



دانشگاه پیام نور

بسمه تعالی

فرم پیشنهادی پایان نامه کارشناسی ارشد

الف) مشخصات دانشجو:

نام و نام خانوادگی: طایفه محتشمی

شماره دانشجویی:

گروه: روانشناسی دانشکده: علوم انسانی

رشته تحصیلی: روانشناسی

استان: تهران مرکز تهران جنوب

ب) مقررات ارائه پیشنهادی پایان نامه کارشناسی ارشد

- دانشجو تا پایان نیمسال دوم موظف است موضوع پایان نامه خود را با هماهنگی استاد راهنما تعیین و فعالیت پژوهشی خود را آغاز کند.

توجه:

- ✓ دانشجو باید تا زمان دفاع از پایان نامه، الزاماً نسبت به اخذ واحد پایان نامه اقدام نماید.
- ✓ میانگین کل نمرات دانشجو قبل از اخذ پایان نامه نباید از ۱۴ کمتر باشد
- ✓ این کاربرد باید با مساعدت استاد راهنما تکمیل شود.
- ✓ دانشجو به همراه پایان نامه می تواند تنها یک درس به غیر از در روش تحقیق و دروس جبرانی انتخاب نماید.

ج) تاییدیه اداره کل خدمات آموزشی / معاونت آموزشی مرکز : تاریخ:

۱. دانشجو در نیمسال: ⑧ اول ⑥ دوم سال تحصیلی / وارد مقطع کارشناسی ارشد شده است.
۲. هم اکنون در نیمسال: تحصیل در مقطع مزبور بوده و تعداد: واحد از دروس مقطع کارشناسی ارشد را با میانگین کل با موفقیت گذرانده است.

معاون آموزشی مرکز

کارشناس ذریع

د) مدیر محترم گروه آموزشی / مدیر محترم تحصیلات تکمیلی مرکز: تاریخ:

با سلام و احترام، بدین وسیله فرم پیشنهادی پایان نامه کارشناسی ارشد خود را جهت طی مراحل تصویب ارسال می نمایم.

نام و نام خانوادگی

امضای دانشجو

مدیر محترم گروه آموزشی / علمی
جناب آقای / سرکارخانم دکتر:

با سلام و احترام

فرم پیشنهادی پایان نامه دانشجو جهت بررسی و تصویب مقدماتی در شورای تخصصی گروه علمی به پیوست ایفاد می گردد. خواهشمند است پس از تصویب در شورای تخصصی گروه جهت اجرا و ابلاغ به دانشجو به این مرکز ارسال گردد.

مدیر گروه آموزشی مرکز / رییس مرکز

Email:

..... آدرس محل سکونت دانشجو:

..... تلفن ثابت و همراه:

ه) اطلاعات مربوط به استاد راهنما:		
نام و نام خانوادگی: مهناز علی اکبری دهکردی	تخصص اصلی: روانشناسی	تخصص جنبی: روانشناسی سلامت
آخرین مدرک تحصیلی: دکتری	رتبه دانشگاهی: استاد	سنوات تدریس: دوره کارشناسی ارشد: دوره دکتری:
سمت فعلی:		محل خدمت:
نشانی و تلفن: Email: aliakbaridehordi@gmail.com		

تعداد پایان نامه ها / رساله های راهنمایی شده		تعداد پایان نامه / رساله های در دست راهنمایی		دانشگاه _____
کارشناسی ارشد	دکتری	کارشناسی ارشد	دکتری	
				دانشگاه پیام نور
				سایر دانشگاهها

و) اطلاعات مربوط به استادان مشاور / راهنمای همکار :		
۱- نام و نام خانوادگی: احمد علی پور	آخرین مدرک تحصیلی: دکتری	تخصص اصلی : روانشناسی سلامت <input type="checkbox"/> راهنمای همکار <input checked="" type="checkbox"/> مشاور
سنوات تدریس: دوره کارشناسی ارشد: دوره دکتری: تعداد پایان نامه و رساله های در دست راهنمایی:	رتبه دانشگاهی: استاد	محل خدمت :
نشانی و تلفن:		
۲- نام و نام خانوادگی: نرگس چیمه	آخرین مدرک تحصیلی: دکتری	تخصص اصلی: روانپزشک <input type="checkbox"/> راهنمای همکار <input checked="" type="checkbox"/> مشاور
سنوات تدریس: دوره کارشناسی ارشد: دوره دکتری: تعداد پایان نامه و رساله های در دست راهنمایی:	رتبه دانشگاهی: استادیار	محل خدمت:
نشانی و تلفن:		

۲) عنوان پایان نامه:

فارسی: اثر روش درمانی پاسخ محور (PRT) مبتنی بر والدین بر بهبودی کودکان مبتلا به اتیسم

لاتین: the Effect of parent based pivotal response treatment (PRT) on the improvement of autistic children

۳) تعریف مساله و بیان سؤالهای اصلی تحقیق:

اتیسم یک اختلال نورولوژیکی است که در سال‌های اولیه کودکی نمایان می‌شود. این اختلال باعث می‌شود که مغز نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند و در یادگیری ارتباط و تعامل کودک با دیگران به طور اجتماعی مزاحمت ایجاد می‌کند (فومبون^۱، ۲۰۰۳). کودکان مبتلا به اتیسم در زمینه ارتباط کلامی و غیر کلامی، رفتارهای اجتماعی و بازی دارای مشکل می‌باشند و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری دارند (آنن، وارنر، مک گلیوری، چانگ و هینس^۲، ۲۰۰۸). طبق گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها^۳ (CDC) (۲۰۰۷) در حال حاضر از هر ۱۵۰ کودک، یک نفر تشخیص اتیسم می‌گیرد. بنابراین با توجه به شیوع روز افزون این اختلال، مداخله‌های موجود در این حیطه از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شوند، ولی نکته قابل توجه این که بسیاری از مداخلات موجود که در دسترس‌اند، پرهزینه و زمانبر هستند، بنابراین نیاز به مداخلات کم هزینه‌تر و مبتنی بر والدین احساس می‌شود (مینجارجز، ویلیامز، مرک و هاردن^۴، ۲۰۱۰). شورای ملی تحقیقات^۵ (NRC) (۲۰۰۱ به نقل از روبلی و اکشوموف^۶، ۲۰۱۰) خانواده را جزء کلیدی هر درمان محسوب می‌کند و درگیری والدین در درمان کودکان مبتلا به اتیسم، یک جزء مهم تلقی می‌شود. از طرفی اسکوپلر و مسیبو^۷ (۱۹۸۴) والدین را به عنوان عمیق‌ترین منبع دانش در مورد کودکان‌شان معرفی می‌کنند. در یک مطالعه که توسط کوگل^۸ و همکاران (۱۹۸۴) صورت گرفت، نشان داده شد که آموزش والدین یک اثر قوی در کنار مداخلات رفتاری که در کلینیک وجود داشت، فراهم کرد (آنن و همکاران، ۲۰۰۸). پیشینه تحقیقاتی به اثر بخش بودن مداخلات مبتنی بر والدین در بهبودی کودکان مبتلا به اتیسم اشاره دارد (هانکوک، کیسر و دلانی^۹، ۲۰۰۲؛ رینگدال، کوپلمن و فالكومیت^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ بیکر-اریکزن، استاهمر و بارنز^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ آنن و همکاران، ۲۰۰۸؛

1 - Fombonne

2 - Anan., Warner, McGillivary.,Chong., Hines

3 - Centers for Disease Control and Prevention

4 - Minjarez., Williams ., Mercier., Hardan

5 - National Research Council

6 - Ruble, Akshoomoff

7 - Schopler., & Mesibov

8 - Koegel

9 - Hancock., Kaise & Delaney

10 - Ringdahl, Kopelman., Falcomata

مینجارز و همکاران، ۲۰۱۰؛ نفدت، کوگل، سینگر و سربری^{۱۲}، ۲۰۱۰). در میان مداخلات درمانی موجود، مداخلات رفتاری از حمایت پژوهشی زیادی برخوردار هستند (لوواس^{۱۳}، ۱۹۷۳؛ دیمایر، هینگتن و جکسون^{۱۴}، ۱۹۸۱؛ نفدت و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از این مداخلات، روش درمانی پاسخ محور (PRT)^{۱۵} می باشد. PRT یکی از برنامه های مداخلاتی و متکی بر اصول تحلیل رفتار کاربردی (ABA)^{۱۶} است که فرض می کند اختلالات کودکان می تواند با دستکاری های محیطی بهبود پیدا کند (کوگل، کوگل و کارتر^{۱۷}، ۱۹۹۹). این مداخله از چند جهت با مداخلات رفتاری موجود متفاوت است، اول اینکه به جای تمرکز روی محدوده هایی که کودکان دچار کمبود یا اشکال هستند، روی حوزه های محوری که به طور گسترده در عملکرد کودک مهم و مرکزی هستند، تمرکز می کند. کوگل، کوگل، هارور^{۱۸} و کارتر (۱۹۹۹) معتقدند که چهار حوزه محوری وجود دارد که عبارتند از انگیزش^{۱۹}، پاسخ به نشانه های متعدد^{۲۰}، مدیریت خود^{۲۱} و خود آغازگری^{۲۲}. البته کوگل معتقد است که مشکل اصلی در پیشرفت کودکان مبتلا به اتیسم فقدان انگیزه است و وقتی این حوزه های محوری تقویت شوند، کودک بهبود پیدا می کند. تفاوت دوم این است که روش PRT ساختار آزادانه دارد و این مداخله در محیط طبیعی و به صورت طبیعی رخ می دهد (بیکر - اریکزن، استاهمر و بارنز^{۲۳}، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان داده است که مداخلاتی که طبیعی هستند، روی کودک اثر مثبت دارد و البته به همان اندازه هم روی والدین موثر هستند (شریمن، کانکو و کوگل^{۲۴}، ۱۹۹۱؛ شریمن، ۲۰۰۰). این اثر مثبت به خاطر افزایش انگیزش می باشد که یکی از اجزای اصلی روش PRT است. تفاوت سوم این روش با درمان های رفتاری دیگر این است که این مداخله مبتنی بر کودک است. یعنی کودک آزادی عمل بسیاری دارد تا جایی که می توان گفت این کودک است که نقش درمانگر را دارد و برنامه می دهد و در واقع فرصت های یادگیری را ایجاد می کند (بیکر - اریکزن، استاهمر و بارنز، ۲۰۰۷). کوگل (۲۰۰۶) معتقد است که یکی از اجزای اصلی این روش آموزش والدین است و والدین را مجریان اصلی در مدل PRT می داند (مینجارز و همکاران، ۲۰۱۰). 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 اجرا می باشد (بروکمن - فراز، ویسمارا، دراتوها، استاهمر و اپندن^{۲۵}، ۲۰۰۹؛ نفدت و همکاران، ۲۰۱۰، مینجارز و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج مطالعات و شواهد نشان داده است که آموزش والدین در مدل PRT ارتباطات کودک، مهارت های اجتماعی، گفتار و بازی را افزایش می دهد و روی تعامل والد - کودک نیز اثر مثبت می گذارد (کوگل، سیمون و کوگل، ۲۰۰۲؛ کوگل، کارتر و کوگل، ۲۰۰۳؛ مینجارز و همکاران، ۲۰۱۰؛ سایمون^{۲۶}، ۲۰۰۵؛ تانگ^{۲۷}، ۲۰۰۶).

11 - Baker-Ericzén, Stahmer., Burns

12 - Nefdt., Koegel., Singer Gerber

13 - Lovaas

14 - DeMyer, Hingtgen, & Jackson,

15 - Pivotal Response Treatment

16 - Applied Behavior Analysis

17 Koegel, Koegel & Carter

18- Harrower

19 - Motivation

20 - Responding to multiple cues

21 - Self-Management

22 - Self-initiation

23 - Baker-Ericzén; Stahmer; Burns

24 - Schreibman, Kaneko., & Koegel

25 - Brookman-Frazee, Vismara, Drahota, Stahmer, Openden

26 - Symon

27 - Tonge

استاهمر و گیست^{۲۸} (۲۰۰۱) طی پژوهشی روش PRT را در ۱۲ جلسه، هفته ای یک ساعت به والدین آموزش دادند. تعداد نمونه در این پژوهش ۲۲ نفر بود که به صورت غیر تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. اثر بخشی مداخله بدون در نظر گرفتن سطح مهارت‌های والدین در پژوهش دیده شد و نتایج، نشان دهنده افزایش ارتباط و تعداد لغات کودکانی بود که والدین شان در این پژوهش روش PRT را آموزش گرفته بودند. ویسمارا، کلمبی و راجرز^{۲۹} (۲۰۰۹) نیز طی پژوهشی این روش را به ۸ نفر از والدین در ۱۲ جلسه، هفته ای یک ساعت آموزش دادند. پژوهش بیان می‌دارد که والدین این روش را به خوبی آموزش گرفتند و بهبودی در کودکان نیز دیده شد که از نتایج این پژوهش این دستاورد بود که تعداد کلماتی که برای اولین بار گفته می‌شد، در این پژوهش زیاد بود. اخیراً کولیکان، اسمیت و بریسون^{۳۰} (۲۰۱۰) نیز روش PRT را طی شش جلسه (سه جلسه دو ساعته) به والدین کودکان مبتلا به اتیسم، آموزش دادند و نتایج نشان داد که مهارت‌های ارتباطی بخصوص عملکرد زبانی کودک بهبود یافت. همانطور که پیشینه تحقیقاتی در زمینه اتیسم نشان می‌دهد، هر چه تعداد ساعات درمانی کودک بیشتر باشد و هر چه درمان‌ها فشرده‌تر باشند، بهبودی کودکان نیز بیشتر است (اسمیت، باچ و گمبی^{۳۱}، ۲۰۰۰؛ هستینگز و سیمز^{۳۲}، ۲۰۰۲؛ سالوز و گرانپر^{۳۳}، ۲۰۰۵؛ پری^{۳۴} و همکاران، ۲۰۰۸) و از آنجایی که مداخلات مبتنی بر والدین که خود والدین یک روش درمانی را آموزش ببینند، در ایران در زمینه اتیسم صورت نگرفته، لذا پژوهش حاضر، اثر بخش بودن روش درمانی PRT را که توسط والدین کودکان مبتلا به اتیسم انجام می‌گیرد، در جمعیت ایرانی مورد پژوهش قرار می‌دهد. این پژوهش سعی دارد اثر روش درمانی پاسخ محور را در بهبودی کودکان مبتلا به اتیسم مورد بررسی قرار دهد و به این سوال اساسی پاسخ دهد که آیا روش درمانی پاسخ محور مبتنی بر والدین در بهبودی کودکان مبتلا به اتیسم موثر است؟

28 - Stahmer & Gist
 29 - Vismara, Colombi & Rogers
 30 - Coolican., Smith I., Bryson
 31 - Smith, , Buch, & Gamby
 32 - Hasting., Symes
 33 - Sallows, Graupner
 34 - Perry

اتیسم در بین اختلالات فراگیر تحول بیشترین میزان شیوع را دارد (کاپلان و سادوک ، ۱۳۸۲) و بیش از ۲/۳ (۷۵ درصد) از این اختلالات را تشکیل می دهد (فومبون، ۱۹۹۶ به نقل از هانبر و دان ، ۲۰۰۱) . همان طور که پیداست شیوع این اختلال روز به روز بیشتر می شود این پیشروی تا اینجا رسیده است که روز ۲ آپریل ۲۰۰۹ به عنوان روز اطلاع رسانی اتیسم مشخص شده است^{۳۵}. مطالعات منظمی که میزان شیوع این اختلال را در ایران نشان دهد، یافت نشده است ولی تجربه های کلینیکی نشان می دهد که میزان شیوع این اختلال در ایران نیز در سالهای اخیر رو به افزایش بوده است. مطالعات بر روی نمونه های اپیدمیولوژیک و کلینیکی میزان بالایی از اختلال طیف اتیسم را در پسران نشان می دهد تا در دختران. این میزان شیوع ۴ به ۱ به ترتیب در پسران و دختران است. ولی این میزان شیوع به علت عملکرد مغز بسیار متغیر است. بعضی مطالعات این میزان شیوع را ۶ یا بیشتر به ۱ در افراد دارای اتیسم بدون داشتن عقب ماندگی ذهنی عنوان می کنند و میزان شیوع ۱/۵ به ۱ را در افراد دارای اتیسم دچار عقب ماندگی خفیف تا شدید عنوان می کنند (فولادگر، بهرامی پور و انصاری شهیدی، ۱۳۸۸). در ایران هم طی پژوهشی که خوشابی و پوراعتماد (۱۳۸۵) انجام دادند، تقریباً همین میزان شیوع را گزارش کرده اند. در این چهارچوب اختلال اتیسم نسبت ۴ به ۱ و اختلال آسپرگر نسبت ۳ به ۱ و اختلال فروپاشنده دوران کودکی در پسران شایعتر از دختران می باشد. اختلال رت فقط در دختران ملاحظه شد و اختلالات فراگیر رشد که به گونه دیگر مشخص نشده اند به طور مساوی در هر دو جنس وجود دارد. غنی زاده (۲۰۰۸) نیز شیوع این اختلال را در کودکان ایرانی سنین مدرسه ۱/۹ درصد این جمعیت گزارش کرد. در جدیدترین مطالعه در ایران صمدی، محمودی زاده و مک کانکی^{۳۶} (۲۰۱۲) شیوع اتیسم را در کودکان پنج ساله ایرانی ۶/۲۶ در ۱۰ هزار نفر گزارش کرده اند. لذا بررسی آسیب شناختی این اختلال به ویژه از منظر اقدامات درمانی و توان بخشی، بیش از پیش ضروری می نماید. همان طور که ذکر شد شیوع اتیسم افزایش یافته است (بیرد^{۳۷} و اسلونیمز، ۲۰۰۳) به همین دلیل نیز درمان های گوناگونی برای این اختلال مطرح شده است و هر کدام شواهدی در تعیین میزان اثربخشی برنامه های مداخلاتی خود ارائه نموده اند، اما به دلیل در دسترس نبودن اقدامات درمانی در تمام اوقات و همینطور پرهزینه بودن درمان ها، نیاز به درمان های کم هزینه تر و مبتنی بر والدین احساس می شود (مینجارز و همکاران، ۲۰۱۰). از روش های درمانی که در زمینه اتیسم وجود دارد و والدین می توانند به خوبی آن را اجرا کنند، روش PRT است. کوگل (۲۰۰۶، به نقل از مینجارز، ۲۰۱۰) معتقد است که یکی از اجزای اصلی این روش آموزش والدین است و والدین را مجریان اصلی در مدل PRT می داند. اهمیت حضور والدین به این جهت است که والدین این روش درمانی را به خوبی و به سرعت یاد می گیرند و در محیط طبیعی خانه قابل اجرا می باشد (شریمن و کوگل، ۲۰۰۵ به نقل از بروکمن - فرازی و همکاران ، ۲۰۰۹؛ نفدت و همکاران، ۲۰۱۰، مینجارز و همکاران، ۲۰۱۰).

35 - www.autism.org/overview.html

36- McConkey

37 -Baird & Slonims

مداخلات متمرکز بر والدین به عنوان روش هایی در نظر گرفته می شوند که درمان با قدرت بالا و هزینه پایین را فراهم می آورد و از آن جایی که والدین بیشترین زمان را با کودک می گذرانند و می توانند بیشترین کار تک به تک با کودک را با کمترین هزینه انجام دهند، بسیار مقرون به صرفه است (آن و همکاران، ۲۰۰۸؛ مینجارز، ۲۰۱۰). به طور کلی آموزش والدین مزایای زیادی دارد، نخست اینکه والدین بیشترین تماس را با فرزندشان دارند، بنابراین می توانند بیشترین تاثیر را در تغییر رفتار فرزندشان داشته باشند. به علاوه برای فراهم کردن یک محیط درمانی ثابت و دائمی، والدین می توانند جنبه هایی از رفتار کودک را هدف قرار دهند و مشارکت والدین در درمان کودکان مبتلا به اتیسم می تواند، تعمیم دهی دستاوردهای درمانی را تسهیل کند (واکر^{۳۸} و همکاران، ۲۰۰۵). هم چنین این امکان برای خانواده ها بیشتر فراهم است که از اعضای بیشتری در خانواده کمک بگیرند که این به نوبه خود می تواند تاثیرگذار باشد (کوگل و همکاران، ۲۰۰۲).

به طور کلی برنامه های متمرکز بر والدین، برای آموزش شیوه های موثر به والدین ایجاد شده اند تا آنها بتوانند کودکانشان را تعلیم داده و رفتارهای چالش برانگیز آنها را که از نیازهای گسترده شان نشات می گیرد، کاهش دهند و نیز رفتارهای مداخله گر کودکانشان را درست ارزیابی کنند. بنابراین با توجه به فواید درگیر ساختن والدین در درمان کودک و از آنجایی که شورای ملی تحقیقات (NRC) (۲۰۰۱ به نقل از روبلی و اکموشوف، ۲۰۱۰) خانواده را جزء کلیدی هر درمان می داند، طراحی و کاربرد برنامه های آموزش والدین از اهمیت و ضرورت بسیار زیادی برخوردار است.

سوابق پژوهش

پژوهش های خارجی

اهمیت آموزش والدین کودکان مبتلا به اتیسم اولین بار توسط لوواس و همکارانش (۱۹۷۳) مطرح شد. در این مطالعه لوواس و همکارانش نشان دادند که کودکانی که والدینشان برای برنامه های درمانی آموزش دیدند، نسبت به کودکانی که والدینشان آموزش ندیدند، بهبود بیشتری پیدا کردند. پیشینه پژوهشی نشان دادند که آموزش والدین در بالا بردن توسعه مهارت ها در کودکان مبتلا به اتیسم و به طور کلی بهبود کودکان بسیار موثر است (مثل هاولین^{۳۹}، ۱۹۸۱؛ درو^{۴۰} و همکاران، ۲۰۰۲؛ آلدريد^{۴۱} و همکاران، ۲۰۰۴). اما پژوهش هایی که به طور اختصاصی روش PRT را به والدین کودکان مبتلا به اتیسم آموزش داده باشد، اولین بار توسط کوگل و همکاران (۱۹۸۴) به نقل از آن، (۲۰۰۸) مطرح شد. در این مطالعه نشان داده شد که آموزش والدین یک اثر قوی در کنار درمان های رفتاری که در کلینیک وجود داشت، فراهم کرد. بعد از آن پژوهش هایی انجام گرفت که به اختصار به آنها اشاره می شود. بیکر اریکزن و همکاران (۲۰۰۷) با این هدف که اثر بخشی روش PRT در مطالعاتی با حجم نمونه وسیع نیز ضروری است، پژوهشی طراحی کردند. در این پژوهش با حجم وسیع (N=۱۵۸) روش PRT طی ۱۲ هفته به والدین کودکان مبتلا به اتیسم آموزش داده شد. این مطالعه نشان داد که والدین روش PRT را می توانند به خوبی

³⁸ -Wacker

³⁹ -Howlin

⁴⁰ -Drew

⁴¹ -Aldred

آموزش بگیرند و تکنیک های آن را به اجرا درآورند. همچنین همه کودکان با توجه به مقیاس رفتارهای انطباقی وینلند در عملکرد انطباقی به طور معنی داری بهبود نشان دادند، البته کودکانی که زیر ۳ سال داشتند، بهبودی بیشتری را نشان دادند. اما متأسفانه این مطالعه پیگیری بعد از آموزش به منظور حفظ نتایج نداشته است که محدودیت این مطالعه به حساب می آید.

بریسون و همکاران (۲۰۰۷) با این هدف که بسیاری برنامه های درمانی برای کودکان اتیسم وجود دارد که مهمترین و اثربخش ترین آنها هم رفتار درمانی می باشد، به این نکته اشاره داشتند که این برنامه بیشتر مبتنی بر دانشگاه هستند و اثربخشی آنها نیز در محیط های دانشگاهی نشان داده شده است. اینکه اثربخشی روش درمانی بیرون از دانشگاه و غیر از متخصصان در محیطی مثل مرکز بهداشت مورد تأیید قرار گرفته باشد، کم مورد پژوهش قرار گرفته اند. بدین منظور و با مشارکت دانشگاه سانتا باربارا و مرکز بهداشت، پژوهشی با هدف پیاده سازی، ترجمه و اجرای روش PRT در مرکز بهداشت در سطح استان نوا اسکاتیا توسط بریسون و همکاران در سال ۲۰۰۷ طراحی شد. نتایج این پژوهش جامعیت روش PRT را به رسمیت شناخت و همچنین نشان داد که اجرای این روش هم توسط متخصصان و درمانگران، هم توسط والدین موثر بوده و اشاعه این مدل در سراسر مناطق روستایی نیز قابل اجرا است.

در مطالعه دیگری پری و همکاران (۲۰۰۸)، ۳۳۲ کودک ۲ تا ۷ ساله را که در انتاریوی کانادا ثبت نام کرده بودند را مورد مطالعه قرار داد. هدف از این مطالعه سودمندی برنامه های رفتاری فشرده PRT در مدل های بزرگتر و جامعه بود. پری با انجام این مطالعه به نتایج جالبی دست یافت. او نتایج ورودی و خروجی را در یک پایه گروهی و فردی با یکدیگر مقایسه کرد و این نتایج حاکی از پیشرفت های معنادار هم از لحاظ آماری و هم از لحاظ بالینی بود. نتایجی که به آنها دست یافتند از جمله: کاهش در شدت اتیسم، رشد در سطوح شناختی و انطباقی بود. اکثریت کودکان (۷۵ درصد) در حین برنامه های پیشرفت نشان دادند و ۱۱ درصد عملکرد متوسط بدست آوردند.

ویسمارا و همکاران (۲۰۰۹) نیز طی پژوهشی به منظور ارزیابی آموزش والدین در ۱۲ ساعت، مطالعه چندگانه ای را طراحی کردند. این مطالعه ترکیبی از روش PRT و مدل دنور (Denver Model) است و تکنیک هایی را که روی آموزش تقلید، ارتباط غیر کلامی و نمادین تمرکز دارد، شامل می شود. در این پژوهش ۸ نفر از والدین در ۱۲ جلسه، هفته ای یک ساعت تحت آموزش قرار گرفتند. گفتار خودبخودی، افزایش مهارت های تقلیدی و بهبود در تعاملات از نتایج این پژوهش بود که بعد از ۳ ماه پیگیری همچنان این نتایج حفظ شد. همچنین پژوهش بیان می دارد که والدین این روش را به خوبی آموزش گرفتند، به علاوه بزرگترین دستاورد این پژوهش بود که تعداد کلماتی که برای اولین بار گفته می شد، در این پژوهش زیاد بود به عبارتی بهبود خودبخودی گفتار در کودکان چشمگیر بود.

مینجارز و همکاران (۲۰۱۰) مطالعه ای انجام دادند که طی این پژوهش روش PRT به والدین کودکان مبتلا به اتیسم که در رده سنی ۲ تا ۶ سال قرار داشتند، به مدت ۱۰ هفته آموزش داده شد. ۲۸ نفر از والدین شرکت در پژوهش مطلع شدند که با توجه به شرایط پژوهش ۱۷ نفر از والدین توانستند در این پژوهش به عنوان گروه نمونه شرکت داشته باشند. از این ۱۷ نفر ۸ نفر با همسر خود زندگی می کردند و ۹ نفر هم تنها زندگی می کردند. از نتایج این پژوهش این بود که والدین این روش درمانی را به خوبی آموزش گرفتند و اجرا کردند، همینطور نشان

داده شد که عملکرد کلامی کودکان بهبود داشته است و این روش به عنوان روشی موثر برای والدین کودکان اتیستیک معرفی شد.

نفدت و همکاران (۲۰۱۰) به اثر بخش بودن برنامه یادگیری خود هدایتی (که مقدمه ای برای آموزش روش PRT به والدین است) اشاره می کند. در این پژوهش ۲۷ نفر از والدین کودکان مبتلا به اتیسم شرکت داشتند. در این پژوهش یک بار دیگر سودمندی آموزش به والدین کودکان مبتلا به اتیسم بخصوص روش درمانی PRT را به والدین کودکان مبتلا به اتیسم متذکر شده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که عملکرد کلامی کودکان افزایش پیدا کرده است و والدین هم رضایت بالایی را گزارش کردند.

اخیرا کولیکان و همکاران (۲۰۱۰) هم پژوهشی انجام دادند که این روش را به والدینی که در لیست انتظار برای گرفتن خدمات درمانی برای کودکشان بودند، آموزش دادند. این آموزش با آموزشی مختصر و ساعات بسیار کم، ۶ جلسه (۳ جلسه دو ساعته) بود. در این پژوهش حداقل یک نفر از والدین کودکان مبتلا به اتیسم (یا مادر یا پدر) حضورشان ضروری بود، با توجه به شرایط ورود به نمونه ۸ نفر از والدین (۵ نفر از مادران و ۳ نفر از پدران) در جلسات درمانی شرکت کردند. نتایج نشان داد که مهارت های ارتباطی بخصوص عملکرد زبانی کودک افزایش یافت. همچنین تعهد والدین نسبت به اجرای این روش که بعد از اتمام دوره آموزش در اجرای درست تکنیک ها مهارتشان افزایش پیدا کرد و نتایج پژوهش بعد از ۲ و ۴ ماه بعد از آموزش همچنان حفظ شد. بنابراین پیشنهاد می شود روش PRT به عنوان مداخله قوی و مقرون به صرفه مورد استفاده قرار بگیرد.

پژوهش های داخلی

در داخل کشور پژوهش هایی که مستقیما روش درمانی پاسخ محور را مورد بررسی قرار داده باشد، وجود ندارد لذا پژوهش هایی که در زمینه درمانی اتیسم و نزدیک به پژوهش حاضر وجود دارد، توضیح داده می شود.

گلایی و همکاران (۱۳۸۶) مطالعه ای با هدف اثر مداخله درمانی به روش ABA بر درمان کودکان دچار اختلال اتیسم را طراحی کردند. این مطالعه به مدت ۶ ماه در بین کودکانی که در سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۳ به مرکز اتیسم اصفهان مراجعه کرده بودند، صورت گرفته است. خانم گلایی ۲ گروه ۲۰ نفره شامل ۱۰ دختر و ۱۰ پسر را در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داد و مداخله درمانی به روش ABA که از روش لوواس گرفته شده را به مدت ۶ ماه اجرا کرد. این تحقیق به صورت نیمه تجربی انجام شده است. محقق برای جمع آوری داده هایش از تست گارز استفاده کرد و با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون T و تحلیل واریانس به این نتیجه دست یافت که گروه آزمایشی توانست با کاهش متوسط ۳۰ نمره در علائم حاد اتیسم، رفتارهای متناسب با همسالان عادی خود را کسب کنند.

هم چنین ممقانیه (۱۳۸۵) مطالعه ای با عنوان « بررسی تاثیرگذاری نظام ارتباطی مبادله تصویر بر مشکلات رفتاری و مهارت های غیرکلامی کودکان مبتلا به طیف اختلال اتیسم » طراحی کردند که هدف پژوهش حاضر بررسی اثر نظام ارتباطی مبادله تصویر (PECS) در جهت کمک به بهبود مشکلات ارتباطی کودکان اتیستیک بود. در این مطالعه ۴ کودک اتیستیک فاقد توانایی کلامی که بین ۴ تا ۷ سال سن داشتند، انتخاب و به مدت ۴ ماه، هفته ای ۳ جلسه مداخله PECS آموزش داده شد. مطالعه از نوع آزمایشی و طرح تک آزمودنی بود که داده های آن توسط مشاهده مستقیم

کلینیکی و بخشی از فهرست ارزیابی درمان اتیسم بدست آمده است. نتایج این مطالعه نشان داد که همه شرکت کنندگان تا مراحل فاز ۳ پیش رفتند و این روش مداخله درمانی موثر بوده است.

پژوهش دیگری با عنوان « تاثیر آموزش مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان اتیستیک » توسط باقریان (۱۳۸۷) با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزشی " پرنده کوچولو " به مادران کودکان مبتلا به اتیسم سنین پیش دبستانی در کاهش علائم رفتاری این کودکان صورت گرفت. در این مطالعه ۲۴ نفر از مادران کودکان مبتلا به اتیسم که در سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶ به مرکز ساماندهی درمان و توان بخشی اختلالات اتیستیک مراجعه کرده بودند به صورت در دسترس و با رضایت انتخاب کرد و به دو گروه آزمایش و کنترل بعد از اینکه از نظر سن و جنس کودک و سن و میزان تحصیلات مادر همتا شدند، تقسیم کرد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه مقایس نمره گذاری اتیسم گارز سیاهه ارزیابی درمان اتیسم بود که یک هفته پیش از شروع آموزش بر روی هر دو گروه اجرا شد. آموزش شامل ۸ جلسه عمومی و ۴ جلسه انفرادی بود که بعد از دومین جلسه عمومی و پس از اتمام جلسات دوباره آزمون گرفته شد. نتایج مطالعه حاضر با استفاده از آزمون فریدمن و U من ویتنی تحلیل شد و به این نتیجه حاصل شد که همه متغیرها به جز متغیر بهداشت جسمی و رفتاری در بین دو گروه تفاوت معناداری داشتند.

خرم آبادی (۱۳۸۷) نیز طی پژوهشی با انتخاب ۴۸ والد کودک مبتلا به اتیسم آنها را در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. این پژوهش که با هدف بررسی اثربخشی برنامه پرنده کوچولو بر کاهش استرس والدگری و بهبود سلامت عمومی در والدین کودکان مبتلا به اتیسم صورت گرفت. پرسشنامه استرس والدینی و پرسشنامه سلامت عمومی در این پژوهش استفاده شد. نتایج نشان داد که برنامه بر استرس والدگری، سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، احساس صلاحیت و انزوای اجتماعی مادران و استرس والدگری و احساس صلاحیت پدران اثرگذار بوده است.

همچنین حاتم زاده (۱۳۸۸) نیز طی پژوهشی با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم با کنشوری بالا و استرس والدینی در والدین آنها، تاثیر برنامه را در دو سطح مورد بررسی قرار داد. بدین منظور تعداد چهار پسر ۳ تا ۷ ساله را از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب کرد. یافته های پژوهش نشان داد که میزان تاثیر برنامه پس از پایان دوره بر مشکلات رفتاری کودک بوده است. از سوی دیگر میزان اثربخشی برنامه بر استرس والدگری کاهشی دیده نشد. بر اساس یافته های این پژوهش به نظر می رسد که برنامه درمان تعامل والد- کودک اثرات چشمگیری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم با کنشوری بالا داشته است اما اثر آن بر کاهش استرس والدگری محرز نیست و نتیجه گیری قطعی با پژوهش های بیشتر در این زمینه معلوم می شود.

این پژوهش یک هدف اصلی و چهار هدف فرعی دارد .

هدف اصلی : اثر روش درمانی پاسخ محور بر بهبودی کودکان مبتلا به اتیسم، آموزش این روش به والدین،

استفاده از این روش در کلینیک ها و ارائه خدمات درمانی و توان بخشی

و پس از درمان شامل اهداف فرعی :

۱-بهبودی در زمینه گفتار و تعداد کلمات

۲- بهبودی در ارتباط با دیگران و رفتارهای اجتماعی

۳- بهبودی در زمینه داشتن آگاهی حسی و شناختی

۴-بهبودی در زمینه داشتن بهداشت جسمی و رفتاری

(۶) فرضیه ها: (هر فرضیه به صورت جمله خبری نوشته شود.)

فرضیه اصلی که در این تحقیق مطرح می شود این است،

روش درمانی پاسخ محور میتنی بر والدین بر بهبودی کودکان مبتلا به اتیسم موثر است.

فرضیه فرعی

۱- روش درمانی پاسخ محور میتنی بر والدین بر افزایش تعداد لغات و کلمات کودکان مبتلا به اتیسم موثر است.

۲- روش درمانی پاسخ محور میتنی بر والدین بر بهبود ارتباط با دیگران و رفتارهای اجتماعی کودکان مبتلا به

اتیسم موثر است.

۳- روش درمانی پاسخ محور میتنی بر والدین بر بهبود آگاهی حسی و شناختی کودکان مبتلا به اتیسم موثر است.

۴- روش درمانی پاسخ محور میتنی بر والدین بر بهبود بهداشت جسمی و رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم موثر

است.

تعاریف مفاهیم نظری و عملیاتی متغیرها

در یک تحقیق عملی برای پاسخ دادن به سوالهای تحقیق و یا آزمودن فرضیه ها ، تشخیص متغیرها امری ضروری است

(سرمد و همکاران ، ۱۳۷۶)

متغیرها	نوع متغیر	وضعیت متغیر	تعریف نظری	تعریف عملی
روش درمانی پاسخ محور	مستقل	کیفی - گسسته		بسته آموزشی و رفتار درمانی PRT
بهبودی	وابسته	کمی - پیوسته		نمرات حاصل از آزمون CARS و ATEC

تعریف نظری متغیرها

روش درمانی پاسخ محور : PRT یکی از برنامه های مداخلاتی و متکی بر اصول تحلیل رفتار کاربردی (ABA) می باشد که فرض می کند اختلالات کودکان می تواند با دستکاریهای محیطی بهبود پیدا کند (کوگل و همکاران، ۱۹۹۹). این درمان از چند جهت با درمان های رفتاری موجود متفاوت است، اول اینکه به جای تمرکز روی محدوده هایی که کودکان دچار کمبود یا اشکال هستند، روی حوزه های محوری که به طور گسترده در عملکرد کودک مهم و مرکزی هستند، تمرکز می کند. کوگل و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند که چهار حوزه محوری وجود دارد که عبارتند از انگیزش^{۴۲}، پاسخ به نشانه های متعدد^{۴۳}، مدیریت خود^{۴۴} و خود انگیزش^{۴۵} و البته کوگل معتقد است که مشکل اصلی در پیشرفت کودکان اتیستیک فقدان انگیزه است و وقتی این حوزه های محوری تقویت شوند، کودک بهبود پیدا می کند. تفاوت دوم این است که روش PRT ساختار آزادانه دارد و این مداخله در محیط طبیعی و به صورت طبیعی رخ می دهد (بیکر- اریکزن و همکاران، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان داده است که مداخلاتی که طبیعی هستند، روی کودک اثر مثبت دارد و به همان اندازه هم روی والدین موثر است (شریمن و همکاران، ۱۹۹۱؛ شریمن، ۲۰۰۰). این اثر مثبت به خاطر افزایش انگیزش می باشد که یکی از اجزای اصلی روش PRT است. تفاوت سوم این روش با درمان های رفتاری دیگر این است که این درمان مبتنی بر کودک است. یعنی کودک آزادی عمل بسیاری دارد تا جایی که می توان گفت این کودک است که نقش درمانگر را دارد و برنامه می دهد و در واقع فرصت های یادگیری را ایجاد می کند (بیکر- اریکزن، ۲۰۰۷). کوگل (۲۰۰۶، به نقل از مینجارتز، ۲۰۱۰) معتقد است که یکی از اجزای اصلی این روش آموزش والدین است و والدین را مجریان اصلی در مدل PRT می داند. اهمیت حضور والدین به این

⁴² -Motivation

⁴³ -Responding to multiple cues

⁴⁴ -Self-Management

⁴⁵ -Self-initiations

جهت است که والدین این روش درمانی را به خوبی و به سرعت یاد می گیرند و در محیط طبیعی خانه قابل اجرا می باشد (شریمن و کوگل، ۲۰۰۵ به نقل از بروکمن- فرازی و همکاران، ۲۰۰۹؛ نفدت و همکاران، ۲۰۱۰، مینجارز و همکاران، ۲۰۱۰).

بهبودی: فرهنگ لغت مریم وبستر^{۴۶} ویرایش یازدهم بهبودی را به دو صورت تعریف می کند: ۱- عمل یا فرایندی که موجب بهتر شدن چیزی می گردد و ۲- کیفیت بهتر نسبت به قبل (وبستر، ۲۰۰۶). از آنجایی که درمان قطعی برای اختلالات طیف اتیسم وجود ندارد، روش های درمانی موثری که موجود هستند، می تواند به کودکان مبتلا به اتیسم و خانواده های آنها در توانبخشی و بهبودی کودکان کمک کند. پیشینه تحقیقاتی درمان ها در زمینه اتیسم، هرگونه تغییر در جهت کاهش علائم اتیسم و بهتر شدن وضعیت کودک مبتلا به اتیسم نسبت به قبل از درمان را به عنوان بهبودی تعریف کرده اند (لوواس، ۱۹۷۳؛ لوی و همکاران، ۲۰۰۳؛ تودا^{۴۷} و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به مداخله درمانی در پژوهش حاضر هر گونه کاهش در علائم اتیسم همچنین تغییرات در زمینه های گفتار و کلمات، اجتماعی شدن، آگاهی حسی و شناختی و بهداشت جسمی و رفتاری در کودکان مبتلا به اتیسم به عنوان تعریف بهبودی در نظر گرفته می شود.

تعریف عملیاتی متغیرها

روش درمانی پاسخ محور : بسته آموزشی و رفتار درمانی PRT یکی از برنامه های مداخلاتی و متکی بر اصول تحلیل رفتار کاربردی (ABA) می باشد که فرض می کند اختلالات کودکان می تواند با دستکاریهای محیطی بهبود پیدا کند (کوگل و همکاران، ۱۹۹۹). آموزش روش PRT با استفاده از دستورالعمل کوگل و همکاران (۱۹۸۹) تحت عنوان «چگونه رفتارهای محوری را به کودکان مبتلا به اتیسم آموزش دهیم» و برنامه آموزش گام به گام ویسمارا و بوگین (۲۰۰۹) صورت می گیرد، اصول کلی روش PRT شامل چهار محور اصلی است. این چهار محور عبارتند از: الف) انگیزش که خود شامل هفت مرحله است، این مراحل عبارتند از: ۱- ایجاد جلب توجه کودک (شامل دو مرحله)، ۲- استفاده از کنترل به اشتراک گذاشته (دو مرحله)، ۳- انتخاب فعالیت توسط کودک (شش مرحله)، ۴- تنوع تکالیف بر حسب علاقه (سه مرحله)، ۵- شناسایی توانایی کودک در تکالیف مختلف (سه مرحله)، ۶- چگونگی استفاده از تقویت کننده ها (دو مرحله)، ۷- نوع تقویت کننده (دو مرحله)؛ ب) پاسخ به نشانه های متعدد که شامل دو مرحله است، ۱- استفاده از محرک های مختلف و افزایش نشانه ها (سه مرحله)، ۲- برنامه زمانی تقویت (سه مرحله)؛ ج) مدیریت خود شامل پنج مرحله می باشد: ۱- شناسایی رفتار (یک مرحله)، ۲- آماده سازی برای مدیریت خود (دو مرحله)، ۳- آموزش مدیریت خود (سه مرحله)، ۴- استقلال (چهار مرحله)، ۵- تعمیم دادن آموزش (یک مرحله) و د) خودانگیختگی که

⁴⁶ - Merriam Webster

⁴⁷ Toda

شامل چهار مرحله می باشد، ۱- آموزش تعامل اجتماعی خود انگیزته (دو مرحله)، ۲- آموزش موقعیت های سوالی (هفت مرحله)، ۳- آموزش سوال پرسیدن (سه مرحله)، ۴- آموزش مهارت های ارتباطی با استفاده از تکنیک های طبیعی (چهار مرحله).

بهبودی : نمره حاصل از مقیاس CARS^{۴۸} و چک لیست ارزیابی درمان اتیسم (ATEC)^{۴۹} برای تعیین بهبودی استفاده می گردد. بعد از گذشت مدت زمان تعیین شده و اجرای کامل روش مداخله، با استفاده از آزمون فوق، نمره های حاصل از پیش آزمون و پس آزمون مقایسه میشود که این نمره بهبودی این کودکان را مشخص می کند.

۷) کاربردهای متصور از تحقیق:

نتایج این تحقیق در صورت تأیید فرضیات می تواند گام مهمی در درمان آسان، ارزان و با بهره وری بالا ارائه دهد. همچنین این درمان به دلیل اینکه توسط خانواده ها انجام می شود می تواند در انسجام و عملکرد مناسب خانواده مفید واقع شود.

۸) مراجع استفاده کننده از نتیجه پایان نامه:

پژوهش حاضر در راستای دستیابی به درمانی متمرکز بر خانواده با رفع مشکل تعمیم پذیری یادگیری در کودکان مبتلا به اتیسم می باشد. در صورت دستیابی به اهداف پژوهش، مراکز درمانی و توانبخشی مربوط به کودکان مبتلا به اتیسم، سازمان بهزیستی، مراکز مشاوره و کلینیک های خصوصی روانشناسی،... می توانند از دستاوردهای آن بهره مند شوند.

۹) روش انجام تحقیق:

در این تحقیق از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش آزمون گرفته می شود و بعد از آن گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه هر هفته یک جلسه یک و نیم ساعته روش درمانی PRT را آموزش می گیرند. آموزش روش PRT با استفاده از دستورالعمل کوگل و همکاران (۱۹۸۹) تحت عنوان «چگونه رفتارهای محوری را به کودکان مبتلا به اتیسم آموزش دهیم» و برنامه آموزش گام به گام ویسمارا و بوگین (۲۰۰۹) صورت می گیرد، البته از فیلم های آموزشی در این باره هم استفاده می شود. بعد از معارفه اعضای شرکت کننده و آشنایی با اختلال اتیسم و مباحث کلی در باره این اختلال، مشکلات رفتاری کودکان و راه حل آنها مورد بررسی قرار می گیرد. بعد از آن اصول کلی روش PRT که شامل چهار محور اصلی است، آموزش داده می شود. این چهار محور عبارتند از: الف) انگیزش که خود شامل هفت مرحله است، این مراحل عبارتند از: ۱- ایجاد جلب توجه کودک (شامل دو مرحله)، ۲- استفاده از کنترل به اشتراک گذاشته (دو

48 - Childhood Autism Rating Scale

49 - Autism Treatment Evaluation Checklist

مرحله)، ۳- انتخاب فعالیت توسط کودک (شش مرحله)، ۴- تنوع تکالیف بر حسب علاقه (سه مرحله)، ۵- شناسایی توانایی کودک در تکالیف مختلف (سه مرحله)، ۶- چگونگی استفاده از تقویت کننده ها (دو مرحله)، ۷- نوع تقویت کننده (دو مرحله)؛ ب) پاسخ به نشانه های متعدد که شامل دو مرحله است، ۱- استفاده از محرک های مختلف و افزایش نشانه ها (سه مرحله)، ۲- برنامه زمانی تقویت (سه مرحله)؛ ج) مدیریت خود شامل پنج مرحله می باشد: ۱- شناسایی رفتار (یک مرحله)، ۲- آماده سازی برای مدیریت خود (دو مرحله)، ۳- آموزش مدیریت خود (سه مرحله)، ۴- استقلال (چهار مرحله)، ۵- تعمیم دادن آموزش (یک مرحله) و ۶- خودانگیختگی که شامل چهار مرحله می باشد، ۱- آموزش تعامل اجتماعی خود انگیخته (دو مرحله)، ۲- آموزش موقعیت های سوالی (هفت مرحله)، ۳- آموزش سوال پرسیدن (سه مرحله)، ۴- آموزش مهارت های ارتباطی با استفاده از تکنیک های طبیعی (چهار مرحله). هم چنین طراحی بازی با همسالان نیز به مادران آموزش داده می شود. هر کدام از مادران می بایست با توجه به موارد آموزش دیده با فرزند خود در منزل حداقل هفته ای ۱۴ الی ۱۸ ساعت تمرین داشته باشند. هم چنین افراد شرکت کننده در پژوهش بر اساس چک لیست اجرایی PRT ویسمارا (۲۰۰۹)، هر جلسه بازخوردی از تمرین های خود با فرزندشان در منزل را نیز ارائه می دهند. بعد از اتمام جلسات آموزش، از هر دو گروه پس آزمون گرفته می شود و بعد از یک دوره پیگیری هفت هفته ای برای بار سوم هر دو گروه مورد آزمون قرار می گیرند.

۹-۱) روش و ابزار گردآوری اطلاعات:

مقیاس درجه بندی کودکی اتیسم (CARS): یک مقیاس درجه بندی رفتاری است. این مقیاس توسط اسکوپلر و همکاران (۱۹۸۰) تنظیم شده است. آزمون CARS استاندارد طلائی در زمینه تشخیص اتیسم را کسب کرده است. این مقیاس در سال ۱۹۶۶ همزمان با ایجاد معیارهای لئوکانر و کریک تنظیم گردید. CARS به عنوان یک روش ارزیابی کمی کودکان را از لحاظ معیارهای ۱۵ گانه مورد بررسی قرار می دهد. حیطه هایی که CARS سنجش می کند عبارتند از: ارتباط با دیگران^۱، تقلید^۲، پاسخهای هیجانی^۳، استفاده از بدن^۴، استفاده از اشیاء^۵، انطباق در مقابل تغییر^۶، پاسخ پاسخ دیداری^۷، پاسخ شنیداری^۸، پاسخ کودک به مزه، بو و لمس^۹، ترس یا ناآرامی^{۱۰}، ارتباط کلامی^{۱۱}، ارتباط غیر کلامی^{۱۲}، سطح فعالیت^{۱۳}، سطح و هماهنگی پاسخهای عقلی^{۱۴} و برداشتهای کلی^{۱۵}. در هر یک از این معیارها

^۱ -Relating to people

^۲ -Imitation

^۳ -Emotional Response

^۴ -Body use

^۵ -Object use

^۶ -Adaptation to Change

^۷ -Visual Response

^۸ -Listening Response

^۹ -Taste, Smell and Touch Response

^{۱۰} -Fear or Nervousness

^{۱۱} -Verbal Communication

^{۱۲} -Nonverbal Communication

^{۱۳} -Activity Level

^{۱۴} -Level and Consistency of Intellectual Response

^{۱۵} -General Impressions

نمره دهی بصورت نرمال تا شدید داده می شود (نرمال - اتیسم خفیف - اتیسم متوسط - اتیسم شدید). این مقیاس توسط یک پزشک یا درمانگر یا والدین بر اساس خصوصیات رفتاری کودک تکمیل می گردد. نمرات ۱، ۱/۵، ۲، ۲/۵، ۳، ۳/۵، ۴ بر حسب خصایص رفتاری داده می شود. این آزمون نمره ای بین ۱۵ تا ۶۰ بدست می دهد. مینیمم نمره ۳۰ برای احتساب اتیسم لازم می باشد (رافعی، ۱۳۸۵). ثبات داخلی آزمون CARS بالاست و ضریب آلفایی برابر ۰/۹۴ دارد که حاکی از درجه ای از معیارهای نمره بندی پانزده گانه است که بجای رفتارهای مختلف فردی یک جنبه واحد را ارزیابی می کند (اسکوپلر و همکاران، ۱۹۸۰). پایایی تست با استفاده از نتایج دو محقق با ۲۸۰ بیمار انجام گرفته شده است. پایایی میانگین ۰/۷۱ نشاندهنده توافق خوب بین نتایج محققین بوده است. اطلاعات حاصل از آزمون- آزمون مجدد پس از ۱۲ ماه نشان از اختلاف معنادار بین این دو سری نتایج نبوده است. روایی آزمون CARS با مقایسه مستقل بین تشخیصهای CARS ارزیابی شده توسط روانشناسان و روانپزشکان بالینی بدست آمده است. تشخیصها در $r = 0/8$ با همدیگر همبستگی داشته اند که حاکی از همبستگی بالای تشخیصهای CARS با قضاوتهای بالینی می باشد. نتایج آزمون CARS بر روی ۴۱ کودک از طریق مصاحبه با والدینشان با روش ارزیابی مستقیم نشاندهنده آنست که به دلیل همبستگی بالای نتایج فوق $r = 0/83$ می توان این آزمون را از طریق مصاحبه با والدین کودکان اتیسم انجام داد بدون آنکه بر روایی و پایایی نتایج خللی وارد آید (اسکوپلر و همکاران، ۱۹۸۰). در ایران این ابزار توسط رافعی (۱۳۸۵) ترجمه شده اما تاکنون در هیچ پژوهشی مورد استفاده قرار نگرفته است.

چک لیست ارزیابی درمان اتیسم: ریملند و ادلسون^۱ (۲۰۰۰) معتقدند که مشکل بزرگ تحقیقات در زمینه اتیسم از فقدان یک ابزار معتبر در روند درمان است، مقیاس هایی مثل GARS یا CARS نمی توانند اثر بخشی درمان را تعیین کنند، به این خاطر آنها مقیاسی را طراحی کردند که بتواند روند موثر بودن یا نبودن درمان را در زمینه اتیسم نشان دهد. این مقیاس شامل ۷۷ ماده است که در مقابل هر گویه یک مقیاس سه گزینه ای درست، تقریباً درست و نادرست تعبیه شده که به ترتیب ۰، ۱ و ۲ نمره گذاری می شود که البته در بعضی آیتم ها نمره گذاری جابه جاست. این ابزار چهار زمینه را می سنجد: گفتار/ ارتباط/ زبان^۲ با ۱۴ سوال، معاشرت^۳ (اجتماعی شدن) با ۲۰ سوال، آگاهی حسی یا شناختی^۴ با ۱۸ ماده و بهداشت جسمی و رفتاری^۵ با ۲۵ سوال. بنابراین با اجرای این ابزار چهار نمره از خرده مقیاس ها و یک نمره کلی از مقیاس به دست می دهد. در مطالعه ای که توسط ریملند و ادلسون (۲۰۰۰) در مرکز تحقیقات اتیسم با ۱۳۵۸ پاسخنامه انجام گرفت، میزان اعتبار هر یک از خرده مقیاس ها به انضمام نمره کل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۸۰ و ۰/۹۴ بود. میزان پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است. میزان اعتبار پرسشنامه توسط جارسوس^۶ در سال ۲۰۰۲ نیز در حد قابل قبول به میزان ۰/۸۳ گزارش شده است. در ایران اعتبار و پایایی این ابزار توسط پور اعتماد و خوشابی (۱۳۸۳) به دست آمده که اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ بوده و اعتبار چهار خرده مقیاس این آزمون هم به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۰، ۰/۶۰ و ۰/۸۵ بوده است.

¹ -Rimland & Edelson

²- speech/language/ communication

³ -sociability

⁴ -sensory/cognitive awareness

⁵- Health/Physical/Behavior

⁶ -Jarusiewicz

۹-۲) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل آماری واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل می‌شوند.

۹-۳) قلمرو تحقیق (زمانی، مکانی، موضوعی)

تحقیق حاضر از لحاظ موضوعی به بررسی اثر روش درمانی پاسخ محور بر بهبودی علائم کودکان مبتلا به اتیسم می‌پردازد. همچنین از لحاظ زمانی، پژوهش حاضر از خرداد ماه ۱۳۸۹ لغایت اسفند ماه ۱۳۸۹ به طول خواهد انجامید و از لحاظ مکانی در شهر تهران صورت خواهد پذیرفت.

۱۰) جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی تحت عنوان طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد که برنامه درمانی پاسخ محور را بر روی گروه آزمایش به مدت سه ماه اجرا کرده و بعد با گروه کنترل مقایسه می‌کند و بعد از یک دوره پیگیری هفت هفته‌ای برای بار سوم هر دو گروه مورد آزمون قرار می‌گیرند.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان مبتلا به اتیسم می‌باشند که در مرکز آموزش و توان بخشی به آرا مشغول به درمان بوده‌اند.

حجم نمونه

نمونه پژوهش فوق شامل ۲۰ نفر از کودکان مبتلا به اتیسم به همراه والدین شان می‌باشد که به مرکز آموزش و توان بخشی به آرا مراجعه کرده‌اند.

شرایط ورود در نمونه‌گیری:

- ۱- کودکان در محدوده سنی ۳ تا ۷ سال قرار داشته باشند.
- ۲- دچار اختلالات همراه اتیسم مثل سندروم داون نباشند.
- ۳- دچار اختلالات جسمانی مثل فلج مغزی نباشند.
- ۴- فقط در برنامه درمانی ABA با احتساب ساعات درمانی مساوی شرکت داشته باشند.

روش نمونه‌گیری (در صورت لزوم)

در این طرح پژوهشی با توجه به اینکه باید نمونه‌ها از کلینیک به آرا در شهر تهران، انتخاب گردند لذا روش نمونه‌گیری از نوع انتخاب تصادفی در جامعه در دسترس می‌باشد. به این ترتیب که با مراجعه به این مرکز از بین کودکانی که واجد شرایط نمونه‌گیری هستند، به تصادف ۱۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۰ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب می‌شوند.

۱۱) فهرست منابع و مآخذ (فارسی، غیر فارسی) مطابق دستورالعمل نگارش پایان‌نامه

منابع فارسی

- باقریان خسرو شاهی، صنم. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مادران کودکان بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم پیش دبستانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- پور اعتماد، حمیدرضا؛ خوشابی، کتایون. (۱۳۸۳). گزارش طرح تحقیق بررسی اثر بخشی رفتاردرمانی ساخت دار ویژه " اتیسم- لوواس" بر کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک. مرکز تحقیقات علوم پزشکی ایران.
- حاتم زاده، عبدالرضا. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم با کنشوری بالا و استرس والدینی در والدین آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- خرم آبادی، راضیه. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی برنامه پرندۀ کوچولو بر کاهش استرس والدگری و بهبود سلامت عمومی در والدین کودکان مبتلا به اتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- خوشابی، کتایون؛ پور اعتماد، حمیدرضا. (۱۳۸۵). بررسی میزان شیوع انواع اختلالات فراگیر رشد بر حسب جنسیت در نمونه‌ای از کودکان ایرانی مراجعه کننده به مراکز درمانی و توانبخشی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۱۳(۱): ۵۸-۶۰.
- رافعی، طلعت. (۱۳۸۵). اتیسم، ارزیابی و درمان. تهران، دانژه.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه. (۱۳۷۶). روش تحقیق در علوم رفتاری. تهران، انتشارات آگاه.
- کراتوچویل، توماس آر؛ موریس، ریچارد جی. (۱۳۷۸). روان شناسی بالینی کودک (روشهای درمانگری). ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران. تهران، رشد.
- فولادگر، مهدی؛ بهرامی پور، منصوره؛ انصاری شهیدی، مجتبی. (۱۳۸۸). اتیسم. اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی. جلد دوم. ترجمه نصرت ا... پورافکاری. تهران، شهر آب .

- گلابی، پری؛ علی پور، احمد؛ زندی، بهمن. (۱۳۸۴). تاثیر مداخله درمانی به روش ABA بر درمان کودکان دچار اختلال اتیسم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۵(۱): ۱۲-۲۲.

ممقانیه، مریم. (۱۳۸۵). بررسی تاثیرگذاری نظام ارتباطی مبادله تصویر بر مشکلات رفتاری و مهارت های غیرکلامی کودکان مبتلا به طیف اختلال اتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

منابع انگلیسی

- Aldred, C, Green, J., & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomized controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1420-1430.
- Anan R.M., Warner L.J., McGillivray J.E., Chong I.M., Hines S.J. (2008). Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions*, 23(3): 165-180.
- Baker-Ericzen M.J., Stahmer A.C., Burns A. (2007). Child Demographics Associated With Outcomes in a Community-Based Pivotal Response Training Program *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9(1): 52-60.
- Baird, Gilligan, Aschilly, Slonims Vicky. (2003). Diagnosis of autism. *British journal of medicine*, 327, 488 – 493.
- Brookman-Frazee, L., Vismara, L., Drahot, A., Stahmer, A., Openden D. (2009). Parent Training Interventions for Children with Autism Spectrum Disorders. In: Matson, J.L. (2009). *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
- 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.
- Drew, A., Baird, G., Baron-Cohen, S., Cox, A., Slonims, V., Wheelwright, S. et al., (2002). A pilot randomised control trial of a parent training intervention for preschool children with autism. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 266-272.
- Fombonne E (2003). Modern views of autism. *Can J Psychiatry* 48 (8): 503-5.
- Hasting, R.P., Symes, M.D. (2002). Early intensive behavioral intervention for children with autism: parental therapeutic self-efficacy. *Research in Developmental Disability*, 23: 332-341.
- Howlin, P. (1981). The results of a home-based language training programme with autistic children. *British Journal of Disorders of Communication*, 16, 73-87.
- Rusiewicz, B. (2002). Efficacy of neurofeedback for children in the autism spectrum: A pilot study. *Journal of Neurotherapy*, 6 (4): 39-49.
- Huenber, R. A. & Dunn, W. (2001). Introduction and concepts. In R. A. Huenber (ED). *Autism: A sensorimotor approach to management*. (PP. 3 – 40). Aspen publisher, Inc.
- Koegel R.L., Schreffman L., Good A., Cerniglia L., Murphy C., Koegel L.J. (1989). *How to teach pivotal behaviors to children with autism: A training manual*. University of California, Santa Barbara, University of California, San Diego.
- Koegel, R.L., Bimbela, A., & Schreibman, L. (1996). Collateral effects of parent training on family interactions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 347-359.
- Koegel, R. L., Koegel, L. K., & Carter, C. M. (1999). Pivotal teaching interactions for children with autism. *School Psychology Review*, 28, 576-594.
- 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.
- Koegel, L. K., Carter, C. M., & Koegel, R. L. (2003). Teaching children with autism self-initiations as a pivotal response. *Topics in Language Disorders*, 23, 134-145.
- Lovaas, O.I., Koegel, R. L., Simmons, J.Q., & Long, J.S. (1973). Some generalization and follow-up measures on autistic children in behaviour therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 131-166.

- Minjarez M.B., Williams S.E., Mercier E.M., Hardan A.Y. (2010). Pivotal Response Group Treatment Program for Parents of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(1): 92-101.
- Nefdt N., Koegel R., Singer G., Gerber M. (2010). 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*, 12(1): 23-32.
- Perry, A., Anne Cummings, A., Geier, J.D., Freeman, N.L., Hughes, S., LaRose, L., Managhan, T., Reitzel, J-A., Williams, J. (2008). Effectiveness of Intensive Behavioral Intervention in a large, community-based program. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2: 621-642.
- Ruble L., Akshoomoff N. (2010). Autism Spectrum Disorders: Intervention Options for Parents and Educators. *National Association of School Psychologists*, 38(5): 1- 6.
- Rimland, B., Edelson, S.M. (2000). Statistical analysis of autism treatment evaluation check list. Sandiego: Autism Research institute. www.Autism.com.
- Ringdahl, J.E., Kopelman, T., Falcomata, T.S. (2009). 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.
- Sallows, G.O., Graupner, T.D. (2005). Intensive Behavioral Treatment for Children with Autism: Four-Year Outcome and Predictors. *American Association on Mental Retardation*, 110(6): 417-438.
- Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K (1980). "Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10 (1): 91-103.
- Schopler, E. & Reichler, R. J. (1971). Parents as Cotherapists in the treatment of psychotic children 1. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(1), 87-102.
- Schreibman, L., Kaneko, W.M., & Koegel, R.L. (1991). Positive affect of parents of autistic children: A comparison across two teaching techniques. *Behavior Therapy*, 22, 479-490.
- Schreibman, L. (2000). Intensive behavioral/ psychoeducational treatments for autism: Research and future directions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(5): 373-378.
- Smith, T., Buch, G, A., & Gamby, T. E. (2000a). Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 21(4): 297-309.
- Smith, T., Groen, A. D., & Wynn, J. W. (2000b). Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 105(4): 269-285.
- Stahmer, A.C., & Gist, K. (2001). The effects of an accelerated parent education program on technique mastery and child outcome. *Journal of Positive Behaviour Interventions*, 3, 75-82.
- Vismara, L.A., Colombi, C., & Rogers, S.J. (2009). Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism? *Autism*, 13, 93-115.
- Vismara, L. A. (2009). *Implementation checklist for PRT*. Sacramento, CA: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, M.I.N.D Institute, University of California at Davis Medical School.
- Vismara, L.A., & Bogin, J. (2009). *Steps for implementation: Pivotal response training*. Sacramento, CA: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, The M.I.N.D. Institute, The University of California at Davis School of Medicine.
- Wacker, D.P., Berg, W.K., Harding, J.W., Anjali, B., Rankin, B., & Ganzer, J. (2005). Treatment effectiveness, stimulus generalization, and acceptability to parents of functional communication training. *Journal of Educational Psychology*, 25(2-3): 233-256.

[-http://www.autism.org/overview.html](http://www.autism.org/overview.html)

[-http://www.autism.ie/index.php/united-nations-world-autism-day/108-world-autism-awareness-day-in-ireland](http://www.autism.ie/index.php/united-nations-world-autism-day/108-world-autism-awareness-day-in-ireland)

[-http://www.pezeshkan.org/?p=15375](http://www.pezeshkan.org/?p=15375)

ز) جنبه جدید بودن و نوآوری تحقیق از منظر دانشجو:

به دلیل اینکه این روش درمانی برای اولین بار در ایران و درمورد کودکان اتیستیک ایرانی و کمک خانواده ها که همه این موارد در شناسائی یک روش درمانی موثر مهم هستند استفاده می شود جدید و در نوع خود بی نظیر می باشد.

تاریخ / امضای دانشجو

ط) اظهار نظر استاد راهنما: (این قسمت توسط استاد راهنما تکمیل گردد)

جنبه جدید بودن و نوآوری تحقیق از نظر استاد راهنما:

با توجه به اینکه این تحقیق برای اولین بار در ایران مورد بررسی قرار می گیرد و در صورتی که نتایج این تحقیق در راستای تأیید فرضیات پژوهش حاضر باشد می تواند گام مهمی در درمان آسان و ارزان به خصوص برای خانواده هایی که دچار مشکلات متعدد هستند، برآید. همچنین این درمان به دلیل اینکه توسط خانواده ها انجام می شود می تواند در انسجام و عملکرد مناسب خانواده مفید واقع شود، بنابراین این تحقیق در عین جدید بودن می تواند بسیار کاربردی و مفید واقع گردد.

تاریخ / امضاء استاد راهنما

موضوع پایان نامه خانم / آقای دانشجوی کارشناسی ارشد رشته دانشگاه پیام نور مرکز با عنوان:

در جلسه مورخ:/...../..... شورای تخصصی گروه علمی مطرح و با تعداد رأی از رأی مورد تصویب اعضاء بشرح زیر

قرار گرفت ⑧ قرار نگرفت ⑧ با اعمال اصلاحاتی بشرح زیر مورد تصویب قرار گرفت ⑧

اصلاحات پیشنهادی:

۱.

۲.

۳.

ردیف	نام و نام خانوادگی	رتبه دانشگاهی	نوع رأی	توضیحات	امضاء
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

نام و نام خانوادگی مدیر گروه آموزشی / علمی:

امضاء تاریخ

نام و نام خانوادگی مدیر تحصیلات تکمیلی مرکز / معاون آموزشی:

امضاء تاریخ