

همایش علمی-پژوهشی مطالعات علمی علوم انسانی در جهان اسلام

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 ...))
سردبیر 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: ۱۲۵/۵۷۷۲ رده بندی کنگره: ب ۲۱/۷۶۴۱۰

ارتباط نگرش‌های کودک و خانواده با پیامدها در کودکان مبتلا به اوتیسم^۱

مترجم: مژگان توکلی

چکیده

اهمیت شیوع و ویژگی‌های پیامدهای مثبت (یا عملکرد خوب) در میان کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم^۲ در دوران اواسط کودکی به‌خوبی شناخته شده نیست. هدف تخمین شیوع رفتار خوب بر اساس معیارهای مهارت و رشد و بررسی میزان ارتباط معنی‌دار بین متغیرهای سطح کودک و خانواده و عملکرد خوب است. طراحی، تنظیم، و شرکت کنندگان این مطالعه کوهورت طولی شامل کودکان مبتلا به اوتیسم از کلینیک‌های منطقه‌ای در سراسر کانادا بود. از شرکت کنندگان ۳ بار بین سنین ۲ تا ۴.۹ سال (T۱) و دو بار در مرحله پیگیری تا دوران کودکی (T۲) نمونه‌برداری شد. داده‌ها از مارس ۲۰۱۸ تا ژانویه ۲۰۲۰ تجزیه و تحلیل شدند. قرار گرفتن در معرض ارزیابی زبان و ضریب هوشی در اولین نمونه، درآمد خانوار، مقابله والدین، و عملکرد خانواده پیامدها و اندازه‌گیری‌های اصلی حوزه‌های پیامد کلیدی سلامت رشد را شامل می‌شود. حوزه‌های

^۱ نویسندگان: دکتر پیتیر ساتماری، دکتر کاترین تامبو کاست، دکتر اریک دوکو، دکتر ترزا بنت، دکتر مایادا الساباغ.
دکتر استلیوس جورجیادس، دکتر کانر ام. دکتر کرنز، دکتر پت میرندا، دکتر ایزابل ام. اسمیت، دکتر وندی جی.
اونگار، دکتر تریسی ویلانکورت، دکتر شارلوت وادل، دکتر آنات زیدمن-زیت. دکتر لونی زوایگنباوم

^۲ ASD

پیامد کلیدی سلامت رشد شامل معیارهای اجتماعی شدن، ارتباط، مهارت‌های زندگی مستقل، و معیارهای درونی‌سازی و برونی‌سازی رفتارها بود. آستانه‌هایی برای عملکرد خوب در این حوزه‌ها با مهارت یا رشد ایجاد شد. میزان ارتباط زبان، ضریب هوشی، درآمد خانوار، مقابله والدین و عملکرد خانواده با پیامدهای ارزیابی شده توسط رگرسیون لجستیک تعیین شد. ارتباط بین پیامدها و نمرات طبقه‌بندی برنامه مشاهده تشخیصی اوتیسم^۱ نیز برآورد شد.

واژگان کلیدی: کودکان مبتلا به اوتیسم، نگرش‌های کودک، ایتسم، رفتار خوب

نکات کلیدی

این مطالعه نشان داد که نسبت قابل توجهی از کودکان مبتلا به اوتیسم تا سنین میان‌سالی در حداقل ۱ حوزه کلیدی سلامت رشد عملکرد خوبی داشتند، و انجام خوب حتی در شرایط تداوم برآورده‌کردن معیارهای اوتیسم امکان‌پذیر بود. رویکردی مبتنی بر برنامه‌ریزی درمانی که باید شامل حمایت قوی از خانواده‌ها باشد تا عملکرد خوب در آینده را افزایش دهد.

سؤال: «خوب انجام‌دادن» در ۵ حوزه رشدی (ارتباطات، اجتماعی شدن، فعالیت‌های زندگی روزمره، درونی‌سازی، برونی‌سازی) که بر اساس مهارت و رشد کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در دوران میان‌سالی ارزیابی می‌شود، چقدر شایع است، و چه ویژگی‌هایی از کودکان و خانواده‌ها با آن مرتبط است.

یافته‌ها: در این مطالعه کوهورت شامل ۲۷۲ کودک، بین ۲۰ تا ۴۹ درصد از کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در ۵ حوزه رشد مهارت داشتند، درحالی‌که ۱۳ تا ۳۴ درصد کودکان رشد نشان دادند. عملکرد خوب با نمرات پیش‌دبستانی در آن حوزه پیامد خاص، و همچنین مهارت‌های زبانی اولیه، درآمد خانوار و عملکرد خانواده مرتبط بود.

معنا: این یافته‌ها اتخاذ رویکرد مبتنی بر نقاط قوت برای ارزیابی نتایج را نشان می‌دهد، درحالی‌که اهمیت درآمد و عملکرد خانواده به ما یادآوری می‌کند که معلولیت جدای از زمینه اجتماعی وجود ندارد.

^۱ ADOS

نتیجه گیری و ارتباط

گروهی از ۲۷۲ کودک (۲۳۴ [۸۶.۰٪] پسر؛ میانگین سن [SD] ۱۰.۷۶ [۰.۲۶] سال)، تقریباً ۷۸.۸٪ ۹۵٪ فاصله اطمینان (CI)، ۷۳.۲٪ - ٪ از نمونه تخمین زده شد که هر یک از معیارها در حداقل ۱ دامنه، و ۲۳.۶٪ (۹۵٪ CI، ۱۷.۷٪ - ۲۹.۴٪ در ۴ یا ۵ دامنه) عملکرد خوبی داشتند. می توان بامهارت یا رشد خوب عملکرد و همچنان معیارهای برنامه نظارت تشخیص اوتیسم را برای اوتیسم رعایت کرد. برای رشد سنجی، بین ۶۱.۵٪ ۹۵٪ CI، ۴۰.۷٪ - ۷۹.۱٪ و ۷۹.۶٪ ۹۵٪ CI، ۶۶.۰٪ - ۸۸.۹٪ از شرکت کنندگان نمرات برنامه نظارت تشخیص اوتیسم ۴ یا بیشتر داشتند. برای مهارت سنجی، بین ۶۳.۸٪ (۹۵٪ CI، ۴۸.۴٪ و ۷۵.۸٪ ۹۵٪ CI، ۶۳.۰٪ - ۸۵.۴٪ امتیازهای ۴ یا بیشتر داشتند). در حال انجام به خوبی با هر یک از معیارها برای همه حوزه ها با نمرات T۱ در آن حوزه نتیجه مرتبط بود (به عنوان مثال، T۱ مهارت های زندگی روزانه مرتبط با عملکرد خوب در زندگی روزانه T۲ توسط معیار سنجش مهارت که توسط اندازه گیری می شود. مقیاس مهارت های زندگی روزمره از مقیاس های رفتار تطبیقی واینلند - ویرایش دوم (۲۰۲) شرکت کننده: $\beta = ۰.۰۷$; OR ۱.۰۷، ۹۵٪ CI ۱.۱۱-۱.۰۳؛ $P < ۰.۰۰۱$). انجام خوب در جامعه پذیری توسط رشد سنج بود. همچنین با نمرات بهتر مهارت های زبانی T۱ (۲۰۲ شرکت کننده) همراه است ($\beta = ۰.۰۴$ ؛ OR ۱.۰۴؛ ۹۵٪ CI ۱.۰۷-۱.۰۰، $P = ۰.۰۴$). عملکرد خوب در برون سازی توسط معیار رشد نیز با بالاتر همراه بود. درآمد خانوار در T۱ (۱۷۸ شرکت کننده) ($\beta = ۰.۱۰$ ؛ OR ۱.۱۰؛ ۹۵٪ CI ۱.۰۶-۱.۱۵؛ $P < ۰.۰۰۱$). عملکرد

خانواده در T1 با عملکرد خوب هم در جامعه پذیری و هم برون گرایی همراه بود. مهارت
سنجی و درونی سازی با رشد سنجی

(اجتماعی سازی از طریق مهارت [۲۰۲ شرکت کنندگان]: $OR = -1.01$; $\beta = 0.36$, ۹۵% CI; $P = 0.040.93-0.14$;

برونی سازی با مهارت [۱۷۸ شرکت کنندگان]: $OR = 1.00$; $\beta = 0.37$, ۹۵% CI; $P = 0.020.82$;

درونی شدن با رشد [۱۷۸ شرکت کنندگان]: $OR = -1.03$; $\beta = 0.36$, ۹۵% CI; $P = 0.010.79$.)

نتیجه گیری و ارتباط این مطالعه کوهورت نشان داد که نسبت قابل توجهی از کودکان با
اختلال اوتیسم در دوران کودکی در حداقل ۱ حوزه کلیدی سلامت رشد خوب عمل می
کردند و که انجام خوب حتی در شرایط تداوم رعایت معیارهای اوتیسم امکان پذیر بود.
این نتایج از یک رویکرد مبتنی بر نقاط قوت برای برنامه ریزی درمان حمایت کنید که باید
شامل حمایت قوی باشد خانواده ها احتمال بالقوه عملکرد خوب را در آینده افزایش دهند.

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم یک بیماری مادام‌العمر است که بر چندین حوزه رشدی تأثیر می‌گذارد. محققان در مطالعه مسیرهای اوتیسم کنفرانس‌هایی را طی چندین سال با والدین، جوانان، پزشکان، سیاست‌گذاران و محققان برگزار کردند تا شکاف‌های شواهد کلیدی را که باید در این زمینه موردتوجه قرار گیرد، تدوین کنند. از طریق این کنفرانس‌ها، گروه به توافق رسیدند که مهم‌ترین شکاف شواهد در اوتیسم برای یک زمینه کانادایی این بود که "چه عواملی با نتایج خوب در اوتیسم مرتبط است؟" این سال تا حدی در مرورهای سیستماتیک و متاآنالیزهای پیامدهای بزرگسالان موردتوجه قرار گرفته است. در مطالعات اولیه، محققین از یک ابزار نتیجه مشترک استفاده کردند که معیارهای دستیابی به نقاط عطف در حال ظهور بزرگسالان در جامعه‌پذیری، وضعیت شغلی و زندگی مستقل را با ۱ امتیاز ترکیب می‌کند. بزرگسالان در گروه‌هایی از نتایج خوب تا ضعیف طبقه‌بندی شدند. در یک متاآنالیز در سال ۲۰۲۰، تخمین تلفیقی از یک پیامد خوب بزرگسالان ۲۰٪ با ناهمگونی قابل توجهی بین مطالعات بود.

تعریف یک نتیجه خوب برای مبتلایان به اوتیسم در مراحل مختلف رشد، مانند اواخر دوران کودکی یا نوجوانی، به‌روشنی مشخص نیست مطالعات اخیر در دوران کودکی و نوجوانی، رویکردی فردمحور را برای تمرکز بر تفاوت‌های فردی در رشد اتخاذ کرده است. در افراد مبتلا به اوتیسم یا افراد دیگر از مطالعات مداخله‌ای برای اندازه‌گیری پیامدهای نسبتاً کوتاه‌مدت استفاده کرده‌اند. در واقع، بسیاری از ادبیات در این زمینه یک

برای این مرحله رشد، عبارت «خوب انجام دادن» را ترجیح می‌دهیم، مفهومی کم‌ارزش به‌جای داشتن یک نتیجه خوب. مشخص کردن یک نتیجه مستلزم یک نقطه پایانی است، درحالی‌که خوب انجام دادن به شرایط یک نفر در یک نقطه خاص از زندگی او مربوط می‌شود. یک چارچوب اندازه‌گیری برای عملکرد خوب که می‌تواند در چندین نقطه از

زمان اعمال شود، مهم است. تیلور ۲ راه ممکن را برای تعریف عملکرد خوب در اوتیسم به طور کلی بیان کرده است که برخی از نگرانی‌های بالا را برطرف می‌کند: (۱) "مهارت" آستانه خاصی از شایستگی را تعیین می‌کند، بدون توجه به نقطه شروع، درحالی‌که (۲) "رشد" مقدار مشخصی از بهبود را بین ۲ نقطه زمانی تعیین می‌کند. از این نظر، یک کودک مبتلا به اوتیسم می‌تواند با رسیدن به سطح مهارت در مقایسه با کودکان معمولی در حال رشد عملکرد خوبی داشته باشد، یا می‌تواند با نشان دادن رشد عملکرد خوبی داشته باشد. از جمله مزایای دیگر، این رویکرد می‌تواند به طور انعطاف‌پذیر در حوزه‌های مختلف رشد، ابزارهای اندازه‌گیری اعمال شود.

هدف ما از این مطالعه استفاده از چارچوب رشد و مهارت تیلور برای کودکان مبتلا به اوتیسم در دوران میان‌سالی بود. سؤالات اولیه تحقیق ما این بود: (۱) عملکرد خوب چیست؟ و (۲) چه ویژگی‌هایی در سطح کودک و خانواده با عملکرد خوب در دوران میان‌سالی مرتبط است؟ با توجه به کمبود انجام مطالعات و تحقیق در مورد عوامل خانوادگی و زمینه‌ای که ممکن است با پیامدهای اوتیسم مرتبط باشد، ویژگی‌هایی را بر اساس مطالعات یا متغیرهایی انتخاب کردیم که به طور بالقوه قابل تغییر بودند.

روش‌ها

شرکت‌کنندگان

گزینش از طریق کلینیک‌های اوتیسم در حالی فاکس، مونترال، همیلتون، ادمونتون، و ونکوور، کانادا انجام شد. هر مرکز خدمات تشخیصی را به تقریباً همه کودکان خردسال

مشکوک به اوتیسم در مناطق جغرافیایی تعریف شده از نظر اداری که شامل جوامع شهری و روستایی اطراف آن شهرها بود، ارائه می‌کرد. یک گروه اولیه شامل کودکان ۲ تا ۹ ساله که با توافق نظر بالینی، مصاحبه تشخیصی اوتیسم تجدیدنظر شده (ADI-R) و برنامه مشاهده تشخیصی اوتیسم^۱ تشخیص داده شد. کودکانی که در گروه قرار گرفتند حداقل ۱۸ ماه سن ذهنی غیر کلامی تخمینی داشتند (حداقل برای ADI-R) معیارهای خروج اختلالات ژنتیکی، فلج مغزی، نابینایی و ناشنوایی بود. از هر خانواده یک کودک برای شرکت دعوت شد. کودکان بلافاصله پس از تشخیص (میانگین سن ثبت نام، ۲ تا ۲/۵ ماه پس از تشخیص)، در سن میانگین ۳ تا ۴ سال (۰.۸) ثبت نام کردند.

اطلاعات از ۵ نقطه داده در مجموعه داده Pathways استخراج شده است (به شکل e مراجعه کنید). زمان ۱ (T₁) از ۳ نقطه داده در دوران کودکی اولیه تشکیل شده بود (میانگین سن ۳^۲ سال [۰.۸]، ۴ سال [۰.۸]، و ۴/۵ سال [۰.۸]). جمع آوری داده‌ها برای T₁ در می ۲۰۰۵ آغاز شد و در اکتبر ۲۰۱۲ به پایان رسید. زمان ۲ (T₂) از ۲ نقطه داده در دوران کودکی میانی تشکیل شده بود (میانگین سن ۷ تا ۸ سال [۰.۲] و ۸ تا ۱۰ سال [۰.۳]). جمع آوری داده‌ها برای T₂ در ماه مه ۲۰۰۹ آغاز شد و تا مارس ۲۰۱۸ ادامه یافت. در T₂، ۶۴.۶٪ از نمونه اصلی حفظ و ارزیابی شد. (ویژگی‌های نمونه در جدول ۱ موجود است). ارزیابی‌ها معمولاً در کلینیک‌ها و مراکز تحقیقاتی انجام می‌شد و برخی در محیط‌های اجتماعی و منازل انجام می‌شد. این مطالعه توسط همه هیئت‌های اخلاق

^۱ AODS

^۲ SD

پژوهشی محلی بررسی و تأیید شد و رضایت آگاهانه به طور کتبی توسط همه خانواده‌ها اخذ شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از مارس ۲۰۱۸ تا ژانویه ۲۰۲۰ تکمیل شد. ما به دستورالعمل گزارش دهی «تقویت گزارش دهی مطالعات مشاهده‌ای در اپیدمیولوژی»^۱ برای مطالعات کوهورت پایبند بودیم.

روش

نتیجه انتخاب دامنه

یک گروه مشاوره‌ای از والدین حوزه‌هایی مانند روابط با همسالان، ارتباطات، سلامت عاطفی و مهارت‌های زندگی مستقل را به عنوان نتایج مهم برای آنها شناسایی کردند. این حوزه‌ها بسیار شبیه به حوزه‌هایی بودند که در یک بررسی جامع محدوده با ورودی سهام‌داران از نتایج برای کودکان کوچک‌تر شناسایی شدند. ما معیارهای استاندارد شده‌ای را از ارزیابی خود انتخاب کردیم که با این سازه‌ها مطابقت داشت و می‌توان برای شناسایی افرادی که نسبت به یک جمعیت نوروטיפیک خوب عمل می‌کردند، نتایجی استخراج کرد.

ابزارها

اندازه‌گیری نتیجه

روابط همسالان، ارتباط، و مهارت‌های زندگی مستقل با استفاده از مقیاس‌های رفتار تطبیقی^۲ نسخه دوم^۱ جامعه‌پذیری، ارتباط و مهارت‌های زندگی روزانه مورد ارزیابی قرار

^۱ STROBE

^۲ Vineland

گرفت. در نسخه دوم یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که رفتار انطباقی را با نمرات استاندارد ($M = 100$ ، $SD = 15$) اندازه گیری می کند. ما مهارت را به عنوان نمره استاندارد ۸۵ یا بالاتر تعریف کردیم (یعنی سن کمتر از میانگین). ما رشد را به عنوان بهبود حداقل سن در نمرات استاندارد (۱۵ امتیاز) از T_1 به T_2 تعریف کردیم. بهبود سن در کار آزمایی های بالینی یک اندازه اثر بزرگ در نظر گرفته می شود. سلامت عاطفی با استفاده از چک لیست رفتار کودک^۲ ارزیابی شد.

رفتار کودک برای سنین ۱.۵-۵ در T_1 و رفتار کودک برای سنین ۶-۱۸ در T_2 توسط یک مراقب اولیه (معمولاً مادر) بر اساس مشاهدات رفتار کودک در ۲ ماه قبل تکمیل شد. رفتار کودک دارای ۲ نمره رفتار ترکیبی است: درونی سازی و برونی سازی. رفتار کودک دارای ویژگی های روان سنجی عالی است و به طور گسترده در این جمعیت استفاده شده است. نقاط برش ۷۰ یا ۶۰ یا کمتر ممکن است همچنان نشان دهنده آسیب شناسی روانی زیر آستانه در این جمعیت باشد، بنابراین مهارت به عنوان یک نمره ۵۰ T یا کمتر (میانگین جمعیت) برای تخمین محافظه کارانه تر تعریف می شود. ما رشد را به عنوان بهبود یعنی کاهش نمره T_1 حداقل ۱۰ میانگین امتیاز، بین T_1 و T_2 تعریف کردیم.

معیارهای ویژگی T_1

^۱ (VABS-II)

^۲ CBCL

ما معیارهای شناختی و زبانی T1 را به عنوان ویژگی های درون کودکی انتخاب کردیم. عملکرد شناختی عمومی با Merrill-Palmer-Revised ارزیابی شد. ما از نمره استاندارد شاخص رشد استفاده کردیم که شامل مقیاس های شناختی، زبان دریافتی و حرکتی ظریف بود. مهارت های زبانی در T1 با مقیاس زبان پیش دبستانی که یک آزمون زبان جامع که توانایی های زبانی دریافتی و بیانی را منعکس می کند، ارزیابی شد.

جدول ۱. ویژگی های شرکت کنندگان

مشخصات	تعداد شرکت کنندگان (N = ۲۷۲)	میانگین (SD)	تعداد شرکت کنندگان (N = ۲۷۲)	میانگین (SD)
سن	۲۷۲	۴۰.۷۳ (۸.۹۵)	۱۹۸	۱۲۹.۰۸ (۳.۱۰)
پسر/٪	۲۷۲	۲۳۴ (۸۶.۰)	۲۷۲	۲۳۴ (۸۶.۰)
دختر/٪	۲۷۲	۳۸ (۱۴.۰)	۲۷۲	۳۸ (۱۴.۰)
ارتباط	۲۷۲	۷۴.۵۹ (۱۶.۲۶)	۲۷۲	۷۹.۵۲ (۱۶.۳۹)
VABS-II فعالیت های روزمره زندگی	۲۷۲	۷۶.۰۸ (۱۱.۴۲)	۲۷۲	۷۷.۲۶ (۱۲.۵۶)
جامعه پذیری	۲۷۲	۷۲.۲۰ (۹.۱۲)	۲۷۲	۷۳.۸۶ (۱۳.۶۱)
رفتار کودک	۲۵۵	۶۰.۲۹	۲۲۸	۵۳.۹۶

داخلی		(۹.۲۵)		(۱۰.۱۷)
رفتار کودک خارجی	۲۵۵	۵۶.۵۲ (۱۰.۴۴)	۲۲۸	۵۱.۰۶ (۱۰.۸۱)
مریل - پالمر	۲۳۷	۵۸.۵۱ (۲۵.۸۵)	NR	NR
PLS-۴	۲۶۲	۶۶.۷۴ (۱۹.۵۰)	NR	NR
راه‌های مقابله	۲۶۲	(۰.۹۶) ۰	NR	NR
برنامه نظارت تشخیص اوتیسم	۲۷۱	۷.۶۸ (۱.۶۸)	۲۰۲	۶۸۱ (۲.۶۲)
عملکرد کلی خانواده	۲۶۰	۱.۷۵ (۰.۴۷)	NR	NR
≥مدرک لیسانس اخذ شده توسط PMK	۲۶۰	(۴۱.۶) ۱۰۸	۱۷۲	۶۸ (۳۹.۶)
≥مدرک لیسانس توسط شریک زندگی	۲۴۸	(۳۶.۷) ۹۱	۱۵۴	۴۸ (۳۱.۱)
متأهل	۲۶۲	(۹۲.۴) ۲۴۲	۱۷۲	۱۴۶ (۸۴.۹)
استخدام تمام وقت PMK	۲۶۳	(۲۸.۹) ۷۶	۱۷۱	۷۲ (۴۲.۱)

استخدام تمام وقت شریک	۲۵۱	۲۰۹ (۸۳.۳)	۱۵۴	۱۲۶ (۸۱.۹)
درآمد > ۸۰۰۰۰ دلار در سال	۲۵۶	۱۰۲ (۳۹.۸)	۱۶۹	۸۶ (۵۰.۹)

بر اساس کار قبلی، ما ۳ متغیر زمینه ای را که توسط مراقب اولیه تکمیل شد شامل: درآمد خانوار، مقابله والدین، و عملکرد خانواده را نشان دادیم. درآمد خانوار بر اساس توزیع دوجهی در نمونه ما به کمتر از ۸۰۰۰۰ دلار در سال و ۸۰۰۰۰ دلار در سال یا بیشتر تقسیم شد. مقابله متمرکز بر هیجان والدین با استفاده از پرسش نامه راه های مقابله ارزیابی شد. مقابله متمرکز بر هیجان شامل مواردی است که به تلاش والدین برای فاصله گرفتن، اجتناب یا به حداقل رساندن یک عامل استرس زا و احساسات منفی مرتبط با یک عامل استرس زا مربوط می شود. عملکرد خانواده با خرده مقیاس عملکرد کلی خانواده دستگاه ارزیابی خانواده مک مستر مورد ارزیابی قرار گرفت. این ابزار ویژگی های خانواده را در ارتباط، نظم و حمایت در بین اعضای خانواده ارزیابی می کند.

طبقه بندی برنامه نظارت تشخیص اوتیسم در T۲

برنامه نظارت تشخیص اوتیسم یک معیار مشاهده ای نیمه ساختاریافته و استاندارد است که رفتار اجتماعی و ارتباطی اوتیسم را ارزیابی می کند و توسط بررسی کنندگان قابل اعتماد در هر مکان اجرا می شود. ما از شدت سنجی کالیبره شده با نمرات ۱ تا ۱۰ در T۲ استفاده

کردیم. امتیاز ۱ تا ۳ به عنوان غیر اوتیسم طبقه بندی می شود، در حالی که امتیاز ۴ یا بیشتر به عنوان سازگار با اوتیسم طبقه بندی می شود.

طبقه بندی پرسش نامه SRS در T۲

(SRS) پرسش نامه ای است که توسط معلم کودک تکمیل شده است که آسیب اجتماعی را نشان دهنده اوتیسم ارزیابی می کند. نمره ۶۰ یا کمتر به عنوان غیر اوتیسم طبقه بندی می شود، در حالی که نمره بیشتر از ۶۰ به عنوان سازگار با A اوتیسم طبقه بندی می شود.

تجزیه و تحلیل آماری

داده های ازدست رفته

ما شرکت کنندگانی را با داده های گمشده با آنهایی که داده های کاملی در مورد متغیرهای مورد علاقه داشتند مقایسه کردیم. تفاوت بین شرکت کنندگانی که تنها اندازه های T۱ را تکمیل کردند در مقایسه با شرکت کنندگانی که هر دو اندازه T۱ و T۲ را تکمیل کردند در جدول ۱ آمده است.

متغیرهای نگرش و نتیجه

برای متغیرهایی که بیش از یک بار در بازه های T۱ یا T۲ جمع آوری شده اند، از میانگین نمرات برای به دست آوردن ارزیابی پایدارتر استفاده کردیم (شکل e را در ضمیمه ببینید). در همه موارد، معیارهای یکسانی که در بازه T۱ ۳ (نقطه جمع آوری داده در T۱) یا در

فاصله T_2 (۲ نقطه جمع آوری داده در T_2) استفاده می‌شوند، همبستگی داشتند ($0/001$) $P < 0/05$ ؛ به جدول ۲ مراجعه کنید). علاوه بر این، نمرات در افراد بر اساس میانگین‌های تبدیل شده به Z در سراسر نمرات برای هر شرکت کننده زیر آستانه پیش‌بینی میانگین ۳ (با همه انحراف معیارها بین $0/00$ و $2/42$) پایدار بود.

مدل اندازه‌گیری

معیارهای رشد و مهارت برای عملکرد خوب در هر یک از ۵ حوزه نتیجه اعمال شد. برای ارزیابی مدل اندازه‌گیری، میزان عملکرد خوب یک مفهوم چندمتغیره متشکل از معیارهای متمایز را تعیین کردیم. توافق بین معیارهای مهارت و رشد با کوهن ارزیابی شد. آستانه برای معیارهای متمایز (عدم توافق بین معیارها) $0/40$ بود، کمتر از آنچه توافق متوسط تا قوی در نظر گرفته می‌شود.

شیوع عملکرد خوب توسط دامنه

برای هر حوزه، یک متغیر نتیجه طبقه‌بندی ۴ سطحی ایجاد کردیم که بر اساس این موارد: (۱) فقط معیار رشد، (۲) فقط معیار مهارت، (۳) هر دو معیار، یا (۴) هیچ یک از معیارها نیست. ما شیوع و فواصل اطمینان ۹۵ درصدی هر یک از این طبقه‌بندی‌های پیامد را برای هر حوزه تخمین زدیم. برای تخمین میزان مشابه بودن عملکرد خوب در چندین حوزه در کودکان، تعداد حوزه‌هایی را محاسبه کردیم که در آن‌ها ارزیابی شد که یک کودک در T_2 خوب عمل می‌کند.

ارتباط بین عملکرد خوب و طبقه‌بندی برنامه نظارت تشخیص اوتیسم و SRS

ما نسبت کودکانی را تعیین کردیم که دارای رشد یا مهارت در حوزه های مختلف بودند که در T۲ بالاتر و پایین تر از حد برش اوتیسم در برنامه نظارت تشخیص اوتیسم در T۲ و آن هایی که بالاتر و پایین تر از حد برش SRS معلم در T۲ امتیاز کسب کردند. توافق بین طبقه‌بندی در برنامه نظارت تشخیص اوتیسم با پرسش‌نامه موردنظر عملکرد خوب با استفاده از کوهن برآورد شد. زیر ۰.۴۰ توافق ضعیف در نظر گرفته شد.

ویژگی‌های عملکرد خوب در دامنه‌های خاص

ما فرض کردیم که مهارت‌های شناختی و زبانی بهتر کودک، درآمد خانواده بالاتر، عملکرد بهتر خانواده، و استفاده کمتر از مقابله متمرکز بر هیجان با عملکرد خوب در دوران کودکی مرتبط است. تجزیه و تحلیل‌ها به طور جداگانه برای هر دامنه در هر متریک انجام شد. شش ویژگی وارد رگرسیون لجستیک باینری شدند که توانایی ویژه دامنه T۱ را کنترل می‌کرد. برای برآورد برازش مدل از آزمون هاسمر - لمشو استفاده شد. برای کنترل خطای نوع I، ما یک تصحیح بونفرونی را در ۱۰ رگرسیون لجستیک omnibus اعمال کردیم. ($\alpha=0.05$) باتوجه به آزمون همه‌جانبه معنی‌دار، $P < 0.05$ دو طرفه، اهمیت و نسبت شانس (ORS) را برای آزمون‌های تعقیبی تعیین کرد. داده‌ها با استفاده از اس.پی.اس.اس نسخه ۲۴.۰ (IBM) و R نسخه ۳.۶ (پروژه R برای محاسبات آماری) تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

کل نمونه ۲۷۲ کودک متشکل از ۲۳۴ پسر (۸۶.۰٪)، و میانگین سنی (انحراف معیار) ۳.۳۹ (۰.۷۵) سال در T۱ و ۱۰.۷۶ (۰.۲۶) سال در T۲ جدول ۱ بود. حجم نمونه با داده‌های دامنه T۱ محدود نشد. برای کاهش سوگیری به دلیل عدم وجود تصادفی در یک مدل رگرسیون، ما داده‌ها را تلقی نکردیم؛ بنابراین حجم نمونه برای هر تحلیل همراه با نتایج هر تجزیه و تحلیل ارائه می‌شود.

مدل اندازه‌گیری

توافق فقط بین معیارهای مختلف عملکرد خوب توسط معیارهای مهارت در ابزارها متوسط بود: VABS-II رفتار کودک (۲۷۵ کل پاسخ‌دهندگان)؛^۱ کل پاسخ‌دهندگان؛ $k = ۰.۴۵-۰.۴۸$ eTable ۳. توافق بین VABS-II و رفتار کودک زیر آستانه بود (۲۱۳) کل پاسخ‌دهندگان).^۲

توافق متوسطی بین معیارهای رشد و مهارت در یک حوزه وجود داشت.^۳ بنابراین، در بیشتر موارد، معیارهای مختلف عملکرد خوب متمایز هستند.

^۱ و رفتار کودک ($k = ۰.۳۰-۰.۵۷$)

^۲ $k = ۰.۰۴-۰.۲۹$

^۳ $K = ۰.۲۹-۰.۵۵$ eTable ۳

بین ۶۳.۸٪ (CI ۹۵٪، ۴۸.۴٪-۷۶.۹٪) و ۷۵.۸٪ (CI ۹۵٪، ۶۳.۰٪-۸۵.۴٪))
 نمرات ۴ یا بیشتر داشتند. برای رشد سنجی، بین ۶۱.۵٪ (CI ۹۵٪، ۴۰.۷٪-۷۹.۱٪) و
 ۷۹.۶٪ (CI ۹۵٪، ۶۶.۰٪-از شرکت کنندگان برنامه نظارت تشخیص اوتیسم دارای امتیاز ۴
 یا بیشتر بودند. برای سنجش مهارت، بین ۶۳.۸٪ (CI ۹۵٪، ۴۸.۴٪-۷۶.۹٪) و ۷۵.۸٪ (CI
 ۹۵٪، ۶۳.۰٪-نمرات ۴ یا بیشتر داشتند. کوهن k به طور مداوم زیر آستانه ۰.۴۰ بود که
 نشان می‌دهد توافق کمی بین معیارهای برنامه نظارت تشخیص اوتیسم و عملکرد خوب در
 هر یک از متریک‌ها در هر حوزه وجود دارد.

معیارهای تشخیص اوتیسم ≥ 4	برنامه نظارت تشخیص اوتیسم (۹۵٪ CI) ≤ 4	شماره	برنامه نظارت تشخیص اوتیسم ≥ 4	برنامه نظارت تشخیص اوتیسم (۹۵٪ CI) ≤ 4	شماره	دامنه
۸۵.۴ (۷۸.۸-۹۰.۳)	۱۴.۶ (۹.۷-۲۱.۳)	۱۵۸	۷۷.۳ (۶۱.۸-۸۸.۰)	۲۲.۷ (۱۲.۰-۳۸.۲)	۴۴	ارتباط
۸۶.۹ (۸۰.۸-۹۱.۳)	۱۳.۱ (۸.۷-۱۹.۲)	۱۷۶	۶۱.۵ (۴۰.۷-۷۹.۱)	۳۸.۵ (۲۰.۹-۵۹.۳)	۲۶	جامعه‌پذیری
۸۵.۵ (۷۹.۳-۹۰.۱)	۱۴.۵ (۹.۹-۲۰.۷)	۱۷۹	۶۹.۶ (۴۷.۰-۸۶.۰)	۳۰.۴ (۱۴.۰-۵۳.۰)	۲۳	فعالیت‌های روزانه
۸۴.۷ (۷۶.۳-۹۰.۶)	۱۵.۳ (۹.۴-۲۳.۷)	۱۱۱	۷۸.۰ (۶۵.۰-۸۷.۳)	۲۲.۰ (۱۲.۷-۳۵.۰)	۵۹	درونی شدن
۸۳.۶ (۷۵.۳-۸۹.۶)	۱۶.۴ (۱۰.۴-۲۴.۷)	۱۱۶	۷۹.۶ (۶۶.۰-۸۸.۹)	۲۰.۴ (۱۱.۱-۳۴.۰)	۵۴	بیرونی شدن

جدول ۳. شرکت کنندگان با امتیازات برنامه نظارت تشخیص اوتیسم $4 < \leq 4$ یا $4 \geq$ برای
متریک نتیجه مهارت در هر دامنه

دامنه	شماره	برنامه نظارت تشخیص اوتیسم $\leq 4, \%$ (95% CI)	برنامه نظارت تشخیص اوتیسم ≥ 4	شماره	برنامه نظارت تشخیص اوتیسم $\leq 4, \%$ (95% CI)	معیارهای تشخیص اوتیسم ≥ 4
ارتباط	۸۳	-۱۸.۷) ۲۷.۷ (۳۸.۳)	-۶۱.۲) ۷۲.۳ (۸۱.۳)	۱۱۹	-۴.۳) ۸.۴ (۱۵.۳)	-۸۴.۷) ۹۱.۶ (۹۵.۷)
جامعه پذیری	۴۷	-۲۳.۱) ۳۶.۲ (۵۱.۶)	-۴۸.۴) ۶۳.۸ (۷۶.۹)	۱۵۵	-۶.۲) ۱۰.۳ (۱۶.۵)	-۸۳.۵) ۸۹.۷ (۹۳.۸)
فعالیت‌های روزانه	۵۳	-۱۸.۷) ۳۰.۲ (۴۴.۵)	-۵۵.۵) ۶۹.۸ (۸۱.۳)	۱۴۹	-۷.۰) ۱۱.۴ (۱۷.۹)	-۸۱.۳) ۸۷.۹ (۹۲.۵)
درونی شدن	۶۲	-۱۴.۶) ۲۴.۲ (۳۷.۰)	-۶۳.۰) ۷۵.۸ (۸۵.۴)	۱۰۸	-۸.۲) ۱۳.۹ (۲۲.۲)	-۷۷.۸) ۸۶.۱ (۹۱.۸)
بیرونی شدن	۸۳	-۱۶.۷) ۲۵.۳ (۳۶.۲)	-۶۳.۸) ۷۴.۷ (۸۳.۳)	۸۷	-۵.۱) ۱۰.۳ (۱۹.۱)	-۸۰.۹) ۸۹.۷ (۹۴.۹)

ویژگی‌های عملکرد خوب در دامنه‌های خاص

آزمون omnibus برای ارتباط بامهارت در همه حوزه‌ها به جز رفتار کودک Internalizing (جدول ۵) معنی‌دار بود. در رگرسیون لجستیک تعقیبی برای مهارت در هر یک از این حوزه‌ها، امتیاز T۱ با نتیجه ارتباط مثبت داشت. در رگرسیون لجستیک تعقیبی برای مهارت در هر یک از این حوزه‌ها، امتیاز T۱ حوزه نتیجه به طور مثبت با نتیجه مرتبط بود. یعنی، نمره T۱ بالا در VABS-II یا نمره T۱ پایین در رفتار کودک با یک نتیجه کارآمد در T۲ همراه بود (ارتباط ۲۰۲) [T۱ شرکت کننده]: $B = ۰.۰۵$ ، $OR = ۱.۰۵$ ؛ $95\% CI = ۱.۰۹۱-۱.۰۹۱$ ؛ $P = ۰.۰۱$ ؛ T۱ مهارت‌های زندگی روزانه [۲۰۲ شرکت کننده]: $B = ۰.۰۷$ ، $OR = ۱.۰۷$ ؛ $95\% CI = ۱.۰۳-۱.۱۱$ ؛ $P < ۰.۰۰۱$ ؛ T۱ اجتماعی شدن [۲۰۲ شرکت کننده]: $B = ۰.۱۰$ ، $OR = ۱.۱۱$ ؛ $95\% CI = ۱.۰۶-۱.۱۶$ ؛ $P < ۰.۰۰۱$ ؛ T۱ برون‌سازی [۱۷۸ شرکت کننده]: $B = -۰.۰۶$ ، $OR = ۰.۹۴$ ، $95\% CI = ۰.۹۸-۰.۹۱$ ؛ $P = ۰.۰۰۱$. تنها متغیر دیگری که به طور قابل توجهی با عملکرد خوب توسط معیار سنجش مهارت مرتبط بود، عملکرد کلی خانواده بود، هم برای برون‌سازی ($B = ۱.۰۰$ ، $OR = ۰.۳۷$ ؛ $95\% CI = ۰.۱۶-۰.۸۲$ ؛ $P = ۰.۰۲$) و هم برای جامعه‌پذیری ($B = -۱.۰۱$ ، $OR = ۰.۳۶$ ؛ $95\% CI = ۰.۱۴-۰.۹۳$) ($P = ۰.۰۴$) (جدول ۴).

در بررسی ارتباط بین ویژگی‌ها و عملکرد خوب توسط معیارهای رشد، آزمون همه‌جانبه برای رشد در همه حوزه‌ها به جز مهارت‌های زندگی روزانه معنادار بود (جدول ۵). PLS-۴ بارشد اجتماعی همراه بود ($B = ۰.۴$ ، $OR = ۱.۰۴$ ، $95\% CI = ۱.۰۰-۱.۰۷$ ؛ P

۰.۰۴ =). عملکرد کلی خانواده همچنین با رشد درونی سازی ($B = -1.03$; $OR = 0.36$ ؛ $CI 95\% -0.16$ تا 0.79 ؛ $P = 0.01$) و درآمد بالاتر خانوار با رشد برونی سازی همراه بود ($B = -0.80$ ؛ $OR = 0.45$ ؛ $CI 95\% -0.18$ تا 1.00 ؛ $P = 0.03$). کار قبلی روی مجموعه داده های Pathways نشان داد که SES، سن کودک در هنگام تشخیص و سن مادر در هنگام رضایت با تفاوت هایی در میزان ساییدگی مرتبط بوده است.

بحث و گفتگو

هدف ما برآورد شیوع و ویژگی های عملکرد خوب در میان کودکان مبتلا به اوتیسم در دوران کودکی با استفاده از چارچوب رشد و مهارت تیلور بود. نتایج ما نشان می دهد که عملکرد خوب بر اساس معیارهای رشد یا مهارت در حداقل ۱ مورد از ۵ حوزه سلامت رشد رایج بود (تقریباً ۸۰٪). ۲۰٪ از کودکان در ۴ یا بیشتر از ۵ حوزه ارزیابی شده عملکرد خوبی داشتند. کودکانی که بر اساس معیار مهارت خوب عمل کردند، لزوماً آنها را نبودند که بر اساس معیار رشد خوب عمل کردند. عملکرد خوب بر اساس معیارهای عملکرد انطباقی یا سلامت عاطفی با امتیاز کمتر از بریدگی اوتیسم در برنامه نظارت تشخیص اوتیسم با پرسش نامه مرتبط نبود. ویژگی های اضافی عملکرد خوب، مختص حوزه و معیار بود، اما به طور کلی شامل ویژگی های خاص کودک، مانند زبان، و ویژگی های زمینه ای، مانند خانواده بود. درآمد و عملکرد خانواده (کنترل امتیاز پایه در حوزه پیامد) توانایی شناختی (حداقل همان طور که توسط MPR اندازه گیری می شود) عامل مهمی در هیچ یک از معیارهای پیامد نبود. اگر حوزه های مختلف رشد در اوتیسم مسیرهای

مخصوص به خود را داشته باشند، نتیجه می شود که عملکرد خوب یک ساختار چندمتغیره خواهد بود. باتوجه به یک چارچوب اندازه گیری که چندین حوزه و معیارهای رشد و مهارت را در بر می گیرد، دیدن اینکه بسیاری از کودکان در سنین بالا عملکرد خوبی داشتند، دلگرم کننده بود. این امر از ترکیب یک رویکرد مبتنی بر نقاط قوت برای تکمیل ارزیابی نیازهای مبتنی بر کمبود در مراقبت مداوم از کودکان مبتلا به اوتیسم پشتیبانی می کند. شاید تعجب آور نباشد که کسانی که نمرات پایه پایین تری در عملکرد انطباقی دارند (مشکلات بیشتری در سلامت عاطفی دارند) احتمال بیشتری برای رشد در این حوزه ها داشتند. کسانی که عملکرد انطباقی و سلامت عاطفی بهتری داشتند، احتمال بیشتری داشت که بعداً در آن حوزه ها مهارت پیدا کنند. این یافته ها بر اهمیت بالقوه هدف قرار دادن مداخلات اولیه در حوزه هایی که برای عملکرد خوب در دوران کودکی کلیدی تلقی می شوند، تأکید می کنند. مداخلاتی که فقط نشانه های اوتیسم یا در واقع توانایی شناختی را هدف قرار می دهند، ممکن است بر نتایج بعدی در عملکرد انطباقی یا سلامت عاطفی تأثیر نگذارند. این یافته که عملکرد خانواده یک عامل مهم در چندین جنبه از عملکرد خوب است، حوزه جدیدی از تحقیقات را با تمرکز بر جامعه و عوامل اجتماعی نشان می دهد که به موجب آن یک خانواده خوب ممکن است بتواند نتایج را برای کودک مبتلا به اوتیسم بهبود بخشد. اگرچه می دانیم که عوامل زمینه ای (عملکرد خانواده) و دیستال (نابرابری های اجتماعی - اقتصادی) می توانند بر رشد معمولی کودک تأثیر بگذارند، تحقیقات کمی در مورد واسطه های روانی - اجتماعی و تعدیل کننده های پیامدها در اوتیسم انجام شده است. داده های ما از نیاز به چنین تحقیقاتی پشتیبانی می کند.

جدول ۴. ویژگی‌های T۱ مرتبط با عملکرد خوب T۲ توسط متریک ماهر در هر یک از ۵ دامنه

OR (۹۵% CI)

مشخصه	VABS-II ارتباط	VABS-II فعالیت‌های روزمره	VABS-II جامعه‌پذیری	رفتار کودک داخلی‌سازی	رفتار کودک خارجی
امتیاز ابزار T۱	۱.۰۵ (۱.۰۹) (۱.۰۱)	۱.۰۷ (۱.۱۱) (۱.۰۳)	۱.۱۱ (۱.۱۶) (۱.۰۶)	۰.۹۶ (۱.۰۰) (۰.۹۲)	۰.۹۴ (۰.۹۸) (۰.۹۱)
SES	۰.۸ (۱.۵۸) (۰.۴۰)	۰.۶۴ (۱.۲۸) (۰.۳۲)	۱.۴۱ (۳.۱۰) (۰.۶۴)	۰.۸۲ (۱.۵۸) (۰.۴۲)	۰.۵۴ (۱.۰۸) (۰.۲۸)
جنسیت	۰.۸۶ (۲.۴۱) (۰.۳۱)	۱.۷۶ (۵.۱۳) (۰.۶۱)	۱.۲۲ (۳.۸۶) (۰.۳۹)	۰.۶۴ (۱.۶۰) (۰.۲۵)	۱.۸ (۴.۷۳) (۰.۶۹)
Merrill Palmer	۱.۰۲ (۱.۰۴) (۰.۹۹)	۱ (۱.۰۲) (۰.۹۷)	۱.۰۲ (۱.۰۴) (۰.۹۹)	۰.۹۹ (۱.۰۱) (۰.۹۶)	۰.۹۹ (۱.۰۱) (۰.۹۶)
PLS-۴	۱.۰۲ (۱.۰۵) (۰.۹۸)	۱.۰۳ (۱.۰۶) (۱.۰۰)	۱.۰۱ (۱.۰۴) (۰.۹۸)	۱.۰۱ (۱.۰۴) (۰.۹۸)	۱.۰۲ (۱.۰۶) (۰.۹۹)

راه‌های مقابله	۰.۳۸ -۰.۱۳) (۱.۰۹	-۰.۱۸) ۰.۵۲ (۱.۵۴	-۰.۲۲) ۰.۶۸ (۲.۱۵	-۰.۳۶) ۱ (۲.۷۴	۰.۳۸ -۰.۱۳) (۱.۰۷
عملکرد کلی خانواده	۰.۸۴ -۰.۳۸) (۱.۸۵	-۰.۲۶) ۰.۵۹ (۱.۳۳	-۰.۱۴) ۰.۳۶ (۰.۹۳	-۰.۱۹) ۰.۴۲ (۰.۹۳	۰.۳۷ -۰.۱۶) (۰.۸۲

یک برنامه تحقیقاتی تعیبه شده در چارچوب خدمات بهداشتی برای پرداختن به این موضوع با جزئیات بهتر، به‌ویژه با توجه به نتایج متاآنالیز از راجرز و همکاران از مداخلات اولیه، موقعیت بهتری دارد. از آنجا که عملکرد خوب یک ساختار واحد نیست، حمایت از کودکان برای انجام عملکرد خوب نیازمند تلاش چندجانبه برای رسیدگی به عوامل کودک، خانواده، جامعه و اجتماعی است.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

نقاط قوت مطالعه ما شامل داشتن یک طراحی طولی در یک هم گروهی اولیه با حجم نمونه بزرگ، ارزیابی آن از حوزه‌های رشدی متعدد، ارزیابی آن از تأثیر داده‌های از دست رفته، و استفاده از مدل‌هایی است که طیف وسیعی از موارد مرتبط با کودک را آزمایش می‌کند. با استفاده از معیارهایی برای عملکرد خوب که مستقل از علائم اوتیسم و توانایی شناختی بود، ما توانستیم ارزیابی عملکرد خوب را از تداوم شاخص‌های تشخیصی جدا کنیم، و چارچوبی مبتنی بر نقاط قوت ارائه کنیم که می‌تواند در تداوم گسترده‌تری از کودکان اعمال شود. ما از چندین محدودیت برای تجزیه و تحلیل خود آگاه هستیم:

- اول، اگر اطلاعاتی در مورد اعتبار پیش‌بینی آن (پایداری آن) داشته باشیم، تعریف ما از «عملکرد خوب» تقویت می‌شود
- دوم، فرسایش یک محدودیت است؛ زیرا کودکان با داده‌های ازدست‌رفته در برخی از ویژگی‌های T۱ تا حد کمی با آنهایی که اطلاعات کامل دارند تفاوت دارند.
- سوم، یک فرد مطلع (اغلب مادر) این داده‌ها را ارائه کرد.
- چهارم، رفتار کودک ممکن است به اندازه کافی برای اندازه‌گیری سلامت عاطفی در اوتیسم و تصمیم‌گیری در مورد نمره کمتر از میانگین معمول جمعیت (یعنی نمره T کمتر از ۵۰) حساس نباشد. ممکن است یک نماینده به اندازه کافی معتبر برای سلامت عاطفی نباشد.
- پنجم، درحالی که ما از ابزارهای اندازه‌گیری بر اساس هنجارهای جمعیت استفاده می‌کردیم، از شیوع رشد نشان داده‌شده در میان کودکان معمولی در هر یک از حوزه‌های پیامد اطلاعی نداریم. ششم، مدل اندازه‌گیری همچنین نشان می‌دهد که در یک ابزار و در آمتریک، تعاریف ما از عملکرد خوب اطلاعات و واریانس روش را به اشتراک می‌گذارد و همچنین ممکن است منجر به همپوشانی در نتایج در مورد ویژگی‌های مرتبط با پیامدها از طریق یک مخبر منفرد شود.

جدول ۵ ویژگی‌های T_1 مرتبط با عملکرد خوب T_2 توسط متریک رشد در هر یک از ۵ دامنه

OR (۹۵% CI)

مشخصه	VABS-II ارتباط	VABS-II فعالیت‌های روزمره	VABS-II جامعه‌پذیری	رفتار کودک داخلی‌سازی	رفتار کودک خارجی
امتیاز ابزار T_1	۰.۹۴ (۰.۹۰-۰.۹۷)	۰.۹۱ (۰.۸۶-۰.۹۷)	۰.۹۱ (۰.۸۵-۰.۹۶)	۱.۰۹ (۱.۰۴-۱.۱۴)	۱.۱۰ (۱.۰۶-۱.۱۵)
SES	۱.۰۸ (۰.۵۱-۲.۲۹)	۰.۵ (۰.۲۰-۱.۲۳)	۰.۷۹ (۰.۳۴-۱.۸۶)	۰.۹۹ (۰.۵۰-۱.۹۷)	۰.۴۵ (۰.۲۲-۰.۹۱)
جنسیت	۰.۵۹ (۰.۲۲-۱.۵۹)	۲.۰۹ (۰.۴۳-۱۰.۱۳)	۱.۶ (۰.۴۶-۵.۵۴)	۰.۶۱ (۰.۲۴-۱.۵۴)	۱.۲۸ (۰.۴۷-۳.۵۱)
Merrill Palmer	۱.۰۲ (۰.۹۹-۱.۰۴)	۱.۰۱ (۰.۹۸-۱.۰۴)	۱ (۰.۹۷-۱.۰۳)	۰.۹۸ (۰.۹۶-۱.۰۱)	۱.۰۰ (۰.۹۷-۱.۰۲)
PLS-۴	۰.۹۹ (۰.۹۵-۱.۰۳)	۱.۰۱ (۰.۹۷-۱.۰۵)	۱.۰۴ (۱.۰۰-۱.۰۷)	۱.۰۱ (۰.۹۸-۱.۰۴)	۱.۰۰ (۰.۹۷-۱.۰۳)

راه‌های مقابله	۰.۴۲ -۰.۱۳ (۱.۳۱)	۰.۷۴ (۰.۱۶) ۳.۳۴	۰.۳۶ (۰.۰۹) ۱.۴۵	۱.۴۶ (۰.۵۱) ۴.۱۸	۰.۴۱ (۰.۱۴) ۱.۲۳
عملکرد کلی خانواده	۰.۸۱ -۰.۳۴ (۱.۸۹)	۱.۰۷ (۰.۳۶) ۳.۱۵	۰.۶۶ (۰.۲۵) ۱.۷۵	۰.۳۶ (۰.۱۶) ۰.۷۹	۰.۴۳ (۰.۱۸) ۱.۰۰

نتیجه‌گیری

این مطالعه هم‌گروهی نشان داد که نسبت قابل توجهی از کودکان مبتلا به اوتیسم طبق حداقل ۱ حوزه سلامت رشدی در دوران اواسط کودکی خوب عمل می‌کنند. یک گام مهم بعدی برای حوزه اوتیسم شامل جوانان مبتلا به اوتیسم، خانواده‌ها، پزشکان، محققان و سیاست‌گذاران است که گرد هم آیند و برای رسیدن به اجماع در مورد معنای عملکرد خوب در اوتیسم در مراحل مختلف رشد، همان‌طور که در مقالات اخیر بحث شده است، کار کنند. این بحث شامل تصمیم‌گیری در مورد اینکه کدام حوزه‌ها باید ادغام شوند، چگونگی عملکرد خوب باید در این حوزه‌ها عملیاتی شوند، و اینکه آیا هر نقطه زمانی خاصی باید اولویت‌بندی شود یا خیر. چنین اجماع از توسعه یک مجموعه پیامد اصلی برای مطالعات کوهورت، کارآزمایی‌های بالینی در اوتیسم و مراقبت‌های بالینی معمول حمایت می‌کند. برخی کارها در این زمینه قبلاً آغاز شده است.

یافته‌های ما در مورد اهمیت درآمد خانواده و عملکرد خانواده به ما یادآوری می‌کند که معلولیت جدا از یک زمینه اجتماعی وجود ندارد. کودکان مبتلا به اوتیسم زمانی عملکرد

خوب دارند که به طور جمعی، شرایط اجتماعی را برای مشارکت همه افراد و تجربه توانایی هایشان ایجاد کنیم. اجرای این امر مستلزم همکاری فعال تمام سطوح دولت و سیاست گذاران و همچنین پزشکان، محققان، اعضای خانواده و افراد مبتلا به اوتیسم است. امیدواریم که نتایج این مطالعه جامعه اوتیسم را تشویق کند تا از نقاط قوت نیز استفاده کند. رویکرد مبتنی بر برنامه ریزی درمان به عنوان راهی برای حمایت از همه کودکان و خانواده های مبتلا به اوتیسم در انجام عملکرد خوب است.

**موسسه علمی و حقوقی قانون یار
برگزار می کند**


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

 موسسه
 و امور اعتبارات


 دانشگاه فرهنگیان

 جمهوری اسلامی ایران
 وزارت آموزش و پرورش

 سازمان اسناد و کتابخانه ملی
 جمهوری اسلامی ایران

پنجمین همایش علمی-پژوهشی

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

دبیر خانه 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 یا خانم دکتر قیادی تماس بگیرید ۰۹۱۹۶۷۴۸۶۲۵)










