

Effectiveness of Occupational Performance Coaching (OPC) on the Mental Health in Mothers of Children with Cerebral Palsy

Mina Ahmadi Kahjoogh¹, Fatemeh Fekar Gharamaleki², Samane Zohrabi^{*3}, Ahmad Mohammadi⁴, Abbas Soltani Someh⁵

1. Assistant Professor of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Lecturer, Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. BSc Student in Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
4. Assistant Professor of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
5. Assistant Professor of Physical Therapy, Faculty of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received: 2019.April.05 Revised: 2020.May.21 Accepted: 2020.May.7 Published Online: 2020.May.30

ABSTRACT

Background and Aims: Cerebral palsy leads to many physical and functional limitations in the daily living of the children, which results in the child becoming dependent on parents and especially the mother. For this reason, mothers of these children spend a lot of time caring for their children. According to the evidence, mothers of these children experience higher levels of stress, anxiety, and depression compared with mothers of typically developing children. This amount of stress may reduce quality of life in these mothers. The aim of the present study was to examine the effect of occupational performance coaching as one of the interventions in order to improve mental health in mothers of children with cerebral palsy.

Materials and Methods: In the current study with pretest-posttest design and a control group, 30 mothers of children with cerebral palsy were randomly assigned to intervention or control groups. The short form of Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), COPM questionnaire, Gross Motor Function Classification Scale (GMFCS), and SPARCLE Form were used for data collection. Data were analyzed using independent t-test and Mann-Whitney test in SPSS, version 22.

Results: The results of data analysis showed that after performing occupational performance coaching, mothers had significantly lower levels of stress, anxiety, and depression in the post-test scores as compared with their pre-test scores.

Conclusion: According to our results, occupational performance coaching can be used as an effective intervention to improve the mental health in mothers of children with cerebral palsy and to reduce their level of stress, anxiety, and depression along with other approaches.

Keywords: Cerebral palsy; Children; Mothers; Occupational performance coaching; Mental health.

How to cite this article: Mina Ahmadi Kahjoogh, Fatemeh Fekar Gharamaleki, Samane Zohrabi, Ahmad Mohammadi, Abbas Soltani Someh. Effectiveness of occupational performance coaching (OPC) in the mental health of mothers of children with Cerebral Palsy. *J Rehab Med.* 2021; 10(1):113-123.

***Corresponding Author:** Samane Zohrabi. BSc Student in Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Email: samane_zohrabi@yahoo.com

بررسی تاثیر کوچینگ عملکرد کاری (OPC) بر سلامت روان مادران دارای کودکان با فلج مغزی

مینا احمدی مهجوق^۱، فاطمه فکار قراملکی^۲، سمانه زهرابی^{۳*}، احمد محمدی^۴، عباس سلطانی صومعه^۵

۱. دکترای کاردرمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، استادیار و عضو هیئت علمی دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. کارشناس ارشد گفتاردرمانی، گروه آموزشی گفتاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی کاردرمانی، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. دکترای کاردرمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، استادیار و عضو هیئت علمی دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۵. دکترای فیزیوتراپی، گروه آموزشی فیزیوتراپی، استادیار و عضو هیئت علمی دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

پذیرش مقاله ۱۳۹۹/۰۳/۰۷

بازنگری مقاله ۱۳۹۸/۰۳/۰۱

دریافت مقاله ۱۳۹۹/۰۱/۱۷

چکیده

مقدمه و اهداف: فلج مغزی منجر به محدودیت‌های جسمانی و کارکردی بسیاری در زندگی روزمره کودکان مبتلا می‌گردد که به دنبال آن باعث ایجاد وابستگی کودک به والدین و به‌خصوص مادر می‌شود؛ از این رو، مادران این کودکان، زمانی طولانی برای مراقبت از کودکان خود اختصاص می‌دهند و بر طبق شواهد معمولاً سطح بالاتری از استرس، اضطراب و افسردگی را نسبت به مادران دارای کودکان سالم تحمل می‌کنند. این میزان از استرس و فشار روانی می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با فلج مغزی گردد. در پژوهش حاضر به بررسی تاثیر کوچینگ عملکرد کاری به‌عنوان یکی از مداخلات و راهکارها به‌منظور بهبود سلامت روان مادران دارای کودکان با فلج مغزی پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به‌صورت بررسی پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام گرفت که ۳۰ مادر دارای کودک با فلج مغزی به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله یا کنترل قرار گرفتند. از فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، پرسشنامه COPM، مقیاس نظام طبقه‌بندی کارکرد حرکتی درشت (GMFCS) و فرم اسپارکل برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با آزمون تی مستقل و من ویتنی در SPSS_{۲۲} تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که پس از اجرای کوچینگ عملکرد کاری، مادران در نمرات پس‌آزمون کاهش چشمگیری در میزان استرس، اضطراب و افسردگی نسبت به نمرات پیش‌آزمون خود داشتند.

نتیجه‌گیری: رویکرد کوچینگ عملکرد کاری می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای موثر برای ارتقای سلامت روان مادران دارای کودکان با فلج مغزی و کاهش سطح استرس، اضطراب و افسردگی آنها در کنار سایر رویکردها مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: فلج مغزی؛ کودکان؛ مادران؛ کوچینگ عملکرد کاری؛ سلامت روان

نویسنده مسئول: سمانه زهرابی، دانشجوی کارشناسی کاردرمانی، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

آدرس ایمیل: samane_zohrabi@yahoo.com

مقدمه و اهداف

فلج مغزی گروهی از اختلالات حرکتی-تکاملی را شامل می‌شود که از یک ضایعه غیرپیشرونده یا اختلال در مغز در حال رشد منشا می‌گیرد.^[۱] شیوع این اختلال از ۱/۵ تا ۲/۵ کودک در هر ۱۰۰۰ تولد زنده است.^[۲] اختلالات حرکتی در فلج مغزی می‌تواند با اختلالاتی در حس، شناخت، ارتباط، ادراک و اختلال صرع همراه باشد^[۳]؛ در نتیجه، کودک در یکپارچگی اطلاعاتی که مغز او برای برنامه‌ریزی درست و دقیق حرکات بدن نیاز دارد، دچار مشکل می‌گردد. به دنبال چنین مسائلی عضلات درگیر به‌صورت ناهماهنگ و ناکارآمد فعال شده و قادر نخواهند بود حرکات نرم و موثری ایجاد نمایند. مجموع این اختلالات در کنار هم مشکلاتی را برای مراقبین کودکان با فلج مغزی که غالباً والدین و به‌خصوص مادر کودک است، ایجاد می‌کند.^[۱]

محدودیت در توانمندی‌های فیزیکی این کودکان باعث می‌شود تا آنها همواره به کمک دیگران برای انجام کارهای روزانه (مانند رفتن به حمام، غذا خوردن، لباس پوشیدن، آراستگی و بهداشت و حرکت و جابه‌جایی) نیاز داشته باشند.^[۴] این مراقبت‌های طولانی‌مدت تمامی اعضای خانواده کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد، به‌خصوص والدین فرد مبتلا که به‌طور معمول با اختلالاتی در عملکردهای فیزیکی و عاطفی، مشکلات اقتصادی، فشار مرتبط با زمان و محدودیت‌هایی در فعالیتهای اجتماعی فرهنگی مواجه هستند.^[۵] مادران این کودکان، به‌دلیل اختصاص دادن زمان بسیار زیاد به مراقبت از فرزندان خود، زمان کمتری را صرف فعالیتهای خلاقانه و اوقات فراغت خود می‌کنند که در نتیجه آن تعادل و توازن در حیطه‌های مختلف کاری زندگی‌شان دچار مشکل می‌گردد. تمام این موارد می‌تواند به‌عنوان عامل استرس‌زا محسوب شده و در درازمدت به سلامت روانی مادر کودک (والدین) آسیب‌هایی وارد نماید.^[۶] مطالعات بسیاری در رابطه با وضعیت روانی و کیفیت زندگی کودکان با فلج مغزی و مادران آنها به‌عنوان مراقب اصلی‌شان انجام گرفته است. این مطالعات حاکی از آن است که والدین کودکان با فلج مغزی، غالباً سطوح بالاتری از استرس را نسبت به والدین کودکان با رشد طبیعی تجربه می‌کنند.^[۷] منظور از استرس والدین پاسخ روانی منفی است که آنها حین انجام نقش‌هایشان احساس و درک می‌کنند؛ به عبارتی دیگر، یک احساس روانی همراه با اضطراب، ناامیدی، و سردرگمی است که می‌تواند رفتار و عملکرد والدین را تحت تاثیر قرار دهد.^[۸] استرس طولانی-مدت می‌تواند والدین را عصبی، افسرده و مضطرب نموده و به‌صورت تدریجی توانایی‌های آنها را برای مراقبت از کودکانشان کاهش دهد.^[۹] افسردگی و اضطراب دو نوع از

اختلالات خلقی هستند که از شایع‌ترین انواع بیماری‌های روانی در بزرگسالان هستند.^[۱۰] افسردگی حالتی است که در آن خلق یا روحیه فرد افت می‌کند و باعث می‌شود تا فرد در پیگیری و انجام دقیق فعالیت‌های روزمره‌اش دچار نقص شود.^[۱۱] از طرفی دیگر، اضطراب، یک احساس ترس، نگرانی یا ناآرامی است که می‌تواند منجر به احساس پریشانی و درماندگی شود.^[۱۲] در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۷ بر روی ۹۳ مادر کودک با فلج مغزی انجام گرفت، مشخص شد که بین عوامل تنش‌زای روانی اجتماعی (عدم توانایی کنترل افکار، رفتار و عواطف خود و کمبود حمایت اجتماعی)، خستگی (منصرف شدن، مشکلات جسمی و فیزیکی، و واکنش‌پذیری) و افسردگی، استرس و اضطراب مادران با کودکان فلج مغزی رابطه مثبتی وجود دارد.^[۱۳] مطالعات بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد مادران دارای کودکان با فلج مغزی، سطوح افسردگی و اضطراب بیشتری را نسبت به مادران با کودکان سالم دارا هستند. Yilmaz و همکارانش در مطالعه‌ای سطوح افسردگی و اضطراب در مادران با کودکان سالم و با فلج مغزی را مقایسه کردند و دریافتند که سطوح افسردگی و اضطراب در مادران با کودکان دچار فلج مغزی به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بالاتر بوده و در پی آن به‌شدت درگیر اختلالات گفتاری و عملکردی بودند.^[۱۴] در مطالعه دیگری با استفاده از مقیاس Hospital Anxiety and Depression (HADS) Scale میزان شیوع افسردگی در مادران با کودکان مبتلا به فلج مغزی (۵۲/۵٪) به میزان قابل‌توجهی بالاتر از مادران با کودکان سالم (۳۰٪) بود. با این حال، تفاوت محسوسی بین فراوانی اضطراب بین گروه‌ها یافت نشد.^[۱۵] در مطالعه دیگری که به‌منظور مقایسه میزان استرس در مادران دارای کودکان با فلج مغزی با مادران دارای کودکان سالم با استفاده از Parenting Stress Index- Short Form انجام گرفت، مشخص شد که سطح کلی استرس در مادران دارای کودکان با فلج مغزی بیشتر از گروه مادران دارای کودکان سالم بود.^[۱۶] با توجه به مطالعات انجام‌گرفته و تاثیرات منفی استرس بر کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با فلج مغزی، نیاز است تا در حیطه‌های مختلف زندگی این مادران برنامه‌ریزی‌های مناسبی اتخاذ گردد.^[۱۷] یکی از مداخلاتی که در کاردرمانی به‌منظور ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی والدین دارای کودکان با فلج مغزی انجام می‌گیرد، رویکرد Co-occupation است. در واقع، Co-occupation به فعالیتهای تعاملی اطلاق می‌شود که توسط دو فرد اجرا می‌شود.^[۱۸] شناسایی Co-occupationهای مادران دارای کودکان با فلج مغزی، می‌تواند منجر به شناسایی چالش‌های مراقبتی آنها شود. کمک

می‌شود، می‌تواند برای سلامت روان مادران دارای کودکان با فلج مغزی که دارای چالش‌های عملکردی و روانی بسیاری هستند نیز موثر واقع شود و نتایج مثبتی به دنبال داشته باشد؛ لذا هدف از مطالعه حاضر، بررسی تاثیر این رویکرد بر سلامت روان (سطح استرس، اضطراب و افسردگی) مادران دارای این کودکان است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر بخشی از یک مطالعه بزرگتر می‌باشد [۲۰]. که به صورت بررسی پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام گرفته است. این پژوهش با کد IR.USWR.REC.1395.148 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به تصویب رسیده بود. جامعه هدف این پژوهش را کلیه مادران دارای کودکان با فلج مغزی شهر تهران تشکیل دادند. نمونه مورد مطالعه از میان مادرانی که به موسسه توانبخشی ولیعصر شعبه‌ی نویدعصر و نیز کلینیک کاردرمانی افق مراجعه کرده بودند، به شیوه در دسترس انتخاب شدند و با روش تصادفی‌سازی با استفاده از پاکت، در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند؛ به این ترتیب که کودکان در هر دو گروه، درمان رایج و استاندارد خود را در کلینیک مورد نظر ادامه دادند و مادران در گروه مداخله در جلسات کوچینگ نیز شرکت نمودند. منظور از درمان رایج، شرکت کودک در جلسات درمانی کاردرمانی با محوریت درمان عصبی-رشدی^۳ به صورت هفته‌ای ۲ الی ۳ جلسه بود که در این درمان تمرکز درمانگر بر بهبود اجزای عملکردی مانند قدرت عضلانی، دامنه حرکتی، تعادل و کسب مراحل رشدی بود. جهت تعیین حجم نمونه با فرض برابر بودن واریانس در دو جامعه و با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰٪ و بازه اطمینان ۹۵٪ و با استناد به مطالعه کارآزمایی کسلر [۲۷] و نیز با در نظر گرفتن ریزش ۱۰ درصدی ۱۵ نفر در هر گروه تعیین شد. طبق شواهد، تغییر دو واحدی در مقیاس کانادایی عملکرد کاری به-عنوان تفاوت بالینی معنادار در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود برای مادران دارای کودکان با فلج مغزی عبارت بود از داشتن سواد خواندن و نوشتن، زندگی با همسر، سن ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن تنها یک فرزند با فلج مغزی و رضایت جهت شرکت در پژوهش. کودکان نیز باید دارای شرایط زیر می‌بودند: تشخیص یکی از انواع فلج مغزی، سطح شناختی بالای ۷۰ بر اساس اسپارکل و سن ۵ الی ۱۲ سال. در صورتی که مادران از فرد با ناتوانی دیگری غیر از فرزند خود مراقبت می‌کردند (اعم از

به مادران این کودکان برای غلبه بر این چالش‌ها و شرکت کردن در فعالیت‌های مشترک لذت‌بخش‌تر و مناسب‌تر با فرزندان خود می‌تواند منجر به بهبود عملکرد و توازن کاری مادر شده و در نتیجه باعث ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی‌شان شود. [۲۰، ۱۹] روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ یکی دیگر از انواع روش‌هایی است که به‌منظور کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در مادران دارای کودکان با ناتوانی استفاده می‌شود. [۲۱] این روش نوعی از برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که با استفاده از تکنیک‌هایی مانند تمرکز بر تنفس و حواس قسمت‌های مختلف بدن سعی بر افزایش توجه به زمان حال و مدیریت و کنترل آگاهانه توجه فرد دارد و تاکید و تمرکز آن بر پذیرفتن مسائل آن‌گونه که هستند، بدون تلاش برای تغییر آنها می‌باشد. [۲۲] روش شناختی-رفتاری نیز با آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری سعی در کاهش علائم افسردگی، استرس و اضطراب مادران دارد. [۲۳] یکی دیگر از مداخلات کاردرمانی که می‌تواند در بهبود سلامت روان مادران کودکان با فلج مغزی مفید باشد، کوچینگ عملکرد کاری^۲ است. کوچینگ یک رویکرد والد‌محور است که عناصر اصلی آن آموزش، هدف‌گذاری، و حل مشکل است و سعی دارد با تقویت مهارت افراد آنها را در مدیریت زندگی‌شان توانمندتر سازد. [۲۴] انواعی از رویکردهای کوچینگ وجود دارد که یکی از آنها کوچینگ عملکرد کاری (OPC) است. این رویکرد، یک روش مراجع-محور و متمرکز بر فعالیت و راه حل است که به منظور بهبود عملکرد والدین دارای کودکان با اختلالات عملکردی استفاده می‌شود. سه عنصر اساسی آن شامل حمایت عاطفی، تبادل اطلاعات و هدف‌گذاری و در نهایت حل مساله با ارائه راه حل‌ها است. [۲۵، ۲۰] مطالعات نشان می‌دهد که مداخلات مشاوره‌ای که شامل اجزای آموزشی، هدف-گذاری و حل مساله باشد، می‌تواند منجر به بهبود عملکرد کاری، رضایت از عملکرد، دستیابی به اهداف و خودکارآمدی و عزت نفس شود. [۲۶] در مطالعه‌ای با انجام این مداخله بر روی مادران دارای کودکان با فلج مغزی، مادران این کودکان، عملکرد، رضایت و احساس خودکارآمدی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند. [۲۰] با توجه به این که این رویکرد با در اولویت قرار دادن خود فرد (مادر کودکان) و با مشارکت دادن فعال آنها سعی بر تعیین اهداف و ارائه راه حل و به عبارتی حل مساله دارد و طبق شواهد و مطالعات قبلی، رضایت و احساس خودکارآمدی را تقویت کرده و منجر به بهبود مشارکت در فعالیت‌های مهم زندگی فرد

³ Neurodevelopmental Treatment

¹ Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)

² Occupational Performance Coaching

خاص، قابل اندازه‌گیری و قابل دسترسی در ۱۰ جلسه بودند.

جلسه دوم: آغاز فرآیند حل مسئله برای یکی از اهداف تعیین شده و همچنین ارائه‌ی برگه‌ی پرینت فرآیند حل مسئله، در این جلسه مادر مشخص می‌کرد که در طی هفته آتی حداقل دو کنش^۴ متفاوت در خصوص هدف مورد نظر انجام دهد.

جلسه سوم: بررسی هدف نخست و شروع اهداف بعدی (یک الی دو کنش برای هر هدف)

جلسه چهارم تا هشتم: بررسی پیشروی در تمام اهداف جلسه نهم: بررسی اهداف و مقدمه چینی برای پایان جلسات مداخله

جلسه دهم: تصمیم‌گیری در خصوص اهدافی که به دست نیامده بودند و پایان مداخله با تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها.

در تمام جلسات کوچینگ، هر سه جز اساسی درمان یعنی حمایت هیجانی والدین، تبادل اطلاعات و فرآیند ساختاریافته حل مسئله در نظر گرفته شد. مادر باید در هر یک از اهداف، آنچه را در زمان تعیین هدف و پیش از آغاز مطالعه رخ می‌داد و آنچه را که تمایل داشت در آینده وجود داشته باشد، به صورت کاملاً مشخص به تصویر می‌کشید. او اطلاعات کامل و دقیق را در اختیار درمانگر قرار می‌داد و سپس با همراهی درمانگر به رفع موانعی که برای رسیدن به هدف وجود داشت، می‌پرداخت. پس از تعیین مشکلات موجود، مادر راه حل‌های مورد نظر خود را با راهنمایی درمانگر پیشنهاد می‌داد. در جلسات نخست درمانگر می‌توانست از راهنمایی مستقیم برای یافتن راه حل استفاده نماید، اما با پیشروی جلسات، مادر از مهارت خود در حل مسئله به صورت مستقل استفاده می‌کرد. در طی جلسات درمانگر به خوبی به شرایط مراجعش گوش می‌داد و با انعکاس دوباره‌ی جملات او، مراجع را تشویق به گفتگو و خلق تصویر دقیق‌تری می‌نمود. جهت آغاز فرآیند حل مسئله، درمانگر از چارچوبدهی مجدد ذهن مراجع استفاده می‌کرد و سعی داشت تا تفسیر جدیدی از شرایط را با او در میان بگذارد. در خلال فرآیند حل مسئله، درمانگر اطلاعاتی را در خصوص شرایط کودک و مشکلات رشدی او در اختیار مادر قرار می‌داد تا او جهت یافتن گزینه‌های مناسب برای حل مسئله از آنها بهره بگیرد. مراجع به مرور زمان، تحلیل تمام جنبه‌های موثر بر عملکرد خود یا کودکش را مورد توجه قرار می‌داد تا تعامل

فرزندان مبتلا به اختلالات دیگر و یا اطرافیان و نزدیکان) و یا نمره بالای ۲۸ را در مقیاس افسردگی از پرسشنامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)^[۲۸] کسب می‌نمودند، از مطالعه خارج می‌شدند. همچنین اگر کودکی طبق پرونده‌ی پزشکی علاوه بر فلج مغزی مبتلا به اختلالات طیف اتیسم بود و یا مشکلات بینایی و شنیداری عمیقی داشت، به گونه‌ای که بر ارتباط او با مادرش تاثیر منفی می‌گذاشت، او و مادرش نیز از مطالعه کنار گذاشته می‌شدند.

روش اجرا

در جلسه نخست، رضایت‌نامه کتبی از کلیه افرادی که معیارهای ورود را دارا بودند، کسب گردید و پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و نیز پرسشنامه‌های DASS^۱ جهت تعیین سطح افسردگی، اضطراب و استرس مادران تکمیل گردید. شدت فلج مغزی نیز با استفاده از GMFCS^۲ تعیین شد. این مراحل توسط آزمونگر آشنا به ابزار به صورت Blind انجام گرفت. جهت حضور در جلسات کوچینگ، مادران اهداف خود را بر اساس پرسشنامه COPM^۳ انتخاب کردند. هر مادر با مصاحبه نیمه-ساختاریافته، سه هدف را برای خود انتخاب کرد و جهت پرداختن همزمان به مشکلات مادر و کودک، از سه هدف مورد نظر یک مورد مربوط به عملکرد کاری مادر بود. اهداف مربوط به مادران متناسب با نقش والدی آنها و در ارتباط با مسائلی بود که به سبب وجود کودک دچار فلج مغزی با آن روبه‌رو شده بودند. در همان جلسه نخست، ارزیابی پس از ارزیابی جهت تخصیص افراد در گروه‌ها، بسته پاکت‌ها را در اختیار مادران قرار داد و آنها یکی را انتخاب کردند. چیدمان پاکت‌ها به صورت تصادفی انجام شده بود و در درون آنها حرف A جهت گروه مداخله و حرف B بیانگر گروه شاهد بود. انتخاب حروف نیز به صورت تصادفی و با پرتاب سکه انجام شده بود. مادران در گروه مداخله به طور میانگین در ۸ جلسه‌ی درمانی (حداقل ۶ و حداکثر ۱۰ با احتساب جلسه‌ی ارزیابی) شرکت داشتند. پس از ده جلسه مجدداً پرسشنامه DASS تکمیل گردید. پیش‌آزمون در جلسه نخست و پس‌آزمون ده هفته پس از آن از هر دو گروه به عمل آمد. تمام جلسات توسط محقق انجام پذیرفت. محتوای جلسات بر اساس نظر مبتکر این روش و نیز دکتر کسلر به صورت زیر بود:

جلسه نخست: معرفی و توضیح جزئیات مداخله و تعیین اهداف با تکمیل پرسشنامه. اهداف تا جای ممکن

³ Canadian Occupational Performance Measure

⁴ Action

¹ Depression, Anxiety and Stress Scale

² Gross Motor Function Classification System

بیشترین مقدار و در حوزه‌ی مراقبت از خود در بخش رضایتمندی با ۳/۷۵ کمترین مقدار را داشته است.^[۳۲، ۳۱]

مقیاس نظام طبقه‌بندی کارکرد حرکتی درشت (GMFC)

GMFCS یا مقیاس نظام طبقه‌بندی کارکرد حرکتی درشت، یک سامانه طبقه‌بندی استاندارد مشاهده‌ای است که کودکان با فلج مغزی را بر اساس توانایی‌های حرکتی درشت کنونی، محدودیت در عملکرد حرکتی درشت و نیاز به تکنولوژی و وسایل کمکی در ۵ سطح تقسیم‌بندی می‌کند. به طوری که سطح یک حداقل استقلال و سطح ۵ حداکثر استقلال را در عملکرد نشان می‌دهد. این مقیاس به طور وسیعی در سطح جهان به کار می‌رود و در ایران توسط دهقان و همکاران در سال ۱۳۸۸ بررسی شد که طبق نتایج حاصل از آزمون کوکران، این ابزار از اعتبار مناسبی برخوردار بوده چرا که در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تفاوتی میان درمانگران وجود نداشته است. ریاحی و همکاران نیز در سال ۱۳۹۱، در بررسی اعتبار آزمون-بازآزمون ICC=۰/۹۲ و ضریب کاپا بین نوبت اول و دوم را ۰/۶۱ گزارش نمودند.^[۳۴، ۳۳]

اسپارکل: یک فرم جهت تخمین سطح شناختی کودکان با فلج مغزی است که برگرفته از پروژه‌ی اسپارکل می‌باشد. سطوح شناختی متناسب با ICD 10² می‌باشد که در آن ۷۰ بیانگر ناتوانی یادگیری^۳ خفیف، ۵۰ تا ۷۰ نشان‌دهنده‌ی ناتوانی یادگیری متوسط و زیر ۵۰ مشکل شدید در یادگیری است. اگر از نظر مادر، فرزندش همانند کودکان هم‌سن‌وسالشان موارد مختلف را یاد می‌گیرد و نیز همانند آنها با دوستان خود به بازی می‌پردازد، سطح شناختی کودک بالای ۷۰ در نظر گرفته می‌شود، در صورتی که پاسخ به موارد بالا منفی باشد و از نظر مادر فرزند او در یادگیری موارد مختلف دچار مشکلات شدیدی است و در خواندن و درک مطالب بیشتر شبیه کودکانی باشد که نصف سن فرزند او را دارند، سطح شناختی زیر ۵۰ در نظر گرفته می‌شود. در صورتی که این موارد نیز از جانب مادر مورد قبول نباشد و از نظر او، فرزندش در مقایسه با کودکان دیگر، در یادگیری چیزها مانند خواندن و درک مطالب نیاز به کمک بیشتری دارد و با کودکان کوچکتر از خود بهتر و راحت‌تر به بازی می‌پردازد، لذا سطح شناختی ۵۰-۷۰ در نظر گرفته خواهد شد.^[۳۵]

تحلیل داده‌ها

بهتری میان خود یا فرزندانش، محیط و آکیوییشن (اجزای عملکرد کاری) ایجاد نماید.

ابزارهای اجرا

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)

این مقیاس متشکل از ۴۲ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی است. افسردگی، اضطراب و استرس سه خرده‌مقیاس این مقیاس را تشکیل می‌دهند. در پژوهش حاضر، از فرم کوتاه یعنی DASS-21 استفاده می‌شود که هر خرده‌مقیاس شامل ۷ پرسش می‌باشد. از فرد آزمودنی خواسته شد تا شدت علامت مطرح‌شده در هر عبارت را بر اساس آنچه در طول هفته گذشته تجربه کرده است، از صفر (بدون تجربه علامت مورد نظر) تا ۳ (تجربه خیلی زیاد علامت) نمره‌دهی نماید. در پایان نمره به‌دست‌آمده در عدد ۲ ضرب خواهد شد که نمره ۹-۰ عادی، ۱۳-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۰-۱۴ افسردگی متوسط، ۲۷-۲۱ افسردگی شدید و بالای ۲۸ افسردگی بسیار شدید قلمداد می‌شود. در پژوهش حاضر از خرده-مقیاس افسردگی استفاده گردید. این ابزار دارای ضریب پایایی ۰/۸۴ برای مقیاس افسردگی، ۰/۸۹ در اضطراب و ۰/۹۰ در استرس است و ضریب آلفای کرونباخ آن در افسردگی ۰/۹۳ می‌باشد.^[۳۰، ۲۹، ۱۱]

پرسشنامه COPM

COPM مقیاس اندازه‌گیری مراجع‌مدار است که با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، درک از خود فرد را در سه حوزه‌ی مراقبت از خود، مولد بودن و تفریح و عملکرد کاری اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس قابلیت اجرا در طول درمان را نیز دارد و به فرد کمک می‌کند اهداف را شناسایی کرده و سپس عملکرد و رضایت خود را بر اساس مقیاس ده رتبه‌ای نمره‌دهی نماید. در کودکان این پرسشنامه می‌تواند توسط والدین نیز تکمیل شود. این ابزار به‌وسیله دهقان و همکاران به فارسی ترجمه شده است و روایی محتوای نسخه فارسی آن 0.95 ± 0.22 و ضریب همبستگی در نمرات عملکرد و رضایتمندی بیش از ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب اعتبار پایایی^۱ این پرسشنامه نیز ۰/۸۴ در نمرات عملکرد و ۰/۸۷ در نمرات رضایت بوده است. همچنین روایی و اعتبار این پرسشنامه در سالمندان شهر تهران بررسی شده و میزان توافق میان کارشناسان در حوزه‌ی مولد بودن در بخش رضایتمندی ۹/۷۵

³ Learning Disability

¹ Test-retest Reliability

² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است.

در بخش آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی گزارش گردید و جهت بررسی نرمالیتی داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. در بخش آمار تحلیلی نیز از آزمون تی مستقل و من‌ویتنی متناسب با توزیع داده‌ها استفاده گردید. از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ جهت بررسی داده‌ها استفاده گردید.

جدول ۱. مشخصات کودکان با فلج مغزی و مادران شرکت‌کننده در مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	مداخله (انحراف معیار/تعداد)	کنترل (انحراف معیار/تعداد)	سطح معناداری
سن مادر	سن مادر	۳۸/۲۲(۵/۹۸)	۳۴/۶۹(۴/۲۹)	۰/۲۸
	سن کودک	۷/۵۶(۱/۵۹)	۶/۶۴(۰/۹۷)	۰/۰۷
جنسیت کودک	دختر	(۸)	(۵)	۰/۲۳
	پسر	(۷)	(۱۰)	
سطح حرکات درشت کودکان	یک	(۷)	(۳)	۰/۱۵
	دو	(۲)	-	
	سه	(۲)	(۴)	
	چهار	(۴)	(۶)	
	پنج	-	(۲)	
وضعیت اشتغال مادران	خانه‌دار	(۱۳)	(۱۱)	۰/۱۵
	شاغل	(۲)	(۴)	
تعداد فرزندان	یک فرزند	(۵)	(۱۰)	۰/۵۲
	دو فرزند	(۶)	(۳)	
	سه فرزند	(۳)	(۲)	
	پنج فرزند	(۱)	-	
سطح تحصیلات مادر	سواد خواندن و نوشتن	(۴)	(۲)	۰/۶۳
	دیپلم	(۶)	(۵)	
	فوق دیپلم	(۱)	(۴)	
	کارشناسی	(۳)	(۳)	
	کارشناسی ارشد	(۱)	(۱)	

در پایان مطالعه آورده شده است. ملاحظه می‌شود که در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون، مادران در گروه مداخله در هر سه متغیر تفاوت معناداری را نشان دادند، این در حالی است که مادران در گروه کنترل تفاوتی در نمرات پس-آزمون نسبت به نمرات پیش‌آزمون خود نشان ندادند.

در جدول زیر تغییر در شدت افسردگی، اضطراب و استرس در مادران دو گروه و نیز تفاوت آنها در پیش و پس‌آزمون مشاهده می‌شود. با توجه به نرمال بودن (شدت افسردگی و استرس) یا نبودن (شدت اضطراب) توزیع نمرات، از آزمون تی مستقل یا یومن‌ویتنی استفاده شد. در جداول شماره ۲ و ۳ بررسی تغییرات درون‌گروهی

جدول ۲. تغییرات نمرات شدت افسردگی و استرس مادران در پیش و پس‌آزمون در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره Z	مقدار احتمال
شدت اضطراب	پیش‌آزمون	۱۹/۲۰	-۲/۷۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۴/۰۶		
کنترل	پیش‌آزمون	۶/۱۳	-۱/۳۷	۰/۱۶
	پس‌آزمون	۷/۴۶		

دول ۳. تغییرات نمرات شدت اضطراب مادران در پیش و پس آزمون دو گروه مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره t	مقدار احتمال
شدت افسردگی	پیش آزمون	۱۷/۲۰	۸/۱۳	۴/۶۰
	پس آزمون	۱۲/۶۶	۸/۴۷	<۰/۰۰۱
کنترل	پیش آزمون	۱۲/۸۰	۸/۰۶	۰/۶۳
	پس آزمون	۱۳/۶۰	۹/۰۱	-۰/۴۸
شدت استرس	پیش آزمون	۲۵/۳۳	۱۰/۴۱	۴/۸۶
	پس آزمون	۱۹/۳۳	۹/۸۱	<۰/۰۰۱
کنترل	پیش آزمون	۲۰/۴۰	۹/۹۷	۰/۳۳
	پس آزمون	۱۹/۶۰	۱۰/۷۷	۰/۷۴

مقایسه دو گروه در پس آزمون نشان دهنده عدم تفاوت معنادار در میان دو گروه در هر سه متغیر بود (جدول ۴ و ۵).

جدول ۴. مقایسه نمرات پس آزمون افسردگی و استرس مادران در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
شدت افسردگی	۱۲/۶۶	۸/۴۷	۰/۷۳
	کنترل	۱۳/۶۰	۹/۰۱
شدت استرس	۱۹/۳۳	۹/۸۱	۰/۸۹
	کنترل	۱۹/۶۰	۱۰/۷۷

جدول ۵. مقایسه نمرات پس آزمون اضطراب مادران در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	میانگین رتبه	میانگین	انحراف معیار	آماره z	مقدار احتمال
شدت اضطراب	۱۸/۶۰	۱۴/۰۶	۹/۵۰	-۱/۹۴	۰/۰۵۲
	کنترل	۱۲/۴۰	۷/۴۶	۶/۳۹	

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از کوچینگ عملکرد کاری می تواند منجر به کاهش در سطح افسردگی، اضطراب و استرس مادران دارای کودکان با فلج مغزی گردد؛ به عبارتی دیگر، این امر می تواند نشان دهنده تاثیر مثبت مشارکت فعال والدین در تبادل اطلاعات با درمانگر، هدف گذاری و یافتن راه حل مناسب در میزان آرامش روانی فرد باشد. در مطالعات دیگر نیز ثابت شده است که درمان رابطه والد-فرزند، استفاده از استراتژی های سازگاری^۱ و مداخلات گروهی حمایتی و ذهن آگاهی بر ارتقا سلامت روان و کاهش میزان استرس یا اضطراب مادران دارای فرزندان با ناتوانی یا اختلالی خاص تاثیر گذار است.^[۳۹-۳۶] مطالعه مشابهی که تاثیر کوچینگ عملکرد کاری را بر ویژگی های روانی مادران دارای کودکان با ناتوانی مورد بررسی قرار داده باشد، وجود ندارد و لذا سعی شده است نتایج با مطالعات مشابه مورد مقایسه و بررسی قرار گیرد.

در مطالعات پیشین، تاثیر اشکال دیگری از کوچینگ بر سلامت روانی گروه های متفاوت مورد مطالعه گرفته است.^[۴۰] یکی از این مطالعات که نتایج آن همسو با نتایج مطالعه حاضر است، مطالعه ای است که در آن به بررسی تاثیر نوعی از کوچینگ به نام Peer Coaching بر روی مادران کودکان دارای دیابت نوع یک پرداخته شد. در این مطالعه، افراد بیمار آموزش دیده با تجربه همان بیماری نقش درمانگر را بر عهده داشتند. نتایج مصاحبه ها حاکی از آن بود که کوچینگ تاثیر مثبتی در کاهش میزان استرس این مادران در ارتباط با بیماری فرزندشان داشته است.^[۴۱]

در مطالعه ای دیگر، از برنامه ای طراحی مجدد آکوپیشن-های روزانه^۲ جهت کاهش استرس زنانی که مجبور به ترک شغل خود شده بودند، استفاده شد که در آن کوچینگ به عنوان جزئی از مداخله مورد استفاده قرار گرفته بود.^[۴۲] در این مداخله درمانگر تلاش کرده بود با ارائه اطلاعات به شرکت کنندگان کمک نماید تا توازن بیشتری در زندگی روزمره خود ایجاد نمایند. در نهایت این مداخله در طی شانزده هفته منجر

¹ Coping Strategies

² Redesigning Daily Occupations (ReDO) Program

OPC است؛ لذا در صورت همزمانی کاربرد OPC برای بهبود عملکرد کاری با مشکلات مربوط به سلامت روان، ضروری است که درمان‌های مکمل نیز در صورت لزوم مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

استفاده از روش کوچینگ عملکرد کاری می‌تواند در ارتقا سلامت روان مادران دارای کودکان با فلج مغزی موثر باشد و به آنها کمک نماید تا با دنبال کردن اهداف منتخب خود احساس کنترل بیشتری بر شرایط زندگی داشته باشند. کاهش سطح افسردگی، استرس و اضطراب به دنبال دستیابی به اهداف با رویکرد حل مسئله، مواجهه بهتر با شرایط استرس‌زای زندگی را به مادران می‌آموزد. این روش می‌تواند در کنار سایر خدمات رایج کاردرمانی و جهت توجه بیشتر به نیازهای مادران مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بر اساس پایان‌نامه دکترای کاردرمانی مینا احمدی کهجوق به راهنمایی جناب آقای دکتر رصافیانی و جناب آقای دکتر حسینی نگارش شده است.

به افزایش عزت نفس و بازگشت به شغل در میان شرکت‌کنندگان گردید، ولیکن در میزان استرس افراد تاثیر قابل‌توجهی مشاهده نشد.^[۴۲] یکی از دلایل می‌تواند به منبع استرس افراد شرکت‌کننده بازگردد؛ مادران کودکان دچار فلج مغزی پس از کسب نتایج امیدوارکننده در برخی اهداف تا حدودی استرس خود را کاهش دادند، در صورتی که در مطالعه‌ی ذکرشده منبع استرس شغل افراد بوده که استرس شغلی معمولاً حتی در صورت داشتن شغل مناسب همواره در افراد وجود دارد و از بین نمی‌رود.^[۴۳] کسلر و همکاران نیز در بررسی اثربخشی نوع انطباق یافته‌ی OPC بر زندگی افراد دچار سکتی مغزی که با روش‌شناختی کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده انجام شده بود، از مقیاس Hospital Anxiety and Depression Scale برای بررسی رفاه هیجانی شرکت‌کنندگان استفاده کردند. افراد گروه مداخله در مطالعه کسلر نیز با وجود بهبود شرایط نسبت به پیش‌آزمون خود تفاوتی را با گروه کنترل نشان ندادند. یکی از دلایل این عدم تفاوت وجود تفاوت در نمرات اولیه‌ی دو گروه بود که گروه مداخله در سطح پایین‌تری قرار داشت.^[۴۷] دلیل دیگر که می‌تواند برای مطالعه حاضر نیز صدق نماید، ماهیت اختلالات روانی است که نیازمند درمان‌های طولانی‌مدت می‌باشد که خارج از چارچوب رویکرد

منابع

1. O'Brien JC, Kuhaneck H. Occupational Therapy for Children and Adolescents. 8 ed 2019.
2. Appleton RE, Gupta R. Cerebral palsy: not always what it seems. Arch Dis Child. 2019;104(8):809-14.
3. McGuire DO, a LHT, b MY-A, a NFD, Christensen DL. Prevalence of cerebral palsy, intellectual disability, hearing loss, and blindness, National Health Interview Survey, 2009–2016. Disability and Health Journal. 2019;12(3):443-51.
4. Garip Y, Ozel S, Tuncer OB, Kilinc G, Seckin F, Arasil T. Fatigue in the mothers of children with cerebral palsy. Disability and Rehabilitation. 2017;39(8):757-62.
5. Park E-Y, Nam S-J. Time burden of caring and depression among parents of individuals with cerebral palsy. Disability and Rehabilitation. 2019;41(13):1508-13.
6. Marashipour SM, Mirzakhany N, Rezaee M, Shafiee Z, Baghban AA. Effect of Consulting Package of Time on Increasing Leisure Time and Satisfaction of Time Management in Mothers of Children with Cerebral Palsy. Journal of Rehabilitation Medicine. 2018;7(4):107-15.[In Persian].
7. Ketelaar M, Volman MJM, Gorter JW, Vermeer A. Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about? Child Care Health Dev. 2008;34(6):825-9.
8. Barroso NE, Mendez L, Graziano PA, Bagner DM. Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis. J Abnorm Child Psychol. 2018;46(3):449-61.
9. Wang Y, Huang Z, Kong F. Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. J Health Psychol. 2020;25(3):416-25.
10. Wang Y, LT, LG, ESH. Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. Journal of Applied Developmental Psychology. 2020.
11. Kanter JW, Busch AM, Weeks CE, Landes SJ. The nature of clinical depression: symptoms, syndromes, and behavior analysis. Behav Anal. 2008;31(1):1-21.
12. Freidl EK, Stroeh OM, Elkins RM, Steinberg E, Albano AM, Rynn M. Assessment and Treatment of Anxiety Among Children and Adolescents. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. 2017; 15:144–156.
13. Naeem F, Arif S, Asghar A, Mahmood Z. PSYCHOSOCIAL STRESSORS,

- BURNOUT AND MENTAL HEALTH PROBLEMS IN CAREGIVERS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY. Journal of Postgraduate Medical Institute. 2018;32(Vol 32 No 4 (2018)).
14. Yılmaz H, Erkin G, Nalbant L. Depression and anxiety levels in mothers of children with cerebral palsy: A controlled study. European journal of physical and rehabilitation medicine. 2013;49.
15. Kaydok E, Solum S, Cinaroglu NS. Comparison of the caregiver burden of the mothers of children with cerebral palsy and healthy children. Medicine Science International Medical Journal. 2020.
16. Ramanandi V, Rao B. Comparison of Stress Levels in the Parents of Children with Cerebral Palsy and Parents of Normal Children in Vadodara Region of Gujarat. International Journal of Physiotherapy. 2015;2:421.
17. Diwan S, Chovatiya H, Diwan J. Depression and quality of life in mothers of children with cerebral palsy. NJIRM. 2011;35(15.53):81-90.
18. Ono K, Kanayama Y, Tsuchiya K, Iwata M, Yabuaki K. Development and validation of the Measure of Supporting Co-occupation for family caregivers. British Journal of Occupational Therapy. 2018;8(10):571-81.
19. Dalvand H, Hosseini SA, Rassafiani M, Samadi SA, Khankeh HR, Kelly G. Co-occupations: The caregiving challenges of mothers of children with cerebral palsy. British Journal of Occupational Therapy. 2015;Vol. 78(7) 450-459.
20. Kahjoogh MA, Kessler D, Hosseini SA, Rassafiani M, Akbarfahimi N, Khankeh HR, et al. Randomized controlled trial of occupational performance coaching for mothers of children with cerebral palsy. British Journal of Occupational Therapy. 2018;4, page(s): 213-219 (April 1, 2019).
21. Dykens EM, Fisher MH, Taylor JL, Lambert W, Miodrag N. Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. Pediatrics. 2014;134(2):e454-e63.
22. Merkes M. Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. Aust J Prim Health. 2010;16(3):200-10.
23. Jennabadi H. Survey on Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management On mental health on the mother of Children with Developmental disorders, Disruptive behavior disorders and cerebral pals. RJMS. 2016;23(148):80-8.[In Persian].
24. Ahmadi Kahjoogh M, Kessler D, Rassafiani M, Hosseini sa, Khankeh HR, Akbarfahimi N. Occupational performance coaching for mothers of children with cerebral palsy: A case report. International Journal of Therapy and Rehabilitation. 2017;24:218-22.
25. Lamarre J, Egan M, Kessler D, Sauv -Schenk K. Occupational Performance Coaching in Assisted Living. Physical & Occupational Therapy In Geriatrics. 2020;38(1):1-17.
26. Kessler D, Graham F. The use of coaching in occupational therapy: an integrative review. Aust Occup Ther J. 2015;62(3):160-76.
27. Kessler D, Egan M, Dubouloz CJ, McEwen S, Graham FP. Occupational Performance Coaching for Stroke Survivors: A Pilot Randomized Controlled Trial. Am J Occup Ther. 2017;71(3):7103190020p1-p7.
28. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. Behav Res Ther. 1997;35(1):79-89.
29. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol. 2005;44(Pt 2):227-39.
30. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. Front Psychol. 2013;4:863.
31. Atashi N, Aboutalebi S, Heidari M, Hosseini SA. Reliability of the Persian Version of Canadian Occupational Performance Measure for Iranian Elderly Population. Iranian-Rehabilitation-Journal. 2010;8(2):26-30.
32. Dehghan L, Dalvand H, Pourshahbaz A, Samadi SA. Designing Supplement Form of the Canadian Occupational Performance Measure: Item Analysis and Suggestions for Refinement. USWR. 2014;15(1):21-8.
33. Dehghan L, Abdolvahab M, Bagheri H, Dalvand H, Faghieh zade S. Inter rater reliability of Persian version of Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised in patients with cerebral palsy. Daneshvar. 2011;18(6):37-44.
34. Riahi A, Rassafiani M, Binesh M. The Cross-Cultural Validation and Test-Retest and Inter-Rater Reliability of the Persian Translation of Parent Version of the Gross Motor Function Classification System for Children with Cerebral Palsy. USWR. 2013;13(0):25-30.
35. Park ES, Rha DW, Park JH, Park DH, Sim EG. Relation among the gross motor function, manual performance and upper limb functional measures in children with spastic cerebral palsy. Yonsei Med J. 2013;54(2):516-22.

36. Adams D, Rose J, Jackson N, Karakatsani E, Oliver C. Coping Strategies in Mothers of Children with Intellectual Disabilities Showing Multiple Forms of Challenging Behaviour: Associations with Maternal Mental Health. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2018;46(3):257-75.
37. Agazzi H, Tan S, Ogg J, Armstrong K, Kirby R. Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Maternal Stress, Anxiety, and Depression Among Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder? *Child & Family Behavior Therapy*. 2017;39:1-21.
38. Azizi A, Fatehizade M, Ahmadi A, Jazayeri R. Effect of child-parent relationship therapy on parenting stress and empowerment of parents with children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2018;8(1):27-46.[In Persian].
39. Lunsy Y, P. Hastings R, Weiss JA, M. Palucka A, Hutton S, White K. Comparative Effects of Mindfulness and Support and Information Group Interventions for Parents of Adults with Autism Spectrum Disorder and Other Developmental Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017;47(6):1769-79.
40. Ahmann E. Interventions for ADHD in Children And Teens: A Focus on ADHD Coaching. *Pediatric Nursing*. 2017;43(3).
41. Tully C, Shneider C, Monaghan M, Hilliard ME, Streisand R. Peer Coaching Interventions for Parents of Children with Type 1 Diabetes. *Current Diabetes Reports*. 2017;17(6):39.
42. Erlandsson L-K. The Redesigning Daily Occupations (ReDO)-Program: Supporting Women With Stress-Related Disorders to Return to Work—Knowledge Base, Structure, and Content. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2013;29(1):85-101.
43. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res*. 2001;51(5):697-704.