اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ایران: مرور نظام‌مند

▫ **حامد احمدی***، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش‌کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
▫ **علی محمد فلاح**، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **حامد محمودیان ثانی**، کارشناسی آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه فرهنگیان (پردیس‌شهید باهنر)، اصفهان، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۳۰ ● تاریخ انتشار: مرداد و شهریور۱۴۰۱ ● نوع مقاله: مروری ● صفحات ۶۱ - ۷۴

چکیده

زمینه و هدف: به‌طور کلی سطح سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در قیاس با والدین کودکان عادی پایین‌تر است و از باورهای غیرمنطقی بیشتری استفاده می‌کنند. یکی از روش‌های پرکاربرد برای بهبود اکثر ویژگی‌های روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری است. این مطالعه با هدف برآورد تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم به روش مرور نظام‌مند انجام گرفت.

روش: در این مطالعه جستجو با استفاده از کلید واژه‌های معتبر در بانک‌های اطلاعاتی بدون محدودیت زمانی تا سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. در نهایت ۶ مقاله که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفتند. به‌منظور ارزیابی ناهمگنی مطالعات از آزمون Q و شاخص I2 استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Medcalc مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در ۶ مطالعه مورد تحلیل با حجم نمونه ۲۰۴ نفر، میانگین تفاوت استاندارد شده نمره سلامت روانی در گروه مداخله با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۱/۳۴۰ تا ۰/۴۲۷)، ۰/۸۸۳ واحد از گروه گواه بیشتر است. همچنین میانگین تفاوت استاندارد شده نمره باورهای غیرمنطقی در گروه مداخله با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۰/۲۷۳- تا ۰/۷۵۱)، ۰/۱۲۲ واحد بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان اُتیستیک مؤثر است ولی بر باورهای غیرمنطقی آنها تأثیری ندارد. لذا درمان شناختی رفتاری به‌عنوان روشی مؤثر و مکمل بر سلامت روان مادران کودکان اُتیستیک توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اُتیسم، باورهای غیرمنطقی، درمان شناختی رفتاری، سلامت روان، مادران کودکان اُتیستیک

* Email: Hamed.psychologist@gmail.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

مقدمه

اختلال طیف اُتیسم، یکی از اختلالات عصب رشدی است که با آسیب در تعاملات اجتماعی، رفتارها، علایق، حرکات کلیشه‌ای و تکراری شناخته می‌شود. اختلال طیف اُتیسم، به عنوان یک اختلال واحد، شامل اُتیسم، سندرم آسپرگر[1]، اختلال از هم‌گسیختگی کودکی و سایر اختلالات تکاملی تعیین‌نشده، تعریف شده است (۱). براساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا در سال ۲۰۱۴، میزان شیوع این اختلال یک فرد در ۶۸ نفر گزارش شده است (۲). گزارش‌ها حاکی از افزایش میزان شیوع اختلال طیف اُتیسم در ایران است. برای مثال، بزرگ‌نیا، ملک‌پور و عابدی شیوع اختلال طیف اُتیسم را در شهر اصفهان ۱۲/۱۵ و در شهرکرد ۹/۹۷ در هر ۱۰ هزار کودک برآورد کرده‌اند (۳). در اختلال طیف اُتیسم، فرد به سبب نقص در مهارت‌های اجتماعی و بهره هوشی پایین‌تر از متوسط و همچنین محدودیت‌های انطباقی، توانایی محدودی برای زندگی مستقل دارد، لذا در قیاس با دیگر ناتوانی‌ها، نیاز به مراقبت‌های بیشتری دارد (۴).

به‌طور کلی اختلال طیف اُتیسم، عملکرد فرد، مدرسه و خانواده را مختل می‌کند (۵). تولد هر کودک با نیازهای ویژه، مشکلات زیادی را برای والدین از جمله استرس و افسردگی به همراه دارد؛ نگرانی‌های مختلف از جمله ضرورت مداخلات شدید اولیه، انتخاب، هماهنگی و حمایت از درمان و مسائل مالی مربوط به آنها از یک سو (۶) و سطح نقص شناختی و ارتباطی، سلامت جسمی و نیازهای فرد، توانایی مستقل بودن و گرفتن پذیرش در جامعه از سوی دیگر (۷) ممکن است موجب افزایش اضطراب و استرس شود. مطالعات نشان می‌دهد که مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در قیاس با والدین کودکان عادی و والدین کودکانی که بیماری‌های مزمن دارند، استرس بالاتر و رضایت زناشویی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (۸). به‌دلیل مشکلات فراوان کودکان اُتیستیک، مادران آنها با هیجانات شدید، تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی روبه‌رو می‌شوند (۹). اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال طیف اُتیسم، دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می‌شوند. اکثر آنها مشکلات دیگری مانند برچسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکل‌گیری اختلال و تردید در تأثیر برنامه‌های آموزشی را گزارش می‌کنند، که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی می‌شود (۱۰). مادران این کودکان، به‌دلیل اینکه بیشترین وظایف مراقبتی و آموزشی را به عهده دارند، در رسیدن به خواسته‌ها و تمایلات خود در زمینه داشتن یک فرزند عادی ناکام مانده‌اند و شاهد محدودیت‌های روزافزون کودکشان می‌باشند (۱۱). همچنین باورها و عقاید والدین از عوامل و فاکتورهای مؤثر بر تعامل مناسب با کودکان اُتیستیک می‌باشد (۱۲).

بسیاری از مشکلات والدین این کودکان زاده‌ی باورهای غیرمنطقی[2] خود آنها می‌باشد (۱۳). باورهای غیرمنطقی براساس نظر الیس[3]، افکاری هستند که موجب بروز مشکلات روان‌شناختی می‌شوند (۱۴) و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر، تفسیر و معناداری به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. والدین این کودکان به‌خصوص مادران آنها انرژی روانی و مادی زیادی را صرف اجرای فرض و گمان‌ها و باورهای غیرمنطقی خود می‌کنند و در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش‌کودک، درمان و توان‌بخشی او می‌شد را از دست می‌دهند (۱۵). به‌طور کلی مادران کودکان اُتیستیک، اضطراب و افسردگی بالاتری دارند، علائم جسمانی بیشتری بروز می‌دهند، از عقاید و باورهای غیرمنطقی بیشتری استفاده می‌کنند و سطح سلامت روان آنها نسبت به جمعیت عمومی، پایین‌تر است (۱۶). هم اکنون درمان‌های دارویی همچون پالیپریدون، ریسپریدون و آرپیپیرازول برای کودکان با اختلال طیف اُتیسم تجویز می‌شود ولی از اثربخشی کافی برخوردار نیستند، به همین دلیل درمان‌های غیردارویی مورد توجه واقع شده‌اند (۱۷). لذا پرداختن به مشکلات سلامت روان مادران کودکان اُتیستیک به‌منظور اهداف درمانی و آموزشی و کاستن از مشکلات آنها ضروری به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر، برخی از عوامل و مداخلات روان‌شناختی به‌منظور بهبود این پیامدهای منفی پیشنهاد شده‌اند. در واقع، مراقبان با سطوح بالایی از حمایت اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه، ظرفیت تنظیم عاطفی بالا و انعطاف‌پذیری، شکایت‌های بهداشتی کمتری دارند (۱۸). در مطالعه نواک و همکاران[4] نیز که ۵۵ مطالعه را با موضوع تأثیر برنامه‌های آموزشی بر والدین کودکان اُتیستیک خلاصه کرده‌اند، نتایج نشان داد که این‌گونه برنامه‌ها منجر به تغییرات مثبت در

1. Asperger syndrome
2. Irrational beliefs
3. Ellis, A.
4. Novak& et al.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

مهارت‌های والدین و حتی مشکلات رفتاری کودکان اُتیستیک می‌شود (۱۹).

یکی از روش‌های پرکاربرد و اثربخش برای بهبود اکثر ویژگی‌های روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری است (۲۰). مداخلات برای افراد با اختلال طیف اُتیسم و خانواده‌های آنها، تحت سلطه مداخلات رفتاری و به‌ویژه شناختی است تا متناسب با مهارت‌های شناختی و تغییرات شناختی امکان کمک به آنها فراهم شود (۲۱). نتایج اخیر چندین مطالعه متاآنالیز اثربخشی این نوع مداخله را در مشکلات مختلف نشان دادند (۲۲). درمان شناختی رفتاری بر نوعی رفتار درمانی مبتنی است که در بطن موقعیت‌های روان درمانی سنتی به‌وجود آمده و نشان دهنده‌ی علاقه درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارها است. هدف این شیوه درمانی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای اشتباه و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (۲۳). این درمان، باورهایی که در مورد خود، جهان و آینده شکل می‌گیرد را، با تجارب قبلی مرتبط می‌داند و آنها را شکل دهنده ادراک و واکنش به آینده می‌پندارد (۲۴). این درمان به افراد در تشخیص خطاهای شناختی و چالش‌های همراه با آنها و آزمایش عملی محتوای افکار خود و دیگران کمک به‌سزایی می‌کند (۲۵). در دیدگاه شناختی‌رفتاری، درمان یک فرآیند پویا است و روان‌درمانی‌شناختی-رفتاری نیز یک روش روان‌درمانی مبتنی بر دو دیدگاه رفتاری و شناختی است. یعنی رفتار نامطلوب انسان و مشکلات روانی وی از یادگیری‌های غلط نشأت می‌گیرد (۲۶) و بر این نکته تأکید می‌شود که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند (۲۷). این شیوه درمانی تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای کمک به فرد برای این تغییرات، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می‌شود (۲۸). بهره گیری از درمان شناختی رفتاری موجب افزایش سلامت عمومی و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود (۲۹). برخی نتایج مطالعات نیز حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مؤثر است (۳۰). در مطالعه‌ای دیگر نیز، نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود نشانه‌های جسمانی، سطوح پایین‌تر افسردگی و حالت‌های خلق بهبود یافته در مراقبت کنندگان کودکان با اختلال طیف اُتیسم می‌شود(۱۶).

اگرچه عواقب منفی مراقبت از افراد با اختلال طیف اُتیسم به‌طور گسترده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است، ولی مطالعات کمی اثربخشی مداخلات روان شناختی را برکاهش شکایات و سلامت این جمعیت ارزیابی کرده‌اند (۳۱). لذا با توجه به اینکه مطالعات مختلف نتایج متفاوتی به‌دست داده‌اند، و نیز با توجه به اینکه تاکنون مرور نظام‌مند و فراتحلیل[1] بر روی آنها انجام نشده است، لزوم انجام یک پژوهش فراتحلیل ضروری به‌نظر می‌رسد. بررسی‌های فراتحلیلی ضمن بازنگری پژوهش‌های پیشین، نتایج آنها را ترکیب می‌کند، به برآورد دقیق‌تر و نتایج واحدی می‌انجامد. فراتحلیل به حل تناقض‌ها در پژوهش‌های روان‌شناختی و تربیتی و دیگر علوم رفتاری و رسیدن به نتایج دقیق‌تر کمک می‌کند (۳۲). بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران با کودکان اُتیستیک به روش فراتحلیل بوده است.

روش بررسی

پروتکل مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه فراتحلیل از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ایران می‌باشد. این مطالعه بر اساس دستورالعمل پریزما[2] مخصوص مطالعات مروری و فراتحلیل نگارش شده است (۳۳).

راهبرد جستجو

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران با کودکان اُتیستیک به روش فراتحلیل در ایران انجام گرفته است. اسناد مرورشده حاصل جستجو در اینترنت و جستجوی دستی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پایان‌نامه‌ها، مقاله‌های علمی پژوهشی، کنگره‌ها و همایش‌ها در حوزه روان‌شناسی بدون محدودیت زمانی تا سال ۱۴۰۰ بوده است. به‌منظور جستجو در اسناد و مقالات داخلی، پایگاه‌های اطلاعاتی مگ ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پرتال جامع علوم انسانی، علم‌نت و ایران داک

1. Systematic review and meta-analysis

2. PRISMA

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین به‌منظور جستجو در منابع خارجی، پایگاه‌های اطلاعاتی ساینس دایرکت[1]، آی‌اس‌آی[2]، پاب‌مد[3]، گوگل‌اسکالر[4] و اسکوپوس[5] مورد تحلیل قرار گرفتند. برای جستجو در پایگاه‌های داخلی و خارجی کلیدواژه‌های اُتیسم، اختلال طیف اُتیسم، آسپرگر، سلامت روان، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم، درمان شناختی رفتاری، باورهای غیرمنطقی و ایران مورد استفاده قرار گرفتند. جستجو در منابع داخلی به‌دلیل اینکه برخی پایگاه‌ها، به عمل‌گرهای جستجو مانند (و) و (یا) حساسیت نشان ندادند، از طریق جستجوی کلیدواژه‌های سلامت روان، عقاید و باورهای غیرمنطقی، درمان شناختی رفتاری، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم انجام شد تا حساسیت بالایی را نشان دهد. لازم به ذکر است که برای یافتن مطالعات مرتبط، علاوه بر مطالعات گزینش شده، فهرست منابع آنها نیز مورد غربالگری قرار گرفتند.

■ انتخاب مطالعات

در ابتدا فهرستی از عناوین و چکیده مقالات جستجو شده تهیه شد. سپس مطالعات با عناوین غیرمرتبط حذف شدند و در ادامه چکیده مطالعات برای یافتن مطالعات مناسب بررسی شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱- هدف پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی در مادران با کودکان اُتیسم باشد و در قالب یک پژوهش گروهی صورت گرفته باشد (موردی و منفرد نباشد)؛ ۲- در گزارش مطالعه اطلاعاتی مانند روش پژوهش، جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری، روش تحلیل آماری ارائه شده باشد؛ ۳- پژوهش‌ها بایستی داده‌های کافی را برای محاسبه اندازه اثر گزارش کرده باشند؛ ۴- پژوهش‌ها بایستی به‌صورت کامل چاپ شده و قابل دسترس باشند؛ ۵- مطالعاتی که به درمان سلامت روان و باورهای غیرمنطقی فقط از طریق رفتاری و شناختی به‌طور هم‌زمان پرداخته بودند. ۶- مطالعات باید در کشور ایران صورت گرفته باشد. لازم به ذکر است به‌منظور افزایش حساسیت انتخاب پژوهش‌ها از حداقل معیارهای ورود استفاده شده است ولی به‌منظور انتخاب مطالعات مرتبط و با کیفیت، معیارهای خروج بدین شرح برگزیده شد: ۱- مطالعاتی که اطلاعات کافی را نداشتند ۲- کیفیت پایین مطالعات با استفاده از چک لیست استروب ارزیابی شد (۳۴). این چک لیست دارای ۲۲ بخش است که قسمت‌های مختلف یک گزارش را پوشش می‌دهد. به هر بخش یک امتیاز و به برخی از بخش‌های دیگر که در این مطالعه مهم‌تر بوده، امتیاز بیشتر داده شده است. نمره دهی این چک لیست از صفر تا ۴۴ می‌باشد و مطالعاتی که نمره لازم را نگرفتند، حذف شدند.

■ استخراج داده‌ها

به‌منظور کاهش سوگرایی گزارش‌ها و خطا در جمع‌آوری داده‌ها، نویسنده اول و دوم به‌صورت مستقل، از طریق چک لیست تحلیل محتوا داده‌های حاصل از مطالعات را جمع آوری کردند. داده‌های استخراج شده شامل آیتم‌هایی مانند نام نویسنده، سال انتشار، نمونه و جامعه آماری، تعداد جلسات، سن مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم، مکان انجام مطالعه، ابزار مورد استفاده، میانگین و انحراف معیار قبل و بعد از درمان شناختی رفتاری در گروه آزمایشی و کنترل، تعداد جلسات درمان، و نتایج مطالعات بوده است. در نهایت، پس از جمع آوری داده‌ها توسط هر یک از نویسنده‌ها و مقایسه اطلاعات آنها، داده‌ها با اطمینان از صحت آنها استخراج شدند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش عبارت‌اند از: **پرسشنامه سلامت عمومی:** این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط (گلدبرگ و هیلر[7]) به‌منظور غربالگری اختلال روان‌شناختی غیرسایکوتیک ارائه شده، دارای ۲۸ سؤال و ۴ مقیاس فرعی شامل نشانه‌های جسمی، کارکرد اجتماعی، افسردگی و وضعیت سلامت روانی است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد (۳۵). **پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز[8]:** این پرسشنامه را جونز براساس نظریه آلبرت الیس در سال ۱۹۶۸ تهیه کرده و انواع باورهای غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد که از ۱۰ مقیاس تشکیل شده و هر مقیاس دارای ۱۰ سؤال است (۳۶).

■ تحلیل آماری

نتایج مطالعات مورد بررسی با توجه به تعداد نمونه، میانگین و انحراف معیار با هم ترکیب شدند. به‌منظور ارزیابی ناهمگنی مطالعات از آزمون Q و شاخص I^2 استفاده شد. با توجه

1. Science Direct
2. ISI
3. PubMed
4. Google scholar
5. Scopus
6. STROBE
7. Goldberg/ Hiller

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

به وجود ناهمگنی در مطالعات از مدل اثرات تصادفی[1] برای ترکیب نمودن نتایج مطالعات استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار مدکلک[2] تجزیه و تحلیل شدند.

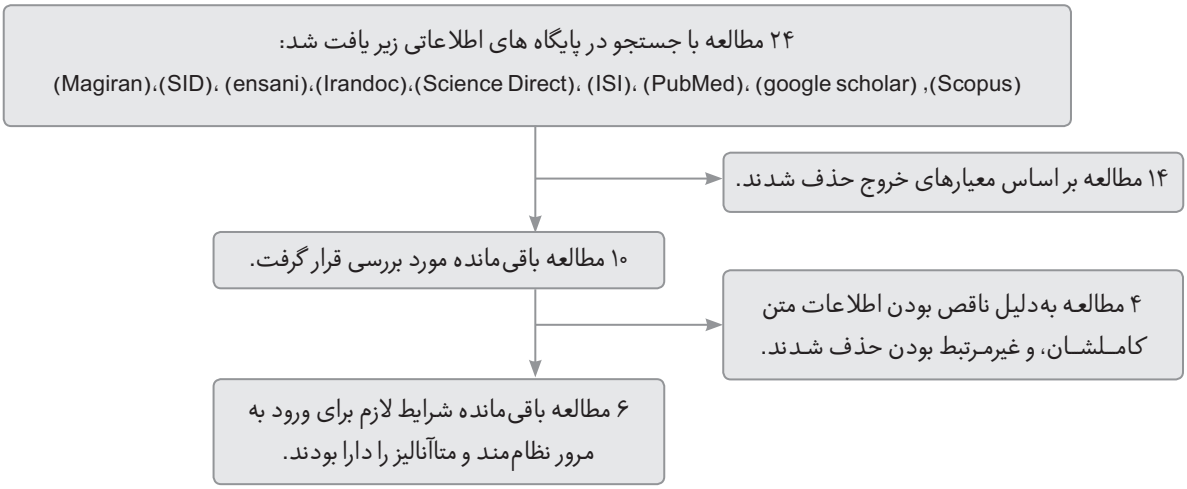
یافته‌ها

خلاصه نحوه ورود مطالعات به متاآنالیز

پس از جستجوی اولیه، تعداد ۲۴ مقاله یافت شد. سپس با بررسی عنوان و چکیده مقالات، ۱۴ مقاله حذف شد. در ادامه، با مطالعه متن کامل مقالات باقی‌مانده، ۴ مقاله دیگر نیز به‌دلیل غیرمرتبط بودن، حذف شدند. در مجموع ۶ مطالعه که ملاک‌های ورود مذکور را داشتند، انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفتند (شکل ۱).

ویژگی‌های مطالعات و مداخله

در ۶ مطالعه انجام گرفته در ایران با حجم نمونه ۲۰۴ نفر که طی سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۱ انجام گرفتند، میانگین سن مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم شرکت‌کننده در مطالعات ۳۴/۹۱ بوده است. شرکت کنندگان در مطالعات مورد بررسی توسط روان‌پزشکان مورد مصاحبه بالینی بر اساس دی اس ام[3] قرار گرفتند و مادرانی که اختلال روان‌پزشکی شدید و یا سایکوز طبق معیارهای دی اس‌ام نداشتند، وارد مطالعه شدند. در ۵ مطالعه طی ۱۰ جلسه و یک مطالعه نیز طی ۷ جلسه درمان شناختی رفتاری توسط روان‌شناسان و یا درمانگران در مراکز بالینی به گروه آزمایشی آموزش داده شد. مدت زمان مداخلات انجام گرفته از ۸ هفته تا ۳ ماه متغیر بود. طول مدت جلسات بین ۷۵ دقیقه تا ۹۰ دقیقه و ساعات آموزش کامل نیز از ۹ ساعت تا ۱۵ ساعت متغیر بود. هیچکدام از مطالعات مورد بررسی نیز پیگیری آموزش را گزارش نکرد. هر مداخله ترکیبی منحصر به‌فرد از مؤلفه‌هایی مانند آموزش هیجان منفی و آموزش باورهای غیرمنطقی (۵ مطالعه)، آموزش تکالیف شادی آور (۴ مطالعه)، آموزش آرمیدگی (۴ مطالعه)، آموزش همتا کردن خطاهای شناختی با افکار خودکار (۵ مطالعه)، آموزش روانی در مورد اختلال طیف اُتیسم (۶ مطالعه)، بازسازی شناختی (۶ مطالعه)، اهمیت عزت نفس (۴ مطالعه) و تکنیک حل مسئله (۶ مطالعه)، را شامل می‌شد. مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم علاوه بر حضور در جلسات مداخله، تکالیفی نیز جهت تسلط بر مهارت‌های آموخته شده را در منزل انجام دادند. همه‌ی مطالعات ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه شرکت کنندگان و رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری را رعایت کردند. خلاصه مطالعات مورد بررسی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در جدول (۱) آورده شده است.



شکل ۱: مراحل ورود مطالعات به مرور نظام‌مند و متاآنالیز

1. Random effect model
2. Medcalc
3. DSM

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

تحلیل آماری

خصوصیات اولیه مطالعات براساس درمان شناختی رفتاری برای سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در جدول شماره (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱) مشخصات مطالعات مورد بررسی در ارتباط با اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان اُتیستیک

مطالعه	عنوان	نمونه	جلسه	مکان	سن مادران کودکان اتیسم	ابزار	میانگین و انحراف معیار سلامت روان		میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی	
							قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
ریاحی و همکاران (۱۰)	بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم	۲۰	۱۰	اهواز	۳۰-۴۲	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	۳۰/۲۳ ۲/۱۷	۲۵/۱۸ ۲/۸۹	۳۲۱/۵۷ ۳۸/۱۸	۳۰۹/۱۶ ۳۱/۴۳
پودینه صبور (۳۷)	بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی -رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیر منطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم	۶۰	۱۰	زاهدان	۲۵-۴۵	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	۳۱/۴۳ ۹/۴۲	۲۰/۱۶ ۷/۵۱	۳۲۳/۵۴ ۲۱/۹۰	۳۱۸/۱۶ ۲۲/۵۸
مامی و امیریان (۳۸)	بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با ختلال طیف اُتیسم در شهر ایلام	۴۰	۱۰	ایلام	۲۵-۴۵	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	۳۱/۴۳ ۹/۴۲	۲۰/۱۶ ۷/۵۱	۳۲۳/۵۴ ۲۱/۹۰	۳۱۸/۱۶ ۲۲/۵۸

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

مطالعه	عنوان	نمونه	جلسه	مکان	سن مادران کودکان اتیسم	ابزار	میانگین و انحراف معیار سلامت روان		میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی	
							قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
دهقانی (۳۹)	بررسی اثربخشی درمان CBT بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم	۳۰	۱۰	بوشهر	۲۲-۵۱	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	۲۷/۲۱ ۷/۳۲	۳۱/۸۰ ۹/۴۰	۳۰۲/۹۹ ۳۷/۰۶	۳۰۸/۷۰ ۲۵/۱۴
معتمدی‌نیا (۴۰)	بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم	۳۰	۱۰	تهران	۲۵-۴۵	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT-J)	۳۶/۰۶ ۱۰/۹۲	۲۲/۱۳ ۵/۲۸	۲۹۸/۸۴ ۳۵/۳۰	۱۹۹/۴۵ ۲۰/۶۴
حقانی نیا و همکاران (۴۱)	بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران دارای کودک اُتیستیک ۱۴- ۳ ساله شهرستان بجنورد	۲۴	۷	بجنورد	۲۵-۴۰	پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)	۵۹/۲۶ ۹/۱۹	۶۷/۸۶ ۸/۲۲	-	-

اثربخشی مداخله شناختی رفتاری

میانگین تفاوت استاندارد شده نمره سلامت روانی در گروه مداخله با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۱/۳۴۰ تا ۰/۴۲۷) ۰/۸۸۳ واحد از گروه گواه بیشتر است (جدول۲). با مقایسه نمرات بعد از مداخله سلامت عمومی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ۲ گروه گواه و آزمایشی مشخص شد که، اندازه اثر برابر با ۰/۸۸۳ بوده است، یعنی بهبود سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در گروه آزمایشی بعد از مداخله به میزان ۰/۸۸۳ بیشتر از مادران گروه گواه بود و این مسئله بیانگر اثربخشی نیرومند مداخله شناختی رفتاری در بهبود سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ایران می‌باشد و از نظر آماری معنادار است.

همچنین میانگین تفاوت استاندارد شده نمره باورهای غیرمنطقی در گروه مداخله با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۰/۲۷۳- تا ۰/۷۵۱) ۰/۱۲۲ واحد بوده است (جدول۲). با مقایسه نمرات بعد از مداخله باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ۲ گروه گواه و آزمایشی، اختلاف معناداری بین نمرات پس از مداخله، در ۲ گروه دیده نشد. این مسئله بیانگر عدم تأثیر درمان شناختی رفتاری در بهبود باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم در ایران می‌باشد. نتایج فراتحلیل درمان شناختی رفتاری برای سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم به تفکیک اندازه اثر هر مطالعه و ترکیب اندازه اثر کل مطالعات در جدول (۲) آمده است.

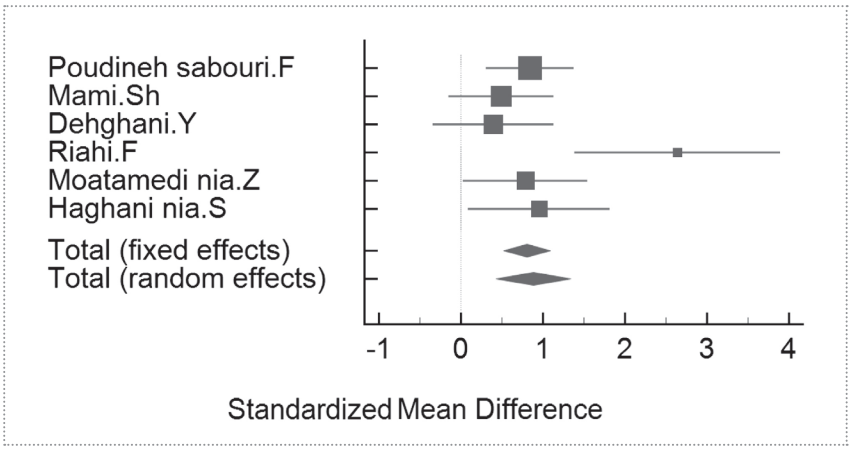
[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

جدول ۲) نتایج فراتحلیل درمان شناختی رفتاری برای سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم با ترکیب و تفکیک اندازه اثر هر مطالعه

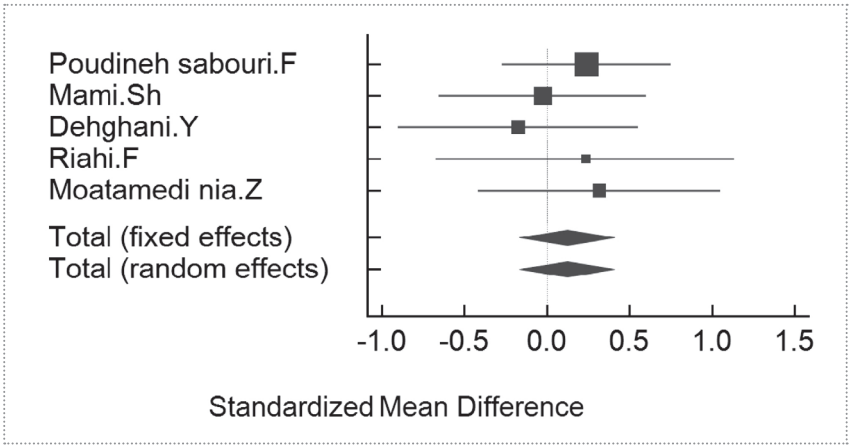
مطالعه	نمونه		اندازه اثر		فاصله اطمینان ۹۵ درصدی		آزمون همگنی					
							سلامت روان			باورهای غیرمنطقی		
	سلامت روان	باورهای غیرمنطقی	سلامت روان	باورهای غیرمنطقی	سلامت روان	باورهای غیرمنطقی	I^2	DF	Q	I^2	DF	Q
پودینه صبور	۶۰	۶۰	۰/۲۳۹	۰/۸۴۲	-۰/۲۷۳ تا ۰/۷۵۱	۰/۳۰۹ تا ۱/۳۷۵	۴۹/۰۲٪	۴	۱/۴۹۶۲	۴۴/۰۸٪	۵	۱۱/۸۸۱۹
مامی	۴۰	۴۰	۰/۰۲۷۳	۰/۴۹۱	۰/۶۵۵ تا ۰/۶۰۰	-۰/۱۴۶ تا ۱/۱۲۸						
دهقانی	۳۰	۳۰	-۰/۱۷۵	۰/۳۹۴	۰/۹۰۵ تا ۰/۵۵۴	-۰/۳۴۱ تا ۱/۱۲۹						
ریاحی	۲۰	۲۰	۰/۲۳۰	۲/۶۴۲	-۰/۶۷۳ تا ۱/۱۳۳	۱/۳۸۵ تا ۳/۸۹۹						
معتمدی نیا	۳۰	۳۰	۰/۳۱۶	۰/۷۸۶	-۰/۴۱۷ تا ۱/۰۴۸	۰/۰۲۹۳ تا ۱/۵۴۳						
حقانی نیا	-	۲۴	-	۰/۹۵۲	۰/۱۶۷ تا ۰/۴۱۰	۰/۰۸۶۶ تا ۱/۸۱۸						
اثر ثابت	۱۸۰	۲۰۴	۰/۱۲۲	۰/۸۰۵	-۰/۱۶۷ تا ۰/۴۱۰	۰/۵۲۰ تا ۱/۰۹۰						
اثر تصادفی	۱۸۰	۲۰۴	۰/۱۲۲	۰/۸۸۳	-۰/۲۷۳ تا ۰/۷۵۱	۰/۴۲۷ تا ۱/۳۴۰						

دو متغیر سلامت روان (۶ مطالعه) و باورهای غیرمنطقی (۵ مطالعه) در مطالعات گزینش شده قبل و پس از مداخله اندازه‌گیری شدند. با توجه به ناهمگنی مطالعات، فاصله اطمینان برای هر مطالعه براساس مدل اثرات تصادفی، در گروه گواه و آزمایشی هر کدام از متغیرها (سلامت روان و باورهای غیرمنطقی) در نمودار ۱ و ۲ آورده شده است.

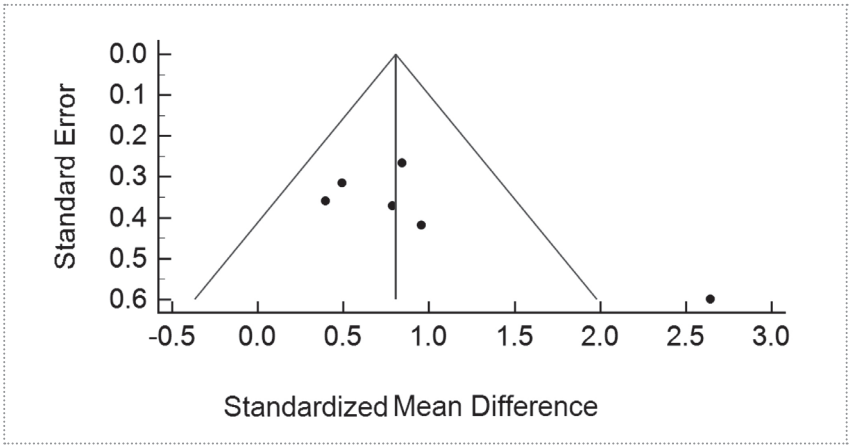
[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]



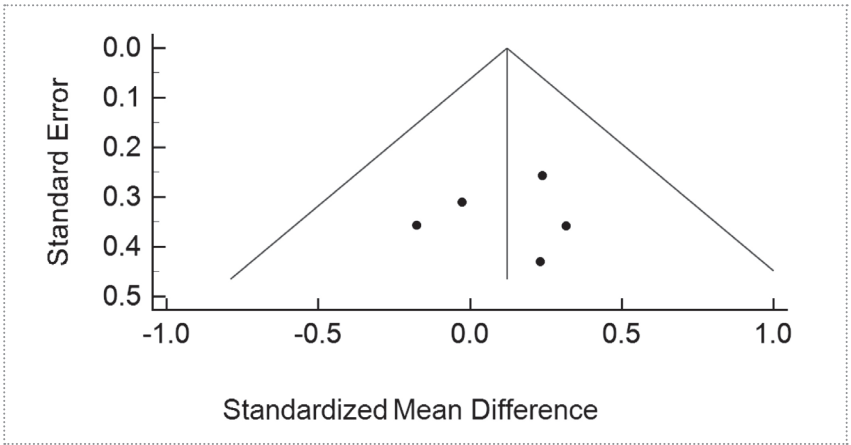
نمودار ۱) مقایسه میانگین نمره سلامت روان بعد از مداخله در دو گروه گواه و آزمایشی، با فاصله اطمینان ۹۵٪ بر حسب نام نویسنده اول. نقطه وسط هر پاره خط، اثربخشی هر مطالعه را نشان می‌دهد. شکل لوزی نیز میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری در سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم را برای کل مطالعات نشان می‌دهد.



نمودار ۲) مقایسه میانگین نمره باورهای غیرمنطقی بعد از مداخله دو گروه گواه و آزمایشی، با فاصله اطمینان ۹۵٪ بر حسب نام نویسنده اول و براساس مدل اثرات تصادفی. نقطه وسط هر پاره خط، اثربخشی هر مطالعه را نشان می‌دهد. شکل لوزی نیز میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم را برای کل مطالعات نشان می‌دهد.



شکل ۲) نمودار قیفی مرتبط با سوگیری انتشار در ۶ مطالعه



شکل ۳) نمودار قیفی مرتبط با سوگیری انتشار در ۵ مطالعه

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

بحث

فراتحـلیل به مـجموعه فنون آماری اطلاق می‌شـود که با هدف یکپارچه سازی نتایج پژوهش‌های مستقل انجام می‌گیرد. با استفاده از روش فراتحلیل می‌توان نتایج مطالعات را با یکدیگر ترکیب کرد و روابط تازه‌ای میان پدیده‌های اجتماعی کشف کرد (۴۲). نتایج حاصـل از مـطالعات فـراتحلیلی در جـوامعی مـانند جامعه ایران که گوناگونی بیشتری را از لحاظ فرهنگی و اجتماعی دارد، مهم‌تر است؛ چرا که این گوناگونی، تفاوت‌های بیشتری را به همراه دارد و لزوم به‌دست آوردن اطلاعات متعدد از نمونه‌های مختلف این جامعه احساس می‌شود. در نتیجه با یکپارچه کردن اطلاعات حاصل از انجام پژوهش‌های فراتحلیلی، می‌توان شباهت‌ها را به‌دست آورد و با تفاوت‌ها به‌شکل مناسبی برخورد کرد.

پژهش حاضر نیز با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران با کودکان اُتیستیک به روش فراتحلیل انجام گرفت. نتایج انجام فراتحلیل نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان مادران با کودکان اُتیستیـک مـؤثر بوده است. نتایـج پژوهـش حاضر با نتایج مطالعات آلیک و همکاران[1](۴۳)، لین[2](۴۴)، آرچ و همکاران[3](۴۵)، و لازانو و همکاران[4](۴۶)، رویز و همکاران[5](۱۶)، کارپنتر و همکاران[6](۴۷)، آنگ و همکاران[7](۴۸)، لی و همکاران[8] (۴۹)، و واسا و همکاران[9] (۵۰) همسو است.

در تبیین یافته مطالعه حاضر می‌توان گفت که مطالعات مورد استفاده در این فراتحلیل، با ترکیب دو روش شناختی و رفتاری در قالب یک برنامه یکپارچه، کارایی مداخلات را افزایش داده و موجب بهبود سلامت روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم شده است. مداخله، آموزش و حمایت اجتماعی، ارتباط بین تنش‌های روانی و استرس والدگری، در مادران با کودکان با اختلال طیف اُتیسم را میانجیگری و تعدیل می‌کند، در کنترل خشم و اضطراب و کمک به فرد جهت غلبه بر افسردگی مؤثر است (۱۸). همچنین آموزش و حمایت مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم نقش تعیین کننده‌ای در بهزیستی آنها دارد (۴۴). از آنجایی که مادران کودکان اُتیستیک نسبت به پدران آنها و سایر اعضای خانواده در معرض آسیب‌ها و خطرات بیشتری هستند و با افزایش میزان نگرش‌های منفی نسبت به خود و دیگران و دور شدن از آرزوها و فعالیت‌های رایج اجتماعی، فشار مضاعفی را تحمل می‌کنند، در نتیجه سلامت عمومی و روانی آنها به مخاطره می‌افتد. درمان شناختی رفتاری شامل فنون درمانی به‌منظور تغییر اشتباهات و سوگیری‌های شناختی می‌باشد و چون مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم نیز در این حیطه دچار آسیب هستند، لذا این درمان به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر و مفید توصیه می‌شود. با توجه به اینکه شناخت‌های والدگری والدین دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسم با مادران کودکان عادی کاملاً متفاوت است، اما این تفاوت در مورد نحوه والدگری مادران کودکان اُتیستیک و خواهر و برادرهای به‌هنجار آنها مشهود نیست، لذا ضرورت دارد که شناخت مادران کودکان اُتیستیک را به‌طور کلی در ارتباط با همه فرزندان مورد مطالعه قرار داد و آنها را نسبت به ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی فرزندان آگاه ساخت (۴۷). با توجه به این نکته که این اختلال طیف وسیعی از مشکلات و محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و رفاهی و اثرات سوء بر خانواده به‌ویژه مادران می‌گذارد، فعالیت‌های شناختی، نگرش و امیدواری مادران نسبت به زندگی را تغییر می‌دهد و با چالش روبه‌رو می‌کند. درمان شناختی رفتاری به مادران کمک می‌کند تا با استفاده از بازسازی شناختی افکار خود، نسبت به اصلاح آنها اقدام کنند. این درمان به‌وسیله تکنیک‌های حل مسئله، به مادران کودکان اُتیستیک کمک می‌کند تا به‌جای واکنش‌های هیجانی و غیرارادی، به‌صورت آگاهانه واکنش نشان دهند و به‌صورت کارآمد با اطرافیان به‌ویژه کودکان خود ارتباط برقرار کنند.

مداخلات شناختی رفتاری با آموزش عزت‌نفس و روش‌های افـزایش عـزت‌نفـس، مـوجب تغییرات مـثبت و اثربخـش در توانایی‌های آنان می‌شود و در نتیجه با محبت و عاطفه بیشتری با کودکان خود ارتباط برقرار می‌کنند که این مسئله می‌تواند به کاهش دو طرفه مشکلات مادر و کودک کمک به‌سزایی کند. لازم به ذکر است که این مداخله موجب بهبود وابستگی کودک و آگاهی مادران به شرایط خود از طریق ارتباط با دیگران، می‌شود. درمان شناختی رفتاری موجب می‌شود تا والدین به‌ویژه مادران با رفتار خود در کنش‌های عاطفی با

1. Allik & et al.
2. Lin LY
3. Arch, J & et al.
4. Lazcano, F & et al.
5. Ruiz-Robledillo, N & et al.
6. Carpenter & et al.
7. Ung & et al.
8. Li & et al.
9. Vasa & et al.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

فرزندانشان، تأثیرات مثبت بر ذهن آنها ایجاد کنند و حتی به آنان کمک خواهد تا با همسالان ارتباط مسالمت آمیز برقرار کنند که این امر می‌تواند یکی از عمده‌ترین چالش‌های این کودکان یعنی ارتباط را حل و فصل کند. والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسم به هنگام روبه‌رو شدن با شرایط استرس‌زا به‌دنبال منابع حمایتی جهت انطباق با آن شرایط هستند. لذا آموزش تکالیف شادی آور و تکنیک‌های روانی مانند آرمیدگی و بروز احساسات، به آنها کمک خواهد کرد تا با مشکلات کودکان خود به نحو مناسبی برخورد کنند و در نتیجه باعث افزایش سلامت روان آنها گردد.

نتایج فراتحلیل پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری تأثیر معناداری بر باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم ندارد. در تحلیل این یافته می‌توان گفت که مطالبی که در بخش باورهای غیرمنطقی مداخله شناختی رفتاری به مراجعان آموزش داده شد، عمیق‌تر و سنگین‌تر از آن بوده است که طی مدت کوتاه در مراجعان موجب تغییر شود. 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. همچنین براساس نظریه الیس، زمانی که فرد به‌مدت طولانی براساس شناخت ضعیف و باورهای غیرمنطقی خود عمل کند، این شناخت و باورها نسبتاً پایدار شده و به‌ویژه در موقعیت‌های فشارزا به‌صورت خودکار عمل می‌کنند و به فرد اجازه نمی‌دهند طبق باورهای منطقی تازه کسب شده عمل کند. لذا برای اینکه یک باور منطقی، جایگزین باورهای غیرمنطقی شود، نیاز به تمرین و گذشت زمان طولانی است (۵۱).

با توجه به نقش اساسی مادران در تربیت و پرورش نسل‌های آینده، کاهش عواقب و اثرات آسیب رسان فشارهای روانی ناشی از وجود کودک اُتیستیک و به دنبال آن افکار خودآیند منفی، از جنبه‌های مهم ارتقاء سلامت روان فرد و جامعه محسوب می‌شود. بنابراین به‌منظور کمک به مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم درمان شناختی رفتاری از طریق درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله‌ای با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود که پیامد این مهارت‌ها، بهبود سلامت روان فرد می‌باشد. به‌عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه بتواند افکار و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم، تکالیف رفتاری و تاکتیک‌های شناختی رفتاری به مدت طولانی استفاده می‌کند. در واقع با کمک به بهبود سلامت روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم، بستر مناسبی برای رشد آنها در زمینه‌های مختلف مانند روابط بین فردی مؤثر و رضایت‌مندی از زندگی فراهم می‌شود. از محدودیت‌های انجام این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به منابع و مطالعات و جامعه آماری محدود و همچنین عدم پیگیری اثرگذاری برنامه، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم مؤثر است. این برنامه برای طیف وسیعی از مشکلات مادران کودکان اُتیستیک از طریق آموزش هیجان منفی، آموزش باورهای غیرمنطقی، آموزش تکالیف شادی آور، آموزش آرمیدگی، آموزش همتا کردن خطاهای شناختی با افکار خودکار، آموزش روانی در مورد اختلال طیف اُتیسم، بازسازی شناختی، اهمیت عزت نفس و تکنیک حل مسئله توصیه می‌شود. این درمان به‌وسیله بازسازی شناختی و بازخورد مناسب به مادران کودکان اُتیستیک کمک می‌کند تا با فرزندان خود به شیوه مؤثر و کارآمدی ارتباط برقرار کنند. در مجموع، می‌توان از درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر و مکمل در کنار سایر مداخلات استفاده کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که این مداخله به‌صورت تخصصی و با حضور افراد آشنا با این مداخله، برای مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم اجرا و پیگیری شود.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

References

1. Diagnostic A. statistical manual of mental disorders: DSM-5 (ed.) American Psychiatric Association. Washington, DC. 2013.
2. Control CfD, Prevention. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Prevalence of autism spectrum disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ. 2014;63(2): 1-21.
3. Bozorgnia A, Malekpour M, Abedi A, editors. Prevalence of autism in children 6 to 12 years old Shhrkrd 2009-2010. Regional Conference on Child and Adolescent Psychology; 2011.
4. Autism, Investigators DDMNSYP. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries. 2014;63(2): 1-21.
5. Sukhodolsky DG, Scahill L, Gadow KD, Arnold LE, Aman MG, McDougle CJ, et al. Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. Journal of abnormal child psychology. 2008;36(1): 117-28.
6. Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Sturmey P. A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. 2011;5(1): 60-9.
7. Ogston PL, Mackintosh VH, Myers BJ. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. Research in Autism Spectrum Disorders. 2011;5(4): 1378-84.
8. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. Journal of Intellectual Disability Research. 2010;54(3): 266-80.
9. Adler K, Salanterä S, Leino-Kilpi H, Grädel B. An integrated literature review of the knowledge needs of parents with children with special health care needs and of instruments to assess these needs. Infants & Young Children. 2015;28(1): 46-71.
10. 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. 2012;10(6): 637-45.
11. Smith LE, Hong J, Seltzer MM, Greenberg JS, Almeida DM, Bishop SL. Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders. 2010;40(2): 167-78.
12. Suckling J. Structural Abnormalities in Autism Spectrum Disorder. 2015.
13. Durrleman S, Franck J. Exploring links between language and cognition in autism spectrum disorders: Complement sentences, false belief, and executive functioning. Journal of communication disorders. 2015;54: 15-31.
14. Afshahr S. Comparison of the spiritual health and irrational beliefs of male and female undergraduate, masters and PhD students in Kashan. Res Relig Health. 2016;2(3): 25-34.
15. Girli A, Tekin D. Investigating false belief levels of typically developed children and children with autism. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;2(2): 1944-50.
16. Ruiz-Robledillo N, De Andrés-García S, Pérez-Blasco J, González-Bono E, Moya-Albiol L. Highly resilient coping entails better perceived health, high social support and low morning cortisol levels in parents of children with autism spectrum disorder. Research in Developmental Disabilities. 2014;35(3): 686-95.
17. McPheeters ML, Warren Z, Sathe N, Bruzek JL, Krishnaswami S, Jerome RN, et al. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2011;127(5): e1312-e21.
18. Lai WW, Oei TPS. Coping in parents and caregivers of children with autism spectrum disorders (ASD): A review. Review Journal of Autism and Developmental Disorders. 2014;1(3): 207-24.
19. Nowak C, Heinrichs N. A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. Clinical child and family psychology review. 2008;11(3): 114-44.
20. Hoying J, Melnyk BM, Arcoleo K. Effects of the COPE cognitive behavioral skills building TEEN program on the healthy lifestyle behaviors and mental health of Appalachian early adolescents. Journal of Pediatric Health Care. 2016;30(1): 65-72.
21. Duffy C, Healy O. Spontaneous communication in autism spectrum disorder: A review of topographies and interventions. Research in autism spectrum disorders. 2011;5(3): 977-83.
22. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognitive therapy and research. 2012;36(5): 427-40.
23. Granero R, Fernández-Aranda F, Mestre-Bach G, Steward T, Baño M, Agüera Z, et al. Cognitive

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. European Psychiatry. 2017;39: 57-65.
24. Wu SS, Schoenfelder E, Hsiao RC-J. Cognitive behavioral therapy and motivational enhancement therapy. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2016;25(4): 629-43.
25. Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. Journal of consulting and clinical psychology. 2019;87(12): 1093.
26. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. Addictive behaviors. 2008;33(5): 675-88.
27. Lipka J, Hoffmann M, Miltner WH, Straube T. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain responses to subliminal and supraliminal threat and their functional significance in specific phobia. Biological psychiatry. 2014;76(11): 869-77.
28. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJ. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. Journal of anxiety disorders. 2008; 22(1): 108-16.
29. Ayers JW, Nobles AL, Dredze M. Media trends for the substance abuse and mental health services administration 800-662-HELP addiction treatment referral services after a celebrity overdose. JAMA Internal Medicine. 2019;179(3): 441-2.
30. Hassan SA. Efficacy of group cognitive behavioral therapy on depression among Muslim parents of autistic children in Jordan. Australian Journal of Basic and Applied Sciences. 2011;5(12): 827-32.
31. Sorrell JM. Moving beyond caregiver burden: identifying helpful interventions for family caregivers. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2014;52(3): 15-8.
32. Faizy A, Mesrabadi J, Mohamadian K, Agh Atabay A. Meta-analysis of the relationship between psychosocial indexes with mental health. ISMJ. 2015;18(4): 786-99.
33. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic reviews. 2015;4(1): 1-9.
34. Häussler B, Gothe H, Göl D, Glaeske G, Pientka L, Felsenberg D. Epidemiology, treatment and costs of osteoporosis in Germany—the BoneEVA Study. Osteoporosis International. 2007;18(1): 77-84.
35. Hobi V, Gerhard U, Gutzwiller F. A report on experiences using Goldberg's GHQ (General Health Questionnaire). Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis= Revue suisse de medecine Praxis. 1989;78(9): 219-25.
36. Jones RG. A FACTORED MEASURE OF ELLIS'IRRATIONAL BELIEF SYSTEM, WITH PERSONALITY AND MALADJUSTMENT CORRELATES: Texas Tech University; 1968.
37. Poudinesabour. The effect of cognitive-behavioral group therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with children with autistic disorder. 3rd International Conference on Researches in Science & Engineering; Thailand: Kasem Bundit University; 2017.
38. Mami SH AK. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with children with autism in Ilam. Women and family studies. 2015;30: 82-69.
39. Dehghani Y. Efficacy of cognitive behavioral therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;26(135): 87-98.
40. Motamedinia Z. The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children. Journal of Science and Today's World. 2017;6(11): 227-34.
41. R HSIAA. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the mental health of mothers with autistic children aged 3-14 years in Bojnourd. 2nd International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle; Mashhad2016.
42. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. Educational researcher. 1976;5(10): 3-8.
43. Allik H, Larsson J-O, Smedje H. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. Health and quality of life outcomes. 2006;4(1): 1-8.
44. Lin L-Y. Coping strategies, caregiving burden, and depressive symptoms of Taiwanese mothers of adolescents with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders. 2015;15: 1-9.
45. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JCP, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. Journal of consulting and clinical psychology. 2012;80(5): 750.
46. Lazcano FM, Cura MA, Aranda JMR, Heras HR, Elizondo TG, Garza FB. Impacto de una intervención psicosocial en la carga del cuidador de niños con parálisis cerebral. Atención Primaria. 2014;46(8): 401-7.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]

47. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JA, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depression and anxiety. 2018;35(6): 502-14.
48. Ung D, Selles R, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for anxiety in youth with high-functioning autism spectrum disorders. Child Psychiatry & Human Development. 2015;46(4): 533-47.
49. Li X, Laplante DP, Paquin V, Lafortune S, Elgbeili G, King S. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clinical Psychology Review. 2022: 102129.
50. Vasa RA, Keefer A, McDonald RG, Hunsche MC, Kerns CM. A scoping review of anxiety in young children with autism spectrum disorder. Autism Research. 2020;13(12): 2038-57.
51. Ellis A. Healthy and disturbed reasons for having extramarital relations. Journal of Human Relations. 1968.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2024-04-17]