

# تدوین برنامه درمانی «یکپارچه با خانواده» برای اوتیسم و مقایسه اثربخشی آن با «پرنده کوچولو» بر کاهش استرس والدگری والدین کودکان مبتلا به اوتیسم

صنم باقریان خسروشاهی<sup>۱</sup>، حمیدرضا پوراعتقاد<sup>۲</sup>، جلیل فتح آبادی<sup>۳</sup>، نوشین فایضی<sup>۴</sup>، مریم محمدی<sup>۵</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** اوتیسم یکی از رایج‌ترین اختلالات عصبی-رشدی محسوب می‌شود که میزان استرس والدگری را به شدت افزایش می‌دهد. کاهش استرس والدگری، بر درمان کودک تأثیر مثبتی دارد. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف تدوین برنامه آموزش والدین مؤثر بر کاهش استرس والدگری والدین کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** بخش اول این مطالعه از نوع کیفی و حاصل سه دسته اطلاعات شامل مصاحبه عمقی با ۱۱ متخصص، مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۳۰ والد و مرور ۱۰۱ مقاله بود. بخش دوم مطالعه از نوع آزمایشی، همراه با گروه شاهد و گروه بدون مداخله بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت. بدین منظور، ۴۲ والد کودک مبتلا به اوتیسم از میان والدین این کودکان که در زمان انجام پژوهش از مرکز تهران اوتیسم خدمات توانبخشی دریافت می‌کردند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پژوهش، شاخص استرس والدگری (Abidin Parenting Stress Index) یا (PSI) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس یک‌طرفه در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.  $P < 0/05$  به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، بر تقویت‌گری ( $P = 0/032$ )، خلق ( $P = 0/010$ )، پذیرندگی ( $P = 0/013$ )، سازش‌پذیری ( $P = 0/004$ ) و نمره کل استرس کودک ( $P = 0/004$ ) تأثیر معنی‌داری داشت. همچنین، با احساس صلاحیت ( $P = 0/002$ )، افسردگی ( $P = 0/001$ )، انزوای اجتماعی ( $P = 0/002$ )، دلبستگی ( $P < 0/001$ )، محدودیت نقش ( $P = 0/001$ )، سلامت والدین ( $P = 0/003$ )، نمره کل استرس والد ( $P < 0/001$ ) و نمره کل استرس والد-کودک ( $P < 0/001$ ) رابطه معنی‌داری را نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** در مقایسه با آموزش‌های والدین پیشین از جمله پرنده کوچولو که به طور عمده بر استرس قلمرو کودک مؤثر بودند، برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده به دلیل پرداختن به مسایل خاص هر خانواده و نیز جامع بودن، بر کاهش استرس قلمرو والد نیز مؤثر می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** اوتیسم، برنامه آموزش والدین، استرس والدگری

**ارجاع:** باقریان خسروشاهی صنم، پوراعتقاد حمیدرضا، فتح آبادی جلیل، فایضی نوشین، محمدی مریم. تدوین برنامه درمانی «یکپارچه با خانواده» برای اوتیسم و مقایسه اثربخشی آن با «پرنده کوچولو» بر کاهش استرس والدگری والدین کودکان مبتلا به اوتیسم. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۱): ۱۸-۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۹

است (۳). این مشکلات موجب افزایش استرس در والدین می‌شود که این امر خود باعث تقویت مشکلات رفتاری کودک می‌گردد (۱).  
منظور از استرس والدگری، استرس در نظام والد-کودک است که ویژگی‌های استرس‌زای کودک (استرس قلمرو کودک) و پاسخ‌های والدین به

## مقدمه

اختلالات طیف اوتیسم از جمله اختلالات عصبی-رشدی مادام‌العمر به شمار می‌رود (۱) و با نقص اجتماعی، ارتباطی و رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای مشخص می‌شود (۲). یکی از اصلی‌ترین نشانه‌های اوتیسم، مشکلات رفتاری

- ۱- دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- استاد، گروه روان‌شناسی، پژوهشکده علوم شناختی و مغز، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- کارشناس ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران، تهران، ایران
- ۵- کارشناس ارشد، خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: h.pouretamad@yahoo.com

نویسنده مسؤول: حمیدرضا پوراعتقاد

ضروری است. در چنین حالتی، حفظ فضای درمان پس از اتمام دوره آموزش نیز امکان‌پذیر می‌شود. بنابراین، در پژوهش حاضر ابتدا عوامل مؤثر بر درمان هر خانواده شناسایی شد. سپس، برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده بر همین اساس تدوین گردید و اثربخشی آن بر هر دو قلمرو کودک و والد استرس والدگری در مقایسه با برنامه پرند کوجولو مورد ارزیابی قرار گرفت.

### مواد و روش‌ها

در بخش اول پژوهش، برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده تدوین شد. برای تدوین برنامه، از میان ۱۲۰ مقاله‌ای که از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی Elsevier، PubMed، Wiley، Springer و Sage و نشریات داخلی دانشگاهی با کلید واژه‌های «اوتیسم، خانواده، درمان، والدین و فنوتایپ» در فارسی و «Autism، Family، Phenotype، Treatment، Therapy» در انگلیسی قابل دستیابی بودند، ۱۰۱ مقاله انتخاب شدند. معیارهای ورود مقالات به پژوهش شامل به زبان فارسی یا انگلیسی بودن مقاله، هدف مطالعه بررسی ویژگی‌های والدین یا عوامل مؤثر بر درمان کودک باشد و مشخص بودن شیوه پژوهش و شرایط نمونه‌گیری و ویژگی‌های گروه نمونه بود.

مصاحبه عمقی با ۱۱ متخصص (روان‌پزشک اطفال، روان‌شناس، گفتار درمانگر و کاردرمانگر) تا حد اشباع درون فردی و بین‌فردی صورت گرفت. مصاحبه ساختار یافته با ۳۰ والد (نمونه‌گیری در دسترس) تا حد اشباع درون فردی و بین فردی نیز انجام شد (۲۷). شیوه تحلیل هر سه مرحله، تحلیل محتوا و واحد تحلیل، جمله بود. در هر مرحله، جملات توسط دو کدگذار با کدگذاری آزاد (Open coding) کدگذاری شد. سپس با کدگذاری محوری (Axial coding) (۲۵)، طبقات مشخص گردید و بار دیگر با در دست داشتن طبقات، جملات مرور شد. در هر سه مرحله، سه ملاک اعتبار تحلیل محتوا یعنی عینیت (Objectivity)، انتظام (System) و عمومیت (Generality) رعایت شد (۲۸). در مرور پیشینه به منظور عینیت، این که کدام مطالعات و چه بخش‌هایی از هر مطالعه وارد شود، از پیش تعیین شد. به منظور انتظام از پیش مشخص گردید که جملات شامل مؤلفه مؤثر بر درمان، وارد تحلیل شوند. جهت تعیین عمومیت، یافته‌ها روی هم ریخته شد و سه متخصص هم‌زمان آن‌ها را دسته‌بندی نمودند. برای تعیین اعتبار در مورد مصاحبه‌ها، زمان کافی برای انجام مصاحبه صرف شد. مصاحبه‌ها توسط فردی به جز مصاحبه کننده پیاده شد، اما به تأیید وی رسید. تمام گام‌های پژوهش مستندسازی شد. از دو متخصص که در پژوهش شرکت نداشتند، در مورد نتایج نظرخواهی صورت گرفت که انتقال‌پذیری انجام شود (۲۹). در مجموع، هشت عامل مؤثر در درمان به دست آمد که شامل «ویژگی‌های فردی والدین، رابطه والد-کودک، سلامت روان والدین، خانواده، فراخانواده، رابطه والد-والد، دانش خانواده درباره اوتیسم و استیگما (Stigma)» بود. متخصصان (یک نفر دکتری و دو نفر دانشجوی دکتری) در یک گروه سه نفره؛ تأیید صوری جلسات را انجام دادند.

برنامه حاضر شامل نه جلسه گروهی در برگزیده هشت عامل بود که از سه منبع مذکور به دست آمد. برای طراحی برنامه، از تکنیک‌های کنترل رفتار آموزش برنامه زود هنگام انجمن اوتیسم انگلستان (National Autistic Society-EarlyBird Program یا NAS-EarlyBird Program) (۳۰) و نیز برنامه تیچ و پکس و اسپل استفاده شد. در طراحی بخش مربوط به خانواده نیز تکنیک‌های خانواده درمانی شناختی- رفتاری به کار رفت.

این ویژگی‌ها (استرس قلمرو والد) را در برمی‌گیرد (۴). پژوهش‌های متعددی به میزان زیاد استرس در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم پرداخته‌اند. از جمله Ingersoll و همکاران بر این باور هستند که والدین این کودکان، بیشتر نگران نیازهای آینده کودک خود می‌باشند و در نتیجه، استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (۵). DeSousa و Sangoi معتقد هستند که مادران این کودکان استرس بالایی دارند، اما از آن‌جا که انکار مشکلات در این گروه مشاهده می‌شود، ردیابی این استرس دشوار است (۶). از جمله عوامل استرس‌زای والدگری، می‌توان به عوامل بافتی مانند درآمد کم و تعاملات والد و کودک (۷)، عدم دریافت حمایت کافی از سوی همسر و کمبود حمایت غیر رسمی (۸)، برخی از ویژگی‌های کودک همچون پاسخگری ضعیف (۹)، مشکلات رفتاری (۸)، ویژگی‌های خاص والدین شامل ویژگی‌های زیرآستانه‌ای اوتیسم مانند صفات انعطاف‌ناپذیری (۹) و صفات اضطرابی (۱۰) و نقص مهارت‌های اجتماعی (۱۱، ۱۲) در تعامل با ویژگی‌های کودک اشاره نمود (۱۳).

استرس والدین می‌تواند موجب ادراک بیشتر والدین از آسیب فرزندشان شود (۱۴) و اثر منفی استرس را بیشتر گزارش کنند (۱۵). استرس والد به اشکال مختلف بر کودک اثرگذار است و رشد کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸) و موجب گرایش والدین به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر والدگری و بهره‌برداری کمتر از برنامه‌های درمانی می‌شود (۱۶). استرس والد بر درمان کودک تأثیر منفی می‌گذارد (۱۷). کاهش میزان استرس والدین، می‌تواند یکی از قوی‌ترین عوامل مؤثر بر برنامه‌های آموزش والدین زود هنگام باشد (۸).

برخی عوامل بر کاهش استرس والدگری مؤثر می‌باشند که از آن جمله می‌توان به مشارکت والدین در فعالیت‌های پرت کننده حواس (۷)، برنامه‌ریزی پاسخ متناسب برای رفتارهای چالش‌برانگیز (۱۲) و مشارکت والدین در درمان (۱۸) اشاره کرد؛ چرا که اهداف برنامه‌های آموزش والدین، تجهیز آنان با جنبه‌های مختلف مهارت‌های والدگری است (۱۹).

مداخلات والدینی متنوعی برای کودکان مبتلا به اوتیسم ایجاد شده است که اثربخشی آن‌ها به طور عمده بر نشانه‌های کودک می‌باشد و این موارد در مطالعات Moes و Frea (۲۰) و خسروشاهی و همکاران (۲۱) تأیید گردید. اثربخشی این مداخلات بر والدین این کودکان نیز بررسی شده است که منجر به بهبود سلامت عمومی مادران (۲۲)، بهبود کیفیت زندگی آنان (۲۳) و کاهش استرس والدگری مادران (۲۴) شده است. تمرکز بر نتایج کودک، بدون در نظر گرفتن اثر مداخله بر والدین مؤثر نخواهد بود (۲۵). از این‌رو، نتیجه بررسی اثربخشی آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها بر استرس والدگری، نشان داد که این برنامه (برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها) به دلیل عدم توجه به مشکلات هیجانی والدین با وجود کاهش معنی‌دار استرس قلمرو کودک و نمره کل استرس والد-کودک، در کاهش استرس قلمرو والد شکست خورده (۲۶)؛ در حالی که در مطالعات مشابه پیشین (۱۶)، نتایج استرس قلمرو والد-کودک به صورت جداگانه گزارش نشده است.

سنجش پویایی‌های خانواده به درک نحوه تأثیر اختلال بر زندگی خانوادگی کمک خواهد کرد و طراحی روشی برای توانمند کردن خانواده امکان‌پذیر خواهد شد (۲۷). با برگزاری دوره‌های مختلف برنامه پرند کوجولو، مشخص شد که افراد مختلف به میزان متفاوتی از آن بهره می‌برند. به نظر می‌رسد که علت این مسأله، مشکلات خاص هر خانواده باشد. در نتیجه، شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر درمان و تدوین برنامه آموزش والدین جامع و منعطف و سازگار با هر خانواده،

یا مادر بودند که معیارهای ورود آنان شامل دریافت خدمات ABA (که پیش تر ذکر گردید) به منظور کنترل اثربخشی عدم دریافت درمان یا دریافت درمان‌های دیگر بر کاهش استرس والدین، عدم وجود اختلالی به جز اوتیسم در کودک؛ چرا که می‌تواند استرس والدین را تشدید نماید، سن پیش از دبستان؛ به دلیل این که با بزرگتر شدن کودکان مبتلا به اوتیسم، نیازهای مراقبتی آنان نیز افزایش می‌یابد و استرس مزمن بر سلامت والدین اثر می‌گذارد و در نتیجه، فرایند کاهش استرس در سنین بالاتر پیچیده‌تر خواهد شد (۱). والدین بیولوژیک کودک باشند؛ چرا که وجود ویژگی‌های زیرآستانه‌ای اوتیسم در والدین بیولوژیک کودکان (۳۱)، با مشکلات پرورش کودک تعامل می‌کند و منجر به افزایش استرس والدگری آن‌ها می‌گردد (۹). در پژوهش حاضر فقط والدین بیولوژیک وارد نمونه شدند. دارای فرزندان دوقلوی مبتلا به اوتیسم نباشند؛ به دلیل این که استرس را افزایش می‌دهد. هدف از این ملاک‌ها، افزایش قابلیت تعمیم مطالعه بود.

دلیل انتخاب ۹ جلسه، پرداختن به هشت عامل در هر جلسه می‌باشد و یک جلسه اضافی نیز نیازسنجی بود. هر جلسه شامل دو قسمت بود؛ قسمت نظری که از ارزیابی، راهنمایی و آموزش‌های نظری و قسمت عملی که از آموزش راهکارهای والدگری متناظر با شرایط خاص هر خانواده تشکیل شد. محتوای جلسات در جدول ۱ قابل مشاهده است.

بخش دوم پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با دو گروه شاهد (پرنده کوچولو و در حال انتظار) و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه شامل تمامی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بود که در سال ۱۳۹۳ از مرکز تهران اوتیسم و اوتیسم آوا، تحلیل رفتار کاربردی (Applied behavioral analysis یا ABA) را دریافت کردند (والدین ۱۵۰ کودک مبتلا به اوتیسم). شیوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که با کلیه والدین واجد ملاک‌های ورود، (۸۶ خانواده) تماس گرفته شد و اطلاع‌رسانی صورت گرفت. کسانی که اعلام آمادگی نمودند، ۵۳ والد-پدر

جدول ۱. برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده

عنوان جلسه	هدف جلسه
جلسه اول	نیازسنجی برای هماهنگ سازی اهداف دوره با نیازهای موجود در گروه حاضر، اوتیسم، سبب‌شناسی، افزایش شیوع، فضای ارتباط خانوادگی با توجه به یافته‌های ارتباطات عصبی
جلسه دوم	بخش نظری: علل ایجاد اوتیسم (ژنتیک و محیط)، اثر علل بر ارتباطات عصبی، تعریف درمان (دستکاری مستقیم سیستم عصبی و دستکاری محیط)، مفهوم دستکاری محیط (خدمات درمانی و بستر درمانی)، تعریف بستر درمانی و نقش هر دو والد در آن. عناوین بخش عملی: استیگما و نحوه واکنش نشان دادن به این استیگما، مطرح کردن موضوع اوتیسم با اطرافیان، شیوه واکنش به نگرش افراد جامعه، شیوه مقابله با جلب حمایت اجتماعی و بازسازماندهی مثبت، کمک به پذیرش جامعه از اختلال کودک
جلسه سوم	عناوین بخش نظری: اهمیت ارتباط، رویه اجتماعی ارتباط و نحوه ایجاد رویه اجتماعی برای افزایش درک کودک از دستورات، تکنیک کاهش نه گفتن. بخش عملی: نتایج حاصل از تفسیر MMPI به شکل نیم‌رخ، نحوه اثرگذاری مشکلات سلامت روان بر روند درمان کودک، اثر افسردگی و اضطراب بر کاهش تنوع تجارب کودک، اثر تنوع تجارب کودک بر شکل‌گیری ارتباطات عصبی و درمان کودک، اثر شیوه مقابله حل مسأله برای کاهش اضطراب و افسردگی، بهره‌گیری از مقابله جلب حمایت اجتماعی، تنظیم هیجانی و مقابله با کنار آمدن برای کاهش مشکلات سلامت روان
جلسه چهارم	رویه اشتراکی، جلب مشارکت کودک در بازی‌ها، بخش عملی: نتایج حاصل از پرسش‌نامه اوتیسم‌بهر و آرایه توضیحات لازم بر اساس پیشینه در مورد نحوه تأثیر ویژگی‌های زیرآستانه‌ای اوتیسم بر درمان کودک، تعریف ویژگی‌های زیرآستانه‌ای اوتیسم، اندوفنوتایپ اوتیسم و تعریف آن، نحوه اثرگذاری ویژگی مقاومت در برابر تغییر بر کاهش تنوع تجارب کودک، نحوه جلب حمایت اعضای خانواده با آگاهی از تأثیر نقص مهارت‌های اجتماعی و دوری‌گزینی بر این حمایت‌ها
جلسه پنجم	انواع مشکلات رفتاری، علل مشکلات رفتاری، استفاده از شیوه کوه یخی برای علت‌یابی. در بخش دوم، نتایج حاصل از پرسش‌نامه رضایت زناشویی ENRICH به صورت نیم‌رخ، علل کاهش رضایت زناشویی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، شیوه جلب حمایت همسر، نحوه مدیریت زمان، بررسی مشکلات گروه حاضر، ارجاع در صورت نیاز به کمک تخصصی‌تر
جلسه ششم	مرور تکالیف مربوط به تکنیک کوه یخی، تکنیک استار برای مشکلات رفتاری، چند مثال از مشکلات رفتاری کودکان، موقعیت رخداد مشکل رفتاری، راهانداز، تکنیک استار، استفاده از تقویت‌کننده برای کنترل رفتار. بخش عملی: استرس والدگری، نتایج مقیاس استرس والدینی به صورت نیم‌رخ، عوامل مؤثر بر افزایش استرس والدگری، پذیرش اوتیسم، افزایش مقاومت فردی، نحوه نگرش نسبت به اوتیسم و روند درمان، مرور فیلم از پیشرفت کودکان مبتلا به اوتیسم، ارجاع مناسب والدین در صورت وجود استرس بیش از حد مداخله حاضر
جلسه هفتم	اهمیت بازی، انواع بازی، دلایل بازی نکردن کودک مبتلا به اوتیسم، شیوه وارد کردن کودک به بازی. بخش عملی: رابطه والد-کودک در اوتیسم، عوامل مؤثر بر بهبود رابطه والد-کودک، دلایل وجود مشکل در این رابطه، نحوه افزایش مشارکت کودک در بازی، مثال‌هایی از بازی‌های متناسب سنین مختلف و اهداف آن‌ها
جلسه هشتم	نحوه مقابله با مشکلات رفتاری، دلایل حرکات کلیشه‌ای، دلایل مشکلات خواب کودکان مبتلا به اوتیسم، بخش دوم: مرور استیگما، نقش امید، حمایت، علاقه و پذیرش. بحث گروهی در مورد استیگما و کمک گرفتن از منابع فراخانواده
جلسه نهم	علل مشکلات خوردن، کمک به کاهش مشکلات خوردن، حساسیت‌زدایی منظم، آموزش توالی، مشکلات آموزش توالی کودکان مبتلا به اوتیسم، کاهش مشکلات آموزش توالی، بخش عملی: نقش حمایت خانواده در درمان، نقش فضای خانواده، چیدمان خانه متناسب برای افزایش مشارکت کودک در فعالیت‌ها، چیدمان مناسب برای تشویق آغازگری ارتباط و افزایش مهارت کلامی کودکان مبتلا به اوتیسم، تکمیل پرسش‌نامه‌ها

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

در نهایت، ۴۲ والد انتخاب شدند (۱۱ نفر کنار گذاشته شدند؛ دو نفر به دلیل فرزندخواندگی، سه نفر به دلیل دو قلو بودن فرزندان مبتلا به اوتیسم و شش نفر به دلیل سن بالای کودک) و با تقسیم ۴۲ والد به سه گروه (یک گروه آزمایش و دو گروه شاهد یکی با برنامه پرند کوچولو و دیگری در انتظار مداخله)، ۱۴ والد در هر گروه قرار گرفتند. طبق پژوهش‌های مشابه در حوزه اوتیسم (۱۶)، تعداد نمونه برای انجام پژوهش کافی بود. والدین پس از اعلام موافقت، در یک جلسه معارفه انفرادی شرکت و رضایت‌نامه را امضا نمودند. سپس به سه گروه تقسیم شدند که میانگین سه گروه از نظر سن کودک، سطح اقتصادی والدین، مدت زمان سپری شده پس از دریافت تشخیص و سن والدین (۷، ۵)، برابر بود. این برابری با جابه‌جا کردن افراد بین گروه‌ها اتفاق افتاد. ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت گردید. به مشارکت کنندگان گفته شد که اثربخشی برنامه در مرحله آزمون می‌باشد و به همین دلیل رایگان است. خانواده‌ها توافق نمودند تا انتها در جلسات شرکت و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمایند. فرایند اجرای پژوهش و نحوه احراز ملاحظات اخلاقی به صورت پیشنهاد طرح پژوهشی به گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی ارایه و تصویب شد. گروه نمونه انتخابی به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایش، گروه مقایسه و گروه شاهد منصوب شدند. پیش از شروع دوره، شاخص استرس والدگری (Abidin Parenting Stress Index یا PSI) برای هر سه گروه اجرا شد. ۹ جلسه مداخله (به صورت یک جلسه دو ساعته گروهی در هفته) در مورد دو گروه آزمایش و مقایسه انجام گردید. پس از اجرای مداخله، بار دیگر شاخص استرس والدینی (Abidin بر روی هر سه گروه انجام گرفت. یک ماه پس از اتمام دوره شاخص استرس والدینی، مرحله پیگیری برای هر سه گروه اجرا شد. جمع‌آوری داده‌ها توسط سه نفر صورت گرفت (دو نفر دانشجوی کارشناسی ارشد و یک نفر دانشجوی دکتری روان‌شناسی). نتایج با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل گردید.

برنامه پرند کوچولو: این برنامه پیش‌تر طی پایان‌نامه کارشناسی ارشد (۳۳) و بر اساس NAS-EarlyBird Program (۳۴) تهیه شده بود و در مرکز تهران اوتیسم وجود داشت. جهت تهیه برنامه، ابتدا برنامه اصلی به زبان فارسی ترجمه و بر اساس تفاوت‌های فرهنگی مورد مشاهده مترجمان، جلساتی به برنامه اضافه گردید (شامل یک جلسه کارگاه که حضور پدران در آن الزامی بود و چندین تکلیف). اثربخشی برنامه پرند کوچولو بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اوتیسم (۲۱)، بهبود سلامت عمومی مادران (۲۴) و کاهش استرس والدگری با نمره کل شاخص (۳۵) نشان داده شده است.

### یافته‌ها

میانگین سنی کودکان، ۴۲ ماه بود. ۶ نفر از والدین خانه‌دار و ۸ نفر شاغل بودند (بر اساس طبقه‌بندی شغلی سال ۲۰۱۰ (۳۶) از تعداد کل افراد، شغل سه نفر سطح سه (نیازمند آموزش پس از دبیرستان، اما نه تا حد مدرک دانشگاهی) و پنج نفر شغل سطح چهار (مشاغل حرفه‌ای یا مدیریتی سطح بالا) داشتند. هر سه گروه از هر دو جنس والدین تشکیل شده بود و میانگین سنی آنان در هر سه گروه، ۳۳ سال به دست آمد. با جمع‌بندی نظرات سه منبع، ۸ عامل مؤثر بر درمان به دست آمد که در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲. مقایسه عوامل فضای ارتباط خانوادگی مؤثر بر درمان اوتیسم از سه منظر

والدین	متخصصان	مقالات	درجه اولویت عوامل
رابطه والد- کودک	رابطه والد- کودک	ویژگی‌های فردی	۱
خانواده	ویژگی‌های فردی والدین	سلامت روان والدین	۲
ویژگی‌های فردی والدین	فراخانواده	رابطه والد- کودک	۳
دانش خانواده درباره اوتیسم	سلامت روان والدین	فراخانواده	۴
رابطه والد- والد	رابطه والد- والد	رابطه والد- والد	۵
سلامت روان والدین	خانواده	استیگما	۶
فراخانواده	دانش والدین درباره اوتیسم	خانواده	۷
-	استیگما	دانش والدین درباره اوتیسم	۸

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس در مرحله پس آزمون

متغیر	F	P	میانگین مجذورات
کودک-بی توجهی	۰/۴۲۸	۰/۸۶۷	۲۰/۳۸۱
کودک-فزون طلبی	۰/۲۱۹	۱/۵۷۸	۴۸/۰۴۸
کودک-نمره کل	۰/۰۰۴*	۶/۲۴۳	۱۴۸۸/۹۰۵
والد-احساس صلاحیت	۰/۰۰۲**	۷/۰۷۲	۲۵/۶۱۹
والد-محدودیت نقش	۰/۰۰۱**	۸/۵۴۷	۱۵۹/۱۹۰
والد-افسردگی	۰/۰۰۱**	۸/۳۹۰	۱۲۸/۱۹۰
والد-انزوای اجتماعی	۰/۰۰۲**	۷/۴۰۹	۱۰۷/۲۸۶
والد-سلامت والدین	۰/۰۰۳**	۶/۹۷۶	۶۰/۳۳۳
والد-نمره کل	< ۰/۰۰۱ <sup>†</sup>	۱۷/۶۱۷	۵۴۹۲/۹۰۵
والد-کودک (نمره کل)	< ۰/۰۰۱ <sup>††</sup>	۹/۵۱۲	۹۶۳۴/۴۷۶

\* $P < ۰/۰۵$  متغیر استرس کل قلمرو کودک (مقایسه بین سه گروه)؛ \*\* $P < ۰/۰۵$  متغیر احساس صلاحیت قلمرو والد (مقایسه بین سه گروه)؛ <sup>†</sup> $P < ۰/۰۵$  متغیر استرس کل قلمرو والد (مقایسه بین سه گروه)؛ <sup>††</sup> $P < ۰/۰۵$  متغیر استرس کل قلمرو والد-کودک (مقایسه بین سه گروه)

جهت بررسی تفاضل پس آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس متغیرهای استرس والدگری در مرحله پیگیری

متغیر	F	P	میانگین مجذورات
کودک-بی توجهی	۰/۱۹۱	۱/۷۲۶	۱۶/۰۰۰
کودک-تقویت گری	۰/۲۰۱	۱/۶۷۰	۸/۳۳۳
کودک-خلق	۰/۶۸۹	۰/۳۷۶	۳/۰۰۰
کودک-پذیرندگی	۰/۴۸۸	۰/۷۳۲	۱۰/۰۴۸
کودک-سازش پذیری	۰/۴۳۵	۰/۸۵۰	۹/۳۳۳
کودک-فزون طلبی	۰/۲۲۹	۱/۵۳۱	۱۰/۶۱۹
کودک-نمره کل	۰/۶۳۵	۰/۴۳۱	۵۷/۷۶۲
والد-احساس صلاحیت	۰/۹۸۶	۰/۰۱۴	۰/۱۴۳
والد-دلبستگی	۰/۸۵۷	۰/۱۵۵	۱/۲۸۶
والد-محدودیت نقش	۰/۲۳۰	۱/۵۲۷	۱۴/۴۷۶
والد-انزوای اجتماعی	۰/۹۳۷	۰/۰۶۵	۰/۶۱۹
والد-سلامت والدین	۰/۰۵۷	۳/۰۹۵	۱۹/۱۹۰
والد-نمره کل	۰/۶۲۴	۰/۴۷۷	۶۸/۹۰۵
والد-کودک (نمره کل)	۰/۷۴۱	۰/۳۰۲	۱۴۵/۸۵۷

با توجه به داده‌های جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس جهت تفاضل پس آزمون و پیگیری در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنی دار نبود.

## بحث

در پژوهش حاضر، برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده تدوین شد و میزان اثربخشی آن در مقایسه با برنامه پرندۀ کوچولو بر کاهش میزان استرس والدین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که اثر برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، بر متغیرهای تقویت‌گری، خلق، پذیرندگی، سازش‌پذیری و نمره کل استرس کودک و همچنین، احساس صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش،

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مجموع از منظر سه منبع، هشت عامل در فضای خانوادگی کودکان مبتلا به اوتیسم وجود داشت که در درمان کودک مؤثر می‌باشد و برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده بر اساس این هشت عامل طراحی گردید و پژوهش وارد فاز دوم شد. در فاز دوم، ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس بررسی شد. پیش‌فرض‌ها برای متغیرهای تقویت‌گری، خلق، پذیرندگی و سازش‌پذیری از قلمرو کودک و متغیرهای دلبستگی و روابط با همسر از قلمرو والد برقرار بود. نتایج تحلیل کوواریانس برای این متغیرها در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. یافته‌های حاصل از انجام تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون

متغیر	F	P	مقدار $\eta^2$
کودک-تقویت گری	۳/۷۸۶	۰/۰۳۲*	۰/۱۶۶
کودک-خلق	۵/۲۳۶	۰/۰۱۰*	۰/۲۱۶
کودک-پذیرندگی	۴/۹۲۰	۰/۰۱۳*	۰/۲۰۶
کودک-سازش‌پذیری	۶/۴۸۵	۰/۰۰۴*	۴/۲۵۴
والد-دلبستگی	۱۱/۱۷۸	< ۰/۰۰۱**	۰/۳۷۰
والد-روابط با همسر	۲/۲۴۲	۰/۱۲۰	۰/۱۰۶

\* $P < ۰/۰۵$  متغیرهای تقویت‌گری، خلق، پذیرندگی و سازش‌پذیری از قلمرو کودک (مقایسه بین سه گروه)؛ \*\* $P < ۰/۰۵$  متغیر دلبستگی از قلمرو والد (مقایسه بین سه گروه)

در مرحله بعد، میانگین تعدیل شده گروه‌ها محاسبه شد تا مشخص شود شرایط کدام یک از گروه‌ها بهتر است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج میانگین تعدیل شده سه گروه

متغیر / گروه	یکپارچه با خانواده	پرندۀ کوچولو	در حال انتظار
کودک-تقویت گری	۱۰/۹۹۵*	۱۲/۷۵۸	۱۲/۷۴۷
کودک-خلق	۱۰/۱۰۲*	۱۲/۴۱۱	۱۲/۹۱۶
کودک-پذیرندگی	۱۴/۸۰۰	۱۸/۶۸۸	۱۴/۴۴۰
کودک-سازش‌پذیری	۲۵/۱۱۲*	۲۷/۷۰۸	۳۰/۳۲۲
والد-دلبستگی	۱۱/۷۸۵*	۱۶/۱۹۷	۱۴/۸۷۵
والد-روابط با همسر	۱۶/۹۵۰**	۱۹/۰۲۱	۱۸/۶۷۲

\*میانگین گروه برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده در متغیرهای تقویت‌گری، خلق و سازش‌پذیری، کمتر از دو گروه دیگر بود؛ \*\*میانگین گروه برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده در متغیر روابط با همسر، کمتر از دو گروه دیگر بود.

در مورد بقیه متغیرها، تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه گردید و تحلیل واریانس بر نمرات تفاضل انجام گرفت (جدول ۵).

با توجه به داده‌های جدول ۵، کودک-بی توجهی و کودک-فزون طلبی بین سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. آزمون پیگیری نشان داد که گروه برنامه درمانی یکپارچه با خانواده از نظر متغیرهای استرس کودک، احساس صلاحیت، محدودیت نقش، افسردگی، انزوای اجتماعی، سلامت والدین، استرس والد و استرس والد-کودک، با هر دو گروه پرندۀ کوچولو و در حال انتظار تفاوت معنی‌داری داشت، اما بین دو گروه دیگر از نظر متغیرهای مذکور، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

خانواده، هر دو به رویکرد حل مسأله در برابر مشکلات رفتاری کودک مبتلا به اوتیسم توجه دارند، اما با توجه به این که برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده به طور ویژه و جامع به هر خانواده می‌پردازد و بیشتر از پرنده کوچولو بر کاهش استرس والدگری مؤثر بوده است، می‌توان نتیجه گرفت که این برنامه توانسته است موجب استفاده از رویکرد حل مسأله شود. تمرکز صرف بر نتایج سطح کودک بدون ارزیابی اثر مداخله بر زندگی خانواده، موجب کاهش اثر مداخله می‌شود. آموزش خوب شامل وارد کردن کودک و خانواده در درمان و هماهنگ کردن آن درمان با توانمندی‌ها و رویه‌های خانواده است (۱۶).

یکی از عوامل اصلی افزایش استرس والدگری در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، کمبود حمایت حرفه‌ای مناسب و نارضایتی از رابطه با متخصصان می‌باشد (۴۱). در برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، والدین از نحوه رابطه با متخصصان رضایت داشتند و به ویژه پدران این گروه در مصاحبه شفاهی پس از اتمام دوره، معتقد بودند که دلیل حضور مرتب آنان در جلسات، مباحثه‌های مفیدی بود که با متخصصان به صورت گروهی صورت می‌گرفت. لازم به ذکر است که پدران کودکان مبتلا به اوتیسم، در پاسخ به استرس داشتن کودک مبتلا بیشتر از کودکان فاصله می‌گیرند (۱۷). فنون اجتناب- فرار به طور کلی استرس والدگری را افزایش می‌دهد (۴۲). بنابراین، این نکته نیز می‌تواند یکی از دلایل اثربخشی بیشتر این برنامه در مقایسه با پرنده کوچولو بر استرس والدگری باشد. لازم به یادآوری است که برنامه پرنده کوچولو به طور عمده به صورت کارگاه آموزش تکنیک برگزار می‌شود و در نتیجه، کیفیت رابطه با متخصصان در دو گروه متفاوت بود.

یکی از ویژگی‌های برجسته برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، اعطاف‌پذیری آن با در نظر گرفتن نیازهای والدینی است که در یک دوره این آموزش والدین شرکت می‌کنند. در نتیجه، اجرای این برنامه در گروه‌های مختلف والدین می‌تواند به ایجاد تصویر بهتری از یک برنامه درمانی منعطف برای والدین کودکان مبتلا به اوتیسم کمک نماید. علاوه بر این، آزمون پیگیری تفاوت معنی‌داری را بین اعضای سه گروه در هیچ کدام از زیرمقیاس‌ها نشان نداد که این یافته حاکی از ماندگار بودن اثربخشی این برنامه پس از اتمام دوره می‌باشد. در نتیجه، می‌تواند به عنوان برنامه آموزش والدین مؤثر در کلینیک‌ها به کار رود.

### محدودیت‌ها

پژوهش حاضر تنها برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده را با برنامه پرنده کوچولو که در دسترس نویسندگان بود، مورد مقایسه قرار داد. همچنین، سطح اطمینان آزمون به علت کم بودن تعداد نمونه، پایین بود که این مسأله در مورد پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه اختلالاتی همچون اوتیسم رخ می‌دهد (۳۲)، شاید تعدادی از والدین به دلیل وجود ویژگی‌های زیرآستانه‌ای اوتیسم، تمایلی به شرکت در برنامه‌های گروهی ندارند.

### پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود تا برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، با برنامه‌های دیگر آموزش والدین بر اساس متغیرهای مختلف مقایسه گردد تا تصویر جامعی از درمان مناسب برای هر خانواده خاص کودک مبتلا به اوتیسم به دست آید. همچنین، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های گروهی آموزش والدین، به صورت بخش اصلی از پکیج درمانی برای فرد مبتلا به اوتیسم به تمامی والدین ارایه گردد یا برای کسانی که

سلامت والدین و نمره کل استرس والد و نیز نمره کل استرس والد- کودک معنی‌دار بود. استرس والدگری یکی از بخش‌های آموزشی برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده بود که با آموزش تکنیک‌هایی برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اوتیسم از جمله تکنیک استار و کوه یخی و با آموزش شیوه‌های برقراری ارتباط با کودک، ارزیابی سطح بازی کودک، طراحی بازی‌های مناسب توسط والد و آموزش در مورد میزان نیاز کودک به بازی و گذران زمان با والد، مطرح گردید (۱۸، ۱۲، ۸، ۱). از سوی دیگر، در برنامه پرنده کوچولو نیز با آموزش تکنیک‌های کاهش مشکلات رفتاری کودک شامل استار و کوه یخی، به بخشی از این موضوع پرداخته می‌شود (۳۴).

تغییرات پژوهش حاضر، با شاخص استرس والدگری مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، بیشتر از برنامه پرنده کوچولو بر هر دو بعد (نحوه مدیریت مشکلات رفتاری کودک و نحوه برقراری ارتباط مناسب با کودک) مؤثر است. یافته‌های آزمون پیگیری حاکی از این بود که برنامه پرنده کوچولو در مقایسه با گروه در حال انتظار مداخله، بر کاهش استرس والدگری تأثیر معنی‌داری نداشت. نتیجه به دست آمده با توجه به این که گروه در انتظار مداخله نیز هم‌زمان درمان ABA را دریافت می‌کردند و شامل استفاده از تقویت‌کننده‌های مختلف برای رفتار ناسازگارانه می‌باشد (۳۷)، قابل تبیین است.

مشکلات متعددی می‌تواند منجر به کاهش درون‌داد اجتماعی و زبانی در طول زمان گردد و از این طریق، بر تحول زبان در کودک اثرگذار باشد (۳۸). پژوهش‌ها استرس والدگری بالا را نشان می‌دهند (۳۹، ۱۷، ۲، ۱). عوامل زیادی بر افزایش استرس والدگری اثرگذار می‌باشند که از آن جمله می‌توان به مقاومت فردی والدین، حمایت اجتماعی در یافتی والدین و مشکلات رفتاری کودک (۱)، عدم توانایی برنامه‌ریزی و اکتش مناسب در برابر مشکلات رفتاری (۱۷)، کمبود پاسخگویی هیجانی و همدلی والدین (۲)، سبک مقابله هیجان‌مدار (۷) و توانایی محدود مراقبت از کودک (۱۷) اشاره نمود. ویژگی‌های فردی مادر از جمله میزان علاقه اجتماعی وی نیز تأثیرگذار است (۹)؛ بدین معنی که مادری که علاقه اجتماعی وی کم است، استرس والدگری را بیشتر ادراک می‌کند. وجود افسردگی در مادر نیز می‌تواند استرس والد را افزایش دهد (۱۷) و به همین دلیل در برنامه حاضر برای ارزیابی مشکلات هیجانی و ارجاع مناسب، از MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) استفاده گردید. دانش والدین با تغییر رفتار والد نیز بر میزان استرس والدگری تأثیر دارد (۱۲).

برنامه‌های آموزش خانواده، اغلب برای درمان کودکان دارای رفتار مخرب استفاده می‌شود (۴۰) و اثرات مفیدی بر کاهش استرس والدگری دارد (۴۱). به عنوان مثال، آموزش خانواده جامع می‌تواند صلاحیت والدگری را افزایش دهد (۸). برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها با استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری، به دلیل نپرداختن به مسایل زناشویی و مشکلات هیجانی والدین در اثربخشی بر والد- صلاحیت و والد- دلبستگی شکست خورده است (۱۱). با توجه به این یافته‌ها، اثربخشی معنی‌دار برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده با توجه به پرداختن این برنامه به صورت جامع به نیازهای خاص خانواده‌ها از جمله رابطه والد- والد و ویژگی‌های فردی والدین، قابل تبیین است. از سوی دیگر، این برنامه هم به مشکلات سلامت روان والدین از جمله افسردگی والدین می‌پردازد و هم دانش والدین را افزایش می‌دهد و از این طریق اثربخش می‌باشد. اگرچه برنامه پرنده کوچولو و برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با

تمایل به شرکت در گروه را ندارند، به صورت بروشور یا کتابچه ارائه شود.

### نتیجه‌گیری

برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، علاوه بر تأثیر بر استرس‌های قلمرو کودک، به دلیل پرداختن به مسایل هر خانواده به صورت جامع، بر استرس‌های قلمرو والد نیز مؤثر است و از این‌رو، برنامه به نسبت مفیدی می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری مصوب دانشگاه شهید بهشتی با کد ۱۶۳۹ می‌باشد. بدین‌وسیله از کارکنان و والدین کودکان مبتلا به اوتیسم مرکز ساماندهی درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک- تهران اوتیسم برای کمک‌هایشان جهت انجام این پژوهش قدردانی می‌گردد.

### نقش نویسندگان

صنم باقریان خسروشاهی جمع‌آوری داده‌های اولیه از طریق مرور مقالات، انجام مصاحبه با متخصصان، انجام مصاحبه با والدین، مشارکت در طراحی برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، مشارکت در اجرای جلسات برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، جمع‌آوری نتایج و تحلیل آن‌ها، مشارکت در نوشتن نسخه اولیه مقاله و مرور نسخه نهایی مقاله، حمیدرضا پوراعتماد ارایه سوپرویزن برای انجام مصاحبه با متخصصان و والدین، آموزش و نظارت دقیق بر نحوه مرور مقالات، نظارت بر عملکرد گروه طراح برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، مشارکت در اجرای جلسات برنامه درمانی مذکور، نظارت بر تحلیل نتایج

و تدوین نسخه نهایی مقاله، جلیل فتح‌آبادی مشارکت در طراحی برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، مشارکت در تحلیل نتایج، نظارت بر تدوین مقاله و مرور نسخه نهایی، نوشین فایضی مشارکت در طراحی برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، مشارکت در اجرای جلسات برنامه درمانی مذکور، مشارکت در جمع‌آوری نتایج، مشارکت در تحلیل نتایج، مشارکت در تدوین نسخه اولیه مقاله و مرور نسخه نهایی مقاله، مریم محمدی مشارکت در اجرای جلسات برنامه درمانی اوتیسم یکپارچه با خانواده، مشارکت در جمع‌آوری نتایج، مشارکت در تدوین نسخه اولیه مقاله و مرور نسخه نهایی را به عهده داشته‌اند.

### منابع مالی

از دانشگاه شهید بهشتی به جهت تأمین منابع مالی این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

در پژوهش حاضر از نسخه فارسی برنامه زودهنگام انجمن ملی اوتیسم انگلستان با نام پرند کوچولو استفاده شد. این برنامه طی پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم باقریان خسروشاهی در دانشگاه شهید بهشتی (سال ۱۳۸۷) به فارسی برگردانده و پس از افزودن بخش‌هایی به آن و انجام تغییراتی، بومی‌سازی و هنجاریابی شد. تمامی حقوق پکیج مذکور متعلق به مرکز ساماندهی درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک- تهران اوتیسم می‌باشد. در پژوهش حاضر این پکیج تحت نظارت مرکز ساماندهی درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک و با رضایت آنان مورد استفاده قرار گرفت.

### References

- Allen KA, Bowles TV, Weber LL. Mothers' and fathers' stress associated with parenting a child with autism spectrum disorder. *Autism Insights* 2013; 5(1): 1-11.
- Piven J, Palmer P, Jacobi D, Childress D, Arndt S. Broader autism phenotype: evidence from a family history study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry* 1997; 154(2): 185-90.
- Cruz LP, Camargos-Junior W, Rocha FL. The broad autism phenotype in parents of individuals with autism: a systematic review of the literature. *Trends Psychiatry Psychother* 2013; 35(4): 252-63.
- Tahmassian K, Anari A, Fathabadi M. Influencing factors of parental self-efficacy in mothers of 2-6 year-old children. *Journal of Family Research* 2011; 6(4): 483-95. [In Persian].
- Ingersoll B, Meyer K, Becker MW. Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism phenotype. *Autism Res* 2011; 4(2): 143-8.
- DeSousa A, Sangoi K. Depression in mothers of autistic children (an analysis of maternal, child and family variables). *Indian Journal of Private Psychiatry* 2010; 4(1): 17-22.
- Pottie CG, Ingram KM. Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: a multilevel modeling approach. *J Fam Psychol* 2008; 22(6): 855-64.
- Gupta A, Singhal N. Psychological Support for Families of Children with Autism. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2005; 16(2): 62-3.
- Losh M, Klusek J, Martin GE, Sideris J, Parlier M, Piven J. Defining genetically meaningful language and personality traits in relatives of individuals with fragile X syndrome and relatives of individuals with autism. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2012; 159B(6): 660-8.
- Pickles A, Starr E, Kazak S, Bolton P, Papanikolaou K, Bailey A, et al. Variable expression of the autism broader phenotype: findings from extended pedigrees. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41(4): 491-502.
- Hurley RS, Losh M, Parlier M, Reznick JS, Piven J. The broad autism phenotype questionnaire. *J Autism Dev Disord* 2007; 37(9): 1679-90.
- Hollander E, King A, Delaney K, Smith CJ, Silverman JM. Obsessive-compulsive behaviors in parents of multiplex autism families. *Psychiatry Res* 2003; 117(1): 11-6.
- Hasani M. Comparison of personality characteristics and attachment style in mothers of children with autism and normal

- children. *Journal of Social Issues & Humanities* 2013; 1(2): 1-5. [In Persian].
14. Ingersoll B, Hambrick DZ. The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2011; 5(1): 337-44.
  15. Tarabek J. Relationship satisfaction and mental health of parents of children with autism: A comparison of autism, ADHD, and normative children [MSc Thesis]. Blacksburg, VA: Virginia Polytechnic Institute and State University; 2011.
  16. Sarabi Jamab M, Hasanadadi A, Mashhadi A, Asgharinekah M. The effects of parent education and skill training program on stress of mothers of children with autism. *Journal of Family Research* 2012; 8(3): 261-72. [In Persian].
  17. Mancil GR, Boyd BA, Edesem P. Parental stress and autism: are there useful coping strategies? *Educ Train Dev Disabil* 2009; 44(4): 523-37.
  18. Matson ML, Mahan S, Matson JL. Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2009; 3(4): 868-75.
  19. Yucel G, Atilla C. The Effectiveness of a Parent Education Programme Offered Through Distance Education About Independent Autistic Children Education Centre (IACEC). *Turkish Online Journal of Distance Education* 2007; 8(1): 23-32.
  20. Moes DR, Frea WD. Contextualized behavioral support in early intervention for children with autism and their families. *J Autism Dev Disord* 2002; 32(6): 519-33.
  21. Khosroshahi SB, Pouretamad HR, Khooshabi K. WPCPG 2010 The effect of little bird program in decreasing problem behaviors of autistic children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1166-70.
  22. Khorram Abadi R, Pouretamad H, Mazaheri A, Dehghani M, Khosroshahi S. The effectiveness of the 'little bird' program in the general health of mothers with autistic children. *Journal of Family Research* 2011; 7(3): 325-41. [In Persian].
  23. Chimeh N, Tahmasian K, Pouretamad HR, Ofoghi H, Ahmadabadi Z. Development of the psycho-educational program of "living adjusted with autism" and its effectiveness on limiting the autistic symptoms in children and their mothers' life quality. *Research on Exceptional Children* 2013; 13(2): 21-32. [In Persian].
  24. Saberi J, Bahrampour M, Yarmohmadian A. The effectiveness of group positive parenting program on parental stress of mothers of children with autism Disorder. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2014; 15(56): 69-77. [In Persian].
  25. Webster A, Feiler A, Webster V. Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *J Early Child Res* 2004; 2(1): 25-41.
  26. White PJ, O'Reilly M, Streusand W, Levine A, Sigafos J, Lancioni G, et al. Best practices for teaching joint attention: A systematic review of the intervention literature. *Res Autism Spectr Disord* 2011; 5(4): 1283-95.
  27. Bagherian Khosroshahi S, Pouretamad HR, Fathabadi J. Effective components in the treatment of children with autism from the perspective of parents. *Journal of Applied Psychology* 2015; 8(4): 29-42. [In Persian].
  28. Cridland EK, Jones SC, Magee CA, Caputi P. Family-focused autism spectrum disorder research: A review of the utility of family systems approaches. *Autism* 2014; 18(3): 213-22.
  29. Holsti OR. Content analysis for the social sciences and humanities. Boston, MA: Addison-Wesley Pub. Co; 1969.
  30. Altheide DL, Johnson JM. Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. In: Denzin NK, Editor. *Handbook of qualitative research*. Los Angeles, CA: Sage; 1994. p. 485-99.
  31. Sasson NJ, Lam KS, Parlier M, Daniels JL, Piven J. Autism and the broad autism phenotype: familial patterns and intergenerational transmission. *J Neurodev Disord* 2013; 5(1): 11.
  32. Schultz TR, Stichter JP, Herzog MJ, McGhee SD, Lierheimer K. Social Competence Intervention for Parents (SCI-P): Comparing Outcomes for a Parent Education Program Targeting Adolescents with ASD. *Autism Res Treat* 2012; 2012: 10.
  33. Bagherian Khosroshahi S. The effectiveness of Little Bird program on decreasing problem behaviors of pre-school autistic children [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2008. [In Persian].
  34. Shields J. Parent Book. NAS earlybird programme. London, UK: National Autistic Society; 2001.
  35. Khoramabadi R., Pouretamad HR, Tahmasian K, Chimeh N. A comparative study of parental stress in mothers of autistic and non autistic children. *Journal of Family Research* 2009; 5(3): 387-99. [In Persian].
  36. Standard Occupational Classification. Structure and descriptions of unit groups. Office for National Statistics 2010. Available from: URL: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/classifications/current-standard-classifications/soc2010/soc2010-volume-1-structure-and-descriptions-of-unit-groups/index.html>
  37. Woo CC, Leon M. Environmental enrichment as an effective treatment for autism: a randomized controlled trial. *Behav Neurosci* 2013; 127(4): 487-97.
  38. Warren SF, Brady NC. The role of maternal responsivity in the development of children with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13(4): 330-8.
  39. Aydin A. An investigation of the relationship between self-compassion, humor and alexithymic characteristics of parents with autistic children. *International Journal on New Trends in Education & their Implications* 2014; 5(2): 145-59.
  40. McConachie H, Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2007; 13(1): 120-9.
  41. Pisula E. Parenting stress in mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. In: Mohammadi MR, Editor. *A comprehensive book on autism spectrum disorders*. New York, NY: InTech; 2011. p. 87-106.
  42. Honey E, Hastings RP, McConachie H. Use of the questionnaire on resources and stress (QRS-F) with parents of young children with autism. *Autism* 2005; 9(3): 246-55.



## Developing “Family Integrated Treatment” for Autistic Disorders and Comparing its Efficacy on Decreasing Parenting Stress of Parents of Autistic Children with “Little Bird” Method

Sanam Bagherian-Khosroshahi<sup>1</sup>, Hamid Reza Pouretamad<sup>2</sup>, Jalil Fathabadi<sup>3</sup>,  
Noshin Fayezi<sup>4</sup>, Maryam Mohammadi<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Autism is one of the most famous neuro-developmental disorders and increases parental stresses. On the other hand, decrease of parental stress has positive effect on child response to treatment. So, the main goal of this study was to develop a family education program for parents of children with autism, which is effective on decreasing their parental stress.

**Materials and Methods:** The first part of the study was a qualitative research of three categories of information resulted from deep interviews with 11 specialists, semi-structured interviews with 30 parents and review of 101 articles. The second part was an experimental research on two intervention, and one control groups, with three examination stages: before, after and one-month follow-up. To fulfill this goal, 42 parents were selected from the parents of autistic children who received services in Tehran Autism Center, Iran, during the study period, and then, were divided randomly to three groups. The material used for this section of study was Parental Stress Index (PSI). The results were analyzed using covariate analysis and analysis of variance techniques via SPSS<sub>20</sub> software.

**Results:** Our family integrated treatment method for autistic disorders was more efficient on decreasing reinforcing ( $P = 0.032$ ), mood ( $P = 0.010$ ), acceptability ( $P = 0.013$ ), and adaptability ( $P = 0.004$ ), and total score of child stress ( $P = 0.004$ ). In addition, it showed significant effect on competence ( $P = 0.002$ ), depression ( $P = 0.001$ ), social isolation ( $P = 0.002$ ), attachment ( $P < 0.001$ ), role restriction ( $P = 0.001$ ), parental health ( $P = 0.003$ ), and total score of parental stress ( $P < 0.001$ ), and also on PSI-total score ( $P < 0.001$ ), in comparison with 2 other groups.

**Conclusion:** In comparison with previous parental training programs like little bird program which mostly focuses on stress of child domain, family integrated treatment method pays attention to special needs of every single family and its comprehensiveness; and is effective on decreasing parental domain of stress as well.

**Keywords:** Autism, Parent training program, Parental stress

**Citation:** Bagherian-Khosroshahi S, Pouretamad HR, Fathabadi J, Fayezi N, Mohammadi M. **Developing “Family Integrated Treatment” for Autistic Disorders and Comparing its Efficacy on Decreasing Parenting Stress of Parents of Autistic Children with “Little Bird” Method.** *J Res Rehabil Sci* 2016; 12(1): 10-8.

Received date: 31/08/2015

Accept date: 18/03/2016

- 1- Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
  - 2- Professor, Department of Psychology, Institute for Cognitive and Brain Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
  - 3- Associate Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
  - 4- Department of General Psychology, School of Human Sciences, Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran
  - 5- Department of Family Therapy, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
- Corresponding Author:** Hamid Reza Pouretamad, Email: h.pouretamad@yahoo.com