

اثربخشی روش آیدنتی پلی بر بهبود توجه مشترک در کودکان اتیسم

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۴

خلاصه

مقدمه

اختلال طیف اتیسم، مهارت‌های ارتباطی و پاسخ مناسب فرد به محیط بیرون را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روش آیدنتی پلی بر بهبود توجه مشترک در کودکان اتیسم انجام شد.

روش کار

روش پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد با طرح A-B و پیگیری بود. از جامعه آماری کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مرکز توانبخشی شهر تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند سه کودک، به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش آزمون تشخیص اتیسم گیلیام (۲۰۰۶) و پروتکل آیدنتی پلی براساس رویکرد فیلپس و بیوان (۲۰۰۷) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی، درصد بهبودی شاخص‌های POD، PND و محاسبه محفظه ثبات روند و میانه استفاده شد.

نتایج

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که روش آیدنتی پلی بر بهبود توجه مشترک در کودکان اتیسم اثربخش بود. آیدنتی پلی به طور قابل توجهی موجب بهبود توجه مشترک کودکان دارای اختلال طیف اتیسم می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی روش آیدنتی پلی بر کودکان اتیسم پیشنهاد می‌شود از این روش به عنوان روی آوردی جدید و مکمل در حوزه آموزش و توانبخشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در کنار سایر درمان‌های اصلی استفاده شود.

کلمات کلیدی

اتیسم، آیدنتی پلی، توجه مشترک.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سحر فرامرزی^۱

سیامک سامانی^{۲*}

سجاد امینی منش^۳

بنفشه امیدوار^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

* گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

Email: siamak.samani@iau.ac.ir

مقدمه

اختلال طیف اتیسم یکی از اختلالات عصبی- تحولی پیچیده است که می‌تواند منجر به مشکلاتی در تفکر، احساس، زبان و توانایی ارتباط با دیگران شود. این اختلال با دو معیار کلی نارسایی در تعامل و ارتباط اجتماعی و نیز رفتارها، علایق و فعالیت‌های محدود و کلیشه‌ای معرفی می‌شود (۱). هر کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم دارای وضعیت منحصر به فردی از نظر شناختی، رفتاری، حسی، عاطفی، انگیزشی و اجتماعی است (۲). این اختلال به وسیله چندین اختلال متفاوت شناخته شده و شناخته نشده، مربوط به اختلال در عملکرد مغز به وجود می‌آید که بر رشد توانایی مغز برای به کار بردن اطلاعات تأثیر می‌گذارد. مشخصه اصلی اتیسم محدودیت شدید و بنیادی در ارتباط، تعامل و رفتار متقابل اجتماعی و توانایی بهره‌گیری از تخیلات (۳) و همچنین ارتباط کلامی و غیرکلامی، رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری و محدود، علایق و فعالیت‌ها می‌باشد که تا قبل از ۱ سالگی شروع می‌شود. اصلی‌ترین تظاهرات مشکلات کودکان اتیسم در زمینه‌هایی مانند ارتباط چشمی ضعیف، فقدان احساسات یا تبدلات اجتماعی، استفاده از رفتارهای غیرکلامی و عدم ارتباطات مناسب با سن است (۴). طبق پژوهش‌ها مشخصه‌های رفتاری خاص مبتلا به اختلال اتیسم مانند خلق و خوی خاص، رفتارهای تکراری، واکنش‌پذیری و نیاز به مراقبت بیشتر (۵)، آسیب در مهارت‌های ارتباطی، مشکلات رفتاری و عدم آگاهی شناختی (۶)، رفتارهای مخرب، مشکل-ساز، خطرناک (۷)، از پیامدهای رفتاری کودکان دارای اختلال اتیسم است (۸). از میان خصوصیات کودکان مبتلا به اتیسم که ممکن است موجب پیش‌بینی نتایج زبانی و فکری شوند، رده‌ای از رفتارهای ارتباط اجتماعی شامل توجه اشتراکی، مهارت تقلیدی، بازی وانمودی و مهارت‌های ارتباطی بایستی مورد بررسی قرار گیرند. هر چهار رفتار از اواخر یک سالگی تا دو سالگی پدیدار شده و به سرعت رشد می‌کنند (۹). کودکان اتیسم در هر چهار حیطه‌ی نام برده شده با مشکل و چالش مواجه هستند (۱۰). توجه اشتراکی اشاره به مهارتی رشدی دارد که

موجب اشتراک توجه (از طریق تماس چشمی، تبادل نگاه، اشاره کردن و نشان دادن) و یا پردازش پیام‌های دیگران می‌شود (۱۱). کودکان اتیسم بدلیل اینکه با مراقب اصلی خود ارتباط اشتراکی (از قبیل اشاره به اشیاء یا حوادث مورد علاقه، نشان دادن اسباب بازی‌ها و تبادل نگاه به منظور بیان علاقه به طرف مقابل) کمتری دارند، دیرتر مهارت‌های زبان و گفتار را کسب می‌کنند (۱۲). بازی درمانی روی آوردی است که طی صد سال اخیر برای درمان افراد با نیازهای ویژه مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). بیتز (۱۴) عنوان کردند آیدنتی پلی ممکن است اساس ارتباطات اولیه، توجه اشتراکی، مهارت تقلید و بازی با اشیاء با رشد بعدی زبان و شناخت باشد. همچنین این ارتباطات ممکن است به دلیل یک عامل بلوغ عمومی مشترک باشد. با توجه به اهمیت این موضوع که روش آیدنتی پلی بسیاری از زمینه‌های رشدی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و کودکان اتیسم در توجه اشتراکی، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های تقلیدی مشکل دارند، لذا ضرورت دارد که به مشکلات این کودکان توجه شده و از طریق آموزش به ایجاد و تقویت آن اقدام شود. در حال حاضر در بخش مداخلات ساختارمند در حیطه توجه مشترک با محدودیت‌هایی مواجه هستیم. روش‌های درمانی با سبک‌های جدید در این پژوهش می‌تواند روشی مؤثر برای بهبود عملکرد کودکان مبتلا به اتیسم باشد. این پژوهش می‌کوشد تا این سؤال که روش آیدنتی پلی تا چه اندازه بر بهبود توجه مشترک در کودکان اتیسم اثرگذار است، را مورد بررسی قرار دهد. پیش‌بینی می‌شود مداخله‌های زود هنگام برای حمایت مؤثر از کودکان اتیسم و خانواده‌های آنان، از پیامدهای منفی این اختلالات جلوگیری و انرژی سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن در مسیری صحیح هدایت کند. پژوهشگر در این پژوهش تلاش می‌کند آیدنتی پلی را تحلیل، اهمیت، فواید، خطرات و اشتباهات در آن را مورد بررسی قرار دهد و بر

¹ Bates

طیف اتیسم و داشتن بیش از ۳ غیبت در طول جلسات درمان از معیارهای خروج از مطالعه بود. در پژوهش حاضر، در پنج هفته (هر هفته ۴ جلسه)، فقط مشاهده و پس از آن مداخله به مدت ۱۰ هفته (هر هفته سه جلسه) مداخله آغاز شد که برای هر کدام از شرکت کنندگان به صورت انفرادی بود. پس از اتمام موقعیت مداخله، در سه هفته متوالی پیگیری انجام گرفت. ارزیابی‌ها در پایان هر هفته انجام می‌شد. این مداخله ۳ روز در هفته برگزار شد و هر جلسه یک ساعت و نیم است. هر جلسه به ۳ قسمت ۲۵ دقیقه‌ای تقسیم و بین آن‌ها، ۵ دقیقه فرصت استراحت به کودک داده شد. خیلی مهم است که رویکردهای اولیه بازی برای کودکان مبتلا به اتیسم مبتنی بر مشاهده دقیق این بازی باشد. مهارت‌های بازی کودک، رشد توجه مشترک، نشان دادن به جای بیان چستی بازی، استفاده از روایت داستانی ساده و استفاده از ساختار بصری از مهمترین اهداف آیدنتی پلی است و روی همه آنها تمرکز دارد. برای بازی کردن، کودکان به میزانی از انعطاف‌پذیری و خلاقیت هم در رفتار و هم در تفکرشان نیاز دارند. هر دوی اینها نیز از طریق بازی توسعه می‌یابند. در جدول ۱ مراحل جلسه‌های آیدنتی پلی ارائه شده است.

جدول ۱. جلسه‌های آیدنتی پلی برای کودکان دارای اختلال اتیسم (همه بازی‌ها در جهت بهبود توجه مشترک، مهارت تقلیدی، بازی نمادین همراه با پخش دیالوگ، ساختار روایی در قالب نمایشنامه است)

برای شروع آیدنتی پلی لازم است موارد زیر تهیه شود:		
* جدولی که به دو قسمت تقسیم شده است (با یک قسمت واضح برای اسباب بازی‌های کودک و فضای خالی برای اسباب بازی بزرگسالان).		
* دو صندلی، معمولاً رو به روی هم، روی هر طرف میز		
* یک بسته حاوی دو مجموعه یکسان از اسباب بازی‌ها.		
* یک اسکرپیت تایپ شده با جزئیات طرح اسباب بازی‌ها و آنچه که مربی گفت و		
کودک اتیسم انجام داد		
قبل از شروع آیدنتی پلی لازم است سطح درست مهارت‌های بازی کودک ارزیابی شود و اسباب‌بازی‌های متناسب با سطح مهارت‌ها کودک انتخاب شود. میز، صندلی و اسباب بازی‌ها چیده شد و به کودک اجازه داده شد اسباب بازی‌ها را کشف کند.		
مرحله اول آیدنتی پلی	مرحله دوم آیدنتی پلی	مرحله سوم آیدنتی پلی
ماشین‌ها	اردک در آب	تشک ماشین
مجموعه حیوانات	بازی عروسکی	کاشتن یک بذر
ماشین‌های کلیک-کلک	کار با خمیر بازی	میز را چیدن

اساس نتایج آن دیدگاه‌های واضح‌تری به والدین، مربیان پیش-دبستانی، برنامه‌ریزان و مسئولان امور تعلیم و تربیت کودکان ارائه دهد. می‌توان امیدوار بود که از نتایج حاصل از آن در بهبود و پیشرفت رشد ذهنی کودکان اوتیستیک استفاده شود.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد^۱ با طرح A-B و پیگیری بود. طرح A-B شامل دو موقعیت آزمایشی است. موقعیت اول A و موقعیت دوم B نامیده می‌شود. به طور کلی موقعیت اول خط پایه است. در موقعیت دوم یک مداخله درمانی اجرا شده و سپس متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. موقعیت خط پایه (موقعیت کنترل)، رفتار هدف را قبل از اجرای هر روش درمانی اندازه‌گیری می‌کند. جامعه آماری این تحقیق کودکان دارای اختلال طیف اتیسم مرکز توانبخشی شهر تهران بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس استفاده شد. در این روش نمونه‌گیری، هدف، انتخاب کودکان دارای اختلال اتیسم است که در توجه مشترک دچار آسیب هستند. نمونه این پژوهش شامل ۳ نفر بود. به این صورت که با مراجعه به مراکز توانبخشی ویژه اتیسم، ۳ کودک به صورت هدفمند انتخاب شدند (با توجه به تعداد کم کودکان دارای اختلال طیف اتیسم و دشواری اجرای مداخله گروهی برای این کودکان، در این پژوهش امکان استفاده از طرح‌های گروهی با حجم حداقل ۱۵ نفر برای پژوهشگران وجود نداشت؛ بنابراین طرح‌های مورد منفرد تنها الگوی ارزیابی مناسب برای اجرای مداخلات درمانی و آموزشی در این موقعیت‌ها است). ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تشخیص دارای اختلال طیف اتیسم بر اساس مقیاس تشخیص اتیسم گیلیام (کسب نمره ۸۵ یا بیشتر)، مشکلات در زمینه توجه مشترک، عدم ابتلا به بیماری‌های همراه علاوه بر اختلال طیف اتیسم، دامنه سنی ۳ تا ۶ سال و تمایل والدین به شرکت کودک مبتلا به اتیسم در پژوهش بود. عدم تشخیص اختلال اتیسم در کودک، ابتلا به بیماری‌های همراه با اختلال

¹ Subject- Single

می‌شود. این آزمون برای افراد ۳ تا ۲۲ سال مناسب است و می‌تواند به وسیله والدین و متخصصان در خانه یا محیط‌های دیگر کامل شود. نمرات هر خرده مقیاس با یکدیگر جمع و به نمرات استاندارد تبدیل می‌شود. براساس مجموع نمرات استاندارد ۳ خرده مقیاس، می‌توان شدت اختلال را تعیین نمود که بدین شکل است: اگر نمره کودک ۵۲ و یا کمتر از ۵۲ به دست آمد، کودک به احتمال کم دارای اختلال اتیسم است؛ اگر نمره کودک بین ۵۳ تا ۸۴ به دست آمد، احتمال این که کودک دارای اختلال اتیسم باشد، متوسط است؛ و اگر نمره کودک ۸۵ و یا بیشتر از ۸۵ به دست آمد، کودک دارای اختلال اتیسم شدید است. پایایی این آزمون به روش بازآزمایی ۰/۹۹ به دست آمده است و روایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵). این آزمون در ایران برای افراد ۳ تا ۱۸ سال هنجاریابی و ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و روایی آن نیز با روش‌های مختلف تأیید شده است (۱۶). ضریب آلفای کرونباخ آزمون در این پژوهش ۰/۸۷ گزارش شده است که نشانگر پایایی بالای این آزمون است و از همین رو به خوبی و با اطمینان بالا می‌توان از آن در اهداف تشخیصی، پژوهشی، و درمانی استفاده کرد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، ابتدا نمرات خام به نمرات استاندارد T تبدیل شد و موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر آزمودنی روی نمودار رسم شد. سپس جهت تفسیر و نتیجه‌گیری از این نمودارها، از تحلیل دیداری، شاخص روند و شاخص ثبات، درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) و درصد داده‌های همپوش (POD) استفاده شد. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله ی اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه‌ی ثبات روی خط میانه قرار گرفت. محفظه‌ی ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۵۰-۲۰ درصدی، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند،

قطار حیوانات	کار در سینی شن و ماسه	درست کردن یک لیوان
زمین بازی بچه‌ها	حرکت شن، سنگ یا تخته درختان	کدو حلواپیچ
زمین مزرعه	کار در سینی آب	درست کردن ساندویچ
گاراژها	نجات هلیکوپتر	ساختن پوپونید
دریا	غواصی برای گنج	تلاش بر روی کلاه
عروسک‌ها	بازی با اسباب بازی‌های نرم	درست کردن یک فنجان کافه
سگ با حمل حیوان خانگی	کاوش احساسات با تدی	
بلوک‌های ساختمان	با استفاده از آلات موسیقی	
شاتل فضایی	گفتگوی تشویقی	
آتش نشانان		

از آنجایی که در این تحقیق موارد خاصی برای عملکرد بازی در کودکان اوتیستیک مدنظر بوده که در هیچ یک از مقیاس‌های معتبر برای کودکان اوتیستیک یافت نشد از مقیاسی محقق ساخته استفاده گردید. این مقیاس در ۲۰ آیتم برای بررسی عملکرد کودک مبتلا به اتیسم در توجه مشترک تهیه شد. هر یک از آیتم‌ها شامل پاسخ‌های بلی و خیر بود. اگر کودک در موقعیت ایجاد شده توانست مهارت‌های مورد نظر را به خوبی انجام دهد نمره ۱ می‌گیرد و و اگر کودک در موقعیت ایجاد شده از هیچ مهارتی استفاده نکرد نمره صفر می‌گیرد و اگر مهارت مورد نظر را درست انجام نداد یا نتوانست انجام دهد نمره ای برای آن منظور نشد. در ادامه سایر ابزارهایی که جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد، شرح داده شد.

آزمون تشخیص اتیسم گیلیام- ویرایش دوم: این آزمون در سال ۲۰۰۶ به منظور رتبه دهی شدت اختلال در افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم توسط گیلیام طراحی و تدوین شده است. این آزمون شامل سه خرده مقیاس رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط و تعاملات اجتماعی است. هر خرده مقیاس متشکل از ۱۴ گویه است که هر گویه براساس شدت، از صفر تا ۳ نمره دهی می‌شود، به این صورت که به گزینه هیچ گاه نمره صفر، گزینه به ندرت نمره ۱، گزینه برخی مواقع نمره ۲، و اغلب نمره ۳ داده

است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. همچنین، هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست. لازم به ذکر است که کلیه مراحل تحلیل دیداری این پژوهش، بر اساس کتاب طرح‌های مورد منفرد در علوم رفتاری نوشته گاست (۲۰۰۲) اقتباس شده است.

گفته می‌شود داده‌ها ثابت دارند. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم کردن استفاده شد و محفظه‌ی ثبات خط روند بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله)

نتایج

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی جمعیت شناختی از شرکت کنندگان

شاخص‌ها	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳
جنسیت	دختر	دختر	دختر
سن کودک	۴ سال	۴ ساله	۵ ساله
سن تشخیص بیماری	۱۸ ماهگی	۲۱ ماهگی	۲۲ ماهگی
سن مادر	۳۰	۲۸	۲۷
سن پدر	۳۶	۳۲	۳۱
داشتن خواهر / برادر	خیر	خیر	خیر
تحصیلات پدر	کارشناسی ارشد	کارشناسی	کارشناس
تحصیلات مادر	کارشناسی	کارشناسی	دیپلم
شغل مادر	خانه دار	آرایشگر	خانه دار
شغل پدر	کارمند	آزاد	آزاد
نمره تشخیص اتیسم	۹۵	۱۰۰	۹۴
سابقه بیماری زمینه‌ای	ندارد	ندارد	ندارد

و تحصیلات مادر نیز کارشناسی بود که مادر آرایشگر و پدر شغل آزاد داشت. کودک سابقه بیماری زمینه‌ای نداشته و نمره تشخیص اتیسم در وی ۱۰۰ بود. آزمودنی سوم کودکی ۵ ساله بود که در سن ۲۲ ماهگی تشخیص اختلال اتیسم برای کودک صورت گرفت، مادر ۲۷ ساله و پدر ۳۱ ساله بودند که در یک خانواده سه نفره بوده و کودک برادر و خواهری ندارد. تحصیلات پدر کارشناسی و تحصیلات مادر دیپلم بود که مادر خانه دار و شغل پدر آزاد بود کودک سابقه بیماری زمینه‌ای نداشته و نمره تشخیص اتیسم در وی ۹۴ بود.

در بررسی صورت گرفته آزمودنی اول کودکی ۴ ساله بود که در سن ۱۸ ماهگی تشخیص اختلال اتیسم برای کودک صورت گرفت، مادر ۳۰ ساله و پدر ۳۶ ساله بودند که یک خانواده سه نفره بوده و کودک برادر و خواهری ندارد. تحصیلات پدر کارشناسی ارشد و تحصیلات مادر کارشناسی بود که مادر خانه دار و پدر کارمند بود کودک سابقه بیماری زمینه‌ای نداشته و نمره تشخیص اتیسم در وی ۹۵ بود. آزمودنی دوم کودکی ۴ ساله بود که در سن ۲۱ ماهگی تشخیص اختلال اتیسم برای کودک صورت گرفت، مادر ۲۸ ساله و پدر ۳۲ ساله بودند که در یک خانواده سه نفره بوده و کودک برادر و خواهری ندارد. تحصیلات پدر کارشناسی

جدول ۳. تغییرات وضعیت نمرات توجه مشترک برای آزمودنی ها

مراحل درمان	زمان اندازه گیری	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	میانگین (انحراف معیار) کل
مرحله قبل از مداخله	خط پایه اول	۹	۸	۸	۸/۳۳(۰/۵۷۷)
	خط پایه دوم	۷	۸	۸	۷/۶۷(۰/۵۷۷)
	خط پایه سوم	۸	۷	۷	۷/۳۳(۰/۵۷۷)
	خط پایه چهارم	۸	۷	۸	۷/۶۷(۰/۵۷۷)
	خط پایه پنجم	۹	۸	۸	۸/۳۳(۰/۵۷۷)
	میانگین (انحراف معیار)	۸/۲۰(۰/۸۳۷)	۷/۶۰(۰/۵۴۸)	۷/۸۰(۰/۴۴۷)	
مرحله حین مداخله	جلسه سوم	۱۰	۱۱	۱۰	۱۰/۳۳(۰/۵۷۷)
	جلسه ششم	۱۰	۱۲	۱۱	۱۱/۰۰(۱/۰۰۰)
	جلسه نهم	۱۱	۱۱	۱۰	۱۰/۶۷(۰/۵۷۷)
	جلسه دوازدهم	۱۱	۱۲	۱۱	۱۱/۳۳(۰/۵۷۷)
مرحله حین مداخله	جلسه پانزدهم	۱۱	۱۳	۱۲	۱۲/۰۰(۱/۰۰۰)
	جلسه هجدهم	۱۳	۱۴	۱۴	۱۳/۶۷(۰/۵۷۷)
	جلسه بیست و یکم	۱۳	۱۴	۱۳	۱۳/۳۳(۰/۵۷۷)
	جلسه بیست و چهارم	۱۴	۱۵	۱۴	۱۴/۳۳(۰/۵۷۷)
	جلسه بیست و هفتم	۱۴	۱۵	۱۴	۱۴/۳۳(۰/۵۷۷)
	پس آزمون	۱۵	۱۶	۱۵	۱۵/۳۳(۰/۵۷۷)
	میانگین (انحراف معیار)	۱۲/۲۰(۱/۸۱۴)	۱۳/۳۰(۱/۷۶۷)	۱۲/۴۰(۱/۸۳۸)	
مرحله پیگیری	مرحله پیگیری اول	۱۵	۱۵	۱۴	۱۴/۶۷(۰/۵۷۷)
	مرحله پیگیری دوم	۱۴	۱۳	۱۴	۱۳/۶۷(۰/۵۷۷)
	مرحله پیگیری سوم	۱۳	۱۲	۱۳	۱۲/۶۷(۰/۵۷۷)
	میانگین (انحراف معیار)	۱۴/۰۰(۱/۰۰۰)	۱۳/۳۳(۱/۵۲۸)	۱۳/۶۷(۰/۵۷۷)	

اعمال کامل جلسات مداخله آیدنتی پلی و هم در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه بر میزان توجه مشترک افزوده شده است.

بررسی آزمودنی دو نشان داد نمره توجه مشترک در خط پایه دامنه نمره از ۷ الی ۸ بوده به طوری که میانگین نمره های اندازه گیری شده این کودک در ۵ خط پایه برابر ۷/۶۰ شده است. در طی ۱۰ بار در بعد از شروع مداخله اندازه گیری صورت گرفت در جلسه ۳ بعد از مداخله نسبت به آخرین جلسه پایه از ۸ به ۱۱ افزایش مشاهده شد روند افزایش در طی جلسات مداخله مشهود بود به طوری که در جلسه ششم نیز افزایش یک نمره ای دیده شد علی رغم اینکه در جلسه نهم تغییر نزولی دیده شد ولی در

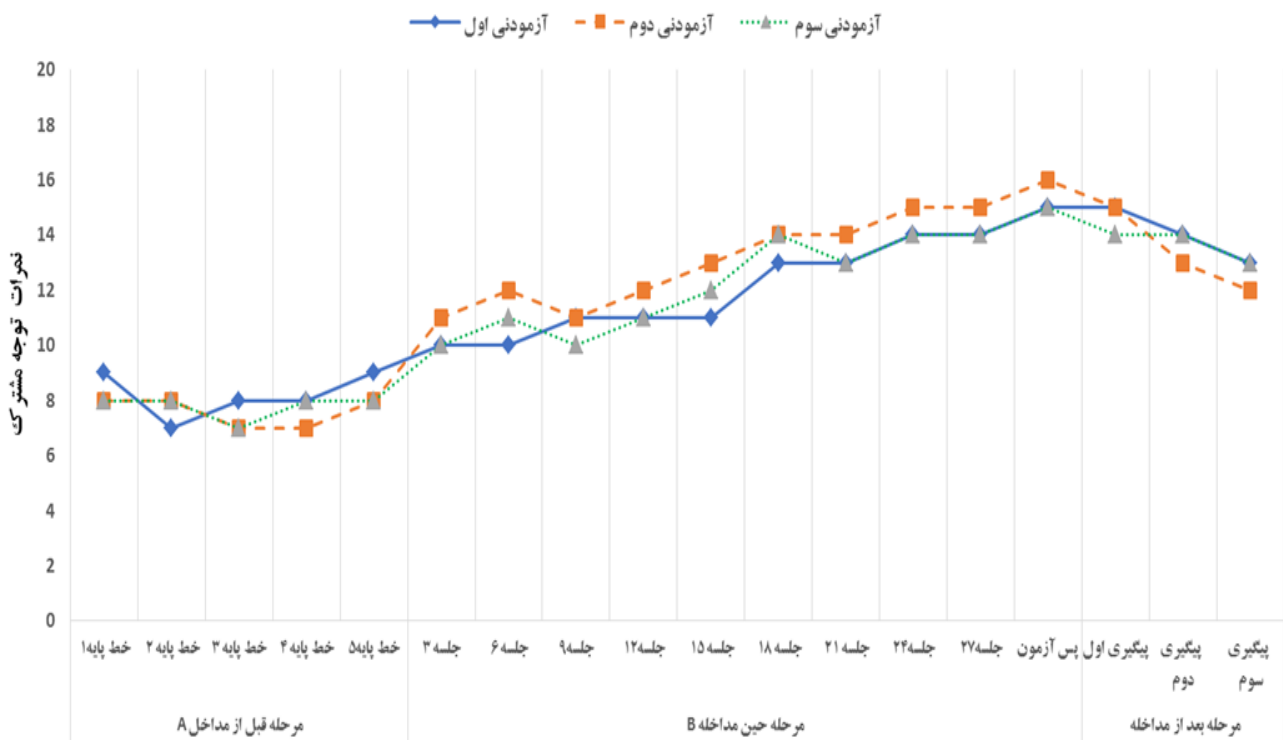
بررسی از جدول ۴ نشان می دهد در آزمودنی یک نمره توجه مشترک بین صفر الی ۲۰ بوده که در خط پایه دامنه نمره از ۷ الی ۹ بوده به طوری که میانگین نمره های اندازه گیری شده این کودک در ۵ خط پایه برابر ۸/۲۰ شده است. در طی ۱۰ بار در بعد از شروع مداخله اندازه گیری صورت گرفت در جلسه ۳ بعد از مداخله نسبت به آخرین جلسه پایه یک افزایش مشاهده شد روند افزایش در طی جلسات مداخله مشهود بود به طوری که در این آزمودنی نمره پس آزمون برابر ۱۵ بدست آمده است در مرحله اول پیگیری تغییر نمره ای در آزمودنی ثبت نشد ولی در جلسه دوم پیگیری و جلسه سوم پیگیری به ترتیب به ۱۴ و ۱۳ کاهش داشت. در این آزمودنی در مرحله پس آزمون بعد از

جلسه ۲۴ تا ۱۲ روند افزایشی به چشم خورد و در جلسه بیست و هفت در وضعیت قبلی ثابت ماند ولی در پس آزمون بعد از پایان مداخلات به ۱۶ افزایش داشت. در مرحله اول پیگیری نمره به ۱۵ و در مرحله دوم و سوم پیگیری به ۱۳ و ۱۲ تغییر داشت. در آزمودنی دوم در مرحله پس آزمون بعد از اعمال کامل جلسات مداخله آیدنتی پلی و هم در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه بر میزان توجه مشترک افزوده شده است.

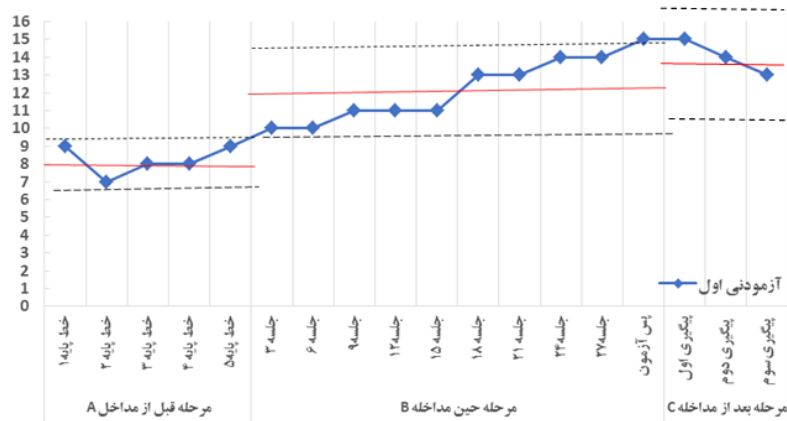
بررسی کلی از سه نمونه نشان داد میانگین نمره آزمودنی ها در خط پایه یک ۸/۳۳، در خط پایه دوم ۷/۶۷، در خط پایه سوم ۷/۳۳، در خط پایه چهارم ۷/۶۷ و در خط پایه پنجم ۸/۳۳ بود. در طی مداخله میانگین نمره سه نفر در جلسه سوم ۱۰/۳۳ بود که در پس آزمون به ۱۵/۳۳ تغییر داشت در مرحله پیگیری نیز روند کاهشی را ادامه داشت ولی در حدی نبود که به سطح خط پایه برسد. در نمودار ۱ بررسی کلی هر یک از آزمودنی ها در متغیر توجه مشترک ارایه شده است. که تغییرات سطح نمره توجه مشترک در سه محدوده خط پایه، حین مداخله و پیگیری را نشان می دهد.

جلسه ۲۴ تا ۱۲ روند افزایشی به چشم خورد و در جلسه بیست و هفت در وضعیت قبلی ثابت ماند ولی در پس آزمون بعد از پایان مداخلات به ۱۶ افزایش داشت. در مرحله اول پیگیری نمره به ۱۵ و در مرحله دوم و سوم پیگیری به ۱۳ و ۱۲ تغییر داشت. در آزمودنی دوم در مرحله پس آزمون بعد از اعمال کامل جلسات مداخله آیدنتی پلی و هم در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه بر میزان توجه مشترک افزوده شده است.

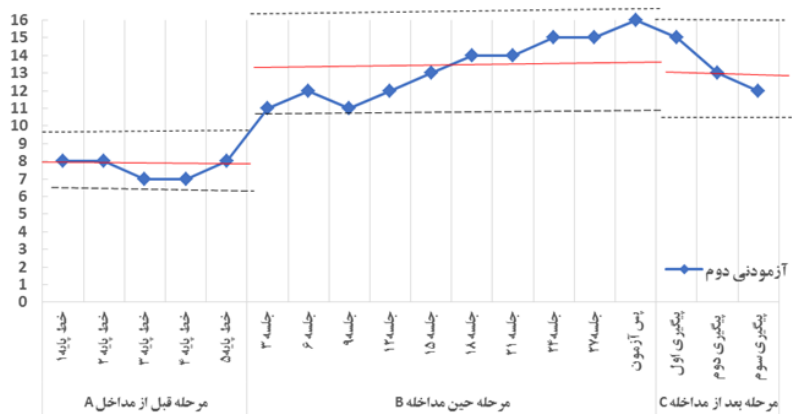
بررسی آزمودنی سوم نشان داد نمره توجه مشترک در خط پایه دامنه نمره از ۷ الی ۸ بوده به طوری که میانگین نمره های اندازه گیری شده این کودک در ۵ خط پایه برابر ۷/۸۰ شده است. در طی مداخله اندازه گیری صورت گرفت افزایش نسبت به خط پایه را نشان داد در جلسه ۳ بعد از مداخله نسبت به آخرین جلسه پایه از ۸ به ۱۰ افزایش مشاهده شد روند افزایش در طی جلسات مداخله نسبت به خط پایه مشهود بود به طوری که در جلسه ششم نیز افزایش یک نمره ای دیده شد ولی در جلسه نهم تغییر نزولی دیده شد ولی روند افزایش در جلسه ۱۲ تا ۱۸ وجود داشت در جلسه بیست و یک به ۱۳ و طی در اندازه گیری ۲۴ و



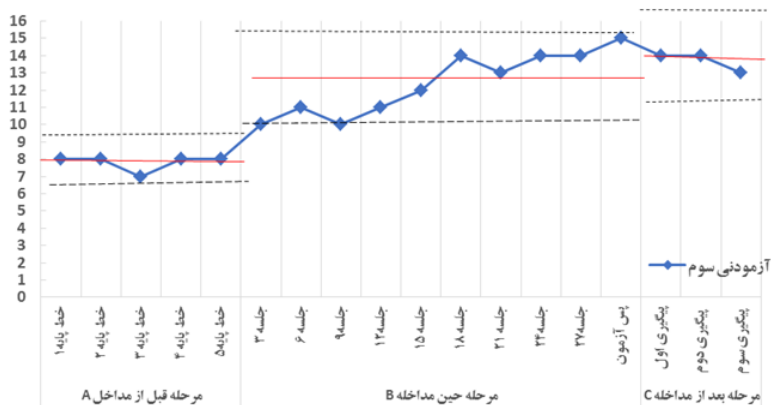
نمودار ۱. سیر تغییرات نمره توجه مشترک برای آزمودنی ها



نمودار ۲. بررسی محفظه ثبات میانه در آزمودنی اول



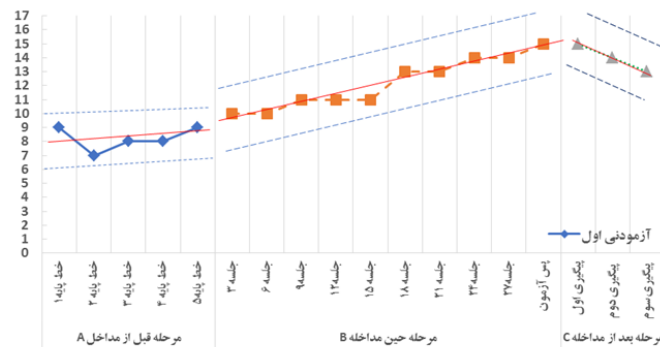
نمودار ۳. بررسی محفظه ثبات میانه در آزمودنی دوم



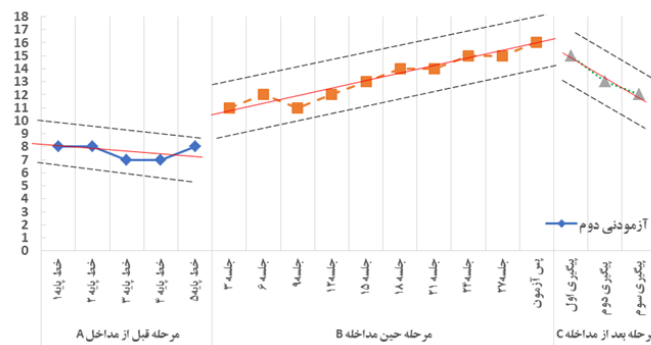
نمودار ۴. بررسی محفظه ثبات میانه در آزمودنی سوم

خط مداخله نیز برای تمام آزمودنی‌ها ثبات وجود دارد به طوری که آزمودنی اول ۹۰ درصد و آزمودنی دوم و سوم ۱۰۰ درصد بود.

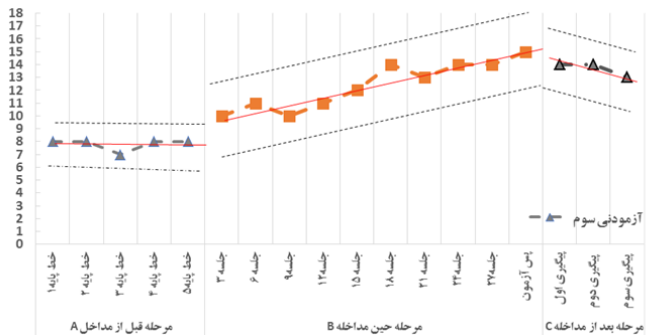
بررسی روی نمودارهای ۲ الی ۴ برای هر یک از آزمودنی‌ها خط میانه همراه با محفظه ثبات را نشان می‌دهد محفظه ثبات بر پایه تعیین کران بالا و پایین تحت ۲۰٪ میانه به دست آمده است تمامی آزمودنی‌ها در خط پایه در محفظه ثبات واقع هستند.



نمودار ۵. بررسی محفظه ثبات روند در آزمودنی اول



نمودار ۶. بررسی محفظه ثبات روند در آزمودنی دوم



نمودار ۷. بررسی محفظه ثبات روند در آزمودنی سوم

مرحله پیگیری نزولی بوده است ولی در خط پایه در آزمودنی یگ و دو صعودی با شیب کم بوده و در آزمودنی سه مسطح بود.

بررسی سه نمودار ۵، ۶ و ۷ نشان داد در مرحله مداخله روند صعودی در بین سه آزمودنی وجود داشته و همه مقادیر در محفظه ثبات روند واقع بودند الگوی روند در هر سه آزمودنی در

جدول ۴. تحلیل درون موقعیتی برای هر یگ از آزمودنی ها در متغیر توجه مشترک

شاخص	خط پایه			مداخله			پیگیری		
آزمودنی	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
تعداد جلسه	۵	۵	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۳	۳	۳

۱۴	۱۳	۱۴	۱۲/۵	۱۳/۵	۱۲	۸	۸	۸	میانه
۱۳/۶۷	۱۳/۳۳	۱۴/۰۰	۱۲/۴۰	۱۳/۳۰	۱۲/۲۰	۷/۸۰	۷/۶۰	۸/۲۰	میانگین
۶۶/۶۷	۵۷/۸۹	۵۸/۵۴	۹۲/۳	۱۱۰/۵	۸۲/۹	-	-	-	درصد بهبودی
۱۳-۱۴	۱۲-۱۵	۱۳-۱۵	۱۰-۱۵	۱۱-۱۶	۱۰-۱۵	۷-۸	۷-۸	۷-۹	دامنه تغییرات
-۱۶/۸	-۱۵/۶	-۱۶/۸	۱۰-۱۵	-۱۶/۲	-۱۴/۴	۶/۴-۹/۶	۶/۴-۹/۶	۶/۴-۹/۶	محفظه ثبات میانه
۱۱/۲	۱۰/۴	۱۱/۲		۱۰/۸/۸	۹/۶				
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد محفظه ثابت
ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	دامنه تغییرات محفظه ثابت
۱۴	۱۵	۱۵	۱۱	۱۲	۱۱	۸	۸	۸	میانه نیمه اول
۱۳	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۴	۸	۸/۵	۸/۵	میانه نیمه دوم
-۱	-۳	-۲	+۳	+۳	+۴	۰	+۰/۵	+۰/۵	تغییر طراز نسبی
کاهش	کاهش	کاهش	افزایش	افزایش	افزایش	ثابت	افزایش	افزایش	تفسیر طراز نسبی
۱۴	۱۵	۱۵	۱۰	۱۲	۱۰	۸	۸	۹	اولین مشاهده
۱۳	۱۲	۱۳	۱۵	۱۶	۱۵	۸	۸	۹	آخرین مشاهده
-۱	-۳	-۲	۵	۴	۵	۰	۰	۰	تغییر طراز مطلق
کاهش	کاهش	کاهش	افزایش	افزایش	افزایش	ثابت	ثابت	ثابت	تفسیر طراز مطلق
نزولی	نزولی	نزولی	صعودی	صعودی	صعودی	همسطح	صعودی	صعودی	جهت روند
ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثبات
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده در محفظه ثبات

ها وجود داشت هم ترراز نسبی و هم تراز مطلق در مرحله مداخله مثبت بودند و در سه آزمودنی مقادیر طراز در مرحله پیگیری منفی بوده است.

مقایسه آزمودنی ها و نیز بررسی درون موقعیتی در جدول ۴ ارایه شده است که با توجه به نتایج بدست آمده هر سه آزمودنی در موقعیت مداخله افزایش سطح داشته و روندی صعودی در داده

جدول ۵. تحلیل بین موقعیتی برای هر یک از آزمودنی ها در متغیر توجه مشترک

خط پایه - مداخله			مقایسه موقعیت
۳	۲	۱	آزمودنی
تغییرات روند			
			تغییر جهت روند
مثبت	مثبت	مثبت	نوع روند در مداخله
با ثبات به با ثبات	با ثبات به با ثبات	با ثبات به با ثبات	تغییر ثبات روند
تغییرات طراز			
از ۸ به ۱۱	از ۷/۵ به ۱۲	از ۸/۵ به ۱۱	تغییر طراز نسبی
از ۸ به ۱۰	از ۸ به ۱۱	از ۹ به ۱۰	تغییر تراز مطلق
از ۸ به ۱۲	از ۸ به ۱۳/۵	از ۸ به ۱۲/۵	تغییر میانه
از ۷/۸ به ۱۲/۴۰	از ۷/۶ به ۱۳/۳۰	از ۸/۲ به ۱۲/۲۰	تغییر میانگین

همپوشی داده ها

۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	PND
۰/۰	۰/۰	۰/۰	POD

بررسی بین موقعیت خط پایه و مداخله نشان داد تراز نسبی و مطلق در هر سه آزمودنی افزایش را نشان می دهد و با توجه به مقدار PND کارآمدی مداخله در بین آزمودنیها مشهود است.

جدول ۶. بررسی شاخص پایا و درصد بهبودی در آزمودنی ها در پس آزمون و پیگیری نسبت به خط پایه در متغیر توجه مشترک

پیگیری نسبت به خط پایه			بعد از مداخله نسبت به خط پایه		شاخص
فرد سوم	فرد دوم	فرد اول	فرد سوم	فرد دوم	
۸/۶۶	۶/۹۳	۶/۹۳	۱۳/۱۲	۱۳/۸۶	شاخص تغییر پایا
۶۶/۶۶	۵۷/۸۹	۵۸/۵۳	۹۲/۳	۱۱۰/۵	درصد بهبودی

مربوط به آن داشته اند. در ارتباط با نتایج حاصل از بررسی فرضیه اول، یافته های این پژوهش همسو با پژوهش های انجام شده قبلی است؛ برای مثال، یافته های حاصل از آزمون این فرضیه با نتایج پژوهش (۱۷) که نشان دادند، تکنیک هایی که شامل ارتباط و روابط، تقلید، جلب توجه، نوبت گرفتن، لذت بردن و ساختار است، بر کاهش رفتار چالش برانگیز کودک اتیسم پس از مداخله بازی ساختاریافته تاثیر مثبت دارد. والن، سپرمن و اینگرسل (۱۸) در پژوهش دیگری که در طول ۱۰ هفته، روی ۴ کودک دارای اختلال طیف اتیسم انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که مداخله بهنگام درمانی موجب بهبود آغازگری اجتماعی، عواطف مثبت، تقلید، بازی و گفتار خود به خودی شد. آنها ۳ ماه بعد از اتمام مداخله، مرحله پیگیری را اجرا کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان همچنان اثربخش بوده است. در پژوهش دیگری نتایج حاکی از اثربخشی مداخله بهنگام مبتنی بر والدین در مهارت های توجه اشتراکی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بود (۱۹). در ایران نیز، در پژوهشی که توسط وکیلی زاده، عابدی، محسنی اژی و پیش قدم انجام گرفت، پژوهشگران دریافتند که مداخله بهنگام مبتنی بر والدین، موجب بهبود مهارت پاسخ دهی به توجه اشتراکی در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم می شود (۲۰). براساس اظهارات فریث، کودکان معمولی دارای پردازش منسجم هستند که می تواند خودکار و صریح باشد. در نظریه انسجام مرکزی، فرابازنمایی های یکپارچه به عنوان ابزارهایی پیشنهاد شده اند که

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۶، مقادیر شاخص تغییر پایا در متغیر توجه مشترک بعد از مداخله در آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب برابر با ۱۰/۳۹، ۱۳/۸۶ و ۱۲/۱۳ به دست آمده است. با توجه به اینکه مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک، یعنی ۱/۹۶ بالاتر است، می توان گفت نتایج بدست آمده، ناشی از درمان می باشد. درصد بهبودی از میانگین خط پایه به پس آزمون در آزمودنی اول ۸۲/۹ درصد، در آزمودنی دوم برابر با ۱۱۰/۵ درصد و در آزمودنی سوم برابر ۹۲/۳ درصد بود که تماما بالای ۵۰ درصد بود. همچنین در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه نیز اثر بخشی همچنان معنی دار بوده است به صورتی که در آزمودنی اول و دوم شاخص متغیر پایا ۶/۹۳ و در فرد سوم ۸/۶۶ بدست آمده و همچنین درصد بهبودی توجه مشترک در پیگیری نسبت به خط پایه در فرد اول ۵۸/۵۳، در فرد دوم ۵۸/۸۹ و در فرد سوم ۶۶/۶۶ بود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روش آیدنتی پلی بر بهبود مهارت های تقلیدی، توجه مشترک، بازی وانمودی و مهارت های ارتباطی در کودکان اتیسم انجام شد. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که روش آیدنتی پلی بر بهبود توجه مشترک در کودکان اتیسم موثر است. اگرچه در ایران در مورد مداخله ای برای آموزش روش آیدنتی پلی کمتر توجه شده است، با این حال پژوهشگران متعددی در دنیا با به کار بردن این مداخله ای بهنگام، سعی در بهبود مهارت های توجه مشترک و متغیرهای

تعمیم‌پذیری پایین نتایج آن است. هر چند که طرح‌های مورد منفرد نسبت به پژوهش‌های تک‌آزمودنی، تعمیم‌پذیری بیشتری دارند، اما باز هم به دلیل تعداد کم آزمودنی‌ها، مشکل تعمیم نتایج همچنان وجود خواهد داشت. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان محدوده سنی کودکان را نام برد که تعمیم نتایج را برای کودکان سنین دیگر را دشوار می‌کند. با توجه به اثربخشی آیدنتی پلی در رشد توجه مشترک کودکان، به متخصصان، درمان‌گران و والدین پیشنهاد می‌گردد این دسته از بازی‌ها در برنامه آموزشی زود هنگام این کودکان گنجانده شود. یافته‌های این پژوهش از آن جهت که توانست رویکرد جدیدی در زمینه آموزش به کودکان دارای اختلال اتیسم را در کشور ایران عملی کند، حائز اهمیت است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه دیگر با استفاده از گروه‌های نمونه وسیع‌تر و متنوع‌تر و با در نظر گرفتن متغیرهای مختلف دیگر انجام شود. همچنین انجام تحقیقات در سایر استان‌های کشور می‌تواند زمینه درمانی مناسبی برای کودکان اتیسم فراهم آورد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از آزمودنی‌های سنین بالاتر استفاده شود که در این صورت نیاز به زمان طولانی تری خواهد داشت.

با آنها می‌توان بر فرابازنمایی عناصر یا رویدادهای افراد تاثیر گذاشت. درمقابل کودکان اتیسم دارای انسجام مرکزی ضعیفی هستند به این معنی که تمرکز آنها بر روی گونه‌های اطلاعاتی افراد است نه زمینه کلی. روش آیدنتی پلی کودک مبتلا به اتیسم را قادر می‌سازد تا یک مهارت بازی را بیاموزد، آن را تعمیم دهند و به آن بی‌افزایند. رویکردهای اولیه بازی برای کودک مبتلا به اتیسم مبتنی بر مشاهده دقیق این بازی است. آیدنتی پلی بر روی مهارت‌های بازی کودک، رشد توجه مشترک، نشان دادن به جای بیان چستی بازی، استفاده از روایت داستانی ساده و استفاده از ساختار بصری. تمرکز دارد. در تبیین دیگر یافته فوق می‌توان بیان داشت که آیدنتی پلی سبب بهبود توجه مشترک از طریق ارتباط چشمی، تبادل نگاه، اشاره کردن و نشان دادن یا پردازش پیام‌های دیگران می‌شود. در این جریان، ۲ نفر فعالانه توجه خود را معطوف به یک شی، موقعیت یا رویداد می‌کنند (۲۱).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. محدود کردن تحقیق به کودکان اتیسم شهر تهران که تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش را به سایر مکان‌ها با محدودیت توأم می‌کند. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری هدفمند اشاره نمود. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش

References

1. Christensen DL, Braun KV, Baio J, Bilder D, Charles J, Constantino JN, Daniels J, Durkin MS, Fitzgerald RT, Kurzius-Spencer M, Lee LC. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*. 2018 Nov 11;65(13):1.
2. Zuckerman KE, Mattox K, Donelan K, Batbayar O, Baghaee A, Bethell C. Pediatrician identification of Latino children at risk for autism spectrum disorder. *Pediatrics*. 2013 Sep;132(3):445-53.
3. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, García FA, Gillman M, Herzstein J, Kemper AR, Krist AH. Screening for autism spectrum disorder in young children: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 2016 Feb 16;315(7):691-6.
4. Guerrero MG, Sobotka SA. Understanding the Barriers to Receiving Autism Diagnoses for Hispanic and Latinx Families. *Pediatric Annals*. 2022 Apr 1;51(4): e167-71.
5. Balestro JI, De La Higuera Amato CA, Sugawara V, Gibello I, Segeren L, Fernandes FD. Relations between the perception of communication difficulties, stress levels and behavior of children with autism spectrum disorders. *Psychology*. 2016;7(12):1391.
6. Pettitt DJ, Talton J, Dabelea D, Divers J, Imperatore G, Lawrence JM, Liese AD, Linder B, Mayer-Davis EJ, Pihoker C, Saydah SH. Prevalence of diabetes in US youth in 2009: the SEARCH for diabetes in youth study. *Diabetes care*. 2014 Feb 1;37(2):402-8.
7. Herlihy J, Turner SW. The psychology of seeking protection. *International Journal of Refugee Law*. 2009 Jul 1;21(2):171-92.
8. Woodgate RL, Ateah C, Secco L. Living in a world of our own: The experience of parents who have a child with autism. *Qualitative health research*. 2008 Aug;18(8):1075-83.
9. Belsky J, Most RK. From exploration to play: A cross-sectional study of infant free play behavior. *Developmental psychology*. 1981 Sep;17(5):630.

10. Charman T. Why is joint attention a pivotal skill in autism? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*. 2003 Feb 28;358(1430):315-24.
11. Bordes Edgar V, Meneses V, Shaw D, Romero RA, Salinas CM, Kissel A. Clinical utility of the ECLECTIC framework in providing culturally-informed autism spectrum disorder evaluations: a pediatric case-based approach. *The Clinical Neuropsychologist*. 2021 Jun 15:1-24.
12. Brefort E, Saint-Georges-Chaumet Y, Cohen D, Saint-Georges C. Two-year follow-up of 90 children with autism spectrum disorder receiving intensive developmental play therapy (3i method). *BMC pediatrics*. 2022 Dec;22(1):1-3.
13. Caliendo M, Di Sessa A, D'Alterio E, Frolli A, Verde D, Iacono D, Romano P, Vetri L, Carotenuto M. Efficacy of neuro-psychomotor approach in children affected by autism spectrum disorders: A multicenter study in Italian pediatric population. *Brain Sciences*. 2021 Sep 14;11(9):1210.
14. Bates E. *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy*. Academic Press; 2014 May 10.
15. Belchic JK, Harris SL. The use of multiple peer exemplars to enhance the generalization of play skills to the siblings of children with autism. *Child & Family Behavior Therapy*. 1994 May 5;16(2):1-25.
16. Ahmadi J, Safari T, Hematian M, Khalili Z. ABA intervention on general symptoms of autism, stereotyped behaviors, communication problems and social interactions, cognitive concepts, math, self-help and verbal skills, *Journal of Behavioral Sciences Research*, 2019; 10 (4): 292-300.
17. McArthur D, Adamson LB. (2005). Joint attention in preverbal children: Autism and developmental language disorder. *Journal of autism and developmental disorders*.26(5):481-96.
18. Russell-Smith SN, Maybery MT, Bayliss DM, Sng AA. Support for a link between the local processing bias and social deficits in autism: An investigation of embedded figures test performance in non-clinical individuals. *Journal of autism and developmental disorders*. 2012 Nov;42(11):2420-30.
19. Bolghan-Abadi M, Erfanyfar B. Effectiveness of floor time play therapy on the oppositional defiant and hyperactivity disorders on reducing of preschool children. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2021 Oct 23;11(2):1-20.
20. Vakilzad N, Malikpour M, Faramarezi S. The effectiveness of joint attention training on initiation-social response, social-emotional interaction, imitation and play of children with autism spectrum disorder, *Paramedical and Rehabilitation Sciences Quarterly*, 2018; 6(3): 67-79.
21. Jones EA, Carr EG. Joint attention in children with autism: Theory and intervention. *Focus on autism and other developmental disabilities*. 2004 Feb;19(1):13-26.

*Original Article***The Effectiveness of Identiplay Method on Improving Joint Attention in Children with Autism**

Received: 15/03/2022 - Accepted: 15/08/2022

Sahar Faramarzi¹
Siamak Samani^{*2}
Sajjad Aminimanesh³
Banafsheh Omidvar³

1. PhD student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

* Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Email: siamak.samani@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Autism spectrum disorder affects communication skills and a person's appropriate response to the outside environment. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of the Identiplay method on improving joint attention in autistic children.

Method: The research method was a single case study with A-B design and follow-up. From the statistical population of children with autism spectrum disorder in the rehabilitation center of Tehran, three children were selected as the study sample using the purposeful sampling method. The tool for collecting information in this research was Gilliam's autism diagnosis test (2006) and the identity play protocol based on the approach of Phillips and Biwan (2007). To analyze the data, graph analysis methods, reliable change index, clinical significance, recovery percentage of POD, PND indices and calculation of stability of trend and median were used.

Results: The results of the research showed that the Identiplay method was effective in improving joint attention in autistic children. Identity Play significantly improves the joint attention of children with autism spectrum disorder.

Conclusion: Considering the effectiveness of the identity bridge method on autistic children, it is suggested that this method be used as a new and complementary approach in the field of education and rehabilitation of children with autism spectrum disorder along with other major therapies.

Keywords: autism, Identiplay, joint attention.

conflict of interest: There is no conflict of interest.