

ارزیابی



بخش

### مقدمه

ارزیابی افراد دارای اختلال طیف اتیسم (ASD)<sup>۱</sup> به تخصص رشته‌های مختلفی از جمله طب اطفال، عصب‌شناسی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی، آموزش افراد با نیازهای ویژه<sup>۲</sup>، آسیب‌شناسی گفتار و زبان، و توان‌بخشی فیزیکی نیاز دارد. در این بخش از متخصصان این رشته‌ها خواسته‌ایم تا از دیدگاه خود درباره روند ارزیابی بحث کنند. نویسندگان ما به این مسائل پرداخته‌اند:

اهداف اصلی ارزیابی، از جمله:

- غربالگری<sup>۳</sup> برای تعیین نیاز به ارزیابی بیشتر؛
  - ارزیابی تشخیصی<sup>۴</sup> که واجد شرایط بودن برای خدمات را مشخص می‌کند.
  - تشخیص افتراقی<sup>۵</sup> که ASD را از سایر سندرم‌های عصبی-روانی<sup>۶</sup> متمایز می‌کند.
  - شناسایی کارکرد خط پایه<sup>۷</sup> در زمینه‌های مختلف رشدی، که می‌توان با آن پیشرفت در مداخله را اندازه‌گیری کرد.
  - تشریح نقاط قوت و نیازهای فرد، به منظور هدایت توسعه اهداف و روندهای<sup>۸</sup> مداخله. و
  - توصیف دقیق کارکرد در زمینه‌های مختلف رشدی، به منظور مشخص کردن محدوده بیان فنوتیپی<sup>۹</sup> در سندرم.
- روش‌های موجود برای ارزیابی دقیق علائم اصلی مرتبط با ASD، از جمله:
  - ابزارهای استاندارد<sup>۱۰</sup>،
  - پروتکل‌های مشاهده‌ای،
  - پروب‌های معیارمرجع<sup>۱۱</sup>، و
  - پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌های مراقب<sup>۱۲</sup> و معلم.
- کاربرد کارکرد مبتنی بر شواهد<sup>۱۳</sup> در ارزیابی.

این مسائل نه تنها بر کارکرد بالینی در ASD تأثیر می‌گذارند، بلکه بر انجام تحقیقات نیز اثرگذارند. تا همین اواخر، سنجه‌های استاندارد، رواج و پایای کمی وجود داشتند که بتوانند اطلاعات تشخیصی و ارزیابی درباره فرد به دست

1 autism spectrum disorder (ASD)  
2 special education  
3 screening  
4 diagnostic evaluation  
5 differential diagnosis  
6 neuropsychiatric syndromes  
7 baseline function  
8 procedures

9 phenotypic expression  
10 standardized instruments  
11 criterion-referenced probes  
12 caretaker  
13 evidence-based practice

دهند، و این هم تشخیص‌های روا و هم تحقیقات تکرارپذیر را برای ASD مشکل می‌کند. در زمینه غربالگری و ارزیابی تشخیصی، از زمان انتشار نسخه قبلی این کتاب جامع تا کنون برای ساخت و اعتبارسنجی سنجه‌هایی<sup>۱</sup> که به‌طور خاص برای تعیین نیاز به ارزیابی و همچنین تشخیص ASD طراحی شده باشند گام‌های بزرگی برداشته شده است. این پیشرفت در نتیجه تلاش‌های تحقیقاتی فشرده برای ارزیابی حساسیت<sup>۲</sup>، ویژگی<sup>۳</sup>، و روایی<sup>۴</sup> سنجه‌های غربالگری و تشخیصی حاصل شده است. البته هنوز مسائل و اختلاف‌نظرهایی درباره طراحی، اجرا، و تفسیر این سنجه‌ها وجود دارد که در فصل‌های مختلف این کتاب درباره بسیاری از آن‌ها بحث می‌شود.

تشخیص افتراقی در طیف اتیسم و در میان اختلالات ASD و سایر اختلالات هنوز بسیار دشوار است، به‌ویژه برای بچه‌های بسیار کوچک، که در آنان شناسایی زودهنگام برای دستیابی به نتایج مطلوب بسیار مهم است. تغییرات اخیر در *DSM-5* این موضوع را برجسته کرده است، و بحث‌های داغ درباره درستی حرکت از سیستم‌های قدیمی‌تر - که زیرگروه‌هایی را برای طیف اتیسم شناسایی می‌کنند - به سیستمی برای تلقی آن به‌صورت یک پیوستار ناگسسته هنوز ادامه دارد. همان‌طور که فصل‌های این کتاب نشان می‌دهند، ارزیابی با فراهم کردن فرصتی برای پاسخگویی به سؤالات براساس داده‌ها، و نه نظریه یا تجربه‌های شخصی، به این بحث کمک می‌کند. یکی از اهداف مهم ارزیابی، فراتر رفتن از توصیف و حرکت به سوی مستندسازی جزئی‌تر و دقیق‌تر کارکرد در حوزه‌های مختلف، از جمله رفتارهای شناختی<sup>۵</sup>، زبانی، ارتباطی، اجتماعی، حرکتی، و سازشی<sup>۶</sup> است. این توصیف‌های دقیق از الگوهای رفتاری و توانایی فردی کمک ارزشمندی می‌کنند به شناسایی کارکرد خط پایه فرد برای سنجش پیشرفت در مداخله و همچنین شناسایی نیم‌رخ<sup>۷</sup> نقاط قوت و نیازهایی که هدایت‌گر توسعه اهداف آموزشی هستند. به‌علاوه، این توصیف‌ها برای کشف الگو در بین افراد نیز فرصت‌هایی فراهم می‌کنند. کشف الگوهای پایدار از کارکردهای رفتاری و شناختی، مبنایی تجربی فراهم می‌کند برای آزمایش فرضیه‌های مطرح‌شده درباره وجود و روایی زیرگروه‌های طیف گسترده اتیسم و امکان یافتن همبستگی‌های زیستی - از جمله همبستگی‌هایی در سطوح ژنتیکی، نورواناتومیک<sup>۸</sup>، فیزیولوژی عصبی<sup>۹</sup>، یا عصبی-شیمیایی<sup>۱۰</sup>. شناسایی زیرگروه‌هایی با این نشانگرهای زیستی<sup>۱۱</sup> این نوید را می‌دهد که ممکن است روزی برای اِلمان‌های مشخصی از این سندرم در زیرگروه‌های خاص آن، مداخلات پزشکی یا دارویی ویژه‌ای ابداع شود. تحقق این وعده تا اندازه زیادی به دقت اطلاعات ارزیابی جمع‌آوری‌شده و انباشت این اطلاعات در تحقیقات مبتنی بر ابزارهای بالینی با روان‌سنجی مناسب و مشاهده ساختاریافته<sup>۱۲</sup> بستگی دارد.

پیام دیگر این کتاب، اهمیت دیدن ASD در چارچوب رشدی است. با وجود علائم منحصربه‌فرد و مهارت‌های نامتوازنی که اغلب در افراد دارای ASD دیده می‌شود، بسیاری از جنبه‌های رشدی آنان از توالی هنجار پیروی می‌کنند.

1 measures  
2 sensitivity  
3 specificity  
4 validity  
5 cognitive  
6 adaptive

7 profile  
8 neuroanatomical  
9 neurophysiological  
10 neurochemical  
11 biomarkers  
12 structured observation

این جنبه بهنجار رشدی در تعیین نیازهای افراد دارای ASD برای دستیابی به رشد مهارت‌های اجتماعی، تحصیلی، خودیاری، و حرکتی مناسب، شاخصی اساسی است. متخصصان بالینی نباید به دلیل مشاهده رفتارهای غیرمعمول افراد دارای ASD، آن جنبه‌های کارکردی‌شان را نادیده بگیرند که به آنان امکان می‌دهد از تعامل با همسالان و سایر اعضای اجتماع خود بهره ببرند. اطلاعات ارزیابی دقیق جمع‌آوری شده در چارچوب رشدی برای بهینه‌سازی این فرصت‌ها ضروری هستند. دسته‌ای از این اطلاعات را می‌توان با ابزارهای مناسبی گردآوری کرد که به‌طور خاص برای افراد دارای ASD طراحی شده‌اند. برخی دیگر از این اطلاعات را هم می‌توان با استفاده از ابزارهایی گرد آورد که ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی دارند و طیف رشدی گسترده‌تری را ارزیابی می‌کنند. بسیاری از فصول این کتاب برای دستیابی به این ارزیابی‌های رشدی راهنماها و روش‌هایی به دست می‌دهند.

نکته دیگری که در این کتاب روشن شده است، میزان تجربه، تخصص، و کار گروهی مورد نیاز برای انجام ارزیابی چندبُعدی است که هم عمیقاً وضعیت تشخیصی و رشدی یک فرد را مشخص کند و هم داده‌های دقیقی به دست دهد که اطلاعاتی برای تحقیقات درباره ASD فراهم کرده و موجب پیشرفت آن‌ها شود. افراد دارای ASD ممکن است ترجیحات غیرمعمولی برای ویژگی‌های توجهی<sup>۱</sup> و انگیزشی<sup>۲</sup>، تقویت<sup>۳</sup> و نیم‌رخ‌های نامتوازن در حوزه‌های مختلف نشان دهند. این تفاوت‌ها می‌توانند شرکت در فعالیت‌های ارزیابی و نشان دادن سطح بهینه توانش را برای آن‌ها چالش برانگیز کند. آن دسته از متخصصان بالینی که ارزیابی‌ها را انجام می‌دهند به چیزی بیش از دانش ابزارها نیاز دارند؛ آنان به درک چالش‌های خاصی که افراد دارای ASD در فرایند ارزیابی با آن مواجه هستند، بینش و همدلی با تلاش و تقلای آنان، و صبر و انعطاف‌پذیری برای استخراج<sup>۴</sup> بهترین کارکرد از این افراد نیاز دارند. متخصصان بالینی همچنین باید با همکاران سایر رشته‌ها همکاری نزدیکی داشته باشند و برای به حداکثر رساندن فرصت‌های مراجع برای رسیدن به موفقیت، درباره برنامه‌ریزی ارزیابی خلاقانه فکر کنند. هیچ رشته‌ای به‌تنهایی فرایند تشخیص را به عهده ندارد و جامع‌ترین و مؤثرترین ارزیابی‌ها با همکاری بین حرفه‌ای<sup>۵</sup> در برنامه‌ریزی، اجرا، و تفسیر داده‌های ارزیابی ممکن می‌شود.

درنهایت، نتایج ارزیابی‌ها باید در چارچوب فرصت‌هایی قرار گیرد که فرد برای روابط اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، تفریح، و دفاع از خود<sup>۶</sup> داشته است. می‌توانیم انتظار داشته باشیم که در ارزیابی، کودکانی که از دوران کودکی برنامه‌ریزی آموزشی مداوم و فشرده داشته‌اند نسبت به کودکانی که تجربیات محدودتری دارند کاملاً متفاوت به نظر برسند.

علاوه‌براین، ارزیابی‌های مبتنی بر بافت می‌توانند به یافتن راه‌هایی کمک کنند که می‌توان از طریق آن‌ها محیط را برای ارتقای تجربیات مناسب مهندسی کرد؛ این تجربیات امکان فراگیری طیفی از مهارت‌های آکادمیک و عملی را

1 attentional characteristics  
2 motivational characteristics  
3 reinforcement

4 elicitation  
5 interprofessional collaboration  
6 self-advocacy

برای فرد فراهم می‌کنند. فصل‌های این کتاب نمونه‌هایی از روش‌هایی را به دست می‌دهند که این نوع ارزیابی محیطی می‌تواند با آن‌ها تصویر مهارت‌ها و نیازهای افراد دارای ASD را کامل کند.

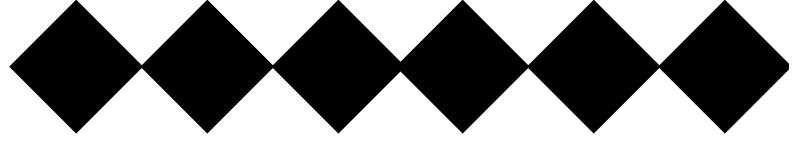
نتیجه ارزیابی دقیق و جامع تابعی از استعدادهای زیستی مادرزادی<sup>۱</sup>، ریش، تجربیات شخصی، و فرصت‌های اجتماعی است. ارزیابی برون‌نهاد<sup>۲</sup> و دقیق، اگر به صورت مناسبی به کار گرفته شود، هم بهترین راهنما برای مداخله جامع و مؤثر است و هم مستقیم‌ترین مسیر برای پیشبرد تحقیقات درباره این سندرم پیچیده.

### 1 congenital

۲. فکر می‌کنیم مناسب باشد که در همین ابتدا نکته‌ای را درباره دو اصطلاح خاص مطرح کنیم، هم بگوییم منظور چیست و هم بگوییم که چرا این دو برابرنهاد (معادل) را برای آن‌ها به کار برده‌ایم. دو اصطلاح درون‌نهاد (*subjective*) و برون‌نهاد (*objective*) در اصل از فلسفه می‌آیند. صورت اسمی آن‌ها، به ترتیب *subject*، به معنی *مفعول* و *object* به معنی *فاعل* هستند. ایده اصلی این است که قضاوت‌ها و ارزیابی‌های درون‌نهاد (فاعلی) تحت تأثیر دیدگاه‌ها، احساسات، و برداشت‌های فاعل، یا ارزیابی‌کننده، قرار دارند، بنابراین از نهاد وی بر می‌آیند و درون‌نهاد هستند، اما ارزیابی‌ها و قضاوت‌های برون‌نهاد (مفعولی) ربطی به

ویژگی‌های درونی و احساسات و برداشت‌های فاعل ندارند و ناظر به بیرون از نهاد فاعل هستند، یعنی برون‌نهادند و مستقیماً ناظر بر ویژگی‌های خود مفعول، یا پدیده مورد بررسی، هستند. بر این مبنا، ما در این کتاب از این دو برابرنهاد استفاده کردیم تا هم به پیشینه فلسفی آن‌ها احترام گذاشته باشیم، و هم از شلختگی کاربرد برابرنهادهای دیگر مانند عینی برای برون‌نهاد که همزمان برابرنهاد واژه *concrete* هم هست و دیگر شلختگی‌های مرتبط با این اصطلاحات که عمدتاً ناشی از ناآشنایی مترجمان و نویسندگان با پیشینه فلسفی آن‌هاست اجتناب کرده باشیم. م.





غربالگري كودكان خردسال اتيسم

۲۴

فصل

## غربالگری کودکان خردسال اتیسم

لیزا وی. ایبانیز<sup>۱</sup>، وندی ال. استون<sup>۲</sup>، و الین ای. کونراد<sup>۳</sup>

شواهد حاصل از پژوهش‌های مداخله زودهنگام<sup>۴</sup> به روشنی نشان می‌دهد که شرکت در برنامه‌های تخصصی مداخله رفتاری<sup>۵</sup> در سنین پایین می‌تواند بهترین نتایج اجتماعی-ارتباطی<sup>۶</sup> و شناختی<sup>۷</sup> را برای کودکان دارای اتیسم<sup>۸</sup> و کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم (ASD) به همراه داشته باشد (داوسن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ اینگرسول<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰؛ کساری<sup>۱۱</sup>، گولزراد<sup>۱۲</sup>، وانگ<sup>۱۳</sup>، کوون<sup>۱۴</sup>، و لاک<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰؛ لندا<sup>۱۶</sup>، هولمن<sup>۱۷</sup>، انیل<sup>۱۸</sup>، و استوارت<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۰) و حتی الگوهای الگوهای فعالیت مغز را به حالت طبیعی باز گرداند (داوسن و همکاران، ۲۰۱۲). اگرچه والدین درباره رشد فرزندشان اغلب در سن ۱۷-۱۹ ماهگی نگرانی‌هایی دارند (کونراد و استون، ۲۰۰۴؛ دِ جاکومو<sup>۲۰</sup> و فامبن<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۸)، اما میانگین سن تشخیص ASD در ایالات متحده ۴/۵ سال (مراکز کنترل بیماری<sup>۲۲</sup> [CDC]، ۲۰۱۲) و سن میانه<sup>۲۳</sup> آن ۵/۷ سال است (شاتوک<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). در نتیجه، بسیاری از کودکان فرصت بهره‌مندی از خدمات مداخله زودهنگام را از دست می‌دهند. غربالگری اتیسم در کودکان خردسال پتانسیل بالا بردن امکان تشخیص زودهنگام‌تر و فراگیرتر و در نتیجه ارجاعات نظام‌مند به برنامه‌های مداخله تخصصی مناسب را دارد. این فصل به چند موضوع مربوط به غربالگری کودکان خردسال دارای اتیسم و ASD، از جمله ویژگی‌های اولیه اتیسم، الگوها و شیوه‌های غربالگری زودهنگام، و وضعیت کنونی علم درباره سنجش‌های غربالگری زودهنگام اتیسم می‌پردازد.

## ویژگی‌های اتیسم در کودکان خردسال

اتیسم اختلالی عصبی-رشدی<sup>۲۵</sup> است که در اوایل زندگی ظاهر می‌شود. در ۱۵ سال گذشته پژوهش‌های متمرکز بر شناسایی اولین نشانه‌ها و علائم اختلال در حال ظهور افزایش چشمگیری داشته‌اند. دلیل تلاش برای تشخیص زودتر اتیسم، امید به پیشگیری یا کاهش برخی از علائم اتیسم با ارائه مداخلات هدفمند در طی دوره رشد و تکامل سریع مغز است که در دوران نوزادی و نوپایی<sup>۲۶</sup> رخ می‌دهد. مطالعات رفتاری نشان داده‌اند که آسیب‌های اجتماعی-عاطفی

1 L. V. Ibañez

2 W. L. Stone

3 E. E. Coonrod

4 early intervention

5 specialized behavioral intervention programs

6 social-communicative

7 cognitive

8 autism

9 G. Dawson

10 B. Ingersoll

11 C. Kasari

12 A. C. Gulsrud

13 C. Wong

14 S. Kwon

15 J. Locke

16 R. J. Landa

17 K.C. Holman

18 A. H. O'Neill

19 E. A. Stuart

20 A. De Giacomo

21 E. Fombonne

22 Centers for Disease Control

23 median

24 P. T. Shattuck

25 neurodevelopmental disorder

26 toddlerhood



و آسیب‌های اجتماعی-ارتباطی که در کودکان پیش‌دبستانی دارای اتیسم اثبات شده در سال دوم زندگی کودکانی که بعداً تشخیص اتیسم گرفته‌اند نیز دیده شده است. برای مثال، با استفاده از هر دو نوع طرح‌های پژوهشی گذشته‌نگر<sup>۱</sup> (آدرین<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ برنک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ آسترلینگ<sup>۴</sup>، داوسن، و مانسن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ ورنر<sup>۶</sup>، داوسن، آسترلینگ، و دینو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰) و آینده‌نگر<sup>۸</sup> (چارمن<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ هاتمن<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ لندا، هولمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰، و گرت‌میر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷؛ اوزناف<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ رزگا<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ یودر، استون، والدن<sup>۱۵</sup>، و میلسا<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۹)، پژوهشگران نشان دادند رفتارهایی مانند نگاه خیره هدایت‌شده اجتماعی<sup>۱۷</sup>، تقلید حرکتی<sup>۱۸</sup>، لبخند اجتماعی<sup>۱۹</sup>، پاسخ به درخواست‌های اجتماعی بزرگسالان<sup>۲۰</sup> و ابراز ناراحتی<sup>۲۱</sup>، و آغاز توجه مشترک<sup>۲۲</sup> با اشاره کردن<sup>۲۳</sup> و نشان دادن اشیاء<sup>۲۴</sup>، نوزادان دارای اتیسم و بدون اتیسم را از هم متمایز می‌کند. به همین صورت، رفتارهای حرکتی تکراری و کاربرد غیرمعمول اشیاء در کودکان دارای اتیسم در سال دوم زندگی دیده شده است (اوزناف، ماکاری<sup>۲۵</sup>، گلدترینگ<sup>۲۶</sup>، تامپسن<sup>۲۷</sup> و راجرز<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۸؛ وات<sup>۲۹</sup>، وذرپی<sup>۳۰</sup>، باربر<sup>۳۱</sup>، و مورگن<sup>۳۲</sup>، ۲۰۰۸).

یافته‌های رفتاری از این دست به تدوین و اصلاح بسیاری از ابزارهای غربالگری‌ای کمک کرده‌اند که در حال حاضر برای تشخیص زود هنگام خطر اتیسم استفاده می‌شوند. اما شناسایی این الگوی بروز علائم در کودک خردسال به دلایل متعددی می‌تواند چالش برانگیز باشد. اولاً، آسیب‌های اجتماعی-ارتباطی، که غالباً ویژگی اصلی اتیسم در نظر گرفته می‌شود، علائم منفی، فقدان یا کاهش بسامد رفتارهای مورد انتظار سطح رشدی کودک را نشان می‌دهند (فیلیپک<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). تفسیر فقدان یک رفتار در کودکان خردسال دشوار است، زیرا رفتارهای لحظه‌به‌لحظه آن‌ها در برابر تأثیر وضعیت درونی و عوامل محیطی آسیب‌پذیرتر است. برای مثال، ندیدن لبخند اجتماعی در کودکی ۱۸ ماهه در طی ویزیت کلینیک ممکن است علامت هشداردهنده‌ای برای اتیسم باشد، ولی همان نیز ممکن است نشان‌دهنده خستگی، گرسنگی، یا مجموعه‌ای از دلایل دیگر نیز باشد. دوم، رفتار اجتماعی-ارتباطی پدیده‌ای صفر یا صد نیست. به ندرت پیش می‌آید که کودک خردسال دارای اتیسم هیچگاه تماس چشمی برقرار نکند، یا هیچگاه اعمال

1 retrospective

2 J. L. Adrien

3 J. T. Baranek

4 J. A. Osterling

5 J. A. Munson

6 E. Werner

7 N. Dinno

8 prospective research designs

9 T. Charman

10 T. Hutman

11 K. C. Holman

12 E. Garrett-Mayer

13 S. Ozonoff

14 A. Rozga

15 T. Walden

16 E. Malesa

17 socially directed gaze

18 motor imitation

19 social smiling

20 response to adult social bids

21 expressions of distress

22 initiation of joint attention

23 pointing

24 showing objects

25 S. Macari

26 S. Goldring

27 M. Thompson

28 S. J. Rogers

29 N. Watt

30 A. Wetherby

31 A. Barber

32 L. Morgan

33 P. A. Filipek

دیگران را تقلید نکند. تاحدی، تفاوت‌های بین کودکان دارای اتیسم و کودکان بدون اتیسم معمولاً در پایداری<sup>۱</sup> بروز این رفتارها و تلاش مورد نیاز برای برانگیختن آنهاست (برنک، ۱۹۹۹)، که البته سنجش یا ارزیابی هر دوی آنها می‌تواند دشوار باشد. سوم، هیچ‌هنگام یا مایلیستونی به همان صورتی که برای رشد حرکتی یا زبانی وجود دارد، برای رفتارهای اجتماعی نداریم. انتظار داریم در چند درصد مواقعی که والدین نام کودک را صدا می‌کنند، او به آنان نگاه کند، و چگونه می‌توان دوسویگی اجتماعی<sup>۲</sup> را در طی تعاملات روزمره<sup>۳</sup> به صورت کمی بیان کرد؟ می‌بینیم در تعاریف و انتظارات رفتارهای اجتماعی نسبت به سایر مایلیستون‌های رشدی ابهام بیشتری وجود دارد.

### اهمیت غربالگری زودهنگام اتیسم

بیش از یک دهه، چندین گروه تخصصی و پنل متخصصان، از جمله آکادمی عصب‌شناسی آمریکا<sup>۴</sup> (فیلیپک و همکاران، ۱۹۹۹؛ فیلیپک و همکاران، ۲۰۰۰) و آکادمی متخصصان اطفال آمریکا<sup>۵</sup> (کمیته AAP برای کودکان دارای کم‌توانی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱) از غربالگری زودهنگام و منظم اتیسم حمایت کرده‌اند. توصیه‌های خاص آکادمی متخصصان اطفال آمریکا در سال ۲۰۰۷ عبارتند از: (۱) انجام پایش در هر ویزیت دوره‌ای کودک با توجه ویژه به علائم هشداردهنده ظریف و خواهر و برادران نوزاد کودکان دارای اتیسم (خواهر و برادران در معرض خطر بالا<sup>۷</sup>)، (۲) انجام غربالگری اتیسم ویژه<sup>۸</sup> برای همه کودکان ۱۸ و ۲۴ ماهه، (۳) برنامه‌ریزی برای ویزیت هدفمند کلینیک در زمانی که والدین یا متخصصان بعد از غربالگری منفی هنوز نگران هستند، و (۴) اقدام هنگام غربال مثبت<sup>۹</sup> یا وجود دو یا چند عامل خطر اتیسم، با ارجاع برای ارزشیابی اتیسم و/یا مداخله زودهنگام (جانسن<sup>۱۰</sup> و مایرز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). اگرچه این دستورالعمل‌ها مراحل مشخص و ابزارهای توصیه‌شده‌ای برای غربالگری اتیسم ویژه ارائه می‌دهند، اما پیروی از این دستورالعمل‌ها به هیچ وجه جهانی نیست. اخیراً در یک نظرسنجی در شش ایالت مشخص شد که غربالگری رسمی ۱۸ ماهگی اتیسم را فقط ۶۰٪ از متخصصان اطفال و ۲۴ ماهگی را فقط ۵۰٪ از آنان انجام می‌دهند (آرونیانارت<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). باینکه این میزان به‌طور چشمگیری بالاتر از ۸٪ گزارش شده در مطالعه پیشین درباره عملکرد متخصصان اطفال است (دازریز<sup>۱۳</sup>، واینر<sup>۱۴</sup>، جانسن<sup>۱۵</sup>، و نیوشیفر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶)، اما هنوز فاصله زیادی تا وضعیت مطلوب دارد.

به‌تازگی نیز چند پژوهش اهمیت غربالگری رسمی زودهنگام اتیسم را نشان داده‌اند. برای مثال، پژوهش گسترده‌ای در بین متخصصان اطفال نشان داد که به‌کارگیری ابزارهای رسمی غربالگری اتیسم در شناسایی ASD مؤثرتر از صرف

1 consistency

2 social reciprocity

3 everyday interactions

4 American Academy of Neurology

5 American Academy of Pediatrics

6 AAP Committee on Children with Disabilities

7 high-risk

8 autism-specific screening

9 positive screen

10 C. P. Johnson

11 S. M. Myers

12 W. Arunyanart

13 S. Dosreis

14 C. L. Weiner

15 L. Johnson

16 C. J. Newschaffer

قضاوت بالینی متخصص اطفال است (میلر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). سایر مطالعات دریافته‌اند که آموزش دستیاران مراقبت سلامت برای به‌کارگیری ابزارهای غربالگری اتیسم نه‌تنها دانش درباره نشانگرهای اجتماعی و ارتباطی اولیه اتیسم را افزایش می‌دهد، بلکه در بالین نیز تغییرات چشمگیری ایجاد می‌کند (چارمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ آسترلینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ سوانسن<sup>۲</sup> و همکاران، در دست انتشار؛ وارن<sup>۳</sup>، استون، و هامبرد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). اما شاید قانع‌کننده‌ترین حمایت از اهمیت غربالگری زودهنگام از برنامه تشخیص زودهنگامی بیاید که در هلند انجام شد (آسترلینگ و همکاران، ۲۰۱۰)؛ در این برنامه، ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت در منطقه‌ای خاص برای استفاده از یک ابزار رسمی غربالگری اتیسم، یعنی پرسشنامه غربالگری اولیه صفات اتیسم (ESAT)<sup>۵</sup>، آموزش دیدند (دیتس<sup>۶</sup>، سوینکلز<sup>۷</sup>، فن دالن<sup>۸</sup>، فن انگلاند<sup>۹</sup>، و بتلار<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶؛ سوینکلز و همکاران، ۲۰۰۶). میانگین سن تشخیص در منطقه‌ای که این برنامه در آن اجرا شد از ۸۲/۹ ماه به ۶۳/۵ ماه کاهش یافت، درحالی‌که در منطقه‌ای که در برنامه شرکت نداشت هیچ تغییری دیده نشد. علاوه‌براین، کودکان منطقه هدف بیش از نه برابر بیشتر از کودکانی که در منطقه مقایسه بودند احتمال داشت که قبل از ۳۶ ماهگی تشخیص بگیرند. بنابراین، استفاده روتین از ابزارهای غربالگری رسمی، دانش ارائه‌دهندگان درباره علائم هشداردهنده اولیه را افزایش می‌دهد، سوگیری در ارجاع برای ارزیابی بالینی بیشتر را کاهش می‌دهد، و سن تشخیص اتیسم را پایین می‌آورد.

### فرایند غربالگری

غربالگری، ارزیابی مختصری است برای شناسایی کودکانی که به دلیل خطر تأخیر یا کم‌توانی به ارزشیابی<sup>۱۱</sup> تشخیصی جامع‌تری نیاز دارند (مایسلس<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۵). از این‌رو، غربالگری اولین گام یک فرایند چندمرحله‌ای است که ممکن است غربالگری مجدد، ارجاع به مرکز تشخیصی برای ارزیابی بیشتر، و ارجاع به برنامه‌های مداخله زودهنگام را در بر بگیرد (ایلوارد<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۷). سنجه‌های غربالگری با سنجه‌های تشخیصی از دو جهت متفاوتند: اول اینکه معمولاً به زمان، آموزش، و تجربه اجرایی کمتری نیاز دارند، و دوم اینکه نتایج سنجه‌های غربالگری، به‌جای تشخیص، سطوح خطر کم‌توانی را نشان می‌دهند.

1 J. S. Miller

2 A. R. Swanson

3 Z. E. Warren

4 Q. Humberd

5 Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT)

6 C. Dietz

7 S. S. Swinkels

8 E. van Daalen

9 H. van Engeland

10 J. K. Buitelaar

11 evaluation

12 S. J. Meisels

13 G. P. Aylward