





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین

دانشکده پزشکی شهید بابایی

رساله جهت دریافت دکترای تخصصی روانپزشکی

عنوان رساله

بررسی تاثیر آموزش روانی گروهی والدین بر علائم کودکان مبتلا به اختلالات طیف
اوتیسم در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه فوق تخصصی روانپزشکی کودکان

استاد راهنما

دکتر نسرين صراف

استاد مشاور

دکتر زهرا یزدی

نگارش

دکتر سیده زهرا هاشمی

شماره ۴۴۰

تاریخ: تابستان ۱۳۹۴

تقدیم به

پسر عزیزم پارسا

با تشکر از تمام کسانی که مرا در این پژوهش
یاری نمودند.

چکیده

مقدمه: اختلالات طیف اوتیسم (ASD) یک گروه از اختلالات بیولوژیکی بر پایه تکامل سیستم عصبی است که با نقص در سه حوزه مشخص می شود: نقص در ارتباط، نقایص رفتاری و نقایص در مهارت‌های اجتماعی. با توجه به کمبود پژوهش مشابه در ایران، این مطالعه به هدف بررسی تاثیر آموزش روانی والدین به صورت گروهی بر علائم بیماران طیف اوتیسم انجام شد.

مواد و روش ها: جامعه مورد مطالعه تعداد ۱۸ نفر از والدین کودکان با تشخیص اختلال طیف اوتیسم بودند که از ابتدای سال ۱۳۹۳ توسط فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان تشخیص داده شده و فقط با روزانه ۰/۵ تا ۱/۵ میلیگرم ریسپریدون تحت درمان بوده و هیچگونه درمان غیر دارویی دیگری دریافت نمیکردند. شرکت کنندگان در ۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی مورد آموزش روانی قرار گرفتند. ابزار مورد ارزشیابی پرسشنامه اختلال طیف اوتیسم CAST بود که شرکت کنندگان آن را قبل و یکماه و سه ماه بعد از آموزش تکمیل نمودند. و نتایج با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ ارزیابی گردید.

نتایج: از ۱۸ والد تکمیل کننده دوره آموزشی میانگین سنی کودکان این والدین ۷/۵۷ و که از این میان ۱۱ پسر و ۶ دختر بودند. میانگین نمرات CAST قبل از مداخله، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله برای اختلال ارتباطی ۵/۲۷ و ۵/۰۵ و ۵/۳۵ و برای اختلال تعامل اجتماعی ۷/۴۴ و ۶/۵۳ و ۶/۴۷ و برای رفتارهای تکراری و علائق محدود ۴/۵۲ و ۴/۴۸ و ۴/۵۸ بود. هیچ تفاوت آماری معناداری در رفتارهای تکراری و اختلال ارتباطی در قبل و بعد از مداخله دیده نشد. منتها در حوزه تعامل اجتماعی این کودکان سه ماه پس از مداخله کاهش آماری معناداری در شدت علائم دیده شد. ($p < 0.0001$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که آموزش روانی والدین می تواند در بهبود مهارت های اجتماعی کودکان طیف اوتیسم موثر باشد ولی برای بهبود علائم ارتباطی و قالبی رفتاری این کودکان نیاز به مداخلات تکمیلی مانند گفتار درمانی و کاردرمانی و رفتار درمانی در کنار دارودرمانی و آموزش روانی والدین می باشد.

کلید واژه ها: اختلال طیف اوتیسم-آموزش روانی گروهی والدین-علائم بیماری اوتیسم

فهرست مطالب

عنوان

فصل اول : موضوع پژوهش

الف : بیان مساله

ب : اهداف و سوالات تحقیقی

فصل دوم : مواد و روش ها

فصل سوم : نتایج

فصل چهارم : بحث و نتیجه گیری

فصل پنجم : منابع

چکیده انگلیسی

ضمیمه : پرسشنامه

فهرست جداول و نمودارها

جدول ۱-۳

جدول ۲-۳

فصل اول

(موضوع پژوهش)

الف : بیان مسئله

اختلال اوتیستیک

اختلالات طیف اوتیسم (ASD) یک گروه از اختلالات بیولوژیکی بر پایه تکامل سیستم عصبی است که با نابهنجاری تعامل اجتماعی ، تاخیر یا انحراف در مهارت های ارتباطی و مخزن محدود فعالیت ها و علائق مشخص می شود.

تاریخچه

هنری مودزلی (Henry Maudsley) (۱۸۶۷) نخستین روانپزشکی بود که توجه جدی به کودکان بسیار خردسالی که اختلالات شدید روانی همراه با دگرگونی ، تاخیر و انحراف در فرآیندهای رشد نشان می دادند مبذول نمود. ابتدا تمام این اختلالات "پسیکوز" تلقی می شدند. در سال ۱۹۴۳ ، لئوکانر (Leo Kanner) در مقاله کلاسیک خود به نام اختلالات اوتیستیک تماس عاطفی (Autistic Disturbances of Affective Contact) از اصطلاح خردسالی استفاده نمود و شرحی روشن و جامع از این سندروم زودرس کودکی ارائه نمود. او کودکانی را با این خصوصیات توصیف نمود "نهایت تنهایی اوتیستیک" ناتوانی برای انتخاب وضعیت قابل انتظار ، تاخیر یا انحراف در رشد زمان همراه با پژواک کلام و وارونگی ضمیری ، تکرار یکنواخت بعضی اصوات و کلمات ، حافظه عادی (rote memory) محدودیت در انواع حرکات خودبخودی ، رفتارهای کلیشه ای و ادا اطوار ، میل وسواسگونه اضطراب آمیز برای برای حفظ یکنواختی و ترس از تغییر و ناتمامی و روابط غیر عادی با دیگران و ترجیح دادن تصاویر و اشیاء بیجان . کانر احتمال می داد این سندرم شایعتر از این باشد که به نظر می رسید و درباره اینکه اختلال اوتیستیک ، تظاهر زود آغاز اسکیزوفرنی است یا یک پدیده بالینی مجزا ، سردرگمی وجود داشته است . اما قرائن حاکی است که اوتیسم خردسالی و اسکیزوفرنی پدیده های مجزایی هستند . قرائن حاکی است که اختلال اوتیستیک و اسکیزوفرنی

نماینده دو ماهیت روانپزشکی جدا هستند ، اما گاهی کودک مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیک نیز مبتلا می شود.

همه گیر شناسی

شیوع : اخیراً شیوع اوتیسم رو به افزایش است در ایالات متحده در سالهای اخیر از هر ده هزار نفر هشت کودک اوتیسم دارند .

توزیع در دو جنس مختلف : اختلال اوتیستیک در پسرها ۴ تا ۵ بار شایعتر است . دختران مبتلا به اوتیستیک احتمال بیشتری است که دچار عقب ماندگی ذهنی شدیدتر باشند.

سبب شناسی و بیماری زائی

عوامل ژنتیک : مطالعات دوقلویی و خانوادگی نشان داد که طیف اوتیسم ارثی پذیری بالایی دارد و در حداقل ۱۵ درصد از بیماران اوتیسم موتاسیون در ژنوم خاص دیده شد.

شرح تطابق اختلال اوتیستیک در دو مطالعه بزرگ روی دوقلوها به شرح زیر بوده است ، در مطالعه نخست صفر درصد برای دوقلوهای دو تخمکی و ۳۶ درصد برای دوقلوهای یک تخمکی و در مطالعه دوم ۲۷ درصد برای دوقلوهای دو تخمکی و ۹۶ درصد برای دوقلوهای یک تخمکی گزارش گردید. میزان های بالای مشکلات شناختی ، حتی در دوقلوهای غیر اوتیستیک در دوقلوهای یک تخمکی ، که عوارض پری ناتال همراه داشته اند حاکی است که سهم آسیب پری ناتال همراه با آسیب پذیری ژنتیک ممکن است به اختلال اوتیستیک منجر شود.

سندرم X شکننده اختلال ژنتیک که در آن بخشی از کروموزوم X می شکند به نظر می رسد با اختلال اوتیستیک مربوط است . تقریباً ۲-۳ درصد کودکان مبتلا به اختلال اوتیستیک مبتلا به سندرم X هم هستند . اسکروز توبروس ، اختلالی ژنتیک که با تومورهای متعدد خوشخیم مشخص است و بصورت اتوزومی غالب منتقل می شود با درصد بالاتری در کودکان اوتیستیک ممکن است مبتلا به اسکروز توبروس هم باشند .

عوامل زیست شناختی :

طیف اوتیسم با چندین نشانگر زیستی همراه است اولین نشانگر زیستی شناخته شده سروتونین بود که افزایش سطح سروتونین در خون افراد دیده شد ، همچنین در اکثر مطالعات افزایش حجم کلی مغز کودکان زیر ۴ سال یافت شد . در یک مطالعه ۳۷ درصد کودکان ۴ ساله مبتلا به اوتیسم ماکروسفال بودند و ۹۰

درصدشان مغز بزرگتری از گروه کنترل داشتند همچنین دیده شد اندازه آمیگدال در سال اول تولد این کودکان بزرگتر است و به مرور کوچک می شود. اندازه استریاتوم هم بزرگتر بود که این بزرگی با حرکات تکراری رابطه مستقیم داشت. در FMRI نقص در عملکرد مغزی در فعالیت های ذهنی دیده شد که بیان کننده نقص در تئوری ذهن است.

عوامل ایمنی شناخت : برخی از مطالعات حاکی است که ناسازگاریهای ایمنی شناختی بین مادر و جنین یا نوجنین ممکن است بروز اوتیسم منجر می شود. لمفوسیت های برخی از کودکان اوتیستیک در مقابل آنتی کورهای مادری واکنش نشان میدهند و این احتمال را مطرح می سازد که شاید نسوج عصبی جنینی یا خارج جنینی ممکن است در جریان حاملگی آسیب دیده باشد.

عوامل پری ناتال : به نظر میرسد میزان بالایی از عوارض پری ناتال مختلف در کودکان مبتلا به اختلال اوتیستیک روی می دهد. هر چند هیچ عارضه مستقیماً روی به عنوان عامل سببی متهم نشده است. در دوره حاملگی خونریزی مادر پس از سه ماه اول و وجود، مکونیوم در مایع آمنیوتیک در کودکان اوتیستیک بیش از جمعیت کلی گزارش شده است. دیابت بارداری تولد اول، تروما حین تولد سن کم تولد، وزن کم تولد، آپگار دقیقه پنج پایین، ناسازگاری خونی و هایپر بیلیروبینمی

اختلالات نوروزولیک همراه :

اختلالات EEG در ۱۰ تا ۸۳ درصد و تشنج گراندمال در ۴ تا ۳۲ درصد در بچه های مبتلا به اوتیسم دیده شد، همچنین ۲۰ تا ۲۵ درصد گشادی بطن های مغزی در سی تی اسکن دیده شد.

عوامل روانی اجتماعی و خانوادگی : مطالعات اخیر در مقایسه والدین کودکان اوتیستیک و طبیعی تفاوت های مهمی در مهارت تربیت اطفال نشان نداده است.

تشخیص و ویژگی های بالینی

ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال اوتیستیک آمده است :

A - وجود مجموعاً شش مورد یا بیشتر از ۱، ۲، ۳ با حداقل دومیورد از ۱، و یک ورد از ۲ و ۳.

۱ - تخریب کیفی در تعامل اجتماعی، که با حداقل دوتا از موارد زیر تظاهر می کند:

- (a) تخریب بارز در استفاده از رفتارهای غیر کلامی متعدد نظیر نگاه چشم در چشم، حالت چهره، وضعیت اندامی، و حالت تنظیم کننده تعامل اجتماعی
- (b) ناتوانی در برقراری رابطه با همتاها متناسب با سطح رشد.
- (c) فقدان جستجوی خودانگیز برای مشارکت در لذات، علایق یا پیشرفت با سایر افراد (مثل فقدان نشان دادن، آوردن یا اشاره به اشیا مورد علاقه)

۲ - تخریب کیفی در برقراری رابطه که با حداقل یکی از موارد زیر تظاهر میکند:

- (a) تاخیر یا فقدان کامل رشد زبانی
- (b) در افرادی که تکامل کامل دارند، تخریب بارز در توانایی شروع یا ادامه مکالمه با دیگران.
- (c) استفاده قالبی یا تکراری از زبان یا زبان ویژه
- (d) فقدان بازیهای وانمودی خودانگیز یا بازی تقلیدی جمعی متناسب با سطح رشد.

۳ - الگوهای محدود تکراری و قالبی در رفتار، علایق و فعالیت ها که با حداقل یکی از موارد زیر تظاهر کند

- (a) اشتغال ذهنی مفرط با یک یا چند الگوی کلیشه ای و محدود علاقه که از نظر شدت یا تمرکز نابهنجار است.
- (b) چسبندگی ظاهراً انعطاف پذیر به برخی عادات و آداب بیفایده.
- (c) ادا و اطوار حرکتی تکراری و قالبی (مثل پیچش یا حرکت شبیه بال زدن دست ها یا انگشتان، یا حرکت پیچیده کلی بدن)
- (d) اشتغال ذهنی مداوم با اجزاء و اشیا

B - تاخیر یا عملکرد نابهنجار اقلماً در یکی از زمینه های زیر، با شروع در سن زیر ۳ سالگی: (۱) تعامل اجتماعی (۲) استفاده از زبان در روابط اجتماعی (۳) بازی نمادی یا تخیلی

C - با اختلال رت یا فروپاشی کودکی قابل توجیه بهتر نیست.

خصوصیات جسمی: کودکان مبتلا به اختلال اوتیستیک غالباً بچه هایی جذاب به نظر می رسند و در نگاه نخست نشانه های جسمی حاکی از اختلال اوتیسم نشان نمی دهند. این کودکان میزان های بالای نابهنجار جسمی کوچک، نظیر بدشکلی گوش دارند. نابهنجاری های جسمی جزئی ممکن است دوره

رشدی خاص جنین را نشان دهند که نابهنجاری ها در آن پدید آمده اند . مثلاً شکل گیری گوش همزمان با تشکیل بخش های مغز است .

ویژگی های رفتاری

تخریب کیفی در تعامل اجتماعی : کودکان اوتیستیک سطح مورد انتظار اجتماعی متقابل پنهانی که نشان دهنده وابستگی به والدین یا همشیرها است نشان نمی دهند. در شیرخوارگی بسیار از آنها لبخند اجتماعی و حالت انتظار برای در آغوش گرفته شدن به وسیله یک شخص بالغ محروم هستند . تماس چشمی غیرعادی از یافته های شایع در آنها است. رشد اجتماعی کودکان اوتیستیک با فقدان رفتار پیوستگی و ناتوانی نسبتاً زودرس در ایجاد رابطه مختص به یک فرد مشخص است. غالباً به نظر می رسد که این کودکان قادر به شناخت یا تفکیک مهمترین افراد زندگی خود مثل پدر و مادر ، خواهر و برادر یا معلم نیز نیستند، و ممکن است به هنگام تنها ماندن در یک محیط ناآشنا و با افراد غریبه اضطراب جدائی احساس کنند. با رسیدن به سن مدرسه ، کناره گیری کودکان اوتیستیک ممکن است کاهش یافته یا چندان آشکار نباشد، بخصوص در کودکانی که عملکرد نسبتاً بهتری داشته اند. در عوض ممکن است ناتوانی آنها برای بازی و برقراری دوستی ، نامتناسب و دست و پا چلفتی بودن از نظر اجتماعی ، و بخصوص ناتوانی برای پیدا کردن احساس همدلی آشکار گردد. کودکان اوتیستیک از نظر شناختی در تکالیف فضائی – دیداری مهارت‌ترند تا تکالیف مستلزم استدلال کلامی یکی از توضیحات سبک شناختی کودکان مبتلا به اوتیسم این است که این کودکان قرار به استنباط احساسات یا حالت روانی افراد روبرو نیستند. یعنی قادر نیستند در مورد انگیزه ها یا مقاصد دیگران سهیم باشند و نتیجتاً قادر به برقراری هم حسی (empathy) نیستند. این فقدان ، نظریه ذهنی ، بر آنها را از تعبیر رفتار اجتماعی دیگران ناتوان کرده و بر فقدان روابط متقابل اجتماعی می انجامد.

اختلالات مکالمه و زبان

نقص ها و انحراف های عمده در رشد زبان از ملاک های اساسی در تشخیص اوتیسم خردسالی است. کودکان اوتیستیک فقط برای صحبت کردن دچار تردید نیستند و ناهنجاری های تکلم آنها تنها ناشی از فقدان انگیزش نیست. انحراف در رشد زبان ، مثل تاخیر در رشد آن از خصوصیات اختلال اوتیستیک است. برعکس کودکان طبیعی یا عقب مانده ذهنی ، کودکان اوتیستیک ، در قسمت سر هم آوردن جکلات با معنی دچار اشکال قابل ملاحظه هستند هر چند منبع واژگان آنها غنی باشد. وقتی کودکان مبتلا به اختلال اوتیستیک تکلم سلیس را یاد می گیرند، باز هم فاقد کفایت اجتماعی هستند و مکالمه آنها با مبادلات واکنشی متقابل مشخص نیست. در کودکان اوتیستیک و کودکان غیر اوتیستیک مبتلا به سایر اختلالات زبانی، مهارت های ارتباطی غیر کلامی نیز ، در صورتی که اشکال عمده در زبان بیانی وجود داشته باشد ممکن است مختل گردد.

در سال اول زندگی ، مقدار و الگوی ادای اصوات به وسیله کودک اوتیستیک ممکن است کم یا غیر عادی باشد. بعضی از کودکان به گونه ای کلیشه ای و بدون قصد آشکار برای مکالمه صداهائی ایجاد می کنند (مثل سیلاب های بی معنی، جیغ و داد ، و صداهای کوتاه و مختصر دیگر)

رفتارهای کلیشه ای :

در سال اول زندگی یک بچه اوتیستیک بازی های تفتیشی کودکان به طور طبیعی بطور کلی خیلی کم است یا وجود ندارد. این بچه ها اسباب بازی ها و اشیاء را به گونه ای غیر از آنچه انتظار می رود ، دستکاری می کنند. بازی های کلیشه ای غیر عملی و غیر اجتماعی است. الگوهای بازی محدود و انعطاف پذیر بود و یکنواخت هستند.

پدیده های تشریفاتی و وسواسی در اوائل و اواسط کودکی شایع است. این کودکان غالباً دور خود می پیچند، با دست می کوبند، یا اشیاء را ردیف کرده و به چیز های بیجان وابستگی پیدا می کنند. به علاوه ، بسیاری از کودکان اوتیستیک ، بخصوص آنهایی که از نظر هوش آسیب بیشتری دیده اند، ناهنجاری های گوناگون

حرکتی نشان می دهند. حرکات کلیشه ای ، ادا و اطوار ، و قیافه گرفتن ها زمان بیشتری است که کودک به حال خود رها شود و در موقعیت های ساخت یافته کمتر ظاهر می گردد.

کودکان اوتیستیک نسبت به انتقال و تغییر مقاوم هستند. انتقال به خانه ای جدید ، تعویض محل مبلمان در اتاق ، و خوردن صبحانه قبل از استحمام ، اگر برعکس آن معمول بوده است، ممکن است به بروز هراس و حملات کج خلقی منجر شود.

بی ثباتی خلق و عاطفه :

بعضی از کودکان مبتلا به اختلال اوتیستیک تغییرات ناگهانی خلق، همراه با حملات خنده یا گریه بدون علت واضح نشان می دهند. اگر کودک نتواند افکار مربوط به عاطفه را بیان کند سر در آوردن از این دوره ها مشکل است.

پاسخ به محرک های حسی :

مشاهده شده است که کودکان اوتیستیک به برخی از محرک های پاسخ مفرط می دهند و به برخی محرک های حسی دیگر (مثل صوت و درد) پاسخ کمتر نشان می دهند. نادر نیست که کودکی اوتیستیک گاهی به نظر برسد ناشنوا است و به صورت کلامی معمول واکنش نشان ندهد: در عین حال همان کودک ممکن است مجذوب صدای یک ساعت مچی گردد. برخی از کودکان مبتلا به اختلال اوتیستیک آستانه بالایی برای درد دارند. یا واکنش آنها به درد دگرگون است. در واقع برخی از کودکان مبتلا به اختلال اوتیستیک موقع مصدوم شدن با گریه و جستجوی راحتی پاسخ نمی دهند. گزارش شده است که بسیاری از کودکان اوتیستیک از موسیقی لذت می برند.

علائم رفتارهای وابسته :

پرتحرکی یک مساله رفتار شایع در بچه های اوتیستیک خردسال است. پرتحرکی در کودکان بزرگتر کم تر شایع است و اگر هم وجود داشته باشد غالباً با پیش فعالی متناوباً ظاهر می شود. پرخاشگری و حملات کج

خلقی غالباً با تغییر ابراز توقع ظاهر می گردد. رفتارهای خود آزارانه مشتمل است بر کوبیدن سر، گاز گرفتن ، خارش و کشیدن مو ، کوتاهی فراخنای توجه، توانایی ضعیف برای تمرکز بر تکلیف ، بی خوابی ، مسائل خواب و خوراک و شب ادراری نیز در کودکان اوتیستیک شایع است.

بیماری های جسمی وابسته :

گزارش شده است که بچه های کوچک مبتلا به اختلال اوتیستیک میزان بروز بالاتر از انتظار عفونت های تنفسی فوقانی یا سایر عفونت های جزئی دارند. علائم گوارشی که بین بچه های اوتیستیک فراوان مشاهده می شوند مشتملند بر آروغ زدن زیاد ، یبوست و مدفوع شل ، تشنج های مربوط به تب نیز در کودکان اوتیستیک بیش تر دیده می شود . بعضی از کودکان اوتیستیک در مقابل بیماری های عفونی جزئی افزایش درجه حرارت بدن نشان نمی دهند و ممکن است ظاهر ناخوش تیپیک بیمار را نشان ندهند. در بعضی از کودکان مسائل رفتاری و ارتباطی به نظر می رسد ضمن بیماری های جزئی بهبود قابل توجه بیداد می کنند، و در بعضی موارد چنین تغییراتی سرنخی برای بیماری جسمی است.

در DSM4 اختلالات اوتیسم در ۵ دسته آورده شده است به نام اختلال اوتیستیک ، اختلال رت ، اختلال آسپرگر و اختلال فروپاشنده کودکی و اختلال اوتیسم NOS . در DSM5 همه انواع در یک گروه با نام طیف اوتیسم DSM5 دیگر دسته بندی انواع اوتیسم ذکر نشده بلکه تمامی انواع ذکر شده در DSM4 به عنوان اختلالات طیف اوتیسم نام برده شده است. همچنین علایم اختلالات ارتباطی و اختلالات تعامل اجتماعی با هم در یک گروه دسته بندی شده است.(۵۹).

سیر و پیش آگهی

اختلال اوتیستیک سیر مزمن و پیش آگهی نامساعد دارد. بطور کلی کودکان اوتیستیکی که بهره هوش بالا تر از ۷۰ داشته و تا سن ۵ الی ۷ سالگی زبان باز می کنند بهترین پیش آگهی را دارند، مطالعات پیگیری اخیر در مقایسه کودکان اوتیستیک با IQ بالا در ۵ سالگی و علائم موجود آن ها در ۱۳ سالگی تا اوان جوانی

نشان داد که درصد کوچکی از آن‌ها واجد ملاک‌های اوتیسم نبودند، هرچند بعضی از ویژگی‌های اختلال را همچنان نشان می‌دادند. اکثر آنها با گذشت زمان تغییرات مثبت در روابط و زمینه‌های اجتماعی نشان دادند. زمینه‌های علائمی که با گذشت زمان ظاهراً بهبود نیافتند به رفتارهای تکراری و تشریفاتی مربوط بودند.

درمان

اهداف درمان برای کودکان مبتلا به اختلال اوتیستیک هدف‌گیری رفتارهایی است که توانایی‌های آنها را برای پیوستن به مدرسه، یافتن روابط معنی‌دار با هم‌تاهای و بالا بردن احتمال حفظ زندگی مستقل در بزرگسالی بیش‌تر می‌سازد. برای انجام این کار، مداخله‌های درمانی افزایش رفتارهای مقبول اجتماعی و اجماع‌گرایانه، کاهش علائم رفتاری غریب و بهبود روابط کلامی و غیر کلامی را هدف می‌گیرند.

درمان اوتیسم به دودسته تقسیم می‌شود: درمان دارویی و درمان سایکوسوشیال:

درمان سایکوسوشیال یا روانی اجتماعی شامل:

۱- مداخله‌های تکاملی و رفتاری زودهنگام و پر قدرت شامل: مدل early start-

UCLA -lovas base model- denver model- parent training approach

۲- آموزش مهارت‌های اجتماعی

۳- مداخلات رفتاری و درمان رفتاری شناختی برای رفتارهای تکراری و علائم مرتبط

۴- مداخله برای علائم همبود در اوتیسم مثل بی‌خوابی و بیش‌فعالی و کم‌توجهی

۵- مداخلات تحصیلی.

- در زمینه میزان شیوع این اختلال، پژوهش‌های ۲۰ سال گذشته تاکنون نشان داده‌اند که

شیوع اختلال اوتیسم به دلایل مختلفی در حال افزایش است

هدف اصلی تشخیص زودتر این اختلالات، مداخلات درمانی در مراحل اولیه می‌باشد

(۲۵) که این امر منجر به پاسخ‌های درمانی قابل توجهی هم در زمینه شناختی و هم انطباقی

شده است (۲۶،۲۷).

بنابراین با توجه به شیوع روزافزون این اختلال، مداخله های موجود در این حیطه از اهمیت بیشتری برخوردار می شوند، برای موثرتر بودن مداخلات درمانی ، باید این مداخلات وسعت و کیفیت کافی داشته باشند (۲۹) .

نکته قابل توجه این است که بسیاری از مداخلات موجود در دسترس، پرهزینه و زمان بر هستند (۳۰)، بطوریکه تخمین زده شده است که هزینه هر کودک در سال حدود ۶۰ هزار دلار باشد (۳۱) و علاوه بر این مداخلات درمانی به ندرت تحت پوشش بیمه بوده و بسیاری از خانواده ها از پس مخارج آن در بخش خصوصی برنمیایند (۲۵) بنابراین نیاز به مداخلات کم هزینه تر و استفاده از والدین به عنوان درمانگر احساس می شود و یک گام منطقی در درمان آموزش والدین می باشد (۳۱) .

شورای ملی تحقیقات (NRC) خانواده را جزء کلیدی هر درمان و عمیق ترین منبع دانش در مورد کودکانشان محسوب می کند و درگیری والدین در درمان کودکان دارای اتیسم، جزء مهمی تلقی می شود (۳۲) . در پژوهشی نشان داده شد که آموزش والدین اثری قوی در کنار مداخلات رفتاری که در کلینیک وجود داشت، فراهم کرد و پیشینه تحقیقاتی به اثربخش بودن مداخلات مبتنی بر والدین در بهبود کودکان دارای اتیسم اشاره می کند (۳۰،۳۳،۳۴،۳۵،۳۶) و البته در برخی مطالعات ، مداخلات رفتاری والدین را ناکارآمدتر از درمان توسط درمانگرهای حرفه ای میدانستند (۳۷) .. والدین قادرند که مهارتها را بهبود ببخشند که این مهارتها تا حد زیادی در حوزه تجزیه و تحلیل رفتاری است و منجر به درمان موثرتر فرزندانشان می شود ، علاوه بر این با وجود چنین مداخلاتی والدین بهتر متوجه می شوند که چقدر درمان روی کودکانشان تاثیر داشته است و بینش و دید بهتری نسبت به موثر بودن درمانشان بدست میاورند(۳۹) .

یکی از این مداخلات، آموزش روان در والدین میباشد. آموزش روان متدهای آموزشی و روان درمانی را باهم ترکیب میکند. در این روش تشخیص، دوره بیماری، درمانها و داروها و درمان علائم را آموزش میدهد. آموزش روان به عنوان یک درمان کمکی در حال پیشرفت میباشد و در جاهای مختلف در حوزه سلامت و سلامت روان پذیرفته میباشد (۴۰).

تحقیقات نشان داده است که مداخلاتی که طبیعی هستند، روی کودک اثر مثبت دارد و البته به همان اندازه هم روی والدین مؤثر هستند (۴۱). برخی محققین معتقدند که یکی از اجزای اصلی این روش آموزش والدین است و والدین را مجریان اصلی در مدل آموزش روان می دانند (۳۰). مطالعات مختلف در زمینه آموزش روان موفقیت هایی را در مورد کاربرد آموزش روان در اسکیزوفرنی، اختلالات دو قطبی و سایر اختلالات روانی نشان داده است. مطالعات امروزه کاربرد این روش را در کودکان و نوجوانان با پیامدهای مثبت نشان داده است، اما مطالعه ای تاکنون در مورد بررسی این روش در درمان کودکان اوتیسمی انجام نشده است (۴۰).

والدین مراقبین و تصمیم گیرندگان خط اول در زندگی فرزندان شان می باشند. والدین کودک مبتلا به اختلال روانی مسئولیتهای بیشتری را در درمان و کنترل علائم کودکان شان دارند. والدین آموزش دیده بهتر می توانند به کودکان در درمان علائم و دستیابی به سرویسهای مناسب جهت نیازهای کودکان کمک نمایند. آموزش روانی رویکردهای مختلف بالینی اعم از رفتاری شناختی، آموزشی، سیستمها، سکوت محور، استرس و کپی و تئوریهای حمایت اجتماعی را باهم ترکیب مینماید (۴۰). تکنیک هایی از قبیل نقش بازی کردن، والدین را تشویق می کند تا اطلاعات و مهارتهای جدید آموزش دیده را بکار ببرند (۴۰). اهمیت حضور والدین به این جهت است که والدین این روش را به خوبی و به سرعت یاد می گیرند و در محیط طبیعی خانه قابل اجراست (۴۲).

مداخلات آموزش روان معمولاً شامل یک مجموعه ای از جلسات متمرکز بر تامین اطلاعات در مورد بیماری روانی و درمانش می باشد. در این جلسات موضوع به جزئیات توضیح داده می شود. اطلاعات می تواند از طریق سخنرانی، بحث، ویدئو و نقش بازی کردن آموزش داده می شود (۴۰).

آموزش در مورد اختلالات خاصی همچون اوتیسم، والدین را در درک تجربیات کودکانشان و اینکه چگونه به فرزندانشان کمک نمایند، راهنمایی می کند. آموزش در مورد انواع درمانهای موجود، کلاسهای درمانی، عوارض و ساخت تیم درمان میتواند پایداری و تاثیر درمان را بیشتر نماید. افزایش اطلاعات در مورد مشکل به والدین اجازه میدهد که بطور مناسب تری واکنش نشان دهند. سایر فواید این روش، تمرکز بر والدین، احساساتشان و استرسهایشان است که اغلب در پیگیری درمان کودکان نادیده گرفته میشود. تاثیر اختلالات روانی در درمانگر و خانواده بیماران زیاد است و آموزش روان تلاش می کند که بسیاری از مشکلاتی که در مراقبت از این کودکان وجود دارد را کاهش دهد (۴۰).

آموزش روان این استرسها را نه تنها با قدرت دادن به والدین از طریق دادن اطلاعات در زمینه ی بیماری فرزندشان و درمان آن، بلکه با ترویج ارتباطات سالم، اداره علائم، سلامت والدین و سلامت روان با پرداختن به نیازهای والدین کاهش میدهد. با این روش والدین حمایت شده و به آنها اعتبار بخشیده می شود تا کشمکشهای درونی خود را تشخیص دهند (۴۰).

مروری بر متون:

در مطالعه ای که توسط Ruth و همکارانش در آمریکا در سال ۲۰۰۸ به منظور بررسی آموزش گروهی والدین مبتلا به اوتیسم صورت گرفت، والدین کودکان پیش دبستانی ۱۲ هفته تحت

آموزش (۱۸۰ ساعت : ۳ ساعت در روز) قرار گرفتند. ۷۲ پدر و مادر همراه کودکانشان (با سن ۲۵ تا ۶۸ ماه) که مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بودند در مطالعه وارد شدند. عملکرد شناختی کودکان قبل و بعد مطالعه ارزیابی شد. نتایج نشان داد که بطور متوسط از معیارهای Mullen، ۸ معیار استاندارد و از معیارهای Vineland، ۵ معیار استاندارد بعد از ۱۲ هفته درمان بدست آمد. علاوه بر این ۱۴٪ و ۲۱٪ کودکان بر اساس معیارهای Mullen و Vineland از معیوب به غیر معیوب حرکت کردند. این مطالعه نشان داد که آموزش والدین منجر به تاثیرات قابل توجهی در کودکان و کاهش هزینه ها در کودکان مبتلا میشد (۳۳).

- در مطالعه ای که توسط Vismara و همکارانش به بررسی آموزش والدین در بررسی تغییرات کودکان مبتلا به اوتیسم در سال ۲۰۰۹ در آمریکا پرداخته بود، والدین ۸ کودک مبتلا به اوتیسم تازه تشخیص داده شدند وارد مطالعه شدند و ۱۲ هفته و هر هفته ۱ ساعت بر پایه مدل اولیه Denver آموزش دیدند. نتایج این مطالعه نشان داد که والدین استرژری های درمانی را با ۵-۶ ساعت آموزش کسب کردند و کودکان بهبود قابل توجهی را در مهارتهای اجتماعی نشان دادند که این تغییرات پایدار بودند (۴۲).

- در مطالعه ای که توسط Nefdt و همکارانش در سال ۲۰۱۰ در کالیفرنیا به منظور بررسی برنامه های یادگیری مبتنی بر خود برای ایجاد آموزش مقدماتی درمان مبتنی بر پاسخ (PRT) والدین کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم در دو گروه مورد و شاهد پرداخته بود، نتایج تفاوت معنی داری را بین گروه تحت درمان و کنترل در تمام فاکتورهای مورد بررسی اوتیسم نشان داد. به علاوه تمام والدینی که برنامه های آموزشی را به اتمام رسانده بودند، درجه رضایتمندی بالایی را گزارش کردند. اطلاعات این مطالعه نشان داد که

کارایی و تاثیر برنامه های آموزشی به عنوان اولین قدم مداخلات درمانی والدین در اوتیسم می باشد (۳۶)

- ضرورت انجام مطالعه:

در ایران طبق آخرین آمار در سال ۱۳۹۱ منتشر شده توسط سازمان بهزیستی شیوع اوتیسم در ایران یک درصد بوده است که مانند سایر نقاط جهان آمار افزایش یافته ای است. (۶۰). تا کنون هیچگونه پژوهشی در زمینه تاثیر آموزش والدین روی علایم اوتیسم در ایران صورت نگرفته است ، ما بر آن شدیم که اثربخش بودن روش درمانی آموزش والدین را در کودکان اوتیسمی شهرستان قزوین مورد پژوهش قرار دهیم؛ بنابر این پژوهش حاضر سعی دارد به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا روش درمانی آموزش روانی والدین در بهبود علائم کودکان دارای اوتیسم مؤثر است؟

ب: اهداف و سوالات تحقیق

هدف اصلی :

تعیین تاثیر آموزش روان والدین بر علائم کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم

اهداف فرعی :

۱. تاثیر آموزش روان والدین در اختلال تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST در ماه اول بعد آموزش چگونه است ؟
۲. تاثیر آموزش روان والدین در علائم اختلال تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST در ماه سوم بعد آموزش چگونه است ؟
۳. میزان علائم اختلال تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST قبل از مداخله آموزشی چگونه است؟

۴. تاثیر آموزش روان والدین در علائم اختلال ارتباطی کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST در ماه اول بعد آموزش چگونه است؟
۵. تاثیر آموزش روان والدین در علائم اختلال ارتباطی کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST در ماه سوم بعد آموزش چگونه است؟
۶. میزان علائم اختلال ارتباطی کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST قبل از مداخله آموزشی چگونه است؟
۷. تاثیر آموزش روان والدین در رفتارهای تکراری و علایق محدود کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST قبل از مداخله آموزشی چگونه است؟
۸. تاثیر آموزش روان والدین بر رفتارهای تکراری و علایق محدود کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST در ماه اول بعد آموزش چگونه است؟
۹. میزان رفتارهای تکراری و علایق محدود کودکان مبتلا به طیف اختلالات اوتیسم بر حسب پرسشنامه CAST در سه ماه بعد از آموزش چگونه است؟

سئوالات پژوهش یا فرضیه ها :

- H0 : میانگین نمره اختلال تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم در پرسش نامه CAST قبل از آموزش روان والدین به طور گروهی با یک ماه بعد از مطالعه متفاوت است.
- H ۱ : میانگین نمره علامت اختلال تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم در پرسش نامه CAST قبل از آموزش روان والدین به طور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت است.
- H0 : میانگین نمره علامت اختلال ارتباطی کودکان مبتلا به اوتیسم در پرسش نامه CAST قبل از آموزش روان والدین به طور گروهی با یک ماه بعد از مطالعه متفاوت است.
- H ۱ : میانگین نمره علامت اختلال ارتباطی کودکان مبتلا به اوتیسم در پرسش نامه CAST قبل از آموزش روان والدین به طور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت است.

H0 : میانگین نمره علامت رفتارهای تکراری و علایق محدود کودکان مبتلا به اوتیسم در پرسش نامه CAST قبل از آموزش روان والدین به طور گروهی با یک ماه بعد از مطالعه متفاوت است.

H1 : میانگین نمره علامت رفتارهای تکراری و علایق محدود کودکان مبتلا به اوتیسم در پرسش نامه CAST قبل از آموزش روان والدین به طور گروهی با سه ماه بعد از مطالعه متفاوت است.

تعاریف نظری و عملی واژه ها :

پرسشنامه **CAST (Childhood Autism Spectrum Disorder)**: پرسشنامه

استاندارد با ۳۹ سوال جهت پیگیری علایم اوتیسم برای بیماران (۲۴).

ASD (Autism Spectrum Disorders) : گروهی از اختلالات تکامل عصبی

بیولوژیکی می باشد که با نقایص در سه محدوده مشخص می گردد : نقص در ارتباط ،

نقص در تعاملات اجتماعی و رفتارهای کلیشه ای می باشد. در **DSM IV^{TR}** این اختلالات

تحت عنوان اختلالات فراگیر رشد تقسیم بندی می شوند (۲۵).

DSM IV^{TR}: متن بازننگری شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات

روانی

فصل دوم

(مواد و روش ها)

نوع پژوهش :

این بررسی یک مطالعه مداخله ای بالینی می باشد.

جامعه پژوهش :

۱۸ نفر از والدین کودکان مبتلا به اوتیسم مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین در از ابتدای سال ۱۳۹۳ توسط پزشک فوق تخصص روانپزشکی اطفال از طریق محاسبه بالینی و پرسشنامه CAST برای کودکانشان تشخیص اختلال طیف اوتیسم گذاشته شد مورد مطالعه قرار گرفتند. و به مدت ۶ ماه قبل از مطالعه فقط تحت درمان با ۰/۵ تا ۱/۵ میلیگرم قرص ریسپریدون خوراکی قرار گرفته بودند و هیچگونه مداخله غیر دارویی دریافت نمی کردند.

روش اجرا :

نمونه گیری به صورت باز بود. بر اساس مطالعات قبلی که اغلب حجم نمونه ۲۰ تا ۳۰ نفر بوده است در این مطالعه هم از بین کودکان مبتلا به اوتیسم مراجعه کننده به بیمارستان قدس و ۲۲ بهمن از پاییز تا زمستان ۱۳۹۳ با تشخیص اوتیسم ۲۵ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند .

در کودکان مورد بررسی در این مطالعه از پرسشنامه CAST برای کودکان ۴ تا ۱۱ ساله استفاده شد که در پیوست ضمیمه میباشد. پرسشنامه توسط دستیار روانپزشکی به صورت سوال از والدین کودکان برای آنها تکمیل شده و پس از گرفتن رضایت نامه کتبی از آنها در

جلسات گروهی آموزش روانی شرکت داده شدند . آموزش توسط پزشک فوق تخصص روانپزشکی کودکان و دستیار ایشان و بر اساس مبحث مربوطه در کتاب مرجع روانپزشکی کودکان انجام شد.

محتوای جلسات:

محتوای جلسات به طور کلی شامل شناخت بیماری به طور کامل و پرداختن به استرس والدین و آموزش تغذیه مناسب و تکنیکهای رفتاری بود . این جلسات در مطالعه ما شامل چهار جلسه ۱/۵ ساعته بود که بعد از جلسه اول طی هر جلسه مرور جلسات گذشته انجام می شد و بازخورد و مشکلات والدین مورد بحث قرار گرفت. جلسات در محل بیمارستان روانپزشکی ۲۲ بهمن قزوین و توسط فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و دستیار روانپزشکی برگزار گردید. ابزار مورد نیاز استفاده از تخته سفید و ماژیک و نقش بازی کردن در جلسات بوده و در انتهای جلسات کتابچه آموزشی در مورد شناخت بیماری و نحوه آموزش رفتاری به این کودکان و تغذیه مناسب آنها در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت.

محتوای جلسات با جزییات شامل :

جلسه اول با خوشامدگویی و معرفی افراد برگزار کننده و شرکت کننده و معرفی اهداف و نحوه برگزاری جلسات آغاز شده و سپس به معرفی بیماری و علائم و نشانه های آن پرداختیم . شیوع و علل و پیش آگهی و درمان دارویی و غیر دارویی و تکنیکهای رفتاری موجود و روش ABA آموزش داده شد. به والدین در خصوص تغذیه کودکان آموزش داده شد ابزار مورد نیاز استفاده از تخته سفید و ماژیک و نقش بازی کردن در جلسات بوده و در انتهای جلسات چهار جلد کتابچه آموزشی با عنوان راهنمای پدر و مادر برای درمان و مراقبت از کودکان مبتلا به اوتیسم در مورد شناخت بیماری و نحوه آموزش رفتاری به این

کودکان و تغذیه مناسب آنها در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. در پایان جلسه اول به پرسشهای شرکت کنندگان در این زمینه پاسخ داده شد.

جلسه دوم در مورد آموزش علل و عوامل ایجاد کننده اختلال و برداشتهای نادرست در این زمینه اختصاص داشت. در این جلسه به شناخت استرسهای فردی و اجتماعی والدین پرداخته شد و تکنیکهای کنترل استرس به والدین آموزش داده شد.

جلسه سوم و چهارم به مرور جلسات گذشته، روشهای درمانی جدید، سیستمهای مراقبتهای و حمایتی و روش های رفتاری بکار گرفته شده در منزل برای کاهش علائم پرداخته شد و تکنیکهای رفتاری به طور عملی و با کمک روش بازی نقش به والدین آموزش داده شد: روش مدیریت رفتاری در منزل شامل پاداش- تنبیه و تشویق و ایجاد رابطه مثبت. همچنین آموزش صحیح درست نشستن و برقراری ارتباط چشمی و ایجاد ارتباط کلامی تقلید حرکات و مهارت بازی کردن اداب کنترل اسفنگتر مهارتهای انجام کارهای شخصی و نحوه صحبت کردن و نحوه خودکار انجام کارها بود.

در آخر از همکاری و همراهی والدین در این مطالعه تشکر و قدردانی به عمل آمد. و اسم چند کتاب آموزشی و ادرس چند سایت اینترنتی برای کسب اطلاعات بیشتر در اختیار والدین قرار گرفت.

والدین کودکان مبتلا به اوتیسم مورد مطالعه در ابتدا قبل از شروع اولین جلسه پرسشنامه ارزیابی اوتیسم CAST را پاسخ دادند. به علت عدم حضور مرتب هفت نفر از والدین این هفت نفر از مطالعه حذف شدند پرسشنامه برای ۱۸ نفر یک ماه بعد به طور تلفنی توسط محقق برای تک تک بیماران تکمیل شد و سه ماه بعد با والدین مجددا تماس گرفته و از آنها برای شرکت در جلسه پرسش و پاسخ و تکمیل پرسشنامه دعوت به عمل آمد که ۱۱ نفر حضور یافتند و پرسشنامه را تکمیل کردند و با ۷ نفر برای تکمیل پرسشنامه تماس تلفنی گرفته شد که پس از تماس موفق با شش نفر شش پرسشنامه دیگر هم تکمیل شد

مجددا توسط والدین پر شد و سپس تاثیر آموزش روان بر کاهش یا بهبود علائم مندرج در پرسشنامه اوتیسم بررسی شد.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه : کودکان مبتلا به اوتیسم که تشخیص اختلال اوتیسم با مصاحبه بالینی و CAST توسط روانپزشک اطفال در یک سال اخیر برای ایشان گذاشته شده است

معیارهای خروج از مطالعه : کودکان دارای مشکلات جسمی از قبیل فلج مغزی و سایر اختلالات مغزی، تشنج ، اختلالات متابولیک و ... و همچنین مصرف کنندگان درمانهای دارویی (به جز ریسپریدون) ، کودکان تحت گفتار درمانی، کار درمانی و سایر درمانها طی یک سال گذشته بود. معیارهای خروج از مطالعه برای والدین شامل بیماری روانی و اعتیاد در والدین بود و همچنین والدینی که ۴ جلسه آموزشی را به طور کامل شرکت نکردند .

ابزار و روش گرد آوری داده ها :

پرسشنامه CAST (childhood autism spectrum test)

این پرسشنامه شامل ۳۹ سوال است که دو سوال در مورد بیماری های همراه و سابقه رشد کودک است. ۱۲ سوال مربوط به روابط اجتماعی و ۱۱ سوال مربوط به ارتباطات اجتماعی و ۹ سوال مربوط به رفتارهای محدود و تکراری است. ۵ سوال مربوط به عملکرد انطباقی است که هوش کودک را ارزیابی می کند.

روایی و پایایی این پرسشنامه اولین بار توسط پروفیسور سیمون بارون کوهن مورد استفاده قرار گرفت و سپس در سالهای ۲۰۰۷ و ۲۰۱۳ توسط جو ویلیامز و فیونا اسکات در دانشگاه آکسفورد و کمبریج مورد ارزیابی قرار گرفته است . در ایران نیز در سال ۱۳۹۲ توسط کاسه چی و بهنیا در دانشگاه علوم توانبخشی با ضریب الفای کرونباخ ۰/۶۷ مورد ارزیابی و تایید قرار گرفته است.(۶۲)

روش تجزیه و تحلیل داده ها :

در این پژوهش از شاخصهای آمار توصیفی، تحلیل آماری واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. و اطلاعات از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه 21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی :

این تحقیق با آگاهی کامل والدین صورت گرفت و کلیه آزمون ها و آموزشها پس از کسب رضایت نامه آگاهانه و بدون دریافت هزینه بود .

متغیر های تحقیق :

مقیاس	تعریف علمی	کیفی		کمی		وابسته	مستقل	عنوان متغیر
		رتبه ای	اسمی	گسسته	پیوسته			
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه اختلال تعامل اجتماعی قبل از مداخله آموزشی
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه اختلال تعامل اجتماعی یک ماه بعد از مداخله آموزشی
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه اختلال تعامل اجتماعی سه ماه بعد از مداخله آموزشی
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه اختلال ارتباطی قبل از مداخله آموزشی
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه اختلال ارتباطی یکماه بعد از مداخله آموزشی
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه اختلال ارتباطی سه ماه بعد از مداخله آموزشی
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه رفتار تکراری و علایق محدود قبل از مداخله آموزشی
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه رفتار تکراری و علایق محدود یکماه بعد از مداخله آموزشی
معیارهای CAST	بر اساس نمره کسب شده از آزمون CAST			×		×		علائم حوزه رفتار تکراری و علایق محدود سه ماه بعد از مداخله آموزشی

فصل سوم

(نتایج)

یافته های پژوهش :

نتایج: در مطالعه حاضر، ۱۸ والد در مداخله شرکت کردند. بیماران ۸ مورد (۴۴/۴٪)

دختر و ۱۰ نفر (۶۶/۶٪) پسر بودند. میانگین سنی این کودکان $۷/۷۵ \pm ۲/۲۶$ سال بود.

سه دسته علائم کودکان این ۱۸ والد قبل از مداخله آموزشی والدین بر اساس پرسشنامه

CAST بررسی شدند که میانگین نمره اختلال ارتباطی $۱/۳۶ \pm ۵/۲۷$ و میانگین نمره

حوزه تعامل اجتماعی $۷/۵۸ \pm ۱/۱۲$ و میانگین نمره در حوزه رفتارهای تکراری و علایق

محدود $۴/۴۷ \pm ۱/۱۹$ بود (جدول ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹).

به عدم دسترسی به یک کودک، وی از مطالعه خارج شد. میانگین هر دسته از علایم

نمرات این کودکان یک ماه پس از مداخله آموزشی والدین، برای اختلالات ارتباطی $۱/۳۹$

$\pm ۵/۰۵$ و برای اختلال تعامل اجتماعی $۱/۱۵ \pm ۶/۵۳$ و برای رفتارهای تکراری و علایق

محدود $۴/۴۸ \pm ۱/۰۹$ بود که از لحاظ آماری بر اساس آزمون آماری T-Test فقط در دسته

علایم مهارتهای اجتماعی ($P < 0,0001$) و اختلال ارتباطی ($P < 0,0001$) کاهش معنی

داری در این کودکان یک ماه پس از مداخله مشاهده گردید و در حوزه علایم رفتارهای

تکراری و علایق محدود تفاوت معنادار نبود (جدول ۱ و ۲ و ۳).

سه ماه پس از مداخله آموزشی مجدداً سه دسته علائم بر اساس پرسشنامه CAST در این

کودکان بررسی شد که ۱۱ مورد بصورت حضوری و ۶ مورد تلفنی بود. میانگین نمرات سه

ماه پس از مداخله برای اختلالات ارتباطی $۵/۳۵ \pm ۱/۹۰$ ، تعامل اجتماعی $۶/۵۳ \pm ۱/۱۵$ و

برای رفتارهای تکراری و علائق محدود $4/58 \pm 1/27$ بود که بر اساس آزمون آماری T-Test کاهش آماری معنی داری در علایم مهارتهای اجتماعی نسبت به نمرات قبل از مداخله آموزشی دیده شد ($P < 0,0001$) و در سایر علایم تفاوت معناداری دیده نشد (جدول ۴ و ۵).

مقایسه نمرات یک ماه و سه ماه پس از مداخله آموزشی والدین بر اساس نتایج جداول ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ نشان داد که هیچ تفاوت آماری معنی داری در حوزه اختلال ارتباطی و رفتارهای تکراری و علائم محدود مشاهده نشد منتها مطابق با جداول ۱ و ۲ و ۳ در حوزه تعامل اجتماعی این کودکان سه ماه پس از مداخله کاهش آماری معنی داری در شدت علائم نشان داده شد ($P < 0.0001$) علیرغم کاهش در علائم تعامل اجتماعی، در حوزه اختلال ارتباطی یک ماه پس از مداخله، هیچ گونه کاهشی در شدت علائم گزارش نشد و حتی علائم افزایش شدت هم نشان داده اند که البته از لحاظ آماری معنی دار نبوده است ($P = 0.67$).

جدول ۱-۳ مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه اختلال ارتباطی در کودکان مبتلا به اوتیسم قبل از مداخله و یک ماه بعد مداخله آموزشی والدین

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P<0.0001	۱/۳۶	۵/۲۷	۱۸	قبل مداخله
	۱/۳۹	۵/۰۵	۱۸	یک ماه بعد از مداخله

جدول ۲-۳) مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه اختلال
ارتباطی در کودکان مبتلا به اوتیسم قبل از مداخله و سه ماه بعد مداخله
آموزشی والدین

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P=0.331	۱/۴۰	۵/۲۹	۱۷	قبل مداخله
	۱/۹۰	۵/۳۵	۱۷	سه ماه بعد از مداخله

جدول ۳-۳) مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه اختلال
ارتباطی در کودکان مبتلا به اوتیسم یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله آموزشی
والدین

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P=0.671	۱/۲۸	۵/۱۴	۱۷	یک ماه بعد از مداخله
	۱/۹۰	۵/۳۵	۱۷	سه ماه بعد از مداخله

همچنین میانگین نمره برای اختلال تعامل اجتماعی ۷/۴۴ و ۶/۵۳ و ۶/۴۷ بوده

است. $P < 0.0001$ (جدول ۵ و ۶)

جدول ۳-۴) مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه تعامل اجتماعی در

کودکان مبتلا به اوتیسم قبل از مداخله و یک ماه بعد مداخله آموزشی والدین

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P<0.0001	۱/۲۴	۷/۴۴	۱۸	قبل مداخله
	۱/۱۵	۶/۵۳	۱۸	یک ماه بعد از مداخله

جدول ۳-۵) مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه تعامل

اجتماعی در کودکان مبتلا به اوتیسم قبل از مداخله و سه ماه بعد مداخله

آموزشی والدین

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P<0.0001	۱/۱۲	۷/۵۸	۱۷	قبل مداخله
	۱/۲۸	۶/۴۷	۱۷	سه ماه بعد از مداخله

جدول ۳-۶) مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه تعامل

اجتماعی در کودکان مبتلا به اوتیسم یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله

آموزشی والدین

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P<0.0001	۱/۱۲	۶/۵۰	۱۷	یک ماه بعد از مداخله

و سرانجام میانگین نمره رفتارهای تکراری و علایق محدود ۴/۵۲ و ۴/۴۸ و ۴/۵۸ بود (۲۱۳/۰). (جدول ۷ و ۸) (P=)

جدول ۳-۷ مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه رفتار تکراری و علائق

محدود در کودکان مبتلا به اوتیسم قبل از مداخله و یک ماه بعد مداخله آموزشی والدین

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P=0.617	۱/۱۹	۴/۵۲	۱۸	قبل مداخله
	۱/۰۹	۴/۴۸	۱۸	یک ماه بعد از مداخله

جدول ۳-۸ مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه رفتار تکراری و علائق

محدود در کودکان مبتلا به اوتیسم قبل از مداخله و سه ماه بعد مداخله آموزشی والدین

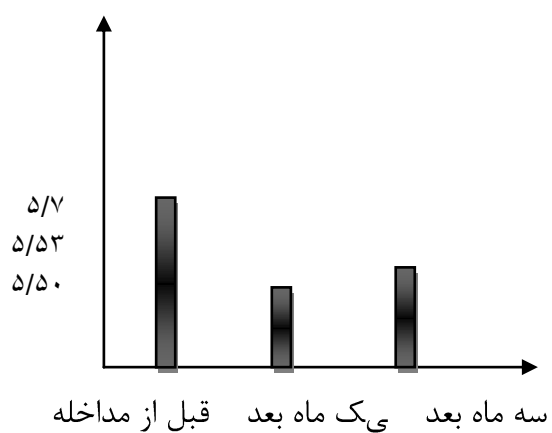
P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P=0.096	۱/۱۷	۴/۴۷	۱۷	قبل مداخله
	۱/۲۷	۴/۵۸	۱۷	سه ماه بعد از مداخله

جدول ۳-۹ مقایسه نمرات حاصل از پرسشنامه CAST در حوزه رفتار تکراری و علائق

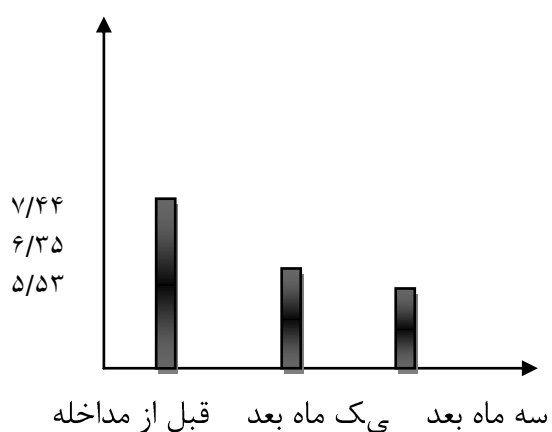
محدود در کودکان مبتلا به اوتیسم قبل از مداخله و سه ماه بعد مداخله آموزشی والدین

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	زمان مداخله
P=0.213	۱/۱۲	۴/۴۶	۱۷	یک ماه بعد از مداخله
	۱/۲۷	۴/۵۸	۱۷	سه ماه بعد از مداخله

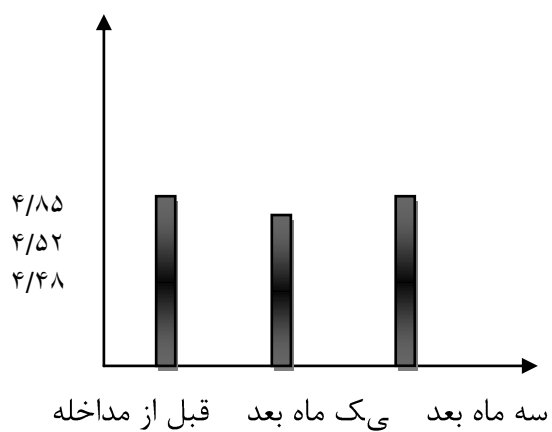
نمودار ۱-۳ اختلال ارتباطی



نمودار ۲-۳ اختلال تعامل اجتماعی



نمودار ۳-۳ رفتارهای تکراری و علایق محدود



فصل چہارم

(بحث و نتیجہ گیری)

بحث و تفسیر نتایج پژوهش :

مشارکت والدین و خانواده از جنبه های مهم برنامه درمان کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم است (۴۵). برخی از روش های درمانی ممکن است در خانه ارائه شده و آموزش پدر و مادر ممکن است بخشی از مداخله درمانی باشد. مداخلات درمانی مبتنی بر والدین ممکن است باعث کمک به خانواده در برقراری ارتباط با کودک خود و ترویج و توسعه آن، افزایش رضایت پدر و مادر، توانمندسازی و سلامت روان کودک شود (۴۶، ۴۷). با این حال، نقش مداخلات والدین در به حداکثر رساندن نتایج ناشناخته است. مطالعات تصادفی و غیر تصادفی کوچک افزایش تعامل اجتماعی و ثبات بهبودی تغییرات رفتاری کودکان را دنبال آموزش والدین نشان داد (۴۹، ۴۸). اما مطالعات سیستماتیک آموزش والدین را در بهبود علائم کودکان بی نتیجه نشان داد (۵۱، ۵۰).

آموزش والدین و خدمات درمانی برای کودکان مبتلا به اوتیسم و خانواده های آنها به طور گسترده ای بین کشورها و در داخل کشورهایی مانند ایالات متحده متفاوت و با نتایج مختلفی همراه بوده است (۵۳).

در مطالعات انجام شده تا کنون در حوزه تعامل اجتماعی : مطالعه Green و همکاران در ۲۰۱۰ و cooliean و همکاران در ۲۰۱۰ . baker و همکاران در ۲۰۰۷ . vismara و همکاران در ۲۰۰۹ نشان دادند که آموزش به والدین باعث بهبود فقط علایم اختلال تعامل اجتماعی در کودکان مبتلا به اوتیسم می شود.(۵۴,۵۵,۵۶,۳۰). ۳۵. (۵۷,۴۲) و مطالعه minjar koege کاهش در علایم حوزه تعامل اجتماعی با آموزش والدین نشان داد.(۵۶,۳۰)

در مطالعه ما نشان داده شد که تاثیر مداخله آموزشی والدین تنها در حوزه تعامل اجتماعی بصورت طولانی مدت (تا ۳ ماه بعد از مداخله) و به مدت کوتاه در حوزه ارتباطات اجتماعی (تا ۱ ماه بعد از مداخله) تاثیرگذار بوده است .

در مطالعات انجام شده در حوزه برقراری ارتباط: فقط مطالعه sill و همکاران در سال ۲۰۰۸ و minjares و همکاران در ۲۰۱۰ koegel و همکاران در ۲۰۰۲ کاهش فقط در علایم اختلال ارتباطی با آموزش به والدین دیده شد.(۵۵,۵۶,۳۰)

در این مطالعات انجام شده در حوزه رفتارهای محدود و تکراری در تمامی این مطالعات هیچ تغییری در علایم بعد از مداخله دیده نشد.

در مطالعه Green و همکاران (۵۴) مداخله درمانی از طریق آموزش والدین را در کاهش علائم اوتیسم توصیه نمی کند. در این مطالعه نشان داده شد که بدست آوردن تکنیک هایی برای ایجاد تعامل بین والدین و کودک نیاز به ارزیابی های گسترده تری دارد. البته در این مطالعه همچنین همانند مطالعه حاضر بیان شد که مداخلات درمانی مبتنی بر

آموزش والدین می تواند باعث بهبود در حوزه تعامل اجتماعی کودک مبتلا به اوتیسم گردد.

در مطالعه Siller و همکاران (۵۵) تاثیر مداخله آموزش والدین تنها در حوزه مهارتهای کلامی موثر بوده و در سایر جنبه های علائم اوتیسم از قبیل تعامل اجتماعی تاثیری نداشته است. که این بر خلاف نتیجه بررسی مطالعه ما می باشد.

در مطالعات Koegel و همکاران (۵۶) و Minjarez و همکاران (۳۰)، بر خلاف مطالعه ما تاثیر آموزش والدین بطور طولانی مدت در حیطه اختلالات ارتباطی موثر بوده است، حال آنکه در مطالعه Baker Ericzen و همکاران (۳۵) و Coolican و همکاران (۵۷) نتایجی مشابه مطالعه حاضر بدست آمد به نحوی که در این مطالعات نشان داده شد که روش آموزش والدین در کاهش علائم اوتیسم در حوزه تعامل اجتماعی موثر دانستند. در مطالعه Vismara و همکاران (۴۲) نیز مداخله آموزشی همچون مطالعه ما در حوزه تعامل اجتماعی موثر بوده است.

والدینی که می آموزند خود را با کودکان هم‌هنگ کنند و باهم بهتر تعامل داشته باشند و بازی کنند، سبب می شوند که بهبود علائم کودکان پیشرفت پیدا کند پیشینه تحقیقاتی از مداخلات متمرکز بر والدین و آموزش والدین حمایت کرده و همچنین به مداخلات طبیعی که برای آموزش والدین کودکان دارای اوتیسم به کار برده می شود، ارزش و اهمیت زیادی قائل می شود. وقتی والدین شیوه صحیح برخورد با کودک دارای اوتیسم خود را در موقعیتها و فعالیتهایی که همیشه در محیط خانه اتفاق می افتد، یاد می گیرند و از آنجا که این فعالیتهای زیاد هم در خانه و در تعامل با کودک تکرار می شوند، پس پاسخهای کودکان نیز افزایش پیدا میکند. نتیجه آنکه با افزایش پاسخ های کودک، تلاشهای والدین برای ادامه مداخله نیز افزایش پیدا میکند که شاید بتوان این امر را به بهتر شدن علائم سه ماه پس از مداخله نسبت به علائم یک ماه پس از مداخله نسبت داد

(۳۰،۳۳). آموزش والدین، کیفیت زندگی خانواده را از طریق کاهش استرس و افزایش اوقات فراغت و تفریح ارتقا می دهند. علاوه براین، والدینی که در مداخلات درمانی شرکت می کنند، خوش بینی بیشتری در مورد توانایی خود برای اثرگذاری بر رشد کودکان گزارش می کنند (۵۷). بنابراین با توجه به فواید درگیر ساختن والدین در درمان کودک و از آنجا که شورای ملی تحقیقات (NRC) خانواده را جزء کلیدی هر درمان می داند، طراحی و کاربرد برنامه های آموزش به والدین از اهمیت زیادی برخوردار است.

نتیجه گیری کلی:

در مطالعه ما شواهد تاثیر آموزش والدین فقط بر بهبود علائم مهارتهای اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم مشاهده می شود. همینطور نشان داده شده است که با گذشت زمان و در صورت پایدار بودن کاربرد موارد آموزش دیده شده امکان کاهش بیشتر این علائم وجود دارد. این کاهش علائم را می توان در این مطالع را احتمالا نتیجه ای از تاثیر راهکارهای کاهش استرس و شناخت بیماری و مشاهده عملی آموزش رفتار با کودک و ارتباط صحیح با او در منزل دانست. بنابراین می توان نتیجه گرفت که احتمالا آموزش روانی والدین در کم کردن علائم اختلالات ارتباطی و تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم تاثیر دارد و می توان این روش درمانی را به طور روتین در مراکز روانپزشکی اطفال برای درمان کودکان مبتلا به اوتیسم به کار برد.

باید خاطر نشان کرد که عدم کاهش علائمی همچون حرکات تکراری و علائق محدود که جزو ماهیت زیستی بیماری بوده احتمالا با توجه به اینکه آموزش اوتیسم کاری تیمی میباشد نیاز به استفاده از روشهای درمانی دیگر از قبیل دارو درمانی و گفتار درمانی و یا کار درمانی را می طلبد.

محدودیتها

این پژوهش با محدودیتهایی همراه بود؛ از جمله اینکه جامعه آماری این پژوهش، کودکان دارای اتیسمی بودند که والدینشان به کلینیک فوق تخصصی اطفال مرکز آموزشی درمانی قدس و ۲۲ بهمن مراجعه کرده بودند که امکان تعمیم این پژوهش به سایر کودکان دارای اتیسم در کشور وجود ندارد؛ همچنین به علت محدودیت در انتخاب و حجم نمونه، نمونه گیری از بین کودکانی که تحت درمان دارویی بودند هم انجام شد که فقط داروی ریسپریدون به مقدار ۰/۵-۱/۵ میلی گرم بدون افزایش دوز در مدت مطالعه بوده است.

محدودیت دیگر مطالعه عدم وجود گروه کنترل بود که در صورت وجود نتایج قابلیت تعمیم دهی بیشتری را شامل می گردد.

در ضمن به علت حجم نمونه کم امکان کنترل عواملی مانند سطح تحصیلات والدین و شغل آنها و سطح اجتماعی فرهنگی در مطالعه میسر نشد.

از مشکلات انجام این تحقیق تعدد جلسات و وقت گیر بودن آنها بود و همین طور به علت تشکیل جلسات در بیمارستان ۲۲ بهمن رفت و آمد والدین برای شرکت در کلاسها مشکل بود.

پیشنهادات:

پیشنهاد می شود تحقیق دیگری با حجم نمونه بیشتر و با یک گروه کنترل انجام شود و در صورت امکان عوامل مخدوش کننده مانند سطح تحصیلات والدین و شغل و سطح اجتماعی فرهنگی تطبیق داده شوند. از نقاط قوت این مطالعه تعداد محدود مطالعات در این زمینه به تفکیک نوع علائم در ایران می باشد.

با توجه به مزایای مداخله والدین و همینطور اهمیت افزایش تعداد ساعات درمانی کودکان دارای اوتیسم و با توجه به نتایج این پژوهش که مداخله والدین نقش بارزی را در کاهش علائم اوتیسم کودکان نشان داد پیشنهاد می شود این مداخله در کنار روشهای مرسوم در زمینه اوتیسم به والدین به خصوص مادران آموزش داده شود.

1. Dover CJ, Le Couteur A. How to diagnose autism. Arch Dis Child 2007; 92:540.
2. Johnson CP, Myers SM, American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. Pediatrics 2007; 120:1183.
3. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders, a national clinical guideline, number 98. July 2007. www.sign.ac.uk/pdf/sign98.pdf (Accessed on February 08, 2011.)
4. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. Neurology 2000; 55:468.
5. American Psychiatric Association. Pervasive Developmental Disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®), American Psychiatric Association, Washington, DC p.70.
6. Mandy W, Charman T, Gilmour J, Skuse D. Toward specifying pervasive developmental disorder-not otherwise specified. Autism Res 2011; 4:121 .

7. Walker DR, Thompson A, Zwaigenbaum L, et al. Specifying PDD-NOS: a comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome, and autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:172 .
8. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res* 2009; 65:591.
9. Muhle R, Trentacoste SV, Rapin I. The genetics of autism. *Pediatrics* 2004; 113:e472 .
10. Volkmar, F, Wiesner, L. Autism and related disorders. In: *Developmental-Behavioral Pediatrics*, 4th edition, Carey, WB, Crocker, AC, Coleman, WL, et al (Eds), Saunders Elsevier, Philadelphia 2009. p.675 .
11. Saint-Georges C, Mahdhaoui A, Chetouani M, et al. Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. *PLoS One* 2011; 6:e22393 .
12. Immunization Safety Review: Vaccines and Autism. A report of the Institute of Medicine., The National Academies Press, Washington, DC 2004 .
13. Stehr-Green P, Tull P, Stellfeld M, et al. Autism and thimerosal-containing vaccines: lack of consistent evidence for an association. *Am J Prev Med* 2003; 25:101 .
14. Kawashima H, Mori T, Kashiwagi Y, et al. Detection and sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism. *Dig Dis Sci* 2000; 45:723 .

15. Bitnun A, Shannon P, Durward A, et al. Measles inclusion-body encephalitis caused by the vaccine strain of measles virus. *Clin Infect Dis* 1999; 29:855 .
16. American Psychiatric Association. Pervasive Developmental Disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®)*., American Psychiatric Association, Washington, DC.
17. Myers SM, Johnson CP, American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007; 120:1162 .
18. Public Law 108-446. Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004. Available at: www.copyright.gov/legislation/pl108-446.pdf (Accessed on May 20, 2010.)
19. Hanson E, Kalish LA, Bunce E, et al. Use of complementary and alternative medicine among children diagnosed with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2007; 37:628.
20. Gould P. , Sullivan J. *The inclusive early childhood classroom.* 2004; Beltsville, MD: Gryphon House.
21. Hilton C, Graver K, La Vesser P. Relationship between social competence and sensory processing in children with high functioning autism spectrum disorders. *Res Autism Spect Disord* 2007; 1: 64-73.
22. Matson J. L, Wilkins J. A. Critical review of assessment targets and methods for social skills excesses and deficits for children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spect Disord* 2007; 1: 28-37.

23. Matson ML, Mahan M, Matson JL. Parent training: a review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2009; 3(4): 868–875.
24. Scott JF, Cohen SB, Bolton P, Brayne C. The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary development of a UK screen for mainstream primary-school age children. *Autism* 2002, 6, 9-31.
25. Beaudoin AJ, Sebire G, Coutore M. Parent Training Interventions for Toddlers with Autism Spectrum Disorder. *Autism Research and Treatment* 2014; 1-15.
26. Symon JB. Expanding interventions for children with autism: Parents as trainers. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2005; 7(3): 159-173.
27. Drew A, Baird G, Baron-Cohen SA. pilot randomized control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism: preliminary findings and methodological challenges. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2002; 11(6): 266–272 .
28. Samadi, SA, Mahmoodizadeh A, McConkey R. A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism* 2012 ; 16(1): 5 –14.
29. Perry A, Anne Cummings A, Geier JD, Freeman NL, Hughes S, LaRose L, Managhan T, Reitzel JA, Williams J. Effectiveness of Intensive Behavioral Intervention in a large, community-based program. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2008; 2: 621–642.

30. Minjarez MB, Williams SE, Mercier EM, Hardan AY. Pivotal response group treatment program for parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010; 41(1): 92-101.
31. Butter EM. Parent training for children with pervasive developmental disorders: A multi-site feasibility trial. *Behavioral Interventions* 2007; 22, 179–199.
32. Ruble L, Akshoomoff N. Autism spectrum disorders: intervention options for parents and educators. *National Association of School Psychologists* 2010, 38(5): 1- 6 .
33. Anan RM, Warner LJ, Mc Gillivray JE, Chong IM, Hines SJ. Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions* 2008; 23(3): 165–180 .
34. Ringdahl JE, Kopelman T, Falcomata TS. Applied Behavior Analysis and Its Application to Autism and Autism Related Disorders. In: Matson, J.L. (2009). *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
35. Baker-Ericzén MJ, Stahmer AC, Burns A. Child demographics associated with outcomes in a community-based pivotal response training program. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2007; 9(1): 52-60.
36. Nefdt N, Koegel R, Singer G, Gerber M. The use of a self-directed learning program to provide introductory training in pivotal response treatment to parents of children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2010; 12(1): 23-32 .

37. Bibby P, Eikeseth S, Martin NT, Mudford OC, Reeves D. Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disabilities* 2002; 23: 81–104.
38. Sofronoff, K., Leslie, A., & Brown, W. (2004). Parent management training and Asperger syndrome: A randomized controlled trial to evaluate a parent based intervention. *Autism* 2004; 8: 301–317.
39. Michael L, Matson JL, Mahan S. Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2009; 3: 868–875.
- .٤٠ .كتاب
41. Bugghey T, Hoomes G, Sherberger ME, Williams S. Facilitating Social Initiations of Preschoolers With Autism Spectrum Disorders Using Video Self- Modeling. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2009; 26(1): 25–36.
42. Vismara LA, Colombi C, Rogers SJ. Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism? *Autism* 2009; 13, 93–115.
43. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 2001; 31:131.
44. American Psychiatric Association. Pervasive Developmental Disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®)*, American Psychiatric Association, Washington, DC p.70.

45. The National Autism Center's National Standards Report. National Autism Center, Randolph, MA, 2009. Available at: www.nationalautismcenter.org/pdf/NAC%20Standards%20Report.pdf (Accessed on May 18, 2010).
46. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh 2007. www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/98/index.html (Accessed on November 10, 2011).
47. Green J, Charman T, McConachie H, et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 375:2152.
48. Aldred C, Green J, Adams C. A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45:1420.
49. McConachie H, Randle V, Hammal D, Le Couteur A. A controlled trial of a training course for parents of children with suspected autism spectrum disorder. *J Pediatr* 2005; 147:335.
50. McConachie H, Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2007; 13:120.
51. Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, et al. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011; 127:e1303.

52. Tonge B, Bererton A, Kiomall M, Mackinnon A, King N, Rinehart N. Effects on Parental Mental Health of an Education and Skills Training Program for Parents of Young Children With Autism: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006 ; 45(5).
53. Volkmar F, Paul R, Klin A, Cohen D, et al, International perspectives. Volkmar F (2005). In: *Handbook of Pervasive Developmental Disorders*, 3rd ed. New York: Wiley, pp 1193–1254.
54. Green J, Charman T, McConachie H, Aldred C, Slonims V, Howlin P, Le Couteur A, et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2010 Jun 19; 375(9732): 2152–2160.
55. Siller M, Sigman M. Modeling longitudinal change in the language abilities of children with autism: parent behaviors and child characteristics as predictors of change. *Dev Psychol*. 2008;44:1691–1704.
56. Koegel, R.L., Symon, J.B. & Koegel, L.K. (2002). Parent education for families of children with autism living in geographically distant areas. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(2):88-103.
57. Coolican J., Smith I.M., Bryson S.E. (2010). Brief parent training in pivotal response treatment for preschoolers with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12): 1321–1330.
58. Mc Conachie H., Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder:

a systematic review. Journal of Evaluation in Clinical Practice
2007, 13(1): 120-129.

59. Benjamin james sadok, virjina Alcott sadok, pedro
ruiz.(2015).text book of synopsis of psychiatry1152-1168.

60.www.Bonyan news.com

61.Williams.j,scott.F,Scott.K, The CAST (Childhood Asperger
Syndrome Test)Test accurac, Autism. 2007 Mar;11(2):173-85.

۶۲. کاسه چی.م، بهنیا.ف، میرزایی.ه، اعتبار پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه

غربالگری اتیسم، مجله علمی پژوهشی پژوهان، پاییز ۱۳۹۲ شماره ۱

ABSTRACT:

Determining Effectiveness of Parent Group Psycho Education on Autism spectrum Disorders symptoms

Introduction :Autism spectrum disorders (ASD) are a group of biologically based neurodevelopmental disorders characterized by impairments in three major domains: socialization, communication, and behavior. The study was designed to evaluate the effectiveness Parent Group Psycho Education on Autism spectrum disorders symptoms.

Material & Methods: Parents whose children with Autism diagnosis from March 2015 till March 2015 who were referred to pediatric psychiatry clinic were included in the study. The Autism symptoms were assessed by CAST questionnaire. The results were analyzed by SPSS 21.

Results: 17 children were studied. 11 boys and 6 girls with mean age of 7.75 ± 2.26 years old. The Autism's symptoms were measured with CAST questionnaire. The mean scores of communication symptoms before treatment, one month and three months after the intervention in order were 5.27 ± 1.36 , and 5.05 ± 1.39 and 5.35 ± 1.09 . The mean scores of symptoms in behavioral field before treatment, one and three months after the intervention were 4.52 ± 1.19 , and 4.48 ± 1.09 and 4.58 ± 1.28 . The mean scores of symptoms in social interaction disorder before treatment, one and three months after the intervention were 7.44 ± 1.24 , and 6.53 ± 1.15 and 6.47 ± 1.28 . respectively, there was a significant reduction in social interaction after intervention ($P < 0.000$).

Conclusion: Parental involvement is an important aspect of the treatment program for children with ASD. According to the benefits of parental intervention in treatment and the importance of increasing therapy sessions for children with autism, it is recommended that this therapy method in conjunction with conventional methods be offered.

KEYWORDS:

Parent Group Psycho Education- Autism spectrum Disorders- Autism spectrum Disorders Symptoms

ضمیمہ

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرکز طبی کودکان

کلینیک فوق تخصصی روان پزشکی کودک و نوجوان

تست ارزیابی طیف اوتیسم کودکان CAST برای سنین ۴ تا ۱۱ سال (فرم والدین)

نام کودک تاریخ تولد : سن :

لطفا سوالات زیر را بخوانید و پاسخی را که بیشتر در مورد فرزند شما صدق می کند در دایره مقابل علامت بزنید.

۱	آیا کودک شما به راحتی به سایر بچه ها برای بازی کردن ملحق می شود؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۲	آیا کودک شما بصورت خود انگیز برای گفتگوی دوستانه به سمت شما می آید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۳	آیا کودک شما از سن دو سالگی صحبت کرده است؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۴	آیا کودک شما از ورزش لذت می برد؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۵	آیا برای کودک شما اهمیت دارد که همراه همسالان خود باشد؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۶	آیا به نظر شما می رسد که کودکان بطور غیر معمولی به جزئیاتی توجه می کنند که دیگران به آن توجه ندارند؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۷	آیا کودک شما تمایل دارد بصورت کتابی و ادبی صحبت کند؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۸	وقتی که کودک شما سه ساله بود آیا بازی های نمادین (مثل خانه بازی، قرار گرفتن در جای قهرمان های کارتون ها و یا مهمان بازی) انجام می داد؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۹	آیا فرزند شما دوست دارد بارها و بارها یک کاری را بصورت یکنواخت دائما انجام دهد؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۱۰	آیا فرزند شما راحت است که با سایر بچه ها تعامل کند؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۱۱	آیا فرزند شما ثادر است که یک مکالمه دوطرفه را برقرار نماید؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۱۲	آیا فرزند شما به اندازه ای که از سن وی انتظار می رود قادر به خواندن هست؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۱۳	آیا فرزند شما همان علائقی را دارد که همسالانش دارند؟	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>
۱۴	آیا فرزند شما برای برخی علائقش آنقدر وقت صرف می کند که برای سایر فعالیت ها وقت	بلی <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>

		اندکی باقی بماند؟	
۱۵	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما دوستانی صمیمی دارد (به جای اینکه دوستی هایش در حد آشنایی سطحی باشد)؟	خیر <input type="radio"/>
۱۶	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما چیزهایی را که به آنها علاقه دارد برای نشان دادنش شما می آورد؟	خیر <input type="radio"/>
۱۷	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما از جوک هایی که گفته می شود لذت می برد؟	خیر <input type="radio"/>
۱۸	بلی <input type="radio"/>	آیا برای فرزند شما درک قوانین مورد نیاز برای رفتار مودبانه دشوار است؟	خیر <input type="radio"/>
۱۹	بلی <input type="radio"/>	آیا بنظر می رسد که فرزند شما حافظه غیر معمول برای بخاطر سپردن جزئیات دارد؟	خیر <input type="radio"/>
۲۰	بلی <input type="radio"/>	آیا صدای فرزند شما حالتی نا معمول دارد (مثلا خیلی شبیه به صدای بزرگسالان ، یا حالت یکنواخت دارد)؟	خیر <input type="radio"/>
۲۱	بلی <input type="radio"/>	آیا برای فرزند شما دیگران اهمیت دارند؟	خیر <input type="radio"/>
۲۲	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما می تواند خودش لباس هایش را بپوشد؟	خیر <input type="radio"/>
۲۳	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما در جریان مکالمه نوبت را بخوبی رعایت می کند؟	خیر <input type="radio"/>
۲۴	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما با سایر بچه ها بازی های تخیلی انجام می دهد و در ایفای نقش ها مشارکت می کند؟	خیر <input type="radio"/>
۲۵	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما رفتارهایی انجام می دهد یا حرف هایی می زند که از نظر اجتماعی نامتناسب و خلاف آداب محسوب می شوند؟	خیر <input type="radio"/>
۲۶	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما می تواند تا عدد ۵۰ بدون آنکه عددی را جا بیندازد بشمرد؟	خیر <input type="radio"/>
۲۷	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما تماس چشمی مناسبی برقرار می کند؟	خیر <input type="radio"/>
۲۸	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما حرکات غیر معمول یا تکراری دارد؟	خیر <input type="radio"/>
۲۹	بلی <input type="radio"/>	آیا رفتار های اجتماعی فرزند شما یک سوویه و معمولا به روش خودش انجام می شود؟	خیر <input type="radio"/>
۳۰	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما گاهی بجای ضمیر "من" از ضمیر "تو" یا "او" استفاده می کند؟	خیر <input type="radio"/>
۳۱	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما ترجیح می دهد که در فعالیت های تخیلی مثل نمایش و داستانسرکت کند تا اینکه مرتبا با اعداد یا فهرست موضوعات مختلف سرگرم باشد؟	خیر <input type="radio"/>
۳۲	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما گاهی اوقات شنونده هایشرا به این دلیل که توضیح نمی دهد در مورد چه	خیر <input type="radio"/>

		چیزی صحبت می کند از دست می دهد؟	
۳۳	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما قادر است دوچرخه براند (حتی با تایر کمکی)؟	خیر <input type="radio"/>
۳۴	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما روالی را به خودش یا دیگران تحمیل می کند به نحوی که منجر به بروز مشکل می شود؟	خیر <input type="radio"/>
۳۵	بلی <input type="radio"/>	آیا کودک شما مراقب است که چگونه توسط سایر افراد گروه و همسالانش ادراک می شود؟	خیر <input type="radio"/>
۳۶	بلی <input type="radio"/>	آیا فرزند شما به جای آنکه آنچه دیگران مایلند در موردش صحبت کنند را دنبال کند مکالمات را به سمتی سوق می دهد که خودش علاقه دارد؟	خیر <input type="radio"/>
۳۷	بلی <input type="radio"/>	آیا عبارات و اصطلاحات عجیب و غیر معمولی را بکار می برد؟	خیر <input type="radio"/>
	بلی <input type="radio"/>	نیازهای اختصاصی	خیر <input type="radio"/>
۳۸	بلی <input type="radio"/>	آیا پزشکان ، مراقبین سلامت یا معلمین کودک شما هیچگاه راجع به وضعیت رشد و تکامل وی ابراز نگرانی کرده اند؟ اگر پاسخ بلی است مشخص کنید.....	خیر <input type="radio"/>
۳۹		آیا فرزند شما هیچ یک از اختلالات زیر را داشته است؟	
	بلی <input type="radio"/>	تاخیر کلامی	خیر <input type="radio"/>
	بلی <input type="radio"/>	اختلال بیش فعالی / نقض تمرکز	خیر <input type="radio"/>
	بلی <input type="radio"/>	مشکلات شنوایی یا بینایی	خیر <input type="radio"/>
	بلی <input type="radio"/>	اختلاف طیف اوتیسم	خیر <input type="radio"/>
	بلی <input type="radio"/>	ناتوانی جسمی	خیر <input type="radio"/>
	بلی <input type="radio"/>	سایر موارد (لطفا مشخص کنید) :	خیر <input type="radio"/>

The National Autistic Society and SAGE publication (2002)