

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی گفتاردرمانی
پایان نامه کارشناسی ارشد
عنوان:

تأثیر روش درمانی پاسخ محور بر مهارت های ارتباطی
کودکان در خودمانده 6-11 ساله شهر همدان

نگارنده:

فرشته مُجَظاهری

استاد راهنما:

دکتر سید مجید رفیعی

استاد مشاور:

مُجَد رضایی

استاد مشاور آمار:

دکتر عنایت اله بخشی

شهریور 1392

شماره ثبت: 205-600

تقدیم به روح والای پدرم که :

یادش همواره جدیت، پشتکار، تلاش بی نهایت و توکل به خدا
را در سراچهی ذهنم ترسیم می کند.

تقدیم به مادری که :

اگر امروز آرزوهایم را بر پهنهی هستی تحقق یافته می
بینم، مدیون دعا‌های مادری هستم که
نگاه نگرانش همیشه بدرقه راهم و محبت بی دریغش آرامش
بخش زندگیم بوده و هست، بر دستان پر مهرش بوسه می زنم.

تقدیم به

برادران بزرگووارم
که پشتوانه های محکم زندگیم هستند.

تقدیم به

استاد راهنمای عزیز جناب آقای دکتر سید مجید رفیعی ،
که برای این پایان نامه زحمات زیادی متحمل شدند و
صبورانه در تمامی مراحل با ریزبینی های دقیقشان من را
هدایت کردند.

با تقدیر و تشکر از اساتید محترم مشاور و مشاور آمار
آقایان محمد رضایی و دکتر عنایت اله بخشی که این فرصت را
به من دادند تا از راهنمایی های ارزشمندشان بهره
بگیرم .

با تشکر از سرکار خانم شیری (مسئول مرکز ذهن زیبای شهر
همدان) ، جناب آقای سیامک صرامی، سرکار خانم بشیری،
سرکار خانم شیدا باوندی، سرکار خانم مشایخی ، اعضای
محترم گروه گفتاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و
توانبخشی، زهرا و مریم محمدظاهری و خانواده های محترم

شرکت کننده در این مطالعه و تمام عزیزانی که بگونه ای کمک کردند.
و با تشکر ویژه از دوست عزیزی که از ابتدا تا انتهای این پایان نامه از هیچ کمکی دریغ نکرد و لطفش همیشه در ذهن ماندگار خواهد بود.

چکیده :

هدف: اوتیسم یک ناتوانی رشدی مادام العمر است که با مشکل شدید در روابط اجتماعی، ارتباط و رفتار مشخص می شود. با توجه به مشکلات ارتباطی این کودکان و ضعف مداخلات موجود در ایجاد انگیزه برای انجام فعالیت، در این مطالعه سعی بر این است تأثیر روش درمانی پاسخ محور با کاربرد انگیزه بر مهارت های ارتباطی کودکان درخودمانده بررسی شود.

روش بررسی: در این مداخله کارآزمایی بالینی با گروه کنترل 30 فرد درخودمانده 6-11 ساله که طبق معیارهای ورود و خروج از مطالعه بر اساس سن، جنس و میانگین طول گفته همتا بودند از کلینیک های مخصوص افراد درخودمانده شهر همدان انتخاب و بعد از ارزیابی اولیه به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. 15 آزمودنی گروه مداخله درمان پاسخ محور و 15 آزمودنی دیگر که گروه کنترل بودند درمان سنتی دریافت کردند. در هر دو گروه جلسات بصورت فردی در طی 3 ماه (هفته ای 2 جلسه 60 دقیقه ای) برگزار شد. افراد هر دو گروه قبل و بعد از مداخله با استفاده از پرسشنامه مهارت های ارتباطی کودکان برای ارزیابی مهارت های ارتباطی ارزیابی شدند. آنالیز داده ها از طریق آزمونهای آمار توصیفی و آنالیز کوواریانس انجام شد.

یافته ها: بر اساس آنالیز کوواریانس بین قبل و بعد از مداخله در دو گروه، یافته های مطالعه نشان داد که تغییرات معناداری در هریک از توانایی های مهارت های ارتباطی و میانگین طول گفته در گروه مداخله وجود دارد (ارتباط مناسب) ($p=0/003$)، آغازگری ($p<0/001$)، انسجام ($p<0/001$)، استفاده از بافت ($p=0/006$)، مهارت اجتماعی ($p<0/001$)، علایق ($p=0/01$)، زبان کلیشه ای ($p<0/001$)، گفتار ($p=0/004$)، نحو ($p<0/001$)، میانگین طول گفته ($p=0/01$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه تأثیر روش درمانی پاسخ محور بر مهارت های ارتباطی کودکان درخودمانده را نشان می دهد، بنابراین این روش به آسیب شناسان گفتار و زبان، روانشناسان و خانواده های دارای کودک درخودمانده توصیه می شود.

کلید واژه ها: اوتیسم، مهارت‌های ارتباطی، روش درمان پاسخ محور، انگیزه.

فهرست مطالب

فصل اول- کلیات تحقیق

1	(1-1) مقدمه
2	(2-1) بیان مسأله
5	(3-1) اهمیت و ضرورت
6	(4-1) اهداف پژوهش
6	(1-4-1) هدف کلی
6	(2-4-1) اهداف اختصاصی
7	(3-4-1) اهداف کاربردی
7	(5-1) سؤال ها
8	(6-1) تعریف مفاهیم و واژه ها
8	(1-6-1) اوتیسم
8	(2-6-1) روش درمانی پاسخ محور
9	(3-6-1) آغازگری نامناسب
9	(4-6-1) انسجام موضوع
10	(5-6-1) زبان کلیشه ای
10	(6-6-1) استفاده از بافت
11	(7-6-1) مهارت برقراری ارتباط
11	(8-6-1) توانایی نحوی
12	(9-6-1) وضوح گفتار
12	(10-6-1) مهارت اجتماعی
12	(11-6-1) تنوع علایق
13	(12-6-1) میانگین طول گفته

فصل دوم - مبانی نظری و پیشینه ی تحقیق

- 14 (1-2) اوتیسم
- 15 (2-2) ویژگیهای مرتبط با اختلالات طیف اوتیسم
- 15 (1-2-2) ارتباط
- 16 (2-2-2) تعامل اجتماعی
- 18 (3-2-2) رفتارهای غیر معمول
- 18 (4-2-2) یادگیری
- 19 (5-2-2) الگوهای غیر معمول توجه
- 20 (6-2-2) پاسخ های غیر معمول به محرک های حسی
- 20 (7-2-2) اضطراب
- 20 (3-2) تشخیص اوتیسم
- 23 (4-2) غربالگری، بررسی و ارزیابی اوتیسم
- 25 (1-4-2) سطح یک: پایش رشد و غربالگری خاص اوتیسم
- 26 (1-1-4-2) غربالگری رشد عمومی: پرسشنامه های والدین
- (2-1-4-2) شکایات اصلی و بررسی های خاص مربوط به نگرانی های رشدی
- 27
- 31 (3-1-4-2) بررسی های آزمایشگاهی سطح یک
- 33 (2-4-2) سطح دو: تشخیص و ارزیابی اوتیسم
- 34 (1-2-4-2) ارزیابی پزشکی و نورولوژیک جامع
- 35 (2-2-4-2) ابزارهای تشخیصی اوتیسم
- 37 (3-2-4-2) تشخیص افتراقی اختلالات طیف اوتیسم
- 38 (4-2-4-2) ارزیابی آزمایشگاهی سطح دو
- 41 (5-2) علت شناسی اوتیسم
- 41 (1-5-2) ناهنجاری های مربوط به انتقال دهنده عصبی
- 41 (2-5-2) ناهنجاری های مربوط به سوخت و ساز

44	3-5-2	عامل ژنتیک
45	4-5-2	عوامل محیطی
46	5-5-2	ناهنجاری های سیستم ایمنی
47	6-5-2	تغییرات مغز در اوتیسم
49	6-2	نظریات راجع به اوتیسم
49	1-6-2	نظریه آمیگدالی اوتیسم
51	2-6-2	تئوری آینه شکسته
51	3-6-2	تئوری مغز بیش از حد مذکر اوتیسم
53	4-6-2	تئوری های شناختی
58	7-2	انواع مداخلات درمانی در اوتیسم
58	1-7-2	مداخلات رفتاری
60	2-7-2	مداخلات آموزشی
61	3-7-2	مداخلات پزشکی و مرتبط
62	4-7-2	مداخلات مرتبط با درمان اوتیسم
64	5-7-2	مداخلات دارویی جایگزین و مکمل
64	6-7-2	رویکردهای رفتاری
69	7-7-2	رویکردهای تعاملی و رشدی
70	8-2	مروری بر پیشینه ی تحقیق

فصل سوم - روش شناسی تحقیق

75	1-3	نوع مطالعه
75	2-3	جامعه پژوهش
75	3-3	معیارهای انتخاب افراد مورد مطالعه
75	1-3-3	معیارهای ورود گروه مداخله و شاهد
76	2-3-3	معیارهای خروج گروه مداخله و شاهد
76	4-3	حجم نمونه و روش نمونه گیری
76	5-3	مکان و زمان اجرای تحقیق

77	(6-3) متغیرها و نحوه ی سنجش آنها
80	(7-3) ابزار پژوهش
107	(8-3) روش جمع آوری داده ها
107	(9-3) روش اجرا
108	(10-3) روش تجزیه و تحلیل داده ها
109	(11-3) محدودیت های تحقیق
109	(12-3) ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم - توصیف و تحلیل داده ها

110	(1-4) مقدمه
110	(2-4) یافته ها
116	(3-4) بررسی سؤال های مطالعه

فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری

120	(1-5) مقدمه
122	(2-5) بحث پیرامون نتایج
131	(3-5) نتیجه گیری
132	(4-5) مشکلات و محدودیت های طرح
133	(5-5) پیشنهادات
134	فهرست منابع
140	پیوستها

فهرست جدول ها

29	جدول 1-2. نگرانی های والدین که عامل خطر برای اوتیسم هستند
30	جدول 2-2. بررسی های رشدی خاص
77	جدول 3-1. متغیرهای مستقل و وابسته

- 110 جدول 4-1. توزیع جنسیت گروه‌های مطالعه
- جدول 4-2. مقایسه ی میانگین سن در دو گروه مورد مطالعه
- 111
- جدول 4-3. مقایسه ی میانگین میانگین طول گفته در دو گروه مورد مطالعه
- 111
- جدول 4-4. مقایسه ی میانگین زیرآزمون ارتباط مناسب در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 112
- جدول 4-5. مقایسه ی میانگین زیرآزمون آغازگری نامناسب در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 112
- جدول 4-6. مقایسه ی میانگین زیرآزمون انسجام در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 113
- جدول 4-7. مقایسه ی میانگین زیرآزمون استفاده از بافت در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 113
- جدول 4-8. مقایسه ی میانگین زیرآزمون مهارت اجتماعی در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 114
- جدول 4-9. مقایسه ی میانگین زیرآزمون علایق در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 114
- جدول 4-10. مقایسه ی میانگین زیرآزمون زبان کلیشه ای در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 115
- جدول 4-11. مقایسه ی میانگین زیرآزمون گفتار در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 115
- جدول 4-12. مقایسه ی میانگین طول گفته در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 116
- جدول 4-13. مقایسه ی میانگین زیرآزمون نحو در دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله
- 116

فصل اول

کلیات تحقیق

1-1 مقدمه

اوتیسم یکی از اختلالات فراگير رشدي با منشأ نورولوژیک و علائم روانشناختي است که سه حوزه مهم رفتاري را تحت تأثیر قرار میدهد:

1) تعامل اجتماعي (2) ارتباط کلامي و غيرکلامي (3) الگوهاي رفتاري کليشه‌اي و يا وسواسي.

علائم بيماري بسيارمتنوع و تابعي از شدت بيماري، ميزان هوش و وجود سايراختلالات نورولوژیک (مثل صرع) يا اختلالات متابوليسمی میباشد (1). با توجه به منشأ عصب شناختي اوتیسم، اختلالات مغزي، توانايي فرد براي برقراري ارتباط و نحوه ارتباط وي با ديگران و پاسخهاي فرد نسبت به محيط بيرون را تحت تأثیر خود قرار میدهد. فرد درخودمانده به رفتارهاي تکراري يا تکرار الگوهاي ذهني خود علاقه‌مند است. دامنه و شدت اوتیسم بسيار وسيع است. بعضي از اين افراد ميتوانند در سطح بالايي با اطرافيان خود ارتباط برقرار کنند و گفتاري خوب و هوش قابل قبولي دارند. دسته-اي ديگر، آسیب شناختي و زباني بالايي دارند و حتي برخي هرگز قادر به صحبت کردن نيستند. ممکن است يك کودک درخودمانده از برقراري تماس چشمي خودداري نمايد و يا به نظر برسد که ناشنوا است. همچنين رشد زبان و مهارت‌هاي اجتماعي وي متوقف گردد (2).

هسته مرکزي مشکل در اوتیسم، اختلال در ايجاد ارتباط است، در واقع اوتیسم اختلالي است که عمدتاً ارتباطي است تا زباني. و اين جزء معيارهاي اصلي اختلال است که به آسیب

دیدگی عملکرد اجتماعی و برقراری ارتباط و تأخیر یا انحراف در مراحل اولیه دوران رشد کودک در ارتباط اجتماعی و بازی برمیگردد. حتی رفتار وسواس دیده شده در این سندرم به برقراری ارتباط مربوط است. با وجود اینکه خصوصیات زبانی خاص همراه اوتیسم هستند، اما آنچه که آن را از ناتوانیهای زبانی خاصتر متمایز میکند، اثر آن بر کفایت برقراری ارتباط است که فراتر از نقایص زبان شناختی اختصاصی تر قرار میگیرد (3).

کانر (1943) که اولین بار سندرم اوتیسم را توصیف کرد، بیان کرد که این سندرم در کودکان دارای والدین سردمزاج دیده میشود، اما تحقیقات انجام شده بوسیله ولکمار و همکاران (1997) نشان دادهاند که والدین کودکان دچار اوتیسم با والدین سایر کودکان مبتلا به ناتوانیهای دیگر تفاوتی ندارند و این اختلال به وضوح، ریشههای زیست شناختی دارد. اندرسون وهوشینو (1997) بیان کردند که انواعی از همبستگیهای عصبی فیزیولوژیک در کودکان مبتلا به اوتیسم مشاهده شده که شامل سازمان بندی غیرطبیعی سلولها در سیستم لیمبیک و نواحی مخچههای مغز، سطوح بالای ناقل عصبی سروتونین و اندازه بزرگتر از طبیعی محیط سر و مغز میباشند. مطالعات تصویری اخیر توسط مینشو، سویینی و بومن (1997) افزایش حجم مغز را در مناطق مختلف قشر- به جز لوب پیشانی، کورپوس کالوزوم یا هیپوکامپ - نشان میدهد. روتر، بیلی، سیمونوف و پیکلز (1997) بیان کردند که عوامل مربوط به ژنتیک نیز در ایجاد اوتیسم نقش عمدهای بازی میکنند. هرچند که سازوکارهای ژنتیک آن هنوز روشن نیستند (3).

1-2 بیان مسأله

همانطورکه در مقدمه ذکر شد هسته اصلی مشکل در کودکان درخودمانده مشکل در برقراری ارتباط است (3). به منظور بهبود مهارتهای ارتباطی کودکان درخودمانده تاکنون روش‌هایی درمانی مختلفی مطرح شده است. از این رو میتوان از برنامه‌هایی همچون درمان و آموزش کودکان مبتلا به اوتیسم و معلولیت‌های ارتباطی مشابه¹ نام برد که در سال 1972 در دانشگاه کارولینای شمالی تأسیس شد و اهداف این برنامه رشد مهارتهای ارتباطی و کمک به افراد برای کار و بازی مستقل از بزرگسال است. ویژگی اصلی این رویکرد استفاده از بافت است، در واقع یک رویکرد سازمان یافته است که در آن اطلاعات بینایی و ساختار برای کودک فراهم میشود و به او کمک میشود بفهمد چه چیزی انجام دهد و کجا و چه موقع انجام شود. تحلیل رفتار کاربردی² نوع دیگری از مداخلات رفتاری است که در واقع بخشی از رویکرد TEACCH می‌باشد و هدف این رویکرد درمانی شکلهای تعداد زیادی از رفتارهای سازشی (عاطفی، اجتماعی، زبان و ارتباط) با کاربرد اصول یادگیری، شرطی شدن و استفاده از روشهای افزایش، کاهش و حذف رفتارها میباشد (4). از مداخلات دیگر میتوان از یکپارچگی حسی، موسیقی درمانی، داستانهای اجتماعی، سیستم ارتباط برمبنای مبادلهی تصویر³ نام برد (5). در مداخلات زیادی که برای درمان اوتیسم وجود دارد علاوه بر صرف زمان، هزینه و انرژی زیاد برای خانواده و درمانگر، در این نظامهای آموزشی کودک یاد نمیگیرد آغازگر ارتباط باشد و تعمیم به سایر رفتارهای آموزش داده نشده و خارج از کلینیک صورت نمیگیرد (6).

¹.Treatment and education of autistic and related communication handicapped children (TEACCH)

².Applied behavior analysis

³.Picture exchange communication system

ادعا بر این است که روش درمانی پاسخ محور¹ یک سرویس خدماتی جامع است که هر دو، رویکرد رشدی (رویکردی که به برانگیختن کودک کمک میکند تا در جلسات اجتماعی مورد نیاز برای رشد طبیعی درگیر شود) و روشهای تحلیل رفتار کاربردی (ABA) را به کار میبرد. اهداف روش درمانی پاسخ محور تأمین موقعیتهایی برای یادگیری در داخل بافت محیط طبیعی کودک است. رفتارهای محوری رفتارهایی هستند که وقتی هدف قرار داده میشوند منجر به تغییرات وسیعی در عملکرد و پاسخ در دیگر رفتارهایی که هدف قرار نگرفتهاند میشود. پاسخهای محوری وقتی اکتساب میشوند منجر به بهبود وسیعتر و تعمیم یافتهتر در کودکان درخودمانده میشود. پنج رفتار محوری که در درمان پاسخ محور هدف قرار میگیرند، انگیزه، پاسخ به نشانههای متعدد، آغازگری، خود مدیریتی و همدلی میباشد (6). این روش توسط پروفیسور کوگل² و همسرش از دانشگاه سانتا باربارا کالیفرنیا در سال 1970 در آمریکا طراحی و تنظیم شده و در آمریکا کاربرد گسترده ای یافته است. اعتقاد بر این است که این روش، روشی بسیار ملایم و در عین حال کارآمد است که برخلاف روشهای قبل که هنگام آموزش به این کودکان ما به آنها برنامه میدادیم و آنها را به اطاعت از خود وادار میکردیم، در این جا کودک آزادی عمل بسیاری دارد، تا حدی که میتوان گفت کودک است که به ما برنامه میدهد و چارچوب کار را تعیین میکند و نقش درمانگر این است که از وضعیتی که کودک در آن قرار دارد یک موقعیت آموزشی بسازد. در واقع در این روش، درمانگر باید ابتکار عمل زیادی داشته باشد و از هر موقعیتی یک

¹.Pivotal response treatment

².koegel

بازي بسازد و با روشي به دور از خشونت و آزار كودك به او آموزش دهد (7).

همانطور كه ذكر شد در روش درماني پاسخ محور، رفتارهاي محوري هدف قرار ميگيرند و در نتيجه در رفتارهاي هم كه هدف قرار نميگيرند بهبودي وسيعي رخ ميدهد. علاوه بر اين مداخله در جلسات طبيعي رخ ميدهد و از جلسات مشق و تقليد دور ميشود. همين امر باعث اين ادعا شده كه روش درماني پاسخ محور از نظر هزينه و ساعات مقرون به صرفه است (6).

در مطالعه‌اي كه توسط رابرت كوگل و همكارانش (1992) انجام شد، دو رويکرد مداخله آنالوگ و طبيعي درمورد 3 كودك درخودمانده پيش دبستاني اجرا شد كه در مداخله طبيعي ميزان رفتارهاي مخرب به ميزان معناداري كمتر شد و به دنبال کاهش رفتار مخرب يادگيري زبان افزايش يافت (8). در يك مطالعه ديگر تأثير درمان پاسخ محور در كودكان درخودمانده بررسي شد، بدين صورت كه روي آموزش والدين كار كردند و افزايش معناداري درگفته‌هاي عملكردي كودكان درخودمانده مشاهده نمودند (9). گروهی از محققان، روي آموزش همسالان كار كردند و تأثير آن را بر مهارت‌هاي اجتماعي كودكان درخودمانده مشاهده كردند (10). محققان در مطالعه ديگري روي تركيب درمان پاسخ محور و سرنخه‌هاي موقعيتي در كودكان درخودمانده كار كردند و بيان كردند كه روش تركيبی در اکتساب اولین کلمات در كودكان درخودمانده بيكلام مؤثرتر است و منجر به اکتساب اولین کلمات بيشتري ميشود (11).

تا جايي كه بررسي شد تأثير اين روش درماني روي مهارت هاي ارتباطي با زير مجموعه‌هاي گفتار، نحو، آغازگري، انسجام موضوع، زبان كليشه‌اي، استفاده ازبافت، ارتباط

مناسب، مهارت اجتماعي و علايق بررسي نشده است و با بررسي انجام شده در ايران هم مطالعاتي در اين زمينه يافت نشد. بنابراین سعی کردیم تا با هدف قراردادن رفتار محوري انگیزه و بعبارتي کاربرد روش درماني پاسخ محور تأثیر آن را بر مهارتهاي ارتباطي کودکان درخودمانده بررسي کنیم و در صورت مؤثر بودن، این شیوه درماني جدید را به مراکز آموزشي و توانبخشي جهت درمان اوتیسم معرفي کنیم.

3-1 اهمیت و ضرورت

مطالعات همه گیرشناسي بيانگر افزايش ميزان شیوع اوتیسم میباشند و این امر سبب نگراني عمومي جدي شده است. درسال 2003 انجمن ملي اوتیسم تشخیص داد که از هر ده هزار نفر، نود نفر به طور کامل در طیف اوتیسم قرار دارند. اما هم اکنون این رقم به يك نفر از هر صد نفر مي رسد (12).

در ايران آمار دقيقی از افراد مبتلا به اوتیسم در دست نیست ولي در بعضي مطالعات نشان داده شد شیوع این بیماری در ايران روبه افزايش است و فراواني آن را 6 در 10000 نفر تخمین زدهاند (13). اختلال اتیستیک 5-4 برابر در پسرها بیشتر از دخترها میباشد (5).

اختلالات طیف اوتیسم جزء اختلالات پایدار رشدي و مداوم در طول زندگی میباشند و تأثیر عملکردي و اقتصادي فراواني بر افراد مبتلا و خانوادههاي آنها میگذارند. این افراد نیاز فراواني به دریافت خدمات پزشکی، آموزشي و اجتماعي دارند (14).

کودکان درخودمانده گرچه ممکن است باکمک تکنیکهاي رایج گفتار درماني به توانمندیهاي کلامي دست پیداکنند، اما بدلیل نقص اصلي در برقراري ارتباط کارکردي و استفاده

هدفمند آنها از کلام ، قادر نیستند متناسب با موقعیت از توانمندیهای ارتباطی خود استفاده کنند (14). همانطور که گفته شد کودکان درخودمانده در پنج حوزه دچار مشکل میباشند که بعنوان رفتارهای محوری در نظر گرفته میشوند و فرض براین است چنانچه این رفتارها هدف قرار داده شوند بهبودی وسیعی در سایر رفتارهای آموزش داده نشده صورت میگیرد و در نتیجه مهارتهای ارتباطی بهبود مییابد.

1-4 اهداف پژوهش:

1-4-1 هدف کلی:

تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر مهارتهای ارتباطی کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.

1-4-2 اهداف اختصاصی:

1- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر توانایی ارتباط مناسب کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.

2- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر توانایی آغازگری کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.

3- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر انسجام موضوع در کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.

4- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر توانایی استفاده ازبافت کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.

- 5 - تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر مهارت اجتماعی کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.
- 6- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر تنوع علایق کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.
- 7- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر زبان کلیشهای کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.
- 8- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر وضوح گفتار کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.
- 9- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر میانگین طول گفته کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله.
- 10- تعیین تأثیر روش درمانی پاسخ محور (PRT) بر توانایی نحوی کودکان در خودمانده 6 تا 11 ساله.

1-4-3 اهداف کاربردی:

- معرفی و بومی سازی روش درمانی پاسخ محور در مراکز آموزشی و توانبخشی جهت درمان اوتیسم (در صورت تأثیر روش درمانی پاسخ محور).

1-5 سوا لها :

- 1- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث بهبود توانایی ارتباط مناسب کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله می شود؟
- 2- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث افزایش آغازگری مناسب کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟
- 3- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث افزایش انسجام موضوع کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟

- 4- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث افزایش توانایی استفاده از بافت کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟
- 5- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث بهبود مهارت اجتماعی کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟
- 6- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث بهبود تنوع علایق کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟
- 7- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث کاهش زبان کلیشه ای کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟
- 8- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث بهبود وضوح گفتار کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟
- 9- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث افزایش میانگین طول گفته کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟
- 10- آیا روش درمانی پاسخ محور باعث بهبود توانایی نحوی کودکان درخودمانده 6 تا 11 ساله میشود؟

1-6 تعاریف مفاهیم و واژهها:

1-6-1 اوتیسم

تعریف نظری: اوتیسم یک اختلال رشدی-عصبی است که بوسیله آسیب در توانایی ارتباط و تعامل اجتماعی و رفتارهای تکراری مشخص میشود (15).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر فردی مبتلا به اوتیسم است که توسط یک روانپزشک یا متخصص اعصاب اطفال طبق معیارهای تشخیصی DSM-IV یا ICD-10 تشخیص اوتیسم دریافت کرده باشد.

1-6-2 روش درمانی پاسخ محور