

Developing Integrative Programs of Autistic Child Parenting Skills and Determining its Effectiveness in Marital Satisfaction, Reducing Conflict in Parenting Style, and Parenting Sense of Competence

Homa Rezaee, Ph.D; Jalil Younesi, Ph.D;
Mozhgan Farahbod, M.A

Received: 10. 11. 14 Revised: 6.12.14 Accepted:
29.12.14

تدوین برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری اتیسم و تعیین اثربخشی آن در رضایت زناشویی، کاهش تعارض در شیوه فرزندپروری و احساس کفایت از نقش والدینی

دکتر هما رضایی^۱، دکتر جلیل یونسی^۲،
مژگان فرهبد^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۱۰ تجدیدنظر: ۹۳/۹/۱۵ پذیرش نهایی: ۹۳/۱۰/۸

Abstract:

objective: The purpose of this study was to develop and determine the effectiveness of integrative programs of autistic child parenting skills in increasing marital satisfaction, reducing conflict in parenting style, and growing the parenting sense of competence. **Method:** Through investigating existing treatment methods and needs of the families with autistic children, a positive parenting program was treated as the main frame. The program was held in ten sessions of group therapy and four sessions of individual counseling with the presence of the couples and two counseling sessions specially designated for each and every family individually. **Findings:** The findings suggest improving the family performance to reduce the parental conflicts in parenting style, grow the parenting sense of competence, and satisfaction with parental role, but no significant effect was exerted on marital satisfaction increase. **Conclusion:** By implementing the program developed in this study, one could increase parenting style and grow the parenting sense of competence in autistic parents. The program developed in this study should be implemented in a way that counseling sessions focus on marital satisfaction.

Key words: *Autistic Child Parenting Program, Marital Satisfaction, Conflict in Parenting Style, Parenting Sense of Competence*

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تدوین و بررسی اثربخشی برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری اتیسم بر افزایش رضایت زناشویی، کاهش تعارض در شیوه فرزندپروری و احساس کفایت والدینی انجام شد. **روش:** با بررسی روش‌های مداخله‌ای موجود و نیازهای خانواده‌هایی که کودک اتیسم دارند، برنامه فرزندپروری مثبت به عنوان بدنه اصلی برنامه در نظر گرفته شد. برنامه در طی ده جلسه گروه‌درمانی و چهار جلسه مشاوره افرادی با حضور زوجین و دو جلسه مشاوره ویژه هر خانواده به صورت مجزا از دیگر خانواده‌ها برگزار شد. **نتایج:** نتایج گویای بهبود کارکرد خانواده در ابعاد کاهش تعارض والدین در شیوه فرزندپروری، افزایش احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی بود، ولی در افزایش رضایت‌مندی زناشویی تأثیر معناداری نداشت. **نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود از این برنامه جهت افزایش بهبود وضعیت فرزندپروری و احساس کفایت والدین کودکان دارای اتیسم بهره گرفته شود. برنامه پژوهش حاضر به نحوی بازنویسی و اجرا شود که جلسه‌های مشاوره‌ای بیشتری در زمینه رضایت‌مندی زناشویی اختصاص داده شود.

واژه‌های کلیدی: *برنامه فرزندپروری اتیسمی، رضایت زناشویی، تعارض در شیوه فرزندپروری، احساس کفایت و رضایت از نقش والدینی*

1. **Corresponding Author:** Ph.D in Counseling
(Email: drezaee8@gmail.com)
2. Assistant Professor in Allameh Tabataba'i University
3. Faculty Member in Research Institute for Education

۱. نویسنده مسئول: دکتری مشاوره
۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی
۳. عضو هیئت علمی پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش

مقدمه

اختلال طیف اتیسم^۱ یک اختلال رشدی-عصبی است که با آسیب سه‌گانه در تکامل اجتماعی، رفتارهای تکراری و ارتباطی (بارون-کوهن، ۲۰۰۵؛ انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰ به نقل از شیرینی، نجاتی و پوراعتقاد، ۱۳۹۲) همراه است و به عنوان یکی از وخیم‌ترین اختلالات روانپزشکی در کودکان تلقی می‌شود (دادستان، ۱۳۸۷). در دهه اخیر افزایش نگران‌کننده‌ای از شیوع اتیسم گزارش شده است. برای نمونه، بروگا، مکمانوس، بنکارت، اسکات، پوردون، اسمیت، ملتزر (۲۰۱۱) آمار اتیسم در انگلستان را در حدود یک درصد تخمین می‌زنند که این میزان، ۲۰ برابر بیشتر از آن چیزی است که نخستین مطالعه همه‌گیرشناسی اعلام کرد (لوتر^۳، ۱۹۹۶ به نقل از پلیکانو، دینس‌مور و چارمن، ۲۰۱۴)، و این تخمین در کشورهای دیگر جهان هم بدین صورت است (السابق و همکاران^۴، ۲۰۱۲، به نقل از پلیکانو و همکاران، ۲۰۱۴). این افزایش آمار، اهمیت پرداختن و تلاش برای درک بهتر و بیشتر اتیسم را پررنگ‌تر می‌نماید.

والدین بعد از ظهور نشانه‌های اختلال اتیسم، به تدریج متوجه تفاوت‌های فرزند خود با سایر کودکان هم‌سن‌وسالشان می‌شوند و هنگامی که با تشخیص اتیسم مواجه می‌شوند، هیجانات منفی گسترده‌ای نظیر احساس شکست، غم، انکار، اضطراب، سرگردانی یا حتی احساس گناه را تجربه می‌کنند (بروکمن-فریز، استاهمر، بیکر-فریزن و تاسی، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های، از وجود هیجانات آسیب‌رسان در خانواده‌های دارای فرزند دارای اتیسم حمایت می‌کند (نظیر ویس، وینگسیونگ و لانسکی، ۲۰۱۳؛ صمدی، مک کاندکی، کلی، ۲۰۱۲؛ ۲۰۱۳؛ هیگینز، بیلی و پیرس، ۲۰۰۵؛ بیکر-اریکسون، بروکمن-فرایز و استاهمر، ۲۰۰۵؛ بیلی و پاول، ۲۰۰۵؛ توتسیکا، هستینگز، امرسون، بریج و لانکستر، ۲۰۱۱). در این میان، مادران کم تجربه‌تر و نیز تجربیات بیشتری در زمینه خستگی و

مشاخره زناشویی دارند (اسمیت، هونگ، سلترز، گریبرگ، المیدا و بیشوپ، ۲۰۱۰).

مک استی، دیسانایک، شرین، کوت و بریگر (۲۰۱۳) در پژوهش خود به بررسی تمایز استرس‌های فرزندپروری گزارش شده توسط والدین کودکان دارای اتیسم و کودکان دارای رشد عادی پرداخته‌اند. بدین منظور ایشان نقش ویژگی‌های کودک (سن، شدت، کیفیت زندگی و مشکلات رفتاری) را بر روی استرس والدین در ۱۵۰ والد کودک دارای اتیسم بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد که مشکلات رفتاری کودکان تأثیر معناداری روی تقاضاها و ادراک مهارت‌های فرزندپروری والدین دارد. هاون، منانگان، اسپرو و ویلسون (۲۰۱۳) نیز تعامل والد-فرزندی و رشد مهارت‌های اجتماعی را در ۴۲ کودک (۲۱ کودک با سیر رشد طبیعی و ۲۱ کودک اتیسم) سه تا شش سال و یازده ماه بررسی کردند. ایشان در گزارش خود مطرح نمودند که تعاملات مثبت والد-فرزندی در مهارت‌های اجتماعی فرزندان، تأثیر معناداری دارد و با وضعیت رشد کودکان دارای اتیسم و مهارت‌های اجتماعی رابطه مستقیمی دارد.

تحقیقات نشان داده‌اند که استرس بالای والدین به طور مستقیم می‌تواند رفتارهای ایشان و حتی فرزندان‌شان را هم تحت تأثیر قرار دهد (توتسیکا و همکاران، ۲۰۱۱). زمانی که خانواده در مقابله با موارد استرس‌زا شکست می‌خورد، بحران آغاز می‌شود (ویس و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش هیگینز و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که داشتن یک فرزند اتیسم به واسطه تنیدگی قابل ملاحظه‌ای که بر خانواده وارد می‌کند، رضایت زناشویی و همبستگی خانوادگی را به طور معناداری کاهش می‌دهد. نگرانی و اختلال در فرایند فرزندپروری از جمله مهم‌ترین عواملی بود که نگاه درمانگران را به این نکته معطوف کرد که بهتر است به جای مداخله صرف روی کودکان دارای اتیسم، سعی شود مداخله در درون خانواده و با مشارکت والدین صورت پذیرد (لوسی‌شین، بلامبرگ و

فرزندپروری، کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی خانواده‌ها (کاگل و همکاران^۶ ۱۹۹۶ به نقل از سندرز و همکاران، ۲۰۰۲) را در پی دارد. از جمله برنامه‌هایی که برای افزایش مهارت‌های والدینی در زمینه آموزش به خانواده به کار گرفته می‌شود، برنامه فرزندپروری مثبت^۷ است. برنامه فرزندپروری مثبت، ترکیبی از مداخلات رفتاری خانواده بر اساس اصول یادگیری اجتماعی است. این رویکرد به پیشگیری و مداخله مشکلات رفتاری کودکان توجه دارد (سندرز و همکاران، ۲۰۰۰). هدف این برنامه، افزایش فاکتورهای حمایتی خانواده و کاهش عوامل آسیب‌رسانی است که با مشکلات جدی و عمیق رفتاری و احساسی کودکان همراه می‌شوند (سندرز و همکاران، ۲۰۰۲).

برنامه فرزندپروری مثبت دارای پنج سطح مداخلاتی برای آموزش والدین است. اصول این برنامه به نحوی تنظیم شده است که تمامی والدین می‌توانند از آن بهره بگیرند، اما سطح چهارم آن، ویژه والدینی است که کودکان‌شان دارای آشفتگی‌ها و اختلالات رفتاری-احساسی هستند. جامعه هدف در سطح چهارم برنامه فرزندپروری مثبت، والدینی هستند که کودکان‌شان مشکلات شدید رفتاری (شامل مشکلات رفتاری عمیق و چندگانه کودکان، اختلال سلوک، رفتار پرخاشگرانه، اختلال نقص توجه و مشکلات یادگیری) دارند (سندرز و همکاران، ۲۰۰۰). طی بررسی‌های به عمل آمده، برنامه‌هایی همچون برنامه فرزندپروری مثبت را می‌توان برای طیف وسیعی از اختلالات به کار برد، ولی در راستای احساس نیاز به تدوین برنامه‌ای با حیطه مداخلاتی گسترده‌تر و تخصصی‌تر برای والدین کودکان دارای اتیسم، این پژوهش سعی کرده است که در مرحله اول، برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری ویژه کودکان دارای اتیسم را با برداشت پژوهش‌گر از بخش‌هایی از سطح چهارم برنامه فرزندپروری مثبت و تلفیق آن با فنون مشاوره‌ای نظیر پذیرش، مدیریت هیجان‌های منفی، مدیریت بحران و حل مسئله (بر اساس مصاحبه اولیه

کایسر، ۲۰۰۰؛ برگمن، ۲۰۰۵؛ نفدت، کوگل، سینگر و سربری^۵، ۲۰۱۰ به نقل از علی اکبری دهکردی، علی-پور، چیمه و محتشمی، ۱۳۹۱).

فامبون (۲۰۰۹) و ترنبال، ترنبال، اروین، سوداک و شوگرن (۲۰۱۰) خاطرنشان می‌کنند که جلسات گروهی مبتنی بر خانواده از آن جایی که می‌تواند نقش حمایت‌گرانه شبکه‌ای از دوستان را فراهم کند، تأثیر معناداری در مقابله با بحران‌های خانوادگی دارد. آموزش والدین نوعی رویکرد روانی-آموزشی، ترکیبی از یادگیری اجتماعی، تحلیل کارکردی و اصول شناختی-رفتاری (کتلر و مک ماهون، ۲۰۰۴؛ پرینز و جونز، ۲۰۰۳) است که تکنیک‌های اجرایی شناختی-رفتاری را به والدین آموزش می‌دهد و با هماهنگ نمودن والدین در شیوه فرزندپروری، ایشان را در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان توانمندتر می‌سازد. برنامه‌های آموزش والدین، برنامه‌هایی استاندارد و با مداخله‌های کوتاه‌مدت هستند که راهبردهای تخصصی از جمله توجه مثبت، نادیده‌انگاری، کاربرد مؤثر تشویق، تنبیه و محروم کردن را به والدین آموزش می‌دهند. طبق گزارش پژوهشگران، اجرای این برنامه‌ها در مطالعات، پژوهش‌ها و کشورهای متعدد در زمان‌های مختلف و با دامنه وسیعی از جامعه مراجعان، موفق ارزیابی شده و از کارایی قابل قبولی برخوردار بوده است (سندرز، ۱۹۹۹ به نقل از سندرز، ترنر و مارکی-ددز، ۲۰۰۲).

لوواس و همکاران وی (۱۹۷۳) به نقل از لواس، شریمن و کاگل، (۱۹۷۴) اولین پژوهشگرانی بودند که بر اهمیت برنامه‌های آموزش والدین کودک دارای اتیسم تأکید کردند و با انجام پژوهش‌هایی نشان دادند که شرکت والدین این گروه از کودکان در برنامه‌های مداخله‌ای موجب افزایش مهارت‌های ارتباطی والدین، احساس مثبت‌تر والدین از میزان اثرگذاری خود بر رشد کودک‌شان (مک کنزی، فیت و بیتز، ۲۰۰۴)، بهبود درک و مهارت‌های والدین (سندرز، مارکی-ددز، تالی و بار، ۲۰۰۰)، احساس کفایت بیشتر در

خوشایبی و چیمه، ۱۳۸۶). بنابراین، این پژوهش با هدف تدوین و بررسی تأثیر برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری اتیسم بر کارایی خانواده انجام گرفت.

روش

جامعه نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل والدین کودکان دارای اتیسم مراجعه کننده به مراکز توانبخشی در شهر تهران بود. معیارهای ورود برای این پژوهش عبارت بودند از: تأیید تشخیص کودکان دارای اتیسم با پرسشنامه گیلیام^۸ توسط روان‌سنج، داشتن گروه سنی ۳ تا ۶ سال، زندگی کردن کودک با هر دو والد و تمایل هر دو والد به شرکت در دوره پژوهشی.

در انتخاب نمونه مناسب برای مرحله دوم پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. بدین منظور، پس از مراجعه به مراکز توانبخشی در شهر تهران که به درمان مراجعان دارای اتیسم می‌پردازند، اهمیت و ضرورت طرح برای مدیر مراکز توضیح داده شد و اطلاعیه شرکت در طرح ویژه والدین در این مراکز توزیع شد. پس از ثبت نام از والدینی که مایل به شرکت در برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری اتیسم بودند، بیست و شش والد واجد شرایط انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و آزمایش به شیوه تصادفی جایگزین شدند. سنجش و ارزیابی برنامه گروهی در دو مرحله صورت گرفت: مرحله اول بعد از دریافت بسته ثبت‌نام و درست قبل از شروع جلسات آموزش بود و مرحله دوم درست بعد از اتمام آخرین جلسه آموزش انجام شد. در مرحله اول قبل از شروع برنامه مداخله-ای ویژه والدین (پیش‌آزمون)، سنجش مورد نظر انجام شد. آنگاه والدین در دو گروه آزمایش و کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش در معرض برنامه آموزش والدینی قرار گرفت و برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای در حین اجرای پژوهش صورت نگرفت. در نهایت، در مرحله دوم پس از اجرای برنامه مداخله‌ای (پس‌آزمون) هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. لازم به ذکر است که به منظور رعایت مسائل اخلاقی، محقق پس از

با والدین کودکان دارای اتیسم و فهرست بیشترین نیازها) و روش‌های مداخله‌ای ویژه کودکان دارای اتیسم نظیر مبادله تصویر و داستان‌های اجتماعی و بازی‌ها به شیوه تلفیق جذبی، تدوین نماید. گفتنی است فنون مشاوره‌ای تلفیق شده بر اساس مصاحبه اولیه بود که با ۱۲ خانواده دارای کودک اتیسم ترتیب داده شد. در شیوه تلفیق جذبی، یک برنامه یا نظریه به عنوان بدنه اصلی در نظر گرفته می‌شود و فنون نظریه‌ها یا برنامه‌های دیگر به آن جذب می‌شود (لیبو، ۲۰۰۸) که در این پژوهش، برنامه فرزندپروری مثبت به عنوان بدنه اصلی انتخاب گردید و فنون مشاوره‌ای و فنون درمانی ویژه کودکان دارای اتیسم به آن جذب شدند. در مرحله دوم پژوهش، پژوهشگران به بررسی اثربخشی برنامه تدوین شده در ابعاد مختلف برای والدین و کودکان آنها پرداختند.

مک کانکی و همکاران (۲۰۱۰) و صمدی و همکاران (۲۰۱۲) خاطر نشان می‌کنند که با تدوین برنامه‌های ویژه والدین، می‌توان سهم مؤثری در بهبود روابط درون خانوادگی و افزایش خودکارآمدی والدین ایفا نمود. این در حالی است که طبق نظر ترنبال و همکاران (۲۰۱۰)، بروکمن-فریز و همکاران (۲۰۰۶) و مک کانکی و دیگل (۲۰۰۷)، کمبود این برنامه‌ها به روشنی احساس می‌شود. از آنجایی که یک کودک اتیسم، نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نیاز به انجام پژوهش خانواده‌محور در خانواده‌های دارای کودک اتیسم، بسیار زیاد است. با اینکه تمایل به افزایش پژوهش در این زمینه در دهه‌های اخیر زیاد شده است، هنوز محدودیت مطالعه و پژوهش وجود دارد (کریدلند، جونز، مگی و کاپوتی، ۲۰۱۴). از طرفی، بیشتر تحقیقات صورت گرفته در زمینه اختلال اتیسم در ایران متمرکز بر کودکان دارای اتیسم بوده است (گلایی، علی پور و زندی، ۱۳۸۴)، ولی پژوهش‌هایی که به طور اختصاصی به موضوع آموزش والدین کودکان دارای اتیسم متمرکز شده باشند، اندک هستند (محتشمی، علی اکبری دهکردی، چیمه، علی-پور و افقی، ۱۳۹۱؛ جلالی مقدم، پوراعتقاد، صالح پور،

پایان تحقیق، این امکان را فراهم کرد که صورت تمایل گروه کنترل پس از اتمام پژوهش در صورت تمایل، در کارگاه یک روزه مهارت‌های فرزندپروری کودکان دارای اتیسم شرکت کنند.

شیوه اجرا

این پژوهش در دو مرحله انجام شد. روش پژوهش حاضر در مرحله اول از نوع توصیفی و در مرحله دوم نیمه‌آزمایشی و با توجه به فرضیه‌های پژوهش، طرح تحقیق به صورت طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در نخستین مرحله برای تدوین برنامه آموزشی ویژه والدین، نخست مطالعه میدانی گسترده پیرامون روش‌های موجود در مداخله کودکان دارای اتیسم انجام شد. سپس با دوازده والد کودک با تشخیص اتیسم (نمونه در دسترس) پیرامون نیازهای آموزشی و مشکلات ایشان از دیدگاه خودشان مصاحبه شد. از جمله موضوعات و مشکلاتی که بیشترین شیوع را در این خانواده‌ها داشت، شامل هیجان‌های منفی نظیر احساس گناه، احساس تنهایی و عدم کفایت در فرزندپروری، احساس شرم نسبت به اطرافیان در برابر مشکلات رفتاری کودک، و کمبود اطلاعات و موضوعات مالی بود. بنابراین از آنجا که جامعه هدف در این پژوهش والدین بودند، تلاش شد از فونونی بهره گرفته شود تا در جهت پذیرش کودکان توسط والدین گام بردارند. فونونی که به واسطه آنها، والدین، نخست بتوانند کودک اتیسم خود را درک کنند و سپس با افزایش احساس خودکارآمدی در فرایند مداخله، نقش فعالی را به عهده بگیرند. پیش‌فرض این برنامه آن بود که والدین می‌توانند بهترین مربی فرزندان خود باشند. بنابراین بر آموزش روش‌های مداخله‌ای نظیر داستان‌های اجتماعی، بازی درمانی و غیره نیز به ایشان تأکید شد. برای تدوین برنامه از منابع بسیاری بهره گرفته شد که از آن جمله می‌توان به گلابی و همکاران، ۱۳۸۴؛ رافعی، ۱۳۸۴؛ ناصح، ۱۳۸۸؛ وال، ترجمه جهانیان نجف آبادی و افلاکیان، ۱۳۸۸؛ هربرت و وینتراب، ترجمه حائری و گنجینه، ۱۳۹۲؛ فراهانی،

۱۳۸۸؛ انجمن فرزندپروری مثبت (کتاب راهنما و کتاب کار، کتاب ابزار)، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۴؛ شفیق آبادی و ناصری، ۱۳۹۲؛ شفیق آبادی، ۱۳۹۲؛ گلدارد و گلدارد ترجمه کاکوند و خانی، ۱۳۹۱؛ حسینی، ۱۳۹۱؛ کوری، ترجمه دیباوآجاری و رضایی) اشاره کرد. از آنجایی که پیشینه مطالعاتی در خانواده‌های کودک دارای اتیسم، گویای به حاشیه رفتن یکی از والدین (غالباً پدر خانواده) است، پژوهشگران این پژوهش را بر آن داشت تا با مشارکت همزمان هر دو والد، مسئولیت‌پذیری نسبت به فرایند مداخله را در هر دو والد افزایش دهد و با این فرضیه که مشارکت همزمان والدین در برنامه آموزشی احتمال همبستگی و رضایت زناشویی را میان ایشان ممکن است افزایش دهد، برنامه به گونه‌ای تنظیم شد که حضور هر دو والد الزامی باشد. این برنامه در ۱۶ جلسه تدوین شد که شامل ده جلسه گروه درمانی و چهار جلسه مشاوره انفرادی با حضور زوجین و دو جلسه مشاوره ویژه هر خانواده به صورت مجزا از دیگر خانواده‌ها برگزار شد، در طی جلسات گروهی که با حضور هر دو والد برگزار شد چنانچه یکی از والدین بنا به هر دلیلی امکان حضور در جلسه را پیدا نمی‌کرد، بروشور آموزشی توسط والد شرکت‌کننده برای وی ارسال می‌شد تا از روند گروه دور نشود.

پس از تلفیق و تدوین، برنامه توسط چهار نفر از متخصصان که پیشینه مطالعاتی و کار بالینی در زمینه کودکان دارای اتیسم داشتند، به شیوه دلفی مورد بررسی قرار گرفت. پیش‌نویس برنامه به رؤیت ایشان رسید و پس از مطالعه در یک بازه زمانی یک ماهه، نظرات پیشنهادی ایشان جمع‌آوری شد. سپس مجموع نظرات به هر چهار نفر ایمیل شد و نظر کلی ایشان درباره توافق در تغییرات درخواستی سایر متخصصین دریافت شد. در نهایت بخش‌هایی از پیش‌نویس برنامه حذف شد. همچنین بخش مربوط به بازی‌ها از جمله موارد پیشنهادی بود که به برنامه اضافه گردید. پس از تدوین برنامه اصلی، برای ایشان

می‌تواند به شکل پایایی قابل تفکیک از سایر برنامه‌ها باشد) مورد نظر قرار گرفت. چکیده‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

پس از تأیید برنامه تدوین شده، پژوهش وارد مرحله دوم شد. در این مرحله پس از انتخاب داوطلبین شرکت کننده در برنامه آموزشی والدین، داوطلبان مورد نظر به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند؛ بدین ترتیب والدین داوطلب در دو گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند.

شرح کامل جلسات، ایمیل و مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین برای افزایش روایی مداخله میزان تبعیت (درجه‌ای که اجزای یک برنامه مشخص به عنوان یک برنامه داراست)؛ میزان در معرض قرار گرفتن شرکت‌کنندگان (میزان محتوای دریافت شده در برنامه، تعداد یا طول جلسات)؛ کیفیت ارائه برنامه (تعداد ارائه‌دهندگان، دستورالعمل یا راهنمای اجرا؛ تعهد یا تجربه پرسنل)؛ پاسخگویی شرکت‌کنندگان (میزان مشارکت شرکت‌کنندگان در برنامه)؛ تفکیک برنامه (یکتایی خصایص برنامه یا اجزای مداخله که

جدول ۱. چکیده‌ای از برنامه آموزشی تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری اتیسم

جلسه	اهداف	محتوای جلسه
جلسه اول آشنایی	با یکدیگر و با رهبر و کمک‌رهبر گروه آشنا شوند. با چارچوب کلی گروه مهارت‌های فرزندپروری اتیسم آشنا شوند. از قوانین گروه آگاه شوند. نسبت به حضور مستمر و فعال بودن در گروه متعهد باشند. بتوانند اختلال طیف اتیسم را تعریف کنند و نشانه‌های آن را برشمارند.	آشنایی والدین با یکدیگر و با تسهیل‌گر، توزیع پرسشنامه‌ها، مرور کلی گروه (مهارت‌های فرزندپروری اتیسم)، بیان قوانین گروه، تعریف اختلال طیف اتیسم بیان نقش والدین در درمان توضیح تکالیف منزل
جلسه دوم مدیریت خود	بتوانند احساس افکار و رفتار خود را در برابر فرزندشان شناسایی کنند. بتوانند بیماری فرزندشان را بپذیرند. بتوانند احساس و افکار و رفتار خود را مدیریت کنند.	گفت‌وگوی گروهی: تجربه هیجانات منفی سخنرانی رهبر: راهکارهای مدیریت خود: مشاهده‌گری ذهن، بودن در لحظه حال، خودپذیری، دیگرپذیری و زندگی‌پذیری نامشروط. گفت‌وگوی گروهی در زمینه خودپذیری نامشروط، دیگرپذیری نامشروط، زیر سوال بردن اصل و اساس خطاهای شناختی رایج
جلسه سوم فرزندپروری اتیسم	بتوانند الگوی فرزندپروری اتیسمی را توصیف کنند. بتوانند اهداف تغییر در خود و فرزندشان را بنویسند. بتوانند به درستی یک رفتار مشکل‌دار کودک را نظارت و ثبت کنند.	معرفی درمان‌ها و تکنیک‌های رایج در اختلال طیف اتیسم تنظیم اهداف تغییر تمرین: نظارت رفتار مشکل‌دار
جلسه پنجم راهبرد فرزندپروری	بتوانند راهبردهایی برای برقراری روابط مثبت با کودکان‌شان را به کار بگیرند. بتوانند راهبردهایی برای تشویق رفتار مطلوب فرزندشان را اجرا کنند. بتوانند روش‌های ایجاد مهارت‌ها یا رفتارهای جدید را در فرزندشان اجرا کنند. دو راهبرد والدگری را برای تمرین برگزینند و به مدت ۷ روز آن را اجرا کنند و بر آن نظارت داشته باشند. یک برنامه رفتاری آماده کنند و تغییرات رفتاری را در طی	گفت‌وگوی گروهی پیرامون مهارت‌های فرزندپروری تمرین ۱: حرف زدن و گوش دادن مؤثر تمرین ۲: راه‌های نشان دادن علاقه راهبردهایی برای تشویق رفتار مطلوب فرزندان روش‌های ایجاد مهارت‌ها یا رفتارهای جدید در فرزندان

۷روز علامت بزنند.	
<p>جلسه هفتم بازی‌ها</p> <p>بتوانند بازی‌هایی را که برای تقویت دقت و تمرکز کودکان‌شان لازم است بکار گیرند.</p> <p>بتوانند بازی‌هایی را که برای تقویت حافظه دیداری کودکان‌شان لازم است بکار گیرند.</p> <p>بتوانند بازی‌هایی را که برای تقویت حافظه شنیداری کودکان‌شان لازم است بکار گیرند.</p>	<p>سخنرانی درمانگر در زمینه بازی در کودکان رویکرد تربیتی به بازی برای کودکان دارای اتیسم محل انجام بازی، نوبت افراد گفتگوی گروهی: بازی‌های مربوط به تمرکز و حافظه، حافظه شنیداری و حافظه دیداری</p>
<p>جلسه نهم رفتارهای آسیب‌رسان</p> <p>بتوانند قوانینی را در مورد نحوه ارتباط کودک اتیسم با کل خانواده وضع کنند و در مورد آنها، تمام اعضای خانواده با هم حرف بزنند.</p> <p>والدین محیطی را در خانه به وجود آورند که اعضا بتوانند با هم گفتگوهای مستقیم و عینی داشته باشند و از روش بی‌توجهی برنامه‌ریزی‌شده در اختلالات رفتاری استفاده کنند.</p> <p>آرام باشند و دستورات واضح، دقیق و روشن به فرزندشان بدهند.</p> <p>از زمان استراحت به نحو درست استفاده کنند.</p>	<p>معرفی قوانین، گفتگوهای مستقیم و بی‌توجهی برنامه‌ریزی‌شده</p> <p>تمرین ۱: گفتگوی مستقیم درباره نقص قوانین</p> <p>تمرین ۲: عقایدی درباره دادن دستورات به شیوه آرام و دقیق</p> <p>تمرین ۳: عقایدی برای بی‌توجهی برنامه‌ریزی شده</p> <p>تمرین ۴: انتخاب پیامد منطقی</p> <p>معرفی دو راهبرد نهایی برای مدیریت رفتارهای ناسازگار پاسخ به پرسش‌های رایج در زمینه مدیریت رفتار ناسازگار</p>
<p>جلسه دهم مبادله تصویر</p> <p>بتوانند از کارت‌های تصویری برای اهداف آموزشی در فرزندشان استفاده کنند.</p> <p>بتوانند خودشان خلاقانه کارت‌های تصویری را منطبق بر وضعیت فرزند خود درست کنند.</p>	<p>توضیحات درمانگر درباره درمان مبادله تصویر و ارائه تعدادی از کارت‌ها در جلسه به والدین</p> <p>کارگروهی در زمینه درست کردن کارت‌های تصویری مطابق با نیاز هر کودک</p>
<p>جلسه یازدهم داستان‌های اجتماعی</p> <p>بتوانند به روش صحیح داستان بگویند.</p> <p>بتوانند با استفاده از تکنیک‌های قصه‌گویی و داستان‌های اجتماعی برای اصلاح رفتار و آموزش رفتار جدید بهره گیرند.</p>	<p>سخنرانی درمانگر درباره داستان‌های اجتماعی، تأثیر قصه در کودکان، گفتگوی گروهی، محتوای داستان‌های اجتماعی، معرفی ویژگیهای قصه‌گوی خوب، چهره و حرکات قصه‌گو، تمرین داستان‌گویی</p>
<p>جلسه شانزدهم ادغام</p> <p>بتوانند مهارت‌های فرزندپروری اتیسمی را در خانه و اجتماع به کار بگیرند.</p> <p>بتوانند حمایت تمام اعضای خانواده و شبکه اجتماعی را دریافت کنند.</p> <p>بتوانند برای مشکلات آینده راه‌حل طرح کنند و احساس خودکارآمدی داشته باشند.</p> <p>تغییرات ایجاد شده را از آن خود بدانند و از آن‌ها نگهداری کنند.</p>	<p>یادآوری نکات اصلی از مشاوره‌های انفرادی مرور پیشرفت: تعیین تغییرات انجام شده</p> <p>نگهداری تغییرات توزیع و تکمیل پرسشنامه‌ها</p> <p>تقدیر در پایان</p>
<p>لازم به ذکر است که جهت اجرای جلسات مربوط به داستان‌های اجتماعی، مبادله تصویر و بازی‌درمانی از کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی که از تخصص لازم در این موارد برخوردار بود، بهره گرفته شد. همچنین وسایل مورد نیاز برای برگزاری جلسات شامل تلویزیون بزرگ برای نمایش فیلم، وسایل سمعی- بصری برای نمایش پاورپوینت، وایت‌برد یا</p>	<p>تخته‌سیاه، ماژیک، خودکار برای هر شرکت‌کننده، کاربرگ‌های ویژه هر جلسه به تعداد شرکت‌کنندگان، بروشور آموزشی ویژه والدین به تعداد شرکت‌کنندگان بود. هر جلسه با مروری از موضوعات مطرح شده در جلسه قبل، بررسی تکالیف منزل و بیان اهداف جلسه کنونی، آغاز و با بیان فشرده‌ای از موضوعاتی که در جلسه مطرح شد، بیان موضوعاتی که در جلسه بعد</p>

مطرح می‌شد و معرفی تکالیف بین دو جلسه به پایان رسید.

ابزار

احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی^۹:

مقیاس احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی که به آن مقیاس والد بودن نیز^{۱۰} می‌گویند توسط گیباد- والستون و وندرسمن (۱۹۷۸) طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۶ سؤال که به سنجش دیدگاه والدین در مورد شایستگی‌های آن‌ها در والدی می‌پردازد، دارای دو بُعد رضایت از ایفای نقش والدی^{۱۱} (منعکس‌کننده میزان ناامیدی، اضطراب و انگیزش والدین)؛ و احساس کارآمدی به عنوان پدر یا مادر (منعکس‌کننده شایستگی، توانایی حل مسئله و توانا بودن در نقش والدینی) می‌باشد. پایایی نمره کل، عامل رضایت (۹ سؤال) و عامل کارآمدی (۷ سؤال) به شیوه همسانی درونی به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ گزارش شده است (مش و جانستون، ۱۹۸۳؛ جانستون و مش، ۱۹۸۹). پایایی این ابزار در این پژوهش از طریق ضریب آلفای کرانباخ برابر ۰/۸۴ به دست آمد.

رضایت از رابطه زناشویی^{۱۲}: پرسشنامه کیفیت رابطه

زناشویی^{۱۳} که آن را شاخص کیفیت ازدواج^{۱۴} می‌نامند، توسط نورتن (۱۹۸۳) تهیه شده است. این پرسشنامه ۶ سؤال به اندازه‌گیری کیفیت و رضایت از رابطه زناشویی می‌پردازد. پنج سؤال اول این پرسشنامه از طریق یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای و سؤال نهایی از طریق یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای سنجیده می‌شود. همسانی درونی این ابزار برابر ۰/۸۵ گزارش شده است و همبستگی بین سؤالات آن از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ تغییر می‌کند (نورتن، ۱۹۸۳). باوجود این واقعیت که این سؤالات کلی هستند، ولی همبستگی بالای این ابزار با مقیاس سازگاری ۳۲ سؤال (۱۹۷۶) اسپنیر^{۱۵} (همبستگی ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۵ برای زنان) نشان از اعتبار هم‌زمان این ابزار است. هم‌چنین پایایی (همبستگی برابر ۰/۹۷) و اعتبار تشخیصی^{۱۶} این ابزار

در حد عالی (بالتر از ۰/۹۰) گزارش شده است. نمرات کمتر یا مساوی ۲۹ حاکی از آشفتگی در روابط زناشویی است (هیمن، سایرز و بلاک، ۱۹۹۴). پایایی این ابزار در این پژوهش از طریق ضریب آلفای کرانباخ برابر ۰/۸۷ به دست آمد.

تعارض در شیوه فرزند پروری والدین^{۱۷}: چک

لیست مشکلات والدین^{۱۸} توسط ددز و پاول (۱۹۹۱) تهیه شد. این چک لیست پرسشنامه‌ای ۱۶ سؤال است که تعارض بین والدین (پدر و مادر) در شیوه تربیت والدین را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه میزان توانایی والدین را برای همکاری و کار با یکدیگر در مدیریت خانواده نشان می‌دهد. شش سؤال این ابزار، میزان عدم توافق والدین درباره قوانین و نحوه برخورد با رفتارهای ناشایست کودک را اندازه‌گیری می‌کند؛ شش سؤال دیگر، میزان تعارض آشکار والدین در مسائل مربوط به تربیت کودک را اندازه‌گیری می‌کند و چهار سؤال دیگر میزان کاهش روابط هر یک از والدین با کودک خود را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه از همسانی درونی نسبتاً بالایی (پایایی برابر ۰/۷۰) برخوردار است و پایایی آن به شیوه آزمون-بازآزمون برابر ۰/۹۰ گزارش شده است (ددز و پاول، ۱۹۹۱). همبستگی بین پاسخ‌های مادران و پدران در نمونه‌ای از والدین، معنادار به دست آمد ($r = ۰/۳۶$ ، $P < ۰/۰۰۱$). این پرسشنامه شاخصی از تعداد عدم توافق بین والدین (مقیاس مشکل^{۱۹}) و هم‌چنین شاخصی از فراوانی وجود چنین عدم توافقی‌هایی (مقیاس شدت^{۲۰}) ارائه می‌دهد. بر اساس مقایسه‌های نمونه‌های بالینی و غیربالینی، نمرات بیشتر یا مساوی ۵ در مقیاس مشکل، حاکی از وجود مشکل بالینی است. پایایی این ابزار در این پژوهش از طریق ضریب آلفای کرانباخ برابر ۰/۸۸ به دست آمد.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک نمونه پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج آزمون t استودنت مستقل نشان داد که گروه‌ها از لحاظ سن تفاوت معناداری

آزمون خی دوی استقلال نشان داد که تفاوت معناداری بین سطح اقتصادی دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد ($\chi^2 = 0/644$, $df = 2$, $P > 0/05$).

ندارند ($t(24) = -0/863$, $P > 0/05$). نتایج آزمون خی دوی استقلال نشان داد که تفاوت معناداری بین سطح تحصیلات والدین گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد ($\chi^2 = 1/114$, $df = 3$, $P > 0/05$). همچنین نتایج

جدول ۲. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	آزمایش		کنترل	
	F	M(SD)	F	M(SD)
سن والدین	---	37/61 (3/68)	---	38/92 (4/03)
تحصیلات والدین				
زیر دیپلم	2		3	
دیپلم	9		11	
لیسانس	11		10	
بالتر از لیسانس	4		2	
سطح اقتصادی				
پایین	4		5	
متوسط	7		5	
بالا	2		3	

رضایت زناشویی ($K-S = 0/784$ و $P = 0/571$) حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌های رضایت زناشویی بود. شاخص لوین برای آزمون همگنی واریانس‌های دو گروه در پیش‌آزمون ($F = 0/032$ و $P = 0/860$) و پس‌آزمون رضایت زناشویی ($F = 0/121$ و $P = 0/731$) نشان‌دهنده همگنی واریانس‌های دو گروه بود. آزمون همگنی شیب‌ها نشان داد که اثر متقابل منبع‌تغییرات " گروه \times رضایت زناشویی " معنادار نیست ($\eta^2 = 0/007$ جزئی، $P = 0/692$, $F(1, 32) = 0/161$) با توجه به اینکه مفروضه‌های تحلیل کوواریانس در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha = 0/01$) برقرار بودند، استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد که نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

فرضیه اول: برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری برای مراقبت از کودکان دارای اتیسم موجب افزایش رضایت از رابطه زناشویی والدین می‌شود.

با توجه به اینکه طرح تحقیق مورد استفاده، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است، متغیر وابسته عبارت است از میزان پس‌آزمون (نمره کل) در آزمون رضایت از رابطه زناشویی، و متغیر کمکی (کووریت) عبارت است از میزان پیش‌آزمون (نمره کل) در آزمون رضایت از رابطه زناشویی. لذا از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای آزمون این فرضیه استفاده شده است.

ابتدا مفروضه‌های اساسی روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مورد بررسی قرار گرفت. شاخص K-S پیش‌آزمون ($K-S = 0/534$ و $P = 0/938$) و پس‌آزمون

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (پرسشنامه رضایت از رابطه زناشویی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور جزئی
ثابت	428/88	1	428/880	22/056	0/001	0/058
پیش‌آزمون رضایت از رابطه زناشویی	985/53	1	985/528	50/682	0/001	0/362
گروه	175/45	1	175/447	9/023	0/056*	0/061
خطا	447/24	23	19/445			

* $p < 0/05$

ابتدا مفروضه‌های اساسی روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مورد بررسی قرار گرفت. شاخص K-S در پیش‌آزمون ($K-S = 0/734$ و $P = 0/654$) و پس‌آزمون تعارض در شیوه‌ی فرزندپروری ($K-S = 0/440$ و $P = 0/990$) حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر وابسته بود. شاخص لوین برای آزمون همگنی واریانس‌های دو گروه در پیش‌آزمون ($F = 1/564$ و $P = 0/223$) و پس‌آزمون تعارض در شیوه‌ی فرزندپروری ($F = 0/01$ و $P = 0/995$) نشان‌دهنده همگنی واریانس‌های دو گروه بود. آزمون همگنی شیب‌ها نشان داد که اثر متقابل منبع تغییرات "گروه \times تعارض در شیوه‌ی فرزندپروری" معنادار نیست ($\eta^2 = 0/24$ جزئی، $P = 0/055$ ، $F(1, 23) = 6/966$). با توجه به اینکه مفروضه‌های تحلیل کوواریانس در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha = 0/01$) برقرار بودند، استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد که نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک‌متغیری برای آزمون رضایت از رابطه زناشویی در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha = 0/01$) معنادار نیست ($F(1, 23) = 9/023$ ، $P = 0/056$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل بین میزان رضایت از رابطه زناشویی دو گروه (با تعدیل اثر پیش‌آزمون) تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. فرضیه دوم: برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری برای مراقبت از کودکان دارای اتیسم موجب کاهش تعارض در شیوه فرزندپروری والدین می‌شود. از آنجایی که طرح تحقیق مورد استفاده، طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است، متغیر وابسته عبارت است از میزان پس‌آزمون (نمره کمی) در آزمون تعارض در شیوه فرزندپروری، و متغیر کمکی (کووریت) عبارت است از میزان پیش‌آزمون (نمره کمی) در آزمون تعارض در شیوه فرزندپروری. لذا باید از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای آزمون این فرضیه استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (چک لیست تعارض در شیوه فرزندپروری)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور جزئی
ثابت	0/142	1	0/142	0/696	0/413	0/029
پیش‌آزمون تعارض در شیوه فرزندپروری	4/056	1	4/056	19/911	0/001	0/464
گروه	1/366	1	1/366	6/704	0/016*	0/226
خطا	4/685	23	0/204			

* $p < 0/05$

معناداری مشاهده می‌شود؛ البته رقم مجذور اتا ($0/23$) شدت ارتباط بین عامل آزمایش و متغیر وابسته را نشان می‌دهد که میزان بسیار بالایی است و به نوعی ۲۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته (تعارض در شیوه فرزندپروری) با فرض ثابت ماندن میزان اولیه آن به آزمایش (آموزش والدی اتیسمی) باز می‌گردد.

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک‌متغیری برای آزمون تعارض در شیوه فرزندپروری در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است ($\eta^2 = 0/226$ جزئی، $P = 0/016$ ، $F(1, 23) = 6/704$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل بین میزان تعارض در شیوه فرزندپروری دو گروه (با تعدیل اثر پیش‌آزمون) تفاوت

فرضیه سوم: برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری برای مراقبت از کودکان دارای اتیسم موجب افزایش احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی می‌شود. با توجه به اینکه طرح تحقیق مورد استفاده، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است، متغیر وابسته عبارت است از میزان پس‌آزمون (نمره کل) در مقیاس احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی، و متغیر کمکی (کووریت) عبارت است از میزان پیش‌آزمون (نمره کل) در مقیاس احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی. لذا باید از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای آزمون این فرضیه استفاده کرد.

ابتدا مفروضه‌های اساسی روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مورد بررسی قرار گرفت. شاخص K-S در پیش‌آزمون ($K-S = 0/533$ و $P = 0/939$) و پس‌آزمون احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (مقیاس احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور جزئی
ثابت	0/472	1	0/472	2/082	0/163	0/083
پیش‌آزمون احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی	6/730	1	6/730	29/684	0/001	0/563
گروه	1/025	1	1/025	4/521	0/044*	0/164
خطا	5/215	23	0/227			

* $p < 0/05$

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک‌متغیری برای مقیاس احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha = 0/01$) معنادار است ($\eta^2 = 0/164$) جزئی،

بحث و نتیجه‌گیری

معنادار است ($F_{(1,23)} = 4/521, P = 0/044$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل بین میزان احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی دو گروه (با تعدیل اثر پیش‌آزمون) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ البته رقم مجذور اتا، ($0/16$) شدت ارتباط بین عامل آزمایش و متغیر وابسته را نشان می‌دهد که میزان بسیار بالایی است و به نوعی ۱۶ درصد

از تغییرات متغیر وابسته (احساس کفایت و رضایت از ایفای نقش والدینی) با فرض ثابت ماندن میزان اولیه آن به آزمایش (آموزش والدی اتیسمی) برمی‌گردد.

از آنجایی که مهارت‌های مربوط به مراقبت از کودک دارای اتیسم یکی از موضوعات بسیار دشوار برای والدین این کودکان است، در این پژوهش با تدوین یک برنامه تلفیقی که دارای رویکرد مشاوره‌ای است به بررسی تأثیر این برنامه در شیوه فرزندپروری، رضایت زناشویی، و احساس کفایت نسبت به نقش والدینی پرداخته شد.

از آنجایی که مهارت‌های مربوط به مراقبت از کودک دارای اتیسم یکی از موضوعات بسیار دشوار برای والدین این کودکان است، در این پژوهش با تدوین یک برنامه تلفیقی که دارای رویکرد مشاوره‌ای است به بررسی تأثیر این برنامه در شیوه فرزندپروری، رضایت زناشویی، و احساس کفایت نسبت به نقش والدینی پرداخته شد.

همبستگی بیشتر موجب کاهش استرس‌ها می‌شود. به نظر می‌رسد که یکی از دلایل مهمی که موجب عدم تأثیرگذاری برنامه پژوهش حاضر بر رضایت زناشویی شد، اختصاص تنها چهار جلسه زوج‌درمانی در برنامه است. پژوهش‌گران با این پیش‌فرض که همکاری والدین برای مراقبت هماهنگ از فرزند، خود عامل مؤثری در افزایش همبستگی میان ایشان و در نتیجه افزایش رضایت زناشویی خواهد شد، جلسات را تنظیم کردند. این پژوهش نشان داد که موضوعات مربوط به رضایت زناشویی، زمان و جلسات زوج‌درمانی بیشتری را می‌طلبد و چه بسا باید برای بهبود این موضوع، لازم است دوره‌های مشاوره‌ای عمیق‌تری را در برنامه گنجانند.

بدیهی است که حضور کودک دارای اטיسم تأثیر بسزایی بر زندگی والدین خود خواهد داشت. آن‌ها به تدریج به حدی درگیر موضوعات و مشکلات فرزند خود می‌شوند که نه تنها از نیازهای فردی خودشان چشم می‌پوشانند بلکه گاهی نیز در قبال تجربه‌های شادی‌بخش برای واحد دو نفره خودشان احساس گناه می‌کنند. دغدغه‌هایی از این دست که رابطه والدین را مختل می‌کند در برخی از پژوهش‌ها گزارش شده است (برای نمونه: محتشمی و همکاران، ۱۳۹۱؛ دابروسکا و پیسولا، ۲۰۱۰؛ به نقل از محتشمی و همکاران، ۱۳۹۱؛ توتسیکا و همکاران، ۲۰۱۱). پدران این فرزندان احساس می‌کنند که از آنها انتظار حمایت از مادر می‌رود و هیچ‌گاه به نیاز حمایتی پدران توجهی نشده است. از طرفی جلسات و قرار ملاقات با والدین اغلب در طول ساعات کاری متخصصان ترتیب داده می‌شود (به نقل از وال، ترجمه: جهانیان، نجف آبادی و افلاکیان، ۱۳۸۸). البته در این پژوهش سعی شد تا حد ممکن زمان جلسات متناسب با زمان پیشنهادی والدین تنظیم شود، اما پدران نسبت به مادران، غیبت بیشتری داشتند و در گفت‌وگوها یا اجرای تکالیف در منزل فعالیت کمتری از خود نشان دادند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه تلفیقی آموزش فرزندپروری اטיسم تأثیر معناداری بر افزایش رضایت‌مندی زوجین نداشت. پژوهش محتشمی و همکاران (۱۳۹۱) از این یافته حمایت می‌کند. ایشان در پژوهش خود به بررسی اثربخشی آموزش روش درمانی پاسخ‌محور بر افزایش عملکرد خانواده پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که آموزش این روش به والدین، تأثیر معناداری بر رضایت خانواده ندارد. از طرفی این یافته با پژوهش زوبریک، سیلبرن، گارتن، بورتون، دالبی، کارلتن و لارنس و همکاران (۱۹۹۵)؛ میرا (۲۰۰۸)؛ هالاها و کافمن (۲۰۰۶) به نقل از میرا، ۲۰۰۸) ناهمسو است. برای نمونه زوبریک و همکاران (۱۹۹۵) در پژوهش خود ۷۱۸ نفر از والدین کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال رفتاری را تحت آموزش برنامه والدی مثبت قرار دادند. پس از پایان اجرا، نتایج پردازش آماری داده‌های ایشان گویای آن بود که رضایت‌مندی زناشویی زوجین افزایش معناداری داشته است. به نظر می‌رسد که یکی از دلایلی که ممکن است موجب این ناهمسویی شده باشد، این است که نمونه پژوهش زوبریک و همکارانش، کودکانی بودند که اختلال رفتاری داشتند و نه کودکان دارای اטיسم. از آنجایی که اטיسم در میان سایر اختلالات رشدی ویژه کودکان، آسیب‌زاترین اختلال است و از آنجا که به راستی حوزه‌های مهم یک خانواده را متأثر می‌نماید به نظر می‌رسد برای تغییر در روابط زناشویی باید اقدامات و مشاوره‌های مجزایی انجام داد.

هالاها و کافمن (۲۰۰۶) به نقل از میرا، ۲۰۰۸) بیان می‌کنند که خانواده باید تلاش کند تا به تعادل برسد. هماهنگی و تعادل میان زوجین امر ضروری برای افزایش کارایی خانواده است. یافته‌های پژوهش میرا (۲۰۰۸) نشان داد، والدینی که تحت آموزش‌های لازم برای کسب مهارت‌های مورد نیاز برای مراقبت از فرزند دارای اטיسم قرار می‌گیرند، همبستگی و رضایت بیشتری با هم خواهند داشت و همین صمیمیت و

این در حالی است که امیدواری با رضایت والدین و بهتر شدن نشانه‌ها همبستگی بالایی دارد. برخی از والدین ابراز کرده‌اند که امیدواری متخصصان برایشان نگرش مثبتی به اטיسم رقم زده است که همین امر موجب کاهش اضطراب و افزایش عملکرد مناسب والدینی می‌شود، به گونه‌ای که تشویق می‌شوند تا فرایند مداخله را ادامه دهند (نیسن بام و همکاران^{۲۲}، ۲۰۰۲ به نقل از والی، ۲۰۰۷). در برنامه این پژوهش، جلسه دوم به موضوعات مربوط به پذیرش و امید به بهبودی شرایط اختصاص داده شد و این القای امید یکی از موضوعات مورد نظر در تمام جلسات و بازخوردهای درمانگر بود.

یکی دیگر از نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که اجرای برنامه تلفیقی فرزندپروری اטיسم تأثیر معناداری بر کاهش تعارض در شیوه فرزندپروری ایفا نمود. یافته‌های این پژوهش با پژوهش کین، کازنز، ماسپرات و راگر (۲۰۱۰)، ماتسن، ماهان و ماتسن (۲۰۰۹)، تایلر (۲۰۰۶)، سندرز و همکاران (۲۰۰۲) همسو است. ایشان در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که چنانچه والدین تحت آموزش‌های مهارت‌های فرزندپروری قرار بگیرند، در مواقع لزوم از مهارت‌های مؤثرتر و هماهنگ‌تری استفاده می‌کنند. با گفت‌وگوها و آموزش‌هایی که در برنامه پژوهش حاضر صورت گرفت، والدین دریافتند که کدامیک از روش‌های فرزندپروری، شرایط را برایشان هموارتر می‌سازد. در طی اجرای برنامه و پیشرفت جلسات، گزارش مادران بر مسئولانه‌تر عمل کردن همسرشان در مواجهه با بحران‌های رفتاری بود. آنها ابراز کردند که این هماهنگی و همکاری، بر احساس تنهایی و شرم ایشان فائق آمده و نسبت به این تغییر، دلگرم‌تر و امیدوارتر شده بودند.

به نظر می‌رسد که تاکنون اقدامات اندکی انجام شده است تا عموم جامعه بتوانند اختلال اטיسم را از کودکی که به دلیل تربیت ناصحیح مشکلات رفتاری دارد تشخیص بدهند. چنانچه آگاهی جامعه از اختلال

در زمینه بررسی تأثیر معنادار برنامه بر احساس کفایت والدین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این برنامه توانسته است تأثیر معناداری بر احساس کفایت والدین داشته باشد. این یافته با پژوهش‌های مک‌کنزی و همکاران (۲۰۰۴)، سندرز و همکاران (۲۰۰۰)، هستینگ، کاوشوف، براون، وارد، دگلی اسپینوزا و رمینگتون (۲۰۰۵)، زوبریک و همکاران (۱۹۹۵)، و طالعی (۱۳۸۸) همسو است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان داد که اجرای برنامه آموزش به والدینی که کودکانی دارای مشکلات رفتاری هستند می‌تواند در افزایش احساس کفایت و رضایت از نقش والدینی ایشان مؤثر واقع شود. کولیکان، اسمیت و برایسون^{۲۱} (۲۰۱۰) به نقل از علی اکبری دهکردی و همکاران، (۱۳۹۱) خاطر نشان می‌کنند، والدینی که در مداخلات درمانی شرکت می‌کنند، خوش‌بینی بیشتری در مورد توانایی اثرگذاری بر رشد کودک‌شان دارند و همین امر کیفیت زندگی و رابطه ایشان را ارتقا می‌بخشد. پژوهش سیوبرگ (۲۰۰۲) نشان داد که آموزش والدین کودکان دارای اטיسم موجب کفایت والدینی و افزایش معنادار کیفیت زندگی ایشان می‌شود. این پژوهش نشان داد، والدینی که از مهارت‌های فرزندپروری مناسب استفاده می‌کنند، می‌توانند بر چالش‌های روزانه غلبه کنند. آنها انتظار بجا و درست از فرزند خود دارند، همدلی بهتری می‌توانند با او داشته باشند و با استفاده از مهارت‌های حل مسئله در موقعیت‌های پر تنش می‌توانند رفتارهای قاطع‌تری داشته باشند.

پژوهش‌ها نشان داده است که برخورداری از نگرش واقع‌بینانه همبستگی بالایی با رضایت والدین از نقش والدی خود دارد. متخصصان هنگام شرح اטיسم تمایل بیشتری به تأکید بر نکات منفی دارند تا بیان نکات مثبت. دیدگاه واقع‌گرایانه بر آن است تا نکات مثبت در کنار نکات منفی، مورد توجه و تأکید قرار گیرد. از سویی دیگر، هنگام بیان پیش‌بینی وضعیت آینده تمایل کمتری می‌رود تا به والدین امیدواری داده شود؛

دادن به رفتار مثبت آشنا می‌سازد (چیمه، طهماسبیان، پوراعتماد، افقی، و احمدآبادی، ۱۳۹۲). شاریلی و همکاران (به نقل از رافعی، ۱۳۸۶) بیان می‌کنند که مادران معمولاً فشار روانی بیشتری را از پدران تجربه می‌کنند. برخی پدرها فشارهای روانی ناشی از همسر را تهدید کننده‌تر از مشکل کودک تلقی می‌کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می‌دانند. پدرها معمولاً به اندازه مادران احساسات خود را آشکار نمی‌سازند، در حالی که مادران طیف گسترده‌ای از هیجانات را نشان خواهند داد.

بنابراین موضوعات این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه تلفیقی مهارت‌های فرزندپروری برای مراقبت از کودکان دارای اتیسم به تلفیق فنون مشاوره‌ای و فنون ویژه کودکان دارای اتیسم پرداخت تا بتواند والدین را از سردرگمی نجات دهد. در طی این برنامه، والدین، به عنوان عضو اصلی مداخله تلقی شدند. ایشان نخست با انواع مداخله‌های رایج آشنا شدند و سپس گام به گام همراه با درمانگر و گروه با فوننی آشنا شدند که در یک چارچوب مداخله فرزندپروری تنظیم شده بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که این برنامه بر افزایش احساس کفایت والدینی و کاهش تعارض در سبک فرزندپروری تأثیر مثبت معناداری داشته است. بر اساس این یافته، پیشنهاد می‌شود، این برنامه توسط متخصصان مشاوره و روانشناسی برای والدین کودکان دارای اتیسم اجرا شود. از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش، والدین داوطلب بودند که همین امر فرایند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با اشکال مواجه می‌سازد. بنابراین اجرای برنامه در نمونه‌های دیگر و تطبیق و مقایسه یافته‌ها با این پژوهش، از جمله پیشنهادات دیگر است. از آنجایی که این برنامه در رضایت زناشویی تأثیر معناداری نداشت، پیشنهاد می‌شود که این برنامه به نحوی بازنویسی و اجرا شود که جلسات بیشتری برای مداخلات مشاوره‌ای در افزایش رضایت زناشویی اختصاص یابد.

اتیسم افزایش یابد می‌تواند در افزایش همدلی برای والدین سودمند واقع شود و ایشان را از انزوا خارج نماید. از نخستین گام‌هایی که متخصصان باید بردارند این است که در برنامه‌های آموزشی خود، به نقش ارزشمند والدین توجه کنند؛ به گونه‌ای که والدین بتوانند اختلال فرزند خود را بپذیرند و از مراحل خشم و انکار گذر کنند. تنها با پذیرش است که می‌توان همکاری ایشان را برای افزایش موفقیت جلب نمود. در پناه این پذیرش است که نه تنها شرم از قضاوت‌ها و بی‌مهری‌های دیگران در ایشان کاهش می‌یابد، بلکه با احساس رضایت‌مندی درونی در این مسیر دشوار گام بر می‌دارند. نکته مهم در برنامه‌های آموزشی این است که نقش والدین باید به طور شفاف، واضح و دقیق بیان شود. والدین باید در طی برنامه‌های مداخله‌ای، خود را یکی از گروه‌های مداخله بدانند و نه فقط نقش منفعل و گیرنده.

هیمن (۲۰۰۲) بیان می‌کند که سه عامل در پذیرش و احساس کفایت از نقش والدینی نقش معناداری دارد: ۱. توانایی بحث باز با اعضای خانواده پیرامون کودک دارای اتیسم، ۲. همبستگی و همکاری والدین، ۳. آموزش مداوم و ارائه حمایت‌های روان-شناختی و تخصصی برای خانواده. وقتی میزان پذیرش خانواده افزایش می‌یابد، انگیزه برای همکاری و دلسوزی بر اضطراب غلبه می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد که این عوامل بر احساس کفایت و رضایت‌مندی از نقش والدینی تأثیر معناداری دارد. ویس (۲۰۰۲) خاطرنشان می‌سازد که جهت افزایش کارکرد خانواده، والدین باید اطلاعات بیشتری راجع به فرزند دارای اتیسم خود داشته باشند. نحوه برخورد با رفتارهای مشکل‌دار، مهارت‌های حل مسئله و راهبردهای تطابق را فرا گرفته و به کار گیرند. برنامه زندگی سازگار با کودک دارای اتیسم، بر پذیرش مثبت کودک دارای اتیسم، تأکید ویژه‌ای داشته و والدین را با رویکرد مثبت تربیتی، روش‌های مثبت فرزندپروری، نظیر تقویت رفتارهای مثبت و روش‌های صحیح پاداش

یادداشت‌ها

علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علی پور، احمد؛ چیمه، نرگس؛ محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). اثر روش درمانی پاسخ‌محور مبتنی بر والدین در بهبود کودکان دارای اتیسم. فصلنامه کودکان استثنایی، (۱) ۱۲، ۱-۱۲

گلایی، پری؛ علی پور، احمد؛ زندی، بهمن. (۱۳۸۴). تأثیر مداخله درمانی به روش ABA بر درمان کودکان دچار اختلال اتیسم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۵، ۳۳-۵۴.

محتشمی، طیبه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ چیمه، نرگس؛ علی پور، احمد؛ افقی، هاله. (۱۳۹۱). اثر آموزش روش درمانی پاسخ‌محور بر عملکرد خانواده در درمان کودکان مبتلا به اتیسم. خانواده‌پژوهی، (۳) ۸، ۲۷۳-۲۸۹.

وال، کیت (۱۳۸۸) آموزش و مراقبت نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اتیسم، راهنمای متخصصان و مراقبان. ترجمه: امیر جهانیان نجف‌آبادی و هدی افلاکیان. تهران: ماهرنگ.

Bailey, D. B., & Powell, T. (2005). Assessing the information needs of families in early intervention. *The developmental systems approach to early intervention*, 151-183.

Baron-Cohen S, (2005). Autism, in Hopkins, B. *The Cambridge Encyclopedia of Child Development*. Cambridge University Press. 398-401.

Bregman, J. D. (2005). Definitions and characteristics of the spectrum. *Autism spectrum disorders: Identification, education, and treatment*, 3, 3-46.

Brookman-Frazee, L., Stahmer, A., Baker-Ericzén, M. J., & Tsai, K. (2006). Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: opportunities for cross-fertilization. *Clinical child and family psychology review*, 9(3-4), 181-200.

Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., ... & Meltzer, H. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of general psychiatry*, 68(5), 459-465.

Cridland, E. K., Jones, S. C., Magee, C. A., & Caputi, P. (2014). Family-focused autism spectrum disorder research: A review of the utility of family systems approaches. *Autism*, 18(3), 213-222.

Dadds, M. R., & Powell, M. B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinical children. *Journal of abnormal child psychology*, 19(5), 553-567.

- 1) Autism Spectrum Disorders (ASD)
- 2) American Psychiatric Association
- 3) Lotter
- 4) Elsabbagh et al
- 5) Nefdt., Koegel., singer., & Gerber
- 6) Kogel et al.
- 7) Triple P .Positive parenting Program
- 8) GARS
- 9) The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)
- 10) Being a Parent Scale
- 11) Satisfaction with parental role
- 12) Relationship satisfaction
- 13) Relationship Quality Index (RQI)
- 14) Quality Marriage Index
- 15) Spanier s Dyadic Adjustment Scale
- 16) Discriminant Validity
- 17) Conflict over parenting
- 18) Parent Problem Checklist (PPC)
- 19) Problem Scale
- 20) Extent scale
- 21) Coolican., Smith., & Bryson
- 22) Nissenbaum et al.

منابع

شیری، اسماعیل؛ نجاتی، وحید؛ پوراعتماد، حمیدرضا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی بر بهبود تشخیص حالات هیجانی در کودکان دارای اتیسم با عملکرد بالا. فصلنامه کودکان استثنایی، (۳) ۱۳، ۱۴-۵

جلالی مقدم، نیلوفر؛ پور اعتماد، حمیدرضا؛ صالح صدق‌پور، بهرام؛ خوشبایی، کتابیون؛ چیمه، نرگس. (۱۳۸۶). راهبردهای مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی. فصلنامه خانواده-پژوهی، ۱۲، ۷۷۴-۷۶۱.

چیمه، نرگس؛ طهماسبیان، کارینه؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ افقی، هاله؛ احمدآبادی، زهره. (۱۳۹۲). تدوین برنامه آموزشی-روانشناختی "زندگی سازگار با اتیسم" و اثربخشی آن بر کاهش علائم اتیسم در کودکان مبتلا و کیفیت زندگی مادران آن‌ها. فصلنامه کودکان استثنایی، (۲) ۱۳، ۳۱-۲۱

دادستان، پریخ. (۱۳۸۷). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. جلد دوم. تهران: سمت.

رافعی، طلعت. (۱۳۸۴). اتیسم ارزیابی و درمان. تهران: نشر دانژه.

طالعی، علی. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی برنامه فرزندپروری مثبت بر مشکلات رفتاری دختران و خودآزمندی والدینی مادران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

- Fombonne, E. (2009). *Epidemiology of pervasive developmental disorders. Pediatric research*, 65(6), 591-598.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersmann, L. P. (1978). *Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale*. John F. Kennedy center for research on education and human development.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377-391.
- Haven, E. L., Manangan, C. N., Sparrow, J. K., & Wilson, B. J. (2013). The relation of parent-child interaction qualities to social skills in children with and without autism spectrum disorders. *Autism*, 1362361312470036.
- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(2), 159-171.
- Heyman, R. E., Sayers, S. L., & Bellack, A. S. (1994). Global marital satisfaction versus marital adjustment: An empirical comparison of three measures. *Journal of Family Psychology*, 8(4), 432-446.
- Higgins, 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.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of clinical child psychology*, 18(2), 167-175.
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 229-241.
- Kotler, J. S., & McMahon, R. J. (2004). Compliance and noncompliance in anxious, aggressive, and socially competent children: The impact of the child's game on child and maternal behavior. *Behavior Therapy*, 35(3), 495-512.
- Lebow, J. L. (2008). *Twenty-First Century Psychotherapies Contemporary Approaches to Theory and Practice*. New Jersey. John Wiley & Sons, Inc. From: www.Freepsychotherapybooks.org
- Lovaas, O. I., Schreibman, L., & Koegel, R. L. (1974). A behavior modification approach to the treatment of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 4(2), 111-129.
- Lucyshyn, J. M., Blumberg, E. R., & Kayser, A. T. (2000). Improving the quality of support to families of children with severe behavior problems in the first decade of the new millennium. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2(2), 113-115.
- MacKenzie, E. P., Fite, P. J., & Bates, J. E. (2004). Predicting outcome in behavioral parent training: Expected and unexpected results. *Child & family behavior therapy*, 26(2), 37-53.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(1), 86.
- Matson, M. L., Mahan, S., & Matson, J. L. (2009). Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 868-875.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Crawford, H., McGreevy, E., Reavey, M., & Cassidy, A. (2010). Preschoolers with autism spectrum disorders: evaluating the impact of a home-based intervention to promote their communication. *Early Child Development and Care*, 180(3), 299-315.
- Mierau, L. J. A. (2008). *Emerging resilience in a family affected by autism* (Doctoral dissertation, University of Saskatchewan).
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 141-151.
- Pellicano, E., Dinsmore, A., & Charman, T. (2014). What should autism research focus upon? Community views and priorities from the United Kingdom. *Autism*, 1362361314529627.

- Prinz, R. J., & Jones, T. L. (2003). Family-based interventions. *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment*, 279-298.
- Samadi, S. A., McConkey, R., & Kelly, G. (2012). The information and support needs of Iranian parents of children with autism spectrum disorders. *Early Child Development and Care*, 182(11), 1439-1453.
- Samadi, S. A., McConkey, R., & Kelly, G. (2013). Enhancing parental well-being and coping through a family-centred short course for Iranian parents of children with an autism spectrum disorder. *Autism*, 17(1), 27-43.
- Sanders, M. R., Turner, K. M., & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3), 173-189.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 624.
- Sivberg, B. (2002). Coping strategies and parental attitudes, a comparison of parents with children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(2), 36-50.
- Smith, L. E., Hong, J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Almeida, D. M., & Bishop, S. L. (2010). Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(2), 167-178.
- Taylor, B. (2006). Vaccines and the changing epidemiology of autism. *Child: care, health and development*, 32(5), 511-519.
- Totsika, V., Hastings, R. P., Emerson, E., Berridge, D. M., & Lancaster, G. A. (2011). Behavior problems at 5 years of age and maternal mental health in autism and intellectual disability. *Journal of abnormal child psychology*, 39(8), 1137-1144.
- Turnbull, A. H., Turnbull, R.H., Erwin, E. J., Soodak, L.C. & Shogren, K. A. (2010). *Families, Professionals, and Exceptionality: Positive Outcomes through Partnerships and Trust (6th Edition)*. London: Pearson.
- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6(1), 115-130.
- Whaley, J. R. (2007). *Diagnosis of an Autism Spectrum Disorder: Parents' Perceptions of the Interpretive Conference (Doctoral dissertation)*, Miami University
- Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Garton, A. F., Burton, P., Dalby, R., Carlton, J., ... & Lawrence, D. (1995). *Western Australian Child Health Survey: Developing health and well-being in the nineties*.