

Comparison of the Effectiveness of Treatment and education for autistic and related communication handicapped children (TEACCH) and Neurofeedback on the Promotion of Cognitive, Social, and Daily Living Activities in Children with Autistic Spectrum Disorders

Mohammadi R¹, *Narimani M², Abolghasemi A³, Taklavi S⁴

Author Address

1. PhD Student of Psychology, Department Of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
2. Professor, Department Of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University; Department of Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, University Of Guilan, Rasht, Iran;
4. Assistant Professor, Department Of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
*Corresponding Author Email: narimani@uma.ac.ir

Received: 2019 November 11; Accepted: 2020 January 1

Abstract

Background & Objective: Autism spectrum disorders are a group of disorders that the fifth edition of the diagnostic and statistical guide of mental disorders has presented it into the neuro-developmental classification which begins before the age of 3 and in a growth period and various genetic and environmental factors lead to the outbreak of this disorder. Children with autism have problems correlating with cognitive skills. Mental disability is perceived in 80% of these individuals (IQ less than 70). Other problems the individuals are dealing with are socializing and interacting with others in a meaningful and productive way in life stages and impairment in executive functions. There are different interventional methods for the treatment of autism. Two methods of treatment that have enticed the interest of researchers are the Treatment and education for autistic and related communication handicapped children (TEACH) and Neurofeedback. Parents of children with autism spectrum disorders and their educators should consider which therapeutic intervention is the most effective and appropriate one according to the status of disorder. Pursuant to the experimental and theoretical shortage in this area and considering the fact that these children are at a growing age, effectiveness plans have greatly empowered them and prevented the recurrence of their problems. Therefore, the purpose of the present study was to compare the effectiveness of the TEACH and neurofeedback method focusing on the promotion of cognitive, social skills, and daily activities in children with autism disorder.

Methods: The research method was half-experimental with pretest-posttest design with the control group. The statistical population included 7-12-year-old children with Autism spectrum, in which 45 eligible individuals and volunteers were selected random sampling and divided into two groups of intervention-educational and neurofeedback intervention and a control group of 15 individuals. Inclusion criteria were: diagnosis of autism by a psychiatrist, age 7-12 years, absence of seizure or control of it, having a moderate to high functional level by administering ASSQ questionnaire, and filling out the consent form by parents. The tools were Autism Domain Assessment Questionnaire (1999), the revised Wechsler intelligence scale (1969), TRIAD social skill assessment (2010), and the Waisman-ADL scale (2013). In addition to the center training programs, the TEACH method and neurofeedback interventions were performed individually in 20 sessions for 45 minutes and twice a week. The control group received only the routine center program. The obtained data were analyzed using SPSS 21 software and assessed T-test, chi-square test Shapiro-Wilk test, Leven's test, Lambda-Wilks test, multivariate analysis of covariance, and Bonferroni's follow-up test. All tests evaluated at the 0.05 level.

Results: The t-test and chi-square test showed that the subjects were homogeneous in terms of age and gender ($P=0.005$). By using Shapiro-Wilk, Leven, and Lambda Wilks tests, the covariance test hypotheses confirmed. The results of the analysis of covariance showed that intervention methods (functional behavior analysis and neurofeedback) were effective on a linear combination of dependent variables, and there was a significant difference between the mentioned groups ($p<0.001$). Also, the Bonferroni's follow-up test indicated that among the groups that received training and therapy with the groups were in neurofeedback training; there was no significant difference in the variance of cognitive skills with potential and social skills with the probability and daily activities with potential. But, in all three dependent variables, there was a significant difference between the two experimental groups and a control group ($p<0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, it can be concluded that both TEACH and Neurofeedback treatment methods have significant effects on cognitive and social skills and daily activities in children with autism and opting appropriate therapies depends on the environmental conditions and facilities of schools and institutes as well as parents' needs.

Keywords: Educational Therapy, Neurofeedback, Cognitive Skills, Social Skills, Everyday Life Activities, Autism Spectrum Disorder.

مقایسه اثربخشی روش درمانی-آموزشی (تیج) و نوروفیدبک بر ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم**

رقیه محمدی^۱، *محمد نریمانی^۲، عباس ابوالقاسمی^۳، سمیه تکلوی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛

۲. استاد ممتاز، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران؛

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: narimani@uma.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۰ آبان ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۱ دی ماه ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: والدین کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم و مربیان آن‌ها باید بررسی نمایند که کدام یک از مداخلات درمانی، با توجه به شرایط اختلال، مؤثرتر و مناسب‌تر است، بنابراین هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی روش درمانی-آموزشی (تیج) و نوروفیدبک بر ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم بود.

روش بررسی: روش تحقیق از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کودکان ۱۲-۷ ساله مبتلا به طیف اتیسم بودند که ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط و داوطلب به صورت هدفمند انتخاب شده و به روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله درمانی آموزشی و نوروفیدبک و یک گروه گواه پانزده نفره تقسیم شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سنجش دامنه اتیسم (۱۹۹۹)، مقیاس تجدیدنظرشده هوش و کسلر کودکان (۱۹۶۹)، پرسشنامه سنجش مهارت‌های اجتماعی استون و همکاران (۲۰۱۰) و مقیاس وایزمن (۲۰۱۳) استفاده شد. علاوه بر برنامه‌های آموزشی مرکز، مداخلات دو گروه به صورت انفرادی به مدت بیست جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و دو بار در هفته اجرا شد. گروه گواه صرفاً برنامه روتین مرکز را دریافت کرد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون آماری تی، کای دو، لون، شاپیرو-ویلک، لامبدا و ویلکز، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بن فرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت میانگین در پس‌آزمون گروه‌های آزمایش، در متغیرهای ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی بیشتر از پس‌آزمون گروه گواه بود و بین دو گروه مداخله (تیج) و نوروفیدبک با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین بین تأثیر دو روش مداخله بر متغیرهای ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، تفاوت معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، مداخلات درمانی آموزشی و نوروفیدبک بر ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم تأثیر داشته‌اند ولی بین دو روش مداخله در این پژوهش، تفاوت معناداری در میزان اثرگذاری بر متغیرهای وابسته مشاهده نشد.

کلیدواژه‌ها: روش درمانی آموزشی، نوروفیدبک، مهارت‌های شناختی، مهارت‌های اجتماعی، فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال طیف اتیسم.

**این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی نویسنده اول است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل انجام شده است.

اختلالات طیف اتیسم^۱ (ASD) گروهی از اختلالات هستند که ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲، آن را در طبقه عصبی‌رشدی آورده است. این اختلال در دوران رشد و قبل از سه‌سالگی شروع می‌شود و عوامل مختلف ژنتیکی و محیطی در بروز این اختلال دخیل‌اند. دو ملاک تشخیصی کلی برای این اختلال مطرح شده است: الف. وجود نقایص مداوم ارتباط و تعاملات اجتماعی در موقعیت‌های گوناگون؛ ب. الگوهای علائق، رفتار و فعالیت‌های تکراری و محدود (۱). در ایران تجربه‌های بالینی افزایش تعداد تشخیص‌های اتیسم را در سال‌های اخیر نشان می‌دهد (۲). ملک‌پور و همکاران در مطالعه همه‌گیرشناسی در شهرکرد، این میزان را در میان کودکان ۶ تا ۱۲ سال، ۹/۹۷ (دختران ۸/۳۴ و پسران ۱۱/۵۱) در هر ۱۰۰۰ کودک برآورد کرده‌اند (۳).

ازجمله مشکلاتی که افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم با آن مواجه هستند، مشکل در مهارت‌های شناختی است. ناتوانی ذهنی در ۸۰ درصد این افراد (هوش‌بهر کمتر از ۷۰) دیده می‌شود. از دیگر مشکلات این افراد، اجتماعی‌شدن و تعامل با دیگران به شیوه شایسته و ثمربخش در مراحل زندگی و آسیب در کارکردهای اجرایی است (۴). کروز و متیو، تأکید می‌کنند که اختلال در مهارت‌های اجتماعی شناخته‌شده‌ترین ویژگی ابتلا به اتیسم بوده و به‌صورت طیف در یک‌سو، کودکانی هستند که تمایل شدید به‌تنهایی و اجتناب از دیگران دارند و در سوی دیگر میل به برقراری ارتباط با دیگران دارند، ولی از چگونگی شروع و تداوم آن اطلاعی ندارند و در تماس با دیگران دچار مشکل هستند (۵). مشکل دیگر این افراد، نقص در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی^۳ است. رشد این مهارت‌ها در افراد عادی در یک توالی قابل پیش‌بینی رخ می‌دهد که به‌عنوان بخشی از حوزه‌های کارکردی^۴ فردی بوده و نقایص مهارت‌های کاری، خودیاری، اوقات فراغت و بهداشتی معمولاً با نقایص فعالیت‌های روزمره زندگی همراه هستند (۶). اسمیت، مینر و سلزر، سیر رشدی فعالیت‌های روزمره زندگی در نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال طیف اتیسم را بررسی کرده و نشان دادند که در این افراد، فعالیت‌های روزمره زندگی در طی نوجوانی و نزدیک به ۲۰ سالگی بهبود می‌یابد، اما بعدازآن سیر رشد، یکنواخت می‌شود (۷).

روش‌ها و مداخلات درمانی که در کودکان مبتلا به اتیسم پیشنهاد شده است عبارتند از: مداخلات زیستی- دارویی، مداخلات مکمل، مداخلات روانی-آموزشی، شیوه منتخب و گزینشی (ترکیبی) (۸). والدین و مربیان باید بررسی نمایند که کدام‌یک از روش‌های درمانی-آموزشی پیشنهادشده، با توجه به شرایط اختلال هرکدام از آن‌ها، مؤثرتر و مناسب‌تر است. دو روش درمان که بسیار موردتوجه محققان قرار گرفته است روش درمانی-آموزشی (درمان و آموزش مبتلایان به

اتیسم و معلولیت‌های ارتباطی (تیج)^۵ و نوروفیدبک^۶ هستند. تیج به برنامه آموزش ساختارمند معروف است و باور بر این است که محیط زندگی کودک باید با او انطباق داده شود نه این‌که کودک با محیط تطبیق داده شود. در این روش تأکید می‌شود که کودکان مبتلا به اتیسم در محیط سازمان‌یافته، خیلی بهتر از محیط غیر سازمان‌یافته به درمان‌ها و آموزش‌ها پاسخ می‌دهند. پرورش و رشد توانایی‌ها و علائق به جای تمرین صرف بر روی کمبودها از اولویت‌های مهم هستند. ایجاد مهارت‌های ارتباطی، پیگیری علائق اجتماعی و تفریحی و تشویق مبتلایان به درخودماندگی به دنبال کردن فرصت‌های مزبور بخش مهمی از برنامه تیج را تشکیل می‌دهد (۹). تحقیقات متعددی کارایی درمان تیج را نشان داده‌اند که از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد: مطالعه اپیدمیولوژیک در فنلاند نشان داد که بالای ۴۰ درصد کودکان دارای اتیسم در حال دریافت خدمات بر پایه تیج بودند (۱۰). سانز و همکاران طی پژوهشی مروری بیان کردند که برنامه تیج بر روی کودکان مبتلا به طیف اتیسم تأثیر می‌گذارد (۱۱). پانرای و همکاران نیز اثربخشی روش تیج را در مبتلایان به اتیسم در مقایسه با ناتوانی ذهنی شدید تأیید کرده‌اند (۱۲). وایروس-اورتگا و همکاران، در فراتحلیل بررسی تأثیرات بالینی تیج، نشان دادند که اثر کلی مداخله به میزان متوسط بوده و با افزایش سن، این مقدار نیز افزایش می‌یابد (۱۰).

علاوه بر روش تیج اخیراً نوروفیدبک به‌عنوان یک روش درمانی توجه بسیاری دریافت کرده است. نوروفیدبک سیستم درمانی پیچیده‌ایمن و غیرتهاجمی است که شکلی از بیوفیدبک بوده و به‌جای سیستم عصبی غیرارادی^۷، سیستم عصبی مرکزی^۸ را درگیر می‌سازد و فرآیند الکتریکی مغز را بررسی می‌کند (۱۳). منطق این روش درمانی، بر پایه شرطی‌سازی عاملی استوار است. در نوروفیدبک تلاش می‌شود تا نحوه کنترل و تغییر امواج مغز از طریق ارائه‌های بسیار سریع (چند هزارم ثانیه پس از وقوع) به فرد داده شود. با ادامه این تمرین، مغز بر امواج خود مسلط شده و به تولید بیشتر امواجی می‌پردازد که منجر به عملکرد بهتر می‌شود. (۱۴). جارسوسویچ^۹ شروع به تحقیق در مورد اثرات نوروفیدبک در کودکان دچار اتیسم کرد و طبق گزارش والدین، متوجه کاهش ۲۶ درصدی رفتار مبتلایان به اتیسم در مقایسه با کاهش سه درصدی در گروه گواه شد (به نقل از ۱۵). کوبن و همکاران، اثرات پروتکل‌های درمانی نوروفیدبک طراحی‌شده بر مبنای نقشه مغزی را در کودکان طیف اتیسم بررسی کرده و بهبودی قابل‌ملاحظه‌ای در توجه، آمایه انتقال، درک بینایی و عملکردهای زبانی مشاهده کردند (۱۶). پژوهش فردریک و همکاران نشان داد که نوروفیدبک تأثیر معناداری بر فعالیت مغز و فعالیت‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم دارد (۱۷).

با توجه به بررسی انجام‌شده تاکنون تحقیقات اندکی در داخل و خارج از کشور در زمینه بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمانی-

communication handicapped children (TEACCH)

^۶ Neurofeedback (NF)

^۷ (ANS)

^۸ (CNS)

^۹ Jarusiewicz

^۱ Autism spectrum disorder

^۲ DSM-5

^۳ Activity of Daily Living (ADL)

^۴ Performance area

^۵ Treatment and education for autistic and related

آموزشی (تیج) و نوروفیدبک صورت گرفته است و خلأ تجربی و نظری در این حیطه کاملاً محسوس است. این کودکان در سن رشد قرار دارند؛ برنامه‌های اثربخشی به این شکل تا حد زیادی آن‌ها توانمند نموده و از رشد و عود مشکلات آن‌ها جلوگیری خواهد کرد. با توجه به مشکلات شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در این کودکان، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روش درمانی آموزشی (تیج) و نوروفیدبک بر ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود.

۲ روش بررسی

روش تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم ۱۲-۷ سال و مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی کودکان با نیازهای ویژه شهر اردبیل در سال ۹۷ بود. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (۱۸) که تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط داوطلب به صورت هدفمند انتخاب، و به طور تصادفی ساده به دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. یعنی ابتدا با کسب مجوزهای لازم و مراجعه به مرکز توان‌بخشی کودکان با نیازهای ویژه، هدف پژوهش برای والدین توضیح داده شد و کودکان با داشتن معیارهای ورود به نمونه تشخیص ابتلا به اتیسم توسط روان‌پزشک، سن ۱۲-۷ سال، عدم وجود تشنج یا کنترل آن، داشتن سطح عملکردی متوسط به بالا با اجرای پرسشنامه سنجش دامنه اتیسم و پرکردن فرم رضایت‌نامه توسط والدین، در لیست نمونه‌های مطالعه قرار گرفتند. سپس مقیاس تجدیدنظرشده هوش و کسلر کودکان، پرسشنامه سنجش مهارت‌های اجتماعی و مقیاس فعالیت‌های روزمره زندگی به عنوان پیش‌آزمون برای آزمودنی‌ها اجرا شد. بعد از آن به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تقسیم شدند. علاوه بر برنامه‌های روتین مرکز گروه آزمایشی اول به روش تیج و گروه دوم به روش نوروفیدبک مورد مداخله قرار گرفتند. گروه گواه صرفاً برنامه‌های روتین مرکز را دریافت کرد. لازم به ذکر است که نویسندگان تمامی نکات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه به صورت کتبی و عدم انتشار نتایج افراد نمونه به صورت خصوصی را در این پژوهش رعایت کردند. ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر بود:

- پرسشنامه سنجش دامنه اتیسم^۱ ASSQ (۱۹۹۹): این پرسشنامه دارای ۲۳ گویه است که توسط اهلر، گیلبرگ و وینگ طراحی و هنجاریابی شده و ضریب آلفای آن ۰/۷۸ برآورد گردیده است (۱۹). این پرسشنامه در ایران توسط کاسه‌چی و همکاران هنجاریابی شده و نسخه فارسی آن از روایی صوری مناسب برخوردار است (۲). ضریب آلفای کرونباخ در گروه والدین کودکان عادی (۰/۷۷) و والدین کودکان اتیسم (۰/۶۵)، معلمان کودکان عادی (۰/۸۱) و معلمان کودکان اتیسم (۰/۷۰) برآورد شده است و برای غربالگری کودکان اتیسم با

عملکرد بالا مناسب است؛ در روایی محتوا، همبستگی بین ۲۱ سؤال از سؤالات، بیشتر از (۰/۳) برآورد شد. نمره‌گذاری در طیف لیکرت پنج نقطه‌ای (۰ = نمره = ندارد، ۱ = نمره = خیلی کم، ۲ = نمره = کم، ۳ = نمره = متوسط و ۴ = خیلی زیاد) می‌باشد و نمره بین ۵۰ تا ۱۰۰، به عنوان اتیسم با عملکرد بالا و بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ اتیسم با عملکرد متوسط محسوب می‌شوند (۲).

- مقیاس هوش و کسلر کودکان نسخه چهارم (۱۹۶۹): این مقیاس اولین بار توسط وکسلر به منظور ارزیابی هوش کودکان تهیه شده است. اعتبار این آزمون از طریق دونیمه کردن برای هوش‌بهر کلی ۰/۹۷ گزارش شده است (۲۰). در این مقیاس چهار نمره شاخص درک مطلب کلامی، شاخص استدلال ادراکی، شاخص حافظه فعال، شاخص سرعت پردازش و هوش‌بهر کل به دست می‌آید. هنجاریابی این مقیاس توسط عابدی و همکاران انجام شده که ضریب آلفای زیر مقیاس‌ها با روش دونیمه‌سازی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ برآورد گردیده است. (۲۱)

- پرسشنامه سنجش مهارت‌های اجتماعی^۲ (۲۰۱۰): توسط استون و همکاران تهیه شده است و دارای ۳۵ سؤال در مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (هیچ وقت=۱، گاهی اوقات=۲، بیشتر اوقات=۳ و همیشه=۴) است و چهار خرده‌مقیاس توانایی درک هیجانات و دیدگاه‌های دیگران، توانایی شروع تعامل با دیگران، توانایی حفظ تعامل با دیگران و توانایی پاسخ‌دهی به دیگران است. پایایی آن توسط سازندگان ۰/۹۲ برآورد شده است (۲۲). این پرسشنامه در ایران توسط همتی علمدارلو و گلزاری، ترجمه و اجرا شده است. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۹۵ به دست آمده است (۲۳).

- مقیاس وایزمن^۳ (W-ADL) (۲۰۱۳): این مقیاس برای مطالعات و همه‌گیرشناسی‌ها در نوجوانان و بزرگسالان با ناتوانی رشدی مناسب است. روایی این مقیاس توسط مینر و همکاران در نوجوانان و بزرگسالان با ناتوانی رشدی تأیید شده است. مقیاس وایزمن شامل ۱۷ فعالیت و ۳ گزینه (۰ = اصلاً نمی‌تواند انجام دهد، ۱ = با کمک انجام می‌دهد، ۲ = مستقل) می‌باشد. نتایج آلفای کرونباخ بین گروه‌ها ۰/۸۸ تا ۰/۹۴ و پایایی با کاپای وزن‌شده بین ۰/۹۲ و ۰/۹۳ است (۲۴). برای اولین بار در ایران، در پژوهش حاضر برای بررسی فعالیت‌های روزمره زندگی از مقیاس وایزمن استفاده شد و نتایج آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ و پایایی این مقیاس با کاپای وزن‌شده بین ۰/۹۳ و ۰/۹۴ بود. در ادامه توضیحات مربوط به مداخلات درمانی و آموزشی ارائه شده گردیده است.

- مداخلات روش درمانی آموزشی (تیج): با توجه به این که مؤلفه سازمان‌دهی فضا مهم‌ترین عنصر در روش تیج است، ابتدا فضای موردنظر جهت آموزش توسط محقق، سازمان‌دهی شد. فضای موجود به قسمت‌های مختلفی شامل مکان آموزش، مکان استراحت، مکان بازی آزاد و مکان انتظار پارتیشن‌بندی شد. سپس برای تسهیل دسترسی به این مکان‌ها فلش‌های راهنما در کف زمین و روی دیوار

³ Waisman-ADL scale

¹ Autism Domain Assessment Questionnaire

² Social Skills Assessment

بارنگ‌های مختلف نصب شد. طرز قرارگیری میز و صندلی کودک با توجه به فضای موجود مشخص شد. برای آموزش اهداف رفتاری مدنظر، جدول‌های آموزشی که به صورت گام به گام رفتار موردنظر را تجزیه کرده و به صورت تصویری مرحله‌ای نشان می‌دهد، تهیه شده و در مکان آموزش و در مقابل دید فرد نصب شدند. سمت شروع و اتمام فعالیت آموزشی، محل قراردادن وسایل آموزشی تکمیل شده و در انتظار تکمیل، با علائم و فلش مشخص شد (۹). بعد از سازمان‌دهی فضای آموزش متناسب با نیاز روش تیچ، مداخلات آموزشی به صورت استاندارد و طی بیست جلسه انجام گردید که جلسات آموزشی به اختصار در جدول ۱ آورده شده است (۹).

– مداخله به روش نوروفیدبک: مداخله نوروفیدبک با استفاده از دستگاه نوروفیدبک به مدت بیست جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و هفته‌ای دو بار به صورت انفرادی اجرا شد. قبل از شروع اولین جلسه، نحوه کار دستگاه نوروفیدبک و اتصال الکترودها و صفحه نمایش کامپیوتر برای

آزمودنی‌ها و والدین تشریح شد. در جلسه اول مداخله و ۱۳۰ ثانیه آغازین جلسه، ارزیابی EEG با تعیین خط پایه انجام شد و بر اساس آن پروتکل درمانی برای هر فرد، مشخص شد. پروتکل اجرا شده در همه افراد گروه در این تحقیق شامل سرکوب موج تتا (۷-۳ Hz) و تقویت موج بتای ملایم (۱۵-۱۲ Hz) و افزایش موج SMR در ناحیه Fz فرونتال مرکزی و در نیمکره راست بود. جایگاه قرارگیری الکترودها روی سر برای همه آزمودنی‌ها یکسان بود. الکترودها در ناحیه Fz (بر اساس سیستم بین‌المللی ۲۰-۱۰) روی پوست سر و الکتروده مرجع روی یک گوش و الکتروده گراند روی گوش دیگر قرار گرفت (۱۶).

داده‌های به دست آمده با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با آزمون آماری تی، کای دو، لون، شاپیرو ویلیک، لامبدای ویلکز، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بن فرونی تجزیه و تحلیل شدند، تمامی آزمون‌ها در سطح ۰/۰۵ بررسی گردیدند.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی تیچ

شماره جلسه	توضیحات
جلسه ۱	آشنایی کودک با محیط سازمان‌دهی شده و علائم و فلش‌های راهنما
جلسه ۲	آموزش حالات مختلف صورت (خوشحال، غمگین، عصبانی)؛ آموزش اشارات بدنی (بفرمایید، بیا، برو، نه، آره، تمام، خداحافظی).
جلسه ۳	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۴	آموزش سلام خودانگیخته، دست دادن با مخاطب، دعوت از همبازی و دادن اسباب بازی به او.
جلسه ۵	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۶	آموزش ادامه بازی با دیگران، تماس چشمی؛ روبه‌رو بودن با فرد مقابل حین تعامل؛ کمک به دیگری؛ رعایت نوبت؛ شریک شدن اسباب بازی با دیگری.
جلسه ۷	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۸	آموزش برقراری ارتباط چشمی، پاسخ به سلام دیگران به طور کلامی یا اشاره دست، معرفی خود.
جلسه ۹	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۱۰	آموزش بازوبستن زیپ و دکمه، درآوردن و پوشیدن آستین یا پاچه شلوار، درآوردن و پوشیدن جوراب و کفش.
جلسه ۱۱	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۱۲	آموزش درآوردن شلوار، نشستن در دستشویی، شستن خود، پوشیدن شلوار؛ درآوردن لباس، شستن و خشک کردن سر و بدن، پوشیدن لباس‌ها؛ مالیدن خمیر دندان روی مسواک؛ کشیدن مسواک روی دندان‌ها، شستن دهان.
جلسه ۱۳	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۱۴	آموزش خوردن با قاشق و چنگال، خوردن آب با لیوان، خوردن داخل بشقاب. تهیه یک لقمه کوچک.
جلسه ۱۵	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۱۶	آموزش درست کردن طرح‌های مختلف با مکعب از ساده به دشوار.
جلسه ۱۷	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۱۸	آموزش مفهوم از روی تصاویر مختلف از ساده به دشوار.
جلسه ۱۹	تمرین آموزش‌های جلسه قبل.
جلسه ۲۰	آموزش تکمیل تصاویر از ساده به دشوار.

۳ یافته‌ها

ابتدا نتایج آمار توصیفی در جدول ۲ ارائه شده است.

^۱ baseline

جدول ۲. توزیع فراوانی جنسیت و سن

		جنسیت		میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها	
		پسر	دختر	میانگین	انحراف معیار
گروه	گواه	۱۰	۵	۱۰/۶۰	۲/۲۳
	تیج	۱۱	۴	۱۰/۳۳	۲/۳۶
	نوروفیدبک	۱۳	۲	۹/۱۳	۳/۱۲
	کل	۳۴	۱۱	۱۰/۰۲	۲/۵۷

جدول ۲ نشان داد که درصد بیشتر آزمودنی‌ها پسر بودند و نتایج آزمون همگن در گروه‌ها قرار گرفتند. تی و کای دو نشان داد که آزمودنی‌ها به لحاظ سن و جنسیت به صورت

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در گروه‌ها

متغیر	پیش‌آزمون	مهارت‌های شناختی	مهارت‌های اجتماعی	فعالیت‌های روزمره
گواه	پیش‌آزمون	میانگین	۷۲/۴۷	۱۵/۲۷
	انحراف معیار	۱۰/۳۰	۱۱/۲۳	۳/۳۷
	پس‌آزمون	میانگین	۷۴/۰۰	۱۷/۰۷
	انحراف معیار	۱۱/۳۵	۱۳/۶۷	۳/۳۷
روش درمانی آموزشی	پیش‌آزمون	میانگین	۶۸/۷۳	۱۶/۳۳
	انحراف معیار	۸/۹۱	۶/۹۰	۳/۶۸
	پس‌آزمون	میانگین	۷۶/۸۰	۲۲/۰۰
	انحراف معیار	۱۱/۷۱	۸/۸۲	۳/۵۷
نوروفیدبک	پیش‌آزمون	میانگین	۶۵/۰۷	۱۲/۲۰
	انحراف معیار	۹/۴۵	۷/۰۶	۲/۷۶
	پس‌آزمون	میانگین	۷۷/۱۳	۱۸/۳۳
	انحراف معیار	۸/۶۳	۷/۱۷	۳/۵۶

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرها را در سه گروه نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج نشان داد، میانگین نمرات پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته است. برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد و با توجه به مقدار احتمال آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی؛ که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، نرمالیتی توزیع این متغیرها رد نشد. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس متغیرهای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی به صورت همگن توزیع شده است. علاوه بر این از آزمون لامبدای ویلکز جهت تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرها استفاده شد و نتایج آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار بود که یعنی بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرها اختلاف معنادار وجود داشت.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بین ۳ گروه روی نمرات تعدیل شده مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی، نشان داد که هر چهار آماره یعنی اثر پیلایی ($p \leq 0/001$)، لامبدای ویلکز ($p \leq 0/001$)، اثر هاتلینگ ($p \leq 0/001$) و بزرگ‌ترین ریشه روی ($p \leq 0/001$) معنادار بودند. یعنی ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیرهای مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان داد که روش‌های مداخله (تیج و نوروفیدبک) بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده‌اند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. جدول ۴ به بررسی اثرات گروه‌ها پرداخته است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه دو روش درمانی در گروه‌ها

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
گروه	مهارت‌های شناختی	۱۴۵۳/۵۲	۲	۷۲۷/۷۶	۱۷/۴۸	<0/001	0/۳۶
	مهارت‌های اجتماعی	۱۳۳۸/۶۲	۲	۶۶۴/۳۱	۱۷/۷۳	<0/001	0/۴۷
	فعالیت‌های روزمره	۶۵۰۳/۶۴	۲	۳۲۵۶/۳۲	۲۷/۰۲	<0/001	0/۳۹

خطا	مهارت های شناختی	۹۸۳/۶۷	۲۴	۴۱/۶۵
	مهارت های اجتماعی	۹۰۲/۵۸	۲۴	۳۸/۵۶
	فعالیت های روزمره	۲۸۷۸/۵۴	۲۴	۱۲۳/۳۶
کل	مهارت های شناختی	۸۳۰۸۷	۳۰	
	مهارت های اجتماعی	۵۹۹۱۶	۳۰	
	فعالیت های روزمره	۱۷۹۸۷۴	۳۰	

با کنترل پیش‌آزمون، میانگین مهارت‌های شناختی، مهارت‌های اجتماعی و فعالیت‌های روزمره در بین سه گروه تفاوت معناداری داشت ($p \leq 0/001$). به عبارت دیگر مداخله‌های تیچ و نوروفیدبک بر متغیرهای وابسته اثر مثبت معناداری داشتند. برای این‌که تعیین شود

جدول ۵. نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته بین سه گروه

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
مهارت های شناختی	آموزش درمانی	نوروفیدبک	۱/۹۱-	۱/۰۸	۰/۰۹۰
	نوروفیدبک	گواه	۵/۵۷	۱/۲۶	<۰/۰۰۱
	آموزش درمانی	نوروفیدبک	۸/۵۶	۱/۳۹	<۰/۰۰۱
مهارت های اجتماعی	آموزش درمانی	نوروفیدبک	۰/۸۸-	۰/۹۳	۰/۱۳۰
	نوروفیدبک	گواه	۹/۶۱	۱/۱۴	<۰/۰۰۱
	نوروفیدبک	گواه	۱۱/۳۳	۱/۰۲	<۰/۰۰۱
فعالیت های روزمره	آموزش درمانی	نوروفیدبک	۱/۲۴-	۱/۳۶	۰/۲۳۰
	نوروفیدبک	گواه	۸/۱۶	۱/۴	<۰/۰۰۱
	نوروفیدبک	گواه	۹/۰۲	۱/۵۵	<۰/۰۰۱

و همکاران به این نتیجه رسیدند که روش درمان نوروفیدبک بر فعالیت‌های مغزی، حسگرهای حرکتی و رفتار روزمره افراد مبتلا به اتیسم تأثیر می‌گذارد (۱۷). ولی نتایج این تحقیق با تحقیق مارلتیز و همکاران دارای ناهمخوانی در نتایج بود (۲۵). این دو تحقیق از لحاظ موضوعی دارای مشابهت بودند. علت اختلاف در یافته می‌تواند ناشی از جامعه آماری تحقیق مارلتیز باشد که شامل افراد بزرگسال بود و انتظار کودکان مبتلا به اتیسم با بزرگسالان متفاوت است.

در باره اثر نوروفیدبک می‌توان بیان کرد که در مغز کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم اختلالاتی در روند رشد شبکه‌های نورونی وجود دارد. به طوری‌که در بررسی بافت مغز تغییرات ساختاری یا پاتولوژیک به وضوح دیده نمی‌شود. نوروفیدبک می‌تواند یک تمرین برای بازگرداندن عملکرد این شبکه باشد. آنچه ما با آن سروکار داریم ارتباط عملکردی مغز است که تظاهر فیزیکی ندارد و نقص در ارتباطات عملکردی مغز می‌تواند به اندازه کافی باعث تخریب عملکرد فیزیولوژیک مغز شود (۱۴). این همان چیزی است که در طیف اتیسم نیز اتفاق می‌افتد. نگرش ما به موضوع این‌گونه است که کودک اتیستیک سیستم عصبی فوق برانگیخته دارد و این شرایط باعث می‌شود که کودک توجه و عملکرد نداشته باشد و نخستین قدم ما در این شرایط خارج کردن سیستم عصبی کودک از وضعیت بحرانی است.

نوروفیدبک با ایجاد «تمرین» مغز برای بهبود خودتنظیمی خود با ارائه اطلاعات واقعی باعث شناسایی مشکلات شناختی و بهبود فرایندهای

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده شد، با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی، بین گروهی که تحت آموزش درمانی قرار گرفتند با گروهی که تحت آموزش نوروفیدبک قرار گرفتند در متغیر مهارت‌های شناختی با مقدار احتمال ($p = 0/090$) و مهارت‌های اجتماعی با مقدار احتمال ($p = 0/130$) و متغیر فعالیت‌های روزمره با مقدار احتمال ($p = 0/230$) تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما در هر سه متغیر وابسته بین دو گروه آزمایشی با گروه گواه با مقدار احتمال ($p < 0/001$) تفاوت معنادار وجود دارد.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش درمانی آموزشی (تیچ) و نوروفیدبک بر ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. نتایج نشان داد که روش درمانی آموزشی و نوروفیدبک در مقایسه با گروه گواه، بر بهبود و ارتقای مهارت‌های شناختی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم اثربخش بوده‌اند. همچنین مقایسه مداخله‌ها در مهارت‌های شناختی نشانگر آن بود که بین دو روش درمانی اختلاف معناداری وجود ندارد.

نتیجه به دست آمده همسو با پژوهش‌های پیشین است. به عنوان مثال پانرای و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که روش درمانی آموزشی بر مشخصات شناختی و رفتاری کودکان اتیسمی تأثیر معناداری دارد (۱۲). ساز و همکاران به این نتیجه رسیدند که روش درمانی آموزشی موجب بهبود رفتارهای ناسازگارانه و کارکردی می‌شود (۱۱). فردریک

رویارویی و درگیری با موقعیت‌های اضطراب‌زا تأثیرگذار باشد. به نظر می‌رسد که این آموزش‌ها با ابعاد مختلف اختلال اتیسم تناسب دارند و آن‌ها را هدف قرار می‌دهند و به همین دلیل برای درمان این اختلال کاملاً مؤثر واقع می‌شوند.

پیشنهاد می‌شود که در مدارس استثنایی از روش درمانی آموزشی و نوروفیدبک به‌ویژه در زمینه افزایش ارتقای فعالیت‌های روزمره، مهارت‌های شناختی و اجتماعی کودکان برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت که دو روش درمانی تیج و نوروفیدبک تأثیر معناداری بر مهارت‌های شناختی و اجتماعی و فعالیت‌های روزمره در کودکان مبتلا به اتیسم دارند و انتخاب روش درمانی مناسب به شرایط محیطی و امکانات مدارس و آموزشگاه‌ها و همچنین نیازهای والدین دارد. اثربخشی روش درمانی آموزشی و نوروفیدبک کودکان را قادر به برقراری ارتباط با دیگران، قادر به ابراز خلاقیت و تصویرسازی و بازآفرینی تجارب و موقعیت‌های روزمره می‌کند و به کودکان اتیستیک رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزد.

۶ تشکر و قدردانی

از داوطلبین شرکت‌کننده در پژوهش و تمامی عزیزانی که به هر نحو ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم. لازم به ذکر است که هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد. همچنین این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی نویسنده اول مقاله است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل انجام شده است.

شناختی در کودکان طیف اتیسم می‌شود. همچنین نوروفیدبک با افزایش امواج بتا و کاهش امواج تتا می‌تواند منجر به عملکرد شناختی بهتر شود. از سوی دیگر افزایش امواج بتا با افزایش هوشیاری، تمرکز و متابولیسم می‌تواند موجب بهبود کارکردهای شناختی و اجتماعی شود (۱۶).

روش تیج بر این فرض استوار است که رفتار افراد به روشی که جهان را تفسیر می‌کنند، بستگی دارد. برای اینکه درمان با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیت‌ها ساختاریافته و هدف‌گرا باشد و کودک را برانگیزاند (۱۰). در همین راستا، مداخله حاضر هم این ویژگی‌ها را داشت. علاوه بر این، در روش درمانی ارائه شده در این پژوهش بیشتر از فعالیت‌های هیجانی، عملی و غیرکلامی استفاده شد و ازلحاظ نظری، تأکید بر تعامل فرد و محیط بود و اکتساب مهارت‌های اجتماعی محصول تعامل ویژگی‌های فرد و ماهیت رویدادهایی بود که فرد با آن مواجه بود، بنابراین انتظار می‌رود که این برنامه بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و شناختی کودکان اتیستیک مؤثر باشد.

در مطالعه ارسموند و همکاران نوجوان و جوان اتیسم را بررسی کردند و دریافتند که نوجوانی که استقلال بیشتری در فعالیت‌های زندگی روزمره خود دارد، مشارکت بیشتری را در اجتماع و فعالیت‌های خلاقانه دارد (۲۶) درواقع وجه مشترکی بین فعالیت‌های روزمره و مهارت‌های اجتماعی وجود دارد. میرزایی و همکاران عنوان کردند که فعالیت‌های روزمره به‌خصوص در سال‌های اولیه زندگی فرصت‌هایی را برای شرکت در فعالیت‌های دوفره و گروهی فراهم می‌کند و بر رشد کودک تأثیرگذار است و می‌تواند بر رشد زبان، ایجاد مهارت‌های اجتماعی و دستیابی به مهارت‌های تحصیلی در آینده تأثیرگذار باشد (۲۷). پس منطقی است که روش‌های درمانی مؤثر بر مهارت‌های اجتماعی، بر فعالیت‌های روزمره نیز تأثیر دارند.

به‌طورکلی روش درمانی آموزشی و نوروفیدبک می‌تواند روی بازسازی شناختی، آموزش آرام‌سازی عضلات، آموزش مهارت‌های زندگی و

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM-5). Rezaee F, Fakhraei A, Fermand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamloo F (Persian translators). [Tehran]: Arjmand Publishing; 2013.
2. Shiri E, Nejati V, PoueEtemad H. Investigation of the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on Improving the Distinguishing of Emotional States in Children with High Functioning Autism Disorder. JOEC. 2013; 13 (3):5-14. [Persian] <http://joec.ir/article-1-183-fa.html>
3. Malekpour M, Abedi A, Bozorgnia Sh. Prevalence of autism disorder in children 6-12 years old in Shahrekord 2008-2009. In:Regional Conference on Child and Adolescent Psychology. Kermanshah,Iran;Islamic Azad University of Kermanshah Branch,2011. [Persian]
4. Ashori M, Jalil-Abkenar SS, Razavi F. Definition Developmental Intelligent Disability and its Different in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th and 5th Revision. Exceptional Education. 2016; 8 (136) :57-60 [Persian] <http://exceptionaleducation.ir/article-1-505-fa.html>
5. Crozie S, Mathew T. Effects of social stories on prosocial behavior of preschool children with autism spectyum disorders. J Autism Dev Disord. 2007; 37(9):1803-14. [Doi: 10.1007/s10803-006-0315-7](https://doi.org/10.1007/s10803-006-0315-7)

6. Matson JL, Hattier MA, Belva B. Treating adaptive living skills of persons with autism using applied behavior analysis: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2012 Jan 1;6(1):271-6. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.008>
7. Smith LE, Maenner MJ, Seltzer MM. Developmental trajectories in adolescents and adults with autism: The case of daily living skills. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012 Jun 1;51(6):622-31. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.03.001>
8. Salemi Khamene A, Ghahari Sh, Soltanlou M, Darabi J. Effectiveness of pivotal response treatment on communicative and behavioral disorder of 8-12 years-old autistic boys. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2013; 15 (1):6-11. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-1679-fa.html>
9. Nikookholgh A, Saffariyan Toosi MR, Amid Nejat H, Zendedel A. Comparison of the Effectiveness of Pivotal Response Treatment model and the Therapeutic-Educational model with Emphasis on sensory integration on clinical Syndrome of Students with Autism Spectrum Disorder. *Med School J*. 2018; 61(3): 1036-49. http://mjms.mums.ac.ir/article_12145.html
10. Virues-Ortega J, Julio FM, Pastor-Barriuso R. The TEACCH program for children and adults with autism: A metaanalysis of intervention studies. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33:940-53. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.005>
11. Sanz-Cervera P, Fernández-Andrés I, Pastor-Cerezuela G, Tárraga-Mínguez R. The effectiveness of teach intervention in autism spectrum disorder: A review study. *Papeles Del Psicólogo*. 2018 Jan 1;39(1):40-50. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2851>
12. Panerai S, Ferrante L, Zingale M. Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) programme as compared with a non-specific approach. *Journal of intellectual disability research*. 2002 May;46(4):318-27. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00388.x>
13. Seilsepour M, Hamounpeyma E, Pirkhaefi A. The effect of Neurofeedback therapy sessions on female elementary students with attention deficit and hyperactivity in varamin city, in 2013. *Journal of the Student Research Committee*. 2013; 18(60): 24-33. http://nnj.mums.ac.ir/article_6448.html
14. Moin N, Asadi Gandomani R, Amiri M. The Effect of Neurofeedback on Improving Executive Functions in Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *JREHAB*. 2018; 19 (3) :220-7. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2317-fa.html>
15. Vosooghifard F, Alizadeh Zarei M, Nazari MA, Kamali M. The effect of neurofeedback training and neurofeedback with occupational therapy based on cognitive rehabilitation on executive functions in autistic children. *MRJ*. 2013; 7 (2) :28-34. <http://mrj.tums.ac.ir/article-1-5008-fa.html>
16. Coben R, Padolsky I. Assessment-guided neurofeedback for autistic spectrum disorder. *J Neurotherapy*. 2007;11(1):5. https://doi.org/10.1300/J184v11n01_02
17. Carrick FR, Pagnacco G, Hankir A, Abdulrahman M, Zaman R, Kalambaheti ER, Barton DA, Link PE, Oggero E. The treatment of autism spectrum disorder with auditory neurofeedback: A Randomized placebo controlled trial using the mente autism device. *Frontiers in neurology*. 2018 Jul 5;9:537. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00537>
18. Rezapour Mirsaleh Y, Ahmadi Ardakani Z, Shiri MJ. The Effectiveness of Lifestyle Change-Based Interventions with Emphasis on Educational Lifestyle on Educational Self-Concept of Veterans' Children. *J Mil Med*. 2018; 20 (5):546-53. <http://militarymedj.ir/article-1-1744-fa.html>
19. Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of autism and developmental disorders*. 1999 Apr 1;29(2):129-41. [Doi: 10.1023/A:1023040610384](https://doi.org/10.1023/A:1023040610384)
20. Petermann F, Petermann U. Wechsler Intelligence Scale for Children®—Fourth Edition. Frankfurt A.M.: Pearson Assessment. 2011.
21. Abedi MR, Sadeghi A, Rabiei M. Standardization of the Wechsler intelligence scale for children-IV in Chahar Mahal Va Bakhteyri State. *J psycho achive*. 2015; 22(2): 99-116 . [Persian]
22. Stone W, Ruble L, Coonrod E, Hepburn S, Pennington M, Burnette C, Brigham NB. TRIAD social skills assessment. *Assessing Children with Autism Spectrum Disorder*. 2010:2-11.
23. Hemati Alamdarloo G, Golzari F. The Effect of Social Stories Intervention on the Social Skills of Male Students with autism. *J psycho study*. 2015; 11(1): 7-28. [Persian] http://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1791.html

24. Maenner MJ, Smith LE, Hong J, Makuch R, Greenberg JS, Mailick MR. Evaluation of an activities of daily living scale for adolescents and adults with developmental disabilities. *Disabil Health J.* 2013; 6(1): 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.08.005>
25. Marlats F, Djabelkhir-Jemmi L, Azabou E, Boubaya M, Pouwels S, Rigaud AS. Comparison of effects between SMR/delta-ratio and beta1/theta-ratio neurofeedback training for older adults with Mild Cognitive Impairment: A protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2019; 20(1):88. [Doi:10.1186/s13063-018-3170-x](https://doi.org/10.1186/s13063-018-3170-x)
26. Orsmond GI, Krauss MW, Seltzer MM. Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *J Autism Dev Disord.* 2004; 34(3):245-56.
27. Mirzaie H, Jamshidian E, Hosseini SA. Routines in Families of Children With Autism. *JREHAB.* 2018; 19 (3):184-93. [Persian] <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2227-fa.html>