

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

Narges Chimeh, Ph.D¹, Karineh Tahmasian, Ph.D², Hamid Reza Pouretmad, Ph.D³, Haleh Ofoghi, M.A⁴, Zohreh Ahmadabadi, M.A⁵

Received: 23. 7. 12 Revised: 3.10.12 Accepted: 25.5 . 13

Abstract

Objective: The purpose of this research was to provide a psycho-educational program "Living Adjusted with Autism" for parents with autistic children and evaluate its effectiveness on reducing the autistic symptoms in children and their mothers' life quality. **Method:** In this research 50 mothers of autistic children (24 in intervention group and 26 in the control group) were studied. The intervention group participated in ten two-hour training session, and control group received no intervention. The effectiveness of this intervention in pre-test and post-test by the "World Health Organization Quality of Life Scale" and the "Autism Treatment Evaluation Checklist" were tested. **Result:** This intervention significantly improved the children's autistic symptoms (except health and physical behavior) and their mothers' total score of Quality of Life Scale. **Conclusion:** Program "Living Adjusted with Autism" by raising awareness, adaptation and offering adaptive solutions for the most common problems of mothers with autistic children, leads to the reduction of maternal complications and improve the quality of life and some symptoms of autism.

Keywords: *Intervention, Living Adjusted with Autism, Quality of Life*

تدوین برنامه آموزشی - روان شناختی "زندگی سازگار با اتیسم" و اثربخشی آن بر کاهش علائم اتیسم در کودکان مبتلا و کیفیت زندگی مادران آنها

دکتر نرگس چیمه^۱، دکتر کارینه طهماسیان^۲، دکتر حمیدرضا پوراعتماد^۳، هاله افقی^۴، زهره احمدآبادی^۵

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۳ تجدیدنظر: ۹۱/۷/۱۲ پذیرش نهایی: ۹۱/۳/۴

چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش، تهیه یک برنامه آموزشی - روان شناختی "زندگی سازگار با اتیسم" برای والدین و بررسی اثربخشی آن بر کاهش علائم اتیسم در کودکان مبتلا به این اختلال و بهبود کیفیت زندگی مادران آنها بود. **روش:** در این پژوهش، ۵۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اتیسم (۲۴ نفر در گروه مداخله و ۲۶ نفر در گروه گواه) مورد مطالعه قرار گرفتند. گروه مداخله در ده جلسه آموزشی گروهی دو ساعته شرکت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. اثربخشی این مداخله در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و چک لیست ارزیابی درمان اتیسم آزمون شد. **یافته‌ها:** این مداخله بطور معنی‌داری علائم اتیسم کودکان (بجز بهداشت جسمی و رفتاری) و نمره کل آزمون کیفیت زندگی مادران را بهبود بخشید. **نتیجه‌گیری:** برنامه "زندگی سازگار با اتیسم" با افزایش آگاهی و سازگاری و ارائه راهکارهای انطباق بیشتر مادران با مشکلات رایج کودکان مبتلا به اتیسم، به کاهش مشکلات مادران، بهبود کیفیت زندگی و برخی نشانه‌های اتیسم منجر می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *زندگی سازگار با اتیسم، کیفیت زندگی، مداخله*

1. **Corresponding Author:** Assistant Professor in Family Research Institute of Shahid Beheshti University
E-mail: nchimeh@yahoo.com
2. Assistant Professor in Family Research Institute of Shahid Beheshti University
3. Associate Professor in Faculty of Education & Psychology of Shahid Beheshti University
4. M.A in Psychology
5. M.A in Social Research

۱. نویسنده مسئول: استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی
۲. استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی
۳. دانشیار دانشکده روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی
۴. کارشناس ارشد، روان‌شناسی
۵. کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

اتیسم یک اختلال فراگیر رشد^۱ است که با علایق و فعالیت‌های تکراری و محدود، مشکلات ارتباطی و مهارت‌های ناهنجار تعامل اجتماعی مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). وجود یک کودک مبتلا به طیف اتیسم^۲ به عنوان رویدادی استرس‌زا برای خانواده (دوارته، بوردین، یازیگی و مونی، ۲۰۰۵)، موجب کاهش کیفیت زندگی والدین و مخصوصاً مادران کودکان مبتلا می‌گردد (الایک، لارسون و اسمدج، ۲۰۰۶؛ موگنو، روتا، دی‌آریگو و مازونه، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵) مقیاسی برای بهزیستی^۳ فردی است که درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌ها را دربرمی‌گیرد. اهمیت توجه به کیفیت زندگی در شرایط سخت و معیوب مثل داشتن کودک مبتلا به اختلال فراگیر رشد خیلی است (موگنو، روتا، داریگو و مازون، ۲۰۰۷).

این شرایط سخت شامل مدیریت دشوار رفتارهای اختلالی و ناسازگارانه کودکان اتیستیک، مهارت‌های اجتماعی محدود آنها، نگرانی از قضاوت اجتماع و طرد شدن از جانب دیگران، انزوا و قطع رابطه با خویشان و دوستان، مشکلات زناشویی ناشی از اختلاف در پرورش فرزند اتیستیک، محدود شدن فعالیت‌های کاری و تفریحی بیرون از منزل، مشکلات مالی و شغلی، هزینه‌های درمانی، استرس والدینی و کفایت ضعیف والدین، دشواری در درک نیازها و مشکلات کودکان، نگرانی درباره آینده کودک، کمبود اطلاعات و دشواری در ارتباط با سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی می‌شود که کیفیت زندگی و سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به اتیسم را تهدید می‌کند (فکس، وایگن، یات و دونلپ، ۲۰۰۲؛ پریش، سلترز، گرینبرگ و فلوید، ۲۰۰۴؛ هاسال، رز و مک‌دونالد، ۲۰۰۵؛ موگنو و همکاران، ۲۰۰۷؛ شاف، توث-کوهن، جانسون، اوتن

و بنویدس، ۲۰۱۱؛ میرشات، رویرز و وایرین، ۲۰۱۰؛ لسلو و مارتین، ۲۰۰۷). یکی از مؤثرترین راه‌های افزایش کیفیت زندگی این خانواده‌ها، سهیم نمودن آنها در مداخله‌های^۴ حمایتی و اطلاعاتی است که هم موجب صرفه‌جویی هزینه و وقت (آنان، وارنر، مک گیلیواری، چونگ و هینس، ۲۰۰۸) می‌شود و هم به مدیریت احساس افسردگی و خشم معطوف به کودکان اتیستیک، افزایش حس همدلی و پذیرش مثبت فرزندان (بنسون، ۲۰۱۰)، کاهش اضطراب، مشکلات خواب، نشانه‌های جسمانی و بدکارکردی خانواده و بهبود سلامت روانی در والدین (تانگ، بررتون، کیومال، مکینون، کینگ و راینهات، ۲۰۰۶) کمک می‌کند. به علاوه، این مداخلات به افزایش مؤثر جنبه‌های تحولی کودکان مبتلا (ماهونی و پرالس، ۲۰۰۵)، بهبود مهارت‌های گفتاری (آلدر، گرین و آدامز، ۲۰۰۴؛ الدر، والکانت، یاراندی، وایت و الدر، ۲۰۱۱)، کاهش رفتارهای ناهنجار، تحریک‌پذیری، رفتارهای کلیشه‌ای، بیش‌فعالی و نافرمانی (آمان، مک دوگیل، شاهیل، هندن، آرنولد و جانسون، ۲۰۰۹)، کاهش بی‌قراری و رفتارهای ناسازگارانه و بهبود مهارت‌های زندگی روزمره (بوتر، ۲۰۰۷) منجر می‌شود.

خانواده‌های بیماران اتیستیک به دلیل داشتن کودک مبتلا به اختلالی مادام‌العمر (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) نیازمند دریافت مداخله، آموزش و حمایت‌های مادام‌العمر و طولانی‌مدت هستند (مک کابه، ۲۰۰۶؛ گارگیولو، ۲۰۱۰). در ایران، با وجود شیوع بالای اتیسم در بین کودکان عواملی مانند محدودیت مراکز درمان و توان‌بخشی، کمبود آموزش‌های معتبر خانواده و حمایت اندک سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روانی موجب شده تا فشار مراقبت از کودکان مبتلا به اتیسم مضاعف گردد؛ از این‌رو ضرورت تدوین مداخلات ساده، مقرون به صرفه و اثربخش که از فرسودگی مراقبان بکاهد و توان رویارویی با بیماری را در خانواده افزون نماید، بیش از پیش احساس می‌شود.

بهداشت جسمی کودک نظیر تغذیه و دستشویی از طریق کنترل رفتارهای اختلالی کودک مبتلا به اُتیسْم است. به طور کلی این پژوهش تلاش می‌کند تا رهنمودهایی کاربردی جهت مشکلات زندگی روزمره این خانواده‌ها ارائه دهد که در هر سطحی از سواد و طبقه اجتماعی قابل استفاده باشد، بخشی از نیازهای اطلاعاتی و آموزشی خانواده‌های افراد مبتلا به اُتیسْم را پاسخ داده و ابزاری کارآمد جهت استفاده مراکز تخصصی اُتیسْم فراهم آورد.

روش

این پژوهش در دو مرحله به انجام رسیده است: در مرحله اول، بسته آموزشی "زندگی سازگار با اُتیسْم" با کمک روش اسنادی و استفاده از کتاب‌ها، مقالات، وب سایت‌ها، فیلم‌های آموزشی منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی و مطابق با مشکلات و نیازهای زندگی روزمره خانواده‌ها در پرورش کودکان مبتلا به اُتیسْم، زیر نظر روانشناسان کودک و متخصص در اُتیسْم طراحی شد که عناوین و محتوای جلسات در جدول ۱ به اجمال بیان می‌شود:

جدول ۱. سرفصل‌های جلسات ده‌گانه برنامه آموزشی

جلسات مداخله	محتوای آموزشی
جلسه اول	شناخت اُتیسْم (تفاوت‌های افراد مبتلا به اُتیسْم در نحوه تفکر، احساسات، حواس پنج‌گانه)
جلسه دوم	نگاه نو به اُتیسْم (استعدادها، ویژگی‌های مثبت، نوا، مشاغل مناسب)
جلسه سوم	ارتباط با کودک مبتلا به اُتیسْم (کلامی، چشمی، فیزیکی، زبان بدن، زبان تصویر)
جلسه چهارم	تغییرات لازم در سبک زندگی جهت کاهش بروز علائم
جلسه پنجم	روش‌های کنترل رفتار منفی
جلسه ششم	مدیریت قشق و رفتار تکراری
جلسه هفتم	روش‌های پاداش دادن
جلسه هشتم	محیط زندگی مناسب کودکان مبتلا به اُتیسْم با توجه به مشکلات حسی آنها
جلسه نهم	بازی‌ها و فعالیت‌های مناسب برای کودکان مبتلا به اُتیسْم
جلسه دهم	بهداشت جسمی کودک مبتلا به اُتیسْم (تغذیه، دستشویی)

در مرحله دوم پژوهش که از نوع شبه‌تجربی و کاربردی است، این بسته آموزشی از طریق برگزاری

در ایران کارهایی در زمینه اثر بخشی برنامه‌های تصور هدایت شده با موسیقی بر کاهش استرس کودکان مبتلا به اُتیسْم (زاده محمدی، پوراعتماد و ملک خسروی، ۱۳۸۴)، مداخله با کمک تحلیل رفتار کاربردی^۵ بر کاهش علائم اُتیسْم (گلابی، علی‌پور و زندی، ۱۳۸۴)، برنامه مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اُتیسْم (آرمان، زارعی، نجمی و حسن زاده، ۱۳۸۸)، برنامه کوتاه‌مدت آموزش مدیریت والدین^۶ ویژه کودکان مبتلا به اُتیسْم بر کاهش استرس والدینی مادران آنها (طهماسیان، چیمه و خرم‌آبادی، ۱۳۸۸)، برنامه آموزشی پرنده کوچولو بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اُتیسْم (باقریان خسروشاهی، ۱۳۸۷) و کاهش تنیدگی والدینی و بهبود سلامت عمومی در مادران این کودکان (خرم‌آبادی، ۱۳۸۷) گزارش شده است.

برخی از این پژوهش‌ها با انجام مداخلات مستقل از اختلال اُتیسْم نظیر تصور هدایت شده یا مشاوره گروهی، به‌طور مستقیم کاهش مشکلات مادران دارای کودک مبتلا به اُتیسْم را هدف قرار می‌دهند و برخی دیگر با مداخلاتی که به‌طور خاص در رابطه با اختلال اُتیسْم هستند، بطور غیرمستقیم موجب کاهش مشکلات مادران می‌شوند.

هدف از این پژوهش تدوین برنامه آموزش خانواده "زندگی سازگار با اُتیسْم" و تعیین اثربخشی آن بر کاهش علائم اُتیسْم در کودکان مبتلا و بهبود کیفیت زندگی مادران آنهاست. تمرکز این برنامه بر ارائه اطلاعات جامع جهت شناخت اُتیسْم و درک علل مشکلات رفتاری رایج کودکان مبتلا به آن، افزایش همدلی والدین با کودک و پذیرش بیشتر اُتیسْم، لذت بردن از زندگی با یک کودک مبتلا به اُتیسْم از طریق داشتن دیدگاه مثبت به اُتیسْم و ارتباط با کودک از طریق زبان بدن و بازی‌های مناسب، کاهش تنش با ایجاد تغییرات لازم در برنامه زندگی و محیط فیزیکی زندگی کودک و خانواده، پرداختن به مشکلات

ده جلسه گروهی دو ساعته طی دو ماه (هر هفته یک جلسه) انجام شد. در اجرای این برنامه از نمایش فیلم و ارائه جزوه‌های آموزشی به مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم در "مرکز آموزش و توان بخشی به آرا" نیز استفاده شد. همچنین تکلیف در منزل به مادران داده می‌شد. برنامه زیر نظر یک روان‌شناس کودک، یک روان‌شناس متخصص در اتیسم و یک روان‌پزشک متخصص در اتیسم، تدوین و نظارت شد و روایی صورتی آن مورد تأیید قرار گرفت.

میزان اثربخشی مداخله به وسیله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و سیاهه ارزیابی درمان اتیسم بررسی شد و با نتایج گروه گواه که در طول این دوره هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کردند، مقایسه شد. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی توسط مادران و سیاهه ارزیابی درمان اتیسم توسط مسئول ارزیابی‌های مرکز، تکمیل و انجام شد.

نمونه پژوهش: در این پژوهش، جامعه آماری شامل مادران دارای فرزند اتیستیک در شهر تهران است. نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس و شامل مادران کودکان مبتلا به اتیسم است که در "مرکز آموزش و توان بخشی به آرا" و "مرکز ساماندهی درمان و توان بخشی اختلالات اتیستیک" تحت درمان هستند. نمونه شامل ۵۰ نفر از مادران دارای کودکان مبتلا به طیف اتیسم است که از بین آنها ۲۴ نفر در گروه آزمایش و ۲۶ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و گروه گواه در یکی از دو مرکز، تحت درمان با برنامه لُواس^۷ بوده و در هیچ برنامه مداخله‌ای دیگری شرکت نکرده‌اند.

ابزار

سیاهه ارزیابی درمان اتیسم^۸: سیاهه ارزیابی درمان اتیسم، توسط رایملند و ادلسون (۱۹۹۹) برای تشخیص اختلال اتیسم و ارزیابی اثربخشی انواع درمان‌های اتیسم گسترش یافت. این مقیاس شامل ۷۷ ماده و چهار زیرمقیاس (الف) گفتار، زبان، ارتباط

(۱۴ ماده؛ ب) مردم‌آمیزی و معاشرت (۲۰ ماده؛ ج) آگاهی حسی- شناختی (۱۸ ماده) و (د) بهداشت جسمی و رفتاری (۲۵ ماده) است که با کمک مقیاس لیکرت، شامل گزینه‌های نادرست، تقریباً درست و درست تکمیل می‌شود. آنها پایایی آزمون را با روش دو نیمه کردن بر روی ۱۳۰۰ نفر، در مقیاس کل ۰/۹۴ و برای زیر مقیاس‌ها ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش دادند. اخیراً ماجیاتی، موس، ییتز، چارمن و هولین (۲۰۱۱) این سیاهه را توسط والدین ۲۲ کودک، یک بار در ۵ و نیم سالگی کودکان و یکبار ۵-۶ سال بعد اجرا کردند و گزارش دادند که این مقیاس در هر دو نوبت پایایی درونی زیادی داشته، زیر مقیاس‌ها و نمره کل در طور زمان پایدار مانده و در هر دو نوبت همبستگی معنادار و بالایی با مهارت‌های شناختی و زبانی و رفتار سازگارانه داشته‌اند.

در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس گفتار/زبان/ارتباط، ۰/۹۳؛ معاشرت، ۰/۸۷؛ آگاهی حسی شناختی ۰/۸۱، بهداشت جسمی و رفتاری ۰/۷۳ و نمره کل، ۰/۹۴ بدست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی: مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۹، چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد که هر یک به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است (جدول ۲). دو سؤال اول این پرسشنامه به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد، از این رو پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. پاسخگویی روی مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی ضعیف) تا ۵ (خیلی خوب) انجام شد (نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵).

در مطالعه نجات و همکاران (۱۳۸۵) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دو بار به فارسی ترجمه شده و نسخه نهایی فارسی پس از تدوین، دو بار به انگلیسی بازترجمه شده است و از این دو نسخه، نسخه نهایی با پرسشنامه اصلی مواجه شد.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه که مقیاسی محقق ساخته است، جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر به آزمودنی‌ها ارائه شده است و شامل عواملی نظیر جنس، سن کودک، سن والدین، سن تشخیص اتیسم، تحصیلات والدین، شاغل بودن مادر و داشتن بیمه خدمات درمانی است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: در این پژوهش برای خلاصه کردن و گزارش اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی شامل محاسبه میانگین، جدول‌های فراوانی، برای هم‌تاسازی گروه‌ها از آزمون خی دو و برای بررسی اثربخشی مداخله از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته‌ها

نتایج آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه از نظر متغیرهای زمینه‌ای وجود ندارد و گروه آزمایش و گواه همگن هستند (جدول ۳).

آلفای کرونباخ در همه زیرمقیاس‌ها بجز حیطه روابط اجتماعی بالاتر از ۰/۷۰ و سازگاری درونی این مقیاس صرف‌نظر از دو سؤال اول ۰/۸۳ است. پایایی ابزار با کمک روش آزمون - بازآزمون بعد از دو هفته، در هر چهار حیطه، بالای ۰/۷۰ بوده است و نمرات گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف، اختلاف معنی‌دار داشته است. در مطالعه حاضر، میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ محاسبه شد.

جدول ۲. حیطه‌های مقیاس کیفیت زندگی سازمان

بهداشت جهانی WHOQOL-BREF

حیطه‌ها	بند‌های درونی هر حیطه
سلامت جسمانی	فعالیت‌های زندگی روزمره، وابستگی به مواد دارویی و کمک‌های پزشکی، انرژی و خستگی، پویایی و تحرک، درد و ناراحتی، خواب و استراحت، ظرفیت کاری
سلامت روانی	تصور بدنی و ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، معنویت/ مذهب/ باورهای فردی، تفکر، آموختن، حافظه و تمرکز
روابط اجتماعی	روابط فردی، حمایت اجتماعی، فعالیت جنسی
محیط زندگی	منابع مالی، آزادی، امنیت و ایمنی جسمی، دسترسی و کیفیت مراقبت‌های اجتماعی و سلامت، محیط خانه، فرصت به دست آوردن اطلاعات و مهارت‌ها، شرکت و فرصت شرکت در فعالیت‌های لذت بخش و تفریحی، محیط فیزیکی (آلودگی، سروصدا، ترافیک و آب‌وهوا)

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه

χ^2	گواه		χ^2	آزمایش	
	تعداد (%)	تعداد (%)		تعداد (%)	تعداد (%)
۴/۱۲۲	۰/۴۷۵ تحصیلات پدر		زمان تشخیص اتیسم		
	۶ (۲۶/۱)	۲ (۷/۷)	۴ (۱۴/۸)	۵ (۲۱/۷)	زیر یک سال
	۱۲ (۵۲/۲)	۱۳ (۵۰)	۱۴ (۵۱/۹)	۸ (۳۴/۸)	یک تا دو سال
	۵ (۲۱/۷)	۱۱ (۴۲/۳)	۹ (۳۳/۳)	۱۰ (۴۳/۵)	سه تا پنج سال
۲/۵۷۲	۱/۱۰۶ تحصیلات مادر		استفاده از دارو		
	۱۵ (۶۵/۲)	۱۱ (۴۲/۳)	۵ (۱۹/۲)	۲ (۸/۷)	خیر
	۸ (۳۴/۸)	۱۵ (۵۷/۷)	۲۱ (۸۰/۸)	۲۱ (۹۱/۳)	بله
۰/۵۰۸	۰/۰۱۴ شغل مادر		سن مادر		
	۲۱ (۹۱/۳)	۲۲ (۸۴/۶)	۱۲ (۴۶/۲)	۱۱ (۴۷/۸)	زیر ۳۰ سال
	۲ (۸/۷)	۴ (۱۵/۴)	۱۴ (۵۳/۸)	۱۲ (۵۲/۲)	بالای ۳۰ سال
۳/۷۸۷	۰/۰۳۵ بیمه درمانی		سن پدر		
	۸ (۳۴/۸)	۳ (۱۱/۵)	۱۲ (۴۶/۲)	۱۰ (۴۳/۵)	زیر ۳۵ سال
	۱۵ (۶۵/۲)	۲۳ (۸۸/۵)	۱۴ (۵۳/۸)	۱۳ (۵۶/۵)	بالای ۳۵ سال

"زندگی سازگار با اتیسم" و متغیرهای وابسته شامل نمرات پس‌آزمون "چک لیست ارزیابی اتیسم" و زیرمقیاس‌های آن، و نمره پس‌آزمون "مقیاس کیفیت

برای بررسی فرضیه‌های این پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. متغیر مستقل در این پژوهش، شرکت‌کردن در برنامه آموزش خانواده

زندگی" و زیر مقیاس‌های آن است. برای کنترل متغیر مداخله‌گر به‌عنوان متغیرهای کواریانس، نمرات شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون، وارد آزمون تحلیل واریانس و کنترل شدند.

بر اساس جدول ۳، تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، چک لیست ارزیابی درمان اتیسم، زیر مقیاس گفتار، زبان، ارتباط، زیرمقیاس مردم‌آمیزی و معاشرت و آگاهی حسی و شناختی در دو گروه آزمایش و گواه معنادار است. به عبارت دیگر گفتار، زبان، ارتباط، مردم‌آمیزی و معاشرت و آگاهی حسی و شناختی در کودکانی که مادران آنها در برنامه آموزشی زندگی سازگار با اتیسم شرکت کرده‌اند، نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. میزان تأثیر درمان در مرحله پس‌آزمون برای میزان علائم اتیسم ۰/۳۹، گفتار، زبان و ارتباط ۰/۱۰، مردم‌آمیزی و معاشرت ۰/۲۲ و آگاهی حسی و شناختی ۰/۲۲ بدست آمد.

از سوی دیگر تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه در زیر مقیاس بهداشت جسمی و رفتاری در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود؛ به عبارت دیگر میزان علائم اتیسم در زیرمقیاس

بهداشت جسمی و رفتاری در کودکانی که مادران آنها در برنامه آموزشی زندگی سازگار با اتیسم شرکت کرده‌اند، نسبت به گروه گواه تفاوتی نیافته است.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی کل، سلامت روانی و ادراک کیفیت محیط زندگی در دو گروه آزمایش و گواه معنادار است؛ عبارت دیگر میزان نمره کل آزمون، سلامت روانی و ادراک محیط زندگی در مادرانی که در برنامه آموزشی زندگی سازگار با اتیسم شرکت کرده‌اند، نسبت به گروه گواه افزایش یافته است. در مقابل، تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت جسمانی و روابط اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه در سطح ۰/۰۵ معنادار نشده که این نشان می‌دهد میزان نمره سلامت جسمانی و روابط اجتماعی در مادرانی که در این مداخله شرکت کرده‌اند نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری نیافته است.

میزان تأثیر درمان برای کیفیت زندگی ۰/۱۸، سلامت روانی ۰/۲۴ و ادراک کیفیت محیط زندگی ۰/۰۹ است. توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه، کافی بوده است

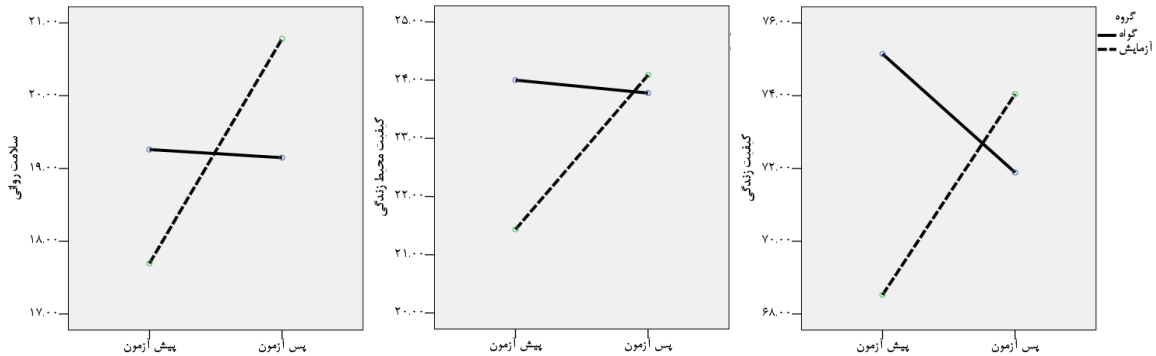
جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس "چک لیست ارزیابی درمان اتیسم" و "کیفیت زندگی" پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون

توان آماری	مجذور اتا	F	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
			گروه آزمایش	گروه گواه	گروه آزمایش	گروه گواه	
۱/۰۰۰	۰/۳۹	۲۹/۰۶***	۵۶/۵۹ (۳۰/۵۴)	۵۶/۳۴ (۲۳/۲۵)	۵۶/۹۲ (۲۸/۲۵)	۷۶/۳۰ (۲۲/۳۰)	چک لیست ارزیابی درمان اتیسم (نمره کل)
۰/۶۵	۰/۱۰	۵/۷۵*	۱۲/۵۱ (۸/۲۸)	۱۴/۶۵ (۶/۴۹)	۱۲/۹۲ (۷/۸۱)	۱۷/۳۰ (۷/۱۶)	گفتار، زبان، ارتباط
۰/۹۴	۰/۲۲	۱۸/۱۵۷***	۱۷/۱۸ (۱۱/۳۴)	۱۹/۹۱ (۹/۶۳)	۱۶/۵۱ (۹/۴۷)	۲۵/۸۲ (۸/۶۱)	مردم‌آمیزی و معاشرت
۰/۹۴	۰/۲۲	۱۳/۴۳***	۱۰ (۹/۱۶)	۷/۰۴ (۶/۴۰)	۱۰/۷۴ (۸/۱۹)	۱۳/۵۶ (۶/۹۵)	آگاهی حسی و شناختی
۰/۳۸	۰/۰۵	۲/۹۱*	۱۶/۸۸ (۹/۹۰)	۱۶/۷۳ (۶/۸۵)	۱۶/۷۴ (۷/۷۶)	۱۹/۲۱ (۵/۶۹)	بهداشت جسمی و رفتاری
۰/۹۰	۰/۱۸	۱۰/۹۷***	۷۱/۸۸ (۱۵/۳۰)	۷۴/۰۴ (۱۲/۸۱)	۷۵/۱۴ (۱۶/۲۸)	۶۸/۵۲ (۱۵/۷۶)	کیفیت زندگی (نمره کل)
۰/۴۰	۰/۰۶	۳/۰۴*	۲۰/۳۷ (۳/۹۴)	۲۰/۶۹ (۳/۵۹)	۲۳/۴۸ (۴/۹۹)	۲۱/۷۳ (۵/۱۰)	سلامت جسمانی
۰/۹۶	۰/۲۴	۱۵/۱۹***	۱۹/۱۴ (۴/۸۶)	۲۰/۷۸ (۳/۹۴)	۱۹/۲۵ (۵/۱۶)	۱۷/۶۹ (۴/۵۳)	سلامت روانی
۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۵۳	۸/۵۹ (۲/۵۴)	۸/۴۷ (۲/۱۰)	۸/۴۰ (۲/۷۹)	۷/۶۵ (۲/۵۶)	روابط اجتماعی
۰/۵۸	۰/۰۹	۴/۸۸*	۲۳/۷۷ (۵/۸۵)	۲۴/۰۸ (۴/۹۳)	۲۴ (۵/۳۸)	۲۱/۴۳ (۵/۷۹)	کیفیت محیط زندگی

* معنی داری در سطح ۰/۱ * معنی داری در سطح ۰/۰۵ ** معنی داری در سطح ۰/۰۱ *** معنی داری در سطح ۰/۰۰۱

شاخص کل کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گروه گواه را نشان می‌دهد.

نمودارهای ۱ تا ۳، میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس سلامت روانی و محیط زندگی و



نمودارهای ۱ تا ۳. مقایسه میانگین‌های سلامت روانی و محیط زندگی و شاخص کل کیفیت زندگی در گروه مداخله و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، طراحی و تدوین برنامه آموزشی "زندگی سازگار با اטיسم" و ارزیابی اثربخشی آن در بهبود علائم بیماری مبتلایان و کیفیت زندگی مادران آنها بود.

نتایج پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی این برنامه آموزشی بر کاهش شدت علائم در کودکان مبتلا به اטיسم و افزایش کیفیت زندگی مادران آنها در گروه مورد مداخله نسبت به گروه گواه است.

شرکت در دوره آموزشی "زندگی سازگار با اטיسم" با بهبود علائم اטיسم در نمره کل چک لیست ارزیابی درمان و زیرمقیاس‌های گفتار، زبان، ارتباط، معاشرت و مردم‌آمیزی و آگاهی حسی و شناختی همراه بود، اما تأثیری بر بهبودی بهداشت جسمی و رفتاری کودکان مبتلا به اטיسم نداشت. همچنین مادران کودکان اُتیستیک که در این مداخله شرکت کردند نسبت به گروه گواه، افزایش نمره کل آزمون کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های سلامت روان و کیفیت محیط زندگی را گزارش کردند. شرکت در برنامه زندگی سازگار با اטיسم تأثیری بر سلامت جسمانی و روابط اجتماعی آنها نداشت.

نتایج این پژوهش، همگام پژوهش‌های پیشین در ایران (زاده محمدی، ۱۳۸۴؛ خرم آبادی و همکاران،

۱۳۹۰؛ ربیعی و شهریور، ۱۳۹۰) و پژوهش‌های سایر کشورها (سندر و وولی، ۲۰۰۵؛ تانگ و همکاران، ۲۰۰۶) و گویای اثربخشی مداخلات بر مادران کودکان اُتیستیک بود.

برنامه "زندگی سازگار با اטיسم" با تمرکز بر مفهوم سازگاری^{۱۰} تدوین و طراحی شده است. سازگاری، انطباق متوالی با تغییرات و ایجاد ارتباط میان خود و محیط است به نحوی که حداکثر خویشتن‌سازی را همراه با رفاه اجتماعی ضمن رعایت حقایق خارجی امکان‌پذیر می‌سازد. مک کوپین و پترسون (۱۹۸۳) راهبردهای مقابله‌ای را به‌عنوان فرایند مرکزی تلاش والدین در سازگاری با بحران در نظر گرفتند. از نظر آنها سه نوع از منابع که با کاربرد آنها خانواده می‌تواند با بحران سازگار شود عبارتند از: منابع فردی اعضای خانواده (سلامت احساسی و جسمانی، وضعیت مالی، تحصیلات و خصوصیات فردی اعضاء خانواده)؛ منابع درونی نظام خانواده (انطباق‌پذیری و انسجام، الگوهای ارتباطی و حمایت‌های متقابل) و حمایت‌های اجتماعی بیرون از خانواده (حمایت اجتماعی از افراد و نهادهای اجتماعی و شبکه اجتماعی خانواده). به نظر می‌رسد مداخلاتی مانند "برنامه زندگی سازگار با اטיسم" با ارتقاء منابع فردی خانواده مثل کیفیت زندگی ادراک-شده مادران، به آنها در مقابله با بحران مادام‌العمر

زندگی‌شان کمک می‌کند. این مداخله به‌مثابه منبع حمایت آموزشی که نیازهای اطلاعاتی مادران را در مورد جنبه‌های مختلف زندگی کودک اُتیستیک برطرف می‌سازد، می‌تواند به احساس بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی مادران منجر شود و آنها را در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر یاری رساند.

اگرچه سازگاری والدین در طول زمان تغییر می‌کند (دولف، اپنهایم، کورن کاری و بیرمیا، ۲۰۰۹)، اما آموزش خانواده‌های کودکان مبتلا به اُتیسم با افزایش خوشبینی والدین نسبت به رشد فرزندشان به آنها کمک می‌کند تا تلاش خود را برای بهبود زندگی فرزندشان در طول زمان، حفظ کنند (کوگل، شریمن، اونیل و برک، ۱۹۸۲). برنامه زندگی سازگار با اُتیسم، بر پذیرش مثبت کودک اُتیستیک از سوی خانواده، ویژگی‌های مثبت در رفتار و شخصیت او و ابعاد مثبت زندگی با کودک اُتیستیک تأکید ویژه‌ای داشته و والدین را با رویکرد مثبت تربیتی، روش‌های مثبت فرزندپروری، نظیر تقویت رفتارهای مثبت و روش‌های صحیح پاداش دادن به رفتار مثبت کودکان آشنا می‌سازد.

والدین کودکان اُتیستیک به‌دلیل استرس زیاد ناشی از مشکلات رفتاری و محدودیت‌های شناختی فرزندان خود، غالباً در جستجوی منابع حمایت اجتماعی هستند (شارپلی، بیتسیکا و افرمیدیس، ۱۹۹۷). والدینی که حمایت اجتماعی کافی دریافت - کنند می‌توانند به‌طور موفق‌تری با دشواری‌های داشتن یک کودک اُتیستیک سازگار شوند (فیسمن و وولف، ۱۹۹۱). مفیدترین منبع حمایت رسمی برای مادران، گروه‌های حمایتی است که در آنها آزادانه و بدون ترس از قضاوت شدن، بتوانند در مورد نگرانی‌های خود صحبت کنند (کراوس ۱۹۹۳). شرکت‌کنندگان در این برنامه آموزشی، علاوه بر کسب اطلاعات، فرصت کافی برای مشارکت در تجربیات سایر مادران، پاسخگویی به سؤالات یکدیگر، دریافت حمایت و همدلی از سایر افراد گروه را داشتند.

از آنجا که آموزش خانواده‌ها می‌تواند هزینه‌های درمانی (جاکوبسون و همکاران، ۱۹۹۸؛ آنان و همکاران، ۲۰۰۸) را به عنوان یکی از منابع استرس کاهش دهد، برنامه زندگی سازگار با اُتیسم، احتمالاً از طریق کاهش هزینه‌های درمانی و هزینه‌های ناشی از ناآگاهی نسبت به اُتیسم، افزایش سلامت روانی مادران را به دنبال داشته است. کاهش علائم اُتیسم در این مداخله با نتایج سایر پژوهش‌ها همسوست؛ بطوری‌که در سایر تحقیقات، برنامه آموزش خانواده توانسته رفتارهای ناهنجار و بی‌قراری را کاهش داده، مهارت‌های زندگی روزمره کودکان را بهبود بخشد (بوتر، ۲۰۰۷)؛ عملکرد شناختی و سازگاری آنها را افزایش دهد (آنان و همکاران، ۲۰۰۸) و مشکلات رفتاری کودکان اُتیستیک را کم کند (باقریان خسروشاهی، ۱۳۸۷). این بسته آموزشی، بازی‌ها و فعالیت‌های مناسب جهت توانمندسازی کودک و غنی کردن محیط زندگی و کاهش زمان‌های بیکاری کودک را به مادران آموزش داده است. به‌نظر می‌رسد در کنار سایر عوامل، این سازمان‌یافتگی وقت کودک توانسته به کاهش رفتارهای اختلالی او کمک کند. از سوی دیگر آگاه ساختن مادران از نیاز کودک اُتیستیک به امنیت محیط خانواده، روش‌های ابراز عاطفه و توضیح اثرات منفی رویکردهای پرخاشگرانه در تربیت کودک که در این مداخله آموزشی نیز ارائه شد، تقویت رابطه گرم مادر-فرزند کمک کرده و به‌نوبه خود کاهش رفتارهای تکراری را در پی دارد (اسمیت، گرینبرگ، شلتزر و هونگ، ۲۰۰۸). مادران کودکان اُتیستیک از روان‌آزردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی رنج می‌برند (غباری بناب و استیری، ۱۳۸۵). از آنجا که علائم استرس و افسردگی مادران می‌تواند بر توانایی آنها برای درگیر شدن در مداخله‌های درمانی کودک اثر گذارد (میرشات و همکاران، ۲۰۱۰)؛ این مداخله با بهبود سلامت روانی مادران، احتمالاً به‌طور غیرمستقیم بر اثربخشی درمان کودک اُتیستیک مؤثر بوده است. یکی از بخش‌های مهم برنامه " زندگی

منابع

آرمان، سرور، زارعی، ناهید، نجمی، بدرالدین، و حسن زاده. اکبر. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم. مرکز تحقیقات علوم رفتاری. www.irandoc.ac.ir شماره سریال ۸۵۵۹۶.

باقریان خسروشاهی، صنم. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم پیش دبستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

چیمه، نرگس، پوراعتماد، حمیدرضا، و خرم‌آبادی، راضیه. (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلالات اُتِستیک: یک پژوهش کیفی. خانواده پژوهی، ۳ (۱۱)، ۷۹۷-۸۰۷.

خرم‌آبادی، راضیه. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی برنامه پرنده کوچولو بر کاهش استرس والدگری و بهبود سلامت عمومی در والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

ربیعی، آتوسا، و شهریور، زهرا. (۱۳۹۰). مطالعه مقدماتی بررسی اثربخشی آموزش گروهی والدین کودکان اوتیستیک بر دانش و میزان استرس، اضطراب و افسردگی آنها. پژوهش در توبخشی، ۷ (۱)، ۸-۱.

زاده محمدی، علی، پوراعتماد، حمیدرضا، و ملک خسروی، غفار. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر روش تصور هدایت شده با موسیقی بر کاهش استرس، افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلالات اُتِستیک. خانواده پژوهی، ۳، ۲۸۹-۳۰۰.

طهماسبیان، کارینه، خرم‌آبادی، راضیه، و چیمه، نرگس. (۱۳۸۸). بررسی اثر کوتاه مدت PMT ویژه کودکان اتیستیک بر استرس والدینی مادران کودکان اتیستیک. گزارش منتشر نشده.

غباری بناب، باقر، و استیری، زهره. (۱۳۸۵). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک دلبستگی در مادران کودکان با اختلال در خودماندگی و مادران کودکان

سازگار با اتیسم" آگاه‌کردن مادران نسبت به اتیسم و عوامل برانگیزاننده رفتارهای منفی کودک، ارتقاء درک آنها از علل رفتارهای کودک و در مجموع افزایش حساسیت^{۱۳} مادران به کودک مبتلا به اتیسم است. از نظر هریس (۲۰۰۵: ۷۲) حساسیت روان‌شناختی مادر به کودک، موتور اصلی فهم وضعیت روانی کودک است. مداخلاتی که حساسیت مادرانه را در رابطه با کودکان مبتلا به اتیسم تقویت می‌کنند، ممکن است پاسخ‌دهی و ارتباط آنها را با دیگران افزایش دهند (دولف و همکاران، ۲۰۰۹).

در این پژوهش، والدین در جریان روند انجام پژوهش و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون قرار داشتند که امکان سوگیری والدین در پاسخ‌گویی به سؤالات را به وجود می‌آورد. در پژوهش‌های مداخله‌ای همواره خطر اثرگذاری عوامل مداخله‌گر مانند شخصیت درمانگر و ارتباط شرکت‌کنندگان با یکدیگر وجود دارد که این مشکل با شرکت دادن گروه گواه برطرف می‌شود. در این روش یک گروه با حضور درمانگر، فعالیت دیگری جز مداخله گروه آزمایش را دریافت می‌کند اما در این پژوهش به دلیل کمبود امکانات و تعداد کافی افراد شرکت‌کننده، گروه گواه در جلسات شرکت نداشتند. از آنجا که تأثیر نسبی این نوع برنامه‌های آموزشی بر نگرش شرکت‌کنندگان و تفاوت نسبی نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در کوتاه‌مدت تا حدودی قابل پیش‌بینی است، ادامه بررسی در مرحله پیگیری برای بررسی ثبات پیشرفت ضروری است، اما در طرح پژوهشی این مطالعه، به دلیل برخی مقتضیات مالی و اجرایی، مرحله پیگیری در نظر گرفته نشد.

یادداشت‌ها

- 1) pervasive developmental disorder
- 2) autism spectrum
- 3) Well-being
- 4) intervention
- 5) ABA: Applied Behavior Analysis
- 6) PMT: Parent Management Training
- 7) Lovaas
- 8) Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)
- 9) WHOQOL-BREF
- 10) Adaptation/adjustment
- 11) sensitivity

- with autism spectrum disorders. *Parenting: Science and Practice*, 9, 183-197.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9 (4), 416-427.
- Elder, J. H., Valcante, G., Yarandi, H., White, D. & Elder, T. H. (2005). Evaluating in-home training for fathers of children with autism using single-subject experimentation and group analysis methods. *Nursing Research*, 54, 22-32.
- Fox, L., Vaughn, B. J., Wyatte, M. L., & Dunlap, G. (2002). We can't expect other people to understand: Family perspectives on problem behavior. *Exceptional Children*, 68 (4), 437-450.
- Harris, P. (2005). *Conversation, pretense and theory of mind*. In J. Astington & J. Baird (Eds.), *Why language matters for theory of mind* (pp. 70 – 83). New York: Oxford University Press.
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 405-418.
- Jarusiewicz, B. (2002). Efficacy of neurofeedback for children in the autism spectrum: A pilot study. *Journal of Neurotherapy*, 6 (4), 39-49.
- Koegel, R. L., Schreibman, L., O'Neill, R. E., & Burke, J. C. (1983). The personality and family-interaction characteristics of parents of autistic children. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 51, 683-692.
- Leslie, D. L., & Martin, A. (2007). Healthcare expenditures associated with autism spectrum disorders. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161(4), 350 – 355.
- Magiati, I., Moss, J., Yates, R., Charman, T., & Howlin, P. (2011). Is the Autism Treatment Evaluation Checklist a useful tool for monitoring progress in children with autism spectrum disorders? *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (3), 302-312.
- Mahoney, G., & Perales, F. (2005). Relationship-focused early Intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: A comparative study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 26 (2), 77-85.
- McCubbin H. I. & Patterson J. M. (1983). *The* عادی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۳، ۸۰۴-۷۸۷.
- گلابی، پری، علی پور، احمد، و زندی، بهمن. (۱۳۸۴). تأثیر مداخله درمانی به روش ABA بر درمان کودکان دچار اختلال اتیسم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۵ (۱)، ۲۴-۱.
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نائینی، کورش، محمد، کام، و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BFER): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران*. ۴ (۴)، ۱۲-۱.
- Aldred, C., Green, J., & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1420-1430.
- Allik, H., Larsson, J. O., & Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health & Quality of Life Outcomes*, 4, (1), 1-8.
- Aman, M.G., Mcdougale, C.J., Scahill, L., Handen, B., Arnold, E., & Johnson, C. et al. (2009). Medication and parent training in children with pervasive developmental disorders and serious behavior problems: Results from a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1143-1154.
- American Psychiatric Association. (2000). American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. – text revision), Author, Washington, DC (2000).
- Anan, R. M., Warner, L. J., McGillivray, J. E., Chong, I. M., & Hines, S. J. (2008). Group Intensive Family Training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions*, 23, 165-180.
- Benson, P R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (2), 217-228.
- Butter, E. M. (2007). Parent training for children with pervasive developmental disorders: A multi-site feasibility trial. *Behavioral Interventions*, 22, 179-199.
- Dolev, S., Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Yirmiya, N. (2009). Emotional availability in mother-child interaction: The case of children

- family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. In: *Social Stress and the Family: Advances and Developments in Family Stress Theory and Research* (eds H. I. McCubbin, M. B. Sussman & J. M. Patterson), pp. 7–37. Haworth Press, New York
- Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (4), 661-669.
- Mugno, D. Ruta, L. D'Arrigo, V, G & Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life*, 5, 5-22
- Parish, S. L., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., & Floyd, F. (2004). Economic implications of caregiving at midlife: Comparing parents with and without children who have developmental disabilities. *Mental Retardation*, 42(6), 413-426.
- Rimland B. & Edelson M. (1999). *The Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)*. Autism Research Institute, San Diego, CA. Available at: http://www.autism.com/ind_atec_report.asp (retrieved 1 January 2012).
- Schaaf, R. C., Toth-Cohen, S., Johnson, S. L., Outten, G., & Benevides, T. W. (2011). The everyday routines of families of children with autism: examining the impact of sensory processing difficulties on the family. *Autism*, 15(3), 373-89
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., & Efremidis, B. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 22, 19–28.
- Smith, L. E., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., & Hong, J. (2008). Symptoms and behavior problems of adolescents and adults with autism: effects of mother-child relationship quality, warmth, and praise. *American Journal on Mental Retardation*, 113(5), 387-402.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinon, A., King, N. & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomised control trial, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (5), 561–569.
- Tunali, B., & Power, T. G. (2002). Coping by Redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (1), 25-34.
- WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. (1996). Geneva: World Health Organization. Available at: www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

