

# The Impact of Training Mothers of Autistic Children for Effective Communication Skills on Social Skills Improvement in Autistic Children

Mansuore Baghban Vahidi<sup>1</sup>, Abbas Ali Hossein Khanzadeh<sup>2</sup>, \*Nahid Nedae<sup>3</sup>

## Author Address

1. MA in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Rasht, Iran;

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran;

3. MA in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

\*Corresponding Author Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan.

\*E-mail: nahid.nedae@gmail.com

Received: 2016 February 21; Accepted: 2016 July 8

## Abstract

**Objective:** Children with autism spectrum disorder are faced with numerous problems in social skills. This study was conducted to assess the impact of training the parents of children with autism spectrum disorder for effective communication skills on social skills improvement in children with autism spectrum disorder.

**Methods:** The present study used a pretest-posttest control-group quasi-experimental design. Purposive sampling was used to recruit 24 participants from among the mothers of autistic children between 4 and 13 years of age visiting Tehran Autism Center in the school year 2015-2016. The participants were assigned to experimental and control groups randomly. Following the pre-test the experimental group received 8 sessions of effective communication skills training. The research instrument was the Social Skills Questionnaire—Parent (SSQ-P) (Gresham and Elliott, 1990). At the conclusion of the sessions, both groups took the post-test. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to analyze the data.

**Results:** The results showed that children of the mothers in the experimental group had a better performance in terms of social skills compared with children of the mothers in the control group ( $p < 0.001$ ). In the experimental group, the mean and standard deviation of social skills were obtained as 21.75 and 3.74 for the pre-test and 31.27 and 22.92 for the post-test respectively; but in the control group, the mean and standard deviation were 22.58 and 1.62 for the pre-test and 22.92 and 1.62 for the post-test respectively.

**Conclusion:** According to the results, it can be concluded that training the parents of children with autism spectrum disorder for effective communication skills can be used for the development of intervention programs for autistic children.

**Keywords:** Autism, Effective Communication, Social Skills.

## تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بر بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان

منصوره باغبان وحیدی<sup>۱</sup>، عباسعلی حسین‌خانزاده<sup>۲</sup>، \*ناهید ندائی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران؛

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

\*آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

\*رایانامه: nahid.nedaei@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲ اسفند ۱۳۹۴؛ تاریخ پذیرش: ۱۸ تیر ۱۳۹۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در مهارت‌های اجتماعی با مشکلات فراوانی روبه‌رو هستند. پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بر بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان انجام شد.

**روش بررسی:** روش این پژوهش از نوع شبه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از میان مادران کودکان ۴ تا ۱۳ ساله مبتلا به اوتیسم از مرکز اوتیسم تهران در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴، ۲۴ نفر برحسب شرایط ورود به پژوهش، انتخاب شده و به‌شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از انجام پیش‌آزمون به‌کمک پرسشنامه مهارت اجتماعی کودکان پیش از دبستان، فرم والدین گرشام‌والیوت ۱۹۹۰، به گروه آزمایش طی ۸ جلسه، مهارت‌های ارتباط مؤثر آموزش داده شد. در پایان، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از نظر میزان مهارت‌های اجتماعی عملکرد بهتری داشتند ( $p < 0/001$ ). در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های اجتماعی در پیش‌آزمون به ترتیب ۲۱/۷۵ و ۳/۷۴ و در پس‌آزمون ۳۱/۲۷ و ۲۲/۹۲ به دست آمد؛ ولی در گروه کنترل میانگین و انحراف استاندارد آن در پیش‌آزمون ۲۲/۵۸ و ۱/۱۶ و در پس‌آزمون ۲۲/۹۲ و ۱/۶۲ بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، می‌تواند در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای این کودکان استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** اوتیسم، ارتباط مؤثر، مهارت‌های اجتماعی.

مشکلات رفتاری دوران کودکی مدل مؤثری است (۱۳). این امر درباره کودکان مبتلا به اوتیسم نیز صدق می‌کند و می‌توان گفت که خانواده شرکای مهمی در آموزش و پرورش این کودکان هستند (۱۴). مشارکت خانواده و مدرسه سبب می‌شود، کودکان در کسب و تعمیم و نگهداری مهارت‌ها نتایج بهتری به دست آورند (۱۷-۱۵).

مهارت‌های ارتباط بین فردی به توانایی فرد برای برقراری ارتباط متقابل در گروه‌ها، چه کلامی و چه غیرکلامی، اشاره دارد و همچنین به فردی که دارای مهارت‌های ارتباط بین فردی است و به احساسات و هیجانات اطرافیان حساس است (۱۸). رشد ارتباطات کودک فرآیندی اجتماعی بوده که به مشارکت فعال نه تنها از سوی کودک، بلکه از سوی همراهان زندگی او در امور روزمره نیازمند است. این امر به خصوص درباره کودکانی صدق می‌کند که با تأخیر صحبت می‌کنند؛ زیرا آن‌ها نمی‌توانند به اندازه کافی از نظر اجتماعی تعامل برقرار کرده و ارتباط به شکل مؤثر را بیاموزند (۱۹). اگر کودکان می‌توانند ارتباط برقرار کنند، پس در صورتی که به طور مؤثر بیاموزیم مادران چگونه با کودکان ارتباط برقرار می‌کنند، فرزندان ما نیز، هرچند با تأخیر، قادر به برقراری ارتباط خواهند بود (۲۰، ۲۱).

تاکنون چندین روش مداخله بر پایه استراتژی‌های ارتباط بین فردی شکل گرفته است. به عنوان مثال، برنامه سان‌رایز<sup>۴</sup> درمانی فشرده است و والدین آن را اجرا می‌کنند. هدف آن بهبود ارتباطات اجتماعی بوده که در کودکی آغاز می‌شوند (۲۲). مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، فلورتایم<sup>۵</sup> نیز رویکردی جامع متناسب با تفاوت‌های فردی کودک و خانواده و سطح رشد کودک است (۲۳). مداخله‌ای تحولی مبتنی بر ارتباط دیگر، آغاز زود هنگام مدل دنور<sup>۶</sup> بوده که ترکیبی از رویکردهای تحولی کودک و علم تحلیل رفتار کاربردی است (۲۴، ۲۵). درمان تعاملی بین والدین و کودک<sup>۷</sup>، روش مشاوره رفتاری خانواده، شیوه دیگری است که به خانواده‌ها کمک می‌کند تا برای رسیدن به اهداف درمانی با کودکان خود کار کنند (۲۶). از دیگر مدل‌های مبتنی بر ارتباط به نام مداخله توسعه ارتباط<sup>۸</sup> بر فعالیت‌هایی متمرکز است که موجب رفتارهای تعاملی باهدف درگیر کردن کودک در رابطه‌ای اجتماعی می‌شود. در نتیجه کودک ارزش فعالیت‌های مثبت بین فردی را کشف کرده و انگیزه بیشتری جهت یادگیری مهارت‌های لازم، برای حفظ این رابطه پیدا می‌کند (۲۷). برنامه درسی آموزش واکنشی<sup>۹</sup> نیز مداخله‌ای مبتنی بر تحول کودک بوده و به منظور اجرا شدن توسط والدین و دیگر مراقبان که زمان درخور توجهی را صرف تعامل و مراقبت از کودکان می‌کنند، طراحی شده است (۲۸).

با وجود تنوع در روش‌های بهبود روابط بین فردی، هنوز شواهد علمی و پژوهشی اندکی در حمایت از صحت این روش‌ها وجود دارند و همین امر سبب نگاه منفی برخی از محققان و مربیان به این شیوه‌ها شده است (۲۹). این خلأ پژوهشی به خصوص در ایران ملموس است؛ به طوری که فقط چند پژوهش انگشت‌شمار در این زمینه انجام شده است. به عنوان

اختلال طیف اوتیسم<sup>۱</sup> اختلال شایع عصبی تکاملی بوده و شیوع آن در ایران ۶/۲۶ در هر ۱۰۰۰۰ کودک است (۱). از ویژگی‌های این بیماری می‌توان به نقص مداوم در ارتباطات اجتماعی و تعامل اجتماعی در زمینه‌های متعدد و الگوهای تکراری و محدود در رفتار و منافع و فعالیت‌ها، اشاره کرد (۲). اختلالات ادراک و ارتباطات و پردازش حسی و عصبی در این افراد به محدودیت‌های مختلف رفتار عملکردی، در آن‌ها منجر می‌شود (۳). کودکان مبتلا به این اختلال در درک یا پردازش اطلاعات، به خصوص هنگام پاسخ‌دهی به موقعیتی پیچیده با مشکلاتی روبه‌رو هستند (۴). درحقیقت، اختلال در تعامل اجتماعی از نقایص اصلی کودکان مبتلا به اوتیسم شناسایی شده است. بیشتر آن‌ها قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی و مهارت‌های تجربی نبوده و در تجربیات ارتباطی نمی‌توانند از ابزارهای کلامی و نوشتاری استفاده کنند (۵). همه این افراد دچار اختلال در تخیل هستند و جهان برای آن‌ها مکانی گیج‌کننده و گاهی ترسناک به نظر می‌رسد (۶). آن‌ها نمی‌آموزند که چگونه فقط با مشاهده مردم یا شرکت در موقعیت‌های مختلف اجتماعی، روابط اجتماعی معنادارتری داشته باشند. به نظر می‌رسد که این افراد، فاقد اصول هدایت‌کننده برای کسب دانش اجتماعی لازم برای خود هستند (۷). در حدود یک سوم افراد مبتلا به این اختلال نیز درجات مختلفی از مشکل یادگیری را دارند (۶). با این حال، آن‌ها برای یادگیری بسیار با انگیزه بوده و می‌توانند تعامل اجتماعی و مهارت‌های خودتنظیمی را بیاموزند. کار با این کودکان لذت‌بخش است. آن‌ها معمولاً مشتاق یادگیری مهارت‌هایی هستند که به تطبیق آن‌ها با جمع کمک کند و. در راه یادگیری تنها دچار موانع معدودی می‌شوند (۷).

باتوجه به آنچه گفته شد، کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم برای سازگاری در آموزش رسمی و به‌طور کل در تربیت، نیازمند مراقبت ویژه هستند (۸). پژوهشگران به اجماع معتقدند که مداخله زود هنگام برای این گروه از کودکان مفید است (۹، ۱۰). تلاش برای پیدا کردن مداخلات بهتر به منظور بهبود مهارت‌های ارتباط و تعامل اجتماعی در فرد مبتلا به اوتیسم بسیار مهم است (۲). تاکنون تمرکز بر خود افراد مبتلا به این اختلال بوده است. با این حال، تعامل اجتماعی شامل شرکای اجتماعی بوده و شرکا در هرگونه مشکل در ارتباط متقابل سهیم هستند. در نهایت روابط متقابل اجتماعی و صلاحیت، نه تنها به افراد مبتلا به اوتیسم، بلکه به افراد از نظر عصبی سالم در جامعه نیز بستگی دارد (۱۱).

از سوی دیگر اهمیت نقش والدین در زندگی کودکان مفهومی تازه و تعجب‌برانگیز نیست؛ زیرا والدین همیشه مراقب، آموزش‌دهنده و عاملی ضروری برای رشد اجتماعی و زبانی و تحصیلی کودکان بوده‌اند (۱۲). تحقیقات گسترده‌ای بر مداخلات اعمال شده به واسطه والدین انجام شده است. نتایج نشان می‌دهند که این روش مداخله، برای انواع

4. Early Start Denver Model (ESDM)

5. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

6. Relationship-development intervention (RDI)

7. Responsive Teaching (RT)

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)

2. Son-Rise Program (SRP)

3. Developmental, Individual-Difference Relationship-Based Model (Floortime)

مثال در مطالعه‌ای تأثیر مثبت روش فلورنسیا بر نشانه‌های بیماری کودکان مبتلا به اوتیسم (۳۰) و در پژوهشی دیگر تحول هیجانی کارکردی آنها (۳۱) نشان داده شد. در تحقیق دیگری نیز استفاده از درمان تعاملی بین والدین و کودک سبب کاهش مشکلات رفتاری این کودکان شد (۳۲).

به‌طور کلی می‌توان گفت که مداخله‌های مبتنی بر ارتباط نماینده بخش چشمگیری از تاریخ اوتیسم بوده و برای افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، از عناصر مهم مداخله به حساب می‌آیند (۲۹). با توجه به مشکلات ارتباطی کودکان مبتلا به اوتیسم و ناآگاهی والدین از چگونگی ارتباط مؤثر با کودکانشان، تلاش برای مداخله زود هنگام و آموزش ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم به‌عنوان مهم‌ترین شرکای اجتماعی این کودکان ضروری به‌نظر می‌رسد. با این وجود، پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر این شیوه‌ها به‌صورت متمرکز بر والدین، بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم به‌خصوص در ایران انجام شده است؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بر افزایش مهارت‌های اجتماعی این کودکان انجام شد.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع شبه‌تجربی و طرح آن به‌صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی مادران دارای کودک ۴ تا ۱۳ ساله مبتلا به اوتیسم بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ در مرکز اوتیسم تهران خدمات دریافت می‌کردند. نمونه‌های مطالعه شده ۲۴ مادر دارای تحصیلات حداقل دیپلم (به جهت توانایی درک محتوای بسته آموزشی) بودند که کودک مبتلا به اوتیسم در محدوده سنی ۴ تا ۱۳ سال با هوش کمتر از حد متوسط داشتند. معیارهای ورود به پژوهش براساس اهداف پژوهش و بنابر در دسترس بودن چنین افرادی در نظر گرفته شد. این افراد به‌صورت در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره (آزمایش

و کنترل) قرار گرفتند. پس از انجام پیش‌آزمون، پژوهشگر در گروه آزمایش، جلسات مهارت‌های ارتباط مؤثر برگزار کرد. پس از اتمام این جلسات هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند. لازم به‌ذکر است که به‌جهت رعایت اصول اخلاقی، پیش از شروع مداخله از شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌صورت کتبی رضایت‌نامه دریافت شد.

مداخله شامل ۸ جلسه آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر بود که به‌صورت کارگاهی و هر جلسه به‌مدت 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 حرف‌زدن و گوش‌دادن فعال، تمرکز بر مشکل، تشخیص تنش، تصدیق تفاوت‌ها، درخواست بازخورد، قدردانی‌کردن و مسئولیت‌دربرابر نقش بود. برای استخراج برنامه آموزش مهارت‌های ارتباطی از برنامه درسی جامع مهارت‌های اجتماعی حسین خانزاده (۴) و برنامه سان‌رایز (۳۳) استفاده شد.

داده‌ها به‌وسیله پرسشنامه مهارت اجتماعی کودکان پیش از دبستان، فرم والدین، گرشام و الیوت<sup>۱</sup> ۱۹۹۰، جمع‌آوری شدند. این پرسشنامه دارای ۳۹ گویه بوده و چهار زیرمقیاس همکاری، جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری و خودمهارگری را می‌سنجد. والدین با انتخاب یکی از گزینه‌های «هرگز، گاهی، همیشه» رفتار فرزند خود را در موقعیت مطرح‌شده درجه‌بندی می‌کنند. هرچه نمره به‌دست‌آمده بیشتر باشد، کودک دارای مهارت‌های اجتماعی بیشتر و هرچه نمره کمتر باشد، کودک دارای مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری است. پایایی فرم اصلی این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ بود (۳۴). در ایران نیز شهیم (۳۵) پایایی بازآزمایی را برای مهارت‌های اجتماعی در فرم والدین برابر ۰/۷۰ گزارش کرد.

## ۳ یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

| شاخص‌های جمعیت‌شناختی |    | گروه آزمایش |        | گروه کنترل |      |
|-----------------------|----|-------------|--------|------------|------|
|                       |    | تعداد       | (درصد) | تعداد      | درصد |
| سن (سال)              |    |             |        |            |      |
| ۲۹ تا ۲۰              | ۲  | ۱۶/۶۶       | ۲      | ۱۶/۶۶      | ۲    |
| ۳۹ تا ۳۰              | ۹  | ۷۵          | ۱۰     | ۸۳/۳۳      | ۱۰   |
| ۵۰ تا ۴۰              | ۱  | ۸/۳۳        | ۰      | ۰          | ۰    |
| وضعیت تأهل            |    |             |        |            |      |
| متأهل                 | ۱۰ | ۸۳/۳۳       | ۱۰     | ۸۳/۳۳      | ۱۰   |
| مطلقه                 | ۲  | ۱۶/۶۶       | ۱      | ۸/۳۳       | ۱    |
| بیوه                  | ۰  | ۰           | ۱      | ۸/۳۳       | ۱    |
| سطح تحصیلات           |    |             |        |            |      |
| دیپلم                 | ۶  | ۵۰          | ۵      | ۴۱/۶۶      | ۵    |

<sup>۱</sup>. Gresham & Elliott

|              |   |       |   |       |
|--------------|---|-------|---|-------|
| فوق‌دیپلم    | ۰ | ۰     | ۲ | ۱۶/۶۶ |
| لیسانس       | ۵ | ۴۱/۶۶ | ۳ | ۲۵    |
| فوق‌لیسانس   | ۱ | ۸/۳۳  | ۲ | ۱۶/۶۶ |
| وضعیت اشتغال |   |       |   |       |
| شاغل         | ۶ | ۵۰    | ۷ | ۵۸/۳۳ |
| خانهدار      | ۶ | ۵۰    | ۵ | ۴۱/۶۶ |

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مطالعه‌شده در جدول ۲ بیان شده است. جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و مقادیر  $p$  تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمره کل و مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی

| مقدار $p$ | پس‌آزمون         |         | پیش‌آزمون        |         | گروه   | متغیر                  |
|-----------|------------------|---------|------------------|---------|--------|------------------------|
|           | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |        |                        |
| ۰/۰۰۱     | ۲/۹۳             | ۳۱/۲۷   | ۳/۷۴             | ۲۱/۷۵   | آزمایش | مهارت‌های اجتماعی (کل) |
|           | ۱/۶۲             | ۲۲/۹۲   | ۱/۶۲             | ۲۲/۸۵   | کنترل  |                        |
| ۰/۰۰۳     | ۱/۱۲             | ۷/۵۵    | ۱/۳۱             | ۵/۴۲    | آزمایش | همکاری                 |
|           | ۰/۸۶             | ۶/۲۵    | ۱/۱۶             | ۵/۹۲    | کنترل  |                        |
| ۰/۰۰۱     | ۱/۳۶             | ۷/۴۵    | ۱/۲۰             | ۵       | آزمایش | جرئت‌ورزی              |
|           | ۰/۹۰             | ۵/۵۰    | ۱/۰۸             | ۵/۵۸    | کنترل  |                        |
| ۰/۰۰۱     | ۰/۸۷             | ۸/۱۸    | ۱/۲۴             | ۵/۹۲    | آزمایش | مسئولیت‌پذیری          |
|           | ۰/۷۷             | ۵/۶۷    | ۰/۷۵             | ۵/۷۵    | کنترل  |                        |
| ۰/۰۰۱     | ۰/۹۴             | ۸/۰۹    | ۱/۳۱             | ۵/۴۲    | آزمایش | خودمهارگری             |
|           | ۰/۹۶             | ۵/۷۵    | ۰/۶۵             | ۵/۳۳    | کنترل  |                        |

معناداری بین این مؤلفه‌ها وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ,  $df=۹$ ) و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد. باتوجه به آزمون اثر پیلایی، آماره  $f$  تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی معنادار بود ( $F=۳۰/۳۴$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ )؛ بنابراین، می‌توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی تفاوت معنادار گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه انجام شد و ملاحظه شد که مؤلفه‌های جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری، و خودمهارگری ( $p < ۰/۰۰۱$ )، همچنین مؤلفه همکاری ( $p < ۰/۰۰۱$ ) معنادار هستند؛ بنابراین، باتوجه به این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، مهارت‌های اجتماعی را هم به صورت کلی بهبود می‌بخشد و هم بر تک تک مؤلفه‌های آن یعنی همکاری، جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری، و خودمهارگری تأثیر مثبت دارد.

#### ۴ بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. تاکنون

در بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کل مهارت‌های اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن در دو گروه برابر است ( $F=۰/۱۸$ ,  $p > ۰/۰۵$ )؛ بنابراین برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون در نمره کل مهارت‌های اجتماعی، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه در نمره کل مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۱$ ,  $F=۱۳۷/۶۶$ ).

قبل از بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر بر مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی (همکاری، جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری، و خودمهارگری)، با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک‌راهه در بررسی مفروضه‌های این آزمون، همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون این مؤلفه‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده شد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن‌ها در دو گروه برابر است ( $F=۰/۲۵$ ,  $p > ۰/۰۵$ )؛ همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $F=۰/۶۵$ ,  $p > ۰/۰۵$ ). باتوجه به نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری همبستگی بین مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی، مشاهده شد که رابطه

شد نیز، هر دو گروه در عملکرد شناختی و ارتباطی و اجتماعی هیجانی بهبود نشان دادند که میزان آن در گروه مبتلا به اختلالات فراگیر رشد، بیشتر بود (۴۵).

بر اساس استراتژی‌های ارتباط بین فردی و روش‌های مداخله مبتنی بر آن‌ها، علت مشکلات کودکان مبتلا به اوتیسم را می‌توان این‌گونه توجیه کرد: افراد مبتلا به این اختلال دارای نوعی کم‌توانی هستند که در ارتباط با آن، در مقابل فقدان کانون خانواده و حمایت والدین، واکنشی احساسی بروز می‌دهند (۴۶). اختلال زود هنگام و عمیق در ارتباط عاطفی بین فردی در کودک می‌تواند به اختلال در الگوپذیری منجر شود و این کم‌توانی‌ها در کنار هم نه تنها می‌توانند گویای اختلالات شخصیتی اوتیستیک در حوزه‌های شناختی و زبانی و اجتماعی باشند، بلکه حتی می‌توانند به محدود شدن و کلیشه‌ای بودن فعالیت‌های کودک نیز منجر شوند (۴۷). این دیدگاه به تفسیری عاطفی اجتماعی از اختلالات طیف اوتیسم و نیاز افراد مبتلا به این اختلال به ابراز وابستگی خود به دیگران به شیوه‌ای مناسب، معتقد است. بر این اساس، رویکردهای مبتنی بر رابطه به دنبال، تسهیل عاطفه، وابستگی، پیوند و حس ارتباط هستند (۲۹). در کل، می‌توان گفت کودکان زمانی که با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، بهتر یاد می‌گیرند. کم‌توانی کودکان مبتلا به اوتیسم در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطات، فرصت‌های آن‌ها را برای یادگیری از تجارب تعاملی طبیعی که برای هر فردی رخ می‌دهد، کاهش می‌دهند. با آموزش شیوه ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به این اختلال، این کودکان فرصت می‌یابند که از تعامل‌های اجتماعی خود با والدین لذت برده و تجارب اجتماعی بیشتری کسب کنند.

## ۵ نتیجه‌گیری

از مشکلات مهم والدین کودکان مبتلا به اوتیسم این است که از مؤثرترین شیوه‌های ارتباطی با کودکان‌شان آگاه نبوده و همواره در انتخاب بهترین روش دچار سردرگمی و دودلی هستند. در این راستا با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان پذیرفت که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان می‌شود. در نتیجه، فراهم کردن زمینه‌ای برای اینکه والدین کودکان مبتلا به این اختلال در آموزش و درمان آن‌ها درگیر شوند، ضروری به نظر می‌رسد؛ اما با توجه به محدودیت‌های پژوهش باید در تعمیم نتایج، محتاط و منتظر انجام مطالعات بیشتری در این زمینه بود. از این محدودیت‌ها می‌توان به محدود بودن نمونه به مادران به علت تمایل نداشتن پدران به همکاری، استفاده از شیوه نمونه‌گیری دردسترس، مشکلاتی در زمینه جلب همکاری مادران، دسترسی نداشتن به پرسشنامه ایرانی و پیگیری نکردن نتایج درازمدت مداخله به علت دسترسی نداشتن به همه افراد نمونه در درازمدت اشاره کرد.

## ۶ تشکر و قدردانی

از مادران و کودکان عزیزی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند، بسیار سپاسگزاریم.

پژوهشی دقیقاً با هدفی مشابه مطالعه حاضر انجام نشده است؛ اما پیشینه پژوهش‌ها نشان‌دهنده اثربخشی برنامه‌هایی است که بر آموزش والدین کودکان مبتلا به اوتیسم در زمینه روابط بین فردی آن‌ها و کودکان‌شان مبتنی هستند. نتایج حاصل از این تحقیق با نتایج چندین مداخله آموزشی که در این زمینه انجام شده، همسوست. به عنوان مثال، نتایج پژوهشی که اثربخشی برنامه سان‌رایز را بر مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم بررسی کرد، نشان داد: مداخله فشرده متمرکز بر پرورش تعاملی که از سوی کودک آغاز می‌شود، رفتارهای ارتباطی اجتماعی را در کودکان مبتلا به اوتیسم افزایش می‌دهد (۲۲). نتایج چندین پژوهش نیز بیان کردند: هنگامی که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بر اساس روش فلورنایز با کودکان‌شان ارتباط برقرار می‌کنند، توانمندی‌های این کودکان افزایش می‌یابد. به عنوان مثال، استفاده از این روش سبب کاهش نشانه‌های بیماری کودکان مبتلا به این اختلال شده (۳۰، ۳۶، ۳۷)، بر تحول هیجانی کارکردی آن‌ها تأثیر مثبت دارد (۳۱، ۳۶، ۳۷، ۳۸) و ارتباطات آن‌ها را افزایش می‌دهد (۳۹).

در مطالعه دیگری که والدین یاد گرفتند تکنیک‌های درمانی مدل دنور را در فعالیت‌های روزانه خانواده و بازی با کودکان مبتلا به اوتیسم خود به کار بگیرند، کودکان آن‌ها در رفتارهای اجتماعی خود رشد و تحول پایدار نشان دادند (۴۰). داوسن و همکاران (۲۴) نیز دریافتند: اجرای مدل دنور سبب بهبودی معناداری در رفتار انطباقی و هوش کودکان نوپای مبتلا به اوتیسم می‌شود. در پژوهش دیگری که به منظور بررسی اثربخشی این روش بر کودکان نوپای در معرض خطر اختلالات طیف اوتیسم و خانواده‌های آن‌ها انجام شد، مهارت‌های تعامل والدین بهبود یافته و کودکان پیشرفت نشان دادند؛ اما این اثربخشی از گروهی که درمان معمول را دریافت کردند، بیشتر نبود. علت آن می‌تواند این امر باشد که ساعات مداخله در گروهی که تحت درمان معمول بودند، به طور معناداری بیشتر از گروه مداخله دنور بود (۴۱).

در پژوهشی نیز استفاده از درمان تعاملی بین والدین و کودک، سبب کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به اوتیسم شده و سازگاری آن‌ها را افزایش داد؛ علاوه بر این، باعث افزایش درک مثبت والدین از رفتار کودک شد (۴۲). در تحقیق دیگری که به منظور ارزیابی اثربخشی این شیوه بر کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد زیاد انجام شد، نتایج حاکی از کاهش مشکلات رفتاری همه شرکت‌کنندگان بود (۳۲). نتیجه مطالعه‌ای موردی که با هدف بررسی تأثیر این روش درمانی بر مشکلات رفتاری در کودکی مبتلا به اوتیسم انجام شد نیز، نشان داد که به کار بردن این شیوه به وسیله والدین سبب افزایش فرمان‌برداری کودک شده و رفتارهای مخرب او را کاهش می‌دهد (۴۳).

در پژوهشی که شیوه مداخله توسعه ارتباط به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم آموزش داده شد، مشاهده شد که این کودکان به شکل معناداری اجتماعی‌تر شده، در ارتباط متقابل بیشتر درگیر شدند، عملکرد آن‌ها در مدارس با مشارکت کمتری از سوی بزرگسالان ممکن شد و به میزان چشمگیری از خود رفتار منعطف‌تر و سازگارتر نشان دادند که این پیشرفت‌ها به مدت بیش از ۳ سال پایدار بود (۴۴).

در تحقیقی که به مقایسه اثرات برنامه درسی آموزش واکنشی بر کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشد و کم‌توانی‌های رشدی انجام

## References

1. Samadi SA, Mahmoodzadeh A, McConkey R. A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism*. 2012;16(1):5–14. [[Link](#)]
2. Eren B. The use of music interventions to improve social skills in adolescents with autism spectrum disorders in integrated group music therapy sessions. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;197(Supplement C):207–13. [[Link](#)]
3. Levit-Binnun N, Davidovitch M, Golland Y. Sensory and motor secondary symptoms as indicators of brain vulnerability. *J Neurodev Disord*. 2013;5(1):26. [[Link](#)]
4. Hosseinkhanzadeh Firuzjah A, Lachinani F. *Social Skills Training to Children and Adolescents*. Tehran: Roshde Farhang Publication; 2010. [Persian] [[Link](#)]
5. Khan TM. The effects of multimedia learning on children with different special education needs. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;2(2):4341–5. [[Link](#)]
6. Wing L. *The Autistic Spectrum: A Guide for Parents and Professionals*. Robinson; 2002. [[Link](#)]
7. Frankel F, Wood JJ. *Social Skills Success for Students with Autism / Asperger's: Helping Adolescents on the Spectrum to Fit In*. John Wiley & Sons; 2011. [[Link](#)]
8. Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM, Gomes PTM, et al. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*. 2015;91(2):111–21. [[Link](#)]
9. Howlin P. Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998;39(3):307–22. [[Link](#)]
10. Jacobson JW, Mulick JA, Green G. Cost–benefit estimates for early intensive behavioral intervention for young children with autism—general model and single state case. *Behav Intervent*. 1998;13(4):201–26. [[Link](#)]
11. Arnold E, Howley M. *Revealing the Hidden Social Code: Social Stories (TM) for People with Autistic Spectrum Disorders*. Jessica Kingsley Publishers; 2005. [[Link](#)]
12. Amrai K, Hassanzadeh S, Afrooz GA, Pirzadi H. The effect of family-oriented social skills training program on cochlear implant users. *Bimonthly Audiology*. 2012;21(3):103–9. [Persian] [[Link](#)]
13. Graziano AM, Diament DM. Parent behavioral training. An examination of the paradigm. *Behav Modif*. 1992;16(1):3–38. [[Link](#)]
14. Azad G, Mandell DS. Concerns of parents and teachers of children with autism in elementary school. *Autism*. 2016;20(4):435–41. [[Link](#)]
15. Gabovitch EM, Curtin C. Family-centered care for children with autism spectrum disorders: A review. *Marriage Fam Rev*. 2009;45(5):469–98. [[Link](#)]
16. Simpson RL. Evidence-based practices and students with autism spectrum disorders. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2005;20(3):140-9. [[Link](#)]
17. Moes DR, Frea WD. Contextualized behavioral support in early intervention for children with autism and their families. *J Autism Dev Disord*. 2002;32(6):519–33. [[Link](#)]
18. Gardner H. *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books; 2011. [[Link](#)]
19. MacDonald JD. *Communicating Partners: 30 Years of Building Responsive Relationships with Late-talking Children Including Autism, Asperger's Syndrome (ASD), Down Syndrome, and Typical Development: Development Guides for Professionals and Parents*. Jessica Kingsley Publishers; 2004. [[Link](#)]
20. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. *American Psychologist*. 1979;32:513-31. [[Link](#)]
21. Stern DN. *The First Relationship*. Harvard University Press; 2009. [[Link](#)]
22. Houghton K, Schuchard J, Lewis C, Thompson CK. Promoting child-initiated social-communication in children with autism: Son-Rise Program intervention effects. *J Commun Disord*. 2013;46(5–6):495–506. [[Link](#)]
23. Greenspan SI. *Infancy and Early Childhood: The Practice of Clinical Assessments and Intervention with Emotional and Developmental Challenges*. International Universities Press; 1992. [[Link](#)]
24. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2010;125(1):e17-23. [[Link](#)]
25. Rogers SJ, Dawson G. *Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement*. Guilford Press; 2010. [[Link](#)]
26. Sheperis C, Sheperis D, Monceaux A, Davis RJ, Lopez B. Parent–child interaction therapy for children with special needs. *The Professional Counselor*. 2015;5(2):248-60. [[Link](#)]
27. Gutstein S, Sheely RK. *Relationship Development Intervention with Children, Adolescents and Adults: Social and Emotional Development Activities for Asperger Syndrome, Autism, PDD and NLD*. Jessica Kingsley Publishers; 2002. [[Link](#)]
28. Mahoney G, MacDonald JD. *Autism and developmental delays in young children: the responsive teaching curriculum for parents and professionals: curriculum guide*. Austin, Tex: Pro-ed; 2007. [[Link](#)]
29. Simpson RL, Boer-Ott SR de. *Autism Spectrum Disorders: Interventions and Treatments for Children and Youth*. Hawker Brownlow Education; 2007. [[Link](#)]

30. Aali S, Yazdi SA, Abdekhodaei MS, Chamanabad AG, Moharreri F. Developing a mixed family-focused therapy based on integrated human development model and comparing its effectiveness with Floortime play-therapy on the developmental family functioning and the functional-emotional development of children with autism spectrum disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2015;17(2). [Persian] [[Link](#)]
31. Aali Sh, Amin Yazdi SA, Abdekhodaei MS, Ghanaei Chaman Abad A, Moharreri F. Family therapy-based combination therapy based on the integrated human transformation model and comparing its effectiveness with the treatment of floristic therapy on the behavioral symptoms of children with autism spectrum dysfunction and parenting stress in their mothers. *Journal of psychology achievements*. 2015;22(1): 25-46. [Persian][[Link](#)]
32. Hatamzadeh A, Pouretamad H, Hassanabadi H. The effectiveness of parent – child interaction therapy for children with high functioning autism. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010;5(Supplement C):994–7. [[Link](#)]
33. Kaufman BN. *A Miracle to Believe in*. Random House Publishing Group; 1982. [[Link](#)]
34. Gresham FM, Elliott SN. *Social Skills Rating System*. Circle Pines. American Guidance Service; 1990.
35. Shahim S. Standardization of Social Skills Rating System for Preschool Children. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2005;11(2):176–86. [Persian] [[Link](#)]
36. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *J Med Assoc Thai*. 2012;95(9):1184–93. [[Link](#)]
37. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*. 2011;15(5):563–77. [[Link](#)]
38. Solomon R, Necheles J, Ferch C, Bruckman D. Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation program. *Autism*. 2007;11(3):205–24. [[Link](#)]
39. Dionne M, Martini R. Floor time play with a child with autism: a single-subject study. *Can J Occup Ther*. 2011;78(3):196–203. [[Link](#)]
40. Vismara LA, Colombi C, Rogers SJ. Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism? *Autism*. 2009 ;13(1):93–115. [[Link](#)]
41. Rogers SJ, Estes A, Lord C, Vismara L, Winter J, Fitzpatrick A, et al. Effects of a brief Early Start Denver model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(10):1052–65. [[Link](#)]
42. Solomon M, Ono M, Timmer S, Goodlin-Jones B. The effectiveness of parent-child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord*. 2008;38(9):1767–76. [[Link](#)]
43. Agazzi H, Tan R, Tan SY. A case study of parent–child interaction therapy for the treatment of autism spectrum disorder. *Clinical Case Studies*. 2013;12(6):428–42. [[Link](#)]
44. Gutstein SE, Burgess AF, Montfort K. Evaluation of the relationship development intervention program. *Autism*. 2007;11(5):397–411. [[Link](#)]
45. Mahoney G, Perales F. Relationship-focused early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: a comparative study. *J Dev Behav Pediatr*. 2005;26(2):77–85. [[Link](#)]
46. Kanner L. Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *Am J Orthopsychiatry*. 1949;19(3):416–26. [[Link](#)]
47. Hobson RP. On psychoanalytic approaches to autism. *Am J Orthopsychiatry*. 1990;60(3):324–36. [[Link](#)]