

بررسی اثر بخشی مداخلات روان‌شناختی و آموزشی کودک محور، خانواده محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اטיسم در زندگی واقعی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

نویسندگان: رویا چوپان زیده^{۱*}، سالار فرامرزی^۲، معصومه پیروز^۱ و فاطمه زیدآبادی^۱

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان.

۲. استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان.

*Email: Roya.chopan@yahoo.com

چکیده

اتیسم اختلالی با رفتارهای نابجا مانند رفتارهای کلیشه‌ای، نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی است. از طرفی خانواده نقش اساسی را در تضمین سلامت و رفاه کودکان بازی می‌کند، آموزش چگونه مواجه شدن با رفتارهای ناسازگارانه کودکان اتیسم به والدین حایز اهمیت است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی مداخلات روانشناختی خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در زندگی واقعی است. روش پژوهش آزمایش با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل است. از مراکز توان بخشی کودکان اتیسم شهر اصفهان، ۱۲ کودک اتیسم به همراه والدین آنها با نمونه گیری خوشه‌ای با توجه ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. برای اندازه‌گیری نشانه‌های کودکان اتیسم از مقیاس درجه بندی زندگی واقعی کودکان اتیسم استفاده شد. مدل مشاوره‌ای - آموزشی هورن بی برای مداخلات خانواده محور و از روش تحلیل کاربردی رفتار برای مداخلات کودک محور استفاده شد. تحلیل داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین نمرات ۳ گروه کودکان که تحت مداخلات روانشناختی خانواده محور کودک محور و ترکیبی قرار گرفتند و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p \leq 0/001$). بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت مداخلات خانواده محور، کودک محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم موثر است. مداخلات ترکیبی اثر بیشتری داشته‌اند.

کلیدواژه‌ها: مداخلات خانواده محور، مداخلات کودک محور، نشانه‌های اختلال اتیسم

دانشور
وختار

• دریافت مقاله: ۹۳/۶/۲۵

• پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۹

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-Second Year, No.12
Spring & Summer
2015*

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

مقدمه

اختلالات فراگیر رشدی، گروهی از اختلالات عصبی-رشدی هستند که در مقایسه با سایر اختلالات اجتماعی-عاطفی، اساس عصب شناختی تأیید شده و واضح تری دارند [۱]. این اختلالات با پنج تشخیص متفاوت شناخته می‌شوند که شامل اتیسم، آسپرگر، رت، اختلال از هم پاشیدگی دوران کودکی و اختلال نافذ رشد که به گونه‌ای دیگر مشخص شده است می‌باشد [۲]. اتیسم اختلالی مادال عمر می‌باشد [۳، ۴] و از جمله ویژگی‌های تشخیصی این اختلال نقص جدی و زود رس در ارتباط و اجتماعی بودن [۵، ۶] و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری است که این سه مورد از ویژگی‌های اصلی این اختلال هستند [۷، ۸]. نقص در رشد زبان از اولین نشانه‌هایی است که والدین این کودکان را به جستجو علت برمی‌انگیزد تقریباً بیشتر اشخاص مبتلا به اختلال در سرتاسر زندگیشان گنگ باقی می‌مانند و آن دسته که در نهایت صحبت می‌کنند صحبت کردن را برای مقاصد خود تحریکی مورد استفاده قرار می‌دهند. بیشتر این کودکان دارای معکوس سازی ضمیر در گفتار خود هستند، علاوه بر این آنها ناتوان در درک و فهم معانی و عواطف در کلمات و جملات هستند و هنگام صحبت کردن ریتم و تن صدای آنها ثابت و غیر عادی می‌باشد [۹]. از دیگر خصوصیات افراد مبتلا به اختلال اتیسم واکنش عاطفی نامناسب در موقعیت‌های اجتماعی خاص است. واکنش‌های عاطفی این افراد نسبت به اوضاع و احوال یکنواخت نامناسب است. این مشکل قبل از ۳۶ ماهگی شروع می‌شود و آغاز آن همواره قبل از ۳ سالگی است [۱۰].

اطلاعات متفاوتی در مورد میزان شیوع اختلال اتیسم وجود دارد. متوسط شیوع این اختلال را ۲۲ مورد در هر هزار نفر گزارش کرده‌اند. در ایران، در شهر اصفهان میزان شیوع در کودکان ۶ تا ۱۲ سال در شهر اصفهان ۱۲، ۱۵ در هر ۱۰۰۰۰ کودک بوده است [۱۱].

در مورد درمان این اختلال، هیچ روش منحصر به فردی وجود ندارد و تا کنون نیز داروی اختصاصی برای درمان قطعی آن معرفی نگردیده اما طبق تحقیقات انجام

شده از میان روش‌های درمانی، روش تحلیل کاربردی رفتار^۱، کاردرمانی، گفتار درمانی و ترکیبی از آنها توانسته بهبودی بیشتری در این کودکان به وجود آورد [۱۲]. روش تحلیل کاربردی رفتار یا مداخله درمانی با استفاده از تحلیل رفتار کاربردی با کاهش دادن نشانه‌های رفتاری و کمک به رشد کارکردهای تأخیر یافته، ابتدایی و رشد نیافته مانند زبان و مهارت‌های مراقبت از خود که بر اساس ارزیابی دقیق کودک، تهیه برنامه آموزشی ویژه و کار فشرده نفر به نفر توسط مربیان آموزش دیده و با استفاده از روش شرطی سازی کنشی یا اسکینری است که ابتدا با نام شیوه لوواس شناخته می‌شد که توانسته بود طی یک طرح تحقیقاتی دو ساله به نتایج مثبتی دست یابد. طرح لوواس اولین بار روی یک گروه ۱۹ نفره کودک و با دو گروه کنترل ۲۰ و ۲۱ نفره (هر سه گروه در سنین مقطع زیر دبستان) به مدت ۲ سال و با کار فشرده ۴۰ ساعت در هفته، به صورت نفر به نفر صورت گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد ۴۷ درصد از گروه تجربی با میانگین ۱۰۷، موفق به ورود به مدارس عادی شدند. تحقیق دیگری در پیگیری تحقیق لوواس توسط مک اکین^۲ در ۱۹۷۹ صورت گرفت و نتایج آن نشان داد تأثیر آموزش به روش تحلیل کاربردی رفتار پایدار است. در برنامه مداخله درمانی دانشگاه مرداک به سرپرستی برن برائر^۳ و لیچ^۳ که در مدت ۲۴ ماه با روش تحلیل کاربردی رفتار صورت گرفت افزایش مهارت‌ها، بهره هوش، زبان و رفتار اکتشافی و همچنین خود یاری و کاهش قشقرق به صورت بارزی توسط آزمون‌های استاندارد نمایان شد در حالی که در رفتارهای کلیشه‌ای تغییر چندانی بوجود نیامد [۳]. همچنین در تحقیقی دیگر که با ۱۱ جفت کودک مبتلا به اختلال اتیسم در دو گروه ۱۱ نفره (کنترل و آزمایشی) با روش تحلیل کاربردی رفتار انجام گردید، افزایش بهره هوش با آزمون‌های استاندارد را نشان داده شد. گرین در تحقیق خود به این نتیجه رسید که از میان

1. Applied Behavior Analysis

2. Mceachin

3. Braer & lich

والدین کودکان مستعد، نیاز به مهارت‌هایی دارند تا با نیازهای ویژه کودک به خوبی کنار بیایند و مداخله توانایی والدین برای اجرای برنامه‌های مربوط به فرزند خویش در خانه را افزایش داده و موجب کاهش استرس آنان شده که سلامت خانواده را تسهیل می‌کند. در این صورت والدین احساس فشار روحی کمتری در زندگی روزمره خود دارند احتمالاً توانایی بیشتری برای اختصاص منابع عاطفی، شناختی و فیزیکی خود در راستای کمک به کودکان خواهند داشت [۱۷].

«کمیته کودکان مبتلا به ناتوانی‌ها» در ۲۰۰۱، معتقد است که خانواده نقش اساسی را در تضمین سلامت و رفاه کودکان بازی می‌کند و به همین جهت در مداخلات سهم خانواده را نیز در نظر می‌گیرند. در مدل مداخله خانواده محور، هدف آموزش مستقیم والدین برای اصلاح رفتارهایشان جهت افزایش نتایج مثبت برای کودکان می‌باشد [۲۰]. پژوهش‌ها نشان داده اند آموزش والدین در طول جلسات مشارکت و همکاری، از استرس آنها می‌کاهد. در این مداخلات رویکرد اصلی کمک به خانواده‌هایی است که کودکان تاخیر در رشد دارند و به مشارکت دادن آنها در خدمات و حمایت از آنها در امر تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب بهترین خدمات تاکید دارد. سالش و پری^۲ در ۲۰۰۸ بیان می‌دارند که نگرش والدین نسبت به رویکرد مداخله ممکن است تاثیری روی تعهدات و اشتیاق آنها برای اجرای برنامه در خانه داشته باشد. بنابراین یک جز درمان آموزش مستقیم به والدین برای اصلاح رفتارهای فرزند پروری جهت افزایش پیامد مثبت برای کودکانشان می‌باشد [۱۷].

مک کنچی^۳ و همکارانش در ۲۰۰۵ در یک مطالعه نشان دادند که مداخلات خانواده محور به کاهش مشکلات رفتاری و افزایش تعداد واژگان و روابط اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در کودکان اتیسم می‌شود. در این مطالعه از استراتژی تسهیل‌سازی استفاده شد که به کمک آن والدین می‌توانند استرس خود را

روش‌های درمانی سه روش تحلیل کاربردی رفتار و یکپارچه سازی حسی و روش ویتامین درمانی درمیان خانواده‌ها بیشتر استفاده می‌شود [۱۳].

از طرف دیگر وجود کودک معلول برای خانواده می‌تواند چالش برانگیز باشد [۱۴]. با در نظر گرفتن اینکه اختلال یا بیماری یک عضو خانواده احتمالاً بر عملکرد سایرین نیز تا ثیر منفی گذاشته و از طرف دیگر می‌تواند ناشی از روابط نامطلوب با سایرین و بالاخص والدین باشد، فرد مشکل دار در واقع نشانه اشکال و اختلال در سیستم و کل اعضای خانواده خواهد بود [۱۵]. والدین این کودکان به علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودکان مشکلات فراوانی در نگهداری از کودک و مهارت‌های والدگری تجربه می‌کنند. اگر والدین احساس بی‌لیاقتی کنند، ناتوان شده و دچار استرس شدید و کاهش اعتماد به نفس می‌شوند و به تدریج به افسردگی و سایر مشکلات روانی مبتلا می‌شوند و این فشار روانی، توانایی آنها را برای کمک به کودک کاهش می‌دهد [۱۶]. بررسیها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلالهای گسترده اتیسم بیش از والدین کودکان با اختلالهای روان شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند [۱۷]. به طور کلی والدگری خود چالش برانگیز است و این چالش در بر خورد با کودک دارای اتیسم بیشتر خواهد شد [۱۸]. رفتارهای مشخصه اتیسم اغلب منجر به آسیب در روابط والد کودک و افزایش استرس در میان والدین این کودکان می‌شود [۱۹]. در برخی از این خانواده‌ها، چالش‌های روزانه و فشارهای ناشی از بزرگ کردن این کودک ممکن است تاثیرات منفی جبران ناپذیری ایجاد کند. احتمالاً برخی از افراد خانواده دچار بدبینی، خشم و اضطراب، گناه، فشار روحی، ناامیدی و یا افسردگی می‌گردند. هرچند ممکن است در بعضی از خانواده‌ها باعث تحمل سازنده و لذت بخش از زندگی شود. تجربه بالینی نشان می‌دهد والدینی که سطوح بالای از استرس را تجربه کردند ممکن است توانایی کمتری در خصوص حضور مطلوب در درمان کودکان داشته باشند. اطلاعات نشان می‌دهند والدین کودکان معلول و حتی

^۱. Committee on Children With Disabilities.

^۲. Solish

^۳. Macconchi

از یکسال حفظ کنند. در واقع عوامل محیطی و سلامت روان والدین با برنامه مداخله همبستگی دارد. کاردین^۴ ۲۰۰۱ که در رابطه با مداخلات ترکیبی خانواده محور و کودک محور به بررسی پرداخته است، اثر بخشی آن را روی کودکان بیش فعال ثمر بخش می‌داند. در زمینه مداخلات خانواده محور و همزمان با مداخلات کودک محور در اختلال اتیسم تحقیقات کمی صورت گرفته است. به همین دلیل محقق یا آگاهی از اهمیت نقش خانواده در کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم به پژوهش در این باب پرداخته است [۱۷].

همچنین از پژوهش‌های انجام گرفته چنین استنباط می‌شود که کودکان با اختلالات طیف اتیسم دارای تاخیر رشدی و مشکلاتی در ارتباط و گفتار و رفتارهای قالبی هستند. و از طرفی خانواده‌های این کودکان به دلیل این معلولیت بسیار آسیب پذیر شده اند و بسیاری از آنها اطلاعات کافی از این اختلال ندارند. در نتیجه مشکلات روحی ایجاد شده و عدم آگاهی ارتباط آنها با کودکانشان را خدشه دار کرده است. در حالی که تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهد مداخلاتی که هم کودک و هم خانواده وی را درگیر آموزش کند می‌تواند ثمربخش باشد و باعث رشد و شکوفایی توانایی بیشتر این کودکان گردد. در پژوهش‌های صورت گرفته این مطلب مشهود است که عمده مداخلات مستقیماً بر روی فرزندان بوده و والدین کمتر مورد توجه بوده اند. این در حالی است که والدین بخش مهمی از آموزش و درمان هستند. حال این سوال مطرح است که آیا مداخلات کودک محور و خانواده محور بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم موثر است؟ از طرفی اثر ترکیبی این مداخلات چگونه است؟ بنابراین هدف از این تحقیق مقایسه مداخلات کودک محور و خانواده محور و ترکیب این دو است. تلاش گردیده با این تحقیق درهایی امید بیشتری برای درمان اختلال اتیسم بر روی والدین و مربیان گرامی باز گردد.

کنترل کنند [۲۱]. این نتایج در یک مطالعه بزرگتر روی ۱۱۹ خانواده‌های کودک اتیسم تکرار شد. نتایج این تحقیق نیز از اثر بخشی مداخلات خانواده محور حمایت می‌کند. روت^۱ و همکاران در ۲۰۰۸ در یک مطالعه نشان دادند که مداخلات خانواده محور و آموزش به والدین کودکان اتیسم می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های اتیسم و کاهش هزینه‌ها صرفه جویی در هزینه‌ها شود. این برنامه حدود ۱۲ هفته که ۷۲ والد کودک اتیسم شرکت کردند به طول انجامید... در این مطالعه تکنیک‌های رفتاری به والدین آموزش داده می‌شد [۲۲]. مک فورد بارلو^۲ در سال ۲۰۰۴ یک مطالعه کیفی انجام دادند و در آن تاثیرات برنامه آموزش والدین را روی خانواده آزمون کردند [۲۳]. شرکت کنندگان که همگی زن بودند، افزایش احساس کفایت، کاهش احساس تنش روانی و افزایش فرمانبرداری کودک را گزارش دادند [۱۸].

همزمان با مداخلات کودک محور و آموزش خانواده آنها منجر می‌شود والدین خود را با وضعیت داشتن یک کودک معلول تطبیق دهند. کمک به خانواده‌ها جهت داشتن یک تعامل لذت بخش با کودک، عامل اصلی برای تسهیل رشد کودک در آینده است که به عنوان هدف مهم و مناسب مداخله به حساب می‌آید. فرامرزی در ۱۳۸۸ نشان داد که مداخلات بهنگام روانشناختی و آموزشی خانواده محور با استفاده از مدل هورن بی بر رشد حرکتی کودکان سندروم دان و سلامت روان والدین و رشد زبانی و رفتار سازشی این کودکان تاثیر مثبت دارد [۲۴، ۲۵]. در مطالعه صورت گرفته توسط سمیرا هادی ۱۳۹۰ نشان داده شد که مداخلات ترکیبی کودک محور و خانواده محور بر کاهش نشانه‌های بیش فعالی موثر بوده است. همچنین مک هامون و فورهند^۳ ۲۰۰۳ در تحقیق خود به بررسی اثربخشی مداخلات خانواده محور پرداخته است [۳]. در این مطالعه نشاد داده شد که در آنها یک چهارم از خانواده‌ها بهبودی‌های سریعی را نشان نداند و یک سوم از خانواده‌ها نتوانسه بودند بهبودی‌های ایجاد شده را بعد

¹.Ruth

². Mockford

³. Hamun & Furhand

⁴. Kardin

محقق با استفاده از پرسشنامه ارزیابی رفتارهای اتیستیک^۴- نداشتن اختلال همراه. از معیارهای ورود به پژوهش این بود که والدین در طول دوره مداخلات از هیچگونه مداخله روانشناختی برخوردار نبوده و فرزندان آنها نیز از خدمات آموزشی و روانشناختی استفاده نمایند. به علاوه والدین کودکان اتیسم از سواد کافی برخوردار باشند و برای شرکت خود و فرزندان خود در پژوهش کتبا ابراز تمایل نموده باشند.

ابزارهای پژوهش

۱. مصاحبه

که بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV-IR و توسط یک روانپزشک صورت گرفت.

۲. پرسشنامه Real Life Rating Scale for Children Autism

به منظور سنجش و اندازه گیری نشانه‌های کودکان اتیسم مقیاس درجه بندی زندگی واقعی کودکان اتیسم استفاده شد. این پرسشنامه توسط فرانک سی و هالتس و جان ون در انده^۲ در ۲۰۰۶ ساخته شد. مقیاس درجه بندی زندگی واقعی برای ارزیابی رفتارهای اتیستیک بیماران در موقعیت‌های طبیعی بدون تغییر یا محدودیت‌های تجربی می‌باشد. به طور ویژه برای ارزیابی پاسخ‌های کوتاه مدت به درمان و با آموزش سریع مشاهده کنندگان غیرحرفه‌ای تکمیل می‌شود [۲۶]. مقیاس درجه بندی زندگی واقعی بر روی ۵ خرده مقیاس شامل: حسی-حرکتی، روابط اجتماعی با مردم، پاسخ عاطفی، پاسخ حسی و زبان می‌باشد. این مقیاس شامل ۴۷ سؤال است که در یک مقیاس ۴ امتیازی پاسخ‌های: هرگز، به ندرت، خیلی اوقات و اغلب همیشه درجه بندی شده است. پایایی مقیاس درجه بندی زندگی واقعی کودکان اتیسم همبستگی ارزیابی‌های ۴۷ سؤال در میان ارزیابان ناآزموده ۰/۴۴ و در میان ارزیابان باتجربه ۰/۷۰ بود. از نظر روایی خرده مقیاس‌های مقیاس درجه بندی زندگی واقعی به طور معنی‌داری با رفتارهای اتیستیک گزارش شده توسط متخصص بالینی

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. متغیر مستقل مداخلات خانواده محور و ترکیبی است و متغیر وابسته نمرات پس از آزمون مقیاس درجه بندی پرسشنامه زندگی واقعی می‌باشد.

آزمودنی

جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان مبتلا به اختلال اتیسم شهر اصفهان تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای است ابتدا با روش خوشه‌ای از بین ۳ مرکز توان بخشی کودکان اتیسم شهر اصفهان مرکز یاوران زینب انتخاب شد و سپس به صورت تصادفی ۱۲ نفر از ۴۰ کودکان اتیسم به همراه والدین آنها انتخاب گردید. نمونه‌ها در ۴ گروه ۳ نفری قرار گرفتند (۳ گروه آزمایش و یک گروه کنترل). مطابق با برنامه آموزشی تحلیل کاربردی رفتار و مدل هورن بی طی سه ماه اجرا گردید. برای آموزش کودکان و والدین از ۴ نفر کارشناس روانشناسی کمک گرفته شد که در طی چند جلسه توسط یک دکتری روانشناسی و کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی که مجری طرح بودند آموزش لازم را دیده و با یکدیگر کاملاً هماهنگ شدند. هم‌چنین در پایان هر جلسه‌ی آموزش، برای والدین تکالیفی برای انجام تمرینات داده می‌شد. پرسشنامه زندگی واقعی کودکان توسط والدین پاسخ داده شد و سپس بر روی گروه آزمایش متغیر مستقل (مداخلات خانواده محور، مداخلات کودک محور، ترکیبی) اعمال گردید. ضمناً نتایج آماری نشان داد که حجم نمونه کافی می‌باشد. ملاک انتخاب نمونه این کودکان از این قرار بود ۱- ثبت نام در مرکز بازپروری کودکان اتیسم ۲- داشتن ملاک ارزیابی سندروم اتیسم مطابق با نظر انجمن روانپزشکی امریکا^۱ که با تشخیص روان‌پزشک مرکز انجام شده است. ۳- ارزیابی

^۲. Verhulst & Ende

^۱. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

همبسته بود، به استثنای مقیاس حسی- حرکتی که به اندازه‌گیری‌های دیگر هم‌تا نبود. در این پژوهش با روش آلفای کرونباخ پایایی مقیاس به دست آمد (۰/۵۶) و نیز روایی آن توسط متخصص مورد تایید قرار گرفت. پس از مراجعه به مراکزی که به صورت تصادفی انتخاب شده بود، سپس ۱۲ نفر از کودکان اتیسم که توسط روانشناس و روانپزشک مورد تایید قرار گرفته بودند انتخاب شدند و پرسشنامه مقیاس درجه بندی زندگی واقعی بین مادران این کودکان اتیسم توزیع شد. نمونه مورد نظر به صورت تصادفی در ۴ گروه ۳ نفری گمارده شدند (۳ گروه آزمایش و یک گروه کنترل). و بر روی گروه‌های آزمایش متغیر مستقل (مداخلات خانواده محور، مداخلات کودک محور و مداخلات ترکیبی) اعمال گردید.

شیوه اجرای پژوهش

مداخلات کودک محور: روش تحلیل کاربردی رفتار در سال ۱۹۶۰ توسط لوواس ارائه شد. این روش از اصول کلی رفتار درمانی و از دیدگاه‌ها و برنامه‌های تغییر رفتار اسکینر گرفته شده است که برای آموزش مهارت‌های اجتماعی، گفتار و افزایش قوای حسی حرکتی، مهارت‌های خودیاری، افزایش شناخت این کودکان استفاده شد. در این روش که توسط مربیان آموزش دیده با بیشترین ساعت کار ممکن در هفته (۳۰ تا ۴۰ ساعت) صورت می‌گیرد هر رفتاری جز به جز به کودک داده می‌شد شامل ۱ دستور به کودک، یک عمل از طرف کودک و یک عکس العمل از طرف درمانگر می‌باشد. هر کار و مهارت جدید به قسمت‌های کوچکتری تقسیم می‌شود. هرگاه کار خواسته شده به درستی انجام می‌شد، کودک مورد تشویق قرار می‌گرفت تا در کودک انگیزه تکرار و فرمانبری صورت گیرد. در این روش با کمک مربی و والدین کودک اتیسم با توجه به کتاب روش‌های تغییر رفتار دکتر آشتیانی فهرستی از لیست تقویت‌ها تهیه شد. تقویت‌های نخستین مثل غذا، بیسکویت، میوه استفاده شد که فوراً پس از هر عمل درست کودک به وی داده می‌شد. از روش یکپارچگی

خلاصه مباحث برنامه آموزشی مداخله کودک محور:

جلسه اول: با استفاده از مصاحبه با والدین و مربیان گرفتن شرح و حال و ارزیابی توانایی کودکان (گفتار، حرکات کلیشه‌ای، ادراک حرکتی، روابط اجتماعی) مشکلات هر کودک شناخته شد و خط پایه بر اساس نشانه‌ها و شدت آنها برای هر کودک در نظر گرفته شد.

جلسه دوم: بر اساس مراحل رشد گفتاری ابتدا مصوت‌ها با کودک تمرین شد و بعد حروف الفبا و بعد از این که مطمئن شدیم کودک می‌تواند حروف را بیان کند کلمات ۲ حرفی و سپس ۳ حرفی از کودک خواسته شد تا بیان کند.

جلسه سوم: به مهارت‌های اجتماعی پرداخته شد و زمانی که تماس چشمی مناسب برقرار شد ابتدا مربی خود شروع به سلام احوال پرسی با کودک و یکی دیگر از اعضای خانواده می‌پردازد کودک تقلید می‌کرد اگر درست انجام می‌داد تقویت دریافت می‌نمود. به تدریج از نشانه‌های کمک کننده کاسته می‌شد.

جلسه چهارم: علاوه بر انجام تمرین‌های قبلی در مورد گفتار زبان در سطح پیشرفته تر آموزش داده شد به طوری که کودک بتواند جملات ۲ و ۳ و بعداً ۴ و ۵ کلمه ای را

از مداخله آموزشی برگزاری جلسات آموزشی برای والدین در زمینه شناخت ویژگی‌های کودکان با اختلال اتیسم و آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، خودیاری، کاهش حرکات کلیشه ای بود. برای مداخله خانواده محور ابتدا یک جلسه مشاوره فردی و ۲ جلسه گروهی به والدین داده شد و سپس ۸ جلسه آموزشی به میزان ۲ الی ۳ ساعت (۱ جلسه) در هفته برای والدین در نظر گرفته شد.

مشاوره فردی: در جلسات مشاوره فردی، یکی از والدین و یا هر دو نفر حضور داشته و محور جلسه مشاوره، با توجه به مواردی که والدین مطرح می‌نمودند، تعیین می‌گردید و در مجموع پیرامون این موارد بود: چگونگی ارتباط با کودک و سایر فرزندان، روش برخورد با مشکلات خاص کودک مبتلا و سایر فرزندان، مشکلات ارتباطی همسران با هم، مسایل خاص و ویژه کودک مبتلا در زمینه‌های درمانی، توان بخشی و...

مشاوره گروهی: برای کل خانواده‌ها در ۲ جلسه برگزار شد، موضوع این جلسات تا حدی از قبل پیش بینی شده بود، ولی از انعطاف لازم برخوردار بود. در این جلسات، مشاور نقش رهبری جلسه را بر عهده داشت تا والدین به یک جمع بندی و اتفاق نظر برسند. مراحل بدین شرح بود: ابتدا موضوع مطرح می‌شد و سپس از والدین خواسته می‌شد تا بدون خود سانسوری احساسات خود را بیان کنند و از آنها خواسته می‌شد تا احساسات اعضای دیگر گروه را بشنوند و به یکدیگر احترام گذارند. و در آخر هم مشاور به جمع بندی نظرات والدین اقدام می‌نمود و نتایج جلسه را در یک یا چند جمله کوتاه خلاصه می‌کرد. موضوع جلسات عبارت بود از مشکلات خانواده در رابطه با فرد معلول، نقش پدران و مادران در فرآیند پذیرش معلولیت، تجربیات نقش پدران و مادران در فرآیند پذیرش معلولیت، تجربیات والدین در رابطه با تغذیه و بهداشت فرزندان، مسایل مربوط به خواهران و برادران فرد مبتلا، مشارکت خانواده در فعالیت‌های اجتماعی.

خلاصه ی جلسه‌های مداخلات آموزش خانواده محور که بر روی والدین در ۸ جلسه اجرا شد به شرح زیر

کامل بگوید(این بخش با حضور گفتار درمان مرکز و نظارت ایشان انجام شد). جلسه پنجم: در این جلسه کودک آن چه را که در طی این جلسات با مربی آموخته تعمیم می‌دهد و با دیگر اعضای خانواده تمرین می‌کند.

جلسه ششم: ارزیابی توانایی کودک و بررسی تغییرات وی از جلسه اول تا کنون و آگاهی از روند آموزش کودک.

جلسه هفتم: در این جلسه بر توانایی حرکتی کودک متمرکز شدیم و آموزش جهیدن برای افزایش انعطاف پذیری بدن کودک صورت گرفت.

جلسه هشتم: ادامه جلسه قبل و آموزش هدف گیری و پرتاب توپ که کیسه‌های رنگی ماش و عدس در ابعاد ۱۰*۱۵ سانتی متر در اختیار کودک قرار داده شد و کودک باید از فاصله ۲ متری آن‌ها را به دایره روی دیوار پرتاب کند که برای هماهنگی چشم و دست بسیار مفید است.

جلسه نهم: ایجاد یکپارچگی حسی و توازن تعادل در محیط خود با استفاده از الکلنگ، تاب و تخته تعادل که در زمان‌های متفاوتی انجام میگیرد.

جلسه دهم: در این جلسه بر حواس مختلف با افزایش و صحت پردازش حس لامسه با لمس فشاری به صورت آرام و شدید، لمس مویی به صورت آرام و شدید، لمس تحریک سرد و گرم، کار کردن با اسفنج خشک و خیس و افزایش حس بینایی و شنوایی با استفاده از نور چراغ قوه و بازتاب نور در آینه متمرکز شدیم. همچنین تحریک شنوایی با نوار موسیقی و با استفاده از صداهای محیطی به صورت طبیعی و یا مصنوعی صورت گرفت.

برنامه درمانی خانواده محور (براساس مدل هورن بی): مداخلات خانواده محور بر اساس مدل مشاوره ای هورن بی^۱ در ۱۹۵۵ به صورت فردی و گروهی طراحی شد. این مدل شامل دیدگاه ۳ مرحله ای مشاوره مرکب از مراحل گوش کردن، درک کردن و طرح ریزی برای عمل است. در این مدل به اهمیت کار گروهی با والدین در قالب مشاوره گروهی و آموزش والدین توجه شده است. منظور

^۱.Horenbi

است:

روش ترکیبی (خانواده محور - کودک محور): در این روش کودکان مبتلا به اختلال اتیسم و والدین آنها هم زمان تحت مداخله (روش تحلیل کاربردی رفتار، مداخله آموزشی خانواده محور بر اساس مدل هورن بی) قرار می‌گیرند. در این روش کودکان تحت ۳ مربی آموزش دیده در زمینه روش تحلیل کاربردی رفتار و والدین این کودکان تحت مداخله آموزشی خانواده محور هورن بی در ۱۰ جلسه درمانی به میزان ۱ تا ۲ ساعت هر هفته دو جلسه قرار گرفتند. پژوهشگران جلسات آموزشی را شروع کرده و در پایان هر جلسه به دانش آموزان و والدین تمریناتی در مورد آن جلسه داده می‌شد. که در خانه انجام دهند. سپس در جلسه بعدی مورد ارزیابی و بررسی قرار می‌گرفت. بعد از پایان جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل پس از آزمون پرسشنامه زندگی واقعی کودکان اتیسم اجرا شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار استنباطی استفاده شده است. با توجه به طرح تحقیق و با توجه به نوع فرضیه و داده‌های به دست آمده، روش تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) مورد استفاده قرار گرفت. و از نرم افزار آماری spss برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

نتایج

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل نشان‌های رفتاری را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود نمرات پس آزمون نشان ای رفتاری کودکان اتیسم کاهش یافته است.

جلسه اول: آشنایی با روش درمانی، در این - جلسه ابتدا ضمن برقراری ارتباط با والدین، هدف و ضرورت برنامه برای آنها توضیح داده شد. هم چنین در مورد برگزاری جلسات و چگونگی اجرای برنامه و زمان بندی آن نیز توضیحاتی داده شد. سپس پیش آزمون توسط والدین کامل شد.

جلسه دوم: بررسی و ارزیابی مشکلات. در این جلسه به بررسی میزان آشنایی والدین با مشکلات کودکان اتیسم و این که آنها از کدام مشکل و نشانه کودک اتیسم خود بیشتر رنج می‌برند پرداخته شد.

جلسه سوم: ادامه جلسه دوم، در این جلسه با ویژگی‌های ارتباطی کودکان اتیسم آشنا شدند و به کمک والدین و فرد آموزش دیده بنا بر نیاز هر کودک در این رابطه با کمک والدین برنامه درمانی طرحریزی شد.

جلسه چهارم: در این جلسه در مورد مسایل اجتماعی کودکان اتیسم با والدین گفتگو شد و آموزش لازم در این رابطه با والدین صورت گرفت.

جلسه پنجم: در این جلسه والدین ضمن آشنایی با ویژگی‌های حسی و عاطفی کودکان با اختلال اتیسم، آموزش لازم در این زمینه را دیدند.

جلسه ششم: آشنایی با ویژگی‌های حرکتی کودکان با اختلال اتیسم و ارائه برنامه درمانی در این زمینه به والدین.

جلسه هفتم: چگونگی برقراری رابطه با کودک و ارائه راهکارها برای افزایش روابط اجتماعی و برانگیختن واکنش‌های عاطفی کودک.

جلسه هشتم: در این جلسه به چگونگی ارتباط والدین با گفتار درمان و کاردرمان و روانشناس و مربی کودک اتیسم پرداخته شد.

جدول ۱: ویژگی جمعیت شناختی کودکان اتیسم

| گروه کنترل | | گروه آزمایشی ۳ | | گروه آزمایشی ۲ | | گروه آزمایشی ۱ | | متغیرها | |
|------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|---------|-----|
| درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | | |
| ۳۳/۴ | ۱ | ۶۶/۷ | ۲ | ۳۳/۴ | ۱ | ۶۶/۷ | ۲ | دختر | جنس |
| ۶۶/۷ | ۲ | ۳۳/۴ | ۱ | ۶۶/۷ | ۲ | ۳۳/۴ | ۱ | پسر | |
| ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ | ۱ | ۱۰ تا ۷ | سن |

بررسی اثر بخشی مداخلات روانشناختی و آموزشی کودک محور، خانواده محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در زندگی واقعی

| | | | | | | | | |
|------|---|------|---|------|---|------|---|------|
| ۶۶/۷ | ۲ | ۶۶/۷ | ۲ | ۶۶/۷ | ۲ | ۶۶/۷ | ۲ | ۱۴۱۰ |
|------|---|------|---|------|---|------|---|------|

جدول ۲: ویژگی جمعیت شناختی والدین کودکان اتیسم

| متغیرها | | گروه آزمایشی ۱ | | گروه آزمایشی ۲ | | گروه آزمایشی ۳ | | گروه کنترل |
|------------|----------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|------------|
| | | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| سن | ۳۰-۴۰ | ۶۶/۷ | ۲ | ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ |
| | ۴۰-۵۰ | ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ | ۱ | ۶۶/۷ | ۲ | ۳۳/۴ |
| | ۵۰ | ۰ | ۰ | ۳۳/۴ | ۱ | ۰ | ۰ | ۳۳/۴ |
| وضعیت شغلی | شاغل | ۱۰۰ | ۳ | ۶۶/۷ | ۲ | ۶۶/۷ | ۳ | ۶۶/۷ |
| | بیکار | ۰ | ۰ | ۳۳/۴ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ |
| تحصیلات | راهنمایی | ۳۳/۴ | ۱ | ۶۶/۷ | ۲ | ۳۳/۴ | ۱ | ۰ |
| | دیپلم | ۳۳/۴ | ۱ | ۰ | ۰ | ۳۳/۴ | ۱ | ۶۶/۷ |
| | لیسانس | ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ | ۱ | ۳۳/۴ |

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشان ای رفتاری کودکان اتیسم در گروه آزمایش و کنترل

| پیش آزمون | | پس آزمون | | |
|-----------|------|----------|------|----------------------|
| ۷۱ | ۱ | ۶۷/۶۶ | ۰/۵۷ | مداخلات کودک محور |
| ۵۸/۶۶ | ۸/۷۳ | ۴۸/۳۳ | ۹/۰۷ | مداخلات خانواده محور |
| ۵۸/۳۳ | ۷/۲۳ | ۴۴ | ۷ | مداخلات ترکیبی |
| ۶۶/۳۳ | ۵/۵۰ | ۶۵/۶۶ | ۴/۹۳ | کنترل |

جدول ۴: نتایج آزمون لوین برای تساوی واریانس نشان‌های رفتاری کودکان اتیسم

| F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|------|--------------|--------------|--------------|
| ۴/۲۹ | ۳ | ۸ | ۰/۰۶۷ |

نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که شرایط همسانی واریانس‌ها بین گروه‌ها برقرار می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) گروه آزمایش کنترل در نمرات پس آزمون نشانه‌های رفتاری کودکان اتیسم

| شاخص آماری | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذورات | توان آزمون |
|------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|---------|------------|
| پیش آزمون | ۲۸۶/۲۷ | ۱ | ۲۸۶/۲۷ | ۷۷/۸۸ | ۸۹/۰ | ۰/۰۱ | ۰/۰۵۹ |
| گروه | ۲۴۸/۴۵ | ۳ | ۸۲/۸۱ | ۳۵/۵۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| خطا | ۲۵/۷۲ | ۷ | ۳/۶۷ | | | | |

(پرسشنامه مقیاس درجه‌بندی زندگی واقعی کودکان اتیسم) مربوط به مداخلات بوده است. همچنین توان آماری ۱۰۰ درصد می‌باشد (نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه).

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین آموزش‌های کودک محور، خانواده محور و ترکیبی با گروه کنترل وجود دارد. همچنین نتایج این جدول

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، بین مداخلات خانواده محور، کودک محور، ترکیبی و کنترل، در کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان اتیسم تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p \leq 0/001$). میزان تاثیر ۹۰ درصد بوده‌است. یعنی ۹۰ درصد از واریانس پس آزمون

نشان می‌دهد از بین روش‌های مداخله صورت گرفته موثرترین روش، روش ترکیبی می‌باشد.

جدول ۶: نتایج آزمون توکی تفاوت نمرات نشانه‌های رفتاری آزمودنی‌ها در گروه‌های زوج

| سطح معناداری | تفاوت میانگین I-J | گروه I گروه | |
|--------------|-------------------|--------------|--------------|
| | | خانواده محور | کودک محور |
| ۰/۰۶ | ۱۵/۳۳ | ترکیبی | کنترل |
| ۰/۰۱ | ۲۰/۶۶ | کنترل | کنترل |
| ۰/۰۹ | -۱ | کنترل | کنترل |
| ۰/۰۶ | ۱۵/۳۳ | کودک محور | خانواده محور |
| ۰/۷۲ | ۵/۳۳ | ترکیبی | کنترل |
| ۰/۰۵ | ۱۶/۳۳ | کنترل | کنترل |
| ۰/۰۱ | -۲۰/۶۶ | کودک محور | کودک محور |
| ۰/۷۲ | -۵/۳۳ | خانواده محور | کنترل |
| ۰/۰۱ | -۲۱/۶۶ | کنترل | کنترل |
| ۰/۰۹ | ۱ | کودک محور | کودک محور |
| ۰/۰۵ | ۱۶/۳۳ | خانواده محور | ترکیبی |
| ۰/۰۱ | ۲۱/۶۶ | ترکیبی | کنترل |

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. این امر نشان دهنده این موضوع است که مداخلات روانشناختی خانواده محور، کودک محور، و ترکیب این دو مداخله بر کاهش نشانه‌های ایتسم در زندگی واقعی تاثیر مثبت دارد. و همچنین مداخلات ترکیبی و خانواده محور اثربخشی بیشتری داشتند. استرس تجربه شده توسط والدین زمانی که کودک آنها ایتسم تشخیص داده می‌شود منجر به یاس و احساس منفی در آنها می‌شود. استرس والدین موجب کاهش تعامل و رفتارهای وسواس گونه با کودک ایتسم می‌شود. واکاوی ۲۰۰۶ بیان می‌کند والدینی که این اختلال را بزرگ می‌کنند، اندوخته عاطفی و احساسی پایین دارند. در پژوهشی دیگر در همین راستا میزان تنش فزاینده والدین را مورد بررسی قرار داده و معتقدند این تنش‌ها به طور منفی بر رابطه والدین - فرزندان تاثیر می‌گذارد. ملک پور در [۲۶] نیز به عکس العمل‌های اولیه والدین نسبت به معلولیت توجه نموده و بیان می‌کند

که اندوه از جمله عکس العمل‌های والدین است که حتی گذشت زمان نیز کم تر در تخفیف دادن آن تاثیر دارد. با بررسی تحقیقات در داخل و خارج از کشور ملاحظه می‌شود والدین کودکان ایتسم استرس بیشتری نسبت به پدر و مادر اختلال‌های دیگر تجربه می‌کنند. از طرفی دیگر مداخلات انجام شده تاکنون حاکی از تاثیر مداخلات کودک محور و خانواده محور بر کاهش نشانه‌های اختلال ایتسم و سازگاری بیشتر اعضای خانواده آنها می‌باشد. حامل و همکاران ۲۰۱۱ نشان دادند مداخلات خانواده محور شامل کنترل استرس والدین، افزایش آگاهی از مشکلات ارتباطی و اجتماعی و رفتاری این کودکان که بر ۵۱ والد کودک ایتسم انجام شد موجب بهتر شدن ارتباط کودک، بیان واژگان بیشتر و کاهش مشکلات رفتاری در این کودکان شد. نتایج این تحقیق با پژوهش حاضر همخوان است. نتایج این پژوهش با مطالعات انجام گرفته در این زمینه همسو است. در تبیین نتایج می‌توان گفت که آموزش والدین می‌تواند منجر به درک بیشتری از شرایط رشدی فرزندان شان شود و از طرف دیگر از آنجایی که جلسات آموزشی به صورت گروهی و تعامل دو طرفه پژوهشگر و والدین برگزار می‌شود، برای والدین این موقعیت فراهم می‌گردد که استرس‌ها و فشارهای روحی ناشی از تنش روزمره تعامل با کودکانشان را ابراز کنند و به یک حس همدلی از جانب سایر والدین به دست آورند. به این طریق شرایط برای تمایل به یادگیری تکنیک‌های رفتاری و شناختی در رابطه با کودکان هموار می‌شود.

همچنین در رابطه با نتایج حاصل از اثربخشی ترکیب دو مداخله خانواده محور و کودک محور می‌توان گفت نتایج این تحقیق با تحقیقات کاردین [۱۷] که در رابطه با مداخلات ترکیبی خانواده محور و کودک محور صورت گرفت اثر بخشی آن روی کودکان بیش فعال ثمر بخش بوده است، همسو است. آموزش والدین در ترکیب با آموزش همزمان کودکان این موقعیت را برای والدین هموار می‌سازد تا بتواند فرصت کافی برای نزدیک تر شدن به کودک خود را پیدا می‌کنند به خصوص در شرایطی که والدین هنوز آمادگی پذیرش و کمک به کودک را ندارند. پیگیری و آموزش کودکان به کمک مربی، این امکان را

استفاده گردد. آموزش والدین همزمان با آموزش کودکان فرصتی را برای نزدیک شدن متقابل والدین با کودکان ایجاد می‌کند. آموزش و ایجاد ارتباط دلبند باعث می‌شود بسیاری از آسیب‌های وارد شده به والدین به استقامت و توانایی تبدیل گردد و زمینه کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم و رشد بهتر در جامعه فراهم گردد. همچنین آنها به کمک مربی یاد می‌گیرند با ایجاد چالش‌های روزانه برای کودک، وی را در موقعیتی قرار دهند که مجبور به استفاده از مهارت‌های آموخته شده شود.

منابع

- 1- Paul R(2006). Language Disorders from Infancy Through Adolescence: Assessment and Intervention. Maryland Heights, Missouri: Mosby. Pp 1203-1208.
- ۲- هامایاک آوادیس یانس (۱۳۸۱)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه محمد نیکخو، انتشارات سخن.
- 3- Ben Itzhak E, Lahat E ,&Zachor D.A(2011). Advanced parental age and low birth weight in autism spectrum disorders— Rates and effect on functioning. Research in Autism Spectrum Disorders. Pp. 1776–1781.
- 4- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neuro developmental clinical examinations. Research in Developmental Disabilities. pp.1543–1551.
- 5- Clarke MT, Newton T, Griffiths K, Price A, Lysley K V, Petrides, K.V.(2011). Factors associated with the participation of children with complex communication needs. Research in Developmental Disabilities. Pp. 774–780.
- 6- Healy, O. & Duffy, C (2011). Spontaneous communication in autism spectrum disorder: A review of topographies and interventions. Research in Autism Spectrum Disorders pp. 977–983.
- 7- Suzuki, M (2011). Mental development in autistic behavior in children with pervasive developmental disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. Pp. 1517–1525.
- 8- Briegel W, Schimek M, Kamp-Becker I

به والدین می‌دهد که رفتارها و انتظارات خود را با توجه به شرایط کودک و پیشرفتی که کودک در جلسات آموزشی به دست آورد هماهنگ کنند و بتوانند آموزش‌های مربی را در منزل مورد پیگیری قرار دهند. چرا که تغییر ایجاد شده نیازمند تداوم و پیگیری است. از طرف دیگر یکی از محورهای جلسات آموزشی والدین، در زمینه آموزش تکنیک‌های رفتاری می‌باشد. و چون همه والدین از توان کافی برای مدیریت همزمان رفتارها و آموزش کارکردهای شناختی به کودک خود برخوردار نیستند و یا فرصت و تجربه کافی در این زمینه را ندارند این نوع مداخلات ترکیبی اثر بخش خواهند بود. و در واقع به کمک روش ترکیبی، کودک و والد هر دو آموزش می‌بینند و آموزش توسط یک مربی در ساعاتی از روز به طور مستمر زمانی را به والدین اختصاص می‌دهد که بتوانند بخش‌های دیگر زندگی فردی خود بپردازند و این امر منجر به ایجاد تعامل مثبت بین کودک و والد می‌گردد. در مورد مداخلات کودک محور همانطور که در جدول ۱ دیده می‌شود پس از آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته و این نشان از کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در تحقیق حاضر است اما نسبت به روش ترکیبی اثربخشی کمتری دارد. در مورد روش کودک محور این نکته حائز اهمیت است که روش تحلیل کاربردی رفتار نیازمند به تعداد جلسات بیشتر به صورت مستمر دارد. تحقیقی که توسط پری گلابی و همکاران ۱۳۸۴ با موضوع تاثیر مداخله درمانی تحلیل کاربردی رفتار بر کودکان اتیسم در طی شش ماه انجام شد، حاکی از این بود که این روش بیشترین تاثیر در حوزه ارتباط و تعامل اجتماعی و رفتار کلیشه ای کودکان اتیسم را داشته است. مهم ترین نقد به روش کودک محور این است که والدین و دیگر اعضای خانواده را درگیر نمی‌کند از طرف دیگر این امکان وجود دارد که والدین به دلیل عدم شناخت کافی از این روش‌ها و اختلال اتیسم، تغییرات بیشتری را انتظار داشته باشد و تغییرات هر چند اندک در کاهش نشانه‌ها را نادیده انگارند.

بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد در کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم از مداخلات ترکیبی

های ADHD در کودکان دارای این اختلال. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان. ص. ۲۰-۳۶.

18- Johnson, C., Mash, E. (2006). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder. Review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology know*. pp 183- 207.

19- Solish A, Perry A (2008). Parents involvement in their children behavioral intervention programs. *Research in Autism Spectrum Disorder* 2. pp 728-738.

20- Pelham W E, Wheeler T (1998). Psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity deficit. *Journal of classical child psychology*. pp 190-205

21- Cappadocia, M., Jonathan, A. (2011). Review of social skills training groups for youth with Asperger Syndrome. *Journal Research in Autism Spectrum Disorders*. pp. 70-78.

22- Ruth, M., Anan Lor, J., Warner Jamie E. M., Gillivary Lvy, M., Chong and Stefani, J. (2008). Hines. Group intensive family training GIFT for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions Published in Wiley interscience*. pp 165-180.

23- Mockford, C., Barlow, J. (2005). Parenting programmers: some unintended development. *Primary health care research and development*. pp 219-227.

۲۴- فرامرزی، سالار؛ افروز، غلامعلی؛ ملک پور، مختار (۱۳۸۶) تاثیر مداخلات روانشناختی بهنگام و آموزش خانواده محود در رشد زبان کودکان سندروم دان، مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، شماره ۸، ص. ۴۹-۷۱.

۲۵- افروز، غلامعلی؛ فرامرزی، سالار؛ منصور، محمود؛ ملک پور، مختار (۱۳۸۷) تاثیر مداخلات روانشناختی بهنگام و آموزش خانواده محور بر سلامت روان مادران کودکان با سندروم دان، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، شماره ۲، ص. ۱-۲۴.

۲۶- ملک پور، مختار (۱۳۷۳). بررسی حالات نوروتیکی و

(2011). Moebius sequence and autism spectrum disorders—Less frequently associated than formerly thought. *Research in Developmental Disabilities*. Pp. 1462–1466.

9- Sadock, B. J., Sadock, V. (2010). *Summarized psychiatry (Psychiatry Behavioral Sciences)*. Seventh edition. Wiliam publishin. Pp. 540-548.

10- Glasson F. J, Bowa C (2004). Partical faction and the developmental of autism a population study. *Child Psychal Psychiatry*. pp. 625-627.

۱۱- بزرگی نیا، شکوه (۱۳۹۰). شیوع اختلال اوتیسم در دو شهر اصفهان و شهرکرد. پایان نامه کارشناسی ارشد، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

12- Golabi P, Alipur A, Zandi B (2005). effect the ABA method on Children with autistic disorder. *Research in the area of Exceptional Children*. pp. 1- 5.

۱۳- کاکاوند، علی رضا (۱۳۸۸). روانشناسی کودکان استثنایی، تهران، انتشارات روان.

14- Cohan s.l, Campbell-sills l, stein mb (2009). Relationship of resilience to personalit coping and psychiatric symptom in youngadults. *Journal of Behavior Research and Therapy*. pp. 85-99.

۱۵- موسوی، رقیه؛ فرزاد، ولی اله؛ نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۹). تعیین اثر خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت. سال ۸۹، شماره ۴۰، ص. ۱.

۱۶- عبدالکریمی، ماندانا؛ موسوی، ولی اله؛ کوشا، مریم؛ خسرو جاوید، مهناز (۱۳۹۰). تاثیر آموزش شیوه های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، سال ۹۱، شماره ۶، ص. ۴۶.

۱۷- هادی، سمیرا، (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی مداخلات خانواده محور، کودک محور ترکیبی بر میزان نشانه

درون گرایی در مادران کودکان اتیستیکی و عادی. سال دوازدهم، شماره ۲۹، ص. ۲۶-۲۱. اصفهان؛ مجله دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان،

پیوست

زمان: ۴۵-۱۰ دقیقه

سن: ۱۶-۶

هدف: ارزیابی رفتار اتیستیکی

مقیاس درجه‌بندی زندگی واقعی (RLRS) Real Life Rating Scale

نام کودک:

توصیف موقعیت:

اجراکننده:

افراد حاضر:

تاریخ:

هرگز=۰

۵. دیگران را مضطرب می‌کند.

به ندرت = ۱

۶. فعالیت هایش را تغییر می‌دهد.

اغلب اوقات = ۲

۷. اندام تناسلیش را دستکاری می‌کند.

اغلب همیشه = ۳

۸. با خود در تنهایی به سر می‌برد.

۹. به در آغوش گرفتن پاسخ می‌دهد/ خودش را سفت

نگه می‌دارد.

مقیاس ۱

رفتارهای حسی-حرکتی

جمع:

۱. چرخیدن

میانگین:

۲. ضربه زدن

مقیاس ۳

۳. آهسته حرکت کردن

واکنش‌های عاطفی

۴. بستن انگشتان خود

۱. ناگهان تغییر می‌کند.

۵. تکان دادن

۲. شکلک در می‌آورد.

۶. راه رفتن روی پنجه پا

۳. یکدفعه خشمگین می‌شود/غیر قابل پیش بینی است.

۷. غیره

۴. فریاد می‌زند.

جمع:

۵. غیره

میانگین:

جمع:

مقیاس ۲

ارتباط اجتماعی با افراد

مقیاس ۴

* ۱. پاسخ مناسب به تعاملات می‌دهد.

پاسخ‌های حسی

* ۲. به فعالیت‌های محیطی پاسخ مناسب می‌دهد.

* ۱. از اشیا به طور مناسب استفاده می‌کند.

* ۳. تعامل فیزیکی مناسبی را آغاز می‌کند.

۲. با سروصدا تحریک می‌شود.

۴. از تعامل اجتماعی صرف‌نظر می‌کند.

۳. چرخاندن/چرخش اشیا.

۴. صورتش را لمس می‌کند.

۵. با فعالیت جدید برآشفته می‌شود.

۶. مواظب حرکت دست/ اشیا است.

۷. رفتار قالبی/ تکراری.

۸. خودش یا اشیا را بو می‌کند.

۹. اشیا را مرتب می‌کند.

۱۰. موشکافی/ دیدن جزئیات.

۱۱. اشیا را خراب می‌کند.

۱۲. اصوات تکراری دراد.

۱۳. زل زدن.

۱۴. گوش‌ها یا چشمانش را می‌پوشاند.

۱۵. تکان خوردن.

۱۶. غیره

جمع:

میانگین:

مقیاس ۵

زبان

۱* . استفاده گویا از زبان.

۲* . آغازگر یا پاسخ دادن به ارتباطات.

۳* . آغازکننده ارتباط کلامی مناسب.

۴. استفاده غیر واضح از پژواک گویی.

۵. پژواک گویی فوری.

۶. هذیان.

۷. توهم شنیداری

۸. توهم دیداری.

۹. اصوات غیر واضح.

۱۰. پاسخ کوتاه یا عدم پاسخ به تلاش‌های ارتباطی.

جمع:

میانگین:

فهرست تشویق و تنبیه

| تنبیه | تشویق‌ها |
|--|----------------------------|
| حذف خوراکی | مواد خوراکی: بیسکویت، میوه |
| حذف بازی | بازی با توپ |
| ماندن روی صندلی رو به دیوار برای ۵ تا ۱۰ دقیقه | گردش در سالن تمرین |