

## اثر آموزش روش درمانی پاسخ محور بر عملکرد خانواده در مادران کودکان مبتلا به اتیسم

### The Effect of Training of Pivotal Response Treatment to Mothers of Autistic Children on Family Functioning

*T. Mohtashami*

طیبه محتشمی

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور

*M. Aliakbari Dehkordi, Ph.D.*

دکتر مهناز علی‌اکبری دهکردی ✉

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور

*N. Chimeh, M.D.*

دکتر نرگس چیمه

روان‌پزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده

*A. Alipor, Ph.D.*

دکتر احمد علی‌پور

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور

*H. Ofoghi*

هاله افقی

کارشناس مشاوره، مرکز آموزش و توانبخشی اتیسم به‌آرا

دریافت مقاله: ۹۰/۳/۱۷

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۱/۷/۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۷/۱۶

#### Abstract

The present study was designed to evaluate the impact of training of Pivotal Response Treatment (PRT) to the mothers of autistic children on family functioning. Statistical population included all mothers of autistic children in Tehran.

✉Corresponding author: Payame Noor University-Center of Tehran, Nejaatollahi Street, Engh-elab Avenue, Tehran, Iran.

Tel: +98021-88907778

Email: [aliakbaridehkordi@gmail.com](mailto:aliakbaridehkordi@gmail.com)

#### چکیده:

این پژوهش به منظور بررسی اثر آموزش روش درمانی پاسخ‌محور به مادران کودکان اتیستیک بر عملکرد خانواده صورت گرفته است. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اتیسم شهر تهران می‌شود.

✉نویسنده مسئول: تهران، خیابان انقلاب، خیابان استاد نجات‌اللہی،

دانشگاه پیام‌نور مرکز

تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۰۷۷۷۸

پست الکترونیک: [aliakbaridehkordi@gmail.com](mailto:aliakbaridehkordi@gmail.com)

Twenty mothers selected as study sample by means of non-convenience sampling and randomly assigned to two control and experimental groups. Research design was pretest- post-test design with control group and follow-up. The experimental group was trained PRT for three months. Parents' self-efficacy questionnaire, parental stress scale, family functioning and family satisfaction scale in this study were used as instruments for measuring family functioning. Results showed that training of PRT was significant to reduce maternal stress, increase self-efficacy and family functioning ( $p < 0.05$ ) and of no significant effect was observed in family satisfaction scale. PRT training was proved as effective in reducing stress and increasing self-efficacy and family functioning. It is recommended that this training, along with conventional methods in the field of autism benefited mothers because it could improvement family functioning.

**Keywords:** Pivotal Response Treatment, Parental Stress, Parental Self-Efficacy, Family Satisfaction, Family Functioning, Autism.

از بین مادران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰ نفر به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جای داده شدند. طرح پژوهش، طرح پیش-آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. به گروه آزمایش روش‌درمانی پاسخ‌محور، در طول سه‌ماه آموزش داده شد. از پرسشنامه خودکارآمدی والدین، مقیاس استرس والدین، پرسشنامه کارکرد خانواده و مقیاس رضایت‌مندی خانواده در این پژوهش به عنوان ابزاری جهت سنجش عملکرد خانواده استفاده گردید. یافته‌ها نشان دادند که آموزش روش‌درمانی پاسخ‌محور در کاهش استرس مادران، افزایش خودکارآمدی و کارکرد خانواده در سطح ( $p < 0.05$ ) معنادار بوده است، البته در مقیاس رضایت‌مندی خانواده تأثیر معناداری دیده نشد. از آنجایی که آموزش روش پاسخ‌محور در کاهش استرس و افزایش خودکارآمدی و کارکرد خانواده مؤثر بوده، پیشنهاد می‌شود این روش‌درمانی در کنار روش‌های مرسوم در زمینه اتیسم به مادران آموزش داده شود که می‌تواند در بهبود عملکرد خانواده مؤثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** روش پاسخ‌محور، استرس والدین، خودکارآمدی والدین، رضایت‌مندی خانواده، کارکرد خانواده، اتیسم.

## مقدمه

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کند. یکی از مواردی که بر نظام خانواده تأثیر می‌گذارد، معلولیت فرزندان است. معلولیت فرزند در خانواده مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند، کارکردهای متعارف خود را به نحو مطلوب داشته باشد.

در دهه‌های اخیر حمایت از خانواده‌هایی که کودک معلول یا استثنایی دارند، اهمیت حیاتی پیدا کرده، چرا که تحقیقات نشان داده که حمایت از این خانواده‌ها روی خانواده و کودک نتایج مثبتی داشته است (دمسی و همکاران، ۲۰۰۸). در این زمینه حمایت از خانواده‌هایی که فرزند مبتلا به اتیسم دارند، ضروری است. اتیسم از ناشناخته‌ترین اختلالات دوران کودکی است که ابهامات بسیاری در قلمرو آن وجود دارد و از آن جایی که با نقایص جدی در تعامل اجتماعی، توانایی در برقراری ارتباط کلامی و الگوهای کلیشه‌ای همراه است، لذا حضور کودک اتیستیک بر کل سیستم خانواده تأثیر می‌گذارد (بندریکس و همکاران، ۲۰۰۶). همان‌گونه که والدین روی رشد کودک تأثیر دارند، رشد کودک و ویژگی‌های او نیز بر کارکرد خانواده مؤثر است (آلتیر و کلاگ، ۲۰۰۹). آن‌چه از پیشینه تحقیقاتی برمی‌آید، والدین کودکان اتیستیک در معرض استرس بیشتری قرار دارند (بوستر و همکاران، ۲۰۰۴؛ هستینگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ استس و همکاران، ۲۰۰۹؛ آلتیر و کلاگ، ۲۰۰۹؛ دابروسکا و پیسولا، ۲۰۱۰) و این استرس روی خودکارآمدی آن‌ها نیز تأثیر منفی می‌گذارد (هاسال<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ به‌نقل از هیل و رز، ۲۰۰۹؛ هستینگ و برون، ۲۰۰۲؛ مک کوناچی و دیگل، ۲۰۰۷؛ برنهام، ۲۰۱۱). از طرفی کراس<sup>۲</sup> (۱۹۹۳؛ به‌نقل از آلتیر و کلاگ، ۲۰۰۹) طی مطالعه‌ای که انجام داد، بیان کرد که سطوح بالای استرس با کارکرد ضعیف خانواده در ارتباط است. اولسون و وانگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۲؛ به‌نقل از لوید و هستینگ، ۲۰۰۸)، آلتیر و کلاگ (۲۰۰۹) معتقدند که خانواده‌های کودکان اتیستیک از انسجام و سازگاری کمتری نسبت به خانواده‌های عادی برخوردارند. در تحقیق دیگری، هیگینگز<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵) کارکرد خانواده و راهبردهای مقابله‌ای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که داشتن چنین کودکی تنیدگی قابل ملاحظه‌ای را بر خانواده وارد می‌کند و والدین این کودکان رضایت زناشویی، همبستگی و سازگاری خانوادگی کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. از طرفی پریچت و همکاران (۲۰۱۱) بیان کردند که بین سلامت روانی پایین و کارکرد خانواده ضعیف، ارتباط و همبستگی وجود دارد. الیک و همکاران (۲۰۰۶) نیز معتقدند که هرچه مشکلات تحولی و رفتاری کودک بیشتر باشد، سلامت روانی و رضایت زناشویی کمتر است. بنابراین جای تعجب نیست که والدین کودکان اتیستیک از بهزیستی روانی کمتری برخوردار باشند و البته مادران در مقایسه با پدران سلامت روانی پایین‌تر و اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (کارت و همکاران، ۲۰۰۹). لذا توجه به امر بهداشت روانی والدین کودکان اتیستیک ضروری است. در این شرایط، از جمله بهترین اقداماتی که می‌تواند مؤثر باشد، مداخله والدین است که از پیشینه تحقیقاتی و تجربی خوبی نیز برخوردار است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وقتی والدین تحت آموزش قرار می‌گیرند، استرس‌شان پایین (بیرنبرار و لیچ، ۱۹۹۳؛ به‌نقل از هستینگ، ۲۰۰۳؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۰ (a و b)؛ هستینگ و بک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴) و خودکارآمدی بالاتری به دست می‌آورند (تاگر<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ به‌نقل از کویکان و همکاران،

۲۰۱۰؛ اوانس و همکاران، ۲۰۰۳؛ بریسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ کولیکان و همکاران، ۲۰۱۰) و از آن جایی که شیوع اتیسم افزایش پیدا کرده به طوری که امروزه از هر ۱۵۰ نفر یک کودک اتیسم می‌گیرد (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از نفدت و همکاران، ۲۰۱۰) و این که بسیاری از درمان‌های موجود که در دسترس‌اند، پرهزینه و زمان‌بر هستند، بنابراین نیاز به درمان‌های کم‌هزینه‌تر و مبتنی بر والدین احساس می‌شود (مینجارز، ۲۰۱۰). یکی از بهترین مداخلاتی که والدین می‌توانند داشته باشند، آموزش روش پاسخ‌محور (PRT)<sup>۹</sup> می‌باشد. PRT یکی از برنامه‌های مداخلاتی و متکی بر اصول رفتاری و انگیزشی است. این روش که روشی بسیار ملایم و در عین حال کارآمد می‌باشد، بر اساس اصول تحلیل رفتار کاربردی (ABA) می‌باشد و بر این فرض است که اختلالات کودکان می‌تواند با دستکاری‌هایی که در محیط طبیعی انجام می‌شود، بهبود پیدا کند (بیکر-اریکزن و همکاران، ۲۰۰۷). در این روش کودک آزادی عمل بسیاری دارد به‌گونه‌ای که می‌توان گفت این کودک است که برنامه می‌دهد و چارچوب کار را تعیین می‌کند و نقش والدین این است که از هر وضعیت کودک یک موقعیت آموزشی بسازند (شریمن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از بیکر-اریکزن و همکاران، ۲۰۰۷). کوگل (۲۰۰۵ و ۲۰۰۶، به نقل از کولیکان و همکاران، ۲۰۱۰) معتقد است که یکی از اجزای اصلی این روش آموزش والدین است و والدین را مجربان اصلی در مدل PRT می‌داند. اهمیت حضور والدین به این جهت است که والدین این روش‌درمانی را به خوبی و به سرعت یاد می‌گیرند و در محیط طبیعی خانه قابل اجرا می‌باشد و پژوهش‌ها نیز این مطلب را تأیید می‌کنند (شریمن و کوگل، ۲۰۰۵؛ کوگل و همکاران، ۲۰۰۶؛ نفدت و همکاران، ۲۰۱۰؛ مینجارز و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش والدین در مدل PRT ارتباطات کودک را افزایش می‌دهد و اثر مثبت روی تعامل والد - کودک دارد (کوگل، ۲۰۰۲؛ سیمون، ۲۰۰۵؛ ویسمارا و همکاران، ۲۰۰۷).

مطالعات در زمینه اتیسم، در رابطه والد-کودک، بیشتر معطوف به اثراتی بود که والدین بر کودک داشتند، اما اخیراً تحقیقات روی مشکلاتی که کودکان روی والدین خود دارند، متمرکز شده است (شال، ۲۰۰۰؛ گری، ۲۰۰۲). از طرفی اکثر تحقیقات مبتنی بر والدین، اثر مداخلات والدین را بر بهبودی خود کودک مورد مطالعه قرار می‌دادند و به اثری که مداخلات می‌تواند بر روی خود خانواده داشته باشد، توجه کمتری شده و از آن جایی که مداخلات مبتنی بر والدین که خود والدین یک روش درمانی را آموزش ببینند، در ایران کمتر مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته و اثربخشی روش پاسخ‌محور در جمعیت ایرانی مورد پژوهش قرار نگرفته است، لذا پژوهش حاضر، اثر بخش بودن روش درمانی PRT را در جمعیت ایرانی مورد پژوهش قرار می‌دهد. این پژوهش سعی دارد اثرات روش درمانی پاسخ‌محور را درون خانواده و روی مادران مورد بررسی قرار دهد و به این سوال اساسی پاسخ دهد که آیا مداخله والدین در درمان کودک می‌تواند عملکرد خانواده را بهبود بخشد؟

آیا آموزش روش درمانی پاسخ‌محور به مادران کودکان اتیستیک روی خانواده اثر مثبت دارد؟ لازم به ذکر است که متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش شامل استرس والدین، خودکارآمدی والدین، کارکرد خانواده و رضایت‌مندی خانواده به صورت کلی به عنوان عملکرد خانواده در نظر گرفته شده است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری) است.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اتیسم می‌باشد که به مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اتیستیک به‌آرا مراجعه کرده بودند. از بین مادرانی که کودکان به جز اتیسم دچار اختلالات همراه مانند سندرم داون و اختلالات جسمانی مانند فلج مغزی نبودند و فقط در برنامه درمانی ABA با احتساب ساعات درمانی مساوی شرکت داشتند و همین‌طور فرزندشان در محدوده سنی ۳ تا ۷ سال قرار داشتند، ۲۰ نفر به عنوان نمونه مورد پژوهش به روش تصادفی در دسترس و با گمارش تصادفی ۱۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۰ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. در این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل آماری واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردیده است و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شده‌اند. در این پژوهش به دلیل این‌که هر آزمودنی بیش از یک‌بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفت، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (دلاور، ۱۳۸۵). روایی محتوا به این موضوع اشاره دارد که سوالات ابزار به چه میزانی معرف محتوا و هدف آن موضوع است. شاخص روایی محتوا رایج‌ترین روش کمی پژوهشگران در مقیاس‌های چندگزینه‌ای می‌باشد و اساس این روش بر میزان مرتبط بودن گویه‌ها بر پایه نظر متخصصان بنا نهاده شده است. در این پژوهش برای تعیین روایی محتوایی، از نظر تخصصی ۱۲ متخصص روان‌شناسی استفاده گردید. هم‌چنین با توجه به روش لاواشه بر اساس مقیاس سه درجه‌ای «ضروری است، مفید است اما ضروری نیست و ضروری نیست» روایی آزمون بدست آمد. ضریب محتوایی قابل قبول بر اساس متخصصینی که روایی محتوا را تعیین می‌کنند متفاوت می‌باشد ولی حداقل ضریب روایی محتوایی قابل قبول بر اساس روش لاواشه از نظر هشت متخصص ۷۵٪ می‌باشد (نادری و همکاران، ۱۳۹۰). هم‌چنین برای تعیین پایایی آزمون به صورت دو مرحله از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که مرحله دوم چهار هفته بعد از اولین مرحله آزمون بود.

## ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه کارکرد خانواده (FACESII)**<sup>۹</sup>: این پرسشنامه توسط السون و همکاران (۱۹۸۵) تنظیم شده و شامل ۳۰ سوال است که محیط خانواده را از لحاظ پیوستگی و سازش‌پذیری مورد سنجش قرار می‌دهد. در بعد پیوستگی میزان درجه صمیمیت عاطفی اعضای خانواده و در بعد سازش‌پذیری توانایی اعضای خانواده در مقابل تغییرات مربوط به استرس مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت به صورت ۵ گزینه‌ای در طیف کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم و نمره‌گذاری شده است دامنه نمرات از ۳۰ تا ۱۵۰ می‌باشد. لازم به ذکر است که در این پژوهش از نرم‌افزار این مقیاس استفاده شد و برای هر نفر دو نمره پیوستگی و سازش‌پذیری را محاسبه می‌کرد. به‌طور کلی هرچه نمره این مقیاس بالاتر باشد نشان از کارکرد بهتر خانواده است. السون و همکاران (۱۹۸۲) ضریب اعتبار بر اساس همسانی درونی برای پیوستگی ۰/۷۷، سازش‌پذیری ۰/۶۲ و کل مقیاس ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در بسیاری از پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته که نشان از روایی و پایایی مناسب آن می‌باشد، به عنوان مثال آلترو و کلاگ برای پیوستگی ضریب اعتبار ۰/۷۱، برای سازش‌پذیری ۰/۶۲ و برای کل مقیاس ۰/۶۸ را گزارش کرده‌اند. در ایران هم نسخه‌های یک و سه این مقیاس به تکرار مورد استفاده قرار گرفته که البته همه نسخه‌های این مقیاس با یکدیگر همپوشانی دارند. به عنوان مثال ثنایی و مظاهری (۱۳۸۱) و بهفر و همکاران (۱۳۸۲) در مطالعه خود از این آزمون استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ برای پیوستگی ۰/۷۷ و برای سازش‌پذیری ۰/۶۱ و برای کل مقیاس ۰/۷۲ بدست آمد (به نقل از سیف و اسلامی، ۱۳۸۷). به منظور محاسبه پایایی و روایی ایرانی، پرسشنامه مزبور بعد از ترجمه و تغییرات لازم در اختیار دوازده نفر از اساتید روان‌شناسی قرار گرفت و روایی صوری و محتوای این پرسشنامه از نظر آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر محاسبه ضریب روایی سوالات پرسشنامه نشان داد که مجموعه سوالات پرسشنامه با ضریب روایی ۰/۷۶٪ از میزان روایی خوبی برخوردار است. البته ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ برای پیوستگی ۰/۸۹ و برای سازش‌پذیری ۰/۸۸ بدست آمده است. البته بازآزمایی چهار هفته بعد از آن هم نشان از پایایی بالای مقیاس می‌باشد که به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۳ بدست آمد.

**مقیاس استرس والدین (PSS)**<sup>۱۰</sup>: این پرسشنامه توسط بری و جونز (۱۹۹۵) که یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است، تنظیم شده است. این پرسشنامه شامل ۱۸ سوال می‌شود که به طور اختصاصی سطح استرس والدین را در ارتباط با فرزندانشان می‌سنجد و بر اساس مقیاس لیکرت به صورت ۵ گزینه‌ای در طیف کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم و نمره‌گذاری شده است. بری و جونز معتقدند که این مقیاس از اعتبار بالای ۰/۷۵ برخوردار است و همین‌طور پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و بازآزمایی ۶ هفته آن ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. کولیکان و همکاران

(۲۰۱۰) نیز طی پژوهشی از این مقیاس استفاده و گزارش کردند که این مقیاس از ثبات درونی بالایی برخوردار است. به منظور محاسبه پایایی و روایی ایرانی، پرسشنامه مزبور بعد از ترجمه و تغییرات لازم در اختیار دوازده نفر از اساتید روان‌شناسی قرار گرفت و روایی صوری و محتوای این پرسشنامه از نظر آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر محاسبه ضریب روایی سوالات پرسشنامه نشان داد که مجموعه سوالات پرسشنامه با ضریب روایی ۰/۸۴ از میزان روایی خوبی برخوردار است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و بازآزمایی چهار هفته بعد ۰/۷۰ بدست آمد.

**پرسشنامه خودکارآمدی والدین (SES):** این پرسشنامه توسط هستینگ و برون (۲۰۰۲) تنظیم شده است. این پرسشنامه از نوع پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی و شامل ۵ سوال است که درباره نحوه برخورد والدین با برخی رفتارهای غیرطبیعی فرزندشان می‌باشد و بر اساس مقیاس لیکرت به صورت ۷ گزینه‌ای در طیف اصلاً مطمئن نیستم تا همیشه مطمئنم تنظیم و نمره‌گذاری شده است. طراحان این مقیاس معتقدند که این پرسشنامه از ثبات درونی خوبی برخوردار است و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برای مادران و ۰/۹۲ برای پدران را گزارش کرده‌اند. کولیکان و همکاران (۲۰۱۰) نیز طی پژوهشی از این مقیاس استفاده و گزارش کردند که این مقیاس از ثبات درونی بالایی برخوردار است. به منظور محاسبه پایایی و روایی ایرانی، پرسشنامه مزبور بعد از ترجمه در اختیار دوازده نفر از اساتید روان‌شناسی قرار گرفت و روایی صوری و محتوای ابزار از نظر آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر محاسبه ضریب روایی سوالات پرسشنامه نشان داد که مجموعه سوالات پرسشنامه با ضریب روایی ۰/۸۰ از میزان روایی خوبی برخوردار است و ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و بازآزمایی چهار هفته بعد از آن ۰/۹۲ بدست آمد.

**مقیاس رضایت‌مندی خانواده (FSS):**<sup>۱۱</sup> این پرسشنامه که توسط دیوید السون و مارک ویلسون (۱۹۸۹) تنظیم شده، به عنوان ابزاری پایا و معتبر در پژوهش‌های خانواده و خانواده‌درمانی معرفی شده است. رضایت‌مندی خانواده به میزانی که اعضای خانواده احساس شادی و رضایت‌مندی از یکدیگر دارند، اطلاق می‌شود. این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال است که به سنجش رضایت‌مندی با جنبه‌های مختلف کارکرد خانواده اختصاص دارد و بر اساس مقیاس لیکرت به صورت ۵ گزینه‌ای در طیف کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم و نمره‌گذاری شده است. پایایی این پرسشنامه توسط السون و ویلسون (۱۹۸۹) بر اساس نمونه ۲۴۶۵ نفری از اعضای خانواده با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی پایایی ۰/۸۵ گزارش شده است (به نقل از لایتسی و اسوینی، ۲۰۰۸). در ادبیات تحقیق همپوشانی زیادی بین مفاهیم رضایت‌مندی زناشویی و رضایت‌مندی کلی زندگی وجود داشته است. روایی این آزمون از میزان بالایی برخوردار است، طبق پژوهش ملی بر روی ۱۰۰۰

خانواده توسط السون و همکاران (۱۹۸۹) نتایج نشان داد که رضایت‌مندی زناشویی نیمی از واریانس در رضایت‌مندی خانواده را توجیه می‌کند ( $r=0/70$ ) و رضایت خانواده نزدیک به نیمی از واریانس را در کیفیت زندگی توجیه می‌کند ( $r=0/67$ ). به منظور محاسبه پایایی و روایی ایرانی، پرسشنامه مزبور بعد از ترجمه و تغییرات لازم در اختیار دوازده نفر از اساتید روان‌شناسی قرار گرفت و روایی صوری و محتوایی ابزار از نظر آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر محاسبه ضریب روایی سوالات پرسشنامه نشان داد که مجموعه سوالات پرسشنامه با ضریب روایی ۰/۷۰ از میزان روایی خوبی برخوردار است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و بازآزمایی چهار هفته بعد از آن ۰/۸۷ بدست آمد.

### شیوه اجرا

در این تحقیق از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پیش‌آزمون گرفته شد و بعد از آن گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه هر هفته یک جلسه یک و نیم ساعته روش درمانی PRT را آموزش گرفتند. آموزش روش PRT با استفاده از دستورالعمل کوگل و همکاران (۱۹۸۹) تحت عنوان "چگونه رفتارهای محوری را به کودکان اتیستیک آموزش دهیم" و برنامه آموزش گام به گام ویسمارا و بوگین<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۹) صورت گرفت، البته از فیلم‌های آموزشی در این باره هم استفاده شد (این فیلم‌ها در زمینه اتیسم و PRT بود که به والدین آموزش می‌داد چگونه با کودک‌شان به طور صحیح ارتباط برقرار کنند. این فیلم‌ها از سایت کوگل به آدرس <http://education.ucsb.edu/autism> و همچنین از سایت <http://www.rethinkautism.com> که با پرداخت حق عضویت موارد آموزشی آن قابل استفاده بود، تهیه گردید).

بعد از معارفه اعضای شرکت‌کننده و آشنایی با اختلال اتیسم و مباحث کلی درباره این اختلال، مشکلات رفتاری کودکان و راه‌حل آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بعد از آن اصول کلی روش PRT که شامل چهار محور اصلی است، آموزش داده شد. این چهار محور عبارتند از: الف) انگیزش که خود شامل هفت مرحله است، این مراحل عبارتند از: ایجاد جلب توجه کودک (شامل دو مرحله)، استفاده از کنترل به اشتراک گذاشته (دو مرحله)، انتخاب فعالیت توسط کودک (شش مرحله)، تنوع تکالیف برحسب علاقه (سه مرحله)، شناسایی توانایی کودک در تکالیف مختلف (سه مرحله)، چگونگی استفاده از تقویت‌کننده‌ها (دو مرحله)، نوع تقویت‌کننده (دو مرحله)؛ ب) پاسخ به نشانه‌های متعدد که شامل دو مرحله است: استفاده از محرک‌های مختلف و افزایش نشانه‌ها (سه مرحله)، برنامه زمانی تقویت (سه مرحله)؛ ج) مدیریت که خود شامل پنج مرحله می‌باشد: شناسایی رفتار (یک مرحله)، آماده‌سازی برای مدیریت خود (دو مرحله)، آموزش مدیریت خود (سه مرحله)، استقلال (چهار مرحله)، تعمیم دادن آموزش (یک مرحله) و د) خودآغازگری که شامل چهار مرحله



می‌باشد: آموزش تعامل اجتماعی خودانگیخته (دو مرحله)، آموزش موقعیت‌های سوالی (هفت مرحله)، آموزش سوال پرسیدن (سه مرحله)، آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از تکنیک‌های طبیعی (چهار مرحله). هم‌چنین طراحی بازی با همسالان نیز به مادران آموزش داده شد. هر کدام از مادران می‌بایست با توجه به موارد آموزش دیده با فرزند خود در منزل حداقل هفته‌ای ۱۴ الی ۱۸ ساعت تمرین داشته باشند. هم‌چنین افراد شرکت‌کننده در پژوهش بر اساس چک لیست اجرایی PRT ویسمارا (۲۰۰۹)، هر جلسه بازخوردی از تمرین‌های خود با فرزندشان در منزل را نیز ارائه می‌دادند. بعد از اتمام جلسات آموزش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و بعد از یک دوره پیگیری هفت هفته‌ای برای بار سوم هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند.

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده در این پژوهش با میانگین ۳۲ سال در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱: داده‌های جمعیت‌شناختی مادران مورد پژوهش

درصد	متغیر	
۵۰ درصد	یک فرزند	تعداد فرزند
۴۵ درصد	دو فرزند	
۲۰ درصد	سه فرزند	
۴۰ درصد	سیکل	مدرک تحصیلی
۱۵ درصد	فوق دیپلم	
۲۰ درصد	لیسانس	
۵ درصد	فوق لیسانس	

جهت آزمون فرضیه این پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که خلاصه نتایج مربوط به آن در جداول ۲ ارائه شده است. در این جدول خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده که شامل پیوستگی و سازش‌پذیری هستند، نیز ارائه شده‌اند. قبل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها آزمون باکس، کرویت موچلی و لون به عمل آمد. بر اساس نتایج آزمون باکس که برای هیچ متغیری معنادار نبوده، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس رعایت شده است. بر اساس آزمون کرویت موچلی که در متغیرها معنادار نبود، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است و بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

## جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط

## به اثر روش پاسخ‌محور بر متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	عامل	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
استرس والدین	درون گروهی	۹۸۹/۹	۴۹۴/۴۶	۲۷۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
	بین گروهی	۲۶۴/۹	۱۲۳/۴۵	۱۲/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
خودکارآمدی والدین	درون گروهی	۲۳۸/۲۳	۱۱۹/۱۱	۳۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳
	بین گروهی	۱۲۶/۲۳۳	۶۳/۱۱۷	۱۷/۱۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
رضایت‌مندی خانواده	درون گروهی	۴۶/۹	۴۵/۲۳	۱/۳۱	۰/۲۸	۰/۰۶۸
	بین گروهی	۹۸/۲۳۳	۴۹/۱۱۷	۲/۷۵	۰/۰۷	۰/۱۳۳
کارکرد خانواده	درون گروهی	۳۴۴/۶۳	۱۷۲/۳۱	۴/۰۱	۰/۰۲۷	۰/۱۸۲
	بین گروهی	۳۴۰/۹	۱۷۰/۴۵	۳/۹۷	۰/۰۲۸	۰/۱۸۱
پیوستگی	درون گروهی	۶۸/۱۳	۳۴/۰۶	۲/۴۴	۰/۱	۰/۱۲
	بین گروهی	۱۰۳/۶	۵۱/۸	۳/۷۲	۰/۰۳	۰/۱۷۱
سازش‌پذیری	درون گروهی	۳۶/۶۳	۱۸/۳۱	۱/۱۲	۰/۳۳۷	۰/۰۵۹
	بین گروهی	۳/۰۳	۱/۵۱	۰/۰۹۳	۰/۹۱۲	۰/۰۰۵

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، به جزء متغیر رضایت‌مندی خانواده بقیه متغیرهای استرس والدین، خودکارآمدی والدین و کارکرد خانواده از لحاظ آماری در سطح  $P < 0.05$  معنادار بوده است، به این معنا که آموزش روش درمانی پاسخ‌محور در کاهش استرس والدین و افزایش خودکارآمدی والدین و کارکرد خانواده مؤثر بوده است. در خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، خرده‌مقیاس پیوستگی در سطح  $P < 0.05$  معنادار است، در حالی که خرده‌مقیاس سازش‌پذیری از لحاظ آماری معنادار نیست. به منظور مشخص نمودن این‌که هر کدام از متغیرها در کدام مرحله آزمون با هم تفاوت معنادار دارند، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

## جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی متغیرهای پژوهش در سه مرحله آزمون‌گیری

متغیرها	آزمون‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
استرس والدین	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۳/۷	۱/۰۰۶	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	۴/۴۵	۱/۱۹	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۷۵	۰/۷۷۳	۰/۳۴۵
خودکارآمدی والدین	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۹	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۴/۸۵	۰/۶۷۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۹۵	۰/۳۷۵	۰/۰۰۱
کارکرد خانواده	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴/۶	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۶	۲/۳۶	۰/۸۰۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۵/۲	۲/۴	۰/۰۴
پیوستگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۵	۰/۸۴۵	۰/۰۰۸
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۶	۱/۳۲	۰/۶۵۵
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۹	۱/۳۱	۰/۱۶۴

همان طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری در مقیاس استرس والدین معنادار می‌باشد. اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست. این نتایج نشان می‌دهند مداخله انجام شده تأثیر معناداری در نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون داشته و این نتایج در مرحله پیگیری هم حفظ شده، به عبارت دیگر نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری تفاوت چندانی با مرحله پس‌آزمون نداشته است. در مقیاس خودکارآمدی والدین تفاوت بین هر سه مرحله آزمون معنادار است و این نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است. در مورد مقیاس کارکرد خانواده و خرده‌مقیاس آن همان طور که جدول نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون معنادار است و نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته در مرحله پیگیری اثربخش نبوده است.

### بحث

همان طور که بیان شد، این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش روش درمانی پاسخ‌محور بر عملکرد خانواده‌های کودکان ایتستیک صورت گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که از بین متغیرهای این پژوهش سه متغیر استرس والدین، خودکارآمدی والدین و کارکرد خانواده از نظر تأثیر آموزش روش درمانی پاسخ‌محور در سطح  $P < 0/05$  تفاوت معنادار دیده می‌شود، اما مقیاس رضایت‌مندی خانواده از لحاظ آماری معنادار نیست. به عبارتی آموزش روش درمانی پاسخ‌محور بر کاهش استرس، افزایش خودکارآمدی والدین و کارکرد خانواده مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های معدودی که در زمینه درمان‌های ایتسم وجود دارد، هماهنگ می‌باشد (برینبرار و لیچ، ۱۹۹۳؛ به نقل از هستینگ، ۲۰۰۳؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۰ (a و b)؛ هستینگ و بک، ۲۰۰۴؛ بریسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ کولیکان و همکاران، ۲۰۱۰). به عنوان مثال برینبرار و لیچ و همکاران (۱۹۹۳) به نقل از هستینگ (۲۰۰۳) گزارش کرده‌اند که مادران کودکان مبتلا به ایتسم بعد از ۳ ماه شرکت در مداخله درمانی ABA نسبت به مادران گروه کنترل استرس کمتری را گزارش کردند. اوانس و همکاران (۲۰۰۳) هم گزارش کردند که خودکارآمدی والدین بعد از مداخله درمانی افزایش پیدا کرده است. همان‌طور که از نتایج پژوهش حاضر برمی‌آید، رضایت خانواده در طول آموزش افزایش داشته است اما این افزایش از لحاظ آماری معنادار نبود. لیوتسی و اسوینی (۲۰۰۸) معتقدند در خانواده‌هایی که کودک معلول یا استثنایی دارند، عواملی مثل پیوستگی و انسجام خانواده، چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای، تعمیم خودکارآمدی والدین و احساس معنا در زندگی از جمله مواردی هستند که در رضایت خانواده مؤثراند. به عنوان مثال تحقیقات نشان می‌دهند، اگر احساس معنا در زندگی بالا باشد، والدین با وجود این‌که فرزندشان معلولیت دارد اما از وجود

فرزندشان احساس لذت و از زندگی احساس رضایت می‌کنند (به نقل از لیوتسی و اسوینی، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ای که لیوتسی و اسوینی (۲۰۰۸) انجام دادند، گزارش کردند، مادرانی که استرس کمتر و از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار کمتر استفاده کرده‌اند، هم‌چنین پیوستگی خانوادگی بیشتری داشتند و احساس معنا در زندگی آن‌ها بالاتر بوده است، احساس رضایت بیشتری از خانواده خود داشته‌اند. از آنجایی که در این پژوهش چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و احساس معنا در زندگی مادران بررسی نشد و آن‌ها در این زمینه، آموزشی نگرفتند و به دلیل این که این عوامل می‌توانند در رضایت خانواده تأثیرگذار باشند، لذا در نتیجه آماری هم می‌تواند تأثیرگذار بوده باشد.

یکی از عواملی که منبع عمده استرس برای والدین کودکان اتیستیک می‌باشد، خصوصیات کودک مانند مشکلات در بیان کلامی و نقص در تعامل اجتماعی می‌باشد (بیکر اریکزن و همکاران، ۲۰۰۷). اگرچه در بسیاری از مواقع اجتماع، مردم، بستگان و نزدیکان می‌توانند منابع حمایتی خوبی برای کودک و خانواده او باشند، اما بسیاری از خانواده‌ها از این که جامعه پیرامون و حتی نزدیکان آن‌ها رویکرد شناختی منفی نسبت به آن‌ها و کودک دارند، رنج می‌برند. مردم ممکن است به کودک خیره شوند، مسائل مربوط به اتیسم را هرگز درک نکنند، ممکن است خانواده را مقصر مسئله کودک بدانند، این‌ها مواردی است که موجب نگرانی و ناراحتی خانواده می‌شود (استیس و همکاران، ۲۰۰۹). از طرفی بسیاری از استرس‌ها و نارسا کنش‌وری‌های خانواده‌های کودکان اتیستیک از کمبود دانش در مورد تحول و مشکلات کودک و نحوه برخورد با کودک ناشی می‌شود (دابروسکا و پیسولا، ۲۰۱۰). مش و جانسون<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۰، به نقل از هیل و رز، ۲۰۰۹) نشان دادند که والدین کودکانی که مشکلات رفتاری دارند، نسبت به نقش‌شان آگاهی کمتری در مقایسه با مادران کودکان عادی دارند و به طور قابل توجهی از خودکارآمدی کمتری برخوردارند. هستینگ و برون (۲۰۰۲) نیز معتقدند که مشکلات رفتاری کودکان، ارزیابی والدین از استرس و منابع استرس‌زا، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و رابطه والد - کودک از جمله مهم‌ترین عواملی است که روی خودکارآمدی والدین تأثیر می‌گذارد. کان و کارتر (۲۰۰۶) طی مطالعه‌ای که انجام دادند، بیان کردند که خودکارآمدی والدین به طور منفی توسط استرس والدین، احساس گناه و افسردگی پیش‌بینی می‌شود و چالش‌ها و ابهامات پرورش کودک اتیستیک اغلب بر خودکارآمدی والدین تأثیر می‌گذارد. اما پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وقتی والدین تحت آموزش قرار می‌گیرند، مهارت‌ها و خودکارآمدی آن‌ها افزایش و استرس‌شان کاهش پیدا می‌کند و این در واقع از منافع آموزش والدین می‌باشد (بکسندل<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ سیمون، ۲۰۰۱؛ به نقل از مک کوناچی و دیگل، ۲۰۰۷). بنابراین وقتی والدین به صورت فعال درگیر مشکلات کودک خود می‌شوند، و از نقش‌شان آگاهی بیشتری به دست می‌آورند و یاد می‌گیرند در موقعیت‌های مختلف چه واکنشی باید نشان دهند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند، و از آنجایی که خودکارآمدی والدین به معنای اعتقاد والدین نسبت به توانایی‌هایشان برای نفوذ در فرزند خود و

محیط می‌باشد، لذا والدین خودکارآمدی بالاتری را به دست می‌آورند و در این حالت استرس‌شان هم کاهش پیدا می‌کند. به طور کلی مداخلاتی که باعث بهبود مهارت‌های کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌شود، روی کاهش استرس والدین هم اثر مثبت دارد (هستینگ و بک، ۲۰۰۴). همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش والدین در مدل PRT ارتباطات کودک را افزایش می‌دهد و اثر مثبت روی تعامل والد - کودک دارد (کوگل، ۲۰۰۲؛ سیمون، ۲۰۰۵؛ ویسمارا و همکاران، ۲۰۰۷). کوگل و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که وقتی والدین استراتژی‌های PRT را یاد می‌گیرند، مهارت‌های ارتباطی کودک بهبود پیدا می‌کند و روی والدین هم اثر مثبت می‌گذارد، بنابراین ارتباط بین اعضای خانواده بیشتر می‌شود و میزان صمیمیت عاطفی اعضای خانواده را افزایش می‌دهد و به طور کلی کارکرد خانواده بهبود پیدا می‌کند.

مداخلات متمرکز بر والدین به عنوان روش‌هایی در نظر گرفته می‌شوند که درمان با قدرت بالا و هزینه پایین را فراهم می‌آورد و از آن‌جایی که والدین بیشترین زمان را با کودک می‌گذرانند و می‌توانند بیشترین کار تک به تک با کودک را با کمترین هزینه انجام دهند، بسیار مقرون به صرفه است (آنن و همکاران، ۲۰۰۸؛ مینجارز، ۲۰۱۰). به طور کلی آموزش والدین مزایای زیادی دارد، نخست این‌که والدین بیشترین تماس را با فرزندشان دارند، بنابراین می‌توانند بیشترین تأثیر را در تغییر رفتار فرزندشان داشته باشند. به علاوه برای فراهم کردن یک محیط درمانی ثابت و دائمی، والدین می‌توانند جنبه‌هایی از رفتار کودک را هدف قرار دهند و مشارکت والدین در درمان کودکان مبتلا به اتیسم می‌تواند، تعمیم‌دهی دستاوردهای درمانی را تسهیل کند (واکر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین این امکان برای خانواده‌ها بیشتر فراهم است که از اعضای بیشتری در خانواده کمک بگیرند که این به نوبه خود می‌تواند تأثیرگذار باشد (کوگل و همکاران، ۲۰۰۲). به طور کلی برنامه‌های متمرکز بر والدین، برای آموزش شیوه‌های مؤثر به والدین ایجاد شده‌اند تا آن‌ها بتوانند کودکانشان را تعلیم داده و رفتارهای چالش‌انگیز آن‌ها را که از نیازهای گسترده‌شان نشأت می‌گیرد، کاهش دهند و نیز رفتارهای مداخله‌گر کودکانشان را درست ارزیابی کنند. همچنین نشان داده شده است که برنامه‌های آموزش والدین صلاحیت والدین را افزایش می‌دهند (مک‌کوناچی و دیگل، ۲۰۰۷). آموزش والدین، کیفیت زندگی خانواده را از طریق کاهش استرس (کوگل و همکاران، ۱۹۹۶) و افزایش اوقات فراغت و تفریح (کوگل و همکاران، ۱۹۸۲) ارتقا می‌دهند. علاوه بر این، والدینی که در مداخلات درمانی شرکت می‌کنند، خوش‌بینی بیشتری در مورد توانایی‌شان برای اثرگذاری بر رشد کودکشان گزارش می‌کنند (کوگل، ۱۹۸۲؛ به نقل از کولیکان و همکاران، ۲۰۱۰) که می‌تواند به والدین کمک کند که تلاش‌هایشان را برای کودکشان در طول زمان حفظ کنند. بنابراین با توجه به فواید درگیر ساختن والدین در درمان کودک و از آن‌جایی که شورای ملی تحقیقات<sup>۱۶</sup> (NRC)، (۲۰۰۱) به نقل از روبلی

و اکموشوف، ۲۰۱۰) خانواده را جزء کلیدی هر درمان می‌داند، طراحی و کاربرد برنامه‌های آموزش والدین از اهمیت و ضرورت بسیار زیادی برخوردار است.

### پی‌نوشت‌ها

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1. Hassal   | 10. Parental Stress Scale     |
| 2. Krauss   | 11. Family Satisfaction Scale |
| 3. Olson & Hwang                                      | 12. Bogin                     |
| 4. Beck   | 13. Mash & Johnston           |
| 5. Tucker   | 14. Baxendale                 |
| 6. Centers for Disease Control and Prevention         | 15. Wacke                     |
| 7. Pivotal Response Treatment                         | 16. National Research Council |
| 8. Schreibman   |                               |
| 9. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales |                               |

### منابع

- سیف، س؛ اسلامی، م. (۱۳۸۷). نقش باورهای ارتباطی در کارکرد خانواده و سازگاری زناشویی. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۴ (۱ و ۲): ۹۹-۱۳۰.
- نادری، س؛ شاه‌بداغی، م.ر؛ خاتون‌آبادی، ا؛ دادگر، ه؛ جلالی، ش. (۱۳۹۰). ترجمه و بررسی روایی و پایایی آزمون لکنت دوران کودکی. *توانبخشی نوین*، ۵ (۲): ۹-۱.
- Allik, H., Larssen, J-O., Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 1-8.
- Altieri, M.,J., & Kluge S. V. (2009). Family functioning and coping behaviors in parents of children with Autism. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 83-92.
- Anan, R. M., Warner, L. J., McGillivray, J. E., Chong, I. M., & Hines, S. J. (2008). Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions*, 23(3), 165-180.
- Baker-Ericzén, M. J., Stahmer, A. C., & Burns, A. (2007). Child demographics associated with outcomes in a community-based pivotal response training program. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9(1), 52-60.
- Benderix, Y., Nordstorm, B., & Sivberg B. (2006). Parents' experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home. *Autism*, 10(6), 629-641.
- Berry, J. O., & Iones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463-472.
- Bryson, S. E., Koegel, L. K., Koegel, R. L., Openden, D., Smith, I. M., & Nefdt, N. (2007). Large scale dissemination and community implementation of pivotal response treatment program description and preliminary data. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 32(2), 142-153.

- Burnham, B. R. (2011). *Perceived self-efficacy and well-being in fathers of children with Autism* [On-line]. Available: <http://csuchicodspace.calstate.edu/handle/10211.4/260>.
- Carter, A. S., Martínez-Pedraza, F. D. L., & Gray, S. A. O. (2009). Stability and individual change in depressive symptoms among mothers raising young children with ASD: Maternal and child correlates. *Journal of Clinical Psychology, 65*(12), 1270-1280.
- Coolican, J., Smith, I. M., & Bryson, S. E. (2010). Brief parent training in pivotal response treatment for preschoolers with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(12), 1321-1330.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 54* (3), 266-80.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in Developmental Disabilities, 30*(3), 558-66.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X-H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism, 13*(4), 375-387.
- Evans, M. E., Boothroyd, R. A., Armstrong, M. I., Greenbaum, P. E., Brown, E.C., & Kuppinger, A. D. (2003). An experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families: Program outcomes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 11*, 92-102.
- Gray, D. E. (2002). Ten years on: A longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*, 215-222.
- Hastings, R. P. (2003). Behavioral adjustment of siblings of children with Autism engaged in Applied Behavior Analysis Early Intervention Programs: The moderating role of social support. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*(2), 141-150.
- Hastings, R. P., & Brown, A. (2002). Behavioral knowledge, causal beliefs and self-efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviors. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(2), 144-150.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation, 107*(3), 222-232.
- Hasting, R. P., Hovshoff, H., Ward, N. J. Espinosa, F., & Brown, T. (2005). System analysis of stress and positive perceptions in mother and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and developmental Disorder, 35*(5), 635-644.
- Hastings, R. P. & Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(8), 1338-1349.
- Higgings, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism, 9*(2), 125-137.

- Hill, C., & Rose, J. (2009). Parenting stress in mothers of adults with an intellectual disability: Parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(12), 969–980.
- Koegel, R. L., Schreffirnan, L., Good, A., Cerniglia, L., Murphy, C., & Koegel, L.,J. (1989). *How to teach pivotal behaviors to children with autism: A training manual*. University of California, Santa Barbara, University of California, San Diego.
- Koegel, R. L., Symon, J. B., & Koegel, L. K. (2002). Parent education for families of children with autism living in geographically distant areas. *Journal of Positive Behavior Interventions, 4*(2), 88-103.
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006) Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(4), 564–575.
- Lightsey, O. R., & Sweeney, J. (2008). Meaning in life, emotion-oriented coping, generalized self-efficacy, and family cohesion as predictors of family satisfaction among mothers of children with disabilities. *The Family Journal, 16*(3), 212-221.
- Lloyd, T., & Hastings, R. P. (2008). Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Intellectual Disability Research, 52* (1), 37–48.
- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13*(1), 120-129.
- Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M., & Hardan, A. Y. (2010). Pivotal Response Group Treatment Program for parents of children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*(1), 92-101.
- Nefdt, N., Koegel, R., Singer, G., & Gerber, M. (2010). The use of a self-directed learning program to provide introductory training in pivotal response treatment to parents of children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions, 12*(1), 23-32.
- Pritchett, R., Kemp, J., Wilson P., Minnis, H., Bryce, G., & Gillberg, C. (2010). Quick, simple measures of family relationships for use in clinical practice and research: A systematic review. *Family Practice, 28*(2), 172–187.
- Ruble, L., & Akshoomoff, N. (2010). Autism spectrum disorders: Intervention options for parents and educators. *National Association of School Psychologists, 38*(5), 1- 6.
- Schall, C. (2000). Family perspectives on raising a child with autism. *Journal of Child and Family Studies, 9*(4), 409–423.
- Symon, J. B. (2005). Expanding interventions for children with autism: Parents as trainers. *Journal of Positive Behavior Interventions, 7*(3), 159-173.
- Smith, T., Buch, G. A., & Gamby, T. E. (2000a). Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in Developmental Disabilities, 21*(4), 297–309.
- Smith, T., Groen, A. D., & Wynn, J. W. (2000b). Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American Journal on Mental Retardation, 105*(4), 269-285.
- Vismara, L. A. (2009). *Implementation checklist for PRT*. Sacramento, CA: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, M.I.N.D Institute, University of California at Davis Medical School.



- Vismara, L. A., & Lyons, G. L. (2007). Using perseverative interests to elicit joint attention behaviors in young children with autism: Theoretical and clinical implications to understanding motivation. *Journal of Positive Behavior Interventions, 9*(4), 214-228.
- Vismara, L. A., & Bogin, J. (2009). *Steps for implementation: Pivotal response training*. Sacramento, CA: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, The M.I.N.D. Institute, The University of California at Davis School of Medicine.
- Wacker, D. P., Berg, W. K., Harding, J. W., Anjali, B., Rankin, B., & Ganzer, J. (2005). Treatment effectiveness, stimulus generalization, and acceptability to parents of functional communication training. *Journal of Educational Psychology, 25*(2-3), 233-256.
- Webster, A., Feiler, A., Webster, V., & Lovell, C. (2004). Parental perspectives on Early Intensive Intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of Early childhood research, 2*(1), 25-49.