# تأثیر برنامهٔ پیرز بر تقویت مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی در نوجوانان پسر درخودمانده با عملکرد بالا

لیلا اکرمی[۱]، دکتر مختار ملک‌پور[۲]،
دکتر سالار فرامرزی[۳]، دکتر احمد عابدی[۴]

تاریخ دریافت.: ۱۳۹۶/۴/۲۰ تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۱۱/۲
پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۸/۲۲

## چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامهٔ پیرز بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی در نوجوانان پسر با اختلال اتیسم با عملکرد بالا در شهر یزد بود. **روش:** پژوهش حاضر، یک طرح موردمنفرد است که اثرات آزمایشی را بر هر شرکت کننده بررسی می‌کند. آزمودنی‌های پژوهش حاضر چهار پسر با اختلال اتیسم با عملکرد بالا هستند که به شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده‌اند. برای بررسی مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی از پرسش‌نامه‌های سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی، کیفیت نقش و آزمون دانش مهارت‌های اجتماعی نوجوان استفاده شده است. **یافته‌ها:** با توجه به مقایسهٔ نمره‌های آزمودنی‌ها قبل از مداخله و بعد از مداخله، نتایج نشان داد که برنامهٔ پیرز بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا مؤثر بوده است.**نتیجه‌گیری:** با توجه به اهمیت مهارت‌های اجتماعی در دورهٔ نوجوانی، برنامهٔ پیرز با ارائهٔ محتوایی ساختاریافته، گروهی و با مشارکت والدین در برنامهٔ مداخله، می‌تواند نقش مؤثری در افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا و افزایش محبوبیت آنها در میان هم‌سالان داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** *برنامهٔ پیرز، اتیسم با عملکرد بالا، نوجوانی، مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی*

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران
۲. **نویسنده مسئول:** استاد گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

# The Impact of PEERS Program on the Social and Communication Skills of Adolescent Boys with High-Functioning Autism Spectrum Disorder

**Leila Akrami, M.A.[1], Mokhtar Malekpur, Ph.D.[2], Salar Faramarzi, Ph.D.[3], Ahmad Abedi, Ph.D.[4]**

**Received: 07.11.2017 Revised: 01.22.2018 Accepted: 11.13.2018**

## Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to investigate the effect of PEERS program on the social and communication skills of adolescent boys with high-functioning autism spectrum disorder (HFA) in Yazd, Iran. **Method**: The present study had a single-subject design, examining the experimental effects on each participant. The participants were four boys with HFA selected by purposive sampling. The Social Skills Improvement System (SSIS), The Quality of Play Questionnaire (QPQ-P & A), and the Test of Adolescent Social Skills Knowledge (TASSK) were used to assess social and communication skills. **Results**: Based on the comparison of the participants' scores before and after the intervention, the PEERS program was effective in improving social and communication skills in adolescents with HFA. **Conclusion**: Considering the importance of social skills in adolescence, the PEERS program can play an effective role in increasing the social and communication skills of adolescents with HFA and their popularity among their peers by providing a structured content with group teaching and the cooperation of parents.

**Keywords**: *PEERS program, High-functioning autism spectrum disorder, Adolescence, Social and communication skills*

1. **Corresponding Author:** Ph.D. student of Psychology and Education of Children with Special Needs, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. **Email**: lakrami@yahoo.com
2. Professor of Psychology, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3. Associate Professor of Psychology, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
4. Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**مقدمه**

اختلال اتیسم[1] ریشهٔ عصبی و زیستی دارد و یکی از انواع اختلالات رشدی-عصبی است که در دوران اولیهٔ کودکی آشکار می‌شود و مشکلاتی را برای کودک فراهم می‌کند (کارپنتر، سوریا و هالپرن،۲۰۰۹). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم، اختلالات اتیسم با نام کلی اختلالات طیف اتیسم مطرح شده است و طبقه‌بندی‌هایی نظیر اختلالات آسپرگر و اختلال فروپاشی دوران کودکی و اختلال رت که در ویرایش چهارم آن راهنما وجود داشته، حذف شده است. اختلالات طیف اتیسم با تأخیر یا نقص در زمینهٔ تعامل و ارتباطات اجتماعی همراه است و فرد مبتلا دارای علائق و فعالیت‌های تکراری و محدودی است. برخی از این افراد بهرهٔ هوشی عادی و برخی دیگر نقایص ذهنی شدید و عمیق دارند. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری، عده‌ای از کودکان و نوجوانان با اختلالات طیف اتیسم، با وجود بهرهٔ هوشی متوسط و بیشتر، در مهارت‌های اجتماعی با مشکل مواجه هستند و در گروه اتیسم با عملکرد بالا[2] قرار می‌گیرند (لوین، مرفی و استارچ،۲۰۱۵). این افراد دارای ویژگی‌هایی هستند که شبیه به افراد با سندرم آسپرگر است. از ویژگی‌های مشخص آنها که به‌طور گسترده توسط روان‌شناسان به رسمیت شناخته‌شده است، تأخیر قابل توجه در گفتار اولیه و مهارت‌های زبانی قبل از سه سالگی است (کوکارچیک و همکاران، ۲۰۱۵). دورهٔ نوجوانی[3] که با بلوغ[4] همراه است، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های زندگی نوجوانان با اختلال طیف اتیسم به شمار می‌رود. تغییراتی که قبل، هم‌زمان و بعد از سال‌های نوجوانی رخ می‌دهد، حائز اهمیت است. نوجوانی مشخص‌کنندهٔ گذر از دورهٔکودکی و وابستگی به والدین به دورهٔ بزرگ‌سالی، استقلال و مسئولیت‌پذیری است. علاوه بر این، طی این دوره، نوجوانان بیشتر در مورد نقاط قوت و ضعف خود و اینکه چگونه با آنها کار کنند، فکر می‌کنند. موفقیت در دورهٔ نوجوانی از طریق پیشرفت به سمت استقلال و مسئولیت‌پذیری مشخص می‌شود. باید به این نکته توجه داشت که نوجوانی و اتیسم هرکدام معرف مجموعه‌ای از چالش‌ها هستند، ترکیب این دو با یکدیگر می‌تواند گیج کننده و پیش‌بینی‌ناپذیر باشد (اکرمی، تجریشی و آقالر، ۲۰۰۹).

در دورهٔ نوجوانی برخورداری از مهارت‌های اجتماعی مناسب حائز اهمیت است. درواقع مهارت‌های اجتماعی برای یادگیری فعالیت‌های مختلف و تعامل با دیگران ضروری است. ارتباط آسیب‌دیده، می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (ویس و هرس، ۲۰۰۱). در این دوره رابطه با هم‌سالان و دوست‌یابی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برای برقراری روابط دوستانه و حفظ آن، فهم کامل مهارت‌های اجتماعی لازم است (وربل، ۲۰۰۳). معمولاً نوجوانانی که در گروه اتیسم با عملکرد بالا قرار دارند، در ارتباطات و تعاملات متقابل اجتماعی با نقص روبه‌رو هستند و مشکلات اجتماعی شدن و دوست‌یابی در این گروه از نوجوانان شایع است. آنها در زمینهٔ شناخت اجتماعی[5] نقص دارند و عدم درک نشانه‌های اجتماعی[6] در آنها مشاهده می‌شود (الدر، کاترینو، چو، شاکنیا و دیسمن، ۲۰۰۶؛ اون-دسچرول، کار، کلی و بلکلی- اسمیت، ۲۰۰۸). اشکال در شناخت اجتماعی اغلب شامل مشکلاتی در ابراز احساسات، درک احساسات دیگران و احساس همدردی است. در زمینهٔ عدم درک نشانه‌های اجتماعی، می‌توان به ضعف در درک نشانه‌های غیرکلامی، ناتوانی در تفسیر نشانه‌های اجتماعی و ارزیابی رویدادهای اجتماعی اشاره کرد (بارن کاهن، ۱۹۹۵؛ تراویس و سیگمن،۱۹۹۸؛ کراسنی، ویلیام، پرونسل، اوزنف، ۲۰۰۳؛ فرس،۲۰۰۴). ضعیف بودن نوای گفتار[7] و تلفظ کلمات که شامل افزایش و کاهش طبیعی صدا در روند گفتگوهاست و ناتوانی در انجام یک مکالمهٔ دوطرفه در این نوجوانان مشاهده می‌شود (چرچ، ۲۰۰۰؛ کلین، ولکمار و اسپر، ۲۰۰۰؛ میلر،

ورنن، ویکتوریا و روسو، ۲۰۱۴). نقایص اجتماعی منجر به طرد شدن از سوی هم‌سالان، عدم دریافت حمایت‌های اجتماعی و گوشه‌گیری نوجوان خواهد شد. معمولاً نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا نسبت به هم‌سالان تنهایی، گوشه‌گیری و مشکل در دوست‌یابی را بیشتر گزارش می‌کنند (کاپز، سیگمن و یریمیا ۱۹۹۶؛ بامینگر و کاساری، ۲۰۰۰). مشکلات اجتماعی می‌تواند منجر به افسردگی و اضطراب شود (مکدز، هرگانر و تندیر، ۲۰۱۰). داشتن مهارت دوست‌یابی از اهمیت زیادی برخوردار است. برای مثال داشتن چند دوست نزدیک موجب سازگاری بهتر فرد با موقعیت‌های استرس‌زا و تنش‌زای زندگی خواهد شد و به بهبود اعتمادبه‌نفس و کاهش اضطراب و افسردگی کمک خواهد کرد. بسیاری از مهارت‌های اجتماعی را نوجوانان از طریق دوستان و مشاهدهٔ رفتار آنها فرامی‌گیرند (لوگسن، الینگسن، سندرسون، توچی و باتز، ۲۰۱۴؛ پرندویل، پرلاک و آنوین، ۲۰۰۶).

مطالعات نشان می‌دهد که راهکارهای مؤثری برای آموزش مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا وجود دارد، برای مثال مدل‌سازی رفتاری[۸]، تمرین رفتاری[۹]، دادن بازخورد به عملکرد[۱۰] و مداخله در گروه‌های کوچک، نمونهٔ این راهکارهاست (فرانکل و میت ،۲۰۰۷). یکی از کمبودهای مشترک در اکثر این برنامه‌ها، عدم حضور والدین و قرارگیری آنها در کنار کودکان و نوجوانان در یک ساختار مشترک است. والدین نقش تأثیرگذاری در بهبود مهارت‌های اجتماعی و افزایش مهارت ارتباطی فرزندان خود دارند (اتوود، ۲۰۰۰؛ اون-دسچرول و همکاران، ۲۰۰۸). استفاده از مدل مبتنی بر مشارکت والدین برای آموزش مهارت‌های دوست‌یابی به کودکان[۱۱] به‌وسیله فرانکل و میت در سال ۲۰۰۳ برای کودکان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا در مقطع ابتدایی ارائه شد. این برنامه مبتنی بر شواهد[۱۲] است و برای کودکان با اختلال نقص توجه–بیش‌فعالی[۱۳] نیز کاربرد دارد (فرانکل و میت،۲۰۰۳). برنامهٔ پیرز[۱۴] نیز برای ارزیابی و غنی‌سازی مهارت‌های ارتباطی است و مداخلهٔ مبتنی بر والدین[۱۵] است که برای نوجوانان مدارس راهنمایی و دبیرستان که در دوست‌یابی و حفظ دوستان مشکل دارند، تهیه شده است. روش پیرز یک برنامهٔ شناخته شده و مبتنی بر شواهد است که برای آموزش روابط با دوستان گسترش یافته است. هر نوجوانی که دارای مشکل در زمینهٔ دوست‌یابی و حفظ رابطه با هم‌سالان است، می‌تواند از برنامهٔ پیرز سود ببرد. پایه‌های این روش بر اساس اصول رفتاری و رفتاری-شناختی است. حیطهٔ برنامهٔ پیرز مرتبط با نوجوانان با اختلال طیف اوتیسم، ناتوانی‌هایی رشدی و اختلال طیف جنین الکلی[۱۶] است و اخیراً در ارتباط با کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نیز به کار رفته است. این مداخله شامل جلسات جداگانه برای والدین و نوجوانان است (لوگسن، فرانکل، گانتمن و دیلین، ۲۰۱۱). درمانگران و متخصصانی که می‌توانند از این برنامه استفاده کنند، کسانی هستند که با رویکردهای روانی، تربیتی و کار با والدین آشنا باشند، مانند معلمان، مشاوران مدارس یا متخصصان بهداشت روان. در این برنامه علاوه بر داشتن یک رهبر برای گروه والدین و نوجوانان، به دو مربی برای گروه نوجوانان نیز نیاز است. مربیان باید آموزش لازم را دریافت و تحت نظارت رهبر گروه باشند و صلاحیت لازم را برای گفتگو با والدین و نوجوانان در مورد بدرفتاری‌ها داشته باشند. مربیان مسئول مهارت‌ها و تظاهرات اجتماعی نوجوانان هستند. رهبر گروه از طریق تمرین ایفای نقش[۱۷] به آموزش نوجوانان می‌پردازند (لوگسن، فرانکل، ماگیل و دیلین،۲۰۰۹). این مداخله شامل جلسات جداگانه برای والدین و نوجوانان است. مدت زمان هر جلسه برای هر دو گروه (والدین و نوجوانان) برای هر هفته ۹۰ دقیقه در یک دورهٔ ۱۴ هفته‌ای است. مداخله بر مهارت‌هایی از جمله شروع و اتمام مکالمات، استفاده از شکل‌های الکترونیکی ارتباطات، انتخاب دوست مناسب، بررسی اشکال طرد اجتماعی از جمله اذیت کردن[۱۸] و قلدری،

کنترل گفتگو و مخالفت با دوستان، داشتن رابطهٔ مناسب با دوستان مانند یک میزبان خوب بودن و داشتن یک اوقات ورزشی خوب مبتنی است. معمولاً در یک گروه ۸ تا ۱۰ نفر نوجوان حضور دارند که تقریباً هم‌سن هستند. اگر این برنامه به‌درستی استفاده شود، اغلب، درمانگران در اواسط برنامه از والدین خواهند شنید که «نوجوان من (با اختلال طیف اوتیسم) دیگر برای مدت طولانی در اتاق خود نمی‌ماند و دارای تعاملات بیشتری است». در اواخر مداخله، بسیاری از نوجوانان در گروه‌هایی کوچکی از هم‌سالان به‌طور منظم با یکدیگر تعامل خواهند داشت (لوگسن و فرانکل،۲۰۱۰).

نتایج تحقیقات لوگسن و همکاران، ۲۰۱۴ تغییر در عملکرد اجتماعی نوجوانان مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا را پس از اجرای مداخلهٔ پیرز نشان داده است و این برنامه منجر به آموزش مهارت‌های اجتماعی و غنی‌سازی مهارت‌های ارتباطی شده است. در این برنامه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا به همراه والدین و مربیان آنها شرکت داشته‌اند. این برنامه منجر به افزایش پاسخ‌های اجتماعی، ارتباطات اجتماعی، انگیزه‌ها و آگاهی اجتماعی شده است. نتایج تحقیقات لوگسن و همکاران، ۲۰۱۱ در ارتباط با کاربرد برنامهٔ پیرز برای نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا نشان می‌دهد که این برنامه در زمینهٔ افزایش دانش مهارت اجتماعی، حساسیت و پاسخ‌دهی اجتماعی[۱۹]، ارتباطات، شناخت و آگاهی اجتماعی، انگیزش، تأیید و همکاری اجتماعی[۲۰] مؤثر است و با کاهش رفتارهای قالبی اختلال اتیسم، باعث افزایش تعامل‌های اجتماعی با هم‌سالان می‌شود. نتایج تحقیقات لوگسن، فرانکل، گانتمن و ماگیل، ۲۰۱۲ نشان می‌دهد که برنامهٔ پیرز دارای تأثیری بادوام است و موجب افزایش دانش و شناخت اجتماعی می‌شود و به‌طورکلی مهارت‌های اجتماعی را بهبود می‌بخشد و موجب تأیید اجتماعی، افزایش همکاری، مسئولیت‌پذیری[۲۱] و گسترش تعامل با هم‌سالان خواهد شد. ماندلبرگ و همکاران، ۲۰۱۳ اشاره می‌کنند که نوجوانان با اختلال طیف اوتیسم در تعاملات اجتماعی با هم‌سالان مشکل دارند و فاقد مهارت‌های اجتماعی مورد نیاز در زمینهٔ ارتباط با دیگرانند. کاربرد برنامهٔ پیرز دارای فوایدی از جمله، تنظیم رفتار و بهبود تعامل اجتماعی و ایجاد توجه در مکالمات است. مشارکت والدین نیز فرایند برنامه را تسهیل خواهد کرد. در پژوهشی که توسط لاک، فولر و کاساری،۲۰۱۲ در ارتباط با کاربرد برنامهٔ پیرز انجام شد، نوجوانان با اختلال طیف اوتیسم در یک گروه چهار نفری شرکت کردند و برنامهٔ پیرز انجام شد، نتایج نشان داد که بعد از مداخله مهارت‌های شروع مکالمات، فرایند گفت‌وگو از جمله سؤال و پاسخ در ارتباط با هم‌سالان در این گروه از نوجوانان افزایش یافته است. متی ویز و زیگلر، ۲۰۱۲ اشاره می‌کنند که برنامهٔ پیرز مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با ناتوانی و بدون ناتوانی را بهبود می‌بخشد و منجر به بهبود مقبولیت و صلاحیت نوجوانان با اختلال طیف اتیسم و افزایش استقلال آنها در ارتباط با هم‌سالان می‌شود. افزایش مسئولیت‌پذیری، حل مشکلات و توانایی تصمیم‌گیری از جمله مزایای دیگر این برنامه است. میلر و همکاران (۲۰۱۴) اشاره می‌کنند که برنامه پیرز در افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی نوجوانان با اختلال طیف اتیسم مؤثر است. البته بازدهی برنامه به چگونگی ارائهٔ آن بستگی خواهد داشت. با توجه به اینکه در ایران، اکثر پژوهش‌هایی که مرتبط با دختران و پسران با اختلالات طیف اتیسم است، دورهٔ کودکی را شامل می‌شود و پژوهش‌های کمتری در ارتباط با دورهٔ نوجوانی انجام گرفته و علاوه بر این، تاکنون تحقیقی در ارتباط با تأثیر برنامهٔ پیرز انجام نشده است، با توجه به ساختار سازمان‌یافتهٔ برنامهٔ پیرز و تأثیر آن در بهبود مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی و آموزش هم‌زمان مادران و نوجوانان، هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه پیرز بر تقویت

مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی نوجوانان پسر با اختلال اوتیسم با عملکرد بالاست.

**روش**

پژوهش حاضر، یک طرح موردمنفرد[۲۲] است. در این طرح اثرات آزمایشی بر هر شرکت کننده، بررسی می‌شود.

**جامعهٔ آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری**

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را کلیهٔ پسران با اختلال اتیسم با عملکرد بالا، مشغول به تحصیل در مدارس دولتی شهر یزد تشکیل می‌دادند. نمونه چهار پسر با اختلال اتیسم با عملکرد بالا در سنین،۱۴،۱۴،۱۳،۱۳ سال بودند که به شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند شناسایی و مورد ارزیابی قرار گرفتند. برنامهٔ پیرز به شکل گروهی اجرا شد. لازم به ذکر است که به علت کمبود نمونه و عدم رضایت والدین نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا برای معرفی فرزندان آنها از سوی مدارس، امکان انتخاب نمونه‌های بیشتر وجود نداشت.

**ابزار پژوهش**

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

**پرسش‌نامهٔ سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی[۲۳]: فرم والدین**

این پرسش‌نامه توسط گرشام و الیوت[۲۴] (۲۰۰۸) تهیه شده است و شامل ۷۹ سؤال است که پاسخ‌ها با چهار گزینهٔ هرگز، به‌ندرت، اغلب و همیشه مشخص می‌شود و به ترتیب به شکل ۲،۱،۰،۳، نمره‌گذاری می‌گردد. این پرسش‌نامه شامل ۳ مقیاس، مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری و اختلال طیف اتیسم است. هرکدام از این مقیاس‌ها از تعدادی خرده‌مقیاس تشکیل شده‌اند. مقیاس مهارت‌های اجتماعی شامل ۷ خرده‌مقیاس (ارتباط، همکاری،[۲۵] ابراز وجود،[۲۶] مسئولیت‌پذیری، همدردی، تعهد[۲۷] و خود-کنترلی)، مقیاس مشکلات رفتاری شامل چهار خرده مقیاس (برون‌ریزی،[۲۸] قلدری، نقص توجه-بیش‌فعالی و درون‌ریزی) و اختلال طیف اتیسم دارای دو بخش است که هرکدام از آن‌ها توسط تعدادی از سؤالات ارزیابی می‌شوند. این پرسش‌نامه برای گروه سنی ۳ تا ۱۸ سال قابل کاربرد است و توسط والدین تکمیل می‌شود. در پژوهش حاضر، این پرسش‌نامه بر گروهی از نوجوانان هنجاریابی شده و نتایج نشان می‌دهد که پرسش‌نامه از پایایی مناسبی برخوردار است. قابل ذکر است که آلفای کرانباخ برابر با ۰/۸۳ بوده است. نتایج نشان می‌دهد که توانایی و قدرت مقیاس درجه بندی مهارت های اجتماعی SSRS (گرشام و الیوت،۱۹۹۰) در پرسش‌نامهٔ سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی نیز حفظ شده است و برای بررسی اعتبار این پرسش‌نامه، ویژگی‌های روان‌سنجی آن محاسبه شده است (کروس بی،۲۰۱۱، گرشام، الیوت، ونس و کوک،۲۰۱۱).

**آزمون دانش مهارت‌های اجتماعی نوجوان[۲۹]**

این آزمون توسط لوگسن و فرانکل ۲۰۱۰ تهیه شده و شامل ۲۶ سؤال چند گزینه‌اي است که نوجوان باید یکی از گزینه‌ها را انتخاب کند. این مقیاس برای فراهم کردن زمینهٔ ارزیابی در مورد دانش مرتبط با مهارت‌های اجتماعی نوجوانان در نظر گرفته شده و توسط نوجوان تکمیل می‌شود. برای افراد با اختلال در خواندن و تأخیر تکلمی (زبانی) توصیه می‌شود که این آزمون به‌صورت شفاهی ارائه گردد. تکمیل (ارائه) این آزمون ممکن است به شکل فردی یا گروهی انجام گیرد. آزمون دانش مهارت‌های اجتماعی ممکن است به‌عنوان ارزیابی پیش از مداخله، پس از مداخله یا ارزیابی پیگیری استفاده شود. ۲۶ آیتمی که آزمون را شکل می‌دهند از محتوای جلسات برنامهٔ پیرز مشتق شده و از هر درس آموزشی، دو مورد اقتباس شده است. در این آزمون برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز در نظر گرفته می‌شود. امتیازها در دامنه‌ای از ۵ تا ۲۶ قرار می‌گیرند و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ دانش بهتر نوجوان از قوانین و مقررات اجتماعی است. در پژوهش انجام‌شده آلفای کرانباخ برابر ۰/۵۶ بود (لوگسن و فرانکل ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر آلفای کرانباخ برابر با ۰/۶۶ به‌دست آمده است.

**پرسش‌نامهٔ بررسی کیفیت نقش[۳۰]: فرم والدین و نوجوان**

این پرسش‌نامه توسط فرانکل و مینتز[۳۱] تهیه شده است و هر فرم شامل ۱۰ سؤال است که پاسخ‌ها بر یک طیف چهارگزینه‌ای شامل (اصلاً، به‌ندرت، نسبتاً زیاد و خیلی زیاد) مشخص می‌گردد که به ترتیب به‌صورت ۰،۱،۲،۳ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه‌ها توسط والدین و نوجوان تکمیل می‌شود و در مورد مهارت‌های ارتباطی از جمله روابط دوستانهٔ نوجوان، شرکت کردن او در جمع دوستان و میزبانی کردن دورهمی‌ها اطلاعاتی فراهم می‌کند. امتیازات بیشتر نشان‌دهندهٔ تعارض معنادار و قابل ملاحظه است. در پژوهشی که روی ۱۷۵ پسر و دختر انجام شد، آلفای کرانباخ برابر با ۰/۸۷ بود. این ابزار به‌عنوان وسیله‌ای برای ارزیابی تأثیر آموزش بر مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی به کار می‌رود (لوگسن و فرانکل ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر آلفای کرانباخ برابر با ۰/۸۲ بود.

**مقیاس تشخیص اختلال طیف اتیسم[۳۲]**

با توجه به تغییر و تحولات عمده‌ای که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم، دربارهٔ اختلال طیف اتیسم صورت گرفته است، مقیاس تشخیصی بر اساس آن راهنما توسط محسنی اژیه و همکاران تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۰۰ سؤال است که سؤالات ۱ تا ۲۲ مربوط به تعامل اجتماعی و هیجانی متقابل، سؤالات ۲۳ تا ۳۷ مربوط به خرده‌مقیاس رفتارهای ارتباطی غیرکلامی، سؤالات ۳۸ تا ۵۵ مربوط به خرده‌مقیاس ایجاد، حفظ و درکِ روابط میان فردی، سؤالات ۵۶ تا ۷۴ مربوط به خرده‌مقیاس حرکات، بازی و گفتار کلیشه‌ای، سؤالات ۷۵ تا ۸۰ مربوط به خرده‌مقیاس آداب و رسوم خاص، سؤالات ۸۱ تا ۸۵ مربوط به خرده‌مقیاس مربوط به علایق محدود و ثابت و سؤالات ۸۶ تا ۱۰۰ مربوط به خرده‌مقیاس واکنش به محرک‌های حسی است. این مقیاس بر ۱۰۰ نفر از کودکان با اختلال طیف اتیسم در شهر اصفهان هنجاریابی شده است. بر اساس جمع نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها، سطوح شدت برای ارتباط و تعامل اجتماعی و برای علایق، رفتارها و حرکات کلیشه‌ای محاسبه می‌شود. هرکدام از موارد ذکرشده تعدادی از خرده‌مقیاس‌ها را به خود اختصاص می‌دهند و کودکان از لحاظ سطوح شدت، در سه طیف نیازمند به حمایت، حمایت زیاد و حمایت بسیار زیاد طبقه‌بندی می‌شوند (محسنی اژیه، عابدی و بهنام‌نژاد، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر، تشخیص نمونه‌ها توسط سازمان آموزش و پرورش استثنایی صورت پذیرفته بود و از مقیاس تشخیص طیف اتیسم نیز توسط محققان استفاده شد. این مقیاس توسط والدین تکمیل گردید.

**روش اجرای مداخله**

با توجه به راهنما و دستورالعمل برنامهٔ پیرز (لوگسن و فرانکل،۲۰۱۰)، ابتدا یک مصاحبهٔ تشخیصی با والدین و نوجوانان انجام شد با این هدف که نوجوان دارای توانائی‌های کلامی کافی و قادر به دنبال کردن دروس آموزشی ارائه‌شده در گروه باشد. علاوه براین، برای حصول اطمینان از اینکه نوجوان برای مشارکت انگیزه داشته هیچ مسئلهٔ رفتاری که مانع از مشارکت شود، وجود نداشته باشد (به‌عنوان مثال رفتارهای پرخاشگرانه) و اطمینان از اینکه والدین با انجام تکالیف مرتبط با خود در منزل موافق هستند، با والدین مصاحبه انجام شد. در مورد ساختار برنامه، قبل از شروع مداخله به والدین و نوجوان توضیحاتی داده شد. طی مصاحبه با والدین، شرح حال دقیق و کاملی در مورد سابقهٔ رشد و نمو، هرگونه تشخیص بیماری روانی قبلی یا کنونی و همچنین توصیفی جامع از هرگونه درمان یا ارزیابی روان‌شناختی کنونی یا قبلی (شامل مصرف دارو) صورت گرفت. در برنامهٔ پیرز مهم است که زمان قابل توجهی را صرف کرد و به والد یا قیم اجازه داد که نگرانی‌های خود را در مورد مشکلات اجتماعی نوجوان توصیف کند. در پژوهش حاضر قبل از شروع مداخله برای بررسی

مشکلات اجتماعی از پرسش‌نامهٔ سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی استفاده شد که توسط والدین تکمیل شده است. همچنین پرسش‌نامهٔ کیفیت نقش توسط والدین و نوجوانان و آزمون دانش مهارت‌های اجتماعی نوجوان توسط نوجوانان تکمیل گردید. پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، گروه والدین و نوجوان در جلسه‌های جداگانه‌ای مطابق با راهنما و دستورالعمل برنامهٔ پیرز لوگسن و فرانکل (۲۰۱۰) مورد آموزش قرار گرفتند. ارائهٔ برنامه به مدت ۱۴ هفته بود. در جدول ۱ محتوای آموزشی هر جلسه به گونهٔ مختصر ارائه‌شده است.

**جدول ۱. محتوای جلسه‌های آموزشی**

| جلسات | درس آموزشی | محتوی آموزشی | تکالیف |
|---|---|---|---|
| ۱ | مهارت‌های معرفی، مکالمه و تبادل اطلاعات | به نوجوانان و والدین آموزش داده می‌شود که چگونه در طول مکالمات تبادل اطلاعات کنند | تمرین تبادل اطلاعات از طریق تلفن با اعضای گروه |
| ۲ | مهارت‌های مکالمه و محاوره (گفت‌وگوهای دوطرفه) | به والدین و نوجوانان در مورد عناصر اصلی برای داشتن مکالمهٔ دوطرفه با هم‌سالان آموزش داده می‌شود. والدین باید فعالیت‌هایی را که منجر به افزایش دوست‌یابی می‌شود شناسایی کنند | تمرین تبادل اطلاعات از طریق تلفن با افرادی غیر از اعضای گروه |
| ۳ | ارتباطات الکترونیک | آموزش به والدین و نوجوان در مورد استفادهٔ مناسب از ایمیل، اینترنت، پیامک و ... | تعیین فعالیت‌های فوق برنامه توسط والدین برای تقویت کاربرد ارتباطات الکترونیکی و تمرین استفادهٔ مناسب از آن در ارتباطات اجتماعی |
| ۴ | انتخاب دوستان مناسب | شناسایی فعالیت‌های فوق برنامه بر اساس علایق نوجوان توسط والدین و نوجوان که می‌تواند زمینه‌ای برای دوست‌یابی با توجه به منافع مشترک برای نوجوان شود | والدین و نوجوان شروع به دنبال کردن فعالیت فوق برنامه برای نوجوان می‌کنند |
| ۵ | استفادهٔ مناسب از طنز و شوخی[۳۳] | نوجوانان مبتلا به اختلال اتیسم اغلب دارای کمبودهای قابل توجهی در مورد درک و فهم منظورهای اصلی جوک‌ها و شوخی‌ها هستند. (امریک، کریگاد، گرتر،... ۲۰۰۳)؛ بنابراین در این جلسه آموزش قوانین اساسی در مورد استفاده مناسب از جوک و شوخی مورد توجه قرار می‌گیرد. | یادگیری قوانین برای استفادهٔ مناسب از جوک و شوخی |
| ۶ | ورود به جمع هم‌سالان (ورود به یک مکالمه) | به والدین و نوجوان در مورد مراحل مکالمه با هم‌سالان، آموزش داده می‌شود | تمرین ورود به مکالمات در ارتباط با هم‌سالان، برای نوجوان |
| ۷ | ورود به جمع هم‌سالان (خروج از یک مکالمه) | به والدین و نوجوان در مورد مهارت‌های اتمام مکالمه و به عبارتی خروج از مکالمه به شکل مؤدبانه، آموزش داده می‌شود | تمرین ورود و خروج به مکالمات در ارتباط با همسالان، به نوجوان |
| ۸ | دورهمی‌ها | به والدین و نوجوان در مورد برنامه‌ریزی برای دورهمی‌های موفقیت‌آمیز، آموزش داده می‌شود | آموزش به نوجوانان در مورد چگونگی داشتن (میزبانی) دورهمی و سازمان‌دهی آن با دوستانی که با برنامهٔ پیرز مربوط نیستند |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ۹ | پرورش روحیهٔ ورزشکاری و جوانمردی | محتوای این جلسه در ارتباط با آموزش قوانین یک بازیکن خوب بودن (جوانمرد بودن) به والدین و نوجوان است. | تمرین قواعد مرتبط با بازی‌ها و انجام ورزش‌ها |
| ۱۰ | عدم پذیرش (طردشدگی): بازخورد (واکنش) به آزار و اذیت و رفتار شرم‌آور (مثل لباس شما مسخره است) | آموزش به والدین و نوجوان در مورد چگونگی واکنش به آزار و اذیت به‌عنوان روشی مؤثر برای کاهش احتمال اینکه نوجوان در آینده مورد آزار و اذیت قرار گیرد | تمرین با نوجوان برای کنترل مناسب آزار و اذیت‌های احتمالی |
| ۱۱ | طردشدگی (عدم پذیرش): کنترل قلدری و شهرت منفی | آموزش راهکارها به والدین و نوجوان برای کنترل قلدری (مثل حملات فیزیکی) و چگونگی تغییر دادن شهرت منفی | اجرای راهکارهای مناسب برای کنترل قلدری و حملات فیزیکی از جانب هم‌سالان |
| ۱۲ | اداره و رفع اختلاف نظرها | آموزش والدین و نوجوان برای آموزش اجزای ضروری برای حل اختلاف نظرها با هم‌سالان | تمرین با نوجوان برای کنترل اختلاف نظرها از طریق بازی نقش |
| ۱۳ | کنترل شایعات و بدگویی‌های بی‌اساس | آموزش والدین و نوجوانان برای به حداقل رساندن تأثیر شایعات بی‌اساس | تمرین با نوجوانان برای مدیریت شایعات بی‌اساس |
| ۱۴ | برگزاری مراسم پایان دورهٔ آموزشی | هدف از جلسهٔ پایانی، پاداش به نوجوانان برای تلاش و کار سخت در طول مداخله و فراهم آوردن جلسهٔ اختتامیه و سرگرمی است. به والدین آموزش داده می‌شود که دستاوردهای مداخله در موقعیت‌های مختلف اجتماعی به‌کار برده و حفظ شود | |

در پایان جلسه‌های آموزشی، مجدداً پرسش‌نامه‌های سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی توسط والدین، پرسش‌نامهٔ کیفیت نقش توسط والدین و نوجوانان و پرسش‌نامهٔ دانش مهارت‌های اجتماعی که مرتبط با جلسه‌های برنامهٔ پیرز بود، توسط نوجوانان تکمیل شد. داده‌های به‌دست‌آمده برای هر آزمودنی در سه موقعیت قبل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری به تفکیک بررسی شد.

**روش تجزیه و تحلیل داده‌ها**

در پژوهش حاضر برای مقایسهٔ داده‌ها در موقعیت قبل، بعد از مداخله و پیگیری، داده‌ها روی نمودار ترسیم شد و از شاخص‌های توصیفی میانگین، میانه و دامنهٔ تغییرات برای بررسی داده‌ها در طی فرایند اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در طرح‌های موردمنفرد تفاوت‌های ظاهری داده‌ها مدنظر قرار می‌گیرد، بنابراین این تفاوت باید مشهود و قابل توجه باشد و اگر تفاوت بین داده‌های خط پایه و موقعیت آزمایشی قابل توجه باشد، می‌توان اظهار داشت که تفاوت معنادار است (کوپر، هیرون و هیوارد،۲۰۰۷).

**یافته‌ها**

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق جداول و نمودارهای زیر ارائه شده است.

**الف) بررسی نتایج به‌دست‌آمده بر اساس سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی و کیفیت نقش**

داده‌های مربوط به نمرهٔ کلی مقیاس مهارت‌های اجتماعی و مقیاس مشکلات رفتاری بر اساس پرسش‌نامهٔ سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی و نمرهٔ کل آزمودنی‌ها بر اساس پرسش‌نامهٔ کیفیت نقش (فرم والدین و نوجوان) در قبل، بعد از مداخله و پیگیری بر اساس آخرین ارزیابی از آزمودنی‌ها طی اندازه‌گیری‌های مکرر، در جدول ۲ ارائه شده است.

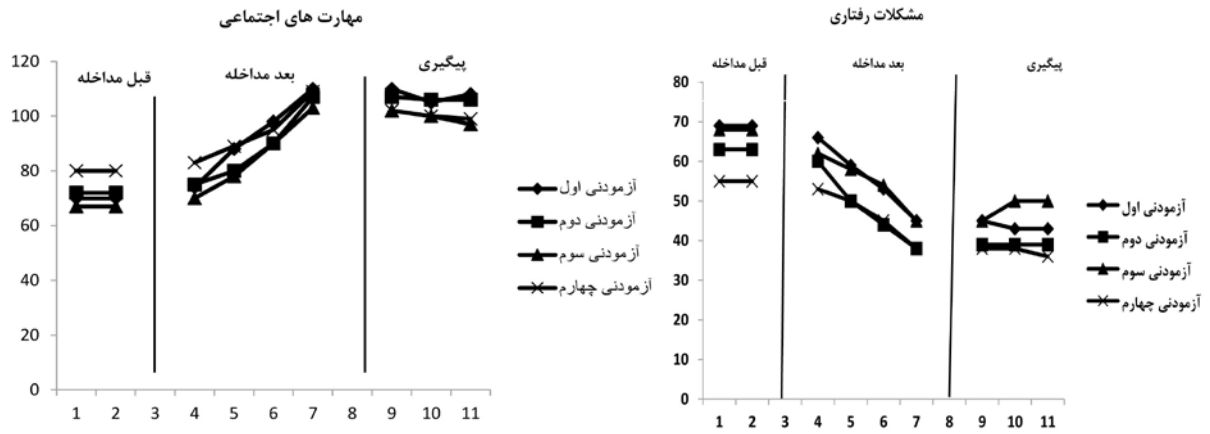
**جدول ۲. نمره‌های کل آزمودنی‌ها بر اساس پرسش‌نامه‌های SSIS و QPQ-P&QPQ-A**

| متغیرها | نمونه‌ها | قبل از مداخله | بعد از مداخله | پیگیری |
|---|---|---|---|---|
| مهارت‌های اجتماعی | مورد اول | ۷۰ | ۱۱۰ | ۱۰۸ |
| | مورد دوم | ۷۲ | ۱۰۷ | ۱۰۶ |
| | مورد سوم | ۶۷ | ۱۰۳ | ۹۷ |
| | مورد چهارم | ۸۰ | ۱۰۹ | ۹۹ |
| مشکلات رفتاری | مورد اول | ۶۹ | ۴۵ | ۴۳ |
| | مورد دوم | ۶۳ | ۳۸ | ۳۹ |
| | مورد سوم | ۶۸ | ۴۵ | ۵۰ |
| | مورد چهارم | ۵۵ | ۳۸ | ۳۶ |
| کیفیت نقش (فرم والدین) | مورد اول | ۱۶ | ۷ | ۴ |
| | مورد دوم | ۱۸ | ۳ | ۴ |
| | مورد سوم | ۲۷ | ۱۹ | ۱۳ |
| | مورد چهارم | ۲۰ | ۱۰ | ۸ |
| کیفیت نقش (فرم نوجوان) | مورد اول | ۱۸ | ۳ | ۴ |
| | مورد دوم | ۱۵ | ۲ | ۱ |
| | مورد سوم | ۲۵ | ۱۰ | ۸ |
| | مورد چهارم | ۱۸ | ۷ | ۳ |

با مقایسهٔ نتایج به‌دست‌آمده در مرحلهٔ قبل و بعد از مداخله، می‌توان تأثیر برنامهٔ پیرز را در افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی در هر چهار آزمودنی مشاهده کرد. نمره‌های آزمودنی‌ها در زیرمجموعه‌های مقیاس اجتماعی (ارتباط، همکاری، ابراز وجود، مسئولیت‌پذیری، همدردی، تعهد و خودکنترلی)، از پرسش‌نامهٔ سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی در مرحلهٔ بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش‌یافته است. همچنین نمره‌های به‌دست‌آمده در مرحلهٔ پیگیری نشان‌دهندهٔ دوام تأثیر مداخله است. PND محاسبه شده نشان داد که برای هر چهار آزمودنی میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله در مقیاس مهارت اجتماعی و کیفیت نقش با ۰/۱۰۰ درصد اطمینان موثر بوده است.

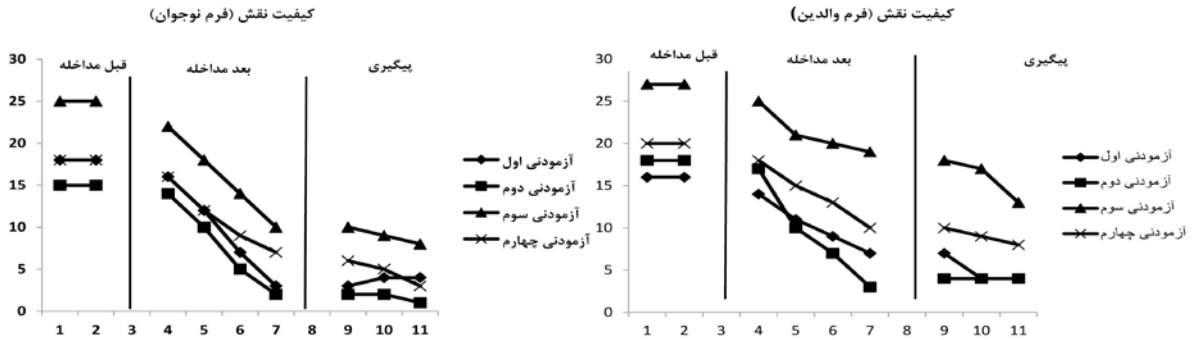
**ب) نمایش تأثیر برنامهٔ پیرز بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بر اساس نمودار**

لازم به ذکر است آزمودنی ها دو بار در مرحله قبل از مداخله، چهار بار در طی مداخله و سه بار در مرحله پیگیری مورد اررزیابی قرار گرفتند که نتایج حاصل از تاثیر برنامه پیرز طی اندازه گیری های مکرر بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری در نمودار ۱ نمایش داده شده است.




**نمودار ۱. تأثیر برنامهٔ پیرز بر افزایش مهارت‌های اجتماعی بر اساس پرسش‌نامهٔ SSIS**

همان‌گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، برنامهٔ پیرز باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری در مرحلهٔ بعد از مداخله و پیگیری شده است. البته نمرهٔ مهارت‌های اجتماعی در مرحلهٔ پیگیری نسبت به بعد از مداخله به گونهٔ جزئی کاهش یافته اما در مقایسه با قبل از مداخله، نمرهٔ آزمودنی‌ها در مرحلهٔ پیگیری افزایش یافته است. در مرحلهٔ بعد از مداخله و پیگیری مورد اول بیشترین نمره را در زمینهٔ افزایش مهارت‌های اجتماعی به خود اختصاص داده است. میزان تأثیر برنامهٔ پیرز بر افزایش مهارت‌های ارتباطی طی اندازه گیری های مکرر بر اساس پرسشنامه کیفیت نقش (فرم والدین و نوجوان) در نمودار ۲ نمایش داده شده است.




**نمودار ۲. تأثیر برنامه پیرز بر افزایش مهارت‌های ارتباطی بر اساس پرسش‌نامه** QPQ-P&QPQ-A

با توجه به محتوای سؤالات پرسش‌نامهٔ کیفیت نقش که نمره‌های کمتر نشان‌دهندهٔ بهبود مهارت‌های ارتباطی است، نمودار ۲ نشان‌دهندهٔ افزایش مهارت‌های ارتباطی نمونه‌هاست. علاوه بر این، نتایج نشان‌دهندهٔ هماهنگی داده‌های به‌دست‌آمده از هر دو فرم والدین و نوجوانان است، بدین معنی که مشکلات ارتباطی در مرحلهٔ بعد از مداخله و پیگیری نسبت بـه قبل از مداخله کاهش یافته است.

**ج) شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی**

شاخص‌های توصیفی (میانگین، میانه و دامنهٔ تغییرات) و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی مراحل آزمایش (قبل از مداخله ، بعد از مداخله و پیگیری) بر اساس پرسش‌نامهٔ سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی، در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی در ارتباط با مهارت‌های اجتماعی**

| درون موقعیتی | مهارت‌های اجتماعی | | | مشکلات رفتاری | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| توالی موقعیت‌ها | قبل | بعد | پیگیری | قبل | بعد | پیگیری |
| میانه | ۷۱ | ۱۰۸ | ۱۰۲/۵ | ۶۵ | ۴۱/۵ | ۴۱ |
| میانگین | ۷۲/۵ | ۱۰۷/۲۵ | ۱۰۲/۵ | ۶۳/۵ | ۴۱/۵ | ۴۲ |
| دامنهٔ تغییرات | ۱۳ | ۷ | ۱۱ | ۱۴ | ۷ | ۱۴ |
| مینیمم | ۶۷ | ۱۰۳ | ۹۷ | ۵۵ | ۳۸ | ۳۶ |
| ماکزیمم | ۸۰ | ۱۱۰ | ۱۰۸ | ۶۹ | ۴۵ | ۵۰ |
| جهت | | صعودی | | | نزولی | |

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌کنیم، میانگین نمرهٔ مهارت‌های اجتماعی از ۷۲/۵ در قبل از مداخله به ۱۰۷/۲۵ در بعد از مداخله رسیده است که نشان‌دهندهٔ افزایش نمرهٔ مهارت‌های اجتماعی نمونه‌های مورد نظر است. علاوه بر این، می‌توان کاهش میانگین و میانهٔ نمرهٔ مشکلات رفتاری را مشاهده کرد. این کاهش در مرحلهٔ پیگیری نیز حفظ‌شده است. در ارتباط با مهارت اجتماعی،

ماکزیمم و مینیمم نمره‌ها بعد از مداخله، افزایش محسوسی نسبت به قبل از مداخله داشته است.

شاخص‌های توصیفی میانگین، میانه و دامنهٔ تغییرات و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی مراحل آزمایش (قبل از مداخله ، بعد از مداخله و پیگیری) بر اساس پرسش‌نامهٔ کیفیت نقش در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی در ارتباط با پرسش‌نامه کیفیت نقش «فرم والدین و نوجوان»**

| درون موقعیتی | کیفیت نقش «فرم والدین » | | | کیفیت نقش «فرم نوجوان» | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| توالی موقعیت‌ها | قبل | بعد | پیگیری | قبل | بعد | پیگیری |
| میانه | ۱۹ | ۸/۵ | ۶ | ۱۸ | ۵ | ۳/۵ |
| میانگین | ۲۰/۲۵ | ۹/۷۵ | ۷/۲۵ | ۱۹ | ۵/۵ | ۴ |
| دامنهٔ تغییرات | ۱۱ | ۱۶ | ۹ | ۱۰ | ۸ | ۷ |
| مینیمم | ۱۶ | ۳ | ۴ | ۱۵ | ۲ | ۱ |
| ماکزیمم | ۲۷ | ۱۹ | ۱۳ | ۲۵ | ۱۰ | ۸ |
| جهت | | نزولی | | | نزولی | |

بر اساس جدول ۴، میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها بر اساس پرسش‌نامهٔ کیفیت نقش «فرم والدین» از ۲۰/۲۵ در موقعیت قبل از مداخله به ۹/۷۵ در موقعیت بعد از مداخله رسیده که این تغییر قابل قبول به نظر می‌رسد. در «فرم نوجوان» نیز میانگین و میانهٔ نمره‌ها روند نزولی داشته و تغییر آن قابل ملاحظه است که نشان‌دهندهٔ تأثیر برنامهٔ آموزشی است.

در ارتباط با نتایج به‌دست‌آمده، درصد داده‌های غیر همپوش[۳۴] نشان می‌دهد که هیچ‌گونه همپوشی میان نقاط قبل و بعد از مداخله وجود ندارد و مداخله با صد درصد اطمینان در ارتباط با مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مؤثر بوده است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش موردمنفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش بستگی دارد. هر چه درصد غیر همپوشی میان دو موقعیت مجاور بیشتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (فراهانی، کاظمی، عابدی و آقامحمدی،۱۳۹۲).

**د) بررسی داده‌ها بر اساس آزمون دانش مهارت‌های اجتماعی نوجوان**

این پرسش‌نامه بر اساس محتوای برنامهٔ پیرز تهیه شده که نتایج حاصل از پاسخ‌گویی آزمودنی‌ها به آن در جدول ۵ به تفکیک ارائه شده است.

**جدول ۵. پاسخ‌گویی آزمودنی‌ها به پرسش‌نامهٔ دانش مهارت‌های اجتماعی قبل و بعد از مداخله و پیگیری**

| آزمودنی‌ها | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | پاسخ‌های درست | پاسخ‌های نادرست | پاسخ‌های درست | پاسخ‌های نادرست | پاسخ‌های درست | پاسخ‌های نادرست |
| اول | ۱۰ | ۱۶ | ۲۳ | ۳ | ۲۴ | ۲ |
| دوم | ۷ | ۱۹ | ۲۱ | ۵ | ۲۱ | ۵ |
| سوم | ۱۲ | ۱۴ | ۲۴ | ۲ | ۲۳ | ۳ |
| چهارم | ۱۰ | ۱۶ | ۲۴ | ۲ | ۲۴ | ۲ |

بررسی نتایج و مقایسهٔ پاسخ‌های هر چهار آزمودنی در قبل و بعد از مداخله و در مرحلهٔ پیگیری، نشان می‌دهد که پاسخ‌های درست نمونه‌ها در مرحلهٔ بعد از مداخله و پیگیری افزایش یافته است و این نتایج بیانگر تأثیر برنامهٔ پیرز در افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامهٔ پیرز بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی نوجوانان پسر با اختلال اتیسم با عملکرد بالا بود. نتایج پژوهش نشان داد که برنامهٔ پیرز منجر به بهبود مهارت‌های اجتماعی آزمودنی‌ها شده است. در تبیین این یافته

باید گفت که با توجه به اینکه یکی از ویژگی‌های نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا نقص در مهارت‌های اجتماعی است، برنامهٔ پیرز که ماهیت گروهی دارد و والدین را نیز در جریان مداخله قرار می‌دهد، در افزایش شایستگی اجتماعی این نوجوانان مؤثر است. برنامهٔ پیرز مهارت‌های ظریف را برای برقراری ارتباط مناسب با دیگران به شکل مدون و برنامه‌ریزی‌شده آموزش می‌دهد و با مشارکت والدین در جلسه‌های مداخله، سبب پیگیری فرایند آموزش و تثبیت مهارت‌ها و افزایش انگیزه در والدین برای تقویت مهارت‌های اجتماعی نوجوان خواهد شد. در برنامهٔ پیرز والدین در کنار مربی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی برنامه نقش دارند (لوگسن و همکاران،۲۰۱۱). در دورهٔ نوجوانی تقویت مهارت‌های اجتماعی از اهمیت بیشتری برخوردار است و برنامهٔ پیرز با تأکید بر رشد و بهبود مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و رشد دوست‌یابی در این نوجوانان خواهد شد (چانگ، سیو و براون،۲۰۱۷). دورهٔ نوجوانی دربرگیرندهٔ چالش‌های بسیاری، از جمله انتقال از مدرسه و یافتن شغل، آشنایی با شبکه‌های اجتماعی، افزایش وظایف داخل منزل و گسترش و رشد روابط با هم‌سالان و جنس مخالف است. تمام این حوزه‌ها نیازمند درجهٔ خاصی از تسلط بر مهارت‌های اجتماعی است که بسیاری از نوجوانان مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا فاقد آن‌ها هستند. در صورت عدم درمان، این مسائل و مشکلات اجتماعی ممکن است منجر به پیامدهای منفی از جمله ظهور علائم افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و تنهایی شود (میلر و همکاران،۲۰۱۴). با توجه به اینکه برنامهٔ پیرز به شکل گروهی تنظیم می‌شود، باعث مشارکت فعال نوجوان در فرایند درمان خواهد شد. آموزش پیرز بر شرکت در تبادل اجتماعی متقابل و چالش‌انگیز مبتنی است و یک برنامهٔ ساختاریافتهٔ مرتبط با دوست‌یابی و حفظ روابط دوستانه است و باعث بهبود محبوبیت نوجوانان در میان هم‌سالان می‌شود (لوگسن و فرانکل،۲۰۱۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامهٔ پیرز منجر به بهبود مهارت‌های ارتباطی آزمودنی‌ها شده است. در تبیین این یافته باید گفت که نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا در بیان حالات عاطفی، ارائهٔ نشانه‌های غیرکلامی مثل تکان دادن دست به نشانهٔ خداحافظی، رعایت نوبت در صحبت کردن و بیان تقاضاهای خود با مشکل مواجه هستند. ارتقای مهارت‌های اساسی ارتباطی برای هر دختر و پسری که در حال رشد است، با توجه به مهارت‌های شناختی و کلامی آنها حائز اهمیت است و این مسئله برای نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا از اهمیت زیادی برخوردار است (بامینگر و کاساری،۲۰۰۰ و ویکر، ۲۰۰۹). عدم توانایی این نوجوانان برای ارتباط با هم‌سالان و ضعف در مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش پرخاشگری و تنش در آنها خواهد شد (وربل،۲۰۰۳). برنامهٔ پیرز با ارائهٔ آموزش در زمینهٔ نحوهٔ ورود و خروج در یک مکالمه، استفادهٔ مناسب از شوخی‌ها، آموزش نحوهٔ چگونگی تعامل با دوستان و حل اختلافات، باعث بهبود مهارت‌های ارتباطی و افزایش پذیرش از جانب هم‌سالان خواهد شد. افراد به‌تدریج در جلسه‌های درمان و از طریق حمایت والدین با مهارت‌های مکالمه و تعاملات با دیگران آشنا خواهند شد و حمایت والدین در امر آموزش در تقویت مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی آنها نقش تعیین‌کننده دارد (لوگسن و فرانکل،۲۰۱۰).

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات انجام‌شده از جمله، لوگسن و همکاران، ۲۰۱۴، لاک و همکاران، ۲۰۱۲، لوگسن و همکاران، ۲۰۱۱، ماندلبرگ و همکاران، ۲۰۱۳، لوگسن و همکاران، ۲۰۱۲ و متی‌ویز و زیگلر، ۲۰۱۲ همسو است.

به‌طور کلی باید گفت که برنامهٔ پیرز برای هر جلسه، یک طرح کلی گام‌به‌گام برای کمک به درمانگران ارائه می‌کند. وجود درمانگران کمکی یکی از امتیازات این مداخله است. هر جلسهٔ درمان دارای

اصولی مشترک است. به نظر می‌رسد که خانواده‌ها با درمانگر احساس راحتی می‌کنند و برنامهٔ درمانی در اختیار والدین و نوجوانان است و کتاب راهنمای مداخله، به والدین و نوجوانان برای یادگیری مهارت‌ها کمک می‌کند. کتاب راهنما، شکل کامل برنامه را شامل می‌شود و به‌عنوان راهنمای درمان استفاده می‌شود. هر جلسه بر اساس جلسه‌های قبل از آن است. این مداخله می‌تواند به‌عنوان یک درمان سرپایی استفاده شود یا در مدرسه یا بلافاصله بعد از مدرسه ارائه شود (لوگسن و فرانکل، ۲۰۱۰). به دلیل اینکه هدف برنامهٔ پیرز توسعهٔ مهارت‌ها نسبت به اصلاح نقایص اجتماعی است و مراحل برنامه شامل دوست‌یابی و توسعهٔ مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی است و مبتنی بر تکالیف خانگی است، به نظر می‌رسد که دارای تأثیر تعمیم‌یافته است (متی‌ویز و زیگلر، ۲۰۱۲).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر وجود دشواری‌هایی در زمینهٔ اجرای برنامه و شرکت منظم والدین بود و پژوهشگران در اجرای برخی از اجزای مداخله با محدودیت‌های زمانی مواجه بودند. علاوه بر این، با توجه به اینکه پژوهش حاضر در شهر یزد انجام شده است، تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام پذیرد و انجام تحقیقات بیشتر ضروری به نظر می‌رسد. اگرچه تحقیقات در مورد اختلالات طیف اتیسم مرتبط با دورهٔ کودکی گسترده است، خلائی در زمینهٔ پژوهش‌ها برای نوجوانان و جوانان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و مخصوصاً نوجوانان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا وجود دارد و انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینهٔ مسائل مختلف مرتبط با دورهٔ بلوغ و نوجوانی برای این گروه افراد به‌ویژه در ارتباط با مشکلات اجتماعی و ارتباطی حائز اهمیت است. پیشنهاد می‌شود کاربرد برنامهٔ پیرز در ارتباط با نوجوانان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نیز مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

از مادران و نوجوانانی که در این تحقیق مشارکت نمودند و همچنین ادارهٔ آموزش و پرورش استثنایی شهر یزد که برای انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشته‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

## پی‌نوشت‌ها

1. Autism Disorder
2. High-functioning Autism
3. Adolescence
4. Puberty
5. Social Cognition
6. Social Cues
7. Speech Prosody
8. Behavioral Modeling
9. Behavioral Rehearsal
10. Performance Feedback
11. Children’s Friendship Training Program
12. Evidence-based
13. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
14. PEERS (Program for the Evaluation and Enrichment of Relational Skills)
15. Parent-Assisted Intervention
16. Fetal Alcohol Spectrum Disorders
17. Role-Play Exercises
18. Teasing
19. Social Responsiveness
20. Social Motivation, Assertion, Cooperation
21. Cooperation and Responsibility
22. Single-Subject Designs
23. Social Skills Improvement System (SSIS)
24. Gresham & Elliott
25. Cooperation
26. Assertion
27. Engagement
28. Externalizing
29. Test of Adolescent Social Skills Knowledge (TASSK)
30. The Quality of Play Questionnaire (QPQ-P&QPQ-A)
31. Mintz
32. Autism Spectrum Disorder Diagnostic Scale (ASDDS)
33. Humor
34. Percentage of Non-Overlapping Data (PND)

## منابع

فراهانی، ح.، کاظمی، ز.، عابدی، ا.، آقامحمدی، س. (۱۳۹۲). *مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد*. تهران: روان‌شناسی و هنر.

نیکولز، ش.، موراویک، گ.، تتن بیوم، س. (۲۰۰۹). *بلوغ دختران با اختلالات طیف اوتیسم: آن چه که والدین باید در مورد سال‌های پیش‌نوجوانی و نوجوانی بدانند*. ترجمهٔ لیلا اکرمی، معصومه تجریشی و صدیقه آقالر. اصفهان: سام آرام.

محسنی اژیه، ع.ر.، عابدی، ا.، بهنام نژاد، ن. (۱۳۹۴). طراحی و بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تشخیص اختلال طیف اوتیسم (ASDDS) بر اساسDSM-5 . *مجلهٔ روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۱(۲)؛۱۲۱-۱۳۱.

Attwood, T. (2000). Strategies for improving the social integration of children with Asperger syndrome. *Journal of Autism*, 4(1), 85-100

Baron-Cohen, S. (1995) *Mind blindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge. MA, MIT Press.

Bauminger, N. & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Journal of Child Development*, 71(2), 447–456.

Capps, L., Sigman, M., & Yirmiya, N. (1996). Self-competence and emotional understanding in high-functioning children with autism. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*,7, 260–279

Carpenter, L. A., Soorya, L., & Halpern, D. (2009). Asperger's Syndrome and High-Functioning Autism. *Journal of* Pediatric *Annals*, 38(1), 30–5

Cheung, P.P., Siu, A. M. H. & Brown, T. (2017). Measuring social skills of children and adolescents in a Chinese population: Preliminary evidence on the reliability and validity of the translated Chinese version of the Social Skills Improvement System-Rating Scales (SSIS-RS-C). *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 60(11), 187–197

Church, C., Alisanski, S. & Amanullah, S. (2000). The social, behavioral, and academic experiences of children with Asperger syndrome. *Journal of Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*,15(1), 12–20.

Cooper, J. O., Heron, T. F. & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd ed). Columbus, OH: Merrill /Prentice Hall

Crosby, J.W. (2011). Test Review: F. M. Gresham & S. N. Elliott Social Skills Improvement System Rating Scales. Minneapolis. MN: NCS Pearson. *Journal of Psychoeducational Assessment* 29(3), 292-296

Elder, L. M., Caterino, L. C., Chao, J., Shacknai, D., & DeSimone, G. (2006). The efficacy of social skills treatment for children with Asperger syndrome. *Journal of Education & Treatment of Children*, 29(4),635–663.

Frankel, F., & Myatt, R. (2003). Children's friendship training. New York, Brunner-Routledge

Frankel, F. & Myatt, R. (2007). Parent-assisted friendship training for children with autism spectrum disorders: Effects associated with psychotropic medication. *Journal of Child Psychiatry and Human Development*, 37(4), 337–346.

Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Journal of Psychological Medicine*, 34(3), 385–389.

Gresham, F.M., Elliott, S.N., Vance, M.J., & Cook,C.R. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and Psychometric Comparisons Across Elementary and Secondary Age Levels. *Journal of* School Psychology Quarterly, 26(1), 27–44

Klin, A., Volkmar, F. R., & Sparrow, S. S. (2000). Asperger syndrome. New York, NY: Guilford Press

Krasny, L., Williams, B. J., Provencal, S., & Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum: Essential ingredients and a model curriculum. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 107–122.

Kucharczyk,S.,Reutebuch,C.K.,Carter,E.W.,Hedges ,S.,ElZein,F.,Fan,H.,&Gustafson,J.R. (2015).Addressing the needs of adolescents with autism spectrum disorder: considerations and complexities for high school interventions. *Journal of Exceptional Children*, 81(3), 329–349.

Laugeson, E. A., & Frankel, F. (2010). Social skills for teenagers with developmental and autism spectrum disorders: The PEERS treatment manual. New York, NY: Routledge.

Laugeson, E. A., Ellingsen,R., Sanderson, J., Tucci, L., &Bates, S. (2014). The ABC's of Teaching Social Skills to Adolescents with Autism Spectrum Disorder in the Classroom: The UCLAPEERS Program. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 44(9),2244-56.

Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C., & Dillon, A. R. (2009). Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(4), 596–606.

Laugeson, EA; Frankel, F; Gantman, A; Dillon ,AR; & Mogil C.(2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: the UCLA PEERS program. *Journal of Autism Developmental Disorder*.42(6),1025-36.

Laugeson,E.A., Frankel,F., Gantman,A., & Dillon,A.R. (2011). Evidence-Based Social Skills Training for Adolescentswith Autism Spectrum Disorders: The UCLA PEERS Program. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 42(6):1025-36

Lewin,A.B., Murphy,T., &Storch,E. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Early Adolescents With Autism Spectrum Disorders and Clinical Anxiety:A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Behavior Therapy*, 46(1), 7–19.

Locke,J Fuller,E.R., & Kasari,C.(2012). Exploring the Social Impact of Being a Typical Peer

Model for Included Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism Developmental Disorder, 42(9), 1895–1905.

Mandelberg,J.,Laugeson,E.,Cunningham,T.,Ellingsen,R.,Bates,SH.,&Frankel,F. (2013).Long-Term Treatment Outcomes for Parent-Assisted Social Skills Training for Adolescents With Autism Spectrum Disorders: The UCLA PEERS Program. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 7(1), 45-73.

Matthews,A., & Ziegler,M. (2012). Peer to Peer Support Programs Change Lives for Students with Autism Spectrum Disorders and Their Peers. Michigan Department of Education, Office of Special Education. Guidance & Technical Assistance.

Miller,A.,Vernon,T.,Victoria,WU., & Russo,K. (2014). Social Skill Group Interventions for Adolescents with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review, *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1(4), 254-265.

Mukaddes, N.M.,Herguner,S., & Tanidir, C. (2010). Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences.*World Journal Biol Psychiatry*, 11(8), 964-71.

Owen-DeSchryver,J.O., Carr,E.G., Cale, S.I., & Blakeley-Smith,A. (2008). Promoting Social Interactions Between Students with Autism Spectrum Disorders and Their Peers in Inclusive School Settings. Psychology Department at Scholar, Works@GVSU.

Prendeville,O.A.,Prelock,P.,&Unwin,G.(2006). Peer Play Interventions to Support the Social Competence of Children with Autism Spectrum Disorders. Seminars in Speech and Language, 27(1), 32-46.

Travis, L., & Sigman, M. (1998). Social deficits and interpersonal relationships in autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 4(2), 65–72.

Vicker, B. (2009) Social communication and language characteristics associated with high functioning, verbal children and adults with autism spectrum disorder. Bloomington, IN: Indiana Resource Center for Autism.

Weiss, M. J., & Harris, S. L. (2001). Teaching social skills to people with autism. *Journal of Behavior Modification*, 25(5), 785–802.

Worbel, M. (2003). Taking Care of Myself: A Hygiene, Puberty and Personal Curriculum for Young People with Autism. Future Horizons.