

اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر برنامه‌ی دی‌روزیر بر بهبود مهارت‌های اجتماعی، شایستگی تحصیلی و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با عملکرد بالا

افسانه رحیمی^۱، احمد یارمحمدیان^۲، احمد عابدی^۳، سالار فرامرزی^۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۷/۲۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر مداخله گروهی مبتنی بر برنامه دی‌روزیر بر بهبود شایستگی تحصیلی، مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با عملکرد بالا بود. این پژوهش با استفاده از روش تک آزمودنی و طرح A-B-A اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۳ دانش‌آموز مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا انتخاب شدند. جلسات آموزشی بر اساس دستورالعمل مداخله گروهی مهارت‌های اجتماعی در قالب ۲۰ جلسه در هر جلسه به مدت ۴۰ دقیقه برگزار شد. به منظور پیگیری نتایج مداخله، یک ماه بعد از مداخله مقیاس بهبود مهارت‌های اجتماعی توسط مربی تکمیل شد. بر اساس نتایج تحلیل دیداری داده‌ها برنامه در زمینه بهبود مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری برای هر سه شرکت‌کننده مؤثر بوده است. در زمینه بهبود شایستگی تحصیلی این برنامه برای شرکت‌کننده اول مؤثر بوده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که ماهیت گروهی مداخله با ایجاد فرصت برای تعامل و افزایش انگیزه کودکان منجر به بهبود روابط و مهارت‌های اجتماعی می‌شود. همچنین برنامه مداخله‌ای دی‌روزیر می‌تواند اثر مستقیم و مثبت بر مشکلات رفتاری (قلدری، رفتارهای برون‌ریزی و درون‌ریزی شده) بر جای بگذارد.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
yarmo879@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

واژگان کلیدی: مداخله گروهی، مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری، شایستگی تحصیلی، اختلال اوتیسم با عملکرد بالا

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم در طبقه اختلالات عصبی-رشدی قرار می‌گیرد. این اختلال به صورت نقص پایدار در ارتباط و روابط متقابل اجتماعی، برقراری ارتباط یک‌جانبه، پاسخ نامناسب به احساسات دیگران و عدم علاقه به برقراری تعامل با همسالان بروز پیدا می‌کند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، ۲۰۱۳). علاوه بر این کاهش معناداری در زمینه اشتراک‌گذاری علائق و لذت‌ها در ارتباط با دیگران دیده می‌شود (کارینگتون^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). نقص در روابط و تعاملات اجتماعی در چندین زمینه رخ می‌دهد. به طور ویژه این زمینه‌ها عبارتند از الف) اختلال در روابط متقابل اجتماعی-هیجانی، ب) اختلال در رشد، نگهداری و درک روابط پ) اختلال در ارتباط غیرکلامی که در تعاملات اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد (واتکینز، کوهن، لدبتر-کو، جیوارتار و ریلی^۳، ۲۰۱۷).

در سال‌های اخیر نظریه‌های متفاوتی سعی بر تشریح اختلال طیف اوتیسم داشته‌اند. بر اساس نظریه سیستم بندی-همدلی^۴، افراد مبتلا به اوتیسم می‌توانند سیستم‌ها را به خوبی سازمان‌دهی کنند، قوانین داخلی را برای رسیدگی به رویدادهای درون مغزی توسعه دهند، اما در همدلی با وقایع قابلیت کمتری دارند. این نظریه تا حدودی مرتبط با نظریه روان‌شناختی پیشین بارون-کوهن است که بر اساس آن رفتار اوتیستیک ناشی از عدم توانایی در درک حالات ذهنی خود و دیگران است. نظریه سیستم بندی-همدلی در حقیقت بسط نظریه مغز مردانه است که بر اساس آن قرار گرفتن بیش از حد جنین در معرض تستوسترون^۵ سبب بروز علائم اوتیسم می‌شود (بارون - کوهن^۶، ۲۰۰۹). با این وجود بر اساس نظریه سیستم عصبی آینه^۷ شکسته، تحریف در رشد این سیستم عصبی با

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
2. Carrington
3. Watkins, Kuhn, Ledbetter-Cho, Gevarter & O'Reilly
4. Empathizing-Systemizing Theory
5. Fetal testosterone
6. Baron - Cohen
7. Mirror neuron system

تداخل در مهارت تقلید منجر به بروز مشخصه‌های اصلی اوتیسم نظیر آسیب اجتماعی و مشکلات ارتباطی می‌شود (ویلیامز^۱، ۲۰۰۸؛ داینستین، توماس، برمان و هیگر^۲، ۲۰۰۸). از سویی نظریه اختلال کارکرد اجرایی، نقایص اجتماعی و شناختی مشاهده شده در افراد مبتلا به اوتیسم را ناشی از ضعف این مهارت عنوان می‌کند (کنورثی، یرز، آنتونی و والیس^۳، ۲۰۰۸).

پژوهش‌های مرتبط با نظریه اتصال، حاکی از افزایش و کاهش افراطی در فعالیت مغز افراد مبتلا به اوتیسم است. افزایش بیش از حد اتصالات، مخصوصاً بین نیمکره‌ها در افراد مبتلا به اوتیسم قابل مشاهده است (ها، شان، کیم، سیم و چون^۴، ۲۰۱۵). کودکان مبتلا به اوتیسم در پردازش گشتالتی یا به عبارتی انسجام مرکزی نیز نقایصی دارند. نظریه ضعف انسجام مرکزی در حقیقت اشاره به یک سبک پردازش اطلاعات در افراد مبتلا به اوتیسم دارد (هیپ و فریث^۵، ۲۰۰۶). در این طیف، اوتیسم با عملکرد بالا اختلال عصب-رشدی همراه با آسیب‌های اجتماعی-ارتباطی است، با این تفاوت که در این اختلال توانایی کلامی، یادگیری و حافظه آسیبی ندیده است (جورجسکیو^۶ و همکاران، ۲۰۱۴). نابهنجاری در کاربرد حرکات بیانی یا روانی گفتگو غالباً در مشاهدات بالینی دیده می‌شود و در تشخیص این اختلال نقش مهمی ایفا می‌کند؛ اما سازوکار دخیل در این مشکلات ارتباطی همچنان ناشناخته مانده است (لمبرجست، یارو، ماراس و گیاج^۷، ۲۰۱۴).

علائم بالینی اختلال طیف اوتیسم بسیار گسترده و شامل دامنه وسیعی از رفتارها و توان هوشی است که در نتیجه آن یک جمعیت بسیار ناهمگون پدید آمده است. عملکرد شناختی، الگوی غیرعادی عملکردهای اجرایی (ویلسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۴) و یا ادراک (موترون^۹ و همکاران، ۲۰۰۶)، همچنین درک ضعیف از موقعیت‌های اجتماعی (نقص نظریه ذهن، بارون کوهن؛ تاگر-فلابرگ و کوهن^{۱۰}، ۲۰۰۰)، کاهش شروع روابط متقابل

1. Williams
2. Dinstein, Thomas, Behrman & Heeger
3. Kenworthy, Yerys, Anthony & Wallace
4. Ha, Sohn, Kim, Sim & Cheon
5. Happé & Frith
6. Georgescu
7. Lambrechts, Yarrow, Maras & Gaigg
8. Wilson
9. Motttron
10. Baron-Cohen, Tager-Flusberg & Cohen

هیجانی (نقص انگیزه اجتماعی؛ چوالیر، کولس، ترویانی^۱، ۲۰۱۲)، درک غیرعادی پدیده‌های اجتماعی (یانگ، روزنبلو و کیفر^۲، ۲۰۱۵) با اختلال طیف اوتیسم مرتبط هستند. کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا از توانایی زبانی و شناختی عادی برخوردار هستند. با این وجود نقایص عمده در اختلال طیف اوتیسم، این کودکان را در معرض آسیب‌های بالینی معنادار در زمینه‌های اجتماعی، شغلی و عملکرد انطباقی قرار می‌دهد (سلینگر و الدر^۳، ۲۰۱۵؛ مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۴، ۲۰۱۴).

آسیب در زمینه ارتباطات اجتماعی شرایط خاصی دارد که احتمالاً با اثرات آبخاری^۵ بر سایر حوزه‌های اجتماعی و سلامت روان مرتبط است. آسیب در مهارت‌های اجتماعی با بروز مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اوتیسم مرتبط است. فراتر از مشخصه‌های تشخیصی کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا به شکل قابل توجه، علائم اختلال درون‌ریزی و برون‌ریزی شده^۶ را از خود بروز می‌دهند (لیکاوالیر^۷، ۲۰۰۵؛ ولکر^۸ و همکاران، ۲۰۱۰). تعداد بسیاری از نوجوانان و کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، قربانی شدن توسط همسالان را تجربه می‌کنند. این درصد بیش از میزانی است که برای کودکان عادی و یا افراد با سایر نیازهای خاص گزارش شده است (کاپادوسیا، ویز و پیلر^۹، ۲۰۱۲؛ چن و اسکاوارتز^{۱۰}، ۲۰۱۲). قربانی شدن توسط همسالان پیامدهای زیان‌بخشی دارد و منجر به بروز مشکلات رفتاری (عدم انطباق) می‌شود و ارتباط مثبت با احساس تنهایی، اضطراب و علائم افسردگی و ارتباط منفی با مهارت‌های اجتماعی دارد (هامفری و سیمز^{۱۱}، ۲۰۱۲). مشکلات و چالش‌های رفتاری در کودکان مبتلا به اوتیسم بسیار شایع بوده و کودکان و خانواده آنها را در معرض خطرات جدی قرار می‌دهد (هیورت، سینن، کمپل،

1. Chevallier, Kohls & Troiani
2. Yang, Rosenblau & Keifer
3. Sellinger & Elder
4. Centers for Disease Control and Prevention
8. Cascade effect
6. Externalizing and Internalizing
7. Lecavalier
8. Volker, Lopata, Smerbeck, Knoll & Thomeer
9. Cappadocia, Weiss & Pepler
10. Chen & Schwartz
11. Humphrey & Symes

میس و اونجنا، ۲۰۱۴). این مخاطرات، بهزیستی جسمی، عاطفی و اجتماعی را تهدید می‌کند و می‌تواند بر کیفیت زندگی آنها تاثیر بگذارد (والش-مولدر و تودور^۲، ۲۰۱۳). علاوه بر این کودکانی که مهارت‌های اجتماعی کافی ندارند، فاقد الگوی رفتاری لازم برای برقراری ارتباط با دیگران با توجه به عرف اجتماعی هستند، فقدانیه که بر هر دو حوزه اجتماعی و تحصیلی تاثیر می‌گذارد. نقص در این مهارت‌ها در کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا قابل مشاهده است (رائو، بیدل و موراری^۳، ۲۰۰۸). با توجه به اهمیت رشد اجتماعی و ارتباط رشد اجتماعی با ابعاد رفتاری و تحصیلی، همچنین با توجه به پیامدهای منفی نقایص اجتماعی در حوزه سازگاری رفتاری و شایستگی تحصیلی، مداخلات بسیاری در این زمینه طراحی شده‌اند. با وجود اینکه این اختلال بهبود ناپذیر است، اما قابلیت درمان به درجات متفاوت و به منظور پیشگیری از تشدید پیامدها وجود دارد (بولتی^۴ و همکاران، ۲۰۱۳) یکی از این مداخلات برنامه مداخلات گروهی مهارت‌های اجتماعی^۵ است. مدل‌سازی این برنامه بر اساس یک دستورالعمل آموزشی شاهد محور است (دیروزیر^۶، ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۷). این برنامه ترکیبی از تکنیک‌های یادگیری اجتماعی و شناختی-رفتاری است. اثربخشی آن از طریق ارزیابی‌های دقیق طولی بررسی شده است (دیروزیر و مارکوس، ۲۰۰۵). این برنامه توسط دکتر دی روزیر مدیر انستیتو تری سی^۷ در زمینه رشد اجتماعی طراحی شده است. این مرکز با هدف طراحی آزمون و ابزارهای شاهد محور برای ارتقاء روابط اجتماعی مثبت و سلامت روانی تأسیس شده است. برای اولین بار این برنامه در مدرسه ابتدایی نورث وود^۸، ویک کانتی^۹ در کارولینای شمالی بین سال‌های ۱۹۹۶ و ۱۹۹۳ به صورت آزمایشی اجرا شد و بر اساس تجارب و یافته‌های پژوهشی توسعه پیدا کرد. دستورالعمل نهایی این برنامه در سال ۱۹۹۶ تهیه شد. از آن تاریخ به بعد این برنامه در بیش از ۴۵ مدرسه ابتدایی در ویک کانتی مورد

1. Heyvaert, Saenen, Campbell, Maes & Onghena
2. Walsh, Mulder & Tudor
3. Rao, Beidel & Murray
4. Bolte
5. Social Skill Group Intervention
6. DeRosier
7. 3-C
8. Northwood
9. Wake County

استفاده و آزمایش قرار گرفت. دستورالعمل برنامه آموزشی در سال ۲۰۰۷ منتشر شد و از آن زمان این برنامه در مدارس و توسط متخصصان سلامت روانی مورد استفاده قرار گرفته است.

همچنین شواهدی مبنی بر اثربخشی این برنامه برای جوانان (هارل، مرکر و دی روزیر^۱، ۲۰۰۹) و خانواده‌های کودکان مبتلا به اوتیسم (دیرویزر و گلیوم، ۲۰۰۷) موجود است. این برنامه مداخلاتی با مشارکت والدین و از طریق حضور آنها در برخی از جلسات و تمرینات صورت می‌گیرد. از آنجا که بررسی‌های موجود حاکی از نتایج و پیامدهای مثبت این برنامه در پژوهش‌های طولی است (اولسون و همکاران^۲، ۲۰۱۶؛ لدفورد و همکاران^۳، ۲۰۱۲؛ دی روزیر و همکاران، ۲۰۱۱؛ هارل، مرکر و دی روزیر، ۲۰۰۹؛ ماتسون، ماتسون، رایوت^۴، ۲۰۰۷؛ دی روزیر و مارکوس، ۲۰۰۵؛ دی روزیر، ۲۰۰۴) و با توجه به اهمیت وجود مداخلات در زمینه رشد اجتماعی برای کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا، در نظر گرفتن این موضوع که برنامه حاضر بر اساس بررسی‌های پژوهشگران در ایران تاکنون اجرا نشده است و از آنجا که با کمبود برنامه‌های مداخلاتی شاهدمحور برای این کودکان مواجه هستیم، پژوهش حاضر با هدف معرفی و تعیین اثربخشی مداخله گروهی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر دستورالعمل دی روزیر بر بهبود مهارت‌های اجتماعی، کاهش مشکلات رفتاری و بهبود شایستگی تحصیلی کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا اجرا شد.

روش

شرکت‌کنندگان و موقعیت: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بودند که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در شهر اصفهان تحت آموزش قرار داشتند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند سه دانش‌آموز (۱۰ تا ۱۲ سال) با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش (بهره هوش متوسط، توانایی زبان بیانی و ادراکی مناسب، محدوده سنی ۵ الی ۱۲ سال، کسب رضایت از والدین برای شرکت در پژوهش، عدم

-
1. Harrell, Mercer & DeRosier
 2. Olsson, Karlsson, Andersson & Bölte
 3. Ledford
 4. Matson, Matson & Rivet

وجود معلولیت جسمی، نقایص بینایی و شنوایی) و ملاک‌های خروج از پژوهش (عدم همکاری و حضور در جلسات درمانی، عدم رضایت والدین به ادامه کار) انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان این پژوهش (۳ کودک) به مدت ۵ ماه تحت ارزیابی و مداخله قرار گرفتند. این کودکان علاوه بر مدارس عادی در مرکز آموزش و توان‌بخشی کودکان اتیسم، نیز تحت آموزش قرار داشتند. هر سه شرکت‌کننده پسر بودند. شرکت‌کننده اول (آرش) ۱۰ ساله بود. بهره هوش این شرکت‌کننده با استفاده از ماتریس‌های پیش‌رونده ریون برابر با ۱۰۹ بود. در دو سالگی سابقه تشنج داشت؛ اما بعد از آن سابقه حمله مجدد و مصرف دارو نداشت. علائم اتیسم بعد از دو سالگی تشخیص داده شد. بر اساس نتایج مقیاس درخودماندگی گیلیام مجموع نمرات در خرده مقیاس‌های ارتباط، تعامل اجتماعی و رفتار کلیشه‌ای برابر با ۷ بود که بر اساس آن میزان اتیسم برابر با ۵۲ و احتمال اتیسم خیلی خفیف بود. شرکت‌کننده دوم (شایان) ۱۲ ساله بود. بهره هوش برابر با ۱۰۵ بود. از سلامت جسمی کامل برخوردار بود. هیچ نوع سابقه بیماری جسمی نداشت. مجموع نمرات خرده مقیاس‌های آزمون گیلیام برابر با ۱۴ بود. میزان اتیسم برابر با ۷۰ در نتیجه احتمال اتیسم خفیف بود. شرکت‌کننده سوم (صدرا) ۱۰ ساله بود. بهره هوش برابر با ۱۲۸ بود. آزمودنی سوم نیز از نظر جسمی شرایط خاصی که آموزش وی را تحت تاثیر قرار دهد نداشت. برای این شرکت‌کننده مجموع نمرات استاندارد خرده مقیاس‌های گیلیام برابر با ۳، میزان اتیسم ۵۲ و احتمال اتیسم خیلی خفیف بود.

متغیرهای وابسته و نحوه جمع‌آوری داده‌ها: متغیرهای وابسته در این پژوهش مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری و شایستگی تحصیلی بود. ابزار پژوهش برای گردآوری داده‌ها در این زمینه سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی^۱ (فرم معلم) بود که توسط گرشام و الیوت^۲ (۲۰۰۸) طراحی شده است. این مقیاس درجه‌بندی فرم تجدیدنظر شده مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی^۳ و مرکب از ۸۳ سؤال است. سیستم بهبود مهارت‌های اجتماعی مرکب از سه خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی (ارتباط، همکاری، مسئولیت‌پذیری، خودکنترلی، تعامل، ابراز وجود)، مشکلات رفتاری (مشکلات درون‌ریزی شده، برون‌ریزی شدن، بیش‌فعالی و نقص توجه، قلدری) و شایستگی تحصیلی

1. Social Skills Improvement System (SSIS) Rating Scales
2. Gresham & Elliott
3. Social Skills Rating System

است و توسط معلم اجرا می‌شود. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت (تقریباً همیشه، اغلب، به ندرت، هرگز) صورت می‌گیرد. علاوه بر این برای هر سؤال درجه اهمیت اجتماعی مهارت نیز عنوان شده است که به صورت (مهم نیست، مهم، حیاتی) نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس که برای دامنه سنی ۳ تا ۱۸ سال طراحی شده به ترتیب عبارت است از پایایی بر اساس بازآزمایی برای خرده مقیاس مهارت اجتماعی ۰/۸۲، مشکلات رفتاری، ۰/۸۳، شایستگی تحصیلی، ۰/۹۲ است. پایایی درونی برای خرده مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۶۱ و ۰/۶۰ است. روایی همگرا با مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی ۰/۸۹-۰/۶۵، با سیستم ارزیابی رفتاری کودکان، برای خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی برابر با ۰/۷۰ و مشکلات رفتاری، ۰/۹۵-۰/۷۱، یا مقیاس بلوغ اجتماعی وایلند، برای خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی، ۰/۶۴ و شایستگی تحصیلی ۰/۷۵ است.

بر اساس روایی سازه، همبستگی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری بین ۰/۶۵-، ۰/۴۲-، همبستگی بین مهارت‌های اجتماعی و شایستگی تحصیلی برای دامنه سنی ۱۲-۵ برابر با ۰/۵۰ و دامنه سنی ۱۸-۱۳ برابر با ۰/۵۳ است. همبستگی میان مشکلات رفتاری و شایستگی تحصیلی برای دامنه سنی ۱۲-۵ برابر با ۰/۴۱- و دامنه سنی ۱۸-۱۳ برابر با ۰/۴۴-، همبستگی میان زیر مقیاس‌های مهارت اجتماعی مثبت و متوسط، مشکلات رفتاری در زمینه مشکلات برون‌ریزی شده ≥ 80 و مشکلات درون‌ریزی شده برابر با ≤ 50 است. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه توسط پژوهشگر روی ۱۲۹ نفر اجرا شد. آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. در روش دو نیمه کردن آلفای کرونباخ برای نیمه اول ۰/۹۸ و برای نیمه دوم ۰/۸۸ به دست آمد. همبستگی بین ارقام هر نیمه برابر با ۰/۳۲ بوده است. شاخص کفایت نمونه‌گیری ۰/۸۵ که حاکی از کفایت نمونه‌گیری است. آزمون کرویت بارتلت معنادار در نتیجه توانایی عاملی بودن مورد تأیید است. نتایج واریانس تبیینی برابر با ۰/۷۶ برای ۱۲ عامل است.

داده‌ها در زمینه بهره هوش با استفاده از ابزار ماتریس‌های پیش‌رونده ریون کسب گردید. آزمون ریون توسط پون روز و ریون (۱۹۸۳) و دارای ۶۰ سؤال تصویری است که از ۶ سری ۱۲ تایی تشکیل شده است؛ که از آسان به دشوار تنظیم شده‌اند. مدت زمان

اجرای این آزمون ۴۵ دقیقه است. با استفاده از پاسخنامه نمرات خام محاسبه خواهد شد و بر اساس آن بهره هوش محاسبه خواهد شد. روایی مقیاس حاضر توسط ریون بین ۰/۸۹ و ۰/۹۷ گزارش شده است. ضریب اعتبار بین ۰/۷۰ و ۰/۹۰ گزارش شده است (گروس - مارنات^۱، ۲۰۰۹؛ دی فریتاس^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از دهقان، افشین و کیخسروانی، ۱۳۹۵). اعتبار داخلی این مقیاس بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ است (اسدی، هومن و لیاقت، ۱۹۹۰).

برای ارزیابی میزان اوتیسم از مقیاس درخودماندگی گیلیام استفاده شد. مقیاس تشخیص اوتیسم گیلیام در سال ۱۹۹۵ توسط گیلیام طراحی شده است. این مقیاس از چهار خرده مقیاس رفتار کلیشه‌ای، برقراری ارتباط، تعامل اجتماعی و اختلال رشدی تشکیل شده است. نمره‌گذاری مقیاس به صورت لیکرت (هیچ‌گاه، به ندرت، گاهی بسیار زیاد) است. کسب نمره ۸۵ و بالاتر، نشان‌دهنده احتمال بالای تشخیص اوتیسم در فرد است. ضریب آلفای کرونباخ برای رفتار کلیشه‌ای برابر با ۰/۹۰، برای ارتباط ۰/۸۹، برای تعامل اجتماعی ۰/۹۳ و برای اختلال رشدی ۰/۸۸ محاسبه شده است. نسخه فارسی آزمون گیلیام دارای ضریب آلفای ۰/۴۷ برای رفتار کلیشه‌ای، ۰/۹۲ برای ارتباط، ۰/۷۳ برای تعامل اجتماعی، ۰/۸۰ برای اختلال رشدی است (احمدی، صفری، همتیان، خلیلی، ۱۳۹۰).

طرح آزمایشی: پژوهش حاضر با استفاده از روش تک آزمودنی و طرح A-B-A اجرا شد. در این طرح اگر با حذف مداخله تغییری فوری در جهت روند رخ دهد و سطحی شبیه خط پایه‌ی اول به دست آید، با اطمینان بیشتری می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخله مسئول تغییر رفتار در فاز دو بوده است. اگرچه شروع دوباره‌ی موقعیت خط پایه و بازگشت سطح رفتار یا شباهت با خط پایه‌ی اول نشان می‌دهد که متغیر مستقل به چه میزان مسئول تغییر مشاهده شده در متغیر وابسته است، هنوز هم متغیرهای مزاحم قابل کنترل نیستند. در این طرح اثبات تجربی کنترل آزمایشی وقتی بیشتر می‌شود که روند ثابت داده‌های موقعیت B با آغاز موقعیت A دوم دستخوش تغییری ناگهانی و فوری در سطح و روند شود.

1. Groth-Marnat
2. de Freitas

روش اجرا: در این بررسی ابتدا با استفاده از مقیاس بهبود مهارت‌های اجتماعی خط پایه در مقیاس مهارت اجتماعی، مشکلات رفتاری و شایستگی تحصیلی ترسیم گردید. اطلاعات در این محیط‌ها توسط معلم ویژه دانش‌آموزان در مرکز اوتیسم تکمیل گردید. مربی در دوره آموزش آنلاین شرکت کرده و در خاتمه با انجام آزمون آنلاین گواهی حضور در این دوره را دریافت کرد. قبل از اجرای برنامه طی یک جلسه اطلاعاتی در خصوص برنامه در اختیار والدین گذاشته شد. هدف از این جلسه تقویت و حمایت والدین از تغییرات مثبت در خانه، افزایش ارتباط والد - کودک، خلق فضای خانوادگی مثبت و افزایش ارتباط بین خانه و مرکز درمانی بود.

بر اساس سرفصل‌های دستورالعمل، محتوای جلسات آموزشی در قالب ۲۰ جلسه تنظیم گردید. این جلسات هر هفته به مدت ۴۰ دقیقه در مرکز مسیح برگزار شد. شروع جلسات از ماه مهر بود، به دلیل همزمانی با شروع ترم تحصیلی هفته‌ای یک جلسه در نظر گرفته شد. علاوه بر این برنامه حاوی یک کتاب کار بود که کودکان هفتگی آن را تکمیل کردند. سیستم برچسب دهی نیز در ابتدای هر جلسه برای کودکان ذکر گردید (دی روزیر، ۲۰۰۷). در پایان هر ۳ جلسه آموزشی مقیاس بهبود مهارت‌های اجتماعی مجدداً توسط معلم هر یک از دانش‌آموزان تکمیل گردید. در هر جلسه، محتوای جلسات به صورت فایل صوتی ضبط گردید و برای ایجاد تغییرات و ارائه اطلاعات مورد نیاز مورد استفاده قرار گرفت. برای کسب اطلاعات در مرحله پیگیری چهار هفته پس از آخرین مرحله ارزیابی، مقیاس مورد نظر مجدداً تکمیل گردید.

برنامه مداخلات گروهی مهارت‌های اجتماعی: این برنامه ثمره سال‌ها تحقیق و تجارب کار بالینی با کودکان با هدف بهبود روابط اجتماعی آن‌ها توسط دکتر دی روزیر و با همکاری دکتر نانسی گئورا و همکارانش در دانشگاه ایلی نویز در شیکاگو تهیه شده است. هدف اولیه این تلاش، توسعه برنامه‌ای بود که به جای تمرکز بر رفتارهای منفی خاص مانند پرخاشگری، به طور گسترده در زمینه انواع مشکلات ارتباطی با همسالان مناسب و قابل اجرا باشد. مهارت‌های ارتباطی و همکاری برای هر رابطه اجتماعی ضروری هستند. در توسعه برنامه آموزشی مورد نظر، نویسنده حمایت کافی سایر روش‌ها را جلب کرده است. از جمله این روش‌ها می‌توان به روش‌هایی که در برنامه آموزش مسئولیت‌پذیری اجتماعی (گئورا،

ارگل، موسلی و دان، ۱۹۹۳)، انواع برنامه‌های مربیگری و برنامه‌های آموزش مقابله با خشم اشاره کرد. برنامه حاضر مرکب از ده سرفصل است که برای کودکان در این پژوهش در طول ۲۰ جلسه آموزشی تنظیم و هفته‌ای یک بار جلسات آموزشی برگزار شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از برنامه مداخلات گروهی مهارت‌های اجتماعی آمده است.

جدول ۱. خلاصه برنامه مداخله گروهی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر برنامه دی‌روز

جلسه	هدف	تجهیزات	محتوای جلسات
اول	آشنایی با شرکت‌کنندگان	تابلو برچسب‌ها، برچسب‌های نام‌نویسی، پاکت نامه کوچک	ارائه برچسب، بازی حافظه، آشنایی با شخصیت‌های داستانی کتاب کار
دوم	آشنایی با برنامه	کتاب کار، جدول برنامه گروه، پوستر قواعد گروه	معرفی برنامه و اهداف گروه، ارائه کتاب کار، بررسی قواعد گروه، تعریف ارتباط، همکاری، اعتماد به نفس
سوم	احترام گذاشتن به خود و دیگران (۱)	پوستر قوانین گروه، نشانگر، مداد، گچ، تخته، برچسب، جوایز کوچک، کپی از قواعد گروه، برگه کار	بازی نوبتی، تعریف عزت نفس، عزت نفس مثبت و منفی، بررسی ارتباط عزت نفس با اعتماد به نفس
چهارم	احترام گذاشتن به خود و دیگران (۲)	-	معرفی شعار من به خود و دیگران احترام می‌گذارم، بیان تفاوت میان احترام و ترس، انجام بازی رأی‌گیری
پنجم	نگاهی به آینده (۱)	پوستر قواعد گروه، گچ، مداد، نشانگر، تابلو برچسب‌ها، جوایز کوچک، برگه کار	تعریف الگو، آشنایی کودکان با اهداف و نمونه‌هایی از اهداف بلندمدت و اهداف کوتاه‌مدت
ششم	نگاهی به آینده (۲)	-	تعریف برنامه‌ریزی، مفهوم برنامه‌ریزی و اعمال خودکار، تعریف پیامدها و پیامدهای مثبت و منفی
هفتم	مسئولیت‌پذیری (۱)	پوستر قواعد گروه، گچ، پوستر، چوب بستنی، قیچی، چسب، پوستر برچسب‌ها، برگه کار	تعریف مسئولیت‌پذیری، تکمیل فعالیت کتاب کار
هشتم	مسئولیت‌پذیری (۲)	-	تعریف مهارت توقف و تفکر، ساخت علائم دستی برای مهارت توقف و تفکر، بازی جورچین تفکر
۹	ارتباط با احساس و افکار خود (۱)	پوستر قواعد گروه، مداد رنگی، کارت‌های مربوط به اشیاء، مکان و احساسات، یک‌زمان‌سنج دقیقه‌ای،	ارائه فهرستی از تفاوت انواع ارتباط کلامی و غیرکلامی تکمیل فعالیت کتاب کار (آن را روی نقشه پیدا کن)!

کارت فعالیت‌های ارتباطی			
آموزش مهارت شنیداری، انجام فعالیت گوینده و شنونده، استفاده از کارت فعالیت‌های ارتباطی	-	ارتباط با احساس و افکار خود (۲)	دهم
تعریف فرضیه‌ها، بازی فرضیه و حقیقت، بیان مهارت‌هایی که برای بررسی فرضیه نیاز است	پوستر قواعد گروه، گچ/نشانگر/مداد، جوایز کوچک، کیف کاغذی، شکلات	تغییر دیدگاه (۱)	یازدهم
تعریف مهارت بررسی کردن، تکمیل فعالیت کتاب کار (بررسی کردن)، تعریف دیدگاه گیری	-	تغییر دیدگاه (۲)	دوازدهم
ویژگی‌های یک دوست، درجه‌بندی خود به‌عنوان یک دوست با استفاده از فعالیت کتاب کار، مفهوم دوستی، چالش‌های ساده در برابر دشوار	پوستر قواعد گروه، گچ/مداد/مارکر، تابلو برجسب‌ها، برگه کار	دوست‌یابی (۱)	سیزدهم
تأکید بر اهمیت بررسی فرضیه‌ها، شناسایی فرضیه‌های مثبت برای دوست‌یابی	-	دوست‌یابی (۲)	چهاردهم
تعریف همکاری، مهارت حل مسئله، تکمیل فعالیت کتاب کار (همکاری)، تعریف سازش کردن (مصالحه)	پوستر قواعد گروه، گچ/مارکر/مداد، تابلو برجسب‌ها، کیف و یا جعبه‌ای شامل ۱۵-۲۰ شیء، دفترچه یادداشت و مداد، برگه کار	همکاری با دیگران (۱)	پانزدهم
مسئله فشار همسالان و ارائه مثال در زمینه فشار همسالان، مهارت توقف و تفکر برای آگاه شدن از پیامدهای احتمالی	-	همکاری با دیگران (۲)	شانزدهم
تداخل هیجانات با مهارت توقف و تفکر و ارتباط تکمیل فعالیت کتاب کار، اشاره به مهارت آگاهی از احساسات	پوستر قواعد گروه، گچ/مداد/مارکر، تابلو برجسب‌ها، جوایز کوچک، کارت‌های احساسات، برگه کار	خودآگاهی هیجانی (۱)	هفدهم
شناسایی احساسات، تمرین رنگ هیجانات من	-	خودآگاهی هیجانی (۲)	هجدهم
مرور جامع تمام مفاهیم، مهارت‌ها و شعارها از طریق بازی و ایفای نقش	پوستر قواعد گروه، گچ/مارکر/مداد، پوستر برجسب‌ها، جوایز بزرگ و متوسط، برگه کار	مرور مفاهیم گذشته	نوزدهم
در این جلسه اهداف اجتماعی از طریق	-	خاتمه جلسه	بیستم

فعالیت برنامه‌ریزی ترسیم می‌شود.
تعداد برجسب‌های کودکان شمارش و
جوایز اهدا می‌شود.

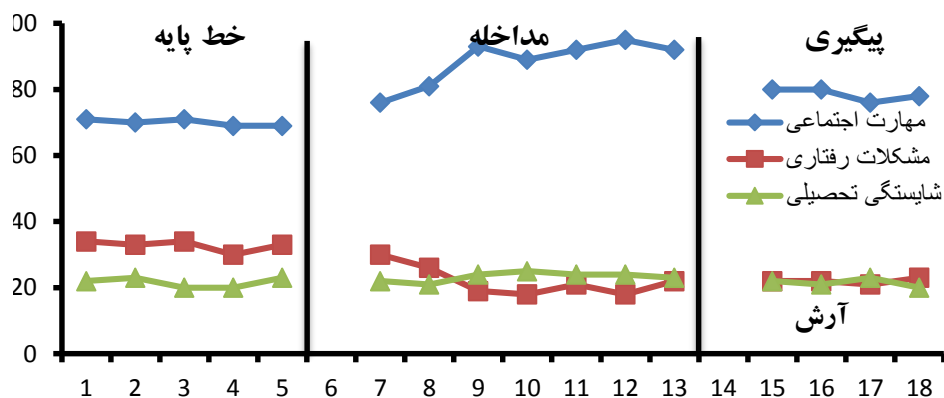
در طرح‌های گروهی برای مقایسه‌ی داده‌های موقعیت‌های آزمایشی مختلف، از روش‌های آماری استفاده می‌شود و آزمون‌های آماری مشخص می‌کنند که آیا تفاوت معناداری بین دو موقعیت آزمایشی مختلف وجود دارد یا خیر؛ اما در طرح‌های تک آزمودنی برای مقایسه‌ی داده‌های موقعیت‌های آزمایشی مختلف، داده‌ها روی نمودار ترسیم می‌شود. در طرح‌های تک آزمودنی تفاوت‌های ظاهری داده‌ها مدنظر قرار می‌گیرد، بنابراین این تفاوت باید مشهود و قابل توجه باشد. اگر در طرح‌های تک آزمودنی تفاوت بین داده‌های خط پایه و موقعیت آزمایشی قابل توجه باشد، می‌توان اظهار داشت که تفاوت معنادار است (بایلی و باستو^۱، ۱۹۸۱؛ کوپر و همکاران^۲، ۲۰۰۷).

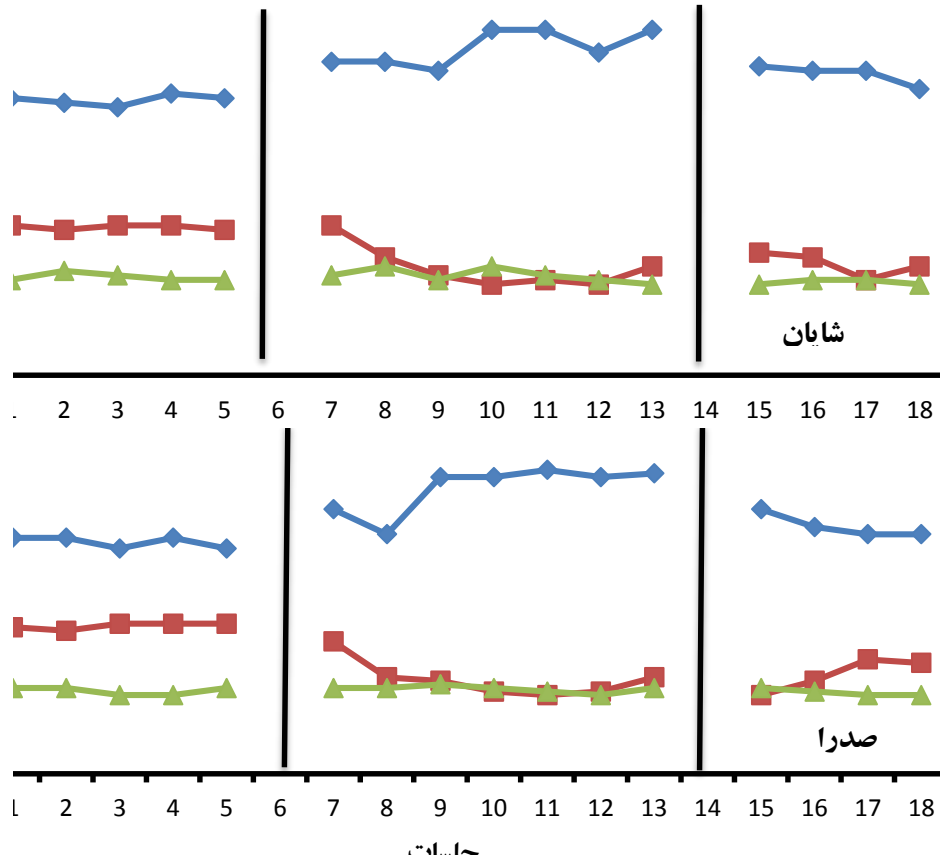
نتایج

با توجه به نمودار و جدول ۱، نتایج به دست آمده برای شرکت‌کننده اول در متغیر مهارت اجتماعی، حاکی از تغییر سطح میانگین در مرحله خط پایه ($M=۰/۷۰$) و افزایش در مرحله مداخله است ($M=۸۸/۲۹$) است. همچنین درصد داده‌های ناهمپوش ($PND=۰/۱۰۰$) و درصد همپوشی داده‌ها برابر با ($POD=۰/۰$) است. این نتایج حاکی از اثربخشی مداخله در زمینه مهارت‌های اجتماعی برای شرکت‌کننده اول است. در زمینه مشکلات رفتاری نتایج حاکی از تغییر سطح میانگین ($M=۳۲/۸$) در مرحله خط پایه و کاهش آن در مرحله مداخله ($M=۲۲$) است. درصد داده‌های ناهمپوش برابر با ($PND=۸۵/۷۱$) و درصد همپوشی داده‌ها برابر با ($POD=۱۴/۲۹$) است. کاهش سطح میانگین در مرحله مداخله در جهت هدف پژوهش است. در نتیجه مداخله مهارت‌های اجتماعی در کاهش سطح مشکلات رفتاری برای شرکت‌کننده اول کاملاً مؤثر بوده است. در زمینه متغیر شایستگی تحصیلی نتایج حاکی از تغییر سطح میانگین در مرحله خط پایه ($M=۲۱/۶$) در مقایسه با مرحله مداخله ($M=۲۳/۲۹$) است. با توجه به درصد داده‌های همپوش ($۴۲/۸۵$) و درصد داده‌های ناهمپوش ($۵۷/۱۴$) این برنامه ۵۷/۱۴ درصد مؤثر بوده است.

1. Bailey & Bostow
2. Cooper

در ارتباط با شرکت کننده دوم، در زمینه متغیر مهارت‌های اجتماعی، نتایج حاکی از تغییر سطح میانگین در مرحله خط پایه ($M=۶۰/۶$) در مقایسه با مرحله مداخله ($M=۷۲$) است. درصد داده‌های نا همپوش برابر با ($PND=۰/۱۰۰$) و درصد همپوشی داده‌ها برابر با ($POD=۰/۱۰$) است؛ بنابراین مداخله در زمینه افزایش مهارت‌های اجتماعی مؤثر بوده است. در زمینه متغیر مشکلات رفتاری شاهد تغییر سطح میانگین از ($M=۳۲/۶$) در مرحله خط پایه به میزان ($M=۲۳/۷۱$) بودیم. کاهش سطح میانگین در راستای هدف پژوهش است. درصد داده‌های نا همپوش برابر با ($PND=۸۵/۷۱$) و درصد همپوشی داده‌ها برابر با ($POD=۱۴/۲۹$) است؛ بنابراین مداخله گروهی مهارت‌های اجتماعی در زمینه کاهش مشکلات رفتاری شرکت کننده دوم $۸۵/۷۱$ درصد مؤثر بوده است. در نهایت تغییر سطح میانگین در متغیر شایستگی تحصیلی برابر با ($M=۲۱/۶$) در مرحله خط پایه و ($M=۲۲$) در مرحله مداخله است. درصد داده‌های نا همپوش برابر با ($PND=۲۸/۵۷$) و درصد همپوشی داده‌ها برابر با ($POD=۷۱/۴۲$) است. در نتیجه اثربخشی مداخله در زمینه متغیر ذکر شده تنها برابر با $۲۸/۵۷$ درصد است.





نمودار ۱. فراوانی نمرات در متغیرهای مهارت اجتماعی، مشکلات رفتاری و شایستگی تحصیلی

جدول ۲. میانگین و همپوشی داده‌ها شرکت‌کنندگان

متغیر	آزمودنی	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	PND	POD
مهارت اجتماعی	۱	۷۰	۸۸/۲۹	۰/۱۰۰	۰
	۲	۶۰/۶	۷۲	۰/۱۰۰	۰
	۳	۶۴/۸	۷۹/۸۶	۰/۱۰۰	۰
مشکلات رفتاری	۱	۳۲/۸	۲۲	۸۵/۷۱	۱۴/۲۹
	۲	۳۲/۶	۲۳/۷۱	۸۵/۷۱	۱۴/۲۹
	۳	۴۱/۴	۲۶/۴۳	۱۰۰	۰
شایستگی تحصیلی	۱	۲۱/۶	۲۳/۲۹	۵۷/۱۴	۴۲/۸۵
	۲	۲۱/۶	۲۲	۲۸/۵۷	۷۱/۴۲
	۳	۲۳/۲	۲۳/۷۱	۱۴/۲۸	۸۵/۷۱

در ارتباط با شرکت کننده سوم، در زمینه متغیر مهارت‌های اجتماعی، نتایج حاکی از تغییر سطح میانگین در مرحله خط پایه ($M=64/8$) در مقایسه با مرحله مداخله ($M=79/86$) است. درصد داده‌های نا همپوش برابر با ($PND=0/100$) و درصد همپوشی داده‌ها برابر با ($POD=0/0$) است؛ بنابراین مداخله در زمینه افزایش مهارت‌های اجتماعی مؤثر بوده است. در زمینه متغیر مشکلات رفتاری شاهد تغییر سطح میانگین از ($M=41/4$) در مرحله خط پایه به میزان ($M=26/43$) بودیم. درصد داده‌های نا همپوش برابر با ($PND=0/100$) و درصد همپوشی داده‌ها برابر با ($POD=0/0$) است؛ بنابراین مداخله در زمینه افزایش مهارت‌های اجتماعی مؤثر بوده است. در زمینه متغیر شایستگی تحصیلی، نتایج حاکی از تغییر سطح میانگین در مرحله خط پایه ($M=23/2$) در مقایسه با مرحله مداخله ($M=23/71$) است. درصد داده‌های نا همپوش برابر با ($PND=14/28$) و درصد همپوشی داده‌ها برابر با ($POD=85/71$) است؛ بنابراین مداخله در زمینه شایستگی تحصیلی تنها ۱۴/۲۸ درصد مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه مداخلات گروهی مبتنی بر برنامه دی روزیر بر بهبود مهارت اجتماعی، شایستگی تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا بود. نتایج نشان داد این برنامه در زمینه افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان اوتیسم مفید است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بری و همکاران^۱ (۲۰۰۳)، کراگر، اسکالتز و نیوسام (۲۰۰۷)، کاتاگنو^۲ (۲۰۰۹)، دی روزیر و همکاران (۲۰۱۱)، لاگسن، فرانکل، گانتمن، دیلون و موگیل^۳ (۲۰۱۲)، ریچمو، استینر و ولکمار (۲۰۱۳)، در زمینه بهبود مهارت‌های اجتماعی و با نتایج پژوهش‌های دی روزیر و مارکوس (۲۰۰۵)؛ دیروزیر (۲۰۰۴)؛ گرینبرگ، دومتروویچ، بامبرگر^۴ (۲۰۰۱) در زمینه کاهش مشکلات رفتاری همخوانی دارد.

-
1. Barry
 2. Cotugno
 3. Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon and Mogil
 4. Greenberg, Domitrovich & Bumbarger

در تبیین این موضوع می‌توان گفت کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا از تنهایی شدید و مکرر در مقایسه با همتایان عادی خود رنج می‌برند. ایجاد و حفظ دوستی اغلب برای افراد مبتلا به اوتیسم دشوار است. برای آنها، کیفیت دوستی، نه تعداد دوستان، پیش‌بینی‌کننده احساس تنهایی است. دوستی‌های عملکردی ممکن است کیفیت زندگی را به شکلی عمیق تحت تاثیر قرار دهند (برگس، گاتستین، ۲۰۰۷). به‌طور کلی ۳ ویژگی بنیادی، اجتناب اجتماعی، بی‌تفاوتی اجتماعی و انفعال اجتماعی در رفتار و تعامل این کودکان با دیگران، مبنایی برای بروز نارسایی‌ها در رفتار اجتماعی است. در اجتناب اجتماعی به‌طور کلی از تعامل با دیگران پرهیز می‌کنند، در بی‌تفاوتی اجتماعی در حوزه تعامل با دیگران قرار می‌گیرند اما به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که در این حوزه قرار ندارند و در انفعال اجتماعی، تعاملات آنها با دیگران محدود و فاقد اثرگذاری و پایداری لازم است (رفیعی، ۲۰۱۲).

مداخله گروهی مبتنی بر برنامه دی‌روزیر، به‌منظور ساخت مهارت‌های اجتماعی و روابط اجتماعی با همسالان طراحی شده است. اهداف اساسی آن عبارت هستند از: ساخت مهارت‌های شناختی و رفتاری اساسی، تقویت ویژگی‌های شخصیتی و نگرش‌های جامعه‌پسند، ساخت راهبردهای تدافعی و انطباقی برای حل مشکلات اجتماعی. در نتیجه این برنامه قادر خواهد بود انفعال اجتماعی این کودکان را کاهش دهد. علاوه بر این این برنامه نه تنها رفتارهای اجتماعی بلکه مؤلفه‌های شناختی و هیجانی روابط را نیز در برمی‌گیرد. هر یک از این مؤلفه‌ها یک بخش کامل از روابط متقابل اجتماعی هستند. در نتیجه آگاهی کودکان در زمینه تداخل افکار و احساساتشان با رفتارهای اجتماعی افزایش یافته و کنترل رفتاری کودکان بهبود پیدا می‌کند. با ادغام و پیوند مهارت‌های اجتماعی از یک دیدگاه جامع‌تر شامل ابعاد شناختی - عاطفی و رفتاری، اثربخشی کلی مداخلات افزایش پیدا می‌کند (دی‌روزیر، ۲۰۰۷). درمان رفتاری - شناختی برای کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا مورد استفاده قرار گرفته است و شیوه‌های سنتی درمان شناختی و رفتاری متناسب با شرایط این کودکان تعدیل شده است. در این برنامه نیز اصلاحاتی صورت گرفته است. افزایش اثربخشی آموزش، تمرکز بیشتر رفتاری، هدف قرار دادن مشکلات مرتبط با اوتیسم،

افزایش مشارکت والدین و سرنخ‌های بصری در افزایش کارایی این دسته از مداخلات مؤثر بوده است (اتوود، ۲۰۰۷؛ گرین و همکاران^۱، ۲۰۱۳).

در تبیین دیگر می‌توان به ماهیت گروه اشاره کرد. گروه موقعیتی برای یادگیری و درک فرایند تعامل اجتماعی و یادگیری مهارت‌های موردنیاز برای ارتباط موفقیت‌آمیز با دیگران و تجارب عاطفی فراهم می‌کند (کاتاگنو، ۲۰۰۹). در نتیجه رشد کیفی روابط اجتماعی، اعتماد به نفس در رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی و رفتار اجتماعی افزایش پیدا می‌کند. حضور کودک در گروهی از همسالان و ایجاد حس پذیرش به رشد مهارت‌های اجتماعی کمک می‌کند (داج^۲ و همکاران، ۲۰۰۳) در نتیجه توانایی کودک برای مدیریت رفتاری افزایش خواهد یافت.

دامنه‌ای از مسائل و مشکلات مربوط به تعامل اجتماعی در این طیف از اختلال توصیف شده است. کودکان مبتلا به اوتیسم ممکن است از دیگران کناره‌گیری یا قطع ارتباط کنند، ممکن است از حریم جسمی خود آگاه نباشند و به محدوده دیگران تجاوز کنند که این موضوع برای دیگران آزاردهنده و خصمانه است. از نظر افراد مبتلا به اوتیسم آنها ممکن است احساس کنند توسط دیگران درک نمی‌شوند، به‌طور مداوم مورد انتقاد قرار می‌گیرند، انزوا، بی‌اعتنایی، نادیده گرفته شدن، تهاجم و کنار گذاشتن از فعالیت‌های گروهی از جمله مسائلی است که این کودکان با آن روبرو هستند. در نتیجه چنین گروه‌های آموزشی می‌تواند افرادی با علائق و سطح مشابهی از رشد اجتماعی و هیجانی، نیازهای مشابه برای درک تعامل اجتماعی و یادگیری مهارت‌های اجتماعی لازم را کنار هم قرار داده و مهارت‌سازی کودکان را افزایش دهد. همچنین به کودکان برای برطرف کردن سوگیری‌های منفی و افزایش پذیرش از سوی همسالان کمک کند (دی روزیر، مارکوس، ۲۰۰۵).

از سویی برنامه حاضر ترکیبی از انواع مهارت‌های تدافعی، بازداری و جامعه‌پسند است. بر اساس دستورالعمل نه تنها رفتارهای اشتباه و مخرب به کودکان یادآوری می‌شود، بلکه رفتار مناسب در موقعیت اجتماعی نیز آموزش داده می‌شود. عامل دیگری که می‌تواند اثربخشی مداخلات اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری را تبیین کند، ارتباط بین سلامت

1. Green
2. Dodge

اجتماعی - هیجانی و مشکلات رفتاری است. سلامت هیجانی و اجتماعی با شدت علائم اوتیسم مرتبط و بر شایستگی اجتماعی فردی اثرگذار است (جمیسون و اسکاتلر^۱، ۲۰۱۵). برنامه‌های مداخلاتی با محتوای آموزش اجتماعی - هیجانی اثر مثبت بر نگرش درباره خود، دیگران و مدرسه دارند. همچنین سازگاری رفتاری را از طریق افزایش رفتارهای جامعه پسند و کاهش مشکلات درون‌ریزی شده و سلوک ارتقاء می‌دهند (دورلاک^۲، ویسبرگ^۳، دیمینچی و تیلور^۴، ۲۰۱۱). حضور در گروه و ارتباط با همسالان و تمرین مهارت‌ها فرصت مناسبی برای رشد مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری فراهم می‌کند. این نوع مداخلات در کاهش اضطراب اجتماعی، علائم اوتیسم و مشکلات رفتاری مؤثر هستند (اسکاهل و همکاران^۵، ۲۰۱۴؛ یو و همکاران^۶، ۲۰۱۴). مداخلات گروهی منجر به بهبود خودپنداره، عزت نفس اجتماعی و کاهش مشکلات درون‌ریزی شده مؤثر بوده است (هارل، مرکر و دیروزیر^۷، ۲۰۰۸). کاهش مشکلات رفتاری، علائم هیجانی حاکی از موفقیت این برنامه در افزایش تنظیم هیجانات است؛ و می‌تواند نتیجه موفقیت‌های جدیدی باشد که کودکان در روابط متقابل اجتماعی با اعضای گروه درمانی کسب می‌کنند (دی‌روزیر^۸، ۲۰۰۷).

در زمینه اثر بخشی مداخلات گروهی مهارت‌های اجتماعی بر شایستگی تحصیلی، این برنامه برای شرکت‌کننده اول مؤثر بوده است. نتایج کسب شده در مرحله مداخله، در مرحله پیگیری نیز تکرار شد. این نتیجه همخوان با این فرضیه است که رشد مهارت‌های ارتباطی - اجتماعی تسهیل‌کننده موفقیت تحصیلی است. خصوصاً زمانی که کودکان در مدارس عادی مشغول به تحصیل هستند (مک‌کنی، استاچنیک، آلبرایت، جوول و دورنسنز^۹، ۲۰۱۶). مدیریت رفتاری - هیجانی، توانایی دوست‌یابی پیش‌بینی‌کننده موفقیت تحصیلی کودکان هستند (وبستر - استراتون و رید^{۱۰}، ۲۰۰۴). بر اساس یافته‌های پژوهش این برنامه در زمینه بهبود شایستگی تحصیلی برای شرکت‌کننده دوم و سوم تغییری در سطح عملکرد ایجاد نکرده است. در این زمینه نیاز به بررسی‌های بیشتری وجود دارد.

1. Jamison & Schuttle
2. Durlak, Weissberg, Dymnicki & Taylor
3. Schohl
4. Yoo
5. McKenney, Stachniak, Albright, Jewell & Dorencz
6. Webster-Stratton & Reid

پژوهش حاضر با استفاده از روش تک آزمودنی (طرح A-B-A) بر روی ۳ دانش آموز مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا انجام شد. اگرچه طرح A-B-A امکان تحلیل تابعی از رفتار را دارد؛ ولی همچنان در معرض تهدید اعتبار درونی و بیرونی قرار دارد. ترکیب گروه مرکب از پسران است، لذا تعمیم نتایج به کل کودکان اوتیسم (دختران) باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین پژوهش حاضر در بافت کلینیک انجام شده است و در ارتباط با همسالانی است که مشکلات ارتباطی و اجتماعی مشابه دارند؛ بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از روش های آماری قوی تر برای کاهش عوامل تهدیدکننده اعتبار درونی و بیرونی استفاده شود. همچنین اجرای برنامه در موقعیت مدرسه و در ارتباط با همسالان عادی و همچنین حضور دختران در گروه مداخله می تواند بررسی دقیق تر این برنامه را امکان پذیر سازد. از نظر کاربردی اجرای این برنامه برای کودکان با نیازهای ویژه در سایر گروه ها و حتی کودکان عادی می تواند به رشد اجتماعی و سلامت روانی آنان کمک کند.

منابع

- دهقانی، ی؛ افشین، ع و کیخسروانی، م. (۱۳۹۵). تاثیر درمان عصب روان شناختی بر کنش های اجرایی و عملکرد درسی دانش آموزان مبتلا به حساب نارسایی. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۳(۴)، ۲۵-۱۴.
- اسدی، ک؛ هومن، ح و لیاقت، ر. (۱۳۹۱). مقایسه مدل های تک پارامتری و سه پارامتری تئوری سوال پاسخ در سنجش توانایی دانش آموزان دبیرستان دخترانه توسط ماتریس های پیشرونده ریون. *تحقیقات روانشناختی*، ۴(۱۳)، ۸۷-۷۱.
- احمدی، ج؛ صفری، ط؛ همیان، م؛ خلیلی، ز (۱۳۹۱). اثربخشی روش تحلیل رفتار کاربردی بر علائم اوتیسم. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۴)، ۳۰۰-۲۹۲.

- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger's syndrome*: London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bailey, J. S., & Burch, M. R. (2017). *Research methods in applied behavior analysis*: Routledge.
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Lombardo, M. (2013). *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience*: Oxford University Press.

- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: the empathizing–systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 68-80.
- Barry, T. D., Klinger, L. G., Lee, J. M., Palardy, N., Gilmore, T., & Bodin, S. D. (2003). Examining the effectiveness of an outpatient clinic–based social skills group for high-functioning children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 33(6), 685-701.
- Bölte, S., Marschik, P. B., Falck-Ytter, T., Charman, T., Roeyers, H., & Elsabbagh, M. (2013). Infants at risk for autism: a European perspective on current status, challenges and opportunities. *European child & adolescent psychiatry*, 22(6), 341-348.
- Burgess, A. F., & Gutstein, S. E. (2007). Quality of life for people with autism: Raising the standard for evaluating successful outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 80-86.
- Cappadocia, M. C., Weiss, J. A., & Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(2), 266-277.
- Carrington, S. J., Kent, R. G., Maljaars, J., Le Couteur, A., Gould, J., Wing, L., . . . Leekam, S. R. (2014). DSM-5 autism spectrum disorder: In search of essential behaviours for diagnosis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(6), 701-715.
- Chen, P.-Y., & Schwartz, I. S. (2012). Bullying and victimization experiences of students with autism spectrum disorders in elementary schools. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 27(4), 200-212.
- Chevallier, C., Kohls, G., Troiani, V., Brodtkin, E. S., & Schultz, R. T. (2012). The social motivation theory of autism. *Trends in cognitive sciences*, 16(4), 231-239.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis*. Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey 07458
- Cotugno, A. J. (2009). *Group interventions for children with autism spectrum disorders: A focus on social competency and social skills*: Jessica Kingsley Publishers.
- de Freitas Feldberg, S. C., de Mello, C. B., Davis, C. L. F., Nogueira, R. G., Bueno, O. F. A., & Muszkat, M. (2012). Neuropsychological and mathematical performance in children and adolescents with brain injury: A multiple-cass study. *Jornal Internacional de Estudos em Educação Matemática*, 5(2). 122-153.
- DeRosier, M. E. (2002). *Group interventions and exercises for enhancing children's communication, cooperation, and confidence*: Professional Resource Press.
- DeRosier, M. E. (2004). Building relationships and combating bullying: Effectiveness of a school-based social skills group intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 196-201.
- DeRosier, M. E., & Gilliom, M. (2007). Effectiveness of a parent training program for improving children's social behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 16(5), 660-670.

- DeRosier, M. E., & Marcus, S. R. (2005). Building friendships and combating bullying: Effectiveness of SS GRIN at one-year follow-up. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 140-150.
- DeRosier, M. E., Swick, D. C., Davis, N. O., McMillen, J. S., & Matthews, R. (2011). The efficacy of a social skills group intervention for improving social behaviors in children with high functioning autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 41*(8), 1033-1043.
- Developmental, D. M. N. S. Y., & Investigators, P. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC: 2002), 63*(2), 1-21.
- Dinstein, I., Thomas, C., Behrmann, M., & Heeger, D. J. (2008). A mirror up to nature. *Current Biology, 18*(1), R13-R18.
- Dodge, K. A., Lansford, J. E., Burks, V. S., Bates, J. E., Pettit, G. S., Fontaine, R., & Price, J. M. (2003). Peer rejection and social information-processing factors in the development of aggressive behavior problems in children. *Child development, 74*(2), 374-393.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development, 82*(1), 405-432.
- Georgescu, A. L., Kuzmanovic, B., Roth, D., Bente, G., & Vogeley, K. (2014). The use of virtual characters to assess and train non-verbal communication in high-functioning autism. *Frontiers in human neuroscience, 8*(807), 1-17.
- Green, S. A., Rudie, J. D., Colich, N. L., Wood, J. J., Shirinyan, D., Hernandez, L., . . . Bookheimer, S. Y. (2013). Overreactive brain responses to sensory stimuli in youth with autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(11), 1158-1172.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & treatment, 4*(1), 1a.
- Gresham, F., & Elliott, S. N. (2008). Social skills improvement system (SSIS) rating scales. *Bloomington, MN: Pearson Assessments*.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*: John Wiley & Sons.
- Guerra, N., Tolan, P., Eargle, A., Mosley, M., & Dunn, K. (1993). YES I CAN social responsibility training manual for use in small group sessions (Year 2). *University of Illinois, Metropolitan Area Child Study: Chicago*.
- Ha, S., Sohn, I.-J., Kim, N., Sim, H. J., & Cheon, K.-A. (2015). Characteristics of brains in autism spectrum disorder: Structure, function and connectivity across the lifespan. *Experimental neurobiology, 24*(4), 273-284.

- Harrell, A. W., Mercer, S. H., & DeRosier, M. E. (2009). Improving the social-behavioral adjustment of adolescents: The effectiveness of a social skills group intervention. *Journal of Child and Family Studies, 18*(4), 378-387.
- Heyvaert, M., Saenen, L., Campbell, J. M., Maes, B., & Onghena, P. (2014). Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: An updated quantitative synthesis of single-subject research. *Research in developmental disabilities, 35*(10), 2463-2476.
- Humphrey, N., & Symes, W. (2010). Responses to bullying and use of social support among pupils with autism spectrum disorders (ASDs) in mainstream schools: A qualitative study. *Journal of Research in Special Educational Needs, 10*(2), 82-90.
- Jamison, T. R., & Schuttler, J. O. (2015). Examining social competence, self-perception, quality of life, and internalizing and externalizing symptoms in adolescent females with and without autism spectrum disorder: a quantitative design including between-groups and correlational analyses. *Molecular autism, 6*(1), 53.
- Kenworthy, L., Yerys, B. E., Anthony, L. G., & Wallace, G. L. (2008). Understanding executive control in autism spectrum disorders in the lab and in the real world. *Neuropsychology review, 18*(4), 320-338.
- Kroeger, K., Schultz, J. R., & Newsom, C. (2007). A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders, 37*(5), 808-817.
- Lambrechts, A., Yarrow, K., Maras, K., & Gaigg, S. (2014). Impact of the temporal dynamics of speech and gesture on communication in autism spectrum disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 126*, 214-215.
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R., & Mogil, C. (2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of autism and developmental disorders, 42*(6), 1025-1036.
- Lecavalier, L. (2005). An evaluation of the Gilliam autism rating scale. *Journal of autism and developmental disorders, 35*(6), 795-805.
- Ledford, J. R., Lane, J. D., Elam, K. L., & Wolery, M. (2012). Using response-prompting procedures during small-group direct instruction: Outcomes and procedural variations. *American journal on intellectual and developmental disabilities, 117*(5), 413-434.
- Matson, J. L., Matson, M. L., & Rivet, T. T. (2007). Social-skills treatments for children with autism spectrum disorders: An overview. *Behavior modification, 31*(5), 682-707.
- McKenney, E. L., Stachniak, C., Albright, J., Jewell, J. D., & Dorencz, J. M. (2016). Defining Success for Students with Autism Spectrum Disorder: Social Academic Behavior in Secondary General Education Settings. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 51*(3), 318.
- Mottron, L., Dawson, M., Soulieres, I., Hubert, B., & Burack, J. (2006). Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight

- principles of autistic perception. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(1), 27-43.
- Olsson, N. C., Karlsson, A., Andersson, S., Boström, A., Ljungström, M., & Bölte, S. (2016). Cross-cultural adaptation of the KONTAKT social skills group training program for children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: a feasibility study. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 4(2), 46-54.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., & Murray, M. J. (2008). Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: A review and recommendations. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(2), 353-361.
- Reichow, B., Steiner, A. M., & Volkmar, F. (2013). Cochrane review: social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(2), 266-315.
- Schohl, K. A., Van Hecke, A. V., Carson, A. M., Dolan, B., Karst, J., & Stevens, S. (2014). A replication and extension of the PEERS intervention: examining effects on social skills and social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 532-545.
- Sellinger, V. J., & Elder, J. H. (2016). Parent training intervention to manage externalizing behaviors in children with autism. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(1), 73-77.
- Volker, M. A., Lopata, C., Smerbeck, A. M., Knoll, V. A., Thomeer, M. L., Toomey, J. A., & Rodgers, J. D. (2010). BASC-2 PRS profiles for students with high-functioning autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(2), 188-199.
- Walsh, C. E., Mulder, E., & Tudor, M. E. (2013). Predictors of parent stress in a sample of children with ASD: Pain, problem behavior, and parental coping. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(2), 256-264.
- Watkins, L., Kuhn, M., Ledbetter-Cho, K., Gevarter, C., & O'Reilly, M. (2017). Evidence-based social communication interventions for children with autism spectrum disorder. *The Indian Journal of Pediatrics*, 84(1), 68-75.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2004). Strengthening social and emotional competence in young children—The foundation for early school readiness and success: Incredible years classroom social skills and problem-solving curriculum. *Infants & Young Children*, 17(2), 96-113.
- Williams, J. H. (2008). Self-other relations in social development and autism: multiple roles for mirror neurons and other brain bases. *Autism Research*, 1(2), 73-90.
- Wilson, C. E., Happé, F., Wheelwright, S. J., Ecker, C., Lombardo, M. V., Johnston, P., . . . Lai, M. C. (2014). The neuropsychology of male adults with high-functioning autism or asperger syndrome. *Autism Research*, 7(5), 568-581.

- Yang, D. Y.-J., Rosenblau, G., Keifer, C., & Pelphrey, K. A. (2015). An integrative neural model of social perception, action observation, and theory of mind. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *51*, 263-275.
- Yoo, H. J., Bahn, G., Cho, I. H., Kim, E. K., Kim, J. H., Min, J. W., . . . Bong, G. (2014). A Randomized Controlled Trial of the Korean Version of the PEERS® Parent-Assisted Social Skills Training Program for Teens With ASD. *Autism Research*, *7*(1), 145-161.