

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تهران مرکز

دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی ، گروه روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)

گرایش : کودکان استثنایی

عنوان :

اثر بخشی آموزش گروهی تانگ بر سلامت عمومی

مادران کودکان مبتلا به اتیسم تحت درمان دارویی

استاد راهنما :

دکتر فریبا حسینی

پژوهشگر :

هلیا هوشنگی

تابستان ۱۳۹۳

تقديم :

به مادرم

تقدیر و تشکر:

بر خود لازم می دانم از تمامی کسانی که در تنظیم این پایان نامه مرا یاری نمودند صمیمانه تشکر نمایم:

در درجه اول از شرکت کنندگان تحقیق تشکر ویژه می کنم که حقیقتاً بدون حضور شایسته آنها انجام تحقیق میسر نبود. از استاد راهنمایم سرکار خانم دکتر فریبا حسنی که نهایت همکاری را در تدوین تمامی مراحل پژوهش داشتند و همچنین از مسئولین محترم مرکز درمانی انستیتو روانپزشکی شهر تهران سرکار خانم دکتر میترا حکیم شوشتری به خاطر همکاریشان صمیمانه تشکر می کنم.

به وجود همه شما می بالم...

تعهد نامه اصالت پایان نامه کارشناسی ارشد

اینجانب هلیا هوشنگی دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی ۸۹۱۹۹۰۰۰۰۶ در رشته روانشناسی کودکان استثنایی در تاریخ ۹۳/۶/۲۶ از پایان نامه خود تحت عنوان اثربخشی آموزش گروهی تانگ بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اتیسم تحت درمان دارویی با کسب نمره ۱۸ و درجه عالی دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم:

- ۱- این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده ام، مطابق رویه های موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست ذکر و درج کرده ام.
- ۲- این پایان نامه قبلا برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاهها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
- ۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هر گونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴- چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را بپذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: هلیا هوشنگی

تاریخ و امضاء

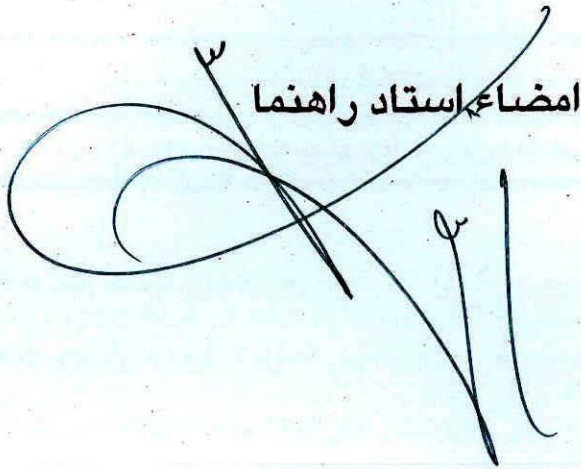
بسمه تعالی

در تاریخ: ۹۳/۶/۲۶

دانشجوی کارشناسی ارشد خانم هلیا هوشنگی از پایان نامه خود دفاع نموده و

با نمره ۱۸ به حروف هجده و با درجه عالی مورد تصویب قرار گرفت.

امضاء استاد راهنما



فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش

| | |
|---|------------------------------|
| ۲ | مقدمه |
| 4 | بیان مساله: |
| 7 | اهمیت و ضرورت پژوهش: |
| ۸ | اهداف پژوهش: |
| 8 | فرضیه های پژوهش |
| 8 | تعریف نظری و عملیاتی متغیرها |

فصل دوم: ادبیات پژوهش

| | |
|----|---|
| ۱۱ | اتیسم |
| ۱۴ | نشانه شناسی |
| ۱۷ | ویژگی های شناختی کودکان اتیسم |
| ۱۸ | ملاک های تشخیصی اتیسم |
| ۱۹ | سبب شناسی |
| ۲۳ | درمان اتیسم |
| ۳۱ | مشکلات والدین کودکان اتیسم |
| ۳۳ | سلامتی |
| 35 | تعریف سلامت روان |
| 35 | نشانه های سلامت عمومی |
| 36 | جنسیت و سلامت عمومی |
| 37 | سلامت روان به عنوان بخشی از سلامت کلی |
| 37 | رابطه بین سلامت جسمی و سلامت روان |
| 38 | تعیین کننده های سلامتی |
| 38 | بیماری های روانی و سلامت روان : مدل حالت کامل |

- 39..... نظریه های سلامت
- 40..... نظریه زیگموند فروید
- 40..... نظریه یونگ
- 41..... نظریه آدلر
- 42..... نظریه اریک اریکسون
- 42..... نظریه آلبرت ایس
- 43..... نظریه پرلز
- 44..... نظریه گوردن آلپورت
- 44..... سلامت روان مادران دارای کودکان استثنایی
- 45..... برنامه های درمانی
- 46..... الگوی دنور
- 48..... روش درمانی پاسخ محور (PRT)
- 50..... آموزش والدینی و مدیریت رفتاری (PEBM)
- 50..... روش درمانی تیچ
- ۵۱..... پیشینه پژوهش
- 51..... پژوهش های داخلی
- 52..... پژوهش های خارجی
- 53..... جمع بندی پژوهش ها

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

- ۵۵..... مقدمه:
- 55..... روش پژوهش:
- 55..... جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری
- 56..... ابزار پژوهش:

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ ۵۶

روش اجرای پژوهش 61

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

مقدمه ۶۴

توصیف آماری متغیرها و شاخص ها در گروه ها ۶۵

متغیرهای اصلی پژوهش 67

تحلیل آماری فرضیه های پژوهش ۶۹

جمع بندی مفروضه ها ۷۳

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

خلاصه پژوهش: ۷۸

محدودیت های پژوهش: 83

پیشنهادات کاربردی پژوهش: 83

پیشنهاداتی برای پژوهشهای آینده: 83

منابع ۸۴

ضمائم ۶۹

فهرست جداول

جدول ۱-۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن به تفکیک گروه ۶۵

جدول ۲-۴. فراوانی گروه نمونه بر حسب تحصیلات ۶۵

جدول ۳-۴. فراوانی گروه نمونه بر حسب تعداد فرزندان ۶۶

جدول ۴-۴. اطلاعات توصیفی سلامت عمومی به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها ۶۷

جدول ۵-۴. اطلاعات توصیفی مولفه های سلامت عمومی به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها ۶۸

جدول ۶-۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای ۷۰

جدول ۷-۴. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در گروه کنترل و آزمایش ۷۱

جدول ۸-۴. آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در سلامت عمومی و

مولفه های آن ۷۲

جدول ۹-۴. نتایج آزمون ام-باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس ۷۳

جدول ۱۰-۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر سلامت عمومی ۷۴

جدول ۱۱-۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر نشانه های جسمانی ۷۵

- جدول ۴-۱۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر اضطراب ۷۵
- جدول ۴-۱۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر کارکرد اجتماعی ۷۶
- جدول ۴-۱۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر نشانه های افسردگی ۷۶

چکیده:

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی تانگ بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اتیسم تحت درمان دارویی بوده است. روش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل مادران دارای فرزند اتیسم مراجعه کننده به مرکز درمانی انستیتو روانپزشکی شهر تهران بوده است که به روش نمونه گیری در دسترس، یک گروه ۲۰ نفری از مادران کودکان مبتلا به اتیسم انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند سپس مداخلات مبتنی بر الگوی تانگ طی ۱۰ جلسه دو ساعته در گروه آزمایش به اجرا درآمد. گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر استفاده گردید. نتایج: داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش گروهی تانگ بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اتیسم موثر بوده است ($p < 0.05$). بحث و نتیجه گیری: آموزش گروهی تانگ بر مولفه های نشانه های اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی موثر بوده است اما تاثیر معناداری بر مولفه نشانه های جسمانی نداشته است.

کلید واژه ها: آموزش گروهی تانگ، سلامت عمومی، اتیسم.

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضاء را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد می کند. یکی از مواردی که بر نظام خانواده تأثیر می گذارد، معلولیت فرزندان است.

وجود کودک معلول در یک خانواده اغلب آسیب های جبران ناپذیری بر خانواده وارد می کند و میزان آسیب پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می شود (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). به طوری که به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یاس تبدیل می شود و مشکلات والدین شروع می شود (پیسولا^۱، ۲۰۰۲). این مشکلات می تواند شامل مواردی مانند هماهنگ کردن وظایف معمول خود با برنامه های درمانی کودک، سازگاری عاطفی با موقعیت متفاوت فرزند (پین^۲، ۱۹۹۹؛ به نقل از رئیس دانا، کمالی، طباطبایی و شفا رودی، ۱۳۸۸)؛ صرف زمان زیاد برای تعیین درمان، فراهم کردن مراقبت ها در خانه، پرداختن به مشکلات مدرسه و رسیدگی به مشکلات رفتاری کودکان کم توان باشد (بیکر، بلچر کرینس، و ادلیبروک^۳، ۲۰۰۲).

از جمله معلولیت ها و محدودیت های فرزندان که به نظر می رسد تأثیر زیادی بر نظام خانواده خصوصا والدین بر جای بگذارد می توان به بیماری اتیسم^۴ اشاره کرد.

اختلال های گسترده اتیسم یا اختلال های فراگیر رشدی با آسیب شدید و فراگیری در زمینه های گوناگون رشدی مانند اختلال در مهارت های تعامل اجتماعی متقابل و مهارت های ارتباطی و یا وجود رفتار و علائق و فعالیت های کلیشه ای مشخص می شود و اختلال های در خود ماندگی^۵، رت^۶، از هم پاشیدگی کودکی^۷، اسپرگر^۸ و اختلال های فراگیری رشدی را که به گونه ای دیگر مشخص نشده را در بر می گیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ترجمه نیکخو و آوادیس، ۱۳۸۱). این اختلال ها معمولا تا پیش از ۳ سالگی تشخیص داده می شوند، ولی با بررسی دقیق رفتار کودک، می توان سن تشخیص را تا زیر ۲ سال، تقلیل داد (گری و تانز^۹، ۲۰۰۱). از جمله آسیب هایی که مادران کودکان اتیسم تجربه می کنند می توان به آسیب در زمینه سلامت عمومی^{۱۰} اشاره کرد.

سلامتی، کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل و اندازه گیری واقعی آن تقریبا غیر ممکن است. متخصصان تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده اند هرچند تقریبا همه آنها

1 Pisula

2 Pinn

3 Baker., Blacher, Crnic & Edelbrock

4 Autism

5 Autistic

6 Rett

7 childhood disintegrative

8 Asperger

9 Gray, K., Tonge

10 General health

موضوع مشترکي دارند و آن "مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم" است (باباپورخیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲).

برخی از مولفین مفهوم سلامتی را مترادف با کیفیت زندگی^۱ آورده اند. به نظر این مولفان کیفیت زندگی در برگیرنده مجموعه شرایطی است که افراد در زندگی خود دارند. برای این مفهوم -کیفیت زندگی- دو معنی در نظر گرفته شده است:

الف) وجود شرایط لازم برای یک زندگی خوب،

ب) تمرین برای خوب زندگی کردن. این دو معنی ممکن است با هم تلاقی داشته باشند و با همدیگر توافق نداشته و در یک مسیر نباشند. لذا فرد می تواند غنی، نیرومند و مشهور باشد اما پریشان، آزرده خاطر و مأیوس باشد یا برعکس فردی که فقیر، ضعیف و منزوی است ممکن است از نظر روانی و جسمانی شاداب و کامیاب باشد. در این دیدگاه، نقش ادراک فرد از موقعیتها و تفسیرهای ذهنی وی کاملاً نمایان است (وینهاون^۲، ۱۹۹۷).

بیان مسأله:

در جریان تشخیص اختلال اتیسم، فشارهای روانی فزاینده ای بر والدین وارد می شوند که می تواند به واکنش هایی مانند ضربه روانی، ناامیدی، خشم و افسردگی و ... منجر شود. برای بیشتر خانواده ها این تشخیص تکان دهنده و غیر منتظره است؛ به طوری که برخی والدین با رد تشخیص و انجام آزمایش ها و بررسی های دیگر، وجود اختلال در کودک خود را انکار می کنند. اختلال های گسترده در خود ماندگی به علت همراهی طیف گوناگونی از ناهنجاریهای زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی و نیز دشواری در تشخیص، بروز علائم پس از رشد طبیعی کودک، فقدان درمان های قطعی و موثر و پیش آگهی نامطلوب می تواند زمینه ساز بسیاری از فشارهای روانی بر خانواده و نزدیکان کودک باشد (رافعی، ۱۳۸۶).

مطالعات انجام شده حاکی از این است که اثرات منفی داشتن کودک کم توان یا ناتوان موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده خصوصاً مادر می شود (روچ و اورسمند^۳، ۱۹۹۹؛ به نقل از تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷)؛ چرا که مادر اولین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می کند. احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می تواند سبب گوشه گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خود کم بینی و بی ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (نریمانی، آقا محمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می کند و غالباً تاثیر منفی بر وی می گذارد (سالووینا^۴، ۲۰۰۳؛ گوپتا و سینگل^۱،

¹Quality of life

²Veenhoven, R.

³Rouch and Orsmand

⁴Salovita

۲۰۰۴). پژوهشها همچنین نشان می دهند که مادران کودکان با اختلال های گسترده اتیسم بیش از مادران کودکان با اختلال های روانشناختی دیگر در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (پیون^۲، ۱۹۹۴؛ کوهن و کارتر^۳، ۲۰۰۶). این فشارها می تواند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضد اجتماعی، خود آسیب رسانی، حرکات کلیشه ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاص جسمانی کودک و یا هزینه های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (انجمن اتیسم آمریکا^۴، ۲۰۰۳، به نقل از دوگان^۵، ۲۰۰۳).

پژوهش های دیگر بیانگر این است که مادران کودکان اتیسمی در مقایسه با پدران این کودکان استرس ها و بحران های بیشتری را تجربه می کنند و ازینرو نیاز به حمایت بیشتری دارند (انگل، چندران و پنچ^۶، ۲۰۰۵). اوگستون، پل، مکینتوش، ویرجینا، مایرز و باربارا^۷ (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که مادران کودکان مبتلا به اتیسم نسبت به مادرانی که کودکان مبتلا به سندروم داون^۸ داشتند، امید پایین تر و نگرانی مربوط به آینده بیشتری را گزارش کرده اند.

آموزش والدین همواره جزء مهمی در مداخلات مربوط به کودکان اتیسم بوده است (هریس^۹، ۱۹۹۴). آزرین، مکهاگ، ساندرز و رید^{۱۰} (۲۰۰۸) دریافته اند که برنامه های مداخلات زودهنگام، بهویژه آنهایی که نیازمند زمان طولانی هستند، در صورت بالا بودن سطح استرس والدین از اثربخشی کمتری برخوردار خواهند بود. با این وجود آموزش والدین برای انجام مداخلات منجر به کاهش احساس افسردگی، استرس و افزایش احساس توانمندی در آنها خواهد شد (بروکمن -فرازی^{۱۱}، ۲۰۰۴). همچنین برنامه های آموزش والدین می تواند منجر به کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس والدین شود (ساندرز و وولی^{۱۲}، ۲۰۰۵).

علاوه بر این رویکردهای درمانی، امروزه از رویکردهایی نوین تری نیز در افزایش سلامت عمومی مادران کودکان اتیسم نیز استفاده می شود از جمله این رویکردها می توان به آموزش والدین و مدیریت رفتار تانگ^{۱۳} اشاره کرد که به برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار^{۱۴} (PEBM) معروف است.

1 Gupta, A. & Singhl

2 Piven

3 Kuhn, Carter

4 Autism Society of America

5 Dugan

6 Ongl, Chendran & Panch

7 Ogeston, Paula, Mackintosh, Virginia, H. & Myers, Barbara

8 Down Syndrome

9 Harris

10 Osborne, McHugh, Sounders, and Reed

11 Brookman- Frazee

12 Sanders & Woolley

13 Tonge

14 Parent Education and Behavior Management

در برنامه آموزشی PEMB، والدین آموزش هایی را بر مبنای مدل آموزش و مهارت های مدیریت رفتار دریافت می کنند (برتون و تانگ^۱، ۲۰۰۵). در این برنامه ها، از تکنیک های شناختی و رفتاری به وفور استفاده می گردد و جلسات درمان شامل آموزش در مورد ایتسم، ویژگی های ارتباطی، بازی و رفتارهای ناکارآمد؛ اصول مدیریت رفتار و تغییر؛ آموزش مهارت های جدید، بهبود تعاملات اجتماعی و ارتباطی، مدیریت استرس، مشکلات مربوط به سلامت روان و پاسخ جامعه به ایتسمی باشد (تانگ و همکاران^۲، ۲۰۰۶).

تانگ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی بر روی والدین کودکان پنج تا پنج و نیم سال که تشخیص ایتسم بر روی آنها گذاشته شده بود مداخله بیست هفته ای در زمینه آموزش والدین و مدیریت رفتار را مورد بررسی قرار داد نتایج پژوهش نشان داد والدین شرکت کننده در این برنامه نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در بهبود سلامت عمومی را تجربه کرده اند. با توجه به این که مادران کودکان ایتسمی از جمله افرادی هستند که بواسطه اختلال فرزندانشان متحمل رنجش فراوانی می شوند از اینرو، شناسایی ویژگی ها و نیازمندی های آنان از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا پژوهش حاضر، اثر بخش بودن روش آموزش گروهی تانگ را در جمعیت مادران کودکان مبتلا به ایتسم مورد پژوهش قرار می دهد و در پی پاسخگویی به این مساله است که آیا مداخله آموزش گروهی تانگ بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به ایتسم تحت درمان دارویی موثر است؟

اهمیت و ضرورت پژوهش:

این عقیده که والدین کودکان مبتلا به ایتسم باید در امر درمان مشارکت داده شوند و این مشارکت باید از سنین پایین آغاز شود، مسئله ای جدید نیست شواهد تجربی وجود دارد که آموزش والدین با اثربخشی درمان های رفتاری در ارتباط است. پژوهش ها نشان داده است که این آموزش ها باعث بهبود ارتباط کارکردی و افزایش تعاملات والدین و کودک شود ارزیابی فرآیند درمان نشان می دهد که تسلط مناسب والدین بر شیوه های آموزش می تواند منجر به پایداری مهارت های فراگرفته شده و ادامه تغییرات رفتاری در طول زمان شود (ویسمارا، کولومبی و راجرز^۳، ۲۰۰۹).

همچنین، در باب ضرورت پژوهش حاضر می توان گفت که در جریان تشخیص اختلال ایتسم، فشارهای روانی فزاینده ای بر والدین وارد می شوند که می تواند به واکنش هایی مانند ضربه روانی، ناامیدی، خشم و افسردگی و ... منجر شود. برای بیشتر خانواده ها این تشخیص تکان دهنده و غیر منتظره است لذا توجه به مادران کودکان ایتسم از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

1 Brereton and Tonge

2 Tonge et al

3 Vismara, Colombi, & Rogers

به طور کلی آموزش مادران مزایای زیادی دارد، نخست این که مادران بیشترین تماس را با فرزندشان دارند بنابراین می توانند بیشترین تاثیر را در تغییر رفتار فرزندانشان داشته باشند. به علاوه برای فراهم کردن یک محیط درمانی ثابت و دائمی، مادران می توانند جنبه هایی از رفتار کودک را هدف قرار دهند و مشارکت والدین در درمان کودکان مبتلا به اتیسم می تواند، واکنش های روانی مثل خشم، افسردگی و ... را کاهش دهد.

اهداف پژوهش:

هدف اصلی:

- تعیین اثر بخشی آموزش گروهی به روش تانگ بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اتیسم تحت درمان دارویی

هدف فرعی:

- تعیین اثر بخشی آموزش گروهی به روش تانگ بر مولفه های سلامت عمومی (نشانه های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، نشانه های افسردگی) در مادران کودکان مبتلا به اتیسم تحت درمان دارویی

فرضیه های پژوهش

فرضیه اصلی

- آموزش گروهی به روش تانگ بر سلامت عمومی مادران کودکان مبتلا به اتیسم تحت درمان دارویی موثر است.

فرضیه فرعی:

- آموزش گروهی تانگ بر مولفه های سلامت عمومی (نشانه های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، نشانه های افسردگی) در مادران کودکان مبتلا به اتیسم تحت درمان دارویی موثر است.

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعاریف نظری:

- اتیسم:

اتیسم نوعی اختلال رشدی است که با رفتارهای ارتباطی و کلامی غیرطبیعی مشخص می شود. ارتباط، تعامل اجتماعی و بازی تخیلی به طور مشخص آسیب دیده است، علائق، فعالیت ها و رفتارهای تکراری دیده می شود اختلال در سه سال اول زندگی شروع می شود (اتجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

-سلامت عمومي:

سازمان بهداشت جهاني^۱ (۲۰۰۴) سلامت عمومي رابه عنوان حالي از بهزيستي كه در آن فردي توانمندي خود را شناخته، از آنها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و براي اجتماع خویش مفيد است تعريف مي‌کند.

-آموزش گروهی تانگ:

نوعي برنامه آموزشی است كه مبتني بر استفاده از تكنيك هاي شناختي و رفتاري در كمك به والدين داراي كودك اتيسم است و هدف اصلي آن ياري دادن به والدين جهت كنترل فشار رواني و نيز مديريت رفتار خود در قبال فرزندان و نيز آموزش مهارت هاي موثر ارتباطي مي باشد (تانگ و همكاران، ۲۰۰۶).

تعريف عملياتي:

-اتيسم:

در اين پژوهش اتيسم بر اساس راهنماي تشخيص بر مبناي (DSM-IV) براي كودكان مراجعه كننده مركز درماني انسنيو روانپزشكي شهر تهران و بر اساس تشخيص روانپزشك و پرونده اين بيماران تعيين گشته است.

-سلامت عمومي:

در اين پژوهش براي بررسي سلامت عمومي مادران كودكان مبتلا به اتيسم تحت درمان دارويي از پرسشنامه ۲۸ سوالي سلامت عمومي گلدبرگ و هيلر (GHQ) استفاده شده است.

-آموزش گروهی تانگ:

در اين پژوهش آموزش مادران از طريق طرح درمان آموزش گروهی تانگ مي باشد كه يك مداخله آموزشی گروهی ۱۰ جلسه اي به مدت تقريباً دو و نيم ماه است كه جلسات گروهی به مدت ۹۰ دقيقه در هر جلسه بوده است.

فصل دوم

ادبيات پژوهش

¹-World Health Organization

اتیسم:

اختلال نافذ مربوط به رشد^۱ (P.D.D) به طور رسمی نخستین بار در DSM III در سال ۱۹۸۰ به عنوان یک گروه اختلال مشخص روانپزشکی کودکان شناخته شد. قبل از آن در DSM II بچه هایی با نشانه های P.D.D بررسی می شدند، به عنوان زیر گروهی از اسکیزوفرنی کودکان می دانستند (آزاد، ۱۳۸۰). اختلالات نافذ رشد عبارتی است که در حال حاضر برای اشاره به اختلالات شدید روانشناختی در دوران کودکی به کار می رود. اختلالات نافذ رشد، آشفتگی^۲ شدید در تحول شناختی، اجتماعی، رفتاری و هیجانی کودک است که در فرایند رشد، اختلالات فراگیری ایجاد می کند (لورد^۳، راتر^۴، ۱۹۹۴: راتر و اسکوپلر^۵، ۱۹۸۷). از میان چند اختلال فراگیر رشدی که در DSM-IV به آنها اشاره شده، اتیسم هم در حیطه پژوهشی و هم در حیطه بالینی کاملاً چشمگیر و برجسته است. درخودماندگی (اتیسم) بر خصوصیات اصلی انسان اثر می گذارد: اجتماعی شدن^۶ بین فردی و بر ارتباط های پیچیده. کودکان در خود مانده اختلالات شدیدی در تعامل و ارتباط اجتماعی، بازی بین فردی^۷ و ارتباطات دارند (به نقل از کندال^۸، ترجمه نجاریان و داودی، ۱۳۸۴).

دو اختلال عمده که به عنوان اختلال های نفوذ کننده رشد در DSM III تعریف گردیده، عبارت است از اتیسم خردسالی و اسکیزوفرنی. به نظر می رسد که اختلال های شدید کودکی اکثراً در دوره سنی قبل از ۲/۵ یا ۳ سالگی و اوایل نوجوانی و یا درست قبل از آن ظاهر می شوند. مطالعات انجام شده این دوره حساس را تایید نموده است (کالوین^۹، ۱۹۷۱: ماکیتا^{۱۰}، ۱۹۶۶: ورونو^{۱۱}، ۱۹۷۴). کودکانی که قبل از سن ۲/۵ تا ۳ سالگی پسیکوتیک می شوند غالباً خصوصیات اتیسم خردسالی را دارند، در حالیکه تصویر بالینی کسانی که در نوجوانی به پسیکوز مبتلا می شوند شبیه خصوصیتی است که در اسکیزوفرنی بزرگسالی دیده می شود (آزاد، ۱۳۸۰).

^۱-Pervasive developmental disorders (P.D.D)

^۲-Upset

^۳-Lord

^۴-Rutter

^۵-Schopler

^۶-Socialization

^۷-Interpersonal play

^۸- Kendall

^۹-Kolvin

^{۱۰}-Makita

^{۱۱}-Vrono

چندین اختلال نافذ رشد دیگر وجود دارد، اما کمتر از اتیسم رایج هستند. در DSM IV اختلال رت^۱ اسپرگر^۲، و اختلال فرو پاشنده کودکی^۳، در زمره این دسته از اختلالات گنجانده می شوند (لرد^۴، ۲۰۰۰).

اتیسم یک اختلال رشد مغز است که به وسیله نقص در واکنشات اجتماعی و ارتباطات، رفتارهای تکراری و محدود، مشخص می شود که قبل از ۳ سالگی شروع می شوند. این مجموعه نشانه ها از نوع خفیف اتیسم به نام اختلال طیف اتیسم فرق دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اتیسم روی بسیاری از قسمت های مغز اثر می گذارد که این اتفاقات هنوز درک نشده است اتیسم نسبتاً نادر است، اما در سراسر جهان روی می دهد و فاقد الگوی مرتبط با طبقه اجتماعی یا پیشینه تحصیلی است. گمان نمی رود که این اختلال به خاطر رفتار های سرپرست کودک ایجاد گردد و همچنین با اصول یادگیری رفتار نیز تبیین نمی شود. داده ها یک مولفه زیست شناختی و عامل ژنتیکی را مطرح ساخته اند (آرندت^۵، ۲۰۰۵).

تعریف:

اتیسم عبارت است از ناتوانی کودک در برقراری ارتباط با مردم یا موقعیتها. کودکان اتیستیک اغلب به عنوان کودکان آرام اشتباه گرفته می شوند زیرا توقعات زیادی از والدین خود ندارند. بعد از نوزادی^۶ هیچ وابستگی نسبت به اشخاص نشان نداده، بر عکس به اشیا مکانیکی وابسته می شوند (آزاد، ۱۳۸۴). اتیسم به وسیله مجموعه ای از علائم تشخیص داده می شود نه فقط یک علامت. مشخصه اصلی اتیسم نقص در واکنشات اجتماعی، ارتباطات، توجه محدود شده و رفتار های تکراری است دیگر مشخصات مثل اختلال در خوردن و ... برای تشخیص مهم هستند اما ضروری نیستند (فیلیپک^۷ و همکاران^۸، ۱۹۹۹).

اتیسم به عنوان اختلالی که اصولاً ظهور آن قبل از ۳۰ ماهگی است تعریف شده است. کودکان اونیستیک فاقد نیرو برای ارتباط اند. یعنی صحبت کردن را که یک کودک در مراحل اولیه رشد از طریق ایجاد اصوات شروع می کند در کودکان اتیستیک کمتر به چشم می خورد. در کودکان اتیستیک مسن تر، لالی عاطفی^۸ یعنی فقدان کامل تکلم، بسیار عادی است. همچنین تحقیقات نشان داده است که آنان منفی گرا هستند، زیرا پشت خود را به دیگران می کنند یا فعالانه در برابر آنان مقاومت می کنند. آنان روزهای خود را به نحوی می گذرانند که گویی در رویا هستند. آنان ممکن است اشیاء مخصوص از قبیل درهای شیشه را ساعتها بچرخانند یا انگشتان خود را به طور پیوسته در برابر صورتشان حرکت دهند (آزاد، ۱۳۸۴).

^۱-Rett

^۲-Asperger

^۳-Disintegrative psychosis

^۴-Lord

^۵-Atndt

^۶-Neonate

^۷-Filipek

^۸-Mutism