Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

آموزش توجه اشتراکی به کودکان با اختلال طیف اتیسم

ناهید وکیلی‌زاد* / **دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی/ دانشگاه اصفهان**

دکتر احمد عابدی/ دانشیار گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص/ دانشگاه اصفهان

چکیده

زمینه: توجه اشتراکی در سال‌های اخیر موردتوجه پژوهشگران و متخصصان اختلال طیف اتیسم قرارگرفته است و اشاره به مهارتی رشدی دارد که موجب اشتراک توجه یا پردازش پیام‌های دیگران می‌شود. نقص در رشد توجه اشتراکی، ویژه کودکان دارای اختلال طیف اتیسم است و یکی از نخستین نشانه‌های تشخیص اختلال طیف اتیسم در کودکان به شمار می‌رود. این آسیب پیش از یک‌سالگی یعنی حتی پیش از زمانی که بتوان تشخیص رسمی گذاشت، قابل‌مشاهده است. پژوهشگران همچنین معتقدند که ۲نوع توجه اشتراکی وجود دارد؛ نوع نخست با عنوان پاسخ به توجه اشتراکی و نوع دوم با عنوان شروع توجه اشتراکی شناخته می‌شود.

نتیجه‌گیری: در این مقاله، بعد از معرفی ویژگی‌های کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، به بررسی توجه اشتراکی و آموزش آن پرداخته می‌شود، سپس شواهد پژوهشی در این زمینه ارایه شده است.

واژه‌های کلیدی: کودکان، توجه اشتراکی، اختلال طیف اتیسم

مقدمه

اختلال طیف اتیسم[1] نوعی اختلال عصبی‌تحولی[2] است که براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[3] با ۲معیار کلی نقص در ارتباطات اجتماعی و تعاملات اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری، علایق یا فعالیت‌های محدودشده و تکراری معرفی شده است(۱). میزان شیوع این اختلال روزبه‌روز در حال افزایش است، به‌طوری‌که براساس آخرین گزارش‌ها، شیوع آن به یک در ۶۸ نفر رسیده است(۲). در ایران هم صمدی و مک‌کانکی(۳) طی پژوهشی میزان شیوع اختلال طیف اتیسم را در کودکان ایرانی ۹۵/۲ در ۱۰ هزار نفر گزارش کرده‌اند. با وجود این‌که در زمینه سبب‌شناسی اختلال طیف اتیسم اتفاق‌نظر وجود ندارد اما پژوهشگران نسبت‌به آسیب‌های روان‌شناختی این اختلال در کودکان آگاه هستند.

تعامل اجتماعی و ارتباطی

کودکان با اختلال طیف اتیسم در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مشکل دارند. آن‌ها نمی‌دانند که ارتباط چگونه برقرار می‌شود و چه اهمیتی دارد، همچنین اغلب در شروع و برقراری ارتباط متقابل مشکل‌دارند. بسیاری از آن‌ها نیز واجد مشکلات گفتاری هستند و ممکن است هیچ‌گاه در طول زندگی خود صحبت نکنند، یا در سخن‌گفتن تاخیر داشته باشند. برخی از این کودکان ممکن است از توانایی کلامی به نحو نادرست استفاده کنند، برای مثال هر کلمه یا جمله‌ای را که به آن‌ها گفته می‌شود، تکرار کرده (تکرار طوطی‌وار)، یا فقط از کلمات یکنواخت برای برقراری ارتباط استفاده می‌کنند. البته باید یادآور شد که مشکلات ارتباطی می‌توانند باعث بروز ناهنجاری‌های رفتاری شوند، برای مثال کودکی که قادر نیست نیاز خود را بیان کند ممکن است شروع به فریاد کشیدن یا خودآسیب‌زنی کند(۴).

1. Autism spectrum disorder
2. Neurodevelopmental Disorder
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5

* Email: nahid.v1991@gmail.com

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

رفتارها، علایق و فعالیت‌های محدودشده و تکراری

رفتارهای کودکان با اختلال طیف اتیسم، اغلب برای والدین و درمانگران مشکل‌آفرین و ناراحت‌کننده است. این رفتارها ممکن است نامناسب، تکراری، تهاجمی و خطرناک، همچنین شامل تکان‌دادن مکرر دست‌ها، حرکت مداوم انگشتان، تکان‌دادن بدن به جلو و عقب، گذاشتن اشیا در دهان یا کوبیدن سر به اشیای دیگر باشد. کودکان با اختلال طیف اتیسم ممکن است به رفتارهای خودآسیب‌زنی مانند آسیب‌زدن به چشم‌ها یا گازگرفتن دست‌های خود عادت داشته باشند، همچنین نسبت‌به درد و سوختگی هیچ‌گونه واکنشی نشان ندهند. گاهی نیز مشاهده شده است که برخی از این کودکان بدون دلیل به دیگران حمله کرده‌اند. دلایل بروز این رفتارها در کودکان با اختلال طیف اتیسم هنوز به‌طور دقیق مشخص نیست و بسیار پیچیده است(۴).

توجه اشتراکی در کودکان دارای رشد طبیعی

توجه اشتراکی در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران و متخصصان اختلال طیف اتیسم قرار گرفته است و اشاره به مهارتی رشدی دارد که موجب اشتراک توجه (از طریق ارتباط چشمی، تبادل نگاه، اشاره‌کردن و نشان‌دادن) یا پردازش پیام‌های دیگران می‌شود(۵). در این جریان، ۲نفر فعالانه توجه خود را معطوف یک شی، موقعیت یا رویداد می‌کنند(۶). برای مثال، یک کودک به مادرش نگاه خواهد کرد، سپس اسباب‌بازی‌اش را مشاهده کرده، بعد تلاش می‌کند. این فرآیند، نخستین‌بار بین کودک و فرد مراقبت‌کننده و سپس با سایر افراد اتفاق می‌افتد(۷). در کودکان دارای رشد طبیعی، توجه اشتراکی در سنین ۹ تا ۱۸ ماهگی به‌تدریج کامل می‌شود. کودکان در اواخر سال نخست زندگی با دنبال‌کردن جهت نگاه و اشاره بزرگسال و نگریستن به شی موردنظر، به توجه اشتراکی پاسخ می‌دهند. بین ۱۲ تا ۱۴ماهگی، بعد از دنبال‌کردن جهت اشاره و نگاه بزرگسال، با تغییردادن نگاه‌شان به سمت شی، سپس به سمت بزرگسال و دوباره به سمت شی، مشترک‌بودن کانون توجه‌شان را به نمایش می‌گذارند(۸).

انواع توجه اشتراکی

پژوهشگران همچنین معتقدند که ۲نوع توجه اشتراکی وجود دارد. نوع نخست با عنوان پاسخ به توجه اشتراکی شناخته می‌شود که عبارت است از توانایی کودک در دنبال کردن جهت نگاه، وضعیت سر یا سایر ژست‌های فرد دیگر، به‌نحوی‌که موضوع توجه او را دریابد. نوع دوم با عنوان شروع توجه اشتراکی شناخته می‌شود که به توانایی کودک در جهت دادن توجه دیگران به موضوع دیداری خویش، با استفاده از انواع ژست‌ها یا نگاه متناوب بین اشیا و افراد گفته می‌شود. پاسخ و شروع توجه اشتراکی، حامل پیام‌های اجتماعی درخصوص رویدادها یا موضوعاتی هستند که موردتوجه یا علاقه واقع‌شده‌اند، با این تفاوت که اولی پیام‌های دیگران را پردازش می‌کند اما دومی پیام‌های هدفمندی را به‌صورت ارادی برای دیگران ارسال می‌کند(۷). با وجود تشابه ظاهری، این ۲نوع رفتار، مبانی عصب‌روانشناسی متمایزی دارند. پاسخ به توجه اشتراکی با فعالیت بخش قدامی قشر میانی پیش‌پیشانی همبسته و در ارتباط با فهم دیدگاه‌هاست ولی شروع توجه اشتراکی با افزایش فعالیت‌های نورونی استریاتیوم جانبی در نواحی وابسته به پاداش مغز همراه است که به نظر می‌رسد مبنای جنبه‌های خوشایند و انگیزشی توجه اشتراکی باشد(۹).

اهمیت رشدی توجه اشتراکی

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(۱۰)، رفتارهای اجتماعی(۱۱)، درک اجتماعی- عاطفی(۱۲) و بازی(۱۳) در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم است. توجه اشتراکی همچنین با پردازش اطلاعات در کودکان(۱۴) و مهارت‌های شناختی، خودتنظیمی و رشد اجتماعی(۷) ارتباط نزدیکی دارد. به‌طورکلی، توجه اشتراکی ممکن است به‌عنوان یک‌مهارت کلیدی عمل کند، به این معنی که دستیابی به این حوزه از رشد، دستاوردهای جانبی بسیاری را برای کودک به ارمغان

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

می‌آورد، بنابراین ارزیابی و تلاش برای بهبود آن از اهمیت بالایی برخوردار است.

توجه اشتراکی در کودکان با اختلال طیف اتیسم

نقص در رشد توجه اشتراکی، ویژه کودکان با اختلال طیف اتیسم است و یکی از نخستین نشانه‌های قابل‌تشخیص در این گروه از کودکان به‌شمارمی‌رود. هنگامی‌که پژوهشگران، کودکان با اختلال طیف اتیسم را با گروهی از کودکان دارای تاخیر رشدی، تاخیر زبانی و کودکان عادی مقایسه کردند، به این نتیجه رسیدند که کودکان با اختلال طیف اتیسم، مشکلات عمیق‌تری در توجه اشتراکی نشان دادند(۱۵). نقص در رشد توجه اشتراکی پیش از یک‌سالگی یعنی حتی پیش از زمانی که بتوان تشخیص رسمی گذاشت، قابل مشاهده است(۸). تفاوت‌های کیفی یا فقدان کامل توجه اشتراکی در دوران رشد، علامت خطری برای والدین به‌شمارمی‌رود؛ در این دوران به‌طورمعمول والدین متوجه می‌شوند که کودک آن‌ها مانند همسالان خود به‌طور مشترک با دیگران درگیر انجام یک‌فعالیت نمی‌شود، ممکن است هنگامی که نام او را صدا می‌زنند، توجهی نکند و وسایل موردعلاقه خود را به والدین نشان ندهد و به آن‌ها اشاره نکند(۱۶). پژوهشگران با استفاده از فیلمبرداری ویدیویی از دوران رشد کودکان، به این نتیجه رسیده‌اند کودکانی که بعدا با عنوان اختلال طیف اتیسم شناخته می‌شوند، در دوران نوزادی فاقد مهارت توجه اشتراکی هستند(۱۷). افزون‌براین، پژوهش در زمینه کودکان دارای رشد طبیعی و کودکان با اختلال طیف اتیسم نشان داده است کودکانی که با مراقب اصلی خود ارتباط اشتراکی (از قبیل اشاره به اشیا یا حوادث موردعلاقه، نشان‌دادن اسباب‌بازی‌ها و تبادل نگاه به‌منظور بیان علاقه به‌طرف مقابل) دارند، زودتر مهارت‌های زبان و گفتار را کسب می‌کنند(۱۸).

آموزش توجه اشتراکی به کودکان با اختلال طیف اتیسم

یکی از رویکردهای آموزش توجه اشتراکی به کودکان با اختلال طیف اتیسم، رویکرد والن و همکاران(۱۹ و ۲۰)است. این جلسات ۳روز در هفته برگزار می‌شود و هر جلسه یک‌ساعت‌ونیم است. هر جلسه به ۳ قسمت ۲۵دقیقه‌ای تقسیم و بین آن‌ها، ۵دقیقه فرصت استراحت به کودک داده می‌شود. تصاویر مختلفی روی دیوار نصب و در هر جلسه، اسباب‌بازی‌های مختلفی روی زمین قرار داده می‌شود. اسباب‌بازی‌ها براساس تقویت‌کننده‌های طبیعی انتخاب می‌شوند تا اطمینان حاصل شود که موجب تحریک کودک برای بازی می‌شود. کودک و درمانگر در طی جلسات با اسباب‌بازی‌های مناسب بازی می‌کنند. تقریبا هر ۵دقیقه، درمانگر فرصتی برای کودک فراهم می‌کند تا به پیشنهاد توجه اشتراکی پاسخ دهد. بدین منظور، در جلسات ۲۵دقیقه‌ای، درمانگر دست کودک را روی اشیا قرارمی‌دهد، با هدف این‌که شی را به کودک نشان دهد. با ضربات آهسته روی شی ضربه می‌زد با هدف این‌که آن را به کودک نشان دهد، یک‌شی را به کودک نشان می‌داد، به یک‌تصویر روی دیوار اشاره می‌کرد و جهت نگاهش را به یک‌تصویر روی دیوار تغییر می‌داد.

براساس این رویکرد، جلسات آموزشی با استفاده از فعالیت‌های عادی و روزمره انجام می‌شود. در ضمن، مادر نیز آموزش می‌بیند تا در منزل و هنگام فعالیت‌های روزمره با کودک کار کند. کودک و درمانگر ابتدا تلاش می‌کنند با یکدیگر ارتباط برقرار کنند. درمانگر با گفتن این عبارت: «شایان، وقت بازیه!» کودک را متوجه شروع زمان بازی کرده و سعی می‌کند فعالیت آموزشی را به او ارایه 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. همه جلسات آموزشی با مشارکت فعال والدین انجام گرفت و پس از پایان جلسات، تکالیفی مشخص شد که والدین باید هرروز در منزل و هنگام تعاملات روزمره با کودک خود انجام دهند. جلسات پاسخ‌دهی بر آموزش کودک برای پاسخ‌دهی صحیح به پیشنهادهای درمانگر تمرکز دارد. آموزش به ۶سطح تقسیم و برای هر شرکت‌کننده از سطح یک آغاز می‌شود و پس از رسیدن به معیار تسلط در هر سطح، سطوح بالاتر اجرا شد. آموزش توجه اشتراکی طبق این

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

رویکرد، شامل ۲مرحله آموزش پاسخ‌دهی و آغازگری است.

مرحله نخست (آموزش پاسخ‌دهی): پاسخ‌دهی به پیشنهاد توجه اشتراکی از طرف درمانگر. آموزش پاسخ‌دهی بر آموزش کودک برای پاسخ‌دهی صحیح به پیشنهادهای درمانگر تمرکز دارد. آموزش به ۶سطح تقسیم و برای هر شرکت‌کننده از سطح‌یک آغاز شد و پس از رسیدن به معیار تسلط در هر سطح، سطوح بالاتر اجرا شد. سطوح آموزش پاسخ‌دهی شامل جلسات و موارد زیر بود.

جدول ۱. مراحل آموزش توجه اشتراکی (پاسخ‌دهی)

مرحله نخست	هنگامی‌که کودک با یک‌اسباب‌بازی بازی‌می‌کند، درمانگر (والد) دست کودک را روی اسباب‌بازی دیگری قرار دهد. اگر کودک با اسباب‌بازی تازه ارایه‌شده مشغول بازی شد (یعنی اسباب‌بازی را دستکاری کرد، یا به مدت ۵ثانیه به آن نگاه کرد)، نمره این مرحله را دریافت می‌کند. اگر کودک به‌طور صحیح پاسخ نداد و اصلا به درمانگر (والد) توجهی نکرد، همه اسباب‌بازی‌ها به مدت ۵ثانیه حذف می‌شوند و نمره‌ای به وی تعلق نمی‌گیرد، سپس اسباب‌بازی‌های مختلفی به کودک ارایه‌شده و به او اجازه داده می‌شود تا یک‌اسباب‌بازی را انتخاب‌کند (ترجیحا اسباب‌بازی‌های حذف‌شده پیشین نباشد).
مرحله دوم	این مرحله دقیقا براساس مرحله نخست انجام می‌شود. هنگامی‌که کودک در حال فعالیت و بازی با یک‌اسباب‌بازی یا وسیله است، درمانگر (والد) یک‌اسباب‌بازی جدید را به او ارایه می‌کند و به‌آرامی با دست روی آن ضربه‌ای آهسته وارد می‌کند. اگر کودک به مدت ۵ثانیه با اسباب‌بازی جدید مشغول بازی و فعالیت شد، نمره این مرحله را دریافت می‌کند.
مرحله سوم	این مرحله نیز شبیه مرحله نخست است. هنگامی‌که کودک مشغول بازی با یک‌شی یا اسباب‌بازی است، درمانگر (والد) نام او را صدا می‌زند و با اشاره یک‌اسباب جدید را به او معرفی می‌کند. اگر کودک به مدت دست‌کم ۵ثانیه با اسباب‌بازی جدید مشغول بازی و فعالیت شد، نمره این مرحله را دریافت‌می‌کند.
مرحله چهارم	هدف این مرحله، برقراری ارتباط چشمی با درمانگر (والد) است. در صورتی که کودک در مراحل پیشین به‌طور صحیح پاسخ بدهد و نمره بگیرد، قطعا ارتباط چشمی برقرار کرده است. اگر کودک به مدت دست‌کم ۵ ثانیه ارتباط چشمی برقرار کرد، نمره این مرحله را دریافت می‌کند.
مرحله پنجم	هنگامی‌که کودک مشغول بازی با یک‌اسباب‌بازی است، درمانگر (والد) سعی می‌کند با او ارتباط چشمی برقرار کند. هنگامی‌که ارتباط چشمی برقرار شد، درمانگر (والد) سر خود را می‌چرخاند و به یک‌اسباب‌بازی در آن‌طرف اتاق اشاره می‌کند. در صورتی که کودک به‌طور صحیح پاسخ داد، به او اجازه داده می‌شود اگر تمایل داشت با اسباب‌بازی جدید و اگر هم نداشت با اسباب‌بازی پیشین بازی کند. اگر کودک اشاره درمانگر به اسباب‌بازی جدید را دنبال نکرد، همه اسباب‌بازی‌ها به مدت ۵ثانیه حذف می‌شود و او نمره‌ای دریافت نمی‌کند. اگر کودک در ۲مرحله پشت سر هم نمره‌ای دریافت نکرد، بعد از اشاره سر کودک را به‌طور صحیح در جهت مناسب می‌چرخانید.
مرحله ششم	مانند مرحله پنجم است با این تفاوت که در این مرحله درمانگر (والد) اشاره نمی‌کند و فقط بعد از برقراری ارتباط چشمی، جهت نگاه خود را به یک‌اسباب‌بازی تغییر می‌دهد. اگر کودک جهت نگاه درمانگر (والد) را دنبال کرد، نمره این مرحله را دریافت می‌کند.

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

مرحله دوم (آموزش آغازگری): دومین مرحله از آموزش روی آموزش آغازگری در توجه اشتراکی، تمرکز دارد. در طی آموزش آغازگری در توجه اشتراکی، شرکت‌کننده‌ها باید با درمانگر به مدت ۱۰ثانیه در هر فرصت ارایه شده، آغازگری داشته باشند. یک‌فرصت به‌صورت هر ۱۰ثانیه‌ای که کودک با شی مشغول می‌شود، تعریف شده است زمان ۱۰ثانیه که مورد استفاده قرار گرفت، به این خاطر بود که آغازگری توجه اشتراکی در کودکان دارای رشد طبیعی تقریبا ۱۰ثانیه طول می‌کشید. واداشتن فیزیکی (یعنی گرفتن انگشت کودک و اشاره‌کردن) و واداشتن کلامی (یعنی زمانی که به‌طور کلامی به کودک بگویید اشاره کند)، در شروع آموزش هر رفتار مورداستفاده قرار گرفت. آموزش آغازگری شامل رفتارهای زیر بود:

جدول ۲. مراحل آموزش توجه اشتراکی (آغازگری)

مرحله نخست	تغییر جهت نگاه به‌طور هماهنگ: هر زمان که کودک با اسباب‌بازی بازی کرد، به‌عنوان فرصت تغییر جهت نگاه به‌طور هماهنگ حساب می‌شود. براساس مشاهده کودکان دارای رشد طبیعی، ۱۰ثانیه به‌عنوان یک‌فرصت کافی برای آغازگری با بزرگسال انتخاب شد. هنگامی که کودکان اتیسم مشغول بازی هستند، لازم است جهت نگاه‌شان را از یک‌اسباب‌بازی به درمانگر تغییربدهند و هدف از این کار، اشتراک آن موضوع با درمانگر است. اگر کودک جهت نگاه خود را در ۱۰ثانیه تغییر نداد، پاسخ به‌طور نادرست نمره‌گذاری شده و اسباب‌بازی حذف می‌شود. تحریک فیزیکی به این صورت بود: نگه داشتن دست کودک روی شی و حرکت‌دادن سر او در مسیر درمانگر تا زمانی که ارتباط چشمی برقرار شود. کلمه نشان بده به‌عنوان یک‌تحریک کلامی استفاده می‌شود، همچنین هنگامی که کودک در حال بازی است، درمانگر می‌تواند با ژست خاصی، کودک را برای آغازگری تحریک کند.
مرحله دوم	اشاره کردن: در طی این مرحله، هر جلسه دستکاری می‌شد تا یک‌محیط جدید ارایه شده و فرصت‌های بیشتری برای اشاره‌کردن فراهم شود. در هر جلسه، تصاویر جدیدی (مانند تصاویر کتاب‌ها) روی دیوار نصب، یا اسباب بازی‌های جدیدی ارایه می‌شد تا کودک فرصت‌های بیشتری برای اشاره‌کردن داشته باشد. در شروع هر جلسه نیاز بود که کودک به تصویر روی دیوار با هدف اشتراک علاقه خود با درمانگر اشاره کند.

هنگام جلسات، درمانگر و والدین، دنباله‌رو کودک و علایق او در جریان فعالیت‌ها هستند. درمانگر درمورد عملی که کودک انجام می‌دهد، صحبت کرده، حرف‌های او را تکرار می‌کند و آن‌ها را بسط می‌دهد و درحالی‌که نزدیک کودک نشسته و با او ارتباط چشمی برقرار کرده، محیط بازی او را به بهترین وجه ممکن سازمان‌دهی می‌کند. در ازای انجام هریک از مهارت‌های پاسخ به توجه اشتراکی، تقویت و پاداش داده می‌شود. لبخندزدن، به آغوش کشیدن و تشکر گرم کلامی از آن جمله‌اند. به‌طورکلی، انجام فعالیت‌های توجه اشتراکی با استفاده از بازی‌ها و فعالیت‌های ساده و روزمره انجام می‌شود. ویژگی مهم روش این است که بیشتر فعالیت‌ها به‌صورت بازی‌های غیرساختاری انجام می‌شد، به‌نحوی که کودک احساس می‌کرد فقط درحال بازی‌کردن است اما درمانگر و والدین در حال آموزش به کودک بودند. این کار باعث شد کودک احساس خستگی نکند و علاقه‌مند به ادامه فعالیت باشد. همچنین پیشنهادشده‌است که برای افزایش احتمال تعمیم‌دهی مهارت توجه اشتراکی به سایر 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

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

اشتراکی است.

شواهد پژوهشی در زمینه آموزش توجه اشتراکی

اگرچه در ایران درمورد مداخله‌ای برای آموزش توجه اشتراکی کمتر توجه شده است، با این‌حال پژوهشگران متعددی در دنیا با به کار بردن این مداخله‌های بهنگام، سعی در بهبود مهارت‌های توجه اشتراکی و متغیرهای مربوط به آن داشته‌اند. زر چر[1] و همکاران دریافتند که آموزش توجه اشتراکی موجب بهبود مهارت‌های بازی و زبان در کودکان با اختلال طیف اتیسم می‌شود(۲۱). والن و سیبرمن[2] در پژوهشی روی ۵کودک دارای اختلال طیف اتیسم، نشان دادند که رویکرد اصلاح رفتار موجب بهبود پاسخ به توجه اشتراکی، اشاره‌کردن و آغازگری در این کودکان می‌شود(۱۹). والن، سپیرمن و اینگرسل[3] در پژوهش دیگری که در طول ۱۰هفته، روی ۴کودک دارای اختلال طیف اتیسم انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که مداخله بهنگام درمانی موجب بهبود آغازگری اجتماعی، عواطف مثبت، تقلید، بازی و گفتار خودبه‌خودی شد. آن‌ها ۳ماه بعد از اتمام مداخله، مرحله پیگیری را اجرا کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان همچنان اثربخش بوده است(۲۰). جونز، کار و فلی[4] ، در پژوهش خود با عنوان «اثرات چندگانه آموزش توجه اشتراکی به کودکان دارای اختلال طیف اتیسم»، توجه اشتراکی را از طریق والدین، به ۵کودک با اختلال طیف اتیسم آموزش دادند. نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها، بیانگر آن بود که مداخله افزون‌بربهبود توجه اشتراکی، موجب بهبود مهارت‌های زبانی، اجتماعی و ارتباطی در کودک شده است(۵). توث[5] و همکاران با بررسی ۶۰کودک دارای اختلال طیف اتیسم دریافتند که توجه اشتراکی، همبستگی مثبت و معنی‌داری با مهارت‌های ارتباطی، زبانی، تقلید و بازی در کودکان با اختلال طیف اتیسم دارد(۲۲).

روجا[6] و همکاران، با آموزش توجه اشتراکی از طریق والدین دریافتند که این آموزش موجب بهبود آغازگری و پاسخ‌دهی اجتماعی کودکان می‌شود(۲۳). شرتز و آدام[7]، در پژوهشی با به کاربردن روابط والد-کودک تلاش‌کردند با استفاده از مداخله بهنگام، مهارت‌های توجه اشتراکی و مولفه‌های آن را در ۳کودک دارای اختلال طیف اتیسم تقویت کنند. نتایج حاصل از روش پژوهش نشان داد که ۲نفر از این ۳کودک در پایان مداخله به مهارت‌های توجه اشتراکی دست یافتند(۲۶). همچنین کساری[8] در پژوهشی با عنوان «مداخله توجه اشتراکی برای کودکان با اختلال طیف اتیسم دارای مشکلات غیرکلامی» که در طول ۱۰هفته ۳۰ساعته روی ۱۲کودک دارای اختلال طیف اتیسم انجام داد، به این نتیجه رسید که مداخله با روش تحلیل رفتار کاربردی موجب بهبود رفتارهای ارتباطی و عملکردهای بازی در کودکان می‌شود، همچنین این پژوهش نشان داد که مداخله درمانی هیچ تاثیری روی توانایی‌های زبانی نداشته است(۸).

در پژوهش دیگری که توسط وو[9] انجام شد، نتایج حاکی‌از اثربخشی مداخله بهنگام مبتنی‌بر والدین در مهارت‌های توجه اشتراکی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بود(۲۴). ترور[10] و همکاران در پژوهشی با استفاده از آموزش توجه اشتراکی در کودکان با اختلال طیف اتیسم نشان داده‌اند که مداخله بعد از ۲۴جلسه ۶۰دقیقه‌ای، موجب بهبود مهارت‌های زبانی، بازی و تعاملات والد-کودک در ۹کودک می‌شود(۲۵). شرتز[11] و همکاران در پژوهش دیگری به بررسی اثربخشی آموزش توجه اشتراکی مبتنی‌بر والدین پرداختند. مقایسه نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل و گواه حاکی‌از آن بود که مداخله مبتنی‌بر والدین در گروه گواه تاثیر معناداری بر میزان توجه اشتراکی داشته است(۲۶). گانج، ایناز و مسنجر[12] دریافتند که رابطه مستقیمی بین توجه اشتراکی و بهبود عواطف مثبت و تعاملات اجتماعی و هیجانی وجود

1. Zercher
2. Whalen & Schreibman
3. Whalen, Schreibman & Ingersoll
4. Jones, Carr & Feeley
5. Toth
6. Rocha
7. Schertz & Odom
8. Kasari
9. Vo
10. Thrower
11. Schertz
12. Gangi, Ibañez & Messinger

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

دارد(۲۷). شولتز و همکاران نیز نشان دادند مداخله بهنگام توجه اشتراکی، موجب بهبود آغازگری کودکان با اختلال طیف اتیسم می‌شود(۲۸). در ایران نیز، در پژوهشی که توسط وکیلی‌زاده، عابدی، محسنی‌اژیه و پیشقدم انجام گرفت، پژوهشگران دریافتند که مداخله بهنگام مبتنی‌بر والدین، موجب بهبود مهارت پاسخ‌دهی به توجه اشتراکی در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم می‌شود(۲۹).

نتیجه‌گیری

اختلال طیف اتیسم نوعی اختلال عصبی تحولی است که با نشانه‌هایی همچون نقص در ارتباطات اجتماعی و تعاملات اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری، علایق یا فعالیت‌های محدودشده و تکراری شناخته می‌شود(۱). یکی از آسیب‌های اساسی که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و یکی از نشانه‌های اصلی برای تشخیص اختلال طیف اتیسم و از زیرشاخه‌های نقص در ارتباطات و تعاملات اجتماعی به‌شمارمی‌رود، آسیب در توجه اشتراکی است. توجه اشتراکی، اشاره به مهارتی رشدی دارد که موجب اشتراک توجه (از طریق ارتباط چشمی، تبادل نگاه، اشاره‌کردن و نشان‌دادن) یا پردازش پیام‌های دیگران می‌شود. در این جریان، ۲نفر فعالانه توجه خود را معطوف به یک شی، موقعیت یا رویداد می‌کنند(۵). در کودکان دارای رشد طبیعی، توجه اشتراکی در سنین ۹ تا ۱۸ماهگی به‌تدریج کامل می‌شود، با این حال، این فرآیند در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم روند طبیعی خود را طی نمی‌کند.

پژوهشگران همچنین معتقدند که ۲نوع توجه اشتراکی وجود دارد. نوع نخست با عنوان پاسخ به توجه اشتراکی شناخته می‌شود که عبارت است از توانایی کودک در دنبال کردن جهت نگاه، وضعیت سر یا سایر ژست‌های فرد دیگر، به نحوی که موضوع توجه او را دریابد. نوع دوم با عنوان شروع توجه اشتراکی 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(۳۰). پاسخ و شروع توجه اشتراکی، حامل پیام‌های اجتماعی درخصوص رویدادها یا موضوعاتی هستند که موردتوجه یا علاقه واقع شده‌اند، با این تفاوت که اولی پیام‌های دیگران را پردازش می‌کند اما دومی پیام‌های هدفمندی را به‌صورت ارادی برای دیگران ارسال می‌کند(۷). مهارت توجه اشتراکی، پیش‌بینی‌کننده مهارت‌های دیگری از قبیل مهارت‌های زبانی(۱۰)، رفتارهای اجتماعی(۱۱)، درک اجتماعی-عاطفی(۱۲) و بازی(۱۳) در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم است. توجه اشتراکی همچنین با پردازش اطلاعات در کودکان(۱۴) و مهارت‌های شناختی، خودتنظیمی و رشد اجتماعی(۷) ارتباط نزدیکی دارد. به‌طورکلی، توجه اشتراکی ممکن است به‌عنوان یک‌مهارت 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 از اهمیت بالایی برخوردار است، ولی نکته قابل توجه این است که مداخلات موجود در ایران، کمتر به این مهارت کلیدی پرداخته‌اند. افزون‌براین، هزینه‌های زیاد درمان برای کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، ضرورت استفاده از مداخله‌های بهنگام، کم‌هزینه و مبتنی‌بر والدین را بیش از پیش آشکار می‌کند.

با توجه به این واقعیت که طیف وسیعی از پیشینه پژوهشی حکایت از بهبود توجه اشتراکی با استفاده از مداخله‌های درمانی بهنگام دارد و با مرور پژوهش‌هایی که آموزش توجه اشتراکی را در محیط طبیعی خانواده و با استفاده از روابط والد-کودک به‌کارگرفته‌اند و نتایج مثبت و بادوامی را گزارش کرده‌اند و نظر به اهمیت رشد این مهارت و تاثیر آن روی یادگیری مهارت‌های زبانی، شناختی و اجتماعی، ضرورت استفاده از مداخله‌های درمانی بهنگام به‌منظور بهبود توجه اشتراکی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم در ایران احساس می‌شود، همچنین با استناد به پیشینه پژوهشی که نشان می‌دهد آسیب در توجه اشتراکی، یکی از ویژگی‌های اصلی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم است و توجه اشتراکی، بهبود در دیگر حیطه‌های رشدی را به همراه

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

دارد، می‌توان پیشنهاد کرد که بهبود توجه اشتراکی باید به عنوان یک‌هدف اصلی در مداخله‌های توانبخشی و آموزشی در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم تعیین شود. از طرفی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، فاقد انگیزش کافی برای پاسخ به محرک‌های محیطی به‌خصوص درگیرشدن در تعاملات اجتماعی با دیگران هستند. به‌کارگیری متغیرهای انگیزشی مانند استفاده از تقویت‌کننده‌های طبیعی، تاکید بر استفاده از بازی‌های غیرساختاری و نیز توجه به نقش والدین در اجرای مداخله منجربه 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 اتیسم معرفی کند، حائز اهمیت است. به‌طورکلی، نتایج این پژوهش سبب می‌شود با شناسایی آسیب در زمینه توجه اشتراکی در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، زمینه توجه به مداخله‌های آموزشی و توانبخشی بهنگام فراهم‌شود. پیشنهاد می‌شود در کنار سایر روش‌های آموزشی و توانبخشی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، آموزش توجه اشتراکی نیز به کار برده شود، همچنین می‌توان از یافته‌های این پژوهش در مراکز مشاوره و توانبخشی استفاده کرد.

References:

1. 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.
2. 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.
3. 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. 2015:1-9.
4. Pourmohamadreza Tajrishi B, Rajabi-Shamami M, Haghgoo H. The Pivotal Response Training (PRT) in Children with Autism Disorder. Exceptional Education. 2013; 8 (121) :56-61.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Schertz H H. & Odom S L. Promoting joint attention in toddlers with autism: A parent-mediated developmental model. Journal of autism and developmental disorders, 2007; 37(8), 1562-1575.
9. Schilbach L, Wilms M, Eickhoff SB, Romanzetti S, Tepest R, Bente G, et al. Minds made for sharing: initiating joint attention recruits reward-related neurocircuitry. Journal of cognitive neuroscience. 2010;22(12):2702-15.
10. Murray DS, Creaghead NA, Manning-Courtney P, Shear PK, Bean J, Prendeville J-A. 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.
11. Grossberg S, Vladusich T. How do children learn to follow gaze, share joint attention, imitate their teachers, and use tools during social interactions? Neural Networks. 2010;23(8):940-65.
12. Naber FBA, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Dietz C, Van Daalen E, Swinkels SHN, et al. Joint attention development in toddlers with autism. European child & adolescent psychiatry. 2008;17(3):143-52.
13. Wong C, Kasari C. Play and joint attention of children with autism in the preschool special education classroom. Journal of autism and developmental disorders. 2012;42(10):2152-61.

Downloaded from www.exceptionaleducation.ir at 15:11 IRST on Monday November 7th 2016

14. 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.
15. McArthur D, Adamson LB. Joint attention in preverbal children: Autism and developmental language disorder. Journal of autism and developmental disorders. 1996;26(5):481-96.
16. 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.
17. Charman T. Why is joint attention a pivotal skill in autism? Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2003;358(1430):315-24.
18. Mundy P, Sigman M, Kasari C. Joint attention, developmental level, and symptom presentation in autism. Development and Psychopathology. 1994;6(03):389-401.
19. 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.
20. 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), 655-664.
21. Zercher C. Hunt P. Schuler A. & Webster J. Increasing joint attention, play and language through peer supported play. Autism, 2001; 5(4), 374-398.
22. Toth K. Munson J. Meltzoff AN. & Dawson G. Early predictors of communication development in young children with autism spectrum disorder: Joint attention, imitation, and toy play. Journal of autism and developmental disorders, 2006; 36(8), 993-1005.
23. Rocha ML, Schreibman L, Stahmer AC. Effectiveness of training parents to teach joint attention in children with autism. Journal of Early Intervention. 2007;29(2):154-72.
24. Vo A. Joint Attention Interventions for Young Children with Autism Spectrum Disorders: Caregiver and Child Actions and Transactions]. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in Education. Virginia Commonwealth University, 2011, 1-154.
25. Thrower S. Jordan S. Roberts M. & Kaiser A. Play, Language and Joint-Attention In Toddlers At Risk For Autism. Department of Special Education, Vanderbilt University, Nashville, TN. 2011.
26. 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.
27. Gangi DN, Ibañez LV, Messinger DS. Joint attention initiation with and without positive affect: risk group differences and associations with ASD symptoms. Journal of autism and developmental disorders. 2014;44(6):1414-24.
28. 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. Thesis for Master of Science in Speech therapy. Minnesota State University, Mankato, United States.; 2015, 1-77.
29. Vakilizadeh N, Abedi A, Mohseni Ezhiyeh A, Pishghadam L. Effectiveness of Family-Based Early Intervention on the Degree of Joint Attention (Responding) of the Children with Autism Spectrum Disorder: A Single Subject Research. Journal of Rehabilitation (Accepted and in the printing stage).
30. 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.