رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۲، شماره پیاپی ۹۳، اسفند ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(12), 2024

پیش‌بینی بهبودی کودکان مبتلا به طیف اتیسم بر اساس مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادران

predicting recovery of children with autism spectrum disorder based on the communication skills and empathy of mothers

مرجان السادات عرشی ها
دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
مهدی قدرتی میر کوهی (نویسنده مسئول)
دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر پیش بینی بهبودی کلی کودکان مبتلا به طیف اتیسم بر اساس مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادران بود. روش پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی با طرح رگرسیون بود. جامعه آماری این پژوهش همه مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم مراجعه کننده به کلینیک‌های توانبخشی شهر تهران و فرزندشان در پاییز ۱۴۰۱ بودند که از میان آن ها ۹۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی جرابک (CKIJT؛ موسسه کوئین‌دام، ۲۰۰۴)، همدلی آلبیرو (BES؛ آلبیرو و همکاران، ۲۰۰۹) و اظهارات کلی بالینی (CGI؛ موسسه ملی سلامت روان، ۱۹۷۶) استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه همزمان تحلیل شد. نتایج نشان داد که مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادران با بهبودی کودکان مبتلا به طیف اتیسم رابطه مستقیم و معنادار ($p<0/01$) دارد. همچنین مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادران در مجموع ۴۶٪ تغییرات بهبودی کودک را پیش‌بینی می کنند. براساس یافته‌های پژوهش مشخص شد، متغیر مهارت‌های ارتباطی نسبت به متغیر همدلی پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای بهبودی کلی کودکان مبتلا به طیف اتیسم است. با در نظر گرفتن نتایج پژوهش حاصل از مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادران می‌توان در پیش‌بینی بهبودی کودکان مبتلا به طیف اتیسم استفاده نمود. همچنین، می‌توان در طرح‌ریزی برنامه درمانی جامع در موسسات توانبخشی مداخلات لازم را گنجاند و به پیشرفت در بهبودی کودکان مبتلا به طیف اتیسم سرعت بخشید.

واژه‌های کلیدی: *بهبودی کودکان مبتلا به طیف اتیسم، مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم، مهارت‌های ارتباطی، همدلی.*

Marjan Sadat Arshiha
Ph.D Student of Psychology, Borojerd Branch, Islamic Azad University, Borojerd, Iran.
Mehdi Ghodrati Mirkohi*
Associated Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
ghodratimahdi@gmail.com

Abstract

The purpose of this research was to predict the overall recovery of children with autism spectrum disorder based on the communication skills and empathy of mothers. The research method was descriptive-correlation with regression design. The statistical population was all the mothers of children who were referred to the rehabilitation clinics of Tehran and their children in the fall of 1401, from which 90 subjects were selected using a targeted sampling method. To collect information, Jarbak's communication skills questionnaire (CKIJT; Queen Dam Institute, 2004), Albiru empathy questionnaire (BES; Albiru et al., 2009), and clinical general statements (CGI; of the National Institute of Mental Health, 1976) were used. Data were analyzed using Pearson's correlation, and multiple concurrent regression. The results showed that the communication skills and empathy of mothers have a direct and significant relationship with the recovery of children with autism spectrum disorder ($p<0.01$). Mothers' communication skills and empathy predict 46% of the child's recovery changes. Based on the findings of the research, it was determined that communication skills are a stronger predictor than empathy for the recovery of children. Considering the results of the research, mothers' communication and empathy skills can be used to predict the recovery of children with autism spectrum disorder. Also, it is possible to include the interventions in planning a comprehensive treatment program in rehabilitation institutions and speed up the progress in the recovery of children.

Keywords: *Recovery of children with autism spectrum disorder, children with autism spectrum disorder's mother, communication skills, empathy.*

نوع مقاله : کاربردی **دریافت : مرداد ۱۴۰۲** **پذیرش: دی ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

مقدمه

اختلال طیف اتیسم (ASD)[1] با تاخیر یا کارکرد ناهنجار در یکی از حوزه‌های تعامل اجتماعی، ظهور می‌یابد. کودک مبتلا به این اختلال در دنیای درون خود زندگی می‌کند. در این دنیای درونی شده، ارتباط وی با دنیای بیرون قطع شده و فرایند یادگیری و ارتباطات مناسب اجتماعی وی نیز مختل می‌شود (اکبری بیاتیانی، ۱۳۹۷). اختلال طیف اتیسم اختلالی نسبتا جدید است (صمدی و مک کانکی[2]، ۱۳۹۹). در راهنمای تشخیصی و آماری DSM[3] ویرایش پنجم (۲۰۱۳) اختلال طیف اتیسم جایگزین اصطلاح اختلال اتیستیک در DSM-IV شد. اختلال طیف اتیسم شامل آسیب‌هایی در زمینه ارتباطات اجتماعی و اجرای رفتارهای محدود و تکراری است. این اختلال دامنه‌ای از بی نظمی‌های جدی را در شیوه‌ای که افراد با یکدیگر تعامل و ارتباط برقرار می‌کنند، به علاوه الگوهای خاص تعاملی و فعالیتی را شامل می‌شود (هالجین و کراس ویتبورن[4] ، ۲۰۰۶، ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۱). اختلال طیف اتیسم نقص مداوم در ارتباطات اجتماعی و تعامل اجتماعی در زمینه‌های مختلف، وجود الگوهای محدود و تکراری رفتار، علایق یا فعالیت‌ها، با بروز به صورت علایم کلینیکی زودهنگام در سنین اولیه رشد با رد تشخیص‌های افتراقی (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۲).

با تخمین در نمونه‌های کودک و بزرگسال فراوانی اختلال طیف اتیسم در سراسر ایالات متحده بین ۱٪ و ۲٪ از جمعیت گزارش شده است. همچنین نسبت شیوع این اختلال در پسران ۳ تا ۴ برابر دختران است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

گرچه ملاک‌های تشخیصی طیف اتیسم در طول عمر می‌توانند ادامه پیدا کند اما بسته به شدت آن‌ها و دریافت کمک مناسب و به موقع، تا درجاتی بهبود می‌یابند (هالجین و کراس ویتبورن، ۲۰۰۶، ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۱). پر واضح است در رابطه با کمک و انجام اقدامات درمانی و توانبخشی برای کودک، که به خودی خود مستقل نیست، والدین مسئول هستند. نگهداری، تربیت، بازی، پرورش و انجام کلیه امور مربوط به کودک به عهده والدین، به خصوص مادر است که نگهدارنده اصلی محسوب می‌شود. با اینکه اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال طیف اتیسم دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می‌شوند (ابراهیماجیک[5] و همکاران، ۲۰۲۱، چیمه و همکاران، ۱۳۸۶)، پذیرش سریع و تدارک اقدامات درمانی زودهنگام امری ضروری است که مادر به ایفای آن می‌پردازد. به علاوه پیگیری درمان، آماده سازی و نقل و انتقال کودک به موسسات توانبخشی، انجام تمرین‌ها در منزل و در کل درک ماهیت بیماری به منظور برقراری ارتباط صحیح با کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم همگی در گرو توانایی‌های مادر است. با توجه به این که درمان قطعی و کوتاه مدتی برای این اختلال کشف نشده و درمان‌ها اکثرا علامتی هستند، برای خانواده‌ها مشکلات مربوط به هزینه‌های جلسات درمانی و ایجاد چالش‌ها و مشکلات غیرمعمول دائمی در منزل مطرح می‌شود. همچنین صرف زمان بیش از حد معمول برای نگهداری و ارتباط با کودک، کاهش فرصت‌ها در خانواده برای تعامل و انجام فعالیت‌های لذت بخش، همگی از عوامل فرسایشی پیش روی خانواده و به خصوص مادر هستند (حسین خانزاده و همکاران، ۱۳۹۵). لذا نقش عوامل روان‌شناختی مادران برجسته و تعیین کننده تلقی می‌شوند و چشم‌پوشی از آن ممکن نیست.

عوامل روان‌شناختی بسیاری جهت بررسی در مادران مطرح هستند. اما در این مطالعه به بررسی عواملی می‌پردازیم که کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم نیز به علت ماهیت اختلال در آن دچار نقص است. پیش‌تر اشاره شد که مشخصه بارز این اختلال رشدی عصبی، مشکلات ارتباطی است (ودینگتون[6] و همکاران، ۲۰۱۹). رابطه با مادر برای دستیابی به رشد روان‌شناختی ضروری است همچنین ارتباط فرایندی قابل آموزش است. والدین با ویژگی‌های شخصیتی خود، آفریننده موقعیت‌هایی هستند که رفتارهای خاص را در فرزندان برمی‌انگیزند و یا سرمشق‌هایی را برای الگوسازی در اختیار آن‌ها قرار داده و یا به تشویق دسته‌ای خاص از رفتارها می‌پردازند (صادقی و منیرپور، ۱۴۰۱) که افراد طی آن، اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله کلامی و غیرکلامی با یکدیگر در میان می‌گذارند (زارعی و همکاران، ۱۳۹۷). برقراری ارتباطات مناسب و متعدد به عنوان عامل تعدیل‌گر، جزء جدایی‌ناپذیر برای انجام موفق وظایف، هماهنگی‌ها و مدیریت امور برای مادران است. به خصوص با داشتن کودکی با نیازهای ویژه در منزل، لزوم برخورداری از مهارت‌های ارتباطی برای مادران دوچندان مطرح می‌گردد.

1 Autism Spectrum Disorder
2 McConkey
3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
4 Halgin & Cross Whitburn
5 Ibrahimagic
6 Waddington

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

طبق تعریف، مهارت‌های ارتباطی مهارت‌هایی هستند که به واسطه آن‌ها افراد می توانند ارتباط و تعاملات بین فردی برقرار نمایند؛ مهارت‌های ارتباطی مشتمل بر خرده مهارت‌های مربوط به درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، بینش نسبت به فرایند ارتباط، نظم‌دهی به هیجان‌ها، گوش دادن، و قاطعیت در ارتباط است (عرشی‌ها و همکاران، ۱۳۹۵).

قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای با استفاده از مقیاس کوئین دام[1]، میانگین مهارت‌های ارتباطی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم را در گروه گواه و آزمایش، در پیش آزمون ۶۴/۶ اعلام نمودند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۸). نقص در مهارت‌های ارتباطی این کودکان عواطف و احساسات والدین را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد (ابراهیماجیک و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به آنچه گفته شد و از آن‌جا که مهارت‌های ارتباطی حیطه‌های بسیاری از جمله روابط والد فرزندی را تحت تاثیر قرار می‌دهند (ذوقی و مشهدی غلامی، ۱۴۰۰)، بررسی رابطه آن با بهبودی کودک حائز اهمیت است.

پیش‌تر اشاره شد در این مطالعه به بررسی عواملی پرداخته می‌شود که در تعامل مادر-فرزندی، کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم به جهت ماهیت اختلال در آن‌ها دچار نقص است. همدلی مولفه دیگری است که در زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها بسیار اهمیت دارد و نقص در آن، پایه اختلالات مهمی از جمله اختلالات طیف اتیسم، است. طبق تعریف توانایی درک و ارتباط با دیگر انسان‌ها همدلی نامیده می‌شود (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). واژه‌نامه آکسفورد همدلی را توانایی پیش‌بینی، درک شخصیت و درک تفکر معنا کرده است (رضایی و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع همدلی بر اساس تجربه‌های کودکی آموخته می‌شود و انسان از رفتارها و واکنش‌های دیگران، چگونگی انجام آن را می‌آموزد (کاظمی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۸). همدلی از آسیب به دیگران جلوگیری می‌کند و نیروی برانگیزاننده رفتارهای اجتماعی است. همدلی نقش حمایتی و مثبتی بر توانایی‌های اجتماعی دارد و به فرد توان این را می‌دهد تا به خوبی دیگران و موقعیت آن‌ها را درک کند (صادقی فیروزآبادی و رییسی، ۱۴۰۰)، بنابراین داشتن آن می‌تواند در برقراری ارتباط موثر با کودکی که به طور طبیعی در این ویژگی نقص دارد، کارآمد باشد.

همدلی از دو مؤلفه‌ی اصلی تشکیل شده است: همدلی شناختی، و همدلی عاطفی. همدلی عاطفی به معنای پاسخ هیجانی به وضعیت درونی دیگری است. در واقع در این نوع همدلی، فرد با وجود اینکه در حالت هیجانی شخص مقابل سهیم می‌شود، اما می‌تواند بین احساس خود و طرف مقابل تمایز قائل شود. همدلی شناختی درنظر گرفتن و درک وضعیت فرد مقابل و دلایل به وجود آمدن آن است که شامل توانایی بازشناسی و درک هیجانات دیگران می‌شود. درواقع، در این نوع همدلی، فرد می‌تواند حالات ذهنی طرف مقابل را بازنمایی کند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). شجاعیان (۲۰۲۲) میانگین همدلی در مادران کودکان با اختلالات رشدی و یادگیری را طبق مقیاس دیویس[2] ۷۲/۸۸ اعلام کردند (شجاعیان، ۲۰۲۲). بنابر آنچه در رابطه با آموختنی بودن همدلی گفته شد، مادران بیشترین فرصت را برای آموزش و روبرو ساختن فرزند خود با حالات مختلف آن دارند.

بنابراین با توجه به این موضوع که در برنامه درمانی و مراقبتی کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم مشارکت، فهمیدن این کودکان و حمایت‌گر بودن والدین اهمیت زیادی دارد (کالرا[3] و همکاران، ۲۰۲۳)، می‌بایست مشکلات و شرایط روان‌شناختی والدین نیز مورد توجه قرار گیرد تا بتوان با کمک به بهبود شرایط والد، برنامه درمانی کودک را بهبود بخشید. این در حالی است که در جامعه کنونی، با وجود شیوع بالا اتیسم در بین کودکان، عواملی مانند محدودیت مراکز درمان و توانبخشی، کمبود آموزش‌های معتبر خانواده و حمایت اندک سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشت روان وجود دارد (عبداللهی بقرآبادی و کریمی، ۱۴۰۱). لذا مبنی بر ضرورت پذیرش به موقع تشخیص این اختلال از سوی والدین و انجام مستمر اقدامات آگاهانه در داخل و خارج از منزل، بررسی رابطه برخی مولفه‌های روان‌شناختی مادران با بهبودی کودک در نظر گرفته شد. با توجه به اهمیت مهارت‌های ارتباطی و همدلی که در عصر حاضر به عنوان یکی از موضوعات مهم در حوزه درمان مطرح شده‌اند (مصلی نژاد، ۲۰۲۰) و درنظر گرفتن ضعف کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم در این مقوله‌ها و در دسترس نبودن مطالعات کافی در این زمینه، به منظور رفع خلا پژوهشی، مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی بهبودی کلی کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم بر اساس مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادران انجام شد.

1 Queen Dam
2 Davis
3 Kalra

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش جزء تحقیقات توصیفی_همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش همه مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم مراجعه کننده به کلینیک‌های توانبخشی و فرزندشان در شهر تهران در پاییز ۱۴۰۱ بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول تاباچنیک و فیدل[1] برآورد شد. حداقل ۶۶ نفر بر اساس فرمول محاسبه گردید که به منظور اعتباربخشی بیشتر به نتایج مطالعه این تعداد به ۹۰ نفر افزایش یافتند. با توجه به مقتضیات پژوهش نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش مادران و کودکانشان شامل؛ مادر کودکان مبتلا به طیف اتیسم مراجعه کننده به کلینیک‌های توانبخشی شهر تهران، نداشتن اختلال روان‌شناختی، نگهدارنده اصلی کودک بودن، داشتن تمایل به همکاری با پژوهشگر، کودکان از نظر شدت در سطح یک و تا حدی نزدیک به دو (نیازمند حمایت و نیازمند به حمایت قابل توجه) جدول DSM-5-TR [2] باشند، کودکان همگی تعداد جلسات مشخصی (۶ جلسه ۳۰ دقیقه ای، هفته ای یکبار) را تحت نظر درمانگر گذرانده باشند، کودکان تعداد مشخص جلسات درمانی را بدون غیبت و پشت سر هم گذرانده باشند، کودکان در طول جلسات تحت درمان دیگر و یا درمانگر دیگری قرار نگرفته باشند و ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان شامل؛ انصراف از شرکت در پژوهش، و عدم تکمیل مناسب پرسشنامه‌ها بود. پس از اعلام رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان و بر اساس معیارهای ورود، پرسشنامه‌ها تحویل مادران گردید. اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان لازم از جهت محرمانه ماندن اطلاعات داده شد. شرکت‌کنندگان مختار بودند در هر یک از مراحل پژوهش از طرح خارج شوند. به منظور بررسی وضعیت پیشرفت در بهبودی کودک نیز پرسشنامه پیشرفت کلی بالینی توسط درمانگر برای هر کودک با توجه به وضعیت پایه در زمان ابتدای مراجعه، تکمیل گردید. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده گردید و کلیه مراحل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی جرابک (CKIJ) [3]: پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی تجدیدنظر شده جرابک مقیاسی مشتمل بر ۳۴ سوال است که توسط موسسه کوئین‌دام[4] (۲۰۰۴) منتشر شده است و پنج زیرمقیاس توانایی دریافت با درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، نظم‌دهی به هیجانات، مهارت گوش دادن، بینش نسبت به فرآیند ارتباط، و قاطعیت ارتباطی را فرا می‌گیرد. سوالات این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل امتیاز ممکن ۳۴ و حداکثر ۱۷۰ خواهد بود. نمره بین ۳۴ تا ۶۸ بیانگر مهارت‌های ارتباطی ضعیف است. نمره بین ۶۸ تا ۱۰۲ بیانگر مهارت‌های ارتباطی متوسط است. نمره بالاتر از ۱۰۲ بیانگر مهارت‌های ارتباطی بالا است. در پژوهش کوئین دام (۲۰۰۴) برای سنجش پایایی پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی، ابتدا با استفاده از روش آلفای کرنباخ، پایایی کل محاسبه شد که مقدار عددی آن برابر با ۰/۶۹ و حاکی از همسانی درونی قابل قبول و روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر۰/۸۳ این آزمون بود (مبینی و همکاران، ۱۴۰۲). پایایی این آزمون توسط حسین چاری و فداکار (۱۳۸۴) با استفاده از روش آلفای کرنباخ، برابر با ۰/۶۹ گزارش شد که حاکی از همسانی درونی آن است (حسین چاری و فداکار، ۱۳۸۴). همچنین یوسفی (۱۳۸۵) در پژوهشی، پایایی کل مقیاس مهارت‌های ارتباطی را با استفاده از آلفای کرنباخ برابر با ۰/۸۱ و با استفاده از روش دونیمه‌سازی، برابر با ۰/۷۷ گزارش کرد. همچنین برقراری روایی محتوایی آن طبق نظر متخصصان از نظر کیفی تایید گردید (یوسفی، ۱۳۸۵). مقدار آلفا برای این پرسشنامه در پژوهش حاضر۰/۷۱ بود.

پرسشنامه استاندارد همدلی (BES) [5]: نسخه اصلی مقیاس همدلی توسط جولیف و فارینگتون[6] ۲۰۰۶ تدوین شده است و دارای ۲۰ سوال و ۲ خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس عاطفی ـ هیجانی از ۱۱ سوال و خرده‌مقیاس شناختی از ۹ سوال تشکیل شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملا مخالفم) تا ۵ (کاملا موافقم) است حداقل امتیاز ممکن ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود. نمره بین ۲۰ تا ۳۳ بیانگر میزان همدلی در حد پایین، نمره بین۳۳ تا ۶۶ بیانگر میزان همدلی در حد متوسط و نمره

1 Tabachnick and Fidell
2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision
3 Communication Skills Inventory Jerabek
4 Queen Dame
5 Basic Empathy Scale
6 Joliffe and Farrington

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

بالاتر از ۶۶ میزان همدلی در حد بالا را نشان می دهد (جولیف و فارینگتون، ۲۰۰۶). آلبیرو[1] و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی، پایایی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۷ و برای ابعاد شناختی و عاطفی ۰/۷۴ و ۰/۸۶ محاسبه کردند. در ایران نیز جعفری و همکاران (۱۳۹۶) پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ بررسی و ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۸۴ برای بعد شناختی ۰/۷۴ و بعد عاطفی ۰/۸۷ بدست آمد. روایی همگرای مقیاس نیز از طریق همبستگی با مقیاس ارتباط با همسالان در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (یعقوبی و محمدی، ۱۴۰۰). میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۷۶٪ به دست آمد.

مقیاس کلی بهبود بالینی (CGI)[2]: اظهارات کلی بالینی CGI یکی از مهم‌ترین ابزارهای بالینی است که اخیرا برای کنترل و ردیابی روند درمان بیمار در حیطه‌های چندگانه بالینی در دسترس علاقمندان قرار گرفته است. این ابزار اولین بار توسط موسسه ملی سلامت روان در بیماری‌های روانی (۱۹۷۶)، ساخته شد. این مقیاس نسبت به تغییرات در شرایط بالینی حساس است و در فرهنگ‌های مختلف بطور موثر و کارآمد قابل استفاده می‌باشد. این ابزار به منظور اندازه‌گیری برنامه‌ها و اثرات درمان در مطالعات گوناگون بر روی بیماری‌های روانی مورد استفاده قرار گرفته است. دارای یک سوال با مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت است. پایایی این ابزار را برک[3] و همکاران (۲۰۰۷) با استفاده از آزمون های همتا با ضریب همبستگی ۰/۷۱ گزارش نموده است که این مقدار نشان از شدت همبستگی با آزمون های مشابه است (برک و همکاران، ۲۰۰۷). این پرسشنامه توسط شاره از طریق ترجمه و ترجمه‌ی مجدد به فارسی برگردانده شد که روایی محتوایی آن توسط روانشناسان بالینی و روان پزشکان مورد تایید قرار گرفت و در یک نمونه ۲۳ نفری از مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی پایایی آن به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ۹۱ /۰ به دست آمد (غلامی و شاره، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای این ابزار کسب گردید.

یافته ها

۹۰ نفر از مادران کودکان اتیسم شهر تهران در پژوهش حاضر شرکت کردند که ۲۲ نفر (۲۴/۴٪) از آن ها متارکه نموده و ۶۸ نفر (۷۵/۶٪) از آن ها متاهل بودند؛ میانگین گزارش شده برای سن مادران ۳۵/۴ سال با انحراف معیار ۴/۸ بود. جدول (۱) یافته‌های توصیفی عامل‌های مهارت‌های ارتباطی (توانایی دریافت با درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، نظم‌دهی به هیجانات، مهارت گوش دادن، بینش نسبت به فرآیند ارتباط، و قاطعیت ارتباطی)، همدلی (ابعاد عاطفی و شناختی) مادران و بهبودی کودکان را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	۱							
۲	۰/۷۸**							
۳	۰/۷۷**	۰/۸**						
۴	۰/۷۷**	۰/۸**	۰/۷۶**					
۵	۰/۷۵**	۰/۷۴**	۰/۷۴**	۰/۷۳**				
۶	۰/۷۵**	۰/۷۶**	۰/۷۸**	۰/۸۳**	۰/۷۲**			
۷	۰/۷۴**	۰/۸۳**	۰/۸**	۰/۷۹**	۰/۷۶**	۰/۹۱**		
۸	۰/۵۹**	۰/۵۹**	۰/۵۹**	۰/۶۵**	۰/۵۵**	۰/۶۵**	۰/۶**	
میانگین	۱۵/۳۴	۲۷/۴۳	۲۴/۱۱	۲۱/۴۵	۱۵/۵۷	۲۸/۷۶	۳۴/۴۷	۵/۲۸
انحراف استاندارد	۴	۷/۲۹	۶/۱۲	۵/۶۹	۴/۰۱	۷/۶	۸/۹۴	۱/۰۸
کجی	-۰/۰۴	-۰/۰۷	۰/۱۱	-۰/۱۶	۰/۲۱	-۰/۱	۰/۱۶	-۰/۲۷
کشیدگی	-۰/۴۴	-۰/۸۲	-۰/۹۴	-۱/۰۵	-۰/۵۶	-۰/۸۱	-۰/۹	-۰/۳۹

**p<۰/۰۱

1 Albiero
2 The Clinical Global Impressions
3 Berk

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

۱- قاطعیت، ۲- توانایی دریافت و درک پیام های کلامی و غیرکلامی، ۳- نظم دهی به هیجانات، ۴- مهارت گوش دادن، ۵- بینش نسبت به فرآیند ارتباط، ۶- بعد شناختی همدلی، ۷- بعد هیجانی همدلی، ۸- بهبودی کلی کودک

در جدول (۱)، نشان داده شد بین همگی متغیرهای جدول؛ قاطعیت، توانایی دریافت و درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، نظم‌دهی به هیجانات، مهارت گوش دادن، بینش نسبت به فرآیند ارتباط، بعد شناختی همدلی، بعد هیجانی همدلی، بهبودی کلی کودک رابطه مثبت و معنادار در سطح P <۰/۰۱ وجود دارد. بنابراین بررسی پیش‌بینی بهبودی کلی کودک بر اساس متغیرهای مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادر انجام شد.

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. مقدار سطح معناداری متغیرهای پژوهش یعنی توانایی دریافت با درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی (F=۰/۰۷ ، P>۰/۰۵)، نظم‌دهی به هیجانات (F=۰/۰۵ ، P>۰/۰۵) مهارت گوش دادن (F=۰/۰۸ ، P>۰/۰۵)، بینش نسبت به فرآیند ارتباط (F=۰/۰۷۲ ، P>۰/۰۵)، و قاطعیت ارتباطی (F=۰/۰۶۶ ، P>۰/۰۵)، بعد عاطفی هیجانی همدلی (F=۰/۰۴ ، P>۰/۰۵)، بعد شناختی همدلی (F=۰/۰۵۸ ، P>۰/۰۵) مادران و بهبودی کودکان (F=۰/۰۷ ، P>۰/۰۵)، همگی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود که حاکی از آن است که توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه نرمال است (P>۰/۰۵). مقادیر تلرانس و VIF برای بررسی پیش فرض عدم هم خطی متغیرهای مستقل در سطح قابل قبولی است. بر این اساس، مقادیر تلرانس به ترتیب برای زیرمقیاس‌های متغیر مهارت های ارتباطی؛ متغیرهای قاطعیت، ارسال و درک پیام، تنظیم عواطف، گوش دادن، بینش، و ابعاد متغیر همدلی؛ بعد عاطفی هیجانی و بعد شناختی آن به ترتیب برابر با ۰/۹۸، ۰/۹۹، ۰/۹۷، ۰/۹۶، ۰/۹۴، ۰/۹۷، و ۰/۹۳ بود که در سطح قابل پذیرشی هستند. همچنین، با توجه به این‌که عامل VIF برای زیرمقیاس‌های متغیر مهارت‌های ارتباطی؛ متغیرهای قاطعیت (۱/۰۲)، ارسال و درک پیام (۱/۰۳)، تنظیم عواطف (۱/۰۶)، گوش دادن (۱/۰۱)، بینش (۱/۰۵)، و ابعاد متغیر همدلی؛ بعد عاطفی هیجانی (۱) و بعد شناختی (۱/۰۱) پایین‌تر از ۲ بود، پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه تایید می‌گردد. آماره دوربین واتسون نیز ۱/۹۶ به‌دست آمده است. با توجه به این‌که مقدار آن به ۲ نزدیک است، می‌توان نتیجه گرفت که خودهمبستگی وجود ندارد. بر این اساس، به منظور پیش‌بینی بهبودی کلی کودکان مبتلا به طیف اتیسم توسط متغیرهای مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادران این کودکان، از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲، ۳، و ۴ گزارش گردید.

جدول۲. خلاصه مدل رگرسیون چندگانه متغیرهای پژوهش

شاخص های آماری متغیرهای وارد شده	R	R^2	Beta	خطای استاندارد برآورد
زیرمقیاس های مهارت های ارتباطی ابعاد همدلی	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۳۷	۰/۸۱

همان طور که در جدول (۲) مشاهده می شود تحلیل رگرسیون زیرمقیاس‌های متغیر مهارت ارتباطی (توانایی دریافت با درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، نظم‌دهی به هیجانات، مهارت گوش‌دادن، بینش نسبت به فرآیند ارتباط، و قاطعیت ارتباطی) و ابعاد همدلی (عاطفی هیجانی و شاختی)، با بهبودی کودک همبستگی چندگانه دارد، که مقدار ضریب همبستگی برابر با ۰/۶۸ است. با توجه به مقدار مجذور ضریب همبستگی که ضریب تعیین (R^2=۰/۴۶) نامیده می‌شود، حدود ۴۶ درصد تغییرات بهبودی کودک توسط زیرمقیاس‌های مهارت‌های ارتباطی و ابعاد همدلی مادران پیش‌بینی می‌شود.

جدول۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه زیرمقیاس‌های متغیر مهارت‌های ارتباطی و ابعاد همدلی مادران در پیش‌بینی بهبودی کودکان

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری
رگرسیون	۴۹/۸۵	۷	۶/۹	۱۰/۶	۰/۰۰۱
باقیمانده	۵۴/۶۳	۸۲	۰/۶۴		
کل	۱۰۴/۴۸	۸۹			

طبق جدول (۳)، تحلیل واریانس، اعتبار رگرسیون چندگانه را در پیش‌بینی بهبودی کودکان (P <۰/۰۰۱ و F=۱۰/۶) تایید می‌کند و نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بین یعنی مهارت‌های ارتباطی و همدلی توان پیش‌بینی بهبودی کودکان را دارند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

جدول۴. ضرایب رگرسیون عامل‌های متغیر پژوهش

شاخص‌های آماری	ضرایب غیراستاندارد		ضریب استاندارد	t	سطح معناداری
متغیر	ضریب رگرسیونی	خطای معیار	بتا		
مقدار ثابت	۲/۲۲	۰/۳۸		۵/۸۴	۰/۰۰۱
قاطعیت	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۱۵	۲/۱۸	۰/۰۴
ارسال و درک پیام	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۵۴	۳/۶۷	۰/۰۰۲
تنظیم عواطف	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۳۷	۳/۳۶	۰/۰۰۵
گوش دادن	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۲۷	۲/۵۹	۰/۰۱۹
بینش	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۳۵	۳/۲۸	۰/۰۰۷
بعد عاطفی هیجانی	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۳۱	۲/۹۱	۰/۰۰۹
بعد شناختی	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۲۵	۲/۳۵	۰/۰۲۸

طبق جدول (۴)، ارسال و درک پیام، تنظیم عواطف، بینش، بعد عاطفی هیجانی، گوش دادن، بعد شناختی، و قاطعیت با ضریب رگرسیونی به ترتیب برابر با (۰/۰۹، ۰/۰۷، ۰/۰۷، ۰/۰۶، ۰/۰۵، ۰/۰۵، ۰/۰۳) رابطه مثبت و معناداری با بهبودی دارند (P= ۰/۰۵)، طبق معادله رگرسیون، به ازای هر واحد که به ارسال و درک پیام، تنظیم عواطف، بینش، بعد عاطفی هیجانی، گوش دادن، بعد شناختی، و قاطعیت افزوده می‌شود به ترتیب (به میزان ۰/۰۹، ۰/۰۷، ۰/۰۷، ۰/۰۶، ۰/۰۵، ۰/۰۵، ۰/۰۳) افزایش می‌یابد. از بین متغیرهای پژوهش، ارسال و درک پیام (β=۰/۵۴، t=۳/۶۷) در پیش‌بینی بهبودی در رتبه اول و قاطعیت (β=۰/۱۵، t=۲/۱۸) در رتبه آخر قرار دارد. بنابراین فرضیه فوق پذیرفته شده و نتیجه گرفته می‌شود که مهارت‌های ارتباطی (ارسال و درک پیام، تنظیم عواطف، بینش، گوش‌دادن و قاطعیت) و همدلی (بعد عاطفی هیجانی و بعد شناختی) مادران توان پیش‌بینی بهبودی کودکان را دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی بهبودی کودکان مبتلا به طیف اتیسم بر اساس مهارت‌های ارتباطی و همدلی مادران بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که حدود ۴۶ درصد واریانس بهبودی کودکان توسط عامل‌های متغیر مهارت‌های ارتباطی (ارسال و درک پیام، تنظیم عواطف، بینش، گوش‌دادن و قاطعیت) و همدلی (بعد عاطفی هیجانی و بعد شناختی) مادران پیش‌بینی می شود. نتایج نشان داد که ارسال و درک پیام، تنظیم عواطف، بینش، گوش‌دادن، بعد عاطفی هیجانی، بعد شناختی و قاطعیت رابطه مثبت و معناداری با بهبودی کلی دارند. از بین متغیرهای پژوهش، ارسال و درک پیام در رتبه اول و قاطعیت در رتبه آخر قرار دارد. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که مهارت‌های ارتباطی (ارسال و درک پیام، تنظیم عواطف، بینش، گوش دادن و قاطعیت) و همدلی (بعد عاطفی هیجانی و بعد شناختی) مادران توان پیش‌بینی بهبودی کودکان مبتلا به طیف اتیسم را دارند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش آل بهبهانی و همکاران (۱۳۹۸)، باغبان وحیدی و همکاران (۱۳۹۶)، ابراهیماجیک و همکاران (۲۰۲۱)، چنگ و همکاران (۲۰۲۲)، کولاسینگه[1] و همکاران (۲۰۲۳)، ودینگتون و همکاران (۲۰۲۱) که بر نقش عوامل روان‌شناختی والدین بر بهبودی و پیشرفت کودکان مبتلا به طیف اتیسم تاکید دارند، پشتیبانی می‌شود.

در تبیین یافته‌های فوق لنجکر[2] و همکاران (۲۰۲۲)، نیز ارتباط والد با کودک را در تنظیم عواطف و رفتار کودک و رشد شناختی وی ضروری گزارش نمودند (لنجکر و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به اختلال در تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به عنوان عمده‌ترین مشکل این کودکان، می‌توان بیان داشت، مادران با مهارت اجتماعی بالا در برقراری ارتباط با فرزند خود عملکرد بهینه‌تری دارند. بدیهی است که ارتباط یک فرآیند دوطرفه و متقابل است. ارتباط مادر و کودک هم از این قاعده مستثنی نیست و همانند هر ارتباط دیگری، عملکرد طبیعی هر یک از طرفین بر کیفیت آن تاثیرگذار است. کیفیت رابطه مادر و کودک ضامن رشد طبیعی و برطرف شدن نیازهای فیزیولوژیکی، امنیتی، نیاز به محبت و ... کودک است. کودک مبتلا به طیف اتیسم نیز مانند هر کودک دیگری قبل از پیشرفت در درمان

1 Kulasinghe
2 Lanjekar

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

و بهبود علایم، نیازهایی دارد که می‌بایست توسط والدش برطرف گردد. او قادر به برقراری ارتباط چشمی و کلامی واضح و کافی نیست، انعطاف‌پذیری کافی در بازی و روابط را ندارد و ممکن است سر هر چیز قشقرق راه بیاندازد، این رفتارها علاوه بر اینکه نیازهای عاطفی متقابل مادر را طی انجام وظایف والدی تامین نمی‌کند، می‌تواند مادری که مهارت‌های ارتباطی ضعیفی دارد را در ارتباط با نیازهای کودکش سر در گم نیز بکند. ارضای صحیح و کافی نیازهای کودک مبتلا به طیف اتیسم، توسط مادری که مهارت‌های ارتباطی بالاتری دارد، محتمل‌تر است. رفات[1] و همکاران (۲۰۲۳)، در پژوهش خود عنوان می‌کنند، کودکان مبتلا به طیف اتیسم که نیازهای حمایتی بیش‌تری دارند در صورتی که به نیازهایشان رسیدگی شود و خدمات مناسب تر برنامه‌های درمانی نیز دریافت کنند، توانایی‌های لازم برای یک زندگی مستقل، دسترسی به شغل و زندگی بزرگسالانه موفق را توسعه خواهند داد (رفات و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین ارضای صحیح و به موقع نیازهای کودک به طور مستقیم و غیرمستقیم بر وضعیت روانی و فیزیولوژیکی کودک و به دنبال آن پیشرفت در درمان موثر است.

به طور معمول افرادی که در دوران کودکی و نوجوانی مراقبت و همدلی بیشتری را از جانب والدین خود تجربه می‌کنند، نسبت به فرزندانی که ارتباط صمیمی کمی با مراقبان خود داشتند، تمایل بیشتری به ابراز احساسات خود نسبت به دیگران دارند (پریرا و الیویا[2]، ۲۰۲۳). همچنین با توجه به تعریف همدلی، به عنوان توانایی درک جهان و سهیم شدن با تجربه های عاطفی دیگران، می‌توان بیان‌داشت، همدلی برای به وجود آمدن پیوندهای عاطفی بین مادر و کودک و بعدها بین همسالان و گروه‌های اجتماعی حیاتی است. درک حالات کودک، ابراز همدلی در دو بعد عاطفی و شناختی با وی از سوی مادر به منظور رشد طبیعی و تامین نیازهای روان شناختی کودک ضروری است. با توجه به تعریف همدلی در بعد شناختی، مبنی بر درک کردن یا خود را در جای دیگری قرار دادن یا دیدن جهان از نگاه او، به دور از رأی و قضاوت (دارابی، ۱۳۹۹)، و آموختنی بودن آن، وقتی مادر در ابراز همدلی شناختی با کودکان مبتلا به طیف اتیسم خود توانمندتر باشد، در مراقبت و آموزش وی با چالش کم‌تری روبرو می شود و عملکرد بهینه‌تری دارد. طبق تحقیقات همدلی و مهارت‌های ارتباطی قابل آموزش هستند، بنابراین مادری که سطح بالای چنین عوامل روان‌شناختی را داشته باشد، می‌تواند ادامه درمان را به صورت تمام وقت در منزل با کودک خود داشته باشد و از این جهت نیز می‌توان این نتایج را توجیه نمود.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های علوم انسانی، دارای محدودیت‌ها و مشکلاتی بوده است که تعمیم‌پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد. از جمله محدودیت‌های چشمگیر در پژوهش، حجم نمونه پایین، روش نمونه‌گیری هدفمند و استفاده از ابزار تک سوالی به منظور بررسی بهبودی کلی کودک بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی در صورت امکان از حجم نمونه بالاتر، روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و ابزارهای تخصصی دیگر به منظور بررسی بهبودی دقیق‌تر علایم طیف اتیسم استفاده گردد. همچنین پژوهش حاضر محدود به شهر تهران بود که تعمیم آن را به اکثریت جوامع دچار مشکل می‌کند بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش بر روی سایر جوامع نیز انجام شود. در رابطه با پیشنهادهای کاربردی پژوهش، طرح‌ریزی برنامه‌های درمانی جامع، سنجش عوامل روان‌شناختی مادران، برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزش همدلی و مهارت‌های ارتباطی برای مادران، و گنجاندن جلسات مشاوره توانبخشی خانواده حین درمان توصیه می‌گردد.

منابع

اکبری بیاتیانی، ز. (۱۳۹۷). اختلال طیف اتیسم از تشخیص تا درمان. *شفای خاتم*، ۶(۴)، ۱۰۱-۹۳. http://dx.doi.org/10.29252/shefa.6.4.93

آل بهبهانی، م؛ کیخسروانی، م؛ امینی، ن؛ نریمانی، م؛ و جامعی، ب. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی به مادران و لگودرمانی بر علائم اختلال اوتیسم در کودکان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۷)، ۱۱۲-۱۰۳.https://sid.ir/paper/369492/fa

باغبان وحیدی، م؛ حسین خانزاده، ع.ع؛ و ندائی، ن. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان مبتلا به اتیسم بر بهبود مهارت های اجتماعی این کودکان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷(۱۳)، ۴۴. http://jdisabilstud.org/article-1-627-fa.html

جعفری، م.ع؛ نوروزی، ز؛ و فولاچنگ، م. (۱۳۹۶). بررسی ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس همدلی اساسی: فرم فارسی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۲۵، ۳۸-۲۳. https://doi.org/10.22111/jeps.2017.3099

1 Rfat
2 Pereira & Oliva

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

چیمه، ن؛ پوراعتماد، ح.ر؛ و خرم آبادی، ر. (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک: یک پژوهش کیفی. *نشریه خانواده پژوهی*، ۳(۱۱)، ۷۰۷-۶۹۷. https://jfr.sbu.ac.ir/article_96980.html

حسین خانزاده، ع.ع؛ باغبان وحیدی، م؛ و ندائی، ن. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت های برقراری ارتباط مؤثر به مادران کودکان دارای اتیسم بر جو عاطفی، سازش پذیری و انسجام خانواده. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۶(۴)، ۵۰-۳۹.http://joec.ir/article-1-153-fa.html

دارابی، الف. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت های پیش ارتباطی بر مهارت های اجتماعی و همدلی در کودکان اتیسم با عملکرد بالا. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی*، دانشگاه علامه طباطبایی. https://ganj.irandoc.ac.ir/

ذوقی، ل؛ و مشهدی غلامعلی، ف. (۱۴۰۰). نقش ذهن آگاهی در رابطه بین مهارتهای ارتباطی با توانایی های شناختی، حل مسئله و آسایش روانشناختی در مادران دانش آموزان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم شهر تهران. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۱(۴۴)، ۱۱۵-۱۴۰. https://doi.org/10.22054/jpe.2022.62245.2348

رضایی، ر؛ وقار سیدین، س.ا؛ طاهری، ف؛ و نیک خواه بیدختی، ا. (۱۴۰۰). بررسی تاثیر آموزش مراقبت معنوی بر همدلی دانشجویان پرستاری. *مجله اخلاق پزشکی*، ۱۴(۴۵). ۱۱-۱. https://doi.org/10.22037/mej.v14i45.34313

زارعی، ا؛ میرزایی، م؛ و صادقی فرد، م. (۱۳۹۷). ارائه مدلی جهت تبیین نقش مهارت های ارتباطی و مهارت های حل مسئله در پیشگیری از آسیب های روانی و اجتماعی با میانجیگری تعارضات خانوادگی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۹(۳۵)، ۲۶-۱.https://doi.org/10.22054/qccpc.2018.28656.1737

سعیدنیا، س. (۱۳۹۳). بررسی رابطه هوش عاطفی و هوش اخلاقی با کیفیت زندگی: نقش واسطه ای همدلی. *پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز*، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. https://elmnet.ir/article/20109547

صادقی فیروزآبادی، ا؛ و رییسی، ز. (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی آموزش همدلی بر سرسختی روانشناختی و بخشش نوجوانان ناسازگار. *مجله مطالعات ناتوانی*، (۱۱)، ۱۶۰. http://dx.doi.org/10.29252/mejds.0.0.99

صادقی، م؛ و منیرپور، ن. (۱۴۰۱). پیش بینی اضطراب جدایی کودکان دبستانی بر اساس ساختار شخصیت و روابط موضوعی مادران. *رویش روان شناسی*، ۱۱(۸)، ۱۱۰-۱۰۳ http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.8.10.1

صمدی، س ع؛ و مک کانکی، ر. (۱۳۹۹). *اختلالات طیف اتیسم (چاپ چهارم)*. تهران: نشر دوران. شابک: ۹۷۸۶۰۰۶۲۰۸۸۱۷

عبداللهی بقرآبادی، ق؛ و کریمی، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خودشفقتی ذهن آگاهانه بر نشخوار فکری و اضطراب اجتماعی مادران دارای کودک اتیسم. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۸۱)، ۱۸۲-۱۷۳. http://frooyesh.ir/article-1-4200-fa.html

عرشی ها، م؛ لایق، خ؛ نوغانی، ف؛ صدقی گوی آقاج، ن؛ و تقوی لاریجانی، ت. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین هوش اخلاقی و مهارت های ارتباطی در دانشجویان پرستاری. *اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۹(۳)، ۵۴-۴۴. https://sid.ir/paper/135433/fa

غلامی، ز؛ و شاره، ح. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی بر مبنای روش های هوشیاری فراگیر انفصال در کاهش میل و احتمال مصرف افراد وابسته به مواد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۶)، ۳۱۷-۳۰۸. https://doi.org/10.22038/jfmh.2015.5474

قاسمی، م؛ فتح آبادی، ر.ا؛ موسوی، س.ب؛ و رضازاده، م. (۱۳۹۸). بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر مهارت ارتباطی مادران دانش آموزان با اختلال اتیسم. *همایش خانواده، اختلال اتیسم و چالش های همراه*، تهران. https://civilica.com/doc/918973

کاظمی، ف؛ و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش همدلی بر پایه بازی بر مهارت های ارتباطی و رفتارهای کلیشه ای دانش آموزان طیف اتیسم. *مطالعات روان شناختی*، ۱۵(۲)، ۴۰-۲۵. https://doi.org/10.22051/psy.2019.21266.1686

مبینی، م؛ تقی‌یار، ف؛ و پوردل، م. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب آوری و مهارت‌های ارتباطی نوجوانان پسر در دوران کرونا. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۵)، ۲۰۲-۱۹۳. https://frooyesh.ir/article-1-4222-en.html

موسوی، پ؛ خسروی، ز؛ و دهشیری، غ.ر. (۱۳۹۶). ساختار عاملی مدل همدلی براساس پرسشنامه بهره همدلی در یک نمونه بزرگسال ایرانی. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۱۹(۱)، ۹۰-۷۵. http://icssjournal.ir/article-1-556-fa.html

هالجین، ر؛ و کراس ویتبورن، س. (۲۰۰۶). *آسیب شناسی روانی، دیدگاه های بالینی درباره اختلالات روانی (چاپ سی ام)*، متن کامل جلد ۲و۱. ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۴۰۱). تهران: نشر روان. شابک: ۹۷۸۶۰۰۸۳۵۲۴۱۹

یعقوبی، ا؛ و محمدی، س. (۱۴۰۰). اثر انگیزه تعلق بر رفتار جامعه‌پسند: نقش میانجی همدلی و خودکارآمدی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۱(۴۲)، ۱۷-۳۴.https://doi.org/10.22034/spr.2021.260722.1607

یوسفی، ف. (۱۳۸۵). رابطه هوش هیجانی و مهارت های ارتباطی در دانشجویان. *روانشناسان ایرانی*، ۳(۹)، ۱۳۵- ۱۲۳. https://sid.ir/paper/101500/fa

Albiero, P., Matricardi, G., Speltri, D. & Tosa, D.(2009). The assessment of empathy in adolescence: a contribution to the Italian validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescene*, 32(2), 393-408. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.01.001

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision: DSM-5-TR™*. Washington, DC, American Psychiatric Association. ISBN: 9780890425756

Berk, M., Ng, F., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, Sh,. , Bernardo, M., & Trauer, T. (2008). The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *Journal of Evaluation in clinical practice,* 14, 979–983. https://adobeacrobat.app.link/Mhhs4GmNsxb, doi:10.1111/j.1365-2753.2007.00921.x

Cheng, W, M., Smith, T, B., Butler, M., Taylor, T, M., & Clayton, D. (2022). Effects of Parent-Implemented Interventions on Outcomes of Children with Autism: A Meta-Analysis, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, https://doi.org/10.1007/s10803-022-05688-8

Ibrahimagic, A., Patkovic, N., Radic, B., & Hadzic, S. (2021). Communication and Language Skills of Autistic Spectrum Disorders in Children and Their Parents' Emotions. *Mater Sociomed*, 33(4): 250-256. https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.250-256

Jollife, D. & Farrington, D. (2006). Development and validation of the basic empathy scale. *Journal of Adolescence*, 29 (4), 589-611. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010

Kulasinghe, K., Whittingham, K., Mitchell, A. E., & Boyd, R. N. (2023). Psychological interventions targeting mental health and the mother–child relationship in autism: Systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(3), 329-345. https://doi.org/10.1111/dmcn.15432

Kalra, R., Gupta,M., & Sharma, P. (2023). Recent advancement in interventions for autism spectrum disorder: A review, *Journal* of Neurorestoratology, 11(3). https://doi.org/10.1016/j.jnrt.2023.100068

Lanjekar, P. D., Joshi, S. H., Lanjekar, P. D., & Wagh, V. (2022). The Effect of Parenting and the Parent-Child Relationship on a Child's Cognitive Development: A Literature Review. *Cureus*, 14(10), e30574. https://doi.org/10.7759/cureus.30574

Mosalanejad, L., & Abdollahifar, S. (2020). An investigation of the empathy with patients and association with communicational skills and compliance of professional ethics in medical students of Jahrom University of Medical Sciences: a pilot study from the south of IRAN, *Future of medical education journal,* 10(1), 31-28. https://doi.org/10.22038/fmej.2020.41823.1280

Pereira, L.B., Oliva, A.D. (2023). How empathy, perceived parental care, and overprotection indexes are affected by participants' sex: investigating cultural differences. *Curr Psychol*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-04141-4

Rfat, M., Koçak, O. & Uzun, B. (2023). Parenting Challenges in Families of Children with a Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Research Study in Istanbul. *Glob Soc Welf* . https://doi.org/10.1007/s40609-023-00270-1

Shojaeian, N. (2022). The Theory of Mind Performance in School-Age children with Down syndrome and autism spectrum disorder. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 9(1), 28-19. https://doi.org/10.14198/DCN.20710

Waddington. H., van der Meer. L., Sigafoos. J. (2021). Supporting parents in the use of the early start Denver model as an intervention program for their young children with autism spectrum disorder. *Int J Dev Disabilities*. 67(1):23-36. https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1585694

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]