

اثربخشی آموزش مهارت‌های خودیاری بر تعاملات اجتماعی و ارتباط کودکان اختلالات طیف اتیسم

معصومه واحد مطلق^۱

سودابه عضدالملکی^۲

چکیده: هدف از این پژوهش اثربخشی آموزش مهارت‌های خودیاری بر تعاملات اجتماعی و ارتباط کودکان با اختلالات طیف اتیسم بود. **روش:** جامعه‌ی مورد مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان پسر ۶ تا ۱۰ ساله شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بوده‌اند، که از بین آنها با بهره‌گیری از نمونه در دسترس در مدرسه استثنایی بشارت تعداد ۲۸ نفر انتخاب شدند. این تعداد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۴ نفری آزمایش و گواه جایگزین شده‌اند و با استفاده از مقیاس گارس (نسخه دوم) هر دو گروه مورد ارزیابی (پیش‌آزمون) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش با استناد به محتوای آموزشی مدون سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور و استفاده از روش ترکیبی (تحلیل رفتار کاربردی، آموزش دارای ساخت، استفاده از تصویر برای برقراری ارتباط و یکپارچگی حسی) و در سه حیطة غذاخوردن، لباس پوشیدن و بهداشت فردی تحت آموزش مهارت‌های خودیاری به مدت شش ماه و هر هفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت آموزش مهارت‌های خودیاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تی و تحلیل کوواریانس) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های خودیاری موجب بهبود تعاملات اجتماعی و ارتباط کودکان با اختلال طیف اتیسم بوده است.

کلیدواژه‌ها: اتیسم، ارتباط، تعاملات اجتماعی، مهارت‌های خودیاری

مقدمه:

(۲۰۱۰). اختلال در تعامل اجتماعی به عنوان یکی از نقایص مرکزی کودکان طیف اتیسم شناخته شده است (وایت^۵ و همکاران ۲۰۰۷). اختلال در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی شناخته‌شده‌ترین و پایدارترین ویژگی اختلال اتیسم است (بدلی - بران^۶ و همکاران، ۲۰۰۶). نقص در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی در سنین بسیار پایین و حتی قبل از یک سالگی پدیدار می‌شوند. مطالعات تطبیقی نشان می‌دهند که نوزادان مبتلا به اختلال اتیسم، در سن دوازده ماهگی از جهت برخی جنبه‌ها مثل ارتباط با نگاه، تعقیب با نگاه، واکنش به صدا کردن نام خود و لبخند اجتماعی^۷ با همسالان عادی قابل تمایز هستند (لی^۸ و

اتیسم نوعی اختلال رشدی است که با نقص در ارتباطات و تعاملات اجتماعی مشخص می‌شود. افراد با اختلال اتیسم قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی و مهارت‌های تجربی نیستند و علائم این اختلال تا پیش از سه سالگی بروز می‌کند (راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم ۲۰۱۳)^۳. افراد با اختلال اتیسم در ایفای نقش‌های اجتماعی و مهارت‌های تجربی توانایی لازم را نداشته و در تجربیات ارتباطی قادر به استفاده از ابزارهای کلامی و اشکال غیرکلامی نیستند (خان^۴،

^۱ کارشناس ارشد برنامه ریزی درسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

^۲ دکتری روانشناسی کودکان استثنایی و استادیار دانشگاه آزاد واحد جنوب

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۵/۴/۱۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۵/۱۸

^۳ The fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual of mental illness (DSM IV)

^۴ Khan, T. M.

^۵ White, S. W., Keonig, K. & Scahill, L.

^۶ Beadle-Brown

^۷ Social smiling

^۸ Lee

فردی و مهارت‌های استفاده از توالیت تعیین می‌کنند (ترابی، ۱۳۸۰). از مهمترین هدف‌های آموزش و پرورش کودکان اتیسم ایجاد سازگاری اجتماعی، برقراری ارتباط مفید و موثر با دیگران و پذیرش مسئولیت اجتماعی و مهارت‌های خودیاری است (کارلسون^۶، ۲۰۰۵). ضمن این‌که کودکان مبتلا به اتیسم در زمینه ارتباط کلامی و غیرکلامی، رفتارهای اجتماعی و بازی دارای مشکل می‌باشند (آن^۷ و همکاران، ۲۰۰۸) و نیز کاملاً مشهود است که برقراری ارتباط با دیگران کودک را قادر می‌سازد تا تعاملات اجتماعی خودش را آغاز کند. کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم فاقد توانایی برقراری ارتباط هدفمند هستند و این نقص به عنوان یکی از بارزترین ویژگی‌های این اختلال در نظر گرفته می‌شود (صمدی و مک کانکی^۸، ۱۳۹۰). مهارت‌های خودیاری زیر مجموعه‌ای از یک مجموعه بزرگ‌تر به نام مهارت‌های زندگی است که گاهی اوقات به نام فعالیت روزانه زندگی نامگذاری می‌شوند؛ به‌طور خاص اصطلاح "خودیاری" به معنای انجام مستقل رفتارهای زیر است:

- تغذیه/خوردن و نوشیدن: این مهارت‌ها شامل استفاده درست از ظروف، نوشیدن بدون ریختن، خوردن انواع مواد غذایی، رفتار مناسب به هنگام غذا خوردن و قبل و بعد از آن طبق روال معمول.

- نظافت: این مهارت شامل مسواک زدن، مرتب کردن مو و فعالیت‌های تکمیلی مانند (انتخاب لباس مناسب و مرتب کردن سر و وضع بدون کمک دیگران)

- بهداشت شخصی: شامل مهارت‌هایی مانند حمام کردن، شستن دندان‌ها و موها و استفاده از خوش بوکننده‌ها

- توالیت رفتن: شامل مهارت‌های مربوط به دستشویی رفتن مانند درآوردن لباس، نظافت خود، مرتب کردن لباس پس از توالیت

این مهارت‌ها که مهارت‌های اولیه در ده سال ابتدایی زندگی هر انسان است پایه و اساس بقیه مهارت‌های زندگی را تشکیل می‌دهند (ادموندسون^۹ و دورکی، ۲۰۱۳). پژوهشگران تدوین برنامه‌های آموزشی و توانبخشی جامع برای کودکان اتیسم و والدین آن‌ها را امری ضروری و انکارناپذیر دانستند و

همکاران^{۲۰۰۷} به نقل از رضایی، (۱۳۹۳). نقص در تعامل اجتماعی، نقطه تمایز کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم با کودکان مبتلا به دیگر اختلال‌های رشدی است و در تشخیص‌های افتراقی بر مبنای راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی، غالباً بر این وجه بیشتر تأکید شده است. این ناتوانی در درک پیام‌های اجتماعی منجر به محدودیت عمیق شناختی- اجتماعی در زندگی آن‌ها می‌شود. تحقیقات متعددی از جمله تاین^۱ (۲۰۰۸) نقص در تعاملات اجتماعی را ناشی از نقص ذهنی یا نقص شناختی می‌دانند که در فرایند تحول نظام عصبی مغز ایجاد شده است. برخی از کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم از لحاظ اجتماعی منزوی هستند و به ندرت آغازگر گفتگو هستند. اکثر آن‌ها باید یاد بگیرند که چگونه وارد گفتگو شوند و از آن جایی که قواعد نانوشته را نمی‌فهمند برای آن‌ها کار دشواری است. به دلیل این‌که مهارت‌های گوش کردن و توجه کردن آن‌ها ضعیف است نمی‌توانند گفتگو را گسترش دهند. پاسخ‌های کودک ممکن است نسبت به گفتگویی که در پیش‌رو دارد بی‌ربط و نامناسب باشد (کاکاوند، ۱۳۸۸). اختلال در ارتباط و تعاملات اجتماعی یک شاخص مهم در اختلالات طیف اتیسم است و یک عامل طولانی‌مدت می‌باشد؛ بنابراین دامنه علائم نشان دهنده این است که برطرف نمودن این مشکلات یک هدف درمانی حیاتی است و به همین منظور شناسایی و ارزیابی و اقدامات لازم در این زمینه مورد توجه قرار دارد (آناگنوستو^۲ و همکاران، ۲۰۱۴).

تعداد مدارس دولتی ویژه کودکان اختلالات طیف اتیسم در دو دهه اخیر افزایش یافته است و این نشان می‌دهد که روش‌های آموزشی و مداخلات رفتاری جدیدتر و موثرتر به شدت مورد نیاز است (چان^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به این‌که گاهی اوقات والدین و معلمان کودکان مبتلا به اتیسم ممکن است توجه بیشتری بر آموزش مهارت‌های تحصیلی داشته باشند لازم می‌دانند که بر مدیریت رفتار و پیش از آن روی مهارت‌های خودیاری و زندگی روزانه تمرکز کنند. ساریس^۴ (۲۰۱۴) مهارت‌های خودیاری جزئی از مهارت‌های اجتماعی^۵ هستند. مهارت‌های خودیاری انفرادی می‌باشند و نیازهای کودک را در زمینه غذا خوردن، لباس پوشیدن، بهداشت

⁵ Social skills

⁶ Carlson

⁷ Anan et all

⁸Samadi & Mc Conky.

⁹ Edmondson, R. Durkee, A.

¹ Tine

² Anagnostou, E., Jones, N., Huerta, M., Halladay, A. K., Wang, P. Scahill, L., Horrigan, J. P., Kasari, C., Lord, C., & Dawson, G.

³ Chan, G. F., O'Reilly, M. F., Lang, R. B., Bouton, E. A., White, P. G., Pierce, N., Baker, S

⁴ Sarris, M.

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های خودیاری بر ارتباط اختلالات طیف اتیسم تأثیر دارد.
فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های خودیاری بر تعامل اجتماعی اختلالات طیف اتیسم تأثیر دارد.

روش تحقیق:

به لحاظ روش شناسی، پژوهش حاضر از نوع کاربردی است که به صورت شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کودکان پسر مبتلا به اختلال طیف اتیسم سنین ۶ تا ۱۰ سال می‌باشد که توسط سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور تشخیص اتیسم گرفته‌اند و در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ در مدارس استثنایی شهر تهران مشغول به تحصیل می‌باشند. روش نمونه‌گیری دردسترس بوده و پژوهش بر روی تمامی نمونه‌هایی که در فاصله زمانی سال تحصیلی ۹۴-۹۳ در مدرسه استثنایی بشارت یافت شدند و معیارهای ورود به مطالعه را که در زیر ذکر می‌شود را داشتند، صورت پذیرفت. الف) قرار داشتن در طیف اختلالات اتیسم؛ اتیسم بودن تمامی کودکان مورد مطالعه در بدو ورود به دبستان، توسط مصاحبه تشخیص اتیسم- تجدیدنظرشده^۴ و گزارش ارزشیابی روان‌پزشک تأیید شده بود. ب) قرار داشتن در رده سنی ۶ تا ۱۰ سال؛ تاریخ تولد تمامی کودکان با بررسی پرونده‌های رسمی و شناسنامه‌ای بین ۸۳/۷/۱ تا ۸۷/۷/۱ بوده است. ج) آگاهی والدین؛ والدین کودکان اجازه‌نامه کتبی شرکت کودکان در این تحقیق را تکمیل نموده‌اند. د) عدم نقص همراه: کودکان مورد مطالعه ناتوانی جسمی دیگری مانند نابینایی، ناشنوایی، آسیب جسمی- حرکتی و... را به همراه اختلال اتیسم نداشته‌اند. با توجه به تمامی نکات بالا تعداد ۲۸ کودک انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه ۱۴ نفری، آزمایش و گواه به تفکیک قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش:

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس رتبه‌بندی اتیسم گیلیام- ویرایش دوم^۵ که یک

بیان داشتند که باید چهار مقوله آشنایی با مسائل خودیاری، بازی، مشکلات شناختی و ذهنی کودک و همچنین آموزش مهارت‌های ارتباط در اولویت رسیدگی قرار گیرد (اصغری نکاح و باقری‌نژاد، ۱۳۹۲). نتایج پژوهش‌ها ضرورت آموزش مهارت‌های خودیاری کودکان را به والدین و مربیان برجسته ساخت و اهمیت برنامه‌های مداخله زود هنگام برای دستیابی کودکان به نخستین مهارت‌ها را مطرح ساخت (ترابی میلانی، ۱۳۹۱). کالاهان، شوکلا، سندی (۲۰۱۰) در مقایسه الگوی تحلیل رفتار کاربردی و روش درمانی آموزش نشان دادند که هیچ‌کدام از این رویکردها به‌تنهایی نمی‌توانند تمامی نیازهای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم را در حیطه تعاملات اجتماعی و ارتباطی برآورده سازند. می‌یر^۱ و کلیمان (۲۰۱۰) از نظر مادران مهم‌ترین مشکلات کودکان اتیسم، مسائل مربوط به مهارت‌های خودیاری و ارتباطی است. نتایج سایر نیازسنجی‌های والدین کودکان اتیسم نیز بر آموزش در زمینه مهارت‌های خودیاری و ارتباطی تأکید می‌کند. همچنین زمینه‌یابی اینترنتی نشان داد که والدین این کودکان اتیسم آموزش مهارت‌های خودیاری به کودکان اتیسم را به عنوان مهم‌ترین نیاز ذکر کرده‌اند. برآوردهای هزینه‌ای لزوم اجرای مداخلات زود هنگام برای کاهش علائم اتیسم و آموزش‌های لازم برای یک زندگی مستقل بدون حمایت از جمله آموزش مهارت‌های خودیاری را بارز می‌سازد (گزارش جهانی^۲، ۲۰۱۵). با توجه به آن چه گفته شد ارائه روش‌هایی که به افراد اتیستیک کمک کند تا موقعیت‌های اجتماعی را به خوبی پیش‌بینی و درک کند و به دنبال آن رفتارهای مناسب‌تری را انجام دهند، ضروری به نظر می‌رسد (رضایی، ۱۳۹۳)؛ بنابراین باید تمرکز مدارس، قبل از برنامه‌های عادی و دانشی بر آموزش مهارت‌های خودیاری باشد. آموزش مهارت‌های خودیاری باید بر برنامه آموزشی و پرورشی فرد اتیسم اضافه شود و به‌طور خلاصه کسب مهارت-های خودیاری برای کودکان اتیسم امری حیاتی است. تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که کودکان اتیسم کسری قابل توجهی در این زمینه حتی در بزرگسالی، کیفیت زندگی، جامعه و کار نشان می‌دهند (اندرسون^۳، ۲۰۱۰).
بر اساس شواهد مذکور پژوهش مذکور با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های خودیاری بر تعاملات اجتماعی و ارتباط کودکان با اختلال طیف اتیسم صورت گرفته است. در همین راستا دو فرضیه مطرح می‌شود.

^۴ Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

^۵ Gilliam Autism Rating Scale second Edita (GARS-SE)

^۱ - Meier, L . J . , & Kleiman, M .

^۲ U. S. News & World Reporter

^۳ Anderson, S . R .

- خرده مقیاس رفتارهای کلیشه‌ای برای کودکان آمریکایی ۰/۹۰ و برای کودکان ایرانی ۰/۸۴
 - خرده مقیاس ارتباط ۰/۸۹ برای کودکان آمریکایی و ۰/۸۷ برای کودکان آزمایش شده ایرانی
 - در خرده مقیاس تعامل اجتماعی ۰/۹۳ برای کودکان آمریکایی و ۰/۸۸ برای کودکان مورد مطالعه‌ی ایرانی به دست آمده است.
 - آلفای کرانباخ کل آزمون (گارس ۲) ۰/۹۵ به دست آمده است.

گارس تنها آزمونی است که نه تنها پایایی روش تست-باز تست^۲ را گزارش کرده است بلکه مهم‌تر پایایی بین نمره گذاران را نیز دارد. روایی تست نیز از طریق مقایسه با تست‌های مختلف تأیید شده است.

شیوه‌ی اجرای پژوهش:

به منظور اجرای آزمایش گروه نمونه به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) تقسیم شدند. مقیاس گارس (۲) به عنوان پیش‌آزمون در مورد هر دو گروه توسط معلمان کودکان اتیسم اجرا شد. سپس برنامه‌ی مداخله‌ای (آموزش مهارت‌های خودیاری) روی گروه آزمایش به مدت شش ماه و هر هفته یک روز انجام گرفت. زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه و شیوه آموزش به صورت ترکیبی (تحلیل رفتار کاربردی، آموزش دارای ساخت، استفاده از تصویر برای برقراری ارتباط و یکپارچگی حسی) و در سه حیطة غذا خوردن، لباس پوشیدن و بهداشت فردی بوده است. محتوای آموزشی پژوهش حاضر دخترچه آزمون مدون سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور (معاونت برنامه‌ریزی آموزشی و توانبخشی ۱۳۹۲) می‌باشد.

ابزار هنجار- مرجع^۱ برای تشخیص و رتبه‌دهی شدت اختلال در افراد مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم و مورد تأیید انجمن روانپزشکی آمریکا است، استفاده شده است. آزمون گارس برای اشخاص ۳ تا ۲۲ ساله مناسب است و بر پایه مشاهده مستقیم و مصاحبه با پدر و مادر و معلمان کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم تکمیل و به‌طور گسترده در برنامه‌های آموزشی و پژوهشی به کار برده می‌شود. از مراقبان یا معلمان کودک درخواست می‌شود رفتارهای کودک را بر پایه فراوانی بروز آن‌ها، در یک محدوده زمانی شش ساعته، روی یک مقیاس رتبه بندی چهار ارزشی از صفر (مشاهده نکردن رفتار مورد نظر) تا سه (مشاهده مکرر رفتار مورد نظر) رتبه‌بندی کنند. این ابزار یک نمره کلی ارائه می‌کنند که شاخص اتیسم نام دارد. هرچه نمره‌ی کلی و نمره خرده مقیاس‌ها بالاتر باشد، نقایص و مشکلات آزمودنی بیشتر است (ریملند و ارسبن، ۲۰۰۵). در این مقیاس عدد "۰" نمایانگر عدم دشواری و آخرین پاسخ "۳" نشان‌دهنده بالاترین مشکل در رفتارهای کلیشه‌ای، تعامل اجتماعی و ارتباط است. این مقیاس توسط گیلیام در سال ۱۹۹۰ تهیه شده است. نخستین نسخه این مقیاس در سال ۱۹۹۵ تدوین گردید و دومین نسخه آن بر اساس پذیرفته‌شده‌ترین تعریف از اختلالات طیف اتیسم و با استفاده از یک نمونه ۱۱۷۰ نفری با دامنه سنی ۳ تا ۲۲ سال از ۴۸ ایالت مختلف تدوین گردید. پایایی گارس (۲) در دامنه قابل پذیرش پذیرفته شده است. مطالعات انجام شده نمایانگر ضریب پایایی به روش آلفای کرانباخ نشان داد که گارس (۲) برای سه خرده مقیاس رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط، تعامل اجتماعی به شرح زیر می‌باشد:

هدف‌های رفتاری در آموزش مهارت‌های خودیاری به تفکیک سه حیطة به شرح زیر می‌باشد:

جدول شماره ۱: هدف‌های رفتاری

هدف‌های رفتاری حیطة غذا خوردن

- (۱) با قاشق و چنگالی که در دست دارد غذا می‌خورد
- (۲) به اندازه کافی غذا در دهانش می‌ریزد
- (۳) با دهان پر صحبت نمی‌کند
- (۴) با نی مایعات را می‌نوشد
- (۵) تا پایان غذا خوردن روی صندلی خود می‌نشیند
- (۶) به غذای دیگران دست نمی‌زند

^۲ Test-re-test

^۱ norm-referenced

- (۷) قبل و بعد از غذا دست هایش را می‌شوید
- (۸) لقمه‌های کوچک برمی‌دارد
- (۹) آرام غذایش را می‌جود
- (۱۰) از لیوانی که با یک دست نگه داشته است مایعات را می‌نوشد
- (۱۱) بعد از صرف غذا وسایل غذاخوری را جمع می‌کند

هدف‌های رفتاری حیطه لباس پوشیدن

- (۱) جلوی لباس را نشان می‌دهد
- (۲) کفش هر یک از پاها را نشان می‌دهد
- (۳) زیپ را باز و بسته می‌کند
- (۴) بلوز جلو بسته خود را در می‌آورد
- (۵) بلوز جلو بسته خود را می‌پوشد
- (۶) شلوار خود را در می‌آورد
- (۷) شلوار خود را می‌پوشد
- (۸) جوراب خود را در می‌آورد
- (۹) جوراب خود را می‌پوشد
- (۱۰) کفش خود را در می‌آورد
- (۱۱) کفش خود را می‌پوشد
- (۱۲) کلاه می‌پوشد
- (۱۳) دستکش را می‌پوشد و در می‌آورد

هدف‌های رفتاری حیطه بهداشت فردی

- (۱) هنگام نیاز به دفع ادرار اطلاع می‌دهد
- (۲) هنگام نیاز به دفع مدفوع اطلاع می‌دهد
- (۳) هنگام دفع ادرار و مدفوع لباس خود را پایین می‌کشد
- (۴) پس از دفع ادرار و مدفوع خود را می‌شوید
- (۵) پس از دفع ادرار و مدفوع لباس خود را بالا می‌کشد
- (۶) پس از توالت دست‌ها را با آب و صابون می‌شوید
- (۷) پس از شستن دست‌ها آن‌ها را با حوله خشک می‌کند
- (۸) در موقع لزوم از دستمال برای تمیز کردن دست و صورت استفاده می‌کند
- (۹) با استفاده از صابون دست هایش را (با حرکت چرخشی) می‌شوید
- (۱۰) با استفاده از دستمال بینی خود را تمیز می‌کند

یافته‌های پژوهش:

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارتوصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، نمودار و . . .) استفاده شد و جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی (آزمون تی و تحلیل کوواریانس) استفاده شد.

آمار توصیفی در آمار توصیفی از میانگین، نمونه و انحراف معیار استفاده شده است. آماره‌های خلاصه مربوط به متغیر ارتباط به شرح زیر است:

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های خودیاری بر ارتباط کودکان با اختلال طیف اتیسم اثر داشته است.

جدول شماره ۲: آماره های توصیفی ارتباط آمار توصیفی

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی		
آماره	آماره	آماره	آماره	آماره	خطای استاندارد	خطای استاندارد
۲۸	۱۹,۱۸	۷,۷۸۹	-۰,۰۶۵	-۰,۶۷۳	۰,۸۵۸	۰,۸۵۸
۲۸	۱۳,۴۶	۶,۲۶۳	-۰,۰۶۸	-۰,۹۸۲	۰,۸۵۸	۰,۸۵۸
۲۸	تعداد نمونه معتبر					

نتایج بدست آمده از آزمون t برای متغیر ارتباط به شرح زیر می باشد:

جدول شماره ۳: آزمون t تست نمونه های زوج

سطح معنی- داری (دوطرفه)	df	t	فاصله اطمینان ۹۵%		خطای میانگین استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	حدود پیش آزمون و پس آزمون	
			حد پایین	حد بالا				پیش آزمون	نمونه ۱ و پس آزمون ازتباط
۰,۰۰۰	۲۷	۴,۱۴۲	۸,۵۱۸	۲,۹۱۰	۱,۳۶۷	۷,۲۳۱	۵,۷۱۴	پیش آزمون	نمونه ۱ و پس آزمون ازتباط

همبستگی متغیر هم پراش و مستقل رعایت شده است. خط چهارم خروجی اصلی تحلیل کوواریانس است. مقدار F تاثیر متغیر مستقل (گروه) ۲۲,۳۶۱ است و معنادار است؛ یعنی پس از خارج کردن تاثیر پیش آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه صفر معنادار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش آزمون رد می شود.

همان طور که از جدول بالا مشخص است مقدار آماره آزمون ۴,۱۸۲ و سطح معنی داری ۰,۰۰۰ که از سطح معنی داری ۰,۰۵ پایین تر است؛ بنابراین فرض صفر رد شده و میانگین اختلاف دو گروه معنی دار است. به بیان دیگر بین نمرات پیش - آزمون و پس آزمون در متغیر ارتباط تفاوت معنی داری وجود دارد. مقدار F تاثیر متغیر هم پراش یا کوواریانس را نشان می دهد. (۳۸,۳۰۵) این مقدار F معنادار است چون احتمال آن از سطح معنادار ۰,۰۵ کوچک تر است. حال می توان گفت که پیش فرض

جدول شماره ۴: آزمون بین تأثیرات گروه‌ها

متغیر وابسته - ارتباط

منبع	مجموع مربعات نوع ۳	df	مجموع میانگین	F	سطح معنی‌داری
همبستگی مدل	۲۶۳۳,۰۷۷	۲,۰۰	۳۱۶,۵۴	۱۸,۵۸	۰,۰۰
متغیر مزاحم	۱۷,۴۳	۱,۰۰	۱۷,۴۳	۱,۰۲	۰,۳۲
پیش‌آزمون ارتباط	۴۸۲,۱۸	۱,۰۰	۴۸۲,۱۸	۲۸,۳۱	۰,۰۰
گروه	۳۸۰,۹۴	۱,۰۰	۳۸۰,۹۴	۲۲,۳۶	۰,۰۰
خطا	۴۲۵,۸۹	۲۵,۰۰	۱۷,۰۴		
مجموع	۶۱۳۵,۰۰	۲۸,۰۰			
همبستگی کلی	۱۰۵۸,۹۶	۲۷,۰۰			

(۲۲. $f=361$ و سطح معناداری صفر) می‌باشد. شواهد فوق نشان‌دهنده آن است آموزش مهارت‌های خودیاری بر ارتباط اختلالات طیف اتیسم اثر داشته و فرضیه اول پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

از زاویه تحلیل استنباطی، با توجه به نتایج آزمون تی و تحلیل کوواریانس و اطلاعات جدول تأثیر آموزش مهارت‌های خودیاری بر خرده مقیاس تعاملات اجتماعی از نظر آماری معنادار می‌باشد. بدین ترتیب که با توجه به $t(182) = 4$ و سطح معناداری صفر) و با توجه به آزمون تحلیل کوواریانس

فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های خودیاری بر تعامل اجتماعی کودکان با اختلال طیف اتیسم اثر داشته است.

جدول شماره ۵: آمار توصیفی

تعداد	میانگین	انحراف استاندارد		چولگی		کشیدگی
		آماره	آماره	خطای استاندارد	خطای استاندارد	
۲۸,۰۰	۱۹,۷۱	۸,۴۹	۰,۰۱-	۰,۴۴	۱,۰۸-	۰,۸۶
۲۸,۰۰	۱۴,۰۴	۶,۷۰	۰,۵۰	۰,۴۴	۰,۴۰-	۰,۸۶
۲۸,۰۰						

تعداد نمونه معتبر ۲۸,۰۰

چون مقدار چولگی و کشیدگی برای متغیر تعاملات اجتماعی در بازه $(-2. +2)$ قرار دارد پس احتمالاً توزیع نرمال دارند. نتایج بدست آمده از آزمون t برای متغیر تعاملات اجتماعی به شرح زیر می‌باشد:

جدول شماره ۶: تست نمونه‌های زوج

سطح معنی‌داری (دوطرفه)	df	t	فاصله اطمینان ۹۵%		خطای میانگین استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	پیش‌آزمون و پس- آزمون تعاملات اجتماعی
			حد پایین	حد بالا				
۰,۰۰	۲۷,۰۰	۴,۳۶	۸,۳۵	۳,۰۱	۱,۳۰	۶,۸۹	۵,۶۸	نمونه ۱

همبستگی متغیر هم‌پراش و مستقل رعایت شده است. خط چهارم خروجی اصلی تحلیل کوواریانس است. مقدار F تاثیر متغیر مستقل (گروه) ۱۸,۲۶۲ است و معنادار است؛ یعنی پس از خارج کردن تاثیر پیش‌آزمون اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرضیه صفر معنادار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. اگر F متغیر مستقل معنادار نباشد می‌توان ادعا کرد که پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون یا متغیر کوواریانس اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه مشاهده نشده است.

همان‌طور که از جدول بالا مشخص است مقدار آماره آزمون ۴,۳۶۱ و سطح معنی‌داری ۰,۰۰۰ که از سطح معنی‌داری ۰,۰۵ پایین‌تر است؛ بنابراین فرض صفر رد شده و میانگین اختلاف دو گروه معنی‌دار است. به بیان دیگر بین نمرات پیش-آزمون و پس‌آزمون در متغیر تعاملات اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بدست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر تعاملات اجتماعی به شرح زیر می‌باشد:

مقدار F تاثیر متغیر هم‌پراش یا کوواریانس را نشان می‌دهد (۳۵,۳۸۵) این مقدار F معنادار است چون احتمال آن از سطح معنادار ۰,۰۵ کوچک‌تر است. حال می‌توان گفت که پیش‌فرض

جدول شماره ۷: آزمون بین تأثیرات گروه‌ها متغیر وابسته – تعامل

منبع	مجموع مربعات نوع ۳	df	مجموع میانگین	F	سطح معنی داری
همبستگی مدل	۵۷۷۲,۰۹۰	۲,۰۰	۳۸۶,۰۵	۲۱,۹۹	۰,۰۰
متغیر مزاحم	۲۶,۴۹	۱,۰۰	۲۶,۴۹	۱,۵۱	۰,۲۳
پیش‌آزمون ارتباط	۶۲۱,۲۰	۱,۰۰	۶۲۱,۲۰	۳۵,۳۹	۰,۰۰
گروه	۳۲۰,۵۸	۱,۰۰	۳۲۰,۵۸	۱۸,۲۶	۰,۰۰
خطا	۴۳۸,۸۷	۲۵,۰۰	۱۷,۵۶		
مجموع	۶۷۲۷,۰۰	۲۸,۰۰			
همبستگی کلی	۱۲۱۰,۹۶	۲۷,۰۰			

صفر) و با توجه به آزمون تحلیل کوواریانس ($F = ۲۶۲.۱۸$) و سطح معناداری صفر) می‌باشد. شواهد فوق، نشان‌دهنده آن است که آموزش مهارت‌های خودیاری بر تعاملات اجتماعی اختلالات طیف اتیسم تأثیر دارد و فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

از زاویه تحلیل توصیفی نتایج جداول حاکی از آن است که در نمرات تعاملات اجتماعی گروه آزمایش در دو مرحله پیش و پس از آموزش مهارت‌های خودیاری متفاوت است. به نحوی که میانگین نمرات تعاملات اجتماعی آزمودنی‌ها در مقایسه با گروه کنترل به وضوح کاهش پیدا کرده است. از زاویه تحلیل استنباطی، براساس نتایج آزمون تی و تحلیل کوواریانس و اطلاعات جدول تأثیر آموزش مهارت‌های خودیاری بر خرده مقیاس تعاملات اجتماعی از نظر آماری معنادار می‌باشد. بدین-ترتیب که با توجه به آزمون t (۴). $t = ۳۶۱$ و سطح معناداری

بحث و نتیجه گیری:

هدف از این پژوهش تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های خودیاری بر تعاملات اجتماعی و ارتباط کودکان پسر ۶-۱۰ ساله اختلالات طیف اتیسم بود. اثر آموزش مهارت‌های خودیاری به‌عنوان متغیر مستقل بر تعامل اجتماعی و ارتباط به‌عنوان متغیر وابسته بررسی شد. نتایج نشان داد که تعامل اجتماعی و ارتباط آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت تأثیر برنامه آموزشی مداخله‌ای بهبود یافته است و این بهبودی در یافته‌های حاصل معنادار بوده است.

در مقایسه تطبیقی نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش رضایی و حافظی (۱۳۹۰)، ترابی و گرمی زاده شیرازی (۱۳۹۳)، کالاهان، شوکلا، سندی (۲۰۱۰)، کوگل و کوگل (۲۰۰۶)، اندرسون (۲۰۱۰)، کاردون (۲۰۱۲)، اصغری نکاح و باقری نژاد (۱۳۹۲)، می‌یر و کلیمان (۲۰۱۰)، آراندرسون، جابلونسک، تومر، مادوس (۲۰۰۹) و سیهاک و همکاران (۲۰۱۲) هم‌سویی و هم‌خوانی داشته است. با توجه به این مطالب ضرورت آموزش مهارت‌های خودیاری کودکان را به والدین و مربیان برجسته ساخت و اهمیت برنامه‌های مداخله زود هنگام برای دستیابی کودکان به نخستین مهارت‌ها را مطرح ساخت (ترابی میلانی ۱۳۹۱). پژوهشگران پس از بررسی نتایج، تدوین برنامه‌های آموزشی و توانبخشی جامع برای کودکان اتیسم و والدین آن‌ها را امری ضروری و انکارناپذیر دانستند و بیان داشتند که باید چهار مقوله آشنایی با مسائل خودیاری، بازی، مشکلات شناختی و ذهنی کودک و همچنین آموزش مهارت‌های ارتباط در اولویت رسیدگی قرار گیرد (اصغری نکاح و باقری نژاد، ۱۳۹۲). با توجه به آنچه گفته شد ارائه روش‌هایی که به افراد اتیستیک کمک کند تا موقعیت‌های اجتماعی را به خوبی پیش‌بینی و درک کند و به دنبال آن رفتارهای مناسب‌تری را انجام دهند، ضروری به نظر می‌رسد. آموزش مهارت‌های خودیاری از طریق داستان‌های اجتماعی یکی از آن روش‌هایی است که در زمینه درک عوامل اجتماعی به کودک اتیسم کمک می‌نماید (رضایی، ۱۳۹۳). آراندرسون، جابلونسک، تومر، مادوس (۲۰۰۹) در کتاب مروری بر مهارت‌های خودیاری برای افراد مبتلا به اتیسم به روش سیستماتیک بیان داشته‌اند با آن که بیشتر برنامه‌های درسی منتشر شده و دستورالعمل‌های آموزش در حیطه مهارت‌های دانش متمرکز شده است. اما یادگیری مهارت‌های خودیاری نظیر غذا خوردن، لباس پوشیدن، توالی و بهداشت شخصی می‌تواند آن‌ها را برای رسیدن به استقلال کمک نماید. ضمن این که از نظر مادران مهم‌ترین مشکلات کودکان اتیسم، مسائل مربوط به مهارت‌های خودیاری و ارتباطی است و نتایج سایر نیازسنجی‌های والدین کودکان اتیسم نیز بر آموزش در زمینه مهارت‌های خودیاری و ارتباطی تأکید می‌کند. همچنین زمینه‌یابی اینترنتی نشان داد که والدین کودکان اتیسم آموزش مهارت‌های خودیاری به کودکان

اتیسم را به‌عنوان مهم‌ترین نیاز ذکر کرده‌اند (می‌یر و کلیمان، ۲۰۱۰).

این پژوهش به لحاظ زمانی و عدم سنجش پیگیری و نیز نمونه‌گیری از کودکان با جنسیت پسر دچار محدودیت بوده است. ضمن اینکه در کنترل سن و سطح اختلال طیف اتیسم نیز محدودیت داشته است. بر مبنای یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود مسئولین برنامه‌ریزی درسی برای کودکان اتیسم آموزش مهارت‌های اجتماعی و خودیاری را در برنامه‌های اصلی خود بگنجانند. همچنین باید به روش‌هایی که مهارت‌های ارتباطی این کودکان را بهبود می‌بخشد توجه بیشتر نمایند. ضمن اینکه توصیه می‌شود والدین کودکان اتیسم مداخله زود هنگام و آموزش مهارت‌های خودیاری را از سنین پایین‌تری آغاز نمایند تا روند بهبودی رشد اجتماعی در مدرسه به شکل تکمیلی ادامه یابد. آنچه بدیهی به نظر می‌رسد مشکلات ارتباطی و تعامل اجتماعی کودکان اتیسم در بزرگسالی است که با توجه به اثر آموزش مهارت‌های خودیاری و استقلال در این زمینه می‌توان به روند پیشرفت این کودکان امیدوار بود. از سوی دیگر به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود آموزش مهارت‌های خودیاری را بر روی نمونه‌های بیشتر و کودکان اتیسم دختر نیز بررسی نمایند تا قابلیت تعمیم بهتری برای پژوهش ارائه گردد؛ همچنین پیگیری گروه آزمایش و سنجش ثبات رفتارهای ایجاد شده نیز زمینه‌های یک طرح ارزشمند را فراهم می‌نماید.

منابع:

- اصغری نکاح، ا؛ باقری نژاد، م. (۱۳۹۲). بررسی نیازهای آموزشی و توانبخشی مادران کودکان اتیسم. پژوهش در علوم توانبخشی؛ ۹(۶): ۹۹۱-۱۰۰۵.
- ترابی میلانی، ف. (۱۳۹۱). تحول مهارت‌های خودیاری در کودکان خردسال. فصل نامه روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسان ایرانی؛ ۳(۳۲): ۳۵۵ - ۳۶۲.
- ترابی، ف؛ گرمی زاده شیرازی، ن. (۱۳۹۳). آشنایی با آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان دارای اختلالات طیف اتیسم از طریق الگوسازی ویدیویی. مجله تعلیم و تربیت استثنایی سال چهاردهم؛ شماره ۶. پیاپی (۱۲۶): ۴۵-۴۰.
- رضایی، س. (۱۳۹۳). *اختلال اتیسم: تبیین، ارزیابی، تشخیص و درمان*. تهران: نشر آوای نور.
- رضایی، ا؛ حافظی، ع. ر. (۱۳۹۰). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم توان ذهنی، اتیسم، نارسایی‌های یادگیری و عادی. مجله کودکان استثنایی؛ ۱۱(۴۲): ۳۷۴-۳۶۳.
- صمدی، س. ع؛ مک کانکی، ر. (۱۳۹۰). *اختلالات طیف اتیسم*. تهران: نشر دوران، ۲۳.
- صمدی، س. ع. (۱۳۹۲). *کودکان دارای اتیسم. راهنمای آموزش برای والدین و مربیان*. تهران: نشر دوران.

- intervention implemented by pre-service teachers for students with autism in general education settings. *Research in Autism Spectrum Disorders* 5, 715–721 .
- Edmondson, R., Durkee, A. (2013) Encyclopedia of Autism Spectrum Disorder. Poor. S. pp 2723-2730
- R. Anderson, S. Jablonski, A. L. , Thomeer, M. L. , Madause Knapp, V. (2009). A Review of Self – Help Skills for People with Autism: A Systematic Teaching Approach. *Behavior Analysis in Practice*, 2(1), 65-67.
- Meier, L. J. , & Kleiman, M. (2010). Northern Virginia area autism needs assessment . George Mason University . Available from: URL: <http://www.Poacnova>.
- Samadi, S. A. & McConkey, R. (2013). The utility of the Gilliam autism rating scale for identifying Iranian children with autism. *Disability and Rehabilitation An international, multidisciplinary journal*.
- Sarris, M. (2014). *Daily Living Skills: A Key to Independence for People with Autism*. Interactive Autism Network at Kennedy Krieger Institute .
- Unesco (2010). Reaching the marginalized: Education for all. *Scientific and Organization* .
- U. S. News & World Reporter. (2015).
- White, S. W. , Keonig, K. & Scahill, L. (2007) . Social skills development in children with autism. *Council for Exceptional Children*. 73, 264-287.
- White, S. W., Ollendick, T., Albano, A. M., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M. A., & Scahill, L. (2014). Randomized controlled trial: multimodal anxiety and social skills intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 382–394. doi:10.1007/s10803-012-1577-x.
- کاکاوند، ع. ر. (۱۳۸۸). روانشناسی مرضی کودک. تهران: انتشارات ویرایش
- معاونت برنامه ریزی آموزشی و توانبخشی. (۱۳۹۲). راهنمای معلم در ارزشیابی توصیفی ویژه معلمان دوره پیش دبستانی طیف اتیسم.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of* . Washington DC: Author.
- Anan, R. M. , Warner L. J. , Me Gillivary J. E. , Chong I. M. , Hines S. J. (2008). Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions*, 23, 165-180.
- Anagnostou E, Jones N, Huerta M, Halladay AK, Wang P, Scahill L, Horrigan JP, Kasari C, Lord C, Choi D, Sullivan K, Dawson G. (2015). Measuring social communication behaviors as a treatment endpoint in individuals with autism spectrum disorder. *Autism : the International Journal of Research and Practice*. 19: 622-36.
- Anderson, S. (2010) . Dressing for Success: How Self-Help Skills can Help Individuals with Autism. *The official newsletter of the Organization for Autism Research. (OAR)*
- Carlson, R. (2005) . Therapeutic use of story in therapy with children. *Guidance & Counseling*. 16, 92-100.
- Callahan, K. Shukla, M. Sandi, M. Wie, M. (2009). ABA Versus TEACCH: The case for Defining and Validating Comprehensive Treatment Models in Autism. *Autism Developmental Disorders*, 40(1), 74 - 88 .
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention (2014) .
- Chan, G. F. , O'Reilly, M. F. , Lang, R. B. , Boutot , E. A. , White, P. G. , Pierce, N. , Baker, S. (2011). Evaluation of a Social Stories