بررسی و مقایسهٔ میزان اثربخشی روش قصه‌گویی برگرفته از روش داستان‌های اجتماعی با روش درمانی برگرفته از روش پاسخ‌محور (پی‌آرتی) در کاهش مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم

شیرین شیرمحمدی[۱]، دکتر منصوره شهریاری احمدی[۲]، دکتر مهدیه صالحی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۱۹ تجدیدنظر: ۱۳۹۵/۱۰/۱
پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۳/۴

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه میزان اثربخشی تکنیک درمانی داستان‌های اجتماعی با تکنیک درمانی پاسخ‌محور (پی‌آرتی) در کاهش مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم سنین ۶-۱۲ سال در شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود. جامعهٔ آماری این پژوهش کلیهٔ کودکان مبتلا به اتیسم هستند که در کلینیک پدیده شهر تهران در بهار و تابستان ۱۳۹۴مشغول به درمان و توان‌بخشی بودند. **روش:** برای انتخاب گروه نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به منظور تعیین نمونهٔ پژوهش تعداد ۱۵ کودک (پسر) انتخاب شدند و در سه گروه پنج نفره (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی به مدت سی و شش جلسه تحت آموزش با روش‌های درمانی- رفتاری داستان‌های اجتماعی و پاسخ‌محور قرار گرفتند. گروه کنترل هم برنامه‌های عادی خود را طی نمود و مداخلهٔ خاصی روی آنها انجام نشد. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و از نظر هدف در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار دارد. ابزارهای اندازه‌گیری این پژوهش شامل فهرست ارزشیابی و درمان اتیسم (ریملند و ادلسن، ۲۰۰۵) و مصاحبهٔ تشخیصی اتیسم- تجدیدنظر شده (راتر و همکاران، ۲۰۰۳) است. **یافته‌ها:** برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی با روش‌های آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و همچنین تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج به‌دست آمده نشان داد که میزان اثربخشی دو روش متفاوت بوده است و روش درمانی پاسخ‌محور در بیشتر زمینه‌ها مؤثرتر از روش داستان‌های اجتماعی بود؛ اما هر دو روش برای انجام مداخلات و کاهش مسائل و مشکلات رفتاری کودکان اتیسم تا حدی اثربخش بوده‌اند، لذا استفاده از هر دو روش در قالب یک مجموعه آموزشی- توان‌بخشی توصیه شد.

واژه‌های کلیدی: *روش درمانی داستان‌های اجتماعی، روش درمانی پاسخ‌محور، مشکلات رفتاری، کودکان اتیسم*

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی
۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی

A Comparison of the Effectiveness of Social Stories Intervention and Pivotal Response Treatment on the Reduction of Behavioral Disorders in Children with Autism Spectrum

Shirin Shirmohammadi, M.A.[1], Mansoreh Shahriari Ahmadi, Ph.D.[2], Mahdiyeh Salehi, Ph.D.[3]

Received: 08.09.2016 Revised: 12.21. 2016
Accepted: 05.25. 2017

Abstract

Objective: The purpose of this study was to compare the effectiveness of social stories intervention and pivotal response treatment on the reduction of behavioral disorders in children with autism spectrum aged six to twelve in Tehran in 2015. The sample was made up of children receiving treatment and rehabilitation services at Padideh Clinic center in Tehran during spring and summer 2015. **Method:** In this study, convenience sampling method was used. Fifteen boys were selected and divided into three groups, two for the experimental and one for the control group, each including five. The experimental group benefited from social stories intervention and pivotal response treatment for 36 sessions, and the control group pursued the regular training schedule with no intervention. This research was semi-experimental and it fell into the category of applied researches. In this study, the tools of measurement included the autism treatment evaluation checklist (Rimland and Edelson, 2005) and autism diagnostic interview-revised (Rated et al., 2003). **Results:** For data analysis, Indexes of descriptive and inferential statistics one-way ANOVA and multivariable analysis of covariance were used. **Conclusion:** Based on the findings, there is a significant difference in terms of the efficacy of the two methods. Furthermore, pivotal response treatment is more effective in many cases than social stories intervention. However, both methods are effective to some extend in terms of reducing the behavioral disorders of children with autism spectrum. Therefore, applying both methods in the format of an educational package is advised.

Key Words: *Social stories treatment, Pivotal response treatment, Behavioral disorders, Autism children*

1. M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran, **Email:** shirmohammadi_shirin@yahoo.com
2. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Central Branch, Tehran, Iran

مقدمه

از جمله اختلالات عصبی- رشدی می‌توان به اختلال طیف اتیسم اشاره کرد. اختلال اتیسم با کمبودهای مداوم در ارتباط اجتماعی، تعامل اجتماعی در موقعیت‌های متعدد از جمله کمبود در عمل متقابل اجتماعی، رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که برای تعامل اجتماعی به‌کار برده می‌شوند و مهارت‌هایی در زمینه برقرار کردن، حفظ نمودن و درک روابط مشخص می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). اختلال اتیسم، اختلال عصبی- تحولی است که از طریق نارسایی در برقراری ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای قالبی و تکراری شناسایی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). مسائلی چون مشکلات رفتاری، کم‌توانی ذهنی و عقب‌ماندگی ذهنی و سایر اختلال‌های روانی همبود شرایط این اختلال را وخیم‌تر می‌نماید (واتسون و لوالو، ۲۰۰۹). پرخاشگری، تخریب اشیاء، کج‌خلقی و آسیب زدن به خود از دیگر رفتارهای چالش‌برانگیز عمده‌ای است که در افراد دارای اتیسم مشاهده می‌شود (مودفورد و همکاران، ۲۰۰۸).

مشکلات رفتاری این کودکان می‌تواند بر والدین و کارکرد خانواده از نظر مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی تاثیر منفی بر جا گذارد (ماستون و ویلکینز، ۲۰۰۶). طبق گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (CDC، ۲۰۰۷) در حال حاضر از هر صد کودک یک نفر تشخیص اتیسم می‌گیرد، البته این آمار در همه کشورها یکسان نیست و بیشتر به کشورهای انگلیس و آمریکا که بالاترین میزان شیوع اتیسم را گزارش کرده‌اند، مربوط است. در ایران هم صمدی، محمودی‌زاده و مک‌کانگی (۲۰۱۲) طی پژوهشی شیوع اتیسم را در کودکان پنج‌ساله ایرانی ۶/۲۶ در ۱۰ هزار نفر گزارش کرده‌اند. این میزان در بررسی مجددی که انجام شده است ۹۵/۲ در ۱۰ هزار گزارش شده است (صمدی و مک‌کانگی، ۲۰۱۵). بنابراین با توجه به شیوع روزافزون این اختلال مداخله‌های موجود در این حیطه از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شوند، مخصوصاً برنامه‌های مداخله‌ای که مشکلات رفتاری را کاهش دهند و به‌طور چشمگیری موجب بهبود کیفیت زندگی افراد دارای اتیسم شوند (کارور و همکاران، ۲۰۰۲). برنامه‌های مداخله‌ای متنوعی با هدف بهبود مهارت‌های ارتباطی، شناختی اجتماعی و رفتاری برای کودکان دارای اتیسم طراحی و استفاده می‌شود. امروزه روش‌های زیادی در این زمینه مورد استفاده قرار می‌گیرند، روش‌هایی مانند روش لوواس و روش تحلیل کاربردی رفتار از روش‌های قدیمی و نسبتاً پرکاربرد و پرطرفدار در ایران هستند که بیشتر مراکز روی این روش‌ها تمرکز دارند. اما روش‌های دیگر نیز کماکان در بعضی از مراکز اجرا شده‌اند و حتی در پژوهش‌هایی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته‌اند. اما معمولاً این روش‌ها دارای برنامه‌ای مشخص و مدون هستند که برای استفاده از آنها باید دوره‌های آموزشی لازم در مراکز تأیید شده طی شود و به تنهایی کارآمدی لازم را ندارند و یا اینکه روش به‌طور کامل اجرا نمی‌شود.

با توجه به اینکه روش‌های مداخله‌ای روز به روز متنوع‌تر می‌شوند (که این امر شاید عیب و اشکال به نظر بیاید) بر آن شدیم تا ضمن معرفی یکی از روش‌هایی که به نظر می‌رسد در ایران کمتر مورد استقبال قرار گرفته (روش داستان‌های اجتماعی) به مقایسهٔ میزان اثربخشی آن با یکی دیگر از روش‌های نسبتاً مرسوم (روش پاسخ‌محور) بپردازیم، تا هم روش داستان‌های اجتماعی بیشتر معرفی شود و هم میزان کارآمدی این دو روش در جامعه موردنظر بیشتر مشخص گردد.

هدف اصلی از انجام این پژوهش مقایسهٔ میزان اثربخشی روش درمانی داستان‌های اجتماعی با روش درمانی پاسخ‌محور در کاهش مشکلات رفتاری کودکان دارای اتیسم بود.سؤالات پژوهش حاضر عبارتند از:

- آیا میزان اثربخشی روش‌ها در کاهش مشکلات

رفتاری کودکان دارای اتیسم به یک اندازه است؟
- آیا روش داستان‌های اجتماعی برای کاهش مشکلات رفتاری بهتر و کارآمدتر است؟
- آیا روش پاسخ‌محور در کاهش مشکلات رفتاری مؤثرتر خواهد بود؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و به لحاظ نحوهٔ گردآوری اطلاعات با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش شامل کلیهٔ کودکان دارای مبتلا به اتیسم پسر سنین ۶-۱۲ سال هستند که با میانگین سنی ۹ سال و انحراف استاندارد ۳ با تشخیص روان‌پزشک یا متخصص مغز و اعصاب مبتلا به اتیسم شناخته شدند و برای دریافت درمان‌های رفتاری به کلینیک پدیده مراجعه کردند و به صورت نمونه‌گیری در دسترس تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. از میان آنها تعداد ۱۵ نفر که در سطوح یک و دو طیف اتیسم قرار داشتند، به عنوان نمونهٔ پژوهش به‌طور تصادفی انتخاب و در سه گروه آزمایشی (گروه آزمایشی یک، آزمایشی دو و گروه گواه) به صورت جفت‌های هم‌تراز شده (بر اساس سن تقویمی، سطح عملکرد بر اساس آزمون گارز ۲ و مصرف دارو) جایگزین شدند.

روش اجرا به این صورت بود که گروه آزمایش یک به مدت سی و شش جلسه تحت آموزش به روش داستان‌های اجتماعی و گروه آزمایشی دو نیز به مدت سی و شش جلسه تحت آموزش به روش پاسخ‌محور قرار گرفتند و گروه گواه نیز بدون ارائه مداخلهٔ خاصی ماند.

برنامهٔ جلسات آموزشی از طریق داستان‌های اجتماعی، طرحی است که توسط پژوهشگر برای مداخله در اختلال اتیسم طرح‌ریزی شد. محور این برنامه آموزش رفتارهای صحیح و مناسب با استفاده از داستان‌های اجتماعی است. هدف از این برنامه افزایش راهبردهایی است که از طریق آنها کودکان دارای اتیسم بتوانند در سیستم شناختی خود اصلاح یا تغییر ایجاد کنند و هنگام روبه‌رو شدن با موقعیت‌های مشکل‌زا رفتارهای مناسب را جایگزین رفتارهای آماج نمایند. شیوهٔ معمول به‌کارگیری قالب داستان‌ها در این برنامه به شکل زیر بود:

۱. ترسیم تصویری مناسب و در خور رفتار آماج توسط درمانگر.
۲. جلب توجه کودک نسبت به تصویر داستان و بیان توضیح مختصر راجع به تصویر.
۳. رنگ‌آمیزی تصاویر داستان توسط درمانگر با انتخاب رنگ از سوی کودک برای هر قسمت تصویر.
۴. انتخاب و نگارش عنوان مناسب برای داستان از سوی درمانگر البته تا حد امکان باید از جملات مثبت و شکل صحیح رفتار آماج استفاده شود. در عناوین داستان‌ها بیشتر از جمله‌های هدایت‌کننده استفاده می‌شود.
۵. در نگارش متن داستان باید از جملات کوتاه و همچنین از ضمیر اول شخص مفرد استفاده شود. داستان اجتماعی مورد نظر باید شامل این موارد باشند: جملات توصیفی، جملات دیدگاهی، اطلاعاتی در مورد افراد داستان، مکان و اجزای آن، احساسات و افکار افراد داستان، جواب‌ها و عکس‌العمل‌های مناسبی که باید وجود داشته باشند.
۶. متن داستان باید طوری تنظیم شود که نقاط ضعف یا رفتارهای آماج کودک را تصحیح کند. حتماً باید از زمان حال حاضر استفاده شود. علت رفتار صحیح یا تقویت‌کننده رفتار صحیح باید به شکل درونی یا بیرونی در متن داستان گنجانده شود.
۷. قرائت متن داستان همراه با حرکات چهره و بدن، تغییرات تناژ صدا از سوی درمانگر متناسب با نوع جملهٔ متن داستان.
۸. جلب توجه کودک به داستان.
۹. قرائت جملات داستان به صورت نیمه‌تمام از سوی درمانگر و ایجاد انگیزه در کودک برای کامل کردن جملات به شکلی که در متن نوشته شده.

۱۰. نشان دادن تصویر شخصیت اصلی داستان توسط کودک و همچنین سایر شخصیت‌ها و عناصر داستان به درخواست درمانگر.

۱۱. ارائهٔ پرسش و پاسخ کوتاه با توجه به سطح توانایی کلامی کودک توسط درمانگر و پرسیدن این که: عزیزم این داستان چیه؟... که کودک در پاسخ باید با توجه به توانایی کلامی خود نام داستان و کلمات متن داستان را (حتی به صورت تک کلمه) و به شکل مستقل (بدون همراهی درمانگر) تکرار کند.

۱۲. ارائهٔ داستان به خانوادهٔ کودک و درخواست اینکه یکی از والدین حداقل روزی یکبار متن داستان را برای کودک قرائت کند و متن داستان به‌طور نسبتاً دائم در طول روز باید در میدان دید کودک باشد.

جدول ۱. جلسات و فعالیت‌های اجرایی در جلسات آموزشی داستان‌های اجتماعی

جلسه	محتوای جلسه	هدف	زمان و مکان
جلسه اول	دعوت از والدین برای همکاری و شرکت در طرح پژوهشی	جلب رضایت و همکاری	یک ساعت، کلینیک
جلسه دوم	تهیهٔ فهرست مشکلات رفتاری با همکاری والدین	تعیین رفتارهای آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه سوم	ایجاد ارتباط با کودک	ایجاد ارتباط	یک ساعت، کلینیک
جلسه چهارم	آزاد گذاشتن کودک در اتاق بازی برای شروع فعالیت	جلب اعتماد کودک	یک ساعت، کلینیک
جلسه پنجم	ارائهٔ داستان اول	ارائهٔ رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه ششم	قرائت داستان اول و تکرار و تمرین آن با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه هفتم	ارائهٔ داستان دوم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه هشتم	قرائت داستان اول و تکرار و تمرین آن با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه نهم	ارائه داستان سوم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه دهم	تکرار و تمرین داستان سوم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه یازدهم	ارائهٔ داستان چهارم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه دوازدهم	تکرار و تمرین داستان چهارم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه سیزدهم	ارائهٔ داستان پنجم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه چهاردهم	تکرار و تمرین داستان پنجم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه پانزدهم	ارائهٔ داستان ششم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه شانزدهم	تکرار و تمرین داستان ششم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه هفدهم	ارائه داستان هفتم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه هجدهم	تکرار و تمرین داستان هفتم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه نوزدهم	ارائه داستان هشتم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیستم	تکرار و تمرین داستان هشتم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیست و یکم	ارائه داستان نهم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیست و دوم	تکرار و تمرین داستان نهم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیست و سوم	ارائه داستان دهم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیست و چهارم	تکرار و تمرین داستان دهم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیست و پنجم	ارائه داستان یازدهم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیست و ششم	تکرار و تمرین داستان یازدهم با کودک	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیست و هفتم	ارائه داستان دوازدهم	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه بیست و هشتم	تکرار وتمرین داستان دوازدهم با	کاهش یا حذف رفتار آماج	یک ساعت، کلینیک

	کودک		
جلسه بیست و نهم	تکرار و تمرین کل داستان‌ها با کودک	ارائه رفتار مناسب در قالب داستان	یک ساعت، کلینیک
جلسه سی‌ام	بازبینی فهرست مسائل رفتاری	یافتن رفتارهایی که مجدداً نیاز به بررسی دارند	یک ساعت، کلینیک
جلسه سی و یکم	قرائت کل داستان‌ها همراه با کودک و تکرار آنها	حذف یا کاهش هرچه بیشتر رفتارهای آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه سی و دوم	ارائه داستان تکمیلی برای رفتارهایی که نیاز به بازبینی دارند	کاهش هر چه بیشتر رفتارهای آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه سی و سوم	ارائهٔ داستان تکمیلی	کاهش هر چه بیشتر رفتارهای آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه سی و چهارم	ارائهٔ داستان تکمیلی	کاهش هر چه بیشتر رفتارهای آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه سی و پنجم	ارائهٔ داستان تکمیلی	کاهش هرچه بیشتر رفتارهای آماج	یک ساعت، کلینیک
جلسه سی و ششم	ارائهٔ داستان تکمیلی	کاهش هرچه بیشتر رفتارهای آماج	یک ساعت، کلینیک

داستان‌هایی که تهیه شدند و در جلسات آموزشی به خانواده‌ها ارائه شدند به شرح زیر بودند: (۱) داستان چرا باید به آدم‌ها نگاه کنم. (۲) داستان بازی کردن با بچه‌ها. (۳) داستان کمک کردن به دیگران کار خوبیه. (۴) داستان چطوری می‌تونم با کسی دوست بشم؟ (۵) داستان چه وقتایی باید بگم: «بله»؟ (۶) داستان چه وقتایی باید بگم: «نه»؟ (۷) داستان چرا بازی کردن کار خوبیه؟ (۸) داستان من بلدم با آدم‌ها خوب حرف بزنم، (۹) داستان چطوری می‌تونم سؤال بپرسم؟ (۱۰) داستان من اجازه دارم که فقط با اسباب‌بازی‌ها بازی کنم. (۱۱) داستان من دیگه بزرگ شدم کارهای عجیب غریب نمی‌کنم. (۱۲) داستان چه وقتایی باید برم دستشویی. (۱۳) داستان با ماشین چطوری بازی کنم؟ و (۱۴) داستان من بلدم با توپ بازی کنم.

برنامه جلسات آموزشی از طریق روش پی‌آرتی طرحی است از سوی پژوهشگر که با استفاده از دستورالعمل کوگل و کوگل (۱۹۸۹) در آموزش رفتارهای محوری به کودکان دارای اختلال اتیسم و برنامه آموزشی گام به گام وسیمارا و بوگینی (۲۰۰۹) تهیه شده است و در پژوهش حاضر طی مدت ۳۶ جلسه هفته‌ای ۳ ساعت (۳ جلسهٔ یک ساعته در هفته)، توسط پژوهشگر به صورت انفرادی روی گروه آزمایشی II اجرا می‌شود.

جدول ۲. جلسات و فعالیت‌های اجرایی برنامه آموزشی پی‌آرتی

جلسه	عنوان جلسه	رفتارمحوری
اول	دعوت از والدین برای همکاری و شرکت در طرح پژوهشی	انگیزش
دوم	تشریح طرح کلی پژوهش	
سوم	ایجاد جلب توجه کودک از فاصله نزدیک	
چهارم	ایجاد جلب توجه کودک در حین بازی	
پنجم	ایجاد جلب توجه کودک از فاصلهٔ دور	
ششم	استفاده از کنترل به اشتراک گذاشته با درمانگر	
هفتم	استفاده از کنترل به اشتراک گذاشته با یک کودک (خواهر، برادر یا هم‌بازی)	
هشتم	استفاده از کنترل به اشتراک گذاشته با والدین	
نهم	انتخاب فعالیت توسط کودک و یادداشت برداری توسط درمانگر	
دهم	انتخاب فعالیت توسط کودک و یادداشت برداری توسط درمانگر	
یازدهم	انتخاب فعالیت توسط کودک و یادداشت برداری توسط درمانگر	
دوازدهم	تنوع تکالیف بر حسب علاقه کودک	
سیزدهم	تنوع تکالیف بر حسب علاقه کودک با نظارت درمانگر و یادداشت‌برداری	
چهاردهم	تنوع تکالیف بر حسب علاقه کودک با نظارت درمانگر و یادداشت‌برداری	
پانزدهم	شناسایی توانایی کودک در تکالیف مختلف و یادداشت‌برداری	

شانزدهم	چگونگی استفاده از تقویت‌کننده‌ها با توجه به شرایط موجود در اتاق بازی	
هفدهم	ارزش‌گذاری بر تقویت کننده‌ها تعیین نوع تقویت‌کننده‌ها	
هجدهم	استفاده از تقویت کننده‌ها به صورت متناوب در محیط	
نوزدهم	برنامه‌های زمانی تقویت و استفاده از محرکهای مختلف و افزایش نشانه‌ها	پاسخ به نشانه‌های متعدد
بیستم	تکرار و تمرین برنامهٔ جلسهٔ قبل	
بیست و یکم	تکرار و تمرین برنامهٔ جلسه قبل	
بیست و دوم	شناسایی رفتار، آماده‌سازی برای مدیریت خود	مدیریت خود
بیست و سوم	تکراروتمرین برنامهٔ جلسه قبل	
بیست و چهام	تکرار و تمرین برنامهٔ جلسه قبل	
بیست و پنجم	آموزش مدیریت خود، استقلال	
بیست و ششم	تکرار و تمرین برنامهٔ جلسه قبل	
بیست و هفتم	تکرار وتمرین برنامهٔ جلسه قبل	
بیست و هشتم	تعمیم دادن آموزش به موقعیت‌های دیگر توسط درمانگر و کودک	
بیست و نهم	تعمیم دادن آموزش در موقعیت بزرگ‌تر و وسیع‌تر از اتاق بازی	
سی‌ام	تعمیم دادن آموزش در موقعیت خانه یا مدرسه	
سی و یکم	آموزش تعامل اجتماعی خودانگیخته	خودانگیختگی
سی و دوم	تمرین آموزش تعامل اجتماعی خودانگیخته	
سی و سوم	آموزش موقعیت‌های سؤالی	
سی و چهارم	آموزش سؤال پرسیدن	
سی و پنجم	تمرین سؤال پرسیدن در موقعیت‌های تعمیم یافته	
سی و ششم	آموزش مهارتهای ارتباطی با استفاده از تکنیکهای طبیعی	

ابزار

جهت سنجش مشکلات رفتاری از فرم کوتاه مصاحبه تشخیص اتیسم، تجدید نظر شده و همچنین از چک‌لیست ارزیابی مداخله در اتیسم فهرست ارزشیابی درمان درخودماندگی ریملند و ادلسون استفاده شد.

مصاحبه تشخیصی اتیسم، فرم تجدید نظر شده: این ابزار شامل یک مصاحبهٔ ساختارمند است که از ۹۳ سؤال تشکیل شده است و تکمیل آن ۱/۵ تا ۲/۵ ساعت وقت لازم دارد و با استفاده از آن به صورت قابل اعتمادی می‌توان علائم مرتبط با اتیسم را استخراج کرد. فرم کوتاه شدهٔ آن در ایران استفاده می‌شود که بر مبنای حیطه‌های اصلی آن می‌توان نمره‌هایی را به دست آورد که شامل کیفیت غیرعادی در روابط اجتماعی، کیفیت غیرعادی در ارتباطات و وجود رفتارهای محدود- کلیشه‌ای و تکراری است.

نخستین کاربرد اصلی آن کاربرد بالینی است که به‌عنوان یک ابزار غربالگری محسوب می‌شود. دوم اینکه آن را می‌توان به منظور مقایسهٔ کلی علائم و نشانه‌های اختلال طیف اتیسم در گروههای مختلف به کار برد. همچنین نمره‌های حاصل را می‌توان به منظور ارزیابی تغییرات علائم اختلالات طیف اتیسم در طول زمان در این گروه‌ها مورد استفاده قرار داد. لازم به ذکر است که هنجاریابی پرسش‌نامهٔ ارتباط اجتماعی که بخشی از فرم مصاحبهٔ تشخیصی اتیسم- تجدید نظر شده است، در سال ۱۳۸۳ به وسیلهٔ سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور انجام شده است. در مرحلهٔ مقدماتی به منظور انطباق پرسش‌نامه با ویژگی‌های فرهنگی جامعهٔ ایران و بررسی کیفی سؤالات از نظر قابل فهم بودن، پرسش‌نامه به وسیلهٔ والدین ۱۰۰ نفر از کودکان تکمیل شد و براساس نتایج حاصل، در برخی از سؤال‌های پرسش‌نامه تغییراتی داده شد و سؤالات مناسب جایگزین پرسش‌های مبهم و غیرقابل فهم گردید. نمونهٔ هنجاری پرسش‌نامه، علاوه بر کودکان عادی، شامل کودکان کم‌توان ذهنی، مبتلا به اتیسم و مبتلا به سایر اختلالات رفتاری بود. در این مرحله، طرح در سه استان تهران، اصفهان و خراسان اجرا شد. اجراکنندگان اصلی این طرح خانم دکتر رکسانا ساسانفر و آقای دکتر مجید قدمی با همکاری و نظارت سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور

بوده‌اند.

فهرست ارزشیابی درمان اتیسم (ریملند و ادلسون، ۲۰۰۰): ریملند و ادلسون معتقدند مشکل بزرگ تحقیقات در زمینه اتیسم فقدان یک ابزار معتبر در روند درمان است. چک‌لیست ارزیابی درمان اتیسم، فهرست ارزشیابی درخودماندگی برای کمک به والدین، متخصصان درمانگر و پژوهشگران طراحی شده تا هرگونه درمان و مداخله‌ای را در مورد درخودماندگی ارزشیابی نمایند.

برنامه آموزشی و رفتار درمانی از طریق روش پاسخ‌محور برنامه‌ای است متکی بر اصول تحلیل کاربردی رفتار که فرض می‌کند اختلالات رفتاری کودکان را می‌توان با دستکاری‌های محیطی بهبود بخشید (کوگل و همکاران، ۱۹۹۹) که در این طرح پژوهشی رفتارهای محوری در طی ۳۶ جلسه برای گروه آزمایشی دو از سوی پژوهشگر اجرا و ثبت گردید. اصول کلی روش درمانی پاسخ‌محور شامل چهار محور اصلی است. این چهار محور عبارت‌اند از: (۱) انگیزش (که خود شامل ۷ مرحله است)، (۲) پاسخ به نشانه‌های متعدد (که شامل دو مرحله است)، (۳) مدیریت خود (که شامل پنج مرحله است) و (۴) خودانگیختگی (که شامل چهار مرحله است). همچنین گروه گواه نیز بدون ارائهٔ مداخلهٔ خاصی برنامه‌های معمول خود را ادامه دادند.

یافته‌ها

نتایج به‌دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر سه گروه آزمایشی در ابتدا با روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی، درصد فراوانی) محاسبه شد و سپس با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانوا) و با استفاده از نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس مورد تحلیل و تجزیه قرار گرفت.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی پیش‌آزمون کیفیت غیرعادی تعاملات اجتماعی دو جانبه، ارتباطات غیرعادی کیفیت و نمای رفتار قالبی و تکراری و محدود در سه گروه

پیش‌آزمون	روش درمانی	تعداد افراد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
کیفیت غیرعادی تعاملات اجتماعی دو جانبه	داستان‌های اجتماعی	۵	۸.۴	۳.۴۳	۱.۵۳	۵	۱۳
	پاسخ‌محور	۵	۸.۲	۱.۹۲	.۸۶	۶	۱۱
	کنترل	۵	۵	۱.۸۷	.۸۳	۳	۸
	کل	۱۵	۷.۲	۲.۸۳	.۷۳	۳	۱۳
ارتباطات غیرعادی کیفیت	داستان‌های اجتماعی	۵	۶	۱.۵۸	.۷	۴	۸
	پاسخ‌محور	۵	۶	۲.۹۱	۱.۳	۲	۹
	کنترل	۵	۵.۸	۲.۲۸	۱.۰۲	۳	۹
	کل	۱۵	۵.۹۳	۲.۱۵	.۵۵	۲	۹
نمای رفتار قالبی و تکراری و محدود	داستان‌های اجتماعی	۵	۲.۶	۲.۰۷	.۹۲	۰	۵
	پاسخ‌محور	۵	۳	۱.۴۱	.۶۳	۱	۴
	کنترل	۵	۴	۲	.۸۹	۲	۶
	کل	۱۵	۳.۲	۱.۸۲	.۴۷	۰	۶

جدول ۴. اطلاعات توصیفی پس‌آزمون کیفیت غیرعادی تعاملات اجتماعی دو جانبه، کیفیت غیرعادی ارتباطات و نمای رفتار قالبی، تکراری و محدود

پس‌آزمون	روش درمانی	تعداد افراد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	کمینه	بیشینه
کیفیت غیرعادی تعاملات اجتماعی دو جانبه	داستان‌های اجتماعی	۵	۷	۴.۱۸	۱.۸۷	۲	۱۳
	پاسخ‌محور	۵	۶.۸	۲.۳۸	۱.۰۶	۴	۱۰
	کنترل	۵	۴.۶	۲.۴	۱.۰۷	۲	۸
	کل	۱۵	۶.۱۳	۳.۰۹	۷۹.	۲	۱۳
کیفیت غیرعادی ارتباطات	داستان‌های اجتماعی	۵	۵.۸	۲.۴۹	۱.۱۱	۲	۸

	پاسخ‌محور	۵	۵	۲.۴۴	۱.۰۹	۲	۸
	کنترل	۵	۵.۶	۲.۸۸	۱.۲۸	۲	۹
	کل	۱۵	۵.۴۷	۲.۴۴	۶۳.	۲	۹
نمای رفتار قالبی، تکراری و محدود	داستان‌های اجتماعی	۵	۳	۲.۵۵	۱.۱۴	۰	۶
	پاسخ‌محور	۵	۴.۲	۱.۷۸	۸.	۲	۶
	کنترل	۵	۳.۸	۲.۲۸	۱.۰۲	۱	۶
	کل	۱۵	۳.۶۷	۲.۱۲	۵۴.	۰	۶

نتیجه‌گیری

نتیجه اینکه هر دو روش در کاهش و تعدیل بخشی از مسائل و مشکلات رفتاری مؤثر هستند. این یافته‌ها با نتایج کوگل و همکاران، ۲۰۰۳، بیکرواریکزون و همکاران، ۲۰۰۷، آنن و همکاران، ۲۰۰۸، مینجارز و همکاران ۲۰۱۲، نفدت و همکاران، ۲۰۱۰ هماهنگی دارد. اما بیشترین تأثیرگذاری‌ها مربوط به روش درمانی دوم یعنی روش پاسخ‌محور بود که شاید ناشی از گستردگی این روش نسبت به روش اول (داستان‌های اجتماعی) باشد و همچنین اینکه این روش مبتنی بر تمایلات و خواسته‌های کودک است. لذا سطح همکاری کودک و والدین به‌طور معناداری بالا بوده است که این یافته‌ها با یافته‌های رایت و مک‌کارتن، ۲۰۱۲، اسکاتون و ویل کزنسکی، ۲۰۰۶، کروزیر و تین چای، ۲۰۰۵ هم‌خوانی دارد.

هر پژوهشی دارای نقاط قوت و برخی محدودیت‌های روش‌شناختی است. این محدودیت‌ها در این پژوهش شامل حجم کم و تک‌جنسیتی بودن نمونه و محدودیت زمانی (که این مسئله از اعتبار درونی و قدرت تعمیم‌پذیری پژوهش خواهد کاست) و همچنین محدودیت نظری است (چرا که هر دو روش جز روش‌های رفتاری هستند). همچنین سطح اختلال این کودکان و شدت آن مشخص نیست زیرا اصولاً داستان‌های اجتماعی برای گروه دارای سطح اول اتیسم براساس دی‌اس‌ام مناسب است نه همه افراد دارای اتیسم.

در آخر توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی میزان اثربخشی طولانی‌مدت این نوع مداخلات مورد بررسی قرار گیرد و با استفاده از طرح‌های طولی پیگیری شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعد یک روش رفتاری با روش‌های دیگر که پایهٔ نظری متفاوتی دارند مقایسه شود و نیز از هر دو جنس (دختر- پسر) استفاده گردد.

منابع

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۴). *مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی* (DSM V) (ترجمهٔ یحیی سیدمحمدی). تهران: انتشارات روان.

محتشمی، ط.، علی‌اکبری دهکردی، م.، چیمه، ن.، علی‌پور، ا.، و افقی، ه. (۱۳۹۱). اثر آموزش روش درمانی پاسخ‌محور بر عملکرد خانواده در مادران کودکان مبتلا به اتیسم. *فصلنامه خانواده پژوهی*. ۸(۳۱).

یاریاری، ف (۱۳۸۹). *کودکان استثنایی (اختلالات عصبی- رشدی)*. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد تربیت معلم.

Gray, C.A., & Garand, J.D. (1993). Social stories: Improving responses of students with autism with accurate social information. *Focus on Autistic Behavior*, 8, 1-10.

Koegel R.L., Schreffirnan L., Good A., Cerniglia L., Murphy C., & Koegel L.J. (1989). *How to teach pivotal behaviors to children with autism: A training manual*. San Diego: University of California Santa Barbara and University of California.

Koegel, L.K., Carter, C. M., & Koegel, R.L. (2003). Teaching children with autism self-initiations as a pivotal response. *Topics in Language Disorders*, 23, 134-145.

Koegel, R. L., Koegel L. K., & Carter, C. M. (1999). Pivotal teaching interactions for children with autism. *School psychology Review*, 28, 576-594.

Koegel, R.L., Symon, J.B. & Koegel, L.K. (2002). Parent education for families of children with autism living in geographically distant areas. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4, 88-103.

Lord, C., & Corsello, C. (2005). Diagnostic instruments in the autism spectrum disorders. In F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. J., Cohen (eds.), *Handbook of Autism and pervasive Developmental Disorders* (3rd edn, pp. 730-772).

Matson, J.L., & Boisjoli, J.A. (2007). *Differential diagnosis of PDD-NOS in children. Research in Autism Spectrum Disorders.* New York: John Wiley & Sons, Inc.

Minjarez M.B., Williams S.E., Mercier E.M., & Hardan A.Y. (2010). *Pivotal Response Gropu Treatment program for parents of children with autism.*

Moyes, R.A. (2002). *Addressing the challenging Behavior of children with High- Functioning Autism/ Asperser Syndrome in the classroom: A Guide for teachers and parents.* London: Jessica Kingsley.

Mudford, O.C., Arnold-Saritepe, A.M., Philips, K.J., Locke, J.M., Locke, J.M., Ho , I.S., & Taylor, S.A. (2008). Challenging behaviors. In J.L. Matson (ed.), *Clinical assessment and intervention for autism spectrum disorders* (pp. 267-298). Oxford, UK: Elsevier Science, Inc.

Nefdet N., Koegel R., Singer G., & Gerber M. (2010). The use of a self-directed ' learning program to provide introductory training in pivotal response treatment to parents of children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 12, 23 -32.

Rimland, B., & Edelson, S.M. (2005). *Autism Research Institute: Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC).* Available at: www.ari-atec.com.

Rimland. B. (1971). The differentiation of childhood psychoses: an analysis of checklists for 02, 218 psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 161-74.

Rimland, B., Edelson, S.M. (2000). *Statistical analysis of autism treatment revaluation check 1ist.* San Diego Autism Research Institute. Available at: www.autism.com.

Samadi, S.A., & McConkey, R. (2015). Screening for autism in Iranian Preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2908-2916.

Samadi, S.A., Mahmoodizadeh, A., & McConkey, R. (2011) Prevalence of autism spectrum disorders among five year old children in Iran. Autism. *The International Journal of Research and Practice*, 16 (1), 5-14.

Samadi, S.A., McConkey, R., & Bunting, B. (2014). Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 35(7), 1639-1647.

Samadi, S. A., Mahmoodizadeh, A., & Mcconkey, R. (2011). A national study of the prevalence of autism among five- year- old children in Iran. *SAGE Publications and the National Autistic Society*, 13, 362- 1363.