

Construction of Therapeutic Plan (Autism Integrated Treatment Program with Family) and Comparison of the Effectiveness of (Multiple Special Skills Training) on Perceived Stress Reactivity in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Sara Taremi¹

Abdolhassan Farhangi^{2*},

Zahra Abbaspour Azar³

Mohammad Bagher Hobi⁴

How to cite this article

Sara Taremi, Abdolhassan Farhangi, Zahra Abbaspour Azar, Mohammad Bagher Hobi, Construction of Therapeutic Plan (Autism Integrated Treatment Program with Family) and Comparison of the Effectiveness of (Multiple Special Skills Training) on Perceived Stress Reactivity in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*, 2022:5(4): 549-562.

1. PhD student, Department of Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Imam Hossein University, Tehran, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: Abdolhassanfarhangi@yahoo.com

Article History

Received: 2021/09/02

Accepted: 2022/01/05

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to formulate a therapeutic program (integrated autism with family) and compare its effectiveness with (multiple skill training) on perceived stress reactivity in mothers of children with autism spectrum disorder.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental pre-test-post-test design with control and follow-up group, as well as exploratory mixed data type. The statistical population in the qualitative section consisted of 12 experts who were selected by purposive sampling. Also, the statistical population in the quantitative part included 45 mothers of children with autism who were matched in two groups of experimental (n = 15) and control (n = 15) using simple random sampling method. The autism group was integrated with the family for 8 sessions of 90 minutes and the experimental group for multiple special skills was trained for 8 sessions of 90 minutes. The data collection tool was exploratory in the qualitative part of semi-structured individual interviews. In the quantitative part, the Perceived Stress Response Questionnaire was used to collect data (Schultz et al., 2011). To analyze the data, the qualitative part of the content analysis and in the quantitative part through descriptive and inferential statistics (exploratory factor analysis, analysis of covariance) were analyzed.

Findings: Findings showed that among the components of the integrated autism treatment program with the family included individual characteristics of parents, parent-child relationship, parental mental health, family, extra-family, parent-parent relationship, family knowledge about autism and stigma. Based on the identified dimensions and components, the research model had a good fit. The results showed that family-based autism treatment program training and multiple special skills training reduced the responsiveness to perceived stress in mothers of children with autism during the pilot sessions. It should be noted that the recovery process in the autism group is more integrated with the family.

Conclusion: Therefore, the use of these interventions and educational programs is recommended as a way to reduce stress in parents of children with autism.

Keywords: Reactivity to Perceived Stress, Family Integrated Autism, Multiple Special Skills

تدوین برنامه درمانی (اتیسم یکپارچه با خانواده) و

مقایسه اثربخشی آن با (آموزش مهارت‌های ویژه

چندگانه) بر واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک

شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم

سارا طارمی^۱

دانشجو دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

عبدالحسن فرهنگی^{۲*}

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

زهرا عباسپور آذر^۳

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

محمدباقر حبیبی^۴

استادیار، دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تدوین برنامه درمانی (اتیسم یکپارچه با خانواده) و مقایسه اثربخشی آن با (آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه) بر واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری، همین‌طور از نظر نوع داده آمیخته اکتشافی بود. جامعه آماری در بخش کیفی شامل ۱۲ نفر از صاحب‌نظران و خبرگان متخصص بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. هم‌چنین جامعه آماری در بخش کمی شامل ۴۵ مادر کودکان مبتلا به اتیسم بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) هم‌تاسازی شدند. گروه آزمایش اتیسم یکپارچه با خانواده ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه هم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کیفی مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انفرادی اکتشافی بود در بخش کمی نیز به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده (شولتز و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های بخش کیفی از تحلیل محتوا و در بخش کمی از طریق آمار توصیفی و

استنباطی (تحلیل عاملی اکتشافی، آزمون تحلیل کوواریانس) تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد از جمله مؤلفه‌های برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده شامل ویژگی‌های فردی والدین، رابطه والد-کودک، سلامت روان والدین، خانواده، فراخانواده، رابطه والد-والد، دانش خانواده درباره اتیسم و استیگما بود. بر اساس ابعاد و مؤلفه‌های شناسایی‌شده، مدل پژوهش از برآزش مناسبی برخوردار بود. نتایج نشان داد آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه باعث کاهش واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم در طی جلسات آزمایشی شده است. لازم به ذکر است که روند بهبودی در گروه اتیسم یکپارچه با خانواده بیشتر است.

نتیجه‌گیری: بنابراین استفاده از این مداخلات و برنامه‌های آموزشی به عنوان روشی در کاهش استرس والدین کودکان مبتلا به اتیسم پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده، اتیسم یکپارچه با خانواده، مهارت‌های ویژه چندگانه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۵

* نویسنده مسئول: Abdolhassanfarhangi@yahoo.com

مقدمه

خانواده اولین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند (۱) و نقش مهمی در تحمل اثرات حادثه یا بیماری یکی از اعضای خود دارد. بنابراین کاملاً طبیعی است که نیازهای خانواده با وضعیت کودکی که تحت حمایت، آموزش و پیگیری قرار دارد، هماهنگ شود. یکی از تنش‌آورترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک دارای ناتوانی یا بیماری مزمن است (۲) و از جمله این ناتوانی‌ها می‌توان به اختلال طیف اتیسم اشاره کرد. طبق تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ (۲۰۱۳) اتیسم یک اختلال مزمن و پیچیده عصبی-تحوالی است که به وسیله نقص در کارکردهای ارتباطی و تعاملات اجتماعی و نیز رفتارهای محدود شده، تکراری و یا خودانگیزخته مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به اتیسم در مقایسه با سایر اختلال‌های روانپزشکی مشکلات اجتماعی بیشتری دارند که این امر اغلب اوقات باعث نگرانی‌های والدین و استرس خانواده می‌گردد (۳). بیماری پایدار کودک اضطراب درباره آینده او، انزوای اجتماعی (۴)، به تعویق افتادن تشخیص، دشواری مواجه شدن با تشخیص و نشانه‌های همراه و دسترسی ضعیف به خدمات بهداشتی و حمایت اجتماعی سبب می‌شود که مادران این کودکان سطح بالایی از فشار روانی را تجربه کنند. در واقع، اتیسم بر پویایی خانواده تأثیری جدی دارد به طوری که سبب فشار مضاعف بر مراقبان، به‌ویژه مادران می‌شود. پیشینه پژوهشی این فشار را به‌عنوان یکی از چالش‌های اصلی خانواده، به‌خصوص مادران نشان می‌دهد (۵). مادران این کودکان

^۱ - American Psychiatric Association

خودپنداره و انسجام خانوادگی نیز مؤثرند (۱۸). برنامه درمانی یکپارچه اتیسم با خانواده یک برنامه والد مدار است که هدف آن کمک به والدین برای درک و کار با کودک اتیستیک خود می‌باشد. اهداف برنامه عبارتند از: حمایت والدین در دوره بین تشخیص و جایگزینی در مدرسه، توانمندسازی والدین و کمک به آن‌ها در تسهیل ارتباط اجتماعی و رفتار مناسب کودک با محیط طبیعی خود و کمک به والدین برای تمرین برخورد با کودکشان به نحوی که از رشد رفتارهای نامناسب جلوگیری کند (۱۹).

از سویی یکی از مداخلات مورد استفاده در جهت آموزش والدین دارای کودکان مبتلا به اتیسم، آموزش مهارت‌های زندگی است. تعاریف متعددی از مهارت‌های زندگی صورت گرفته است که با به رعایت گرفتن فصل مشترک آن‌ها می‌توان این گونه بیان داشت که مهارت‌های زندگی توانایی‌های روانی-اجتماعی هستند که فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری داده و فرد را قادر می‌سازد تا در رابطه با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط، مثبت و سازگارانه عمل کرده و بدون صدمه زدن به خود و دیگران، با چالش و مشکلات زندگی روبه‌رو شده و انتخاب و رفتارهای سالمی در سراسر زندگی داشته باشند؛ تا از این طریق سلامت روانی خود را تأمین نموده، موجب ارتقای رشد شخصی و اجتماعی خود شوند (۲۰). در مهارت چندگانه توانایی‌هایی را آموزش می‌دهند که در ایجاد رفتارهای سالم، روابط بین فردی مثبت و سلامت روانی نقش مهمی دارند. از نظر سازمان جهانی بهداشت، مهارت‌های زندگی برای افزایش توانایی‌های روانی اجتماعی به افراد آموزش داده می‌شود که آن‌ها را قادر سازد تا به‌طور مؤثر با مقتضیات و مشکلات زندگی روبه‌رو شوند (۲۱). مهارت‌های ویژه زندگی می‌توانند اعمال شخصی و اعمال مربوط به دیگران و نیز اعمال مربوط به محیط اطراف را طوری هدایت کنند که به سلامت بیشتر منجر شود و سلامت بیشتر، یعنی آسایش بیشتر جسمانی-روانی و اجتماعی (۲۲). مرور پژوهش‌ها نشان از آن دارد که مهارت‌های ویژه چندگانه زندگی می‌تواند نقش مهمی در ارتقا و بهبود طیف وسیعی از متغیرهای روان‌شناختی داشته باشد؛ به‌طور مثال راس-کالافل، گوتریز-مالدونادو، اوتگا-براو، ریبا-ثابت و کایو-اوریزار^۲ (۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که دوره آموزشی مهارت‌های تلفیقی بر بهبود نشانه‌های منفی، سایکوپاتولوژی، اضطراب و ناراحتی اجتماعی، اجتناب و عملکرد شناختی تأثیر دارد. همچنین مهارت‌های زندگی می‌تواند بر میزان خودپنداره، انسجام خانوادگی و فشار روانی والدین دارای کودکان استثنایی و دارای نیازهای ویژه تأثیر داشته باشد (۲۴).

بنابراین همان‌طور که عنوان گردید، والدین کودکان با اختلال اتیسم، با مشکلات متعدد و شرایط دشواری روبه‌رو هستند. بسیاری از آن‌ها به دنبال دانش، مهارت و یادگیری مسائلی به‌عنوان راهکارهای مناسب برای رویارویی با پیامدهای این اختلال در زندگی خود هستند (۲۵). بنابراین فشار روانی می‌تواند زمینه‌ساز بروز بیماری‌های جسمی و روانی در این والدین گردد (۲۶) و خودپنداره

به‌طور معمول در حال تحول هستند، مشکلات عاطفی و فشار روانی بیشتر گزارش می‌کنند (۶). هزینه‌های مالی و ویرانی عاطفی حاصل از مشکلات بزرگی که از بیماری فرد دارای اتیسم ناشی می‌شود و تقلای خانواده باعث کشمکش طولانی‌مدت و گاهی اوقات تهدید فیزیکی افراد دارای این اختلال و اطرافیان آن‌ها می‌شود (۷).

در این راستا، تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف فشار روانی شدیدتری نسبت به والدین کودکان سالم و یا کودکان با ناتوانی‌های رشدی دیگر تجربه می‌کنند (۸). برای مثال کیریگ و شارما^۱ (۹) دریافتند که تفاوت‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم به‌طور معناداری با میزان فشار روانی روزانه مادران همخوانی دارد. به این معنا که مادرانی که کودکانی که کژکارایی رفتاری بیشتری دارند، شدت فشار روانی بالاتری را گزارش می‌کنند. همچنین، منابع فشار روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم می‌تواند به دلیل اشکال در تعامل کودک، تعارضات زناشویی، فقدان حمایت‌های لازم جهت مراقبت از کودک، بدنامی این خانواده‌ها در جامعه و عدم درک کامل نیازهای کودک توسط همسرها و نیز خود والدین، باشد (۱۰). پژوهش کیم، اکاس و هوک (۱۱) حاکی از آن بود که مشکلات رفتاری بیشتر در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم با فشار روانی مادران رابطه دارد. به‌طور کلی، والدین کودکان دارای اختلال طیف اتیسم آسیب‌پذیری زیادی نسبت به انواع اختلالات روانی و جسمی دارند و از این جهت به‌عنوان یک گروه خاص، مستلزم توجه ویژه‌ای برای دریافت مداخلات درمانی و آموزشی به‌منظور پیشگیری و درمان هستند (۱۲).

با توجه به موارد بیان شده در رابطه با میزان نسبتاً بالای فشار روانی در مادران دارای کودک با نیازهای ویژه همچون اختلال اتیسم، پژوهشگران و درمانگران همواره درمان‌ها و آموزش‌هایی را مورد بررسی قرار داده‌اند که بتواند وضعیت روان‌شناختی این مادران را بهبود بخشد. در این رابطه علی‌رغم این که پژوهش‌های فراوانی در رابطه با تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر وضعیت روان‌شناختی والدین دارای کودکان استثنایی صورت گرفته است (۱۲؛ ۱۳؛ ۱۴؛ ۱۵)، اما پژوهش‌های معدودی والدین کودکان اتیسم را در کانون مداخلات روانی قرار داده است (۱). باقریان، پوراعتماد، قایضی و محمدی (۱۶) با مرور تاریخچه مصاحبه با والدین، دریافتند که یازده عامل (که به ترتیب شامل والد-کودک، محیط خانواده، عامل‌های ثابت، ویژگی‌های شخصیت، ژنتیک، درمان، ویژگی کودک، دانش خانواده درباره اتیسم، والد-والد، آسیب‌شناسی روانی و عوامل فراخانواده) در درمان اتیسم مؤثر هستند. سپس باقریان، محمدی، پوراعتماد، فتح‌آبادی و قایضی (۱۷) بر اساس این عوامل، برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده، را تدوین نمود. در حال حاضر برنامه درمانی یکپارچه اتیسم با خانواده در حوزه‌های مختلفی ارائه می‌شوند و تحقیقات مروری منظم اخیر در مورد طرح‌های آزمایشی کنترل شده تصادفی نشان داده‌اند که برنامه‌های والدگری نه تنها در بهبود رفتارهای مشکل‌دار کودکان مؤثر بوده، بلکه در متغیرهای مختلف والدینی مانند فشار روانی مادران،

² - Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabaté & Caqueo-Úrizar

¹ - Kirk & Sharma

مصاحبه عمیقی با ۱۲ متخصص (روان‌پزشک اطفال، روان‌شناس، گفتار درمانگر و کار درمانگر) تا حد اشباع درون فردی و بین فردی صورت گرفت. مصاحبه ساختاریافته با ۳۰ والد (نمونه‌گیری در دسترس) تا حد اشباع درون فردی و بین فردی انجام شد. شیوه تحلیل هر سه مرحله، تحلیل محتوا و واحد تحلیل، جمله بود. در هر مرحله، جملات توسط دو کدگذار با کدگذاری آزاد^۱ کدگذاری شد. سپس با کدگذاری محوری^۲، طبقات مشخص گردید و بار دیگر با در دست داشتن طبقات، جملات مرور شد. در هر سه مرحله، سه ملاک اعتبار تحلیل محتوا یعنی عینیت^۳، انتظام^۴ و عمومیت^۵ رعایت شد. در مرور پیشینه به منظور عینیت، این که کدام مطالعات و چه بخش‌هایی از هر مطالعه وارد شود، از پیش تعیین شد. به منظور انتظام از پیش مشخص گردید که جملات شامل مؤلفه مؤثر بر درمان، وارد تحلیل شوند، جهت تعیین عمومیت، یافته‌ها روی هم ریخته شد و سه متخصص هم‌زمان آن‌ها را دسته‌بندی نمودند. برای تعیین اعتبار در مورد مصاحبه‌ها، زمان کافی برای انجام مصاحبه صرف شد. مصاحبه‌ها توسط فردی به جز مصاحبه‌کننده پیاده شد، اما به تأیید وی رسید، تمام گام‌های پژوهش مستندسازی شد، از دو متخصص که در پژوهش شرکت نداشتند، در مورد نتایج نظرخواهی صورت گرفت که انتقال‌پذیری انجام شد. در مجموع، هشت عامل مؤثر در درمان به دست آمد که شامل «ویژگی‌های فردی والدین، رابطه والد-کودک، سلامت روان والدین، خانواده، فراخوانده، رابطه والد-والد، دانش خانواده درباره اتیسم و استیگما»^۶ بود. متخصصان (یک نفر دکتری و دو نفر دانشجوی دکتری) در کی گروه سه نفره؛ تأیید صوری جلسات را انجام دادند.

برنامه حاضر شامل نه جلسه گروهی دربرگیرنده هشت عامل بود که سه منبع مذکور به دست آمد. برای طراحی برنامه، از تکنیک‌های کنترل رفتار آموزش برنامه زود هنگام انجمن اتیسم انگلستان و نیز برنامه تیچ و پکس و اسپل استفاده شد. در طراحی بخش مربوط به خانواده نیز تکنیک‌های خانواده‌درمانی شناختی رفتاری به کار رفت. دلیل انتخاب ۹ جلسه، پرداختن به هشت عامل در هر جلسه می‌باشد و یک جلسه اضافی نیز نیازسنجی بود. هر جلسه شامل دو قسمت بود؛ قسمت نظری که از ارزیابی، راهنمایی و آموزش‌های نظری و قسمت عملی که از آموزش راهکارهای والدگری متناظر با شرایط خاص هر خانواده تشکیل شد.

در بخش دوم، روش پژوهش نیمه تجربی و طرح مورد استفاده در این پژوهش (طرح پیش آزمون-پس آزمون سه گروهی) دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد. طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل معادل تشکیل شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اتیسم ۳ تا ۷ ساله تحت آموزش و توان‌بخشی (مرکز درمانی انستیتو روان‌پزشکی، بنیاد خیریه اتیسم، توان‌بخشی ندای عصر، مرکز به آرا و موسسه دوست اتیسم) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری

و انسجام خانوادگی نیز به عنوان یک سپر دفاعی در مقابل استرس‌ها عمل نموده و سطح سلامت عمومی را بهبود بخشد (۲۷) که بدین سان شایسته است کاهش فشار روانی و افزایش خودپنداره و انسجام خانوادگی در مادران دارای کودکان اتیسم که از استرس بالایی در رنج‌اند، مورد توجه قرار گیرد. بدین روی با توجه به موارد بیان شده در رابطه با شیوع روزافزون این بیماری در کودکان و مشکلات فراوان خانواده‌های این بیماران و به ویژه مادران این کودکان، لزوم آموزش این مادران و تجهیز روانی ایشان امری مهم به نظر می‌رسد که آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه می‌تواند یکی از موارد آموزشی باشد که به این والدین در جهت کاهش فشار روانی و ارتقا خودپنداره و انسجام خانوادگی یاری نماید. با این حال، مادران دارای فرزند اتیسم که به‌طور گسترده در معرض خطر بیماری‌های روان‌شناختی هستند و سلامت روان ایشان مورد تهدید واقع می‌شود، کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ بدین ترتیب با توجه به موارد بیان شده در این پژوهش، مسئله اصلی این است: چه برنامه درمانی برای اتیسم یکپارچه با خانواده طراحی کرد؟ همچنین بین اثربخشی آموزش برنامه درمانی یکپارچه اتیسم با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه بر واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم چه تفاوتی وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

از آنجا که پژوهش حاضر در مورد تدوین برنامه درمانی (اتیسم یکپارچه با خانواده) و مقایسه اثربخشی آن با (آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه) بر واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم می‌باشد. با توجه به ماهیت و اهداف پژوهش، این مطالعه در دو محور انجام گرفت: محور اول: تهیه بسته مداخلاتی مبتنی بر اتیسم یکپارچه با خانواده و محور دوم: تبیین اثربخشی مدل اتیسم یکپارچه با خانواده و مقایسه اثربخشی آن با آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه بر واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم.

در بخش اول پژوهش، برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده تدوین شد. برای تدوین برنامه، از میان ۱۲۰ مقاله‌ای که از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی Elsevier, sag, springer, wiley, pumped autism, و نشریات داخلی دانشگاهی با کلیدواژه‌های «اتیسم، خانواده، درمان، والدین و فنوتاپ» در فارسی و «parents, family, phenotype, treatment, therapy» در انگلیسی قابل دستیابی بودند، ۱۰۱ مقاله انتخاب شدند. معیارهای ورود مقالات به پژوهش شامل به زبان فارسی یا انگلیسی بودن مقاله، هدف مطالعه بررسی ویژگی‌های والدین یا عوامل مؤثر بر درمان کودک باشد و مشخص بودن شیوه پژوهش و شرایط نمونه‌گیری و ویژگی‌های گروه نمونه بود.

4 - system

5 - generality

6 - stigma

1 - open coding

2 - axial coding

3 - objectivity

سده‌های (گزینه الف= ۰، گزینه ب= ۱، گزینه ج= ۲) پاسخ می‌دهند. در مقیاس واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده گویه‌های ۲، ۱۰، ۲۰، ۵، ۱۷، ۱۹، ۸، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۱۱ و ۲۲ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند؛ بنابراین، در تمامی این گویه‌ها، کد صفر برای گزینه الف به کد ۲ تبدیل و سپس تحلیل می‌شوند. در مطالعه اسپلاتز و همکاران (به نقل از ۱) نتایج فن تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که ساختار عاملی مقیاس از پنج زیرمقیاس واکنش‌پذیری طولانی، واکنش‌پذیری نسبت به اضافه‌بار کاری، واکنش‌پذیری نسبت به تعارض‌های اجتماعی، واکنش‌پذیری نسبت به تعارض‌های اجتماعی، واکنش‌پذیری نسبت به ناکامی و واکنش‌پذیری نسبت به ارزشیابی اجتماعی اشباع شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی، یافته‌های حاصل از روش اکتشافی را تأیید کرد. علاوه بر این، در مطالعه شولتز و همکاران (به نقل از ۱۶) نتایج پراکندگی مشترک بین اندازه‌های به‌دست‌آمده از مقیاس واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده با متغیرهای خودکارآمدی، روان رنجورخویی، استرس مزمن و استرس ادراک‌شده از روایی سازه مقیاس به‌طور تجربی حمایت کرد. علاوه بر این، نتایج آزمون هم‌ارزی جنسی ساختار عاملی مقیاس از تغییرناپذیری نسبی مقیاس به‌طور تجربی حمایت کرد. در مطالعه شولتز و همکاران (به نقل از ۱۶) مقادیر ضرایب همسانی درونی نمره کلی مقیاس واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده برای نمونه‌های آلمانی، انگلیسی و آمریکایی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست آمد. در مطالعه شکری و همکاران (به نقل از ۱۷)، ضرایب همسانی درونی نمره کلی مقیاس واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده و زیرمقیاس‌های واکنش‌پذیری طولانی، واکنش‌پذیری نسبت به اضافه‌بار کاری، واکنش‌پذیری نسبت به تعارض‌های اجتماعی، واکنش‌پذیری نسبت به ناکامی و واکنش‌پذیری نسبت به ارزشیابی به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ به دست آمد.

تصادفی ساده بود. تعداد ۴۵ مادر دارای کودک مبتلا به اتیسم جهت شرکت در پژوهش بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شد و در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شد. معیارهای ورود شامل: ۱) داشتن کودک مبتلا به اتیسم (۲) عدم ابتلا به بیماری روانی (۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن (۴) عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی تا قبل از جلسات گروه‌درمانی یا در حین جلسات (۵) گرفتن نمره پایین در پرسشنامه‌های پژوهش بود. عدم رضایت مادران جهت ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج واحدها از مطالعه در نظر گرفته شد. شایان‌ذکر است که، در تمام مراحل اجرایی، پژوهشگر در تعامل نزدیک با شرکت‌کنندگان بود، به ابهام و اشکال احتمالی آنان پاسخ داده شد. برای رعایت اصول اخلاقی و به‌منظور جلب همکاری شرکت‌کنندگان، پیش از اجرای آزمون اطلاعاتی درباره موضوع و هدف پژوهش تا آنجا که در نتایج پژوهش تأثیرگذار نباشد به شرکت‌کنندگان داده شد؛ و پس از جلب اطمینان شرکت‌کنندگان، در مورد این که اطلاعات آن‌ها به‌هیچ‌عنوان به‌صورت فردی مورد تجزیه و تحلیل قرار نگیرد و آن‌ها مختار بودند که در پژوهش شرکت کنند و هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج گردند، وارد نمونه پژوهش شدند. همین‌طور برای همه اعضای گروه کنترل پس از پایان آموزش گروه‌های آزمایش و ارزیابی پس‌آزمون، برنامه درمانی یکپارچه اتیسم با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه ارائه شد.

ابزارهای مورد‌استفاده در پژوهش حاضر به تفصیل در ادامه آمده است:

پرسشنامه واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده (PSRS): شولتز و همکاران (۲۰۱۱) مقیاس واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده را به هدف آزمون تفاوت‌های فردی افراد در الگوی پاسخ‌دهی به تجارب تنیدگی را توسعه دادند. این مقیاس شامل ۲۳ ماده است که مشارکت‌کنندگان به هر ماده روی یک طیف

جدول ۱. برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده

جلسات	اهداف جلسات
جلسه اول	نیازسنجی برای هماهنگ‌سازی اهداف دوره با نیازهای موجود در گروه حاضر، اتیسم، سبب‌شناسی، افزایش شیوع، فضای ارتباط خانوادگی با توجه به یافته‌های ارتباطات عصبی
جلسه دوم	بخش نظری: علل ایجاد اتیسم (ژنتیک و محیط)، اثر علل بر ارتباطات عصبی، تعریف درمان (دستکاری مستقیم سیستم عصبی و دستکاری محیط)، مفهوم دستکاری محیط (خدمات درمانی و بستری درمانی)، تعریف بستر درمانی و نقش هر دو والد در آن. عناوین بخشی عملی: استیگما و نحوه واکنش نشان دادن به این استیگما، مطرح کردن موضوع اتیسم با اطرافیان، شیوه واکنش به نگرش افراد جامعه، شیوه مقابله با جلب حمایت اجتماعی و باز سازماندهی مثبت، کمک به پذیرش جامعه از اختلال کودک
جلسه سوم	عناوین بخش نظری: اهمیت ارتباط، رویه اجتماعی ارتباط و نحوه ایجاد رویه اجتماعی برای افزایش درک کودک از دستورات، تکنیک کاهش نه گفتن. بخش عملی: نتایج حاصل از تفسیر MMPI به شکل نیم رخ، نحوه اثرگذاری مشکلات سلامت روان بر روند درمان کودک، اثر افسردگی و اضطراب بر کاهش تنوع تجارب کودک، اثر تنوع تجارب کودک بر شکل‌گیری ارتباطات عصبی و درمان کودک، اثر شیوه مقابله حل مساله برای کاهش اضطراب و افسردگی، بهره‌گیری از مقابله جلب حمایت اجتماعی، تنظیم هیجانی و مقابله با کنار آمدن برای کاهش مشکلات سلامت روان

1 - Perceived Stress Reactivity Scale

جلسه چهارم	رویه اشتراکی، جلب مشارکت کودک در بازی ها، بخش عملی: نتایج حاصل از پرسشنامه اتیسم بهر و ارائه توضیحات لازم بر اساس پیشینه در مورد نحوه تاثیر ویژگی های زیر آستانه ای اتیسم بر درمان کودک، تعریف ویژگی های زیر آستانه ای اتیسم، اندوفونوتایپ اتیسم و تعریف آن، نحوه اثرگذاری ویژگی مقاومت در برابر تغییر بر کاهش تنوع تجارب کودک، نحوه جلب حمایت اعضای خانواده با آگاهی از تاثیر نقص مهارت های اجتماعی و دوری گزینی بر این حمایت ها
جلسه پنجم	انواع مشکلات رفتاری، علل مشکلات رفتاری، استفاده از شیوه کوه یخی برای علت یابی. در بخش دوم، نتایج حاصل از پرسشنامه رضایت زناشویی اتریچ به صورت نیم رخ، علل کاهش رضایت زناشویی در والدین کودکان مبتلا به اتیسم، شیوه جلب حمایت همسر، نحوه مدیریت زمان، بررسی مشکلات گروه حاضر، ارجاع در صورت نیاز به کمک تخصصی تر
جلسه ششم	مرور تکالیف مربوط به تکنیک کوه یخی، تکنیک استار برای مشکلات رفتاری، چند مثال از مشکلات رفتاری کودکان، موقعیت رخداد مشکل رفتاری، راه انداز، تکنیک استار، استفاده از تقویت کننده برای کنترل رفتار. بخش عملی: استرس والدگری، نتایج مقیاس استرس والدینی، خودپنداره و انسجام خانوادگی به صورت نیم رخ، عوامل موثر بر افزایش استرس والدگری، پذیرش اتیسم، افزایش مقاومت فردی، نحوه نگرش نسبت به اتیسم و روند درمان، مرور فیلم از پیشرفت کودکان مبتلا به اتیسم، ارجاع مناسب والدین در صورت وجود استرس بیش از حد مداخله حاضر
جلسه هفتم	اهمیت بازی، انواع بازی، دلایل بازی نکردن کودک مبتلا به اتیسم، شیوه وارد کردن کودک به بازی. بخش عملی: رابطه والد-کودک در اتیسم، عوامل موثر بر بهبود رابطه والد کودک، دلایل وجود مشکل در این رابطه، نحوه افزایش مشارکت کودک در بازی، مثال هایی از بازی های متناسب سنین مختلف و اهداف آن ها
جلسه هشتم	نحوه مقابله با مشکلات رفتاری، دلایل حرکات کلیشه ای، دلایل مشکلات خواب کودکان مبتلا به اتیسم، بخش دوم: مرور استیگما، نقش امید، حمایت، علاقه و پذیرش. بحث گروهی در مورد استیگما و کمک گرفتن از منابع فرا خانواده
جلسه نهم	علل مشکلات خوردن، کمک به کاهش مشکلات خوردن، حساسیت زدایی منظم، آموزش توالی، مشکلات آموزش توالی کودکان مبتلا به اتیسم، کاهش مشکلات آموزش توالی، بخش عملی: نقش حمایت خانواده در درمان، نقش فضای خانواده، چیدمان خانه متناسب برای افزایش مشارکت کودک در فعالیت ها، چیدمان مناسب برای تشویق آغاز گری ارتباط و افزایش مهارت کلامی کودکان مبتلا به اتیسم، تکمیل پرسشنامه ها.

جدول ۲. برنامه درمانی آموزش مهارت های ویژه چندگانه

جلسات	اهداف جلسات
جلسه اول	آموزش مهارت خودآگاهی: خوشامدگویی، معرفی پژوهشگر به اعضا، بیان هدف از تشکیل گروه و قواعد حاکم در جلسات گروهی، آموزش مهارت خودآگاهی، آموزش شناخت ویژگی های خود. تمرین گروهی: از مادران خواسته می شود تا ویژگی های خود به طور دقیق برشمارند و بر روی کاغذ یادداشت نمایند. تکلیف خانگی: یادداشت و فهرست بندی ویژگی های خود و تکمیل آن
جلسه دوم	آموزش مهارت خودآگاهی: آموزش شناخت استعدادها و توانی های، آموزش شناخت موفقیت ها و پیشرفت ها، لیست بندی استعدادها و توانایی ها در زمینه های مختلف. تمرین گروهی: از مادران خواسته می شود تا استعدادها و توانایی های خود را به طور دقیق برشمارند و بر روی کاغذ یادداشت نمایند. تکلیف خانگی: یادداشت و فهرست بندی استعدادها و توانایی ها و تکمیل آن
جلسه سوم	آموزش مهارت خودآگاهی: بحث در مورد تکلیف خانگی و فهرست تکمیل شده استعدادها و توانایی ها هر یک از اعضای گروه و آموزش مهارت خودآگاهی، آموزش شناخت علاقه مندی ها، آموزش شناخت نقاط ضعف، آموزش شناخت شکست ها و تدوین یک تعریف جامع از خود. تمرین گروهی: از مادران خواسته می شود تا علاقه مندی ها، ضعف ها و شکست های خود را به طور دقیق برشمارند و بر روی کاغذ یادداشت نمایند. تکلیف خانگی: یادداشت و فهرست بندی علاقه مندی ها، نقاط ضعف و شکست ها و تکمیل تعریف جامع از خود
جلسه چهارم	آموزش مهارت مقابله با هیجان: بحث در مورد تکلیف خانگی و فهرست تکمیل شده فواید و مضرات هر یک از سبک های ارتباطی و به کارگیری رفتار جراتمندانه در روابط بین فردی و پیامدهای آن در هر یک از اعضای گروه، آموزش مهارت مقابله با هیجان. آموزش شناخت عصبانیت و علائم و دلایل آن، آموزش عصبانیت و پرخاشگری، آموزش مراحل تبدیل عصبانیت به پرخاشگری، آموزش علائم عصبانیت، آموزش الگوهای فکری مخرب مرتبط با عصبانیت، آموزش مقابله با عصبانیت. تمرین گروهی: یادداشت نمونه ای از عصبانیت خود، پیامدهای آن و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با عصبانیت، ایفای نقش کنترل و مدیریت عصبانیت در جلسه آموزشی. تکلیف خانگی: یادداشت و ثبت عصبانیت خود، پیامدهای آن و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با عصبانیت و چگونگی مقابله با آن

آموزش مهارت مقابله با هیجان: بحث در مورد تکلیف خانگی و ثبت عصبانیت خود، پیامدهای آن و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با عصبانیت و چگونگی مقابله با آن در هر یک از اعضای گروه، آموزش مهارت مقابله با هیجان. آموزش شناخت غمگینی و علائم و دلایل آن، آموزش نقش افکار و گفتگوهای درونی منفی در شکل گیری تداوم احساس غمگینی، آموزش الگوهای فکری مخرب و آموزش مقابله با غمگینی. تمرین گروهی: یادداشت نمونه ای از غمگینی خود، پیامدهای آن و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با غمگینی، یادداشت یک مورد از غمگینی اخیر و ثبت الگوهای فکری و چالش با آن در جلسه آموزشی. تکلیف خانگی: یادداشت و ثبت غمگینی و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با غمگینی و چگونگی مقابله با آن.

جلسه پنجم

آموزش مهارت مقابله با هیجان: بحث در مورد تکلیف خانگی و ثبت غمگینی و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با غمگینی و چگونگی مقابله با آن در هر یک از اعضای گروه، آموزش مهارت مقابله با هیجان. آموزش شناخت نگرانی و اضطراب و علائم و دلایل آن، آموزش نقش افکار و گفتگوهای درونی منفی در بروز اضطراب، آموزش مقابله با اضطراب. تمرین گروهی: یادداشت نمونه ای از اضطراب خود، پیامدهای آن و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با اضطراب، یادداشت یک مورد از اضطراب اخیر و ثبت الگوهای فکری و چالش با آن در جلسه آموزشی. تکلیف خانگی: یادداشت و ثبت اضطراب و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با اضطراب و چگونگی مقابله با آن

جلسه ششم

آموزش مهارت مقابله با استرس: بحث در مورد تکلیف خانگی و ثبت اضطراب و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با اضطراب و چگونگی مقابله با آن در هر یک از اعضای گروه، آموزش مهارت مقابله با استرس، آموزش رابطه بین استرس و عملکرد علائم استرس، آموزش علل و منابع فشار روانی، آموزش الگوهای فکری مخرب، آموزش الگوهای تفکر منطقی، تمرین گروهی: یادداشت نمونه ای از استرس خود، پیامدهای آن و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با استرس. تکلیف خانگی: یادداشت و ثبت استرس و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با استرس

جلسه هفتم

آموزش مهارت مقابله با استرس: بحث در مورد تکلیف خانگی و ثبت استرس و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با استرس در هر یک از اعضای گروه، آموزش مهارت مقابله با استرس، آموزش شیوه های مقابله با استرس (روش های مقابله هیجان مدار، مساله مدار و اجتنابی)، آموزش راهکارهای مقابله با استرس، آموزش مهارت ها و تمرین گروهی ایفای نقش در مواجهه با استرس و به کارگیری راهکارهای مقابله با استرس، آموزش ویژگی های افراد مقاوم. تمرین گروهی: یادداشت نمونه ای از استرس خود، پیامدهای آن و شناسایی الگوهای فکری مخرب مرتبط با استرس، نحوه مقابله و پیامدهای آن. جمع بندی مباحث بیان شده در جلسات پیشین و ایجاد یک ساختار جدید از مهارت های آموخته شده

جلسه هشتم

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss23 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

برای جمع آوری داده های بخش کیفی با ۱۵ نفر از صاحب نظران و خبرگان دانشگاهی (روان پزشک اطفال، روان شناس، گفتار درمانگر و کار درمانگر) و هم چنین والدین کودکان مبتلا به اتیسم مصاحبه شد. از خبرگان فوق، ۳ نفر روان پزشک اطفال، ۴ روان شناس و ۳ گفتار درمانگر و ۲ کار درمانگر بودند.

یافته ها

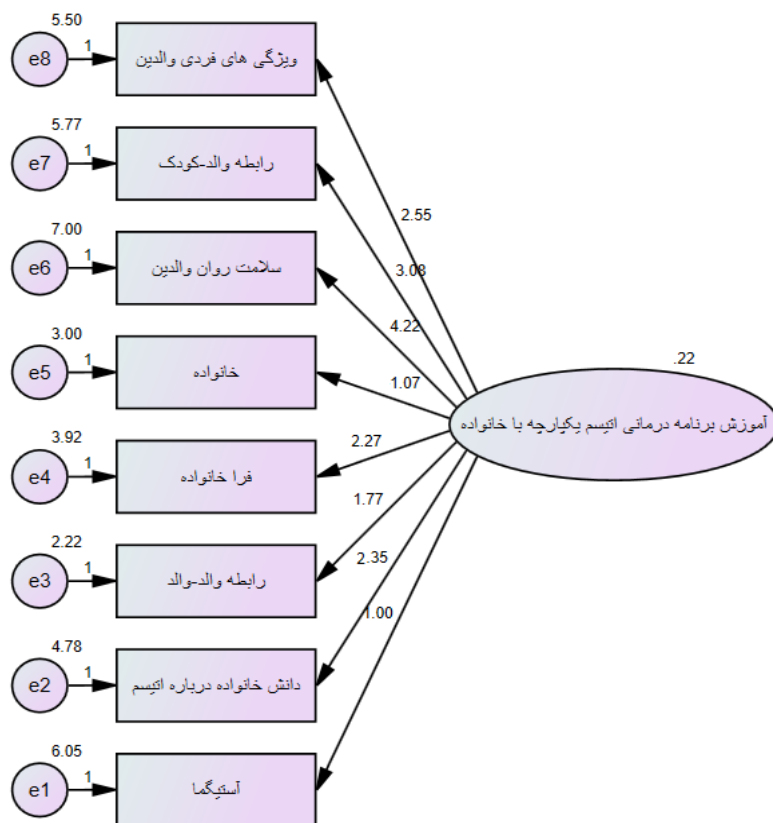
جدول ۳. کدگذاری نهایی نتایج تحلیل محتوای مصاحبه نیمه ساختاریافته در سازه ی آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده

کدگذاری باز	کدگذاری محوری
A ویژگی های والدین	۱. سن
	۲. تحصیلات
	۳. سلامت جسمانی
	۴. اعتقادات دینی و مذهبی
B رابطه والد-کودک	۱. حل مشکل
	۲. تعاملات کلامی
	۳. تعاملات غیر کلامی
	۴. مدیریت تعارض
	۵. پاسخدهی عاطفی
	۶. آمیزش عاطفی
C خوش بینی	۱. تاب آوری
	۲. امیدواری
	۳. خوش بینی

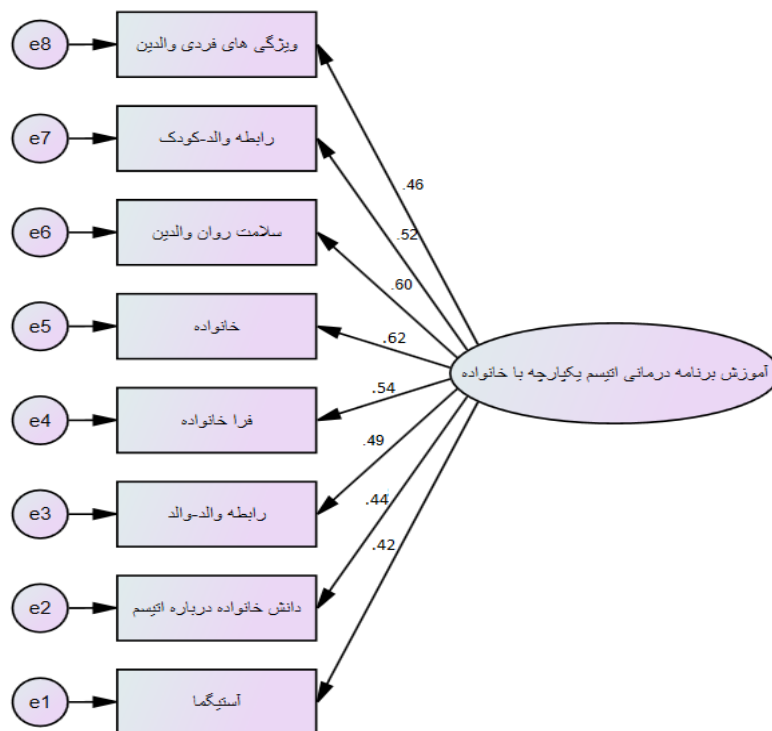
سلامت روان والدین	۴. تنظیم شناختی هیجان
	۵. افسردگی
D خانواده	۱. فرزند پروری مناسب
	۲. شادی آفرینی در محیط خانواده
	۳. کنترل رفتار
E فراخانواده	۱. اهمیت قائل شدن برای دیگران
	۲. کمک به رشد اعضا
	۳. پذیرش مسئولیت
F رابطه والد-والد	۱. حل تعارضات
	۲. کیفیت زندگی زناشویی
	۳. رضایت زناشویی
G دانش خانواده درباره اتیسم	۱. سبب‌شناسی اتیسم
	۲. دلایل حرکات کلیشه‌ای
	۳. دلایل مشکلات خواب
	۴. مشکلات خوردن
	۵. نقش امید، حمایت، علاقه و پذیرش
H استیگما	۱. استرس والدگری
	۲. ایفای نقش
	۳. احساس طرد
	۴. پذیرش خود
	۵. ارتباط مثبت با دیگران

عامل‌ها همبستگی بدون جهت است) و به بررسی همانی بودن ماتریس همبستگی می‌پردازد. اگر سطح معنی‌داری آزمون بارتلت کوچک‌تر از ۰,۰۵ باشد تحلیل عاملی برای شناسایی ساختار مناسب است. بر اساس مطالعه‌ای که در زمینه ادبیات این حوزه صورت گرفت عامل اول ویژگی‌های فردی والدین، عامل دوم رابطه والد-کودک، عامل سوم سلامت روان والدین، عامل چهارم خانواده، عامل پنجم فراخانواده، عامل ششم، رابطه والد-والد، عامل هفتم دانش خانواده درباره اتیسم و عامل هشتم استیگما، نام‌گذاری شد. به منظور بررسی تحلیل عاملی تأییدی ساختار ۸ عاملی پرسشنامه آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده از نرم‌افزار Amos استفاده شد.

در شناسایی مؤلفه‌های آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده، ابتدا باید از این مسئله اطمینان یافت که می‌توان داده‌های موجود را برای تحلیل به کاربرد یا به عبارتی، آیا تعداد داده‌های موردنظر (اندازه نمونه و رابطه بین متغیرها) برای تحلیل عاملی مناسب هستند یا خیر؟ بدین منظور از شاخص KMO و آزمون بارتلت استفاده می‌شود که شاخص KMO به منظور کفایت نمونه-گیری از طریق ارزیابی کوچک بودن همبستگی جزئی بین متغیرها بررسی می‌شود. هرچه میزان شاخص به یک نزدیک‌تر باشد داده‌های موردنظر برای تحلیل عاملی مناسب‌تر می‌باشند و معمولاً مقادیر کمتر از ۰,۶ برای تحلیل عاملی مناسب نمی‌باشد. آزمون کرویت بارتلت تقارن داده‌ها را موردبررسی قرار می‌دهد (در سؤالات و



شکل ۱. مدل تحلیل عاملی تأییدی در حالت ضرایب استاندارد نشده



شکل ۲. مدل تحلیل عاملی تأییدی در حالت ضرایب استاندارد شده

جدول ۴. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی

شاخص‌های برازش		نام شاخص
مقدار	حد مجاز	
۱/۰۲	کمتر از ۳	$\frac{\chi^2}{df}$
۰/۰۴	کمتر از ۰/۱	۱) ریشه میانگین خطای برآورد (RMSEA)
۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹	۲) CFI (برازندگی تعدیل یافته)
۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹	۳) NFI (برازندگی نرم شده)
۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹	۴) GFI (نیکویی برازش)
۰/۹۴	بالاتر از ۰/۹	۵) AFFI (نیکویی برازش تعدیل شده)

پرسش‌نامه آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده مورد تأیید می‌باشد

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول فوق می‌توان بیان نمود که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است و می‌توان گفت مفروضه پژوهشگر مبنی بر ۸ عاملی بودن

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	مرحله شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اتیسم یکپارچه با خانواده	میانگین	۶۷.۲۸	۶۰.۱۹	۶۰.۱۹
	انحراف معیار	۸۸.۰۴	۹۱.۳	۴۴.۳
آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه	میانگین	۱۳.۲۷	۸۰.۲۲	۰۷.۲۴
	انحراف معیار	۰۷.۳	۳۰.۳	۶۹.۳
کنترل	میانگین	۴۰.۲۷	۸۰.۲۶	۴۰.۲۷
	انحراف معیار	۱۴.۳	۶۱.۵	۴۲.۵

استرس ادراک شده مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در طی جلسات اتیسم یکپارچه با خانواده شده است. لازم به ذکر است که روند کاهش در گروه اتیسم یکپارچه با خانواده بیشتر بوده است.

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه‌های اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه کاهش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه باعث کاهش واکنش‌پذیری نسبت به

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده با معیار گرین هاوس گیزر

شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	اندازه اثر
آزمون (تکرار اندازه گیری)	۸۴.۵۷۷	۲۲.۱	۶۵.۴۷۵	۳۶.۲۹	۰۰۱.۰	۴۱.۰
تعامل آزمون* گروه	۷۴.۳۹۶	۴۳.۲	۲۹.۱۶۳	۰۸.۱۰	۰۰۱.۰	۳۲.۰
	۷۶.۸۲۶	۰۲.۵۱	۲۰.۱۶			
بین گروهی	۳۰.۴۷۳	۰۰.۲	۶۵.۲۳۶	۳۶.۷	۰۰۲.۰	۲۶.۰
خطا	۴۴.۱۳۵۰	۰۰.۴۲	۱۵.۳۲			

1. root Mean Square Error Approximation

2. comparative Fit Index

3. normed Fit Index

4. goodness of Fit Index

5. adjusted Goodness of Fit Index

به استرس ادراک شده است، همچنین روند کاهش نمرات در گروه آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده نسبت به گروه آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه بیشتر بوده است. همچنین با توجه به اینکه کاهش نمرات واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند کاهش نمرات واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و به‌طور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری آموزش (آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده) بر نمرات واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده می‌باشد.

منجر به کاهش درون داد اجتماعی و زبانی در طول زمان گردد و از این طریق، بر تحول زبان در کودک اثرگذار باشد (۱۲)، پژوهش‌ها استرس والدگری بالا را نشان می‌دهند (۹)، عوامل زیادی بر افزایش استرس والدگری اثرگذار می‌باشند که از آن جمله می‌توان به مقاومت فردی والدین، حمایت اجتماعی دریافتی والدین و مشکلات رفتاری کودک، عدم توانایی برنامه‌ریزی واکنش مناسب در برابر مشکلات رفتاری، کمبود پاسخگری هیجانی و همدلی والدین، سبک مقابله هیجان مدار و توانایی محدود مراقبت از کودک اشاره نمود. ویژگی‌های فردی مادر از جمله میزان علاقه اجتماعی وی نیز تأثیرگذار است؛ بدین معنی که مادری که علاقه اجتماعی وی کم است، استرس والدگری را بیشتر ادراک می‌کند. وجود افسردگی در مادر نیز می‌تواند استرس والد را افزایش دهد و به همین دلیل دانش والدین با تغییر رفتار والد نیز بر میزان استرس والدگری تأثیر دارد (۱۱).

برنامه‌های آموزش خانواده، اغلب برای مادران کودکان دارای رفتار مخرب استفاده می‌شود و اثرات مفیدی بر کاهش استرس والدگری دارد. به‌عنوان مثال، آموزش خانواده جامع می‌تواند صلاحیت والدگری را افزایش دهد. برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها با استفاده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری، به دلیل نپرداختن به مسائل زناشویی و مشکلات هیجانی والدین در اثربخشی بر والد-صلاحیت و والد-دلبستگی شکست خوره است (۱۴). با توجه به این یافته‌ها، اثربخشی معنی‌دار برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده با توجه به پرداختن این برنامه به صورت جامع به نیازهای خاص خانواده‌ها از جمله رابطه والد-والد و ویژگی‌های فردی والدین، قابل تبیین است. از سوی دیگر، این برنامه هم به مشکلات سلامت روان والدین از جمله افسردگی والدین می‌پردازد و هم دانش والدین را افزایش می‌دهد و از این طریق اثربخش می‌باشد. اگرچه برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه هر دو به رویکرد حل مساله در برابر مشکلات رفتاری کودک مبتلا به اتیسم توجه دارند، اما با توجه به این که برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده به‌طور ویژه و جامعه به هر خانواده می‌پردازد و بیشتر از برنامه آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه بر کاهش استرس والدگری مؤثر بوده است، می‌توان نتیجه گرفت که این برنامه توانسته است موجب استفاده از رویکرد حل مساله شود، تمرکز صرف بر نتایج سطح

با توجه به نتایج جدول ۶ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه‌های اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه و کنترل در سطح $0/05$ معنادار است ($F=10/08$, $P < 0/05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روش‌های آموزشی بر نمرات واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده تأثیر داشته است به‌طوری‌که گروه‌های اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه نسبت به گروه کنترل موجب کاهش نمرات واکنش‌پذیری نسبت

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده تدوین شد و میزان اثربخشی آن در مقایسه با مهارت‌های ویژه چندگانه بر کاهش میزان استرس والدین کودکان مبتلا به اتیسم مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به مرور ادبیات و پیشینه پژوهش، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی پس از چرخش، ۸ عامل شناسایی شد. بر اساس مطالعه‌ای که در زمینه ادبیات این حوزه صورت گرفت عامل اول ویژگی‌های فردی والدین، عامل دوم رابطه والد-کودک، عامل سوم سلامت روان والدین، عامل چهارم خانواده، عامل پنجم فراخانواده و عامل ششم رابطه والد-والد، عامل هفتم دانش خانواده درباره اتیسم و عامل هشتم استیگما نام‌گذاری شد. همان‌طور که نتایج نشان داد در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه‌های اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه و کنترل در سطح $0/05$ معنادار است، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج نشان داد که آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده و آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه باعث کاهش واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در طی جلسات اتیسم یکپارچه با خانواده شده است. لازم به ذکر است که روند کاهش در گروه اتیسم یکپارچه با خانواده بیشتر بوده است.

استرس والدگری یکی از بخش‌های آموزشی برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده بود که با آموزش تکنیک‌هایی برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم از جمله تکنیک استار و کوه یخی و با آموزش شیوه‌های برقراری ارتباط با کودک، ارزیابی سطح بازی کودک، طراحی بازی‌های مناسب توسط والد و آموزش در مورد میزان نیاز کودک به بازی و گذران زمان با والد، مطرح گردید. تغییرات پژوهش حاضر، با شاخص استرس والدگری مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده، بیشتر از آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه بر هر دو بعد (نحوه مدیریت مشکلات رفتاری کودک و نحوه برقراری ارتباط مناسب با کودک) مؤثر است. مشکلات متعددی می‌توان

استرس والدگری باشد، لازم به یادآوری است که برنامه آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه به‌طور عمده به‌صورت کارگاه آموزش تکنیک برگزار می‌شود و در نتیجه، کیفیت رابطه با متخصصان در دو گروه متفاوت بود. بنابراین یکی از ویژگی‌های برجسته برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده، انعطاف‌پذیری آن با در نظر گرفتن نیازهای والدینی است که در یک دوره این آموزش والدین شرکت می‌کنند. در نتیجه، اجرای این برنامه در گروه‌های مختلف والدین می‌تواند به ایجاد تصویر بهتری از یک برنامه درمانی منعطف برای والدین کودکان مبتلا به اتیسم کمک نماید.

در مطالعه حاضر صرفاً به مادران کودکان مبتلا به اتیسم و ویژگی‌های آن‌ها پرداخته شد که این امر پژوهشگر را در دستیابی به تصویر دقیق‌تری از فضای خانوادگی کودکان مبتلا به اتیسم محدود می‌کند. با توجه به اثربخشی آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده بر استرس والدگری پیشنهاد می‌گردد، برگزاری جلسات به‌صورت گروهی باشد تا به ایجاد حس همنوایی با سایر مادران و در نتیجه کاهش استرس آنان منجر گردد. همچنین با توجه به این که استرس والدینی شامل شاخص‌های متنوعی از جمله: احساس صلاحیت، محدودیت نقش، افسردگی، انزوای اجتماعی و سلامت والدین می‌باشد دوره‌های تخصصی متناسب با هر کدام از عناوین برگزار گردد. پیشنهاد می‌شود تا برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده با برنامه‌های دیگر آموزش والدین بر اساس متغیرهای مختلف مقایسه گردد تا تصویر جامعی از درمان مناسب برای هر خانواده خاص کودک مبتلا به اتیسم به دست آید. همچنین، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های گروهی آموزش والدین، به صورت بخش اصلی از پکیج درمانی برای فرد مبتلا به اتیسم به تمامی والدین ارائه گردد یا برای کسانی که تمایل به شرکت در گروه را ندارند، به صورت بروشور یا کتابچه ارائه شود.

program on parental stress of selected mothers of children with autism. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2015 Mar 1;6(1):52.

5. Gomes PT, Lima LH, Bueno MK, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*. 2015 Mar 1;91(2):111-21.

6. Dimoski SM, Grbović AB. Depression in parents of children with disability. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*. 2020;19(2):123-44.

7. Tsilimingras D, Scipio WG, Clancy K, Hudson L, Liu X, Mendez J, Benkert R. Interprofessional education during an autism session. *Journal of communication disorders*. 2018 Nov 1;76:71-8.

کودک بدون ارزیابی اثر مداخله بر زندگی خانواده، موجب کاهش اثر مداخله می‌شود. آموزش خوب شامل وارد کردن کودک و خانواده در درمان و هماهنگ کردن آن درمان با توانمندی‌ها و رویه‌های خانواده است (۱۲).

آموزش برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده با فراهم کردن عامل حمایت اجتماعی به تعدیل استرس والدینی در رفتارهای والدگری منجر می‌شود. اثربخشی مداخله آموزشی در پژوهش حاضر می‌تواند با تصحیح بازخوردها و ادراک‌هایی که مادران نسبت به رفتارهای فرزندانشان داشته‌اند، به افزایش توانایی مقابله در رویارویی با وظایف والدگری منجر شود و کاهش تنیدگی و مشکلات رفتاری کودک را به دنبال داشته باشد. در همین راستا رایان و آحمد (۱۳) در مدلی که از استرس والدگری ارائه دادند، بیان کردند که تعامل ادراک مطلوب والدین از رفتارهای کودک مبتلا به اتیسم و استفاده والد از راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار در برخورد با وظایف والدگری، منجر به نتیجه مثبت و مطلوبی می‌شود. از سوی دیگر یکی از عوامل اصلی افزایش استرس والدگری در والدین کودکان مبتلا به اتیسم، کمبود حمایت حرفه‌ای مناسب و نارضایتی از رابطه با متخصصان می‌باشد. در برنامه درمانی اتیسم یکپارچه با خانواده، والدین از نحوه رابطه با متخصصان رضایت داشتند و به‌ویژه مادران این گروه در مصاحبه شفاهی پس از اتمام دوره، معتقد بودند که دلیل حضور مرتب آنان در جلسات، مباحثه‌های مفیدی بود که با متخصصان به‌صورت گروهی صورت می‌گرفت. لازم به ذکر است که مادران کودکان مبتلا به اتیسم، در پاسخ به استرس داشتن کودک مبتلا بیشتر از کودکان فاصله می‌گیرند. فنون اجتناب-فرار به‌طور کلی استرس والدگری را افزایش می‌دهد. بنابراین، این نکته نیز می‌تواند یکی از دلایل اثربخشی بیشتر این برنامه در مقایسه با آموزش مهارت‌های ویژه چندگانه بر

References

- Ghanimi F; Danesh E; Dadkhah A, Taghi Lou S. The mediating role of coping strategies and perceived social support in relation to perceived stress and quality of life of parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Psychology*. 2018;11 (46), 263-243.
- Hlavatá P, Kašpárek T, Linhartová P, Ošlejšková H, Bareš M. Autism, impulsivity and inhibition a review of the literature. *Basal Ganglia*. 2018 Nov 1;14:44-53.
- Hossein Khanzadeh A. Teaching social skills to children and adolescents. Tehran: The growth of culture. 2013
- Lilly J, Tungol JR. Effectiveness of mindfulness based psycho-educational

- J, Faizi N. Comparison of the effectiveness of family-integrated autism treatment program with Little Bird program on marital satisfaction of couples with autistic children. *Journal of Psychological Achievements (Educational Sciences and Psychology)*. 2017;4 (1), 62-45.
17. Bagherian Khosroshahi S; Pour-Etemad H; Faizi N, Mohammadi M. Develop an "integrated with family" treatment plan for autism and compare its effectiveness with "Little Bird" on reducing parenting stress for parents of children with autism. *Research in Rehabilitation Sciences*. 2016;12 (1), 20-12.
18. Ghanadzade M, Waltz M, Ragi T. The intervention priorities of parents of children with autism spectrum disorders in Iran. *Research in autism spectrum disorders*. 2018 Nov 1;55:14-24.
19. Khorramabadi R; Pour-Etemad H; Mazaheri A; Dehghani M, Bagherian Khosroshahi S. The effectiveness of small bird treatment program on improving the general health of mothers of autistic children. *Family Research Quarterly*. 2011;7 (27), 341-325.
20. Hajizadeh F, Atashak M. Content analysis of the book Teaching life skills based on the principles of content selection and providing corrective solutions from the perspective of curriculum planning experts. *Research in Curriculum Planning*. 2015;11 (44), 134-123.
21. Sepehrian Azar F, Saadatmand S. The effect of life skills training and group counseling with emotional-rational behavioral method on academic self-concept, achievement motivation and mental health of unsuccessful students. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2015;16 (1), 77-66.
22. Sajedi S; Atashpour H; Kamkar M, Samsam Shariat MR. The effect of life skills training on interpersonal relationships, self-esteem and self-
8. Ishtiaq N, Mumtaz N, Saqulain G. Stress and coping strategies for parenting children with hearing impairment and autism. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2020 Mar;36(3):538.
9. Kirk E, Sharma S. Mind-mindedness in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2017 Nov 1;43:18-26.
10. Gould ER, Tarbox J, Coyne L. Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018 Jan 1;7:81-8.
11. Kim I, Ekas NV, Hock R. Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016 Jun 1;26:80-90.
12. Costa AP, Steffgen G, Ferring D. Contributors to well-being and stress in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2017 May 1;37:61-72.
13. Rayan A, Ahmad M. The psychometric properties of the mindful attention awareness scale among Arab parents of children with autism spectrum disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018 Jun 1;32(3):444-8.
14. Obeid R, Daou N. The effects of coping style, social support, and behavioral problems on the well-being of mothers of children with autism spectrum disorders in Lebanon. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2015 Feb 1;10:59-70.
15. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. Effects of a cognitive-behavioral intervention program on the health of caregivers of people with autism spectrum disorder. *Psychosocial Intervention*. 2015 Jan 1;24(1):33-9.
16. Bagherian Khosroshahi S; Mohammadi M; Pour-Etemad H; Fathabadi

expression of blind girls. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2009;15 (39), 26-14.

23. Rus-Calafell M, Gutiérrez-Maldonado J, Ortega-Bravo M, Ribas-Sabaté J, Caqueo-Urizar A. A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia research*. 2013 Feb 1;143(2-3):327-36.

24. Shirkund N; Gholami Heydari S; Arabsalari Z Ashuri j. The effect of life skills training on happiness and hope of patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing, Zabol School of Nursing and Midwifery*. 2015;3 (3), 19-8.

25. Sharma SR, Gonda X, Tarazi FI. Autism spectrum disorder: classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & therapeutics*. 2018 Oct 1;190:91-104.

26. Spain D, Blainey SH, Vaillancourt K. Group cognitive behaviour therapy (CBT) for social interaction anxiety in adults with autism spectrum disorders (ASD). *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2017 Sep 1;41:20-30.

27. Luhmann M, Necka EA, Schönbrodt FD, Hawkey LC. Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of research in personality*. 2016 Feb 1;60:46-50

