

اثربخشی مداخله سبک‌های پردازش حسی بر افزایش خودکارآمدی والدگری و رابطه والد-کودک در کودکان با اختلال طیف اتیسم

بهاره اسکندری / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهیدبهشتی

حمیدرضا پوراعتماد* / استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهیدبهشتی

مجتبی حبیبی عسگرآباد / استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهیدبهشتی

محمدعلی مظاهری / استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهیدبهشتی

چکیده

زمینه: پردازش حسی فرآیندی است که طی آن نظام عصب‌شناختی درون‌دادهای عصبی را دریافت کرده و به آن پاسخ می‌دهد. در برخی شرایط بالینی، مانند اختلال طیف اتیسم، پردازش‌های حسی مختل می‌شوند. اختلال اتیسم نوعی اختلال عصب‌تحوالی با نقص در ارتباطات، تعاملات اجتماعی و الگوهای رفتاری یا علایق تکراری است. خودکارآمدی والدینی به این اشاره دارد که والدین چقدر نسبت به اداره کردن مشکلات کودکان‌شان اعتماد به نفس دارند. والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم در مقایسه با والدین کودکان عادی با سطوح بالاتر استرس مواجه هستند و رابطه والد-کودک با مشکلات بیشتری مواجه می‌شود.

روش: نمونه پژوهش ۸ نفر از مراجعانی بودند که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند. در ابتدا پرسش‌نامه پروفایل حسی، مقیاس خودآزمایی والدینی و مقیاس رابطه والد-کودک تکمیل شد. پس از آن مادران مداخله حسی را دریافت و روی کودک اجرا کردند. داده‌ها با استفاده از روش استاندارد میانگین و درصد بهبودی تحلیل شد.

یافته‌ها: درصد بهبودی پس از پایان مداخله در مرحله پیگیری برای هر کدام از مقیاس‌ها محاسبه شد. درصد بهبودی به‌طور میانگین برای خودکارآمدی والدگری ۱۹/۴۵- درصد و برای رابطه والد-کودک ۷/۲۲- درصد است. به‌طور کلی افزایش معناداری در هیچ کدام از ۲ مقیاس مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: مداخله پردازش حسی تأثیری در افزایش خودکارآمدی والدگری یا رابطه والد-کودک ندارد. به این معنا که بهبودی که به علت مداخله پردازش حسی در عملکرد حسی کودکان با اختلال طیف اتیسم ایجاد شد، منجر به افزایش خودکارآمدی مادر یا بهبود رابطه مادر و کودک نخواهد شد.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های پردازش حسی، خودکارآمدی والدگری، رابطه والد-کودک، کودکان با اختلال طیف اتیسم

مقدمه

پردازش حسی عامل مهمی در رفتار انسان است (۲). در برخی شرایط بالینی، پردازش‌های حسی مختل می‌شوند. یکی از این موارد اختلال طیف اتیسم^۲ است. اتیسم یک بیماری عصب‌تحوالی^۳ است که شیوع آن به‌تازگی به‌شدت افزایش یافته است، به‌طوری که از یک در ۵ هزار تولد در سال ۱۹۷۵، هم‌اکنون به یک کودک در هر ۱۰۰ تولد رسیده است. این اختلال طیف گسترده‌ای از نشانه‌ها

پردازش حسی^۱ شیوه‌ای است که به واسطه آن نظام عصب‌شناختی ما درون‌دادهای عصبی را دریافت، تعبیر و تفسیر کرده و به آن پاسخ می‌دهد (۱). این شیوه پاسخ‌دهی مختص هر فرد است که به ژنتیک و محیط او مرتبط می‌شود، در واقع هر فرد سبک‌های مختلفی برای پاسخ‌گویی به محرک‌های محیطی دارد. بنابراین فرآیند

2. Autism Spectrum Disorder
3. Neurodevelopmental

1. Sensory Processing
* Email: h-pouremad@sbu.ac.ir

والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم در مقایسه با والدین کودکان عادی با سطوح بالاتر استرس و سطوح پایین تر بهزیستی روانی (میزان رضایت و شادکامی در زندگی) مواجه هستند (۱۷). فقدان پاسخ‌دهی به افراد یکی از مشخصه‌های کودکان با اختلال طیف اتیسم است، مشخصه‌ای که نقش عمده‌ای در ناکام‌سازی والدین طی مراقبت از آنان دارد. همین عوامل؛ فرزندپروری این کودکان را دشوارتر کرده و در نتیجه رابطه والد-کودک^۴ را نیز با مشکل مواجه می‌کند (۱۸). از طرفی والدین به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در بیشتر مداخله‌های مربوط به کودکان با اختلال طیف اتیسم دخالت دارند. مروری بر مداخله بهنگام برای کودکان با اختلال طیف اتیسم نشان داده است که ۵۲ درصد این خدمات به‌طور فعال از طریق رابطه مادر و کودک حمایت می‌شوند (۱۹).

در این پژوهش نیز با درگیر کردن مادر در مداخله پردازش حسی (که هدف آن کاهش بخشی از مشکلات کودک با اختلال اتیسم است)، امید آن می‌رود که اعتماد به نفس ایشان نسبت به اداره کردن مشکلات فرزندشان افزایش یابد و به میزان خود کارآمدی آن‌ها افزوده شود. با توجه به این موارد، درک بهتر خود کارآمدی والدگری ادراک شده والدین کودک با اختلال اتیسم اهمیت یافته است. برخی از کودکان با مشکلات حسی، به دلیل حساسیت بالا نسبت به لمس شدن (نمی‌خواهند لمس شوند)، حساسیت‌های شنوایی (صدای دیگران آن‌ها را اذیت می‌کند)، حساسیت‌های بویایی (حساسیت نسبت به عطر، بوی بدن دیگران و بوی غذا) و... از برقراری ارتباط اجتناب می‌کنند. همچنین برخی دیگر از این کودکان به دلیل حساسیت پایین و تمایل به تحریک کردن خود، ممکن است بیش از حد به دیگران بچسبند (تمایل به تحریک لمسی)، در جمع دیگران سروصدا کنند یا جیغ بکشند (تمایل به تحریک شنوایی)، دیگران را بو کنند (تمایل به تحریک بویایی)، یا کارهایی از این دست انجام دهند. در نتیجه، چه حساسیت بالا و چه پایین برای روابط کودک و دیگران (همچنین مادر) آسیب‌زننده و مخرب است. امید آن می‌رود با بهبود مشکلات حسی کودک؛ بهبودی در روابط مادر و کودک مشاهده شود.

را شامل می‌شود که به ۲ مقوله تقسیم می‌شوند: اختلال در ارتباطات و تعاملات اجتماعی و الگوهای رفتاری، علایق یا فعالیت‌های محدود و تکراری (۳).

مشکلات پردازش حسی در شماری از موقعیت‌های بالینی مثل نشانگان ویلیام (۴)، اسکیزوفرنیا (۵)، نشانگان ایکس شکننده (۶) و اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی (۷) وجود دارد. براساس برخی مدارک، شیوع مشکلات یکپارچگی حسی در اختلال اتیسم به ۹۵ درصد هم می‌رسد (۸ و ۹). این نابهنجاری که در ادراک صدا، تصویر، لمس، طعم و بو و به همان میزان در ادراک محرک‌های حرکتی و دهلیزی وجود دارد، هم شامل بیش‌پاسخ‌دهی^۱ و هم کم‌پاسخ‌دهی^۲ به محرک‌های ورودی خواهد بود (۱۰). افراد با مشکلات حسی اغلب در تنظیم پاسخ‌هایشان به محرک‌ها مشکل دارند. آن‌ها ممکن است برای مقابله با محدودیت در گرفتن محرک‌ها از خود تحریکی و برای جلوگیری از تحریک بیش‌ازحد از اجتناب استفاده کنند (۱۱).

افزون‌براین، مشکلات رفتاری و هیجانی به دنبال مشکلات پردازش حسی و حرکتی خواهند آمد (۱۲). نشانه‌های حسی به‌طور معناداری با علایق کلیشه‌ای و رفتارهای تکراری در افراد با اختلال اتیسم ارتباط دارد (۱۳). این نقایص می‌تواند تاثیر زیادی در رشد عملکردهای اجتماعی، رفتاری و زبانی افراد با اختلال اتیسم داشته باشند و در توانایی آن‌ها برای به‌دست آوردن مهارت در موقعیت‌های زندگی واقعی موثر واقع شوند، مثل تعامل با همسالان، مهارت‌های زندگی روزمره، انتظارات تحصیلی یا ارتباطات (۱۴).

خود کارآمدی والدینی^۳ به این اشاره دارد که والدین چقدر نسبت به اداره کردن مشکلات کودکانشان اعتماد به نفس دارند. سطوح پایین خود کارآمدی والدینی اغلب منجر به پافشاری ضعیف، افسردگی و کاهش رضایت در نقش والدگری می‌شود (۱۵). پژوهش‌ها به‌طور جدی نشان داده‌اند که خود کارآمدی والدینی به‌طور معکوس با مشکلات رفتاری کودکان ارتباط دارند (۱۶).

1. Over Sensitivity
2. Under Sensitivity
3. Parental Self-Efficacy

4. Child Parent Relationship

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه پژوهش مراجعانی بودند که تشخیص اختلال اتیسم را دست کم توسط یک روان‌پزشک فوق تخصص اطفال و یک روان‌شناس بالینی دریافت و در سال ۱۳۹۳ از خدمات توان‌بخشی (تحلیل رفتار کاربردی) مرکز تهران اتیسم^۱ استفاده کردند. در این پژوهش از ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم خواسته شد پرسش‌نامه پروفایل حسی^۲، مقیاس خوداثرمندی والدینی^۳ و مقیاس رابطه والد-کودک^۴ را تکمیل کنند. از این تعداد، ۸ نفر از افرادی که فرزندان دست کم در پردازش یک حس اختلال داشت و حاضر به ادامه همکاری بودند، وارد مداخله شدند.

شیوه اجرا: در ابتدای پژوهش (پیش‌آزمون اول) از مادران خواسته شد پرسش‌نامه پروفایل حسی، مقیاس خوداثرمندی والدینی و مقیاس رابطه والد-کودک را تکمیل کنند. تعداد شرکت‌کنندگان در ابتدا ۱۰ نفر بود که ۲ نفر از آن‌ها به دلیل طولانی شدن مداخله حاضر به ادامه همکاری نشدند. در مورد ۸ نفر باقی‌مانده، ۲ هفته بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌های ذکر شده (پیش‌آزمون دوم)، مقیاس‌های خوداثرمندی والدینی و رابطه والد-کودک تکمیل شد. پس از آن (مداخله) هر کدام از کودکان با توجه به تعداد حس‌های مختل؛ مداخله را از ۲ هفته (یک حس) تا ۱۰ هفته (۵ حس) پشت سر گذاشتند، در نتیجه تعداد جلسات برای هر آزمودنی متفاوت با دیگر آزمودنی‌ها بود. شایان ذکر است که در این پژوهش مداخله حس‌های چشایی و بویایی در یک دسته و مداخله حس‌های دهلیزی و درونی یا حرکتی نیز در یک دسته ارائه شدند، به همین دلیل بیشترین زمان ارائه مداخله ۱۰ هفته (یعنی برای ۵ دسته حس) بود. از مادران خواسته شد هر کدام از حس‌های مختل را یک هفته به دقت زیر نظر بگیرند تا نوع اختلال آن حس (از بین یکی از ۴ زیرگروه پردازش حسی) به‌طور دقیق مشخص شود، پس از آن با در نظر گرفتن گزارش مادر؛ مداخله مربوط به آن حس داده می‌شد و مادر آن مداخله را به مدت یک هفته انجام داده و گزارش کار را ارائه می‌داد

(در نتیجه مداخله هر حس ۲ هفته به طول می‌انجامید). پس از آن مداخله حس (های) بعدی (در صورت وجود) اتفاق می‌افتد. هنگام انجام مداخله؛ پرسش‌نامه پروفایل حسی، مقیاس خوداثرمندی والدینی و مقیاس رابطه والد-کودک باز هم سنجیده شدند. پس از پایان انجام مداخله (پس‌آزمون) برای هر کدام از شرکت‌کنندگان، مقیاس خوداثرمندی والدینی و مقیاس رابطه والد-کودک تکمیل شد. یک‌ماه بعد از پایان مداخله (پیگیری اول) و برای ۳ نفر از شرکت‌کنندگان ۳ ماه بعد (پیگیری دوم) پرسش‌نامه پروفایل حسی، مقیاس خوداثرمندی والدینی و مقیاس رابطه والد-کودک سنجیده شد.

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه پروفایل حسی: در این پرسش‌نامه که برای کودکان ۱۰-۳ سال ساخته شده است (۲۰)؛ مراقب کودک پرسش‌ها را با ارزیابی فراوانی پاسخ‌های کودک به پردازش حسی معین، تلفیق و وقایع رفتاری هیجانی که در ۱۲۵ گویه آن توضیح داده شده؛ پاسخ می‌دهد. شیوه نمره‌گذاری بر مبنای روش لیکرت از همیشه (۱) تا هرگز (۵) است (۲۱). هر چه نمره در این آزمون بیشتر باشد (به این معنی که پاسخ‌ها به «هرگز» نزدیک‌تر باشد) نشان‌دهنده اختلال کمتر است.

پروفایل حسی دان (۱۹۹۹) در جامعه آمریکا و روی ۱۰۳۷ کودک در حال رشد (شامل ۴۲۴ دختر و ۵۱۰ پسر) هنجاریابی شد. گروه‌ها به فاصله سنی یک‌ساله در سنین ذکر شده و برای هر گروه سنی ۱۲۰ کودک در نظر گرفته شدند. گستره نمونه‌گیری از شمال تا جنوب آمریکا را در برمی‌گرفت و از نظر نژادی بیشتر نژادها از سفید تا سیاه‌پوست و اقلیت‌های قومی و نژادی را شامل می‌شد. پایایی این ابزار با استفاده از ثبات درونی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ برای هر بخش بین ۰/۴۷ تا ۰/۹۱ ارزیابی شده است. ضریب اطمینان در این آزمون ۱/۹۶ محاسبه شده است (۲۰). همچنین اعتبار این ابزار ۰/۹۵ است (۸). ضریب آلفای کرونباخ کل برای این آزمون در ایران که توسط اشرف بحری در سال ۱۳۹۲ انجام شد برابر با ۰/۹۶۲ به دست آمد (۲۲).

1. Tehran Autism Center
2. Sensory Profile
3. Parental Self Agency Measure (PSAM)
4. Child-Parent Relationship Scale (CPRS)

و با رعایت ملاک‌های ورود و خروج، از زوج مادر و کودک در پژوهش شرکت کردند.

۱. به مادران گفته شد که این مداخله در قالب یک پژوهش اجرا خواهد شد.

۲. شرکت افراد در این پژوهش به صورت اختیاری بود و اگر کسی تمایلی به شرکت در پژوهش نداشت در هر مرحله که تمایل داشت از پژوهش خارج می‌شد (چه در آغاز ورود به پژوهش و چه هنگام انجام مداخله).

۳. پاسخ نتایج پرسش‌نامه‌ها و نیز نتایج مداخله برای تک‌تک خانواده‌ها توضیح داده شد.

۴. از آنجایی که وفاداری به برنامه درمانی از اصول اخلاقی مهم در کارهای درمانی و پژوهشی در زمینه مداخله است؛ در این پژوهش تلاش شد مطابق برنامه درمانی، خدمات ارائه شود.

۵. همه اطلاعات جمع‌آوری شده از خانواده‌های شرکت‌کننده به منظور رعایت «اصل رازداری» به صورت محرمانه حفظ شد و در گزارش حاضر تلاش شده است ارایه اطلاعات هر آزمودنی به گونه‌ای باشد که به افشای هویت او منجر نشود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش از روش استاندارد میانگین و درصد بهبودی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

مداخله پردازش حسی انجام شده به طور میانگین منجر به افزایش نمره خودکارآمدی والدگری، یعنی افزایش اطمینان مادر نسبت به اداره کردن مشکلات فرزند خود در روند درمان نشد. در حالی که خودکارآمدی مادران کودکان چهارم (۵۴/۸۳-درصد)، پنجم (۴۵/۴۵-درصد)، ششم (۲۷/۷۱-درصد) و هفتم (۳۶/۶۶-درصد) به طور معناداری افزایش یافت. در میزان خودکارآمدی مادر و کودک دوم (۱۱/۷۱-درصد) نیز تاثیرات مثبتی دیده شد. در مورد مادران آزمودنی‌های سوم (۰/۷۸-درصد) و هشتم (۳/۵۲-درصد) تغییرات محسوسی مشاهده نشد. مادر و کودک سوم به دلیل مشغله زیاد

مقیاس خودآزمونی والدینی (PSAM): این مقیاس شامل ۱۰ گویه است که ۵ عبارت مثبت و ۵ عبارت منفی را شامل می‌شود. مقیاس خودآزمونی والدینی در سال ۱۹۹۶ توسط دومکا، استرزینگر، جکسون و روسا طراحی شد و برای اندازه‌گیری خودکارآمدی والدگری؛ مقیاسی ناوابسته به فرهنگ و ناوابسته به زبان است. این مقیاس ۳ مولفه عمده را می‌سنجد: احساس والدین در مورد توانایی والدگری‌شان، اطمینان آن‌ها در مورد عمل موفقیت‌آمیزشان در نقش والدگری و ارزیابی توانایی آن‌ها برای مدیریت رفتار فرزندان‌شان (۲۳). گویه‌ها به شکل لیکرت ۷ درجه‌ای هستند که طیف آن از یک (به ندرت) تا ۷ (همیشه) است. پایایی به دست آمده برای خودآزمونی والدگری مثبت، آلفای کرونباخ ۰/۶۹، خودآزمونی والدگری منفی آلفای ۰/۶۵ و خودآزمونی والدگری کل، آلفای ۰/۵۴ را نشان می‌دهد. همچنین روایی صوری این پرسش‌نامه و آلفای کرونباخ ۰/۷۰ است (۲۴). هرچه نمره این مقیاس بالاتر باشد نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است.

مقیاس رابطه والد-کودک (CPRS): این مقیاس یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که توسط پانتا^۲ برای نخستین بار در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۵ گویه (۷ عبارت مثبت و ۸ عبارت منفی) به صورت مقیاس لیکرتی ۵-۱ است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودک می‌سنجد. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی است که هر کدام به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۰ منطبق هستند. پایایی این ابزار و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان قابل قبول ارزیابی شد (۲۴). هرچه نمره این مقیاس بیشتر باشد نشان‌دهنده رابطه بهتر است.

ملاحظه‌های اخلاقی: در ابتدا اطلاعات مربوط به پروژه در اختیار مادرانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، قرار گرفت و تاکید شد مشارکت یا عدم مشارکت آن‌ها در این پژوهش تاثیری در روند درمان کودک‌شان در مرکز ایتسم نخواهد داشت. پس از اخذ موافقت آن‌ها

1. Dumka, Stoerzinger, Jackson & Roosa

2. Pianta

محل کار و این که مدت زمان زیادی از روز را در کنار فرزندش نیست در میزان خودکارآمدی‌اش تغییر چندانی مشاهده نشد. شرایط مادر و کودک هشتم نیز به دلایل ذکر شده (از قبیل تنهایی در تهران، دوری از همسر و فشار درمان کودک بیمارش) برای افزایش احساس خودکارآمدی مساعد نبود. میزان خودکارآمدی مادر و کودک اول (۹۰/۱ درصد) به علت شرایط نامساعد روحی ناگهان کاهش پیدا کرد اما کم کم در طی روند پژوهش افزایش یافت و کمی بالاتر از میزان ابتدایی قرار گرفت. نمرات آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون اول و دوم، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری اول و دوم در جدول ۱ خلاصه شده است:

جدول ۱. نمرات مقیاس خودآزمونی والدگری

| آزمودنی‌ها | پیش‌آزمون ۱ | پیش‌آزمون ۲ | مداخله | پس‌آزمون | پیگیری ۱ | پیگیری ۲ |
|------------|-------------|-------------|--------|----------|----------|----------|
| اول | ۵۳ | ۵۲ | ۳۰ | ۴۴ | ۴۸ | ۵۵ |
| دوم | ۵۳ | ۵۸ | ۵۸ | ۵۲ | ۶۲ | |
| سوم | ۶۴ | ۶۱ | ۶۲ | ۶۴ | ۶۴ | ۶۲ |
| چهارم | ۳۰ | ۳۲ | ۵۰ | ۵۰ | ۵۲ | ۴۴ |
| پنجم | ۳۶ | ۴۱ | ۴۰ | ۴۰ | ۵۶ | |
| ششم | ۵۸ | ۲۵ | ۵۲ | ۵۵ | ۵۷ | ۴۹ |
| هفتم | ۳۴ | ۲۶ | ۳۹ | ۴۰ | ۳۹ | ۴۳ |
| هشتم | ۳۹ | ۴۶ | ۴۷ | ۴۲ | ۴۴ | |

مداخله پردازش حسی انجام شده منجر به افزایش نمره مقیاس رابطه والد-کودک، یعنی بهبود روابط مادر و کودک در طول روند درمان نشد. از بین آزمودنی‌ها، بهبود رابطه مادر و کودک در آزمودنی‌های اول (۳۷/۲۰ درصد)، سوم (۷۶/۱۱ درصد)، چهارم (۷۷/۱۷ درصد) و هفتم (۵۷/۹ درصد) مشاهده شد. در مورد مادر و کودک دوم (۵۶/۱ درصد) بهبود رابطه با شیب بسیار اندکی دیده شد و متأسفانه زمانی برای پیگیری ۳ ماهه وجود نداشت. در مورد مادر و کودک پنجم (۸۶/۰ درصد) سرانجام تغییری از ابتدای پژوهش تا پایان اتفاق نیفتاد. رابطه در طول پژوهش در مورد مادر و کودک ششم (۹/۰۴ درصد) دستخوش تغییرات زیادی شد و به‌طور میانگین رابطه اندکی پسرفت داشت. این خانواده با مشکل مالی جدی مواجه بود. در مورد مادر و کودک هشتم (۲۷/۷ درصد) رابطه تقریباً سیر صعودی داشت اما در زمان پیگیری اول به‌طور ناگهانی رابطه پسرفت داشت. پس از پیگیری مشخص شد مشکلات در خانواده مسبب این اتفاق بوده است. نمرات آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون اول و دوم، مداخله، پس‌آزمون و پیگیری اول و دوم در جدول ۲ خلاصه شده است:

جدول ۲. نمرات مقیاس رابطه والد-کودک

| آزمودنی‌ها | پیش‌آزمون ۱ | پیش‌آزمون ۲ | مداخله | پس‌آزمون | پیگیری ۱ | پیگیری ۲ |
|------------|-------------|-------------|--------|----------|----------|----------|
| اول | ۵۴ | ۵۴ | ۶۲ | ۶۴ | ۶۵ | ۶۵ |
| دوم | ۶۲ | ۶۶ | ۶۳ | ۶۲ | ۶۵ | |
| سوم | ۵۷ | ۶۲ | ۶۱ | ۶۵ | ۶۷ | ۶۶ |
| چهارم | ۴۵ | ۴۵ | ۵۸ | ۵۸ | ۵۷ | ۴۹ |
| پنجم | ۶۱ | ۵۴ | ۵۱ | ۵۱ | ۵۸ | |
| ششم | ۶۲ | ۶۰ | ۵۶ | ۶۷ | ۵۷ | ۶۰ |
| هفتم | ۴۹ | ۴۵ | ۴۶ | ۵۱ | ۵۵ | ۴۸ |
| هشتم | ۵۶ | ۵۴ | ۶۰ | ۶۳ | ۵۱ | |

بحث و نتیجه گیری

یکی از موضوعات مورد علاقه در این پژوهش بررسی تاثیرات احتمالی مداخله پردازش حسی بر خودکارآمدی والد (مادر) بود. نتایج نشان می دهند که مداخله پردازش حسی تاثیر معناداری بر خودکارآمدی والدگری نداشته است. این یافته هم سو با برخی از پژوهش ها نیستند (۱۸ و ۲۵) که گزارش داده اند مداخله هایی که در آن مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم درگیر می شوند منجر به افزایش میزان خودکارآمدی والدگری خواهد شد. زمانی که مادر عهده دار مداخله کودک می شود و نتیجه این مداخله و تاثیر کار خود را در فرزندش می بیند، اعتماد به نفسش در مدیریت رفتار کودک افزایش می یابد و منجر به افزایش احساس خودکارآمدی مادر می شود. برای این یافته ۲ دلیل احتمالی وجود دارد:

نخست، احساس خودکارآمدی ترکیبی از صفت^۱ و حالت^۲ است. صفت، وابسته به عوامل درونی است که با تغییرات محیطی دستخوش تغییر نمی شود و حالت، وابسته به عوامل بیرونی است (۲۶). تغییر بخش حالت در نتیجه بهبودی نشانه های برجسته بیماری است که در پی مداخله والدمدار رخ می دهد. از آن جا که برنامه درمانی به جز پردازش حسی تاثیری در سایر نشانه های بارز بیماری نداشته شاید منجر به افزایش احساس خودکارآمدی در مادران نشده است.

دوم، شاید احساس خودکارآمدی والدگری در مدت زمان کوتاه با دستکاری تعداد معدودی متغیر در کودکان با اختلال طیف اتیسم دستخوش تغییر نشود.

همچنین مداخله پردازش حسی انجام شده منجر به افزایش نمره مقیاس رابطه والد-کودک، یعنی بهبود روابط مادر و کودک در طول روند درمان نشد. این نتیجه ناهم سو با برخی پژوهش ها (۱۸ و ۲۷) است که گزارش دادند مداخله هایی که در آن مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم درگیر می شوند، منجر به بهبود روابط مادر و کودک خواهد شد. افزایش اعتماد مادر به توانایی هایش هنگام انجام مداخله کودک، منجر به افزایش خودمختاری و کاهش عصبانیت،

بی ثباتی، احساس گناه و اضطراب می شود (۲۷). برای یافته این پژوهش ۲ دلیل احتمالی وجود دارد: نخست، از آن جایی که این مداخله درمانی تاثیری بر کاهش نشانه های اتیسم نداشته است، شاید به دلیل اجتناب کودکان از رابطه (یکی از ویژگی های اختلال آن ها) هنوز هم مشکل در برقراری رابطه با مادر وجود داشته باشد. دوم، شاید متغیرهای زیادی در بهبود رابطه مادر و کودک دخیل باشد و مشکلات حسی کودک تنها بخش کوچکی از آن است.

از طرفی براساس یافته های به دست آمده در پژوهش، هرچه تعداد حس های مختل کودک بیشتر باشد، نمره رابطه والد-کودک کمتر خواهد بود. کودکان با مشکلات حسی، چه حساسیت بالا و چه حساسیت پایین در حس های مختل، مشکلاتی را در روابط خود نشان می دهند. چسبندگی بیش از حد یا اجتناب از رابطه، از مشکلاتی است که اطرافیان این کودکان در روابط و تعاملات بین فردی آن ها گزارش می دهند که منجر به آسیب و تخریب روابط این کودکان خواهد شد.

به دلیل فراوانی متغیرهای مورد بررسی، امکان همسازی آزمودنی ها در ۲ گروه آزمایش و گواه وجود نداشت و به دلیل طولانی شدن زمان مداخله، بسیاری از خانواده ها حاضر به همکاری نبودند. در این پژوهش به دلیل محدود بودن تعداد آزمودنی ها و توزیع نامساوی جنسیتی اختلال، در تعمیم دهی تمامی نتایج باید محتاط بود. متأسفانه به علت محدود بودن زمان پژوهشگر، امکان پیگیری های بیشتر و بررسی تاثیر بلندمدت ۶ ماهه و یک ساله برنامه وجود نداشت. افزون بر این، به این دلیل که آزمودنی ها همزمان درمان روزمره مرکز اتیسم (تحلیل رفتار کاربردی) را دریافت می کردند؛ جدا کردن تاثیر این درمان از مداخله پژوهش غیرممکن بود، هر چند که از آن ها خواسته شد روند درمان روزمره را طی پژوهش تغییر ندهند. همچنین درمان روزمره مرکز برای هر کدام از کودکان در زمان متفاوتی اتفاق می افتاد، برخی از کودکان درمان روزمره را صبح تا ظهر و برخی ظهر تا عصر دریافت می کردند که منجر به تفاوت در گرفتن مداخله پردازش حسی در

1. Trait
2. State

تأثیرات مداخله روی حواس مختلف بهتر نمایان شود. انجام پژوهش با آزمودنی‌هایی که هیچ‌گونه مداخله‌ای به غیر از مداخله پردازش حسی دریافت نمی‌کنند؛ می‌تواند تأثیر این نوع مداخله را بیش از پیش مشخص کند. همچنین بهتر است بررسی مادران از نظر متغیرهای روان‌شناختی (مثل اضطراب، افسردگی و...) صورت گیرد تا مداخله‌ای در پژوهش ایجاد نکند. از آنجایی که نظر شخصی مادر در پاسخ به پرسش‌های همه مقیاس‌ها دخیل بود، بهتر است یا پاسخ به پرسش‌ها توسط شخصی دیگر صورت بگیرد یا از یک‌روش عینی برای سنجیدن وضعیت حسی کودک استفاده شود تا پاسخ‌ها توسط مادر تحریف نشود. ممکن است پاسخ‌ها به دلیل شرایط نامساعد روحی مادر یا احساس دین به درمانگر به خاطر انجام مداخله؛ به ترتیب بدتر و بهتر از آنچه واقعاً وجود دارد، برآورد شود. در پایان، استفاده از مداخله یکپارچگی حسی پس از انجام مداخله پردازش حسی دان؛ برای یکپارچه کردن حواسی که مدت زمانی روی پردازش درست آن‌ها کار شده است، می‌تواند سودمند باشد.

ساعات مختلف روز و اختلاف بین آزمودنی‌ها شد. نکته دیگر در مورد پژوهش حاضر این است که مادران از نظر متغیرهای روان‌شناختی (مثل اضطراب، افسردگی و...) بررسی نشدند و به این دلیل که مداخله از طریق مادر اعمال می‌شود؛ ممکن است این متغیرها تأثیری در پاسخ‌دهی به مقیاس‌ها یا اثربخشی درمان داشته باشند. وجود این متغیرها، به خصوص اضطراب، منجر به بیش از حد برآورد کردن محرک‌ها (مثل صدای جیغ کودک) می‌شود. افزون‌براین، استفاده از روش نمره‌گذاری طیف لیکرت برای همه مقیاس‌ها، تغییرات باید بسیار مشهود باشد تا پاسخ‌ها متفاوت شود، بنابراین ممکن است تغییراتی در متغیرها اتفاق افتاده باشد اما از لحاظ تفاوت در گزینه‌های طیف لیکرت بارز نباشد. برای ادامه این پژوهش پیشنهاد می‌شود از تعداد آزمودنی بیشتری استفاده شود تا امکان هم‌تاسازی آن‌ها در ۲ گروه آزمایش و گواه و امکان مقایسه تفاوت‌های جنسیتی وجود داشته باشد. همچنین انجام پژوهش با پیگیری‌های بلندمدت (دست کم ۶ ماهه) موجب می‌شود

Reference:

1. Katarzyna AK. Effects of sensory integration on behaviors maintained by automatic reinforcement, Northeastern University, (2010).
2. Brown C, Dunn W. The Sensory Profile. San Antonio, TX: Psychological Corporation, (2002).
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, D.C. (2013).
4. Gothelf D, Farber N, Raveh E, Apter A, Attias J. Williams's syndrome: characteristics and associated neuroaudiologic abnormalities. 2006; Neurology 66 (3): 390-395.
5. Brown C, Cromwell RL, Filion D, Dunn W, Tollefson N. Sensory processing in schizophrenia: missing and avoiding information. Schizophrenia Research. 2002; 55 (1-2): 187-195.
6. Rogers SJ, Hepburn S, Wehner E. Parent reports of sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2003; 33(6): 631-642.
7. Dunn W, Bennett D. Patterns of sensory processing in children with attention deficit hyperactivity disorder. Occupation Participation and Health. 2002; 22 (1): 4-15.
8. Tomchek SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the short sensory profile. American Journal of Occupational Therapy. 2007; 61 (2): 190-200.
9. Autism Continuum Connections, Education, and Support Site. Sensory/Motor Disorders. Retrieved March 18, 2009; from <http://access.autistics.org/information/motor/main.html>
10. Gabriels RL, Cuccaro ML, Hill DE, Ivers BJ, Goldson E. Repetitive behaviors in autism: Relationships

- with associated clinical features. *Research in Developmental Disabilities*. 2005; 26: 169–181.
11. Roberts JE, King-Thomas L, Boccia ML. Behavioral indexes of the efficacy of sensory integration therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 2007; 61: 555–562.
 12. Baker AEZ, Lane A, Angley MT, Young RL. The relationship between sensory processing patterns and behavioral responsiveness in autistic disorder: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008; 38: 867–875.
 13. Chen YH, Rodgers J, McConachie H. Restricted and repetitive behaviors, sensory processing and cognitive style in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2009; 39: 635–642.
 14. Reynolds T, Dombeck M. Mental Help Net. Retrieved March 3, 2009; from http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=8790&cn=20.
 15. Johnston C, Mash EJ. A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1989; 18 (2): 167–175.
 16. Mouton PY, Tuma JM. Stress, Locus of Control, and Role Satisfaction in Clinic and Control Mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1988; 17 (3): 217–24.
 17. Podjarny G. Perception of parent-child relationship quality in parents of children with and without autism. Unpublished M. A., Carleton University, (2007).
 18. Mohajeri A. Effect of child- parent interaction therapy on child- parent interaction and parent self-efficacy in high function autism children. Thesis for M.A. in psychology. Tehran, Iran: Shahid Beheshti university, (2012). [Persian]
 19. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Clinical child and family psychology review*. 2012; 15: 247-277.
 20. Dunn W. The Sensory Profile. San Antonio, TX: Psychological Corporation, (1999).
 21. Ermer J, Dunn W. The Sensory Profile: A Discriminant Analysis of Children with and Without Disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*. 1998; 52 (4): 283-289.
 22. Bahri A. The effect of sensory processing style training program according Dunn’s model to mother who have preschool children’s in reducing symptoms of externalize disorder in children and mothers stress. Thesis for M.A. in psychology. Tehran, Iran: Shahid Beheshti university, (2014). [Persian]
 23. Dumka LE, Stoerzinger HD, Jackson KM, Roosa MW. Examination of the Cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*. 1996; 45: 216-222.
 24. Abareshi Z. Effect of training “Promoting children’s psychosocial growth through interaction with mother” program on parent self-efficacy and child- parent relationship in three years old children and less. Thesis for M.A. in psychology. Tehran, Iran: Shahid Beheshti university, (2010). [Persian]
 25. Whittingham K, Sofronoff K, Sheffield J, Sanders MR. Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of the effects of parental attributions in an RCT of stepping stones triples P for the ASD population. *Research in autism spectrum disorders*. 2009; 3: 129-144.
 26. Feltz DL, Short SE, Sullivan PJ. Self-efficacy in Sport, Research and strategies for working with athletes, teams and coaches. 2008; 27.
 27. Martin AJ, Linfoot K, Stephenson J. Exploring the cycle of mother-child relations, maternal confidence, and children’s aggression. *Australian Journal of Psychology*. 2000; 52 (1): 34-40.