

Research Paper: Effectiveness of Family-Based Early Intervention on the Degree of Joint Attention (Responding) of the Children with Autism Spectrum Disorder: A Single-Subject Study

*Nahid Vakilzadeh¹, Ahmad Abedi¹, Alireza Mohseni Ezhiyeh¹, Elnaz Pishghadam²

1. Department of Children with Special Needs, Faculty of Psychologic and Education Science, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. Department of Consulting, Faculty of Psychologic and Education Science, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Citation: Vakilzadeh N, Abedi A, Mohseni Ezhiyeh AR, Pishghadam E. [Effectiveness of family-based early intervention on the degree of joint attention (responding) of the children with autism spectrum disorder: A single-subject study (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2016; 17(1):42-53. <http://dx.doi.org/10.20286/jrehab-170140>

doi: <http://dx.doi.org/10.20286/jrehab-170140>

Received: 5 Aug. 2015

Accepted: 9 Des. 2015

ABSTRACT

Objective Joint attention refers to person's ability in focusing on the present information in his or her visual attention, along with existing information on other's visual attention. In this process, 2 people actively pay attention to a thing, situation, or event. Defects in joint attention is considered one of the first diagnosable signs in children with autism spectrum disorder (ASD). This skill has considerable effect on growth and development of social, cognitive, and verbal skills. In other words, joint attention may act as a key skill, i.e. achieving this area of growth, brings several by-products for children. Therefore, using therapeutic early interventions in order to improve the joint attention of children with ASD is necessary. The present study aimed to investigate the effectiveness of family-based early intervention on the improvement of joint attention of the children with ASD.

Materials & Methods The research population included 57 children who had referred to Ordibehesht Autism Center in Isfahan. Because the present research sought for special cases, the purposeful sampling method was used. In this regard, the research sample comprised 3 children of 3-5 years old who had symptoms of autism spectrum disorder by the diagnosis of specialists, and had difficulties regarding joint attention. The research instrument was the Gilliam Autism Rating Scale (GARS) and Early Social Communication Scales (ESCS). In the present study, the single-subject study with the A-B design was used. In this method, after 5 baseline sessions, intervention was started and during 12 individual sessions, the joint attention skill is taught to children. To analyze the obtained data, at first the raw data were converted to standard T scores and the situation of baseline, intervention, and follow up of every subject was drawn on the diagram. To interpret and infer from the diagrams, we used visual analyses, trending, and stability, as well as percentages of non-overlapping data and overlapping data.

Results According to the visual analyses of the data diagrams, the intervention was effective on the 3 subjects. The mean scores of 3 subjects in the baseline have increased from 39.92, 37.30, and 38.89 to 52.04, 52.79, and 51.69, respectively. The percentage of non-overlapping data (PND) in the two baseline and intervention situations for the 3 subjects was 83%, 100%, and 91%. This effectiveness was observable in the follow-up stage.

Conclusion The findings of the present study indicated that the family-based early intervention can be an effective educational program for improvement of joint attention of the preschool children with ASD. Because defects in joint attention is one of the main features of children with ASD and joint attention brings improvement in other aspects of growth, we suggest that improving joint attention be considered as a main objective in rehabilitation and educational interventions in children with autism.

Keywords:

Autistic disorder,
Joint attention,
Early intervention,
Child preschool

* Corresponding Author:

Nahid Vakilzadeh, MSc.

Address: Department of Children with Special Needs, Faculty of Psychologic and Education Science, University of Isfahan, Hezar Jarib St., Azadi Sq., Isfahan, Iran.

Tel: +98 (916) 238 8155

E-Mail: nahid.v1991@gmail.com

اثربخشی مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین بر میزان توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال طیف اوتیسم: پژوهش مورد منفرد

* ناهید وکیلی‌زاده^۱، احمد عابدی^۱، علیرضا محسنی‌اژی^۱، الناز پیشقدم^۲

۱- گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۴ مرداد ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۱۸ آذر ۱۳۹۴

هدف: توجه اشتراکی، به توانایی فرد در تمرکز بر اطلاعات موجود در کانون توجه دیداری خویش، به‌موازات اطلاعات موجود در کانون توجه دیداری فرد دیگر اشاره دارد. در این جریان، دو نفر فعالانه توجه خود را معطوف یک شیء، موقعیت یا رویداد می‌کنند. نقص در توجه اشتراکی یکی از اولین نشانه‌های قابل تشخیص در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم به شمار می‌رود. این مهارت تأثیر بسیاری بر رشد و تحول مهارت‌های زبانی، شناختی و اجتماعی دارد. به‌عبارت‌دیگر، توجه اشتراکی ممکن است به‌عنوان یک مهارت کلیدی عمل کند؛ بدین معنی که دستیابی به این حوزه از رشد، دستاوردهای جانبی بسیاری را برای کودک به ارمغان می‌آورد. از این‌رو، استفاده از مداخلات درمانی زود هنگام به‌منظور بهبود توجه اشتراکی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم ضرورت می‌یابد. پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین بر میزان توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال طیف اوتیسم انجام گرفت.

روش بررسی: جامعه آماری این پژوهش را کودکان مراجعه‌کننده به مرکز اوتیسم اردیبهشت در شهر اصفهان تشکیل می‌دادند که تعداد آنها ۵۷ نفر بود. از آنجا که پژوهش حاضر به دنبال موارد خاص یا غیر معمول بوده، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و شرکت‌کنندگان بر اساس قضاوت پژوهشگر یا اهداف مطالعه انتخاب شدند. بر این اساس، سه کودک ۳-۵ ساله که به تشخیص متخصص، علائم و نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم را داشتند و در زمینه توجه اشتراکی دچار آسیب بودند، انتخاب شدند. ابزار پژوهش، مقیاس تشخیص اوتیسم گیلیام (GARS) و مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه (ESCS) بود. در این پژوهش، روش مورد منفرد با طرح A-B مورد استفاده قرار گرفت. در این روش پس از ۵ جلسه خط پایه، مداخله آغاز گردید و طی ۱۲ جلسه انفرادی مهارت توجه اشتراکی به کودکان آموزش داده شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، ابتدا نمرات خام به نمرات استاندارد تی تبدیل و موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر آزمودنی روی نمودار رسم و برای تفسیر و نتیجه‌گیری از این نمودارها، از تحلیل دیداری، شاخص روند و شاخص ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش استفاده شد.

یافته‌ها: در تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، مداخله در هر سه آزمودنی اثربخش بوده است. میانگین نمرات از ۳۹/۹۲، ۳۷/۳۰ و ۳۷/۸۹ برای هر سه آزمودنی در خط پایه به ۵۲/۰۴، ۵۲/۷۹ و ۵۱/۶۹ در موقعیت مداخله رسید. درصد غیر همپوشی داده‌ها (PND) در دو موقعیت خط پایه و مداخله برای سه شرکت‌کننده به ترتیب ۸۳، ۱۰۰ و ۹۱ درصد بود. این اثربخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین می‌تواند به‌عنوان یک روش آموزشی مؤثر برای بهبود توجه اشتراکی در کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال طیف اوتیسم مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اینکه آسیب در توجه اشتراکی، یکی از ویژگی‌های اصلی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم است و توجه اشتراکی سبب بهبود در دیگر حیطه‌های رشدی می‌شود، می‌توان پیشنهاد کرد که بهبود توجه اشتراکی باید به‌عنوان یک هدف اصلی در مداخلات توانبخشی و آموزشی در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم تعیین شود.

کلیدواژه‌ها:

اختلال اوتیستیک، توجه اشتراکی، مداخله زود هنگام، کودکان پیش‌دبستانی

مقدمه

رفتارهای اجتماعی و انجام حرکات تکراری و کلیشه‌های مشخص می‌شود [۱]. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، این اختلال با دو معیار کلی نقص در ارتباطات و تعاملات اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری، علائق یا فعالیت‌های محدود شده و تکراری معرفی شده است [۲]. میزان شیوع این اختلال روزبه‌روز در حال افزایش است؛ به‌طوری‌که طبق آخرین گزارش‌ها، شیوع آن به

اختلال طیف اوتیسم^۱ یک اختلال عصبی رشدی^۲ است که با ویژگی‌هایی چون کاستی در برقراری ارتباط و زبان، مشکل در

1. Autism spectrum disorder
2. Neurodevelopmental disorder

* نویسنده مسئول:

ناهید وکیلی‌زاده

نشانی: اصفهان، میدان آزادی، خیابان هزار جریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص.

تلفن: ۲۳۸۸۱۵۵ (۹۱۶) +۹۸

رایانامه: nahid.v1991@gmail.com

جدول ۱. مراحل آموزش توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی).

مرحله اول	هنگامی که کودک با یک اسباب‌بازی، بازی می‌کند، درمانگر (والد) دست کودک را روی اسباب‌بازی دیگری قرار می‌دهد. اگر کودک با اسباب‌بازی تازه ارائه‌شده مشغول بازی شد (یعنی اسباب بازی را دست‌کاری کرد یا به‌مدت پنج ثانیه به آن نگاه کرد)، نمره این مرحله را دریافت می‌کند. اگر کودک به‌طور صحیح پاسخ نداد و اصلاً به درمانگر (والد) توجهی نکرد، همه اسباب‌بازی‌ها به‌مدت ۵ ثانیه حذف می‌شود و نمره‌ای به وی تعلق نمی‌گیرد. سپس اسباب‌بازی‌های مختلفی به کودک ارائه و به کودک اجازه داده می‌شود تا یک اسباب‌بازی را انتخاب کند (ترجیحاً اسباب‌بازی‌های حذف‌شده قبلی نباشد).
مرحله دوم	این مرحله دقیقاً طبق مرحله اول انجام می‌شود. هنگامی که کودک در حال فعالیت و بازی با یک اسباب‌بازی یا وسیله است، درمانگر (والد) یک اسباب بازی جدید را به او ارائه می‌کند و به‌آرامی با دست روی آن ضربه می‌زند. اگر کودک به‌مدت ۵ ثانیه با اسباب‌بازی جدید مشغول بازی و فعالیت شده، نمره این مرحله را دریافت می‌کند.
مرحله سوم	این مرحله نیز به مرحله اول شباهت دارد. هنگامی که کودک مشغول بازی با یک شیء یا اسباب‌بازی است، درمانگر (والد) نام او را صدا می‌زند و با اشاره یک اسباب جدید را به او معرفی می‌کند. اگر کودک به‌مدت حداقل ۵ ثانیه با اسباب‌بازی جدید مشغول بازی و فعالیت شده، نمره این مرحله را دریافت می‌کند.
مرحله چهارم	هدف این مرحله، برقراری تماس چشمی با درمانگر (والد) است. اگر کودک در مراحل قبلی به‌طور صحیح پاسخ دهد و نمره بگیرد، قطعاً تماس چشمی برقرار کرده است. اگر کودک به‌مدت حداقل ۵ ثانیه تماس چشمی برقرار کرده، نمره این مرحله را دریافت می‌کند.
مرحله پنجم	هنگامی که کودک مشغول بازی با یک اسباب‌بازی است، درمانگر (والد) سعی می‌کند با او تماس چشمی برقرار کند. هنگامی که تماس چشمی برقرار شده، درمانگر (والد) سر خود را می‌چرخاند و به یک اسباب‌بازی در آن طرف اتاق اشاره می‌کند. اگر کودک به‌طور صحیح پاسخ داده، به کودک اجازه داده می‌شود که اگر تمایل دارد با اسباب‌بازی جدید و اگر هم تمایل ندارد، با اسباب‌بازی قبلی بازی کند. اگر کودک اشاره درمانگر به اسباب‌بازی جدید را دنبال نکرده، همه اسباب‌بازی‌ها به‌مدت ۵ ثانیه حذف می‌شود و وی نمره‌ای دریافت نمی‌کند. اگر کودک در دو مرحله پشت‌سرهم نمره‌ای دریافت نکرد، بعد از اشاره سر کودک را به‌طور صحیح در جهت مناسب می‌چرخانید.
مرحله ششم	این مرحله مانند مرحله پنجم است با این تفاوت که در این مرحله درمانگر (والد) اشاره نمی‌کند و فقط بعد از برقراری تماس چشمی، جهت نگاه خود را به یک اسباب‌بازی تغییر می‌دهد. اگر کودک جهت نگاه درمانگر (والد) را دنبال کرده، نمره این مرحله را دریافت می‌کند.

توانبخشی

نوع دوم، با عنوان شروع توجه اشتراکی^۳ شناخته می‌شود که به توانایی کودک در جهت‌دادن توجه دیگران به موضوع دیداری خویش، با استفاده از انواع ژست‌ها یا نگاه متناوب بین اشیا و افراد اطلاق می‌شود [۱۰]. پاسخ و شروع توجه اشتراکی، حامل پیام‌های اجتماعی درباره رویدادها یا موضوعاتی است که مورد توجه یا علاقه واقع شده است، با این تفاوت که اولی پیام‌های دیگران را پردازش می‌کند، اما دومی پیام‌های هدفمندی را به‌صورت ارادی برای دیگران ارسال می‌کند [۸].

اهمیت توجه اشتراکی در این است که آسیب در این حوزه با نقص در مهارت‌های دیگر ارتباط نزدیکی دارد. مهارت توجه اشتراکی، پیش‌بینی‌کننده مهارت‌های دیگری از قبیل مهارت‌های زبانی [۱۲ و ۱۱]، رفتارهای اجتماعی [۱۳]، درک اجتماعی-عاطفی [۱۴]، بازی‌های نمادین، نظریه ذهن و توانایی شناخت اجتماعی [۱۵] در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم است. توجه اشتراکی همچنین با پردازش اطلاعات در کودکان [۱۶]، مهارت‌های شناختی و خودتنظیمی [۱۷] ارتباط نزدیکی دارد. به‌طور کلی، توجه اشتراکی ممکن است به‌عنوان یک مهارت کلیدی عمل کند؛ به این معنی که دستیابی به این حوزه از رشد، دستاوردهای جانبی بسیاری را برای کودک به ارمغان می‌آورد. بنابراین، ارزیابی و تلاش برای بهبود آن اهمیت بالایی دارد و نکته قابل توجه این است که مداخلات موجود در ایران، به این مهارت کلیدی کمتر پرداخته‌اند. به‌علاوه، هزینه‌های زیاد درمان برای کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، ضرورت استفاده از مداخلات زود هنگام، کم‌هزینه و مبتنی بر والدین را بیش‌ازپیش آشکار می‌نماید.

مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین عبارت است از: تلاش‌های منظم و مستمر به‌واسطه مراقبان اصلی برای کمک به‌هنگام به کودکان

۱ در ۶۸ نفر رسیده است [۳]. در ایران هم «صمدی» و «مک‌کانکی» [۴] طی پژوهشی میزان شیوع اوتیسم را در کودکان ایرانی ۹۵/۲ در ۱۰ هزار نفر گزارش کرده‌اند. با وجود اینکه در زمینه سبب‌شناسی اختلال طیف اوتیسم اتفاق نظر وجود ندارد، اما محققان نسبت به آسیب‌های روان‌شناختی این اختلال در کودکان آگاه‌اند.

یکی از آسیب‌های اساسی در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، نقص در ارتباطات اجتماعی^۳ است [۵]. آسیب در زمینه ارتباطات اجتماعی می‌تواند تأثیر منفی بر دیگر جنبه‌های رشدی از جمله توجه اشتراکی^۴ داشته باشد [۶]. توجه اشتراکی در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران و متخصصان اختلال طیف اوتیسم قرار گرفته است و اشاره به مهارتی رشدی دارد که موجب اشتراک توجه (از طریق تماس چشمی، تبادل نگاه، اشاره کردن و نشان دادن) یا پردازش پیام‌های دیگران می‌شود [۷]. در این جریان دو نفر فعالانه توجه خود را به یک شیء، موقعیت یا رویداد معطوف می‌کنند [۸]. برای مثال، یک کودک ابتدا به مادر و سپس اسباب‌بازی‌اش نگاه می‌کند و سپس می‌کوشد مادرش را متوجه آن کند.

محققان با استفاده از فیلم‌برداری ویدیویی از دوران رشد کودکان، دریافته‌اند کودکانی که بعداً با عنوان اختلال طیف اوتیسم شناخته می‌شوند، در دوران نوزادی فاقد مهارت‌های توجه اشتراکی هستند [۹]. پژوهشگران همچنین معتقدند که دو نوع توجه اشتراکی وجود دارد: نوع اول، با عنوان پاسخ به توجه اشتراکی^۵ شناخته می‌شود که عبارت است از توانایی کودک در دنبال کردن جهت نگاه، وضعیت سر یا دیگر ژست‌های فرد دیگر، به‌نحوی که موضوع توجه وی را جلب کند؛

3. Social communication

4. Joint attention

5. Responding to Joint Attention (RJA)

6. Initiating Joint Attention (IJA)

زود هنگام مبتنی بر والدین بر میزان توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) در کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد است و در آن از طرح A-B با پیگیری استفاده شده است. طرح A-B شامل دو موقعیت آزمایشی است: موقعیت اول، A و موقعیت دوم، B نامیده می‌شود. به‌طور کلی موقعیت اول خط پایه است و در موقعیت دوم یک مداخله درمانی اجرا می‌شود و سپس متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان مراجعه‌کننده به مرکز اوتیسم اردیبهشت در شهر اصفهان بودند که تعداد آنها ۵۷ نفر بود. از آنجا که پژوهش حاضر، به‌دنبال موارد خاص یا غیر معمول بود، از روش نمونه‌گیری هدفمند^۸ برای انتخاب جامعه آماری استفاده گردید؛ بدین معنی که شرکت‌کنندگان براساس قضاوت پژوهشگر یا اهداف مطالعه انتخاب می‌شدند.

معیارهای ورود و خروج کودکان به مطالعه

معیارهای ورود کودکان به مطالعه عبارت بود از: سن ۳-۵ سال، تشخیص اختلال طیف اوتیسم توسط روان‌پزشک، نمره ۸۵ یا بیشتر در مقیاس تشخیص اوتیسم گیلیام^۹ و نیز نقص در توجه اشتراکی به تشخیص پژوهشگران. کودکانی که این ملاک‌ها را نداشتند، از نمونه حذف شدند.

ملاک‌های خروج که موجب حذف برخی از آزمودنی‌ها شد، عبارت بود از: همراهی هر نوع اختلال دیگر از قبیل ناتوانی ذهنی، نابینایی، معلولیت جسمی-حرکتی، بیش‌فعالی و اختلالات رفتاری بود. ملاک‌های ورود و خروج توسط یکی از متخصصان کودکان با نیازهای خاص، مورد ارزیابی قرار گرفت. براین اساس از بین آزمودنی‌ها، سه کودک ۳-۵ ساله (۲ پسر و ۱ دختر) انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش به‌منظور تشخیص اختلال طیف اوتیسم علاوه بر نظر روان‌پزشک، آزمون تشخیص اوتیسم گیلیام (GARS) نیز به‌کار رفت. همچنین برای گردآوری داده‌های توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری، از مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه^{۱۰} (ESCS) استفاده شد.

مقیاس تشخیص اوتیسم گیلیام (GARS)

این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط «گیلیام» طراحی شده است که شامل چهار خرده‌مقیاس رفتارهای کلیشه‌ای، برقراری ارتباط،

زیر ۵ سال که از نظر رشدی آسیب‌پذیر و ناتوان هستند [۱۸]. پژوهشگران بر این باورند مداخلات زود هنگام با هدف بهبود توجه اشتراکی، هنگامی که با استفاده از روابط والد-کودک و در بافت طبیعی خانواده انجام شود، نتایج بهتر و بادوام‌تری را به ارمغان می‌آورد [۱۹ و ۲۰]. شورای ملی تحقیقات^۷ در کشور آمریکا، خانواده را عنصری کلیدی در هر درمان محسوب می‌کند و معتقد است که درگیری والدین در ارائه خدمات درمانی به کودکان دارای اوتیسم، اهمیت بسیاری دارد [۲۱]. از طرفی «سندل»، «مکلین» و «اسمیت» [۲۲] پیشنهاد کرده‌اند که مداخلات زود هنگام باید به عوامل بافتی توجه ویژه‌ای داشته باشد و نقش اصلی را به‌عهده مراقبان اصلی گذارد، ظرفیت خانواده را ارتقا بخشد و در طول فعالیت‌های روزمره در محیط‌های طبیعی خانواده انجام گیرد.

در این راستا پژوهشگران متعددی با به‌کار بردن این پیشنهادات، مداخلات مختلفی را به‌منظور بهبود توجه اشتراکی طراحی و اجرا کرده‌اند. «شرتز» و «آدام» [۱۹] در پژوهشی با استفاده از روابط والد-کودک، تلاش کردند مهارت‌های توجه اشتراکی را در ۳ کودک دارای اوتیسم تقویت کنند. نتایج حاصل از روش پژوهش نشان داد که ۲ نفر از این ۳ کودک در پایان مداخله، به مهارت‌های توجه اشتراکی دست یافتند. در پژوهش دیگری که توسط «وو» [۲۳] صورت پذیرفت، نتایج از اثربخشی مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین در مهارت‌های توجه اشتراکی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم حکایت داشت.

«شرتز» و همکاران [۲۰] در مطالعه دیگری به بررسی اثربخشی آموزش توجه اشتراکی مبتنی بر والدین پرداختند. مقایسه نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش حاکی از آن بود که مداخله مبتنی بر والدین در گروه آزمایش، تأثیر معناداری بر میزان توجه اشتراکی داشته است. «شولتز» و همکاران [۲۴] نیز نشان دادند مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین موجب بهبود توجه اشتراکی کودکان دارای اوتیسم می‌شود. با وجود این، در برخی از مطالعات قبلی آموزش توجه اشتراکی، از طریق غیر از روابط والد-کودک تقویت شده است و پژوهشگران نتایج مختلفی را گزارش کرده‌اند [۳۴ و ۱۰]؛ بنابراین، به‌نظر می‌رسد مطالعات بیشتری برای اثبات مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین در آموزش توجه اشتراکی وجود دارد.

با توجه به این واقعیت که طیف وسیعی از پیشینه پژوهشی، از بهبود توجه اشتراکی با استفاده از مداخلات درمانی زود هنگام حکایت دارد و با مرور پژوهش‌هایی که آموزش توجه اشتراکی را در محیط طبیعی خانواده و با استفاده از روابط والد-کودک به‌کار گرفته و نتایج مثبت و بادوامی را گزارش کرده‌اند و نیز با توجه به اهمیت رشد این مهارت و تأثیر آن روی یادگیری مهارت‌های زبانی، شناختی و اجتماعی، ضرورت استفاده از مداخلات درمانی زود هنگام به‌منظور بهبود توجه اشتراکی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم در ایران احساس می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله

8. Purposeful sampling

9. Gilliam Autism Rating Scale (GARS)

10. Early Social Communication Scales (ESCS)

7. National research council

جدول ۲. نمرات توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) در موقعیت خط پایه برای هر سه شرکت‌کننده.

آزمودنی	جلسات خط پایه (A)				
-	۱	۲	۳	۴	۵
کودک ۱	۳۹/۹۲	۳۹/۹۲	۳۹/۹۲	۳۹/۹۲	۳۹/۹۲
کودک ۲	۳۶/۴۴	۳۶/۴۴	۳۶/۴۴	۳۶/۴۴	۳۸/۶۱
کودک ۳	۳۸/۸۹	۳۸/۸۹	۳۸/۸۹	۳۸/۸۹	۳۸/۸۹

توانبخشانی

جلسات آموزشی (آموزش پاسخ‌دهی)

در پژوهش حاضر، جلسات آموزش توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی)، از رویکرد «والن»^{۱۲} و همکاران [۳۱ و ۳۲] اقتباس شده است. جلسات آموزشی در زمستان ۱۳۹۳ و بهار سال ۱۳۹۴ در مرکز اوتیسم اردیبهشت اصفهان و توسط دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره و نیز یکی از مربیان آن مرکز انجام گرفت.

این جلسات سه روز در هفته برگزار می‌شد و هر جلسه یک ساعت و نیم بود. هر جلسه به سه قسمت ۲۵ دقیقه‌ای تقسیم می‌شد و بین آنها، کودک پنج دقیقه فرصت استراحت داشت. تصاویر مختلفی روی دیوار نصب و در هر جلسه، اسباب‌بازی‌های مختلفی روی زمین قرار داده می‌شد. اسباب‌بازی‌ها براساس تقویت‌کننده‌های طبیعی انتخاب شد تا از تحریک کودک برای بازی اطمینان حاصل شود.

کودک و درمانگر طی جلسات با اسباب‌بازی‌های مناسب بازی می‌کردند. تقریباً هر پنج دقیقه، درمانگر فرصتی برای کودک فراهم می‌کرد تا به پیشنهاد توجه اشتراکی پاسخ دهد. بدین‌منظور در جلسات ۲۵ دقیقه‌ای، درمانگر دست کودک را با هدف نشان دادن شیء به وی، روی اشیا قرار می‌داد. درمانگر با هدف نشان دادن شیء به کودک، آهسته روی شیء ضربه می‌زد، به یک تصویر روی دیوار اشاره می‌کرد و جهت نگاهش را به یک تصویر روی دیوار تغییر می‌داد.

طبق این رویکرد، جلسات آموزشی با استفاده از فعالیت‌های عادی و روزمره انجام می‌شد. در ضمن، مادر نیز آموزش می‌دید تا در منزل و در حین فعالیت‌های روزمره، با کودک کار کند. کودک و درمانگر ابتدا تلاش می‌کردند با یکدیگر ارتباط برقرار کنند. درمانگر با گفتن این عبارت: «شایان، وقت بازی‌ها» کودک را متوجه شروع زمان بازی می‌کرد و می‌کوشید تا فعالیت آموزشی را به او ارائه دهد. هر فعالیت آموزشی شامل استفاده از یکی از فعالیت‌های روزمره کودک بود که در جریان آن، کودک به انجام مهارت توجه اشتراکی ترغیب می‌شد. تمام جلسات آموزشی با مشارکت فعال والدین انجام گرفت و پس از پایان جلسات، تکالیفی مشخص شد که والدین باید هر روز در منزل و در حین تعاملات روزمره با کودک خود انجام دهند.

تعاملات اجتماعی و اختلالات رشدی و ۴۲ آیتم است. نمره‌گذاری مقیاس به‌صورت لیکرت چهار درجه است (۱=هیچ‌گاه و ۴=سیار زیاد) و نمره بالاتر، شدت علائم اوتیسم را نشان می‌دهد. در این مقیاس کسب نمره ۸۵ و بالاتر، نشان‌دهنده احتمال بالای تشخیص اوتیسم در فرد محسوب می‌شود.

این آزمون به‌خوبی استاندارد و اعتبار و روایی آن، کاملاً مشخص شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای رفتارهای کلیشه‌ای برابر با ۰/۹۰، برای ارتباط ۰/۸۹، برای تعامل اجتماعی ۰/۹۳ و برای اختلالات رشدی ۰/۸۸ محاسبه شده است [۲۵]. نسخه فارسی آزمون گیلیام دارای ضریب آلفای ۰/۷۴ برای رفتارهای کلیشه‌ای، ۰/۹۲ برای ارتباط، ۰/۷۳ برای تعامل اجتماعی و ۰/۸۰ برای اختلالات رشدی است که نشان می‌دهد این آزمون، ابزاری پایا برای تشخیص و غربال اوتیسم است [۲۶].

مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه (ESCS)

این مقیاس توسط «ماندی»^{۱۱} و همکاران [۲۷] به‌منظور ارزیابی مهارت‌های ارتباط غیرکلامی طراحی شده است. این آزمون مجموعه‌ای از ۲۵ موقعیت نیمه‌ساختاریافته (محرک فراخوان) را تدارک دیده است که براساس آن می‌توان رفتار کودک را در سه مقوله توجه اشتراکی، رفتارهای درخواست‌گرانه و رفتارهای مربوط به تعامل اجتماعی ارزیابی کرد. براساس دستورالعمل اجرایی، آزمون برای کودکان دارای رشد طبیعی سنین ۳۰-۸ ماه یا برای کودکان غیرطبیعی دارای تأخیر رشدی مناسب است [۲۷].

این مقیاس دارای روایی و پایایی مناسبی است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۸-۰/۸۸ محاسبه شده است [۲۸]. نمره‌گذاری این مقیاس مبتنی بر مشاهده است و براساس وضعیت بروز رفتار، نمره‌های صفر و یک منظور می‌گردد. از آنجاکه آزمون مبتنی بر مشاهده و ثبت فراوانی رفتار هدف است، از نوع آزمون‌های هنجاری نیست [۲۹]. در این پژوهش برای سنجش و ارزیابی توجه اشتراکی، از خرده‌مقیاس پاسخ به توجه اشتراکی استفاده شد. ضریب پایایی برای خرده‌مقیاس پاسخ به توجه اشتراکی ۰/۷۶ برآورد شده است [۳۰].

12. Whalen

11. Mundy

این کار باعث شد که کودک احساس خستگی نکند و علاقه‌مند به ادامه فعالیت باشد.

همچنین پیشنهاد شده است که برای افزایش احتمال تعمیم‌دهی مهارت توجه اشتراکی به دیگر موقعیت‌ها، قسمتی از جلسات آموزشی در خارج از اتاق یا توسط فرد دیگر اجرا شود. قانون کلی این رویکرد آموزشی، دنباله‌روی درمانگر (والد) از کودک است. این کار روش مناسبی برای برقراری موقعیت‌های توجه اشتراکی محسوب می‌شود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، ابتدا نمرات خام به نمرات استاندارد تی تبدیل و موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر آزمودنی روی نمودار رسم شد. سپس برای تفسیر و نتیجه‌گیری ز این نمودارها از تحلیل دیداری^{۱۳}، شاخص روند^{۱۴} و شاخص ثبات^{۱۵}،

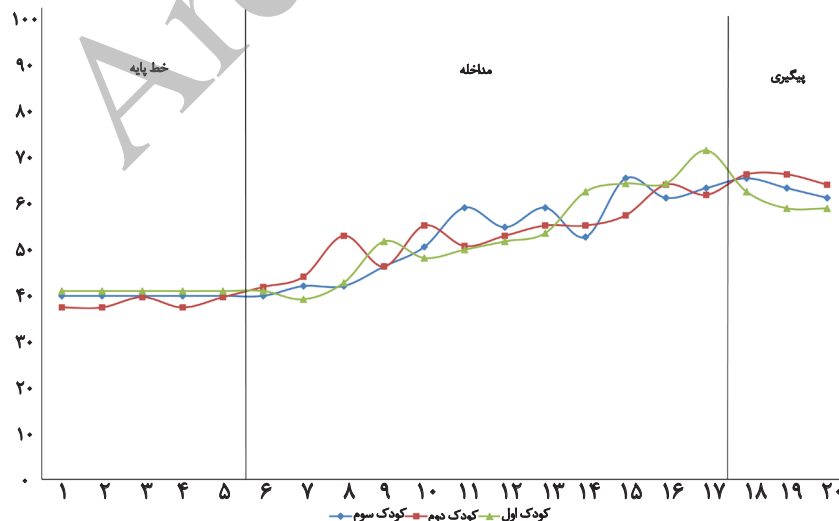
جلسات پاسخ‌دهی بر آموزش کودک، برای پاسخ‌دهی صحیح به پیشنهادها درمانگر متمرکز بود. آموزش به شش سطح تقسیم و برای هر شرکت‌کننده از سطح یک آغاز می‌شد. پس از رسیدن به معیار تسلط در هر سطح، سطوح بالاتر به اجرا درمی‌آمد. سطوح آموزش پاسخ‌دهی در جدول شماره ۱ آرایه شده است. در حین جلسات، درمانگر و والدین دنباله‌رو کودک و علائق وی در جریان فعالیت‌ها هستند. درمانگر در مورد عملی که کودک انجام می‌دهد، صحبت و حرف‌های کودک را تکرار می‌کند و آنها را بسط می‌دهد. در حالی که نزدیک کودک نشسته است و با او تماس چشمی برقرار می‌کند، محیط بازی کودک را به بهترین وجه ممکن سازماندهی می‌کند. در مقابل انجام هر یک از مهارت‌های پاسخ به توجه اشتراکی، تقویت و پاداش داده می‌شود. لبخند زدن، به‌آغوش کشیدن و تشکر گرم کلامی از آن جمله‌اند.

به‌طور کلی، انجام فعالیت‌های توجه اشتراکی با استفاده از بازی‌ها و فعالیت‌های ساده و روزمره انجام می‌شد. ویژگی مهم این روش آن است که بیشتر فعالیت‌ها به‌صورت بازی‌های غیرساختاری به اجرا درمی‌آمد؛ به‌نحوی که کودک احساس می‌کرد فقط در حال بازی کردن است، اما درمانگر و والدین در حال آموزش به کودک بودند.

جدول ۳. نمرات توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) در موقعیت مداخله و پیگیری برای هر سه شرکت‌کننده.

آزمودنی	جلسات مداخله (B)												پیگیری				
	-	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱		۱۲	۱	۲	۳
کودک ۱	۳۹/۹۲	۳۸/۱۶	۴۱/۶۷	۵۰/۴۴	۴۶/۹۳	۴۸/۶۸	۵۰/۴۴	۵۲/۱۹	۶۰/۹۶	۶۲/۷۱	۶۲/۷۱	۶۲/۷۱	۶۲/۷۱	۶۹/۷۳	۶۰/۹۶	۵۷/۴۵	۵۷/۴۵
کودک ۲	۴۰/۷۸	۴۲/۹۵	۵۱/۶۳	۴۵/۱۲	۵۳/۸۰	۴۹/۴۶	۶۳/۵۱	۵۳/۸۰	۵۳/۸۰	۵۵/۹۷	۵۵/۹۷	۵۵/۹۷	۵۵/۹۷	۶۰/۳۰	۶۲/۶۴	۶۴/۶۴	۶۲/۴۷
کودک ۳	۳۸/۸۹	۴۰/۹۷	۴۰/۹۷	۴۵/۱۲	۴۹/۲۷	۵۷/۵۸	۵۳/۴۳	۵۷/۵۸	۵۱/۳۵	۶۳/۸۱	۶۳/۸۱	۶۳/۸۱	۶۳/۸۱	۶۱/۷۳	۶۳/۸۱	۶۱/۷۳	۵۹/۶۶

توانبخشی



توانبخشی

تصویر ۱. تغییرات توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) برای هر سه شرکت‌کننده.

و محفظه ثبات خط روند براساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و PND بستگی دارد. همچنین، هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست.

نتایج به‌دست‌آمده برای شرکت‌کننده اول

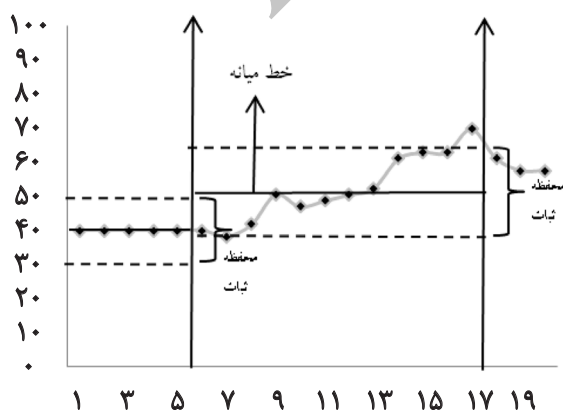
براساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های شرکت‌کننده اول، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها در تصویر شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۴، نتایج تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی را براساس فرمول تحلیل دیداری برای نمودار داده‌های شرکت‌کننده اول نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول نشان داده شده است، میانگین نمرات توجه اشتراکی از ۳۹/۹۲ در خط پایه به ۵۲/۰۴ در مداخله رسیده است که نشان‌دهنده بهبود توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) برای شرکت‌کننده موردنظر است. این اثربخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۸۳/۳۳ درصد اطمینان مؤثر بوده است.

نتایج به‌دست‌آمده برای شرکت‌کننده دوم

براساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های شرکت‌کننده دوم، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها در تصویر شماره ۳ به‌تصویر کشیده شده است.

جدول شماره ۵، نتایج تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و



توانبخشی

درصد داده‌های غیرهمپوش (PND)^{۱۶} و درصد داده‌های همپوش (POD)^{۱۷} استفاده شد. کلیه مراحل تحلیل دیداری این پژوهش، براساس کتاب طرح‌های مورد منفرد در علوم رفتاری نوشته «گاست و لدفورد»^{۱۸} [۳۳] اقتباس شده است.

یافته‌ها

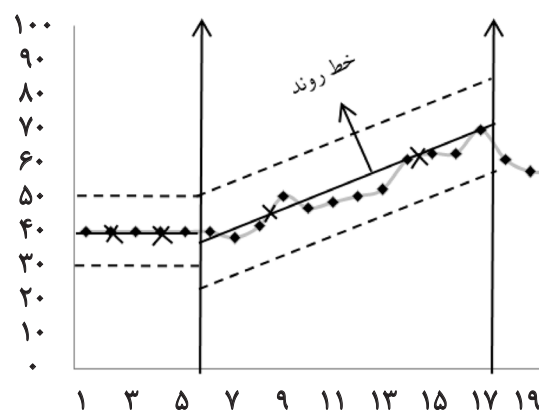
به‌منظور خلاصه‌کردن نتایج به‌دست‌آمده، هریک از جلسات خط پایه، درمان و پیگیری برای شرکت‌کنندگان در جداول و نمودارها به‌شرح ذیل آمده است. در جدول شماره ۲ نمرات توجه اشتراکی در موقعیت خط پایه برای هر سه شرکت‌کننده مشخص و پس از آن در جدول شماره ۳ نمرات توجه اشتراکی در هریک از جلسات درمانی تعیین گردید.

بر اساس جدول ۳، مشخص شد که نمرات توجه اشتراکی در هر سه شرکت‌کننده با گذشت جلسات روبه‌بهبود بوده است. یافته‌های جداول شماره ۲ و ۳ به‌صورت نمودار داده‌ها در تصویر شماره ۱ نشان داده شده است.

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان بیرون‌افتادگی یا تغییرپذیری مجموعه داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظة ثبات) قرار گیرد، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد [۳۳].

پس‌از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم‌کردن استفاده

16. Percentage of Non-overlapping Data (PND)
17. Percentage of Overlapping Data (POD)
18. Gast and Ledford



تصویر ۲. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات شرکت‌کننده اول.

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت‌کننده اول.

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
A یا B	۱. مقایسه موقعیت	B	A
	۲. تغییرات روند	۱۲	۵
	۱-۲. تغییر جهت		
مثبت	۲-۲. اثر وابسته به هدف	۵۰/۴۴	۳۹/۹۲
اثبات به اثبات	۲-۳. تغییر ثابت	۵۲/۰۴	۳۹/۹۲
	۳. تغییر در سطح	۶۹/۳۸-۷۳/۱۶	-۳۹/۹۲ ۳۹/۹۲
۳۴/۳۰ به ۳۹/۹۲	۱-۳. تغییر نسبی	اثبات	اثبات
۳۸/۱۶ به ۳۹/۹۲	۲-۳. تغییر مطلق		
۵۰/۴۴ به ۳۹/۹۲	۲-۳. تغییر میانه	۶۱/۴۴-۸۳/۳۰	-۳۹/۹۲ ۳۹/۹۲
۵۲/۰۴ به ۳۹/۹۲	۳-۴. تغییر میانگین	۶۹/۳۸-۷۳/۱۶	-۳۹/۹۲ ۳۹/۹۲
	۴. همپوشی داده‌ها		
۸۳/۳۳%	PND .۱-۴	صودی	شیب صفر
۱۶/۶۷%	POD .۱-۴	اثبات	اثبات

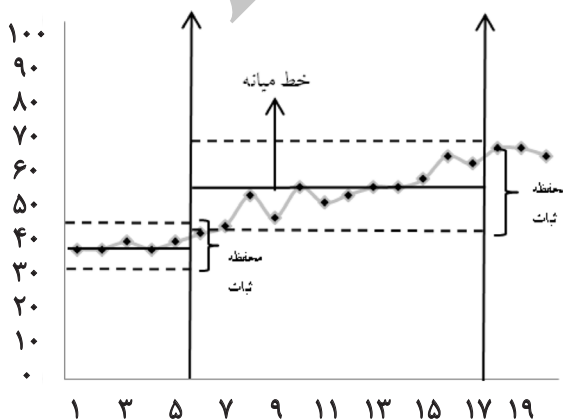
توانبخشی

نتایج به‌دست‌آمده برای شرکت‌کننده سوم

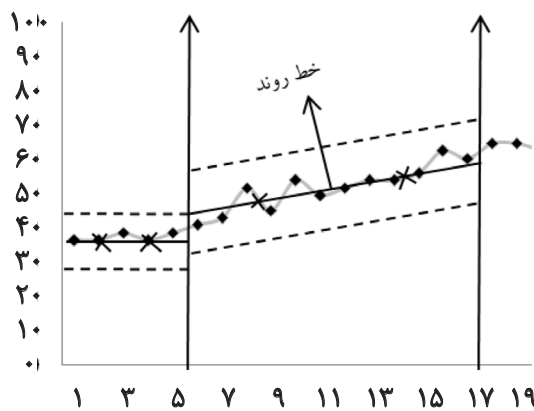
بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های شرکت‌کننده سوم، خط میانه، خط روند و محفظه ثابت آنها در تصویر شماره ۴ به‌نمایش درآمده است.

جدول شماره ۶، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را بر اساس فرمول تحلیل دیداری برای نمودار داده‌های شرکت‌کننده سوم، نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول شماره ۶ نشان داده شده است، میانگین توجه اشتراکی از ۳۸/۸۹ در خط پایه به ۵۱/۶۹ در مداخله رسیده است که نشان‌دهنده بهبود توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) برای

بین موقعیتی را بر اساس فرمول تحلیل دیداری برای نمودار داده‌های شرکت‌کننده دوم نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول شماره ۵ نشان داده شده است، میانگین توجه اشتراکی از ۳۷/۳۰ در خط پایه به ۵۲/۷۹ در مداخله رسیده است که نشان‌دهنده بهبود توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) برای شرکت‌کننده مورد نظر است. این اثربخشی در مرحله پیگیری، همچنان وجود داشت. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است.



توانبخشی



تصویر ۳. خط میانه، خط روند و محفظه ثابت شرکت‌کننده دوم.

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده دوم.

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
B با A	۱. مقایسه موقعیت	B	A
	۲. تغییرات روند	۱۲	۵
	۱-۲. تغییر جهت		
مثبت	۲-۲. اثر وابسته به هدف	۵۳/۸۰	۳۶/۴۴
باثبات به باثبات	۳-۲. تغییر ثبات	۵۲/۷۹	۳۷/۳۰
	۳. تغییر در سطح	۶۲/۴۰-۴۷/۷۸	۳۸/۳۶-۶۱/۴۴
۴۷/۲۹ به ۳۸/۶۱	۱-۳. تغییر نسبی	باثبات	باثبات
۴۰/۷۸ به ۳۸/۶۱	۲-۳. تغییر مطلق		
۵۳/۸۰ به ۳۶/۴۴	۳-۳. تغییر میانه	۵۸/۴۷-۱۳/۲۹	۳۸/۳۶-۶۱/۴۴
۵۲/۷۹ به ۳۷/۳۰	۴-۳. تغییر میانگین	۶۰/۴۰-۳۰/۷۸	۳۸/۳۶-۶۱/۴۴
	۴. همپوشی داده‌ها		
۱۰۰٪	PND ۱-۴	صعودی	شیب صفر
۰٪	POD ۱-۴	باثبات	باثبات

توانبخشی

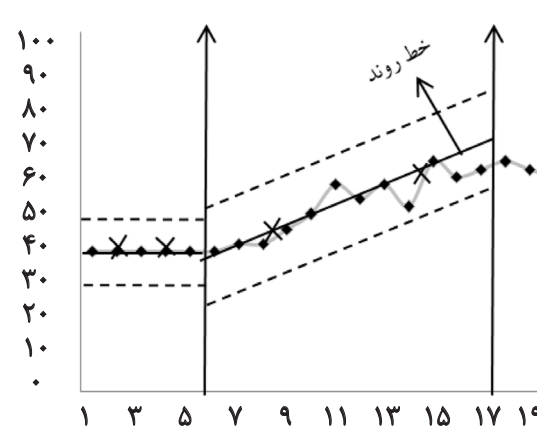
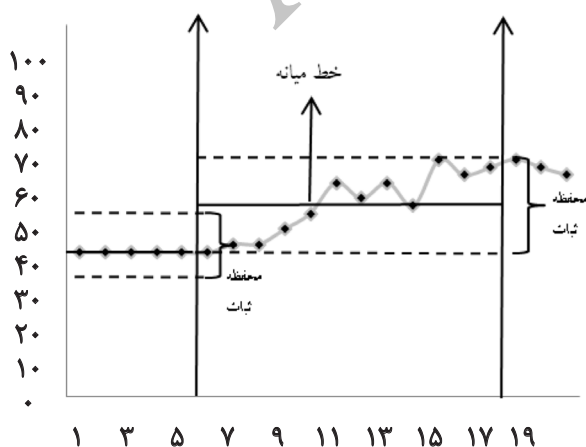
پژوهش‌های دیگر [۳۴ و ۲۴، ۲۳، ۲۰، ۱۹] در مورد اثر مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین در بهبود توجه اشتراکی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم همسو و همخوان است.

بر اساس تصویر شماره ۱، نمرات توجه اشتراکی در هر سه شرکت کننده پس از دریافت مداخله، روندی صعودی در جهت هدف (بهبود پاسخ به توجه اشتراکی) نشان داد. تحلیل داده‌ها در مرحله پیگیری نیز نشان داد که اثربخشی همچنان با دوام بوده است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان اشاره نمود که یکی از راه‌هایی که باعث افزایش احتمال درگیر شدن کودک در آموزش توجه اشتراکی می‌شود، دادن حق انتخاب به کودک و توجه به

شرکت کننده مورد نظر است. این اثربخشی در مرحله پیگیری، همچنان مشهود بود. همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۶۷ درصد اطمینان مؤثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله زود هنگام مبتنی بر والدین بر میزان توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی) کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که این روش تأثیر قابل توجهی بر بهبود توجه اشتراکی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم داشته است. یافته‌های این پژوهش با



توانبخشی

تصویر ۴. خط میانه، خط روند و محدوده ثبات شرکت کننده سوم.

جدول ۶. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای شرکت کننده سوم.

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
A یا B	۱. مقایسه موقعیت	B	A
	۲. تغییرات روند	۱۲	۵
	۱-۲. تغییر جهت		
مثبت	۲-۲. اثر وابسته به هدف	۵۲/۳۹	۳۸/۸۹
بائیات به بائیات	۲-۳. تغییر ثبات	۵۱/۶۹	۳۸/۸۹
	۳-۳. تغییر در سطح	۶۳/۳۸-۸۱/۸۹	۳۸/۳۸-۸۹/۸۹
۳۸/۸۹ به ۳۸/۸۹	۱-۳. تغییر نسبی	بائیات	بائیات
۳۸/۸۹ به ۳۸/۸۹	۲-۳. تغییر مطلق		
۵۲/۳۹ به ۳۸/۸۹	۳-۳. تغییر میانه	۵۸/۴۳-۶۲/۰۴	۳۸/۳۸-۸۹/۸۹
۵۱/۶۹ به ۳۸/۸۹	۲-۴. تغییر میانگین	۶۱/۳۸-۷۳/۸۹	۳۸/۳۸-۸۹/۸۹
	۴. همپوشی داده‌ها		
۹۱/۶۶٪	PND ۱-۴	صودی	شیب صفر
۸۳٪	POD ۱-۴	بائیات	بائیات

توانبخشی

در پژوهش حاضر تبیین دیگر برای بهبود پاسخ به توجه اشتراکی، با نقش والدین در همراهی با درمانگر قابل توجه است. توجه اشتراکی مهارتی است که برای نخستین بار در روابط بین والد-کودک و در بافت طبیعی خانواده شکل می‌گیرد [۳۷]. از طرفی، هنگامی که بزرگسال برای کودک دارای ارزش باشد، او انگیزه بیشتری برای یادگیری توجه اشتراکی پیدا می‌کند [۳۵]. علاوه بر این، هنگامی که مراقبان اصلی نسبت به نقش کلیدی توجه اشتراکی و به رابطه آن با مهارت‌های رشدی دیگر آگاه شوند، می‌توانند مهارت توجه اشتراکی را در میان بیشتر ساعات بیداری کودک تمرین کنند و این امر موجب اثربخشی بیشتر مداخله خواهد شد [۱۹].

«نفدت» و همکاران [۳۸] معتقدند این روش شامل فنونی است که والدین می‌توانند به راحتی اجرا کنند؛ چراکه فعالیت‌هایی را در بر می‌گیرد که والدین به انجام آنها عادت دارند؛ یعنی فعالیت‌هایی که مدام در خانه انجام می‌دهند. بنابراین، وقتی والدین شیوه صحیح برخورد با کودک دارای اوتیسم خود را در موقعیت‌ها و فعالیت‌هایی که همیشه در محیط خانه اتفاق می‌افتد، یاد می‌گیرند و از آنجاکه این فعالیت‌ها زیاد تکرار می‌شوند، پس پاسخ‌های کودک نیز افزایش پیدا می‌کنند. نتیجه آنکه با افزایش پاسخ‌های کودک، تلاش‌های والدین برای ادامه مداخله نیز افزایش می‌یابند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه آسیب در توجه اشتراکی، یکی از ویژگی‌های اصلی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم است و توجه اشتراکی بهبود

عواملی است که کودک آنها را ترجیح می‌دهد [۳۵].

پژوهشگران معتقدند هنگامی که قصد آموزش توجه اشتراکی را به کودک داریم (به ویژه کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم) بهتر است این کار را با اشیا و وسایلی انجام دهیم که برای کودک جذاب و مورد علاقه او باشد (مانند استفاده از اسباب‌بازی‌های مورد علاقه او) و از سوی دیگر کارهایی را که کودک ترجیح می‌دهد، انجام دهیم (برای مثال، حرف زدن با صدای بچه‌گانه و...). دادن حق انتخاب به کودک باعث می‌شود که دستیابی به هدف تسریع و کودک به طور خودانگیزه در تعامل با بزرگسال در طول آموزش درگیر شود [۳۱].

تبیین دیگر به نقش تقویت کننده‌های طبیعی در این مداخله مربوط می‌شود. تقویت کننده‌های طبیعی یعنی نتیجه‌ای که در نهایت برای کودک حاصل می‌شود (تقویت کننده)، به طور طبیعی با رفتار هدف مرتبط باشد. برای مثال، زمانی که بزرگسال می‌کوشد تا بر چسبی مانند «تصویر کتاب» را به کودک آموزش دهد (بگو، این یک کتاب است!)، بزرگسال می‌بایست بعد از اینکه کودک در آموزش شرکت فعال داشت، کتاب را به عنوان پاداش در اختیار کودک قرار دهد (بگو: آره، آفرین، این کتابه. تو می‌تونی اون رو بگیری و به نگاه بهش بندازی البته اگه دوست داشته باشی) [۳۶]. کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، انگیزش کافی را برای پاسخ به محرک‌های محیطی، به ویژه در گیر شدن در تعاملات اجتماعی با دیگران، ندارند و در صورتی که تقویت کننده‌های طبیعی وجود داشته باشد، این امر موجب افزایش انگیزه کودک برای یادگیری پاسخ به توجه اشتراکی می‌شود [۳۱].

References

- [1] Al-Khalaf A, Dempsey I, Dally K. The Effect of an Education Program for Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in Jordan. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2014; 36(2):175-87.
- [2] Posar A, Resca F, Visconti P. Autism according to diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition: The need for further improvements. *Journal of Pediatric Neurosciences*. 2015; 10(2):146.
- [3] Mandell D, Lecavalier L. Should we believe the Centers for Disease Control and Prevention's autism spectrum disorder prevalence estimates? *Autism*. 2014; 18(5):482-4.
- [4] Samadi SA, McConkey R. Screening for Autism in Iranian Preschoolers: Contrasting M-CHAT and a Scale Developed in Iran. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015; 45(4):1-9.
- [5] Kasari C, Freeman SFN, Paparella T. Early intervention in autism: Joint attention and symbolic play. *International Review of Research in Mental Retardation*. 2000; 23(1):207-37.
- [6] Lieberman AM, Hatrak M, Mayberry RI. Learning to look for language: Development of joint attention in young deaf children. *Language Learning and Development*. 2014; 10(1):19-35.
- [7] Kasari C, Gulsrud AC, Wong C, Kwon S, Locke J. Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010; 40(9):1045-56.
- [8] Mundy P, Sullivan L, Mastergeorge AM. A parallel and distributed-processing model of joint attention, social cognition and autism. *Autism Research*. 2009; 2(1):2-21.
- [9] Osterling J, Dawson G. Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1994; 24(3):247-57.
- [10] van Hecke AV, Mundy P, Block JJ, Delgado CEF, Parlade MV, Pomares YB, et al. Infant responding to joint attention, executive processes, and self-regulation in preschool children. *Infant Behavior and Development*. 2012; 35(2):303-11.
- [11] Murray DS, Creaghead NA, Manning-Courtney P, Shear PK, Bean J, Prendeville JA. The relationship between joint attention and language in children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2008; 23(1):5-14.
- [12] Watt N, Wetherby A, Shumway S. Prelinguistic predictors of language outcome at 3 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2006; 49(6):1224-37.
- [13] Mundy P, Sigman M, Kasari C. Joint attention, developmental level, and symptom presentation in autism. *Development and Psychopathology*. 1994; 6(3):389-401.
- [14] Naber FB, Bakermans Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Dietz C, van Daalen E, Swinkels SH, et al. Joint attention development in toddlers with autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 17(3):143-52.

در دیگر حیطه‌های رشدی را به‌همراه دارد، می‌توان پیشنهاد کرد که بهبود توجه اشتراکی باید به‌عنوان یک هدف اصلی در مداخلات توان‌بخشی و آموزشی در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم تعیین شود. از طرفی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، انگیزش کافی را برای پاسخ به محرک‌های محیطی، به‌ویژه درگیر شدن در تعاملات اجتماعی با دیگران، ندارد. به‌کارگیری متغیرهای انگیزشی مانند استفاده از تقویت‌کننده‌های طبیعی، تأکید بر استفاده از بازی‌های غیرساختاری و نیز توجه به نقش والدین در اجرای مداخله، منجر به افزایش اثربخشی می‌شود و هم‌زمان با آن، کسب مهارت‌های جدید نیز با سرعت بیشتری صورت می‌پذیرد.

یافته‌های این پژوهش از آن جهت که توانست رویکرد جدیدی در زمینه آموزش به کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم را عملی کند، اهمیت دارد. علاوه بر این، استفاده از ابزاری ساختاری و معتبر به‌منظور اندازه‌گیری متغیر وابسته و ادامه یافتن مهارت آموخته‌شده در جلسات پیگیری از جمله ویژگی‌های این پژوهش است. به‌طور کلی، نتایج این پژوهش سبب می‌شود با شناسایی آسیب در زمینه توجه اشتراکی در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، زمینه توجه به مداخلات آموزشی و توان‌بخشی زود هنگام فراهم شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت سنی، مشکل روش نمونه‌گیری، تعداد محدود افراد گروه نمونه و... اشاره کرد؛ بنابراین، در تفسیر و تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود که در کنار دیگر روش‌های آموزشی و توان‌بخشی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، آموزش توجه اشتراکی نیز به‌کاربرده شود. علاوه بر این، می‌توان از یافته‌های این پژوهش در مراکز مشاوره و توان‌بخشی استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

در پایان از مسئولان مرکز اوتیسم اردیبهشت و کلیه خانواده‌هایی که با صبر و بردباری، ما را در اجرای بهتر این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

- [15] Mundy P. Joint attention and social-emotional approach behavior in children with autism. *Development and Psychopathology*. 1995; 7(01):63-82.
- [16] Striano T, Chen X, Cleveland A, Bradshaw S. Joint attention social cues influence infant learning. *European Journal of Developmental Psychology*. 2006; 3(3):289-99.
- [17] Mundy P, Block J, Delgado C, Pomares Y, van Hecke AV, Parlade MV. Individual differences and the development of joint attention in infancy. *Child Development*. 2007; 78(3):938-54.
- [18] Alliston L. Principles and practices in Early Intervention: A literature review for the Ministry of Health. Wellington, New Zealand: Ministry of Health; 2007.
- [19] Schertz HH, Odom SL. Promoting joint attention in toddlers with autism: A parent-mediated developmental model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007; 37(8):1562-75.
- [20] Schertz HH, Odom SL, Baggett KM, Sideris JH. Effects of Joint Attention Mediated Learning for toddlers with autism spectrum disorders: An initial randomized controlled study. *Early Childhood Research Quarterly*. 2013; 28(2):249-58.
- [21] Ruble LA, Akshoomoff N. Autism spectrum disorders: Intervention options for parents and educators. *Communiqué Handout*. 2010; 38(5):1-6.
- [22] Sandall S, McLean ME, Smith BJ. DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education. Longmont, Co: Sopris West; 2000.
- [23] Vo A. Joint Attention Interventions for Young Children with Autism Spectrum Disorders: Caregiver and Child Actions and Transactions [PhD Thesis]. Virginia, USA: Virginia Commonwealth University Press; 2011.
- [24] Schulz RA. Joint Attention Intervention with Assisting Parent Mediated Techniques to Increase a Toddler with Autism Spectrum Disorders' Use of Joint Attention: A Single Case Study [MA Thesis]. Mankato, United States: Minnesota State University; 2015.
- [25] Gilliam JE. Gilliam Autism Rating Scale: Examiner's Manual. Austin, TX: Pro-Ed; 1995.
- [26] Ahmadi S, Safari T, Hemmatian M, Khalili Z. [The psychometric properties of Gilliam autism rating scale (Persian)]. *Researches of Cognitive and Behavioral Science*. 2011; 1(1):87-104.
- [27] Mundy P, Delgado C, Block J, Venezia M, Hogan A, Seibert J. Early social communication scales (ESCS). Coral Gables, Florida: University of Miami; 2003.
- [28] Laing E, Laing E, Longhi A. Atypical development of language and social communication in toddlers with Williams syndrome. *Developmental Science*. 2002; 5(2):233-46.
- [29] Asghari Nekah SM, Afrooz GA, Bazargan A, Shokoohi Yekta M. [The effect of puppet play therapy intervention on communicative skills of autistic children (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(1):42-57.
- [30] Dawson G, Meltzoff AN, Osterling J, Rinaldi J, Brown E. Children with autism fail to orient to naturally occurring social stimuli. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1998; 28(6):479-85.
- [31] Whalen C, Schreibman L, Ingersoll B. The collateral effects of joint attention training on social initiations, positive affect, imitation, and spontaneous speech for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006; 36(5):655-64.
- [32] Whalen C, Schreibman L. Joint attention training for children with autism using behavior modification procedures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 44(3):456-68.
- [33] Gast DL, Ledford JR. Single-subject research methodology in behavioral sciences. New York: Routledge Press; 2009.
- [34] Jones EA, Carr EG, Feeley KM. Multiple effects of joint attention intervention for children with autism. *Behavior Modification*. 2006; 30(6):782-834.
- [35] Jones EA, Carr EG. Joint Attention in Children with Autism Theory and Intervention. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2004; 19(1):13-26.
- [36] Koegel RL, Koegel LK. The PRT Pocket Guide: Pivotal Response Treatment for Autism Spectrum Disorders. Baltimore: Brookes Publishing Company; 2012.
- [37] Meins E, Fernyhough C, Arnott B, Vittorini L, Turner M, Leekam SR, et al. Individual differences in infants' joint attention behaviors with mother and a new social partner. *Infancy*. 2011; 16(6):587-610.
- [38] Nefdt N, Koegel R, Singer G, Gerber M. 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*. 2010; 12(1):23-32.