

تأثیر درمان حمایتی و شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم

فروغ ریاحی^{۱*}، نیلوفر خواجه‌الدین^۱، سکینه ایزدی مزیدی^۲، طیبه عشرتی^۲،
لیلا نقدی نسب^۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اوتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود، مشخص است. به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به خصوص مادران، از تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند. بنابراین، برنامه‌هایی جهت حمایت از خانواده و آموزش راهبردهای مقابله و حل مسأله و تغییر باورهای غیرمنطقی والدین ضروری است. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان حمایتی و شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم می‌باشد.

روش بررسی: نمونه‌های این پژوهش متشکل از ۲۰ نفر مادر بدون بیماری شدید اعصاب و روان است. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (لیست انتظار) قرار گرفتند. پیش‌آزمون که شامل پرسش‌نامه سلامت روان و پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز بود، بر روی دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه، هر هفته دو ساعت گروه درمانی حمایتی و شناختی رفتاری دریافت کردند. از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه درمانی حمایتی و شناختی رفتاری توانسته است سلامت روان افراد گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون ارتقاء دهد ($P < 0/001$). تأثیر این شیوه درمانی بر نمرات باورهای غیرمنطقی در مرحله پس‌آزمون معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: مداخله حمایتی و شناختی رفتاری می‌تواند در بهبود روان مادران کودکان اوتیسم مؤثر باشد.

م ع پ ۱۳۹۰؛ ۱۰(۶): ۶۳۷-۶۴۵

کلید واژگان: درمان شناختی رفتاری، سلامت روان، باورهای غیرمنطقی، مادران، اوتیسم.

۱- استادیار گروه روان‌پزشکی.

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی.

۱- گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور

اهواز، ایران.

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم

تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید

چمران اهواز، ایران.

* نویسنده مسؤل:

فروغ ریاحی؛ گروه روان‌پزشکی،

بیمارستان گلستان، دانشگاه علوم

پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۱۱۲۳۳۶

Email: riahi13@gmail.com

مقدمه

فرزند اوتیسم افزایش می‌یابد، می‌گردد. در این خانواده‌ها زندگی حول کودک اوتیسم می‌چرخد.

داشتن کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود، و مطالعات نشان داده که در مواردی باعث تأثیر منفی بر روابط زناشویی نیز شده است، چرا که باعث بحث بیشتر بین زن و شوهر دربارهٔ کودک اوتیسم، درمان، مراقبت از او و در نتیجه فاصله بیشتر بین آن‌ها می‌شود (۵).

اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلالات اوتیسم، دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می‌شوند. در پژوهشی که به بررسی مشکلات مادران پرداخته است، اکثر مادران به مشکلات دیگری مانند برچسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکل‌گیری اختلال، مقایسهٔ کودک مبتلا با کودک عادی و تردید در تأثیر برنامه‌های آموزشی نیز اشاره کردند، که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی شده بود و در تمامی موارد علائم افسردگی را تجربه می‌کردند. بررسی نیازهای مادران، به هنگام تشخیص اختلال، پس از تشخیص و پذیرش و سازگاری خانواده با اختلال نشان داد که آموزش و سرویس‌های حمایتی می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات آن‌ها داشته باشد (۶).

گری (۲۰۰۳)، اظهار می‌دارد که مادران دارای فرزند اوتیسم احساس گناه و افسردگی شدیدی را تجربه می‌کنند. شارپلی و همکاران (۱۹۹۷)، بیان می‌کنند که این مادران معمولاً فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران خواهند داشت و برخی از پدران فشارهای روانی ناشی از همسر را تهدید کننده‌تر از مشکلات کودک تلقی می‌کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می‌دانند. پدرها معمولاً به‌اندازهٔ مادران احساسات خود را آشکار نمی‌سازند. مادران طیف گسترده‌ای از هیجانات مانند خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان خواهند داد. آن‌ها نگران واکنش‌های

اختلال اوتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است. طبق متن بازنگری شدهٔ چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM IV-R) کارکرد نابه‌هنگار در زمینه‌های فوق باید در سه سالگی وجود داشته باشد (۱). ویژگی‌های این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دورهٔ 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. در هر اختلال مزمن پس از مراجعه به پزشک و انجام معاینه‌ها و آزمایش‌های متعدد اختلال تشخیص داده می‌شود، شرایط پر از درد و رنج برای خانواده به وجود می‌آید و خانواده را به شدت تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. واکنش‌های اولیهٔ والدین به این مسأله می‌تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش‌ها تحت تأثیر باورهای مختلف پدر و مادر و محیط اطرافشان دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسأله و کنار نیامدن با آن و یا پی‌گیری شدید برای درمان متفاوتند (۲). به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده‌ها و به‌خصوص مادران دارای کودک اوتیسم از تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (۳). تحقیقات نشان داده است که خانواده‌های کودکان اوتیسم بیشتر از خانواده‌های کودکان عقب‌ماندهٔ ذهنی و سندرم داون استرس داشته و با آن درگیر هستند (۴).

وجود این کودکان باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، بر شغل مادر تأثیر منفی دارد، زیرا باعث عدم پیشرفت در کار به دلیل وقت و انرژی کم می‌شود و در مواردی باعث رها کردن کار توسط مادر به دلیل مسؤلیت‌های زیاد در خانه که به خاطر مراقبت از

آزمایش و کنترل به ترتیب ۳۵/۳ و ۳۶/۸ و دامنه سنی آنها از ۲۹ تا ۴۵ متغیر بود.

جهت گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک.

۲- مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV-TR استفاده شده است.

۳- پرسش‌نامه سلامت عمومی GHQ: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر به منظور غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیرسایکوتیک ارائه شده، دارای ۲۸ سؤال و ۴ مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد. مطالعات مختلف در ایران توسط ادهم و همکاران، اعتبار آزمون را به ترتیب ۹۱ درصد و ۸۸ درصد و مقادیر آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمی ۸۴ درصد، کارکرد اجتماعی ۷۹ درصد، افسردگی ۸۱ درصد و وضعیت سلامت روانی ۹۱ درصد، برآورد کرده‌اند (۹).

۴- پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT): این پرسش‌نامه را جونز بر اساس نظریه آلبرت الیس در سال ۱۹۶۸ تهیه کرده و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد که از ۱۰ مقیاس تشکیل شده است و هر مقیاس دارای ده سؤال است که باورهای غیرمنطقی الیس را مورد بررسی قرار می‌دهد. اسمیت و زوراواسکی (۱۹۸۹) اعتبار این آزمون را از طریق همبستگی با آزمون رفتارهای منطقی برابر با ۰/۷۱ و همبستگی این آزمون را با پرسش‌نامه افسردگی بک برابر ۰/۷۷ گزارش کردند (۱۰). جونز با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد، پایایی این آزمون را ۰/۹۹ به دست آورده است. در تحقیق سودانی، ضریب اعتبار این آزمون ۰/۷۹ به دست آمد (۱۱). تقی‌پور ضریب اعتبار ۰/۸۲ را به دست آوردند و در مورد روایی، با بررسی روایی هم‌گرا، همبستگی آزمون جونز را با آزمون افسردگی بک محاسبه کرد که ضریب به دست آمده ۰/۸۲ است (۱۲).

مداخله صورت گرفته در این پژوهش عبارت بود از ۱۰ جلسه گروه درمانی حمایتی و شناختی رفتاری که هر هفته یک جلسه و در هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار

جامعه، بستگان و نزدیکان به این مشکل هستند و گاهی فکر می‌کنند، احتمالاً راه‌حلی وجود دارد که به تمام مشکلات آنها در این زمینه پایان بدهد. آنها انرژی روانی و مادی زیادی را صرف اجرای فرض و گمان‌های خود می‌کنند و در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش حقیقی کودک، درمان و توان‌بخشی او می‌شد، از دست می‌دهند (۷).

ترنبال و ترنبال (۱۹۹۷) اشاره کرد که استرس این خانواده‌ها به دلیل مسایلی که در طول زمان تغییر می‌کند رو به افزایش است و بحث کرد که متخصصان باید خانواده‌ها را به وسیله تنوعی از راهبردهای مقابله برای قادر ساختن آنها برای برخورد با این مسایل آماده کنند (۸).

با توجه به مطالب فوق، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که برنامه‌هایی جهت حمایت از خانواده و آموزش راهبردهای مقابله و حل مسأله و به‌خصوص تغییر باورهای غیرمنطقی والدین و مخصوصاً مادر (با توجه به این‌که مادر عضوی از خانواده است که بیشترین ارتباط را با این کودکان دارد) بسیار کارساز بوده و به خانواده در پذیرش این مسأله، انطباق درست با شرایط کودک کمک کرده و در نتیجه تأثیر مطلوبی بر نظام خانواده می‌گذارد. بنابراین برگزاری جلسات گروهی با رویکرد شناختی و حمایتی برای مادران دارای فرزند اوتیسم ضرورت دارد.

روش بررسی

جامعه آماری در این پژوهش، شامل مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم که در مرکز آموزشی بهشت در شهر اهواز/ایران مشغول به تحصیل هستند، می‌باشند. این مادران توسط یک فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال و نوجوان، مورد مصاحبه بالینی به روش DSM-IV-TR قرار گرفتند، مادرانی که اختلال روان‌پزشکی شدید و سایکوز طبق معیارهای DSM IV TR نداشتند و سطح تحصیلات دیپلم به بالا داشتند، در صورت رضایت وارد مطالعه می‌شدند. و به‌طور تصادفی به دو گروه مطالعه و شاهد (لیست انتظار) تقسیم شدند، میانگین سنی گروه

جلسه دهم: مرور و جمع‌بندی مطالعات جلسات قبلی، تمرین مهارت‌های آموزش داده شده جلسات قبل، تأکید بر تمرین و به‌کارگیری آنها در زندگی روزمره.

متغیرهای کنترل در این پژوهش عبارت بودند از: جنس و نمرات پیش آزمون. متغیر جنس با انتخاب آزمودنی‌های مؤنث و متغیر نمرات پیش آزمون نیز از طریق تحلیل کوواریانس مهار شد.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از این پژوهش، ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. در تجزیه و تحلیل اطلاعات، تأثیر متغیرهای کنترل پیش‌آزمون و جنس از روی نمرات پس‌آزمون برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی‌مانده، مقایسه شدند.

ابتدا به یافته‌های توصیفی پژوهش همان‌طور که در جدول یک نشان داده شده است، پرداخته می‌شود. همان‌طور که در جدول یک مشاهده می‌شود، میانگین متغیر وابسته سلامت عمومی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش متفاوت است، در حالی که این میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر وابسته باورهای غیرمنطقی و گره کنترل تفاوت معناداری ندارد.

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، تفاوت بین نمرات باقی‌مانده پس‌آزمون سلامت عمومی، پس از مهار متغیرهای مداخله‌گر در گروه آزمایش معنادار است ($F=25/86$, $P<0/001$). در این تحلیل متغیرهای پیش‌آزمون و جنس مهار شده‌اند.

با توجه به اطلاعات به‌دست آمده از جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت مشاهده شده در بین میانگین نمره باقیمانده سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنادار است ($F=25/91$, $P<0/001$). نتیجه گرفته می‌شود که روش درمانی شناختی رفتاری و حمایتی، موجب افزایش سلامت عمومی مادران کودکان

گردید. جلسات مداخله، توسط محققین با اقتباس از اصول درمان شناختی رفتاری (۱۳) و درمان حمایتی (۱۴) طراحی گردید.

شرح جلسات درمان:

جلسه اول: آشنایی افراد با یکدیگر و با درمانگر، بیان هدف تشکیل جلسات در مدت برنامه جلسات و شرایط برنامه، تشویق به بحث گروهی و قوانین گروه، توضیح در مورد اختلال اوتیسم و اثرات آن بر خانواده.

جلسه دوم: آموزش آرمیدگی از طریق تنفی، آموزش روانی درباره اختلال اوتیسم و پرسش و پاسخ.

جلسه سوم: تمرین آرمیدگی از طریق تنفس، آموزش رابطه موقعیت یا محرک، فکر، احساس با تمرکز بر احساس، ارائه تکلیف خانگی (تکمیل کاربرگ مربوط به رویداد، فکر و احساس).

جلسه چهارم: تمرین آرمیدگی پیش‌رونده عضلانی، بررسی تکالیف، شناسایی افکار خودکار، ارائه تکلیف (تکمیل کاربرگ ثبت افکار خودکار).

جلسه پنجم: تمرین آرمیدگی پیش‌رونده عضلانی، بررسی تکالیف، شناسایی خطاهای شناختی، ارائه تکلیف (دامه ثبت افکار خودکار).

جلسه ششم: بررسی تکالیف، هم‌تا کردن خطاهای شناختی با افکار خودکار.

جلسه هفتم: بررسی تکالیف، بحث درباره باورهای مخرب و ذکر باورهای مخرب رایج، ارائه تکلیف (تکمیل کاربرگ مربوط به باورهای غیرمنطقی و بیرون کشیدن باورهای غیرمنطقی از افکار خودکار).

جلسه هشتم: بررسی تکالیف، تحلیل سود و زیان باور مخرب، جایگزینی باور تجدید نظر شده، ارائه تکلیف (تکمیل کاربرگ مربوط به تحلیل سود و زیان باور مخرب و جایگزینی باور تجدید نظر شده).

جلسه نهم: بررسی تکالیف، به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، جایگزینی افکار تجدید نظر شده، ارائه تکلیف (تکمیل کاربرگ به چالش کشیدن افکار)

مبتلا به اوتیسم می‌شود. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میزان تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی معنادار نیست ($P < 0.05$, $F = 2.66$).

جدول ۱: توصیف یافته‌های پژوهش در دو گروه شاهد و آزمون

گروه‌ها	آزمون	تعداد نمونه	شاخص آماری	متغیرها
آزمایش	پیش آزمون	۱۰	میانگین	سلامت عمومی
			انحراف معیار	باورهای غیرمنطقی
	پس آزمون	۱۰	میانگین	
			انحراف معیار	
کنترل	پیش آزمون	۱۰	میانگین	
			انحراف معیار	
	پس آزمون	۱۰	میانگین	
			انحراف معیار	

جدول ۲: تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس آزمون

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آزمون
سلامت عمومی	پیش آزمون	۲۵۸/۰۲	۱	۲۵۸/۰۲	۴۸/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱
	پس آزمون	۲۷۴/۱۲	۲	۱۳۷/۰۶	۲۵/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۸	۱
علایم جسمانی	پیش آزمون	۴۸/۶۷	۱	۴۸/۶۷	۶۲/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
	پس آزمون	۱۶/۳۹	۲	۸/۱۹	۱۰/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۸
اضطراب و بی‌خوابی	پیش آزمون	۷۳/۷۷	۱	۷۳/۷۷	۶۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
	پس آزمون	۱۹/۲۰۹	۲	۹/۶۰۵	۷/۸۶	۰/۰۰۰۲	۰/۳۳	۰/۹۴
کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۷۶/۶۱	۱	۷۶/۶۱	۷/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	پس آزمون	۲۳/۶۳	۲	۱۱/۸۱	۶/۸۴	۰/۰۰۰۳	۰/۳۰	۰/۸۹
افسردگی	پیش آزمون	۴۶/۲۶	۱	۴۶/۲۶	۱۲۰/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱
	پس آزمون	۱۱/۵۸	۲	۵/۷۹	۱۵/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۰/۹۹

جدول ۳: تحلیل کوواریانس تأثیر درمان شناختی رفتاری بر باورهای غیرمنطقی در مرحله پس آزمون

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آزمون
باورهای غیرمنطقی	پیش آزمون	۳۰۳۱/۳۹	۱	۳۰۳۱/۳۹	۱۶/۲۹	۰/۰۰	۰/۴۷	۰/۹۷
	پس آزمون	۴۹۴/۶۴	۱	۴۹۴/۶۴	۲/۶۶	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۳۴

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روش درمانی شناختی رفتاری و حمایتی بر میزان سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی مادران با کودکان مبتلا به اوتیسم بود که نتایج به دست آمده به شرح ذیل می باشد:

نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول تحقیق مبنی بر اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری و حمایتی در افزایش سلامت عمومی مادران کودکان اوتیستیک، حکایت از تأیید این فرضیه دارد. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری و حمایتی باعث ارتقاء سلامت روان مادران دارای کودک اوتیسم در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج حاضر با یافته های پژوهش هریس و درایدن (۲۰۰۶)، وایلد (۲۰۰۴)، کالوت و لالگا (۲۰۰۲) که در رابطه با اثربخشی شیوه های شناختی رفتاری و حمایتی در سلامت عمومی افراد عادی صورت گرفته است، همچنین با یافته لین، اورسموند، کاستر و کان (۲۰۰۴) مبنی بر این که حمایت اجتماعی نقش تعیین کننده ای در بهزیستی مادران با نوجوانان دارای اختلال طیف اوتیسم و انطباق خانواده های آنها در دو فرهنگ تایوانی و ایالات متحده دارد، و همچنین با یافته دان، باربین، باورز و تان تلف- دان (۲۰۰۱) در این رابطه که حمایت اجتماعی، ارتباط بین تنش زاهای روانی و استرس والدگری در این مادران را میانجی گری می کند، هماهنگ است (۱۵-۱۹). در همین رابطه مطرح شده است که والدینی که آموزش ثانویه را در مورد کودکانشان دریافت می کنند، کودکان خود را به عنوان افرادی در نظر می گیرند که از مهارت های خودیاری پایین تری برخوردارند و محیط اجتماعی خود را پذیرنده تر در نظر می گیرند (۲۰). همچنین در پژوهشی که در هونگ گونگ و چین برای بررسی اثربخشی سه نوع حمایت اجتماعی بر روی بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودکان با اختلال طیفی اوتیسم صورت پذیرفته است، به این نتیجه دست یافتند که دریافت حمایت از خانواده، افراد مهم، دوستان و متخصصان تأثیر معنادار مثبتی بر روی بهزیستی روان

شناختی این مادران دارد (۲۱). بنابراین حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله به عنوان مرتبط ترین عوامل مهم در بهزیستی این مادران و انطباق خانواده هایشان مطرح می باشند (۲۲-۲۵). این خانواده ها در زمان روبه رو شدن با شرایط استرس زا به دنبال انواع حمایت ها و منابع اجتماعی جهت انطباق یافتن با این شرایط و چالش ها می باشند (۱۸). پس به نظر می رسد که به کارگیری تکنیک های آموزش روانی، حمایتی، رفتاری از جمله آرمیدگی از طریق تنفس یا پیش رونده عضلانی، برون ریزی احساسات و تأثیرات ناشی از شرکت در گروه باعث افزایش سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شده است. با توجه به اینکه یکی از اهداف تشکیل گروه، درمان حمایتی بوده است، بنابراین به نظر می رسد که این مادران با دریافت حمایت اجتماعی کافی و مناسب در طی درمان گروهی، توانسته اند به طور موفقیت آمیزتر و مطلوبتری با استرس ها و مشکلات خود به ویژه در ارتباط با کودکانشان کنار آمده و این منجر به افزایش سلامت عمومی آنان شده است (۲۶).

با توجه به اینکه در مطالعات مختلف از جمله پژوهش میرس شات، رویرز، وارین (۲۰۱۰) دیده شده است که شناخت های والدی گری والدین دارای کودکان اوتیسم با مادران دارای کودکان بهنجار به صورت کاملاً مشخصی متمایز است، اما این تمایز در مورد نحوه والدگری مادران در مورد کودکان اوتیستیک و خواهر و برادرهای بهنجارشان مشهود نیست، پس ضرورت دارد که شناخت های مادران را به طور کلی در مورد همه فرزندان، مورد مطالعه و درمان قرار داد (۲۷). لذا در این مطالعه به بررسی تأثیر روش درمان شناختی رفتاری و حمایتی بر روی باورهای غیرمنطقی آنها به طور کلی پرداخته شده است. نکته قابل توجه این است که تفاوت بین نمرات باورهای غیرمنطقی در دو گروه در مرحله پس آزمون معنادار نیست. به نظر می رسد این امر به دلیل عمق مسأله مورد سنجش می باشد. مطالبی که در بخش باورهای

افت آزمودنی و نداشتن گروه شاهد جهت مقایسه‌های بیشتر، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله روان‌شناختی به کار رفته در این مطالعه در ارتقای سلامت روان مادران دارای فرزند اوتیسم مؤثر بوده است. بنابراین، توصیه می‌شود این روش در مراکز درمانی توسط متخصصین بهداشت روانی مورد استفاده قرار گیرد.

پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات درمانی آینده، گروه‌های دیگری با تعلیم روان‌شناختی، دارو درمانی و دارونما در کنار گروه آزمایش و کنترل گمارده شود، تا امکان مقایسه‌های بیشتر فراهم گردد.

قدردانی

از تمامی کارکنان مرکز آموزشی بهشت و خانواده‌های دانش‌آموزان، که در این پژوهش با ما همکاری کردند، سپاسگزاریم.

غیرمنطقی به مراجعان آموزش داده شده، عمیق‌تر و سنگین‌تر از آن بوده‌اند که طی مدت کوتاه در مراجعان باعث تغییر گردد. به عبارت ساده‌تر فرد باید این مطالب را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده، در مورد آن‌ها قضاوت کرده، آن‌ها را بپذیرد و در نهایت به آن‌ها عمل کند و این فرآیند نیازمند بازده زمانی طولانی است. همچنین بنا به نظریه ییس، زمانی که فرد به مدت طولانی بر اساس باورهای غیر منطقی خود عمل می‌کند، این باورها نسبتاً پایدار شده و به ویژه در موقعیت‌های فشارزا، به صورت اتوماتیک عمل می‌کنند و اجازه نمی‌دهند که فرد طبق باورهای منطقی تازه کسب شده عمل کند، بنابراین برای این‌که یک باور منطقی، جایگزین باورهای غیرمنطقی شود، نیاز به تمرین، ممارست و گذشت مدت زمان طولانی است (۲۸).

این مطالعه به بررسی تعدادی کمی از افراد پرداخته است و با توجه به کوچک بودن نمونه، تعمیم این نتایج به افراد جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

منابع

- 1-Sadock BG, Sadock VA. *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. 9 th ed. Philadelphia: Volkmar, Klin, Robert, Schultz & Matthew; 2009: 3540.
- 2-Malone CA. Observation on therole of family therapy in child psychiatric training. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1974; 13: 437-58.
- 3-Mohammadi-Zade A, Pooretamad H, Maleck-Khosravi G. The primary examination of effect of guided imagination by music on reduction of depression, anxiety, & stress in mothers with autistic children. *Journal of Research Family*. 2005; 3: 289-92.
- 4-Gray DE. High functioning autistic children and the construction of "normal family life". *Journal of Social & Medicine*. 1997; 44(8): 1097-106.
- 5-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.
- 6-Chime N, Pooretamad H, Khoram-Abadi R. Problems and needs of mothers with autistic children. *Journal of Research Family*. 2007; 3(3): 697-707.
- 7-Rafei T. *Autism: Evaluation & treatment*. Tehran: Danjeh; 2008: p. 187-92.
- 8-Turnball AP, Turnball HR. *Families, professional and exceptionality: A special partnership*. Columbus: Merrill; 1997.
- 9-Edhem D, Salem Safi P, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi M, Mozafari N, et al. The examination of mental health of students in medical sciences university of Ardebil. *Journal of Medical Sciences University of Ardebil*. 2007; 8(3): 229-34.
- 10-Smit TW, Zurawasky RM. Assessment of irrational believes the question of discriminant validity. *Journal of Clinical Psychology*. 1989; 39(4): 87-93.
- 11-Soudani M. Comparing effect of individual and group counseling by method of rational emotive behavior therapy on reduction of irrational believes in single and male students of education & basic sciences majors in Ahvaz (Dissertation). Tehran: Tarbiyat Moallem University; 1996.
- 12-Taghi poor M. The examination of comparing of irrational believes in psychosomatic disorders and normal individuals (Dissertation). Tehran: Allame Tabatabai University; 1998.

- 13-Howton K, Salkvskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behavioral therapy for psychiatric problems: A practice guide. Tehran: Argmand; 1989.
- 14-Sadock BG, Sadock VA. Comprehensive Text Book of Psychiatry. 9 th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.
- 15-Harris S, Dryden W. An Experimental Test Up a Core REBT Hypothesis. Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavioral Therapy. 2006; 24(2).
- 16-Wild J. Relationship between Cognitive Distortions and Anger. Journal of Rational Emotive Behavioral Therapists. 2004; 11(1).
- 17-Calvete E, Lolga C. Self-Talk in Adolescents: Dimensions, States of Mind, and Psychological Maladjustment. Journal of Cognitive Therapy and Research. 2002; 4(4): 473-92.
- 18-Lin L, 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. in press, 2010.
- 19-Dunn M, Burbine T, Bowers C, Tantleff- Dunn S. Moderators of stress in parents of children with autism. Journal of Community Mental Health. 2001; 37: 39-51.
- 20-Papageorgiou V, Kalyva E. Self- reported needs and expectations of parents of children with autism spectrum disorders who participate in support groups. Journal of Research in Autism Spectrum Disorders. 2010; 4: 653-60.
- 21-Mak WS, Kwok TY. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorders in Hong Kong. Journal of Social Science and Medicine. 2010 70: 2045-51.
- 22-Abbeduto L, Selter MM, Shattuk P, Krauss MW, Orsmond G, Murphy MM. Psychological well-being and coping in mothers of youth with autism, down syndrome, or fragile X syndrome. American Journal of Mental Retardation. 2004; 109: 237-54.
- 23-Fishman S, Wolf L, Ellison D, Gillis B, Freeman T, Szatmar P. Risk and protective factors affecting the adjustment of siblings of children with chronic disabilities. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996; 35: 1532-41.
- 24-Seltzer MM, Greenberg JS, Krauss MW. A comparison of coping strategies of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation. 1995; 10: 64-75.
- 25-Sharpely CF, Bitsika V, Efremidis B. Influences of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety and depression among parents of children with autism. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 1997; 22: 19-28.
- 26-Siklos S, Kerns KA. Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2006; 36: 921-33.
- 27-Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P. Parenting in families with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. Journal of Research in Autism Spectrum Disorders. 2010; 4: 661-9.
- 28-Curwen B, Palmer S, Ruddell P. Brief Cognitive behavioral therapy. London: Sage, 2000: 1-186.

The Effect of Supportive and Cognitive- Behavior Group Therapy on Mental Health and Irrational Believes of Mothers of Autistic Children

Forogh Riahi ^{1*}, Nilofar Khajeddin ¹, Sakineh Izadi Mazidi ², Tayebeh Eshrat ²,
Leila Naghdi Nasab ²

1-Assistant Professor of Psychiatry.
2-M.Sc. in Clinical Psychology.

1-Department of Psychiatry, Ahvaz
Jundishapur University of
Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
2-Department of Psychology, School
of Education and Psychology,
Shahid Chamran University of
Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
Forogh Riahi; Department of
Psychiatry, Golestan
Hospital, Ahvaz Jundishapur
University of Medical Sciences,
Ahvaz, Iran.
Tel: +989161112336
Email: riahi13@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Autistic disorder is one of the developmental pervasive disorders that is characterized with impairment in social interaction, delayed development in communication skills and restricted relational model. Due to various problems of these children, their families, especially their mothers are under stress. Therefore, family education such as training of coping strategies, problem solving and change of irrational believes is mandatory

This study is aimed to evaluate the effect of cognitive- behavior and supportive therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children.

Subjects and Methods: The sample of this research consists of twenty mothers of autistic children. Subjects were placed randomly in control and experimental groups. Measurements were mental health inventory and Jones irrational believes questionnaire. The Experimental group was participated in 10 sessions of group therapy.

Results: The result of covariance analysis showed that cognitive- behavior and supportive group therapy improved mental health scores of experimental group in post-test stage ($p < 0/001$). Scores of irrational believes were not significantly different.

Conclusion: Cognitive- behavior and supportive intervention could be effective in improving mental health of mothers of autistic children.

Sci Med J 2012;10(6):637-645

Keywords: Cognitive- behavior and supportive intervention, Mental health, Irrational believes.

Received: Sep 13, 2010

Revised: Oct 22, 2011

Accepted: Oct 25, 2011