

The Impact of Training Mothers of Autistic Children for Effective Communication Skills on Family Emotional Conditions, Adaptability and Cohesion

Abbas-Ali Hossein Khanzadeh, Ph.D.¹,
Mansuoreh Baghban Vahidi, M.A.²,
Nahid Nedae, M.A.³

Received: 2016.09.27

Revised: 2016.10.05

Accepted: 2017.02.04

تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان دارای اتیسم بر جو عاطفی، سازش‌پذیری و انسجام خانواده

دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده^۱، منصوره باغبان
وحیدی^۲، ناهید ندائی^۳

تجدیدنظر: ۱۳۹۵/۷/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۱۶

پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۱۰/۱۶

Abstract

Objective: This study was conducted to evaluate the impact of training parents of children with autism for effective communication skills on family emotional conditions, family adaptability and cohesion improvement in families of autistic children. **Method:** The present study used a semi-experimental pretest-posttest control-group design. Among the mothers of autistic children of 4-13 years old visiting Tehran Autism Center in the academic year 2015-2016, 24 mothers were selected according to eligibility criteria and were assigned to experimental and control groups through simple random sampling. After conducting the pre-test using the Family Emotional Conditions Questionnaire (Hill Bern, 1964) and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-III), the experimental group received 8 sessions of effective communication skills training. Ultimately, both groups took the post-test. **Results:** The resulting data were analyzed using the analysis of covariance. The results showed that effective communication skills training improves family emotional conditions and family adaptability ($p \leq 0.001$) for children with autism. **Conclusion:** Effective communication skills training is an effective training program for helping families with autistic children.

Keywords: Adaptability, Autism, Cohesion, Effective communication, Emotional conditions

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر به والدین کودکان دارای اتیسم بر بهبود جو عاطفی، سازش‌پذیری و انسجام خانواده کودکان دارای این اختلال انجام شد. **روش:** روش این پژوهش از نوع شبه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از میان مادران کودکان ۴ تا ۱۳ ساله دارای اتیسم از مرکز اتیسم تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵، ۲۴ نفر بر حسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب و به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. پس از انجام پیش‌آزمون به کمک پرسش‌نامه‌های جو عاطفی خانواده و سازش‌پذیری و انسجام خانواده، به گروه آزمایش طی ۸ جلسه مهارت‌های ارتباط مؤثر آموزش داده شد. در پایان از هر دو گروه سپس‌آزمون به عمل آمد و داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر سبب بهبودی جو عاطفی و همچنین افزایش سازش‌پذیری خانواده ($p \leq 0.001$) کودکان دارای اتیسم شده است. **نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر یک برنامه آموزشی کارآمد برای کمک به خانواده‌های کودکان دارای اتیسم است.

واژه‌های کلیدی: اتیسم، ارتباط مؤثر، جو عاطفی، سازش‌پذیری، انسجام

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Guilan

2. M.A. in Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch.

3. **Corresponding Author:** M.A. in Psychology, University of Guilan, **Email:** nahid.nedae@gmail.com

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی و احد رشت

۳. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه گیلان

مقدمه

فشار را به‌عنوان یکی از چالش‌های اصلی خانواده، به‌خصوص مادران نشان می‌دهد (گومز، لیما، بوئسو، آراوژو و سوزا، ۲۰۱۵). مادران این کودکان در مقایسه با مادران کودکان کم‌توان ذهنی بدون اتیسم و مادران کودکانی که به‌طور معمول در حال تحول هستند، مشکلات عاطفی بیشتری گزارش می‌کنند (توتسیکا، هیستینگز، امرسن، بریج و لنکستر، ۲۰۱۱). حتی می‌توان گفت هزینه‌های مالی و بیشتر از آن ویرانی عاطفی حاصل از مشکلات بزرگی که از بیماری فرد دارای اتیسم ناشی می‌شود و تقلای خانواده باعث کشمکش طولانی‌مدت و گاهی اوقات تهدید فیزیکی افراد دارای این اختلال و اطرافیان آنها می‌شود (راتاچک، ۲۰۱۱).

از سوی دیگر، زوج‌هایی که دارای کودکان کم‌توان هستند، دچار کشمکش‌های بیشتری هستند و سعادت زناشویی و انسجام خانوادگی تا حدودی پایین‌تر دارند. علاوه بر این، سازش‌پذیری خانواده آنها کمتر از خانواده‌های عادی است (هیگینز، بی‌لی و پی‌یرس، ۲۰۰۵). خانواده کودکان دارای اتیسم نیز به علت زمانی که صرف درمان و مراقبت از آنها می‌کنند، تعامل و فعالیت‌های اجتماعی محدودی دارند که این امر باعث ایجاد فاصله بین همسران و در نتیجه تأثیر منفی بر روابط بین‌فردی و زناشویی آنها می‌گردد (مک‌کیب، ۲۰۰۸).

در طول شصت سال پس از اینکه اتیسم برای اولین بار تشخیص داده شد، توجهی روزافزون به اختلال طیف اتیسم در سراسر جهان وجود دارد (مک‌کیب، ۲۰۱۳). با توجه به ماهیت فراگیر این اختلال و اثرات آن بر عملکرد فرد در خانه و مدرسه (آیوونون، دان‌لپ، هوبر و کین‌کید، ۲۰۰۳)، شرکت داشتن والدین در برنامه‌ریزی آموزشی و ارائه خدمات بسیار مهم است (کوکیتار و پارلد، ۲۰۰۹). در طی سال‌های گذشته، مشارکت والدین در مداخله برای فرزندانشان که دارای اتیسم هستند، افزایشی بسیار مشهود داشته است. بسیاری از والدین در حال حاضر انتخاب می‌کنند تا حدی نقش درمانگر را داشته

شیوع کلی اختلال طیف اتیسم یک کودک در بین ۶۸ کودک ۸ ساله (مراکز کنترل و پیشگیری بیماری^۱، ۲۰۱۴) و در تخمینی محافظه‌کارانه‌تر یک کودک در بین حدود ۱۵۲ کودک برآورد شده است (هیل، زاگرم و فامبون، ۲۰۱۴). اگرچه نشانه‌های بیماری افراد دارای این اختلال در دو حیطه ارتباط اجتماعی و علائق/رفتارهای تکراری محدود نمود می‌یابد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳)، اما به‌طور کلی این اختلال نشان‌دهنده طبقه‌ای گسترده از شرایطی است که انواع نقایص را شامل می‌شود و این نقایص به شکل قابل توجهی از خفیف تا شدید تغییر می‌کنند (فایفر، کونینگ، کنیلی، شپرد و هندرسن، ۲۰۱۱). مشکلات مربوط به روابط متقابل اجتماعی-عاطفی، رفتارهای ارتباطی مورد استفاده برای تعامل اجتماعی و نارسایی در توسعه، نگهداری و درک روابط به‌عنوان مشکلات اصلی اختلال طیف اتیسم ذکر شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در حقیقت افراد دارای این اختلال ممکن است در مقایسه با همسالانشان که دارای تحول عادی هستند، مشکلات اجتماعی، ارتباطی و مسائل مربوط به تعامل را در زندگی روزمره خود بیشتر تجربه کنند (ارن، ۲۰۱۵).

می‌توان گفت کودکان دارای اتیسم در مقایسه با سایر اختلال‌های روان‌پزشکی نیز مشکلات اجتماعی بیشتری دارند که این امر اغلب اوقات باعث نگرانی‌های والدین و استرس خانواده می‌گردد (حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲). بیماری پایدار کودک اضطراب دربارہ آینده او، انزوای اجتماعی (لیلی و تانگل، ۲۰۱۵)، به تعویق افتادن تشخیص، دشواری مواجه شدن با تشخیص و نشانه‌های همراه و دسترسی ضعیف به خدمات بهداشتی و حمایت اجتماعی سبب می‌شود که مادران این کودکان سطح بالایی از استرس را تجربه کنند. در واقع، اتیسم بر پویایی خانواده تأثیری جدی دارد به‌طوری که سبب فشار مضاعف بر مراقبان، به‌ویژه مادران می‌شود. پیشینه پژوهشی این

باشند. آنها این امر را یا با اجرای پیشنهادهایی انجام می‌دهند که بر پایه‌ای غیررسمی از سوی متخصصان پزشکی و آموزشی‌ای ارائه می‌شود که با کودکان آنها کار می‌کنند، یا با استفاده از یک مداخله متمرکزتر تمام‌وقت در منزل (ویلیامز و ویشارت، ۲۰۰۳).

اگرچه توسعه و ارزیابی رویکردهای مداخله زودهنگام برای اختلال طیف اتیسم رشدی سریع دارد، اکثر پژوهش‌ها در این زمینه بر نتایج حاصل برای کودک تمرکز کرده‌اند و بر منافی که این مداخله‌ها برای خانواده و والدین کودکان دارای این اختلال به همراه دارند، کمتر تأکید می‌کنند (وینر، هپبورن و گریفیث، ۲۰۱۶). اما همین اطلاعات اندک نیز نشان می‌دهد مداخله‌هایی که بر آموزش والدین کودکان دارای اتیسم متمرکز هستند، علاوه بر تأثیر مثبت بر کودکان به روش‌های مختلف بر خود والدین نیز اثرگذارند. به‌عنوان مثال این شیوه‌های مداخله، دانش مربوط به اتیسم و مهارت‌های درمانی والدین را افزایش می‌دهند (مک‌کوناچی و دیگل، ۲۰۰۷)، پاسخ‌دهی و تنظیم هیجانی آنها را اصلاح می‌کند (ویتینگهام، سفرونوف، شفیلد و سندرز، ۲۰۰۹)، سطوح استرس و افسردگی‌شان را کاهش داده و به‌طور کلی سلامت روانی و جسمی آنها را بهبود می‌بخشد (مک‌کوناچی و دیگل، ۲۰۰۷؛ رابرتز و پیکرینگ، ۲۰۱۰؛ تانج و همکاران، ۲۰۰۶)، خودکارآمدی والدگری را افزایش می‌دهد (ویتینگهام و همکاران، ۲۰۰۹) و عملکرد خانواده را بهبود می‌بخشد (مک‌کانکی و صمدی، ۲۰۱۳).

با توجه به آنچه گفته شد و با توجه به کمبود پیشینه پژوهشی در زمینه اثرگذاری اجرای شیوه‌های مبتنی بر ارتباط مؤثر بر خانواده‌های کودکان دارای اتیسم، به‌خصوص در ایران، لزوم بررسی این امر ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف پاسخ‌دهی به این مسئله اساسی انجام شد که آیا آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان دارای اتیسم در بهبود جو عاطفی و افزایش سازش‌پذیری و انسجام خانواده این کودکان تأثیرگذار

است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه‌تجربی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه عبارت بود از تمامی مادران دارای کودک ۴ تا ۱۳ ساله دارای اتیسم که در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ در مرکز اتیسم تهران خدمات دریافت می‌کردند. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۴ مادر دارای تحصیلات حداقل دیپلم بود که کودک دارای اتیسم در محدوده سنی ۴ تا ۱۳ سال با میانگین $8/79 \pm (3/13)$ داشتند. این کودکان از لحاظ شدت اختلال نیازمند حمایت (در سطح ۱) بودند و تشخیص سطح اتیسم آنها بر اساس نشانه‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ توسط مرکز اتیسم و روان‌پزشک اطفال به همراه مصاحبه بالینی صورت گرفت. این افراد به صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۲ نفره (آزمایش و کنترل) جای‌دهی شدند. پس از اتمام برگزاری جلسات مهارت‌های ارتباط مؤثر برای گروه آزمایش، هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که به جهت رعایت اصول اخلاقی، پیش از شروع مداخله از شرکت‌کنندگان در پژوهش به صورت کتبی رضایت‌نامه دریافت شد.

ابزار

پرسش‌نامه جو عاطفی خانواده. پرسش‌نامه جو عاطفی خانواده^۴ را هیل‌برن در سال ۱۹۶۴ طراحی کرده است. این پرسش‌نامه ۱۶ سؤالی میزان روابط عاطفی بین والدین و فرزند را می‌سنجد و دارای ۸ متغیر فرعی شامل محبت، نوازش، تأیید، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، تشویق، اعتماد و امنیت است. پاسخ هر یک از سؤال‌ها به صورت پنج‌گزینه‌ای بوده و نخستین پاسخ بیانگر ضعیف‌ترین و آخرین پاسخ نشان‌دهنده نیرومندترین رابطه عاطفی است که از زمان گذشته تا حال بین والدین و فرزند وجود داشته است. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این

آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش مظاهری، صادقی و حیدری (۱۳۸۷)، برای مؤلفه سازش‌پذیری ۰/۷۵ و برای مؤلفه انسجام ۰/۷۴ ذکر شده است.

برنامه آموزشی

مداخله شامل ۸ جلسه آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر بود که به‌صورت کارگاهی و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. این جلسات آموزشی شامل تمرین و آموزش مهارت‌های فرستنده پیام و گیرنده پیام، تمرین و آموزش مهارت‌های ارتباط کارآمد، حل تعارض و اصلاح شیوه‌های تخریب‌گر، تمرین مهارت حرف زدن و گوش دادن فعال، تمرکز بر مشکل، تشخیص تنش، تصدیق تفاوت‌ها، درخواست بازخورد، قردادانی کردن و مسئولیت در برابر نقش بود. بخش عمده برنامه آموزش مهارت‌های ارتباطی از برنامه درسی جامع مهارت‌های اجتماعی حسین خانزاده (۱۳۹۲) استخراج شد که اعتبار آن در پژوهش حسین خانزاده (۱۳۹۰) تأیید شده است. همچنین، بخش‌هایی از مداخله نیز با مطالعه منابع مکتوب از برنامه سان-رایز^۶ (کافمن، ۱۹۸۲) وام گرفته شد.

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش		شاخص‌های جمعیت‌شناختی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
				سن (سال)
٪۱۶/۶۶	۲	٪۱۶/۶۶	۲	۲۹-۲۰
٪۸۳/۳۳	۱۰	٪۸۳/۳۳	۱۰	۵۰-۳۰
				وضعیت تأهل
٪۸۳/۳۳	۱۰	٪۸۳/۳۳	۱۰	متاهل
٪۱۶/۶۶	۲	٪۱۶/۶۶	۲	مادران تنها
				سطح تحصیلات
٪۴۱/۶۶	۵	٪۵۰	۶	دیپلم
٪۱۶/۶۶	۲	٪۰	۰	فوق دیپلم
٪۲۵	۳	٪۴۱/۶۶	۵	لیسانس
٪۱۶/۶۶	۲	٪۸/۳۳	۱	فوق لیسانس
				وضعیت اشتغال
٪۵۸/۳۳	۷	٪۵۰	۶	شاغل
٪۴۱/۶۶	۵	٪۵۰	۶	خانه‌دار

پرسش‌نامه در ایران، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل آن ۰/۹۳ و مقادیر I روایی ملاک برای هر یک از ابعاد به ترتیب برابر ۰/۶۱، ۰/۵۹، ۰/۶۲، ۰/۷۷، ۰/۶۴، ۰/۶۷، ۰/۵۲ و ۰/۶۴ گزارش شده است (حقیقی، شکرکن و موسوی شوشتری، ۱۳۸۱).

پرسش‌نامه سازش‌پذیری و انسجام خانواده.

پرسش‌نامه سازش‌پذیری و انسجام خانواده^۵ (اولسون، پرتنر و لای، ۱۹۸۵) یک ابزار ۲۰ گویه‌ای است که برای سنجش دو مؤلفه مهم کارکرد خانواده یعنی سازش‌پذیری و انسجام طراحی شده است. والدین به عبارات این پرسش‌نامه به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای در دامنه ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. جهت اندازه‌گیری مستقیم رضایت از خانواده، پاسخ‌گویی به عبارات در دو موقعیت واقعی و آرمانی صورت می‌گیرد. در پژوهش حاضر نمره کل بررسی نشد و فقط مؤلفه‌های سازش‌پذیری و انسجام تنها در موقعیت فعلی خانواده و نه موقعیت آرمانی مورد سنجش قرار گرفتند. در پژوهش وندویک و اکبلاد (۱۹۹۳) همبستگی بین سازش‌پذیری و انسجام نشان داد که این دو مؤلفه مستقل از یکدیگر هستند (۰/۰۳ = r). همچنین، روایی به‌دست‌آمده برای سازش‌پذیری ۰/۶۲ و برای انسجام ۰/۷۷ بود.

شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش‌آزمون و تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است. پس‌آزمون، شامل میانگین و انحراف استاندارد، به

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل (تعداد: ۲۴)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
جو عاطفی	آزمایش	۳۷/۴۲	۳/۰۵	۴۲/۱۷	۲/۵۱
	کنترل	۳۵/۱۷	۲/۸۲	۳۵/۴۲	۲/۲۷
محبت	آزمایش	۶/۰۸	۱/۳۷	۶/۷۵	۰/۷۵
	کنترل	۵/۵۰	۱/۳۱	۵/۹۲	۱/۳۷
نوازش	آزمایش	۵/۰۸	۰/۹۹	۵/۵۸	۱/۰۸
	کنترل	۵/۰۸	۰/۹۹	۴/۸۳	۱/۰۳
تأیید	آزمایش	۴/۲۵	۰/۹۶	۴/۹۲	۰/۶۶
	کنترل	۴/۱۷	۰/۹۳	۴/۲۵	۰/۶۲
تجربه‌های مشترک	آزمایش	۳/۵۸	۱/۰۸	۴/۴۲	۰/۶۶
	کنترل	۳/۵۸	۰/۹۰	۳	۰/۶۰
هدیه دادن	آزمایش	۵	۱/۱۲	۵/۴۲	۰/۹۰
	کنترل	۴/۲۵	۰/۷۵	۴/۵۰	۱
تشویق	آزمایش	۴/۹۲	۰/۷۹	۵/۳۳	۰/۸۸
	کنترل	۴/۴۲	۰/۷۹	۴/۶۷	۰/۷۷
اعتماد	آزمایش	۴/۲۵	۰/۸۶	۴/۶۷	۰/۶۵
	کنترل	۴	۰/۹۵	۳/۹۲	۰/۹
امنیت	آزمایش	۴/۷۵	۰/۷۵	۴/۹۲	۰/۵۱
	کنترل	۴/۰۸	۰/۷۹	۴/۷۵	۰/۶۲
سازش‌پذیری	آزمایش	۷۶/۵۰	۸/۳۶	۶۰/۵۰	۹/۹۱
	کنترل	۷۸/۴۲	۸/۴۱	۷۸	۷/۶۷
انسجام	آزمایش	۷۵/۵۰	۱۱/۷۵	۶۸/۷۵	۹/۲۰
	کنترل	۸۴/۰۸	۴/۶۸	۷۸/۷۵	۸/۱۸

شد و نتایج نشان داد که بین دو گروه در نمره کل جو عاطفی خانواده تفاوت معنادار وجود دارد ($P \leq 0/001$ ، $F = 4/80$) و اندازه اثر $0/66$ است.

برای بررسی اینکه میانگین کدام‌یک از گروه‌ها در پس‌آزمون نمره کل جو عاطفی خانواده پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است، میانگین‌های تصحیح‌شده با استفاده از تصحیح بنفرونی برآورد شدند. نتایج نشان داد که میانگین گروه آزمایش در

در بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کل جو عاطفی خانواده در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن در دو گروه برابر است ($P > 0/07$ ، $F = 3/71$). بنابراین، برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با پیش‌آزمون در نمره کل جو عاطفی خانواده، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده

کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد. با توجه به نتایج این آزمون، آماره F بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده معنادار بود ($P \leq 0/001$ ، $F = 8/77$ ، $F = 0/17$ ، Wilks' Lambda). بنابراین، می‌توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده در پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون و تعامل بین مؤلفه‌ها، تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی اینکه گروه‌های آزمایش و کنترل در کدامیک از مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده با یکدیگر تفاوت دارند، از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن نشان داد میزان معناداری آماره F برای مؤلفه تجربه‌های مشترک ($24/92$) $0/001$ و برای مؤلفه تأیید ($5/89$) $0/05$ است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در این مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر نیز برای مؤلفه تجربه‌های مشترک $0/54$ و برای تأیید $0/22$ بود که نشان می‌دهد این تفاوت‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. آماره F برای مؤلفه‌های محبت ($2/01$)، نوازش ($1/04$)، هدیه دادن ($2/96$)، تشویق ($2/83$)، اعتماد ($2/19$)، و امنیت ($0/02$) معنادار نبود ($0/05 > P$) که نشان می‌دهد گروه‌های آزمایش و کنترل در این مؤلفه‌ها با یکدیگر تفاوتی ندارند.

برای بررسی اینکه میانگین کدامیک از گروه‌ها در پس‌آزمون هر یک از مؤلفه‌های معنادار جو عاطفی خانواده یعنی تأیید و تجربه‌های مشترک پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است، میانگین‌های تصحیح‌شده با استفاده از تصحیح بنفرونی برآورد شدند. نتایج نشان داد که میانگین گروه آزمایش در هر دو مؤلفه از میانگین گروه کنترل

نمره کل جو عاطفی خانواده $41/65$ و میانگین گروه کنترل $35/92$ بوده و تفاوت میانگین بین این دو گروه ($5/73$) معنادار است ($P \leq 0/001$). یعنی، میانگین گروه آزمایش در نمره کل جو عاطفی خانواده به صورت معناداری از میانگین گروه کنترل بیشتر است. در نتیجه، با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان دارای اتیسم باعث بهبود مؤلفه جو عاطفی خانواده می‌شود.

قبل از بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر بر مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده (محبت، نوازش، تأیید، تجربه‌های مشترک، هدیه دادن، تشویق، اعتماد، و امنیت) با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک‌راهه، بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون این مؤلفه‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آنها در دو گروه برابر است ($F = 2/61$ ، $P > 0/06$). همچنین، نتایج آزمون ام باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F این آزمون معنادار است ($F = 1/56$ ، $P \leq 0/02$). با توجه به حساسیت بالای این آزمون، سطح معناداری آن $0/001$ در نظر گرفته می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه این آماره در پژوهش حاضر در سطح $0/05$ معنادار بود، نتیجه گرفته شد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است. نتایج آزمون F دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری همبستگی بین مؤلفه‌های جو عاطفی خانواده نیز نشان داد که رابطه معناداری بین این مؤلفه‌ها وجود دارد ($df = 35$ ، $P \leq 0/05$) و می‌توان از آزمون تحلیل

گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های سازش‌پذیری و انسجام خانواده معنادار بود ($Wilks' \Lambda = 0/40, F = 14/12, P \leq 0/001$). بنابراین، می‌توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ مؤلفه‌های سازش‌پذیری و انسجام خانواده در پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون و تعامل بین مؤلفه‌ها، تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی اینکه گروه‌های آزمایش و کنترل در کدامیک از مؤلفه‌های سازش‌پذیری و انسجام خانواده با یکدیگر تفاوت دارند، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده گردید که نتایج آن نشان داد آماره F برای مؤلفه سازش‌پذیری ($27/83$) معنادار است ($P \leq 0/001$). این یافته نشانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در این مؤلفه تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر $0/58$ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. آماره F برای مؤلفه انسجام ($3/94$) معنادار نبود ($P > 0/05$) که نشان می‌دهد گروه‌های آزمایش و کنترل در این مؤلفه با یکدیگر تفاوتی ندارند.

برای بررسی اینکه میانگین کدامیک از گروه‌ها در پس‌آزمون مؤلفه سازش‌پذیری خانواده پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون بیشتر است، میانگین‌های تصحیح‌شده با استفاده از تصحیح بنفرونی برآورد شدند. نتایج نشان داد که میانگین گروه آزمایش در این مؤلفه $62/44$ و میانگین گروه کنترل $76/06$ بوده و تفاوت میانگین بین این دو گروه ($-13/61$) معنادار است ($P \leq 0/001$). بنابراین، می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش در این مؤلفه به صورت معناداری از میانگین گروه کنترل کمتر است. با توجه به اینکه در این بعد نمرات بالا به معنی سازش‌پذیری کمتر است، می‌توان گفت که میزان سازش‌پذیری خانواده در گروه

در این مؤلفه‌ها به صورت معناداری بیشتر است. بنابراین، با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان دارای اتیسم، هم‌جو عاطفی خانواده را به صورت کلی بهبود می‌بخشد و هم بر مؤلفه‌های تأیید، و تجربه‌های مشترک تأثیر مثبت دارد، اما بر مؤلفه‌های محبت، نوازش، هدیه دادن، تشویق، اعتماد، و امنیت تأثیر معناداری ندارد.

قبل از بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر بر مؤلفه‌های سازش‌پذیری و انسجام خانواده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک‌راهه، بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون این مؤلفه‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آنها در دو گروه برابر است ($F = 1/48, P = 0/23$). همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F این آزمون معنادار است ($F = 4/24, P \leq 0/01$). با توجه به حساسیت بالای این آزمون، سطح معناداری آن $0/001$ در نظر گرفته می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه این آماره در پژوهش حاضر در سطح $0/01$ معنادار بود، نتیجه گرفته شد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است. نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری همبستگی بین مؤلفه‌های سازش‌پذیری و انسجام خانواده نیز نشان داد که رابطه معناداری بین این مؤلفه‌ها وجود دارد ($P \leq 0/007, df = 2$) و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده کرد.

با توجه به نتایج این آزمون، آماره F بررسی تفاوت

آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین، با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان دارای اتیسم، سازش‌پذیری خانواده این کودکان را بهبود می‌بخشد، اما بر مؤلفه انسجام خانواده تأثیر معناداری ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان دارای اتیسم باعث بهبود جو عاطفی و افزایش سازش‌پذیری خانواده کودکان دارای اتیسم می‌شود. گرچه تاکنون پژوهشی دقیقاً با هدفی مشابه مطالعه حاضر انجام نشده است، اما پیشینه پژوهش‌ها نشان‌دهنده اثرات مثبت آموزش برنامه‌های مبتنی بر روابط بین‌فردی به والدین کودکان دارای اتیسم بر اعضای این خانواده‌ها است. به‌عنوان مثال، نتایج پژوهش لوبی، لنز و تیلمن (۲۰۱۲) نشان داد که استفاده از درمان تعاملی بین والدین و کودک^۷ اثرات معناداری روی والدین کودکان پیش‌دبستانی دارد، به‌طوری که به کاهش شدت افسردگی و استرس والدگری کمک می‌کند و به افزایش تشخیص احساسات منجر می‌شود. علاوه بر این، تیمر و همکاران (۲۰۱۱) و ارکوئیزا و تیمر (۲۰۱۲) در تحقیقات خود نشان دادند اگر والدینی که دچار آسیب‌های روانی شده‌اند، درمان مبتنی بر ارتباط را که برای بهبود کودکان طراح شده است تا تکمیل آن ادامه دهند، ممکن است نشانه‌های روان‌شناختی خودشان نیز کاهش یابد. این شیوه درمانی مبتنی بر ارتباط یک روش آموزش رفتاری والدین است که به تغییر الگوهای ارتباطی غیرمؤثر بین والدین و کودک می‌پردازد (نی‌یری و آبرگ، ۲۰۰۲).

استس و همکاران (۲۰۱۴) نیز دریافتند والدینی که کودکان به‌تازگی دارای اتیسم تشخیص داده شده است در صورتی که در یک دوره سه‌ماهه از آغاز زودهنگام مدل دنور^۸ شرکت کنند در مقایسه با

والدینی که مداخله‌های معمول را دریافت می‌کنند، استرس والدگری کمتری را گزارش خواهند کرد. در حقیقت در پژوهش آنها گروهی که در مداخله شرکت کرده بودند هیچ افزایشی در استرس والدگری خود گزارش نکردند در حالی که گروه مقابل چنین چیزی را تجربه کردند. این شیوه مداخله مبتنی بر ارتباط ترکیبی از رویکردهای تحولی کودک و علم تحلیل رفتار کاربردی است (داوسن و همکاران، ۲۰۱۰).

در یک مطالعه دیگر روی خانواده‌هایی که در خانه‌هایشان برای کودک دارای اتیسم خود از برنامه سان-رایز استفاده می‌کردند، نشان داده شد که خانواده‌ها به‌طور کلی از اجرای آن احساس مثبت‌تری دارند و گزارش دادند که تعامل بین تمام خانواده نیز بهبود یافته است (ویلیامز و ویشارت، ۲۰۰۳). برنامه سان-رایز یک رویکرد کودک‌محور مبتنی بر ارتباط بر اساس این دیدگاه است که اتیسم یک اختلال تعامل اجتماعی است (کافمن، ۱۹۹۵).

یک رویکرد مبتنی بر ارتباط دیگر مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (فلورتایم)^۹ است که رشد کودکان را با تشویق آنها به تعامل با والدین و دیگران از طریق بازی توسعه می‌دهد (گرینسپن، ویدر و سایمنز، ۱۹۹۸). در یک مطالعه مقدماتی که اثرات این مدل را بر تعامل اجتماعی و عملکرد سازشی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بررسی کرده بود، کودکان تغییرات معناداری در عملکرد عاطفی، ارتباطات و مهارت‌های زندگی روزمره نشان دادند. علاوه بر این، مادران پس از اجرای این روش تغییرات مثبتی در تعاملات والدین-کودک خود گزارش کردند (لیائو و همکاران، ۲۰۱۴).

در توجیه نتایج حاصل از پژوهش حاضر باید گفت که لازمه جو عاطفی مناسب و سازش‌پذیری و انسجام در هر خانواده از جمله خانواده‌هایی که دارای کودک با کم‌توانی هستند، وجود ارتباط و تعامل مؤثر بین اعضای خانواده از جمله بین والدین به‌خصوص مادر و کودک است. اگرچه یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال

توانمندی‌های کودک، برای سازگار کردن ارتباطات خانوادگی خود و ایجاد یک جو عاطفی صمیمانه در محیط خانه تلاش کنند. در حقیقت، بهبود روابط بین والدین و کودک به بهبود روابط بین همسران با یکدیگر و سایر اعضای خانواده منجر می‌شود. بنابراین، با توجه به نتایج حاصل توصیه می‌گردد که برنامه آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر به‌عنوان رویکردی خانواده‌محور جهت بهبود جو عاطفی و سازش‌پذیری خانواده کودکان دارای اتیسم مورد استفاده قرار گیرد. اما با توجه به محدودیت‌های پژوهش باید در تعمیم نتایج محتاط بود و منتظر انجام مطالعات بیشتری در این زمینه ماند. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به عدم بررسی تأثیر عواملی مانند ویژگی‌های مادران و سطوح مختلف هوش، کلام و شدت اختلال کودکان بر نتایج مداخله به‌علت مشکلات نمونه‌گیری، محدود بودن نمونه به مادران به‌علت عدم تمایل پدران به همکاری و پیگیری نکردن نتایج درازمدت مداخله به‌علت دسترسی نداشتن به همه افراد نمونه در درازمدت اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

با سپاس فراوان از مادران و کودکان عزیزی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را به‌عمل آوردند.

یادداشت‌ها

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
2. American Psychiatric Association
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5TM)
4. Family Emotional Conditions Questionnaire
5. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES- III)
6. Son-Rise Program (SRP)
7. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
8. Early Start Denver Model (ESDM)
9. Developmental, Individual-Difference Relations hip-Based Model (Floortime)

منابع

- حسین خانزاده، ع. (۱۳۹۰). طراحی و اعتباربخشی برنامه درسی مهارت‌های اجتماعی برای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی دوره‌های ابتدایی و راهنمایی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۰، ۴۱-۶۱.
- حسین خانزاده، ع. (۱۳۹۲). *آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و نوجوانان*. تهران: رشد فرهنگ.

طیف اتیسم نقص در مهارت‌های اجتماعی است (متسن، میهان و متسن، ۲۰۰۹)، اما این افراد در تعاملات اجتماعی ساختاریافته (پونت، باسه، رابریز و دو کورته، ۲۰۰۵) و زمانی که برانگیخته شده و به اندازه کافی در فعالیت‌ها درگیر شوند (بیگیر، ریفه، ترووت و اشتوکمان، ۲۰۰۳)، بهتر عمل می‌کنند. زمانی که یک برنامه مداخله‌ای مؤثر باشد، کودک مهارت‌های ارتباطی را یاد می‌گیرد که باعث می‌شود برهم‌کنش‌های درون خانواده کمتر استرس‌زا باشد. از سوی دیگر، شاید فلسفه پذیرنده و بدون قضاوت برنامه، والدین را به کسب دیدگاهی مثبت هم نسبت به پیشرفت کودک و هم اثرات دخالت برنامه بر خانواده تشویق می‌کند (ویلیامز و ویشارت، ۲۰۰۳). به‌طور کلی، مشارکت خانواده در آموزش کودکان دارای اتیسم به بهبود روابط و رضایت بیشتری از مراقبت منجر می‌شود (رنتی و رابریز، ۲۰۰۶) و عملکرد خانواده را افزایش می‌دهد (به‌عنوان مثال برهم‌کنش‌های مثبت‌تر؛ بنسن، کارلوف و سیپرستاین، ۲۰۰۸؛ کوگل، بیمبلا و شرایمن، ۱۹۹۶).

در کل می‌توان گفت ارتباط مؤثر بنیادی است که یک خانواده پایدار و منسجم بر اساس آن ساخته می‌شود (آسونی‌بار و اولوونایرجوآرو، ۲۰۰۶). بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر بر اهمیت مداخله والدین به‌خصوص مادران در روند آموزش کودکان دارای اتیسم تأکید می‌کند. زیرا آگاهی والدین از مهارت‌های ارتباط مؤثر و درگیر شدن آنها در تعامل‌های کودک دارای این اختلال سبب می‌شود والدین اعمال کودک خود را به درستی درک کنند و به آنها پاسخ بدهند. این امر نه‌تنها سبب بهره‌مندی کودک می‌گردد بلکه خواه‌ناخواه در تعامل بین اعضای خانواده و در نتیجه بهبود جو عاطفی و سازش‌پذیری خانواده مؤثر است.

توانمندسازی والدین کودکان دارای اتیسم، آنها را به عضو مؤثری در آموزش و پرورش کودک خود تبدیل می‌کند و سبب می‌شود تا از طریق ایجاد ارتباطی مؤثر، علاوه بر هماهنگ کردن انتظاراتشان با

- Journal of autism and developmental disorders*, 44(2), 353-365.
- Gomes P. T., Lima, L. H., Bueno, M. K., Araújo, L. A., & Souza, N. M. (2015). Autism in Brazil: A systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*, 91(2), 111-121.
- Greenspan S. I., Weider, S., & Simons, R. (1998). *The child with special needs: Encouraging Intellectual and Emotional Growth*. Reading, MA: Perseus Books.
- 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.
- Hill, A. P., Zuckerman, K. E. & Fombonne, E. (2014). Epidemiology of autism spectrum disorders. In: Volkmar. F. R., Paul R, Rogers SJ, Paul, R, Pelphrey, KA (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Diagnosis, Development, and Brain Mechanisms* (4th ed. Vol. 1. pp. 57-96). Hoboken, NJ: Wiley Press.
- Iovannone, R., Dunlap, G., Huber, H., & Kincaid, D. (2003). Effective educational practices for students with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 18(3), 150-165.
- Kaufman, B. N. (1982). *A miracle to believe in*. New York: Fawcett Crest.
- Kaufman, B. N. (1995). *Son-Rise: The miracle continues*. Tiburon, CA: H. J. Kramer, Inc.
- Koegel, R. L., Bimbela, A. & Schreiman, L. (1996). Collateral effects of parent training on family interactions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(3), 347-359.
- Liao, S. T., Hwang, Y. S., Chen, Y. J., Lee, P., Chen, S. J., & Lin, L. Y. (2014). Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 34(4), 356-367.
- Lilly, J. & Tungol, J. R. (2015). Effectiveness of mindfulness based psycho-educational program on parental stress of selected mothers of children with autism. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1), 52-56.
- Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: Findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 313-322.
- حقیقی، ج، شکرکن، ح، و موسوی شوشتری، م. (۱۳۸۱). بررسی رابطه جو عاطفی خانواده با سازگاری دانش‌آموزان دختر پایه سوم مدارس راهنمایی اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱ و ۲، ۷۹-۱۰۸.
- مظاهری، ع، صادقی، م، و حیدری، م. (۱۳۸۷). مقایسه ادراک و آرمان ساختار خانواده در والدین و فرزندان جوان آن‌ها. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴، ۳۲۹-۳۵۱.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- V* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asonibare, J. B., & Olowonirejuaro, O. A. (2006). Family cohesion and level of communication between parents and their adolescent children. *TNJGC*, 11, 52-60.
- Begeer, S., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stockmann, L. (2003). Theory of mind-based action in children from the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 479-487.
- Benson, P., Karlof, K. L., & Siperstein, G. N. (2008). Maternal involvement in the education of young children with autism spectrum disorders. *Autism*, 12, 47-63.
- Cavkaytar, A., & Pollard, E. (2009). Effectiveness of parent and therapist collaboration program (PTCP) for teaching self-care and domestic skills to individuals with autism. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44, 381-395.
- CDC. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and developmental disabilities monitoring network. *MMWR Surveillance Summaries*, 63, 1-21.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenon, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), 17-23.
- Eren, B. (2015). The use of music interventions to improve social skills in adolescents with autism spectrum disorders in integrated group music therapy sessions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 197, 207-213.
- Estes, A., Vismara, L., Mercado, C., Fitzpatrick, A., Elder, L., Greenon, J., ... Rogers, S. (2014). The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism.

- 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.
- McCabe, H. (2008). Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 33(1-2), 37-47.
- McCabe, H. (2013). Bamboo shoots after the rain: Development and challenges of autism intervention in China. *Autism*, 17(5), 510-526.
- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), 120-129.
- McConkey, R., & Samadi, S. A. (2013). The impact of mutual support on Iranian parents of children with an autism spectrum disorder: a longitudinal study. *Disability and rehabilitation*, 35(9), 775-784.
- Neary, E. M., & Eyberg, S. M. (2002). Management of disruptive behavior in young children. *Infants and Young Children*, 14(4), 53-67.
- Olson, D. H., Portner, J. Y., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Pfeiffer, B. A., Koenig, K., Kinnealey, M., Sheppard, M., & Henderson, L. (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 65(1), 76-85.
- Ponnet, K., Buysse, A., Roeyers, H., & De Corte, K. (2005). Empathic accuracy in adults with a pervasive developmental disorder during an unstructured conversation with a typically developing stranger. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(5), 585-600.
- Ratajczak, H. V. (2011). Theoretical aspects of autism: Causes--A review. *Journal of Immunotoxicology*, 8(1), 68-79.
- Renty, J., & Roeyers, H. (2006) Satisfaction with formal support and education for children with autism spectrum disorders: The voices of the parents. *Child: Care, Health and Development*, 32(3), 371-385.
- Roberts, D., & Pickering, N. (2010). Parent training programme for autism spectrum disorders: An evaluation. *Community Practitioner*, 83(10), 27-30.
- Timmer, S. G., Ho, L. K., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., Fernandez y Garcia, E., & Boys, D. (2011). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with depressive mothers: The changing relationship as the agent of individual change. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 406-423.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects of parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 561-569.
- 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), 1137-1147.
- Urquiza, A. J., & Timmer, S. (2012). Parent-Child interaction therapy: Enhancing parent-child relationships. *Psychosocial Intervention*, 21, 145-156.
- Vandvik, I. H., & Eckblad, G. F. (1993). FACES III and the Kvebaek Family Sculpture Technique as measures of cohesion and closeness. *Family Process*, 32, 221-233.
- Wainer, A.L., Hepburn, S., & McMahon Griffith, E. (2016). Remembering Parents in Parent-Mediated Early Intervention: An Approach to Examining Impact on Parents and Families. *Autism*, March 7(Online), 1-13.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009). Stepping stones triple p: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 469-480.
- Williams, K. R., & Wishart, J. G. (2003). The Son-Rise Program intervention for autism: An investigation into family experiences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 291-299.

