

Research Paper

Effect of Child-parent Relationship Therapy for Mothers on Behavioral Problems of Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Clinical Trial

Molook Roodbarani¹, *Zahra Tagharrobi¹, Khadijeh Sharifi¹, Zahra Sooki¹, Mohammad Zare¹

1. Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.



Citation Roodbarani M, Tagharrobi Z, Sharifi Kh, Sooki Z, Zare M. [Effect of Child-parent Relationship Therapy for Mothers on Behavioral Problems of Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Clinical Trial (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2024; 18:E2751.2. <https://doi.org/10.32598/qums.18.2751.2>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.18.2751.2>

Received: 16 Nov 2023

Accepted: 17 Jan 2024

Available Online: 11 Nov 2024

ABSTRACT

Background and Objectives Autism spectrum disorder (ASD) is associated with a wide range of behavioral problems. This study aims to investigate the effect of child-parent relationship therapy (CPRT) for mothers on behavioral problems of children with ASD.

Methods This controlled randomized clinical trial was conducted on 36 children with ASD and their mothers in Kashan and Arak cities of Iran in 2020. They were selected by a convenience sampling method and randomly allocated to two groups of CPRT (n=18) and control (n=18) by the block randomization. The mothers in the CPRT group received the intervention at 10 sessions according to Landreth and Bratton's protocol. The control group received no intervention. Data were collected using Rutter's children's behavior questionnaire (parent form), the Gilliam autism rating scale (GARS-2), Raven's colored progressive matrices test, and a demographic form before, immediately after, and two months after the intervention. The data were analyzed based on per-protocol (PP) and intention-to-treatment (ITT) design using repeated measures ANOVA, ANCOVA, independent t-test, chi-square, and Fisher's exact.

Results Five participants in the intervention group left the study. There was a significant difference between the two groups in terms of age (P=0.037). The results showed the significant interaction effect of time and intervention on the severity of behavioral problems in children (P<0.001). There was a significant difference in the severity of behavioral problems between the two groups after intervention (P=0.043); however, the difference was not significant two months later. There was a significant difference in the severity of behavioral problems among three time points in the intervention group (P<0.001), unlike the control group,

Conclusion The CPRT for mothers can reduce behavioral problems in their children with ASD. This method is recommended as a complementary therapy in providing services to the families of children with ASD.

Keywords:

Autism spectrum disorder (ASD), Behavioral problems, Parent-child relationships

*** Corresponding Author:**

Zahra Tagharrobi, Associate Professor.

Address: Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Tel: +98 (31) 55103119

E-Mail: tagharrobi_z@kaums.ac.ir



Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Autism spectrum disorder (ASD) is manifested by impairments in communication and social interaction due to inability to use non-verbal skills, as well as behavioral disorders. Behavioral disorders such as concentration and learning problems, anxiety disorders, depression, sleep problems, eating disorders, and self-harm are common in children with ASD, which is the main concern for their parents. Currently, antipsychotic drugs are mainly used to control problems such as aggressive behaviors, irritability, and self-harm in children with ASD, but they can lead to problems such as decreased appetite and weight, sleep disturbance, restlessness, fatigue, and confusion. Psychologists have recently emphasized the parent-child relationships as a long-term solution. In this regard, child-parent relationship therapy (CPRT) seems to be able to reduce behavioral problems in children with ASD. Due to the growing prevalence of ASD in the world, the increasing burden of cost on the patients, the physical, psychological and social burnout of the parents, and the scarcity of related studies, this study aims to determine the effect of CPRT on behavioral problems of children with ASD.

Methods

This is a randomized controlled clinical trial. The study population consisted of children with mild or moderate ASD covered by the autism charity centers in Kashan and Arak cities, Iran, in 2020 and their mothers. The sample size was determined 18 per group. Eligible participants were selected using a convenience sampling method and randomly assigned to two groups of CPRT and control by the block randomization methods. The CPRT group received the intervention for their mothers in a group format based on the protocol proposed by Landreth and Bratton for 10 weeks at ten sessions of 90-minute (one session per week). In the control group, there was no intervention.

Rutter's children's behavior questionnaire (parent form), raven's colored progressive matrices test, and the Gilliam autism rating scale (GARS-2) were used to collect data at baseline, immediately after, and two months after the end of the intervention, through an interview with the child's mother.

The independent t-test was used to investigate the difference between the two groups, followed by Fisher's exact test if necessary. Repeated measures analysis of variance was used to compare the GARS-2 score between and

within groups (the child's age was considered as a covariate). The data were analyzed in two phases; the 1st was considered based on the per-protocol (PP), and the 2nd was considered based on the intention-to-treat (ITT). Data was analyzed in SPSS software, version 16 and with the significant level was set at 0.05.

Results

Five participants in the intervention group left the study. The results showed a significant difference between the two groups only in terms of age ($P=0.037$). In two phases of analysis (PP and ITT), the between group comparison reported the significant interaction effect of time and group on the severity of behavioral problems ($P<0.001$). There was a significant difference in the severity of behavioral disorder between the two groups after the intervention ($P=0.043$), but this difference was not significant two months later. The within group comparison showed a significant difference in the severity of behavioral disorders among three time points in the intervention group ($P<0.001$) unlike the control group.

Conclusion

The CPRT for mothers can reduce the severity of behavioral problems in their children with ASD; however, it is not possible to make a firm conclusion regarding the durability of its effect. CPRT is recommended as a safe, low-cost, and easy-to-use method to help reduce the severity of behavioral problems in children with ASD.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Kashan University of Medical Sciences](#) (Code: IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1399.015) and was registered by the [Iranian Registry of Clinical Trials \(IRCT\)](#) (Code: IRCT20100211003329N5).

Funding

This study was extracted from the master's thesis of Molook Roodbarani, approved by [Kashan University of Medical Sciences](#). This study was financially supported as a research project by the Vice President of Research and Technology at [Kashan University of Medical Sciences](#) (Grant No.: 99020).

Authors contributions

Conceptualization, methodology and writing the original draft: Molook Roodbarani, Zahra Tagharrobi, Khadijeh Sharifi, and Zahra Sooki; Supervision and validation: Zahra Tagharrobi, Khadijeh Sharifi, and Zahra Sooki; Data collection, analysis, review and editing: Zahra Tagharrobi, Khadijeh Sharifi, Zahra Sooki, and Mohammad Zare.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the personnel of the autism charity centers in Kashan and Arak cities, all participants, and the Vice-Chancellor for Research and Technology of [Kashan University of Medical Sciences](#).

مقاله پژوهشی

تأثیر رابطه درمانی والد-کودک بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم: یک کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده کنترل دار

ملوک رودبارانی^۱، *زهرا تقریبی^۱، خدیجه شریفی^۱، زهرا سوکی^۱، محمد زارع^۱

۱. مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، کاشان، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Roodbarani M, Tagharrobi Z, Sharifi Kh, Sooki Z, Zare M. [Effect of Child-parent Relationship Therapy for Mothers on Behavioral Problems of Children With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Clinical Trial (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2024; 18:E2751.2. <https://doi.org/10.32598/qums.18.2751.2>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.18.2751.2>

چکیده

زمینه و هدف: اختلال طیف اتیسم، با طیف وسیعی از مشکلات رفتاری توأم است؛ در این راستا معرفی راهکار مناسب ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر رابطه درمانی والد-کودک بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم طراحی شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر، یک کارآزمایی بالینی است. نمونه‌ها شامل ۳۶ کودک مبتلا به اتیسم و مادران آن‌ها در شهرهای کاشان و اراک در سال ۱۳۹۹ بودند که به صورت در دسترس انتخاب و به روش تصادفی سازی بلوکی به ۲ گروه اختصاص داده شدند. مداخله در قالب ۱۰ جلسه رابطه درمانی والد-کودک اجرا شد. برای گروه کنترل، مداخله‌ای انجام نشد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های راتر، گارس - ۲ و ریون در شروع، پایان و ۲ ماه پس از پایان، جمع‌آوری شدند. داده‌ها براساس طرح از پیش تعیین شده و قصد درمان با استفاده از آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری، آنالیز کوواریانس، تی مستقل، کای دو و فیشر تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین ۲ گروه از نظر سن تفاوت معنی دار وجود داشت ($P=0/037$). براساس آنالیز بین گروهی در ۲ مرحله، تحلیل از پیش تعیین شده و قصد درمان، اثر متقابل زمان و مداخله بر شدت مشکلات رفتاری معنی دار بود ($P<0/0001$). تفاوت شدت اختلال رفتاری بین ۲ گروه در پایان مداخله معنی دار بود ($P=0/042$)؛ ولی ۲ ماه پس از آن معنی دار نبود. آنالیز درون گروهی در گروه آزمایش، برخلاف گروه کنترل، بین شدت اختلال رفتاری در ۳ مقطع زمانی تفاوت معنی دار نشان داد ($P<0/0001$).

نتیجه گیری: رابطه درمانی والد-کودک می‌تواند به تعدیل مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم کمک کند. این روش به عنوان درمان مکمل در ارائه خدمت به خانواده‌های درگیر اتیسم پیشنهاد می‌شود.

تاریخ دریافت: ۲۵ آبان ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۷ دی ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۲۱ آبان ۱۴۰۳

کلیدواژه‌ها:

اختلال طیف اتیسم،
مشکلات رفتاری،
رابطه درمانی والد -
کودک

* نویسنده مسئول:

دکتر زهرا تقریبی

نشانی: کاشان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما.

تلفن: ۵۵۱۰۳۱۱۹ (۳۱) ۹۸+

رایانامه: tagharrobi_z@kaums.ac.ir



Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

اختلال طیف اتیسم^۱ با نقص در برقراری ارتباط و تعامل اجتماعی به صورت ناتوانی در استفاده از مهارت‌های غیرکلامی، درک روابط و همچنین مشکلات رفتاری نمود پیدا می‌کند [۱]. شیوع اختلال طیف اتیسم در جهان در حال افزایش است [۲]. در ایران شیوع اختلال طیف اتیسم در کودکان، بین ۲/۹۵ تا ۶/۲۶ در ۱۰ هزار کودک گزارش شده است [۳، ۴].

اختلالات رفتاری نظیر مشکلات تمرکز و یادگیری، اختلالات اضطرابی، افسردگی، خواب، تغذیه و خودآزاری، در کودکان مبتلا به اتیسم شایع است که علت عمده نگرانی والدین این گروه را به خود اختصاص می‌دهد [۵]. به دنبال شناسایی مشکل کودک، خانواده با چالش‌های متعددی روبه‌رو می‌شود که مدیریت آن‌ها، به صرف انرژی و وقت زیاد نیاز دارد [۶]. خانواده‌های کودکان مبتلا به اتیسم در مقایسه با کودکان عادی یا مبتلا به سایر معلولیت‌ها، استرس‌های روانی و فشارهای اقتصادی بیشتری را تجربه می‌کنند [۷، ۸]؛ بنابراین انجام مطالعه به خصوص مطالعات مداخله‌ای در رابطه با مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم، به عنوان اولویت‌های پژوهشی در حوزه بهداشت و درمان شناخته می‌شود [۶].

در حال حاضر برای کنترل مشکلاتی نظیر رفتارهای تهاجمی، تحریک‌پذیری و خودآزاری در کودکان مبتلا به اتیسم، عمدتاً از ترکیبات آنتی‌سایکوتیک استفاده می‌شود. این ترکیبات منجر به بروز مشکلاتی نظیر کاهش اشتها، اختلال خواب، بی‌قراری، خستگی و گیجی می‌شود که نگرانی خانواده‌ها را به همراه دارد [۹]. در دهه‌های اخیر، محققان برای تعدیل مشکلات، به بررسی اثر روش‌های درمانی مکمل نظیر موسیقی‌درمانی، یوگا و مکمل‌های غذایی گرایش پیدا کرده‌اند [۱۰]. این در حالی است که دوام اثر درمان‌های مذکور به علت ماهیت آن‌ها، مورد تردید است؛ بنابراین در انتخاب مداخلات مناسب، ضروری است که محققان دوام اثر روش پیشنهادی را مدنظر قرار دهند [۱۱].

طی سال‌های اخیر، روان‌شناسان بر روابط کودک با مراقبان به عنوان یک راهکار با اثر طولانی‌مدت، تأکید کرده‌اند [۱۱، ۱۲]. صاحب‌نظران اعتقاد دارند مشکلات حاکم بر روابط والد-کودک، والدین را درگیر احساساتی همچون تردید در خودکارآمدی می‌کند که بر روند تکامل کودک، اثر منفی دارد [۱۱]. ساندرز و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند بسیاری از مشکلات میان‌فردی در کودکان مبتلا به اختلالاتی مثل بیش‌فعالی، ناشی از عدم تطابق و خویشتن‌داری در کودک است؛ به همین علت در برنامه رابطه‌درمانی والد-کودک^۲، به والدین مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود تا منجر به بهبود تطابق کودک، خویشتن‌داری و تسلط بر خود شود [۱۳، ۱۴].

باتوجه به بستر فرهنگی سنتی ایران و ارزشمندی مقوله‌هایی نظیر مادر فداکار، دلسوزی بیش‌ازحد برای کودک، حمایت همه‌جانبه والدین از کودک معلول، محدود کردن ارتباطات کودکان معلول با همسالان توسط خانواده و پنهان کردن کودک و همچنین تأثیر این گونه عملکرد بر تشدید مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اتیسم، به نظر می‌رسد رابطه‌درمانی والد-کودک بتواند به کاهش مشکلات رفتاری در این گروه منجر شود. در خصوص رابطه‌درمانی والد-کودک، پژوهشی در مشهد نشان داد آموزش مادر و کودک به شیوه بازی‌درمانی بر رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اتیسم تأثیر معناداری ندارد [۱۲]. برخی از تحقیقات نیز نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار بین رابطه‌درمانی والد-کودک با اضطراب و افسردگی در کودکان [۱۵]، پرخاشگری در کودکان پیش‌دبستانی [۱۶]، مشکلات رفتاری در کودکان فرزندخوانده [۱۱] و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه [۱۷] هستند که جامعه هدف هیچ‌یک کودکان مبتلا به اتیسم نبودند.

در این راستا توجه به مداخلاتی که براساس مکانیسم عملکردشان انتظار می‌رود با بهبود رابطه والد-کودک به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به خویشتن‌داری در کودک و کاهش استرس والدین به صورت طولانی‌مدت کمک کنند، جایگاه ویژه دارد. باتوجه به مطالب بیان‌شده، به نظر می‌رسد روش پیشنهادی رابطه‌درمانی والد-کودک بتواند به تعدیل مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اتیسم کمک کند. بنابراین باتوجه به فرایند روبه‌رشد اختلال طیف اتیسم در جهان، افزایش هزینه‌های درمانی این گروه، فرسودگی جسمانی، روانی و اجتماعی والدین، محدودیت تعداد مطالعات مرتبط و تناقضات موجود در یافته‌های آن‌ها، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مداخله رابطه‌درمانی والد-کودک بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم در شهرهای کاشان و اراک در سال ۱۳۹۹ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه، کودکان مبتلا به اتیسم خفیف یا متوسط تحت پوشش مراکز خیریه اتیسم شهرهای کاشان و اراک در سال ۱۳۹۹ به همراه مادران آن‌ها بودند.

معیارهای ورود: ابتلا به طیف اختلال اتیسم در سطح ۱ یا ۲ به تأیید روان‌پزشک اطفال (براساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳، سن کودک بین ۷ تا ۱۱ سال، کسب نمره ۸۴ یا کمتر از مقیاس گارس - ۲، بهره هوشی بالای ۷۰ (براساس مقیاس ریون)، کسب نمره ۱۳ یا بیشتر از ابزار راتر، توانایی دنبال کردن تکلم ساده آمرانه، دریافت مراقبت عمدتاً

3. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

1. Autism Spectrum Disorder
2. Child-Parent Relationship Therapy

مداخله رابطه‌درمانی والد-کودک، در قالب گروه‌های ۸ تا ۱۰ نفری از مادران براساس پروتکل لندرت - براتون^[۱۹] اجرا شد (جدول شماره ۱). جلسات آموزشی رابطه‌درمانی والد-کودک در سالن آموزش مراکز خیریه ایتیم، در شهرهای کاشان و اراک (در یکی از مراکز هر شهر) به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) برگزار شد. در این جلسات، مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای ارتباط با کودک از طریق بازی به مادر آموزش داده شد. در ابتدای هر جلسه متناسب با موضوع موردبحث در آن جلسه، برگه تکلیف در اختیار هر مادر قرار داده شد تا آن را برای هفته بعد تکمیل کند. علاوه‌براین از مادران خواسته شد از جلسات بازی خود با کودک در طول هر هفته فیلم گرفته و جهت بحث و تبادل نظر، در جلسه بعد به همراه داشته باشند. در گروه کنترل، مداخله‌ای از طرف تیم تحقیق انجام نشد؛ فقط داروهای مصرفی مربوط به ایتیم ادامه پیدا کرد و تحت درمان با مداخله درمانی دیگری در طول مطالعه نبودند.

۳ زیرمقیاس ابزار گارس-۲ برای سنجش شدت مشکلات رفتاری در شروع مطالعه، پایان مداخله (هفته ۱۰ مطالعه) و ۲ ماه بعد از اتمام مداخله (دوره پیگیری) برای هر دو گروه، از طریق مصاحبه با مادر کودک تکمیل شد. از مادر خواسته شد در ارتباط با هر سؤال، بهترین گویه توصیف‌کننده رفتار کودک را مشخص کند. در صورت تردید در رابطه با پاسخ گویی، از وی خواسته می‌شد تا کودک را به مدت ۶ ساعت تحت نظر گرفته و براساس رفتار وی، به سؤالات پاسخ دهد. در زمان نمونه‌گیری، شماره تلفن و آدرس منزل نمونه‌ها ثبت شد تا به‌منظور انجام پیگیری‌ها در طول مدت مطالعه (۱ روز قبل از هر جلسه)، از طریق تلفن در رابطه با زمان و مکان ویزیت و در صورت لزوم در رابطه با وسیله ایاب و ذهاب نمونه‌ها با آن‌ها هماهنگی صورت گیرد.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر: این مقیاس، نسخه والدین بوده و دارای ۳۱ گویه است. نمره‌گذاری هر گویه در طیف صفر (عبارت اصلاً درباره رفتار کودک صحیح نیست)، ۱ (عبارت تا حدی معرف رفتار کودک است) و ۲ (عبارت درمورد فرد صدق می‌کند) انجام می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۲ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر مشکل است. کودکانی که نمره ۱۳ یا بالاتر کسب کنند، به‌عنوان کودکان دارای مشکل رفتاری شناخته می‌شوند. ضریب پایایی ابزار از طریق آزمون مجدد ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی آن به روش تحلیل عاملی و روایی هم‌زمان تأیید شده است [۲۰]. در مطالعه فعلی نیز ضریب آلفای کرونباخ ابزار راتر ۰/۷۴۵ برآورد شد.

از سوی مادر (مراقب اصلی)، توانایی مادر و کودک جهت شرکت در جلسات، باسواد بودن مادر (حداقل در حد خواندن و نوشتن)، عدم ابتلای مادر و کودک به بیماری جسمی جدی و حاد، عدم ابتلای کودک به سایر اختلالات روان‌پزشکی شناخته‌شده، عدم تعلق کودک به خانواده‌های آسیب‌پذیر (طلاق، تک‌سرپرست یا اعتیاد)، فرزندخوانده نبودن کودک، سکونت در شهر کاشان یا اراک، تابعیت ایرانی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی (غیر از داروهای مربوط به اختلال طیف ایتیم) و عدم وجود مشکل دیداری یا شنیداری اصلاح‌نشده در مادر و کودک.

معیارهای خروج: غیبت ۲ جلسه یا بیشتر در جلسات درمانی، دنبال نکردن برنامه برای حداقل ۲ روز در طول هر هفته در منزل، انصراف از ادامه همکاری، فوت، بستری شدن و یا عدم دسترسی به واحدهای پژوهش در طول مطالعه، ابتلای مادر یا کودک به بیماری جدی و حاد در طول مطالعه و شرکت واحدهای پژوهش در سایر دوره‌های آموزشی مرتبط در طول مطالعه.

تعداد نمونه براساس مطالعه دعایی و همکاران محاسبه شد. میانگین و انحراف معیار نمرات در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $59/58 \pm 10/62$ و $68/96 \pm 13/24$ بود [۱۸]. با منظور کردن $10/51$ به‌عنوان انحراف معیار و d برابر با ۱۰ (براساس اختلاف نمرات میانگین در ۲ گروه در مطالعه دعایی و همکاران)، توان آزمون ۸۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد با استفاده از فرمول شماره ۱، تعداد نمونه‌ها ۱۷ نفر برآورد شد. با منظور کردن احتمال ریزش حدود ۵ درصد، تعداد نمونه در هر گروه ۱۸ نفر منظور شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس با تخصیص تصادفی به گروه‌ها انجام شد (فرمول شماره ۱).

$$1. n = \frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$

جمع‌آوری داده‌ها

پس از اخذ مجوزهای لازم، نویسندگان مقاله به مراکز خیریه ایتیم در شهرهای کاشان و اراک مراجعه و اقدام به نمونه‌گیری کرد. داده‌ها توسط نویسندگان مقاله که دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌پرستاری بود و در زمینه رابطه‌درمانی والد-کودک، آموزش دیده و توانمندی وی توسط فردی متبحر در این زمینه (نویسنده سوم مقاله) تأیید شده بود، جمع‌آوری شد. جهت بررسی وجود معیارهای ورود به مطالعه، از آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده ریون رنگی، پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر و مقیاس درجه‌بندی ایتیم گیلیام-۲ (گارس-۲) از طریق مشاهده کودک و مصاحبه با وی و مادر استفاده شد. سپس با استفاده از نرم‌افزار سیلد ۲۰۱۷، به‌صورت تصادفی‌سازی بلوکی ۹ بلوک ۴ تایی به هریک از ۲ گروه تخصیص داده شدند. به‌صورت تصادفی ۴ بلوک ابتدای لیست استخراج‌شده از نرم‌افزار، از شهر اراک و ۵ بلوک انتهایی لیست از کاشان انتخاب شدند.

جدول ۱. خلاصه محتوای ۱۰ جلسه رابطه‌درمانی والد-کودک براساس پروتکل لندرت - براتون

جلسه	هدف	تکلیف	محتوای جلسات
اول	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار گروه	انجام پاسخ‌های انعکاسی در منزل	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه، ارائه توضیحات مختصر درمورد رابطه‌درمانی والد-کودک، بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخ‌دهی انعکاسی.
دوم	آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل	تهیه فهرست اسباب‌بازی برای جلسات، انتخاب مکان مناسب	آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله مرور پاسخ‌دهی انعکاسی، آشناسازی والدین با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب‌بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک، ایفای نقش و نشان دادن مهارت‌های اساسی بازی.
سوم	معرفی قانون باید‌ها و نیاید‌ها	انجام بازی با مقررات	توضیح درمورد باید‌ها و نیاید‌های جلسات بازی، ایفای نقش باید‌ها و نیاید‌های جلسات بازی و ارائه فهرست فرایندهای جلسه بازی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی.
چهارم	آموزش روش روان‌درمانی پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) و محدودیت	تعیین حدود، کاربرد تمرین روان‌درمانی پذیرش و تعهد، انجام جلسه بازی، تکمیل فرم والد	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی، نقد فیلم ویدئویی، آموزش مهارت تنظیم محدودیت به روش روان‌درمانی پذیرش و تعهد، ایفای نقش با استفاده از مهارت‌های تعیین محدودیت.
پنجم	مرور مهارت تنظیم محدودیت و ایفای نقش	انجام بازی، تکمیل فهرست مهارت‌های جلسه بازی	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آن‌ها، مرور مهارت تنظیم محدودیت و تمرین آن به‌صورت ایفای نقش
ششم	آموزش مهارت دادن حق انتخاب	انجام بازی، تکمیل فرم‌ها، استفاده از مهارت‌های جدید	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، تهیه پوستری از باید‌ها و نیاید‌های جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب.
هفتم	آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت‌نفس و پاسخ‌دهی انعکاسی	تمرین پاسخ‌های عزت‌نفس، انجام بازی، تکمیل فرم باید‌ها و نیاید‌ها	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت‌نفس و پاسخ‌دهی انعکاسی.
هشتم	آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش	انجام بازی و تکمیل فرم‌ها، استفاده از مهارت‌های جدید در خانه	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آن‌ها، آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن.
نهم	آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن	انجام بازی و تکمیل فرم‌ها، تعیین حد و حدود برای خارج از جلسه بازی	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن.
دهم	مرور اصول رابطه‌درمانی، مهارت‌های آموخته‌شده، آموزش تمهیم مهارت‌ها به خارج از زمان بازی	-	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، مرور اصول پایه رابطه‌درمانی والد-کودک و مهارت‌های آموخته‌شده، آموزش چگونگی تمهیم مهارت‌ها به خارج از جلسه بازی.

آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده ریون رنگی کودکان: این مقیاس، به‌عنوان یک آزمون غیر کلامی هوش عمومی، جهت ارزیابی توانایی استدلال کودکان در سنین ۵ تا ۱۱ سال طراحی شده است و شامل ۳۶ شکل هندسی ناقص است. در زیر هر شکل هندسی، ۶ تصویر قرار دارد که یکی از آن‌ها می‌تواند شکل مربوطه را تکمیل کند. نمره‌گذاری به‌صورت صفر و ۱ انجام می‌شود؛ نمره آزمون بین صفر تا ۳۶ است که باتوجه به سن کودک، به نمره استاندارد تبدیل می‌شود [۲۳]. ضریب روایی هم‌گرای نسخه فارسی ابزار، ۰/۴۱ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمون ۰/۶۲ محاسبه شده است [۲۴].

مقیاس درجه‌بندی اتیسم گیلیام-۲ (گارس - ۲): این ابزار دارای ۳ زیرمقیاس رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل اجتماعی است. درمجموع دارای ۴۲ گویه است که در طیف صفر (هیچ‌گاه) تا ۳ (اغلب) نمره‌دهی می‌شود. محدوده کلی نمرات بین صفر تا ۱۲۶ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر مشکلات رفتاری خواهد بود. کسب نمره ۸۵ یا بیشتر، احتمال اتیسم شدید را مطرح می‌کند [۲۱]. ضریب پایایی کل ابزار و هریک از زیرمقیاس‌ها حدود ۰/۹ گزارش شده و روایی صوری، محتوایی و هم‌زمان آن تأیید شده است [۲۱، ۲۲]. در مطالعه فعلی نیز ضریب آلفای کرونباخ گارس - ۲، ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسش‌نامه داده‌های زمینه‌ای: این ابزار دربرگیرنده ۱۴ سؤال، شامل سن و جنسیت کودک، شدت اتیسم، پایه تحصیلی کودک، تعداد فرزندان خانواده، رتبه فرزند کودک، بهره هوشی کودک، سابقه اتیسم در خانواده، تحصیلات و شغل والدین، محل سکونت و سن مادر بود که روایی محتوایی آن توسط ۶ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان تأیید شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط ویرایش ۱۶ نرم افزار SPSS انجام شد. جهت بررسی وضعیت متغیرهای دسته‌بندی شده و کمی در ۲ گروه، به ترتیب از آزمون مجذور کای (و در صورت لزوم آزمون دقیق فیشر) و تی مستقل استفاده شد. به منظور مقایسه نمره شدت اختلال رفتاری و زیرمقیاس‌های آن، بین و درون گروه‌ها از آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد (در مقایسه بین گروهی، متغیر سن کودک به عنوان کوواریت منظور شد). جهت بررسی نرمال بودن داده‌های کمی از شاخص‌های کشیدگی و چولگی استفاده شد (محدوده $2 \pm$). در کلیه موارد، سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ لحاظ شد. داده‌ها در دو مرحله طرح از پیش تعیین شده^۵ و قصد درمان^۶ تحلیل شدند. در مرحله قصد درمان باتوجه به وقوع موارد ریزش در هفته‌های اول و دوم مطالعه، جای گذاری با خط مبنا^۷ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه داده‌های مربوط به ۳۶ زوج کودک و مادر مورد بررسی، در قالب ۲ گروه آزمایش و کنترل در ۲ بخش به صورت طرح از پیش تعیین شده و قصد درمان تجزیه و تحلیل شد (تصویر شماره ۱).

بین ۲ گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیر سن کودک، تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت، باین حال سایر متغیرهای زمینه‌ای بین ۲ گروه معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲).

اثر متقابل زمان و مداخله بر نمره شدت مشکلات رفتاری با استفاده از آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری (با کنترل اثر مخدوش‌کنندگی متغیر سن کودک) معنی‌دار گزارش شد ($F=106/590$ ، $P<0/0001$) (تصویر شماره ۲). همچنین نتایج نشان داد با در نظر گرفتن سن کودک به عنوان کوواریت، اثر متقابل زمان و مداخله بر ابعاد رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل اجتماعی، به طور معنی‌دار متفاوت است (به ترتیب $F=57/133$ ، $F=48/955$ و $F=65/823$ ، $P<0/0001$).

در گروه رابطه درمانی، اثر زمان بر نمره کلی اختلال رفتاری معنی‌دار بود ($F=94/632$ ، $P<0/0001$). در مقایسه دوتایی مشخص شد که در گروه رابطه درمانی بین نمره اختلال رفتاری کلی کودکان در شروع مطالعه و پایان مداخله و همچنین در شروع مطالعه و دوره پیگیری تفاوت معنی‌دار است ($P<0/0001$)، ولی بین پایان مداخله و دوره پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/538$). همچنین در گروه کنترل، اثر زمان بر نمره کلی اختلال رفتاری معنی‌دار گزارش نشد ($P=0/331$). در شروع مطالعه، تفاوت در نمره کلی مشکلات رفتاری بین ۲ گروه معنی‌دار نبود ($P=0/554$). در پایان مداخله، آنالیز کوواریانس (سن کودک به عنوان کوواریت)، تفاوت معنی‌دار در نمره کلی مشکلات رفتاری بین ۲ گروه را نشان داد ($F=3/516$ ، $P=0/043$)؛ در حالی که این آزمون تفاوت مذکور بین ۲ گروه را در دوره پیگیری معنی‌دار نشان نداد ($F=3/013$ ، $P=0/065$) (جدول شماره ۳).

در گروه رابطه درمانی، اثر زمان بر هر سه بُعد، شامل رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل اجتماعی معنی‌دار گزارش شد (به ترتیب $F=49/896$ ، $F=44/881$ و $F=59/132$ ، $P<0/0001$). همچنین در مقایسه دوتایی مشخص شد در گروه رابطه درمانی، بین نمره هریک از ابعاد اختلال رفتاری در شروع مطالعه و پایان مداخله و همچنین شروع مطالعه و دوره پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P<0/0001$)؛ در حالی که بین پایان مداخله و دوره پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. در گروه کنترل، اثر زمان بر نمره ابعاد مختلف اختلال رفتاری، معنی‌دار نبود. همچنین نمره هریک از ابعاد رفتارهای کلیشه‌ای و ارتباط در هر زمان بین ۲ گروه، تفاوت معناداری نداشت ($P>0/215$)؛ در حالی که در پایان مداخله و دوره پیگیری، با در نظر گرفتن سن کودک به عنوان کوواریت، تفاوت در نمره بعد تعامل اجتماعی بین ۲ گروه، معنی‌دار گزارش شد ($P<0/0001$) (جدول شماره ۴).

انجام آنالیز به صورت طرح قصد درمان، اثر متقابل زمان و مداخله را بر شدت اختلال رفتاری، معنی‌دار گزارش کرد ($P<0/0001$ ، $F=24/120$). در گروه آزمایش، اثر زمان بر شدت اختلال رفتاری معنی‌دار بود ($F=30/347$ ، $P<0/0001$)؛ در حالی که در گروه کنترل، اثر زمان بر نمره اختلال رفتاری معنی‌دار نبود. مقایسه دوبه دو نشان داد در گروه آزمایش بین نمره اختلال رفتاری در شروع مطالعه با پایان مداخله و همچنین با دوره پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P<0/0001$)؛ ولی بین نمره مذکور در پایان مداخله با دوره پیگیری، تفاوت معنی‌داری یافت نشد ($P=0/53$). آزمون تی مستقل، تفاوت در نمره اختلال رفتاری را بین ۲ گروه در شروع مطالعه معنی‌دار نشان نداد ($P=0/459$)؛ با حذف اثر مخدوش‌کنندگی سن کودک، پایان مداخله و همچنین دوره پیگیری، نمره اختلال رفتاری گرچه در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بود، ولی این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبودند (به ترتیب $P=0/108$ و $P=0/127$).

5. Per-protocol (PP)
6. Intention-to-treat (ITT)
7. Baseline

جدول ۲. مشخصات نمونه‌های مورد بررسی

P	میانگین $\pm$ انحراف معیار / تعداد (درصد)		متغیر	گروه
	گروه رابطه‌درمانی (n=۱۳)	گروه کنترل (n=۱۸)		
۰/۰۳۷ ^a	۸/۳۱ $\pm$ ۱/۶۵۳	۹/۵۶ $\pm$ ۱/۵۰۴	سن کودک (سال)	
۰/۴۱۳ ^b	۴(۳۰/۸)	۳(۱۶/۷)	مؤنث	جنسیت کودک
	۹(۶۹/۲)	۱۵(۸۳/۳)	مذکر	
۰/۲۰۸ ^b	۹(۶۹/۲)	۱۶(۸۸/۹)	مدرسه نرفته	پایه تحصیلی کودک
	۴(۳۰/۸)	۲(۱۱/۱)	پایه اول، دوم یا سوم	
۰/۵۵۹ ^a	۳۵/۵۴ $\pm$ ۷/۷۴۲	۳۶/۷۸ $\pm$ ۳/۷۹۷	سن مادر (سال)	
۰/۶۱۲ ^c	۱۲(۱۵/۴)	۵(۲۷/۸)	دبستان	تحصیلات مادر
	۳(۳۳/۱)	۲(۱۱/۱)	راهنمایی	
	۶(۴۶/۲)	۶(۳۳/۳)	دیپلم	
	۲(۱۵/۴)	۵(۲۷/۸)	دانشگاه	
۱ ^b	۱۲(۹۲/۳)	۱۶(۸۸/۹)	خانه‌دار	شغل مادر
	۱(۷/۷)	۲(۱۱/۱)	کارمند	
۱ ^c	۴(۳۰/۸)	۵(۲۷/۸)	زیر دیپلم	تحصیلات پدر
	۵(۳۸/۵)	۷(۳۸/۹)	دیپلم	
	۴(۳۰/۸)	۶(۳۳/۳)	دانشگاه	
۰/۳۹۳ ^c	•	۲(۱۱/۱)	بازنشسته	شغل پدر
	۷(۵۳/۸)	۵(۲۷/۸)	آزاد	
	۱(۷/۷)	۵(۲۷/۸)	کارمند	
	۴(۳۰/۸)	۴(۲۲/۲)	کارگر	
	۱(۷/۷)	۲(۱۱/۱)	بیکار	
۰/۵۴۹ ^a	۲/۰۰ $\pm$ ۱/۰۰	۲/۱۷ $\pm$ ۰/۵۱۴	تعداد فرزند خانواده	
۰/۷۷۹ ^c	۶(۴۶/۲)	۸(۴۴/۴)	اول	رتبه فرزند
	۵(۳۸/۵)	۹(۵۰)	دوم	
	۱(۷/۷)	۱(۵/۶)	سوم	
	۱(۷/۷)	•	چهارم	
۰/۶۸۹ ^b	۴(۳۰/۸)	۴(۲۲/۲)	سطح ۱	شدت اختلال طیف اتیسم
	۹(۶۹/۲)	۱۴(۷۷/۸)	سطح ۲	
۱ ^b	۱۱(۸۴/۶)	۱۶(۸۸/۹)	ندارد	سابقه اتیسم در خانواده
	۲(۱۵/۴)	۲(۱۱/۱)	دارد	

گروه	متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار / تعداد (درصد)		P	نوع و نتیجه آزمون
		گروه کنترل (n=18)	گروه رابطه درمانی (n=13)		
محل سکونت	اراک	۶(۳۳/۳)	۷(۵۲/۸)	۰/۲۹۴ ^d	
	کاشان	۱۲(۶۶/۷)	۶(۴۶/۲)		
بهره هوشی کودک		۷۶/۱۷ $\pm$ ۴/۲۸۴	۷۶/۷۷ $\pm$ ۳/۶۶	۰/۷۷۰ ^a	
نمره اختلال رفتاری براساس راتر (در مقیاس صفر تا ۶۲)		۲۳/۳۹ $\pm$ ۵/۲۷۱	۲۰/۸۵ $\pm$ ۷/۷۶۶	۰/۲۸۶ ^a	

* معناداری، ^a تی مستقل، ^b آزمون دقیق فیشر، ^c آزمون مجذور کای (دقیق)، ^d آزمون مجذور کای

درحالی که در گروه کنترل بین نمره کلی اختلال رفتاری در ۳ مقطع زمانی تفاوت معنی دار وجود نداشت. در رابطه با اثر مداخله بر بعد تعامل اجتماعی، این مطالعه گویای یافته‌هایی مشابه اختلال رفتاری کلی بود. نمره بعد رفتار کلیشه‌ای و ارتباط در پایان مداخله و همچنین در دوره پیگیری با اینکه در گروه آزمایش کمتر بود، ولی این تفاوت‌ها معنی دار نبودند. نتایج تحلیل به صورت قصد درمان، در کلیه موارد به جز تفاوت بین گروهی در رابطه با نمره اختلال رفتاری کلی در پایان مداخله، که معنی دار گزارش نشد، مشابه تحلیل طرح از پیش تعیین شده بود. در مجموع براساس یافته‌ها، اثر مثبت رابطه درمانی والد-کودک بر مشکلات رفتاری کودکان اטיسم قابل دفاع است، ولی باتوجه به ریزش نمونه‌ها، ضرورت انجام مطالعات بیشتر با حجم نمونه کافی و توجه به به کارگیری مؤثر راهکارهای جلب همکاری مشارکت کنندگان تا پایان مطالعه، کاملاً محسوس است.

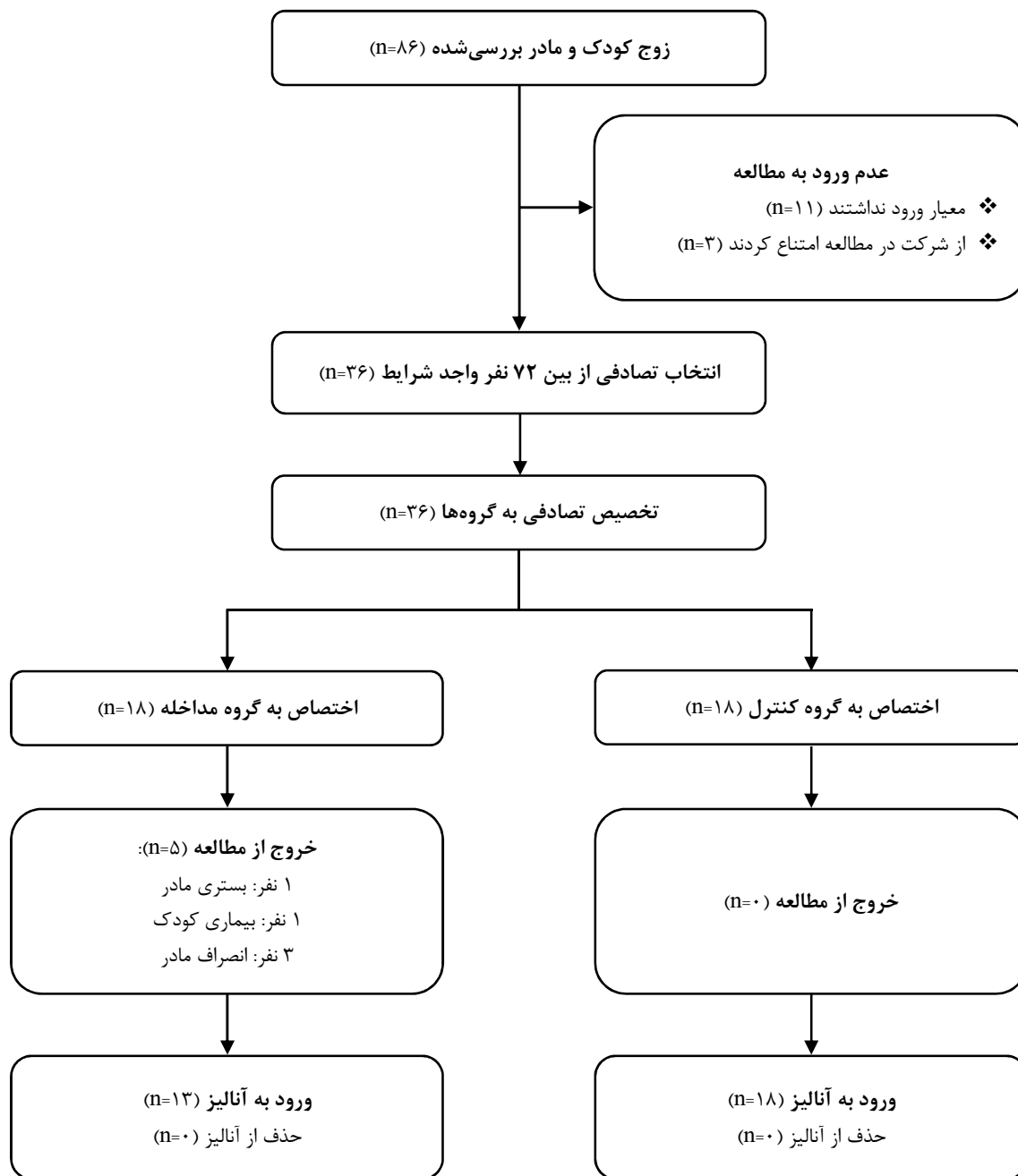
یافته‌های آنالیز طرح قصد درمان، مشابه تحلیل از پیش تعیین شده، در رابطه با اثر مداخله بر هریک از ابعاد مشکلات رفتاری بیانگر معنی داری اثر متقابل زمان و مداخله بود ($P < 0.001$)؛ با این حال اثر زمان در گروه کنترل از نظر آماری معنی دار نبود. در تحلیل قصد درمان، اثر زمان بر نمره هریک از ابعاد مختلف اختلال رفتاری در گروه کنترل، معنی دار گزارش نشد. صرفاً تفاوت بین گروهی با حذف اثر مخدوش کنندگی سن کودک، در رابطه با بعد تعامل اجتماعی، در پایان مداخله و همچنین دوره پیگیری معنی دار محاسبه شد (به ترتیب $P = 0.01$ و $P = 0.01$).

بحث

مطالعه حاضر به منظور بررسی اثر رابطه درمانی والد-کودک بر شدت مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اטיسم انجام شد. در گروه آزمایش، اثر زمان بر نمره کلی اختلال رفتاری معنی دار بود.

جدول ۳. نمره مشکلات رفتاری کلی کودکان مبتلا به اטיسم مورد پژوهش به تفکیک در ۲ گروه و ۳ مقطع زمانی

گروه	متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل (n=18)	گروه رابطه درمانی (n=13)	نوع و نتیجه آزمون	
					اثر متقابل زمان و گروه a	مقایسه بین گروهی
					آزمون موچلی	گرین هاوس - گیزر
در شروع مطالعه (T1)		۵۷/۶۷۰ $\pm$ ۱۳/۵۵۶	۶۱/۰۸۰ $\pm$ ۱۸/۳۳۲			
		۵۷/۶۷۰ $\pm$ ۱۳/۵۵۶	۴۳/۷۷۰ $\pm$ ۱۷/۲۸۴			
		۵۷/۷۲ $\pm$ ۱۳/۵۹۴	۴۴/۸۵۰ $\pm$ ۱۸/۱۱۹			
۱۰ هفته پس از شروع مطالعه (T2) (پایان مداخله)		۵۷/۶۷۰ $\pm$ ۱۳/۵۵۶	۴۳/۷۷۰ $\pm$ ۱۷/۲۸۴		$\chi^2 = 22.747$ $P < 0.001$	$F = 10.6590$ $P < 0.001$
۱۸ هفته پس از شروع مطالعه (T3) (۲ ماه پس از پایان)		۵۷/۷۲ $\pm$ ۱۳/۵۹۴	۴۴/۸۵۰ $\pm$ ۱۸/۱۱۹			$F = 3.013$ $P = 0.065$
مقایسه درون گروهی a	اثر زمان	$F = 1.000$ $P = 0.939$	$F = 94.632$ $P < 0.001$			
	T2 و T1		$P < 0.001$			
	T3 و T1		$P < 0.001$			
نتیجه آماره یونفرونی	T2 و T3		$P = 0.528$			

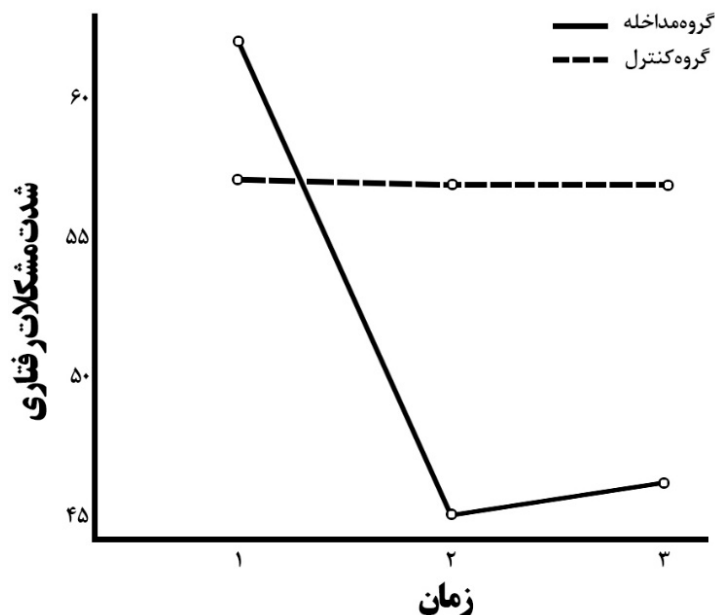


تصویر ۱. فرایند نمونه‌گیری

افزایش همدلی والدین [۲۹]، کاهش استرس والدگری [۲۸]، افزایش عزت نفس کودکان [۲۶] و کاهش مشکلات روحی و روانی کودکان [۲۵، ۱۷] می‌شود. بنابراین انتظار می‌رود در کودکان مبتلا به اختلالات تکاملی، ازجمله کودکان مبتلا به اتیسم نیز بتواند مشکلات رفتاری را کاهش دهد. نتایج مطالعه عدیلی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد مداخله بازی‌درمانی باعث افزایش نزدیکی و کاهش وابستگی و تعارض در رابطه والد با

یافته‌های پژوهش فعلی با یافته‌های سایر مطالعات در خصوص اثر مثبت رابطه‌درمانی والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری در کودکان با تنوعی از ویژگی‌ها هم‌راستا است [۱۴-۱۶، ۲۵، ۲۶]؛ حتی برخی از مطالعات، مؤید ماندگاری اثر مداخله موردنظر پس از خاتمه آن هستند [۲۶، ۲۷].

محققان مبتنی بر مطالعات انجام‌شده بیان کردند رابطه‌درمانی والد-کودک سبب افزایش پذیرش کودک از سوی والدین [۲۸]،



تصویر ۲. نمره شدت مشکلات رفتاری در شروع مطالعه، پایان مداخله و دوره پیگیری در ۲ گروه

مطالعات است، در ارزیابی علت یافته منتج از آن نباید حجم بسیار کوچک نمونه مورد بررسی نادیده گرفته شود؛ چراکه سبب کاهش توان آزمون می‌شود.

رابطه درمانی والد-کودک، عنصر کلیدی در درمانگری کودکان است؛ چراکه والدین می‌توانند به عنوان یک درمانگر حرفه‌ای برای کودکان عمل کنند و با یادگیری مهارت‌هایی نظیر بازی درمانی، کودک را با تمام خصوصیات پذیرفته و درک کنند و به سمت خودهدایت‌گری و اعتماد به نفس ترغیب کنند. به عبارت دیگر، رابطه درمانی والد-کودک با شکل‌گیری ارتباط بر پایه پذیرش غیر شرطی نسبت به کودک، می‌تواند سبب شکل‌گیری خودپنداره

کودک می‌شود [۲۵]. همچنین مطالعه عباسلو و همکاران (۱۳۹۹) حاکی از اثر مثبت رابطه درمانی والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی^۸ است [۱۷]. مطالعه‌ای دیگر نیز از تأثیر رابطه درمانی والد-کودک بر بهبود علائم اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی حمایت می‌کند [۳۰]. در حالی که یافته‌های پژوهش نیشابوری محمدی و همکاران (۱۳۹۵) در شهر مشهد بیانگر عدم وجود اثر معنی‌دار رابطه درمانی والد-کودک بر رفتارهای کلیشه‌ای در کودکان مبتلا به اتیسم است [۱۲]. گرچه این پژوهش یکی از مرتبط‌ترین

8. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)

جدول ۴. نمره زیرمقیاس‌های اختلال رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم مورد پژوهش به تفکیک در ۲ گروه و ۳ مقطع زمانی

اثر متقابل زمان و گروه a	میانگین ± انحراف معیار						متغیر
	گروه کنترل (n=۱۸)			گروه آزمایش (n=۱۳)			
	دوره پیگیری	پایان مداخله	شروع مطالعه	دوره پیگیری	پایان مداخله	شروع مطالعه	
F=۵۷/۱۳۳ P<۰/۰۰۰۱	۱۴/۹۴۰±۴/۱۶۵	۱۴/۹۴۰±۴/۱۶۵	۱۴/۹۴۰±۴/۱۶۵	۱۲/۴۶۰±۵/۳۱۷	۱۱/۹۲۰±۵/۰۰۰	۱۶/۶۲۰±۶/۱۵۸	رفتار کلیشه‌ای (در مقیاس ۴۲-)
F=۴۸/۹۵۵ P<۰/۰۰۰۱	۲۰/۵۰۰±۵/۵۱۲	۲۰/۵۰۰±۵/۵۱۲	۲۰/۵۰۰±۵/۵۱۲	۱۸/۲۳۰±۸/۴۴۷	۱۸/۱۵۰±۸/۴۶۴	۲۴/۴۶۰±۹/۰۴۳	ارتباط (در مقیاس ۴۲-)
F=۶۵/۸۲۳ P<۰/۰۰۰۱	۲۳/۵۰±۴/۸۹۰	۲۳/۴۴۰±۴/۸۲۹	۲۳/۴۴۰±۴/۸۲۹	۱۴/۱۵۰±۶/۴۴۰	۱۳/۶۹۰±۵/۹۷۸	۲۰/۰۰۰±۵/۸۷۴	تعامل اجتماعی (در مقیاس ۴۲-)

a آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری

تعیین شده در غالب موارد، روایی خارجی مطالعه را تا حد زیاد مورد حمایت قرار می دهد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

علاوه بر رضایت شفاهی از کودکان، رضایت آگاهانه کتبی از مادران آنها اخذ شد. به مادران اطمینان داده شد اطلاعات شخصی کاملاً محرمانه خواهد ماند و هر زمان که مایل باشند، بدون آنکه مشکلی متوجه آنها باشد، می توانند از ادامه همکاری انصراف دهند. علاوه بر این هیچ گونه هزینه مادی به خانواده ها تحمیل نشد و کلیه وسایل لازم به صورت رایگان در اختیار خانواده ها قرار پژوهش حاضر در معاونت تحقیقات و فناوری (طرح شماره ۹۹۰۲۰ مورخ ۱۳۹۹/۰۲/۱۰) و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان (کد اخلاق: IR.KAUMS.1399.015) تأیید شده است. همچنین طرح تحقیقاتی در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است (کد: IRCT20100211003329N5). گرفت.

حامی مالی

مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه ملوک رودبارانی در رشته کارشناسی ارشد روان پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی کاشان است که به عنوان طرح تحقیقاتی توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان مورد حمایت مالی قرار گرفته است (طرح شماره ۹۹۲۰، مورخ ۱۳۹۹/۰۲/۱۰).

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی و روش شناسی: ملوک رودبارانی، زهرا تقریبی، خدیجه شریفی و زهرا سوکی؛ اعتبارسنجی: زهرا تقریبی، خدیجه شریفی و زهرا سوکی؛ تحلیل، تحقیق و بررسی: زهرا تقریبی، خدیجه شریفی، زهرا سوکی و محمد زارع؛ نظارت: زهرا تقریبی، خدیجه شریفی و زهرا سوکی؛ نگارش پیش نویس: ملوک رودبارانی، زهرا تقریبی، خدیجه شریفی و زهرا سوکی؛ ویراستاری و نهایی سازی نوشته: زهرا تقریبی، خدیجه شریفی، زهرا سوکی و محمد زارع.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران، مراتب تشکر خود را از پرسنل شاغل در مراکز خیریه ایتسم در شهرهای کاشان و اراک، کلیه واحدهای پژوهش و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان اعلام می دارند.

مثبت، افزایش اعتماد به نفس و خودکنترلی در کودک شود. در این راستا یکی از اهداف اساسی رابطه درمانی والد-کودک، تعدیل رفتارهای مشکل ساز کودک با تمرکز بر بهبود رابطه والد-کودک [۲۸، ۱۹]. بنابراین تأثیر مثبت رابطه درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ایتسم، قابل توجیه است.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر به بررسی اثر رابطه درمانی والد-کودک بر شدت مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ایتسم اختصاص داشت. نتایج نشان داد رابطه درمانی والد-کودک باعث کاهش شدت مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به ایتسم می شود. با این حال نمی توان نسبت به ماندگاری اثر آن، نتیجه گیری قاطعی داشت. پیشنهاد می شود رابطه درمانی والد-کودک به عنوان روشی ایمن، کم هزینه و با کاربری آسان برای کمک به کاهش شدت مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به ایتسم استفاده شود. پیشنهاد می شود پژوهشی با رفع محدودیت های مطالعه حاضر تا حد ممکن و با حجم نمونه بیشتر تکرار شود. همچنین انجام مطالعه مشابه روی کودکان مبتلا به سایر اختلالات تکاملی مفید به نظر می رسد.

یافته های این تحقیق می تواند جهت تدوین بسته خدمتی مناسب ویژه کودکان مبتلا به ایتسم مورد استفاده قرار گیرد. براساس یافته های مطالعه حاضر، می توان با راه اندازی و تجهیز کلینیک های خدمات تخصصی اختلال طیف ایتسم و توانمندسازی کادر بهداشتی درمانی ارائه دهنده خدمات تخصصی به کودکان مبتلا به ایتسم و همچنین آموزش به خانواده های درگیر، رابطه درمانی والد-کودک را در برنامه مراقبت از کودکان مبتلا به ایتسم لحاظ کرد.

محدودیت های پژوهش

با برنامه ریزی در خصوص نحوه اجرای مداخله در مراکز، سعی شد در طول مدت مداخله، تماسی بین افراد ۲ گروه وجود نداشته باشد. با این حال کنترل موارد تماس بین افراد ۲ گروه خارج از برنامه، از عهده پژوهشگران خارج بود. تردید در عملکرد مادر در خصوص پیگیری انجام مداخله رابطه درمانی با استفاده از تماس های تلفنی مکرر و تأکید به مادران، ارائه و بررسی تکالیف به آنها تعدیل شد. با این حال، مورد مذکور جزء محدودیت های پژوهش تلقی می شود. فرد جمع آوری کننده داده نسبت به گروه بندی افراد، کورسازی نشد که جزو محدودیت های مطالعه محسوب می شود. اختصاص غالب نمونه ها به جنسیت مذکر، ممکن است یافته های مطالعه را تحت تأثیر قرار داده باشد. ریزش حدود ۲۸ درصد نمونه ها در گروه آزمایش، فلسفه تصادفی سازی و کفایت حجم نمونه را خدشه دار کرده است. بنابراین در خصوص تعمیم برخی یافته ها باید قدری محتاطانه عمل شود. البته انجام آنالیز کوواریانس و همچنین تکرار آنالیز به صورت طرح قصد در مان و دستیابی به یافته هایی مشابه تحلیل طرح از پیش

References

- [1] Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet*. 2018; 392(10146):508-20. [DOI:10.1016/S0140-6736(18)31129-2] [PMID]
- [2] Zeidan J, Fombonne E, Scorch J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res*. 2022; 15(5):778-90. [DOI:10.1002/aur.2696] [PMID] [PMCID]
- [3] Samadi SA, Mahmoodizadeh A, McConkey R. A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism*. 2012; 16(1):5-14. [DOI:10.1177/1362361311407091] [PMID]
- [4] Samadi SA, McConkey R. Screening for autism in Iranian pre-schoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45(9):2908-16. [DOI:10.1007/s10803-015-2454-1] [PMID]
- [5] Irwanto, Kahfi M, Febriyana N, Hartini S, Takada S. Emotional and behavioral problems of pre-school children with autistic spectrum disorder assessed by the child behavior checklist 1½-5. *Kobe J Med Sci*. 2019; 64(5):E170-3. [PMID]
- [6] Zhang R, Zhang HF, Han JS, Han SP. Genes related to oxytocin and arginine-vasopressin pathways: Associations with autism spectrum disorders. *Neurosci Bull*. 2017; 33(2):238-46. [DOI:10.1007/s12264-017-0120-7] [PMID] [PMCID]
- [7] Shepherd D, Landon J, Goedeke S, Meads J. Stress and distress in New Zealand parents caring for a child with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2021; 111:103875. [DOI:10.1016/j.ridd.2021.103875] [PMID]
- [8] Madarevic M, van Esch L, Lambrechts G, Ceulemans E, Van Leeuwen K, Noens I. Parenting behaviours among mothers of pre-schoolers on the autism spectrum: Associations with parenting stress and children's externalising behaviour problems. *Res Autism Spectr Disord*. 2022; 90:101901. [DOI:10.1016/j.rasd.2021.101901]
- [9] D'Alò GL, De Crescenzo F, Amato L, Cruciani F, Davoli M, Fulceri F, et al. Impact of antipsychotics in children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2021; 19(1):33. [DOI:10.1186/s12955-021-01669-0] [PMID] [PMCID]
- [10] Klein N, Kemper KJ. Integrative approaches to caring for children with autism. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016; 46(6):195-201. [DOI:10.1016/j.cppeds.2015.12.004] [PMID]
- [11] Azizi A, Karimipour BA, Rahmani S, Veisi F. [Comparing the efficacy of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) and Family-Focused Therapy (FFT) on function of families with children with Oppositional Defiant Disorder (ODD) (Persian)]. *Q J Child Ment Health*. 2016; 3(2):9-20. [Link]
- [12] Nishabouri Mohammadi M, Soltani Kouhbanani S. [The effectiveness of intervention of maternal-child-based education in the treatment game of sterilization in children with autism disorder (Persian)]. Paper presented at: 4th National Conference on Counseling and Mental Health. Khorasan, Iran, 2 August; 2016. [Link]
- [13] Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The triple p-positive parenting program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev*. 2014; 34(4):337-57. [DOI:10.1016/j.cpr.2014.04.003] [PMID]
- [14] Carnes-Holt K, Bratton SC. The efficacy of child parent relationship therapy for adopted children with attachment disruptions. *J Couns Dev*. 2014; 92(3):328-37. [DOI:10.1002/j.1556-6676.2014.00160.x]
- [15] Bradford AB, Burningham KL, Sandberg JG, Johnson LN. The association between the parent-child relationship and symptoms of anxiety and depression: The roles of attachment and perceived spouse attachment behaviors. *J Marital Fam Ther*. 2017; 43(2):291-307. [DOI:10.1111/jmft.12190] [PMID]
- [16] Rajabpour M, Makvandhosseini S, Rafieinia P. [The effectiveness of parent-child relationship therapy on preschool children's aggression (Persian)]. *J Clin Psychol*. 2012; 4(1):65-74. [Link]
- [17] Abbaslo F. [The effect of Parent-Child Relationship Therapy (CPRT) training on mothers on reducing behavioral problems in children with ADHD (Persian)]. *Pajouhan Sci J*. 2020; 18(4):31-8. [DOI:10.52547/psj.18.4.31]
- [18] Doaei S, Bourbour F, Teymoori Z, Jafari F, Kalantari N, Abbas Tori S, et al. The effect of omega-3 fatty acids supplementation on social and behavioral disorders of children with autism: A randomized clinical trial. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2021; 27(1):12-18. [DOI:10.5114/pedm.2020.101806] [PMID] [PMCID]
- [19] Landreth G, Bratton S. *Child-Parent Relationship Therapy (CPRT): An evidence-based 10-session filial therapy model*. New York: Routledge; 2019. [DOI:10.4324/9781315537948]
- [20] Yousefi F. [Rutter scale regulation in order to study the behavioral and emotional problems of the boy and the school-children of Shiraz elementary school students (Persian)]. *J Humanit Soc Sci Uni Shiraz*. 1998; 25 & 26:171-94. [Link]
- [21] Ahmadi S, Safari T, Hemmatian M, Khalili Z. [The psychometric properties of Gilliam Autism Rating Scale (GARS) (Persian)]. *Res Cogn Behav Sci*. 2011; 1(1):87-104. [Link]
- [22] Varvani Farahani P, Hekmat Pou D, Khonsari AH, Shamsikhani S, Matouri Pour P, Gholami M. [The effect of super brain yoga on children with autism disorder (Persian)]. *Complement Med J*. 2016; 6(3):1549-59. [Link]
- [23] Raven J, Court J. *Manual for raven's progressive matrices and vocabulary scales summary of contents of all sections*. 2023. [Link]
- [24] Rajabi G. [Normalizing the Raven colour progressive matrices test on students of city Ahvaz (Persian)]. *Contem Psychol*. 2008; 3(1):23-32. [Link]
- [25] Adili S, Mirzaie RR, Abedi A. [The effectiveness of filial therapy on the quality of parent-child interactions and health-related quality of life in children with behavioral/emotional problems (Persian)]. *J Except Child* 2019; 19(1):59-70. [Link]

- [26] Ranjgar P, Shafiabadi A, Shariatmadar A. [The effect of group Training Parent-Child Relationship Therapy (CPRT) for mothers on reducing feeling of loneliness among girls with hearing impairment (Persian)]. *Armaghane-Danesh*. 2019; 24(6):1165-79. [\[Link\]](#)
- [27] Khanjani Z, Khaknejad Z. [The effect of inactive music therapy on symptoms, communication deficit, and social interaction of children with autism spectrum disorder (Persian)]. *J Child Ment Health*. 2016; 3(3):97-105. [\[Link\]](#)
- [28] Amanuelahi A, Shadfar A, Aslani Kh. [Effects of child-parent relationship therapy on maternal parenting stress and parental acceptance of primary school children (Persian)]. *Q J Fam Res*. 2019; 15(4):103-20. [\[Link\]](#)
- [29] Kidron M, Landreth G. Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *Int J Play Ther*. 2010; 19(2):64-78. [\[DOI:10.1037/a0017516\]](#)
- [30] Mostafavi S, Shaeiri M, Asghari Moghadam M, Mahmoudi Gharaee M. [The effect of play therapy based on parent-child relationship on the stress of mothers of children with behavioral problems (Persian)]. *Clin Psychol Pers*. 2013; 19(7):33-42. [\[Link\]](#)