

The comparison of the effectiveness of Applied Behavior Analysis and Pivotal Response Training on life orientation, unconditional acceptance and social anxiety in mothers of autistic children

Babaei-Kafaki, H., Hassanzadeh, *R., Fakhri, M.k.

Abstract

Introduction: the purpose of this study was to compare the effectiveness of ABA and PRT on life orientation, unconditional acceptance and social anxiety in mothers of autistic children.

Method: This research applied a quasi-experimental designs with pretest-posttest frame. By a convenience sampling method among a statistical population including all mothers with a autistic child who attended to the exceptional children education centers in Sari town a sample consisted of 24 subjects were selected and divided into three groups (1 control and 2 experimental). The first group were treated with ABA and the second group received PRT while no intervention made on control group. Unconditional acceptance questionnaire (USAQ), life orientation test (LOT) and social phobia inventory (SPI) were used in pre and post test occasions.

Results: the results of a GLM: MANOVA showed that there was no difference between experimental groups and control by controlling the effect of pre-test in study variables (Orientation of Life, Unconditional Acceptance, Social Anxiety). However, a clinically positive trend was evident relative to the control group for social anxiety score.

Conclusion: ABA and PRT could not affect considerably the orientation of life, unconditional acceptance and social anxiety of mothers with autistic children. However a significant clinical trend was evident rather than the control group in the social anxiety of mothers after ABA intervention. Further research in this field is recommended to future researchers for likelihood of more effective administration of these interventions.

Keywords: Applied Behavior Analysis, Pivotal Response Training, Orientation of Life, Unconditional Acceptance, Social Anxiety, Autism.

مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور بر جهت گیری زندگی، پذیرش مثبت بی قید و شرط و اضطراب اجتماعی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم

هدی بابایی کفاکی^۱، رمضان حسن زاده^۲، محمدکاظم فخری^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱۴

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور بر جهت گیری زندگی، پذیرش مثبت بی قید و شرط خود و اضطراب اجتماعی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم انجام گرفت.

روش: طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم شهرستان ساری که در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۵ به مراکز آموزش کودکان استثنایی مراجعه کردند، بود. حجم نمونه شامل ۲۴ نفر بود که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. گروه های آزمایش درمان های ABA و PRT را دریافت کردند اما گروه گواه درمانی دریافت نکرد. ابزارهای این پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه پذیرش بی قید و شرط خود (USAQ)، پرسشنامه جهت گیری زندگی (LOT) و مقیاس اضطراب اجتماعی (SPI) که در دو مرحله اجرا شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد.

یافته ها: نتایج حاصل از مدل عمومی خطی: تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون در مرحله ی پس آزمون در متغیرهای جهت گیری زندگی، پذیرش مثبت بی قید و شرط خود و اضطراب اجتماعی بین گروه های آزمایشی (آموزش پاسخ محور و تحلیل رفتار کاربردی) تفاوت معناداری وجود نداشت و تنها یک روند بهبود مشاهده شد.

نتیجه گیری: مداخلات آموزش پاسخ محور و تحلیل رفتار کاربردی تأثیر مهمی بر جهت گیری زندگی، پذیرش مثبت بی قید و شرط خود و اضطراب اجتماعی مادران کودکان اوتیستیک نداشت اما یک روند بهبودی نسبت به گروه کنترل در اضطراب اجتماعی مادران مشاهده شد. لذا تحقیق بیشتر در خصوص امکان اجرای مؤثرتر این مداخلات به محققان توصیه می شود.

واژه های کلیدی: تحلیل رفتار کاربردی، آموزش پاسخ محور، جهت گیری زندگی، پذیرش بی قید و شرط خود، اضطراب اجتماعی، اوتیسم.

مقدمه

اختلال طیف اتیسم^۱ نوعی اختلال عصبی تحولی است که براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ با معیار کلی نقص در ارتباطات اجتماعی و تعاملات اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری، علائق یا فعالیت‌های محدودشده و تکراری معرفی شده است (۱). میزان شیوع این اختلال روزبه روز در حال افزایش است، به طوری‌که براساس آخرین گزارش‌ها، شیوع آن به یک در ۶۸ نفر رسیده است (۲). در ایران هم صمدی و مک‌کانکی طی پژوهشی میزان شیوع اختلال طیف اتیسم را در کودکان ایرانی ۹۵/۲ در ۱۰ هزار نفر گزارش کرده‌اند. با وجود اینکه در زمینه سبب شناسی اختلال طیف اتیسم اتفاق نظر وجود ندارد اما پژوهشگران نسبت به آسیب‌های روانشناختی این اختلال در کودکان آگاه هستند (۳).

این کودکان رفتارهای نامطلوبی مانند حرکات کلیشه‌ای، پرخاشگری و رفتارهای خودآزاری از خود نشان می‌دهند. همچنین در فهم و استفاده از قوانین ارتباط کلامی و رفتارهای اجتماعی و هماهنگی حرکتی دچار مشکل هستند. حساسیت کم یا زیاد به محرک‌های حسی در کودکان مبتلا به ارزیابی کودکان، اوتیسم گزارش شده است (۴). این ناتوانی‌ها با ماهیتی فراگیر در مراحل اولیه‌ی رشد، آشکار شده و زندگی فرد را در طول دوره‌ی زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهند. اختلالات شناختی، مشکلات رفتاری، خلق و خوی آشفته و تحریک پذیر، کارکرد انطباقی پایین، فقدان توانایی خود مراقبتی، مشکلات زبان، ناتوانی یادگیری و نیاز به مراقبت برای تمام عمر نه تنها بر فرد مبتلا بلکه بر خانواده، معلمان و جامعه تأثیر می‌گذارند (۵). بنا به گفته‌ی شاتاک ویرانی عاطفی که به سبب مشکلات این افراد در خانواده ایجاد می‌شود، نگرانی‌های بسیاری را برانگیخته است و موجب شکل‌گیری گستره‌ای از پژوهش‌ها در خصوص علایم زیستی و ژنتیکی مربوط به سبب شناسی این بیماری شده است (۶).

همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که اختلال طیف اتیسم بر سلامت روان والدین و سایر اعضای خانواده اثری چندوجهی و فراگیر دارد. والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم نسبت به والدین کودکانی که رشد عادی

دارند و نیز والدین کودکانی که مبتلا به انواع دیگر تاخیرهای تحولی هستند، سطوح بالاتری از تنش فرزند پروری را تجربه می‌کنند (۷، ۸).

براساس پژوهش‌های گایو، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم نسبت به مادران کودکان عقب مانده‌ی ذهنی^۳ بدون اوتیسم، مادران کودکان فلج مغزی و مادران کودکان عادی، سطوح بالاتری از اضطراب کلی را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۹).

والدین این کودکان، خود را غرق در مشکلات فرزندشان حس کرده و تنش‌های زناشویی بسیاری را تجربه می‌کنند. مطالعه‌ی هارتلی نشان می‌دهد میزان، طلاق در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اوتیسم دو برابر خانواده‌های دارای کودکان عادی است (۱۰). حتی درباره‌ی والدینی که جدا نمی‌شوند، حضور کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم در خانواده باعث کاهش رضایتمندی آنها از زناشویی شده و به طور معنی‌داری تجارب فرزندپروری آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). از نگاه گرینسپین و ویدر علیرغم وجود معلمان و سیاست‌های اجتماعی، خانواده‌تها منبعی است که کودکان مبتلا به اوتیسم برای مدت طولانی از آن کمک دریافت می‌کنند (۱۲). همان‌طور که گفته شد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اوتیسم با عوامل تنش‌زا و چالش‌های بسیاری از جمله ناتوانی غیر منتظره، رفتارهای آزارگرانه و اختلالات رفتاری فرزندشان، دشواری یافتن خدمات، سردرگمی در یافتن درمان اثربخش، تیرگی تعامل با اطرافیان و افراد دیگر جامعه، روبه‌رو هستند. بدون تمرکز بر خانواده و آموزش والدین، منابع خانواده (انرژی، زمان و توانایی مقابله) به طور فزاینده‌ای کاهش می‌یابند، تعارضات زناشویی و مشکلات هیجانی به تدریج افزایش می‌یابند، تعاملات بی‌ثمر با کودک مبتلا به اوتیسم پایدار می‌شوند و در جهت ایجاد الگویی انعطاف‌ناپذیر پیش می‌روند و الگوی تحول، مختل می‌شود اما اگر نظام خانواده، باشد و صمیمیت در خانواده جریان داشته باشد و اعضای خانواده تعامل دوسویه‌ی عاطفی را پرورش دهند، می‌توانند تجارب بسیار غنی برای کودک فراهم آورند و درمان او را تسهیل نمایند (۱۳).

1- ASD
2- DSM-5
3- ID

مواجهه با رویدادها رفتار اجتنابی و گریز را از خود نشان می دهند (۱۹).

بسیاری از مطالعات نشان می دهد عشق و محبت والدین به دستاوردهای فرزندانشان بستگی دارد و تعاملات مثبت آن ها با کودکانشان باعث ارتقاء عوامل اثرگذار بر سلامت روانی آن ها مانند اعتماد به نفس و شادکامی می شود. وجود کودک اتیستیک در خانواده، عامل فشارزایی است که ایجاد پاسخ های مقابله ای مداوم توسط والدین را ضروری می نماید. اگرچه هر کودک با ناتوانی ویژه می تواند چنین مشکلاتی را داشته باشد، اما اختلال اتیسم چالش های ویژه ای را در خانواده به وجود می آورد. بنابراین، راهبردهای مقابله ای برای حفظ و پایداری خانواده و کیفیت زندگی افراد خانواده لازم می باشد (۲۰).

طبق گزارش های گرین و همکاران (۲۱) رویکردها و راهبردهای زیادی مانند یکپارچگی حسی، رژیم های غذایی و ویتامین ها، داروها، آموزش های خاص، گفتار درمانی، موسیقی درمانی و غیره برای کارکردن با کودکان دچار اتیسم وجود دارد. بیشتر پژوهش های تجربی، به خصوص از دهه ۱۹۶۰ بر روی مداخلات تحلیل رفتار کاربردی^۱ اجرا شده اند (۲۲). در سال ۱۹۸۷، لوواس روش درمانی خاصی را ارائه داد که به تحلیل رفتار کاربردی معروف شده است. تحلیل رفتار کاربردی پایه ای برای مداخله است که برای درمان افراد دارای ناتوانی های رشدی، به خصوص برای طیف های اتیسم به کار می رود (۲۳). در این روش، هر کار و مهارت جدید به اجزای کوچک تر تقسیم می شود، هرگاه کار خواسته شده به درستی انجام گیرد، کودک مورد تشویق قرار می گیرد تا انگیزه تکرار آن و فرمان برداری در کودک افزایش یابد. مطالعات زیادی این طرح درمانی را تأیید می کند که از طرفی موجب کاهش رفتار نامطلوب و از طرفی موجب افزایش رفتار مطلوب می شود و اطلاعات به دست آمده از این روش به راحتی اهمیت طرح درمانی تحلیل رفتار کاربردی را برای بهبود در اختلالات رشد نشان می دهد (۲۲، ۲۴). در برنامه مداخله درمانی لاروک و لیچ که در مدت ۲۴ ماه با روش تحلیل رفتار کاربردی صورت گرفت، افزایش مهارت ها، بهره هوش، زبان و رفتار اکتسابی و همچنین خودیاری و کاهش قشقرق به صورت

استرس پایداری که داشتن فرزند اتیستیک بر والدین تحمیل می کند، ممکن است ادراک مراقبان را از فرزندپروری تغییر دهد و خوش بینی آنها را به آینده خود و نیز آینده فرزندشان بکاهد (۱۴). مهم ترین عامل استرس زایی که والدین کودکان اتیستیک تجربه می کنند، نگرانی راجع به تداوم شرایط، پذیرش کم جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک اتیستیک و نیز شکست در دریافت حمایت های اجتماعی است (۱۵).

گرچه در بسیاری مواقع اجتماع، مردم، بستگان و نزدیکان می توانند منابع حمایتی خوبی برای کودک و خانواده باشند، اما بسیاری از خانواده های دارای کودک اتیستیک از این که جامعه پیرامون و حتی نزدیکان آن ها رویکرد شناختی منفی نسبت به آن ها و کودک دارند، رنج می برند. بعضی خانواده ها پس از آگاهی به این واکنش ها، از بردن کودک به بیرون از خانه و یا درون اجتماع، نزد بستگان و فامیل اجتناب می کنند. آن ها سعی خواهند کرد از جامعه کناره گیری نمایند و مسائل را در درون خانواده انباشته کنند. منزوی کردن خود و کودک بر ابعاد و جنبه های مختلف فشار روانی خواهد افزود (۱۶). این ها را می توان به منزله تبیینی در جهت بالا بودن نمرات این مادران در زیر مقیاس اضطراب اجتماعی دانست. به طور مثال یافته های کوسیکو و همکاران (۱۷) نشان داد اضطراب اجتماعی در پدران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم و اسپرگر بیشتر از پدران کودکان سالم است. اضطراب اجتماعی یکی از شایع ترین اختلال های اضطرابی است که با ترس بارز از موقعیتهایی که در آن ممکن است فرد مورد ارزیابی قرار گیرد مشخص میشود. این اختلال سومین نرخ شیوع را در بین اختلال های روانشناختی دارد. برخی پژوهش ها نشان داده اند که اختلال اضطراب اجتماعی با کمرویی، رفتارهای بازداری، خودآگاهی و توجه انتخابی رابطه دارد (۱۸). افراد مبتلا به این اختلال از هرگونه موقعیت اجتماعی که تصور می کنند ممکن است در آن، رفتار خجالت آوری داشته باشند، می ترسند و یا از هرگونه وضعیتی که امکان دارد دیگران، آنها را به طور منفی ارزیابی کنند، اجتناب می کنند. این افراد انتظار دارند از سوی دیگران، طرد و یا به طور منفی قضاوت شوند. افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در

شکست در دریافت حمایت‌های اجتماعی در بروز این استرس مؤثر است (۲۰). بنابراین به وضوح می‌توان گفت که رابطه‌ی بین اختلال کودک و کارکرد خانواده رابطه‌ای دوسویه و متقابل است. بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودک با اختلال طیف اوتیسم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند. این فشارها می‌تواند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضد اجتماعی، خود آسیب رسانی، حرکات کلیشه‌ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاصی جسمانی کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (۳۱). بنابراین با توجه به نقش و اهمیت درمان در بهزیستی کودکان مبتلا به اوتیسم و اثرات آن بر خانواده‌ی آنان و بدین علت که اکثر تحقیقات انجام شده، اثر مستقیم مداخلات را بر بهبود خود کودک بررسی کرده‌اند و به اثری که مداخلات می‌تواند بر روی خانواده داشته باشد، توجهی نشده است و از آنجایی که اثر بخشی دو روش درمان اختلال طیف اوتیسم بر مادران این کودکان در جمعیت ایرانی مورد پژوهش قرار نگرفته است، لذا پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخ این پرسش است که آیا اثربخشی روش تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور بر جهت‌گیری زندگی، پذیرش بی‌قید و شرط خود و اضطراب اجتماعی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تفاوت دارد؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. **آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم مراجعه‌کننده به مراکز آموزش کودکان استثنایی شهرستان ساری در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۵ مراجعه کردند. از میان آنها نمونه‌ای شامل ۲۴ مادر از سه مرکز آموزش کودکان استثنایی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که فرزندان آنها به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جای گرفتند. برای دو گروه اول (گروه‌های

بارزی توسط آزمون‌های استاندارد نمایان شد، در حالی که در رفتارهای کلیشه‌ای تغییر چندانی به وجود نیامد (۲۵). در ایران، پژوهشی توسط گلابی و همکاران به منظور بررسی اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی بر روی کودکان اوتیسم در مدت ۶ بررسی ماه در مقایسه با گروه شاهد انجام شد. نتایج نشان داد که این روش بر علایم اوتیسم در این کودکان مؤثر است (۲۶).

یکی دیگر از روش‌هایی که در چهار چوب رویکردهای رفتاری به کار می‌رود آموزش پاسخ محور است که توسط کوگل از دانشگاه سانتا باربارا کالیفرنیا در آمریکا طراحی و تنظیم شده و قریب به ۳ دهه است که در آمریکا کاربرد گسترده‌ای یافته است. آموزش پاسخ محور مبتنی بر طبیعت کودک تهیه شده و برای افزایش تعاملات اجتماعی مناسب و مهارت‌های گویایی در کودکان اتیستیک به کار رفته است. این روش بر مبنای اصول روش تحلیل رفتار کاربردی است که هدف آن جلوگیری از تعامل‌ها و ارتباط‌های منفی، کاهش واکنش‌های غیرطبیعی و اهمیت دادن به محیط‌های آموزشی و واکنش‌های طبیعی می‌باشد (۲۷). نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که پس از خاتمه یافتن مداخله‌های مبتنی بر آموزش پاسخ محور کودکان دارای اختلال اوتیسم، تمایل و توجه بیشتری نسبت به وسایل و محرک‌های محیطی اطراف نشان می‌دهند. همچنین، در نمایش مهارت‌های تقلیدی این کودکان پیشرفت قابل ملاحظه‌ای مشاهده می‌شود. یکی دیگر از نتایج مثبت کاربرد آموزش پاسخ محور ارتقای خودآموزی و در نهایت بالا بردن اعتماد به نفس در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم است. همچنین آموزش پاسخ محور باعث کاهش میزان نیازهای خدماتی و مراقبتی این گروه از کودکان از محیط پیرامون خود می‌شود (۲۸-۳۰).

از منظر کلی نه فقط اختلال طیف اوتیسم بر بهداشت روانی خانواده اثر می‌گذارد، بلکه تعارضات خانوادگی نیز میزان بروز نشانه‌های اوتیسم را پیش‌بینی می‌کنند. کودکان مبتلا به اوتیسم علاوه بر تأثیری که بر خانواده می‌گذارند، به محیط خانواده نیز واکنش نشان می‌دهند. ماهیت مبهم اختلال طیف اوتیسم، ویژگی‌های کودک، نگرانی در مورد تداوم شرایط کودک، پذیرش کم‌جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک در خودمانده و نیز

هر یک از جملات اعلام می‌کردند (۳۳). این آزمون از لحاظ بیشتر ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب بود و تنها انتقادی که به آن وارد شد این بود که عبارات خوش بینانه و بدبینانه آزمون همیشه از همسانی درونی بالایی برخوردار نبودند. افزون بر این بعضی از جملات این آزمون نشان دهنده دقیق انتظارات فرد از آینده نبودند. بنابراین نسخه تجدید نظر شده آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT-R) جانشین آزمون اصلی (LOT) شد. نسخه تجدید نظر شده آزمون جهت‌گیری زندگی از آزمون اصلی خلاصه‌تر است (شامل ۶ ماده، ۳ ماده، نشان دهنده تلقی خوش بینانه و ۳ ماده نشان دهنده تلقی بدبینانه). در نسخه تجدید نظر شده موادی که به طور دقیق بر انتظارات تأکید نداشتند حذف یا بازنویسی شدند. LOT-R از همسانی درونی مطلوبی برخوردار بوده (ضریب الفای کرونباخ 0.70) و در طول زمان ثبات خوبی دارد (۳۴). پژوهش‌های مکرر نشان داده‌اند که خوش‌بینی و بدبینی سرشتی با طیف گسترده‌ای از سازه‌های مرتبط مانند عزت نفس، ناامیدی و روان‌آزرده خوبی رابطه دارند که این مطلب بیانگر اعتبار همگرایی این پرسشنامه است. به علاوه، تحلیل عاملی بینی سرشتی و سازه‌های مرتبط با آن نشان داده است که خوش‌بینی سرشتی یک عامل مستقل و مجزا است (۳۵، ۳۶). که این مطلب نشان دهنده اعتبار افتراقی این سازه است.

۲- پرسشنامه پذیرش بی‌قید و شرط خود^۲: پرسشنامه پذیرش بی‌قید و شرط خود توسط چمبرلین و هاگا در سال ۲۰۰۱ طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت و دارای دو زیرمقیاس پذیرش بی‌قید و شرط خود و پذیرش مشروط خود است و برای گروه سنی ۱۴ سال و بالاتر قابل اجرا است. نحوه پاسخ‌دهی به این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت از کاملاً نادرست = ۱ تا همیشه درست = ۷ است. در این مقیاس گرفتن نمره بالا در ۹ عبارت شامل عبارت های ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ نشان دهنده پذیرش بی‌قید و شرط خود است (دامنه نمرات از ۹ تا ۳۶) در حالیکه ۱۱ مورد دیگر (عبارت های ۱، ۴، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) به صورت معکوس است به طوری- که نمره پایین‌تر نشان دهنده پذیرش مشروط خود است.

آزمایشی) شیوه درمانی به عنوان متغیر مستقل در دو گروه (تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور) اعمال شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از تشریح روش‌های درمانی و پروتکل پژوهش برای خانواده‌ها، رضایت آنها به منظور شرکت فرزندان‌شان در این پژوهش کسب شد. روش تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور بر روی هر دو گروه آزمایشی اجرا گردید و برای گروه گواه هیچ گونه روش درمانی اعمال نشد. لازم به ذکر است که روش‌های درمانی توسط مربیان مدرسه و مرکز مشاوره که در این حیطه آموزش‌های لازم را دیده بودند، با نظارت پژوهشگران، انجام می‌شد. پس از مدت ۳۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرای هر کدام از روش‌های درمانی معین بر روی گروه‌های آزمایشی که حدود ۳ ماه به طول انجامید، پس آزمون بر روی سه گروه اجرا شد و نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود به این پژوهش برای کودکان: وجود اختلال طیف اوتیسم با توجه به بررسی‌های بالینی، اختلال طیف اوتیسم با عملکرد بالا، عدم وجود نقص شنوایی و بینایی، برخورداری از سلامت جسمانی و ملاک‌های ورود برای مادران، علاقه به حضور در پژوهش، عدم وجود اختلال‌های عاطفی و رفتاری شدید، برخورداری از سلامت جسمانی و عدم دریافت هرگونه درمان دارویی و روانشناختی تا پایان جلسات درمانی. ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری مستمر آزمودنی‌ها و نیز وجود بیماری و یا مشکلات جسمانی مؤثر بر روند پژوهش بوده است.

ابزار

برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- آزمون جهت‌گیری زندگی^۱: شییر و کارور برای ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT) خود گزارش خلاصه‌ای را تدوین کرده و بعدها آن را مورد تجدید نظر قرار دادند (۳۲). نوع خوشبینی که توسط این آزمون ارزیابی می‌شود، یک صفت شخصیتی است که مشخصه آن انتظارات مطلوب شخصی در آینده است. آزمون جهت‌گیری زندگی شامل ۸ ماده بود ۴. ماده آن بیانگر خلق خوش بینانه و ۴ ماده بیانگر خلق بدبینانه بوده و پاسخ دهندگان در یک مقیاس چند درجه‌ای میزان موافقت یا عدم موافقت خود را با

1- LOT
2- USAQ

ترس (۰ تا ۳: اصلا، کم، متوسط و شدید) و رفتار اجتنابی (۰ تا ۳: هرگز، به ندرت، اغلب و همیشه) درجه بندی می‌شود. بنابراین این آزمون یک نمره اضطراب اجتماعی کلی و نمراتی در مورد ۴ زیر مقیاس: هراس اجتماعی، اجتناب اجتماعی، هراس از عملکرد و اجتناب از عملکرد به دست می‌دهد (۴۱). برای بررسی پایایی این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کلی برابر با ۰/۹۵، ضریب آلفای زیر مقیاس عملکرد ۰/۸۲ و ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۹۱ گزارش شده است. به منظور بررسی اعتبار همگرا، این آزمون با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی مورد مقایسه قرار گرفت. همبستگی در دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۷۷ قرار داشت. همبستگی‌های مشاهده شده در مورد مقیاس اضطراب اجتماعی کمتر بود و در دامنه ای از ۰/۳۱ تا ۰/۷۲ قرار داشت. امتیاز آزمودنی‌های مضطرب از آزمودنی‌های غیر مضطرب در این مقیاس بالاتر بود (۳۹).

خلاصه برنامه هر یک از مداخلات به تفکیک جلسات آموزشی برای هر یک از گروه‌ها در جدول ۱ و ۲ آمده است.

چمبرلین و هاگا همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کردند که در سطح قابل قبولی است (۳۷). پایایی پرسشنامه در ایران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آمد. همچنین پایایی آن از طریق دو نیمه کردن آزمون و با استفاده از روش تنصیف اسپیرمن-برون ۰/۶۳ به دست آمد. اعتبار همگرا این پرسشنامه از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ بررسی شد که ضریب همبستگی آن ۰/۳۷ به دست آمد. همچنین از تحلیل عامل تأکیدی با یک نمونه ۲۰۰ نفری از نوجوانان دختر دبیرستانی جهت بررسی اعتبار این پرسشنامه استفاده شد که به جز سه ماده از پرسشنامه، سایر عبارات‌ها از بار عاملی مناسبی برخوردار بود (۳۸).

۳- مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوتیس: مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوتیس اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه‌شدن با آنها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت و دو زیر مقیاس اضطراب عملکرد (۱۳ عبارت) و موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ عبارت) است. هر عبارت به طور جداگانه برای

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات درمانی تحلیل رفتار کاربردی

جلسه اول و دوم	آشنا کردن کودک با شرایط جدید آموزش
جلسه سوم و چهارم	تعریف نمودن اهداف نهایی و تقسیم کردن هر کدام از آنها به اهداف جزئی
جلسه پنجم و ششم	شروع به آموزش اهداف جزئی مانند ایجاد تماس چشمی توسط کودک و تقویت فوری آن
جلسه هفتم و هشتم	استفاده از روش شکل دهی و تقویت رفتارهای مطلوب
جلسه نهم و دهم	خاموش سازی رفتارهای نامطلوب کودک با عدم تقویت
جلسه یازدهم و دوازدهم	جهت دهی به برخی رفتارهای کلیشه ای کودک
جلسه سیزدهم و چهاردهم	استفاده از روش اقتصاد ژتونی برای آموزش برخی مهارت های اجتماعی مانند سلام کردن
جلسه پانزدهم و شانزدهم	بهره بردن از اصل پریماک برای انجام برخی رفتارهای مطلوب مانند اول انجام تکلیف بعدا توپ بازی
جلسه هفدهم و هجدهم	استفاده از روش زنجیره سازی برای ایجاد برخی رفتارهای مطلوب اجتماعی مانند سلام کردن
جلسه نوزدهم و بیستم	استفاده از روش جبران کردن در صورت انجام رفتارهای نامطلوب مانند ریختن غذا روی زمین
جلسه بیست و یکم و بیست و دوم	استفاده از روش جریمه کردن مانند گرفتن بخشی از ژتونهای کودک در صورت انجام رفتار نامطلوب
جلسه بیست و سوم و بیست و چهارم	استفاده از روش اشباع برای تعدیل برخی رفتارهای نامطلوب
جلسه بیست و پنجم و بیست و ششم	تقویت متناوب و نه پیوسته رفتارهای مطلوب کودک جهت پایداری بیشتر ان رفتارها
جلسه بیست و هفتم و بیست و هشتم	حذف تدریجی اشاره ها و راهنمایی های مری برای انجام برخی رفتارهای مطلوب
جلسات بیست و هشتم و سی ام	در ایجاد رفتارهای مطلوب به روش شکل دهی فقط رفتار نهایی تقویت شود
جلسات سی و یکم و سی و دوم	آموزش برخی رفتارهای اجتماعی سطح بالا به روش شکل دهی مانند گفتگو با تلفن
جلسه سی و سوم و سی و چهارم	آموزش رفتارهای تعاملی با کودکان دیگر، در شروع فقط برقراری تماس چشمی با آن‌ها و تقویت فوری آن
جلسه سی و پنجم و سی و ششم	ادامه آموزش رفتارهای تعاملی با کودکان دیگر که در این مرحله شامل سلام و احوالپرسی و صحبت با یکدیگر می باشد و سپس پاداش دهی به آن

جدول ۲) خلاصه محتوای جلسات رویکرد درمانی پاسخ محور

جلسه اول و دوم	ارتباط مثبت و مناسب با کودک. بالا بردن انگیزه در کودک با استفاده از جلب توجه و انتخاب بازی توسط کودک
جلسه سوم و چهارم	استفاده از فعالیت‌های جذاب برای بالا بردن هیجان در کودک
جلسه پنجم و ششم	ایجاد انگیزه در کودک با استفاده از کنترل به اشتراک گذاشته
جلسه هفتم و هشتم	پیدا کردن و یافتن اسباب بازی‌های مورد علاقه کودک
جلسه نهم و دهم	شناسایی توانایی کودک در شناخت محیط پیرامون، حافظه، استفاده از حواس پنجگانه و مهارت‌های حرکتی
جلسه یازدهم و دوازدهم	انتخاب نوع تقویت کننده‌ها و چگونگی استفاده از آنها
جلسه سیزدهم و چهاردهم	استفاده از محرک‌های مختلف و افزایش نشانه
جلسه پانزدهم و شانزدهم	پاسخگویی به نشانه‌های متعدد: آموزش بیش انتخاب‌گری به معنای پاسخ‌دهی به نشانه‌های متعدد
جلسه هفدهم و هجدهم	استفاده از یک محرک خاص مورد علاقه کودک برای بالا بردن علاقه به بقیه اشیا
جلسه نوزدهم و بیستم	همگام‌سازی درمانگر و کودک با ایجاد ارتباط رفتاری عملکرد کودک
جلسه بیست و یکم و بیست و دوم	آماده سازی برای مدیریت خود
جلسه بیست و سوم و بیست و چهارم	آموزش مدیریت خود
جلسه بیست و پنجم و بیست و ششم	استقلال
جلسه بیست و هفتم و بیست و هشتم	تعمیم دادن آموزش
جلسه بیست و نهم و سی ام	خود آغازگری
جلسه سی و یکم و سی و دوم	آموزش تعامل اجتماعی خودانگیزه
جلسه سی و سوم و سی و چهارم	آموزش موقعیت‌های سؤالی و سوال پرسیدن
جلسه سی و پنجم و سی و ششم	آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از تکنیک‌های طبیعی

میانگین، انحراف معیار و نمودارهای معناداری بالینی و در سطح آمار استنباطی از طریق تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) مورد بررسی قرار گرفت و داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های مختلف پژوهش حاضر که شامل جهت‌گیری زندگی، پذیرش بی‌قید و شرط و اضطراب اجتماعی است، در جدول ۳ ارائه شده است.

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین گروه‌های پژوهش به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. به عنوان نمونه، میانگین گروه تحلیل رفتار کاربردی در متغیر جهت‌گیری زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۱ و ۱۳/۴۳ می‌باشد. در ادامه برای تعیین نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کالموگراف اسمیرنوف و شاپیرو ویلکز استفاده شد.

همچنان که در جدول ۴ دیده می‌شود نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنوف و آزمون شاپیرو ویلکز نشان از نرمال بودن توزیع متغیرها است.

روند اجرای پژوهش:

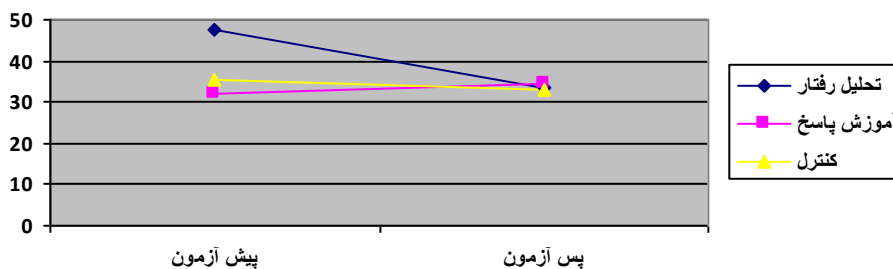
در این پژوهش با همکاری سازمان بهزیستی شهرستان ساری و موافقت کتبی جهت انتخاب نمونه‌ها از مراکز آموزش کودکان استثنایی این شهرستان نمونه مورد تحقیق به صورت نمونه‌گیری در دسترس از ۳ مرکز انتخاب گردید و پس از قرار دادن تصادفی کودکان در گروه‌های آزمایش و کنترل، ابتدا مادران با کمک مشاورین مراکز با روش کار آشنا شدند و بعد از این که فرم رضایت نامه را آگاهانه تکمیل و امضاء کردند، پیش‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد، سپس هر کدام از گروه‌های آزمایشی به مدت ۳۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هر هفته سه روز در یکی از مراکز کودکان استثنایی شهرستان ساری تحت درمان به روش تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور قرار گرفتند. ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس دوباره پرسشنامه‌های پژوهش در پایان جلسات در مرحله‌ی پس‌آزمون به هر سه گروه داده شد. برای بررسی داده‌های جمع‌آوری شده، داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. داده‌های پژوهش پس از تحلیل آمارتوصیفی با استفاده از شاخص‌هایی مانند

جدول ۳) اطلاعات توصیفی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون جهت‌گیری زندگی، پذیرش بی‌قید و شرط و اضطراب اجتماعی

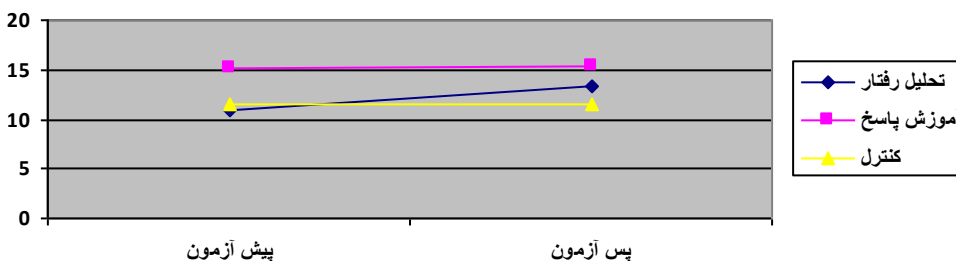
متغیر	آماره گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
جهت‌گیری زندگی	تحلیل رفتار کاربردی	۱۱	۴/۱۲۳	۷	۱۳/۴۳	۲/۰۷	۷
	آموزش پاسخ محور	۱۵/۲۸۶	۳/۵۵	۷	۱۵/۱۴	۴/۱	۷
	گروه کنترل	۱۱/۴۳	۲/۶۴	۷	۱۱/۴۳	۳/۸۷	۷
اضطراب اجتماعی	تحلیل رفتار کاربردی	۴۷/۴۳	۲۵/۹۸	۷	۳۳/۴۳	۱۶/۰	۷
	آموزش پاسخ محور	۳۲/۰	۸/۴۹	۷	۳۴/۴۳	۱۰/۶	۷
	گروه کنترل	۳۵/۴۳	۱۹/۶۳	۷	۳۲/۸۶	۱۷/۹۵	۷
پذیرش بی‌قید و شرط	تحلیل رفتار کاربردی	۴۷/۴۳	۶/۱۶	۷	۴۸/۴۳	۵/۴۱	۷
	آموزش پاسخ محور	۴۸/۵	۷/۰۱	۶	۵۰/۰	۶/۳۵	۷
	گروه کنترل	۵۰/۴۳	۴/۱۶	۷	۴۸/۸۶	۴/۴۱	۷

جدول ۴) نتایج آزمون توزیع نرمال بودن متغیرها

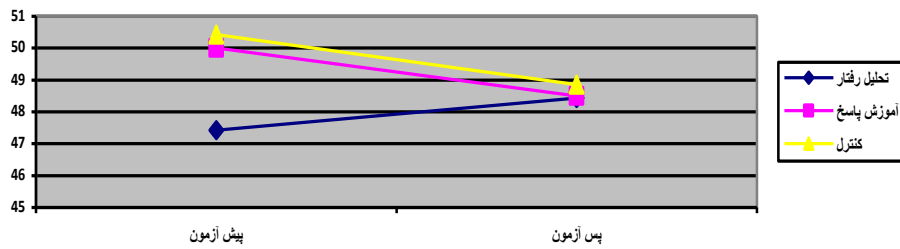
متغیر	کالموگراف اسمیرنف			شاپیرو ویلک		
	آماره آزمون	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	آماره آزمون	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
جهت‌گیری زندگی	۰/۱۴۴	۲۰	۰/۲	۰/۹۷۲	۲۰	۰/۸
اضطراب اجتماعی	۰/۱۵۵	۲۰	۰/۲	۰/۹۴۷	۲۰	۰/۳۱۸
پذیرش بی‌قید و شرط	۰/۱۲۵	۲۰	۰/۲	۰/۹۶۱	۲۰	۰/۵۷۱
پذیرش مشروط	۰/۰۸۱	۲۰	۰/۲	۰/۹۸۱	۲۰	۰/۹۵
پذیرش کلی	۰/۱۴۶	۲۰	۰/۲	۰/۹۶۴	۲۰	۰/۶۳۷



نمودار ۱) مقایسه گروه‌های تحقیق در اضطراب اجتماعی



نمودار ۲) مقایسه گروه‌های تحقیق در جهت‌گیری زندگی



نمودار ۳) مقایسه گروه‌های تحقیق در پذیرش بی قید و شرط

جدول ۵) نتایج آزمون‌های چند متغیره به منظور مقایسه گروه‌های پژوهش

اثر	آزمون	مقدار آزمون	F	درجه آزادی	خطا	Sig.
گروه	اثربخشی	۰/۸۲۷	۲/۳۵۱	۶	۲۰	۰/۰۷۰

جدول ۶) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره به منظور مقایسه متغیرهای پژوهش در بین گروه‌های پژوهش

متغیر	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	Sig.
جهت گیری زندگی	۴۰/۳۰۲	۲	۲۰/۱۵۱	۱/۵۸۴	۰/۲۳۴
پذیرش بی قید و شرط خود	۱۶/۵۴۷	۲	۸/۲۷۳	۰/۲۸۵	۰/۷۵۶
اضطراب اجتماعی	۸/۹۶۱	۲	۴/۴۸	۰/۰۱۸	۰/۹۸۲

بر اساس نتیجه جدول ۵، با توجه به مقدار F و سطح معناداری آن در آزمون چند متغیره اثر پیلایی، ترکیب خطی متغیرهای پژوهش در بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری ندارد (با کنترل اثر پیش آزمون).

در ادامه جهت بررسی مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور در جهت گیری زندگی، پذیرش بی قید و شرط خود و اضطراب اجتماعی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۶ ارائه گردیده است.

با توجه به جدول ۶ نتایج برای جهت گیری زندگی ($F=1/584$ ، $P=0/234$)، پذیرش بی قید و شرط خود ($F=0/285$ ، $P=0/756$) و اضطراب اجتماعی ($F=0/018$ ، $P=0/982$) محاسبه شد که نشان می‌دهد تفاوت معنی داری برای این سه متغیر در سه گروه (روش‌های اثر بخشی تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور و کنترل) وجود ندارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و آموزش پاسخ محور بر جهت گیری زندگی، پذیرش بی قید و شرط و اضطراب اجتماعی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم بود. نتایج مقایسه اثربخشی این دو روش نشان داد که با وجود تغییرات صورت گرفته در متغیرهای

همانگونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود تغییرات چندانی در گروه کنترل و نیز گروه آموزش پاسخ در پس آزمون ایجاد نشده است اما در گروه تحلیل رفتار کاربردی یک کاهش ۱۴ نمره ای در میانگین اضطراب اجتماعی مشهود است. محاسبه معناداری بالینی این تغییر درمانی حاکی از یک درصد بهبودی ۴۲ درصدی در اضطراب اجتماعی مادران در گروه تحلیل رفتار کاربردی است

در نمودار ۲ نیز مشاهده می‌شود که تغییرات چندانی در گروه کنترل و نیز گروه آموزش پاسخ در پس آزمون ایجاد نشده است، اما در گروه تحلیل رفتار کاربردی یک کاهش ۲ نمره ای در میانگین جهت گیری زندگی مشهود است. محاسبه معناداری بالینی این تغییر درمانی حاکی از یک درصد بهبودی ۱۸ درصدی در جهت گیری زندگی مادران در گروه تحلیل رفتار کاربردی است.

بالاخره در نمودار ۳ مشاهده می‌شود که تغییرات چندانی در گروه کنترل و نیز گروه آموزش پاسخ در پس آزمون ایجاد نشده است، اما در گروه تحلیل رفتار کاربردی یک کاهش ۲ نمره ای در میانگین پذیرش بی قید و شرط مشهود است. محاسبه معناداری بالینی این تغییر درمانی حاکی از یک درصد بهبودی ۴ درصدی در پذیرش بی قید و شرط مادران در گروه تحلیل رفتار کاربردی است.

سه سال اول زندگی بروز می‌کند و به نظر می‌رسد که در سرتاسر زندگی ادامه پیدا می‌کند. اگرچه داروی خاصی برای درمان اوتیسم وجود ندارد، ولیکن شروع زودتر آموزش، ضروری است چرا که ممکن است موجب بهبودی رشد اجتماعی و کاهش رفتارهای نامطلوب گردد. و احتمال دارد افراد اوتیسم بتوانند زندگی نرمالی داشته باشند (۴۲). اوتیسم نوعی اختلال عصب شناختی است که در سال‌های اولیه کودکی نمایان می‌شود. این اختلال باعث می‌شود که مغز نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند و در یادگیری ارتباط و تعامل کودک با دیگران مزاحمت ایجاد کند. کودکان دچار اوتیسم در زمینه ارتباط کلامی و غیرکلامی، رفتارهای اجتماعی و بازی دارای مشکل‌اند و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری دارند. که همین امر بر عملکرد والدین آنها تأثیر منفی بسزایی دارد و مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم از فشار روانی بیشتری رنج می‌برند و وجود فشار و اضطراب و استرس بر کیفیت زندگی این مادران تأثیر بسزایی می‌گذارد (۴۳، ۴۴).

شیوع روزافزون تشخیص‌های اختلالات کودکان و درمان‌های طولانی مدت و طاقت فرسای آن کیفیت زندگی والدین بخصوص مادران را تحت تأثیر قرار داده و والدین را در جهت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد سوق می‌دهد و فرد را از مواجهه شدن در جمع بترساند. معمولاً مادران دارای فرزند اوتیسم، خود را گناهکار دانسته و با کناره‌گیری از جمع دوستان و اجتماع تلاش می‌کنند تا با کودک و شرایط کودک خود کنار بیایند (۸، ۴۵).

از مزیت‌های روش‌های تحلیل رفتار کاربردی و درمان پاسخ محور آنست که والدین و بویژه مادر کودک در جریان درمان بکارگیری می‌شود و بتدریج در جریان پیشرفت کار قرار می‌گیرد (۴۶، ۴۷). از آنجا که بسیاری از مادران کودکان اتیستیک به سمت فرسودگی و نهایتاً افسردگی روانی می‌روند این روش باعث می‌شود که روحیه مادران تقویت شده و با پیشرفت تدریجی کودکان وضعیت روانی مادران نیز بهبود یابد، از سوی دیگر مادران (والدین) با یادگیری تدریجی روش درمانی، می‌آموزند که نقش خود را به درستی ایفا کنند و این در توانمندسازی آنان و ارتقای استقلال و اعتماد بنفس‌شان بسیار مؤثر است (۴۸). همین امر باعث به وجود آمدن یک راهبرد مفید در مقابله با مشکلات و عوامل استرس‌زای

پژوهش، اما تفاوت مشاهده شده معنادار نیست. این یافته با نتایج پژوهش‌های معدودی که در زمینه درمان‌های اوتیسم وجود دارد، هماهنگ است که می‌توان به تحقیق خانزاده، باغبان و ندای (۴۰) با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان دارای اوتیسم بر جو عاطفی، سازش‌پذیری و انسجام خانواده از میان مادران کودکان ۴ تا ۱۳ ساله دارای اوتیسم از مرکز اوتیسم تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ انجام پذیرفت، اشاره کرد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط از قبیل روش‌های تحلیل رفتار کاربردی، پاسخ محور سبب بهبودی جو عاطفی و همچنین افزایش سازش‌پذیری و اضطراب اجتماعی خانواده کودکان دارای اوتیسم بوده است و تفاوت معناداری بین اثربخشی روش تحلیل رفتار کاربردی و درمان پاسخ محور وجود ندارد. در تحقیقی که توسط تانگ و همکاران در سال ۲۰۰۵ به بررسی روش درمان‌های مدیریت رفتاری بر روی ۷۰ نفر از والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اوتیسم صورت گرفت اثربخشی این روش بر سازگاری، سلامت‌روان و جهت‌گیری زندگی والدین تأکید شده است که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد (۴۱).

نتایج این تحقیق نشان دهنده ی کاهش اضطراب اجتماعی مادران در گروه تحلیل رفتار کاربردی بود اما تغییرات مشهودی در گروه آموزش پاسخ محور مشاهده نشد. در تحقیقی اثربخشی روش درمان پاسخ محور بر کودکان اتیسم و اهمیت حضور والدین و انجام این روش را در کاهش اضطراب اجتماعی والدین نشان داده شده است (۳۰). همچنین در تحقیقی دیگر که به منظور بررسی اثربخشی آموزش پاسخ محور بر عملکرد خانواده و اضطراب اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اتیسم بر روی ۲۰ نفر از افراد گروه نمونه انجام شد، نتایج نشان داد که اثربخشی این روش در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش خودکارآمدی و کارکرد خانواده مؤثر بوده است (۲۹). نتایج ما حاکی از تأثیر گذاری تحلیل رفتار کاربردی است و کاهش مشهودی در اضطراب اجتماعی مادران کودکان اتیستیک را بدنبال داشت.

اوتیسم یک بیماری نیست بلکه یک اختلال رشد در عملکرد مغز است. افراد اتیستیک سه نوع علامت را نشان می‌دهند: روابط اجتماعی ضعیف، مشکلاتی در ارتباط کلامی و غیر کلامی، و نیز علائق و فعالیت‌های محدود. این علائم در

- 6- Shattock P, Kennedy A, Rowell F, Berney T. Role of neuropeptides in autism and their relationships with classical neurotransmitters. *Brain Dysfunction*. 1990.
- 7- Jadidi M, Safary S, Jadidi M, Jamali S. Comparing Social Support and Social Anxiety between Mothers of Children with Special Needs and Mothers of Normal Children. *Clinical psychology*. 2015; 16(2): 43-52.
- 8- Aali SH, Amin Yazdi S, Abdokhodai MS, Ghanai Chaman Abad A, Moharri F. The design of family-centered combination therapy based on the integrated human development model and comparing its effectiveness with the fluoride play therapy on the behavioral symptoms of children with autism spectrum disorder and parent's stress in their mothers. *Journal of Psychological Achievement*. 2015; 4(22): 25-46.
- 9- Gau SS-F, Chou M-C, Chiang H-L, Lee J-C, Wong C-C, Chou W-J, et al. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2012; 6(1): 263-70.
- 10- Hartley SL, Barker ET, Seltzer MM, Floyd F, Greenberg J, Orsmond G, et al. The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*. 2010; 24(4): 449.
- 11- Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*. 2005; 9(2): 125-37.
- 12- Greenspan SI, Wieder S. *Infant and early childhood mental health: A comprehensive developmental approach to assessment and intervention*. Washington. D.C.: American Psychiatric Association. 2007.
- 13- 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.
- 14- Benson PR. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2010; 4(2): 217-28.
- 15- Keen D, Couzens D, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2010; 4(2): 229-41.
- 16- Rezaei S, Alizadeh Y. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Stress, Depression Anxiety in Mothers of Children with Autism Disorder. *National Conference on Knowledge and Technology of Educational Sciences, Social Studies and Psychology of Iran*. 2016.
- 17- Kuusikko-Gauffin S, Pollock-Wurman R, Mattila M-L, Jussila K, Ebeling H, Pauls D, et al. Social anxiety in parents of high-functioning children with autism and Asperger syndrome.

قوی و مثبت، به فرد در تحمل وضعیت موجود و امیدواری به ادامه زندگی کمک نموده و باعث می‌گردد تا فرد نگرش مثبتی به وضعیت کودک خود داشته باشد و به جای استفاده از راهبردهای هیجان مدار از روش‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار برای مواجهه با مشکل خود استفاده کند و به تدریج احساس کیفیت زندگی مطلوبی داشته باشد و به جای احساس خستگی روانی بالا، با اطمینان و نگرش مثبت روند درمان را ادامه داده و به فرجام وضعیت کودک خود دید منطقی داشته باشد (۴۹، ۵۰).

یافته‌های پژوهش در مجموع حاکی از آن است که روش تحلیل رفتار کاربردی را می‌توان در جهت کاهش اضطراب اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم به کار برد و به متخصصان این حیطه در کار با این افراد توصیه می‌شود.

در انتها از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به شمار کم آزمودنی‌ها اشاره کرد که موجب کاهش توان تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، حجم نمونه بزرگتری انتخاب شود تا نتایج با احتمال بیشتری، قابلیت تعمیم‌پذیری به جامعه را داشته باشد. همچنین تکرار این پژوهش با کنترل عوامل جمعیت شناختی برای اطمینان بیشتر از نتایج بدست آمده به محققان آینده پیشنهاد می‌شود.

منابع

- 1- Posar A, Resca F, Visconti P. Autism according to diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition: The need for further improvements. *Journal of pediatric neurosciences*. 2015; 10(2): 146.
- 2- Mandell D, Lecavalier L. Should we believe the Centers for Disease Control and Prevention's autism spectrum disorder prevalence estimates? : Sage Publications Sage UK: London, England. 2014.
- 3- Samadi SA, McConkey R. Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015; 45(9): 2908-16.
- 4- Aghababaei s, Akrami N. compare the elements of Draw-a-Person (DAP) test in children aged 6-12 years with autism disorder and normal children. *Clinical Psychology*. 2013; 44: 9-12.
- 5- Liao S-T, Hwang Y-S, Chen Y-J, Lee P, Chen S-J, Lin L-Y. Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical & occupational therapy in pediatrics*. 2014; 34(4): 356-67.

- 31- Zarafshan H, Kazemi F, Saadat M, Goodarzi A. General health and quality of life of mothers with autistic children. *Iranian Exceptional Children's Quarterly Journal*. 2012; 40: 319-20.
- 32- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*. 1994; 67(6): 1063.
- 33- Vautier S, Raufaste E, Cariou M. Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of filler items. *International Journal of Psychology*. 2003; 38(6): 390-400.
- 34- Wimberly SR, Carver CS, Antoni MH. Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and health*. 2008; 23(1): 57-72.
- 35- Mahmoudian H, Safari H, Hashemzadeh Vaez H, Mir Mohammad Tabar SA, Rezvani Farr S. Study of relationship between life orientation and goals of progress with satisfaction of students' life. *Quarterly Journal of Educational Psychology*. 2016; 11(35): 123-35.
- 36- Sharifi K, Saeedi H. The prediction of psychological well-being based on the orientation of life and Optimism. *Psychology of growth*. 2016; 4(1): 41-58.
- 37- Chamberlain JM, Haaga DA. Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2001; 19(3): 163-76.
- 38- Haj Ali Akbari N. The comparison of unconditional admission, loneliness, and control source in both dependent and non-dependent women. *The First Comprehensive Conference on Psychology*. 2017.
- 39- Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*. 1985; 42(7): 729-36.
- 40- Khanzadeh A, Baghban Vahidi M, Nedaei N. The Effect of Teaching Effective Communication Skills on Autism Children's Mothers on Emotional Stress, Consistency and Family Cohesion. *Exclusive Children's Magazine*. 2017; 16(4): 39-50.
- 41- Tonge B, Brereton A, Kiomall M, Mackinnon A, King N, Rinehart N. Effects on 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 & Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(5): 561-9.
- 42- Vakilizad N, Abedi A. Awareness of children with autism spectrum disorder. *Exceptional Education*. 2017; 16(2): 38-42.
- 43- Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M. Savant skills in autism: psychometric approaches and parental reports. *Philosophical Transactions of the Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013; 43(3): 521-9.
- 18- Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosrat Abad T. The relationship between social anxiety, optimism and self-efficacy with psychological well-being in students. *J Urmia Univ Med Sci*. 2012; 23 (2): 115-22.
- 19- Tashke M, Bazani M. Prediction of social anxiety by emotional schemas and unconditional admission in male and female students of Kharazmi University. *Janko Journal of Medical Sciences*. 2016; 2 (3): 83-72.
- 20- Berries M, Hakim Javadi M, Taher M, Gholamali Lavasani M, Hussein Khanevade AA. Comparison of concern, hope and meaning of life in mothers of children with autism, deafness and learning disability. *Family Quarterly Journal*. 2011; 21(6): 87-97.
- 21- Green VA, Pituch KA, Itchon J, Choi A, O'Reilly M, Sigafos J. Internet survey of treatments used by parents of children with autism. *Research in developmental disabilities*. 2006; 27(1): 70-84.
- 22- Ahmadi SJ, Safari T, Hamtaian M, Khalili Z. The Effectiveness of Applied Behavior Analysis on Autism. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 4(10): 292-300.
- 23- Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1987; 55(1): 3.
- 24- Lovaas OI. *The ME book: Teaching developmentally disabled children*. Austin, TX: Pro-Ed Inc. 1981.
- 25- Leach D, LaRocque M. Increasing social reciprocity in young children with autism. *Intervention in School and Clinic*. 2011; 46(3): 150-6.
- 26- Golbi P, Alipour A, Zandi B. ABA. Research in the field of exceptional children. 2016; 5(1): 1-24.
- 27- Koegel LK, Koegel RL, Shoshan Y, McNeerney E. Pivotal response intervention II: Preliminary long-term outcome data. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. 1999; 24(3): 186-98.
- 28- Mohammadzaheri F, Koegel LK, Rezaee M, Rafiee SM. A randomized clinical trial comparison between pivotal response treatment (PRT) and structured applied behavior analysis (ABA) intervention for children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 2014; 44(11): 2769-77.
- 29- Ali Akbar Dehkordi M, AliPour A, Chima N, Mohtashemi T. The Effect of Parent-Based Response-Based Treatment on Improving Children with Autism Disorder. *Iranian Children's Quarterly Excerpt*. 2011; 1: 1-12.
- 30- Pour Mohammadreza Tajrishi M, Rajabi B, Haggho H. Responsive education in children with autism spectrum disorder. *Exceptional Education*. 2012; 8(13): 61-5.

- Royal Society B: Biological Sciences. 2009; 364(1522): 1359-67.
- 44- Khorramabadi R, Pouratamad H, Tahmasbiyan N. Comparison of Parenting Stress in Mothers of Children with Autism Disorder with Normal Children's Mothers. *Journal of Family Research*. 2010; 21: 5-19.
- 45- Matson JL, Williams LW. The curious selection process of treatments for autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2015; 9: 21-5.
- 46- Mohseni A, Abedi A, Behnam Nejad NJ. Meta-analysis on the Effectiveness of Applied Behavior Analysis (ABA) on the Problems of Children with Autism Spectrum Disorder in Iran. *journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*. 2016; 1(21): 17-25.
- 47- Mohtashami T. The effect of parental-based response-based therapy (PRT) on the recovery of children with autism in Tehran's Rehabilitation and Training Center. Payame Noor University of Tehran Payam Noor Center of Tehran. 2015.
- 48- Riahi F ,Vatankhah M, Karimnejad F, Rahimi H. The Effect of Quality-Based Therapy on Subjective Well-Being and Hope in Parents of Children with Autism. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2015; 1(13): 53-65.
- 49- Nikkhah H. Coping Strategies and Stress in Mothers of Children with Autism Disorder and Comparison with Mothers of Normal Children. *Family Quarterly Journal*. 2011; 21: 29-35.
- 50- Rabiei M. Preliminary study on the effectiveness of group training of autistic parents on their knowledge and their stress, anxiety and depression. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2013; 7: 391-485.