



(DOI): 10.22059/japr.2020.265071.642963

## تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر رابطه خانواده با کودکان دارای اختلال طیف اُتیسْم

### The Effectiveness of Parent-child Interaction Therapy (PCIT) on the Relationship between Children with Autism Spectrum Disorder and Their Families

Fereshteh Javadi  
Saeid Hassanzadeh  
Gholam Ali Afrooz  
Sogand Ghasemzadeh

فرشته جوادی\*  
سعید حسن‌زاده\*\*  
غلامعلی افروز\*\*\*  
سوگند قاسم‌زاده\*\*\*\*

#### Abstract

The aim of the present study was to investigate the effects of Parent-Child Interaction Therapy on the relationship between children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and their families. The research design was quasi-experimental using a pre-test, post-test method. Twenty-seven 3 to 7-year-old participants (5 females and 22 males) with Autism Spectrum Disorder were selected. The participants were selected through the convenience sampling method, and randomly divided into two groups experimental (n=15) and control (n=12). The experimental group received thirteen 60-minute sessions of Parent-Child Interaction Therapy as a group, twice a week. To assess the effectiveness of the training, the participants completed Pianta Scale (Pianta, 1994) in pre-test and post-test. The data were analyzed using multivariate repeated measures. The results showed that Parent-Child Interaction Therapy decreased the conflict and dependency between children and their mothers. The intervention also increased the closeness in family relationships. Therefore, Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) seemed to be effective on the relationship between children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and their families.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder (ASD), Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Family Relationship

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر رابطه خانواده با کودکان دارای اختلال طیف اُتیسْم بود. روش پژوهش، برحسب هدف کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه لیست انتظار بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه کودکان با تشخیص اختلال طیف اُتیسْم سنین ۳ تا ۷ سال بود. نمونه بر روی ۲۷ کودک (۵ دختر و ۲۲ پسر) با اختلال طیف اُتیسْم (۳ تا ۷ سال) در مرکز پدیده در محله شهران تهران (انتخاب شده از بین مراکز توان‌بخشی کودکان با اختلال طیف اُتیسْم) و در سال ۱۳۹۷ انجام شد. آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ و ۱۲ نفری مداخله‌ای و لیست‌انتظار قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس اندازه‌گیری اُتیسْم گیلیام، ویرایش دوم (GARS-2) و پرسشنامه رابطه والد-کودک پیانتا (CPRS) بود؛ همچنین داده‌ها به روش اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. گروه مداخله به مدت ۱۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی، هفته‌ای دو بار تحت برنامه درمانی تعامل والد کودک (PCIT) قرار گرفت و پرسشنامه رابطه والد-کودک پیانتا را تکمیل کردند. یافته‌های به‌دست آمده از آزمون اندازه‌گیری مکرر، نشان داد PCIT به کاهش تعارض و وابستگی و افزایش نزدیکی انجامید؛ بنابراین می‌توان گفت که برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT)، باعث افزایش تعامل مثبت والدین و فرزندان طیف اُتیسْم می‌شود و می‌توان از این روش برای افزایش کارآمدی و افزایش تعاملات خانوادگی استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال طیف اُتیسْم، درمان تعامل والد-کودک، رابطه با خانواده

\*دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
\*\*نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران  
\*\*\*استاد ممتاز گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران  
\*\*\*\*استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

Email: shasanz@ut.ac.ir

Received: 6 Sep 2018

Accepted: 11 Jun 2019

پذیرش: ۹۷/۰۳/۲۱

دریافت: ۹۷/۰۶/۱۵

## مقدمه

اختلال طیف اُتیسْم<sup>۱</sup>، اختلال تحولی است که نقص در برقراری ارتباط، رفتارهای قالبی و اختلال قابل توجه در مهارت‌های اجتماعی از ویژگی‌های اصلی آن است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به گزارش فینستین (۲۰۱۰)، افزون‌براین موارد، راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی - ویرایش پنجم (۲۰۱۳)، مشکلات رفتاری اختلال اُتیسْم را به‌عنوان یکی دیگر از شاخص‌های جدید در تشخیص این اختلال معرفی می‌کند. شایان ذکر است که مشکلاتی چون ناتوانی ذهنی، مشکلات رفتاری و آسیب‌های روانی همبود، نقایص همراه این اختلال را وخیم‌تر می‌سازد (ماتسون و لوالو، ۲۰۰۹). کودکان مبتلا به اختلالات طیف اُتیسْم، اغلب از مشارکت در رفتارهای مناسب اجتماعی اجتناب می‌کنند و به‌طور معمول رفتارهایی مثل رفتارهای خودتحریکی، خودآسیب‌رسانی و پرخاشگری در این افراد مشاهده می‌شود؛ بنابراین از نظر بالینی می‌توان مشکلات رفتاری را بخشی از شاخص‌های تشخیصی و رفتاری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در نظر گرفت که همین مسئله، باعث دوری افراد خانواده از این افراد و همچنین مشکلاتی در روابط اجتماعی و ارتباطی می‌شود (استینمنت، ۲۰۱۹). برخی دیگر از رفتارهای نامناسب اجتماعی در اختلالات طیف اُتیسْم شامل عدم برقراری تماس چشمی، پرتاب کردن اشیاء و یا گذاشتن آن‌ها در دهان و کناره‌گیری از دیگران است (سادوک، ۲۰۱۷). هسته و مرکز اختلال طیف اُتیسْم نقص در مهارت‌های اجتماعی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که کودکان دارای اختلال اُتیسْم، در طول بازی‌ها و فعالیت‌های اجتماعی مشکلاتی در شروع و حفظ تعاملات با هم‌سالان (بامینگر، شالمان و آگام، ۲۰۰۳)، درک و تشخیص حالات هیجانی مختلف (فونسکا، سانتوس و باستارد-روست، ۲۰۰۹) و مهارت‌های تئوری ذهن دارند (بارون-کوهن، ۲۰۰۰). نکته قابل توجه این است که در صورت عدم درمان مشکلات مهارت‌های اجتماعی، این نقایص در کودکان دارای اختلال اُتیسْم سبب مشکلات ویژه‌ای جهت هماهنگی با اجتماع می‌شود (کالی، اسمیت و اسپونهم، ۲۰۱۲). بنابراین، با توجه به هسته‌ای بودن نقصان مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری و مسائل خانوادگی در اختلال طیف اُتیسْم، طراحی مداخلات با هدف کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رابطه با خانواده در این کودکان ضروری است. کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسْم، اغلب از مشارکت در رفتارهای مناسب اجتماعی اجتناب می‌کنند و به‌طور معمول، رفتارهای مثل رفتارهای خودتحریکی، خودآسیب‌رسانی و پرخاشگری در این افراد مشاهده می‌شود، وجود چنین رفتارهایی به رابطه این کودکان با اعضای خانواده صدمه جدی وارد می‌کند؛ بنابراین درمانگران برای کاهش این فاصله ارتباطی، باید تلاش زیادی را انجام دهند (هلاواتا، کاسپارک، لینهارتوا، اوسلجسکوا و بارس، ۲۰۱۸). برخی دیگر از رفتارهای نامناسب اجتماعی در اختلالات طیف اُتیسْم شامل عدم برقراری تماس چشمی، پرتاب کردن اشیاء و گذاشتن آن‌ها در دهان و کناره‌گیری از دیگران است (بگ هدادلی، پاسگال، گریسلی و ایسیلوکس، ۲۰۰۳؛ مک‌گلیتوک، هال و اولیور، ۲۰۰۳). بدون برنامه مداخله‌ای مناسب، اغلب مشکلات رفتاری در افراد دارای اختلالات طیف اُتیسْم باقی می‌ماند (مورفی و همکاران، ۲۰۰۵). برای

---

1. Autism Spectrum Disorder

کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های ارتباطی و اجتماعی این کودکان، روش‌های درمانی و مداخله‌ای مختلفی وجود دارد که یکی از بهترین آن‌ها، روش درمانی تعامل والد-کودک<sup>۱</sup> (PCIT) است، درمان تعامل والد-کودک، یکی از کارآمدترین روش‌های درمانی در افزایش تعاملات خانوادگی کودکان با اختلالات روانی و رفتاری است (کوون، ساندرز، فرانک و شپرد، ۲۰۱۸). درمان تعامل والد-کودک مبتنی بر مدل هانف<sup>۲</sup> (۱۹۶۹؛ به نقل از والس، کویتش، کری‌راینسن، مک‌کوی، مک‌نیل، ۲۰۱۸)، یک مدل دومرحله‌ای مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه دلبستگی است. درمان تعامل والد-کودک، شامل دو مرحله تعامل با فرزند<sup>۳</sup> (CDI) و تعامل با والدین<sup>۴</sup> (PDI) است. همانند دیگر برنامه‌های آموزش والدین مبتنی بر مدل هانف (۱۹۶۹؛ به نقل از والس و همکاران، ۲۰۱۸)، درمان تعامل والد-کودک، شامل یک مؤلفه افزایش رابطه و یک رویکرد رفتاری برای کاهش اختلال است، در این روش درمانگر در طول جلسات درمانی برای افزایش رابطه والدین و کودکان و مدیریت رفتار کودکان توسط والدین تلاش می‌کند (والس و همکاران، ۲۰۱۸). با این حال، درمان تعامل والد-کودک در مقایسه با بسیاری از برنامه‌های آموزش والدین متفاوت است، زیرا هم والدین و هم کودکان را در جلسات ادغام می‌کند و شامل مربی‌گری زنده می‌شود. یکی دیگر از ویژگی‌های درمان تعامل والد-کودک که آن را از دیگر برنامه‌های آموزش والدین متمایز می‌کند، این است که این روش درمانی، یک درمان هدایت داده است (والس و همکاران، ۲۰۱۸). در این روش، تعامل با والدین (PDI)، پیش‌نیاز ادامه درمان است. درمان تعامل والد-کودک، یک رویکرد بین‌المللی است که از اهداف آن می‌توان موارد زیر را بیان کرد:

۱- توانمندسازی والدین برای ایجاد تغییراتی که به پرورش ارتباط مطمئن با فرزندان خود منجر خواهد شد. ۲- بهبود زندگی کودکان و خانواده‌ها در سراسر جهان از طریق ارائه شیوه‌های دقیق ارزیابی و درمان مبتنی بر جامعه. ۳- فعالیت‌های پژوهشی و نوآوری‌های بالینی توسعه‌یافته توسط جامعه تعامل والد-کودک. ۴- پرورش و گسترش تخصص شبکه‌ای از درمانگران تعامل والد-کودک محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی و ... (بایفورد مک‌نیل و همبری کیگین، ۱۳۹۵). از آن‌جا که برنامه درمانی منسجمی در کشورمان برای کاهش مشکلات رفتاری، پرخاشگری و اضطراب کودکان با اختلال طیف اُتیسیم وجود ندارد و از طرف دیگر، یکی از درمان‌های مؤثر و شناخته شده در این زمینه در جهان، درمان مبتنی بر تعامل والد کودک هست؛ بنابراین سؤال اصلی این پژوهش این است آیا برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک در کودکان طیف اُتیسیم در رابطه با خانواده مؤثر است؟

همچنین سؤالات فرعی دیگری وجود دارد که الف) آیا برنامه درمانی تعامل والد-کودک در افزایش تعاملات اجتماعی کودکان طیف اُتیسیم مؤثر است؟ ب) آیا برنامه درمانی تعامل والد-کودک در افزایش تعاملات ارتباطی کودکان طیف اُتیسیم مؤثر است؟ ج) آیا برنامه درمانی تعامل والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان طیف اُتیسیم مؤثر است؟

1. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
2. Hanf, C.
3. Child-Directed Interaction
4. Parent-Directed Interaction

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه لیست‌انتظار هست که به صورت میدانی اجرا شد. داده‌های این پژوهش کمی و در سطح، مقیاس فاصله‌ای است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه کودکان با اختلال طیف اُتیسْم ۳ تا ۷ سال و مادران این کودکان است. جامعه آماری در دسترس کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در همین دامنه سنی ۳ تا ۷ سال شهر تهران سال ۱۳۹۷ و مادران آنان بودند که به مراکز توان‌بخشی کودکان با اختلال طیف اُتیسْم مراجعه کردند. از بین این مراکز، تعداد ۲۷ کودک شامل ۵ دختر و ۲۲ پسر با توجه به ملاک‌های ورود، مصاحبه بالینی و دومین ویرایش مقیاس اندازه‌گیری اُتیسْم از مرکز پدیده انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه برابر مداخله و لیست‌انتظار قرار گرفتند. مرکز پدیده، واقع در منطقه شهران به دلیل همکاری زیاد مدیر مرکز و دسترس بودن به پژوهشگر، انتخاب شد و مراکز دیگر به دلیل عدم همکاری کنار گذاشته شدند. روش نمونه‌گیری هدفمند است که ۱۲ نفر از این کودکان و مادران آنان به عنوان گروه مداخله و ۱۵ نفر دیگر به عنوان گروه لیست‌انتظار انتخاب شدند. گروه مداخله، برنامه درمانی مبتنی بر برنامه تعامل والد-کودک زیسر و آبیگ (۲۰۱۰) را به مدت ۱۲ جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه دریافت کردند و گروه لیست‌انتظار برنامه آموزشی معمول خود را در کلینیک ادامه دادند. سرفصل‌های این برنامه درمانی عبارت است از: بازخورد به خانواده‌ها و آشنا کردن آن‌ها با ساختار درمان، ملاقات با والدین و پاسخ به سؤالات، آموزش مهارت‌های تعامل کودک‌مدار، توصیف اهداف تعامل کودک‌مدار، بحث پیرامون تکلیف منزل، آموزش مهارت‌های پرهیزی و انجام‌دادنی، آموزش توجه راهبردی و چشم‌پوشی انتخابی، آموزش سرمشق‌سازی همه مهارت‌ها به طور ترکیبی، رهبری فعالیت والدین در حین نقش‌گذاری، بحث پیرامون منطق بازی در خانه، تخصیص تکالیف جدید، پاسخ به سؤالات، توضیح استفاده از تمرین‌های فرمان‌برداری، آموزش دستورالعمل مؤثر، آموزش چگونگی تصمیم‌گیری، آموزش پیامدهای پیروی کردن، آموزش پیامدهای ناپیروی، آموزش اطلاعات مکمل در مورد زمان محروم‌سازی، هدایت و آماده‌سازی والدین در حین نقش‌گذاری با کودکان و جمع‌بندی جلسات و پاسخ به سؤالات. ملاک‌های ورود عبارت است از: تشخیص اختلال طیف اُتیسْم، رضایت و امکان حضور والدین برای شرکت در جلسات درمانی، حیطة سنی ۳-۷ سال برای کودک و نداشتن معلولیت جانبی. ملاک‌های خروج عبارت است از: وجود هرگونه اختلال بارز دیگر غیر از اُتیسْم که بتواند به عنوان تشخیص اصلی خود را مطرح کند، وجود بیماری‌های جسمی، دریافت آموزش‌های مبتنی بر تعامل والد کودک به صورت هم‌زمان در مرکز دیگری و تعداد غیبت بیش از دو جلسه. محرز شدن خلاف هریک از ملاک‌های ورود و محرز شدن معلولیت جانبی در طول دوره درمان. از شاخص‌های آماری توصیفی و تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

## ابزار سنجش

**مقیاس اندازه‌گیری اُتیسیم گیلیام، ویرایش دوم<sup>۱</sup> (GARS-2):** مقیاس اندازه‌گیری اُتیسیم گیلیام، ویرایش دوم (GARS-2)، ابزار استاندارد مبتنی بر علائم و نشانه‌های اُتیسیم است که در سال ۲۰۰۳ بر روی گروه نمونه ۱۱۰۷ نفر از ۴۸ ایالت کشور آمریکا (۲ تا ۲۲ سال) استاندارد شده (گیلیام<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از احمدی، صفری، همتیان و خلیلی، ۱۳۹۰) و دارای سه زیرمقیاس است که ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای را ارزیابی می‌کند. هر زیرمقیاس ۱۴ گویه دارد که توسط کارشناسان، والدین و یا مربیان این کودکان از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نحوه نمره‌گذاری به این شکل است که اگر رفتار طی شش ساعت قبل وجود نداشته باشد، نمره ۰، اگر ۱ تا ۲ مرتبه در یک دوره شش ساعته بروز کند نمره ۱، اگر سه تا چهار مرتبه در یک دوره شش ساعته بروز کند نمره ۲ و اگر پنج تا شش مرتبه در یک دوره شش ساعته بروز کند، نمره ۳ به آن گویه تعلق می‌گیرد. این ابزار در سال ۱۳۹۰ توسط کارشناسان مرکز اُتیسیم اصفهان هنجاریابی شده است. روایی صوری و محتوایی این ابزار، از سوی متخصصان و کارشناسان مرکز اُتیسیم اصفهان تأیید شده است. همچنین از این پرسشنامه در مقالات متعددی در مجلات علمی- پژوهشی استفاده شده است و مورد تأیید استادان راهنما و مشاور قرار گرفته است. برای برآورد روایی سازه، از پرسشنامه گارز به‌طور هم‌زمان استفاده شده است که ضریب همبستگی این دو پرسشنامه ۰/۸۰ به‌دست آمد. روایی تشخیصی آن در مقایسه با ۱۰۰ کودک و نوجوان سالم از طریق آزمون تحلیل تمایز مشخص شد. نقطه برش آزمون ۵۲ و حساسیت و ویژگی مقیاس به ترتیب ۹۹ درصد و ۱۰۰ درصد به‌دست آمد. پایایی این ابزار نیز، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس ارتباط ۰/۹۲، برای زیرمقیاس مهارت‌های اجتماعی ۰/۷۳ و برای رفتارهای کلیشه‌ای ۰/۷۴ گزارش شده است. آلفای کرونباخ کل ۰/۸۹ گزارش شده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

**پرسشنامه رابطه والد-کودک پیاپتا<sup>۳</sup> (CPRS):** برای سنجش نحوه تعامل والد- فرزند از پرسشنامه رابطه والد-کودک پیاپتا استفاده شد (سایت دانشگاه ویرجینیا<sup>۴</sup>) این مقیاس برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ تهیه شد که شامل ۳۳ ماده است و ادراک والدین را در مورد رابطه آن‌ها با کودک خود می‌سنجد. مقیاس مذکور شامل حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، نزدیکی (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده) است. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس که یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است، به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ از قطعاً صدق می‌کند (۱) تا قطعاً صدق نمی‌کند (۵)، انجام می‌شود. این مقیاس برای سنجش رابطه والد- کودک در تمامی سنین استفاده شده است. این مقیاس توسط طهماسیان، خرم‌آبادی و چیمه (۱۳۹۱) ترجمه شد و روایی محتوایی آن نیز توسط

1. Gilliam Autism Rating Scale-Second Edition (GARS-2)

2. Gilliam, T. C.

3. Child-Parent Relationship Scale (CPRS)

4. University of Virginia (<https://curry.virginia.edu/faculty-research/centers-labs-projects/castl/measures-developed-robert-c-pianta-phd>)

متخصصین ارزیابی شده است. پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ توسط ابارشی، طهماسیان، مظاهری و پناغی (۱۳۸۸)، به دست آمد. پایایی حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و نمره کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۶۱ و ۰/۸۶ گزارش شده است (عابدی شاپورآبادی، پورمحمدرضای تجریشی، محمدخانی و فرضی، ۱۳۹۱). لازم به ذکر است که در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور با این مقیاس نمره کلی تعامل محاسبه کرده‌اند که این روال با نمره‌دهی نسخه اصلی مقیاس منافات دارد و اصولاً با خرده‌مقیاس‌ها هم‌سو نیست (سایت دانشگاه ویرجینیا).

**برنامه درمانی تعامل والد- کودک<sup>۱</sup> (PCIT)** برنامه حاضر با اقتباسی از برنامه زیسر و آیرگ (۲۰۱۰) و با توجه به نیازهای تعاملی کودکان طیف اُتیسیم که براساس مرور پژوهش‌های انجام شده مشخص خواهد شد، طراحی و تدوین می‌شود. به صورت اجمالی می‌توان گفت، برنامه حاضر برنامه مداخله‌ای شامل ۱۳ جلسه است که به صورت نمونه در جدول ۱، به آن اشاره شده است.

#### جدول ۱- ساختار جلسات درمانی

عنوان جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با ساختار
دوم	ارزیابی (مصاحبه تکمیل پرسشنامه‌ها) و همچنین مشاهده تعامل والد- کودک بازخورد به خانواده‌ها و آشنا کردن آن‌ها با ساختار درمان
سوم	ملاقات با والدین و پاسخ به سؤالات
چهارم	تعامل کودک‌مدار (CDI)
	آموزش مهارت‌های تعامل کودک‌مدار، توصیف اهداف تعامل کودک‌مدار و بحث پیرامون تکلیف منزل
پنجم	آموزش مهارت‌های پرهیزی و انجام‌دانی
ششم	آموزش توجه راهبردی و چشم‌پوشی انتخابی
هفتم	آموزش سرمشق‌سازی همه مهارت‌ها به‌طور ترکیبی، رهبری فعالیت والدین در حین نقش‌گذاری
هشتم	بحث پیرامون منطق بازی در خانه و تخصیص تکالیف جدید
نهم	تعامل والد‌مدار
دهم	پاسخ به سؤالات، توضیح استفاده از تمرین‌های فرمان‌برداری و آموزش دستورالعمل مؤثر
	آموزش چگونگی تصمیم‌گیری و آموزش پیامدهای پیروی کردن
یازدهم	آموزش پیامدهای ناپیروی، آموزش اطلاعات مکمل در مورد زمان محروم‌سازی
دوازدهم	هدایت و آماده‌سازی والدین در حین نقش‌گذاری با کودکان
سیزدهم	جمع‌بندی جلسات و پاسخ به سؤالات

در این پژوهش، به‌منظور تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی از روش آماری اندازه‌گیری‌های مکرر<sup>۲</sup> برای پاسخ به سؤالات استفاده شد. نتایج تحلیل‌های اندازه‌گیری مکرر برای هرکدام از متغیرهای پژوهش شامل مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری و رابطه با خانواده برای حالت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت جداگانه گزارش

1. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
2. Univariate Repeated Measures Methods

می‌شوند. در گزارش نتایج اندازه‌گیری‌های، نتایج آزمون کرویت‌موجلی<sup>۱</sup> برای بررسی فرض همسانی کوواریانس‌ها و کرویت آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون برای بررسی مفروضه‌های استفاده از تحلیل واریانس مختلط یا اندازه‌گیری‌های مکرر ضروری هستند. همچنین، آزمون‌های چندمتغیری اثر پیلایی<sup>۲</sup>، لامبدای ویلکز<sup>۳</sup>، اثر هتلینگ<sup>۴</sup> و بزرگ‌ترین ریشه<sup>۵</sup> اثرات اصلی و تعاملی تحلیل واریانس و مقایسه‌های زوجی نیز بررسی شدند.

## یافته‌ها

### الف) توصیف جمعیت شناختی

در جدول ۲، میانگین و دامنه سنی کودکان گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار ارائه شده است. میانگین سنی گروه مداخله ۵/۱ و گروه لیست‌انتظار ۵/۸ هست. همچنین در جدول ۲، سطح تحصیلات مادران در گروه مداخله و فهرست انتظار ارائه شده است.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	دامنه سنی	طیف سنی کودکان			
		میانگین (انحراف معیار)	سه سال	چهار سال	پنج سال
گروه مداخله	۳-۷	۵/۱ (۱/۲)	۱	۲	۴
گروه فهرست انتظار	۳-۷	۵/۸ (۱/۴)	۲	۳	۵
گروه‌ها	تحصیلات	سیکل و پایین‌تر	دیپلم	لیسانس	کارشناسی ارشد
گروه مداخله		۱	۳	۵	۳
گروه فهرست انتظار		۱	۴	۶	۳

### ب) توصیف شاخص‌ها

در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس‌های متغیر رابطه با خانواده (تعارض، نزدیکی و وابستگی) در گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار نشان داده شده است. نکته قابل توجه در این جدول این است که نمره‌های شرکت‌کنندگان در گروه لیست‌انتظار و مداخله در همه متغیرها در پیش‌آزمون، به دلیل این که هر دو گروه با یکدیگر در متغیرهای هوش، جنس، سن و عدم دریافت درمان‌های موازی، هم‌تا شده‌اند بسیار به یکدیگر مشابه است؛ ولی تفاوت بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری به دلیل تأثیر برنامه آموزشی قابل مشاهده است.

1. Mauchly's Test of Sphericity
2. Pillai's Trace
3. Wilks' Lambda
4. Hotelling's Trace
5. Roy's Largest Root

## جدول ۳- میانگین و انحراف معیار گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار در متغیر رابطه با خانواده

گروه‌ها	آزمون	شاخص‌های آماری	تعارض	وابستگی	نزدیکی
مداخله	پیش‌آزمون	میانگین	۲۷/۵۸	۱۳/۲۵	۱۸/۴۱
		انحراف معیار	۲/۱۵	۵/۲۹	۲/۱۹
	پس‌آزمون	میانگین	۱۷/۱۶	۹/۷۵	۱۲/۶۶
		انحراف معیار	۵/۲۰	۱/۴۲	۲/۶۴
	پیگیری	میانگین	۱۶/۸۳	۹/۲۵	۱۳/۶۶
		انحراف معیار	۲/۹۴	۳/۰۷	۲/۱۰
لیست‌انتظار	پیش‌آزمون	میانگین	۲۷/۲۶	۱۴/۰۶	۱۸/۸۰
		انحراف معیار	۱/۹۰	۵/۰۲	۱/۲۶
	پس‌آزمون	میانگین	۲۳/۱۳	۱۱/۲۰	۱۶/۴۰
		انحراف معیار	۱/۸۴	۰/۸۶	۲/۱۶
	پیگیری	میانگین	۲۱/۴۰	۱۲/۳۳	۱۶/۰۶
		انحراف معیار	۲/۳۲	۱/۰۴	۱/۲۲

## ج) آزمون فرضیه‌ها

به‌منظور بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) در رابطه خانواده و کودکان با اختلال طیف اُتیسیم نمره‌های شرکت‌کنندگان در تکمیل آزمون تعامل والد کودک پیناتا مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است. برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر<sup>۱</sup> استفاده شد. در جدول ۴، نتایج آزمون موجلی (۱۹۴۰) برای بررسی شرایط و مفروضه‌های به‌کارگیری اندازه‌گیری‌های مکرر ارائه شده است. به‌منظور بررسی سؤال پژوهش نمره‌های شرکت‌کنندگان در تکمیل پرسشنامه تعامل والد-کودک (با مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی و وابستگی) مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند که نتایج آن در قالب مؤلفه‌های مختلف این تعامل به‌ترتیب در زیر ارائه شده است.

۱- تعارض: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۴، نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه رابطه با خانواده در کودکان طیف اُتیسیم براساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است.

## جدول ۴- نتایج آزمون کرویت موجلی جهت بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیره

سؤال	آزمون کرویت موجلی	شاخص‌ها		W موجلی	مجدور خی	درجه آزادی	سطح معناداری
رابطه با خانواده	تعارض	۰/۹۰	۲/۳۸	۲	۰/۳۰		

## 1. Multivariate Repeated Measures Methods



نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که آزمون کرویت موچلی<sup>۱</sup> در متغیر تعارض معنادار نیست. از آن‌جا که آزمون کرویت موچلی معنادار نیست، باید نتایج به‌دست آمده با فرض برقراری کرویت از آزمون اسپرسیتی اسامد<sup>۲</sup> در بُعد زمان به‌جای آزمون‌های گرین هوئس- گیسر<sup>۳</sup>، هیون فلت<sup>۴</sup> و لور باند<sup>۵</sup> استفاده شود.

#### جدول ۵- نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه تعارض براساس متغیر گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
تعارض	اثر پیلایی	۰/۸۶	۲	۲۴	۷۴/۶۶	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۲	۲۴	۷۴/۶۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۶/۲۲	۲	۲۴	۷۴/۶۶	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۶/۲۲	۲	۲۴	۷۴/۶۶	۰/۰۰۱

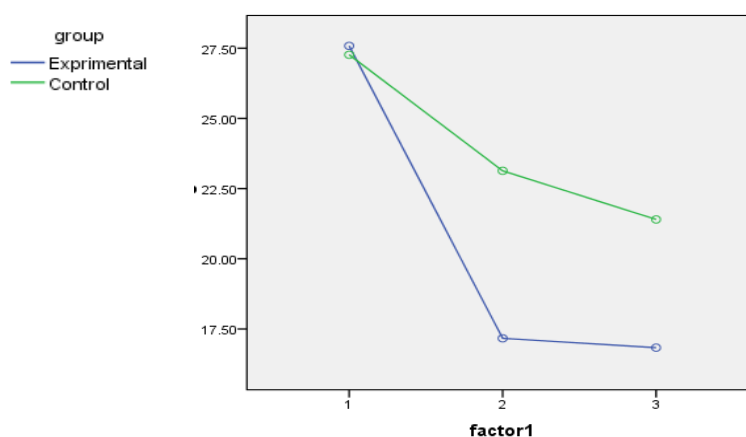
در جدول ۵، نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی<sup>۶</sup>، لامبدای ویلکز<sup>۷</sup>، اثر هتلینگ<sup>۸</sup> و بزرگ‌ترین ریشه‌روی<sup>۹</sup> برای مقایسه رابطه با خانواده براساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. براساس اطلاعات جدول ۵، می‌توان گفت گروه‌ها در تعارض متفاوت‌اند؛ یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تعارض در گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است، معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه مداخله و لیست‌انتظار تفاوت وجود دارد.

#### جدول ۶- نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی برای گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تعارض	گروه	۹۲۰/۳۷	۱	۹۲۰/۳۷	۱۵۰/۳۹	۰/۰۰۱
	زمان	۱۷۳/۱۴	۱	۱۷۳/۱۴	۱۶/۰۸	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۷۹/۴۹	۱	۷۹/۴۹	۱۲/۹۸	۰/۰۲
	خطا	۱۵۲/۹۹	۲۵	۱۰/۷۶	-	-

1. Mauchly's Test of Sphericity
2. Sphericity Assumed Sphericity Assumed
3. Greenhouse-Geisser
4. Huynh-Feldt
5. Lower Bound
6. Pillai's Trace
7. Wilks' Lambda
8. Hotelling's Trace
9. Roy's Largest Root

نتایج به دست آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های لیست انتظار و مداخله در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، ولی این گروه‌ها در عامل زمان دارای تفاوت معنادار نیستند. زیرا آزمون اسپرستی اسامد در بُعد زمان در سطح  $0/06$  معنادار است. شکل ۱، نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون تفاوتی با هم ندارند؛ اما گروه مداخله به علت درمان تعامل والد-کودک مشکلات تعارضی کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر و اثربخشی در طول زمان هم تأثیر خود را حفظ کرده است.



شکل ۱- تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر تعارض

۲- نزدیکی: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۷، نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه رابطه با خانواده در کودکان طیف اُتیسزم براساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است.

#### جدول ۷- نتایج آزمون کرویت موچلی جهت بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیره

سؤال	آزمون کرویت موچلی	شاخص‌ها		
		W موچلی	مجذور خی	درجه آزادی
رابطه با خانواده	نزدیکی	۰/۹۱۷	۲/۰۸	۲
				سطح معناداری
				۰/۳۵

نتایج جدول ۷، نشان می‌دهد که آزمون کرویت موچلی در متغیر نزدیکی معنادار نیست. از آنجا که آزمون کرویت موچلی معنادار نیست، باید نتایج به دست آمده با فرض برقراری کرویت از آزمون اسپرستی اسامد در بُعد زمان به جای آزمون‌های گرین هوئس-گیسر، هیون فلت و لور باند استفاده شود.

### جدول ۸- نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه تعارض براساس متغیر گروه

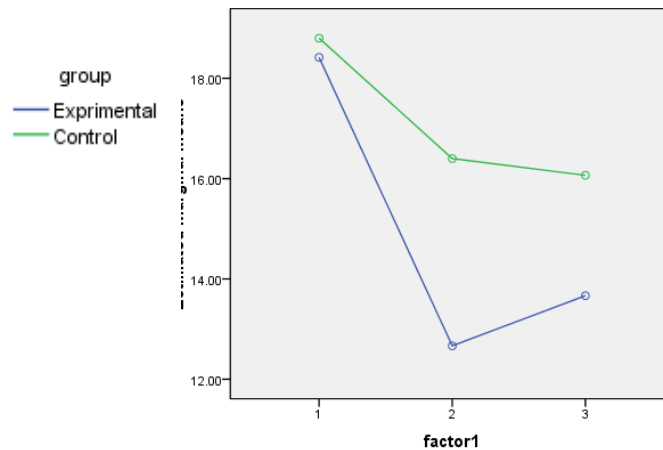
منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
	اثر پیلائی	۰,۶۸	۲	۲۴	۲۵,۴۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰,۳۲	۲	۲۴	۲۵,۴۴	۰/۰۰۱
نزدیکی	اثر هتلینگ	۲,۱۲	۲	۲۴	۲۵,۴۴	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۲,۱۲	۲	۲۴	۲۵,۴۴	۰/۰۰۱

در جدول ۸، نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌روی برای مقایسه رابطه با خانواده براساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. براساس اطلاعات جدول ۸، می‌توان گفت که گروه‌ها در نزدیکی متفاوت‌اند؛ یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تعارض در گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه مداخله و لیست‌انتظار تفاوت وجود دارد.

### جدول ۹- نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی برای گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
	گروه	۱۸۶/۶۶	۱	۱۸/۶۶	۴۷/۳۳	۰/۰۰۱
نزدیکی	زمان	۸۶/۳۷	۱	۸۶/۳۷	۱۶/۰۹	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۱۳/۵۵	۱	۱۳/۵۵	۳/۴۳	۰/۰۷

نتایج به‌دست‌آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های لیست‌انتظار و مداخله در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، ولی این گروه‌ها در عامل زمان دارای تفاوت معنادار نیستند. زیرا آزمون اسپرستی اسامد در بُعد زمان در سطح ۰/۰۶ معنادار است. همان‌گونه که از جدول ۹، مشاهده می‌شود بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که آموزش برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد- کودک در افزایش نزدیکی مؤثر است. همچنین جدول مذکور نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه مداخله تفاوت وجود دارد، بدین معنا که افراد گروه مداخله که در پس‌آزمون نمره‌های بالایی در مؤلفه نزدیکی گرفته بودند. شکل ۲، نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون تفاوتی با هم ندارند؛ ولی گروه مداخله به‌علت درمان تعامل والد کودک مشکلات نزدیکی کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر و اثربخشی در طول زمان هم تأثیر خود را حفظ کرده است.



شکل ۲- تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر نزدیکی

۳- وابستگی: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۱۰، نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه رابطه با خانواده در کودکان طیف اُتیسیم براساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱۰- نتایج آزمون کرویت موچلی جهت بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیره

سؤال	آزمون کرویت موچلی	W موچلی	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری
رابطه با خانواده	وابستگی	۰/۵۵	۱۶/۹۹	۲	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد که آزمون کرویت موچلی در متغیر وابستگی معنادار است که باید از آزمون‌های گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور باند استفاده شود.

جدول ۱۱- نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه تعارض براساس

#### متغیر گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
وابستگی	اثر پیلایی	۰/۲۹	۲	۲۴	۲/۰۰	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۷۰	۲	۲۴	۲/۰۰	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۴۱	۲	۲۴	۲/۰۰	۰/۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۰/۴۱	۲	۲۴	۲/۰۰	۰/۰۱

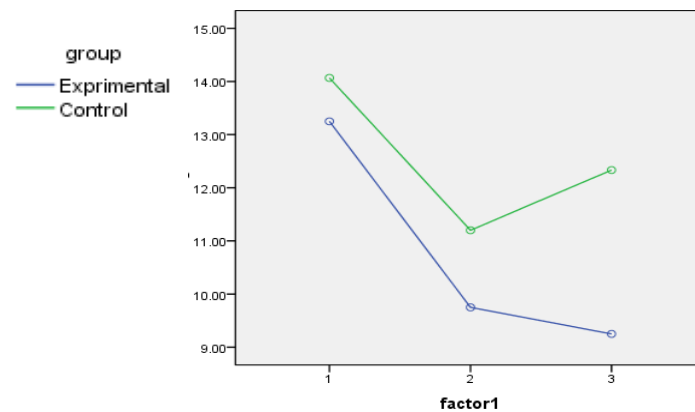
در جدول ۱۱، نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌روی برای مقایسه رابطه با خانواده براساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. براساس اطلاعات جدول ۱۱،

می‌توان گفت که گروه‌ها در تعارض متفاوت‌اند؛ یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تعارض در گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه مداخله و لیست‌انتظار تفاوت وجود دارد.

**جدول ۱۲- نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی برای گروه‌های مداخله و لیست‌انتظار**

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
وابستگی	گروه	۱۰۹/۵۷	۱	۱۰۹/۵۷	۷/۲۵	۰/۰۱
	زمان	۵۴/۴۴	۱	۵۴/۴۴	۸/۸۳	۰/۰۰۶
	زمان*گروه	۱۷/۱۲	۱	۱۷/۱۲	۱/۱۳	۰/۳۹

نتایج به دست آمده در ردیف گروه، نشان می‌دهد که گروه‌های لیست‌انتظار و مداخله در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، ولی این گروه‌ها در عامل زمان دارای تفاوت معنادار نیستند. زیرا آزمون اسپرستی اسامد در بُعد زمان در سطح ۰/۰۶ معنادار است. همان‌گونه که در جدول ۱۲، مشاهده می‌شود بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که برنامه درمانی تعامل والد-کودک در رابطه کودکان طیف اُتیسیم با والدینشان اثر معنادار و مثبت داشته و این اثر در طول زمان معنادار است. شکل ۳، نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون تفاوتی با هم ندارند، ولی گروه مداخله به علت درمان تعامل والد کودک مشکلات وابستگی کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر و اثربخشی در طول زمان هم تأثیر خود را حفظ کرده است.



**شکل ۳- تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر وابستگی**

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) بر رابطه خانواده با کودکان دارای اختلال طیف اُتیسیم صورت است. اختلال اُتیسیم یک اختلال نورولوژیکی است که در سال‌های اولیه کودکی نمایان می‌شود. این اختلال در بیماران مبتلا به اُتیسیم، باعث می‌شود که مغز نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند و مزاحم کودک برای یادگیری چگونگی ارتباط و تعامل با دیگران به‌طور اجتماعی می‌شود (فومبون، ۲۰۰۳). کودکان طیف اُتیسیم در زمینه ارتباط کلامی و غیرکلامی، رفتارهای اجتماعی و بازی دارای مشکل می‌باشند و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری دارند (ولکمار و کوهن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ به‌نقل از آن، وارنر، مک‌گیلوری، چانگ و هینس، ۲۰۰۸). در حال حاضر، شیوع اُتیسیم یک نفر از هر ۱۵۰ کودک تشخیص داده می‌شود (مرکز لیست‌انتظار و پیشگیری بیماری‌ها<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ به‌نقل از نفدت، کوگل، سینگر و گربر، ۲۰۱۰). تحلیل و بررسی سؤال پژوهش نشان می‌دهد که برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک در درجه اول، توانست رابطه با خانواده کودکان طیف اُتیسیم را ارتقا دهد و باعث افزایش رابطه با خانواده کودکان طیف اُتیسیم شود. علاوه‌براین، تأثیر این آموزش در طول زمان نیز پایدار بود. این یافته با نتایج پژوهش ویتینگهام، سوفرونوف، شفیلد و ساندرز (۲۰۰۹)، ناهم‌سو است. نتایج پژوهش ویتینگهام و همکاران (۲۰۰۹)، نشان داد که برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT)، تأثیر معناداری بر خودکارآمدی والدین ندارد. در پژوهش آن‌ها از برنامه فرزندپروری مثبت که یکی از شناخته‌شده‌ترین برنامه‌های آموزش مدیریت رفتار به والدین است، برای کودکان دچار اختلال طیف اُتیسیم استفاده شد؛ اما در پژوهشی که سوفرونوف و فاریوتکو (۲۰۰۲)، با استفاده از یک برنامه آموزش والدین برای کودکان دچار نشانگان اسپرگر انجام دادند، خودکارآمدی والدگری مادران بعد از پایان مداخله به‌طور معناداری افزایش یافته بود. در حالی که هدف اصلی برنامه آموزش والدین در پژوهش سوفرونوف و فاریوتکو (۲۰۰۲)، دقیقاً بهبود خودکارآمدی والدگری بوده است؛ بنابراین بهبود خودکارآمدی والدگری در این مورد دقیقاً تحقق هدف اصلی و نقطه تمرکز درمان بوده است. به‌منظور تبیین تفاوت مشاهده شده، می‌توان به هدف اصلی این مداخله‌ها توجه کرد. برنامه‌هایی چون درمان تعامل والد-کودک و برنامه فرزندپروری مثبت با هدف اصلاح شیوه‌های فرزندپروری، کاهش مشکل‌هایی چون نافرمانی و بهبود تعامل‌های والد-کودک تهیه شده‌اند. والدین در موفقیت برنامه‌های آموزش مدیریت رفتار، نقش مهمی دارند و ایفای این نقش همراه با فرزندپروری کودک دارای اختلال طیف اُتیسیم، سطوح بالای استرس والدگری را برای والدین به همراه دارد (اپشتاین، سالتزن-بنای، اولهیر، گول و تاک، ۲۰۰۸). استرس نیز، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم خودکارآمدی والدگری در مداخله‌های درمانی است و آثار حمایت فراهم شده از جانب برنامه و شدت علائم اختلال طیف اُتیسیم بر خودکارآمدی والدگری توسط همین عامل میانجی‌گری می‌شود (هاستینگ و سیمز، ۲۰۰۲). بدین معنا که استرس ناشی از برچسب اختلال طیف

1. Volkmar, F. R., & Cohen, D. J.

2. Disease Waiting and Prevention Center

اُتیسیم و علائم اصلی بیماری، شاید مانع از احساس خودکارآمدی والدین شده باشد. وانگهی، احساس خودکارآمدی متأثر از متغیرهای دیگر مثلاً مدیریت شرایط اقتصادی مربوط به بیماری نیز وجود دارد که البته بررسی این عوامل هدف این پژوهش نبوده است. درمان تعامل والد- کودک یکی از برنامه‌های رفتاری آموزش والدین مبتنی بر شواهد پژوهشی است. در این برنامه، دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله متوالی درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی‌درمانی را به منظور ارتقا ارتباط والد- کودک می‌آموزند. در مرحله تعامل والد و کودک، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای محل کودکشان، مهارت‌های لازم را فرامی‌گیرند (گرسو، سورا و مکنیل، ۲۰۰۱). در گذشته موارد دچار اختلال طیف اُتیسیم، از شرکت در درمان تعامل والد- کودک کنار گذاشته می‌شدند. علت این اقدام هم این بود که تصور می‌شد این درمان به دلیل تأکیدی که بر روابط اجتماعی دارد، نمی‌تواند برای این گروه از بیماران مؤثر باشد؛ در حالی که هنوز بسیاری از رفتارهای کودکان دچار اختلال طیف اُتیسیم که عملکرد بالاتری دارند، به وسیله توجه اجتماعی تقویت می‌شود (مس، مکنیل، وینگر و چورنی، ۲۰۰۷).

از محدودیت‌های مهم، پژوهش‌های اندک در زمینه تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد- کودک (PCIT) و کاربرد بالینی آن‌ها است که کار تعمیم‌پذیری نتایج حاصل از این پژوهش را کاهش می‌دهد. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت تئوریک است. زیرا نظریه تعامل والد- کودک در اُتیسیم برگرفته از نظریه‌های محیطی و رفتاری هست و با این وضعیت بقیه نظریه‌ها اعم از زیستی، رفتاری و ... در تبیین، آموزش و درمان کودکان طیف اُتیسیم نادیده گرفته شده است؛ بنابراین تنها توجه به نظریه‌های محیطی و رفتاری در خصوص آموزش این کودکان محدودیت محسوب می‌شود و روایی درونی را با تهدید مواجه می‌کند. حجم کم نمونه پژوهش نیز، به عنوان یک محدودیت امکان تعمیم‌یافته‌ها را محدود می‌سازد. به دلیل این محدودیت‌ها، با توجه به فقر پژوهشی در زمینه برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد- کودک (PCIT)، در حوزه کودکان اُتیسیم، پیشنهاد می‌شود این پژوهش به سه صورت تکرار شود: تکرار کامل (اجرای دوباره پژوهش توسط همین پژوهشگر)، تکرار حقیقی (اجرای دوباره همین پژوهش توسط دیگران با همین مقیاس‌های سنجشی) و تکرار نظام‌مند (اجرای همین پژوهش در جمعیت دیگر و با سایر مقیاس‌های سنجشی). علاوه بر این، کاردرمانگران و روان‌شناسانی که با کودکان طیف اُتیسیم در کلینیک‌ها و مراکز توان‌بخشی کار می‌کنند، لازم است در فرآیند درمانی کار با کودکان طیف اُتیسیم والدین آنان نیز مشارکت داده شوند.

## منابع

- ابارشی، ز.، طهماسبیان، ک.، مظاهری، م. ع.، و پناغی، ل. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه ارتقای رشد روانی- اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر- کودک بر خودآزمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. نشریه پژوهش در سلامت روان‌شناختی. ۳(۳)، ۴۹-۵۷.
- احمدی، س. ج.، صفری، ط.، همتیان، م.، و خلیلی، ز. (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی آزمون تشخیصی اُتیسیم (مرکز آموزش و توان‌بخشی کودکان اُتیسیم اصفهان). فصلنامه پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری دانشگاه

اصفهان. (۱)، ۸۷-۱۰۴.

بادیفورد مک‌نیل، ج، و همبری کیگین، ت. (۱۳۹۵). درمان تعامل والد-کودک. ترجمه سید بدرالدین نجمی و نازینا جانقربان. چاپ اول. تهران: ارجمند.

طهماسبیان، ک، خرم‌آبادی، ر، و چیمه، ن. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت رفتار بر تنیدگی والدینی مادران کودکان اُتِستیک. *نشریه روان‌شناسی تحولی*. ۸(۳۱)، ۲۶۹-۲۷۷.

عابدی شاپورآبادی، ث، پورمحمدرضای تجربی، م، محمدخانی، پ، و فرضی، م. (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر-کودک در کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۴(۳)، ۶۳-۷۳، پیاپی ۱۵.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub., P. 508.
- 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.
- Baghdadli, A., Pascal, C., Grisi, S., & Aussilloux, C. (2003). Risk factors for self-injurious behaviours among 222 young children with autistic disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*. 47(8), 622-627.
- Baron-Cohen, S. (2000). *Theory of mind and autism: a fifteen-year review*. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds*. (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 33(5), 489-507.
- Epstein, T., Saltzman- Benaiah, J., O'hare, A., Goll, J. C., & Tuck, S. (2008). Associated features of asperger syndrome and their relationship to parenting stress. *Child: Care, Health and Development*. 34(4), 503-511.
- Feinstein, A. (2010). *The Two Teaching Pioneers*, in *A History of Autism: Conversations with the Pioneers*. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
- Fombonne, E. (2003). Modern views of autism. *Can J Psychiatry*. 48(8), 503-5.
- Fonseca, D., Santos, A., & Bastard-Rosset, D. (2009). Can children with autistic spectrum disorders extract emotions out of contextual cues? *Res Autism Spectrum Disord*. 3(1), 50-56.
- Greco, L. A., Sorrell, J. T., & McNeil, C. B. (2001). Understanding manual-based behavior therapy: Some theoretical foundations of parent-child interaction therapy. *Child & Family Behavior Therapy*. 23(4), 21-36.
- Hastings, R. P., & Symes, M. D. (2002). Early intensive behavioral intervention for children with autism: Parental therapeutic self-efficacy. *Research in Developmental*



- Disabilities*. 23(5), 332-341.
- Hlavatá, P., Kašpárek, T., Linhartová, P., Ošlejšková, H., & Bareš, M. (2018). Autism, impulsivity and inhibition a review of the literature. *Basal Ganglia*. 14, 44-53.
- Kaale, A., Smith, L., & Sponheim, E. (2012). A randomized controlled trial of preschool-based joint attention intervention for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 53(1), 97e105.
- Keown, L. J., Sanders, M. R., Franke, N., & Shepherd, M. (2018). Te Whānau POU Toru: a randomized controlled trial (RCT) of a culturally adapted low-intensity variant of the triple P-Positive parenting program for Indigenous Māori families in New Zealand. *Prevention Science*. 19(7), 954-965.
- Masse, J. J., McNeil, C. B., Wagner, S. M., & Chorney, C. B. (2007). Parent-Child Interaction Therapy and high functioning autism: A conceptual overview. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*. 4(4), 714-735.
- Matson, J. L., & Lovullo, S. V. (2009). Trends and topics in autism spectrum disorders research. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 3(1), 252-257.
- Mauchly, J. W. (1940). Significance test for sphericity of a normal n-variate distribution. *The Annals of Mathematical Statistics*. 11(2), 204-209.
- McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 47(6), 405-416.
- Murphy, G. H., Beadle-Brown, J., Wing, L., Gould, J., Shah, A., & Holmes, N. (2005). Chronicity of challenging behaviours in people with severe intellectual disabilities and/or autism: A total population sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 35(4), 405-418.
- 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.
- Sadock, B. (2017). *Dan Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. P.3571-3586.
- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with asperger syndrome. *Autism*. 6(3), 271-286.
- Steinman, G. (2019). Prenatal identification of autism propensity. *Medical Hypotheses*. 122, 210-211.
- Wallace, Nancy M., Quetsch, Lauren B., Cree Robinson., McCoy Kelsey., & McNeil Cheryl, B. (2018). Infusing parent-child interaction therapy principles into community-based wraparound services: An evaluation of feasibility, child behavior problems, and staff sense of competence. *Children and Youth Services Review*. 88(4), 567-581.

- Wallace., N. M., Quetsch., L. B., Robinson., C., McCoy., K., & McNeil, Ch, B. (2018). Infusing parent-child interaction therapy principles into community-based wraparound services: An evaluation of feasibility, child behavior problems, and staff sense of competence. *Children and Youth Services Review*. 88(4), 567-581.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009). Stepping Stones Triple P: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 37(4), 469.
- Zisser, A., & Eyberg, S. M. (2010). *Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders*. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 179-193). The Guilford Press.