



دانشگاه تبریز

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد

روانشناسی بالینی کودک و نوجوان

عنوان:

اثر بخشی الگودهی ویدئویی بر تعاملات اجتماعی و مهارت‌های خودیاری کودکان

مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

استاد راهنما:

دکتر جلیل باباپور خیرالدین

استاد مشاور:

دکتر عباس بخشی‌پور رودسری

پژوهشگر:

وهاب محمدپور

دی ۱۳۹۰



تقدیم به:

مادر و مادر دل‌سوز و مهربان

دوبی کران بی‌همتا، دوزلال اندیش و آنان که راستی قائم در شگفتی قاتشان تجلی یافت. در برابر وجود کرامشان زانوی ادب بر
زمین می‌نهم و بادی ملو از عشق و محبت بردستان پر مهرشان بوسه می‌زنم.

برادران عزیزم و خواهران نازنینم

که در تمام سالهای زندگی ام سایه حمایت خود را بر سرم گسترده‌اند و منظر تلاش و اراده ام بودند.

مشکر و قدردانی

به نام خدایی که همه چیز از اوست. او که در تمام مراحل زندگی از لطف و رحمتش برخوردار بودم و او را پاس می گویم که این توان را به من عطا فرمود تا این دوره تحصیلی را با موفقیت به پایان برسانم. بر خود لازم می دانم از همه عزیزانی که در اجرای پایان نامه یاریم رسانند مشکر و قدردانی نمایم. از استاد راهنمای ارجمند جناب آقای دکتر جلیل بابا پور خیرالدین که در نهایت حسن اخلاق، لطف و سعه صدر در تمام مراحل اجرا و تنظیم پایان نامه اینجانب را ارشاد فرمودند و مرا برین محبت و راهنمایی های خویش ساختند، مشکر می نمایم. از جناب آقای دکتر عباس بخشی پور رودسری که مشاوره این پایان نامه را بر عهده داشتند و در اجرای آن از نظرات ارزنده و راهنمایی ایشان بهره مند بودم و در طول دوره تحصیل از محضر علم و اخلاقشان بهره مند بودم کمال مشکر و قدردانی را دارم. همچنین از جناب آقای دکتر مجید محمود علیلو که داور سی پایان نامه را پذیرفتند مشکر و قدردانی می کنم.

نام: وهاب

نام خانوادگی دانشجو: محمدپور

<p>عنوان پایان نامه: اثربخشی الگودهی ویدئویی بر تعاملات اجتماعی و مهارتهای خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم</p>		
<p>استاد راهنما: دکتر جلیل باباپور خیرالدین</p> <p>استاد مشاور: دکتر عباس بخشی پور رودسری</p>		
<p>مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد</p>	<p>رشته: روانشناسی بالینی</p>	<p>گرایش: کودک و نوجوان</p>
<p>دانشگاه: تبریز</p>	<p>دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی</p>	<p>تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۹۰/۱۰/۱۱</p>
<p>تعداد صفحه: ۹۱</p>		
<p>واژگان کلیدی: الگودهی ویدئویی، تعاملات اجتماعی، مهارتهای خودیاری</p>		
<p>چکیده:</p> <p>مقدمه: اختلال طیف اوتیسم اختلال فراگیر رشدی است که با مشکلات اجتماعی، محدودیت‌های ارتباطی و رفتارها و علایق محدود شده مشخص می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر تعاملات اجتماعی و مهارتهای خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد.</p> <p>روش: این پژوهش از نوع آزمایشی تک موردی می‌باشد. شرکت کنندگان پژوهش را ۴ کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم خفیف تا متوسط تشکیل دادند. ابزارهای پژوهش، مقیاس درجه‌بندی اوتیسم کودکان و چک لیست مهارتهای مراقبت از خویشان بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد.</p> <p>نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که روند درمان باعث افزایش مهارتهای خودیاری شستن دست و صورت، خشک کردن دست و صورت با حوله، مسواک زدن دندانها، پوشیدن و درآوردن لباس و افزایش تعاملات اجتماعی به شکل نگاه مستقیم به چشم‌ها، بازی با تشک فنری، بازی با مکعب‌های ساخت و کاهش زمان درگیر شدن در بازی با تشک فنری و مکعب ساخت شده است. براساس نتایج بدست آمده می‌توان گفت که الگودهی ویدئویی در افزایش تعاملات اجتماعی و مهارتهای خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم روش موثری می‌باشد.</p>		

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهشی.....	۱
۱-۱ مقدمه.....	۲
۱-۲ بیان مساله.....	۳
۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۸
۱-۴ هدف‌های پژوهش.....	۹
۱-۴-۱ هدف کلی.....	۹
۱-۴-۲ اهداف اختصاصی.....	۹
۱-۵ فرضیه‌های پژوهش.....	۱۰
۱-۶ تعاریف مفهومی و کاربردی متغیرها.....	۱۱
۱-۶-۱ روش الگودهی ویدئویی.....	۱۱
۱-۶-۲ مهارت‌های خودیاری.....	۱۲
۱-۶-۳ تعامل اجتماعی.....	۱۲
فصل دوم: پیشینه پژوهش.....	۱۴
۲-۱ اوتیسم.....	۱۵
۲-۲ علائم اوتیسم.....	۱۵
۲-۲-۱ تعامل اجتماعی.....	۱۵
۲-۲-۲ ارتباط.....	۱۶
۲-۲-۳ رفتارهای قالبی و تکراری.....	۱۷
۲-۲-۴ سایر علائم اوتیسم.....	۱۹
۲-۳ نظریه‌های علت شناسی اختلال اوتیسم.....	۱۹
۲-۳-۱ رویکرد روان‌پویشی.....	۱۹
۲-۳-۲ رویکرد زیست‌شناختی.....	۲۰

۲۰	.....عوامل ژنتیکی ۲-۳-۲-۱
۲۱	.....عوامل پاتوفیزیولوژیک ۲-۳-۲-۲
۲۳	.....رویکرد شناختی ۲-۳-۳
۲۵	.....غربال‌گری ۲-۴
۲۵	.....تشخیص ۲-۵
۳۰	.....شیوع ۲-۶
۳۰	.....درمان ۲-۷
۳۱	.....رویکرد تحلیل کاربردی رفتار ۲-۷-۱
۳۱	.....سیستم ارتباط بر مبنای مبادله تصویر ۲-۷-۲
۳۲	.....برنامه آموزشی سان-رایز ۲-۷-۳
۳۲	.....برنامه تیچ ۲-۷-۴
۳۳	.....روش‌های توان بخشی ۲-۷-۵
۳۳	.....درمان‌های دارویی - غذایی ۲-۷-۶
۳۵	.....روش الگودهی ویدئویی ۲-۷-۷
۴۳	.....فصل سوم: روش پژوهش
۴۴	.....۳-۱ نوع و طرح پژوهش
۴۵	.....۳-۲ شرکت کنندگان پژوهش
۴۶	.....۳-۳ ابزارهای پژوهش
۴۶	.....۳-۴ روش اجرا
۴۷	.....۳-۵ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۴۸	.....فصل چهارم: یافته‌های پژوهش
۴۹	.....۴-۱ داده‌های جمعیت شناختی
۴۹	.....۴-۲ شرح حال آزمودنی‌ها
۵۰	.....۴-۳ آزمون فرضیه‌های پژوهش

۷۰	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۷۱	..... ۵-۱ نتیجه گیری و بحث
۷۶	..... ۵-۲ محدودیت ها
۷۶	..... ۵-۳ پیشنهادات
۷۷	..... فهرست منابع

جدول ۱-۴ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها..... ۴۹

-
- نمودار ۴-۱ نمایش دگرگونی روند درمان در مهارت خودیاری شستن دست و صورت..... ۵۳
- نمودار ۴-۲ نمایش دگرگونی روند درمان در مهارت خودیاری خشک کردن دست و صورت با حوله..... ۵۴
- نمودار ۴-۳ نمایش دگرگونی روند درمان در مهارت خودیاری مسواک زدن دندانها..... ۵۶
- نمودار ۴-۴ نمایش دگرگونی روند درمان در مهارت خودیاری پوشیدن و درآوردن لباس..... ۵۹
- نمودار ۴-۵ نمایش دگرگونی روند درمان در تعاملات اجتماعی به شکل نگاه مستقیم به چشمها..... ۶۱
- نمودار ۴-۶ نمایش دگرگونی روند درمان در تعاملات اجتماعی به شکل بازی با تشک فنر..... ۶۳
- نمودار ۴-۷ نمایش دگرگونی روند درمان در تعاملات اجتماعی به شکل بازی با مکعب ساخت..... ۶۵
- نمودار ۴-۸ نمایش دگرگونی روند درمان بر روی زمان درگیر شدن در بازی با تشک فنری..... ۶۷
- نمودار ۴-۹ نمایش دگرگونی روند درمان بر روی زمان درگیر شدن در بازی با مکعب ساخت..... ۶۹

پیوست شماره ۱: مقیاس درجه‌بندی اوتیسم کودکان (CARS).....	۸۷
پیوست شماره ۲: چک لیست مهارت‌های مراقبت از خویش.....	۹۱

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

اختلالهای فراگیر رشد^۱ با آسیب شدید و گسترده‌ی زمینه‌های گوناگون مشخص می‌شوند مانند: اختلال در تعامل اجتماعی متقابل، مهارتهای ارتباطی، یا وجود رفتار، علایق و فعالیتهای کلیشه‌ای^۲. اختلالهای کیفی

^۱ - pervasive developmental disorders

که این وضعیت‌ها را روشن می‌کنند، با توجه به سطح رشد و سن عقلی فرد تفاوت‌های آشکار دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر رشد اغلب علاقه شدید و منحصر به فردی نسبت به طیف محدودی از فعالیتها نشان می‌دهند، در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند و حساسیت و پاسخ‌دهی مناسبی نسبت به محیط اجتماعی نشان نمی‌دهند. این اختلال عموماً بر جنبه‌های متعددی از رشد تأثیر می‌گذارد و با تظاهر در اوایل زندگی منجر به کژکاری پایدار می‌شوند. در راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی - نسخه تجدیدنظر شده^۳ (DSM-IV-TR) پنج اختلال فراگیر رشد ذکر شده است: اختلال در خودماندگی^۴، اختلال رت^۵، اختلالات فروپاشنده کودکی^۶ و اختلال اسپرگر^۷ و اختلال فراگیر رشد که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است. به نظر می‌رسد اختلال رت منحصراً در دختران بروز می‌کند، وجوه مشخصه این اختلال عبارتند از رشد طبیعی حداقل به مدت ۶ ماه، حرکات قالبی دست، فقدان حرکات هدفدار، کاهش مشغله اجتماعی، هماهنگی ضعیف و کاهش کاربرد زبانی. در اختلال فروپاشنده دوران کودکی فرایند رشد در دو سال اول زندگی طبیعی است و پس از آن کودک در دو یا چند زمینه زیر مهارت‌های کسب شده قبلی را از دست می‌دهد: کاربرد زبان، حساسیت اجتماعی، بازی، مهارت‌های حرکتی و کنترل روده یا مثانه. اختلال اسپرگر حالتی است که در آن وابستگی اجتماعی مختل شده و الگوهای رفتاری قالبی و تکراری بروز می‌کند بدون آنکه رشد زبان تأخیر داشته باشد. توانایی‌های شناختی و مهارت‌های انطباقی کودک در اختلال اسپرگر طبیعی هستند (کاپلان و سادوک^۸، ۲۰۰۷).

در این فصل، نخست به بحث و بررسی دربارهٔ مسأله، اهمیت و ضرورت و سپس هدف‌های کلی و جزئی، فرضیه‌ها، متغیرها و تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها پرداخته شده است. در فصل دوم، به بیان

^۲ - stereotyped

^۳ - Diagnostic and statistical manual of mental disorders- text revision

^۴ - autistic disorder

^۵ - Rett disorder

^۶ - childhood disintegrative disorder

^۷ - Asperger disorder

^۸ - Kaplan & Sadock

بنیان نظری پژوهش و بحث درباره‌ی پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی پژوهش حاضر پرداخته شده و در فصل سوم به بحث درباره‌ی روش‌شناسی پژوهش و در فصل چهارم به بررسی یافته‌های پژوهش و در پایان، در فصل پنجم به بحث و نتیجه‌گیری در مورد یافته‌های بدست آمده پرداخته شده است.

۱-۲ بیان مساله

یکی از اختلالات فراگیر رشد، اختلال اوتیسم است که مشخصه اصلی آن عبارت است از رشد نابهنجار یا مختل قابل توجه در ارتباط، تعامل اجتماعی و محدودیت چشمگیر فعالیتها و علایق. جلوه‌های این اختلال با توجه به سطح رشد و سن تقویمی فرد بسیار متفاوت است. اختلال اوتیستیک را گاهی اوتیسم شیرخوارگی و یا اوتیسم کانر نامگذاری کرده‌اند. در این اختلال، تعامل اجتماعی به شدت و به شکلی دیرپا آسیب می‌بیند. ممکن است در به کارگیری رفتارهای غیرکلامی متعدد (مانند نگاه رودرو، بیان چهره‌ای، اطوار و حرکات بیانگر بدنی) برای تنظیم تعامل اجتماعی و ایجاد ارتباط با همسالان- که در سنین مختلف شکل‌های متفاوتی دارد- نسبت به سطح رشد کودک نارسایی وجود داشته باشد. اختلال در ارتباطات نیز قابل توجه و دیرپا بوده و بر مهارت‌های کلامی و غیرکلامی کودک تأثیر می‌گذارد. امکان دارد کلاً فاقد رشد زبان محاوره‌ای باشند و یا رشد آن با تأخیر انجام شود. کودکانی که تکلم دارند ممکن است در توانایی شروع مکالمه با دیگران و حفظ تداوم آن به شدت مشکل داشته باشند یا زبان را به شیوه‌ی خاص و یا به صورت کلیشه‌ای بکار برند. کودکان اوتیستیک الگوهای رفتاری و علایق و فعالیت‌های کلیشه‌ای تکراری و محدود دارند. ممکن است نوعی اشتغال فکری گسترده با یک یا بیش از یک الگوی علاقه‌ی کلیشه‌ای و محدود که از لحاظ شدت و یا تمرکز نابهنجار است، وجود داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

بازی کردن این کودکان دارای یک جنبه یکنواخت و تکرار شونده هست که به نظر می‌رسد که هیچ منظوری را برآورده نمی‌سازد. بیشتر بچه‌ها خود را با اشیا بی‌جان سرگرم می‌سازند و از اشیایی که به دور خودشان می‌چرخند خوششان می‌آید و هرگز با بچه‌های دیگر بازی نمی‌کند و یا کودک ممکن است به منظور بازی

کردن خود را به طور مرتب تکان تکان دهد. (فریتز^۹، ۲۰۰۳). یک کودک غیر اوتیستیک به بازی با اشیا و اسباب بازی‌ها علاقمند است. اما در یک کودک اوتیستیک از حدود ۱۸ ماهگی والدین متوجه می‌شوند که فرزندشان به بازی با وسایلش علاقه نشان نمی‌دهد و یا اینکه به خط خطی کردن ماشینش بیشتر از بازی با آن علاقه دارد (ناصر، ۱۳۸۸).

اختلال در تعامل اجتماعی به عنوان یکی از نقایص مرکزی کودکان دچار اختلال طیف اوتیسم شناسایی شده است (وایت، کئونینگ و شاهیل^{۱۰}، ۲۰۰۷). کودکان اوتیستیک وابستگی معمول نسبت به پدر و مادر و سایر افراد را نشان نمی‌دهند. در شیرخوارگی لبخند اجتماعی و حالت انتظار برای در آغوش گرفته شدن در برخورد با شخص بالغ وجود ندارد. تماس چشمی غیرعادی (کمتر از حد معمول) یا ضعیف شایع است. در رشد کودکان درخودمانده رفتار دلبستگی وجود ندارد و ناتوانی نسبتاً زودرس در پیوند با یک شخص خاص دیده می‌شود (البته فقدان کامل رفتار دلبستگی در همه موارد دیده نمی‌شود). غالباً به نظر می‌رسد که این کودکان قادر به شناسایی یا تفکیک مهم‌ترین اشخاص زندگی خود مثل پدر و مادر، خواهر و برادر یا معلم نیستند و هنگامی که در یک محیط ناآشنا با افراد غریبه تنها بمانند ممکن است احساس اضطراب جدایی نکنند. وقتی کودکان درخودمانده به سن مدرسه می‌رسند کناره‌گیری آنها ممکن است کاهش یابد یا چندان آشکار نباشد (به خصوص در کودکانی که عملکرد بهتری داشته‌اند). در عوض ممکن است ناتوانی آنها در بازی با همسالان و پیدا کردن دوست، ناشی‌گری و عدم تناسب اجتماعی و به خصوص ناتوانی در دستیابی به حس همدلی، مشهود باشد. این کودکان نمی‌توانند حالت روانی یا احساسات اطرافیان خود را دریابند. به عبارت دیگر، قادر نیستند انگیزه یا قصد دیگران را تشخیص دهند و به همین دلیل قادر به همدلی با دیگران

⁹ - Frith

¹⁰ - White, Keonig & Scahill

نیستند. این فقدان نظریه (تئوری ذهن^{۱۱}) سبب می‌شود این افراد نتوانند رفتار اجتماعی دیگران را تفسیر کنند و منجر به کمبود روابط متقابل اجتماعی می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

بسیاری از افراد مبتلا به اوتیسم نقایص چشمگیری در رشد مهارت‌های خودیاری‌شان همانند نقص‌شان در کنش اجتماعی، رفتاری و ارتباطی‌شان تجربه می‌کنند. مهارت‌های خودیاری اهمیت کلیدی دارند، چون که آنها برای حفظ سلامتی و بهزیستی حیاتی هستند و پایه‌ای برای مهارت‌های اساسی دیگر شکل می‌دهند (اندرسون، جابلونسکی، ثومیر و مادوس کناپ^{۱۲}، ۲۰۰۷). مهارت‌های خودیاری^{۱۳} مهارت‌ها و وظایفی هستند که فرد در طول روز به آنها می‌پردازد و امور روزمره زندگی افراد را تشکیل می‌دهند. این فعالیت‌ها شامل لباس پوشیدن، شستن دست و صورت، درآوردن لباس، پوشیدن کفش، غذا خوردن، مسواک زدن، استحمام، رفتن به توالت و ... می‌باشد (فرهد، ۱۳۸۴). اغلب کودکان مهارت‌های خودیاری را از طریق مشاهده و تقلید و آموزش حداقلی توسط معلم یا والدینشان یاد می‌گیرند. آنها تشویق می‌شوند تا خودشان این کارها را انجام دهند. آنها از منافع اجتماعی این کار آگاه هستند و می‌دانند که چگونه تقلید کنند. در مقابل، بسیاری از افراد مبتلا به اوتیسم به علت نقایص‌شان در زبان و مهارت‌های توجه، رفتارهای خودآزارگرانه و یا آسیب حواس، به آموزش منظم و گاهی اوقات فشرده مهارت‌های خودیاری نیاز دارند. افراد مبتلا به اوتیسم ترغیب اجتماعی دیگران را درک نمی‌کنند. به هر حال، این نقایص و مشکلات مرتبط با اختلال اوتیسم، نباید جلوی اکتساب مهارت‌های خودیاری را بگیرند و ایجاد فعالیت‌های خودیاری کارکردی و هدفمند برای افراد اوتیستیک اهمیت دارد (دپالما و ویلر^{۱۴}، ۱۹۹۱).

¹¹ - theory of mind

¹² - Anderson, Jablonski, Thomeer, & Madaus Knapp

¹³ - self-help skills

¹⁴ - Depalma & Wheeler

امروزه از روش‌های درمانی مختلفی نظیر تحلیل رفتار کاربردی^{۱۵} (ABA)، داستانهای اجتماعی^{۱۶}، سیستم ارتباط بر مبنای مبادله‌ی تصویر^{۱۷} (PECS)، و دارودرمانی (مثل، ریسپریدون، اولانزاپین^{۱۸}) در کار با کودکان اوتیستیک استفاده می‌شود (رافعی، ۱۳۸۷). یکی از درمانهای نوین و کوتاه مدت روش الگودهی ویدئویی^{۱۹} می‌باشد. الگودهی ویدئویی یک مداخله دارای اعتبار خوب مستند شده در علوم رفتاری می‌باشد که برای اهداف گوناگون رفتاری در زمینه‌های بسیاری از عملکردها شامل زبان، رفتار اجتماعی، بازی، مهارتهای انطباقی و تحصیلی استفاده شده است (کوربت^{۲۰} و عبدالله، ۲۰۰۵). الگودهی ویدئویی مداخله رفتاری نویدبخشی است که کاربردهای فراوانی برای دانش‌آموزان دارای اختلال طیف اوتیسم^{۲۱} (ASD) دارد. الگودهی ویدئویی از راهنماهای دیداری استفاده می‌کند و راهبرد مناسبی برای تعلیم کودکان دچار ASD، که اغلب یادگیرندگان دیداری هستند می‌باشد، و الگودهی، یک راهبرد مبتنی بر مدرک که در تمامی سنین و جمعیت‌ها موثر است می‌باشد. در سه دهه گذشته، تحقیقات نشان داده‌اند که الگودهی ویدئویی می‌تواند ابزار ارزشمندی برای تعلیم کودکان دچار ASD در مهارتهای گوناگون باشد، و اینکه هرگاه یک مهارت از طریق این رویکرد آموخته شده است، آن مهارت برای زمان طولانی باقی مانده است و به دیگر زمینه‌ها نیز تعمیم یافته است. تحقیقات اخیر الگودهی ویدئویی را بعنوان یک مداخله مبتنی بر مدرک، که کاربردهایی برای کار با کودکان دچار ASD در محیط مدرسه دارد را بیان کرده‌اند (بلینی^{۲۲} و آکولیان^{۲۳}، ۲۰۰۷). مک کوی^{۲۴} و هرمانس^{۲۵} (۲۰۰۷) کارایی نسبی انواع مختلف مدل‌ها را بررسی کردند و یافتند که همه انواع مدل‌ها اثربخش هستند، اما برخی از آنها نسبت به دیگران اثربخش‌تر هستند. به نظر می‌رسد

15 - Applied behavior analysis

16 - social stories

17 - Picture exchange communication system

18 - Risperidone & olanzapine

19 - video modeling

20 - Corbett

21 - Autism Spectrum Disorders

22 - Bellini

23 - Akullian

24 - McCoy

25 - Hermansen

مدل‌های هم‌تایان و خود، اثربخشی بیشتری را در الگودهی ویدئویی برای افراد دچار اختلال طیف اوتیسم دارند.

از آنجا که یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه مدت و کارا و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد و اینکه شیوه درمانی الگودهی ویدئویی جزو درمانهای کوتاه مدت و نوین به شمار می‌رود، انجام پژوهش در زمینه اثربخشی روش الگودهی ویدئویی می‌تواند از اهمیت برخوردار باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر تعاملات اجتماعی و مهارت‌های خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش

اختلال اوتیستیک به دلیل برخورداری از چندین ویژگی مانند دربرداشتن طیف متنوعی از ناهنجاریهای زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی و همچنین تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علایم بعد از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمانهای قطعی و موثر، پیش آگهی نه چندان مطلوب، می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را بر خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند (رافعی، ۱۳۸۷).

سال‌های زیادی است که والدین، معلمان و درمانگران به صورت فعالی است که طیف وسیعی از رویکردهای درمان و آموزش افراد دچار اختلال طیف اوتیسم (ASD) را دنبال کرده‌اند. ماهیت گیج‌کننده رفتارهای مرتبط با ASD، بویژه آنهایی که مرتبط به زبان، مهارت‌های اجتماعی و توجه کردن به کارها است، یک منبع ناامیدی برای خانواده‌ها و متخصصین بوده است. در حال حاضر، وضعیت درمان گیج‌کننده باقی مانده است. یک نوع نسبتاً جدیدی از درمان‌ها که امیدها را برای افراد مبتلا به ASD نگه داشته است بر روی استفاده از ویدئو متمرکز شده است؛ و نشان داده شده است که الگودهی ویدئویی یک روش آموزشی موثری برای افراد مبتلا به ASD می‌باشد (باگی^{۲۶}، هومز^{۲۷}، الیزابت^{۲۸} و ویلیامز^{۲۹}، ۲۰۰۹).

کسب مهارتها با استفاده از الگودهی ویدئویی در مقایسه با دیگر روش‌های مداخله‌ای خیلی سریع می‌باشد و نیازمند زمان و منابع انسانی محدودی می‌باشد (کوربت، ۲۰۰۳). چارلوپ - کریستی^{۳۰} و دانشور (۲۰۰۳) نشان دادند که الگودهی ویدئویی یک ابزار موثر و سریع برای آموزش دیدگاه‌گیری در کودکان اوتیستیک می‌باشد و هم در تعمیم پاسخ و هم محرک نتیجه‌بخش می‌باشد.

با توجه به موارد مرور شده و از آنجا که یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه مدت و کارا و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد و اینکه شیوه درمانی الگودهی ویدئویی جزو درمانهای کوتاه مدت و نوین به شمار می‌رود، انجام پژوهش در زمینه اثربخشی روش الگودهی ویدئویی می‌تواند از اهمیت برخوردار باشد.

۱-۴ هدف‌های پژوهش

۱-۴-۱ هدف کلی

مشخص کردن اثربخشی الگودهی ویدئویی بر مهارتهای خودیاری و تعاملات اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

۱-۴-۲ اهداف اختصاصی

- ۱- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش مهارت خودیاری شستن دست و صورت.
- ۲- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش مهارت خودیاری خشک کردن دست و صورت با حوله.

۳- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش مهارت خودیاری مسواک زدن دندانها.

۴- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش مهارت خودیاری پوشیدن پیراهن و شلوار.

²⁷ - Hoomes
²⁸ - Sherberger
²⁹ - Williams
³⁰ - Charlop-Christy

۵- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش تعاملات اجتماعی به شکل نگاه مستقیم به چشم‌ها.

۶- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش تعاملات اجتماعی به شکل بازی با تشک فنری.

۷- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش تعاملات اجتماعی به شکل بازی با اسباب بازی (بازی با مکعب ساخت).

۸- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش تعاملات اجتماعی از طریق کاهش زمان درگیر شدن در بازی با تشک فنری.

۹- تعیین اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش تعاملات اجتماعی از طریق کاهش زمان درگیر شدن در بازی با مکعب‌های ساخت.

۱-۵ فرضیه‌های پژوهش

۱- روش الگودهی ویدئویی موجب افزایش مهارت خودیاری شستن دست و صورت می‌شود.

۲- روش الگودهی ویدئویی موجب افزایش مهارت خودیاری خشک کردن دست و صورت با حوله می‌شود.

۳- روش الگودهی ویدئویی موجب افزایش مهارت خودیاری مسواک زدن دندانها می‌شود.

۴- روش الگودهی ویدئویی موجب افزایش مهارت خودیاری پوشیدن و درآوردن پیراهن و شلوار می‌شود.

۵- روش الگودهی ویدئویی موجب افزایش تعاملات اجتماعی به شکل نگاه مستقیم به چشم‌ها می‌شود.

۶- روش الگودهی ویدئویی موجب افزایش تعاملات اجتماعی به شکل بازی با تشک فنری می‌شود.