

Investigating the effectiveness of behavioral therapy tactics training in improving and increasing social communication and social interaction in students

Masume Kalantari¹, Reza Abedi², Mohammad Tahan³

1-PhD in Psychology and Exceptional Children Education, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: m.kalantari.1987@gmail.com

2- Msc, Department of Psychology, Kashmar Branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran.

3- lecturer, young Researchers and Elite Club, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Received: 05/07/2020

Accepted: 19/08/2020

Abstract

Introduction: Children with autism spectrum disorder have many problems with social skills.

Aim: The aim of this study was to investigate the effectiveness of behavioral therapy tactics training in improving and increasing social communication and social interaction in autism students.

Method: This study was performed by a semi-experimental method of pre-test and post-test with a control group. The statistical population included all students with autism with 7 to 12 years of age who referred to the Tolo Center for Disorders in Ghaeat in 2018. Out of them, 16 autism students were selected by available sampling method. Subjects underwent 9 sessions of behavioral therapy tactics based on the ABA protocol (for 2 months). The research tool was Gilliam Autism Scale (Garz-3) (2014), which was completed before and after the intervention by the parents of the students. The collected data were analyzed using SPSS software version 22 and inferential statistics, correlation coefficient and t-test.

Results: The results showed that behavioral therapy techniques led to improvement and increased social interaction and social interaction in autism students ($P < 0.05$).

Conclusion: Therefore, it can be concluded that behavioral therapy techniques can be an effective way to improve the capacity and improve students in the self. This in itself confirms that these students should not be left alone without a well-codified curriculum that fits the needs of each child.

Keywords: Behavioral therapy techniques, Social communication, Social interaction, Autism students

How to cite this article : Kalantari M, Abedi R, Tahan M. Investigating the effectiveness of behavioral therapy tactics training in improving and increasing social communication and social interaction in students. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (4): 42-53 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-815-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی اثربخشی آموزش تکتیک‌های رفتاردرمانی در بهبودی و افزایش ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی در دانش‌آموزان درخودمانده

معصومه کالانتاری^۱، رضا عابدی^۲، محمد طحان^۳

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (مؤلف مسئول).

ایمیل: m.kalantari.1987@gmail.com

۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران.

۳. مربی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۵/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۱۵

چکیده

مقدمه: کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در مهارت‌های اجتماعی با مشکلات فراوانی روبه‌رو هستند.

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش تکتیک‌های رفتاردرمانی در بهبودی و افزایش ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی در دانش‌آموزان درخودمانده بود.

روش: این پژوهش با روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان با اختلال درخودماندگی ۷ تا ۱۲ سال مراجعه‌کننده به مرکز اختلالات طلوع شهر قاینات در سال ۱۳۹۷ بود. از میان آن‌ها ۱۶ دانش‌آموز درخودمانده، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. آزمودنی‌ها تحت ۹ جلسه تکتیک‌های رفتاردرمانی براساس پروتکل ABA (به مدت ۲ ماه) قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام (گارز-۳) (۲۰۱۴) بود که قبل و بعد از مداخله توسط والدین دانش‌آموزان تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آمار استنباطی ضریب همبستگی و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تکتیک‌های رفتاردرمانی در بهبودی و افزایش ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی در دانش‌آموزان درخودمانده منجر شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: لذا می‌توان نتیجه گرفت که تکتیک‌های رفتاردرمانی برای ارتقای ظرفیت و بهبود دانش‌آموزان درخودمانده می‌تواند روش مؤثری باشد. این موضوع خود مؤید این نکته است که نباید این دانش‌آموزان را بدون یک برنامه آموزشی مدون و متناسب با نیازهای هر کودک، به حال خود رها نمود.

کلید واژه‌ها: تکتیک‌های رفتاردرمانی، ارتباط اجتماعی، تعامل اجتماعی، دانش‌آموزان درخودمانده

مقدمه

در خودماندگی با آسیب کیفی در تعاملات اجتماعی به صورت کاربرد رفتارهای غیر کلامی، ناتوانی در برقراری روابط مناسب با همسالان، فقدان تلاش در سهیم کردن دیگران در لذت، علائق و پیشرفت‌های خود و فقدان تقابل اجتماعی یا هیجانی است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۳۹۷). تعامل و ارتباط اجتماعی به معنای ایجاد رابطه بین دو نفر یا بیشتر است که منجر به واکنشی میان افراد می‌شود. همچنین تعامل اجتماعی و برقراری ارتباط می‌تواند یک موضوع فیزیکی، یک نگاه، یک مکالمه و ارتباط بین افراد باشد که خود مستلزم تعریف رویدادها و فعالیت‌های متناسب و در نتیجه نقش‌پذیری افراد در فضا و عضویت آن‌ها در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی است (بهزاد فر و طهماسبی، ۱۳۹۲) و دانش آموزان در خودمانده در این تعاملات و ارتباطات اجتماعی دچار نقص هستند. آسیب کیفی در تعاملات اجتماعی، به صورت تأخیر یا فقدان کامل رشد زبان محاوره، استفاده از زبان کلیشه‌ای و تکراری یا زبان خاص به خود، فقدان تنوع در بازی‌های تخیلی خود به خودی، الگوهای محدود تکراری و کلیشه‌ای و همچنین رفتار، علائق و فعالیت‌ها، در قالب اشتغال ذهنی به یک یا چند الگوی موردعلاقه و رفتارهای حرکتی تکراری و کلیشه‌ای و اشتغال ذهنی دائم با قسمت‌های اشیا نمایان می‌شود (دالوند، دهقان، فیضی و حسینی، ۱۳۸۸). بیشتر این افراد شیوع در خودماندگی و اختلالات مربوط به آن، ۱ نفر در هر ۶۸ تولد زنده است (بهات، اچاریا، عادل، بایری و عادل^۷، ۲۰۱۴؛ ویتلاف، مکفیتز، پیترز، سات، تراویس^۸ و همکاران، ۲۰۱۴)؛ و شیوع آن در ایران ۶/۲۶ در هر ۱۰۰۰۰ کودک است (باغبان وحیدی، حسین خانزاده و

یکی از مهم‌ترین اختلالات فراگیر رشد، اختلال در خودماندگی^۱ است (سادوک و سادوک^۲، ۱۳۹۷). در خودماندگی به عنوان بخشی از طبقه کلی‌تر به عنوان اختلال‌های رشدی فراگیر یا اختلالات طیف در خودماندگی در نظر گرفته می‌شود. این طبقه شامل ۵ اختلال زیر است: اختلال در خودماندگی، اختلال آسپرگر، اختلال رشدی فراگیر تصریح نشده، نشانگان رت و اختلال از هم پاشیدگی کودکی (هالاها و کافمن^۳، ۲۰۰۶). راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی مهم‌ترین نشانگان ضروری برای تشخیص در خودماندگی را در سه حوزه خلاصه کرده است: نارسایی‌های اجتماعی، نارسایی‌های ارتباطی و الگوهای کلیشه‌ای رفتار. این نشانگان باید قبل از سن ۳ سالگی خود را نشان دهند تا تشخیص در خودماندگی داده شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۱۳۹۷).

در خودماندگی^۵ نوعی از اختلالات رشد عصبی هستند و یکی از پیچیده‌ترین و بحث‌انگیزترین اختلال‌های روان‌پزشکی بوده که علائم و نشانه‌های واحدی ندارد (قاسمی، امین یزدی و مشهدی، ۱۳۹۶). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۶ ملاک‌های تشخیص در خودماندگی در سه حوزه خلاصه شده‌اند که عبارت‌اند از نارسایی‌های اجتماعی، نارسایی‌های ارتباطی و الگوهای کلیشه‌ای رفتار. این نشانگان باید قبل از سن ۳ سالگی خود را نشان دهند تا تشخیص در خودماندگی داده شود. همچنین اختلال

1- Autism

2- Sadok & Sadok

3- Hallahan & Kauffman

4- American Psychiatric Association

5- Autism

6- DSM-5

7- Bhat, Acharya, Adeli, Bairy & Adeli

8- Weitlauf, Mcpheeters, Peters, Sathe & Travis

ندائی، ۱۳۹۶). درخودماندگی در جنس مذکر، ۳ الی ۴ برابر شایع‌تر است؛ اما اختلال در دختران با عقب ماندگی ذهنی شدیدتری همراه است (محمدی جهرمی، اینالو و رئیس، ۱۳۹۶).

اختلالات ادراک و ارتباطات و پردازش حسی و عصبی در این افراد به محدودیت‌های مختلف رفتار عملکردی در آن‌ها منجر می‌شود (لیویت بینون، داویدویتچ و گولند^۱، ۲۰۱۳). دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال در درک یا پردازش اطلاعات به خصوص هنگام پاسخ‌دهی به موقعیتی پیچیده با مشکلاتی روبرو هستند (باغبان وحیدی و همکاران، ۱۳۹۶). در حقیقت، اختلال در تعامل اجتماعی از نقایص اصلی کودکان درخودمانده است. بیشتر آن‌ها قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی و مهارت‌های تجربی نبوده و در تجربیات ارتباطی نمی‌توانند از ابزارهای کلامی و نوشتاری استفاده کنند (خان^۲، ۲۰۱۰). همه این افراد دچار اختلال در تخیل هستند و جهان برای آن‌ها مکانی گیج‌کننده و گاهی ترسناک به نظر می‌رسد (وینگ^۳، ۲۰۰۲). لذا با توجه به مطالب بیان‌شده دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات درخودمانده برای سازگاری در اجتماع و به‌طور کلی تربیت نیازمند مراقبت‌های ویژه هستند (گومز، لیما، بوئنو، اراؤجو، سوزا^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهشگران به اجماع معتقدند که مداخله زودهنگام برای این گروه از دانش‌آموزان مفید است (باغبان وحیدی و همکاران، ۱۳۹۶).

بنا بر مطالب بیان شده در این تحقیق بر تکنیک‌های رفتار درمانی توجه شد. در تاریخچه رفتار درمانی دو دیدگاه عمده شرطی کردن فعال و شرطی کلاسیک پایه و اساس

رفتار درمانی است. دیدگاه کلاسیک بیشتر بر یادگیری‌های عاطفی تأکید دارد و کاربرد آن در روان‌درمانی اصطلاحاً رفتار درمانی نامیده می‌شود. از سوی دیگر کاربرد شرطی کردن فعال در روان‌درمانی را تغییر رفتار می‌نامند. علاوه بر این دو دیدگاه نظریه یادگیری اجتماعی و یا یادگیری‌های مبتنی بر مشاهده، بخش مهم دیگری را در سابقه رفتاردرمانی اشغال می‌کند. در این دیدگاه تقلید یا الگوسازی بخش عمده‌ای از رشد و تکوین شخصیت است و تعدادی از تکنیک‌های رفتاردرمانی بر اصول این نوع یادگیری استوارند. مهم‌ترین تکنیک‌های رفتاردرمان‌گران شرطی‌سازی، خاموش کردن یا حذف رفتار، آموزش متوقف کردن فکر، آموزش ابراز وجود، انزجار درمانی، حسابت زدایی منظم، شکل دادن به رفتار، الگوسازی و ایفای نقش است. در واقع رفتار درمان‌گران رفتاری را که باید دگرگون شود شناسایی می‌کنند، به بررسی و شناسایی شرایطی که رفتار را موجب شده‌اند، موجبات ابقاء و ادامه رفتار را فراهم آورده‌اند می‌پردازند و در نهایت برنامه‌هایی به منظور دگرگون‌سازی و نیز یادگیری رفتارهای جدید تهیه و ارائه می‌نمایند (قهاری، ۱۳۹۲). از آنجا که کودکان درخودمانده مشکل قابل توجهی در پاسخ به حالت‌های عادی تجربه‌ی اجتماعی و تعامل اجتماعی دارند؛ به همین دلیل این کودکان به حمایت و آموزش در زمینه‌ی مهارت‌های اجتماعی نیاز دارند تا بتوانند مهارت‌های لازم را کسب کنند. در واقع با آموزش مناسب و مداخله‌های اجتماعی و ارتباطی به این کودکان می‌توان برخی از مهارت‌های کاربردی و مناسب را در آنان رشد دارد (اسنو، گر و سل^۵، ۲۰۰۷). تاکنون روش‌های درمانی

¹- Levit-Binnun, Davidovitch & Golland

²- Khan

³- Wing

⁴- Gomes, Lima, Bueno, Araújo & Souza

⁵- Snow, Gore & Seale

درخودمانده، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. از ملاک‌های ورود به تحقیق می‌توان به کسب نمره بالاتر از نقطه برش در خرده مقیاس‌های تعامل اجتماعی و ارتباط اجتماعی پرسشنامه درجه‌بندی اوتیسم گیلیام، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد روانی و جسمانی (بر اساس نظر روان‌شناس و روان‌پزشک)، تمایل به شرکت در تحقیق، رضایت والدین دانش‌آموزان برای شرکت فرزندانشان در تحقیق؛ ملاک‌های خروج از تحقیق، غیبت در یکی از جلسات آموزشی، شرکت هم‌زمان در مداخله آموزشی مشابه و عدم همکاری در پژوهش را اشاره نمود.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب اجازه از اداره آموزش و پرورش قاینات و برقراری ارتباط با کودکان اوتیسم و والدین آن‌ها و ارائه توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش و جلب رضایت والدین آن‌ها، تعداد ۱۶ دانش‌آموز درخودمانده ۱۲-۷ سال، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. در مرحله اول والدین این دانش‌آموزان، مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام (گارز-۳) (۲۰۱۴) (خرده مقیاس تعامل اجتماعی و ارتباط اجتماعی) را تکمیل نمودند (پیش‌آزمون). سپس آزمودنی‌ها تحت ۹ جلسه تکنیک‌های رفتاردرمانی (به مدت ۲ ماه) قرار گرفتند. در پایان جلسات آموزش و بعد از گذشت یک هفته مجدداً والدین به ابزار پژوهش پاسخ دادند (پس‌آزمون)؛ که خلاصه جلسات تکنیک‌های رفتاردرمانی در جدول ۱ آماده است:

بسیاری برای کودکان با اختلال درخودماندگی پیشنهاد شده؛ اما هیچ یک به‌طور کامل پاسخگوی نیازهای این افراد نبوده است (کوگل، سینگ و کوگل^۱، ۲۰۱۰). همچنین از آنجایی که شیوع اختلال درخودماندگی افزایش پیدا کرده به طوری که امروزه از هر ۱۵۰ کودک، یک کودک اختلال درخودماندگی دارد (رنگانی، همتی علمدار لو، شجاعی و اصغری نکاح، ۱۳۹۴) و بسیاری از درمان‌های موجود پرهزینه و زمان‌بر هستند، نیاز به درمان‌های کم‌هزینه‌تر مانند تکنیک‌های رفتاردرمانی احساس می‌شود.

با توجه به مشکلات ارتباطی دانش‌آموزان درخودمانده و ناآگاهی والدین از چگونگی ارتباط مؤثر با کودکان، تلاش برای مداخله زود هنگام و آموزش ارتباط مؤثر به والدین کودکان درخودمانده به عنوان مهم‌ترین شرکای اجتماعی این کودکان ضروری به نظر می‌رسد. با این وجود، پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر این شیوه‌ها به صورت متمرکز بر والدین، بر مهارت‌های اجتماعی کودکان درخودمانده به خصوص در ایران انجام شده است؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی تکنیک‌های رفتاردرمانی در بهبودی ارتباط و تعامل اجتماعی در دانش‌آموزان درخودمانده انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان با اختلال درخودماندگی ۷ تا ۱۲ سال مراجعه‌کننده به مرکز اختلالات طلوع شهر قاینات در سال ۱۳۹۷ بود. از این جامعه آماری تعداد ۱۶ دانش‌آموز

^۱ - Koegel, Singh & Koegel

جدول ۱ خلاصه جلسات تکتیک‌های رفتاردرمانی

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، مفهوم‌سازی مجدد مسئله و ارزیابی اولیه از لحاظ وضعیت روان‌شناختی
جلسه دوم	اطلاع‌رسانی درباره اثربخشی رفتار درمانگری، ارائه توضیحاتی درباره درخودماندگی و اثرات آن سپس آموزش تنفس شکمی و تنفس آهسته و تنفس عمیق به بیمار و تمرین آموزش انجام آرمیدگی پیش‌رونده، تعیین تکالیف برای بیماران
جلسه سوم	آموزش شناسایی افکار و رفتارهای قالبی
جلسه چهارم	مروری کوتاه بر جلسه قبلی، انجام آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، آموزش جایگزینی رفتارهای قالبی با رفتارهای جدید
جلسه پنجم	مرور کوتاه بر جلسه قبلی و مرور تکالیف با کمک خود بیمار، آموزش تشخیص رفتارهای قالبی و تقویت و تشویق جهت رفتارهای صحیح؛ ۲. شناسایی موقعیتی که این رفتارها در آن اتفاق می‌افتند؛ ۳. شناسایی رفتار خوشایند مربوط به آن موقعیت ترسیم جدول افکار و رفتار خوشایند و پاسخ منطقی برای آن‌ها و خواستن از بیمار برای انجام تکالیف طبق آن و دادن بازخورد به بیمار.
جلسه ششم	یادآوری و مرور جلسه قبل، انجام عمل تن آرامی و تنفس عمیق و بررسی تکالیف بیمار و بیان تجارب و احساسات بیماران دیگر با بیمار، بررسی رفتارها و ویژگی‌های ناخوشایند، موقعیت‌های آن‌ها و افکار و رفتارهای خوشایند و سنجش میزان تسلط بیمار بر روش‌های یاد گرفته‌شده در جلسات قبل.
جلسه هفتم	مرور و یادآوری جلسه قبل، انجام آرامش عضلانی و تنفس شکمی، بررسی تکالیف بیمار، آموزش مهارت‌های حل مسئله به بیمار، بیان احساسات توسط بیمار و بحث در مورد آن‌ها و بیان اینکه طی این جلسات تغییری در وضعیت خود احساس کرده است یا نه؟ ارائه تکالیف منزل
جلسه هشتم	مرور جلسه قبلی، ادامه آموزش مهارت‌های حل مسئله با ذکر مثال‌های از بیماران دیگر، آموزش شناسایی رفتار و افکار قالبی و چگونگی غلبه بر آن‌ها و ذکر عواملی که باعث تشدید و تداوم نشانه‌ها رفتاری و روان‌شناختی شده و چگونگی کنترل آن‌ها همراه با ارائه تکالیف
جلسه نهم	مرور کوتاه بر جلسه قبلی، اطمینان بخشی به بیمار مبنی بر سودمندی این مهارت‌ها در برخورد با بیماری و سایر مشکلات و بررسی مجدد از لحاظ وضعیت رفتاری و روان‌شناختی

داده‌های جمع‌آوری شده در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی ضریب همبستگی و آزمون t با نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

است که عبارت‌اند از: ۱- رفتارهای تکراری / محدودکننده؛ ۲- تعامل اجتماعی؛ ۳- ارتباط اجتماعی؛ ۴- پاسخ‌های هیجانی؛ ۵- سبک شناختی و ۶- گفتار ناسازگارانه. نتایج تحلیل‌های گلیام (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که تمام شش خرده‌مقیاس از اعتبار، روایی و حساسیت خوبی برای شناسایی افراد مبتلا به اوتیسم برخوردارند (مینائی و ناظری، ۱۳۹۷). تست گارز بر روی نمونه‌ای شامل ۱۰۹۲ نفر از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جوان ایالت متحده آمریکا و کانادا مورد آزمایش قرار گرفته و استاندارد شده است (دقیقی، پوشنه و جعفری، ۱۳۹۱). قابلیت اتکاء به آن با استفاده از تکنیک

ابزار
ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر به شرح زیر است:
مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام^۱ (گارز): این مقیاس که توسط گیلیام (۲۰۱۴) ساخته شده متشکل از ۵۶ سؤال است که در یک مقیاس چهار امتیازی لیکرت از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. گارز-۳ دارای شش خرده‌مقیاس

^۱ - GARS-3

استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای رفتارهای قالبی-کلیشه‌ای ۰/۸۵۵؛ پایایی متغیر ارتباط اجتماعی ۰/۹۱۶ و پایایی تعامل اجتماعی ۰/۹۱۱ به دست آمد. این شاخص‌ها نشان‌دهنده اعتبار بسیار مطلوب پرسشنامه‌ی گارز (گیلیام) است. جهت محاسبه روایی، از نظر روان‌شناسان و متخصصان استفاده گردید. نتایج نشان‌دهنده این است که پرسشنامه از روایی صوری و محتوایی مطلوب و مناسب برخوردار است.

یافته‌ها

پژوهش حاضر شامل ۱۶ دانش‌آموز درخودمانده ۱۲-۷ سال با میانگین سنی ۹/۷ و انحراف معیار ۱/۶۹ است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار در نمرات ارتباط اجتماعی نشان داده شده است.

آلفای کرونباخ تعیین و مطالعات انجام شده نمایانگر ضریب آلفای ۰/۹۰ برای رفتارهای کلیشه‌ای، ۰/۸۹ برای ارتباط، ۰/۹۳ برای تعامل اجتماعی، ۰/۸۸ برای اختلالات رشدی و ۰/۹۶ در نشانه‌شناسی درخودماندگی است. هم‌چنین طی مطالعه‌ای در آمریکا اعتبار و پایایی مقیاس گارز بر روی ۱۳۴ کودک درخودمانده انجام شد، نتایج ضریب اعتبار بالای ۰/۹۰ را برای این ابزار اعلام کرد (ایوس و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز احمدی (۱۳۹۰) ضرایب همبستگی این پرسش‌نامه ۰/۸۰ به دست‌آوردند. مینایی و ناظری (۱۳۹۷) نیز نشان دادند خرده مقیاس‌ها و هم‌چنین کل مقیاس گارز-۳ از اعتبار بالایی برخوردارند. هم‌چنین شواهد حاصل از منابع و تحلیل‌های مختلف حاکی از روایی محتوا، همگرا و سازه گارز-۳ است. در پژوهش حاضر، پایایی هر یک از متغیرهای پژوهش با

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات ارتباط اجتماعی

گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف میانگین
پیش‌آزمون	۲۲/۱۲۵	۱۰/۳۸۵	۲/۵۹۶
پس‌آزمون	۱۶/۸۷۵	۱۱/۲۳۰	۲/۸۰۷

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار ارتباط اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون ۲۲/۱۲۵ و ۱۰/۳۸۵ و در مرحله پس‌آزمون دارای میانگین ۱۶/۸۷۵ و انحراف معیار ۱۱/۲۳۰ است. با توجه به این اطلاعات، توزیع متقارن است. نتایج

جدول ۳ نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای نمرات ارتباط اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه آزمایش	تعداد آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱۶	۰/۶۷۴
پس‌آزمون	۱۶	۰/۹۸۷

همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل آماری آزمون T برای نمرات ارتباط اجتماعی در پیش-آزمون و پس‌آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

بر اساس نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف چون سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ توزیع نمرات این متغیر نرمال است. نتایج آزمون همبستگی نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارتباط اجتماعی ($p = 0/001$ و $r = 0/749$).

جدول ۵ نتایج تحلیل آماری آزمون T همبسته برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در ارتباط اجتماعی

گروه آزمایش	تعداد	میانگین تفاوت	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	تفاوت میانگین با اطمینان در سطح ۰/۹۵	T	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۶	۵/۲۵۰	۷/۶۹۸	۱/۹۲۴	پایین بالا	۲/۷۲۸	۱۵	۰/۰۱۶
					۱/۱۴۷			
					۹/۳۵۲			

میانگین نمرات تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارتباط اجتماعی در گروه آزمایش ۵/۲۵۰ است. با توجه به نتایج تحلیل آماری می‌توان نتیجه گرفت که تکنیک‌های رفتار درمانی باعث بهبودی ارتباط اجتماعی دانش‌آموزان درخودمانده می‌شود. در جدول ۶، میانگین و انحراف معیار نمرات تعامل اجتماعی نشان داده شده است.

نتایج جدول ۵، تحلیل آماری مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارتباط اجتماعی نمایش داده می‌شود. هنگامی که نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارتباط اجتماعی از طریق آزمون T همبسته مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد که میانگین نمرات ارتباط اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر آماری معنادار شده است ($P < 0/016$ و $df = 15$ و $T = 2/728$).

جدول ۶ میانگین و انحراف معیار نمرات تعامل اجتماعی

گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف میانگین
پیش‌آزمون	۲۱/۰۶۲	۱۰/۶۲۹	۲/۶۵۷
پس‌آزمون	۱۳/۰۰۰	۱۰/۵۷۰	۲/۶۴۲

که میانگین تعامل اجتماعی در پیش‌آزمون بالاتر از پس‌آزمون است. نتایج نشان می‌دهد که آموزش تکنیک‌های رفتاری (۹ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای در طی ۲ ماه) توانسته، تعامل اجتماعی هر یک از دانش‌آموزان را بهبود بخشد. بر اساس نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای نمرات تعامل اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

در جدول ۶، میانگین تعامل اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون ۲۱/۰۶۲ و انحراف معیار آن ۱۰/۶۲۹ و دارای چولگی و کشیدگی منفی و در مرحله پس‌آزمون دارای میانگین ۱۳/۰۰۰ و انحراف معیار ۱۰/۵۷۰ و چولگی مثبت و کشیدگی منفی است. با توجه به این اطلاعات، توزیع متقارن است. نتایج حاصل از جدول نشان می‌دهد

چون سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ توزیع نمرات این متغیرها نرمال است. نتایج ضریب همبستگی تعامل اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعامل اجتماعی

جدول ۷ نتایج تحلیل آماری آماری آماری مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تعامل اجتماعی

گروه آزمایش	تعداد	میانگین تفاوت	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	تفاوت میانگین با اطمینان ۰/۹۵	T	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۶	۸/۰۶۲	۶/۷۰۷	۱/۶۷۶	پایین بالا	۴/۸۰۸	۱۵	۰/۰۰۰
					۴/۴۸۸ ۱۱/۶۳۶			

جدول ۷، نتایج تحلیل آماری مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعامل اجتماعی نمایش داده می‌شود. هنگامی که نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعامل اجتماعی از طریق آزمون T همبسته مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد که میانگین نمرات تعامل اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر آماری معنادار شده است ($T = 4/808$, $df = 15$ و $P < 0/000$). میانگین نمرات تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعامل اجتماعی در گروه آزمایش ۸/۰۶۲ است. با توجه به نتایج تحلیل آماری می‌توان نتیجه گرفت که تکنیک‌های رفتار درمانی باعث بهبودی تعامل اجتماعی دانش‌آموزان درخودمانده می‌شود.

بهبودی و افزایش ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی دانش‌آموزان درخودمانده مؤثر است. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات پوشنه و صیام پور (۱۳۹۳)؛ بیرمی‌نیا و مظفری توکلی (۱۳۹۵)؛ بهمنی، نعیمی و رضایی (۱۳۹۷) همسو و همخوان است. سیزو و کوپیر^۱ (۲۰۱۷) نیز در تحقیقی نشان داد که فنون رفتاری روش اصلی درمان رفتار نابهنجار در کودکان مبتلا به درخودماندگی است. زاجاری^۲ (۲۰۱۴) نیز نشان دادند مداخلات رفتاری در دانش‌آموزان درخودمانده باعث کاهش درشدت درخودماندگی، رشد در سطوح شناختی و انطباقی می‌شود؛ که مطابق و هم جهت با نتایج این پژوهش است.

مشخصه درخودماندگی، محدودیت شدید و بنیادی در چندین زمینه مهم رشد مانند تعامل و ارتباط و همچنین رفتار متقابل اجتماعی و توانایی بهره‌گیری از تخیلات است. دشواری در تعامل متقابل اجتماعی اغلب قابل توجه‌ترین جنبه اوتیسم است. بسیاری از کودکان مبتلا به اوتیسم هیچ‌گونه رابطه متقابل احساسی یا اجتماعی از

بحث
پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های رفتاردرمانی در بهبودی و افزایش ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی دانش‌آموزان درخودمانده انجام شد. نتایج نشان داد که تکنیک‌های رفتاردرمانی در

^۱- Sizoo & Kuiper

^۲- Zachary

خود نشان نمی‌دهند و به شکل خودانگیخته در شادی‌های خود با والدین شریک نمی‌شوند یا برای راحتی آن‌ها را بروز نمی‌دهند. کودکان مبتلا به اوتیسم همیشه به کودکان هم سن خود علاقه نشان نمی‌دهند؛ اما حتی اگر علاقه نیز نشان دهند معمولاً در دوست‌یابی و حفظ دوستان خود دچار مشکل می‌باشند. افراد مبتلا به اوتیسم برای توانایی حرف زدن دچار تأخیر می‌باشند یا فاقد آن هستند و آن را با استفاده از دیگر راه‌های غیرکلامی برقراری ارتباط جبران نمی‌کنند. این در صورتی است که بسیاری از کودکان مبتلا به درخودماندگی می‌توانند با تلاش‌های آموزشی زود هنگام، درست برنامه‌ریزی شده و طراحی شده برای هر فرد در یک محیط مناسب ویژه رشد قابل ملاحظه‌ای داشته باشند؛ و یکی از اهداف اصلی کمک به کودک برای تکامل برقراری ارتباط و تعامل است (زاندر، ۱۳۹۴).

رفتاردرمانی نام مجموعه‌ای از انواع روش‌های درمانی است که در درمان اختلالات ذهنی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این نوع درمان برای شناسایی و کمک به تغییر رفتارهای ناسالم یا خودتخریبی بالقوه و نهادینه در فرد به کار می‌رود. رفتاردرمانی بر اساس این نظریه عمل می‌کند که تمامی رفتارها فرا گرفته می‌شوند و رفتارهای ناسالم می‌توانند تغییر پیدا کنند. تمرکز این نوع درمان اغلب بر مشکلات جاری و چگونگی تغییر دادن آن‌ها است. رفتاردرمانی روش‌های متفاوتی برای پاسخ مثبت دادن به موقعیت‌های گوناگون به کودکان آموزش می‌دهد. یکی از بخش‌های اصلی این روش عبارت است از جایزه دادن به رفتار مثبت و تنبیه کردن رفتار منفی. همچنین رفتاردرمانی از تکنیک‌هایی مانند حساسیت‌زدایی منظم، آرامیدگی، مواجهه درمانی، تمرین رفتاری (ایفای نقش،

تقلید)، ابراز وجود جهت درمان استفاده می‌کند. رفتاردرمانی با درگیر سازی کودک به انجام فعالیت‌های مفرح با در اختیار گرفتن فضای درمانی، توجه را به برقراری ارتباط متمرکز کرده و در طی این فرایند رفتارهای کلیشه‌ای کودک در زمان رفتاردرمانی جهت یافته و در مسیری هدایت می‌شود و کودک با آرامش و اعتماد به نقش بیشتری به فعالیت می‌پردازد و در نتیجه به کاهش رفتار کلیشه‌ای به معنای توانایی تغییر در الگوهای روزمره زندگی، کنترل رفتار منجر می‌شود. همچنین کودک با درگیر شدن با این روش از طریق بازی‌ها و فعالیت‌های تقلیدی متقابل کودک در تعامل اجتماعی با طرف مقابل خود قرار می‌گیرد و این گونه تبادلات موجب ایجاد فرصت‌هایی می‌شود که دو طرف می‌توانند در طول برقراری ارتباط گفتاری با هم استفاده نمایند و این راهبرد مهم و اثرگذار در گسترش واژگان کودکان محسوب می‌شود و می‌تواند با افزایش مهارت‌های ارتباطی روبرو شود (پوشنه و همکاران، ۱۳۹۳). در تبیین این فرضیه می‌توان گفت دانش‌آموزان درخودمانده مشکلات زیادی را در زمینه‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی، تعامل اجتماعی یا پاسخ‌دهی اجتماعی و همچنین فعالیت‌های محدود شده، تکراری و قالبی دارند.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که دانش‌آموزان درخودمانده در این زمینه‌ها دچار آسیب و نقص می‌باشند و از طریق آموزش در کنترل رفتارهای آسیب‌رسان آن‌ها می‌توان بهبودی حاصل کرد، لذا آن‌ها خواهند توانست خود را با محیط سازش داده و از روابط مفید و انسانی و اجتماعی برخوردار شوند. دانش‌آموزان درخودمانده در سایه‌ی

References

- Ahmadi S, Safari T, Hemmatian M, Khalili Z. (2011). The Psychometric Properties of Gilliam Autism Rating Scale (GARS). *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 1(1), 87-104.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Translated by Farzin Rezaei et al., Tehran: Arjmand Publications. (In persian)
- Baghban-Vahidy M, Hossein Khanzadeh AA, Nedaei N. (2017). The effect of effective communication skills training on mothers of children with autism on improving their children's social skills. *Journal of Disability Studies*, 7, 1-7. (In persian)
- Bahmani M, Naeemi E, & Rezaei S. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral games intervention program on social and emotional skills of children with autism with high performance. *Clinical Psychology Studies*, 8 (31), 176-157. (In persian)
- Behzadfar M, Tahmasebi A. (2013). Identify and evaluate the components that affect social interactions, consolidation and development of citizenship relations in urban streets. *Nazar Garden*, 25 (10), 17-28. (In persian)
- Bhat S, Acharya U, Adeli H, Bairy G, Adeli A. (2014). Autism: cause factors, early diagnosis and therapies. *Rev Neurosci*, 25(6): 841-50.
- Bimini Nia S, Manzari Tavakoli V. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy in the social anxiety of children with autism. *Second National Conference on New Research in Humanities and Social Studies of Iran*, 1-4. (In persian)
- Dalvand H, Dehghan L, Faizi A, & Hosseini SA. (2009). Investigating the effect of homeopathic lavage treatment approach on improving social interactions, speech and language, play and behavioral skills, and the severity of childhood illness. *New Rehabilitation*, Tehran University of Medical Sciences, 3 (1 and 2), 12-16. (In persian)

برنامه‌ی آموزشی تا حدودی می‌توانند به زندگی کامل‌تر و از نظر شخصی رضایت بخش‌تری دست یابند؛ آن‌ها می‌توانند شناخت بهتری از مسائل خود به دست آورده و سازگاری بیشتری از خود نشان دهند؛ از نظر اجتماعی تا حدودی پیشرفت کنند. این امور خود موجب سازگاری مطلوب و توانمند شدن فرد برای زندگی شادتر و سالم‌تر می‌شود. زمانی که یک کودک درخودمانده با آموزش مناسب بر رفتار خود کنترل پیدا کند قادر خواهد بود با موقعیت‌های مختلف سازش بهتری پیدا کند. این نتایج با مطالعات صورت گرفته در این زمینه همخوانی دارد که دانش‌آموزان درخودمانده با یک برنامه منظم و تدوین شده با شرایط آنان موفقیت بیشتری کسب می‌کنند. پژوهش حاضر از برخی جهات با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که از جمله بارزترین آن می‌توان به این نکته اشاره داشت که حفظ رفتار ارتباطی و تعامل اجتماعی به تقویت پیوسته برخی پاسخ‌های رفتاری بستگی دارد و مشخص نیست اثربخشی آموزش بعد از پایان آموزش با تکنیک‌های رفتاردرمانی تداوم داشته یا خیر. لذا به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که تأثیر تکنیک‌های رفتاردرمانی را در مقایسه با سایر روش‌های درمانی در درمان درخودماندگی مورد مطالعه قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود تا معلمان این دانش‌آموزان با نظارت روان‌شناس متخصص امر در برنامه‌ی آموزشی خود تغییرات لازم را ایجاد نمایند و از نتایج این پژوهش در آموزش‌های خود بهره ببرند.

سپاسگزاری

از مادران و کودکان عزیزی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند، بسیار سپاسگزاریم.

- Dehkordi AA, Alipour A, Zare H, Shahidi GA, & Barghi Irani Z. (2013). Effectiveness of Elderly Behavior Therapy on General Health Components of Parkinson's Disease. *Quarterly Journal of Modern Psychological Research*, 8 (30), 97-122. (In persian)
- Eaves L, Silberg J, Erkanli A. (2003). Resolving multiple epigenetic pathways to adolescent depression. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 44(7), 1006-1014.
- Ghahari Sh. (2015). Behavioral therapy techniques. Tehran: Qatreh Publications. (In persian)
- Ghasemi S, Amin Yazdi SA, Mashhadi A. (2017). Preliminary study of the effectiveness of the evolutionary model of individual differences based on the relationship between improved language acquisition in children with autism spectrum disorder. *Journal of Exceptional Children*, 17 (2), 88-96. (In persian)
- Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM, Gomes PTM. (2015). Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*, 91(2), 111-21.
- Hallahan D, Kauffman J. (2006). Exceptional learners: introduction to special education.
- Kahrazi F, Danesh E, Haidarzagdegan A. (2012). The effectiveness of cognitive therapy behavior in reducing the psychological symptoms of cancer patients. *Zahedan Medical Sciences Research Journal*, 14 (2), 112-116. (In persian)
- Khan TM. (2010). The effects of multimedia learning on children with different special education needs. *Procedia Soc Behav Sci*, 2(2), 4341-5.
- Koegel LK, Singh AK, Koegel RL. (2010). Improving motivation for academics in children with Autistic. *Journal of Autistic Developmental Disorder*, 40(4), 57-66.
- Levit-Binnun N, Davidovitch M, Golland Y. (2013). Sensory and motor secondary symptoms as indicators of brain vulnerability. *J Neurodev Disord*, 5(1), 26.
- Minaei A, Nazeri S. (2018). Gilliam Autism - Third Edition (Garz-3) in People with Autism: A Preliminary Study. *Journal of Exceptional Children*, 18 (2), 113-122. (In persian)
- Mohammadi-Jahromi L, Inalo S, Reisi H. (2017). Investigating the prevalence of autism in children with epilepsy who refer to Imam Reza Clinic and compare it with the control group (non-epileptic children with epilepsy). *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*, 25 (3), 170-162. (In persian)
- Pushneh K, Siampour N, Abedi M. (2014). The effect of cross-imitation training method on improving children's symptoms with autism. *Quarterly Journal of Exceptional People*, 4(16), 1-19. (In persian)
- Rangani A, Hemmati-Alamdar G, Shojaei S, Asghari N. (2015). The effectiveness of puppet play therapy intervention on the social skills of male students with autism. *Journal of Exceptional Psychology*, 5 (20), 73-92. (In persian)
- Sadok, Benjamin James and Sadok, Virginia E. (2018). *Psychological Summary of Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, translated by Farzin Rezaei, Tehran: Arjmand Publications. (In persian)
- Sizoo BB, Kuiper E. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil*, 64, 47-55.
- Snow MS, Gore B, Seale HA. (2007). A comparison of behaviors and play themes over a six-week period: Two case studies in play therapy. *International Journal of PlayTherapy*, 16, 147-159.
- Weitlauf AS, Mcpheeters ML, Peters B, Sathe N, Travis R, Aiello R, et al. (2014). Therapies for children with Autism Spectrum Disorder: Behavioral Interventions Update. Agency for Health care Research and Quality.
- Wing L. (2002). *The Autistic Spectrum: A Guide for Parents and Professionals*. Robinson.
- Zachary W. (2014). *Therapies for Children With Autism Spectrum Disorders. Comparative Effectiveness Reviews*, 26.
- Zander E. (2016). *Introduction to Autism*. Translated by Behnam Kliki, Tehran. (In persian)