

بررسی میزان واکنش روانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم با کودکان عادی

زهرا شاکری نسب^۱

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

نویسنده مسئول:

زهرا شاکری نسب

شماره ۱۱ / بهار ۱۳۹۷ / ص ۳۲۵-۳۲۰

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی (سال چهارم)

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه واکنش روانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم با کودکان عادی بود. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. نمونه تحقیق شامل ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر از والدین دارای کودک با اختلال اتیسم و ۶۰ نفر از والدین دارای کودک عادی) بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پرسشنامه واکنش روانی و پرسشنامه سلامت اجتماعی بود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندراهه و آزمون t گروه‌های استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که بین واکنش روانی والدین دارای کودک اتیسم با کودکان عادی تفاوت معناداری وجود ندارد، بین سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم با کودکان عادی تفاوت معناداری وجود ندارد.

کلیدواژگان: جامعه‌پسندی، واکنش روانی، سلامت اجتماعی، اتیسم.

یکی از اختلالات عمده‌ایی که به عنوان اختلال نفوذ کننده رشد در DSM-V^۱ تعریف گردیده است، اتیسم یا درخودماندگی^۲ کودکی است. اتیسم یک اختلال رشد مغز است که به وسیله نقص در واکنش‌های اجتماعی و ارتباطات، رفتارهای تکراری و محدود، مشخص می شود که قبل از ۳ سالگی شروع می‌شوند. اتیسم روی بسیاری از قسمت‌های مغز اثر می‌گذارد که این اتفاقات هنوز درک نشده است. این بیماری نسبتاً نادر است، اما در سراسر جهان روی می‌دهد و فاقد الگوی مرتبط با طبقه اجتماعی یا پیشینه تحصیلی است. گمان نمی‌رود که این اختلال به خاطر رفتارهای سرپرست کودک ایجاد گردد و همچنین با اصول یادگیری رفتار نیز تبیین نمی‌شود (آرندت^۳، ۲۰۱۶). اتیسم تقریباً در ۴/۵ مورد از ۱۰۰۰۰ تولد زنده رخ می‌دهد. در بین کودکان اتیستیک، پسرها به نسبت ۳ یا ۴ به ۱ از دختران پیشی می‌گیرند. اتیسم با گوشه‌گیری شدید، کمبودهای نافذ در زبان، رفتار اجتماعی و توجه و بروز رفتارهای عجیب و غریب یا تکراری مشخص شده است. معمولاً اتیسم در بین سنین ۲ و ۵ سالگی تشخیص داده می‌شود (فومبون^۴، ۲۰۱۳). اتیستیک اغلب به عنوان کودکان آرام اشتباه گرفته می‌شوند، زیرا توقعات زیادی از والدین خود ندارند. بعد از نوزادی هیچ وابستگی نسبت به اشخاص نشان نداده، بر عکس به اشیا مکانیکی وابسته می‌شوند. این بیماری به وسیله مجموعه‌ای از علایم تشخیص داده می‌شود نه فقط یک علامت (فیلیپک^۵، ۲۰۱۴). باید گفت کودکان اتیستیک فاقد نیرو برای ارتباط‌اند، یعنی صحبت کردن را که یک کودک در مراحل اولیه رشد از طریق ایجاد اصوات شروع می‌کند و این مشکل برای والدین در اجتماع بر سازگاری اجتماعی می‌تواند اثر منفی بگذارد و روند سلامت اجتماعی آنان را مختل نماید (تارت^۶، ۲۰۱۴). فشارهای روانی متحمل شده در اثر داشتن کودک اتیسم میزان تطابق و سازگاری با این فشارها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و داشتن کودک اتیسم به لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان و منجر به بروز مشکلاتی در جامعه پسندی والدین می‌شود (بهرامی^۷، ۱۳۹۵). از طرفی باید گفت که والدین کودکان با اختلال اتیسم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند. این فشارها می‌تواند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضد اجتماعی، خودآسیب رسانی، حرکات کلیشه‌ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاص جسمانی کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد که بر واکنش روانی والدین اثر منفی بر جای می‌گذارد (گرینسپن^۸، ۲۰۱۵). وجود این کودکان باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، بر شغل والدین تأثیر منفی دارد و در مواردی باعث رها کردن کار توسط والدین به دلیل مسئولیت‌های زیاد در خانه که به خاطر مراقبت از فرزند اتیسم افزایش می‌یابد، می‌گردد. در این خانواده‌ها زندگی حول کودک اتیسم می‌چرخد. داشتن کودک اتیسم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود (هوبارت و اسمیت^۹، ۲۰۰۸). والدین کودکان مبتلا به اتیسم با مشکلات متعددی روبرو هستند و مشکلات متعدد شناختی-هیجانی و اجتماعی دارند. والدین این کودکان محدودیت‌هایی در زمینه اجتماعی و ارتباطی را با فرزندانشان تجربه می‌نمایند که می‌تواند بر سلامت اجتماعی اثر منفی بگذارد (اصغری‌نکاح و همکاران^{۱۰}، ۱۳۹۰). باید گفت این کودکان مشکلات و نقایصی در لبخند اجتماعی دارند و علاقه و گرایش ناچیز به چهره انسان‌ها دارند و معمولاً ناخوشایند هستند نسبت به برقراری تماس جسمی، نقص در ارتباط کلامی، محدودیت در دیدگاه گری، درک دیدگاه محدودیت در بازی مشارکتی از جمله محدودیت و نقایص این کودکان است که این مشکلات واکنش روانی شدیدی در خانواده ایجاد می‌کند و سلامت اجتماعی آنان را به مخاطره می‌اندازد (پرلوک، پرن دوئل و یونون^{۱۱}، ۲۰۱۱). مشکلات ارتباطی در کودکان در خودمانده از مهمترین اختلالات در روابط با والدین محسوب می‌شود که میزان کیفیت سلامت اجتماعی را کاهش می‌دهد (هنسون^{۱۲}، ۲۰۱۴). جدیدی فیکان و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی نشان دادند که بین مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان عادی در اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. علاوه بر این، مقایسه گروه‌ها نشان داد که مادرانی که فرزندی اتیسم دارند بیش از مادرانی که فرزند مبتلا به سندرم داون یا فلج مغزی دارند، اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند. بیرامی و همکاران (۱۳۹۲)

^۱- diagnostic and statistical manual of mental disorders^۲- autim^۳- Atndt^۴- Fombonne^۵- Filipek^۶- Tart^۷- Hobart and Smith^۸- Prelock & Pren Deville & Unwin^۹- Callahan & Henson

نشان دادند که، والدین کودکان اتیسم نسبت به والدین کودکان عادی از روان‌نژندی بالاتری برخوردارند. مدلسون^۱ و همکاران (۲۰۱۶) نتیجه گرفتند که مادران کودکان اتیسم سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مادران دارای کودک سالم هستند. دان^۲ و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که بین هوش معنوی، اضطراب و استرس والدین کودکان درخودمانده و سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد و تعیین شد والدین کودکان درخودمانده استرس و اضطراب بیشتری دارند. شور فن‌گائو و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش به این نتیجه رسیدند پدر و مادری که کودک مبتلا به اتیسم دارند از آسیب روانی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. دابروسکا و پیسولا (۲۰۱۰) نشان دادند که استرس در والدین کودکان مبتلا به اتیسم نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر است. در انتها باید گفت اتیسم یک بیماری پرچالش برای والدین این کودکان است و نیازمند درمان طولانی مدت است و این مشکلات توان والدین را دچار تزلزل می‌کند و همچنین بر ابعاد شناختی و اجتماعی که والدین تجربه می‌کنند تأثیر منفی می‌گذارد و با توجه به مشکلات این کودکان باید دید میزان جامعه‌پسندی، واکنش روانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم با کودکان عادی به چه شکل می‌باشد. بنابراین هدف این پژوهش، مقایسه میزان واکنش روانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم با کودکان عادی می‌باشد و این مسئله مدنظر می‌باشد که آیا، بین میزان واکنش روانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک عادی با والدین دارای کودک اتیسم تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

روش پژوهش:

روش پژوهش با توجه به هدف، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی والدین کودکان ۴ تا ۱۵ ساله دارای بیماری اتیسم و والدین دارای کودکان عادی شهرستان اهواز بود و نمونه پژوهش حاضر شامل، ۶۰ نفر از والدین کودکان دارای اتیسم و ۶۰ نفر از والدین دارای کودکان عادی شد که بصورت دردسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه سلامت اجتماعی: این پرسشنامه توسط صفاری نیا (۱۳۹۳) تهیه شده است و شامل ۲۸ گویه می‌باشد و نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ می‌باشد و حداقل و حداکثر نمرات بین ۲۸ تا ۱۴۰ می‌باشد (احمدزاده، ۱۳۹۵). احمدزاده در سال (۱۳۹۵) روایی پرسشنامه را از طریق همبسته کردن با پرسشنامه هوش اجتماعی ۰/۴۱ در ۰/۰۱ گزارش کرد و پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ بدست آورد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه سلامت اجتماعی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸): این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال است و توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) ابداع شد. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت است که به گزینه خیلی کمتر از همیشه نمره (۰)، کمتر از همیشه نمره (۱)، مثل همیشه نمره (۲) و بیشتر از همیشه نمره (۳) تعلق می‌گیرد. حداقل نمره پرسشنامه ۰ و حداکثر ۸۴ می‌باشد (ساعتچی و همکاران، ۱۳۹۰). چونگ و اسپیرز در پژوهشی حساسیت GHQ-۲۸ را مورد بررسی قرار دادند و نتایج حاصله نشان داد که در نمره برش ۲۳، حساسیت و ویژگی این پرسشنامه به ترتیب برابر ۸۶/۵ و ۸۲/۸ است (نعمت‌زاده، ۱۳۹۲). نعمت‌زاده (۱۳۹۲) اعتبار پرسشنامه را از طریق همبستگی با چک لیست سلامت روان ۰/۷۸ بدست آورد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین پایایی پرسشنامه را با روش های آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن-بران و ضریب تنصیف گاتمن نیز به ترتیب ۰/۹۷، ۹۰ و ۹۱ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

نتایج پژوهش

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار واکنش روانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم و عادی

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه	
۹/۷۷	۲۳/۵۷	۶۰	والدین کودکان عادی	واکنش روانی
۱۰/۴۳	۲۴/۰۹	۶۰	والدین کودکان اتیسم	
۸/۹۱	۹۵/۲۱	۶۰	والدین کودکان عادی	سلامت اجتماعی
۷/۰۹	۹۲/۸۵	۶۰	والدین کودکان اتیسم	

^۱ Medelsoon

^۲ Doan

جدول ۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌های متغیرهای پژوهش دو گروه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
واکنش روانی	۰/۶۵	۱	۱۱۸	۰/۵۸
سلامت اجتماعی	۱/۶۳	۱	۱۱۸	۰/۱۳

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون لوین در متغیرهای واکنش روانی و سلامت اجتماعی معنادار نمی‌باشد. بنابراین واریانس دو گروه در واکنش روانی و سلامت اجتماعی معنادار نیست در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود و صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌ها دو گروه در کلیه متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه تأیید گردید.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های واکنش روانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم و عادی

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	P	توان آماری
آزمون اثر پیلای	۰/۰۴	۲	۱۱۷	۱/۱۵	۰/۶۸	۰/۱۳
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۲	۱۱۷	۱/۱۵	۰/۶۸	۰/۱۳
آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۴	۲	۱۱۷	۱/۱۵	۰/۶۸	۰/۱۳
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۰۴	۲	۱۱۷	۱/۱۵	۰/۶۸	۰/۱۳

همانطوری که در جدول ۳ مشخص است، سطوح معناداری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین والدین دارای کودک با اختلال اتیسم و عادی از لحاظ هیچ یک از متغیرهای وابسته (واکنش روانی و سلامت اجتماعی) تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/68$) و $F=1/15$. به تعبیر دیگر بین میانگین دو گروه والدین کودکان عادی و والدین کودکان اتیسم در واکنش روانی و سلامت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۴: مقایسه واکنش روانی والدین دارای کودک اتیسم و عادی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	p
والدین کودکان عادی	۶۰	۹۷/۱۱	۹/۷۷	-۰/۳۶	۰/۷۱
والدین کودکان اتیسم	۶۰	۹۷/۷۸	۱۰/۴۳		

همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، مقدار t به‌دست‌آمده در این آزمون $-0/36$ می‌باشد که این مقدار با توجه به مقدار سطح معناداری جدول که برابر با $0/71$ است، در سطح مورد نظر پژوهش ($0/05$) معنی‌دار نیست. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید نمی‌شود، به تعبیر دیگر بین میانگین دو گروه والدین کودکان عادی و والدین کودکان اتیسم در واکنش روانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۵: مقایسه سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم و عادی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	p
والدین کودکان عادی	۶۰	۹۵/۲۱	۸/۹۱	۱/۶۰	۰/۱۱
والدین کودکان اتیسم	۶۰	۹۲/۸۵	۷/۰۹		

همان‌گونه که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، مقدار t به‌دست‌آمده در این آزمون $1/60$ می‌باشد که این مقدار با توجه به مقدار سطح معناداری جدول که برابر با $0/11$ است، در سطح مورد نظر پژوهش ($0/05$) معنی‌دار نیست. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید نمی‌شود، به تعبیر دیگر بین میانگین دو گروه والدین کودکان عادی و والدین کودکان اتیسم در سلامت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، شناسایی میزان واکنش روانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودک اتیسم با کودکان عادی بود. نتایج نشان داد که بین میانگین دو گروه والدین کودکان عادی و والدین کودکان اتیسم در واکنش روانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارند و بین میانگین دو گروه والدین کودکان عادی و والدین کودکان اتیسم در سلامت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارند. نتیجه حاصل شده با پژوهش‌های جدیدی فیکان و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی نشان دادند که بین مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان عادی در اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. علاوه بر این، مقایسه گروه‌ها نشان داد که مادرانی که فرزندی اتیسم دارند بیش از مادرانی که فرزند مبتلا به سندرم داون یا فلج مغزی دارند، اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند. بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که، والدین کودکان اتیسم نسبت به والدین کودکان عادی از روان‌نژندی بالاتری برخوردارند. مدلسون و همکاران (۲۰۱۶) نتیجه گرفتند که مادران کودکان اتیسم سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مادران دارای کودک سالم هستند. دان و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که بین هوش معنوی، اضطراب و استرس والدین کودکان درخودمانده و سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد و تعیین شد والدین کودکان درخودمانده استرس و اضطراب بیشتری دارند. شور فن‌گائو و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش به این نتیجه رسیدند پدر و مادری که کودک مبتلا به اتیسم دارند از آسیب روانی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. دابروسکا و پیسولا (۲۰۱۰) نشان دادند که استرس در والدین کودکان مبتلا به اتیسم نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر است، همسویی ندارد. در تبیین نتیجه این پژوهش می‌توان گفت کودکان مبتلا به اتیسم معمولاً بخاطر عدم موفقیت در فرایند اجتماعی، تعارضات و تنش عاطفی برای والدین خود سطح سلامت اجتماعی را کاهش می‌دهند و واکنش روانی این والدین دچار مشکل است. والدین این کودکان طبیعتاً به علت روبرو شده با چالش اجتماعی-شناختی، وضعیت سلامت اجتماعی کمتری باید داشته باشند اما در این پژوهش تعیین گردید که میزان سلامت اجتماعی و واکنش روانی آنان با والدین کودکان عادی تفاوتی ندارد. احتمالاً والدین دارای کودک اتیسم به دلیل ارتباط مناسبی که با کودک خود دارند و نیز آموزش‌های مناسبی که فرا گرفته‌اند، دچار غمگینی و استرس کمتری هستند، کنترل مناسبی در قبال مصائب و در رویارویی با مشکلات کودک دارا می‌باشند و والدین این کودکان همانند کودکان عادی نشان دادند که استرس و نشانه اضطراب ناشی از مشکلات را مناسب ادراک می‌کنند با وجود مصائب‌های فراوان در روابط خود با کودکانشان، رشد فردی و پذیرش، سلامت اجتماعی و واکنش روانی این والدین با هم تفاوتی ندارد و میزان انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی که از جمله شاخص‌های سلامت اجتماعی است در والدین هر دو گروه به یکسان است که عامل تحصیلات و آموزش مناسب در این راستا میان سلامت اجتماعی والدین کودکان عادی و کودکان اتیسم تفاوتی ایجاد نکند و می‌توان گفت احتمالاً مدیریت احساس ناراحتی، استرس و اضطراب باعث شده تفاوتی در واکنش روانی والدین ایجاد نشود. بنابراین باید گفت، بین میانگین دو گروه والدین کودکان عادی و والدین کودکان اتیسم در واکنش روانی و سلامت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و والدین دارای کودک اتیسم و عادی به یک میزان دارای واکنش روانی و سلامت اجتماعی هستند. در انتها باید گفت، کنترل وضعیت اقتصادی و طبقه اجتماعی والدین دارای کودکان اتیسم و عادی خارج از کنترل محقق بود و نمونه تحقیق محدود بود که در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود، ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب در جهت بهبود میزان سلامت اجتماعی و واکنش روانی برای والدین دارای کودک اتیسم اجرا شود، تا بتوان سطح کیفیت زندگی این والدین را در حد والدین عادی را حفظ و نیز ارتقا داد.

منابع

- احمدزاده، مهرداد. (۱۳۹۵). اثربخشی گفتار درمانی بر افزایش مهارت های اجتماع پذیری و سلامت اجتماعی در والدین دارای کودکان در خودمانده. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.
- اصغری نکاح، محسن؛ افروز، غلامعلی؛ بازرگان، عباس و شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۹۰). تاثیر مداخله درمانی عروسی بازی بر مهارت های ارتباطی کودکان در خودمانده. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳ (۱): ۴۲-۵۷.
- بیرامی، منصور؛ تورج هاشمی، رباب بشارت، یزدان موحدی؛ سجاد کوه پیما. (۱۳۹۲). بررسی مؤلفه های روان نژندی در والدین کودکان اتیسم، کم توان ذهنی و عادی شهر تبریز. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳، ۹: ۲۷-۱۷.
- جدیدی فیقان، مهناز، سهیلا صفری، سالار فرامرزی، سمیه جمالی پاقلعه، جدیدی فیقان، مریم. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت اجتماعی والدین دارای اتیسم. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۶، ۲: ۴۳-۵۲.
- نعمت زاده، زینب (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر سازگاری فردی_ اجتماعی و سلامت روان بیماران ایدزی غرب شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- Aerndet, C. (2016). A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomized controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1420-1430.
- Dabrowska, A. & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome, *Journal Intellect*, 54(3), 266-80.
- Dan, S., Cote, I., Gregoire, J.P., & Moisan, J. (2015). The Comparison between coping with stress and social health of parent of children with autism and normal. *Journal of Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 40, 757-768.
- Filiphc, M.D. (2014). Early intensive behavioral intervention for children with autism parental therapeutic self-efficacy. *Research in Developmental Disability*, 23: 332-341.
- Fombonne, E. (2013). Modern views of autism. *Can Journal Psychiatry* 48 (8): 503-5.
- Hobart HM, Smith W. (2008). Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents perspectives. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 33(1-2): 37-47.
- Greenspan S. (2015). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64, 850-857.
- Henson, M. (2014). Autism Spectrum Disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2013: 28, 285-295.
- Prelock, P.A., Prendeville, J., Unwin, G. (2011). Peer play interventions to support the social competence of children with autism spectrum disorders (ASD). *Semin Speech Lang*. 27(1): 32-46.
- Medelsoon, S., Nolsen, A. & Larn, A. (2016). The comparison of obsessive rumination and mental health of parent of children with autism and normal. *Journal of psychology health*, 64: 458-462.
- ShurFen, G. S. Chou, M. Chiang, H. Lee, J. Wong, C. Chou, W. & Wu, Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6 (1), 263-270.
- Taret, H. (2014). The effect of methods behavioral PRT therapy on the communicative skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 76(2): 113-120.