

اثربخشی برنامه آموزش جنسی، شناختی و هیجانی بر مشکلات رفتاری نوجوان پسر دچار اختلال ایتسیم با عملکرد بالا در دوران بلوغ

فاطمه فتوحی

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران،

fatemeh.fotoohi077@gmail.com

چکیده

اوتیسم نوعی اختلال رشدی است که با رفتارهای ارتباطی، کلامی غیرطبیعی مشخص می‌شود. علائم این اختلال در سال‌های اول عمر بروز می‌کند و علت اصلی آن ناشناخته است. این اختلال که در پسران شایع‌تر از دختران است، بر رشد طبیعی مغز در حیطه‌ی تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی تأثیر می‌گذارد. دوره بلوغ و نوجوانی برای نوجوانان با اختلال طیف ایتسیم با عملکرد بالا از اهمیت زیادی برخوردار است. این نوجوانان نسبت به هم‌سالان خود نیاز به آموزش بیشتر در جهت درک دوره بلوغ و تغییرات همراه با آن دارند. عدم آگاهی والدین در نحوه برخورد صحیح با نوجوان، عدم تقویت مهارت‌های اجتماعی و عدم ارائه اطلاعات کافی به آن‌ها، می‌تواند باعث ایجاد مشکلات مختلف از جمله ایجاد و یا افزایش مشکلات رفتاری و انطباقی شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش جنسی، شناختی، هیجانی، مدیریت رفتار و مهارت‌های اجتماعی بر مشکلات رفتاری و انطباقی نوجوانان پسر با اختلال طیف ایتسیم با عملکرد بالاست. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد آموزش مادران و نوجوانان بر اساس یک برنامه سازمان‌یافته، می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های انطباقی در دوره نوجوانی و بلوغ داشته باشد. نوجوانان با اختلال‌های طیف ایتسیم به دلیل محدودیت‌های که با آن روبه‌رو هستند برای ارائه رفتار مناسب نیاز به دریافت آموزش بیشتری دارند، بنابراین تنظیم برنامه‌های آموزشی برای این گروه از نوجوانان و خانواده‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: ایتسیم با عملکرد بالا، برنامه آموزشی، مشکلات رفتاری، مهارت‌های انطباقی.

مقدمه

طبق راهنمایی تشخیصی و آماری طبقه‌بندی اختلالات روانی، ویراست پنجم (۲۰۱۳)، ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های طیف ایتسیم (درخودماندگی) با اختلال در زمینه تعامل و ارتباطات اجتماعی و علائق و فعالیت‌های تکراری و محدود، مشخص می‌شود که بر اساس شدت درجه اختلال، در سه سطح نیاز به نظارت و حمایت بسیار زیاد، نیاز به نظارت و حمایت زیاد و نیاز به نظارت و حمایت طبقه بندی می‌شوند. تصور می‌شود کودکان با اختلال طیف ایتسیم با عملکرد بالا، دامنه هوش در سطح متوسط و بالاتر از متوسط دارند، دارای تاخیر و انحراف در تعامل اجتماعی متقابل، شناخت اجتماعی، اختلال در برقراری رابطه و کاربرد زبان و دارای مجموعه محدودی از علائق و فعالیت‌ها هستند [۱، ۲]. از جمله مشکلات این افراد، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، تمایل به تنهایی و اشکال در دوست‌یابی است [۳ و ۴].

دوره بلوغ و نوجوانی به عنوان یکی از مهمترین چالش‌های زندگی افراد با اختلال‌های طیف ایتسیم به شمار می‌رود. باید به این نکته اشاره کرد که اتفاقات زیادی قبل، در طول و بعد از سال‌های نوجوانی رخ میدهد و نوجوانی مشخص‌کننده گذار از کودک بودن و وابسته بودن به والدین به دوره بزرگسالی، استقلال و مسئول رفتار خود بودن است. افزون بر این، در طی این

دوره، نوجوان بیشتر در مورد نقاط ضعف و قوت خود تفکر می کند. موفقیت در دوره نوجوانی از طریق پیشرفت به سمت استقلال و مسئولیت مشخص میشود [۵،۶].

نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا نیاز به راهنمایی و آموزش در جهت درک دوره بلوغ و تغییرات همراه با آن دارند. معمولاً این نوجوانان نسبت به مفهوم بلوغ و نوجوان بودن ناآگاه هستند و در خانه ممکن است نیاز به کمک در زمینه تکالیف و فعالیتهای روزانه داشته باشند و در عین حال خواهان استقلال بیشتری هستند [۷،۸]. بلوغ پدیده ای گسترده و همه جانبه است. نگرانی ها در مورد نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا در ارتباط با طرد شدن، کاهش عزت نفس، آسیب پذیری نسبت به مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، مدیریت تغییرات بلوغ و رعایت مسائل بهداشتی است [۹]

در دوره بلوغ و نوجوانی، خطر بروز مشکلات رفتاری افزایش می یابد. در نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا می توان به دلایل مختلفی نشانه های افسردگی، پرخاشگری، اضطراب، وسواس و افت تحصیلی را مشاهده کرد. برخی از دلایل آن عبارت اند از: انزوا و تنهایی، شکست و ناکامی، طرد و عدم پذیرش از سوی همسالان و نقص در ارتباطات [۱۰، ۱۱]. در این نوجوانان، مهارتهای اجتماعی و انطباقی ضعیف و اختلالات عاطفی و رفتاری مشاهده می شود، بنابراین آموزش خانواده، به ویژه والدین که بیشترین اوقات را با نوجوان سپری می کنند می تواند از مشکلات رفتاری و انطباقی در این دوره پیشگیری کند [۱۲]

پیسولا، پادیو و اسلنسکا، تحقیقی با عنوان «مشکلات عاطفی و رفتاری در نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا: گزارش والدین» انجام دادند و هدف آنها بررسی تفاوت دختران و پسران از لحاظ مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی در دوره بلوغ بود. آنها تعدادی نوجوان با اختلال های طیف اتیسم را بررسی کردند و نتایج آنها نشان داد که نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا نسبت به دختران و پسران بدون اختلال اتیسم نرخ بالاتری از مشکلات عاطفی و رفتاری را از خود نشان میدهند [۱]. نتایج تحقیقات کاسیکو و همکاران با هدف بررسی اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان با اختلال های طیف اتیسم [۱۳] و نتایج تحقیقات مر، دیکسون و رز بر اساس گزارش والدین [۱۴] نشان دهنده این بود که مشکلات رفتاری، عاطفی، انطباقی و اضطراب اجتماعی همزمان با افزایش سن در نوجوانان با اختلال های طیف اتیسم با عملکرد بالا و پایین افزایش یافته است. معمولاً برای درمان مشکلات رفتاری و انطباقی راهنماهای مختلف درمان بر اساس انواع رویکردهای درمانی موجود است. یکی از این مجموعه ها که میتواند در درمان مشکلات رفتاری و انطباقی موثر واقع شود، راهنمایی درمان موضوعات عاطفی و رفتاری است که بخشی از مجموعه سیستم ارزیابی رفتار کودکان است. در این راهنمای درمان در کنار راهکارهای مختلف برای کودکان و نوجوانان بر آموزش والدین نیز تأکید دارد. در ادامه به گونه مختصر به برخی از روشهای درمانی که برای انواع مشکلات رفتاری و انطباقی بر اساس این راهنمای درمان به کار میرود، اشاره شده است.

پر خاشگری: آموزش حل مسئله، بازسازی شناختی، میانجیگری کلامی، آموزش مهارتهای اجتماعی، ارتباط با همسالان، آموزش رفتارهای جایگزین مشکلات سلوک: مدیریت خشم، اقتصاد پته ای مهارتهای حل مسئله، آموزش مهارتهای اجتماعی، ایجاد انگیزش اخلاقی؛ افسردگی انجام فعالیتهای دلپذیر، بازسازی شناختی، آموزش خود مدیریتی، برنامه ریزی برای اوقات فراغت؛ اضطراب: مواجهه سازی، مدل سازی، آرام سازی، آموزش ریلکسیشن، بازسازی شناختی؛ مشکلات توجه: کارتهای گزارش فعالیت روزانه خود مدیریتی؛ بیش فعالی: خودمدیریتی، درمان چند مدلی؛ مشکلات تحصیلی: سازمان دهنده های پیشرفته، آموزش توسط همسالان، استفاده از فنون یادیار، خودکنترلی؛ مشکلات سازشی: آموزش خودمدیریتی درمان های شناختی رفتاری و تقویت ارتباط کاربردی سیستم ارتباط مبادله تصویر، تقویت مهارتهای اجتماعی [۱۵] همچنین راهنمای درمان سیستم بهبود مهارتهای اجتماعی، یک برنامه ساختاری مبتنی بر شواهد است که قابلیتهای اجتماعی اساسی و استفاده حرفه ای از مهارتهای اجتماعی و افزایش استقلال را آموزش میدهد. این راهنما سه سطح پیش دبستان، ابتدایی و بالاتر از سطح

ابتدایی و دبیرستان را شامل میشود و بر ارائه مدل و ایفای نقش در جهت ایجاد رفتارهای مثبت اجتماعی در خانه، مدرسه و محیط خارج از مدرسه تأکید دارد و باعث رشد خودکنترلی خواهد شد.

این راهنمای درمان به دو بخش تقسیم میشود؛ بخش اول مربوط به متخصصان رفتار نظیر مشاور، مددکار اجتماعی، معلمان ویژه، روانشناسان مدرسه و آزمون‌گران است و بخش دوم مربوط به افراد متخصص در جهت آموزش مهارتهای اجتماعی است [۱۶]. آموزش شیوه‌های فرزندپروری به والدین در دوره بلوغ حائز اهمیت است. شیوه‌های فرزندپروری ساختاری هستند که ماهیت روابط والد نوجوان را منعکس می‌کنند. برخی از والدین تصور می‌کنند فرزند آنها به دلیل محدودیتی که با آن روبرو است، قادر به یادگیری مهارت‌ها نیست و آنها چاره‌های جزء پذیریش و تحمل او ندارند، این دسته از والدین دارای تصورات غلط و غیرمنطقی درباره این دسته از نوجوانان هستند و ممکن است نیازهای تربیتی دوره بلوغ را نادیده بگیرند، بنابراین آموزش والدین ضروری به نظر می‌رسد. هرچند رفتارهای فرزندپروری باعث رشد مهارتهای خویشتن داری می‌شود، اما توانایی والدین در هماهنگ کردن رفتارهایشان با نیازهای کودک و نوجوان نیز حائز اهمیت است. اگر والدین قادر به درک نیازهای نوجوانان نباشند ممکن است در تعامل با فرزند خود احساس ناکامی و ناامیدی کنند [۱۷].

در ادامه به برخی از نتایج تحقیقات مرتبط با موضوع پژوهش حاضر اشاره خواهد شد. در تحقیقی که توسط درمیک، آلجانید و ریون انجام شد، نتایج نشان دهنده این بود که کاربرد درمان رفتاری شناختی برای دانش آموزان نوجوان با اختلال های طیف اتیسم نقش مهمی در کاهش اختلالات اضطرابی خواهد داشت. در این درمان والدین و کارکنان مدرسه نیز مشارکت داشتند [۱۸]. همچنین نتایج تحقیقات وود و همکاران نشان میدهد برنامه های آموزشی ساختارمند و مبتنی بر رویکردهای شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری و چالش های اوایل نوجوانی در اختلال های طیف اتیسم مؤثر است و آموزش مادران ضروری به نظر میرسد [۱۹].

نتایج تحقیقات لاگوسن و همکاران نشان میدهد آموزش نوجوانان با اختلال های طیف اتیسم با عملکرد بالا از طریق برنامه آموزشی ساختارمند و گروهی موجب افزایش دانش و شناخت اجتماعی می‌شود و مهارتهای اجتماعی و انطباقی را بهبود می‌بخشد و موجب افزایش همکاری، مسئولیت پذیری و گسترش تعاملات با همسالان و کاهش مشکلات رفتاری خواهد شد [۲۰]. نتایج تحقیقات لیو و همکاران با هدف کاهش قلدری نسبت به کودکان و نوجوانان با اختلال های طیف اتیسم با عملکرد بالا بر اساس گزارش مادران نشان میدهد پرورش نظریه ذهن و آموزش مهارتهای اجتماعی نقش مهمی در کاهش قلدری و زورگویی نسبت به نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا و پیامدهای رفتاری ناشی از آن دارد [۲۱].

وایت و همکاران در تحقیقی با هدف کاربرد درمان شناختی رفتاری در جهت بهبود اضطراب، مشکلات رفتاری و نقایص اجتماعی و انطباقی در نوجوانان با اختلال های طیف اتیسم با عملکرد بالا اذعان می‌کنند که نتیجه درمان رضایت بخش بوده است و بر آموزش مادران در کنار نوجوانان تأکید داشته اند [۲۲].

پژوهشهای گاردنر و همکاران و براداستریت، نشان دهنده این است که سیستم ارزیابی رفتار کودکان در بررسی و تعیین مشکلات رفتاری افراد با اختلال های طیف اتیسم مؤثر است و راهکارهای ارائه شده در راهنمایی درمان منطبق بر این سیستم ارزیابی، نقش تعیین کننده در کاهش مشکلات رفتاری دارد [۲۳، ۲۴]. نتایج پژوهش کوهنل نشان میدهد که راهکارهای ارائه شده در راهنمایی درمان سیستم بهبود مهارتهای اجتماعی نقش موثری در افزایش مهارتهای اجتماعی در نوجوانان با اختلال های طیف اتیسم با عملکرد بالا دارد [۲۵].

پژوهش صادقی، پوراعتماد و فتح آبادی با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارتهای اجتماعی بر رفتارهای مشکل زا و مهارتهای اجتماعی نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا نشان میدهد که آموزش مهارتهای اجتماعی هر چند در جهت افزایش مسئولیت پذیری، جرات پذیری و خودکنترلی مؤثر بوده است، اما در کاهش مشکلات رفتاری تأثیر نداشته است و بنابراین برای

کاهش مشکلات رفتاری نیاز به مداخلات گسترده‌تر، فشرده و متمرکز وجود دارد [۲۶]. مداخلات در ارتباط با نوجوانان با اختلال‌های طیف اتیسم کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند و در ایران بیشتر مداخلات در ارتباط با کودکان است. بنابراین با توجه به اهمیت آموزش در دوره بلوغ و نوجوانی و پیامدهای مثبتی که می‌تواند آموزش مادران و نوجوانان در پیشگیری و کاهش مشکلات مختلف به دنبال داشته باشد، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش مدیریت رفتار و مهارت‌های اجتماعی بر مشکلات رفتاری و انطباقی نوجوانان پسر با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالاست.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک طرح مورد منفرد است که در آن از طرح A-B-A استفاده شده است. در این طرح، رفتار هدف به صورت مکرر تحت موقعیت و مداخله اندازه‌گیری می‌شود و پس از ثبت داده‌ها در موقعیت مداخله، موقعیت خط پایه دوم آغاز می‌شود. افزودن موقعیت خط پایه دوم، کنترل متغیرهای مزاحم را بیشتر می‌کند و بر اعتبار درونی طرح می‌افزاید. پژوهشگرانی که در زمینه طرح‌های مورد منفرد کار می‌کنند به اندازه پژوهشگرانی که آزمایش‌های گروهی انجام می‌دهند، به مسائل اعتبار درونی و بیرونی توجه دارند [۲۷، ۲۸].

جامعه آماری، تمام پسران نوجوان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا را شامل می‌شد که در شهر یزد در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ تحت آموزش قرار داشتند. نمونه پژوهش حاضر، سه پسر با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا هستند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند شناسایی و مورد ارزیابی قرار گرفتند. این نوجوانان با ارزیابی سازمان آموزش و پرورش استثنایی تشخیص اختلال اتیسم با عملکرد بالا را دریافت کرده بودند و در مدارس عادی مشغول به تحصیل بودند. ملاک‌های ورود و انتخاب نمونه‌ها شامل این موارد بود: پسران با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا در طیف سنی ۱۲ تا ۱۶ سال، رضایت نوجوانان و مادران آنها برای شرکت در برنامه و همکاری آنها تا اتمام برنامه، سالم بودن حس بینایی و شنوایی، نداشتن بلوغ زودرس، عدم دریافت مداخله دیگر، همزمان با ارائه برنامه و داشتن سواد خواندن و نوشتن در ارتباط با مادران. در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

سیستم ارزیابی رفتار کودکان (ویرایش سوم): فرم والدین و معلمان

این سیستم چند بعدی توسط رینولد و کمفیس برای ارزیابی رفتارها، مهارت‌های انطباقی، مشکلات رفتاری قابل مشاهده و خود ادراکی کودکان و بزرگسالان در گروه‌های سنی ۲ تا ۲۵ سال تدوین شده است. در پژوهش حاضر از پرسشنامه مرتبط با گروه سنی ۱۲ تا ۲۱ سال (فرم والدین و معلمان) استفاده شد که به وسیله آنها مشکلات رفتاری و انطباقی در موقعیت خانه و مدرسه ارزیابی می‌شود. فرم والدین شامل ۱۷۳ سؤال و فرم معلمان شامل ۱۶۵ سؤال است که پاسخ دهندگان باید در قالب عبارتهای هرگز، گاهی اوقات، اغلب و تقریباً همیشه به سوالات پاسخ دهند که در برخی سوالات به ترتیب به صورت صفر، ۱، ۲ و ۳ نمره گذاری می‌شود و در برخی دیگر از سوالات، نمره گذاری حالت معکوس خواهد داشت.

پرسشنامه‌ها (فرم والدین و معلمان) شامل این مقیاس هاست مقیاس بالینی (پرخاشگری، اضطراب، مشکلات توجه، رفتارهای عجیب و غریب، مشکلات سلوک، افسردگی، بیش‌فعالی مشکلات یادگیری، جسمانی کردن و گوشه‌گیری) که نمرات بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر است، مقیاس انطباقی (فعالیت‌های روزانه زندگی، سازگاری، ارتباط عملکردی، رهبری، مهارت‌های اجتماعی و تحصیلی) که نمرات کمتر نشان دهنده مشکلات بیشتر است، مقیاس محتوایی (کنترل خشم، قلدری، اختلالات رشد اجتماعی، خودکنترلی عاطفی، عملکرد اجرایی، تهییج پذیری منفی و انعطاف پذیری)، مقیاس ترکیب شده (مشکلات برون‌گرایی بیش‌فعالی، پرخاشگری و مشکلات سلوک؛ مشکلات درون‌گرایی: اضطراب، افسردگی و جسمانی کردن؛ مهارت‌های انطباقی: سازگاری، مهارت‌های اجتماعی، ارتباط عملکردی، رهبری و فعالیت‌های روزانه زندگی و شاخص مشکلات رفتاری: بیش

فعالی، پرخاشگری، افسردگی، مشکلات توجه، رفتارهای عجیب و غریب و گوشه‌گیری) و مقیاس آخر، شاخصه‌است که شامل شاخص احتمال اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، شاخص احتمال اختلالات عاطفی رفتاری شاخص نقص کارکردی، شاخص حل مسئله، شاخص کنترل توجه، شاخص کنترل رفتاری، شاخص کنترل عاطفی و نمای کلی کارکرد اجرایی است که برای تشخیص و طبقه‌بندی مشکلات عاطفی و رفتاری تنظیم شده است.

پایایی این مقیاس توسط سازندگان پرسشنامه بر روی تعدادی از کودکان و نوجوانان بررسی شده است که در ارتباط با پرسشنامه‌های فوق، ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از خرده‌مقیاسها بالاتر از ۰/۸۰ و برای مقیاس ترکیب شده بالاتر از ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۹]. در پژوهش حاضر نیز این پرسشنامه‌ها بر روی گروهی از نوجوانان سنین ۱۲ تا ۱۶ سال اجرا شد که ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس بالینی ۰/۸۲، مقیاس انطباقی ۰/۸۷، مقیاس محتوای ۰/۸۰ و مقیاس‌های ترکیب شده (درون‌گرایی، ۰/۸۲، برون‌گرایی، ۰/۸۵، شاخص مشکلات رفتاری، ۰/۸۹) محاسبه شد. ضریب همبستگی پیرسون از طریق روش آزمون باز آزمون در دو بار اجرا در شاخص مشکلات رفتاری در فرم والدین برابر با ۰/۸۵ و در فرم معلمان برابر با ۰/۸۷ بود.

برنامه مداخله

با توجه به بررسی مقالات و تحقیقات مختلف داخلی و خارجی در ارتباط با انواع مداخلات در جهت کاهش مشکلات رفتاری، مداخلات مرتبط با آموزش مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و مداخلات مرتبط با نوجوانان با اختلال طیف اتیسم، بر اساس رویکردهای شناختی رفتاری، راهنمای درمان موضوعات عاطفی و رفتاری، سیستم ارزیابی رفتار کودکان [۱۵]، راهنمای درمان سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی [۱۶] و مصاحبه با افراد متخصص، برای مادران و نوجوانان برنامه آموزشی تدوین شد. برنامه حاضر با تأکید بر رابطه بین مادران و نوجوانان و آموزش هر دو گروه، شامل چند مؤلفه است: ۱. مفهوم سازی: آشنایی با ماهیت مشکلات رفتاری و مهارت‌های انطباقی و تشخیص رفتارهای درست و نادرست از طریق آموزش به نوجوانان و مادران؛ ۲. آموزش مهارت‌ها: استفاده از راهبردها و ابزارهای آموزشی مناسب و تمرین مهارت‌ها زیر نظر درمانگر؛ ۳. کاربرد و پیگیری: کاربرد مهارت‌های آموخته شده در زندگی واقعی با کمک مادران.

پس از تدوین طرح اولیه برنامه، به منظور بررسی روایی محتوای روش لاوشه استفاده شد. روش لاوشه از روش‌های کمی تعیین روایی محتوای است و در آن از دو شاخص نسبت روایی محتوا CVR و شاخص روایی محتوا CVI استفاده می‌شود. در این پژوهش مواد مورد استفاده برای آموزش، همراه با تعداد و محتوای جلسات به تعدادی از متخصصان ارائه شد و سپس یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی تهیه شد و از این متخصصین خواسته شد تا در قالب سؤالات، نظرات خود را در ارتباط با مواد، محتوا و تعداد جلسات آموزشی ارائه کنند که از این تعداد هفت نفر همکاری داشته و به سؤالات پاسخ دادند. متخصصان به سؤالات این سه بخش نظر موافق یا مخالف دادند، در بخش موافق سه نمره (۱. کاملاً موافقم، ۲. موافقم، ۳. تا حدودی موافقم) و در بخش مخالف سه نمره (۱. کاملاً مخالفم، ۲. مخالفم، ۳. تا حدودی مخالفم) وجود داشت. برای استفاده از روش لاوشه، بخش مخالف در کل یک واحد در نظر گرفته شد (ضروری نیست)، کاملاً موافق و موافق یک واحد (مهم و ضروری است) و تا حدودی موافق (ضروری است اما مهم نیست) نیز یک واحد در نظر گرفته شد [۳۰]. سپس شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) محاسبه شد. نسبت CVR به دست آمده بزرگتر از ۰/۹۹ مقدار روایی پذیرفته شده بود که در نتیجه بر روایی محتوای برنامه دلالت داشت (فرمول شماره ۱).

۱.

$$CVR = \frac{7-3/5}{3/5} = 1 > 0/99$$

برای سنجش تجمیع میزان توافق متخصصان از شاخص روایی محتوای CVI استفاده شد (فرمول شماره ۲).

۲.

$$CVR = \frac{7}{7} = 1$$

برای سنجش میزان قابلیت اعتماد از ضریب کاپا استفاده شده میزان توافق کاپا برابر با صددرصد توافق بین نمره گذاران بود که حاکی از قابلیت اعتماد بالاست. در ارتباط با روایی سازه برنامه حاضر نیز میتوان اذعان داشت که چون بر اساس مرور تحقیقات مختلف، راهنمای درمان و مبانی نظری بنا شده است، پس از روایی سازه مناسب برخوردار است. بنابراین با توجه به نظر متخصصان و نتایج به دست آمده برنامه آموزشی در ۳۷ جلسه در جهت آموزش مادران و نوجوانان (جدول شماره ۱) اجرا و از ابزارهای زیر استفاده شد

- کتابهای آموزشی همراه با تصاویر برای آموزش رفتارهای صحیح و غلط و پیامدهای آنها؛
- داستانهای آموزشی و اجتماعی به گونه جداگانه برای مادران و نوجوانان؛ برای مثال در قالب داستانهای کوتاه و شخصیت پردازی های سعی شد مهارتهای اجتماعی، جرات مندی، حل مسئله و غیره به نوجوانان آموزش داده شود.
- استفاده از ایفای نقش در محیط مداخله، برای آموزش و تحکیم مهارت های مورد نظر در برنامه مداخله؛
- فیلم های آموزشی متناسب برای مادران و نوجوانان (برای مثال ارائه فیلم در زمینه تغییرات مختلف دوره بلوغ، برای مادران)
- کارتهای آموزشی در جهت تقویت مهارتهای اجتماعی؛ هریک از کارت ها شامل یک تصویر در ارتباط با یک مهارت اجتماعی خاص بودند و در پشت کارتها توضیحات مرتبط به همراه مثال ارائه شده بود.
- آموزش در جهت استفاده از اوقات فراغت به مادران و نوجوانان در قالب جزوات آموزشی (برای نوجوانان جزوه ها همراه با تصاویر آموزشی بود) به همراه ارائه توضیح همراه با پاورپوینت توسط محققین
- اقتصاد پته ای و ارائه تقویت کننده ها توسط محققین و آموزش نحوه استفاده از تقویت کننده ها به مادران؛
- استفاده از کتاب کار در جهت بررسی میزان یادگیری دانش آموزان در ارتباط با آموزش انجام شده؛
- جلسات آموزشی به همراه ارائه پاورپوینت و جزوه های آموزشی برای والدین. در جدول شماره ۱ محتوای آموزشی هر جلسه ارائه شده است.

پس از تنظیم برنامه آموزشی و بررسی روایی محتوای آن و انتخاب آزمودنیها، اجرای برنامه آغاز شد. ابتدا ارزیابی اولیه از نوجوانان با همکاری مادران و معلمان انجام شد و سپس جلسات جداگانه آموزشی برای نوجوانان و مادران در نظر گرفته شد. شیوه آموزش به گونه انفرادی بود و ارزیابی های مکرر برای بررسی اثربخشی برنامه نیز در روند مداخله انجام شد. هر جلسه آموزشی ۵۰ دقیقه در نظر گرفته شده بود و متناسب با محتوای هر جلسه از ابزارهای آموزشی استفاده میشد. برای مثال در جلساتی که برای آموزش مهارتهای اجتماعی برای نوجوانان در نظر گرفته شده بود، از کارت های آموزشی و داستانهای اجتماعی متناسب با هر کارت که هرکدام یک مهارت خاص را آموزش می دادند و تمرین مرور ذهنی رفتار، استفاده شد و پیامدهای مثبت یادگیری این مهارت ها نیز توضیح داده میشد، علاوه بر این، مهارتها از طریق بازی نقش، تکرار و تمرین شد و بازخورد اصلاحی ارائه شد.

در ابتدای هر جلسه تکالیف و آموخته های جلسات پیشین بررسی و مرور شد و کتاب کار نیز برای نوجوانان در نظر گرفته شد. برای ارائه رفتار صحیح و افزایش آگاهی مادران و کاربرد مهارتها در محیط خارج از مداخله، متناسب با جلسات نوجوانان و محتوای آموزشی آنها، جلسات جداگانه برای مادران نیز در نظر گرفته شد و در قالب پاورپوینت و جزوات آموزشی توضیحات

لازم ارائه و به سؤالات آنها پاسخ داده شد. در روند این برنامه، محققین از تقویت کلامی و تقویت پته ای استفاده کردند و به مادران آموزش لازم در جهت استفاده از انواع تقویت کننده های مثبت و منفی داده شد.

یافته‌ها

ازموندنیهای پژوهش حاضر، سه پسر ۱۳ ساله با اختلالات طیف اتیسم با عملکرد بالا را شامل میشدند. مادر دو نفر از نمونه ها دارای تحصیلات در سطح لیسانس بودند و مادر یک نفر دیگر دارای تحصیلات متوسطه بود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا داده های خام برای هر شرکت کننده که به سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری مربوط بود به صورت نمودار رسم شد. سپس محفظه ثبات و روند برای داده های هر سه شرکت کننده در موقعیت خط پایه و مداخله رسم شد و با استفاده از شاخص روند و ثبات، میزان ثبات و جهت روند داده ها مشخص شد. در نهایت با استفاده از روش تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی به تحلیل اثربخشی برنامه آموزشی در مشکلات رفتاری و مهارتهای انطباقی پرداخته شد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با نوجوان و ارزیابی‌های اولیه
دوم، سوم	توضیح در مورد اختلال اتیسم با عملکرد بالا و ویژگی‌های دوره بلوغ و تشریح مشکلات رفتاری و مهارت‌های انطباقی در دوره بلوغ
چهارم، پنجم و ششم	توضیح در مورد شیوه‌های فرزندپروری و نحوه گفت‌وگو با نوجوان و آموزش در مورد روش‌های استفاده از تقویت مثبت، منفی و استفاده از انواع روش‌های تنبیه و متناسب بودن تنبیه با رفتار هدف و نحوه به‌کاربردن آن‌ها و آموزش راهکارهای افزایش اعتمادبهنفس
هفتم، هشتم	ارائه راهکارها برای کاهش پرخاشگری در نوجوان
نهم تا دوازدهم	آموزش نوجوان در جهت کاهش پرخاشگری از جمله: مهارت‌های کنترل خشم، آشنایی با رفتارهای نادرست و پرخاشگرانه و پیامدهای منفی آن‌ها و یادگیری رفتارهای جایگزین و مناسب و آموزش نحوه درست نشان‌دادن رنجیده‌شدن و عصبانیت
سیزدهم	ارائه راهکارها برای کاهش افسردگی و اضطراب در نوجوان و آموزش در جهت نحوه برنامه‌ریزی اوقات فراغت
چهاردهم تا بیستم	آموزش تکنیک‌های ریلکسیشن و آرمیدگی، آموزش مهارت‌های جرئت‌ورزی، حل مسئله و تصمیم‌گیری
بیست و یکم، دوم و سوم	آموزش تفکر مثبت، انجام فعالیت‌های دلپذیر و استفاده از اوقات فراغت به نوجوان
بیست و چهارم	آموزش مادران در ارتباط با کاهش مشکلات سازگاری و اجتماعی نوجوان
بیست و پنجم تا سی‌ام	آموزش مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان
سی و یکم و دوم	آموزش نوجوان در جهت افزایش مهارت‌های دوست‌یابی و حفظ رابطه صمیمانه با دوستان
سی و سوم	آموزش مادران در جهت تقویت مهارت‌های دوست‌یابی
سی و چهارم	آموزش مادران در جهت افزایش استقلال نوجوان
سی و پنجم و ششم	آموزش نوجوان در جهت افزایش استقلال برای انجام فعالیت‌های روزانه
سی و هفتم	جلسه پایانی و دادن جایزه به نوجوانان و تقدیر از آن‌ها به دلیل همکاری و شرکت مرتب در جلسات آموزشی

در جدول شماره ۲ نمرات خام حاصل از اندازه‌گیری‌های مکرر، در ارتباط با کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های انطباقی با توجه به مقیاس ترکیب شده پرسشنامه سیستم ارزیابی رفتار کودکان، ویرایش سوم، طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری ارائه شده است.

با توجه به دفترچه راهنمای این پرسشنامه، در مقیاس شاخص مشکلات رفتاری کاهش نمرات و در مقیاس مهارت‌های انطباقی افزایش نمرات، نشان دهنده تاثیر مثبت برنامه آموزشی است. با توجه به اینکه مادران جزئی از برنامه آموزشی تلقی می‌شوند

برای کاهش سوگیری در جهت ارزیابی تأثیر برنامه، علاوه بر فرم والدین و پاسخ گویی مادران به سؤالات، از فرم معلمان و ارزیابی آنها نیز استفاده شد (جدول های شماره ۲ و ۳).

نتایج جدول شماره ۲ نشان دهنده ارزیابی اولیه از آزمودنیها (قبل از ارائه مداخله) توسط مادران و معلمان است. نتایج ارزیابی در روند ارائه مداخله بر طبق اندازه گیری های مکرر در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

ارزیابی مادران و معلمان نشان دهنده تغییر نمرات نسبت به خط پایه است و نمرات در ارتباط با مهارتهای انطباقی دارای روند صعودی و در ارتباط با مشکلات رفتاری دارای روند نزولی است. علاوه بر این، با تطابق نتایج گزارش شده از والدین و معلمان در هر کدام از مقیاسها می توان تاثیر مداخله را مشاهده کرد. در مرحله پیگیری نمرات، با ثبات است و در ارتباط با هر سه آزمودنی، افت نمرات از یک نمره در هر سه مرحله پیگیری تجاوز نکرده است.

جدول ۲. نمرات خام حاصل از اندازه گیری های مکرر، طی جلسات خط پایه بر اساس ارزیابی مادران و معلمان

خط پایه (قبل از مداخله)				متغیرها	آزمودنی‌ها
جلسه ۴	جلسه ۳	جلسه ۲	جلسه ۱		
۴۲	۴۲	۴۱	۴۲	مادر	نوجوان ۱
۳۹	۳۹	۳۹	۳۹	معلم	
۳۶	۳۶	۳۶	۳۶	مادر	نوجوان ۲
۳۵	۳۴	۳۵	۳۵	معلم	
۴۴	۴۲	۴۳	۴۴	مادر	نوجوان ۳
۳۹	۳۹	۳۹	۴۱	معلم	
۵۴	۵۵	۵۴	۵۴	مادر	نوجوان ۱
۵۵	۵۵	۵۵	۵۶	معلم	
۴۶	۴۶	۴۵	۴۵	مادر	نوجوان ۲
۴۸	۴۸	۴۸	۴۸	معلم	
۶۲	۶۲	۶۳	۶۱	مادر	نوجوان ۳
۶۵	۶۵	۶۴	۶۵	معلم	

نتایج حاصل از تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی

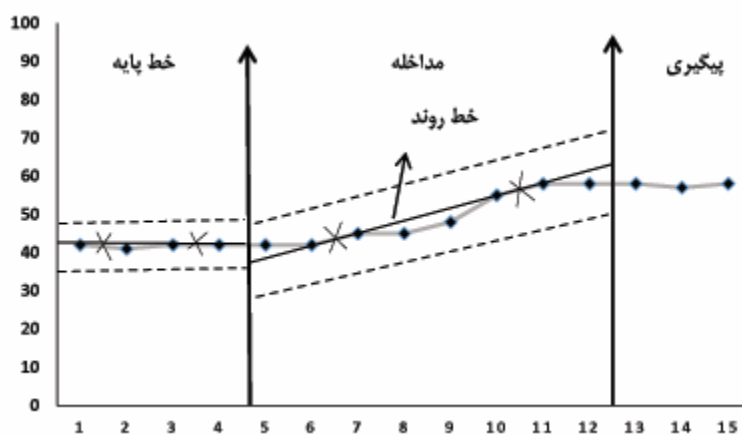
نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس تصاویر و جدولها ارائه شده است. تصویرها و جدولها مطابق با داده های خام حاصل از اندازه گیری های مکرر بر اساس گزارش مادران تنظیم شده است.

جدول ۳. نمرات خام حاصل از اندازه گیری های مکرر، طی جلسات مداخله و پیگیری بر اساس ارزیابی مادران و معلمان

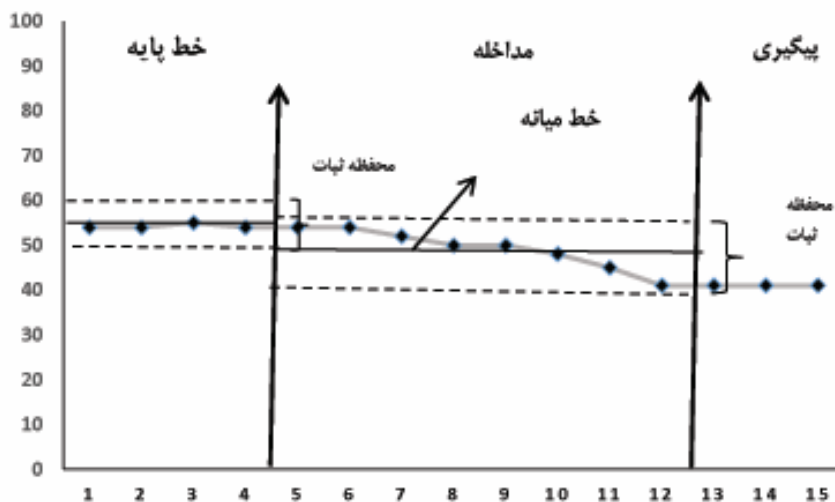
متغیرها	ازموندنی	مداخلات										پیگیری	
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	اول	دوم	سوم	
مهارت‌های انطباقی	نوجوان ۱	مادر	۴۲	۴۲	۴۵	۴۵	۴۸	۵۵	۵۸	۵۸	۵۷	۵۸	
		معلم	۳۹	۴۲	۴۲	۴۶	۵۰	۵۰	۵۳	۵۶	۵۶	۵۶	
	نوجوان ۲	مادر	۳۶	۳۶	۳۹	۴۲	۴۵	۴۶	۵۰	۵۲	۵۱	۵۱	
		معلم	۳۴	۳۵	۳۷	۳۷	۴۰	۴۵	۴۷	۴۹	۴۹	۴۹	
	نوجوان ۳	مادر	۴۳	۴۴	۴۸	۵۲	۵۲	۵۸	۶۰	۶۲	۶۱	۶۱	
		معلم	۴۱	۴۱	۴۵	۴۷	۵۰	۵۵	۵۷	۶۰	۶۰	۶۰	
شاخص مشکلات رفتاری	نوجوان ۱	مادر	۵۴	۵۴	۵۲	۵۰	۵۰	۴۸	۴۵	۴۱	۴۱	۴۱	
		معلم	۵۵	۵۳	۵۰	۵۰	۴۶	۴۶	۴۴	۴۰	۴۰	۴۰	
	نوجوان ۲	مادر	۴۵	۴۵	۴۲	۴۲	۴۰	۴۰	۳۸	۳۵	۳۶	۳۶	
		معلم	۴۸	۴۸	۴۵	۴۳	۴۳	۴۰	۳۸	۳۷	۳۸	۳۸	
	نوجوان ۳	مادر	۶۳	۶۱	۶۰	۵۸	۵۸	۵۸	۵۲	۴۹	۵۰	۴۹	
		معلم	۶۴	۶۴	۶۰	۶۴	۶۰	۵۵	۵۳	۵۰	۵۱	۵۱	

خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی اول بر اساس تحلیل دیداری داده‌ها در زمینه مهارت‌های انطباقی در تصویرهای ۱ و ۲ نشان داده شده است. جدول شماره ۴ نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را بر اساس فرمول تحلیل دیداری برای نمودار داده‌های شرکت کننده اول نشان می‌دهد.

9



تصویر ۱. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات شرکت کننده اول در زمینه مهارت‌های انطباقی

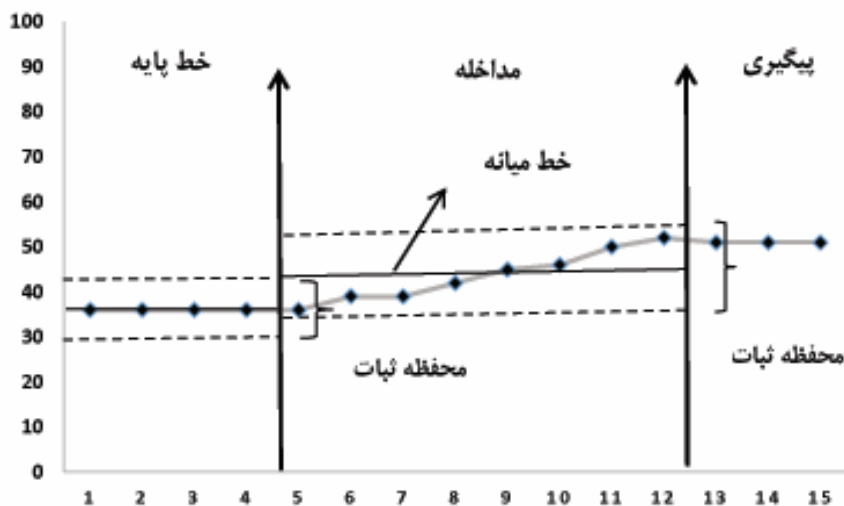


تصویر ۲. خط میانه، خط روند و محدوده ثبات شرکت کننده اول در زمینه مشکلات رفتاری

با توجه به تصویر های ۱ و ۲ و نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴، با شروع آموزش، تغییر در سطح و روند بر طبق شاخص تعیین سطح و روند در نمرات آزمودنی اول قابل مشاهده است و نمرات نسبت به خط پایه در ارتباط با مهارتهای انطباقی روند صعودی دارد و میانگین نمرات از ۴۱/۷۵ در مرحله خط پایه به ۴۹/۱۲ در مرحله مداخله رسیده است و در ارتباط با شاخص مشکلات رفتاری نمرات روند نزولی دارد و میانگین نمرات در خط پایه از ۵۴/۲۵ به ۴۹/۲۵ در مرحله مداخله رسیده است که این نتایج در جهت هدف برنامه آموزشی است. بنابراین، شاخصهای آمار توصیفی مانند میانگین و میانگین و شاخص های تحلیل دیداری درون موقعیتی مانند تغییر سطح و روند نشان دهنده تأثیر مداخله است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد - منفرد به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت و دیگر و درصد داده های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. به طور کلی، هرچه PND بالاتر باشد، اثربخشی مداخله بر رفتار هدف بیشتر بوده است. بنابراین در پژوهش حاضر، PND محاسبه شده نشان میدهد برای آزمودنی اول، هم پوشی بین نقاط خط پایه و مداخله در مقیاس مهارت انطباقی با ۰/۷۵ و در مقیاس رفتاری با ۶۲/۵ درصد اطمینان، مؤثر بوده است.

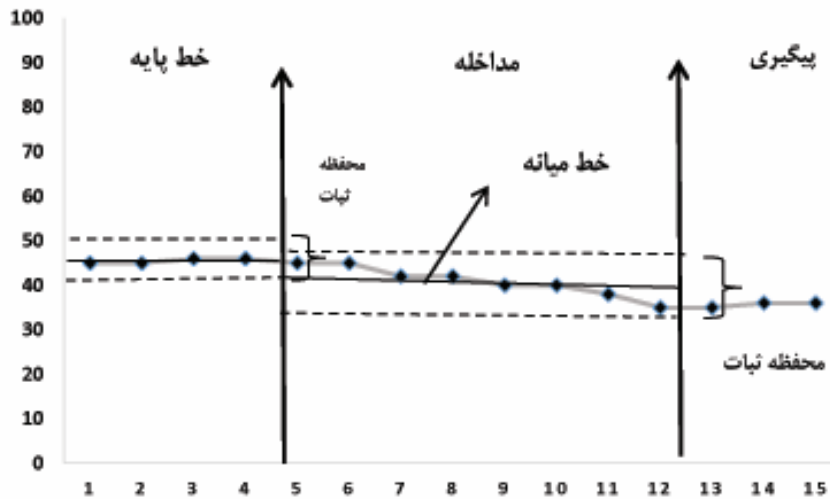
جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی اول

درون موقعیتی				
مشکلات رفتاری		مهارت انطباقی		
B	A	B	A	
۸	۴	۸	۴	توالی موقعیت‌ها
۵۰	۵۴/۵	۴۶/۵	۴۱/۵	میانگین
۴۹/۲۵	۵۴/۲۵	۴۹/۱۲	۴۱/۷۵	سطح
۵۴-۴۱	۵۵-۵۴	۵۸-۴۲	۴۲-۴۱	دامنه تغییرات
اثبات	اثبات	اثبات	اثبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰ درصد از میانگین هر موقعیت
۴۶/۵۳-۵	۵۴/۵۴-۵	۴۳/۵۶-۵/۵	۴۱/۴۲-۵	تغییر نسبی
۵۴-۴۱	۵۵-۵۴	۵۸-۴۲	۴۲-۴۱	تغییر مطلق
نزولی	شیب صفر	صعودی	شیب صفر	جهت
اثبات	اثبات	اثبات	اثبات	روند
بین موقعیتی				
مشکلات رفتاری		مهارت انطباقی		مقایسه موقعیت
A یا B	A یا B	A یا B	A یا B	
صعودی به نزولی	صعودی به صعودی	نزولی به صعودی	تغییر جهت	تغییرات روند
مثبت	مثبت	مثبت	اثر وابسته به هدف	
اثبات به اثبات	اثبات به اثبات	اثبات به اثبات	تغییر ثبات	
۵۴ به ۴۶/۵	۴۶/۵ به ۴۳/۵	۴۱/۵ به ۴۳/۵	تغییر نسبی	
۵۴ به ۴۱	۴۲ به ۴۱	۴۲ به ۴۱	تغییر مطلق	تغییر در سطح
۵۴/۵ به ۵۰	۴۱/۵ به ۴۶/۵	۴۱/۵ به ۴۶/۵	تغییر میانگین	
۵۴/۲۵ به ۴۹/۲۵	۴۱/۷۵ به ۴۹/۱۲	۴۱/۷۵ به ۴۹/۱۲	تغییر میانگین	
۶۲/۵ درصد	۷۵- درصد	۷۵- درصد	PND	هم‌پوشی داده‌ها
۳۷/۵ درصد	۲۵- درصد	۲۵- درصد	POD	



تصویر ۳. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات شرکت کننده دوم در زمینه مهارتهای انطباقی

نتایج به دست آمده بر اساس تحلیل دیداری داده‌ها برای آزمودنی دوم در زمینه مهارتهای انطباقی و مشکلات رفتاری، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات در تصویرهای شماره ۳ و ۴ ارائه شده است. جدول شماره ۵ نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را بر اساس فرمول تحلیل دیداری برای نمودار داده‌های شرکت کننده دوم نشان میدهد. در ارتباط با آزمودنی دوم نتایج جدول شماره ۵ نشان میدهد که نمرات نسبت به خط پایه در ارتباط با مهارتهای انطباقی روند صعودی دارد و میانگین نمرات از ۳۶ در مرحله خط پایه به ۴۳/۶۲ در مرحله مداخله رسیده است و در ارتباط با مشکلات رفتاری نمرات روند نزولی دارد و میانگین نمرات در خط پایه از ۴۵/۵ به ۴۰/۸۷ در مرحله مداخله رسیده است که این نتایج در جهت هدف برنامه آموزشی است. PND محاسبه شده نشان میدهد برای آزمودنی دوم میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله در مقیاس مهارت انطباقی با ۸۷/۵ و در مقیاس رفتاری با ۰/۷۵ درصد اطمینان، مؤثر بوده است. نتایج به دست آمده برای آزمودنی سوم بر اساس تحلیل دیداری داده‌ها در زمینه مهارتهای انطباقی، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها در تصویرهای شماره ۵ و ۶ نمایش داده شده است. جدول شماره ۶ نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را بر اساس فرمول تحلیل دیداری برای داده‌های شرکت کننده سوم نشان میدهد. نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد در ارتباط با آزمودنی سوم نمرات نسبت به خط پایه در ارتباط با مهارتهای انطباقی روند صعودی دارد و میانگین نمرات از ۴۳/۵ در مرحله خط پایه به ۵۲/۳۷ در مرحله مداخله رسیده است و در ارتباط با مشکلات رفتاری نمرات روند نزولی دارد و میانگین نمرات در خط پایه از ۶۲ به ۵۶/۸۷ در مرحله مداخله رسیده است. PND محاسبه شده نشان میدهد که برای آزمودنی سوم همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله در مقیاس مهارت انطباقی با ۰/۷۵ و در مقیاس رفتاری با ۶۲/۵ درصد اطمینان مؤثر بوده است. به طور کلی در این پژوهش در ارتباط با هر سه شرکت کننده، سطوح خط پایه با ثبات است اما با ارائه مداخله تغییر در روند متغیرهای وابسته ایجاد شده است و این تغییرات در جهت هدف درمان است.



تصویر ۴. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات شرکت کننده دوم در زمینه مشکلات رفتاری

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی دوم

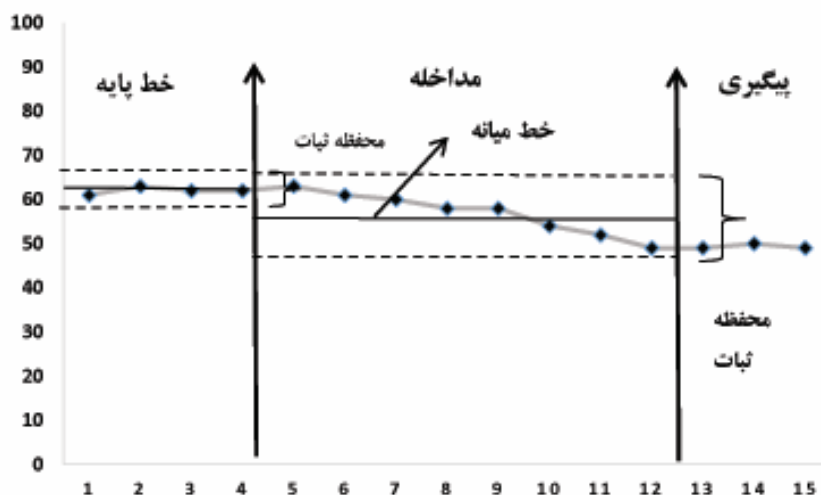
13

درون موقعیتی				
مشکلات رفتاری		مهارت انطباقی		
B	A	B	A	توالی موقعیت‌ها
۸	۴	۸	۴	طول موقعیت‌ها
۴۱	۴۵/۵	۳۲/۵	۳۶	میانه
۴۰/۸۷	۴۵/۵	۴۳/۶۲	۳۶	میانگین
۲۵-۴۵	۴۶-۴۵	۳۶-۵۲	۳۶-۳۶	دامنه تغییرات
بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰ درصد از میانه هر موقعیت
۳۲/۳۹-۵	۴۶-۴۵	۵۰-۳۹	۳۶-۳۶	تغییر نسبی
۲۵-۴۵	۴۶-۴۵	۵۲-۳۶	۳۶-۳۶	تغییر مطلق
نزولی	شیب صفر	صعودی	شیب صفر	جهت
بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	روند
بین موقعیتی				
مشکلات رفتاری		مهارت انطباقی		مقایسه موقعیت
A یا B	A یا B	A یا B	A یا B	تغییرات روند
صعودی به نزولی	صعودی به نزولی	نزولی به صعودی	نزولی به صعودی	تغییر جهت
مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	اثر وابسته به هدف
بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	تغییر ثبات
۴۵ به ۴۲/۵	۴۵ به ۴۲/۵	۳۶ به ۳۹	۳۶ به ۳۹	تغییر نسبی
۴۵ به ۴۵	۴۵ به ۴۵	۳۶ به ۳۶	۳۶ به ۳۶	تغییر مطلق
۴۵/۵ به ۴۱	۴۵/۵ به ۴۱	۳۶ به ۴۳/۵	۳۶ به ۴۳/۵	تغییر میانه
۴۵/۵ به ۴۰/۸۷	۴۵/۵ به ۴۰/۸۷	۳۶ به ۴۳/۶۲	۳۶ به ۴۳/۶۲	تغییر میانگین
۰/۷۵ درصد	۰/۷۵ درصد	۸۷/۵ درصد	۸۷/۵ درصد	PND
۰/۲۵ درصد	۰/۲۵ درصد	۱۲/۵ درصد	۱۲/۵ درصد	POD



تصویر ۵ ر

خط میانه، خط روند و محفظه ثبات شرکت کننده سوم در زمینه مهارت‌های انطباقی



تصویر ۶. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات شرکت کننده سوم در زمینه شاخص مشکلات رفتاری

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارائه یک برنامه آموزشی ساختار یافته و با مشارکت مادران می تواند منجر به کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت انطباقی در پسران با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا شود. به نظر می رسد ارائه جلسات مداخله به طور جداگانه برای مادران و نوجوانان، افزایش آگاهی مادران در ارتباط با اختلالات طیف اتیسم، دوره بلوغ و نوجوانی، نحوه برخورد با مشکلات رفتاری و آموزش شیوه های فرزندپروری به آنها و همچنین آموزش راهکارهای مختلف به نوجوانان در جهت نظارت و کنترل بر رفتارهای خود مثل مدیریت خشم، آموزش حل مسئله، مهارت‌های جرئت ورزی، راهکارهای مقابله با اضطراب و افسردگی، افزایش استقلال، نحوه استفاده مناسب از اوقات فراغت و آموزش مهارت‌های اجتماعی، نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های انطباقی داشته است. این یافته با نتایج پژوهش های انجام شده هم خوان است [۱۸-۲۵]

جدول ۶. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی سوم

درون موقعیتی				
مشکلات رفتاری		مهارت انطباقی		
B	A	B	A	توالی موقعیت‌ها
۸	۴	۸	۴	طول موقعیت‌ها
۵۸	۶۲/۵	۵۲	۴۳	میانه
۵۶/۸۷	۶۲	۵۲/۳۷	۴۳/۵	سطح میانگین
۶۳-۴۹	۶۳-۶۱	۶۲-۴۳	۴۴-۴۳	دامنه تغییرات
اثبات	اثبات	اثبات	اثبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰ درصد از میانه هر موقعیت
۶۰-۵۳/۵	۶۲-۶۲/۵	۴۶-۵۹	۴۳/۴۳-۵/۵	تغییر نسبی
۶۳-۴۹	۶۳-۶۱	۶۲-۴۳	۴۴-۴۳	تغییر مطلق
نزولی	شیب صفر	صعودی	شیب صفر	جهت
اثبات	اثبات	اثبات	اثبات	روند

بین موقعیتی			
مشکلات رفتاری		مهارت انطباقی	مقایسه موقعیت
A یا B	A یا B	A یا B	
صعودی به نزولی	نزولی به صعودی	تغییر جهت	تغییرات روند
مثبت	مثبت	اثر وابسته به هدف	
اثبات به اثبات	اثبات به اثبات	تغییر ثبات	
۶۲ به ۵۳	۴۳/۵ به ۵۹	تغییر نسبی	
۶۱ به ۴۹	۴۳ به ۴۳	تغییر مطلق	تغییر در سطح
۶۲/۵ به ۵۸	۴۲/۵ به ۵۲	تغییر میانه	
۶۲ به ۵۶/۸۷	۴۳/۵ به ۵۲/۳۷	تغییر میانگین	
۶۲/۵ درصد	۰/۷۵ درصد	PND	هم‌پوشی داده‌ها
۳۷/۵ درصد	۰/۲۵ درصد	POD	

15

درمیک، آلجانید و ریون و وود و همکاران، در برنامه مداخله خود از مشارکت والدین استفاده کردند و نتایج آنها نشان می‌دهد آموزش نوجوانان و والدین در کاهش مشکلات رفتاری و اختلالات اضطرابی مؤثر بوده است [۱۸، ۱۹]. نتایج تحقیقات لاگوسن و همکاران و لیو و همکاران نشان می‌دهد آموزش نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا و مادران آنها با یک برنامه ساختاریافته نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و کاهش قلدری و زورگویی نسبت به این افراد دارد [۲۰، ۲۱].

وایت و همکاران با توجه به نتایج تحقیقات خود بر آموزش مادران در کنار نوجوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا، در جهت کاهش مشکلات رفتاری، افزایش مهارت‌های اجتماعی و انطباقی تأکید می‌کنند [۲۲]. در تمام این تحقیقات معمولاً از رویکردهای رفتاری، شناختی رفتاری، ایفای نقش آموزش شیوه‌های مناسب فرزندپروری و استفاده مناسب از تقویت‌کننده‌های آموزش ارتباط با همسالان، مهارت‌های دوست‌یابی و استفاده مناسب از اوقات فراغت در جهت کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارت‌های اجتماعی و انطباقی استفاده شده است که در برنامه مداخله پژوهش حاضر نیز از این راهکارها استفاده شد.

همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش صادقی، پورا اعتماد و فتح آبادی مبنی بر اینکه برای کاهش مشکلات رفتاری علاوه بر آموزش مهارت‌های اجتماعی نیاز به مداخلات گسترده و فشرده تر است [۲۶]، در پژوهش حاضر برنامه مداخله با تمرکز بر آموزش نوجوانان و مادران، افزایش آگاهی و آموزش مهارت‌های مختلف در کنار تقویت مهارت‌های اجتماعی، همان گونه که در جلسات برنامه آموزشی مشاهده میشود، در کاهش مشکلات رفتاری تأثیر مثبت داشته است. همان طور که قبلاً اشاره شد در پژوهش حاضر از سیستم ارزیابی رفتار کودکان برای ارزیابی و بررسی مشکلات رفتاری و انطباقی و از راهنمایی درمان منطبق بر آن، یعنی راهنمایی درمان موضوعات عاطفی و رفتاری و همچنین راهنمایی درمان سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی در برنامه مداخله استفاده شده است.

نتایج تحقیقات گاردنر و همکاران و براداستریت نشان میدهد سیستم ارزیابی رفتار کودکان و راهنمایی درمان آن، می تواند در ارزیابی و کاهش مشکلات رفتاری و انطباقی دختران و پسران با اختلالات طیف اتیسم مؤثر باشد. همچنین نتایج پژوهش کوهنل، نشان میدهد راهکارهای ارائه شده در راهنمایی درمان سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی در کاهش مشکلات اجتماعی افراد با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا مؤثر است [۲۵-۲۳].

در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر برنامه آموزش مادران و نوجوانان در کاهش مشکلات رفتاری باید گفت، هر گونه اشکال و نقص بدنی، ذهنی و اشکال در مهارت‌های گفتاری و اجتماعی در نوجوانان موجب برداشت و تصور منفی آنان از خویشتن می گردد و بر کارایی و عملکرد آنان اثر منفی می گذارد. نوجوان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا معمولاً به دلیل داشتن مشکل در ارتباط با دیگران و نقص در مهارت‌های اجتماعی، احساس حقارت می کنند و ترس و اضطراب اجتماعی را تجربه می کنند. آنها ممکن است احساس بی ارزشی، شکست و ناکامی کنند و در انطباق با محیط‌های مختلف با مشکل مواجه میشوند. معمولاً ناسازگاریها به صورتهای مختلف از جمله گوشه گیری، حساسیت زیاد، پرخاشگری، افسردگی و اضطراب بروز می کند [۳۱].

با شناخت عوامل مؤثر در ارتقای بهداشت روانی و کاهش مشکلات رفتاری میتوان از بروز برخی ناهنجاریها جلوگیری کرد. اگر والدین بتوانند با آگاهی و شناخت خود، مشکلات نوجوانان را حل کنند، باعث افزایش سازگاری آنها با تغییرات دوره بلوغ و ارائه رفتار مناسب تر از جانب آنها خواهند شد و از انحرافات رفتاری آنها کاسته خواهد شد [۳۲،۳۳]. نوجوان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا در حل مشکلات فردی و اجتماعی با مشکل مواجه هستند و مهارت‌های اجتماعی، کلامی و غیر کلامیشان آسیب دیده و واکنش نامناسب و غیر منطقی اطرافیان، خطر بروز مشکلات رفتاری را در آنها افزایش میدهد [۲۷،۳۴]. والدین افراد با اختلال طیف اتیسم با مشکلات و چالش‌های مختلف روبه رو هستند.

باید به این نکته اشاره داشت در ارتباط با این نوجوانان، آموزش والدین و ایجاد آگاهی در آنها حیاتی است. والدین نباید به دلیل محدودیت فرزند خود شیوه‌های نامناسب تربیتی از جمله سبک‌های فرزندپروری مستبدانه یا سهل گیرانه را اعمال کنند. بسیاری از این والدین با انکار و نپذیرفتن نیازهای و غرایز طبیعی فرزند خود و داشتن برخورد نامناسب، باعث افزایش مشکلات رفتاری میشوند. والدین باید از ویژگی‌های دوره بلوغ و مشکلات رفتاری نوجوانان آگاه باشند و با داشتن برخورد مناسبه شدت مشکلات رفتاری را کاهش دهند. بسیاری از این نوجوانان به دلیل عدم ایجاد استقلال در آنها از دوره کودکی تا نوجوانی، شخصیت وابسته ای دارند و همین مسئله باعث کاهش عزت نفس و گوشه گیری در آنها خواهد شد، ضعف در ارتباط با همسالان با سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی ارتباط دارد [۳۵،۳۶].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تنظیم برنامه آموزشی برای نوجوانان و مادران در ارتباط با مشکلات مختلف رفتاری میتواند کاهش دهنده این گونه مشکلات باشد. علاوه بر این، به نظر می رسد تقویت مهارت‌های اجتماعی و دوست یابی، افزایش مهارت‌های حل مسئله، جرئت ورزی، آموزش برنامه ریزی برای اوقات فراغت به نوجوانان و آموزش مادران در ارتباط با

راهکارهای افزایش اعتماد به نفس و چگونگی مقابله با مشکلات رفتاری و داشتن برخورد مناسب با نوجوان و آشنایی با شیوه های مناسب فرزندپروری، در کاهش مشکلات رفتاری مؤثر واقع شده است.

نتایج به دست آمده نشان میدهد برنامه آموزش مادران و نوجوانان در افزایش مهارتهای انطباقی پسران با اختلالات طیف اتیسم با عملکرد بالا مؤثر بوده است. در تبیین این یافته باید به این نکته اشاره کرد که رفتار انطباقی به معنای قدرت کنار آمدن با دیگران و ارتباط برقرار کردن با آنها، کنار آمدن با موقعیتهای جدید و انجام امور روزمره زندگی است. پرورش رفتار انطباقی منجر به برقراری ارتباط فرد با محیط اطراف خود و مقابله با شرایط استرس زا میشود. نقص در مهارتهای انطباقی دامنه فعالیت فرد را محدود می کند و بر روابط اجتماعی و نحوه گذراندن اوقات فراغت او تأثیر می گذارد [۱۹].

معمولاً پسران با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا به دلیل نقص در مهارتهای اجتماعی و انطباقی کمتر از جانب همسالان پذیرفته میشوند در حالی که در دوره بلوغ ارتباط با همسالان از اهمیت برخوردار است. بنابراین احساسات و هیجانات متعدد مرتبط با دوره بلوغ، به دلیل نقایص آنها در زمینه مهارتهای انطباقی، عدم استقلال و برخورد نامناسب والدین میتواند در قالب مشکلات رفتاری مختلف، از جمله پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و گوشه گیری ظهور پیدا کند [۱۷]. افراد با اختلال طیف اتیسم در تنظیم تعامل اجتماعی، درک دیدگاه دیگران و تقابل هیجانی اجتماعی با مشکل مواجه هستند [۳۱-۳۳].

آموزش نحوه ارتباط با دیگران، مهارتهای دوستیابی و افزایش مهارتهای انطباقی، اجتماعی، گفتاری، آموزش رفتارهای مناسب افزایش خودکنترلی، حل مسئله و مسئولیت پذیری باعث افزایش سازگاری در آنها و افزایش مقبولیت در بین همسالان خواهد شد [۳۵، ۳۶]. به نظر می رسد در پژوهش حاضر ارائه راهکارهایی در جهت آموزش مهارتهای اجتماعی، افزایش مهارتهای دوست یابی، استفاده مناسب از اوقات فراغت، افزایش استقلال و آموزش انجام امور روزمره زندگی به نوجوانان و مادران علاوه بر کاهش مشکلات رفتاری در افزایش مهارت انطباقی نیز مؤثر بوده است.

در این پژوهش بر آموزش مادران در کنار نوجوانان تأکید شده است و به نظر می رسد این مسئله در رسیدن به اهداف پژوهش مؤثر بوده است. در تبیین این یافته باید گفت ماهیت سبک تربیتی و شیوه فرزندپروری والدین و میزان آگاهی آنها از ویژگیهای دوره بلوغ و تغییرات رفتاری ایجاد شده در نوجوان در این دوره، تأثیر زیادی در کاهش میزان مشکلات رفتاری و انطباقی نوجوانان خواهد داشت. مهمترین نکته در امر آموزش والدین نوجوانان با اختلال طیف اتیسم درک این نکته است که تغییرات بلوغ در فرزند آنها، همانند دیگر نوجوانان بدون محدودیت صورت می گیرد و این تغییرات می تواند با به کار بردن روش های مناسب آموزشی و شیوه های مناسب فرزندپروری به خوبی کنترل شود [۲۲].

در این پژوهش ارائه جلسات آموزش برای مادران، هماهنگ با جلسات آموزشی نوجوانان، در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مهارتهای انطباقی مؤثر بوده است و شرکت مادران در جلسات آموزشی علاوه بر افزایش آگاهی و ارائه راهکارهای آموزشی به آنها باعث تعمیم دستاوردهای برنامه آموزشی مرتبط با نوجوانان، در محیط خارج از مداخله نیز شده است. شرکت دادن مادران در برنامه مداخله، علاوه بر ارائه رفتار مناسب از جانب آنها، باعث بالابردن انگیزه و امید در جهت کاهش مشکلات در نوجوانان نیز شده بود.

نتیجه گیری

یکی از محدودیتهای این پژوهش عدم تمایل برخی از والدین برای معرفی فرزندشان از سوی مدارس بود که امکان انتخاب نمونه های بیشتر را با مشکل مواجه ساخت، بنابراین به دلیل تعداد کم نمونه ها باید تعمیم نتایج با احتیاط صورت پذیرد و انجام تحقیقات با نمونه های بیشتر ضروری به نظر می رسد. علاوه بر این، نمونه پژوهش شامل پسران بوده است، بنابراین تعمیم نتایج به پسران با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا نیز باید با احتیاط انجام گیرد. باید توجه داشت، احتمال می رود به دلیل شرکت مادران در برنامه و انتظار آنها مبنی بر کاهش مشکلات رفتاری و انطباقی بعد از ارائه برنامه آموزشی، آنها با

سوگیری به سوالات پاسخ داده باشند، به همین دلیل است که محققین برای اطمینان بیشتر از نتایج مداخله، از پرسشنامه مختص به معلمان (که در قسمت یافته‌ها به نتایج حاصل از ارزیابی آنها اشاره شد) نیز استفاده کردند.

تحقیقات در مورد اختلالات طیف اتیسم که با دوره کودکی مرتبط است، گسترده است، اما خلای در زمینه پژوهش برای نوجوانان و جوانان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا وجود دارد و انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه مسائل مختلف مرتبط با دوره بلوغ و نوجوانی برای این گروه افراد و همچنین پسران نوجوان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا به همراه آموزش والدین (هم پدر و هم مادر) ضروری است. به نظر می‌رسد از نظر کاربردی، اجرای این برنامه برای نوجوانان با نیازهای ویژه در سایر گروهها و حتی نوجوانان عادی با به کار بردن روشهای آموزشی متناسب با تواناییها و محدودیتهای هر گروه، بتواند در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش سلامت روانی موثر واقع شود.

دوره بلوغ دربرگیرنده چالشها و تغییرات جسمانی و روانی متعددی است. تمام این حوزه‌ها نیازمند درجه خاصی از تسلط بر مهارتهای اجتماعی، ارتباطی، انطباقی و رفتاری و دریافت آموزش مناسب است که بسیاری از نوجوانان مبتلا به اتیسم فاقد آنها هستند. عدم ارائه آموزش مناسب برای نوجوان و والدین منجر به علائم رفتاری، انزوای اجتماعی، ناسازگاری و کاهش مقبولیت و پذیرش در بین همسالان میشود [۳۰]. معمولا در مدارس و در بسیاری از خانواده‌ها، برای آموزش در ارتباط با مسائل دوره بلوغ فرصتهای لازم و کافی وجود ندارد، بنابراین دریافت آموزش توسط خانواده‌ها ضروری است و بهتر است قبل از بلوغ آغاز و در دوره بلوغ ادامه یابد [۳۱، ۵]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با آموزش نوجوانان به وسیله ارائه یک برنامه ساختاریافته میتوان مهارتهای مختلف را در نوجوان تقویت کرد. علاوه بر این، آموزش مادران نقش مهمی در افزایش آگاهی آنها و درک نیاز این نوجوانان و برخورد مناسب با آنها خواهد داشت که می‌تواند این نقش مهمی در افزایش مهارتهای انطباقی و کاهش مشکلات رفتاری داشته باشد.

منابع

1. Pisula E, Pudio M, Slowinska M. Behavioral and emotional problems in high-functioning girls and boys with Autism spectrum disorders: Parents' reports and adolescents' self-reports. *Autism*. 2017; 21(6):738-48. [DOI:10.1177/1362361316675119] [PMID] [PMCID]
2. Arnstein Carpenter L, Soorya L, Halpern D. Asperger's syndrome and high-functioning Autism. *Pediatric Annals*. 2009; 38(1):30-5. [DOI:10.3928/00904481-20090101-01] [PMID]
3. Mazzone L, Ruta L, Reale L. Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high-functioning Autism: Diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*. 2012; 11(1):16. [DOI:10.1186/1744-859X-11-16] [PMID] [PMCID]
4. Lerner MD, Lerner MD, Haque OS, Northrup EC, Lawer L, Bursztajn HJ. Emerging perspectives on adolescents and young adults with high-functioning Autism spectrum disorders, violence, and criminal law. *Correction. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 2012; 40(3): 445.
5. Nichols S, Moravcik GM, Tetenbaum SP. *Girls growing up on the Autism spectrum: What parents and professionals should know about the pre-teen and teenage years*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2009.
6. White SW, Ollendick T, Albano AM, Oswald D, Johnson C, Southam-Gerow MA, et al. Randomized controlled trial: Multimodal Anxiety and Social Skill Intervention for adolescents with Autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013; 43(2):382-94 [DOI:10.1007/s10803-012-1577-x] [PMID] [PMCID]
7. Sanders JL. Qualitative or quantitative differences between Asperger's disorder and Autism? Historical considerations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2009; 39(11):1560-7. [DOI:10.1007/s10803-009-0798-0] [PMID]
8. Stokes MA, Kaur A. High-functioning Autism and sexuality: A parental perspective. *Autism*, 2005; 9(3):266-89. [DOI:10.1177/1362361305053258] [PMID]

9. Rosenthal M, Wallace GL, Lawson R, Wills MC, Dixon E, Yerys BE, et al. Impairments in real-world executive function increase from childhood to adolescence in Autism spectrum disorders. *Neuropsychology*. 2013; 27(1):13-8. [DOI:10.1037/a0031299] [PMID] [PMCID]
10. Smith LE, Maenner MJ, Seltzer MM. Developmental trajectories in adolescents and adults with Autism: The case of daily living skills. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012; 51(6):622-31. [DOI:10.1016/j.jaac.2012.03.001] [PMID] [PMCID]
11. Mukaddes NM, Herguner S, Tanidir C. Psychiatric disorders in individuals with high-functioning Autism and Asperger's disorder: Similarities and differences. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2010; 11(8):964-71. [DOI:10.3109/15622975.2010.507785] [PMID]
12. Ozonoff S, Dawson G, McPartland JC. A parent's guide to asperger syndrome and high-functioning Autism. New York: Guilford Press; 2002.
13. Kuusikko S, Pollock-Wurman R, Jussila K, Carter AS, Mattila ML, Ebeling H, et al. Social anxiety in high-functioning children and adolescents with Autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008; 38(9):1697- 709. [DOI:10.1007/s10803-008-0555-9] [PMID]
14. Van der Meer, Dixon MA, Rose D. Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire: The SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 17(8):491-7. [DOI:10.1007/s00787-008-0691-y] [PMID]
15. Vannest KJ, Reynolds CR, Kamphaus RW. Intervention guide for behavioral and emotional issues (BASC-2). London: Pearson; 2008.
16. Elliott SN, Gresham FM. Social Skills Improvement System (SSIS): Intervention guide. Mexico: Pearson Clinical Assessment; 2008.
17. Lipsey MW, Howell JC, Kelly MR, Chapman G, Carver D. Improving the effectiveness of juvenile justice programs. Washington DC: Center for Juvenile Justice Reform at Georgetown University; 2010.
18. Drmic E, Aljunied IM, Reaven J. Feasibility, acceptability and preliminary treatment outcomes in a school-based CBT intervention program for adolescents with ASD and anxiety in Singapore. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017; 47(12):3909-29. [DOI:10.1007/s10803-016-3007-y] [PMID]
19. Wood JJ, Ehrenreich-May J, Alessandri M, Fujii C, Renno P, Laugeson E, et al. Cognitive behavioral therapy for early adolescents with Autism spectrum disorders and clinical anxiety: A randomized, controlled trial. *Behavior Therapy*. 2015; 46(1):7- 19. [DOI:10.1016/j.beth.2014.01.002] [PMID] [PMCID]
20. Laugeson EA, Frankel F, Gantman A, Dillon AR, Mogil C. Evidence-based social skills training for adolescents with Autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2012; 42(6):1025-36. [DOI:10.1007/s10803-011-1339-1] [PMID]
21. Liu MJ, Ma LY, Chou WJ, Chen YM, Liu TL, Hsiao RC, et al. Effects of theory of mind performance training on reducing bullying involvement in children and adolescents with high-functioning Autism spectrum disorder. *Public Library of Science*. 2018; 13(1):e0191271. [DOI:10.1371/journal.pone.0191271] [PMID] [PMCID]
22. White SW, Albano AM, Johnson CR, Kasari C, Ollendick T, Klin A, et al. Development of a cognitive-behavioral intervention program to treat anxiety and social deficits in teens with high-functioning Autism. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2010; 13(1):77-90. [DOI:10.1007/s10567-009-0062-3] [PMID] [PMCID]
23. Bradstreet LE, Juechter JI, Kamphaus RW, Kerns CM, Robins DL. Using the BASC-2 parent rating scales to screen for Autism spectrum disorder in toddlers and preschool-aged children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017; 45(2):359-70. [DOI:10.1007/s10802-016-0167-3] [PMID] [PMCID]
24. Gardner LM, Campbell JM, Bush AJ, Murphy L. Comparing behavioral profiles for Autism spectrum disorders and intellectual disabilities using the BASC-2 Parent Rating Scales-Pre- school Form. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2018; 36(6):535-51. [DOI:10.1177/0734282916689438]
25. Kuehnlel CA. Online delivery of a social skills intervention with video modeling for adolescents with autism spectrum disorder. Michigan: Michigan State University; 2013.
26. Poor Etemad H, Sadeghi S, Fattabadi J, Shlani B. [The effectiveness of social skills training on autism spectrum disorder symptoms in adolescents: Quasi-experimental study (Persian)]. *Research in Rehabilitation Sciences*. 2016; 12(4):216-20.

27. Farahani HL, Kazemi Z, Abedi A, Aghamohamadi S. [Applied fundamentals of case - study designs. (Persian)]. Tehran: Psychology and Art; 2013.
28. Vakilzade N, Malekpour M, Faramarzi A, [Investigating the effect of joint attention training on the degree of social initiation- responding of children with autism spectrum disorder: Single-subject research. (Persian)]. The Journal of Paramedical Science and Rehabilitation. 2016; 6(3):68-79.
29. Reynolds CR, Kamphaus RW, Vannest KJ. Behavior Assessment System for Children (BASC). In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, editors. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. Berlin: Springer; 2011. [DOI:10.1007/978-0-387-79948-3_1524]
30. Hajizadeh A, Asghari M. [Methods and statistical analyzes by looking at research methodology in biological and hygienicsciences (Persian)]. Tehran: Academic Jihad; 2015.
31. Rajabi Shamami B, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Haghgoo H, Vosouqi A, Biglarian A. The effect of Pivotal Response Training (PRT) on behavioral problems of 4-6 years old children with Autism. Journal of Rehabilitation. 2014; 14(6):50-8.
32. Moghim-Islam P, Pourmohamadreza Tajrishi M, Haghgoo H. [The impact of reciprocal imitation training on social skills of children with Autism. (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2014; 14(6):59-67.
33. Rafati F, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Pishyareh E, Mirzaei H, Biglarian A. Effectiveness of group play therapy on the communication of 5-8 years old children with high functioning Autism. Archives of Rehabilitation. 2016; 17(3):200-11. [DOI:10.21859/jrehab-1703200]
34. Finn J. Results of the transition planning inventory: Residential independence for individuals with disabilities. Journal of Advances in Education Research. 2017; 2(2):129-34. [DOI:10.22606/jaer.2017.22009]
35. Dekker LP, van der Vegt EJM, van der Ende J, Tick N, Louwse A, Maras A, et al. Psychosexual functioning of cognitively-able adolescents with Autism spectrum disorder compared to typically developing peers: The development and testing of the teen transition inventory-a self-and parent report questionnaire on psychosexual functioning. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2017; 47(6):1716-38. [DOI:10.1007/ s10803-017-3071-y] [PMID] [PMCID]
36. Samadi SA. Omid early intervention programme for children with Autism spectrum disorder and their families in Iran. Iranian Rehabilitation Journal. 2010; 8(2):55-9.