

نهاد برگزار کننده همایش: موسسه قانون یار

((با همکاری و حمایت معنوی دانشگاه فرهنگیان، آموزش و پرورش، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان ارشاد اسلامی، سازمان شهرداری (استان کرمانشاه) مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (استان تهران) و ...))

سر دبیر علمی و مسئول برگزاری همایش: دکتر بهنام اسدی (نماینده مقالات در ۸ پایگاه ملی و بین المللی)
تاریخ برگزاری همایش: ۱۱ اسفند ۱۴۰۱ شماره مقاله: ۱۸/۹۰۰۱۹ رده بندی کنگره: ب ۲۵/۶۱۹

توسعه آموزش بصری مسواک زدن (TBVP) برای کودکان

پیش دبستانی مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (ASD)

رنان یانلین، وینگینگ یانگ، فوی پو یینگ لم، کیدتیا کار یانگ یو، کلن پاتریک مک گراث^۱

مترجم: مژگان توکلی

چکیده

از آموزش بصری و داستان‌های اجتماعی به طور گسترده برای کمک به کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم؛ در یادگیری مهارت‌های مختلف استفاده شده است. یک آموزش بصری مسواک‌زدن؛ با تطبیق داستان‌های اجتماعی موجود در مورد مسواک‌زدن برای کودکان مبتلا به اوتیسم ایجاد شد. این آموزش بصری مسواک‌زدن شامل ۱۳ مرحله مسواک‌زدن با اسکریت‌هایی است که تکنیک مسواک‌زدن را توصیف می‌کند. برای ارزیابی امکان‌سنجی آن، یک پانل بازبینی برای ارائه بازخورد در مورد آموزش بصری مسواک‌زدن و سه داستان اجتماعی منتشر شده درباره مسواک‌زدن ایجاد شد. اثربخشی آموزش بصری مسواک‌زدن در بین ۱۱۹ کودک پیش‌دبستانی مبتلا به اوتیسم با بهبود قابل‌توجهی در مهارت‌های مسواک‌زدن که در پیگیری‌های ۳ ماهه و ۶ ماهه مشاهده شد، بیشتر مورد ارزیابی قرار گرفت. نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش بصری مسواک‌زدن یک ابزار آموزشی عملی و مؤثر است که به کودکان مبتلا به اوتیسم در یادگیری مهارت‌های مسواک‌زدن کمک می‌کند.

واژگان کلیدی: اختلال طیف اوتیسم، کودکان پیش‌دبستانی، آموزش بصری مسواک‌زدن، مهارت‌های زندگی، بهداشت دهان و دندان

^۱ Renan Yanlin Du^۱ Weipeng Yang^۲ Phoebe Pui Ying Lam^۱ Cynthia Kar Yung Yiu^۱ Colman Patrick McGrath^۳

بخش اول: مقدمه

اختلال طیف اوتیسم (ASD) طیفی از اختلالات است که بر مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی افراد تأثیر می‌گذارد، با شروع معمول در اوایل دوران کودکی که ممکن است بسته به شدت بیماری و پاسخ‌ها به مداخلات درمانی، تا بزرگسالی نیز ادامه یابد یا خیر (جانسون و میرز، ۲۰۰۷؛ لرد و همکاران ۲۰۰۰). اختلالات در کودکان مبتلا به اوتیسم نه تنها بر مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی آنها بلکه بر عملکردهای شناختی آنها نیز تأثیر می‌گذارد (گسویچ و لویت ۲۰۰۷، هیپ و فریت ۲۰۰۶).

بنابراین، اکثر کودکان مبتلا به اوتیسم در یادگیری مهارت‌های اولیه مراقبت از خود در مقایسه با همسالان معمولی در حال رشد خود با مشکلاتی مواجه هستند (جاسمین و همکاران ۲۰۰۹؛ پرووست و همکاران ۲۰۰۹؛ تامچک و دان، ۲۰۰۷).

بهداشت دهان و دندان بخشی جدایی‌ناپذیر از سلامت عمومی کودکان مبتلا به اوتیسم است. گزارش شده است که سلامت دهان یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای کودکان مبتلا به اوتیسم است (دو و همکاران ۲۰۱۹؛ پانی و همکاران ۲۰۱۳). کودکان مبتلا به اوتیسم اغلب بیشتر به مشکلات بهداشت دهان و دندان مانند پوسیدگی دندان و التهاب لثه مبتلا می‌شوند (جان و همکاران ۲۰۱۴؛ آل خطیب و همکاران ۲۰۱۴؛ لام و همکاران ۲۰۲۰). نشان داده شده است که مسواک زدن در حفظ بهداشت دهان و دندان مؤثر بوده و در نتیجه پوسیدگی و بیماری‌های پریدنتال را کاهش می‌دهد (آتین و هورنکر، ۲۰۰۵؛ کانگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ سئو و همکاران، ۲۰۰۳). با این حال، اختلالات نسبی در عملکردهای اجتماعی و شناختی در کودکان مبتلا به اوتیسم ممکن است آنها را برای پیروی از این تمرین ساده روزانه بازدارد و سلامت دهان و دندان آنها را به خطر بیندازد و خطر ابتلا به بیماری‌های دهان را افزایش دهد.

مجموعه‌ای از داستان‌های اجتماعی و وسایل کمک بصری توسعه‌یافته برای کودکان مبتلا به اوتیسم در کمک به یادگیری آنها مؤثر بوده است (گری و گاراند، ۱۹۹۳؛ کوکینا و کرن، ۲۰۱۰). سیستم ارتباط تبادل تصویر (PECS) به طور گسترده‌ای به عنوان یک روش ارتباطی استفاده شده است که از استفاده از راهنمای بصری در بین کودکان مبتلا به اوتیسم حمایت می‌کند (باندی و فراست، ۱۹۹۴؛ فلیپین و

همکاران، ۲۰۱۰؛ پرستون و کارتر، ۲۰۰۹؛ شوارتز و همکاران، ۱۹۹۸). علاوه بر این، مدل درمان و آموزش کودکان ناتوان ارتباطی اوتیسم و مرتبط (TEACCH) نیز از کمک‌های بصری در برنامه آموزشی خود برای کودکان مبتلا به اوتیسم برای تقویت یادگیری جامع استفاده می‌کند (مسیبوی و همکاران، ۲۰۰۵؛ تسانگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ اورتگا، ۲۰۱۳). محققان و سازمان‌ها داستان‌های اجتماعی یا وسایل کمک بصری مختلف مسواک‌زدن را برای کمک به کودکان مبتلا به اوتیسم در یادگیری مهارت‌های مسواک‌زدن ایجاد کرده‌اند (اسماً و همکاران، ۲۰۱۳؛ بکمن و پیلبرو، ۱۹۹۹؛ اورلانا و همکاران، ۲۰۱۴؛ پیلبرو و بکمن، ۲۰۰۵؛ استرلینگ و همکاران، ۲۰۱۳).

باین‌حال، بیشتر داستان‌های اجتماعی مسواک‌زدن، نقاشی‌های متحرک هستند، که ممکن است برای کودکان مبتلا به اوتیسم با مشکلات ارتباطی و مهارت‌های شناختی به راحتی قابل درک نباشد، زیرا کودکانی که در ارتباطات اجتماعی نارسایی دارند ممکن است در تقلید حرکتی، درک زبان و استفاده متعارف از حرکات با مشکل مواجه شوند. (لاندا و همکاران، ۲۰۱۱).

از این‌رو، مطالعه حاضر باهدف (۱) توسعه آموزش بصری مسواک‌زدن، برای کمک به والدین/مراقبان در آموزش مسواک‌زدن به کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اوتیسم به روش گام‌به‌گام، و (۲) ارزیابی امکان‌سنجی و اثربخشی آن از طریق ارزیابی‌های کمی و کیفی می‌پردازد. باتوجه‌به اثربخشی آموزش بصری مسواک‌زدن صحیح، این فرضیه مورد آزمایش قرار گرفت: که کودکان مبتلا به اوتیسم پس از استفاده منظم از کمک آموزش بصری مسواک‌زدن، هیچ بهبودی در مهارت‌های مسواک‌زدن ندارند.

بخش دوم: موادها و روش‌ها

این مطالعه توسط هیئت بازمینی سازمانی دانشگاه هنگ‌کنگ/ سازمان بیمارستانی هنگ‌کنگ غربی در مورد اخلاق تحقیق انسانی (۱۲-۲۲۲: IRB HKU) تأیید شد و در آزمایش بالینی (HKCTR- HKU ۱۵۹۴) ثبت شد.

بند اول: موادها

برای ارزیابی ارتباط محتوا و امکان‌سنجی TCP خود توسعه‌یافته، سه داستان اجتماعی مسواک‌زدن منتشر شده برای بررسی و مقایسه پانل شناسایی شدند. این سه داستان اجتماعی عبارت‌اند از (۱) "من می‌توانم دندان‌هایم را مسواک بزنم" (استرلینگ و همکاران ۲۰۱۳) که یک داستان اجتماعی ۱۲ مرحله‌ای از مسواک‌زدن به‌عنوان بخشی از کتابی با عنوان "بسته بهداشتی" است (۲) "زمان مسواک‌زدن" که یک داستان اجتماعی ۱۷ صفحه‌ای است (مرکز اوتیسم، ۱۹۹۵) و (۳) "که یک داستان اجتماعی چینی برای مسواک‌زدن است که به‌صورت محلی منتشر شده است (پیرسون و اسمیت، ۲۰۰۳).

پس از جستجو در ادبیات موجود، آموزش بصری مسواک‌زدن ۱۳ مرحله‌ای متشکل از یک کتاب داستان فیلیپ چارت و یک دی‌وی‌دی مرتبط ایجاد شد. کتاب داستان تلنگر شامل مجموعه‌ای از عکس‌های یک پسر واقعی بود که هر مرحله از مسواک‌زدن صحیح را نشان می‌داد، با زیرنویس‌هایی با توضیحات ساده چینی و انگلیسی. دی‌وی‌دی نحوه انجام صحیح مسواک‌زدن پسر را با توضیحات شفاهی، زیرنویس‌های دوزبانه و موسیقی پس‌زمینه نشان می‌داد.

بند دوم: شرکت‌کنندگان و روش‌ها

• بررسی پنل کیفی

سپس گروهی متشکل از ۱۰ عضو تشکیل شد تا آموزش‌های بصری موجود برای مسواک‌زدن را که از جستجوی متون شناسایی شده است، بررسی کنند. ما با دقت ترکیب پانل بررسی را انتخاب کردیم که شامل دو دندانپزشک اطفال، یک مشاور روان‌شناس، دو معلم مرکز مراقبت ویژه از کودک، دو پرستار و سه والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بود. وظیفه‌ی هیئت بازرسی جلب بازخورد از پرسنل مختلفی بود که مراقبت و درمان کودکان مبتلا به اوتیسم را ارائه کرده بودند. دندانپزشکان اطفال متخصصانی بودند که مراقبت‌های بهداشتی دهان و دندان را برای کودکان مبتلا به اوتیسم ارائه می‌کردند و تضمین کیفیت را در مسواک‌زدن ارائه می‌دادند. روان‌شناس نیز راهنمایی‌های حرفه‌ای را در توسعه یک برنامه علمی از

یادگیری مهارت‌های اساسی زندگی برای کودکان مبتلا به اوتیسم ارائه کرد. معلمان مرکز مراقبت ویژه از کودک توصیه‌های عملی فراوانی در مورد ارائه برنامه به کودکان مبتلا به اوتیسم ارائه کردند. درحالی‌که پرستاران مرکز مراقبت ویژه از کودک و والدین نکات دست‌اول خود را در مورد مراقبت و حمایت از کودکان مبتلا به اوتیسم به اشتراک گذاشتند، زیرا آنها مراقبت‌های اولیه روزانه را به آنها ارائه می‌کردند.

از پانل درخواست شد تا نقاط قوت و ضعف آموزش‌های بصری/داستان‌های اجتماعی را بررسی و بازخورد ارائه کند، و همچنین نظراتی را برای استفاده از آنها در جامعه محلی ارائه دهد. برای تسهیل رتبه‌بندی آموزش‌های بصری/داستان‌های اجتماعی، یک فرم ارزیابی بر اساس فهرست معیارها (جدول ۱) پیشنهاد شده توسط گری و گراند (۱۹۹۳) ایجاد شد.

به دنبال نظرات پانل بازبینی، نسخه‌های انگلیسی و چینی (حرف‌های سنتی چینی) اصلاح‌شده آموزش بصری مسواک‌زدن خود توسعه‌یافته ایجاد شد (شکل ۱). کتاب داستان فیلیپ چارت و دی‌وی‌دی مرتبط با آن اصلاح و تولید شد و ۱۳ مرحله مسواک‌زدن را به مخاطب نشان داد و خلاصه کرد. مراحل از بازیابی و خیس کردن مسواک (مرحله ۱-۲) و سپس استفاده از خمیردندان (مرحله ۳-۴) شروع شد و قراردادن مسواک مناسب برای مسواک‌زدن دندان‌ها در مکان‌های مختلف شامل (مرحله ۵-۹) بود. در نهایت با ریختن خمیردندان روی مسواک (مرحله ۱۰)، تمیزکردن مسواک و صورت (مرحله ۱۱-۱۲) و نگهداری مسواک (مرحله ۱۳) پس از اتمام کار مسواک‌زدن (مرحله ۱۳) به پایان رسید. مراحل ۵-۹ به‌عنوان مراحل کلیدی در نظر گرفته شد.

جدول ۱: معیارهای ارزیابی آموزش بصری/ داستان اجتماعی

■ آیا آموزش/ داستان بصری به سؤالات مرتبط «چه کسی» «کجا» «چه زمانی» و «چه» پاسخ می‌دهد؟ گاهی اوقات، بسیاری از این سؤالات ممکن است در یک بیانیه واحد (اغلب ابتدایی) پاسخ داده شوند.

■ آیا از واژگان جایگزین به‌جای اصطلاحاتی استفاده می‌شود که ممکن است باعث ناراحتی یا

عصبی شدن فرد مبتلا به اوتیسم شود؟
آیا آموزش داستان بصری لحن مثبتی دارد؟ اگر اطلاعات منفی گنجانده شود، آیا با استفاده از دیدگاه سوم شخص به دقت بیان شده است؟ آیا داستان به نسبت آموزش تصویری داستان اجتماعی پایه یا کامل پایبند است؟
آیا داستان به معنای واقعی کلمه درست است؟ آیا می توان آن را بدون تغییر معنای مورد نظر به معنای واقعی کلمه تفسیر کرد؟ آیا از واژگان جایگزین به جای اصطلاحاتی استفاده می شود که ممکن است باعث ناراحتی یا عصبی شدن فرد مبتلا به اوتیسم شود؟
آیا متن با در نظر گرفتن توانایی خواندن و توجه فرد مبتلا به اوتیسم با استفاده از پشتیبانی بصری برای تقویت معنای داستان نوشته شده است؟
در صورت استفاده از تصاویر آیا با در نظر گرفتن توانایی فرد مبتلا به اوتیسم توسعه یافته و ارائه شده است؟
آیا تلاشی برای گنجاندن علایق دانش آموز در قالب محتوا تصاویر یا اجرای داستان انجام شده است؟

بند سوم: تنظیم مطالعه

ارزیابی آموزش بصری مسواک زدن بین سال های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ با تماس با دو سازمان اصلی (انجمن اسپاستیک هنگ کنگ و انجمن هیپ هنگ) که خدمات رشد و تربیت کودک را به کودکان پیش دبستانی با نیازهای ویژه در هنگ کنگ ارائه می کردند، انجام شد. خدمات ارائه شده توسط این سازمان ها شامل برنامه های آموزشی خودمراقبتی مربوط به توالت کردن، لباس پوشیدن، تغذیه، نظافت، مراقبت از وسایل شخصی و مهارت های اولیه خانگی است. فلسفه اساسی آنها این بود که آموزش مراقبت از خود می تواند به رشد عادات شخصی خوب، احساس مسئولیت و مهارت های حل مسئله کمک کند که به نوبه خود

مسئولیت والدین را در مراقبت از فرزندانشان کاهش می‌دهد. در مورد گنجاندن برنامه خودمراقبتی دهانی در تمرینات روزانه کودکان در مراکز آنها با دو سازمان تماس گرفته شد. هر دو سازمان با شرکت در این مطالعه موافقت کردند و دعوت‌نامه برای والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اوتیسم ارسال شد

بند چهارم: گزینش شرکت‌کنندگان

کودکان پیش‌دبستانی، بین ۲ تا ۶ سال و دارای تشخیص تأیید شده طیف اوتیسم، برای پیوستن به مطالعه دعوت شدند. از آنجایی که هدف مطالعه ارزیابی بهبود مهارت‌های مسواک‌زدن بود، کودکان مبتلا به اوتیسم در صورتی که (۱) فقط در ارزیابی پایه شرکت کنند، اما بازبینی‌های بعدی (۲) نمی‌توانستند در ارزیابی پایه به دلیل غیبت یا عدم امکان ارزیابی شوند، از مطالعه حذف شدند.

بند پنجم: جذب نیرو و به‌کارگیری افراد

از والدین کودکان پیش‌دبستانی در مرکز مراقبت ویژه از کودک برای شرکت در این آزمایش بالینی دعوت شد. شرحی از مطالعه به آنها ارائه شد و از آنها دعوت شد تا عملکرد مسواک‌زدن کودکان را ارزیابی کنند. در ابتدای کار، هر کودک به همراه والدین خود به کلاس‌های درس سازمان‌های شرکت‌کننده که در آن ارزیابی انجام شد، همراه شدند. از کودکان خواسته شد که مسواک‌زدن را در مقابل یک ممتحن آموزش‌دیده و کالیبره شده (نویسنده اول) انجام دهند. پایایی درون آزمونگر گزارش شده خوب بود (کاپا > 0.7). ممتحن مرحله‌ای را که کودکان طی کردند در چک‌لیست مسواک‌زدن ثبت کرد (جدول ۲).

برای جلوگیری از به اشتراک گذاشتن مواد مختلف مداخله رفتاری مسواک‌زدن بین والدین و معلمان، کودکان بر اساس سازمان‌های مراقبت ویژه از کودک خود به دو گروه مداخله یا کنترل تقسیم شدند. با اعداد تصادفی تولید شده توسط کامپیوتر، انجمن اسپاستیک هنگ‌کنگ و مرکز مراقبت ویژه از کودک

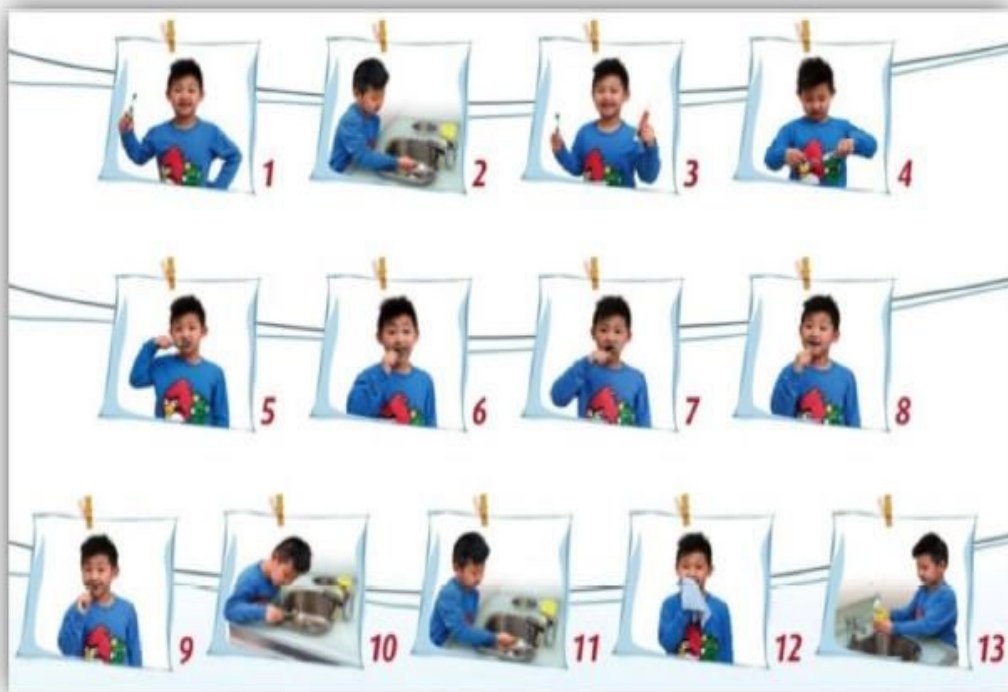
مربوطه آنها آموزش بصری مسواک زدن را دریافت کردند. درحالی که مرکز مراقبت ویژه از کودکان از انجمن (هیپ هنگ)^۱ به عنوان گروه کنترل یا مقایسه اختصاص داده شد.

بند ششم: مداخلات و ارزیابی ها

والدین کودکان در هر دو گروه مداخله و کنترل دستورالعمل های آموزش بهداشت دهان و دندان (OHI) را که بر روی مدل های دندان نشان داده شده بود دریافت کردند. همچنین به کودکان هر دو گروه یک مسواک استاندارد و دو تیوب خمیردندان خمیردندان فلوراید کول گیت، فلوراید ppm ۶۰۰ داده شد. برای گروه مداخله، به غیر از کنترل دستورالعمل های آموزش بهداشت دهان و دندان معمولی، کودکان پیش دبستانی و والدین آنها نیز آموزش بصری روش مسواک زدن صحیح، یک کتاب داستان فیلیپ چارت برای استفاده خانگی دریافت کردند. دستورالعمل های نحوه استفاده از آموزش بصری مسواک زدن در یک کارگاه آموزشی به والدین و معلمان قبل از انتشار کتاب داستان فیلیپ چارت ارائه شد. والدین و معلمان تشویق شدند که همراه با کودکان در حین مسواک زدن فیلیپ چارت آموزش بصری مسواک زدن را بخوانند. همچنین به والدین توصیه شد که فیلیپ چارت را نزدیک محل مسواک زدن فرزندانشان قرار دهند، به طوری که فرزندانشان بتوانند در حین مسواک زدن مراحل را گام به گام دنبال کنند.

علاوه بر این، دی.وی.دی مرتبط به معلمان مدارس مرکز مراقبت ویژه از کودکان مربوطه توزیع شد، به طوری که آنها می توانند هنگام آموزش مهارت های مسواک زدن به کودکان در کلاس، دی.وی.دی را پخش کنند. دی.وی.دینیز برای تکمیل فیلیپ چارت در اختیار والدین یا مراقبان قرار گرفت. از والدین خواسته شد تا استفاده خود از آموزش بصری مسواک زدن ارائه شده را ثبت کنند و آنها را در بررسی های بعدی ارسال کنند. یک دفتر برای والدین و معلمان ارائه شد تا دفعات استفاده از آموزش بصری مسواک زدن را ثبت کنند، و برای محققان ارزیابی کنند که آیا دستورالعمل های ارائه شده را مطابق با آن رعایت کرده اند یا خیر (پیوست آنلاین ۱). کودکان هر دو گروه از نظر توانایی آنها در انجام مراحل مسواک زدن در پیگیری های ۳ ماهه و ۶ ماهه با فرمت استاندارد شده (پیوست ۲ آنلاین) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

^۱ Heep Hong





شکل ۱: آموزش بصری مسواک زدن (TBVP)

جدول ۲: چک لیست مراحل مسواک زدن

مراحل	توسط خود کودک	والدین وظیفه را انجام دادند
مراحل کلی	۱. می تواند مسواک را نگه دارد. ۲. می تواند شیر آب را باز کرده و مسواک را خیس کند. ۳. می تواند خمیردندان را نگه دارد. ۴. می تواند خمیردندان را فشار دهد.	

مراحل مؤثر	۵. می‌تواند دندان‌های جلویی خود را مسواک بزند. ۶. می‌تواند دندان‌های خلفی بالایی خود را در سمت چپ مسواک بزند ۷. می‌تواند دندان‌های خلفی پایینی خود را در سمت چپ مسواک بزند. ۸. می‌تواند دندان‌های خلفی بالایی خود را در سمت راست مسواک بزند. ۹. می‌تواند دندان‌های خلفی پایینی خود را در سمت راست مسواک بزند.	
مراحل کلی	۱۰. می‌تواند خمیردندان را تف کند. ۱۱. می‌تواند مسواک را بشوید. ۱۲. می‌تواند دهان خود را با حوله پاک کند. ۱۳. می‌تواند مسواک و خمیردندان را کنار بگذارد.	

بخش سوم: تحلیل داده‌ها

نرم‌افزار SPSS® Statistics نسخه ۲۳.۰^۱ برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده توسط یک آزمونگر آموزش‌دیده مورد استفاده قرار گرفت.

^۱ SPSS Inc, Chicago, IL, USA

نتیجه اولیه عملکرد در مسواک زدن بود که بر حسب تعداد مراحل مؤثر مسواک زدن (مرحله ۹-۵) توسط کودکان تحت هدایت کلامی، بدون کمک واقعی والدین انجام شد. میانگین و انحراف معیار تعداد گام‌های مؤثر هر گروه در ابتدا، ۳ و عموماًه توسط یک آزمونگر آموزش دیده و کالیبره شده ارزیابی و برای تجزیه و تحلیل به دست آمد. در درون گروه‌ها، مقایسه تغییرات در طول زمان با تحلیل واریانس دوطرفه فریدمن توسط «رنکس»^۱ ارزیابی شد. درحالی که مقایسه بین گروه مداخله و کنترل با آزمون Mann-Whitney U ارزیابی شد.

پیامد ثانویه، رتبه‌بندی عملکرد مسواک زدن توسط معاینه‌کننده در پیگیری‌های بعدی بود که بر اساس معیارهای فهرست شده در جدول ۳ به خوب، متوسط و ضعیف طبقه‌بندی شد. تنوع در رتبه‌بندی مسواک زدن (خوب - متوسط - ضعیف) با استفاده از آمار آزمون کاکرین کیو تعیین شد. مقایسه امتیاز مسواک زدن (خوب - متوسط - ضعیف) بین گروه درمان و کنترل با استفاده از آمار Chisquare تعیین شد.

جدول ۳: رتبه‌بندی کلی عملکرد مسواک زدن

تعریف	دسته‌بندی
الف) می‌توان از خمیردندان برای مسواک زدن و استفاده از دندان‌ها استفاده کرد ب) می‌تواند حداقل سه ناحیه را مسواک بزند (دندان‌های جلو/ دندان‌های خلفی بالا سمت چپ/ دندان‌های خلفی بالا سمت راست / دندان‌های خلفی پایین چپ / دندان‌های خلفی پایین سمت راست)	خوب
الف) می‌توان خمیردندان را روی مسواک و استفاده کرد. ب) می‌تواند دو ناحیه را مسواک بزند (دندان‌های جلو / دندان‌های خلفی بالا سمت چپ، دندان‌های خلفی بالا سمت راست، دندان‌های خلفی پایین سمت چپ، دندان‌های	متوسط

^۱ Ranks

	خلفی پایین سمت راست)
	الف) نمی‌توان خمیردندان را به مسواک زد؛ اما ب) می‌تواند حداقل سه ناحیه را مسواک بزند (دندان‌های جلو/ دندان‌های خلفی بالا سمت چپ / دندان‌های خلفی بالا سمت راست / دندان‌های خلفی پایین چپ / دندان‌های خلفی پایین سمت راست)
ضعیف	فقط می‌تواند کمتر از آنچه در معیارهای "متوسط" لازم است عمل کند.

بخش چهارم: نتایج

بند اول: ارتباط محتوا و امکان‌سنجی آموزش بصری مسواک‌زدن توسعه‌یافته داخلی

هر داستان اجتماعی طبق ۱۲ معیار همان‌طور که در جدول ۱ توضیح داده شده است رتبه‌بندی شد. رتبه‌بندی‌ها در چهار داستان اجتماعی متفاوت بود. علاوه بر این، پاسخ‌های باز از پانل بررسی در مورد نقاط قوت، ضعف و پیشنهادهای برای بهبود آموزش بصری مسواک‌زدن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این موارد شامل مواردی مانند استفاده از عکس‌ها به جای نقاشی‌های خطی بود، زیرا کودکان مبتلا به اوتیسم با مشکلاتی در مهارت‌های ارتباطی و شناختی ممکن است به راحتی قابل درک نباشند. این پانل همچنین تعداد مراحل مسواک‌زدن، نیاز به گنجاندن اطلاعات در مورد مقدار دقیق خمیردندان، تکنیک مسواک‌زدن، اندازه عکس‌ها و ارزش گنجاندن یک دی.وی.دی موسیقی مرتبط را ارزیابی کرد.

نظرات پانل بررسی در مورد نقاط قوت، ضعف و پیشنهادهای برای بهبود در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴: تعداد «بله» سؤالات معیار ارزیابی برنامه‌ها

ارزیابی	سؤالات $n = 12$				
	ازدین کودک مبتلا به اوتیسم (۱)	والدین کودک مبتلا به اوتیسم (۱)	پرستار مرکز مراقبت ویژه از کودک (۲)	پرستار مرکز مراقبت ویژه از کودک (۱)	معلم مرکز مراقبت ویژه از کودک (۱)
(آموزش بصری مسواک‌زدن) توسعه‌یافته در داخل	۱۱	۵	۶	۷	۸
یک داستان اجتماعی محلی چینی درباره مسواک‌زدن	۵	۱۱	۷	۶	۵
زمان مسواک‌زدن	۶	۷	۵	۶	۵
من می‌توانم مسواک بزنم	۹	۸	۷	۶	۵
دندانپزشک اطفال ۱	۱۱	۱۲	۹	۸	۷
دندانپزشک اطفال ۲	۹	۱۰	۷	۶	۵
معلم روان‌شناس	۱۲	۱۲	۷	۶	۵
معلم مرکز مراقبت ویژه از کودک (۱)	۹	۱۲	۷	۶	۵
معلم مرکز مراقبت ویژه از کودک (۲)	۸	۱۲	۷	۶	۵
پرستار مرکز مراقبت ویژه از کودک (۱)	۹	۱۲	۷	۶	۵
پرستار مرکز مراقبت ویژه از کودک (۲)	۱۰	۱۲	۷	۶	۵
والدین کودک مبتلا به اوتیسم (۱)	۱۲	۱۲	۷	۶	۵

پنجمین همایش علمی-پژوهشی مطالعات علمی علوم انسانی در جهان اسلام (۱۴۰۱) موسسه قانون‌یار، مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی-دانشگاه فرهنگیان آموزش و پرورش و ...

والدین کودک مبتلا به اوتیسم (۲)	۱۰	۷	۱۲	۱۱
والدین کودک مبتلا به اوتیسم (۳)	۵	۱	۳	۷
جمع	۷۹	۴۷	۸۲	۹۵

بند دوم: اثرات آموزش بصری مسواک زدن توسعه یافته بر عملکرد مسواک زدن در کودکان پیش دبستانی مبتلا به اوتیسم

رضایت نامه کتبی از والدین ۱۴۹ کودک پیش دبستانی مبتلا به اوتیسم در گروه مداخله اخذ شد. باین حال، تنها ۱۴۸ کودک ($10/69 \pm 59/49$ ماه) در مطالعه وارد شدند؛ زیرا یک کودک در ارزیابی مسواک زدن از همان ابتدا شرکت نکرد. در گروه کنترل، کودکان پیش دبستانی مبتلا به اوتیسم در صورتی که فقط در ارزیابی پایه شرکت کرده باشند، یا در ارزیابی اولیه به دلیل غیبت ارزیابی مسواک زدن، حضور نداشته باشند، از مطالعه حذف شدند. در نهایت، ۲۰۴ آزمون ($8/97 \pm 59/73$ ماه) در گروه کنترل انتخاب شدند که نمونه کلی ۳۵۲ کودک پیش دبستانی مبتلا به اوتیسم در ابتدای شروع مطالعه، در محدوده سنی ۲۴ تا ۷۲ ماهگی به دست آمد. از میان تمام ۳۵۲ شرکت کننده، ۲۲۲ کودک ($63/1$) مطالعه را تکمیل کردند و در ابتدا، ۳ ماه و ۶ ماه همان طور که در شکل ۲ نشان داده شده است مورد ارزیابی قرار گرفتند.

همان طور که در جدول ۶ نشان داده شده است، برای هر دو گروه درمان و کنترل، میانگین تعداد مراحل مؤثر مسواک زدن (مرحله ۵-۹) که کودکان قادر به انجام آن در ۳ ماهگی بودند در مقایسه با سطح پایه $p < 0/05$ به میزان قابل توجهی افزایش یافت. در ۶ ماه در مقایسه با پایه $p < 0/05$ ، اما نه بین ۳ تا ۶ ماه تفاوت معنی داری در میانگین تعداد مراحل مؤثر مسواک زدن (مرحله ۵-۹) که کودکان در گروه درمان و کنترل قادر به انجام آنها در ابتدا بودند وجود نداشت ($p > 0/05$). باین حال، میانگین تعداد مراحل

مؤثر مسواک زدن (مرحله ۵ تا ۹) که کودکان گروه درمان توانستند انجام دهند، در مقایسه با کودکان گروه کنترل در ۳ ماهگی ($p < 0.01$) و در ۶ ماهگی ($p < 0.01$) بیشتر بود.

همان‌طور که در جدول ۷ نشان داده شده است، تغییرات قابل توجهی در نسبت کودکان در هر دو گروه درمان و کنترل وجود دارد که عملکرد مسواک زدن آنها خوب / منصفانه / ضعیف ($p < 0.001$) رتبه‌بندی شده است. برای گروه درمان، افزایش قابل توجهی در نسبت کودکانی که بین ۳ ماهگی ($p < 0.001$) و همچنین بین ۶ ماهگی ($p < 0.001$) رتبه‌بندی خوب داشتند، افزایش یافت. با این حال، هیچ تفاوت معنی‌داری در رتبه‌بندی عملکرد مسواک زدن بین ۳ تا ۶ ماه مشاهده نشد ($p > 0.05$).

در میان گروه کنترل، نسبت کودکانی که بین ۶ ماهگی ($p < 0.001$) و همچنین بین ۳ تا ۶ ماهگی نمره خوب داشتند، افزایش معنی‌داری داشت ($p < 0.05$).

بخش پنجم: بحث و گفتگو

داستان‌های اجتماعی مکتوب کوتاه با نشانه‌های تصویری یا آموزش تصویری مبتنی بر داستان اجتماعی در دو دهه گذشته برای کمک به کودکان مبتلا به اوتیسم در برقراری ارتباط، مدیریت خلق‌وخو و همچنین یادگیری مهارت‌های زندگی ایجاد شده است (گری و گراند، ۱۹۹۳؛ هاگیوارا و اسمیت مایلز، ۱۹۹۹؛ کوکینا و کرن، ۲۰۱۰؛ کوچ و میرندا، ۲۰۰۳؛ پیلبرو و بکمن، ۲۰۰۵؛ سانسوستی و همکاران، ۲۰۰۴؛ ژو و دیگران، ۲۰۲۰). رویکرد داستان اجتماعی مؤثر بوده است؛ زیرا فیلمنامه‌های ساده همراه با نشانه‌های تصویر مستقیم می‌توانند «درک فرد را از موقعیت‌های اجتماعی افزایش دهند و یک واکنش رفتاری مناسب را که می‌تواند توسط فرد تمرین شود را آموزش دهند» (سانسوستی و همکاران ۲۰۰۴). هم‌راستا با مطالعات اخیر در زمینه آموزش کودکان مبتلا به اوتیسم برای یادگیری مسواک زدن از طریق آموزش بصری (البتینه و همکاران ۲۰۱۹، لویز کازائوکس و همکاران ۲۰۱۹، ژو و همکاران ۲۰۲۰) این مطالعه بیشتر شواهدی را ارائه می‌دهد که اثربخشی آموزش بصری را نشان می‌دهد. علاوه بر این، مطالعه حاضر به طور منحصربه‌فرد روش ایجاد یک آموزش بصری مسواک زدن داخلی را با ترکیب بازخورد از یک پانل بررسی که متشکل از دندانپزشکان اطفال، مشاور روان‌شناس، معلمان و پرستاران مرکز مراقبت ویژه از کودک و والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بود، توصیف کرد.

جدول ۵: نظرات پانل بررسی برای آموزش بصری مسواک زدن توسعه یافته داخلی

پیشنهاده‌ها	نقاط ضعف	نقاط قوت	
	ندارد	(۱) تصاویر واقعی متوالی را پاک کنید. (۲) حاوی نوشته‌های توصیفی انگلیسی و چینی (۳) حاوی عکس‌های نزدیک از مسواک زدن	دندانپزشک اطفال ۱
ندارد	(۱) چیزهای زیادی در تصویر وجود دارد (مثلاً پرنده عصبانی) (۲) ممکن است حواس خوانندگان خیلی پرت شوند. (۳) اطلاعات بیش از حد در یک تصویر	(۱) باید مقدار دقیق خمیردندان مورد استفاده را نشان دهد.	دندانپزشک اطفال ۲
ندارد	ندارد	(۱) استفاده از عکس‌ها به جای تصاویر ترسیم شده (۲) مراحل بسیار دقیق ارائه شده (به عنوان مثال مفاهیم	مشاور روان شناس

	روز و شب، تصویر قسمت های بزرگ شده)		
معلم مرکز مراقبت ویژه از کودک (۱)	(۱) با نسخه‌های انگلیسی و چینی (۲) نمایش پیام‌ها با عکس‌های واضح (۳) نمایش مراحل و جهت‌های واضح مسواک‌زدن (۴) عکس‌های یک پسر چینی، مناسب برای استفاده محلی	(۱) جملات دستوری بسیار زیاد به‌خصوص در زبان چین (۲) تصویر پرنده خشمگین ممکن است حواس برخی را پرت کند.	(۱) باید شامل جملات توصیفی و دیدگاه‌های بیشتری باشد. (۲) ممکن است پوشیدن تیشرت بدون پرنده عصبانی بزرگ را در نظر داشته باشد
معلم مرکز مراقبت ویژه از کودک (۲)	(۱) داشتن یک مقدمه، بدنه و نتیجه (۲) دیدگاه، جملات توصیفی گنجانده شده بود (۳) تصاویر واضح بودند	(۱) استفاده از "I" در ابتدای هر جمله از مراحل مسواک‌زدن را می‌توان لغو کرد که داستان را اطمینان بخش‌تر کرد. (۲) موضوعی را به داستان اضافه کنید. (۳) شخصیت پرنده خشمگین روی تیشرت	(۱) خوب است دیدگاه دیگری را در داستان اضافه کنید (۲) ممکن است با لغو مرحله مسواک‌زدن را ساده کنید

		ممکن است برای برخی از کودکان بیش از حد جذاب باشد.	
		(۴) جهت چپ و راست مسواک زدن مدل با خواننده متفاوت بود.	
پرستار مرکز مراقبت ویژه از کودک	(۱) نسخه انگلیسی و چینی وجود دارد. (۲) پسری که در تصویر است شایان ستایش است. (۳) نمودار توضیحی مسواک زدن هر ناحیه اطلاعات دقیقی را ارائه می دهد.	۱ جمله آن قدر مختصر نیست، اما می تواند با حذف «من» «ما» و غیره بهبود یابد. (۲) تصویر پسر به اندازه کافی بزرگ نیست	(۱) داشتن دی.وی.دی و برنامه های این داستان مطلوب است
(۱) والدین کودک مبتلا به اوتیسم	(۱) این به اندازه کافی خوب است	ندارد	ندارد
والدین کودک مبتلا به اوتیسم (۲)	(۱) تصاویر خوب با تصاویر بزرگ و کوچک (۲) مراحل آسان است. (۳) من این داستان را بیشتر	ندارد	(۱) جملات دیدگاه / توصیفی بیشتری باید در داستان گنجانده شود

	دوست دارم		
والدین کودک مبتلا به اوتیسم (۳)	(۱) استفاده از "پسر واقعی" برای نشان دادن مرحله مسواک زدن برای خوانندگان جذاب تر است	(۱) تمام مراحل را از ابتدا تا انتها پوشش می دهد، اما برخی از مراحل مهم را از دست می دهد، مانند دایره متحرک ملایم برای دندان های جلو. به طوری که می تواند به کناره دندان های عقبی دسترسی پیدا کند.	(۱) مسواک زدن دندان های جلو با استفاده از یک دایره متحرک ملایم ذکر نشده بود

بنابراین، یک مرجع آموزنده برای محققان و پزشکانی فراهم می کند که قصد دارند آموزش های بصری و داستان های اجتماعی را برای کودکان مبتلا به اوتیسم در سایر جنبه های مداخلات اولیه توسعه دهند. به عنوان مثال، برخی از محققان از روش نشانه های بصری و داستان های اجتماعی برای ترویج مؤثر همکاری کودکان اوتیستیک با توجه به معاینات دندان پزشکی و فلوراید تراپی (نیلچیان و همکاران ۲۰۱۷)، مهارت های ارتباطی (آدامز و همکاران ۲۰۰۴؛ گانز و همکاران) استفاده کرده اند.

در فرایند توسعه آموزش بصری مسواک زدن، ما نظرات پانل بررسی را دنبال کردیم و کیت یادگیری را بر اساس آن اصلاح کردیم. مشخص شد که آموزش بصری مسواک زدن که در خانه توسعه داده شده است، مرتبط ترین و قابل اجرا ترین محتوا را در مقایسه با سه داستان اجتماعی منتشر شده دیگر دارد. آموزش بصری مسواک زدن ما به خوبی با معیارهای توسعه داستان های اجتماعی که توسط گری و گراند (۱۹۹۳) توصیه شده است، هماهنگ است. به دلیل ارتباط محتوا و امکان سنجی عملی، معلمان و والدین کودکان در گروه درمان به راحتی برنامه آموزش بصری را در فعالیت روزانه مسواک زدن کودکان مبتلا به اوتیسم در طول دوره آزمایش عمده ادغام کردند. بهبود قابل توجهی در مهارت مسواک زدن، از نظر تعداد مراحل

مسواک زدن و کیفیت عملکرد مسواک زدن، از نظر آماری در پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه مشاهده شد. این یافته با مطالعه ژو و همکاران (۲۰۲۰) مطابقت دارد که نشان داد داستان اجتماعی می تواند به عنوان مداخله ای برای بهبود مهارت های مسواک زدن در کودکان مبتلا به اوتیسم مورد استفاده قرار گیرد؛ بنابراین، این فرضیه رد شد. کودکان مبتلا به اوتیسم پس از استفاده منظم از کمک آموزش بصری، در مهارت های مسواک زدن بهبود یافتند.

بخش ششم: جهت گیری های تحقیقاتی آینده و محدودیت های مطالعه

شایان ذکر است که طی ارزیابی عملکرد مسواک زدن کودکان پیش دبستانی مبتلا به اوتیسم در پیگیری های ۳ ماهه و ۶ ماهه، دو مشکل عمده دیگر در مسواک زدن در این کودکان مشاهده شد: بلع مقدار زیادی خمیر دندان و حساسیت حسی دهان به مسواک زدن. کودکان مبتلا به اوتیسم در مطالعه مابین ۲ تا ۶ سال سن داشتند و تمایل به قورت دادن بیشتر خمیر دندان در حین مسواک زدن داشتند که معمولاً در یک کودک معمولی در حال رشد زیر ۳ سال مشاهده شد (بوزالاف و لوی ۲۰۱۱). این عامل را می توان به اختلال در رشد شناختی کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت داد (آنازو و همکاران، ۲۰۱۰؛ بلمونت، ۲۰۰۳؛ لندی و همکاران، ۲۰۰۴). «بنتو و همکاران»^{۱۴} حساسیت حسی دهانی نیز کاملاً مورد توجه قرار گرفت. تعداد کودکان در مطالعه ما که به خوبی با شواهد موجود مطابقت دارد مبنی بر اینکه سطوح بالاتری از حساسیت حسی دهان در میان کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با همسالان معمولی در حال رشد آنها مشاهده شده است (سیستول و همکاران، ۲۰۱۸؛ واتلینگ و همکاران، ۲۰۰۱). بافت مسواک، طعم خمیر دندان و حالت مسواک زدن می تواند به راحتی حالت دفاعی دهان آنها را تحریک کند - که کمک به کودکان در مسواک زدن را برای مراقبان بسیار دشوار و خسته کننده می کند. ماساژ عضلانی قبل از مسواک زدن و حساسیت زدایی طولانی مدت توسط درمانگران برای بهبود مسواک زدن در کودکان مبتلا به اوتیسم پیشنهاد شده است. ما همچنین با والدین مصاحبه کردیم و انتظارات آنها را در مورد آموزش مسواک زدن در کودکان مبتلا به اوتیسم جمع آوری کردیم. والدین ترجیح می دهند که دندانپزشکان به کودکان خود بیاموزند که خمیر دندان را بیرون بیاورند و همچنین حساسیت های حسی

^{۱۴} Bennetto et al

دهان آنها را در حین مسواک زدن کاهش دهند. اینها می‌توانند راهنمایی‌هایی برای تحقیقات آینده برای بهینه‌سازی تجربیات مسواک زدن کودکان مبتلا به اوتیسم باشند.

یکی از کاستی‌ها، محدودیت‌های دستیابی به تصادفی‌سازی است. در حالت ایده‌آل، کودکان شرکت‌کننده باید به‌طور تصادفی در گروه مداخله یا کنترل قرار می‌گرفتند. به دلیل امکان اشتراک‌گذاری کتاب داستان آموزش بصری مسواک زدن در یک مرکز مراقبت ویژه از کودک، امکان انجام آن وجود نداشت. کودکان شرکت‌کننده در این مطالعه سطوح مختلفی از وضعیت بهداشت دهان، پیشینه‌های خانوادگی و مشخصات رشد داشتند که می‌توانست عوامل ترکیبی نتایج نهایی از نظر بهداشت دهان و دندان و بهبود مهارت مسواک زدن باشد.

در تحقیقات آینده، حجم نمونه بزرگ‌تری باید به‌منظور ارزیابی اثربخشی آموزش بصری مسواک زدن در بین کودکان مبتلا به اوتیسم بر اساس زیر گروه‌های مختلف بر اساس وضعیت بهداشت دهان و دندان، پیشینه‌های خانوادگی و پروفایل‌های رشدی آنها به دست آید. همچنین تحقیقات بیشتری برای بررسی امکان‌سنجی و اثربخشی استفاده از داستان اجتماعی و آموزش تصویری به‌عنوان بخشی از مداخلات اولیه برای کودکان مبتلا به اوتیسم لازم است.

نتیجه‌گیری

آموزش بصری مسواک زدن ۱۳ مرحله‌ای آموزش بصری مسواک زدن که در داخل خانه توسعه داده شد به کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اوتیسم کمک کرد تا مهارت‌های مسواک زدن خود را از نظر تعداد مراحل مؤثر مسواک زدن و عملکرد کلی مسواک زدن در یک دوره عماهه بهبود بخشند.

جدول ۶: عملکرد در مراحل مسواک‌زدن و آموزش بصری در طول زمان: ($n = 222$)

مقدار p	میانگین ۶ ماه (SD)	میانگین ۳ ماه (SD)	میانگین پایه (SD)
$a < b$ ($< .001$), $a < c$ ($< .001$) $> .001$	۲۸۷ (۱۵۷)	۲۶۹ (۱۵۴)	۱۸۸ (۱۴۰)
$a < b$ ($.027$), $a < c$ ($.004$) $.001 >$	۲۳۲ (۱۴۹)	۲۱۲ (۱۴۷)	۱۵۹ (۱۴۹)
مقدار p بین گروه‌ها	.۰۰۰۳	.۰۰۰۹	.۰۰۷۸

جدول ۷: رتبه‌بندی عملکرد در مسواک‌زدن در طول زمان ($n=222$).

مقدار p	۶ ماه % n	۳ ماه % n	پایه % n	رتبه‌بندی مسواک‌زدن گروه درمانی (n = 119)
$> .001***$	۵۸.۸ (۷۰)	۵۱.۳ (۶۱)	۳۲.۸ (۳۹)	خوب
$a < b$ ($< .001$)	۱۳.۴ (۱۶)	۲۰.۲ (۲۴)	۱۷.۶ (۲۱)	معمولی

ضعیف	۴۹.۶ (۵۹)	۲۸.۶ (۳۴)	۲۷.۷ (۳۳)	$a < c$ (< ۰.۰۰۱)
گروه کنترل (n=۱۰۳)				
خوب	۱۷.۵ (۱۸)	۲۹.۱ (۳۰)	۴۲.۷ (۴۴)	$***۰.۰۰۱ >$
معمولی	۱۹.۴ (۲۰)	۳۲.۰ (۳۳)	۱۳.۶ (۱۴)	$a < c$ (< ۰.۰۰۱)
ضعیف	۶۳.۱ (۶۵)	۳۸.۸ (۴۰)	۴۳.۷ (۴۵)	$b < c$ (۰.۰۱۸)
مقدار p بین گروه‌ها	*۰.۰۳۱	***۰.۰۰۳	*۰.۰۳۴	

نسخه آنلاین حاوی مطالب تکمیلی اطلاعات تکمیلی است که در
 ۵- ۴۹۴۶-۰۲۱-۳-۱۰۸۰/s۱۰۱۰۰۷/doi.org/https:// موجود است.

توجه داشته باشید: جهت چاپ مقالات خود در نشریات علمی و همایش های معتبر با (خانم دکتر جعفری) ۰۹۱۹۶۷۴۸۶۲۵ تماس بگیرید. گواهی نامه پذیرش و چاپ مقاله، کمتر از ۷۲ ساعت صادر می گردد.

موسسه علمی و حقوقی قانون یار
برگزار می کند

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی کرمانشاه

جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش

دانشگاه فرهنگیان

سازمان اسناد و کتابخانه ملی
جمهوری اسلامی ایران

مطالعات علمی علوم انسانی در جهان اسلام

ارگان ها و سازمان های حامی معنوی برگزاری همایش (در استان کرمانشاه)
دانشگاه فرهنگیان - سازمان ارشاد اسلامی - آموزش و پرورش - بنیاد شهید، سازمان شهرداری و

www.Olomensani.ir www.Ghanonyar.ir

محورهای پذیرش مقالات

تمام گرایش های رشته فقه، حقوق و علوم قضایی ■ علوم تربیتی، تکنولوژی آموزشی و آموزش و پرورش
روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم دینی و مذهبی ■ علوم اقتصادی، بانکی و تمام گرایش های مدیریت

مکان و زمان برگزاری همایش
کرمانشاه - ۱۴۰۱/۱۲/۱۱

مدیر اجرایی همایش
دکتر شهلا رضایی

دبیر علمی و مسئول همایش
دکتر بهنام اسدی

ایمیل رسمی همایش جهت دریافت مقالات پژوهشگران
OLOMENSANI@YAHOO.COM

ارسال مقاله از طریق واتس آپ، ایتا، سروش، تلگرام، روبیکا به شماره ۰۹۱۰۰۶۳۶۰۰۲

دبیرخانه مرکزی موسسه قانون یار: تهران، میدان انقلاب، خیابان اردیبهشت، موسسه قانون یار ۵۲۶ - ۰۲۱۶۶۹۷۹۵۱۹

((در صورت طرح سوال درخصوص ارسال مقاله یا جذب در هیات علمی همایش با خانم دکتر قیادی تماس بگیرید. ۰۹۱۹۶۷۴۸۶۲۵))











