

تأثیر مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور بر رفتار سازشی فرزندان با نشانگان داون

دکتر سالار فرامرزی^{۱*}، دکتر غلامعلی افروز^۲ و دکتر مختار ملک پور^۳

پذیرش نهایی: ۸۷/۷/۲۸

تجدید نظر: ۸۷/۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۸۶/۸/۲۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور بر رفتار سازشی فرزندان دارای نشانگان داون زیر ۵ سال در شهر اصفهان انجام گرفت. **روش:** پژوهش از نوع آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور والدین ۳۶ فرزند مبتلا به نشانگان داون به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایشی گمارده شدند و برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس رفتار سازشی واینلند استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از روشهای آماری تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت بین عملکرد فرزندان با نشانگان داون در دو گروه مداخله و کنترل در رفتار سازشی و خرده‌مهارت‌های آن معنادار است. **نتیجه‌گیری:** مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور بر بهبود رفتار سازشی فرزندان دارای نشانگان داون تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: مداخله بهنگام، مداخله بهنگام خانواده‌محور، نشانگان داون، رفتار سازشی

مقدمه

نشانگان داون از رایج‌ترین اختلالات ژنتیکی است و مبتلایان به آن طیف وسیعی از ناهنجاریهای مادرزادی و پزشکی را دارا بوده و نیازمند به مراقبت و نگهداری مداوم هستند و از نظر ذهنی میزان عقب‌ماندگی آنها در سطح خفیف و متوسط است (وان کلو، ۲۰۰۶) و نسبت شیوع آن تقریباً در هر ۶۰۰ تا ۷۰۰ کودک، ۱ نفر است (هیز و بت شاو، ۱۹۹۳). در بررسی رشد حسی - حرکتی این کودکان دانست (۱۹۹۰)، به این نتیجه رسید که توالی رشد این کودکان شبیه دیگر کودکان است، اما آنها در انتقال از یک مرحله رشد به مرحله دیگر مشکلاتی دارند. همچنین در بررسی کودکان ۳ تا ۵ ساله ویشارت (۱۹۸۷)، گزارش کرد که کودکان با نشانگان داون، نسبت به کودکان عادی در طی دوره رشد و تحول

الگوهای عملکردی متفاوتی دارند. پژوهش در مورد کودکان دارای نشانگان داون مشخص کرده است که آنان در همه جنبه‌های رشد و تحول و از جمله رفتارهای سازشی تأخیر و عقب‌ماندگی دارند. رفتار سازشی در اصل ناظر بر شیوه‌ای است که فرد از عهده مسائل بر می‌آید و از این رو آسیب‌دیدگی رفتار سازشی بر از عهده برآمدن ناکامل یا ناموفق فرد دلالت دارد. مفهوم از عهده برآمدن با سه جنبه عمده بررسی می‌شود: کارگزاری مستقل، مسئولیت شخصی، مسئولیت اجتماعی (به نقل از رایبسنسون و رایبسنسون^۱، ترجمه فرهاد ماهر ۱۳۶۸). در تحقیقی که فیشلر و کوچ^۲ (۱۹۶۹) با استفاده از مقیاس «گزل»^۳ انجام دادند، مشخص شد که کودکان دارای نشانگان داون در مقایسه با کودکان

*- نویسنده رابط: استادیار روان‌شناسی دانشگاه اصفهان: میدان آزادی. هزارجریب دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی ۰۳۱۱۷۹۳۲۵۰۲ (s.faramarzi@Edu.ui.ac.ir E:mail:)

۲- استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران

۳- استاد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

عادی در مهارت‌های حرکتی، کلامی و خودیاری تأخیر و عقب‌ماندگی دارند (به نقل از افروز، ۱۳۷۹). لاولند (۱۹۸۷) نیز پاسخهای ۳۲ کودک پیش‌دبستانی دارای نشانگان داون را در برابر تصویر خود در آینه مورد مطالعه قرار داد و دریافت که این کودکان در برابر تصویر خود در آینه نسبت به کودکان عادی پاسخهای متفاوتی می‌دهند. راسکین، ماندی، کاساری و سیگمن (۱۹۹۴) هم در بررسی کودکان عادی و کودکان دارای نشانگان داون متوجه شدند که واکنش کودکان دارای نشانگان داون نسبت به اسباب بازی با کودکان عادی متفاوت است و آنها بیشتر اسباب بازی را پرت می‌کنند. همچنین در بررسی لگرست و بومن (۱۹۸۹) مشخص شد که پاسخ اجتماعی کودکان دارای نشانگان داون همراه با تأخیر است. کوی و همکاران (۱۹۹۹) هم در بررسی مشکلات رفتاری ۴۴ کودک دارای نشانگان داون به این نتیجه رسیدند که آنان مشکلات رفتاری بیشتری دارند، به خصوص در زمینه نقص در توجه^۴، نافرمانی^۵، اختلال در تفکر^۶ و کناره‌گیری اجتماعی، کاسکلی و دادز (۱۹۹۲)، نیز در تحقیقی نتیجه گرفتند که تقریباً از هر سه کودک دارای نشانگان داون یک نفر مشکلات رفتاری خاصی دارد و نسبت به افراد عادی در مقیاسهای درجه بندی مشکلات رفتاری به طور معناداری پایین‌تر از میانگین هستند. علاوه بر این، کار (۱۹۸۸)، در پژوهشی در زمینه رفتارهای سازشی افراد با نشانگان داون نتیجه گرفت که علی‌رغم یافته‌های مثبت، افراد ۲۱ ساله دارای نشانگان داون کاملاً مستقل عمل نمی‌کنند و نمی‌توانند زندگی خود را اداره و از خود حفاظت کنند. از طرفی اعتقاد بر این است که می‌توان از طریق برنامه مداخله بهنگام به «کودکان دارای نیازهای خاص»^۸ زیر ۵ سال کمک کرد تا به حداکثر تواناییها دست پیدا کنند و فرض بر این است که «شرکت در مداخله بهنگام»^۹ می‌تواند رشد آغازین کودک را زیاد کند و شروع خوبی برای به حداکثر رساندن عملکرد ذهنی و سازشی باشد. این امیدواری وجود دارد که اگر

رشد آغازین با سرعت بیشتر اتفاق افتد، به مرحله رشد طبیعی نزدیک‌تر می‌شود و سطح بالاتری از مهارت‌های شناختی، زبانی، رفتارهای سازشی و دیگر مهارتها به دست می‌آید؛ بنابراین، متخصصان معتقدند که کودکان مبتلا به نشانگان داون باید هرچه زودتر و بلافاصله بعد از تولد تحت مراقبت و مداخله بهنگام قرار گیرند (هیز و بت شاو، ۱۹۹۳). در حقیقت باید کودکان مبتلا به نشانگان داون زودتر از دیگر کودکان ناتوان (معمولاً در سن ۶ ماهگی) در برنامه مداخلات بهنگام شرکت کنند. (شانکف و همکاران، ۱۹۹۲).

مفهوم «مداخله بهنگام»^{۱۰} نیز از جمله مفاهیم واژه‌هایی است که در سالهای اخیر وارد حوزه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص شده است. این مفهوم در ادبیات فارسی به شکلهای مختلفی ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است: *مداخله اولیه*، *مداخله آغازین*، *مداخله زودهنگام*، *مداخله زودرس*، *مداخله جبرانی* و *مداخله بموقع*. به نظر میسلز و شانکف (۱۹۹۰)، مداخله بهنگام عبارت است از توافق برسر تلاشهای نظام‌مند و مستمر برای کمک بهنگام به کودکان زیر ۵ سال که از نظر رشدی آسیب‌پذیر و ناتوان هستند و نیز کمک به خانواده‌های ایشان. از طرفی رویکرد مداخله خانواده محور نیز از جمله رویکردهایی است که اخیراً توجه متخصصین را به خود جلب کرده است. این رویکرد فراتر از یکپارچه سازی محتوا درباره خدمات خانواده محور در برنامه‌ریزی آموزشی برای درگیر ساختن اعضای خانواده در آموزش و اجراست. «کمیت کودکان دارای ناتوانی»^{۱۱} (۲۰۰۱)، معتقد است که خانواده به مثابه مهره اصلی، نقش اساسی را در تضمین سلامت و رفاه کودکان دارد و به همین جهت است که امروزه توجه به خدمات بهداشتی و مربوط به رشد، از الگوی کودک محوری سنتی به الگوی خانواده محوری تغییر شکل داده است. این الگو اهمیت سهم خانواده به خصوص عوامل استرس‌زای موثر بر آن را در نظر می‌گیرد. در این مدل به توانایی خانواده برای مقابله با فشارهای

روانی پرداخته می‌شود. مائورا و دیگران (۲۰۰۳) بیان می‌کنند مداخله بهنگام در دهه ۱۹۶۰ با ظهور رویکرد کودک‌محور در درمان آغاز شد. با توجه به نقش خانواده به مثابه بخشی از درمان، تمرکز از کودک‌محوری به خانواده‌محوری در عرضه خدمات تغییر یافت. فلسفه درمان خانواده‌محور بر مبنای درمان کودک در چهارچوب خانواده برای به حداکثر رساندن نتایج رشد کودک استوار است. اهداف درمان و برنامه‌ریزی آن با مشارکت والدین صورت می‌گیرد تا آنها بتوانند به راحتی نیازهای کودک را برآورده کنند؛ بنابراین عرضه کنندگان خدمات باید مهارت‌های لازم را برای برقراری ارتباط مؤثر با والدین داشته باشند و نیز با فرهنگ‌های گوناگون آنها آشنا باشند تا بتوانند برنامه مداخله مناسب را طراحی کنند. «هانسون و کارتا^{۱۲}» (۱۹۹۵) نقل از «واکا» (۲۰۰۶)، اظهار می‌کنند که شرط خدمات جامع «خانواده محور» از آغاز، نویدی برای جلوگیری یا کاهش منبع استرس است. یکی از تغییرات مهم در مداخلات بهنگام، تغییر در اهمیت یادگیری و کسب مهارت‌های اجتماعی است. زیگلر و فوروارد (۲۰۰۰)، از کسانی که اساس ارزیابی خود را در مداخله بهنگام بر توانایی برنامه مداخله بر افزایش بهره هوشی قرار می‌دهند، انتقاد کرده‌اند. آنها همکاران خود را تشویق کرده‌اند تا به جای مهارت‌های شناختی، گستره‌ای از عملکردهای انسان را که به زعم آنها مهارت‌های اجتماعی نامیده می‌شوند، مورد توجه قرار دهند؛ زیرا به نظر آنها تحقیقات مربوط به مداخله بهنگام نشان می‌دهند که پیشرفت‌های شناختی و حرکتی موقتی است، اما فواید پایدار این برنامه‌ها در زمینه اجتماعی بیشتر است.

گیسون و هریس (۱۹۸۸)، بیان می‌کنند که در مجموع در زمینه تأثیر کوتاه‌مدت مداخلات بهنگام بر روی رشد و تحول کودکان حمایت‌هایی وجود دارد و این تأثیر در رفتارهای سازشی و بهره هوشی بارزتر است، در حالی که در زبان و مهارت‌های عمومی و شناختی این تأثیر کمتر است. تعدادی از محققان آثار

برنامه‌های مداخلات بهنگام را برای کودکان دارای نشانگان داون منتشر ساخته‌اند؛ از جمله کونولی، مرگان، راسل و فولتون (۱۹۹۳) در پژوهشی به مقایسه تأثیر مداخله بهنگام بر روی ۱۰ نوجوان دارای نشانگان داون شرکت کرده در مداخلات بهنگام در ایالت تنسی با ۱۰ نوجوانی که شرکت نکرده بودند، پرداختند. آنها گزارش کردند که نوجوانان شرکت کننده در مداخله بهنگام، دارای نمرات بالاتری بودند. میانگین بهره هوشی آنها ۴۰/۱ در مقایسه با گروه دیگر که میانگین بهره هوشی آنها ۳۰/۵ بود و تفاوت بهره هوشی از ۲۳ تا ۲۵ در مقایسه با تفاوت بهره هوشی گروه دیگر از ۱۷ تا ۴۵ بود. میانگین رفتار سازشی براساس مقیاس رفتار سازشی واینلند ۶۰/۲ برابر ۳۷/۷ برای افراد گروه اول در برابر گروه دوم و تفاوت میانگین آنها از ۳۴ تا ۹۶ و ۲۱ تا ۶۱ بود. دیگر گزارشها (فول و اولوین^{۱۳}، ۱۹۹۱)، داده‌های اضافی را در مورد کودکان با نشانگان داون نشان داده‌اند از جمله آنها کسانی هستند که در «مدل برنامه پیش‌دبستانی دانشگاه واشنگتن^{۱۴}» شرکت جستند. مدل اصلی برنامه پیش‌دبستانی برای کودکان دارای ناتوانی از جمله کودکان با نشانگان داون با هدف افزایش میزان رشد این کودکان در شش زمینه شکل گرفت که شامل مهارت‌های حرکتی درشت، شناخت، زبان دریافتی و زبان بیانی و رفتارهای سازشی بود. این برنامه همچنین در پی مشارکت دادن والدین در امر تعلیم فرزندانشان بود. در این گزارش، نویسندگان نتایج را در مورد ۱۹۴ کودک که ۹۲ تن از آنها نشانگان داون داشتند و از ۱۴ محل مختلف بودند، عرضه کردند. تحلیل داده‌ها درمورد کودکان با نشانگان داون بر این نکته دلالت می‌کرد که در همه زمینه‌ها پیشرفت چشمگیر بود و بهبود فراوانی در حیطه‌های شناختی و سازشی به‌وجود آمد. نسر، مولتنو و نایت (۱۹۸۹) از مقیاس «گریفتس^{۱۵}» برای اندازه‌گیری رشد ۵۵ کودک با نشانگان داون پیش‌دبستانی از جنوب آفریقا استفاده کردند و نتیجه

گرفتند که کودکانی که در خانه تحت تعلیم بودند، در رفتارهای سازشی و عملکردهای غیرکلامی نمره بالاتری کسب کرده بودند.

دمتریو (۱۹۸۸)، در پژوهش خود بر روی ۱۱ کودک با نشانگان داون بین دامنۀ سنی ۱۸ تا ۳۶ ماه که در مرکز پیش دبستانی کالج آموزشی دانشگاه واشنگتن تحت مداخلۀ بهنگام بودند، به این نتیجه رسید که گروه مداخله از نظر شناختی و رفتاری پیشرفت چشمگیری داشتند.

کونولی و همکاران (۱۹۸۴)، در طی پژوهشی تأثیر درازمدت برنامه مداخله‌ی بهنگام را روی عملکرد حرکتی، شناختی و سازشی کودکان با نشانگان داون بررسی کردند و نتیجه گرفتند که اگرچه عملکرد کودکان با نشانگان داون در گروه مداخله مجموعاً از عملکرد کودکان عادی کمتر است و لیکن نسبت به عملکرد کودکان با نشانگان داون در گروه مقایسه در زمینه سازشی و شناختی بهتر است.

تحقیقات انجام شده در دو دهۀ اخیر مبین این حقیقت است که آن دسته از کودکان با نشانگان داون که همان سالهای اول زندگی تحت آموزشهای لازم قرار می‌گیرند، عموماً در سن مدرسه از نظر توانمندی ذهنی در سطح دانش‌آموزان آموزش‌پذیر قرار می‌گیرند و از موقعیت شخصی و اجتماعی قابل توجهی برخوردار می‌شوند (پوشل^{۱۶}، ۱۹۸۷ نقل از افروز، ۱۳۷۹).

لائونن^{۱۷} (۱۹۹۷) در مقاله‌ای به بررسی تأثیر مداخلۀ بهنگام بر مهارتهای ارتباطی کودکان با نشانگان داون پرداخته و نتیجه گرفته است که مداخله موجب پیشرفتهای شناختی و اجتماعی می‌شود.

در زمینه تحول زبانی آن دسته از رویکردهای مداخله‌ای که سودمندترین نتایج را داشته‌اند، رویکردهایی هستند که از تأثیر مدلهای ارتباطی بر بهبود سبک تعامل و ارتباط مادر استفاده کرده‌اند. سیتز (۱۹۷۵) با استفاده از چنین الگویی برای سه مادر کودک با نشانگان داون گزارش کرد که هر سه

کودک افزایش مهارتهای زبانی داشتند. مک دونالد و همکاران (۱۹۷۴)، نیز به والدین آموزش دادند تا گفتار کودک را تقلید و گسترش دهند. در خلال سه ماهی که از ۵ ماه پژوهش گذشت، رشد زبانی مشابه افراد عادی بود.

هورن بی (۱۹۹۴)، الگویی را برای مشاوره و آموزش والدین عرضه می‌کند که چارچوب مفهومی و منطقی دارد. در الگوی مشاوره‌ای وی که با سایر الگوها همچون الگوی اگان (۱۹۸۲) و الان و نرن (۱۹۸۴) ارتباط دارد، سه مرحله ذکر شده است؛ ۱) گوش کردن ۲) درک کردن ۳) طرح ریزی برای عمل. در الگوی هورن بی نیز به اهمیت کار گروهی با والدین در قالب مشاورۀ گروهی و آموزش والدین توجه شده است.

با در نظر گرفتن تأثیر مداخلۀ بهنگام بر بهبود رشد و تحول کودکان با نشانگان داون و تفاوتهایی که در برنامه‌های مختلف مداخلۀ بهنگام دیده می‌شود، حال این سؤال مطرح است که آیا عرضه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای به والدین کودکان با نشانگان داون می‌تواند موجب بهبودی رفتارهای سازشی این کودکان شود؟ از پژوهشهای انجام گرفته نیز استنباط می‌شود که کودکان با نشانگان داون در زمینه رفتارهای سازشی مشکلاتی دارند و مداخلۀ بهنگام موجب بهبود و ارتقای رفتارهای سازشی می‌شود. این پژوهش نیز با هدف اثر بخشی مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر رفتارسازی فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال شهراصفهان انجام گرفت و این فرضیه مطرح شد که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر رفتار سازشی فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

از نظر روش شناسی، پژوهش از نوع آزمایشی است و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش را کل والدین بلافصل کودکان با نشانگان داون زیر ۵ سال در شهر اصفهان تشکیل می‌دهد. از بین والدین کودکان با نشانگان داون زیر ۵ سال که تا ابتدای اردیبهشت ماه ۸۵ به «انجمن حمایت از توان‌خواهان ذهنی و جسمی فردا در اصفهان» مراجعه کردند تعداد ۳۶ نفر از والدین به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (گروه آزمایش ۱۸ نفر و گروه کنترل ۱۸ نفر) گمارده و در پژوهش شرکت داده شدند. تعداد مادران شرکت‌کننده ۳۶ و تعداد پدران ۲۴ نفر، میانگین سنی مادران ۳۱ و میانگین سنی پدران ۳۵ سال و متوسط تحصیلات والدین در حد دیپلم بود.

ابزار

برای ارزیابی رفتارهای سازشی فرزندان با نشانگان داون از «مقیاس رفتار سازشی واینلند»^{۱۸} استفاده شد. گستره سنی این مقیاس از تولد تا ۲۵ سالگی است و تحقیقات نشان می‌دهند که روایی و اعتبار آن در سنین پایین‌تر و به‌ویژه در گروه‌های عقب‌مانده ذهنی از قوت بیشتری برخوردار است (سیف نراقی و نادری، ۱۳۷۴). این مقیاس را برای اولین بار در سال ۱۹۶۵ دال^{۱۹} منتشر کرد و در سال ۱۹۸۴ اسپارو و همکاران^{۲۰} در آن تجدید نظر کردند (ون، ۲۰۰۴). مقیاس مستقیماً روی کودک اجرا نمی‌شود، بلکه از نزدیک‌ترین فرد به کودک پرسیده می‌شود و در ۸ زمینه اطلاعات لازم را به‌دست می‌دهد که عبارت‌اند از: خودیاری عمومی، خودیاری در غذاخوردن، خودیاری در لباس پوشیدن، خودرهبی، اشتغال، ارتباط، جنبش و اجتماعی شدن. رضویه و مهرجانیان (۱۳۷۱) «روایی»^{۲۱} و «اعتبار»^{۲۲} این مقیاس را در سطح بالایی برآورد و بیان کرده‌اند که اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ در سطح ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ است. (به نقل از مهرجانیان، ۱۳۷۶). مهرجانیان (۱۳۷۶) مقیاس را مورد اعتباریابی مجدد قرار داده و اعتبار آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در سطح ۰/۹۹ و

روایی آزمون را با روش تحلیل سازه ۰/۹۲ گزارش کرده است. آناستازی (۱۹۷۶)، گزارش می‌کند که اعتبار مقیاس رفتار سازشی واینلند ۰/۹۲ است. همچنین در این پژوهش، اعتبار خرده مقیاسها با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد.

روش انجام پژوهش. نظر به اینکه طرح مذکور از نوع آزمایشی است، برای گردآوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز، مراحل و اقدامهای زیر طراحی و انجام گرفته است:

۱- انتخاب گروه نمونه به‌صورت تصادفی از میان والدین مراجعه‌کننده به مرکزحمایت از توان‌خواهان ذهنی و جسمی فردا که فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال داشتند.

۲- تقسیم گروه نمونه به دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی.

۳- اجرای مقیاس رفتار سازشی واینلند به‌مثابه پیش آزمون. رفتارهای سازشی کودکان با پرسیدن سئوالات مقیاس از والدین هر دو گروه ارزیابی شد.

۴- اعمال متغیر مستقل که در این پژوهش عبارت است از مداخله بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور به شرح ذیل؛

فرایند مشاوره با والدین کودکان با نشانگان داون با استفاده از الگوی مشاوره‌ای «هورن بی» (۱۹۹۴) به‌صورت فردی و گروهی طراحی شد. خلاصه مباحث و محورهای برنامه مداخله بهنگام روان‌شناختی خانواده محور به‌صورت خدمات مشاوره‌ای به شرح ذیل است:

۱) مشاوره فردی؛ در جلسات مشاوره فردی یکی از والدین و یا هر دو حضور داشتند و محور جلسه مشاوره با توجه به مواردی که والدین مطرح می‌کردند، تعیین و در مجموع حول این موارد بود: چگونگی ارتباط با کودک و سایر فرزندان، روش برخورد با مشکلات خاص کودک مبتلا و سایر فرزندان، مشکلات ارتباطی همسران باهم، مسائل خاص و ویژه کودک مبتلا در زمینه‌های درمانی، توان‌بخشی و غیره.

۲) مشاوره گروهی: برای کل خانواده‌ها ده جلسه مشاوره تعیین شد؛ موضوع این جلسات که در ذیل بیان شده، تا حدی از قبل پیش‌بینی شده بود، ولی انعطاف لازم را نیز داشت. در این جلسات مشاور نقش رهبری جلسه را به عهده داشت تا والدین به جمع‌بندی و اتفاق نظر درباره مسئله مورد نظر، دست پیدا کنند. مراحل مشاوره بدین شرح بود: ابتدا موضوع یا مسئله مطرح و کاملاً تبیین می‌شد؛ سپس از والدین و شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد تا بدون هیچ‌گونه خودسانسوری، احساس و نظر خود را در باره موضوع بیان کنند و از آنها خواسته می‌شد تا اجازه دهند دیگران نظر و احساسات خود را بیان کنند و سعی کنند به دیگران فرصت بدهند و به یکدیگر احترام بگذارند؛ در مرحله سوم مشاور نظر والدین را جمع‌بندی و مطالب مورد توافق مطرح شده را فهرست می‌کرد و از والدین می‌خواست تا اگر نظر اصلاحی دارند، بیان کنند و در آخر نتایج جلسه در یک یا چند جمله کوتاه خلاصه می‌شد. موضوعهای مطرح شده در جلسات عبارت بودند از: نگرش جامعه به معلولیت، نقش خانواده در ورود معلول به جامعه، بیان احساسات در خصوص معلولیت، مشکلات خانواده در مورد معلولیت فرزند، نقش پدران و مادران در فرایند پذیرش معلولیت، تجربیات والدین در رابطه با تغذیه و بهداشت فرزندان، مسائل مربوط به خواهران و برادران فرد مبتلا، مشارکت خانواده در فعالیتهای اجتماعی.

منظور از مداخله آموزشی، برگزاری جلسات آموزشی در زمینه شناخت ویژگیهای کودک با نشانگان داون و چگونگی ایجاد و پرورش رفتارهای سازشی در کودکان بود که مجموعاً طول دوره آموزشی ۳۵ جلسه و به میزان ۲ تا ۳ ساعت (۱ تا ۲ جلسه) در هر هفته بوده است. در این جلسات پدر و مادر باهم حضور داشتند.

شناخت کودکان دارای نشانگان داون. در این محور که به مدت دوازده جلسه طول کشید موارد و موضوعات زیرمطرح و به والدین آموزش داده شدند:

بیان اهداف، نشانه‌های بالینی نشانگان داون، علل و عوامل این نشانگان، ویژگیهای ذهنی و شناختی کودکان با نشانگان داون، ویژگیهای زبانی، گفتاری و حرکتی این نوع کودکان، مهارتهای حرکتی، ویژگیهای عاطفی و رفتاری، مسائل آموزشی و تحصیلی، مسائل و مشکلات عمومی، خانواده و مسائل اجتماعی کودکان مبتلا به نشانگان داون.

چگونگی ایجاد و پرورش رفتارهای سازشی در کودکان. در این محور که مجموعاً ۲۳ جلسه طول کشید، موارد و موضوعات زیر مطرح و به والدین آموزش داده شد: تعریف و طبقه‌بندی رفتارهای سازشی، توضیح و تشریح مهارتهای خودیاری، مهارت خودیاری در غذا خوردن، آموزش تکالیف مربوط به غذا خوردن، آموزش تکالیف مربوط به لباس پوشیدن، آموزش تکالیف مربوط به توالت، آموزش تکالیف مربوط به نظافت شخصی، آموزش تکالیف مربوط به زبان در زمینه درک و فهم زبان، آموزش تکالیف مربوط به زبان در زمینه بیانی، آموزش تکالیف مربوط به کشف محیط از طریق حواس، آموزش تکالیف مربوط به مهارتهای اجتماعی، آموزش روشهای ایجاد رفتار مطلوب، آموزش روشهای حفظ و نگهداری رفتارهای مطلوب، آموزش روشهای تعمیم رفتارهای مطلوب، آموزش روشهای افزایش رفتارهای مطلوب، آموزش روشهای کاهش و از بین بردن رفتارهای نامطلوب، مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان با نشانگان داون.

۵- پس از برگزاری جلسات منظم مشاوره و آموزش به مدت ۸ ماه، مجدداً مقیاس رفتار سازشی واینلند به مثابه پس‌آزمون اجرا شد. لازم به ذکر است که در مرحله پس‌آزمون پژوهش با افت آزمودنی (گروه آزمایش ۳ نفر و کنترل ۲ نفر) مواجه شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. با توجه به طرح تحقیق و با توجه به نوع فرضیه‌ها و داده‌های به دست آمده، روشهای تحلیل کواریانس

جدول ۱- شاخصهای آماری نمره رفتار سازشی گروه کنترل و گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	تعداد		میانگین		انحراف معیار	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	۱۸	۱۵	۲۷.۱۶۶	۴۱.۲	۱۷.۲۲	۱۸.۲۶
کنترل	۱۸	۱۶	۲۶.۵	۲۹.۶۸	۱۴.۹۰	۱۳.۶۸

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس Ancova در خصوص تأثیر مداخلات بر رفتار سازشی فرزندان

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اِتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۷۳۰۴.۵۸۴	۱	۷۳۰۴.۵۸۴	۱۱۸۰.۵۱۷	۰.۰۰۱	۰.۹۷۷	۱
گروه	۶۴۱.۱۳۴	۱	۶۴۱.۱۳۴	۱۰۳.۶۱۶	۰.۰۰۱	۰.۷۸۷	۱
خطا	۱۷۳.۲۵۳	۲۸	۶.۱۸۸				
کل	۴۷۰۴۱	۳۱					

مورد استفاده قرار گرفت. با استفاده از نرم افزار آماری spss از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره^{۲۳} و چندمتغیره^{۲۴} استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش یافته‌های به‌دست آمده دربارهٔ اثربخشی مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر رفتار سازشی فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال خلاصه و ارائه شده‌اند. همچنان که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، تفاوت و بین عملکرد فرزندان با نشانگان داون در دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کنندهٔ این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر رفتارهای سازشی فرزندان با نشانگان

داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۷۸٪ این تغییرات ناشی از تأثیر برنامهٔ مداخله است.

ابتدا عملکرد فرزندان با نشانگان داون، در دو گروه مداخله و کنترل در مهارت‌های خودیاری در لباس پوشیدن، جنبشی و حرکتی، خودیاری در غذا خوردن، اشتغال، اجتماعی شدن، خودیاری در مهارت‌های عمومی و ارتباط در پیش‌فرضهای آماری «اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشهٔ ری^{۲۵}» مورد محاسبه قرار گرفت و مشخص شد تفاوت بین عملکرد دو گروه در سطح $p < 0/001$ معنادار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کنندهٔ این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، در مجموع بر رشد خودیاری در لباس پوشیدن، جنبشی و حرکتی، خودیاری در غذا خوردن، اشتغال،

اجتماعی شدن، خودیاری عمومی و ارتباط فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد.

جدول ۳- شاخصهای آماری به‌دست آمده در رابطه با نمرات گروه آزمایش و کنترل در خرده‌مهارتهای مختلف واینلند

نام خرده آزمون	گروه	میانگین		انحراف معیار	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
خودیاری در لباس پوشیدن	آزمایش	۲.۸۳	۴.۸۰	۳.۰۳	۳.۷۶
	کنترل	۲.۵۵	۲.۶۸	۲.۷۹	۲.۷۰
جنبشی و حرکتی	آزمایش	۲.۸۸	۴.۵۳	۲.۳۹	۲.۲۳
	کنترل	۳.۰۵	۳.۳۱	۲.۱۵	۲.۰۸
خودیاری در غذا خوردن	آزمایش	۴.۶۶	۷.۴	۳.۷۵	۳.۸۳
	کنترل	۴.۱۶	۴.۵	۳.۲	۳.۰۳
اشتغال	آزمایش	۳.۶۱	۵.۵۳	۲.۷۴	۲.۸۷
	کنترل	۳.۷۲	۴.۱۲	۲.۵۶	۲.۰۲
اجتماعی شدن	آزمایش	۲.۶۶	۴.۶۶	۱.۸۱	۲.۱۲
	کنترل	۲.۹۴	۳.۶۲	۱.۵۸	۱.۳۱
خودیاری در مهارتهای عمومی	آزمایش	۷.۱۶	۹.۴۶	۳.۳۶	۲.۶۴
	کنترل	۷.۲۲	۷.۸۷	۳.۰۲	۲.۷۷
ارتباط	آزمایش	۳.۳۳	۱.۷۴	۱.۶۴	۴.۸
	کنترل	۲.۸۳	۳.۵۶	۱.۶۱	۱.۴۱

جدول ۴- نتایج تحلیل مانکوا Mancova در رابطه با نمرات گروه آزمایش و کنترل در خرده مهارتهای واینلند

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اِتا	توان آزمون
متغیرهای وابسته	خودیاری در لباس پوشیدن	۳۵.۷۹۵	۱	۳۵.۷۹۵	۴۸.۱۸۲	۰.۰۰۱	۰.۶۹۶	۱
	جنبشی و حرکتی	۱۵.۴۸۷	۱	۱۵.۴۸۷	۲۷.۶۰۷	۰.۰۰۱	۰.۵۶۸	۰.۹۹۹
	خودیاری در غذا خوردن	۱۰.۹۰۹	۱	۱۰.۹۰۹	۱۸.۶۴۷	۰.۰۰۱	۰.۴۷۰	۰.۹۸۴
	اشتغال	۷.۴۴۷	۱	۷.۴۴۷	۱۲.۶۵۹	۰.۰۰۲	۰.۳۷۶	۰.۹۲۴
	اجتماعی شدن	۶.۹۶۰	۱	۶.۹۶۰	۲۳.۶۸۵	۰.۰۰۱	۰.۵۳۰	۰.۹۹۶
	خودیاری عمومی	۴۰.۷۸۵	۱	۴۰.۷۸۵	۴۲.۳۷۳	۰.۰۰۱	۰.۶۶۹	۱
	ارتباط	۱۳.۴۶۴	۱	۱۳.۴۶۴	۵۲.۴۵۲	۰.۰۰۱	۰.۷۱۴	۱
گروه	خودیاری در لباس پوشیدن	۱۱.۱۶۶	۱	۱۱.۱۶۶	۱۵.۰۳۰	۰.۰۰۱	۰.۴۱۷	۰.۹۵۹
	جنبشی و حرکتی	۷.۴۲۵	۱	۷.۴۲۵	۱۳.۲۳۵	۰.۰۰۲	۰.۳۸۷	۰.۹۳۴
	خودیاری در غذا خوردن	۲۷.۱۸۵	۱	۲۷.۱۸۵	۴۶.۴۶۸	۰.۰۰۱	۰.۶۸۹	۱
	اشتغال	۸.۳۹۱	۱	۸.۳۹۱	۱۴.۲۶۴	۰.۰۰۱	۰.۴۰۴	۰.۹۴۹
	اجتماعی شدن	۵.۸۴۲	۱	۵.۸۴۲	۱۹.۸۷۸	۰.۰۰۱	۰.۴۸۶	۰.۹۸۹
	خودیاری عمومی	۱۲.۲۳۱	۱	۱۲.۲۳۱	۱۲.۷۰۷	۰.۰۰۲	۰.۳۷۷	۰.۹۲۵
	ارتباط	۳.۵۶۲	۱	۳.۵۶۲	۱۳.۸۷۶	۰.۰۰۱	۰.۳۹۸	۰.۹۴۴

همچنان که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی) :

۱- تفاوت بین عملکرد فرزندان با نشانگان داون در خرده‌مقیاس خودیاری در لباس پوشیدن، در دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر خودیاری در لباس پوشیدن فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۴۱٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

۲- تفاوت بین عملکرد فرزندان با نشانگان داون در خرده‌مقیاس جنبشی و حرکتی، در دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0/002$ معنادار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر رفتار جنبشی- حرکتی فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۳۸٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

۳- تفاوت بین عملکرد فرزندان با نشانگان داون در خرده‌مقیاس خودیاری در غذا خوردن، در دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر خودیاری در غذا خوردن فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۶۸٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

۴- تفاوت بین عملکرد فرزندان با نشانگان داون در خرده‌مقیاس اشتغال، در دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ به عبارت دیگر

می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر اشتغال فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۴۰٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

۵- تفاوت بین عملکرد فرزندان با نشانگان داون در خرده‌مقیاس اجتماعی شدن، در دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر اجتماعی شدن فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۴۸٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

۶- تفاوت بین عملکرد فرزندان مبتلا به نشانگان داون در خرده‌مقیاس خودیاری عمومی در دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0/002$ معنادار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر خودیاری عمومی فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۳۷٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

۷- تفاوت بین عملکرد فرزندان با نشانگان داون در خرده‌مقیاس ارتباط در دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0/001$ معنادار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کننده این مطلب است که مداخلات بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور، بر ارتباط فرزندان با نشانگان داون زیر ۵ سال تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۳۹٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد مهم‌ترین سؤال پژوهش این بود که آیا خدمات مداخله بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور موجب بهبود رفتارهای سازشی فرزندان با نشانگان داون می‌شود؟ لذا این پیش‌فرض مطرح شد که اگر والدینی که دارای فرزند با نشانگان داون زیر ۵ سال هستند، خدمات روان‌شناختی را در قالب مشاوره‌های فردی و گروهی دریافت دارند و نیز اطلاعات لازم را در زمینه ویژگیها و خصوصیات فرزندان با نشانگان داون کسب کنند و درباره چگونگی رشد و پرورش رفتارهای سازشی فرزندان از آموزشهای لازم تحت عنوان مداخله آموزشی بهره‌مند شوند، می‌توان گفت این خدمات موجب بهبود رفتارهای سازشی فرزندان با نشانگان داون می‌شود.

پژوهشهای انجام گرفته این موضوع را تأیید می‌کنند که کودکان با نشانگان داون در همه جنبه‌های رشد و تحول و به‌ویژه در زمینه رفتارهای سازشی مشکلاتی دارند (وان کلو، ۲۰۰۶؛ راسکین و دیگران، ۱۹۹۴؛ دانست، ۱۹۹۰؛ لگرس و بومن، ۱۹۸۹؛ ویشارت، ۱۹۸۷؛ فیشلر و کوچ، ۱۹۶۹) و نه تنها از نظر رفتار سازشی دچار تأخیر و رشد نایافتگی هستند، بلکه نسبت به کودکان عادی مشکلات رفتاری بیشتری دارند (کوی و دیگران، ۱۹۹۹؛ کاسکی و دادز، ۱۹۹۲).

نتایج پژوهش نشان داد که مداخله بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده‌محور موجب بهبود رفتارهای سازشی فرزندان با نشانگان داون می‌شود و این بهبودی در همه خرده‌مهارتهای رفتار سازشی همچون؛ خودیاری در لباس پوشیدن، مهارت جنبشی و حرکتی، خودیاری در غذا خوردن، اشتغال، اجتماعی‌شدن، خودیاری در مهارتهای عمومی و ارتباط مشاهده می‌شود. مقایسه‌ای بین نمرات هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (جداول ۱ و ۳) نشان می‌دهد که نمره گروه آزمایش در پس‌آزمون تغییر

معناداری دارد و نمره این گروه ۴۱/۲ بیشتر از گروه کنترل ۲۹/۶ است. تبدیل میانگین این نمرات به سن اجتماعی نشان می‌دهد که سن اجتماعی گروه آزمایش در پس‌آزمون ۲/۷ و گروه کنترل ۱/۷ است؛ این در حالی است که سن تقویمی هر دو گروه در حدود ۳ سال می‌باشد و مقایسه نمرات هر دو مبتنی این وضعیت است که اولاً رفتار سازشی این کودکان به شدت آسیب دیده و ثانیاً اگرچه مداخله تا حدی توانسته نمره رفتار سازشی گروه آزمایش را افزایش دهد و به سن تقویمی نزدیک کند ولی هنوز رفتار سازشی آنان در حد طبیعی نیست.

یافته‌های به دست آمده درباره اثربخشی مداخله بهنگام روان‌شناختی و آموزشی خانواده محور بر بهبود رفتارهای سازشی فرزندان با نشانگان داون با یافته‌های سایر پژوهشهای انجام گرفته (کنلی و همکاران، ۱۹۹۳؛ فوول و اولوین، ۱۹۹۰؛ نسر و همکاران، ۱۹۸۹؛ دمتریو، ۱۹۸۸؛ کونولی و همکاران، ۱۹۸۴؛ پوشل، ۱۹۸۷؛ لائونن، ۱۹۹۷؛ سیتز، ۱۹۷۵؛ مک دونالد و همکاران، ۱۹۷۴ و زیگلر و همکاران، ۲۰۰۰) همسو است اگرچه این تأثیر در طی یک دوره کوتاه بررسی شده و باید آن را کوتاه‌مدت تلقی کرد و تأثیر درازمدت آن نیاز به بررسی بیشتری دارد ولی حداقل می‌توان گفت که خدمات روان‌شناختی و آموزشی به والدین موجب بهبود عملکرد فرزندان می‌شود.

آنچه از پژوهشهای انجام گرفته استنباط می‌شود این است که خدمات مداخله بهنگام به کودکان دارای نیازهای خاص زیر ۵ سال بر همه جنبه‌های رشد و تحول آنان تأثیر مثبت دارد و موجب بهبود عملکرد آنان می‌شود (هیز و بت شاو، ۱۹۹۳؛ شانکف و همکاران، ۱۹۹۲؛ گیسون و هریس، ۱۹۸۸) و برای کودک و خانواده پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدتی را به دنبال دارد. با بررسی پژوهشهای انجام گرفته مشخص می‌شود که در این پژوهشها نحوه عرضه خدمات مداخله بهنگام به گونه‌ای بوده است که کودکان مستقیماً در یک مرکز یا مؤسسه مداخله

بهنگام و یا در منزل از طریق مربی خاص از خدمات بهره‌مند می‌شده‌اند؛ به عبارتی نتایج تحقیقات انجام‌گرفته متکی به مداخله‌های مستقیم آموزشی و توان‌بخشی بر روی کودک بوده که یک متخصص این خدمات را عرضه کرده است. در پژوهش کنلی و همکاران (۱۹۹۳) اثر بخشی مداخله بهنگام بر روی افرادی بررسی شده است که خدمات بلاواسطه دریافت داشته‌اند و در گزارش فول و اولوین (۱۹۹۱) و دمتریو (۱۹۸۸) داده‌های پژوهشی مربوط به افرادی است که در یک مرکز پیش‌دبستانی تحت خدمات مداخله بهنگام بوده‌اند و داده‌های نسر و دیگران (۱۹۸۹) نیز در مورد کسانی است که در منزل تحت تعلیم مربی خاص بودند. کونولی و همکاران (۱۹۸۴) هم تأثیرات درازمدت مداخله بهنگام را در مورد افرادی مطالعه کرده‌اند که در مراکز و مؤسسات مداخله بهنگام از خدمات لازم برخوردار شده‌اند. اگرچه پژوهش‌های انجام گرفته به تأثیر مداخله بهنگام بر رشد و تحول کودکان با نشانگان داون بالاخص در زمینه رفتارهای سازشی تأکید دارند ولی باید به دو تفاوت مهم بین آنها و این پژوهش اشاره کرد: یکی نوع الگوی مداخله است. ادبیات و پیشینه مداخله بهنگام نشان می‌دهد که الگوهای مداخله بهنگام با توجه به اینکه خدمات در کجا و چگونه عرضه شوند متفاوت‌اند، از جمله الگوی مرکز محور (مؤسسه‌محور)، الگوی خانه‌محور (خانواده محور) و الگوی دوگانه مرکز-خانه محور. که در این پژوهش الگوی خانواده‌محور لحاظ شده است و این در حالی است که پژوهش‌های انجام گرفته مؤسسه‌محورند؛ دوم در زمینه نوع مداخله است که خدمات مداخله بهنگام در این پژوهش از نوع روان‌شناختی و آموزشی تعریف و تعیین شد.

از طرفی با توجه به محدودیتهایی که پژوهش از نظر روش شناختی با آن مواجه بوده است، این محدودیتها عبارت‌اند از: محدود کردن پژوهش به الگو و نوع خاصی از مداخله، و گروه خاصی از کودکان، و ابزار خاصی برای جمع‌آوری داده‌ها، و نیز افت

آزمودنیها باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش بر روی سایر گروههای کودکان با نیازهای خاص انجام گیرد، همچنین در بررسی مداخلات بهنگام به انواع مداخله توجه شود و تأثیر مداخلات بر روی سایر ویژگیهای کودکان مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود تا برای آن دسته از والدینی که کودکان معلول آنها زیر ۵ سال است، برنامه مداخله بهنگام به‌صورت خدمات آموزشی، روان‌شناختی و درمانی تدوین و به طور رسمی در مراکز خاص به آنها عرضه شود.

یادداشتها

- 1) Robinson & Robinson
- 2) Fishler & Koch
- 3) Gessel
- 4) Attention deficit
- 5) Noncompliance
- 6) Thought disorder
- 7) Social withdrawal
- 8) Children with special needs
- 9) Participation in early intervention
- 10) Early Intervention
- 11) Committee on Children with Disabilities
- 12) Hanson & Carata
- 13) Fewell & Oelwein
- 14) Model Preschool of University Washington
- 15) Griffiths Scale of mental Development
- 16) Pueschel
- 17) Launonen
- 18) Vineland Adaptive Behavior Scale
- 19) Doll
- 20) Sparrow et al
- 21) Validity
- 22) Reliability
- 23) Ancova

- syndrome and their families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 407-431.
- Coe, D A., Matson, J L., Deirdre W, R., Slifer, K J., Capone, G T., Baglio, C., Stallings, S. (1999). Behavior Problems of Children with Down Syndrome and Life Events. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 2, 1999.
- Committee on Children With Disabilities. (2001). Role of the Pediatrician in Family-Centered Early Intervention Services. *PEDIATRICS* Vol. 107 No. 5 May 2001, pp. 1155-1157
- Connolly, B.H., Morgan, S.B., Russell, E.F., & Fulliton, W.L. (1993). A longitudinal study of children with Down syndrome who experienced early intervention programming. *Physical Therapy*, 73, 170-181.
- Connolly BH, Morgan S, Russell FF. (1984). Evaluation of children with Down syndrome who participated in an early intervention program. Second follow-up study. *Journal of Physical Therapy*, 64, 10 :1515 – 1519.
- Cuskelly, M., Dadds, M. (1992). Behavioural problems in children with Down's syndrome and their siblings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 749-761.
- Dmitriev, V. (1988). Cognition and the Acceleration and Maintenance of Developmental Gains among Children with Down syndrome: Longitudinal Data. *Journal of Down's Syndrome: Papers and Abstracts for Professionals*. Issue: 1: 11 :6- 11.
- Dunst, C.J. (1990). Sensorimotor development of infants with Down syndrome. In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *Children with Down*
- 24) Mancova
- 25) Pilla's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling Trace Roy's Largest Root
- منابع**
- افروز، غلامعلی. (۱۳۷۹). مقدمه ای بر روان‌شناسی و توانبخشی کودکان سندرم داون. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- جانسون، ویگی و ورنر، روبرتا. (۱۳۶۹). راهنمای آموزش گام به گام نوزادان و کودکان عقب‌مانده ذهنی. ترجمه حسام گوهری و شهین بیضاوی. تهران: نشر رودکی.
- رابینسون، نانسی ام و رابینسون، هالبرت بی. (۱۳۶۸). کودک عقب مانده ذهنی. ترجمه فرهاد ماهر (۱۳۶۸). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- سیف نراقی، مریم و عزت الله نادری. (۱۳۷۴). مقیاس رشد اجتماعی و اینلند. جزوه درسی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران (چاپ نشده).
- مهرجهانیان، بهرخ. (۱۳۷۶). ترجمه، انطباقی مقدماتی فرهنگی و سنجش اعتبار و پایایی مقیاس رفتارهای انطباقی و اینلند: فرم کلاسی برای استفاده در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی. دانشگاه شیراز.
- Allan, J.A.B. and Nairne, J. (1984). *Class Discussions for Teachers and Counsellors in the Elementary school*. Toronto: University of Toronto Press.
- Carr, J. (1988). Six weeks to twenty-one years old: A longitudinal study of children with Down's

- Egan, G. (1982). *The Skilled Helper*. 2nd. Brooks/Cole. Monterey. CA.
- Fewell, R. R., Oelwein, P. L. (1990). The relationship between time in integrated environments and developmental gains in young children with special needs. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10, 104-116.
- Gibson, D., & Harris, A. (1988). Aggregated early intervention effects for Down's syndrome persons: Patterning and longevity of benefits. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 1-17.
- Hayes, A., Batshaw, M. L. (1993). Down Syndrome. *Pediatric Clinics of North America*, 40, 523-535.
- Hornby, G. (1994). *Counseling in Child Disability*. United Kingdom: Chapman-Hall.
- Launonen, Kaisa. (1997). *The Effects of Early Intervention on the Language and Communication Skills of Children with Down Syndrome*. Lisbon CPLOL Congress. 1997 May 2-4.
- Launonen, Kaisa. (1997). *The Effects of Early Intervention on the Language and Communication Skills of Children with Down Syndrome*. Lisbon CPLOL Congress. 1997 May 2-4.
- Legerstee, M., Bowman, T. G. (1989). The development of responses to people and a toy in infants with Down syndrome. *Infant Behavior and Development*, 12, 465-477.
- Loveland, K. A. (1987). Behavior of young children with Down syndrome before the syndrome: A developmental perspective (pp. 180-230). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- mirror: Finding things reflected. *Child Development*, 58, 928-936.
- MacDonald, J. D., Blott, J. P., Gordon, K., Spiegel, B., Hartmann, M. (1974). An experimental parent-assisted treatment program for preschool language-delayed children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39, 395-415.
- Maura, I., Jenny Poulin, S., Stephanie, C., Meenakshi, P. (2003). Creating a Family-Centered Approach to Early Intervention Services: Perceptions of Parents and Professionals. *Journal of Pediatric Physical Therapy*, 15, 23-31.
- Meisels, S., & Shankoff, J. (Eds.). (1990). *Handbook of Early Intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Neser, P. S. J., Molteno, C. D., & Knight, G. J. (1989). Evaluation of preschool children with Down's syndrome in Cape Town using the Griffiths Scale of Mental Development. *Child: Care, Health and Development*, 15, 217-225.
- Ruskin, E. M., Mundy, P., Kasari, C., Sigman, M. (1994). Object mastery motivation of children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 499-509.
- Seitz, S. (1975). Language intervention: Changing the language environment of the

- retarded child. In M. Koch & F. de la Cruz (Eds.), *Down's syndrome (Mongolism): Research, prevention and management* (pp. 157-179). New York: Brunner/ Mazel.
- Shonkoff, J.P., Hauser-Cram, P., Krauss, M.W., Upshur, C.C. (1992). Development of infants with disabilities and their families. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57 (Serial No. 230).
- Vacca, John J. (2006). Parent perceptions of raising a child with a severe physical disability: implications for mental health providers. *Journal of Best practices in mental Health*, 2.1, 2006.
- Van Cleve, S N. (2006). Part I: Clinical Practice Guidelines for Children With Down Syndrome From Birth to 12 Year. *Journal of Pediatric Health Care Volume 20, Issue, I*, 47-54.
- syndrome on Piagetian infant search tasks. *American Journal of Mental Deficiency*, 92, 169-177.
- Zigler, E.F. Forward. In: Shonkoff, J.P., Meisels, S.J., eds. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. 2nd. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Venn, j. (2004). *Assessing Student with Special Needs*. Ohio . Pearson .
- Wishart, J.G. (1987). Performance of young nonretarded children and children with Down