

مقدمه

اختلالات نافذ رشد^۱، یکی از انواع اختلالاتی است که خانواده‌ها را با چالش‌های بسیاری رو به رو می‌کنند (۲۰۱). این اختلالات، گروهی از اختلالات روانی هستند که در آن‌ها نقص در مهارت‌های تعامل اجتماعی، رشد زبان و طیف گسترده‌ای از رفتارها وجود دارد. درخودماندگی^۲، مشهورترین این اختلالات است که با رفتارهای کلیشه‌ای، تحریک‌پذیری، رفتارهای تخریبی و اشکال جدی در ارتباط اجتماعی کودک مشخص می‌شود و معمولاً قبل از سه سالگی بروز می‌کند (۳). متوسط شیوع این اختلال ۲۲ مورد در هر ۱۰۰۰۰ نفر است و میزان آن در پسران ۴ تا ۵ برابر دختران است (۵،۴). والدین این کودکان به علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودک‌شان، سختی و مشکلات فراوانی در نگهداری از کودک و مهارت‌های والدگری تجربه می‌کنند (۶). آن‌ها بایستی به طور دایم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند. بنا بر این ممکن است در مدیریت رفتارهای کودک‌شان با مشکلاتی مواجه شوند. همین امر موجب می‌شود که والدین نسبت به صلاحیت و توانایی‌های خود در نقش والدگری تردید داشته و به این نتیجه برسند که خودکارآمدی^۳ لازم در کنترل و مدیریت رفتارهای کودک را ندارند (۸،۷).

خودکارآمدی والدینی یک ساختار شناختی مهم در ارتباط با عملکرد والدین است. خودکارآمدی والدینی به ارزیابی والدین نسبت به توانایی خود در ایفای نقش والدگری گفته می‌شود (۹-۱۱). والدین به منظور احساس خودکارآمدی نیازمند دانش و اطلاعات در زمینه‌ی روش‌های موثر مراقبت از کودک هستند. آن‌ها بایستی به توانایی‌های خود اعتماد کرده و مطمئن باشند که عملکردشان تاثیر مثبتی بر رفتارهای کودکان می‌گذارد (۱۳،۱۲).

شواهد مختلف نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری و رشدی کودکان مبتلا به درخودماندگی، تاثیر به‌سزایی بر کاهش خودکارآمدی والدینی دارد (۱۵،۱۴). بررسی‌های انجام شده بر روی والدین این کودکان نشان می‌دهد که آن‌ها در مقایسه

با والدین کودکان عادی، کودکان مبتلا به سندرم داون^۴ و کودکان دچار سایر اختلالات رشدی، خودکارآمدی پایین‌تری را احساس می‌کنند (۱۶-۱۸). سطوح پایین‌تر خودکارآمدی این والدین باعث می‌شود که آن‌ها گرایش بیشتری به استفاده از شیوه‌های منفی والدگری داشته باشند و به میزان کمتری از برنامه‌های درمانی و خدمات ارایه شده برای کودکان‌شان بهره ببرند و در تصمیم‌گیری درباره‌ی مناسب‌ترین راهبردهای درمانی برای کودک شکست بخورند. این امر تاثیرات منفی بر رشد کودک گذاشته و رفتارهای مخرب بیش‌تری را منجر می‌شود (۱۹-۲۱).

بنا بر این با توجه به این حقیقت که خودکارآمدی پایین مادران تاثیر به‌سزایی بر روند رشد کودک می‌گذارد، به نظر می‌رسد که ارایه‌ی برنامه‌های درمانی زود هنگام برای حمایت موثر از کودکان و خانواده‌هایشان، از پیامدهای منفی این اختلال جلوگیری کند و انرژی‌های سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن در مسیری صحیح هدایت کند (۲۲). این پیامدهای مثبت زمانی که والدین در روند درمان کودک‌شان درگیر شوند، دو چندان می‌شود (۱).

مداخلات خانواده محور^۵ از جمله مداخلات زود هنگام است که بر مشارکت والدین، متمرکز می‌باشد. آموزش والدین عنصر اصلی این مداخلات است (۲۳). برنامه‌های آموزش والدین از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره‌ی شرایط کودک و نحوه‌ی رفتار با او، مکانسیم‌سازی والدین را بهبود می‌بخشد و موجب می‌شود والدین شرایط کودک خود را بهتر بپذیرند و در پیشرفت کودک نقش موثرتری داشته باشند. همین امر موجب افزایش خودکارآمدی می‌شود (۲۴،۲۵).

یکی از انواع برنامه‌های تدوین شده برای آموزش والدین کودکان درخودمانده، برنامه‌ی آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها^۶ است. این برنامه، والدمدار بوده و با هدف حمایت از والدین کودکان پیش‌دستانی مبتلا به درخودماندگی طراحی شده است. برنامه‌ی مذکور مبتنی بر اصول مداخلات زود هنگام

^۴Down's Syndrome^۵Family-Based Intervention^۶Parent Education and Skills Training Program^۱Pervasive Developmental Disorder^۲Autism^۳Self-Efficacy

نهایت با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۲۱ نفر به عنوان حجم نمونه محاسبه گردید (۲۹) که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمون (۱۰ نفر) و گروه شاهد (۱۱ نفر) قرار گرفتند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در جلسه‌ی توجیهی، اهداف مورد نظر پژوهش برای والدین توضیح داده شد. علاوه بر این به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر خواهد شد و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند و یا در هر مرحله که بخواهند مختارند از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند.

برنامه‌ی آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها به مدت ۳ ماه در ۱۱ جلسه‌ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمون اجرا شد. محتوای آموزشی جلسات در جدول (۱) نشان داده شده است. جلسات آموزش توسط دو نفر (درمانگر و کمک‌درمانگر) هدایت می‌شدند.

شیوه‌ی برگزاری جلسات به صورت بحث گروهی بود، یعنی درمانگران به طور مستقیم مطالب آموزشی را بازگو می‌کردند و در عین حال از مادران خواسته می‌شد که در جلسات حضور فعال داشته و در بحث‌ها شرکت کنند.

هم‌چنین از مثال‌های واقعی و ایفای نقش جهت روشن نمودن مطالب استفاده می‌شد. در پایان هر جلسه نیز به والدین تکلیف داده می‌شد تا آن چه را که طی هر جلسه آموختند، در منزل انجام دهند.

در مورد گروه شاهد، هیچ گونه مداخله‌ای به جز درمان‌های معمول انجام نشد. از شرکت کنندگان گروه آزمون خواسته شد در جلسه‌ی اول، جلسه‌ی آخر و ۷۰ روز پس از آخرین جلسه پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی والدینی را پر کنند. شرکت کنندگان گروه شاهد نیز همزمان با گروه آزمون، در سه نوبت به پرسش‌نامه پاسخ دادند. در نهایت، داده‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره‌ی پی‌گیری به کمک نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تی مستقل، یو من‌ویتی و تحلیل واریانس مختلط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش مقیاس احساس صلاحیت والدینی بود.

و روش‌های شناختی رفتاری است و تمرکز اصلی آن، آموزش والدین درباره‌ی درخودماندگی و بهبود مهارت‌های والدینی در زمینه‌ی مدیریت رفتاری است (۲۶).

تونگ^۱ و همکاران اثربخشی این برنامه بر سازگاری و سلامت روان والدین کودکان مبتلا به درخودماندگی را پس از ۶ ماه پی‌گیری نشان دادند (۲۷).

با توجه به افزایش روزافزون تشخیص درخودماندگی در ایران، کمبود نیروی متخصص و امکانات و اثرات مفید مشارکت والدین در روند درمان این کودکان، به نظر می‌رسد که وجود الگوهای درمانی و آموزشی قابل اجرا توسط والدین (همراه آموزش و نظارت اولیه) بتواند کمک شایان توجهی به گسترش پوشش مداخلات بنماید. این پژوهش با درک این نیاز کوشیده است که با جهت‌گیری عمل‌گرایانه‌ی مبتنی بر توانمندسازی والدین به این امر ضروری اهتمام ورزد و رضایتمندی والدین را از ارتباط با کودک‌شان فراهم آورد. بر این اساس هدف این پژوهش آن بود که اثربخشی برنامه‌ی آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها را بر افزایش خودکارآمدی و رضایت مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی مورد بررسی قرار دهد.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک تحقیق شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه شاهد است. جامعه‌ی آماری این پژوهش که در زمستان ۱۳۸۸ و بهار ۱۳۸۹ اجرا گردید، مادران کودکان ۳ تا ۷ ساله‌ی دچار اختلال درخودماندگی، مراجعه کننده به مراکز سازمان‌دهی، درمان و توان‌بخشی کودکان درخودمانده‌ی شهر مشهد می‌باشد.

بر اساس مقادیر گزارش شده در پژوهش واحد تحقیقات داروشناسی روانی کودکان درخودمانده، میزان اندازه‌ی اثر^۲ برنامه‌ی آموزش والدین برای تنش والدینی در حد بزرگ محاسبه شد ($f^2=0/92$) (۲۸). با استفاده از برنامه‌ی G*Power سطح معنی‌داری $P=0/05$ و $Power=0/95$ ، تعداد ۱۶ نفر و در

¹Tonge

²Effect Size

جدول ۱- محتوای برنامه ی آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها

جلسات	محتوای برنامه
جلسه ی اول	معارفه، بیان قواعد، بیان اهداف گروه، آماده سازی و تکمیل پرسش نامه ها
جلسه ی دوم	بحث درباره ی نشانه شناسی و سبب شناسی اختلال در خودماندگی و مشکلات همراه
جلسه ی سوم	فرآیند پذیرش: بحث درباره ی واکنش ها و احساسات والدین، بحث درباره ی فرآیند مواجهه و سازگاری با اختلال در خودماندگی
جلسه ی چهارم	معرفی مشکلات رفتاری و آموزش نحوه ی تغییر رفتارهای نامناسب با استفاده از روش تقویت، خاموشی، تنبیه
جلسه ی پنجم	آموزش برنامه ی ABC، مشخص کردن الگوی دقیق رفتار هدف
جلسه ی ششم	آموزش نحوه ی استفاده از شکل دهی و زنجیره سازی برای ایجاد مهارت های جدید
جلسه ی هفتم	تحلیل و آموزش مدیریت رفتارهای تکرارشونده و علایق ویژه، قشقرق های خلقی، رفتارهای خودآزارانه و ترس ها
جلسه ی هشتم	معرفی انواع مشکلات ارتباطی کودک، ارایه ی راهبردهای موثر برای برقراری ارتباط
جلسه ی نهم	بحث درباره ی مشکلات گفتاری کودکان (با ارایه ی متخصص گفتاردرمانی)
جلسه ی دهم	بحث درباره ی اهمیت بازی در بهبود انزوای اجتماعی کودک، آموزش نحوه ی استفاده از بازی برای یادگیری تماس چشمی و تعاملات اجتماعی
جلسه ی یازدهم	بحث و جمع بندی جلسات، تبادل تجارب، بیان پیشنهادات و انتقادات، اجرای پرسش نامه

مقیاس صلاحیت والدینی^۱:

در گروه شاهد برابر با ۵/۱۸ و ۱/۶۶ بوده است. کودکان گروه آزمون شامل ۹ پسر و ۱ دختر و کودکان گروه شاهد شامل ۱۰ پسر و ۱ دختر بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن مادران در گروه آزمون برابر با ۳۲/۲۰ و ۴/۱۸ و در گروه شاهد برابر با ۳۱/۱۷ و ۶/۴۵ بوده است. هم چنین ۷۰ درصد مادران گروه آزمون و ۶۳/۷ درصد مادران گروه شاهد تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن داشتند.

برای بررسی معنی داری تفاوت متغیرهای جمعیت شناختی (سن مادر، سن کودک و میزان تحصیلات مادر) در دو گروه از آزمون تی مستقل برای سن و از آزمون یو من ویتنی برای متغیر میزان تحصیلات استفاده شد. در این میان، دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیر سن مادر ($P=0/84$ ، $t(19)=-0/197$) و متغیر سن کودک ($P=0/53$ ، $t(19)=-0/62$) و متغیر میزان تحصیلات ($P=0/85$ ، $Z=-0/81$) تفاوت معنی داری نداشتند.

به منظور بررسی تاثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی والدینی از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. در این آزمون، زمان (نمرات آزمودنی ها در جلسات پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری) به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (شاهد و آزمون) به عنوان عامل بین آزمودنی وارد مدل شدند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی ها در جلسات پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در جدول (۲) و نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط در جدول (۳) نشان داده شده

این مقیاس، یک پرسش نامه ی ۱۶ سئوالی است که احساس والدین را از والد بودن آنها ارزیابی می کند و این که آیا به باور خود، توانایی لازم را برای والد بودن دارند یا خیر. این مقیاس دارای دو شاخص فرعی رضایت (۹ ماده) و کفایت (۷ ماده) می باشد. شیوه ی نمره گذاری نیز به روش لیکرت بر حسب پاسخ های ۱ تا ۶ (از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم) انجام می شود. از حاصل جمع نمره های دو شاخص فرعی، نمره ی کلی مقیاس به دست می آید. جانستون و ماش^۲ آلفای همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۷۹ و برای مقیاس های فرعی کفایت و رضایت به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۵ گزارش نمودند (۹). این پرسش نامه پس از ترجمه به فارسی و تایید دو متخصص از نظر روایی محتوایی، به صورت مقدماتی بر روی ۳۵ نفر از مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی اجرا شد. ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی از طریق محاسبه ی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۵۷ به دست آمد.

نتایج

در این پژوهش ۲۱ نفر مادر شرکت کردند که از این تعداد ۱۰ نفر در گروه آزمون و ۱۱ نفر در گروه شاهد بودند. میانگین و استاندارد سن کودکان در گروه آزمون برابر با ۵/۶۰ و ۱/۳۴ و

^۱Parenting Sense of Competence^۲Mash and Johnstone

است. مفروضه‌ی آزمون کروییت موخلی معنی‌دار نمی‌باشد و توزیع طبیعی داشته است و آزمودنی‌ها به صورت مستقل انتخاب و به تصادف در دو گروه قرار گرفته‌اند، سایر مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس مختلط رعایت شده است. $(P=0/51)$ یعنی کوواریانس‌ها یکنواخت می‌باشند. یعنی علاوه بر این از آن جا که مقیاس اندازه‌گیری مورد نظر فاصله‌ای بوده

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در جلسات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

متغیر	گروه	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون	میانگین پی‌گیری	انحراف استاندارد پی‌گیری
صلاحیت والدینی	شاهد	۶۳/۶۳	۸/۰۶	۶۳/۰۰	۶/۲۷	۵۹/۴۵	۵/۸۸
	آزمون	۶۵/۱۰	۷/۸۵	۶۲/۱۰	۸/۳۹	۶۰/۵۰	۵/۵۴
رضایت	شاهد	۲۹/۷۲	۶/۲۷	۳۰/۰۹	۵/۴۶	۲۷/۸۱	۵/۸۲
	آزمون	۳۲/۶۰	۶/۹۱	۳۰/۷۰	۶/۴۹	۳۱/۳۰	۵/۳۷
خودکارآمدی	شاهد	۳۳/۹۰	۳/۴۳	۳۲/۹۰	۳/۲۶	۳۱/۶۳	۳/۹۰
	آزمون	۳۲/۵۰	۳/۷۵	۳۱/۴۰	۳/۶۲	۲۹/۲۰	۱/۸۷

همان‌طور که از جدول (۳) معلوم می‌شود، اثر زمان اندازه‌گیری به لحاظ آماری معنی‌دار $(F=(2,38)=3/172, P=0/70)$ نیست. به عبارت دیگر صلاحیت والدینی از جلسه‌ی پیش‌آزمون تا جلسه‌ی پی‌گیری افزایش معنی‌دار نداشته است. اثر تعامل زمان با گروه در احساس صلاحیت والدینی $(F=(2,38)=0/259, P=0/70)$ معنی‌دار نیست یعنی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در میزان افزایش نمرات احساس صلاحیت از جلسه‌ی پیش‌آزمون تا جلسه‌ی پی‌گیری وجود ندارد. هم‌چنین، اثر زمان اندازه‌گیری به لحاظ آماری در خرده‌مقیاس رضایت پی‌گیری تفاوت معنی‌داری ندارد. $(F=(2,38)=0/712, P=0/46)$ به عبارت دیگر، میزان رضایت از جلسه‌ی پیش‌آزمون تا جلسه‌ی پی‌گیری افزایش معنی‌دار نداشته است. اما اثر زمان در خرده‌مقیاس کارآمدی $(F=(2,38)=3/630, P=0/36)$ معنی‌دار است. یعنی میزان کارآمدی از جلسه‌ی پیش‌آزمون تا جلسه‌ی پی‌گیری تغییر معنی‌دار داشته است. علاوه بر این اثر تعامل زمان با گروه در خرده‌مقیاس رضایت $(F=(2,38)=0/634, P=0/49)$ و کارآمدی $(F=(2,38)=0/147, P=0/86)$ معنی‌دار نیست. یعنی دو گروه در میزان افزایش رضایت و کارآمدی از جلسه‌ی پیش‌آزمون تا جلسه‌ی پی‌گیری تفاوت معنی‌داری ندارند.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط با توجه به نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی صلاحیت والدین

متغیرها	اثر اصلی	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه‌ی اثر
صلاحیت	زمان	۲	۱۴۱/۳۹۱	۳/۱۷۲	۰/۰۷۳	۰/۱۴۳
	گروه × زمان	۲	۱۱/۵۵۴	۰/۲۵۹	۰/۷۰	۰/۲۳۵
رضایت	زمان	۲	۱۳/۴۹۴	۰/۷۱۲	۰/۴۶	۰/۰۳۶
	گروه × زمان	۲	۱۲/۰۰۲	۰/۶۳۴	۰/۴۹	۰/۰۳۲
کارآمدی	زمان	۲	۴۱/۴۹۰	۳/۶۳۰	۰/۰۳۶	۰/۱۶۰
	گروه × زمان	۲	۱/۶۸۱	۰/۱۴۷	۰/۸۶	۰/۰۰۸

بحث و نتیجه‌گیری

مادران بیشتر در معرض پیامدهای منفی قرار می‌گیرند (۳۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی در مقایسه با مادران دیگر اختلالات نافذ رشد، ذهنی و یا جسمی، خودکارآمدی پایین‌تری را احساس می‌کنند (۳۲).

مراقبت از کودک مبتلا به درخودماندگی، محدودیت‌های روانی و هیجانی قابل ملاحظه‌ای را برای هر فرد در خانواده به وجود می‌آورد (۳۰). بنابراین والدین این کودکان به خصوص

حمایتی که والدین از این برنامه‌ها دریافت می‌کنند، بستگی دارد. آن‌ها اثربخشی دو نوع مداخله‌ی خانواده محور را بر افزایش خودکارآمدی والدین کودکان مبتلا به درخودماندگی بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند که والدینی که حمایت بیشتری را دریافت کرده بودند، خودکارآمدی بیشتری را گزارش دادند (۲۴).

از سوی دیگر، عدم افزایش معنی‌دار خودکارآمدی والدینی را می‌توان بر اساس محتوای سئوالات پرسش‌نامه‌ی احساس صلاحیت والدینی تبیین نمود. این پرسش‌نامه، احساس کلی خودکارآمدی والدین را در نقش والدگری می‌سنجد و خودکارآمدی والدین را در زمینه‌ی مدیریت مشکلات کودک مورد بررسی قرار نمی‌دهد.

کروسما^۲ نشان داد که آموزش گروهی والدین کودکان مبتلا به اسپرگر، خودکارآمدی آن‌ها را در مدیریت مشکلات رفتاری کودک‌شان افزایش می‌دهد، اما تاثیری بر افزایش خودکارآمدی کلی والدین ندارد (۳۶). بنا بر این از آن جا که این برنامه بر افزایش مهارت‌های والدین در زمینه‌ی مدیریت رفتاری متمرکز است، پرسش‌نامه صلاحیت والدینی به تغییرات خودکارآمدی مادران در زمینه‌ی مدیریت مشکلات رفتاری حساسیت چندانی نشان نداده است.

در مجموع با وجود آن که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که این برنامه تاثیر به سزایی بر خودکارآمدی والدین ندارد، اما به نظر می‌رسد که مناسب‌سازی این برنامه با نیازهای والدین کودکان درخودمانده در ایران، توجه بیشتر به بهداشت روانی والدین این کودکان، فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی و ساختن پرسش‌نامه‌ی مناسب‌تر که بتواند خودکارآمدی والدین کودکان درخودمانده را در مدیریت رفتاری بسنجد، بتواند تاثیرات مثبتی بر والدین بگذارد. پژوهشگر در روند تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی رو به رو بود که ممکن است بر کیفیت پژوهش تاثیر گذاشته باشند. از این جمله می‌توان به فشردگی جلسات درمان به دلیل برنامه‌های سال تحصیلی کلینیک و شرایط خاص آزمودنی‌ها اشاره کرد. محدودیت احتمالی دیگر این پژوهش، عدم شرکت پدران در این برنامه

با توجه به تاثیر خودکارآمدی پایین والدین بر روند پیشرفت کودکان، به نظر می‌رسد که تدارک یک برنامه آموزشی برای توانمندسازی والدین از اهمیت به سزایی برخوردار است. برنامه‌های تنظیم شده برای آموزش والدین از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نحوه‌ی رفتار با او، به والدین کمک می‌کند تا مشکلات رفتاری و یادگیری کودک خود را درک کرده و آن‌ها را به خوبی کنترل و مهار کنند (۳۳). این برنامه‌ها می‌توانند موجب افزایش خودکارآمدی والدین شوند (۲۵،۳۴،۳۵).

در این راستا، این پژوهش در صدد بود تا اثربخشی آموزش والدین با برنامه‌ی آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها بر افزایش خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخودماندگی را مورد بررسی قرار دهد. نتایج این پژوهش، شواهد کافی برای فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر این که آموزش والدین موجب افزایش خودکارآمدی والدینی می‌شود، فراهم نکرد.

عدم افزایش معنی‌دار خودکارآمدی ممکن است به این علت باشد که در این برنامه، مشکلات هیجانی والدین و مسایل زناشویی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که مشکلات هیجانی مثل افسردگی و اضطراب والدین و ناسازگاری‌های زناشویی بر کاهش خودکارآمدی والدین کودکان مبتلا به درخودماندگی نقش به سزایی دارد. بنا بر این توجه محدود به مشکلات هیجانی و مسایل زناشویی والدین در این برنامه‌ی آموزشی، می‌تواند یکی از عوامل موثر بر عدم افزایش معنی‌دار خودکارآمدی باشد (۱۵،۸،۷). علاوه بر این، از آن جا که خودکارآمدی والدینی تحت تاثیر حمایت‌های اجتماعی موجود در جامعه قرار می‌گیرد (۷،۸،۲۱)، بنا بر این به نظر می‌رسد که نبود امکانات کافی و عدم حمایت‌های اجتماعی در ایران یکی از عوامل موثر بر عدم افزایش معنی‌دار خودکارآمدی والدین بوده است. هم‌چنین فشردگی جلسات درمان به علت برنامه‌های سال تحصیلی کلینیک و محدودیت زمانی برنامه‌ی مورد نظر، باعث شد که والدین حمایت کمتری را دریافت کنند. کین^۱ و همکاران نشان دادند که افزایش خودکارآمدی والدین به میزان

^۲Kroodsma

^۱Keen

عمل آورد. در انتها پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های آموزشی به مشکلات هیجانی والدین توجه بیشتری شود. همچنین الگوهای آموزشی دیگری که با نیازهای فرهنگی و اجتماعی ایران هماهنگ باشد، تهیه و تدوین شده و مورد آزمایش تجربی قرار بگیرد.

بود. مشغولیت پدران در ساعات اجرای این برنامه باعث شد آن‌ها نتوانند در این پژوهش شرکت کنند. علاوه بر این عدم دسترسی کافی به خانواده‌هایی که به تازگی کودک‌شان تشخیص درخودماندگی دریافت کرده‌اند، منجر شد که پژوهشگر از خانواده‌هایی که ۱ تا ۳ سال از تشخیص اختلال کودک‌شان گذشته بود، برای شرکت در این برنامه دعوت به

References

1. McConachie H, Diggle D. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *J Eval Clin Pract* 2007; 13(1): 120-9.
2. Schieve L, Blumberg J, Rice C, Visser S, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics* 2007; 119(1): 114-21.
3. Sadock BJ, Sadock VA. [Psychiatric handbook. Behavioral sciences-clinical psychiatry]. Pourafkari N. (translator). Tehran: Ab; 2004: 387-90. (Persian)
4. Saracino J, Noseworthy J, Steiman M, Reisinger L, Fombonne F. Diagnostic and assessment issues in autism surveillance and prevalence. *J Dev Phys Disabil* 2010; 22(4): 317-30.
5. Feldman A, Werner E. Collateral effect of behavioral parent training on families of children with developmental disabilities and behavior disorders. *Behav Intervent* 2002; 17(3): 75-83.
6. Blanchard L, Gurka M, Blackman J. Emotional, developmental health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics* 2006; 117(6): 1202-12.
7. Coleman P, Karraker K. Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Fam Relat* 2000; 49(1): 13-24.
8. Coleman P, Karraker K. Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting and toddler's behaviour and developmental status. *Inf Mental Health J* 2003; 24(2): 126-48.
9. Mash E, Johnston C. Determinations of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *J Clin Child Psychol* 1990; 19(4): 313-28.
10. Jackson A, Huang C. Parenting stress and behavior among single mothers of preschoolers: The mediating role of self-efficacy. *J Soc Serv Res* 2000; 26(4): 29-42.
11. Kuhn J, Carter A. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76(4): 564-75.
12. Coleman PK, Karraker KH. Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Dev Rev* 1997; 18(1): 47-85.
13. Teti D, Gelfand D. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev* 1991; 62(5): 918-29.

14. Rogers H, Matthews J. The parenting sense of competence scale: Investigation of the factor structure, reliability, and validity for an Australian sample. *Aust Psychol* 2004; 39(1): 88-96.
15. Sevigny P, Loutzenhiser L. Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child Care Health Dev* 2009; 36(2): 179-89.
16. Hassall R, Rose J, McDonald J. Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *J Intell Disabil Res* 2005; 49(6): 405-18.
17. Rodrigue J, Morgan S, Geffken G. Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 19(4): 371-9.
18. Al-Kandari H, Al-Qashan H. Maternal self-efficacy of mothers of children intellectual developmental disabilities, Down syndrome, in Kuwait. *Child Adolesc Soc Work J* 2010; 27(1): 21-39.
19. Llewellyn G, McConnell D, Thompson K, Whybrow S. Out-of-home placement of school age children with disabilities. *J Appl Res Intellect* 2005; 18(1): 1-16.
20. O'Connor T. The 'effects' of parenting reconsidered: Findings, challenges and applications. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43(5): 555-72.
21. Keen D, Couzens A, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Res Autism Spect Dis* 2010; 4(2): 229-41.
22. Reynolds A. Research on early childhood interventions in the confirmatory mode. *Child Youth Serv Rev* 2004; 26(1): 15-38.
23. Roberts J, Prior M. A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders, Australian Government Department of Health and Ageing, Australia, 2006. [cited 2006]. Available from: URL; <http://health.gov.au>
24. Keen D, Rodger S, Doussin K, Braithwaite M. A pilot study of the effect of a social pragmatic intervention on the communication and symbolic play of children with autism. *Autism* 2007; 11(1): 63-71.
25. Shields J. The NAS Earlybird programme: Partnership with parents in early intervention. *Autism* 2001; 5(1): 49-56.
26. Brereton AV, Tongue BJ. Preschoolers with autism: A parent education and skills training programme. 1st ed. London: Jessica Kingsley; 2005.
27. Tonge B, Brereton A, Kiomall M, McKinnon A, King N, Rinehart N. Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(5): 561-9.
28. Research Units on Pediatric Psychopharmacology [RUPP] Autism Network. Parent training for children with pervasive developmental disorders: A multi-site feasibility trial. *Behav Intervent* 2007; 22(3): 179-99.
29. Faul F, Erdfelder E, Lang A, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Meth* 2007; 39(2): 175-91.
30. Hastings R, Kovshoff H, Ward N, Espinosa F, Brown T, Remington B. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *J Autism Dev Disord* 2005; 35(5): 635-44.
31. Benson R. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Res Autism Spect Dis* 2010; 4(2): 217-28.
32. Sanders M, Woolley M. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child Care Health Dev* 2005; 31(1): 65-73.

33. Bristol M, Gallager J, Holt K. Maternal depressive symptoms in autism: R response to psychoeducational psychoeducational intervention. *Rehabil Psychol* 1993; 38(1): 3-10.
34. Sofronoff K, Farbotko M. The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism* 2002; 6(3): 271-86.
35. Wong Y, Lai A, Martinson I, Wong T. Effects of an education programme on family participation in the rehabilitation of children with developmental disability. *J Intell Disabil* 2006; 10(2): 165-89.
36. Kroodsma L. An educational workshop for parents of children with Asperger Syndrome. Ph.D. Dissertation. New England: Antioch University, College of clinical psychology, 2007: 131-69.

