

## اثربخشی درمان تعامل والد - کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا

آتنا سادات مهاجری<sup>1</sup>، حمیدرضا پوراعتقاد<sup>2\*</sup>، امید شکری<sup>3</sup> و کتابون خوشابی<sup>4</sup>

دریافت مقاله: 91/4/4؛ دریافت نسخه نهایی: 92/2/26؛ پذیرش مقاله: 92/2/28

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین میزان تأثیر احتمالی درمان تعامل والد-کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان درخودمانده با کنش‌وری بالا بود. **روش:** روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی و نمونه‌گیری به‌شیوه در دسترس بود. پنج زوج مادر-کودک از «مرکز ساماندهی درمان و توانبخشی اختلالات اتیستیک» انتخاب شدند و حدود 17 هفته «درمان تعامل والد-کودک» آبرگ (1999) را دریافت کردند. مادران «مقیاس خودکارآمدی والدگری در مداخله زود هنگام» گیموند، ویلکاکس و لاموری (2008) را در خط پایه، بین دو مرحله درمان، یک هفته پس از درمان و دو مرحله پیگیری تکمیل کردند. **یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از افزایش خودکارآمدی والدگری چهار مادر به میزان کم تا متوسط (از 0/49 تا 50 درصد) و کاهش 5/49 درصدی اندازه اثر در نفر پنجم بود. با این همه، میزان رضایت مادران از درمان بسیار بالا بین 80 تا 88 درصد بود. **نتیجه‌گیری:** درمان تعامل والد-کودک اجماً باعث بهبود ضعیف تا متوسط خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا می‌شود. با توجه به تأثیرگذاری محدود این درمان بر خودکارآمدی والدگری، لازم است در آینده به برنامه‌های آموزش والدین با جهت‌گیری اولیه در این زمینه و بررسی آثار چنین مداخله‌هایی در گروه مادران کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی توجه بیشتری شود.

**کلیدواژه‌ها:** درخودماندگی، درمان تعاملی، خودکارآمدی، کنش‌وری بالا، کودکان، والدگری

1. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی؛ مرکز ساماندهی درمان و توانبخشی

اختلالات اتیستیک

2. نویسنده مسئول، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی؛ پژوهشکده علوم شناختی

Email: pouretemad@iricss.org, h-pouretemad@sbu.ac.ir

3. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

4. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ مرکز ساماندهی درمان و توانبخشی اختلالات

اتیستیک

## مقدمه

کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی<sup>1</sup> که در سنین پیش از دبستان از خدمات سرپایی استفاده می‌کنند بیش از سایر کودکانی که در کلاس‌های آموزش عادی یا ویژه حضور دارند، علائمی از اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یعنی الگویی از خصومت و رفتار مقابله‌ای نسبت به بزرگسالان را نشان می‌دهند (گادو، دوینسنت، پومری و عزیزان<sup>2</sup>، 2004). این شرایط باعث افزایش استرس والدین می‌شود و بر بسیاری از جنبه‌های زندگی خانوادگی آن‌ها تأثیرگذار است (سوفرونوف و فاربوتکو، 2002). وجود این نوع مشکلات رفتاری در کودکان می‌تواند بر رفتار فرزندپروری والدین نیز تأثیرگذار باشد، طوری که در مطالعه هربرت<sup>3</sup> (1995) در مورد کودکان دچار نشانگان اسپرگر بر این موضوع نیز صحت گذاشته شد (نقل از سوفرونوف و فاربوتکو، 2002). بنابراین، به نظر می‌رسد کودکان دچار مشکل‌های رفتاری سبک‌های خاص فرزندپروری را در والدینشان فرامی‌خوانند و همین سبک‌های فرزندپروری به نوبه خود روند رشد این کودکان را تغییر می‌دهد.

تقویت مهارت‌های فرزندپروری که به دنبال آموزش والدین رخ می‌دهد، می‌تواند نقش تعدیل‌کننده در مشکل‌های رفتاری دوران کودکی و خودکارآمدی والدینی ایفا کند (ترانزو، 2006). این موضوع در مطالعه گروس، فاگ، وبستر-استراتون، گاروی، جولین و گاردی (2003) به خوبی نشان داده شده است. والدینی که از آموزش شیوه‌های فرزندپروری استفاده کردند خودکارآمدی بالاتری داشتند، قواعد کمتر سختگیرانه‌ای را وضع می‌کردند و رفتارهای مثبت‌تری نسبت به فرزندانشان بروز می‌دادند. در مقابل، افرادی که خودکارآمدی ضعیف‌تری دارند با احتمال بیشتری به صورت پرخاشگرانه، اجبارگونه و خصومت‌آمیز رفتار می‌کنند (بوندی و ماش، 1999). در مطالعه دیگر، این دسته از مادران طی تعامل والد-کودک، حساسیت کمتری نشان می‌دادند و ناتوان‌تر بودند (تتی و گلفاند، 1991). از این روست که تقویت خودکارآمدی والدگری از مهمترین اهداف برنامه‌های آموزش والدین است.

طی تلاش‌هایی که صورت گرفته، شیوه‌های مختلفی برای آموزش مدیریت رفتار به والدین تهیه شده است. کلیه این درمان‌ها از نظر فنون پیشنهادی و ابعاد نظری به یکدیگر شباهت دارند و از پشتوانه پژوهشی و حمایت تجربی خوبی برخوردارند. اما «درمان تعامل والد-کودک»<sup>4</sup> واجد ویژگی‌هایی است که آن را از سایر برنامه‌های مشابه متمایز می‌سازد. از جمله

1. autism
2. Gadow, DeVincent, Pomeroy & Azizan
3. Herbert
4. parent-child interaction

این موارد، در درجه نخست می‌توان به تمرکز درمان بر تقویت رابطه والد-کودک از طریق استفاده از بازی درمانی اشاره کرد. ویژگی منحصربه‌فرد دیگر این درمان آمیختگی درمان و ارزیابی است، بر این اساس طول فرآیند درمان به‌جای این‌که به تعداد جلسه‌ها بستگی داشته باشد، به نحوه عملکرد والدین و چگونگی مهارت‌های کسب شده منوط است (کازدین، 2005). 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 موردتوجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل کودک‌محور<sup>1</sup>، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی‌درمانی را به‌منظور ارتقاء ارتباط والد-کودک می‌آموزند. در مرحله تعامل والد‌محور<sup>2</sup>، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مخل‌کودکشان، مهارت‌های لازم را فرا می‌گیرند (گرسو، سورا و مک‌نیل، 2001). در گذشته موارد دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی 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. درحالی‌که هنوز بسیاری از رفتارهای کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی که عملکرد بالاتری دارند، به‌وسیله توجه اجتماعی تقویت می‌شود (مس، مک‌نیل، و گنر و کورنی، 2007).

در پیشینه پژوهش‌های این حوزه، سه ملاک برای تشخیص درخودماندگی با کنش‌وری بالا ذکر شده است: 1) تاریخچه بالینی و نمودهای رفتاری همسو با ملاک‌های تشخیصی اختلال-های طیف درخودماندگی بر اساس متن بازنگری شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>3</sup> یا دهمین تجدیدنظر طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها<sup>4</sup> (2) داشتن رفتار کلامی کاربردی<sup>5</sup> (3) فقدان عقب ماندگی ذهنی، به بیان دیگر داشتن نمره هوش بهر بالاتر از نمره 70 (اسمیت گابیک<sup>6</sup>، 2011). البته در مورد ملاک اخیر توافق کمی وجود دارد. به‌عنوان مثال لوش و کپس (2003) صرفاً نمره هوشبهر کلامی را موردتوجه قرار دادند و حتی جونز و شوآرتز (2009) به‌جای اتکا به ملاک هوشبهر، ملاک‌هایی چون قرارگرفتن در مدارس کودکان عادی و سنجش تعداد واژگان دریافتی را مدنظر قرار دادند. از این‌رو به‌نظر می‌رسد که در کنار وجود ملاک‌های دهمین تجدیدنظر طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها

---

1. Child-Directed Interaction (CDI)

2. Parent-Directed Interaction (PDI)

3. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-fourth edition- text revised (DSM-IV-TR)

4. International Classification of Diseases-10 (ICD-10)

5. functional verbal behavior

6. Smith Gabig

یا متن بازنگری شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال درخودماندگی، هوشبهر بالاتر از 70 یا رفتار کلامی کارآمد، می‌تواند معرف معتبری از کودکان دچار درخودماندگی با عملکرد بالا باشد. ضعف در خودکارآمدی همسو با وجود مشکلاتی در شیوه‌های فرزندپروری می‌تواند به دشواری‌هایی در زمینه تحول کودک بیانجامد. اگر «درمان تعامل والد-کودک» بتواند خودکارآمدی والدگری را تقویت نماید، جلوی بروز مشکلات تحولی را در اوایل دوران کودکی می‌گیرد. از آنجایی که خودکارآمدی والدگری بین ویژگی‌های کودک، خانواده و دستاوردهای حاصل از درمان (مثل بهزیستی و بهبود رفتارهای کودک) نقش میانجی را ایفا می‌کند (به‌عنوان نمونه هاستیگز و بروان<sup>1</sup>، 2002)، بررسی تغییرهای خودکارآمدی والدگری در نتیجه استفاده از خدمات درمانی می‌تواند به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم و قابل مطالعه در مداخله‌های زودهنگام ضروری باشد. این موضوع هدف پژوهش جاری برای پاسخ-گویی به سؤال زیر بود.

آیا درمان تعامل والد-کودک می‌تواند بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی تأثیرگذار باشد؟

## روش

این پژوهش با روش شبه آزمایشی از طریق طرح تک آزمودنی<sup>2</sup> انجام شد. چنین طرحی در کار بالینی کاربرد دارد و برای مستند کردن نتایج فردی شده و ارائه شواهد تجربی در حمایت از مداخله‌ها درمانی مفید است (روبین، مکدونالد، پردیسز، توگر، شولتز و سویج، 2008). ارزیابی متغیر وابسته که خودکارآمدی والدگری بود در پنج مرحله صورت پذیرفت. دو هفته قبل از شروع درمان درخط پایه، بین دو مرحله درمان، بعد از پایان درمان، دو مرحله پیگیری در دو بازه زمانی یک ماه بعد از پایان درمان و سه ماه بعد از پایان درمان. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش از اسفند 89 تا فروردین 90 که زمان انتخاب آزمودنی‌های پژوهش بود پنج زوج مادر-کودک به‌صورت دردسترس از بین افراد دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا که به «مرکز ساماندهی درمان و توانبخشی اختلالات اتیستیک» مراجعه کرده و یا از قبل در این مرکز تحت درمان بودند، انتخاب شدند. درمان تعامل والد-کودک در همین مرکز انجام شد. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: (1) کودک تشخیص اختلال‌های طیف درخودماندگی با کنش‌وری بالا را توسط حداقل یک روان‌پزشک و یک روان‌شناس بالینی که اطلاعی از تشخیص یکدیگر نداشتند، بر اساس ملاک‌های بازنگری شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری

1. Hastings & Brown

2. single subject design

اختلال‌های روانی دریافت کرده باشد. 2) سن کودک بین 2 تا 7 سال باشد که پیش‌نیاز درمان تعامل والد-کودک بود. 3) طبق گزارش دست‌کم یک منبع، که شامل والدین، مربیان و روان-شناس بالینی می‌شود، کودک دارای مشکل‌های رفتاری باشد. 4) مشکل‌های رفتاری کودک در یکی از پنج دسته کلی مشکل‌های رفتاری موردنظر درمان تعامل والد-کودک قرار بگیرد. این دسته‌ها عبارتند از: مشکل‌های برونی‌سازی، رفتارهای مختل پیش‌ایذایی، بیش‌فعالی و نقص توجه، مشکل‌های رفتاری درونی‌سازی و مشکل‌های تعامل والد-کودک در شرایط طلاق و فرزندخواندگی (مکنیل و همبری-کیگین، 2010). 5) شرکت‌کننده در درمان باید مراقب اولیه و قانونی کودک باشد. 6) شرکت‌کننده حداقل سواد لازم برای اجرای دستورالعمل‌ها، تکمیل پرسشنامه‌ها و برگه‌های تکلیف‌خانگی را داشته باشد.

### ابزارهای پژوهش

**1. مقیاس خودکارآمدی والدگری در مداخله زودهنگام<sup>1</sup>.** این مقیاس 20 گویه‌ای توسط گی‌موند و همکاران (2008) ساخته و در آن از مقیاس لیکرت 7 درجه‌ای از (7) کاملاً موافقم تا (1) کاملاً مخالفم برای پاسخ‌دهی استفاده شده است. از طریق جمع همه مواد مقیاس نمره کل به دست می‌آید. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی ادراک‌شده بالاتر است. نمره-گذاری مواد 3، 5، 6، 8، 12، 16، 17، 19، و 20 به صورت معکوس است. برای این مقیاس ضریب پایایی درونی 0/8 به دست آمده است. تحلیل عاملی اولیه دو بعد از مقیاس را آشکار ساخته که عبارت از انتظارهای والدین از نتایج درمان و کفایت والدین است. ضریب آلفای کرونباخ 0/81 برآورد شد. در کل تحلیل پایایی زیر مقیاس‌ها و همبستگی بین سازه‌های مرتبط حمایت اولیه را برای استفاده از مقیاس خودکارآمدی والدگری در مداخله زودهنگام به منظور سنجش خودکارآمدی والدگری در مداخله زودهنگام فراهم کرده است (گی‌موند و همکاران، 2008).

**2. فهرست نگرش به درمان<sup>2</sup>.** این ابزار جهت سنجش رضایت استفاده‌کنندگان آموزش والدین، درمان‌های والد-کودک و خانواده درمانی توسط آیرگ (1993) تهیه شده و شامل 10 گویه است. والدین به هر گویه در مقیاسی از 1 که نشانگر نارضایتی از درمان یا بدتر شدن مشکل‌ها است تا 5 که نشانگر حداکثر میزان رضایت از درمان یا بهبود مشکل‌ها است پاسخ می‌دهند. نمره کل که حاصل جمع نمره‌های تمامی گویه‌هاست، عددی بین 10 تا 50 خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار 0/91 و ضریب پایایی بازآزمایی برای یک دوره چهار ماهه

1. Early Intervention Parenting Self-Efficacy Scale (EIPSES)

2. Therapy Attitude Inventory (TAI)

0/85 و بالا است. اعتبار بیرونی که از طریق بررسی همبستگی نمره‌های فهرست نگرش به درمان و تغییرهای محاسبه‌شده در نمره‌های فهرست رفتار کودک آیبرگ و مشاهده‌های رفتاری فرمان‌پذیری در قبل و بعد از درمان به‌دست آمد، متوسط و 0/36 تا 0/49 بود (برنشتاین، جاکوبز، ریفلد و آیبرگ، 1999).

**3. فهرست ارزیابی درمان درخودماندگی<sup>1</sup>.** این ابزار 77 گویه‌ای توسط ریلمند و ادلسون<sup>2</sup> در سال 1999 ساخته شد و چهار زمینه گفتار و زبان و ارتباط، معاشرت، آگاهی حسی و شناختی و بهداشت جسمی و رفتاری را می‌سنجد. در مقابل هرگویه یک مقیاس سه گزینه‌ای درست، تقریباً درست و نادرست تعبیه شده است که به ترتیب نمره‌های 0، 1 و 2 را می‌گیرد. دامنه تغییرهای نمره کل در این ابزار می‌تواند از صفر تا 154 باشد و هر چه نمره‌ها کمتر باشد شدت علائم اختلال‌های طیف درخودماندگی بیشتر است. در مطالعه انستیتو تحقیقات درخودماندگی ریلمند و ادلسون (2000) میزان اعتبار هریک از چهار قسمت مذکور را به انضمام نمره کل به ترتیب 0/92، 0/84، 0/87، 0/81 و 0/94 به دست آوردند. میزان پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ معادل 0/83 به دست آمد (پوراعتماد و خوشای، 1383؛ به‌نقل از مقانیه، 1385).

**4. فهرست رفتار کودک آیبرگ<sup>3</sup>.** این پرسشنامه واجد دو نمره است که عبارت از نمره شدت و نمره مشکل است. نمره شدت درباره میزان شدت هریک از 36 مشکل موردنظر در این پرسشنامه تخمینی ارائه می‌دهد. دامنه نمره شدت مشکل می‌تواند از 36 تا 252 باشد. نمره مشکل هم به والدین این امکان را می‌دهد که تعیین کنند تا چه حدی رفتارهای فرزندشان را به‌عنوان یک مشکل ارزیابی می‌کنند. دامنه این نمره نیز از 0 تا 36 است. نمره‌های بالاتر در مقیاس‌های این ابزار گویای شدت و تعداد بیشتر مشکل‌ها رفتاری است. اجرا و نمره‌گذاری این ابزار چیزی در حدود 20 دقیقه زمان می‌برد. پایایی آزمون- باز آزمون آن 0/88 تا 0/86؛ پایایی بین ارزیاب‌ها 0/86 تا 0/79 و آلفای کرونباخ نیز 0/95 برآورد شده است (گراس، فاگ، یانگ، ریچ، کول، سیوان و ریچاردسون، 2007).

**5. برنامه درمان تعامل والد-کودک.** درمان تعامل والد-کودک برنامه آموزش والدین مبتنی بر شواهد و رفتاری است که کار با والدین و کودکان بین سنین 2 تا 7 سال را دربردارد و در سال 1999 توسط آیبرگ ساخته شد. در این برنامه دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله درمان موردتوجه قرار می‌گیرند. در مرحله تعامل کودک‌محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول

1. autism treatment evaluation checklist

2. Rilmand & Edelson

3. Eyberg child behavior inventory (ECBI)

فصلنامه روان‌شناسی کاربردی/ سال 7/ شماره 1 (25)/ بهار 1392

بازی‌درمانی را به منظور ارتقاء ارتباط والد-کودک می‌آموزند. مهارت‌های این مرحله تحسین کردن، بازخورد دادن، تقلیدکردن، مشتاق بودن، توصیف کردن و ارائه توجه مشروط است. در مرحله تعامل والدمحور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مخل کودک مهارت‌های لازم را می‌آموزند. خوب دستور دادن، تحسین کردن، فرمان‌پذیری، استفاده از فن محرومیت<sup>1</sup> برای نافرمانی و برقراری قوانین خانگی از مهارت‌های این مرحله هستند (گرسو، سورل و مک‌نیل، 2001). درمان تعامل والد-کودک مداخله‌ای کوتاه‌مدت است که معمولاً به 12 جلسه یک‌ساعته هفتگی برای هدایت<sup>2</sup> تعامل والد-کودک، یک جلسه ارزیابی یک و نیم ساعته و دو جلسه آموزشی در آغاز هر مرحله نیاز دارد. بررسی تسلط والدین در مهارت‌های مدنظر درمان نیز، به کمک یک سیستم کدگذاری (سیستم کدگذاری تعامل دوجانبه والد-کودک-ویرایش سوم)<sup>3</sup> انجام می‌گیرد (آیبرگ، نلسون، دوک و باگز، 2009). جلسه ارزیابی اولین جلسه است که در قالب یک مصاحبه، اطلاعات تاریخچه‌ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری می‌شود. نمونه‌ای از چگونگی تعامل والدین-کودک از طریق مشاهده تعامل آن‌ها در حین بازی بررسی می‌شود. در جلسه دوم مهارت‌های تعامل کودک‌محور به والدین بدون حضور کودک آموزش داده می‌شود و باقی جلسه‌های مرحله اول درمان به هدایتگری مهارت‌های کودک‌محور در قالب بازی اختصاص دارد. در ابتدای مرحله دوم درمان مهارت‌های تعامل والد-محور در یک جلسه به والدین آموزش داده می‌شود و در باقی جلسه‌های این مرحله به هدایتگری این مهارت‌ها در موقعیت بازی، جمع‌آوری اسباب‌بازی‌ها، فعالیت‌های روزمره، قوانین خانگی و اماکن عمومی پرداخته می‌شود (آیبرگ و اعضای آزمایشگاه مطالعه کودک<sup>4</sup>، 1999).

## یافته‌ها

میانگین سن کودکان 51 ماه و مادران شرکت‌کننده 31 سال و چهار ماه بود. یک نفر از کودکان مؤنث و چهار نفر دیگر مذکر بودند. کلیه مادران به جز یک نفر از آن‌ها خانه‌دار بودند. تحصیلات سه نفر از آن‌ها کارشناسی و دو نفر دیگر دیپلم و زیر دیپلم بود. به‌منظور درک بهتر از شدت علایم بیماری و نیز شدت مشکل‌های رفتاری کودکان، پیش از آغاز درمان فهرست رفتار کودک آیبرگ تکمیل شد. نمره کل هریک از کودکان در فهرست ارزیابی درمان

1. time-out

2. coaching

3. Dyadic parent-child interaction coding system-III (DIPICS-III)

4. Members of the child study laboratory

در خودماندگی به منظور ارائه دید کلی از شدت مشکل‌ها و علائم مربوط به در خودماندگی پیش از شروع درمان به دست آمد. این موارد در جدول شماره یک گزارش شد.

جدول 1. شدت علائم در خودماندگی\*، مشکل‌های رفتاری\*\* و رضایت از درمان\*\*\* (برحسب درصد)

نام	شدت مشکل‌های رفتاری	نمره کل فهرست ارزیابی درمان در خودماندگی	رضایت از درمان
کیان	111	99	86
بهار	81	128	82
رضا	133	109	88
پویا	89	109	88
امید	140	109	80

ابزار سنجش: فهرست ارزیابی درمان در خودماندگی،\*\* فهرست رفتار کودک آبرگ،\*\*\* فهرست نگرش به درمان

علاوه بر این، به کمک فهرست نگرش به درمان در پایان فرآیند درمان میزان رضایت هر یک از مادران از درمان واری و نتایج در جدول شماره یک به درصد گزارش شد که نمره‌های بالاتر نشان دهنده رضایت بیشتر است. البته نتایج سایر ابزارهای نیز در همان جدول آمده است. تحلیل یافته‌ها در طرح‌های تک آزمودنی با استفاده از روش تحلیل بصری<sup>1</sup> و تحلیل کمی صورت گرفت. در شیوه کمی اندازه اثر مداخله محاسبه شد. با توجه به اهمیت مضاعف تصمیم‌هایی که درباره آثار یک درمان گرفته می‌شود بعضی از پژوهشگران همواره به دنبال راهبردهای کمی برای تحلیل داده‌ها بوده‌اند. بسیاری تأکید دارند که استفاده از این راهبردها باید در کنار تحلیل بصری داده‌ها صورت بپذیرد (مورگان و مورگان، 2009). بنابراین، برای محاسبه اندازه اثر احتمالی متغیر مستقل بر متغیر وابسته، از یک روش غیر رگرسیونی به نام روش «میانگین کاهش از خط پایه<sup>2</sup>» استفاده شد. در این شیوه میانگین مشاهده‌های مرحله درمان یا پیگیری از میانگین مشاهده‌های خط پایه کم می‌شود، سپس نتیجه حاصله بر میانگین مشاهده‌های خط پایه تقسیم می‌شود و حاصل آن در 100 ضرب می‌شود (کمپل، 2004).

با توجه به وجود نقاط داده‌ای در مرحله خط پایه، میانی، بعد از درمان، پیگیری اول و پیگیری دوم برای متغیرهای خودکارآمدی والدگری به جای میانگین از نقطه داده‌ای هر یک از این مراحل در این پژوهش استفاده شد و اندازه اثرها به کمک این نقاط داده‌ای محاسبه گردید.

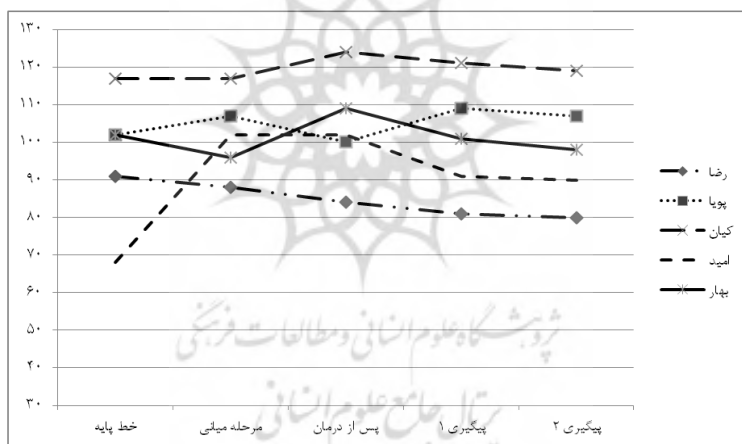
1. visual analysis

2. mean base line reduction (MBLR)



اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر خودکارآمدی والدگری...

روند کلی مشاهده شده در شکل 1 برای سه نفر از شرکت کنندگان افزایشی با شیب بسیار ملایم و برای امید روند افزایشی در مرحله اول درمان داشت. از میان این شرکت کنندگان تنها نمره‌های خودکارآمدی والدگری مادر رضا روندی کاهشی داشت. روند ثابت نمودار در هر دو مرحله پیگیری برای کلیه شرکت کنندگان مشاهده می‌شود. با توجه به اندازه اثرهای محاسبه شده برای خودکارآمدی والدگری در مداخله‌ها زود هنگام هر یک از شرکت کنندگان که برای رضا 5/49 درصد، پویا 1/47- درصد، کیان 2/99- درصد، امید 50- درصد و بهار 0/49- درصد بود می‌توان نتیجه گرفت که درمان تعامل والد-کودک منجر به افزایش خودکارآمدی والدگری مادر امید به میزان متوسط، افزایش جزئی خودکارآمدی والدگری مادران پویا، کیان و بهار و کاهش جزئی خودکارآمدی والدگری مادر رضا شد. میانگین اندازه اثرهای به دست آمده 9/49- درصد است و بر این اساس خودکارآمدی والدگری در گروه مادران شرکت کننده در درمان تعامل والد-کودک کمی افزایش یافته است. لازم به ذکر است که علامت منفی به معنای افزایش مقادیر اندازه گیری شده است.



شکل 1. نمره‌های خودکارآمدی والدگری مقیاس خودکارآمدی والدگری در مداخله‌ها زود هنگام

نکته جالب توجه آن که میزان رضایت مادران از درمان بین 80 تا 88 درصد (میانگین = 85%) بوده است که نه تنها بسیار بالاتر از میانگین میزان اثر درمان بر خودکارآمدی آنها است، بلکه واریانس میزان رضامندی نیز بسیار کمتر است. بدین معنا که رضایت مادران به صورت تقریباً یکنواخت تحت تاثیر درمان قرار گرفته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی آثار احتمالی درمان تعامل والد-کودک بر خودکارآمدی والدگری در مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا بود. این درمان باعث بهبود بسیار جزئی خودکارآمدی والدگری شد. نتایج پژوهش ویتینگهام، سوفرونوف، شفیلد و ساندرز<sup>1</sup> (2009) نیز نشان داد که برنامه آموزش مدیریت رفتار به والدین تأثیر معناداری بر خودکارآمدی والدین ندارد. در پژوهش آن‌ها از «برنامه فرزندپروری مثبت»<sup>2</sup> که یکی از شناخته شده‌ترین برنامه‌های آموزش مدیریت رفتار به والدین است برای کودکان دچار اختلال‌های طیف درخودماندگی استفاده شد. اما در پژوهشی که سوفرونوف و فاربوتکو (2002) با استفاده از یک برنامه آموزش والدین برای کودکان دچار نشانگان آسپرگر انجام دادند، خودکارآمدی والدگری مادران بعد از پایان مداخله به‌طورمعناداری افزایش یافته بود ( $p < 0/01$ ). 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، درحالی‌که هدف اصلی برنامه آموزش والدین در پژوهش سوفرونوف و فاربوتکو دقیقاً بهبود خودکارآمدی والدگری بوده است. بنابراین بهبود خودکارآمدی والدگری در این مورد دقیقاً تحقق هدف اصلی و نقطه تمرکز درمان بوده است.

بنابر آنچه گفته شد می‌توان به این نتیجه رسید که برنامه‌های آموزش والدینی که با هدف تقویت خودکارآمدی والدگری والدین کودکان دچار اختلال‌های فراگیر رشد طراحی می‌شوند، به دلیل برگزیدن اهدافی متفاوت‌تر نسبت به سایر برنامه‌های آموزش والدین در بهبود خودکارآمدی نقش تعیین کننده‌تری دارند. در نتیجه خودکارآمدی والدگری به‌عنوان یکی از اهداف برنامه‌های آموزش والدین در هنگام طراحی و آماده‌سازی می‌تواند موردتوجه قرار گیرد. هرچند که در مطالعه‌ها قبلی بر نقش خودکارآمدی والدگری در خانواده‌های کودکان دچار ناتوانی‌هایی چون درخودماندگی تأکید شده بود (به‌عنوان مثال هاستینگز و برون، 2002)، اما به دلیل تعداد بسیار کم ابزارهای سنجش خودکارآمدی والدگری تکلیف- ویژه و حوزه- ویژه<sup>3</sup> برای جمعیت والدین کودک دچار اختلال‌ها و ناتوانی‌های فراگیر، این مطالعه‌ها اغلب با استفاده از ابزارهای تهیه‌شده برای جمعیت عادی انجام شده‌اند. اما در پژوهش حاضر یکی از جدیدترین ابزارهای تکلیف- ویژه که خودکارآمدی والدگری در مداخله‌ها زود هنگام کودکان دچار اختلال-

1. Whittingham, Sofronoff, Sheffield & Sanders

2. positive parenting program

3. domain-specific

اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر خودکارآمدی والدگری...

های پیش گفته را می‌سنجد، به کار گرفته شد. اعتباریابی و رواسازی چنین ابزارهایی جهت سنجش خودکارآمدی با رویکرد حوزه- ویژه در جمعیت والدین کودکان دچار اختلال‌های فراگیر رشد و استفاده از آن‌ها جهت واری‌ آثر مداخله‌ها زود هنگام موضوعی است که می‌تواند در مطالعه‌ها آینده به صورت گسترده‌تر مورد توجه قرار گیرد و مرتفع‌کننده بخشی از مشکل‌ها و تعارض‌های موجود در پیشینه پژوهشی در این حوزه باشد.

والدین اغلب در برنامه‌های آموزش مدیریت رفتار نقش مهمی دارند و ایفای این نقش همراه با فرزندپروری کودک دچار یک اختلال فراگیر رشد با سطوح بالای استرس والدگری ارتباط دارد (اپشتاین، سالتمن-بنای، اولهیر، گول و تاک، 2008). استرس نیز یکی از پیش-بینی‌کننده‌های مهم خودکارآمدی والدگری در مداخله‌ها درمانی است و آثار حمایت فراهم شده از جانب برنامه و شدت علائم درخودماندگی بر خودکارآمدی والدگری توسط همین عامل میانجی‌گری می‌شود (هاستینگز و سیمز، 2002). بدین معنا، که استرس ناشی از برجسب درخودماندگی و علایم 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. مثلاً کاهش روند خودکارآمدی که فقط در مادر رضا مشاهده شد، می‌تواند مربوط به افزایش سطح استرس خانواده باشد که احتمالاً ناشی از وضعیت نامناسب اقتصادی- اجتماعی این خانواده، نزدیک شدن کودک به سن ورود به مدرسه و ناتوانی خانواده در فراهم آوردن مداخله‌های درمانی مورد نیاز رضا و شدت و گستردگی مشکل‌های رفتاری او بوده است. درحالی‌که سایر شرکت-کنندگان با هدف ایجاد آمادگی لازم برای ورود به مداخله‌ها فراگیرتر یا ارتقاء عملکرد فرزندشان در سایر برنامه‌ها وارد این درمان شده بودند. مادر رضا درمان تعامل والد-کودک را تنها گزینه پیش روی خود برای مدیریت مشکل‌های گسترده فرزندش می‌دید و شاید همین موضوع از طریق بالا بردن سطح استرس وی باعث کاهش نقش حمایتی درمان و در نهایت کاهش مداوم خودکارآمدی والدگری شده باشد.

بنابر آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد که احساس کارآمدی، سازه پیچیده‌ای است که احتمالاً تحت تاثیر نوع و شدت بیماری، حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرد و بهبودی وضعیت مشکل‌های رفتاری کودک بعد از درمان تعامل والد-کودک به خودی خود نمی‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی گردد. از سوی دیگر، سطح بالای رضایت مادران از درمان خود دلیلی بر این ادعا است. مسلماً این یافته را نمی‌توان با تغییرهای مشاهده‌شده در خودکارآمدی تبیین نمود. درعوض به نظر می‌رسد که با کاربرد درمان تعامل والد-کودک متغیرهای دیگری که ارتباط تنگاتنگی با رضامندی والدین دارند دستکاری شده‌اند که باید در مطالعه‌ها بعدی

شناسایی شوند. البته نباید از نظر دور داشت که با تداوم درمان، استفاده از جلسه‌های متعدد پیگیری و حمایتی، افزایش حجم گروه نمونه و استفاده از سایر طرح‌های آزمایشی جهت کنترل عوامل مداخله‌گر شاید نتایج متفاوتی مشاهده شود.

با توجه به محدودیت‌های زمانی در اجرای این پژوهش، امکان استفاده از طرح‌هایی که به نحو بهتری اعتبار درونی پژوهش را تأمین نماید مثل طرح تک آزمودنی با خط پایه چندگانه<sup>1</sup> فراهم نبود. از طرف دیگر به دلیل این که شناسایی و دسترسی به افراد دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا بسیار دشوار و محدود شده است، بنابراین امکان تعیین ملاک‌هایی برای کنترل ویژگی‌های کودک، خانواده و والدین در این پژوهش وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این درمان با استفاده از طرح تک آزمودنی پیش‌گفته و کنترل بیشتر بر ویژگی‌های شرکت‌کنندگان انجام شود. در پیوست مقاله «مقیاس خودکارآمدی والدگری در مداخله زودهنگام» ارائه شده است. جهت دریافت «فهرست نگرش به درمان»، «فهرست رفتار کودک آیرگ» و «فهرست ارزیابی درمان درخودماندگی» با نویسنده اول مقاله تماس حاصل شود. اطلاعات لازم جهت آشنایی بیشتر با برنامه «درمان تعامل والد-کودک» در وبگاه این برنامه درمانی موجود است.<sup>2</sup>

## منابع

مقانیه، مریم. (1385). بررسی تأثیرگذاری «نظام ارتباطی مبادله تصویری» بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های ارتباطی غیرکلامی کودکان مبتلا به طیف اختلال‌های درخودماندگی. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

پوراعتماد، حمیدرضا، و خوشایبی، کتابون. (1383). گزارش طرح تحقیق بررسی اثربخشی رفتاردرمانی ساخت‌دار ویژه «اتیسم-لوواس» بر کودکان دارای اتیسم. مرکز تحقیقات علوم پزشکی ایران.

American psychiatric association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association

Bondy, E, M., & Mash, E, J. (1999). Parenting efficacy, perceived control over caregiving failure, and mothers' reactions to preschool children's misbehavior [Absract]. *Journal of Child Study*, 29(3): 57-73.

1. multiple baseline

2. www.pcit.org

- Brestan, E. V., Jacobs, J. R., Rayfield, A. D., & Eyberg, S. M. (1999). A consumer satisfaction measure for parent-child treatments and its relation to measures of child behavior change. *Journal of Behavior Therapy, 30*(1): 17-30.
- Campbell, J. M. (2004). Statistical comparison of four effect sizes for single-subject designs. *Journal of Behavior Modification, 28*(2): 234-246.
- 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 [Abstract]. *Journal of Care, Health, and Development, 34*(4): 503-511.
- Eyberg, M. S., & Members of the Child Study Laboratory. (1999). Parent-child interaction therapy: Integrity checklists and session materials. Florida: University of Florida Press.
- Eyberg, M. S., Nelson, M. M., Duke, M., & Boggs, S. R. (2009). Manual for the dyadic parent-child interaction coding system. (3<sup>rd</sup> Ed). Florida: University of Florida Press.
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples [Abstract]. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34* (4): 379-393.
- Greco, L. A., Sorrell, J. T. & McNeil, C. B. (2001). Understanding manual-based behavior therapy: Some theoretical foundations of parent-child interaction therapy. *Journal of Child & Family Behavior Therapy, 23* (4): 21-36.
- Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julion, W., & Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (2): 261-278.
- Gross, D., Fogg, L., Young, M., Ridge, A., Cowell, J., Sivan, A., & Richardson, A. (2007). Reliability and validity of the Eyberg child behavior inventory with African-American and Latino parents of young children. *Journal of Research in Nursing & Health, 30*(2): 213-223.
- Guimond, A. B., Wilcox, M. J., & Lamorey, S. G. (2008). The early intervention parenting self-efficacy scale (EIPSES): Scale construction and initial psychometric evidence. *Journal of Early Intervention, 30* (4): 295-320.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation, 107*(3): 222-232.
- Hastings, R. P., & Symes, M. D. (2002). Early intensive behavioral intervention for children with autism: parental therapeutic self-efficacy. *Journal of Research in Development Disabilities, 23*(5): 332-341.
- Jones, C. D., & Schwartz, I. S. (2009). When asking questions is not enough: An observational study of social communication differences in high functioning

- children with autism [Abstract]. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39 (3): 432-443.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescent*. New York: Oxford University Press.
- Losh, M., & Capps, L. (2003). Narrative ability in high-functioning children with autism or Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (3): 239-251.
- Masse, J. J., McNeil, C. B., Wagner, S. M., & Chorney, D. B. (2007). Parent-child interaction therapy and high functioning autism: A conceptual overview. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4 (4): 714-735.
- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy*, New York: Springer.
- Morgan, D. L., & Morgan, R. K. (2009). *Single-Case Research Methods for the Behavioral and Health Sciences*, Los Angeles: Sage Publications.
- Robyn, L. T., McDonald, S., Perdices, M., Togher, L., Schultz, R., & Savage, S. (2008). Rating the methodological quality of single-subject designs and n-of-1 trials: Introducing the single-case experimental design (SCED) scale. *Journal of Neuropsychological Rehabilitation*, 18(4): 385-401.
- Smith Gabig, C. (2011). Variability in language and reading in high-functioning autism. In Mohammadi, M. (Ed). *A comprehensive book on autism spectrum disorders*. (pp. 63-48). InTech.
- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome, *Journal of Autism*, 6(3): 271-286.
- Teti, D., M., & Gelfand, D., M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy, *Journal of Child Development*, 62 (5): 918-929.
- Trunzo, A. (2006). *Engagement, parenting Skills and parent-child relations as mediators of the relationship between parental self-efficacy and treatment outcomes for children with conduct problems*. Doctor of Philosophy, Social work, The Graduate Faculty of Social Work, University of Pittsburgh.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009). Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones Triple P for the ASD population. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1): 129-144.

اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر خودکارآمدی والدگری...

### خلاصه جلسات درمان تعامل والد-کودک

**جلسه اول: ارزیابی اولیه و تعیین جهت‌گیری درمان.** درمان تعامل والد-کودک با جلسه ارزیابی پیش از درمان آغاز می‌شود. در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخچه‌ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری می‌شود و درمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست می‌آورد. نمونه‌ای از چگونگی تعامل والدین و کودک را از طریق مشاهده تعامل آن‌ها در حین بازی بررسی می‌کند. با کمک پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط والدین نسبت به شدت مشکلات کودک اطلاعات کمی و دقیقی را کسب می‌کند. درمانگر در مورد اهداف، مراحل و فرآیند درمان به والدین آگاهی لازم را می‌دهد.

### مرحله اول: تعامل کودک محور

**جلسه دوم: آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک).** در این جلسه علاوه بر مهارت‌های کودک محوری که پیش از این به آن‌ها اشاره شد، به والدین آموزش داده می‌شود تا در این مرحله برای رفتارهای منفی کودک از شیوه نادیده گرفتن استفاده نمایند. با توجه به این‌که یکی از اصول مهم این مرحله پیروی والدین از کودک است، از والدین خواسته می‌شود که از پرسیدن سؤال و دستور دادن خودداری نمایند. فعالیتی که در این مرحله انجام می‌شود به دنبال ارتقاء کیفیت ارتباط والد-کودک است؛ انتقاد و سرزنش، از رفتارهایی هستند که به شدت بر این موضوع تأثیر منفی دارند. بنابراین والدین از به کار بردن آن‌ها باید اجتناب نمایند.

**جلسه سوم: جلسه هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور (با حضور کودک).** تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در حین هدایتگری بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می‌شود و صرفاً بازخورد مثبت بدون اشاره به خطاها ارائه می‌شود. همین‌طور در انتهای کار بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها تلاش کنند.

**جلسه چهارم: جلسه هدایتگری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک).** درباره این که شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودکان از رفتارهای بزرگترهای خودشان است، توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بیشتر بر عدم استفاده از سؤال تأکید می‌شود. ملاک‌های رسیدن به مهارت در مرحله تعامل کودک محور گفته می‌شود. آن‌ها آموزش‌هایی را در زمینه کنترل خشم دریافت می‌کنند.

**جلسه پنجم: جلسه هدایتگری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک).** تحسین توصیف شده مهارتی است که در بخش هدایت تعامل به‌طور خاص مورد توجه قرار می‌گیرد. «دریافت حمایت» موضوعی است که با والدین در میان گذاشته می‌شود و آن‌ها ترغیب می‌شوند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت دریافت کنند. در انتهای جلسه سیر تغییرات در نمرات شدت فهرست رفتار کودک آبیگ با نشان دادن نمودار آن به والدین مرور خواهد شد. از این جلسه به بعد اگر والدین بر مهارت‌ها مسلط شده بودند درمان وارد مرحله دوم می‌شود.

**جلسه ششم: جلسه هدایتگری با تأکید بر موضوع استرس کودکان (با حضور کودک).** در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرآیند هدایتگری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به‌صورت ترکیبی می‌شود و در صورت ضعف در هر یک از مهارت‌ها به‌طور خاص بر استفاده و تمرین آن مهارت در جلسه توجه می‌شود.

### مرحله دوم: تعامل والدمحور

**جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های تعامل والدمحور (بدون حضور کودک).** در این جلسه مهارت‌های تعامل والدمحور که شامل دادن دستورات مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود. در پایان جلسه خلاصه کلیه نکات گفته شده به والدین داده می‌شود تا در طی هفته آن‌ها را مطالعه نمایند اما تا پیش از اولین جلسه هدایتگری از آن استفاده نکنند.

**جلسه هشتم: جلسه هدایتگری (با حضور کودک).** برای والدین این فرصت مهیا می‌شود تا بتوانند در قالب یک هدایتگری فشرده از جانب درمانگر فرآیند تعامل والدمحور را به‌درستی اجرا نمایند و جلسه را با اعتماد کافی برای اجرای درست فرآیند در خانه ترک کنند. در ابتدای جلسه کل فرآیند با والدین مرور می‌شود و سپس متناسب با سطح رشد کودک نیز به او توضیحاتی داده خواهد شد. اگر فرآیند کار در این جلسه به‌خوبی اجرا شود و جلسه با فرمان‌پذیری کودک به پایان برسد از والدین خواسته می‌شود تا اولین تکلیف خانگی مرحله دوم درمان را در خانه انجام دهند.

**جلسه نهم: جلسه هدایتگری همراه با آغاز تعمیم‌دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک).** تمرین مهارت‌های این مرحله ادامه پیدا می‌کند. برای والدین ملاک‌های کسب مهارت توضیح داده می‌شود. از این پس به‌دنبال تعمیم‌دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از اتاق بازی هستیم از این‌رو از والدین خواسته می‌شود در صورت نیاز از مهارت‌ها در اتاق انتظار یا پس از پایان هر جلسه استفاده نمایند. اگر والدین اولین تکلیف خانگی را با موفقیت انجام داده باشند، تکلیف خانگی دیگری که شامل موقعیت جمع‌آوری اسباب‌بازی‌هاست به آن‌ها داده می‌شود.

**جلسه دهم: جلسه هدایتگری (با حضور کودک).** تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور می‌شود و ارتقاء مهارت‌های هر دو مرحله درمان ادامه می‌یابد. از این پس از والدین خواسته می‌شود از مهارت‌های این مرحله برای مسائلی استفاده کنند که فرمان‌پذیری کودک در آن موارد برای والدین مهم است و برای سایر مسائل، از تکنیک‌های آموزش داده شده دیگر استفاده نمایند.

**جلسه یازدهم: جلسه هدایتگری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی (با حضور کودک).** بعد از هدایت تعامل والدمحور، نمودار نمرات فهرست رفتار کودک آبی‌رنگ بررسی می‌شود و سپس مشکلات رفتاری باقیمانده را با والدین مرور خواهد شد. برای هر مشکل معین می‌شود که چه شیوه‌ای مناسب است. فرآیند تعیین قوانین خانگی و چگونگی اجرای آن به والدین آموزش داده می‌شود.

**جلسه دوازدهم: جلسه هدایتگری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک).** فرآیند هدایتگری ادامه می‌یابد و در صورتی که والدین فاصله زیادی از ملاک‌های تسلط بر مهارت‌ها داشته باشند زمان بیشتری صرف هدایت تعامل خواهد شد. در صورت تثبیت قوانین خانگی قبلی در صورت نیاز با همکاری والدین قوانین جدیدی تعیین می‌شود. به رفتار کودک در اماکن عمومی پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار او در این اماکن گفته خواهد شد.

**جلسه سیزدهم: جلسه هدایتگری در یک مکان عمومی (با حضور کودک).** آماده سازی خانواده برای اتمام درمان از طریق هدایت تعامل در ابتدای این جلسه در اتاق بازی انجام خواهد شد. سپس نکات آموزش داده شده درباره کنترل رفتار کودک در مکان عمومی با والدین مرور می‌شود. بخش میانی جلسه برای تمرین همین نکات در یک مکان عمومی ادامه می‌یابد. از والدین خواسته می‌شود با استفاده از شیوه‌های حل مسئله مشکلات احتمالی را مدیریت نمایند.



**جلسه چهاردهم: جلسه هدایتگری و حل مسائلی که مانع اتمام درمان هستند (با حضور کودک).** در حالی که به منظور آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان بر مهارت‌های ضعیف‌تر تمرکز بیشتری می‌شود، به مسائلی که مانع به تسلط رسیدن در مهارت‌ها هستند نیز توجه خواهد شد. در صورت نیاز والدین با درمانگر بازی نقش مهارت‌های ضعیف‌تر را انجام می‌دهند. اگر بخشی از مشکلات باقیمانده به رابطه کودک با خواهر یا برادرش مربوط است، می‌توان تکلیف خانگی بازی دو نفره کودکان را به آن‌ها داد و حتی جلسه‌ای را با حضور خواهر یا برادر کودک هدایت نمود. اهداف و برنامه این جلسه تا زمان تسلط یافتن والدین بر مهارت‌ها می‌تواند ادامه داشته باشد.

**جلسه آخر: جلسه فارغ التحصیلی (با حضور کودک).** ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار در این جلسه انجام می‌شود. باید بر اهمیت ادامه دادن استفاده از مهارت‌ها تأکید شود و درمانگر رضایت خود را از موفقیت والدین در فرآیند درمان نشان دهد. برای جلسه حمایتی که سه ماه بعد از پایان درمان برگزار می‌شود، باید برنامه‌ریزی شود. به خانواده‌ها گفته می‌شود که در هر زمان با مشکلی مواجه شدند می‌توانند با درمانگر در تماس باشند و در صورت نیاز برای آن‌ها جلسه فوق‌العاده‌ای برگزار خواهد شد.

\*\*\*

### مقیاس خودکارآمدی والدگری در مداخله زود هنگام

والد گرامی: خواهشمندیم در پاسخ به پرسش‌ها، پاسخی را مشخص کنید که احساسات و عقاید شما را به بهترین وجه توصیف می‌کند. اگر هیچ یک از پاسخ‌ها با احساسات و عقاید شما کاملاً منطبق نبود، پاسخی را انتخاب کنید که تقریباً احساس و عقاید شما را نشان می‌دهد. لطفاً به تمامی سوالات به‌طور کامل پاسخ دهید تا بتوانیم استفاده مفید و مؤثر از همکاری شما داشته باشیم.

1. اگر فرزند مشکلاتی داشته باشد، من برای یافتن راه‌هایی جهت کمک به او می‌توانم فکر کنم.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
2. هنگامی که فرزندم پیشرفت می‌کند، علت آن این است که من می‌توانم در رشد فرزندم تفاوتی را ایجاد نمایم.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
3. هنگامی که این اتفاق می‌افتد، والدین واقعاً نمی‌توانند کاری انجام دهند، به‌خاطر این که رشد کودک بیشتر به درمانگران برنامه درمان زود هنگام بستگی دارد.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
4. اگر یکی از درمانگران برنامه درمان زود هنگام مشکلی با فرزندم داشته باشند، من می‌توانم پیشنهادهایی را به او بدهم.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
5. کودکان بیشترین پیشرفت را در صورتی خواهند داشت که درمانگران برنامه درمان زود هنگام به‌جای والدین با آن‌ها کار کنند.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
6. حتی یک والد خوب هم تأثیر زیادی بر این که کودکان احساس خوبی نسبت به خودشان داشته باشند، ندارد.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
7. من احساس می‌کنم که می‌توانم با درمانگر برنامه درمان زود هنگام کودکم به‌عنوان بخشی از یک تیم به‌خوبی کار کنم.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
8. به‌دلیل این که کمک بسیار کمی از جانب جامعه وجود دارد، اغلب نسبت به این که چقدر خدمات کمی را برای فرزندم و سایر اعضای خانواده‌ام توانسته‌ام بیابم، احساس ناراحتی یا عصبانیت می‌کنم.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
9. اگر فرزندم چیزی را به‌سرعت یاد بگیرد، احتمالاً به‌این دلیل است که من می‌دانستم که چگونه به او کمک کنم که چیزهای جدید را یاد بگیرد.	کاملاً مخالفم	نسبتاً مخالفم	مخالفم	مطمئن نیستم	موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم

کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	10. اگر درمانگر برنامه زودهنگام بعضی اطلاعاتی را که ما درباره آن - ها قبلاً صحبت کرده‌ایم نداشت، من می‌توانم آن اطلاعات را بیایم و به درمانگر برنامه درمان زودهنگام منتقل کنم.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	11. هنگامی که فرزندم بالاتر از حد انتظار عمل می‌کند، در بسیاری از موارد به‌این دلیل است که من برای کمک به او کمی بیشتر تلاش کردم.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	12. میزانی که یک کودک کم سن و سال یاد خواهد گرفت غالباً به پیش‌زمینه خانوادگی، محله و درمانگر برنامه درمان زودهنگام بستگی دارد تا به والدین او.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	13. اگر بقیه دنیا بیشتر من را می‌فهمید، می‌توانستم به فرزندم کمک بیشتری کنم.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	14. به‌طور کلی کمکی که می‌توانم به درمانگر برنامه درمان زودهنگام فرزندم کنم، تأثیر زیادی بر فرزند خودم دارد.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	15. در اغلب روزها می‌توانم بیشتر بالا و پایین‌های والد بودن را اداره کنم.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	16. نگرانم از این‌که به‌دلیل مسئولیت‌های خارج از خانه که وقت و انرژی من را می‌گیرند، به اندازه کافی والد خوبی نباشم.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	17. هنگامی که فرزندم بیمار است، احساس می‌کنم که نمی‌توانم برای فرزندم یا سایر اعضای خانواده‌ام کاری انجام دهم.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	18. در طی سال گذشته پیشرفتم در این‌که یک والد بهتر باشم را می‌توانم ببینم.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	19. این اهمیت ندارد که چقدر تلاش می‌کنم؛ به‌نظر می‌رسد نتوانسته‌ام راهی را برای به‌دست آوردن خدماتی که فرزندم و خانواده‌ام نیاز دارند، بیایم.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	
کاملاً	نسبتاً	مطمئن	مخالقم	نسبتاً	کاملاً	20. خصوصیاتی که کودک از پیش از تولد دارد نسبت به هر چیزی که والدین او برایش انجام می‌دهند با اهمیت‌تر است.
موافقم	موافقم	نیستم	مخالقم	مخالقم	مخالقم	

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 پرتال جامع علوم انسانی