

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی عمومی و راهبردهای مقابله ای مادران دارای کودکان اتیسم

زهره ذبیحی قادی^۱، زهرا ذبیحی قادی^۲

^۱ کارشناسی ارشد زبان ادبیات فارسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، شهر ساری، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی زبان ادبیات فارسی، دانشگاه تربیت معلم ساری، شهر ساری، ایران

چکیده

هر اتیسم یا درخودماندگی یک بیماری پیچیده‌ی عصبی رفتاری و از جمله اختلالات و بیماری های اعصاب و روان است که شامل اختلال در تعاملات اجتماعی، رشد کلامی و مهارت های ارتباطی همراه با رفتارهای سخت و تکرار شونده است و به دلیل گستردگی علائم، آن را اختلال طیف اتیسم می‌نامند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی عمومی و راهبردهای مقابله ای مادران دارای کودکان اتیسم شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد. تعداد ۳۰ نفر به طور در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج پژوهش انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: نیمرخ مهارت های اجتماعی اتیسم بیلینی و هوپف (۲۰۰۷)، مقیاس خودکارآمدی شوارزر و ژروسالم (۱۹۷۹)، پرسشنامه ای لازاروس و فلکمن (۱۹۸۰). پس از آن شرکت کنندگان در گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای، تحت درمان شناختی رفتاری (CBT) قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان ACT موجب افزایش معنادار خودکارآمدی و بهبود معنادار راهبردهای مقابله ای شده است ($P < 0.05$).

واژه‌های کلیدی: اتیسم، درمان شناختی رفتاری، خودکارآمدی، راهبردهای مقابله ای

مقدمه

اختلال طیف اتیسم^۱ اختلال نورولوژیکی مطرح شده است که معمولاً در سالهای اولیه رشد کودک بروز میکند و به عنوان یک اختلال کاملاً شایع و بسیار ناهمگن شناخته میشود که در پسران شایعتر از دختران است (لورد، بیرد و وندروله^۲، ۲۰۱۸). ابتلا به اختلال طیف اتیسم سبب میشود که مغز این افراد نتواند در زمینه یادگیری مهارتهای ارتباطی، تعامل با دیگران و رفتارهای اجتماعی عملکرد خوب و مناسبی داشته باشد (هزلت، گو، مانسل^۳ و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلال طیف اتیسم دارای این ویژگیهایی شامل نقایص مداوم در توانایی آغاز و حفظ تعاملات بین فردی و اجتماعی متقابل و همچنین ارتباطات اجتماعی، وجود طیفی از الگوهای رفتاری محدود، تکراری و انعطافناپذیر در رفتار، علایق یا فعالیتهایی که به وضوح برای سن فرد یا موقعیت اجتماعی-فرهنگی وی غیر معمول، زیاد یا بیش از حد است. سن شروع این اختلال در طول دوره رشد و بهطور معمول در اوایل کودکی رخ می دهد، اما علائم ممکن است تا زمانی که تقاضاهای اجتماعی از ظرفیت های محدود فرد فراتر نرود، بهطور کامل آشکار نشوند. در این طیف، نقایص به حدی شدید هستند که باعث ایجاد اختلال در عملکرد فردی، خانوادگی، اجتماعی، آموزشی، شغلی یا سایر زمینه های مهم عملکردی می شوند و معمولاً این نقایص یکی از ویژگی های فراگیر در عملکرد فرد هستند و در همه محیط ها قابل مشاهده هستند، اگرچه ممکن است بر اساس هر موقعیت اجتماعی، تحصیلی یا موارد دیگر این ویژگی ها تغییر کنند. افراد قرار گرفته در طول این طیف، طیف بزرگ و متفاوتی از عملکردهای فکری و توانایی های زبانی را نشان می دهند (روزن، لورد و ولکمار^۴، ۲۰۲۱).

پژوهشگران مختلف بیان می دارند که والدین کودکان مبتلا به اختلال های رفتاری به صورت معناداری سطوح بالایی از تنش را در مقایسه با والدین کودکان عادی گزارش می کنند (بوسینگ، گری و میلز^۵، ۲۰۰۷). اگر فرزند خانواده مبتلا به اختلال رفتاری باشد، مشکلات والدین و به تبع آن استرس والدین هم زیاد خواهد بود. با توجه به تقاضاها و محدودیت های زیادی که والدین کودکان مبتلا به انواع اختلال ها با آن روبرو هستند، این والدین در معرض خطر استرس فرزند پروری و پیامدهای ناگوار آن هستند، زیرا اغلب این والدین در قبال مشکلات رفتاری فرزندانشان رفتار مناسبی از خود نشان نداده و اغلب از روش های والدی و تربیتی سخت گیرانه استفاده می کنند (شلتون^۶ و بارکلی^۷، ۱۹۹۸).

پس می توان نتیجه گرفت که این روابط نامناسب و آشفتگی های روان شناختی بین والدین و کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای به صورت یک دور باطل رخ می دهد. با توجه به اهمیت رابطه بین والدین با کودک در پدیدار شدن مشکلات رفتاری

^۱ Autism spectrum disorder

^۲ Lord, Elsabbagh, Baird & Veenstra-Vanderweele

^۳ Hezlett, Gu, Munsell

^۴ Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R

^۵ Bussing, Gary, Mills

^۶ Shelton

^۷ Barkley

کودکان، آموزش والدین یکی از رایج ترین شیوه های درمانی برای این اختلال ها محسوب می شود. مزیت آموزش والدین بر سایر روش ها آن است که بر جنبه های مختلفی از عملکرد والدینی و خانوادگی تأثیرگذار است (بارکلی^۸، ۱۹۸۷). بارکلی (۲۰۰۰) معتقد است که آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال شده و اعتماد به نفسشان را در خصوص نقش فرزند پروری بالا خواهد برد و نیز به آن ها کمک می کند تا رفتارهای نامناسب فرزند خود را کنترل کرده و کاهش دهند و در تربیت آن ها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند.

یکی از روش های درمانی در جهت کاهش مشکلات والدین کودکان دارای اختلالات رفتاری، درمان شناختی رفتاری^۹ است. این درمان از جمله رویکردهایی است که از طریق افزایش ذهن آگاهی، فاصله گیری شناختی (مشاهده افکار) و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا با هدف افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به افراد کمک میکند تا با شرایط تنش زا مقابله کنند. مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی های دیگر، پایداری تأثیر برنامه در برابر گذشت زمان، منسجم بودن و داشتن دستورالعمل گام به گام اجرایی، جامع بودن و غیرمنحصر بودن به لحاظ سنی و جنسیتی و نیز داشتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی میباشد (ایفرت و فروسیث^{۱۰}، ۲۰۰۶).

شواهد آشکاری وجود دارد که مشکلات خلقی اثرات مخربی بر گزارش والدین از شیوه فرزند پروری و همچنین بهزیستی آن ها دارد. میزان اثرگذاری این استرس ها بر رفتار والدین و کیفیت روابط والد-فرزندی، هنوز جای سؤال دارد. در این میان عامل حمایت گر و کمک رسان اصلی، جلوگیری از بروز چنین شرایطی و همچنین برقراری تعادل مجدد در خانواده است، که در اکثر مواقع این مسئولیت عظیم به عهده والدین و بخصوص مادران به عنوان پایه های اصلی خانواده می باشد. از این رو می توان با استفاده از روش های مختلف در حیطه آموزش والدین، برای برخورد و تعامل مناسب با مشکلات کودک، مقابله با استرس و مشکلات روان شناختی ناشی از مراقبت از کودکان با اختلال های دوران کودکی سود جست، لذا با توجه به اهمیت مقوله آموزش روش های مدیریت رفتار و آموزش رفتاری والدین کودکان با اختلال اتیسم و مسائل عدیده ای که ممکن است به واسطه وجود نداشتن چنین آموزش هایی، برای این والدین و کودکان شان به وجود بیاید. بنابراین پژوهشگر در پژوهش حاضر درصدد است به این مسئله بپردازد که آیا درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی عمومی و راهبردهای مقابله ای مادران دارای کودکان اتیسم مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده میباشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم شهر تهران می باشد. به این صورت که از بین دو مرکز درمانی و مدرسه کودکان استثنایی به صورت نمونه گیری به روش در دسترس انجام گرفت. در گام دوم پس از طی مراحل اداری و

^۸Barkley

^۹ CBT

^{۱۰} Eifert & Forsyth & Barrios, V

بررسی پرونده های بالینی کودکان هفت تا شانزده سال دارای اختلال طیف اتیسم و تعداد محدود این کودکان از بین آنها سی نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. کودکان انتخاب شده به صورت تصادفی بعد از همگن سازی به دو گروه پانزده نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. دانش آموزان با اختلال اتیسم از طریق مصاحبه روانشناس و نیمرخ مهارت های اجتماعی اتیسم شناسایی شدند. در هر دو گروه، پیش آزمونی برای تعیین میزان علائم کودکان و خودکارآمدی و راهبردهای مقابله ای مادران اجرا و سپس گروه آزمایشی طی هشت جلسه دو ساعته بر روی گروه آموزش اجرا شد و پس از پایان آموزش، مجدداً متغیرهای مذکور اندازه گیری شدند. در این پژوهش داده های بدست آمده از طریق نرم افزار SPSS و از طریق تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

نیمرخ مهارت های اجتماعی اتیسم: این پرسشنامه ۴۸ سؤالاً صرفاً برای طرح ریزی درمان و تعیین میزان پیشرفت درمان توسط بیلینی و هوپف (۲۰۰۷) برای سنجش رفتاری دامنه وسیعی از رفتارهای اجتماعی کودکان و نوجوانان دچار اختلال طیف اتیسم در دامنه سنی ۶ تا ۱۷ سال ساخته شده است و نسبت به تغییرات ناشی از درمان حساسیت ویژه ای دارد. پرسشنامه مذکور می تواند توسط والد، معلم و هر بزرگسال دیگری که با رفتارهای اجتماعی کودک آشنا است، تکمیل شود. مدت زمان تکمیل آن بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه است و سؤالهای آن در مقیاس لیکرتی چهار نقطه ای از هرگز = ۱، به ندرت = ۲، اغلب = ۳ و همیشه = ۴ درجه بندی میشود. نمره های بالاتر نشان دهنده رفتارهای اجتماعی مثبت تر است. ضریب پایایی نیمرخ مهارت های اجتماعی اتیسم با استفاده از روش آزمون-بازآزمون و با فاصله ۳ هفته ای ۰.۹۷ و پایایی مولفه های تعامل اجتماعی ۰.۹۶، مشارکت اجتماعی ۰.۷۴ و رفتارهای زیان بخش اجتماعی ۰.۹۶ گزارش شده است (مقیم اسلام، پورمحمد رضای تجریشی، حقگو، ۱۳۹۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش پورا اعتماد و همکاران (۱۳۹۶) مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: مقیاس خودکارآمدی عمومی در دهه ۱۹۷۹ توسط شوارزر و ژروسالم^{۱۱} ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه ای کاهش یافت و تاکنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است. این مقیاس توسط نظامی و همکاران در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شده و در ایران نیز در مطالعات مختلفی هنجار یابی و اعتبار سنجی شده بود که ضرایب آلفا کرونباخ در مطالعه معینی ۸۱/۰ و در مطالعه رجبی ۸۲/۰ بدست آمده بود. این مقیاس شامل ۱۰ سوال است که پاسخ های آن به صورت گزینه های اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و با امتیاز یک تا چهار درجه بندی شده است که کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ می باشد. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر میباشد (ترکی، کاظمی، باستانی و حقانی، ۱۳۹۰).

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای: پرسشنامه راهبردهای لازاروس براساس سیاهه راهبردهای مقابله ای توسط لازاروس و فلکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. نمره گذاری پرسشنامه طبق طیف لیکرت بدست می آید. پرسشنامه لازاروس در ایران بر روی نمونه ۷۵۰ نفر زوج میانسال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجاریابی شده است. پایایی ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس هایی از ۶۱٪ تا ۷۹٪ می باشد (عطاران، ۱۳۹۱).

^{۱۱} Jerusalem & Schwarzer

پروتکل درمان شناختی رفتاری: برنامه درمانی در هشت جلسه دو ساعته به مدت دوماه برای گروه آزمایش اجرا شد. جلسات درمانی به شرح ذیل میباشد:

جدول ۱: شیوه اجرای درمان شناختی رفتاری

جلسه اول: شامل معارفه و بحث راجع به اטיسم و شناساندن مشکلات و حواشی آن در بروز اختلالات روانی و کاهش توانمندی خودکارآمدی و آموزش تن آرامی بود.

جلسه دوم و سوم: ارتباط بین افکار و احساسات، راههای شناخت افکار غیر منطقی و توضیح درباره خطاهای برداش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش آنها به عنوان راهکارهایی جهت تغییر افکار غیر منطقی

جلسه چهارم: نقش اטיسم و فرزندان در کاهش سلامت روانی و به تبع آن نا مطلوب بودن کیفیت زندگی.

جلسه پنجم و ششم: آموزش شیوه حل مسئله. روابط اجتماعی و میان فردی و نقش فعالیت های جسمانی در افزایش احساس خود کنترلی. خودکارآمدی و سلامت روانی.

جلسه هفتم: راه کارهایی برای ایجاد باورهای خودکارآمدی در موقعیت های استرس زا و ایجاد سلامت روانی مطلوب.

جلسه هشتم: مرور کلی و تمرین مهارت های آموخته شده در جلسات برای بیماران. درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد بحث را به بیماران آموزش می داد و تکالیفی را برای اجرا در فاصله بین جلسات برای آنها معین می کرد.

یافته ها

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد، برای تحلیل داده ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد، به عبارت دیگر جهت بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی عمومی و راهبردهای مقابله ای مادران دارای کودکان اטיسم از تحلیل کوواریانس استفاده شد. این تحلیل دارای مفروضه هایی است که از جمله آن همگنی شیب های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش آزمون) و متغیر وابسته است، که در این پژوهش شیب های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه تقریباً موازی بود. در این مطالعه تعامل گروه و پیش آزمون برای متغیرهای راهبردهای مقابله ای و خودکارآمدی عمومی معنادار نیست. همچنین همگنی واریانس های دو گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نیز با آزمون لون بررسی شد و معنادار نبودن تفاوت واریانس گروه ها اثبات شد. در این مطالعه تعامل گروه و پیش آزمون برای متغیرهای راهبردهای مقابله ای ($p > 0/05$ و $F=2/612$)، خودکارآمدی عمومی ($p > 0/05$ و $F=1/136$)، معنادار نیست، از این رو، می توان گفت که این پیش فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه های این آزمون همگنی واریانس هاست که برای بررسی همگنی واریانس های دو گروه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از آزمون همگنی واریانس های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی دار نبود، (پیش آزمون ها؛ راهبردهای مقابله ای $p > 0/05$ و $F=0/107$ ، خودکارآمدی عمومی $p > 0/05$ و $F=0/014$)، (پس آزمون، راهبردهای مقابله ای $p > 0/05$ و $F=0/172$ ، خودکارآمدی عمومی $p > 0/05$ و $F=0/423$) بنابراین مفروضه

همگونی واریانس ها نیز تأیید شد از این رو با توجه به برقراری مفروضه های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم.

در جدول زیر شاخص های آماری توصیفی مقیاس راهبردهای مقابله ای و خودکارآمدی عمومی ارائه شده است.

جدول ۲ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهشی بین دو گروه پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای مقابله ای	پیش آزمون	۲۳/۷۳	۴/۸۶	۲۶/۰۶	۶/۱۸
	پس آزمون	۳۴/۹۳	۶/۲۲	۲۵/۴۶	۵/۱۲
خودکارآمدی عمومی	پیش آزمون	۱۸/۱۳	۲/۵۳	۱۸/۰۹	۲/۷۸
	پس آزمون	۲۹/۵۳	۲/۴۱	۱۷/۱۹	۲/۱۲

در جدول فوق نمرات میانگین و انحراف استاندارد گروه های آزمایشی و کنترل به ترتیب نشان می دهد. نتایج تحلیل توصیفی نشان می دهد میانگین مهارت های مقابله ای و خودکارآمدی عمومی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است.

جدول ۳. نتایج کوواریانس مربوط به متغیر راهبردهای مقابله ای و خودکارآمدی عمومی مادران در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منابع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور اتا
	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	
راهبردهای مقابله ای	پیش آزمون	۱۰۴۰۰	۱	۱۰۴۰۰	۲۷۴/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۹۱۰
	گروه	۵۶۳۵/۵۴	۱	۵۶۳۵/۵۴	۱۴۸/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۸۴۶
خودکارآمدی عمومی	پیش آزمون	۴۶۵/۱۰	۱	۴۶۵/۱۰	۱۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۷
	گروه	۳۳۶۴/۸۰	۱	۳۳۶۴/۸۰	۹۹/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۷۸۶

با توجه به جدول اثر پیش آزمون از لحاظ آماری معنادار بوده است ($P < ۰/۰۵$ و $F = ۲۷۴/۱۳$). به بیان دیگر نمره های پس آزمون تحت تأثیر نمره های پیش آزمون بوده است. برای آزمودن اثر گروه یا مداخله بر متغیر وابسته (راهبردهای مقابله ای) باید اثر پیش آزمون به عنوان عامل هم پراش زوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر هم پراش نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است ($p < ۰/۰۵$ و $F = ۱۴۸/۵۴$). بنابراین می توان نتیجه گرفت درمان شناختی رفتاری باعث تغییر در گروه ها شده است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی عمومی موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش مادران افسرده تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲)؛ در حالی که گروه کنترل، میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته ما را بر این نتیجه سوق می‌دهد که علت تفاوت میانگین‌ها، عامل بین آزمودنی یا همان درمان شناختی رفتاری است که موجب افزایش نمرات راهبردهای مقابله‌ای پس‌آزمون گروه آزمایش شده است. همچنین میزان اثر برابر ۰/۸۴۷ بود که نشان از تأثیر ۸۰ درصدی عامل بین آزمودنی در تغییر میانگین نمرات خودکارآمدی پس‌آزمون است. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت به علت تعامل و ارتباط تنگاتنگ بین اختلالات رفتاری در کودکان و وجود تنش و سبک‌شناختی معیوب در والدین، آموزش رفتاری والدین، که هسته اصلی آن، آموزش و تقویت مهارت‌های فرزند پروری و رفتار مناسب با کودکان را شامل می‌شود، می‌تواند موجب اصلاح رفتار والدین در قبال کودکان شده و والدین بتوانند با تقویت رفتارهای مناسب و کاهش رفتارهای نامناسب به تغییر و اصلاح رفتار کودکان خود بپردازند که به موجب این، کاهش رفتارهای نامناسب در کودکان باعث کاهش تنش بین والدین و کودکان می‌شود که فی‌نفسه می‌تواند خودکارآمدی را در والدین افزایش دهد. همچنین خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سوال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه. درمان شناختی رفتاری با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزشها می‌تواند خودکارآمدی را در افراد افزایش دهد. درمان شناختی رفتاری با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزشها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است می‌تواند در افزایش خودکارآمدی موثر باشد. و نیز نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای تأثیر مثبت داشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هدف اصلی درمان شناختی رفتاری ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. در این درمان سعی میشود پذیرش روانی در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و به بیمار اموخته میشود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و باید این تجارب را به طور کامل پذیرفت که عوامل پیش گفته می‌توانند در بهبود راهبردهای مقابله ای فرد اثرگذار باشند.

منابع

۱. مقیم اسلام، پرستو، پورمحمد رضا تجریشی، معصومه، و حقگو، حجت الله. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش متقابل بر مهارت اجتماعی کودکان دارای اُتیسْم. فصلنامه توانبخشی، ۱۴ (۴ پیاپی ۵۲)، ۵۹-۶۷.
۲. ترکی، یوسف، حاجی کاظمی، افتخارالسادات، باستانی، فریده، و حقانی، حمید. (۱۳۹۰). خودکارآمدی عمومی ساکنین سرای سالمندی. نشریه پرستاری ایران، ۲۴(۷۳)، ۵۵-۶۲.
۳. عطاران، الناز (۱۳۹۱). بررسی تیپ های شخصیتی و راهبردهای مقابله ای و منبع کنترل مادران دانش آموزان نابینا و ناشنوا و مادران دانش آموزان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد. واحد تهران مرکزی.
۱. Barkley, R. A. (۲۰۰۰). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part ۱: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(۸), ۱۰۶۴-۱۰۶۸.
۲. Barkley, R. A. (۱۹۸۷). *Defiant children*. New York, NY, USA:: Guilford press.
۳. Bussing, R., Gary, F. A., Mills, T. L., & Garvan, C. W. (۲۰۰۷). Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Family Issues*, 28(۳), ۲۹۱-۳۱۸.

۴. Forsyth, J. P., Eifert, G. H., & Barrios, V. (۲۰۰۶). Fear Conditioning in an Emotion Regulation Context: A Fresh Perspective on the Origins of Anxiety Disorders.
۵. Hazlett, H. C., Gu, H., Munsell, B. C., Kim, S. H., Styner, M., Wolff, J. J., ... & Statistical Analysis Group Core H. (۲۰۱۷). Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. *Nature*, 542(۷۶۴۱), ۳۴۸-۳۵۱.
۶. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (۲۰۱۸). Autism spectrum disorder. *The lancet*, 392(۱۰۱۴۶), ۵۰۸-۵۲۰.
۷. Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (۲۰۲۱). The diagnosis of autism: from Kanner to DSM-III to DSM-۵ and beyond. *Journal of autism and developmental disorders*, 51, ۴۲۵۳-۴۲۷۰.
۸. Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., ... & Metevia, L. (۱۹۹۸). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, ۴۷۵-۴۹۴