دادند که برنامه پرند کوجولو که برنامه فرزندپروری ویژه‌ی والدین کودکان درخودمانده است، بر نشانه‌های افسردگی و بهبود حس صلاحیت والدینی والدین کودک درخودمانده مؤثر است. به‌عبارت‌دیگر، اثربخشی این برنامه بر بهبود سلامت عمومی مادران کودکان در اوتیسم مشخص شده است. (1).

این یافته همسو با نتایج فراتحلیلی است که بارلو در دانشگاه آکسفورد انجام داد، این فراتحلیل نشان داد که برنامه‌های گروهی والدگری در بهبود سلامت روانی اجتماعی مادران شامل: اضطراب، افسردگی، استرس، عزت‌نفس و سازگاری زناشویی آن‌ها مؤثر بوده است. آموزش والدین منجر به کاهش افسردگی، اضطراب، خشم، استرس بالا و به‌ویژه استرس در ایفای نقش والدینی می‌شود (19). چنانکه آناستاپولوس (Anastopoulos) و همکاران برنامه آموزش رفتاری را در بهبود کارکرد والد - کودک و کاهش تنیدگی والدینی و افزایش اعتماد به نفس والدین مؤثر دانستند (20). سین و لیمومیرسکی نیز نشان داده‌اند که روان‌درمانی‌های مثبت در افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها اثرگذار است (21). اما نتایج بررسی سرابی جماب و همکاران در تأثیر برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها بر استرس مادران کودکان مبتلا به اوتیسم نشان داد که در اثر آموزش والدین از جلسه پیش‌آزمون تا پیگیری میزان استرس قلمرو کودک آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری نشان داده است (6). این در حالی بود که میزان استرس قلمرو والد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از جلسه پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معناداری نشان نداد. کین و همکاران نشان دادند که کاهش استرس والدین به‌خصوص در قلمرو والدینی به میزان حمایتی که والدین از شرکت در این برنامه‌ها دریافت می‌کنند، بستگی دارد (22).

با توجه به جدول آماره F برای مؤلفه کودک (3/72) معنی‌دار نمی‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در این مؤلفه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. بنابراین گروه‌درمانی حمایتی و آموزشی بر کاهش مؤلفه قلمرو کودک تأثیرگذار نمی‌باشد.

و با توجه به جدول میانگین مؤلفه قلمرو والدین در گروه آزمایش (152/14) کمتر از گروه کنترل (181/4) می‌باشد. بنابراین با توجه به این یافته می‌توان گفت که گروه‌درمانی حمایتی و آموزشی بر کاهش مؤلفه قلمرو والدین تأثیرگذار است.

بعلاوه با توجه به جدول 3 میانگین گروه آزمایش در کیفیت زندگی (76/89) بیشتر از میانگین گروه کنترل در این متغیر با میانگین (67/83) می‌باشد که با توجه به آزمون F در جدول معنی‌دار می‌باشد. بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که گروه‌درمانی حمایتی و آموزشی بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم تأثیرگذار است.

بحث و نتیجه گیری

این یافته‌ها با نتایج اکثر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه هماهنگ است، میک و کوک در پژوهشی که در هونگ کونگ و چین برای بررسی اثربخشی سه نوع حمایت اجتماعی بر روی بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم صورت پذیرفته است، به این نتیجه دست یافتند که دریافت حمایت از خانواده، افراد مهم، دوستان و متخصصان، تأثیر معنادار مثبتی بر روی بهزیستی روان‌شناختی این مادران دارد (17).

از آنجایی که خودکارآمدی والدین به معنای اعتقاد آن‌ها به توانایی‌هایشان برای نفوذ در فرزند خود و محیط می‌باشد، لذا والدین خودکارآمدی بالاتری را به دست می‌آورند و در این حالت استرسشان هم کاهش پیدا می‌کند. به‌طورکلی مداخلاتی که باعث بهبود مهارت‌های کودک و کاهش مشکلات رفتاری وی می‌شود، روی کاهش استرس والدین هم اثر مثبت دارد. (8).

ریاحی و همکاران به این نتیجه رسیدند که روش درمان شناختی رفتاری و حمایتی باعث ارتقای سلامت روان مادران دارای کودک اوتیسم در مقایسه با گروه کنترل شده است و حمایت اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در بهزیستی مادران با نوجوانان دارای اختلال طیف اوتیسم و انطباق خانواده‌های آن‌ها در دو فرهنگ تایوانی و ایالات‌متحده دارد، و همچنین این پژوهشگران نشان دادند در این رابطه که حمایت اجتماعی، ارتباط بین تنش‌زاهای روانی و استرس والدگری در این مادران را میانجی‌گری می‌کند، هماهنگ است. در همین رابطه مطرح شده است که والدینی که آموزش ثانویه را در مورد کودکانشان دریافت می‌کنند، کودکان خود را به‌عنوان افرادی در نظر می‌گیرند که از مهارت‌های خودیاری پایین‌تری

این نکته اشاره کرد که مداخلات آموزشی می‌توانند با تصحیح بازخوردها و ادراک‌هایی که والدین نسبت به رفتارهای دشوار فرزندشان داشته‌اند، به افزایش توانایی مقابله در روبرویی با وظایف والدگری منجر شده و کاهش استرس والدینی و مشکلات رفتاری کودک و در نتیجه بهبود سلامت روان را به دنبال داشته باشد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که واکنش اولیه‌ی اکثر مادران به هنگام تشخیص اتیسم در کودکان به صورت انکار، عدم پذیرش و ناباوری، سردرگمی، احساس خشم، احساس گناه و علائم افسردگی بوده است. همچنین وجود سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلاتکلیفی در والدین و همشیران این کودکان توصیف شده است که تأثیرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد. اکثر مادران در این دوران به دنبال کسب اطلاعات در مورد ماهیت اختلال شامل علل و عوامل مؤثر در بروز اختلال، شیوه‌های درمان، نقش خانواده در برخورد با بیماری و تأثیر بیماری در آینده‌ی کودک و خانواده می‌باشند. بنابراین حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله به‌عنوان مرتبط‌ترین عوامل مهم در بهزیستی این مادران و انطباق خانوادگی‌شان مطرح می‌باشد. مثال‌هایی از حمایت اجتماعی شامل حمایت از جانب همسر، کل خانواده و دوستان، وجد اوقات فراغت که در آن فرد می‌تواند در فعالیت‌های تفریحی شرکت کند، همچنین حمایت از جانب برنامه‌های جامعه، کمک حرفه‌ای و دسترسی به سرویس‌ها و برنامه‌های تنظیم‌شده برای خانواده‌های دارای یک کودک ناتوان می‌باشد. خانواده‌هایی که این سرویس‌ها را دریافت می‌کنند، سازگاری سالم‌تری را برای داشتن یک کودک مبتلا به اوتیسم از خود نشان می‌دهند. بنابراین ارائه‌ی اطلاعات آموزشی درباره‌ی این موارد در کلاس‌های گروه‌درمانی و همچنین آموزش کنترل پاسخ‌های هیجانی، پذیرش بیماری کودک و برقراری توازن میان واقع‌گرایی و مشکلاتی که در آینده وجود خواهند داشت، در بهبود حالات روانی این مادران اثرگذار می‌باشد. گروه با ایجاد حس جامعیت یعنی این حس که آن‌ها تنها افرادی نیستند که از این مشکل رنج می‌برند، امیدواری تدریجی، آموزش یادگیری میان فردی، شیوه‌های اجتماعی شدن (بهبود مهارت‌های اجتماعی)، سعی در برآوردن نیازهای اعضای گروه نموده و اعضا را به جلب حمایت از جانب منابع حمایتی سوق می‌دهد. به‌علاوه افزایش آگاهی مادران شرکت‌کننده در پژوهش، موجبات ارتقاء خشنودی، بالندگی، خود کارآمدی و مثمر ثمر بودن آن‌ها را علی‌رغم درگیر بودن با مشکلات داشتن کودک خاص فراهم آورد که خود این امر موجب کاهش استرس و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در آنان شد.

از این رو بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش مشخص شد که می‌توان از این شیوه‌ی درمانی به‌عنوان روشی سودمند جهت بهبود علائم اضطرابی، حالات افسردگی، استرس و کیفیت زندگی

طهماسیان و همکاران نیز در اثربخشی آموزش مدیریت رفتار بر تنیدگی والدینی مادران کودکان در خود مانده، دریافتند نمره‌های تنیدگی والدینی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کمتر شده است (5).

کاهانی و همکاران (1391) در بررسی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و کیفیت روابط خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی نشان دادند که این مداخلات می‌تواند به افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بینجامد؛ ولی تفاوت معنی‌داری در عمق روابط و تعارض در روابط به خود نیامد. 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 طیف اتیسم صورت پذیرفته است، به این نتیجه دست یافتند که دریافت حمایت از خانواده، افراد مهم، دوستان و متخصصان تأثیر معنادار مثبتی بر روی بهزیستی روان‌شناختی این مادران دارد (17).

نتایج پژوهش بوید (Boyd) برخلاف پژوهش‌های جاری نشان داد حمایت‌های غیررسمی، در کاهش استرس در مادران، اثرگذارتر از حمایت‌های رسمی است. در این بین حمایت همسران و والدین سودمندتر است. چراکه آن‌ها احساس می‌کنند بدون ترس از زیر نظر بودن برای مطرح کردن نگرانی‌هایشان درباره یک فرزند دچار اتیسم آزادند (13). بیکر (Baker) و همکاران نشان دادند تمرکز مدیریت نه‌تنها بر روی کودک، بلکه باید بر روی خانواده نیز اعمال شود. والدین و خواهر و برادرهای کودکان دچار اتیسم، استرس و افسردگی بیشتری را نسبت به آن‌هایی که کودکانی با رشد طبیعی دارند یا حتی آن‌هایی که ناتوانی‌های دیگر دارند، تجربه می‌کنند (23). رزندس نشان داد اگرچه پدران هم در مقایسه با گروه کنترل نشانه‌های افسردگی بیشتری داشتند اما در مقایسه با مادران نشانه‌های افسردگی کمتری داشتند. به‌علاوه میزان استرس در والدین کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی قویاً با افزایش نشانه‌های افسردگی‌شان و با کاهش در آسایش روانی آن‌ها در ارتباط بود (24).

با توجه به نتایج، یافته‌های کلی آن است که گروه‌درمانی آموزشی و حمایتی بر بهبود اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم تأثیرگذار بوده است. البته باید توجه داشت که مؤثر بودن مداخلات درمانی به عوامل و شرایط مختلفی بستگی دارد و مؤثر بودن هر برنامه‌ای بر حسب شرایط اجرا، ویژگی‌های شرکت‌کنندگان و سطح تخصص متفاوت خواهد بود. پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع، روان‌درمانی حمایتی و آموزشی گروهی در بهبود اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم تأثیرگذار بوده است. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به

به‌علاوه تعداد کم افراد نمونه، تعمیم نتایج را به سایر گروه‌ها با محدودیت مواجه می‌سازد.

تشکر و قدردانی

از کلیه خانواده‌های شرکت‌کننده در پژوهش و همکاران مرکز کودک و نوجوان شفا که در انجام تحقیق همکاری نموده‌اند کمال تشکر و امتنان را دارم.

مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم استفاده کرد. مشاوره و آموزش حمایتی می‌تواند به والدین کودک کند تا احساسات منفی خود را در مسیر صحیح قرار دهند؛ به‌گونه‌ای که موجب تعاملات سازنده شوند. بدین ترتیب آنان قادر می‌شوند بیاموزند که چگونه منابعی را که برای کمک به کودک ناتوان خود نیاز دارند به دست آورند و نیز به راه‌های ابراز احساسات خود به‌گونه‌ای مؤثرتر دست یابند. با توجه به تعداد محدود افراد درخودمانده، انتخاب افرادی که حاضر به همکاری با این طرح باشند با دشواری‌هایی همراه بود.

References:

1. Khoram Abadi R, Poor Eetemad H, Tahmasian K, Chimeh N. Comparison Parenting stress in mothers of children with autism compared with mothers of normal children. *Family Res J* 2009; 5(19): 387-99.(persian)
2. Szatmari P, Georgiades S, Duku E, Zwaigenbaum L, Bennett T. Alexithymia in parent of children with autism disorder. *J Autism Dev Disord* 2008; 38(8): 1859-65.
3. Jalali Moghadam N, Poor Eetemad H, Sadegh Poor B, Khooshabi K, Chimeh N. Coping Strategies of Parents of children with pervasive developmental disorders. *Family Research J* 2007; 3(12): 761-74. (persian)
4. Izadi- Mazidi M, Riahi F, Khajeddin N. Effect of Cognitive Behavior Group Therapy on Parenting Stress in Mothers of Children With Autism. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2015;9(3).
5. Tahmasian K, khoram Abadi R, Chimeh N. The effect of Behavior management training on parental stress in mothers of children left on their own. *Developmental psychology J* 2012; 8(31): 269- 77. (persian)
6. Sarabi Jamab M, Hasan Abadi H, Mashhadi A, Asghari Nekah M. The effect of parental education and developing skills of children with autism and maternal stress. *Family Research J* 2011; 8(31). 273-89. (persian)
7. Afshari R, Khooshabi K, Poor Eetemad H, Moradi SH. Coping strategies of mental health in mothers with autistic children. *Family Res J* 2006. 2(7): 285-92.
8. Mohtashami T, Ali Akbari Dehkordi M, Chimeh N, Alipoor A, Ofoghi H. Effect of treatment response based on family function in mothers of children with autism. *Family Res J* 2010; 8(31): 261-72. (persian)
9. Navabi Nezhad SH. Theories of Counseling and group therapy. Tehran: Organization The study and Humanities Textbooks. 2004. (persian)
10. Fleming J, Schmidt J. International handbook of occupational therapy interventions. 2009. P. 255-60.
11. Poorafkari N. Comprehensive Dictionary of Psychology and Psychiatry. Tehran: Farhang moaser; 2003.P.1226. (persian)
12. Chimeh N, Poor Eetemad H, khoram Abadi R. Problems and needs of mothers of children with autism. *Family Research J* 2007; 3(11): 697-707. (persian)
13. Boyd BA. Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus Autism Other Develop Disabilities* 2002;17(4):208-15.
14. Yaaghoobi H. Screening for mental disorders: The position test and how to determine the cut off point and validated test. *J Mental Health* 2008; 1(1): 39-51. (persian)
15. Kaviani H, moosavi A. Psychometric characteristics of Beck Anxiety Inventory in Iranian population age and sex classes. *Med J*

- Tehran Univ Med Sci 2008; 66(2): 136-40. (persian)
16. Dadsetan P. Psychopathology transition from childhood to adulthood. Tehran: Organization The study and Humanities Textbooks. Research and Development Center for Humanities; 2008.P. 59-62. (persian)
 17. Mak WS, Kwok TY. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorders in Hong kong. J Soc Sci Med 2010; 70: 2045-51.
 18. Siklos S, kerns KA. Assessing need for social support in parents of children with autism and down syndrome. J Autism Dev Disorder 2006; 36: 921-33.
 19. Barlow J, Stewart Brown S. Review article: Behavior problems and group – based parent education programs. J Develop Behav Pediatrics 2000; 21 (5): 356-70.
 20. Anastopoulos AD, Shelton TL, Supaul GJ, Guevermont DC. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. J Abnormal Child Psychol 1993; 21: 581-96.
 21. Sin N, Lyubomisky S. Enhancing well – being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice – friendly meta-analysis. J clin psycho 2009; 65 (5): 467-87.
 22. Keen D, Couzens A, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parentfocused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. Res Autism Spectrum Disorders 2010; 4 (14): 229-41.
 23. Baker ET, Hartlay SL, Seltzer M, Floyd F, Greenberg J, Orsmond GI. Trajectories of emotional well-being in mothers of adolescents and adults with autism. Dev Psychol 2011; 47(14): 551-61.
 24. Rezendes DL, Scarpa A. Associations between parental anxiety/ Depression and child behavior problems relate to autism spectrum disorders. Autism Res Treatment 2011; 5(12): 34-44.
 25. Mojarad Kahani A, Ghanbari Hashem Abadi B, Modares M. The effect of supportive and psychoeducational group therapy on the quality of life family of children with Bi polar Disorder (BID). Res Behav Sci 2013; 10(2): 114-23.

THE EFFECT OF GROUP SUPPORTIVE AND TRAINING PSYCHOTHERAPY ON ANXIETY, DEPRESSION, STRESS AND QUALITY OF LIFE IN MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Leila Moghtader^{1*}, Bahman Akbari¹, Motahare Haghgoo Siahgurabi³

Received: 17 Jan, 2016; Accepted: 18 Mar, 2016

Abstract

Background & Aims: Autism is considered as pervasive developmental disorders of childhood in DSM- IV, and it is a neural developmental disorder in DSM-5. This study aimed to investigate the effect of group supportive and training psychotherapy on anxiety, depression, stress and quality of life in mothers of children with autism spectrum disorders.

Materials & Methods: The current study was performed by semi-experimental method with pretest, posttest. The study population consisted of all mothers of children with autism admitted to Shafa Child and Adolescent Psychiatry Hospital and Outpatient Clinic in Rasht in the second 6-months of 2013. The sample included 20 mothers of children with autism spectrum disorder that their anxiety and depression scores were above the cut point. In the first stage, the participants were selected by available sampling method (targeted) and then randomly divided into two groups. Pretest consisted of questionnaire such as Beck Anxiety, Beck Depression, parental stress inventory (PSI), and the World Health Organization Quality of Life (WHO QOL-BREF) in both groups. Then, supportive psychotherapy and group training programs were conducted during six weeks each week a 90-minute session for the experimental group. The results were analyzed by covariance.

Results: It was revealed that supportive psychotherapy and group training programs reduced the value of anxiety, depression, and stress in the test group significantly and improved their quality of life, while there was no significant change in the control group ($P < 0.05$).

Conclusion: It seems that the emphasis on this type of therapeutic interventions by the health care system can have a significant impact on these aspects of mentioned patients' mental health.

Keywords: Supportive and training psychotherapy, Autism spectrum disorders, Anxiety, Depression, Stress, Quality of life

Address: Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Tel: +989112303071

Email: moghtaderleila@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(2): 177 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran (Corresponding Author)

² Associate Professor, Faculty of Human Sciences, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

³ Master in Clinical Psychology, Faculty of Human Sciences, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran