MEJDS. 2021; 11:60.

Published online 2021 July. **Original Article**

Effects of Family Empowerment Training on Anxiety in the Parents of Children With Autism Spectrum Disorders

Fathi A[1], *Abdolreza Garah bagh Z[2], Tabarsi B[3]

Author Address
1. MA in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. PhD Student in Medical Education, Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. PhD Student in Nursing, Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email**: Irtaha@yahoo.com

Received: 2019 October 19; **Accepted:** 2020 April 19

Abstract

Background & Objectives: Anxiety in families with an ill member can be induced by socioeconomic factors, i.e., a problem for the relatives, leading to anxiety in the family members. The parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) reported a high–tension environment at home. These parents present higher stress levels and lower psychological health status, compared to the parents of typically developing children. Research indicated that children with debilitating diseases can cause anxiety and tension in families, especially mothers. An approach to improve the psychological health and quality of life of patients and their families is to empower them in coping with the effects and complications of the disease and enable them to gain control over the disease and life events. The current study aimed to evaluate the effects of an education program to reduce anxiety in the families of children with ASD.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population consisted of all parents of children with ASD referring to the care center for children with ASD covered by the Welfare Organization in Kermanshah City, Iran. The research sample included parents who were eligible and willing to participate in the study. The study participants were selected by convenience sampling method. In this study, the number of required samples was determined as <90 subjects according to the sample size formula for interventional research. Accordingly, the study participants were randomly assigned into the test and control groups (n=45/group). The inclusion criteria of the study included the awareness of the child's diagnosis; the lack of critical bio psychological conditions once completing the questionnaire; no hearing or speech problems; being able to communicate in Persian; having a minimum literacy level; not attending similar programs while studying and in the past; living in or around Kermanshah, and desire to participate in the research. Individuals who were reluctant to cooperate and had known chronic bio psychological illnesses, including anxiety disorders were excluded from the study. Data collection tools in this study consisted of a researcher–made questionnaire, containing the demographic characteristics of parents participating in the study and the Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1990). The pretest and posttest steps were performed on all research subjects by Beck Anxiety Inventory. The intervention group received seven 30–minutes sessions in 3 months. Descriptive statistics, including mean, standard deviation, variance, and frequency tables, as well as inferential statistics, including Independent Samples t–test were applied for comparing the pretest and posttest results between the study groups in SPSS. According to the objectives of the study, frequency, mean, and standard deviation (descriptive statistics) as well as Kolmogorov–Smirnov test, Leven's test, Paired Samples t–test, and Analysis of Covariance (ANCOVA) (inferential statistics) were used to analyze the obtained data at the significance level of 0.05.

Results: The current study results revealed a significant difference in anxiety between the family empowerment training and the control groups at the posttest phase (p<0.001). The effect size was measured as 0.75, suggesting the difference between the study groups at the posttest was due to the family empowerment training. Therefore, family empowerment training reduced anxiety in the experimental group. Moreover, based on the results of Paired Samples t–test, there was a significant difference in the mean values of anxiety between the pretest and posttest phases in the experimental group (p<0.001); however, no significant difference was observed in the control group in this respect (p=0.091).

Conclusion: The present study findings suggested that anxiety management education for the families of children with ASD was effective and reduced anxiety in the intervention group.

Keywords: Family empowerment training, Autism spectrum disorder, Anxiety.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.132.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.125]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۶۰.

انتشار برخط تیر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی تأثیر آموزش توانمندسازی خانواده بر اضطراب والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

افسانه فتحی[۱]، *زهرا عبدالرضا قره‌باغ[۲]، بهشته طبرسی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکدهٔ پرستاری_مامایی، علوم‌پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، مربی، گروه پرستاری، دانشکدهٔ پرستاری_مامایی، علوم‌پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. دانشجوی دکتری پرستاری، مربی، گروه پرستاری، دانشکدهٔ پرستاری_مامایی، علوم‌پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Irtaha@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ مهر ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۱ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم از تنش حاکم بر جو خانواده‌های خود گزارش می‌دهند. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش خانواده بر میزان اضطراب والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌تجربی از نوع طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه بود. این پژوهش روی نود نفر از والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مرکز توان‌بخشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وابسته به بهزیستی کرمانشاه انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامهٔ پژوهشگرساخته حاوی مشخصات جمعیت‌شناختی والدین شرکت‌کننده در پژوهش و پرسشنامهٔ اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۰) بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به‌مدت سه ماه طی هفت جلسهٔ سی‌دقیقه‌ای به‌صورت یک هفته یک‌بار و برخی جلسات به‌صورت دو هفته یک‌بار، برنامهٔ آموزشی توانمندسازی خانواده را دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه مداخله‌ای اجرا نشد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس و آزمون تی‌زوجی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تفاوت معناداری بین اضطراب در گروه آموزش توانمندسازی خانواده و گروه گواه در پس‌آزمون وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین براساس نتایج آزمون تی‌زوجی، در گروه آموزش توانمندسازی بین میانگین اضطراب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۰۹۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، آموزش توانمندسازی خانواده بر اضطراب والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است و موجب کاهش اضطراب آن‌ها می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش توانمندسازی خانواده، اختلال طیف اوتیسم، اضطراب.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.132.1]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.125]

۱ مقدمه

«اوتیسم»[1]، واژه‌ای یونانی است که از دو بخش تشکیل شده است: اوتوس[2] به‌معنای خود و ایسم[3] به‌معنای گرایش. اوتیسم به‌معنای درخودرفتگی، خودگرایی و بی‌توجهی به محیط اطراف است. این واژه نخستین‌بار در دههٔ نخست قرن بیستم برای توصیف زیرمجموعه‌ای از بیماری‌های اسکیزوفرنی[4] به‌کار رفت. در نیمهٔ قرن، این واژه برای بیماری مربوط به کودکان و اختلالی در رشد مطرح شد. لئو کانر[5]، روان‌شناس کودک، مقاله‌ای منتشر کرد و به توصیف وضعیت یازده کودک پرداخت که باوجود هوش زیاد، تمایل به تنهابودن و رفتارهای تکراری و وسواس‌گونه داشتند (۱). روان‌شناس آمریکایی این اختلال را «اوتیسم اوایل کودکی» نام گذاشت. در سال ۱۹۸۰، بیماری اوتیسم اوایل کودکی یا اوتیسم کودکی از اسکیزوفرنیای کودکی جدا شد و برای نخستین‌بار وارد لیست اطلاعات راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[6] شد. سال ۱۹۸۷، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نام اختلال اوتیسم را جایگزین اوتیسم کودکی کرد و چک‌لیستی برای تشخیص این اختلال ارائه داد؛ این نقطهٔ آغازی برای تکاپوی روان‌شناسان به‌منظور کمک به کودکان اوتیستیک با استفاده از رفتاردرمانی بود. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در تعریف اوتیسم به سه مشخصهٔ اصلی اشاره دارد که عبارت است از: ۱. نقص کیفی در تعامل اجتماعی؛ ۲. نقص در برقراری ارتباط؛ ۳. الگوهای رفتاری محدود، تکراری و کلیشه‌ای؛ این علائم قبل از ۳۶ماهگی در فرد ظاهر می‌شود (۲).

اضطراب، احساس ناراحتی همانند نگرانی یا ترس است که می‌تواند ملایم یا شدید باشد؛ احساسی ناخوشایند و منتشرشونده بدون منشأ شناخته‌شده که به فرد دست می‌دهد و همراه با نبود اطمینان، برانگیختگی فیزیولوژیک و درماندگی است. اصطلاح اضطراب معمولاً به احساس ترس و تشویش فراگیر، مبهم و بسیار ناخوشایند اطلاق می‌شود. شخص مضطرب، به‌ویژه دربارهٔ خطرات ناشناخته، دارای نگرانی بسیاری است. به‌علاوه، فرد مضطرب ترکیبی از نشانه‌های زیر را دارد: تنگی نفس؛ تپش سریع قلب؛ سستی؛ سرگیجه؛ بی‌خوابی؛ بی‌اشتهایی؛ تعریق؛ اسهال؛ تکرار ادرار؛ لرزش (۳). همهٔ انسان‌ها در زندگی خود دچار اضطراب می‌شوند؛ اما میزان شدت و فراوانی استیلای این حس بر آدمی مشکل‌ساز است و به‌عنوان اختلالی شناخته می‌شود. به‌صورت کلی، چهار عامل زیست‌شناختی، ژنتیکی، محیطی‌ـ اجتماعی و اضطراب مرضی را می‌توان علل اضطراب دانست (۴). اضطراب را در خانواده‌های دارای فرد بیمار، می‌توان در دستهٔ اضطراب با علت عوامل محیطی‌ـ اجتماعی قرار داد که مشکل یکی از نزدیکان باعث اضطراب برای اعضای خانواده می‌شود. اگر نوزادی با معلولیت از نوع ذهنی، جسمی، رفتاری یا ترکیبی از آن‌ها متولد شود، تنش روانی مضاعفی بر والدین و نیز بر سایر اعضای خانواده به‌دنبال دارد (۵). والدین کودکان اوتیستیک، شرایط پرتنشی را در خانواده‌های خود گزارش کرده‌اند. آن‌ها سلامت روانی کمتر و استرس بیشتری درمقایسه با والدین کودکان نرمال دارند و همین باعث کیفیت زندگی ضعیف آن‌ها می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد، والدین کودکان با اختلال‌های گسترهٔ اوتیسم در قیاس با والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، درمعرض فشارهای روانی بیشتر و نیز سطح بیشتری از اضطراب ناشی‌از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (۶).

یکی از راه‌های ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، توانمندسازی بیمار و خانوادهٔ وی برای مقابله با اثرات و عوارض بیماری و تسلط بیشتر بر بیماری و زندگی است. منظور از آموزش توانمندسازی در این مطالعه آموزش به والدین درخصوص اوتیسم، براساس محتوای برنامهٔ آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها[7] است. در مطالعات نشان داده شده است، تکنیک‌های حمایتی، رفتاری، تأثیرات ناشی‌از شرکت در حمایت اجتماعی و برنامه‌های آموزش سازنده، ازجمله راهکارهایی هستند که می‌توانند برای کمک به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم مؤثر باشند (۷). تانگ و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند، با آموزش والدگری، سلامت عمومی در ۵۴درصد از شرکت‌کنندگان به‌میزان درخورتوجهی بهبود می‌یابد (۸). مطالعات متعددی دربارهٔ تأثیر آموزش برنامه‌های آموزشی برای این خانواده‌ها بر کاهش استرس و اضطراب آن‌ها انجام شده است؛ این پژوهش‌ها اثر آموزش والدین کودکان مبتلا به اوتیسم را بر دانش آن‌ها دربارهٔ بیماری و راه‌های کمک به کودک (۹) و اثربخشی سبک‌های فرزندپروری در بهبود رابطهٔ متقابل و ارتباطات اجتماعی کودکان (۱۰) و نیز تأثیر مداخلهٔ مربیگری والدین براساس P-ESDM[8] که روشی درمانی مبتنی‌بر شواهد برای کودکان مبتلا به اوتیسم بوده، نشان داده‌اند (۱۱). در همین خصوص، آزاد یکتا تأکید می‌کند، روش‌های آموزش والدین الگوی تعاملات مادر و کودک را بهبود می‌بخشد و از بار فشار روانی واردشده می‌کاهد (۱۲).

از مشکلات مهم والدین کودکان بیماری‌های خاص، به‌ویژه کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم این است که ذهنیت روشنی دربارهٔ بیماری فرزندشان ندارند و درنتیجه از راه‌های ارتباطی ارتباط مناسب و مؤثر با فرزندشان آگاه نیستند. همین موضوع باعث سردرگمی و تردید این والدین می‌شود و به‌صورت طبیعی، اضطراب آنان را در پی دارد؛ ازاین‌رو، پذیرفتنی است که آموزش مهارت‌های لازم به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم شامل اصلاح باورهای غلط دربارهٔ بیماری، اهداف و انتظارات غیرمنطقی از کودک، مبارزه با ناامیدی و بی‌انگیزگی، آموزش نحوهٔ رشد کودک، مهارت‌های ارتباطی، مدیریت خانواده و مهارت‌های والدگری، کاستن استرس و شادی‌آفرینی باعث بهبود کیفیت زندگی و به‌صورت ویژه کاهش سطح اضطراب آنان می‌شود. اختلال طیف اوتیسم تنها اختلالی فردی نیست؛ بلکه مشکلات این اختلال خانواده و اجتماع را درگیر می‌کند؛ ازاین‌رو باتوجه به مطالعات اشاره‌شده، به‌نظر می‌رسد مداخله‌های مثبت ازجمله آموزش‌ها می‌تواند والدین را در رویارویی و مدیریت شرایط سخت توانمندتر کند. بر همین مبنا، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامهٔ آموزش توانمندسازی خانواده بر کاهش اضطراب والدین کودکان مبتلا به

[1]. Autism
[2]. Autos
[3]. -ism
[4]. Schizophernia
[5]. Leo Kanner
[6]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
[7]. Parent Education and Skills Training Program
[8]. Parent-based Early Start Denver Model

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.132.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.125]

اوتیسم انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، از نوع مطالعهٔ نیمه‌تجربی از نوع طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش، جامعهٔ آماری را تمام والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز نگهداری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وابسته به بهزیستی کرمانشاه تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش در این مطالعه شامل همهٔ والدین دارای کودک مبتلا به اوتیسم مراجعه‌کننده به مرکز نگهداری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وابسته به بهزیستی کرمانشاه بود که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند و حاضر به شرکت در پژوهش بودند؛ بنابراین در این پژوهش، نمونه‌گیری به‌روش دردسترس صورت گرفت؛ به‌طوری‌که اگر هریک از والدین بیماران دارای مشخصات مدنظر برای ورود به تحقیق بودند و رضایت به مشارکت در انجام پژوهش داشتند، وارد مطالعه شدند. در این پژوهش تعداد نمونه‌ها طبق فرمول تعیین حجم نمونه برای پژوهش‌های مداخله‌ای (۱۳)، کمتر از نود نفر بود که باتوجه به امکانات و دردسترس‌بودن، همان نود نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شد.

$$n=\frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta})^2(\sigma_1^2+\sigma_2^2)}{(\mu_1-\mu_2)^2}$$

بنابراین تعداد ۴۵ نفر گروه آزمایش و تعداد ۴۵ نفر گروه گواه را تشکیل دادند که افراد براساس قرعه‌کشی به گروه‌ها اختصاص داده شدند. معیارهای ورود نمونه‌ها به این پژوهش عبارت بود از: ۱. آگاهی از تشخیص بیماری فرزند خود؛ ۲. نداشتن شرایط بحرانی جسمانی و روانی در زمان پرکردن پرسشنامه؛ ۳. نداشتن مشکل شنوایی یا تکلم، قادربودن به برقراری ارتباط به زبان فارسی و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ ۴. شرکت‌نکردن در جلسات مشابه در زمان مطالعه و نیز در برنامهٔ آموزشی در گذشته؛ ۵. سکونت در کرمانشاه یا اطراف کرمانشاه و تمایل‌داشتن به شرکت در پژوهش. افرادی که به ادامهٔ همکاری تمایل نداشتند و دارای بیماری‌های شناخته‌شدهٔ روانی یا جسمانی مزمن یا بیماری اضطرابی بودند، از پژوهش خارج شدند. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه به این شرح بود: شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد؛ نام شرکت‌کنندگان در پرسشنامه‌های پژوهش درج نشد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت.

– پرسشنامهٔ پژوهشگرساخته حاوی مشخصات جمعیت‌شناختی والدین شرکت‌کننده در پژوهش شامل جنسیت، سن، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال والدین.

– پرسشنامهٔ اضطراب بک[1]: این پرسشنامه را بک و استیر در سال ۱۹۹۰ طراحی کردند (۱۴). این پرسشنامه مقیاسی ۲۱ سؤالی است که علائم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چک‌لیست شباهت دارد. آزمودنی در هر سؤال یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهندهٔ شدت اضطراب است، انتخاب می‌کند. چهار گزینهٔ هر سؤال در طیفی چهاربخشی از صفرتا۳ نمره‌گذاری می‌شود. شیوهٔ امتیازبندی پاسخ‌ها به‌صورت اصلاً (صفر)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است و همهٔ سؤال‌ها به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. هریک از ماده‌های این پرسشنامه یکی از علائم شایع اضطراب شامل علائم ذهنی (سؤالات ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۲)، علائم بدنی (سؤالات ۱، ۲، ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۸، ۱۹) و علائم هراس (سؤالات ۳، ۵، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۷) را توصیف می‌کند؛ بنابراین نمرهٔ کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفرتا۶۳ قرار می‌گیرد که برای نمرات صفرتا۷، کمترین درجهٔ اضطراب، برای نمرات ۸تا۱۵، نمرهٔ اضطراب خفیف، برای نمرات ۱۶تا۲۵ نمرهٔ اضطراب متوسط و برای نمرات ۲۶تا۶۳، نمرهٔ اضطراب شدید تعیین می‌شود (۱۴). این پرسشنامه براساس مطالعهٔ فتحی آشتیانی دارای اعتبار محتوایی است (۱۵). باگسترش استفاده و ترجمهٔ پرسشنامهٔ اضطراب بک، به زبان‌های مختلف روایی آن به تأیید رسید. در ایران نیز در سال ۱۳۸۷ کاویانی و موسوی این پرسشنامه را استفاده کردند و ضریب همبستگی بین طبقه‌ای ($p<۰/۰۰۱$، $r=۰/۷۲$) برای تعیین روایی سازه محاسبه شد (به نقل از ۱۵). همچنین پرسشنامهٔ اضطراب بک به زبان فارسی توسط رفیعی و سیفی در سال ۱۳۹۲ بررسی شد و پایایی آن را ۰/۹۰۲ به‌دست آمد که بیانگر مناسب‌بودن آن است (۱۶).

– برنامهٔ آموزشی توانمندسازی خانواده : مداخلهٔ گروه آزمایش شامل استفاده از برنامهٔ آموزشی توانمندسازی خانواده بود و برای گروه گواه مداخله‌ای انجام نشد. برنامهٔ توانمندسازی خانواده‌محور با تأکید بر مؤثربودن نقش خانواده در ابعاد انگیزشی، روان‌شناختی (خودباوری، خودکنترلی، خودکارآمدی)، دانش، نگرش و تهدید درک‌شده طراحی شده است (۱۷). بسیاری از صاحب‌نظران معتقد هستند، توانمندی فرایندی پویا، تعاملی و اجتماعی است که در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد و به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه‌های درمانی و نگاه مثبت به بیماری منجر می‌شود. به همین دلیل در سال‌های اخیر مفهوم توانمندسازی بیمار و خانواده در پژوهش‌های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار شده است؛ همچنین هدف اصلی برنامهٔ توانمندسازی خانواده‌محور، توانمندکردن سیستم خانواده (بیمار و سایر اعضای خانواده) به‌منظور ارتقای سطح سلامت است (۱۸). محققان بر این باور هستند که اجرای برنامهٔ آموزشی می‌تواند بر افزایش دانش و عملکرد مؤثر باشد. طبق نظر محققان توانمندسازی والدین کودک باعث مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی‌درمانی، رضایت و پاسخ بهتر کودک به درمان می‌شود که برای رسیدن به این مهم نیاز به همکاری والدین است. روایی برنامهٔ آموزشی توانمندی خانواده توسط دو نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم‌پزشکی تهران به تأیید رسید. سپس به‌مدت سه ماه طی هفت جلسهٔ سی‌دقیقه‌ای به‌صورت یک هفته یک‌بار و برخی جلسات به‌صورت دو هفته یک‌بار،

[1]. Beck Anxiety Inventory (BAI)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.132.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.125]

برای گروه آزمایش اجرا شد. هدایت جلسات آموزش توسط دو نفر شامل درمانگر و کمک‌درمانگر صورت گرفت. شیوهٔ برگزاری جلسات به‌شکل بحث گروهی بود؛ یعنی درمانگران به‌طور مستقیم مطالب آموزشی را بازگو کردند و درعین‌حال از والدین خواسته شد در جلسات حضور فعال داشته باشند و در بحث‌ها شرکت کنند. به‌علاوه از مثال‌های واقعی و ایفای نقش برای روشن‌کردن مطالب استفاده شد. در پایان هر جلسه نیز به والدین آموزش داده شد که آنچه در طی هر جلسه آموختند، در منزل انجام دهند. در انتهای دوره از نمونه‌ها درخواست شد پرسشنامهٔ اضطراب بک (۱۴) را تکمیل کنند. موضوعات بحث‌شده در جلسات آموزش به‌طور خلاصه در جدول ۱ توصیف شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ موضوعات بحث‌شده در جلسات آموزش توانمندسازی خانواده

جلسه	موضوع بحث‌شده
اول	معارفه و آشناشدن اعضای گروه با یکدیگر و بیان اهداف گروه، آشنایی با ویژگی‌های کودکان مبتلا به اوتیسم و مهارت‌های رشدی آن‌ها
دوم	تغییر نگرش والدین دربارهٔ کودکان مبتلا به اوتیسم و همچنین اصلاح باورهای غلط آن‌ها دربارهٔ این بیماری، ایجاد انگیزه و امید در والدین و کاهش احساسات منفی برای پذیرش کودک، آشنایی با مسائل آموزشی و توان‌بخشی کودکان اوتیسم
سوم	نحوهٔ ارتباط با کودک مبتلا به اوتیسم، اهداف و انتظارات از کودک
چهارم	نقش حواس در یادگیری کودک مبتلا به اوتیسم، معنابخشی به فعالیت‌های حسی کودک، مشکلات و مسائل مربوط به حواس این گروه از کودکان و ارائهٔ راهکارهای ساده‌ای جهت تسهیل فعالیت‌های حسی
پنجم	اهمیت بازی برای کودکان مبتلا به اوتیسم
ششم	آموزش به والدین در ارتباط با روش تیچ
هفتم	اهمیت شادی در خانواده و مهارت‌های مقابله با بحران و استرس، تعریف شادی در خانواده و میزان شادی در خانواده، ضرورت شادی، شناسایی منابع استرس و تأثیر آن بر افراد خانواده و در پایان آموزش روش‌های مقابله با استرس

در این پژوهش پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات موجود وارد کامپیوتر شد و متغیرهای کیفی و کمی مشخص شدند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ به‌کار رفت. باتوجه به اهداف پژوهش از فراوانی، میانگین و انحراف معیار (آمار توصیفی) و آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف، لون و تی‌زوجی و روش تحلیل کوواریانس (آمار استنباطی) در سطح ۹۵درصد اطمینان استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در این مطالعه ۵۴ نفر (۶۰درصد) از شرکت‌کنندگان را زنان تشکیل دادند. از نظر توزیع سنی، ۴۰ نفر (۴۴درصد) از آن‌ها در گروه سنی ۳۱تا۴۰ سال قرار داشتند. در رابطه با میزان تحصیلات، ۴۴ نفر (۴۸درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. در رابطه با تعداد فرزندان، اکثریت والدین ۳۰ نفر (۳۳درصد) دو فرزند داشتند. از نظر وضعیت تأهل والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، اکثریت والدین ۷۰ نفر (۷۸درصد) متأهل بودند. از نظر وضعیت اقتصادی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، اکثریت والدین ۶۴ نفر (۷۱درصد) بین دو تا سه‌میلیون درآمد داشتند و در رابطه با وضعیت اشتغال والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، اکثریت والدین ۴۰ نفر (۴۴درصد) کارمند بودند.

اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج روش تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آمده است. قبل از انجام تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های مربوط به آن مانند همگنی واریانس‌ها و نرمال‌بودن توزیع نمرات بررسی شد و همهٔ پیش‌فرض‌ها برای هر دو گروه برقرار بود ($p>۰/۰۵$). برای ارزیابی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد و فرض همگنی واریانس‌ها وجود داشت ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات مشخص کرد، توزیع نمرات نرمال است و پیش‌فرض مربوط به همگنی شیب رگرسیون برقرار است ($p>۰/۰۵$). همچنین به‌منظور بررسی اختلاف بین‌گروهی از آزمون تحلیل کوواریانس و برای بررسی اختلافات درون‌گروهی از آزمون تی‌زوجی استفاده شد.

جدول ۲. مقایسهٔ میانگین و انحراف معیار نمرهٔ کل اضطراب در گروه آزمایش و گروه گواه

مرحله	گروه آموزش توانمندسازی خانواده		گروه گواه		مقدار p **
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش‌آزمون	۲۲/۳۲	۱۰/۷۴	۲۲/۲۵	۱۰/۲۱	
پس‌آزمون	۱۵/۸۶	۸/۶۳	۲۳/۱۸	۱۰/۸۵	<۰/۰۰۱
مقدار p *	<۰/۰۰۱		۰/۰۹۱		

*مقدار احتمال حاصل از مقایسهٔ میانگین‌های زوجی

**مقدار احتمال حاصل از تحلیل کوواریانس

باتوجه به مندرجات جدول ۲، نتایج به‌دست‌آمده از روش کوواریانس تک‌متغیره با مقدار احتمال کوچک‌تر از ۰/۰۵ ($p<۰/۰۰۱$) نشان داد، تفاوت معناداری بین اضطراب در گروه آموزش توانمندسازی خانواده و گروه گواه در پس‌آزمون وجود دارد. اندازهٔ اثر برابر با ۰/۷۵ مشخص

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.132.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.125]

کرد، تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون ناشی از متغیر مستقل (آموزش توانمندسازی خانواده) است؛ بنابراین آموزش توانمندسازی خانواده در گروه آزمایش باعث کاهش اضطراب در این گروه شد. همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان داد، در گروه آموزش توانمندسازی بین میانگین اضطراب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود ($p=۰/۰۹۱$).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش توانمندسازی خانواده بر اضطراب والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. نتایج نشان داد، هفت جلسه آموزش توانمندسازی خانواده موجب کاهش اضطراب والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شد. کاهش سطح اضطراب در هر سه دسته علائم اعم از علائم ذهنی، بدنی و هراس صورت گرفت.

تفاوت معنادار و افت درصد اضطراب در این پژوهش با مطالعات زیر همخوانی دارد که همگی تأییدکنندهٔ نقش آموزش و مداخلهٔ مثبت در کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی است: اسلامی شهر بابکی و همکاران در تحقیقی با مداخله بر ۲۴ نفر از والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش افسردگی این والدین مؤثر است (۱۹)؛ علی‌اکبری دهکردی و همکاران برای تعداد ۲۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به‌صورت هفتگی برنامهٔ فرزندپروری مثبت را اجرا کردند. نتایج نشان داد، آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش تنیدگی مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مؤثر است (۲۰)؛ لین و همکاران نیز با بررسی ۷۶ مادر تایوانی دارای حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دریافتند، مادرانی که از استراتژی‌های مقابله یا مشکل استفاده می‌کنند سطوح کم افسردگی و اضطراب را دارند. در مطالعهٔ آن‌ها اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر کاهش استرس والدین کودکانی که به‌تازگی تشخیص اوتیسم گرفته بودند، نشان داده شد (۲۱). یافته‌های مطالعهٔ چیانگ مشخص کرد، استرس والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم پس از دریافت برنامهٔ آموزشی، به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است و اعتمادبه‌نفس و کیفیت زندگی‌شان بهبود یافته است (۲۲). فرهادی و همکاران نیز در مطالعهٔ خود بر سی نفر از والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، به این نتیجه رسیدند که مداخلهٔ به‌هنگام خانواده‌محور سبب بهبود نشانگان استرس در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم می‌شود (۲۳). مامی و امیریان دریافتند، تفاوت معناداری در دو گروه آزمون و کنترل در نمرات سلامت روان وجود دارد (۲۴). ربیعی کناری و همکاران بیان کردند، آموزش تاب‌آوری به‌طور معناداری بر تنش والدگری مادران دارای کودک اوتیستیک مؤثر است و گروه آزمون تنش والدگری کمتری را نشان می‌دهد (۶). در پژوهش نوحی و همکاران مشاهده شد که مقایسهٔ میانگین اضطراب کلی مادران دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از آزمون تی‌جفتی قبل و بعد از مداخله، حکایت از تفاوت معنادار دو گروه دارد (۲۵).

درمجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، برنامهٔ توان‌بخشی خانواده تأثیر بسزایی بر کاهش اضطراب والدین دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد؛ همچنین به‌نظر می‌رسد مناسب‌سازی این برنامه با نیازهای والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در ایران، توجه بیشتر به بهداشت روانی والدین این کودکان، فراهم‌کردن حمایت‌های اجتماعی و ساختن پرسشنامهٔ مناسب‌تر که قادر باشد اضطراب والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را در مدیریت رفتاری بسنجد، بتواند تأثیرات مثبتی بر والدین بگذارد.

پژوهش حاضر مانند هر تحقیق دیگری محدودیت‌هایی داشت؛ ازجمله اینکه محدود به شهرستان کرمانشاه بود؛ همچنین برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه استفاده شد؛ البته باتوجه به محدودیت‌های پژوهش، باید در تعمیم نتایج احتیاط شود و مطالعات بیشتری در این زمینه صورت گیرد؛ به‌علاوه برای سنجش متغیرها از روش‌های دقیق‌تر مانند مصاحبه استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد، آموزش توانمندسازی خانواده بر اضطراب والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تأثیر دارد و موجب کاهش اضطراب آن‌ها می‌شود؛ درنتیجه بر کیفیت زندگی آنان مؤثر است؛ همچنین علائم اضطراب در هر سه بُعد در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافت.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کارکنان سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه و والدین شرکت‌کننده در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه به این شرح بود: شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد؛ نام شرکت‌کنندگان در پرسشنامه‌های پژوهش درج نشد.

References

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Acta Paedopsychiatr. 1968;35(4):100–36.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–5. 5th ed. Seyed Mohammadi Y. (Persian translator). Tehran: Ravan Pub; 2013.
3. Sarason IG, Sarason BR. Abnormal psychology. 11th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2004.
4. Ghorbani N. Intensive short - term dynamic psychotherapy: basic and technique. Tehran: SAMT; 2018. [Persian]
5. Naderi E, Seifnaraghi M. Ravanshenasi va amoozesh koodakan estesnaie [Psychology and education for exceptional children]. Tehran: Arasbaran Pub; 2016. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.132.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.125]

6. Rabiee Kenari F, Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of resilience training on reduction of parental stress of autistic childrens mothers. J Ilam Uni Med Sci. 2015;23(4):95–105. [Persian] https://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1945-en.pdf
7. 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. doi: 10.1007/s10803-006-0129-7
8. Tonge B, Brereton A, Kiomall M, Mackinnon A, King N, Rinehart N. Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(5):561–9. doi: 10.1097/01.chi.0000205701.48324.26
9. Rabiee A, Shahrivar Z. A pilot study on efficacy of group educational training on knowledge level, stress, anxiety and depression in parents of children with autistic disorder. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 2011;7(1):2011. [Persian]
10. Bendixen RM, Elder JH, Donaldson S, Kairalla JA, Valcante G, Ferdig RE. 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):679–87. doi: 10.5014/ajot.2011.001271
11. Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou X-H, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. Autism. 2009;13(4):375–87. doi: 10.1177/1362361309105658
12. Chow SC, Shao J, Wang H, Lokhnygina Y. Sample size calculations in clinical research. Third edition. Boca Raton: Taylor & Francis; 2017.
13. Azadyekta PD. Effectiveness of coping strategies in reducing anxiety in mothers of children with Autism spectrum disorder. Quarterly Journal of Family and Research. 2013;10(3):119–30. [Persian] http://qjfr.ir/article-1-108-en.pdf
14. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
15. Fathi Ashtiani A. Psychological tests: personality and mental health. Tehran: Besat Pub; 2016. [Persian]
16. Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of Beck anxiety inventory among the university students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(27):37–46. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13_60682c96a50aa33f081fbd3f7a62256d.pdf
17. Heydari M, Elhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of diabetic adolescents. Iranian Journal of Pediatrics. 2007;17(1):87–94. [Persain]
18. Rakhshan M, Kordshooli KR, Ghadakpoor S. Effects of family-center empowerment model on the lifestyle of heart failure patients: a randomized controlled clinical trial. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2015;3(4):255–62.
19. Eslami Shahrbabaki 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. [Persian] http://ajcr.kmu.ac.ir/article_44190_ba51eee4ab082489eb12c081fc930b6d.pdf
20. Aliakbari Dehkordi M, Alipour A, Esmaeilzadeh 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. [Persian] http://joec.ir/article-1-192-en.pdf
21. Lin L-Y, 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. Research in Autism Spectrum Disorders. 2011;5(1):144–56. doi: 10.1016/j.rasd.2010.03.004
22. Chiang H-M. A parent education program for parents of chinese american children with Autism Spectrum Disorders (ASDs): A Pilot Study. Focus Autism Other Dev Disabl. 2014;29(2):88–94. doi: 10.1177/1088357613504990
23. Farhadi V, Doostzadeh M, Chehri A, Moosazadeh Moghadam H. The effect of early family-centered intervention on stress syndrome in the mothers of children with autism. J Kermanshah Univ Med Sci. 2015;19(5):254–50. [Persian] doi: 10.22110/jkums.v19i5.2571
24. Mami S, Amirian K. The effect of cognitive behavioral group therapy on the mental health and irrational beliefs of mothers of children with a autism. Woman & Study of Family. 2015;8(30):69–82. [Persian] http://jwsf.iaut.ac.ir/article_524226_424cd0fd2da0b8c456a551ff20239587.pdf
25. Nouhi E, Karbalaizadeh M, Abazari F. The effect of mothers' participation and the family-centered care on mother's anxiety with children suffering from gastrointestinal infections: a randomized clinical trial. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015;3(4):47–55. [Persian] http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-168-en.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.132.1]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.125]