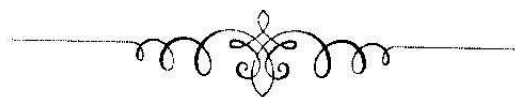


اتیسم، کودکان و مهارت‌های اجتماعی



مریم لازار

www.ketab.ir

سرشناسه

: لازار، مریم، ۱۳۵۷-

عنوان و نام پدیدآور

: اتیسم، کودکان و مهارت‌های اجتماعی / مریم لازار.

مشخصات نشر

: تهران: کیان ادب، ۱۴۰۰.

مشخصات ظاهری

: ۱۲۵ص: جدول؛ ۵/۲۱×۱۴/۵س.م.

شابک

: ۹۷۸-۶۲۲-۹۴۲۲۲-۵-۰ ریا

وضعیت فهرست نویسی

: فیبا

یادداشت

: کتابنامه : ص. ۱۲۲ - ۱۲۵.

موضوع

: کودکان در خود مانده -- ایران -- آموزش و پرورش -- گزارش‌های بالینی

Autistic children -- Education -- Iran -- Case studies

کودکان در خودمانده -- ایران -- توانبخشی -- گزارش‌های بالینی

Autistic children -- Rehabilitation -- Iran -- Case studies

طیف اختلالات در خودماندگی کودکان -- ایران -- گزارش‌های بالینی

Autism spectrum disorders in children -- Iran -- Case studies

مهارت‌های اجتماعی در کودکان -- ایران -- نمونه پژوهی

Social skills in children -- Iran -- Case studies

رده بندی کنگره

: ۶۲۰.۹۲

رده بندی دیویی

: ۶۱۸.۸۸۲/۶۱۸

شماره کتابشناسی ملی

: ۸۷۰۵۶۹۷

اطلاعات رکورد

: فیبا

کتابشناسی



شناسنامه

اتیسم، کودکان و مهارت‌های اجتماعی

مریم لازار

۹۷۸ - ۶۲۲ - ۹۴۲۲۲ - ۵ - ۰

قیمت: ۶۰۰۰۰۰ ریا

تیراژ: ۵۰۰ جلد

زمستان ۱۴۰۰

نشانی مرکز نشر و پخش:

۱- تهران - میدان ولیعصر - خیابان کرم خان - خیابان شاداب - شماره ۵۲

۲- تهران - چهارصد دستگاه نازی آباد - مجتمع آموزشی دکتر شریعتی - دبیرستان دکتر شریعتی

۰۹۱۲۶۱۷۳۳۶۱ و ۰۲۱۵۵۶۴۴۴۸۵

فهرست کتاب

- ۹..... **جستار اول: درباره کتاب**
- ۹-۱-۱- مدخل..... ۹
- ۹-۲-۱- مفاهیم اساسی و تعاریف..... ۱۹
- ۲۲..... **جستار دوم: مبانی نظری و تگاهی به پژوهش های پیشین**
- ۱-۲-۱- مدخل..... ۲۳
- ۲-۲- تاریخچه اتیسم..... ۲۳
- ۳-۲- استفاده از اصطلاح اختلالات طیف اتیسم به عنوان یک طبقه تشخیصی..... ۲۵
- ۱-۳-۲- اختلالات طیف اتیسم در ویرایش مختلف کتاب راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی..... ۲۷
- ۲-۳-۲- ویژگی های اختلالات طیف اتیسم در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی - ویرایش چهارم (DSM - IV)..... ۲۹
- ۴-۲- تعریف اختلالات طیف اتیسم..... ۳۱
- ۵-۲- توزیع جنسیتی..... ۳۲
- ۷-۲- نارسایی های همراه با اختلالات طیف اتیسم..... ۳۳
- ۱-۷-۲- تشنج و صرع..... ۳۴
- ۲-۷-۲- بیماری های جسمی:..... ۳۴
- ۳-۷-۲- سندرم X شکننده:..... ۳۵
- ۴-۷-۲- توبروز اسکروزیس..... ۳۵
- ۵-۷-۲- ناتوانی هوشی..... ۳۵
- ۶-۷-۲- سندرم توره..... ۳۶
- ۷-۷-۲- کمی توجه و بیش فعالی..... ۳۶

- ۳۷ ۸-۲- سبب شناسی
- ۳۸ ۸-۲-۱- عوامل زیستی
- ۳۸ ۸-۲-۲- عوامل ژنتیک
- ۳۹ ۸-۲-۳- عوامل نورواناتومی
- ۴۱ ۸-۲-۴- عوامل بیوشیمیایی
- ۴۱ ۹-۲- خصوصیات و ویژگی‌های بالینی کودکان اتیسیک
- ۴۱ ۹-۲-۱- نقص در تعاملات اجتماعی
- ۴۵ ۹-۲-۲- مشکلات پردازش شنیداری
- ۴۷ ۹-۲-۳- مشکلات ارتباطی
- ۴۹ ۹-۲-۴- بازی‌ها و رفتارهای کلیشه‌ای
- ۵۰ ۹-۲-۵- مشکلات حسی
- ۵۱ ۹-۲-۶- رفتارهای خودآزارانه
- ۵۳ ۹-۲-۱۰- ویژگی‌های شناختی کودکان اتیسیک
- ۵۳ ۹-۲-۱۰-۱- اختلال توجه
- ۵۵ ۹-۲-۱۰-۲- تعریف و انواع توجه
- ۵۶ ۹-۲-۱۰-۳- توجه اشتراکی در کودکان طیف اتیسم
- ۹-۲-۱۰-۴- فرضیه‌های مبتنی بر نارسایی ادراکی-شناختی کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم
- ۵۷ ۹-۲-۱۰-۵- اتاق تاریک
- ۶۰ ۹-۲-۱۱- مهارت اجتماعی
- ۶۰ ۹-۲-۱۱-۱- تعریف مهارت اجتماعی
- ۶۱ ۹-۲-۱۱-۲- درک ارتباط
- ۶۲ ۹-۲-۱۱-۳- چگونه کودک مهارت‌های ارتباطی را فرا می‌گیرد؟
- ۶۲ ۹-۲-۱۱-۴- کسب مهارت‌های اجتماعی در کودکان اتیسم

- ۶۳..... ۵-۱۱-۲ مهارت های اجتماعی از چه اجزایی تشکیل شده اند؟
- ۶۵..... ۶-۱۱-۲ روابط اجتماعی در کودکان اتیستیک
- ۶۶..... ۷-۱۱-۲ تقویت مهارت های اجتماعی:
- ۶۸..... ۱۲-۲ مداخله و انواع آن
- ۶۸..... ۱-۱۲-۲ تعریف مداخله
- ۶۸..... ۲-۱۲-۲ طبقه بندی برنامه های مداخله ای
- ۶۸..... ۳-۱۲-۲ برنامه های قرار گرفته در حیطه روانی - آموزشی
- ۷۰..... ۱۳-۲ تحلیل رفتار کاربردی در کودکان اتیستیک (ABA)
- ۷۱..... ۱-۱۳-۲ هدف از کاربرد ABA برای کودک اتیستیک
- ۷۲..... ۲-۱۳-۲ چگونه ABA بر یادگیری کودک تأثیر می گذارد:
- ۷۴..... ۳-۱۳-۲ اجزاء ABA
- ۷۵..... ۴-۱۳-۲ نکات مورد نظر در طرح محرک های تکمیلی:
- ۷۷..... ۵-۱۳-۲ انواع اشاره ها در برنامه ABA
- ۷۹..... ۱۴-۲ مروری بر پژوهش های انجام شده:
- ۷۹..... ۱-۱۴-۲ پژوهش های داخلی:
- ۸۳..... ۲-۱۴-۲ پژوهش های خارجی:
- ۹۰..... **جستار سوم: روش شناسی تألیف**
- ۹۱..... ۱-۳ روش پژوهش:
- ۹۱..... ۲-۳ جامعه ی آماری:
- ۹۲..... ۴-۳ ابزارهای گردآوری داده ها:
- ۹۴..... ۶-۳ چگونگی اجرای روش (ABA):
- ۹۵..... ۳-۶-۱ خلاصه جلسات آموزش توجه با استفاده از فنون ABA
- ۹۷..... ۳-۶-۲ خلاصه جلسات آموزش مهارت های اجتماعی با استفاده از فنون ABA

۱-۱- مدخل

کتاب حاضر، با هدف بررسی اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی (ABA)، بر میزان توجه و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اتیسم دوره‌ی ابتدایی بود. روش تحقیق از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دارای اتیسم دوره ابتدایی یکی از مراکز آموزش استثنایی در ایران (سال تحصیلی ۱۳۹۶/۱۳۹۷) می‌باشند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کانرز والدین (۱۹۹۹) و پرسشنامه مهارت اجتماعی گرشام و الیوت فرم معلم استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار و به منظور پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و نرم افزار SPSS-16 استفاده شد. نتایج نشان داد که روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA) بر میزان توجه کودکان اتیستیک مؤثر است. همچنین روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA) بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان اتیستیک مؤثر است.

اختلال طیف اتیسم، یک اختلال عصبی - رشدی پیچیده است که بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی، با معیارهایی همچون نقص در ارتباطات و تعاملات اجتماعی و علایق، رفتارها و حرکات محدود و کلیشه‌ای شناخته می‌شود (صمدی، ۱۳۹۰).^۱

از زمانی که برای اولین بار در سال ۱۹۴۳ یک روانپزشک اتریشی به نام لئو کانر در مقاله معروف خود به توصیف و معرفی این کودکان پرداخت تا زمان حال، آنچه مورد توافق بیشتر پژوهشگران حوزه اختلال اتیسم قرار گرفته، این است که یکی از آسیب‌های اساسی در کودکان اتیستیک، نقص در توجه و مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. (صمدی، ۱۳۹۰).

الگوی نقص توجه در این کودکان از سایر کودکان دارای اختلالات بیش فعالی، کمبود توجه و اختلالات مربوط به دوران طفولیت که به نوعی دارای مشکلات توجه می‌باشند، متمایز است. این کودکان به دلیل مشکلاتی که در توجه به محرک‌ها نشان می‌دهند به وضوح دچار فراموشی شده با از توجه به محرک‌ها اجتناب می‌کنند یا به طور افراطی بر یک محرک تمرکز نشان می‌دهند. بسیاری از این کودکان گاهی به طور گزینشی از محرک‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند زیرا نمی‌توانند بین معانی آنها وحدتی ایجاد نمایند. رشد توجه با پردازش اطلاعات در کودکان در مهارت‌های شناختی، خود تنظیمی و رشد اجتماعی ارتباط نزدیکی دارد. به‌طور کلی توجه ممکن است به عنوان یک مهارت کلیدی عمل کند، به این معنی که دستیابی به این حوزه از رشد، دستاوردهای جانبی بسیاری را برای کودک به ارمغان می‌آورد.

مهارت‌های اجتماعی نیز در کودکان اتیسم با مشکلات متفاوتی همراه است از جمله می‌توان به اشکال در برقراری ارتباط متقابل، ارتباط چشمی، توانایی به اشتراک گذاشتن شادی‌ها و همدلی اشاره نمود برای این که افراد اتیسم به راحتی بتوانند در محیط و جامعه خود زندگی کنند، در زمینه مهارت‌های اجتماعی نیاز به حمایت دارند.

در سطح بین الملل نیز گستره‌ای از روش‌های خاص برای ارائه خدمات مختلف به افراد دارای اختلالات طیف اتیسم تدوین شده و در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد. با اعتماد کامل می‌توان گفت که بعضی از این روش‌ها برای بعضی از افراد طیف اتیسم مفید بوده و کارایی دارد. (مک کانکی، ۲۰۱۱).^۱

روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA)، به کمک تجزیه رفتار کودک به گام‌ها و مراحل کوچک و ساده، رفتار مورد نظر را فراخانی توجه کودک اتیستیک می‌نماید. در ابتدا، آموزش از اجزاء و مراحل ساده تشکیل شده است، با افزایش دامنه توجه کودک، گام‌ها و مراحل، بزرگتر و طولانی‌تر می‌شود.

بنابراین روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA)، به دلیل استفاده از تقویت‌کننده‌ها بعد یادگیری هر گام توسط کودک، انگیزه او را برای یادگیری و ورود به گام‌ها و مراحل

بعد و کسب رفتارهای پیچیده‌تر افزایش می‌دهد. این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA)، بر توجه و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اتیسم، این فرضیه که روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA)، بر توجه و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اتیسم موثر است، را مورد آزمون قرار داده است. اختلال طیف اتیسم یک اختلال عصبی رشدی است که با ویژگی‌هایی چون کاستی در برقراری ارتباط و زبان، مشکل در رفتارهای اجتماعی و انجام حرکات تکراری و کلیشه‌ای مشخص می‌شود. بر اساس راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، این اختلال با دو معیار کلی نقص در ارتباطات و تعاملات اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری، علایق با فعالیت‌های محدود شده و تکراری معرفی شده است. میزان شیوع این اختلال روز به روز در حال افزایش است. به طوری که طبق آخرین گزارش‌ها، شیوع آن به ۱ در ۶۸ نفر رسیده است. در ایران هم «صمدی» و «مک کانکی» طی پژوهشی میزان شیوع اتیسم را در کودکان ایرانی ۹۵/۲ در ۱۰ هزار نفر گزارش کرده‌اند. اختلال اتیسم در سنین پیش دبستانی یعنی هنگامی که آسرها، زبان و شناخت قابل شناسایی هستند تشخیص داده می‌شود. نشانه‌های اتیسم را می‌توان در دو سال اول زندگی مشاهده کرد (استون، ۱۹۹۷).

مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و مراقبت از خود، در کودکان اتیستیک معمولاً با افزایش سن، افزایش می‌یابد ولی در مقایسه با کودکان بهنجار همواره تأخیر وجود دارد. گاهی ممکن است این پیشرفت تا بزرگسالی ادامه یابد و با رفتارهای پرخاشگرانه، اضطراب و افسردگی و رفتارهای نامناسب جنسی همراه شود.

کودکان دارای اختلال اتیسم در مهارت‌های ارتباطی نیز (هم کلامی و هم نوشتاری) مشکل دارند. آنها نمی‌دانند که ارتباط، چگونه برقرار می‌شود و چه اهمیتی دارد. همچنین، آنان غالباً در شروع ارتباط و برقراری ارتباط متقابل مشکل دارند. بسیاری از آنها نیز واجد مشکلات گفتاری هستند و ممکن است هیچ‌گاه در طول زندگی خود صحبت نکنند و یا در سخن گفتن، تأخیر داشته باشند. بعضی از این کودکان ممکن است از توانایی کلامی

به نحو نادرست استفاده کنند. مثلاً هر کلمه و یا جمله‌ای را که به آنها گفته می‌شود تکرار می‌کنند. (تکرار طوطی‌وار) و یا فقط از کلمات یکنواخت برای برقراری ارتباط استفاده می‌کنند. البته باید یادآور شد که مشکلات ارتباطی می‌توانند باعث بروز ناهنجاری‌های رفتاری شوند، مثلاً کودکی که قادر نیست نیاز خود را بیان کند ممکن است شروع به فریاد کشیدن و یا به خود آسیب برساند.

طبق تعریف انجمن روان پزشکان آمریکا، این اختلالات با آسیب شدید و نافذ در چندین جنبه رشد از جمله مهارت‌های تعامل اجتماعی متقابل، مهارت‌های ارتباطی یا وجود رفتار، علائق و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شوند. آسیب‌های کیفی که مشخصه این اختلال‌ها هستند به طور مشخص نسبت به سطح رشد و یا سن عقلی فرد انحراف دارند. این اختلالات شامل: اختلال اتیسم، اختلال رت، اختلال از هم گسیختگی دوران کودکی، اختلال آسپرگر و اختلال رشدی فراگیر که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است می‌باشد و معمولاً در اولین سال‌های زندگی آشکار می‌شوند و اغلب با درجاتی از عقب ماندگی ذهنی همراه هستند و گاهی اوقات نیز با نارسایی‌هایی مانند: ناهنجاری‌های عضوی کروموزومی، عفونت‌های مادرزادی، ناهنجاری‌های ساختاری سیستم عصبی مرکزی ظاهر می‌شوند.

مهارت‌های اجتماعی توانمندی‌هایی است که برای اجتماعی شدن و تعاملات معنادار اجتماعی مورد نیاز هستند، بدین صورت که افراد از طریق این مهارت‌ها شروع به برقراری ارتباط کرده، آن را حفظ می‌کنند و به درکی از تبادلات اجتماعی دو طرفه نایل می‌شوند (کاتاگنو^۱، ۲۰۰۹).

مهارت‌های اجتماعی در کودکان اتیستیک با مشکلات متفاوتی همراه است که از جمله می‌توان به اشکال در برقراری روابط متقابل، ارتباط چشمی، توانایی به اشتراک گذاشتن شادی‌ها و همدلی اشاره کرد. کودکان اتیستیک دارای تعاملات کمتری با همسالان‌شان هستند (بیلینی، ۲۰۰۴).

حتی آنان که دارای اتیسم با شدت بیشتری هستند، به اعضای خانواده‌شان علاقه اندکی نشان می‌دهند (مش و بارکلی، ۲۰۰۶). در واقع، افراد اتیسم در پردازش و

یکپارچه سازی اطلاعات محیطی، ایجاد و حفظ روابط اجتماعی با دیگران شرکت در محیط جدید و به خصوص در مهارت های اجتماعی که شامل شروع تعامل اجتماعی، حفظ روابط متقابل، شریک کردن دیگران در خوشی ها و درک دیدگاه شخصی دیگران است، مشکل دارند. نقص در عملکردهای اجتماعی نتایج زیانباری دارد که می توان به ضعف در پیشرفت تحصیلی، شکست های اجتماعی، طرد همسالان، اضطراب، افسردگی، مورد سوء استفاده قرار گرفتن و ایجاد مانع برای ارتباطات اجتماعی اشاره کرد که اغلب موجب انزوای اجتماعی می گردد (بیلینی و همکاران، ۲۰۰۷).

نقص در مهارت های اجتماعی می تواند زمینه ساز اختلال های رفتاری و ارتباطی باشد. اختلال های رفتاری که در این کودکان دیده می شود، عبارتند از: کج خلقی، خود آزاری، خراب کردن وسایل، رفتارهای کلیشه ای و تکراری و آشغال خوری که این رفتارها با بالا رفتن سن کودک برای او مشکل ساز خواهد شد.

تحقیقات بسیاری در مورد اختلال توجه در کودکان اتیستیک انجام شده است. مطالعات اولیه بر روی این کودکان بیانگر نوعی نقص در توانایی تعدیل و یا متعادل کردن شدت برانگیختگی در زمان مواجه با محرک ها می باشد. آنها ممکن است در مقابل محرک های دیداری و یا شنیداری خاص به طور افراطی یا نفریطی برانگیختگی شوند.

بسیاری از کودکان اتیستیک در موقعیت یادگیری تنها به جزء یا نشانه ای از مجموع نشانه ای از مجموع نشانه های موجود در یک محرک توجه یا تمرکز افراطی نشان می دهند. لواس^۱ و همکاران (۱۹۷۹)، این تمرکز زیاد و بیش از اندازه آنها تنها بر یک جزء از اجزاء یک پدیده عامل باز دارنده ای است در راه تغییر توجه آنها از یک محرک به محرک دیگر.

در حالی که هنوز درمان مشخصی برای اتیسم پیدا نشده است ولی روش های درمانی مناسبی وجود دارند که با آنها می توان به این کودکان کمک کرد تا از توانایی های بیشتری بهره مند شوند. این روش های درمانی علاوه بر این که کمک می کنند تا رفتارهای اختلالی کودک کم شوند، همچنین کارهای استقلال را نیز به کودک می آموزند تا

کودک بتواند به طور مستقل نیازهای خود را برآورده و به تدریج به یک زندگی عادی برسند.

از دهه ۱۹۸۰ میلادی تاکنون، محققان گزارش‌های گوناگونی را از تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای رفتاری در درمان کودکان در خودمانده گزارش کرده‌اند که این نتایج شامل افزایش سطح تحولی کودک، به دست آوردن نمرات برتر هوشی تحول رفتاریهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی و نیز کاهش رفتارهای در خودمانده بوده است. مبنا و اساس همه این برنامه‌ها که تحت عنوان ABA یا لوواس تریابی بوده، مبتنی بر نظریات رفتارگرایی، کاربرد اصول یادگیری، شرطی شدن استفاده از روش‌های افزایش، کاهش و یا حذف رفتارها است. از مجموع برنامه‌های مختلف رفتاری، طرح ABA که بخشی از برنامه‌های آموزشی لوواس را نیز تشکیل می‌دهد، ارائه می‌شود (انجمن اتیسم آمریکا، ۲۰۱۳).

هدف برنامه ABA این است که رفتارهای مهم اجتماعی را به میزان قابل توجهی بهبود بخشد. آموزش و ایجاد مهارت‌های جدید در زمینه ارتباط و زبان، رفتارهای اجتماعی، رفتارهای مراقبت از خود، بهبود مسائل تحصیلی - آموزشی، نگهداری و حفظ رفتار مطلوب در کودک، افزایش رفتارهای مطلوب، تأمین رفتار مطلوب و یاد گرفته شده به سایر موقعیت‌ها و شرایط مشابه، کاهش و یا حذف رفتارهای نامطلوب مانند ایجاد قشقرق، آسیب به خود، رفتارهای وسواس جبری و نظیر آنها از جمله اهداف کاربردی استفاده از ABA در کودکان در خود مانده است (رافعی، ۱۳۸۸).

روش ABA یا مداخله درمانی با استفاده از تحلیل رفتار کاربردی، بر اساس ارزیابی دقیق کودک، تهیه برنامه آموزشی ویژه نفر به نفر توسط مربیان آموزش دیده و با

- 1- Applied Behavior Analysis
- 2- Rafey

استفاده از روش شرطی سازی کنشی با بیشترین ساعت کار ممکن در هفته (۳۰ تا ۴۰ ساعت) انجام می گیرد (گلابی و همکاران ۱۳۸۴؛ نقل از معصومی گودرزی، ۱۳۹۱).

ABA با روش "لوواس" توسط دکتر "لوواس" آغاز گردید و بعدها به مداخلات جامع اولیه رفتاری برای افراد در خود مانده و سایر شرایط مرتبط با آن تغییر کرد. برنامه متکی بر خانه این روش، شامل بیش از ۴۰ ساعت درمان همه جانبه و جامع در هفته است. در طی روز، برنامه‌ای بین ۶ تا ۸ ساعت به طور انفرادی میان درمانگر و فرد مبتلا انجام می شود. این برنامه بین ۵ تا ۷ روز در هفته است. اغلب ۲ سال و یا بیشتر طول می کشد. هر جلسه درمانی بین ۲ الی ۳ ساعت است و در بین آن نیز، لحظاتی برای توقف و استراحت در نظر گرفته می شود. جامع و همه جانبه بودن به معنی است که افراد شرکت کننده در برنامه، همگی باید برنامه آموزش واحدی را گذرانده باشند و آمادگی حضور در یک برنامه مداخله‌ای تمام وقت را داشته باشند. نکته مهم این است که شرکت اعضای خانواده به ویژه والدین، در برنامه ABA حائز اهمیت بوده و از عناصر مهم این برنامه محسوب می گردد (صمدی و مک کانکی، ۱۳۹۰).

این روش اغلب بین ۳۰ تا ۴۰ ساعت در هفته به صورت انفرادی با درمانگر دوره دیده اجرا می شود. در این روش، هر کار و مهارت جدید به اجزای کوچک تر تقسیم می شود، هر گاه کار خواسته شده به درستی انجام گیرد، کودک مورد تشویق قرار می گیرد تا انگیزه تکرار آن و فرمان برداری در کودک افزایش یابد. هر درخواست از طرف مربی آن قدر تکرار می شود تا کودک آن را انجام دهد، در غیر این صورت مربی به سراغ گام بعد نمی رود و کلیه این فرایند تا رسیدن به حد مطلوب ادامه می یابد.

پژوهش Anderson و همکاران که روی ۱۴ کودک (۷ نفر برای ۱۲ ماه و ۷ نفر برای ۲۴ ماه) با روش ABA صورت گرفته بود، نشان داد که بهبودی بیشتر و پایدارتری در کودکانی که دو سال تحت آموزش بودند، به وجود آمده بود. در این تحقیق ساعات

- 1 - Golabi
- 2 - Samadi
- 3 - McCanky

آموزشی هفتگی ۲۵-۱۵ ساعت بود که نسبت به تحقیق Lovaas به حدود نصف تقلیل داده شده بود. هر دو گروه پیشرفت قابل توجهی داشتند. اما موفق نشده بودند که به صورت تمام وقت وارد مدرسه عادی شوند. نتایج این تحقیق می‌تواند دلیل دیگری بر اصرار روش ABA بر ساعات زیاد آموزش باشد.

در سال ۲۰۰۷ گزارش‌های بالینی از انجمن اختلالات کودکان آمریکا تأثیر ABA را به عنوان مداخله در طیف‌های اوتیسم نشان داد. در این گزارش بچه‌هایی که درمان رفتاری شدیدی را در زود هنگام دریافت کرده بودند، به طور قابل ملاحظه‌ای - افزایش IQ، زبان، اجرای آموزش و سازگاری رفتاری و تعدادی از رفتارهای اجتماعی را به دست آوردند. در مطالعات زیادی نتایج پیچیده‌ای از آثار ABA گزارش شده است. در چندین مطالعه مطرح شده است که به طور کلی ABA امتیازات و فواید زیادی بر کودکان سن پایین مبتلا به اوتیسم دارد همچنین باید گفت که تفاوت‌های فردی هم در پاسخ درمان موثر است و اغلب کودکان به خدمات خاص نیازمند هستند.

دو مطالعه فراتحلیلی Eldevik و همکاران و Wolery, Reichow و همکاران نشان داد که روش مداخله ABA بر تغییرات IQ موثر بوده است و همچنین بر رفتارهای سازشی نیز تأثیر گذار می‌باشد. در یک مطالعه فراتحلیل توسط Peters- Scheffer و همکاران، ۱۱ تحقیق با ۳۴۴ کودک مبتلا به اوتیسم مورد مطالعه قرار گرفت. در این مطالعه اثر ABA بر گروه آزمایش همراه گروه شاهد در متغیرهای هوش غیر کلامی، زبان بیانی و ادراکی و رفتار سازشی مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که به شدت ABA بر هوش غیر کلامی، زبان بیانی و ادراکی و رفتار سازشی موثر بوده است.

بر این اساس تحقیق حاضر تلاش دارد در جهت یکی از شیوه‌های ارائه شده در درمان این گونه اختلال‌ها گام بردارد و به سوال زیر پاسخ دهد: آیا آموزش به روش ABA در افزایش میزان توجه و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اتیسم موثر است؟

ABA یک برنامه جامع است که حوزه‌های مختلفی را پوشش می‌دهد شامل مهارت‌های آموزشی، مهارت‌های اجتماعی، شناخت، کارکردهای اجرایی، حرکت، مهارت‌های انطباقی، بازی و زبان. به همین دلیل این شیوه اگر به تعداد ساعات لازم انجام شود، برای یک کودک مبتلا به اتیسم کافی است و این کودکان نیازی به شیوه‌های دیگر ندارند.