مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره سی، شماره نه، آذر ۱۴۰۱
تاریخ دریافت:۱۴۰۱/۰۲/۱۶
تاریخ پذیرش:۱۴۰۱/۰۶/۲۷

تدوین مدل التقاطی خانواده محور و مقایسه اثربخشی آن با درمان تعامل والد–کودک در بهبود رابطه والد–کودک کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم (با عملکرد بالا)

نوشین فایضی[۱]، محمد نریمانی[*۱]، سیف‌الله آقاجانی[۱]، سجاد بشرپور[۱]

مقاله پژوهشی

مقدمه: شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر درمان و تدوین مدل التقاطی خانواده محور جامع و منعطف و سازگار با هر خانواده، ضروری به‌نظر می‌رسد. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر تدوین مدل التقاطی خانواده محور و مقایسه اثربخشی آن با درمان تعامل والد-کودک در بهبود رابطه والد- کودک کودکان مبتلا به اتیسم است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر کنترل متغیرها از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به طیف اختلالات اتیسم در مرکز درمانی تهران اتیسم است که به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی جایگزینی در سه گروه برنامه تعامل والد-کودک (PCIT)، مدل التقاطی خانواده‌محور و گروه کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش از مقیاس رابطه والد- کودک پیانتا استفاده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS version 16 استفاده شد.

نتایج: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین میانگین متغیر روابط والد- کودک در گروه مدل التقاطی خانواده محور نسبت به برنامه تعامل والد-کودک (PCIT) و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد بدین معنا که مدل التقاطی خانواده محور نسبت به برنامه تعامل والد-کودک (PCIT) در بهبود روابط والد- کودک در ابعاد صمیمیت و وابستگی اثربخش‌تر است ($F=86.4$ $P<0.001$).

نتیجه‌گیری: در نتیجه می‌توان مدل التقاطی خانواده محور را جایگزین مناسب‌تری برای انجام مداخلات روان‌شناختی برای بهبود رابطه والد- کودک در مادران کودکان اتیسم در نظر گرفت.

واژه‌های کلیدی: تعامل والد-کودک، درمان خانواده‌محور، اتیسم

IRCT20220214054019N1

ارجاع: فایضی نوشین، نریمانی محمد، آقاجانی سیف‌الله، بشرپور سجاد. **تدوین مدل التقاطی خانواده محور و مقایسه اثربخشی آن با درمان تعامل والد-کودک در بهبود رابطه¬ی والد-کودک کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم (با عملکرد بالا)**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۱؛ ۳۰ (۹): ۱۴-۵۲۰۴.

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۴۱۵۱۹۷۹۴، پست الکترونیکی: narimani@uma.ac.ir، صندوق پستی: ۱۳۱۳۱۵۶۱۹۹

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

مقدمه

اختلال طیف اتیسم Autism Spectrum Disorder (ASD) در اوایل قرن بیستم برای اشاره به افرادی به‌کار رفت که دامنه اندکی از روابط شخصی و تعامل محدود شده با محیط داشتند. این اختلال بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با دو معیار کلی نقص در تعاملات اجتماعی و هم‌چنین الگوهای رفتاری، علایق یا فعالیت‌های محدود شده و تکراری معرفی شده است (۱). والدین کودکان با ASD، استرس و مشکلات سلامت روانی فزاینده‌ای را تجربه می‌کنند. استرس والدین و راهبردهای فرزندپروری ناسازگار با ویژگی های خاص ASD مرتبط است. در واقع مشخص شده است که مادران به‌طور مثبت تحت‌تأثیر مهارت‌های ارتباطی فرزندشان در زمینه‌های زندگی روزمره قرار می‌گیرند. واضح است که ارتباطات بر ایجاد رابطه مؤثر بین والدین و دختر یا پسرشان تأثیر می‌گذارد. در مورد ASD، درک درخواست‌های کودک برای والدینی که ناظر ناراحتی او هستند، دشوار است. احساس درماندگی ممکن است ایجاد شود و تلاش والدین را تا حد زیادی ناکام بگذارد (۲). در حال حاضر درمان قطعی مشخصی برای اختلال طیف اتیسم وجود ندارد. درمان اختلالات طیف اتیسم نیاز به تلاش سازمان یافته از سوی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های چندجانبه دارد و باید به‌صورت فردی و چندوجهی صورت گیرد (۳). شواهد نشان می‌دهند که برنامه‌های التقاطی خانواده‌محور براساس ذهن‌آگاهی، واقعیت‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یادگیری اجتماعی بالقوه امیدوارکننده هستند. این مدل‌های التقاطی رویه‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش را با فرآیندهای تغییر رفتار همراه می‌کنند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را ایجاد کنند. چنین درمان‌هایی باعث سازگاری رفتار فرد در طی تجربه‌های دردناک و کاهش مشکلات ارتباطی کودکان مبتلا به اتیسم و نیز مشکلات سلامت روان والد و کودک می‌شوند (۴). افزایش نرخ شیوع اختلالات طیف اتیسم در میان کودکان، پژوهشگران و متخصصان را بر آن داشته است که مجموعه‌ای از روش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درمانی را برای این گروه از افراد، تبیین و ارائه نمایند و در کنار مداخلات زیستی- دارویی به‌کار بندند تا مهارت‌های رفتاری و ارتباطی آن‌ها را بهبود بخشند. ازجمله این برنامه‌ها و روش‌ها می‌توان موارد زیر را نام برد: مداخلات مبتنی بر تحلیل رفتار کاربردی Applied Behavioral Analysis) (ABA)، گفتاردرمانی و کاردرمانی، یکپارچه‌سازی حسی (Sensory Integration(SI))، روش فلورتایم، درمان پاسخ محور (Pivotal Response Treatment (PRT)) و نیز درمان‌های خانواده محور از جمله مؤلفه‌هایی که می‌توانند در رابطه والد-کودک در ابتدای جلسات مؤثر باشد، ذهن‌آگاهی (Mindfulness) والدین است. ذهن‌آگاهی مشاهده مستقیم ذهن و بدن در زمان حال و بدون قضاوت می‌باشد و پایدارتر و توسعه یافته‌تر از توجه صرف است (۵). افزایش ذهن‌آگاهی با کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و عاطفه منفی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی، شادی و خوش‌بینی و بهزیستی روان‌شناختی در والدین کودکان دارای اختلال‌های طیف اتیسم همراه است (۴). مداخله‌های ذهن‌آگاهی آثار مثبت و بلندمدتی در کاهش استرس و افزایش سلامت روانی والدین این کودکان دارد. پذیرش وضعیت فرزند، همدلی، بهبود روابط والد - کودک و انعطاف‌پذیری شناختی، کاهش چشمگیر علائم کودک از دیگر پیامد آن می‌باشد (۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance Commitment Therapy(ACT))، نوعی از رفتاردرمانی موج سوم می‌باشد که ممکن است در کاهش مشکلات روحی، عاطفی و جسمی این گروه از والدین مفید باشد. هاهز و همکاران (۲۰۱۸) طی پژوهشی تحت عنوان مطالعه آزمایشی کنترل‌شده درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای والدین کودکان با اختلالات طیف اتیسم نشان دادند که یک مداخله کوتاه مبتنی بر ACT می‌تواند در درمان چالش‌های روانی والدین کودکان مبتلا به اتیسم مؤثر باشد (۷،۸). علاوه بر رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، از جمله مداخلاتی که می‌تواند بر بهبود سلامت روانی والدین کودکان اتیسم کمک‌کننده باشد، واقعیت درمانی است (۹). شیشه‌فر، کاظمی و پزشک (۱۳۹۵) طی پژوهشی تحت عنوان اثربخشی واقعیت‌درمانی بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان اتیسم نشان دادند که تفاوت

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

معناداری بین گروه آزمایش که واقعیت درمانی را دریافت کرده بودند و گروه کنترل، در نمرات شادکامی و مسئولیت‌پذیری وجود دارد (۱۰). تحلیل رفتار کاربردی با بیش از ۵۰ سال پیشینه علمی قدرتمند در عرصه مداخلات کودکان طیف اتیسم به عنوان اولین درمان انتخابی مورد استفاده می‌باشد (۱۱). محسنی اژه‌ای، عابدی و بهنام‌نژاد (۱۳۹۴) طی پژوهشی نشان دادند که تأثیر تحلیل رفتار کاربردی بر کاهش مشکلات کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در ایران، مطابق جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، بسیار بالاست (۱۲). یکی از برنامه‌های به نسبت جدید آموزشی، به‌منظور بهبود تعامل والد- کودک، برنامه‌ی «تعامل والد-کودک» است. برنامه تعامل والد-کودک (Parent - child interaction therapy(PCIT)) یک برنامه مبتنی بر پژوهش است که برای آموزش رفتاری والدین تدوین شده است. در این برنامه که شامل کار با والدین و فرزندان ۳ تا ۶ ساله می‌باشد، درمانگر، پدر یا مادر را طی یک تعامل واقعی با کودک آموزش می‌دهد و والدین با دو دسته مهارت آماده می‌شوند: تعامل کودک‌مدار Child Direct Interaction(CDI) و تعامل والدمدار Parent Direct Interaction(PDI). مهاجری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با هدف تعیین میزان تأثیر احتمالی درمان تعامل والد - کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان درخودمانده با کنشوری بالا نشان دادند که درمان تعامل والد - کودک باعث بهبود ضعیف تا متوسط خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا می‌شود (۱۳). نتایج پژوهشی دیگر حاکی از این بود که درمان تعامل والد- کودک باعث کاهش مسائل رفتاری، استرس والدینی، هیجانات منفی، سبک‌های والدگری نامناسب و افزایش هیجانات مثبت و سبک والدگری مطلوب می‌شود (۱۴). درحال حاضر از هر ۴۸ کودک، یک نفر مبتلا به اتیسم تشخیص داده می‌شود (۱۵). این واقعیت، نیاز مبرم جامعه امروز به مسأله آموزش والدین و مداخلات خانواده محور در خصوص همکاری در برنامه‌های درمانی و تربیتی کودکان با اختلالات طیف اتیسم را روشن می‌کند. به همین دلیل پرداختن به ارتباط والد-کودک یکی از مهم‌ترین اقدامات حمایتی و درمانی در حوزه مداخلات مبتنی بر خانواده می‌باشد. محدودیت دامنه توانمندی‌های ارتباطی کودکان طیف اتیسم و نیز مشکلات همراه با این اختلال اثرات تخریبی زیادی بر کیفیت ارتباط بین والدین و کودک طیف اتیسم در پی دارد. به همین دلیل پرداختن به ارتباط والد-کودک یکی از مهم‌ترین اقدامات حمایتی و درمانی در حوزه مداخلات مبتنی بر خانواده می‌باشد. با برگزاری دوره‌های مختلف درمان تعامل والد-کودک مشخص شد که افراد مختلف به میزان متفاوتی از آن بهره می‌برند. در نتیجه، با توجه به افزایش آمار اتیسم در بین کودکان و شیوع بیشتر آن در بین پسران، شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر درمان و تدوین مدل التقاطی خانواده محور جامع و منعطف و سازگار با هر خانواده، ضروری به‌نظر می‌رسد. با توجه به عدم مستندات کافی در ایران درزمینهٔ این نوع درمان، لذا پژوهش حاضر درصدد بررسی اثر درمان التقاطی خانواده‌محور (آموزش تکنیک‌های رویکرد اکت و ذهن‌آگاهی و استفاده از آموزه‌های تئوری انتخاب ویلیام گلاسر علاوه بر تکنیک‌های رفتاری) در بهبود کیفیت رابطه والد- کودک در کودکان طیف اتیسم است. هدف دیگر این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان التقاطی خانواده‌محور با درمان تعامل والد_کودک و گروه کنترل در بین کودکان طیف اتیسم که در پاییز و زمستان ۱۳۹۸ به مرکز تهران اتیسم مراجعه کرده‌اند، می‌باشد.

روش بررسی

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر بر حسب هدف از نوع بنیادی و بر حسب شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مادران کودکانی بود که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ از تهران اتیسم خدمات دریافت می‌کردند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه هاهز و همکاران (۵) و با در نظر گرفتن SD=40 و سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۳۶ نفر در نظر گرفته شدند که در هر گروه ۱۲ نفر جهت مداخله حضور یافتند. در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

این پژوهش، از بین کودکان ۴ تا ۷ سال که با تشخیص رسمی اتیسم (بر اساس DSM-V) به مرکز تهران اتیسم مراجعه کردند و نمره کلی مقیاس گارز آن‌ها بین ۸۵ تا ۹۹ است (دسته خفیف با عملکرد بالا)، ۳۶ کودک پسر مبتلا به این اختلال به صورت هدفمند انتخاب و بعد از همگن‌سازی بر اساس سن، تحصیلات والدین، رتبه تولد به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه برنامه تعامل والد-کودک (PCIT) و مدل التقاطی خانواده محور و گروه کنترل قرار گرفتند. عدم رضایت در شرکت در پژوهش، وجود بیماری‌های جسمی مزمن از ملاک خروج این پژوهش بود. در این پژوهش برنامه تعامل والد-کودک (PCIT) و مدل التقاطی خانواده‌محور متغیر مستقل و رابطه والد-کودک متغیر وابسته محسوب می‌شوند. قبل از شروع مداخله و اجرای پرسش‌نامه توسط والدین، ضمن توضیح هدف پژوهش، رضایت آگاهانه از والدین این کودکان دریافت شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی می‌ماند. مداخلات انجام شده برای هر دو گروه هفتگی دو ساعت به مدت ۳ ماه اجرا شد. مقیاس رابطه والد_ کودک ابتدا و انتهای مداخله تکمیل گردید. با توجه به رضایت و همکاری والدین، بعد از شروع درمان، ریزش در تعداد شرکت‌کننده صورت نگرفت. روش اجرای مداخلات به شرح زیر می‌باشد:

روش اجرا

برای افرادی که در گروه آزمایشی اول قرار داشتند طی روال معمول PCIT انجام شد. درمان معمول PCIT همیشه با یک جلسه ارزیابی والدین آغاز می‌شود که در آن طی یک مصاحبه، اطلاعاتی درباره پیشینه و مشکلات حاضر جمع‌آوری می‌گردد، پرسش‌نامه رابطه والد-کودک پیانتا اجرا می‌شود و درمانگر، نمونه‌ای از چگونگی رابطه والدین و کودک با همدیگر را مشاهده می‌کند. با توجه به نتایج ارزیابی و طراحی درمان، یا در پایان جلسه ارزیابی پیش از درمان و یا در جلسه‌ای جداگانه، بازخوردی به خانواده‌ها ارائه می‌شود. درمانگر به مادر یک تعامل واقعی با کودک را آموزش می‌دهد و در عین حال از پشت یک آینه یک‌طرفه بر کار والد نظارت دارد و با یک گوشی با مادر در ارتباط است. مهارت‌هایی که به والد آموزش داده می‌شود شامل دو بخش CDI و PDI می‌باشد. درمان با CDI آغاز می‌شود و درمانگر در یک جلسه آموزشی، اصول CDI را به والدین آموزش می‌دهد. در این بخش از سخنرانی آموزشی، بحث و گفتگو، سرمشق زنده و نقش‌گذاری استفاده می‌شود. در جلسات CDI (جلسات کار بر روی کیفیت رابطه والد و کودک به کمک تکنیک‌های رفتاری) والد و فرزند با همدیگر دیده می‌شوند و تعداد این جلسات بستگی به سرعت یادگیری والدین و ماهیت مشکلات کودک دارد. پس از مهارت یافتن والدین در این مرحله، بخش دوم یعنی PDI (جلسات کاهش مشکلات رفتاری از طریق آموزش فرمان‌پذیری به‌واسطه صندلی محرومیت) آغاز می‌شود. در ابتدای این بخش والدین به تنهایی با درمانگر ملاقات می‌کنند و یک جلسه آموزش PDI را می‌گذرانند. این آموزش شامل اطلاعات آموزشی، بحث و گفتگو و نقش‌گذاری است. در جلسات بعدی والدین همراه با کودکان به کلینیک مراجعه می‌کنند و چندین جلسه آموزش مهارت‌های مستقیم دارند. پس از پایان دوره درمان، یک جلسه ارزیابی برگزار می‌گردد و در آن سنجه‌های اجراشده قبل از درمان تکرار می‌شود. گروه آزمایشی دوم، روال کلی درمان (جلسات ارزیابی ابتدا و پایان درمان) را همچون گروه نخست طی کردند اما تفاوت‌های زیر در شیوه درمانی آن‌ها لحاظ شد.

۱-پیش از شروع جلسات CDI، دو جلسه برای والدین برگزار گردید. در جلسه نخست پذیرش نقش والدینی با رویکرد اکت و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بود. در این جلسه، والدین می‌آموزند با ذهن‌آگاهی نقش والدینی خود را بپذیرند و با افزایش ظرفیت روانی بتوانند مشکلات داشتن یک فرزند اتیسم را بپذیرند و در جلسه دوم همچون شیوه درمانی PCIT، والدین اصول CDI را آموزش دیدند و در کنار آن بر مبنای نظریه گلاسر، هفت عادت مؤثر از جمله حمایت‌کردن، دلگرمی دادن، گوش‌دادن، پذیرفتن، اعتمادکردن، احترام‌گذاشتن و گفتگوکردن و هفت عادت مخرب انتقادکردن، سرزنش‌کردن، شکایت و گلایه‌کردن، غرزدن، تهدیدکردن، تنبیه‌کردن و پاداش‌دادن آموزش داده شد. مفهوم نیازهای گلاسر بر مبنای

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

تئوری انتخاب و نیز دنیای مطلوب کودک به والدین آموزش داده شد؛ این‌گونه که در پایان هر جلسه، زمانی در نظر گرفته شد تا به والدین آموخته شود کودک آن‌ها، اگرچه دارای اختلال اتیسم می‌باشد، اما در حال ارضای نیازهای خود است. با این واقعیت‌درمانی و درک درست از شرایط، تلاش می‌شود رابطه و پیوند بین والد و کودک اصلاح شود.

۱- پس از کسب مهارت در CDI و با ورود به بخشPDI ، نخست یک جلسه توجیهی برای والدین برگزار گردید و در آن تکنیک‌های ABA و تأثیر تقویت مثبت به والدین آموزش داده شد. در این جلسه از والدین خواسته شد فاکتورهای مثبت و موارد تقویت‌کننده‌ای که بر فرزندشان مؤثر است در جلسات PDIبه همراه خود داشته باشند. یکی از استراتژی‌های تقویت مثبت قراردادهای رفتاری است. این استراتژی بر اساس اصل پریماک ساخته شده که بر اساس اصل مجاورت ایجاد شده است. آموزش فرمان‌پذیری به کودک با فرامین عادی زندگی روزمره آغاز شد. باید توجه داشت که در این شیوه‌ی آموزشی، برخلاف سیستم معمولPCIT، صندلی محرومیت وجود نداشت و تنها از تقویت‌کننده‌های مثبت قراردادهای رفتاری استفاده شد. با پیشرفت جلسات، فرامین پیچیده‌تری به کودک داده شد و از جلسه چهارم به بعد تعمیم فرمان‌پذیری به سایر ساعات شبانه‌روز و سایر مکان‌ها نیز در دستور کار قرار گرفت. گروه سوم شرکت‌کننده در این پژوهش، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

ابزار پژوهش

مقیاس رابطه والد- کودک hild Parent Relationship cale (CPRS): این مقیاس توسط پیانتا برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین در مورد رابطه خود با کودکشان را می‌سنجد (۱۶). این پرسش‌نامه توسط طهماسیان و خرم‌آبادی (۱۳۸۶) ترجمه و روایی محتوی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، صمیمیت (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ماده)، و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) می‌باشد (۱۷). تعارض جنبه‌های منفی رابطه مانند کشمکش با یکدیگر، عصبانی‌شدن نسبت به یکدیگر، نافرمانی و عدم پذیرش مهار و غیرقابل پیش‌بینی بودن را در برمی‌گیرد. صمیمیت به میزانی که والدین رابطه خود را با فرزندشان گرم، عاطفی و راحت برداشت می‌کنند، اطلاق می‌شود (۱۸). وابستگی، میزان وابستگی نابهنجار مادر و کودک را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. رابطه مثبت کلی نیز بر روابط نزدیک و صمیمی والد -کودک تأکید دارد. مقیاس رابطه والد- کودک یک پرسش‌نامه خود گزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. برای به دست آوردن نمره رابطه مثبت کلی در این مقیاس، می‌بایست نمرات سؤالات حوزه‌های تعارض و وابستگی معکوس شوند. نمره بالا در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها نشانگر وجود بیشتر مؤلفه‌های یاد شده است. شیوه نمره‌گذاری بر پایه مقایسه نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و معنادار بودن این تفاوت انجام می‌شود. این مقیاس برای سنجش رابطه والد- کودک در تمام سنین استفاده شده است (۱۷). هر کدام از حوزه‌های تعارض، صمیمیت، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۰ مشخص شدند. در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برای هر یک از مؤلفه‌های تعارض، صمیمت، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ شد (۱۸).

تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش از آمار توصیفی محاسبه میانگین و انحراف‌معیار و آمار استباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره، آزمون لوین و آزمون تعقیبی LSD با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش توسط کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه محقق اردبیلی شهر اردبیل با کد اخلاق IR.UMA.REC.1401.001 و کد کارآزمایی بالینی ۶۱۹۷۵ در سال ۱۴۰۱مورد تائید و تصویب قرار گرفت.

نتایج

در این پژوهش ۳۶ آزمودنی مورد مداخله قرار گرفتند که همگی پسر بودند. این کودکان که بین ۴ تا ۷ ساله بودند به همراه حداقل یکی از والدین در برنامه‌ها حضور داشتند و یک درمانگر ارشد (پژوهشگر) به کمک و همراهی والدین مداخلات

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

را انجام می‌دادند. دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال در والدین در هر سه گروه مداخله والد-کودک، التقاطی و کنترل بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 استفاده شد. اطلاعات مندرج در جدول ۱ میانگین و انحراف‌معیار نمرات روابط والد- کودک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها را نشان می‌دهد. میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در دو گروه مداخله تغییر کرده است. آزمون لوین، پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های متغیر وابسته را نشان می‌دهد (جدول ۲). پس می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت مقایسه استفاده کرد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌ها از نظر متغیر وابسته حداقل در یکی از خرده‌مقیاس‌ها یا نمره کلی روابط والد_کودک در مجموع معنی‌دار می‌باشد (P>۰/۰۰۱). لامبدای ویلکز نسبت مجموع مجذورات درون‌گروهی به مجموع مجذورات کل است و مقدار آن بین ۰ و ۱ نوسان دارد. اعداد نزدیک به صفر نشان می دهد که گروه‌ها در میانگین متفاوت هستند و بالعکس. چنانچه مقدار این آماره برابر با ۱ باشد، نشان‌دهنده این است که میانگین‌های سه گروه تقریباً برابر است و تفاوتی با یکدیگر ندارند. نتایج جدول نشان می‌دهد که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۳۸ و توان آماری نیز ۱۰۰ درصد می‌باشد. با توجه به سطح معنی‌داری، تفاوت میانگین گروه‌ها معنی‌دار است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌های تحقیق در مرحله پس‌آزمون در سطح (P≤۰/۰۰۱) معنی‌دار می‌باشد. به دنبال معنی‌دار شدن تفاوت، برای تعیین تفاوت معنی‌دار در گروه‌ها از مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها یعنی آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین دوبه‌دوی گروه‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات روابط والد- کودک در گروه خانواده‌محور نسبت به گروه تعامل والد- کودک در بعد تعارض تفاوت معنی‌داری وجود ندارد اما هر دو گروه نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری در بعد تعارض نشان دادند. در بعد صمیمیت و وابستگی نیز در گروه خانواده‌محور میانگین نمرات نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود.

جدول۱: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های روابط والد- کودک در سه گروه پژوهشی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف‌معیار±میانگین	پس‌آزمون انحراف‌معیار±میانگین
تعارض	خانواده محور	۵۵/۳۳±۱۱/۸۴	۳۸/۱۶±٤/۹۱
	والد-کودک	۵۶/۹۱±۷/۴۶	۴۱/۴۱±٥/۱٦
	کنترل	۵۶/۹۱±۶/۰۵	۵۵/۵۸±٤/۹۸
صمیمیت	خانواده محور	۲۰/۲۵±۴/۲۸	۳۳/۸۳±٤/۱۰
	والد- کودک	۲۱/۳۳±۳/۶۲	۲۸/۵۰±٤/۰۳
	کنترل	۲۰/۲۵±۴/۱۱	۱۹/۸۸±۳/۷۷
وابستگی	خانواده محور	۲۱/۱۶±۲/۶۹	۱۱/۲۵±۱/۷٦
	والد- کودک	۲۲/۰۰±۳/۲۴	۱۵/۹۱±٤/۳۷
	کنترل	۲۲/۲۵±۲/۶۶	۲۰/۵۸±۲/۰۲

جدول۲: نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین بین متغیر پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P
تعارض	۵/۰۴	۲	۳۳	۰/۹۹۳
صمیمیت	۱/۹۸	۲	۳۳	۰/۱۵۴
وابستگی	۰/۹۲	۲	۳۳	۰/۴۰۵

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

جدول۳: نتایج کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره خرده مقیاس‌های روابط والد- کودک (پس‌آزمون)

آماره	مقدار	F	در جه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۱/۱۹۰	۱۴/۲۱۴	۶	۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۸	۳۸/۴۳۸	۶	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱۹/۲۰۹	۸۶/۴۴۱	۶	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶	۱/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۸/۸۹۲	۱۸۲/۶۲۳	۳	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۰	۱/۰۰۰

جدول۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس‌آزمون جهت مقایسه خرده‌مقیاس‌های مقیاس رابطه والد- کودک

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	شاخص F	P	مجذور اتا
گروه‌ها	تعارض	۱۸۸۰/۹۱	۲	۹۴۰/۴۵	۱۳۹/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
	صمیمیت	۱۱۵۶/۷۳	۲	۵۷۸/۳۶	۶۶/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۶
	وابستگی	۴۲۰/۹۶	۲	۲۱۰/۴۸	۴۰/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دوبه‌دوی میانگین گروه‌ها در گروه‌های موردپژوهش

متغیر وابسته	گروه		تفاوت میانگین	انحراف استاندارد خطا	P
تعارض	خانواده محور	والد-کودک	-۲/۶۴	۱/۰۹	۰/۰۶۵
		کنترل	*-۱۶/۶۸	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	والد- کودک	خانواده محور	۲/۶۴	۱/۰۹	۰/۰۶۵
		کنترل	*-۱۴/۰۴	۱/۰۷	۰/۰۰۱
صمیمیت	خانواده محور	والد- کودک	*۵/۹۲	۱/۲۳	۰/۰۰۱
		کنترل	*۱۴/۰۹	۱/۲۳	۰/۰۰۱
	والد- کودک	خانواده محور	*-۵/۹۲۰	۱/۲۳	۰/۰۰۱
		کنترل	*-۸/۱۷۴	۱/۲۱	۰/۰۰۱
وابستگی	خانواده محور	والد- کودک	*-۴/۰۰۳	۰/۹۶	۰/۰۰۱
		کنترل	*-۸/۵۴	۰/۹۵	۰/۰۰۱
	والد- کودک	خانواده محور	*۴/۰۰۳	۰/۹۶	۰/۰۰۱
		کنترل	*-۴/۵۴۱	۰/۹۴	۰/۰۰۱

* p <۰/۰۰۱

بحث

هدف از پژوهش حاضر تدوین مدل التقاطی خانواده‌محور و مقایسه اثربخشی آن با درمان تعامل والد-کودک در بهبود روابط والد- کودک در مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم بود. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که مدل التقاطی خانواده‌محور نسبت به درمان تعامل والد-کودک (PCIT) در بهبود روابط والد- کودک والدین کودکان مبتلا به اتیسم مؤثرتر است. میانگین نمرات روابط والد- کودک در گروه خانواده‌محور نسبت به گروه تعامل والد- کودک در بعد تعارض تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما هر دو گروه نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری در بعد تعارض نشان دادند. در بعد صمیمیت و وابستگی نیز در گروه خانواده‌محور میانگین نمرات نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بود. بدین معنی که باعث افزایش صمیمیت و همچنین کاهش وابستگی والد- کودک گردیده است. این یافته با یافته‌های فرناندز-کاریبا و همکاران (۲۰۱۹)، کاچیا و همکاران (۲۰۱۶)، بلاکلج و استیون هیس (۲۰۰۶)، هاهز و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

همکاران (۲۰۱۸)، خزان و همکاران (۱۳۹۴) و شیشه‌فر و همکاران (۱۳۹۵) در یک راستا می‌باشد (۱۹،۱۰،۶-۴،۸). در تبیین تأثیر ذهن‌آگاهی می‌توان گفت در درمان ذهن‌آگاهی با استفاده از روش‌هایی همچون تغییر شناختی، مدیریت خود، پذیرش و آرام‌سازی، تعاملات و صمیمیت افزایش و میزان وابستگی کاهش می‌یابد. در این پژوهش مفهوم نیازهای گلاسر بر مبنای تئوری انتخاب و نیز دنیای مطلوب کودک به والدین آموخته شد که کودک آن‌ها، اگرچه دارای اختلال اتیسم می‌باشد، اما در حال ارضای نیازهای خود بوده و با درک درست از دنیای مطلوب کودک، به جای استفاده از عادات تخریب‌گر رابطه و اعمال کنترل بیرونی، تلاش می‌شود رابطه و پیوند بین والد و کودک اصلاح شود. هم‌چنین واقعیت درمانی بر اساس تأکید بر مسئولیت‌پذیری و اصول انتخاب، کمک می‌کند تا افراد انتخاب‌های مناسبی داشته باشند تا بتوانند نیازهای اساسی خود از قبیل حس احترام را برآورده سازند. واقعیت‌درمانی کمک می‌کند تا افراد متوجه شوند که می‌توانند بر جریان زندگی کنترل داشته باشند و از کنترل بیرونی رهایی یابند. در واقع افراد از طریق انتخاب‌های مناسب، مسئولیت رفتارشان را به عهده می‌گیرند. این امر باعث می‌شود افراد احساس توانمندی و اعتماد و حرمت خود را توسعه دهند و باعث کاهش تعارضات گردند (۲۰). واقعیت درمانی کمک می‌کند تا مادران بتوانند بر جریان زندگی و روابط میان‌فردی خود کنترل داشته باشند و بپذیرند که رفتار و سرنوشت آن‌ها وابسته به انتخاب‌هایشان است و می‌توانند مسئولیت رفتارشان را بپذیرند (۲۱). در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- کودک، این رویکرد درمانی بر روی طیف وسیعی از مشکلات خانواده، والدین و فرزندان مؤثر بوده است. این درمان نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی فرد و هم‌چنین مشکلات بین فردی داشته است. در رابطه والد- فرزند و یا میان‌فردی این درمان با هدف قرار دادن نحوه برخورد با مشکلات، تأثیر مثبتی در کاهش آن‌ها داشته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر نحوه پاسخ‌دهی فرد به این مشکلات، استرس و تنش‌های فرد را کاهش داده، اجتناب‌های وی را از بین برده و بدون کناره‌گیری از فرزند خود به تعامل و پذیرش می‌رسد (۲۲). قراردادهای رفتاری مبتنی بر تقویت مثبت نیز جایگزین روش تنبیهی صندلی محرومیت گردید تا در توسعه رفتار مؤثر برای عرصه‌های مختلف زندگی کودک کمک‌کننده باشد. همان‌گونه که می‌دانیم تنبیه علاوه بر تخریب کیفیت رابطه، در صورت مؤثر بودن صرفاً به کودک می‌آموزد تا رفتار تنبیه‌شده را دیگر تکرار نکند و در گسترش و تعمیم رفتارهای مؤثر نقش چندانی ندارد. لذا آموزش‌های رفتاری مبتنی بر تقویت مثبت نقش سازنده‌تری در کیفیت رابطه والد-کودک دارد. از محدودیت‌های عمده در انجام این پژوهش طول دوره مداخله سه ماهه بود که موجب خستگی والدین برای ادامه همکاری می‌گردید. برگزاری تحقیق در دوران کرونا جلسات حضوری را تحت تأثیر قرار داد. عدم شناخت دقیق والدین و انتظارات آن‌ها از نتایج سریع‌تر و زودهنگام مداخلات در تبعیت کامل از دستورالعمل‌های مداخلات خلل ایجاد می‌کرد. از دیگر محدودیت پژوهش حضور تنها شرکت‌کننده پسر بود. پیشنهاد می‌گردد طی پژوهش‌های آتی از هر دو جنسیت و مداخلات کوتاه‌مدت و فشرده‌تر استفاده گردد. تمرکز بر روی PDI و تعدیل مشکلات رفتاری توسط درمانگر قبل از وارد کردن والدین به برنامه‌ها یکی از شیوه‌های دیگر این پژوهش می‌باشد که در آینده علاقه‌مندان می‌توانند نتایج آن را با مدل‌های قبلی مقایسه نمایند. جلسات آموزشی آنلاین و استفاده از تکنولوژی مداخلات مجازی می‌تواند تا حد زیادی مشکلات و محدودیت‌های اجرای پژوهش را تعدیل نماید.

نتیجه‌گیری

این پژوهش به بررسی مداخله‌های مختلف روان‌شناختی بر روی رابطه والد-کودک کودکان مبتلا به اختلال اتیسم پرداخت. نتایج نشان داد که سیستم خانوادگی یک عامل مهم در روابط کودک والد کودکان مبتلا به اختلال اتیسم می‌باشد. این مدل بر این فرض استوار است که بهبود تعاملات والد و کودک می‌تواند منجر به بهبود عملکرد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

کودک و خانواده گردد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش در بهبود روابط والد- کودک مؤثر می‌باشند اما در مدل التقاطی خانواده‌محور اثربخشی بیشتری در بهبود روابط والد- کودک به‌خصوص خرده مقیاس‌های صمیمیت و وابستگی مشاهده گردید. در مجموع مداخلاتی از جمله ذهن‌آگاهی، ACT و واقعیت‌درمانی که سلامت روان خانواده را درگیر کند و بیماری فرزند خود را بپذیرند، در ایجاد نگرش بهتر وی از علائم کودک و توانمند کردن والدین در زمینه روابط ارتباطی بهتر، کاهش استرس والدین و نهایتاً بهبود روابط والد کودک نقش دارد.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه خانم فایضی جهت اخذ مدرک دکتری روانشناسی از دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد. بر خود لازم می‌داریم از کلیه والدین و کودکان مبتلا اتیسم مراجعه‌کننده به مرکز اتیسم تهران که در پژوهش حاضر شرکت کرده و رضایت به اشتراک گذاشتن نتایج را داشتند صمیمانه تشکر کنیم. در نهایت از خانم سالومه ابطحی به منظور همکاری در زمینه جمع‌آوری قدردانی می‌گردد.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

1- Posar A, Resca F, Visconti P. ***Autism According to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5(Th) Edition: The Need for Further Improvements***. J Pediatr Neurosci 2015; 10(2): 146-8.

2- Van Steijn DJ, Oerlemans AM, van Aken MA, Buitelaar JK, Rommelse NN. ***The Reciprocal Relationship of ASD, ADHD, Depressive Symptoms and Stress in Parents of Children with ASD and/or ADHD.*** J Autism Dev Disord 2014; 44(5): 1064-76.

3- Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-Vanderweele J. ***A Systematic Review of Early Intensive Intervention for Autism Spectrum Disorders***. Pediatrics 2011; 127(5): e1303-11.

4- Cachia RL, Anderson A, Moore DW. ***Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review.*** Journal of Child and Family Studies 2016; 25(1): 1-4.

5- Gethin R. ***On Some Definitions of Mindfulness***. Contemporary Buddhism 2011; 12(1): 263-79.

6- Fernández-Carriba S, González-García M, Bradshaw J, Gillespie S, Mendelson J, Jarzabek E, et al. ***Learning to Connect: A Feasibility Study of a Mindfulness and Compassion Training for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder.*** Mental Health in Family Medicine 2019; 15: 794-804.

7- Hahs A, Dixon M, Paliliunas D. ***Randomized Controlled Trial of a Brief Acceptance and Commitment Training for Parents of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorders.*** Journal of Contextual Behavioral Science 2018; 12: 154-59.

8- Blackledge JT, Hayes SC. ***Using Acceptance and Commitment Training in the Support of Parents of Children Diagnosed with Autism.*** Child & Family Behavior Therapy 2006; 28(1): 1-18.

9- Kakia L. ***Effect of Group Counseling Based on Reality Therapy on Identity Crisis in Students of Guidance Schools.*** Journal of Fundamentals of Mental Health 2010; 12(45): 7-430.

10- Shishehfar S, Kazemi F, Pezeshk Sh. ***The Effectiveness of Reality Therapy Training on ohe***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

Happiness and Responsibility of Mothers of Children with Autism. Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals 2017; 27(7): 53-77. [Persian]

11- Dillenburger K, Keenan M. ***None of the as in ABA Stand for Autism: Dispelling The Myths***. J Intellect Dev Disabil 2009; 34(2): 193-5.

12- Mohseni Ejiyeh A, Abedi A, Behnamnejad N. ***Effectiveness of Applied Behavior Analysis (ABA) for Children with Autism Spectrum Disorders in Iran, 2005-2013: A Meta-Analysis.*** IJPCP 2015, 21(1): 17-25.[Persian]

13- Mohajeri AS, Pouretemad HR, Shokri O, Khoshabi K. ***Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on Parental Self-Efficacy of Mothers of Children with High-Functioning Autism.*** Journal of Applied Psychology 2013; 7(1): 21-38.[Persian]

14- Leung C, Tsang S, Sin TCS, Choi S-Y. ***The Efficacy of Parent–Child Interaction Therapy with Chinese Families:Randomized Controlled Trial.*** Research on Social Work Practice 2015; 25(1): 117-28.

15- Steinman G. ***Prenatal Identification of Autism Propensity***. Med Hypotheses 2019; 122: 210-1.

16- Pianta RC. ***Adult-Child Relationship Processes and Early Schooling.*** Early Education and Development 1997; 8(1): 11-26.

17- Abedi-Shapourabadi S, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Mohamadkhani P, Farzi M. ***Effectiveness of Group Training Positive Parenting Program (Triple-P) on Parent-Child Relationship in Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders.*** Journal of Clinical Psychology 2012; 4(3): 63-73.

18- Driscoll K, Pianta RC. ***Child-Parent Relationship Scale (CPRS).*** 2011. Available at: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft16909-000. Accessed Septembre 5, 2021.

19- Khazan K, Younesi SJ, Foroughan M, Saadati H. ***The Effectiveness of Training Reality Therapy Concepts on the Happiness of Elder People.*** Salmand: Iranian Journal of Ageing 2015; 10(3): 174-81.

20- Klingler L, Gray ND. ***Reality Therapy/Choice Theory Today: An Interview with Dr. Robert E. Wubbolding.*** Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy 2015; 49(2): 185-97.

21- Wubbolding R, Brickell J. ***Role Play and the Art of Teaching Choice Theory, Reality Therapy, and Lead Management.*** International Journal of Reality Therapy 2004; 23(2): 41-3.

22- Hamill TS, Pickett SM, Amsbaugh HM, Aho KM. ***Mindfulness and Acceptance in Relation to Behavioral Inhibition System Sensitivity and Psychological Distress.*** Personality and Individual Differences 2015; 72: 24-9.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 30| Nov 9 | Dec 2022
Received: 6 May 2022
Accepted: 16 Sep 2022

Developing a Family-Centered Eclectic Model and Comparison of its Effectiveness with the Treatment of Parent-Child Interaction in Improving the Parent-Child Relationship of Children with Autism Spectrum Disorders (High Performance)

Nooshin Fayezi[1], Mohammad Narimani[*1], Seifollah Aghajani[1], Sajjad Basharpoor[1]

Original Article

Introduction: It seems necessary to identify the components affecting the treatment and to develop a comprehensive, flexible, family-oriented eclectic model that is compatible with each family. Therefore, the aim of this study was to develop an eclectic family-centered model and compare its effectiveness with the treatment of parent-child interaction in improving the parent-child relationship of children with autism.

Methods: The present study was an experimental one; a pre-test-post-test design was run in this study. The participants of this study included all mothers of children with autism spectrum disorders in Tehran Autism Medical Center in Tehran City, Iran. Thirty-six people with targeted sampling were selected and randomly replaced in three groups: the parent-child interaction program (PCIT), eclectic family-centered model, and control groups. In this study, Pianta child parent relationship scale (CPRS) was used and statistical analysis of covariance with SPSS-16 software was used to analyze the data.

Results: The results of this study showed that there was a significant difference between the mean of the parent-child relationship variable in the family-centered eclectic model group compared to the parent-child interaction therapy (PCIT) and the control group. Family- centered eclectic model in comparison to the parent-child interaction therapy (PCIT) was more effective in improving parent-child relationships in terms of intimacy and dependence.

Conclusion: As a result, the eclectic family-centered model can be considered as a more appropriate alternative for psychological interventions to improve the parent-child relationship in mothers of children with autism.

Keywords: Parent-child interaction, Family-centered therapy, Autism.

Citation: Fayezi N, Narimani M, Aghajani, Basharpoor S. **Developing a Family-Centered Eclectic Model and Comparison of its Effectiveness with the Treatment of Parent-Child Interaction in Improving the Parent-Child Relationship of Children with Autism Spectrum Disorders (High Performance).** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2022; 30(9): 5204-14.

[1]Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 09141519794**, email:** narimani@uma.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v30i9.11220]