

## اثربخشی آموزش مهارت‌های والدگری بر میزان افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم

مهین اسلامی شهربابکی<sup>۱\*</sup>، شهرزاد مظهري<sup>۲</sup>، حدیث کامیابی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۹

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۳

### چکیده

**مقدمه:** وجود کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم با مجموعه‌ای از مشکلات برای خانواده‌ها و به خصوص والدین آن‌ها همراه است به طوری که مدیریت و کنار آمدن با این مشکلات نیازمند مداخلات صحیح می‌باشد. هدف از تحقیق حاضر بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های والدگری (فرزند پروری) بر میزان افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم بود.

**شیوه مطالعه:** این مطالعه به صورت مداخله‌ای بر روی ۲۴ نفر از والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اجرا شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک و پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ آیتمی (WHOQOL-26) بود. ارزیابی به صورت تکمیل پرسشنامه‌ها قبل از مداخله و نیز در پایان مداخله انجام شد. مداخله به این صورت بود که ۸ جلسه آموزش اصول فرزند پروری، هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. جلسات مداخله توسط محققین و با اقتباس از اصول Tripl-p و روش‌های تربیت کودک اوتیسم طراحی گردید.

**یافته‌ها:** میانگین نمره افسردگی افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری داشت ( $P=0/026$ ). در خصوص اضطراب نیز نتایج آزمون تی زوجی، حاکی از این بود که گرچه نمره اضطراب بعد از مداخله کاهش یافت ولی میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P=0/263$ ). میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P=0/456$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه حاکی از نقش مثبت آموزش مهارت‌های فرزند پروری بر کاهش افسردگی والدین کودکان اوتیسمی می‌باشد.

**کلمات کلیدی:** اختلالات طیف اوتیسم، کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی، والدگری

**ارجاع:** اسلامی شهربابکی مهین، مظهري شهرزاد، کامیابی حدیث. اثربخشی آموزش مهارت‌های والدگری بر میزان افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم. مجله مطالعات بالینی دانشکده پزشکی افضلی پور ۱۳۹۵؛ ۱(۱): ۵۳-۴۴.

۱. استادیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، مؤسسه نوروفارماکولوژی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲. دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، مؤسسه نوروفارماکولوژی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳. دستیار تخصصی روانپزشکی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده مسئول: مهین اسلامی شهربابکی Email: mahineslami@yahoo.com

آدرس: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب (مرکز ۲) تلفن: ۰۳۴۳۲۱۱۶۳۲۸

## مقدمه

همراه با این اختلال برای والدین و خانواده‌های کودکان مبتلا به ASD مشکلات متعددی در حوزه‌هایی چون خودکارآمدی فرزندپروری، استرس فرزندپروری، سلامت روانی و جسمانی والدین، روابط زناشویی، روابط خواهر و برادری و خانوادگی و به طور کلی رفاه خانواده ایجاد می‌کنند. (۱۶-۱۴). داشتن کودک مبتلا به اختلال اوتیسم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود که بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۱-۱۷). Turnball و همکاران در تحقیق خود اشاره کردند که استرس این خانواده‌ها به دلیل مسائلی که در طول زمان تغییر می‌کند رو به افزایش است و به این موضوع اشاره کردند که متخصصان باید خانواده‌ها را به وسیله راهبردهای مقابله‌ای متنوع برای برخورد با این مسائل آماده کنند (۲۲).

همچنین در تحقیق انجام شده توسط اسلامی و همکاران مشخص شد که بین سطح اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۲۳). این خانواده‌ها در زمان روبرو شدن با شرایط استرس‌زا به دنبال انواع حمایت‌ها، منابع اجتماعی و آموزش‌های لازم جهت انطباق یافتن با این شرایط و چالش‌ها می‌باشند (۲۴). در مطالعات نشان داده شده که تکنیک‌های حمایتی، رفتاری، تأثیرات ناشی از شرکت در گروه (۲۵)، حمایت اجتماعی (۱۵) و برنامه آموزش سازنده (۲۶) از جمله راهکارهایی است که برای کمک به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم می‌تواند مؤثر باشد. Tonge و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که با آموزش والدگری، سلامت عمومی در ۵۴ درصد از شرکت‌کنندگان به میزان قابل توجهی بهبود یافت (۲۷). مطالعات متعددی در جهت بررسی تأثیر برنامه‌های

اختلالات طیف اوتیسم (Autism spectrum disorder)، اختلالات رشدی عصبی هستند که با ناهنجاری‌های وسیعی در تعامل متقابل اجتماعی ارتباط، علایق محدود و رفتارهای تکراری مشخص می‌شوند (۱). تقریباً ۱۰-۱۵ نفر از هر ۱۰۰۰۰ کودک به آن مبتلا می‌شوند (۲). در سال ۲۰۰۸ شیوع کلی اختلالات طیف اوتیسم در بین کودکان ۸ ساله در مرکز پایش ناتوانی‌های رشدی و اوتیسم (Autism And Developmental Disabilities Monitoring) ۱ نفر در هر ۸۸ نفر (۱۱/۳ در ۱۰۰۰) تخمین زده شد (۳) که نشانه شیوع رو به افزایش اختلالات طیف اوتیسم می‌باشد. ویژگی‌های این اختلال و پیش‌آگهی نه چندان مطلوب، فشار روانی شدید، اثراتی چندوجهی و فراگیر بر والدین کودکان مبتلا دارد (۴،۵). حدود ۸۵ درصد از کودکان مبتلا به ASD، به سبب محدودیت‌های شناختی یا انطباقی توانایی محدودی برای زندگی مستقل دارند (۶). همچنین وجود اختلالات شناختی و رفتاری، خلق‌وخوی تحریک‌پذیر، بیش‌فعالی، لجبازی، مشکلات تغذیه‌ای، کارکرد انطباقی پایین، نقایص زبانی، ناتوانی در یادگیری، تحمیل محدودیت‌ها بر زندگی خانوادگی، جدا شدن از دوستان و خانواده و نیز نیاز به مراقبت در سراسر عمر، سبب افزایش مشکلات والدین کودکان اوتیستیک می‌شود (۱۱-۷). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته مادران کودکان مبتلا به ASD نسبت به مادران کودکان دارای ناتوانی عقلی (Intellectual Disability) بدون اوتیسم، مادران کودکان فلج مغزی، مادران کودکان عادی، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه ADD (Attention Deficit Disorder) یا اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)، به طور کلی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۱۲،۱۳). ناتوانی‌های

محاسبه شد (۲۵،۳۱). والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم (که بر اساس مصاحبه بالینی منطبق با معیارهای DSM-IV-TR شناخته شده‌اند) توسط روانپزشک کودک و نوجوان جهت مشارکت فعال در مطالعه راهنمایی و انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن فرزند ۲ تا ۱۰ ساله مبتلا به یکی از اختلالات طیف اوتیسم، فقدان هرگونه بیماری روانپزشکی یا جسمی جدی در والد شرکت کننده بود. ارزیابی به صورت تکمیل پرسشنامه قبل از مداخله و نیز در پایان مداخله انجام شد. مداخله به این صورت بود که ۸ جلسه آموزشی اصول فرزند پروری که هر هفته یک جلسه و در هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. جلسات مداخله توسط محققین و با اقتباس از اصول Tripl p (۲۶) و روش‌های تربیت کودک اتیسم (۳۳) طراحی گردید. در جلسه اول تا سوم علاوه بر بیان قوانین جلسات و خصوصاً رعایت راز داری در مورد صحبت‌های والدین که در جلسات بیان می‌شود و آشنایی والدین با یکدیگر، اختلالات طیف اوتیسم (با تأکید بر بیماری اتیسم) از نظر علائم بالینی، شیوع، عوامل مؤثر بر بروز و درمان‌های موجود با زبانی ساده و اسلاید (پاورپوینت) توضیح داده شد. در جلسه چهارم علل مشکلات رفتاری کودکان (وجود بیماری در کودک یا والدین) مورد بحث قرار گرفت. در جلسات بعدی تکنیک‌های تشویق رفتارهای مطلوب، نادیده گرفتن رفتارهای منفی، گذاشتن قوانین و استفاده از زمان و اتاق خلوت آموزش داده شد.

قابل ذکر است که در پایان هر جلسه تکالیفی برای والدین جهت به کارگیری مهارت آموخته شده در طی هفته تا جلسه بعد داده شد و در ۱۰ تا ۱۵ دقیقه ابتدای هر جلسه به مرور تکالیف هفته قبل پرداخته می‌شد و ۱۰ تا ۱۵ دقیقه آخر هر جلسه علاوه بر ارائه تکالیف به پرسش‌های والدین پاسخ داده می‌شد. پس از انجام آخرین جلسه مجدداً پرسشنامه‌ها به جز

آموزشی برای این خانواده‌ها و کاهش استرس فرزند پروری انجام شده است که اثر آموزش والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بر دانش آن‌ها در مورد بیماری و راه‌های کمک به کودک (۲۸) و اثربخشی سبک‌های فرزندپروری در بهبود رابطه متقابل و ارتباطات اجتماعی کودکان (۲۹) همچنین تأثیر مداخله مربیگری والدین بر اساس P-ESDM که یک روش درمانی مبتنی بر شواهد برای کودکان مبتلا به اوتیسم است (۳۰) مورد بررسی قرار دادند. مطالعات مختلف حاکی از آن است که والدگری والدین دارای کودکان اوتیسم با والدین دارای کودکان به هنجار به صورت کاملاً مشخصی متمایز است (۳۱). در مورد تأثیر مداخلات شناختی و رفتاری در والدین کودکان اوتیسمی مطالعات اندکی در ایران انجام شده است. ریاحی و همکاران (۳۲) و همچنین شهرپور و همکاران (۲۸) به بررسی تأثیر مداخلاتی پرداختند که می‌تواند برای والدین کودکان اتیسمی مؤثر باشد. این یافته‌ها نشان داده که محیط خانواده نه تنها برای کاهش استرس خانواده بلکه برای بهبود عملکرد رفتاری کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اوتیسم یک هدف مهم جهت مداخله است (۱۶). تاکنون مطالعه‌ای در ایران با هدف بررسی تأثیر مهارت‌های والدگری بر کیفیت زندگی، میزان اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم انجام نگرفته است. لذا مطالعه حاضر با این هدف طرح ریزی شده است.

### شیوه مطالعه

این مطالعه به صورت مداخله‌ای در سال ۱۳۹۳ و در شهر کرمان اجرا گردید. جمعیت مورد مطالعه از بین والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم که به کلینیک فوق تخصصی بعثت و بیمارستان شهید بهشتی کرمان مراجعه می‌کردند، انتخاب شد. تعداد افراد مورد مطالعه بر اساس مطالعات مشابه ۲۴ نفر

عمومی را نیز ارزیابی می‌کند. آیت‌ها بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. تحقیقات انجام شده نشان داده که اعتبار افتراقی، اعتبار محتوایی، پایایی درونی (الفای کرونباخ: سلامت جسمی ۸۰ درصد و سلامت روانشناختی ۷۶ درصد و روابط اجتماعی ۶۶ درصد و محیط ۸۰ درصد) و پایایی مناسبی دارد (۳۸،۳۹). در نهایت داده‌ها جمع‌آوری شده در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ وارد گردید. جهت بررسی تغییر آزمون‌های مورد بررسی قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه تعداد افراد شرکت کننده ۲۲ نفر با میانگین سنی  $36/71 \pm 7/07$  بودند. (در ابتدا ۲۴ نفر پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند اما به دلیل عدم حضور دو نفر از والدین در جلسات پایانی در نهایت تعداد ۲۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.) نیمی از افراد مورد مطالعه مرد و نیمی دیگر زن بودند. حدود نیمی از افراد دارای تحصیلات دیپلم و نیز همین تعداد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (۴۵/۸٪). در خصوص وضعیت نمره افسردگی نتایج مطالعه حاکی از این بود که میانگین نمره افسردگی افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری داشت ( $P=0/02$ ). به نحوی که کاهش نمره افسردگی بعد مداخله وجود داشت همچنین نتایج آزمون تی زوجی به تفکیک جنسیت نشان داد که تفاوت میانگین در مردان ( $P=0/31$ ) معنی‌دار نبود ولی در زنان ( $P=0/03$ ) معنی‌دار بود، برحسب تحصیلات نیز این تفاوت در افراد با مدرک تحصیلی دیپلم ( $P=0/007$ ) معنی‌دار بود ولی در افراد با تحصیلات دانشگاهی ( $P=0/74$ ) معنی‌دار نبود. در خصوص اضطراب نیز نتایج آزمون تی زوجی حاکی از این بود که میانگین نمره اضطراب افراد مورد مطالعه

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک تکمیل گردید. از تمام شرکت کنندگان در این مطالعه رضایت کتبی گرفته شد و طرح پژوهشی به طور کامل برای آنان توضیح داده و اطمینان داده شد که تمام اطلاعات افراد شرکت کننده در این مطالعه و نتایج حاصل از آن محرمانه خواهند ماند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل:

۱- پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Index) این آزمون ۲۱ آیتم دارد که از ۰-۳ نمره گذاری می‌گردد و نمره بالاتر نشان وجود علائم افسردگی است. پایایی و روایی در ایران بررسی شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن برای سنجش همسانی درونی ۰/۷۸ و ضریب پایایی در آزمون - آزمون مجدد ۰/۸۶ به دست آمده است (۳۴،۳۵).

۲- پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Index) این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و نمره بالاتر، اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد (۳۶،۳۷).

۳- پرسشنامه ۲۶ آیتمی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization-World-26 Quality Of Life)، پرسشنامه‌ای است که در سراسر دنیا استفاده شده و به طور گسترده مورد آزمایش قرار گرفته و شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسشنامه اقتباس شده است و ۴ حیطه را بررسی می‌کند که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط. علاوه بر این موارد، این پرسشنامه سلامت

جسمی ( $P=0/15$ )، سلامت روانشناختی ( $P=0/70$ )، روابط اجتماعی ( $P=0/607$ ) و محیط ( $P=0/866$ ) نیز تفاوت معنی‌داری قبل و بعد از مداخله یافت نگردید (جدول ۱). از طرفی نتایج آزمون تی زوجی به تفکیک جنسیت نیز نشان داد در مردان ( $P=0/484$ ) و زنان ( $P=0/676$ ) نیز تفاوت معنی‌دار نبود. به تفکیک سطح تحصیلات نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید.

قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P=0/26$ ). همچنین نتایج آزمون طی زوجی به تفکیک جنسیت نشان داد که تفاوت میانگین در مردان ( $P=0/066$ ) و زنان ( $P=0/889$ ) معنی‌دار نبود. همچنین برحسب تحصیلات نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. نتایج نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌دار نداشت ( $P=0/45$ ). همچنین در خصوص ابعاد کیفیت زندگی شامل: سلامت

جدول ۱: میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله

متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	قبل	۷۸/۳	۰/۷۵	۰/۴۵
	بعد	۷۵/۸		
اضطراب	قبل	۱۶/۰	۱/۱۵	۰/۲۶۳
	بعد	۱۳/۵		
افسردگی	قبل	۱۹/۳	۲/۳۹۲	۰/۰۲۶
	بعد	۱۵/۷		

### بحث و نتیجه‌گیری

میانگین نمره افسردگی در زنان قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری دارد ولی نمره افسردگی در مردان معنی‌دار نبود. طبق مطالعه انجام شده بر روی والدین کودکان طیف اوتیسم در استرالیا مشخص شد که پدران و نیز والدینی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند سطح افسردگی پایین‌تری داشتند (۴۰) اما در مطالعه ما مادران با دریافت آموزش بهبود افسردگی‌رانشان دادند. در مطالعه Piccinelli و همکاران که فاکتورهای مؤثر بر شیوع و بروز بالاتر افسردگی در زنان را مورد بررسی قرار داد مشخص شد که حمایت اجتماعی ضعیف و ژنتیک تأثیر ناچیزی بر این مسئله دارد و یا تأثیری ندارد (۴۱)؛ اما در مطالعه حاضر مادران با دریافت آموزش بهبود افسردگی‌رانشان دادند. برحسب تحصیلات نیز میانگین نمره افسردگی در افراد با سطح تحصیلی دیپلم قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ولی در افراد با تحصیلات دانشگاهی معنی‌دار نبود.

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مهارت‌های والدگری بر کیفیت زندگی، میزان اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم انجام گرفت. در خصوص وضعیت نمره افسردگی نتایج مطالعه حاکی از این بود که میانگین نمره افسردگی افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری دارد. به نحوی که شاهد کاهش نمره افسردگی بعد از مداخله هستیم. طبق مطالعه انجام شده بر روی والدین کودکان طیف اوتیسم در استرالیا مشخص شد که پدران و نیز والدینی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند سطح افسردگی پایین‌تری داشتند (۴۰). در مطالعه Olsson نشان داده شده است که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم دارای درجات مختلفی از افسردگی می‌باشند که با مداخله مؤثر می‌تواند از شدت افسردگی کم کرد (۱۷) که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین نتایج برحسب جنسیت نشان داد که

تفاوت‌های بین زنان و مردان و یا تفاوت در میزان باشد، تفاوت سطح اضطراب والدین قبل و بعد از مداخله شاید معنی‌دار می‌شد. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌دار نداشت. همچنین در خصوص ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط نیز تفاوت معنی‌داری قبل و بعد از مداخله یافت نگردید.

از نظر Pauls و Volkmar حدود ۸۵ درصد کودکان مبتلا به ASD به سبب محدودیت‌های شناختی یا انطباقی، توانایی محدودی برای زندگی مستقل دارند و این مسئله موجب شده است که والدین در طول دوره زندگی خود زمان بسیاری را به رفع نیازهای فرزندشان اختصاص دهند که شاید کاهش کیفیت زندگی آن‌ها را در پی داشته باشد (۶). در مطالعه انجام شده توسط اسلامی و همکاران مشخص شد که کیفیت زندگی والدین کودکان طیف اتیسم به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه کنترل می‌باشد (۲۳). در مطالعه Tonge مشخص شد که آموزش فرزند پروری و مدیریت رفتار سبب بهبود کیفیت زندگی والدین کودکان اتیسمی می‌شود (۲۷)؛ اما در مطالعه حاضر با آموزش گروهی فرزند پروری چنین تأثیری مشاهده نشد و نتایج در مورد تغییر در کیفیت زندگی معنی‌دار نبود. عدم تفاوت معنی‌دار کیفیت زندگی افراد در مطالعه حاضر بعد از مداخله آموزشی می‌تواند ناشی از شدت و ازمان مشکلات والدین کودکان اتیسمی باشد (۸-۱۱) که مداخله کوتاه مدت ما (۸ جلسه آموزشی) نتوانسته است موجبات ارتقاء کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه به شکل معنی‌دار گردد. به عبارتی نیاز به مداخلات طولانی مدت یا گذشت زمان طولانی‌تر برای بروز تغییر در این زمینه می‌باشد. با توجه به مطالب فوق می‌توان نتیجه گرفت والدین کودکان مبتلا به اتیسم بیشتر دچار مشکلات روان‌شناختی و حتی اختلالات

وجود تفاوت معنی‌دار در زنان نیز می‌تواند ناشی از افسردگی آن‌ها باشد. از طرفی تحصیلات می‌تواند منجر به افزایش توقعات افراد شده و در نتیجه نگاه آن‌ها به مقوله مراقبت از فرزندان دارای مشکل اتیسم متفاوت می‌باشد. در خصوص اضطراب نیز نتایج آزمون حاکی از این بود که گرچه نمره اضطراب بعد از مداخله کاهش نشان می‌دهد ولی تغییر در میانگین نمره اضطراب افراد مورد مطالعه بعد از مداخله آموزشی معنادار نبود. در مطالعه Bendixen و همکارانش (۲۹) و نیز مطالعه Wong (۴۲) قبل از آموزش والدین میزان استرس بالای والدین را گزارش کردند، در یک مطالعه در اصفهان نشان داده شد که آموزش برنامه گروهی بر کاهش استرس والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مؤثر می‌باشد (۴۳). Tonge و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش والدگری و مدیریت رفتار در کاهش اضطراب، بی‌خوابی و علائم سوماتیک والدین کودکان مبتلا به اتیسم مؤثر بوده و با اجرای این آموزش سلامت عمومی در ۵۴ درصد شرکت‌کنندگان به میزان قابل توجهی بهبود یافت (۲۷).

در مطالعه‌ای که توسط عزیزپور و همکاران انجام شد نیز مشخص شد که آموزش فرزندپروری بر استرس مادران دارای فرزند مبتلا به ASD اثر معنی‌دار داشته است (۲۶) اما در این مطالعه چنین تأثیری با آموزش فرزند پروری مشاهده نشد و تفاوت سطح اضطراب والدین قبل و بعد از آموزش معنی‌دار نبود. احتمالاً به دلیل مزمن بودن فشار روانی و اضطراب طولانی مدت در والدین است که با این مداخله بعد از مدت کوتاه شاهد کاهش محسوس اضطراب در والدین نبودیم و تفاوت در روش‌های مداخله‌ای استفاده شده و نیز تفاوت در ابزارهای اندازه‌گیری استفاده شده بعد از انجام مداخله می‌تواند علت عدم همخوانی در نتایج مطالعه ما و مطالعات ذکر شده باشد. همچنین در صورتی که تعداد افراد شرکت‌کننده در مطالعه بیشتر

نتایج این مطالعه حاکی از نقش مثبت آموزش مهارت‌های فرزند پروری در کاهش افسردگی والدین می‌باشد که لزوم برنامه‌ریزی جهت استفاده از این روش‌ها در جهت ارتقاء سلامت روان والدین و در نتیجه کمک به بهبود مشکلات رفتاری فرزندانشان را نشان می‌دهد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح پژوهشی با شماره کا / ع ۱۴-۹۳/ مصوب معاونت پژوهشی علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد. بدین وسیله از معاونت مذکور به جهت حمایت مادی و معنوی از این پژوهش و همچنین از تمامی والدین عزیز که صبورانه در انجام این طرح ما را همراهی نمودند، سپاسگزاری می‌نماییم.

روانی هستند و شاید طبق مطالعه Daniels (۴۵) سابقه بستری در بیمارستان داشته باشند. با توجه به رابطه متقابل مشکلات رفتاری کودک مبتلا به اوتیسم با فشار روانی وارده بر مادر (۴۶) می‌توان نتیجه گرفت بررسی اختلالات روان پزشکی در والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم و برنامه‌ریزی در راستای شناسایی و درمان آن‌ها و در نتیجه بهبود وضعیت روانی آن‌ها، نه تنها مشکلات رفتاری کودکان را بهبود می‌بخشد بلکه تأثیر مطلوبی بر نظام خانواده خواهد داشت. از محدودیت‌های این پژوهش با توجه به این که مدت زمان مشکلات روانی (چالش والدین با انواع فشارهای روانی، اقتصادی، عدم دسترسی به مراکز حمایتی و درمانی) به نظر می‌رسد بررسی تأثیر این مداخله نیاز به گذشت زمان بیشتری دارد تا آموزش‌های فراگرفته در والدین درونی شده به عمل تبدیل شده تا به توان نسبت به میزان تأثیر چنین برنامه‌هایی نتیجه‌گیری کرد.



## Rerences

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Richman S. Raising a Child with Autism A Guide to Applied Behavior Analysis for Parents. London, Philadelphia: Jessica Kingsley; 2001.
3. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Autism Spectrum Disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. *MMWR Surveill Summ* 2012;61(3):1-19.
4. Malone CA. Observation on the role of family therapy in child psychiatric training. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1974; 13(3):437- 58.
5. Greenspan SI, Wieder S. Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think. Boston, Massachusetts: Da Capo Press; 2006.
6. Volkmar FR, Pauls D. Autism. *Lancet* 2003; 362(9390):1133-41.
7. Gardner LM, Campbell JM, Bush AJ, Murphy L. Comparing Behavioral Profiles for Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disabilities Using the BASC-2 Parent Rating Scales—Preschool Form. *Journal of Psychoeducational Assessment* 2017;24(1): 1-17.
8. Ingersoll B, Hambrick DZ. The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2011;5(1):337-44.
9. Lee LC, Harrington RA, Louie BB, Newschaffer CJ. Children with autism: quality of life and parental concerns. *J Autism Dev Disord* 2008; 38(6):1147-60.
10. Ekas NV, Lickenbrock DM, Whitman TL. Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2010; 40(10):1274-84.
11. Benson PR. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2010;4(2):217-28.
12. Gau SSF, Chou MC, Chiang HL, Lee JC, Wong CC, Chou WJ, et al. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2012;6(1):263-70.
13. Khanna R, Madhavan SS, Smith MJ, Patrick JH, Tworek C, Becker-Cottrill B. Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2011;41(9):1214-27.
14. Hoffman CD, Sweeney DP, Hodge D, Lopez-Wagner MC, Looney L. Parenting stress and closeness mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabl* 2009;24(3):178-87.
15. Wang P, Michaels CA, Day MS. Stresses and coping strategies of Chinese families with children with autism and other developmental disabilities. *J Autism Dev Disord* 2011;41(6):783-95.
16. Kaat AJ, Lecavalier L, Aman MG. Validity of the aberrant behavior checklist in children with autism spectrum disorder. *J Austin Dev Disorder* 2014, 44(5):1103-16.
17. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2001;45(6):535-43.
18. Hobart HM, Smith W. Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents perspectives. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities* 2008;33(1-2):37-47.
19. Saberi J, Bahramipour M, Ghmarane A, Yarmohamadian A. The Effectiveness of Group Positive Parenting Program on Parental Stress of Mothers of Children with Autism Disorder. *Knowledge & Research In Applied Psychology* 2014;15(2):69-77.
20. Gray DE. High functioning autistic children and the construction of "normal family life" *Soc Sci Med* 1997;44(8):1097-106.
21. Zamani Z. Comparison between anxiety and depression and general health and quality of life in parents of children with Autism spectrum disorder with control group [dissertation]. Kerman: univercity of medical sciences; 2015. [In Persian].
22. Turnball AP, Turnball HR. Families, professional and exceptionality. 3Th ed. Columbus, OH: Merrill; 1997.
23. Aliakbari Dehkordi M, Alipour A, Esmailzadeh Kiabani M, Mohtashami T. Effectiveness of Positive Parenting Program on Mothers' Stress with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Children. *journal of exceptional children* 2014;13(4):23-32. [In Persian]
24. Lin LY, Orsmond GI, Coster WJ, Cohn ES. Families of adolescents and adults with autism spectrum disorders in Taiwan: The role of social support and coping in family adaptation and maternal well-being. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorder* 2010;5(1)144-156.
25. Siklos S, Kerns KA. Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. *J Autism Dev Disord* 2006; 36(7):921-33.



26. Aziz poor E. the efficacy of the positive parenting program for parents of children with behavioral problems [dissertation]. Kerman: univercity of medical sciences;2013. [In Persian].
27. Tonge B, Brereton A, Kiomall M, Mackinnon A, King N J, Rinehart N. Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomised controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45(5):561- 569.
28. shahrivar Z, Rabiee A. A lpilot study on efficacy of group educational on knowledge level, stress, anxiety and depresssion in parents of children with autistic disorder. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences* 2011;7(1):48-55. [In Persian].
29. Bendixen R, Elder J, Donaldson S, Kairalla. Effects of a Father-based In-Home Intervention on Perceived Stress and Family Dynamics in Parents of Children with Autism. *Am J Occup Ther* 2011;65(6):679-687.
30. Estes A, Vismara L, Mercado C, Fitzpatrick A, Elder L, Greenson J, et al. The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. *J Autism Dev Disord* 2014;44(2):353-65.
31. Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P. Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders* 2010;4(4):661-9.
32. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S, Eshrat T, Naghdi Nasab L. The Effect of Supportive and Cognitive-Behavior Group Therapy on Mental Health and Irrational Believes of Mothers of Autistic Children. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2011;10(6): 637-645. [In Persian].
33. Targ Brill M. Keys to parenting the child with autism. Translated by rezaeidehnavi s. Esfahan: kavoshyar;2014.
34. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8(1):77-100.
35. Sardoei G. Introduction in normalization of revised Beck depression inventory [dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 1995. [In Persian].
36. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893-897.
37. 2008;66(2):136-140.
38. WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28(3):551-8.
39. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2006;4(4):1-12.
40. Gray DE, Holden WJ. Psycho-social well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand of developmental disabilities* 1992,18(2):83-93.
41. Piccinelli M, Wilkinson G, Gender differences in depression Critical review. *Br J Psychiatry* 2000;177(6):486-492.
42. Wong JD, Seltzer MM, Greenberg JS, Hong J, Almeida DM, Coe CL. Stressful Life Events and Daily Stressors Affect Awakening Cortisol Level in Midlife Mothers of Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Aging Ment Health* 2012;16(8):939-49.
43. Zade Mohammadi A, Pooretemad H, Maleck Khosravi G. The primary examination of effect of guided imagination by music on reduction of d epression, anxiety, & stress in mothers with autistic children. *Journal of Research Family* 2005; 1(3): 289-303. [In Persian].
44. Talebi A. The impact of management training on maternal aggression in children and maternal stress [dissertation]. tehran: Payame Noor University;2010. [In Persian].
45. Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, et al. Parental psychiatric disorder associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics* 2008;121(5):e1357-62.
46. Smith LE, Greenberg J, Mailick MR. The Family Context of Autism Spectrum Disorders: Influence on the Behavioral Phenotype and Quality of Life. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23(1):143-155.

## Effectiveness of Parenting Skills Training on Depression, Anxiety and Quality of Life of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders

Mahin Eslami Shahrabaki<sup>1\*</sup>, Shahrzad Mazhari<sup>2</sup>, Hadis Kamiab<sup>3</sup>

Received: 24 Sep 2016

Accepted: 29 Nov 2016

### Abstract

**Background:** Children with autism spectrum disorders (ASD) cause a lot of problems for their family, especially their parents, so that appropriate interventions are required for management and coping with these problems. The aim of this study was to investigate the effect of parenting skills training on depression, anxiety, and quality of life of parents of children with autism spectrum disorders.

**Methods:** In this clinical trial, 22 parents of children with autism spectrum disorders were included. Data were collected using Beck depression inventory (BDI), Beck anxiety inventory (BAI), and 26-item WHO quality of life questionnaire (WHOQOL-26). The questionnaires were completed before and after the intervention. The intervention was 8-session parenting skills training hold once a week (90min). The training sessions were designed by the researchers according to the Tripl- p (positive parenting program) and methods of training children with autism spectrum disorders.

**Results:** There was significant difference between mean depression scores of parents before and after the intervention ( $P=0.026$ ). According to the results of paired t-test, although mean anxiety score was lower after the intervention, it was not significant ( $P=0.263$ ). There was no significant difference between mean score of quality of life before and after the intervention ( $P=0.456$ ).

**Conclusion:** This study showed positive effect of parenting skills training on decreasing depression of parents of children with autism spectrum disorders.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorders, Quality of Life, Anxiety, Depression, Parenting

**Citation:** Eslami Sharbabaki M, Mazhari S, kamiab H. Effectiveness of Parenting Skills Training on Depression, Anxiety, and Quality of Life of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. Afzalipour Journal of Clinical Research 2016; 1(1): 44-53.

1. Assistant Professor, Neuroscience Research Center, Institute of Neuropharmacology, Department of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Associate Professor, Neuroscience Research Center, Institute of Neuropharmacology, Department of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. Resident of Psychiatry, Shahid Beheshti Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Mahin Eslami Shahrabaki **Email:** mahineslami@yahoo.com

**Address:** Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran **Tel:** 03432116328