

طراحی برنامه تعمیم مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان دارای درخودماندگی با کنش‌وری بالا:  
کاربرد مدل شناختی پردازش اطلاعات اجتماعی

**Designing a Program for the Generalization of Social Skills in  
Adolescents with High-Functioning Autism:  
Application of Cognitive Model of Social Information Processing**

Seddighe Sadat Mirzaei  
PhD Candidate in Psychology  
Shahid Beheshti University

Shahla Pakdaman, PhD  
Shahid Beheshti University

شهلا پاکدامن\*  
دانشیار گروه روان‌شناسی  
دانشگاه شهید بهشتی

صدیقه السادات میرزائی  
دانشجوی دکتری روان‌شناسی  
دانشگاه شهید بهشتی

Ebrahim Alizade, PhD  
Shahid Beheshti University

ابراهیم علیزاده  
استادیار گروه روان‌شناسی  
دانشگاه شهید بهشتی

#### چکیده

هدف این پژوهش، تدوین و تعیین اثربخشی برنامه‌ای مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات بر مهارت‌های اجتماعی افراد دارای درخودماندگی با کنش‌وری بالا بود. این پژوهش از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه و جامعه آن شامل همه نوجوانان دارای درخودماندگی با کنش‌وری بالا در شهر سیرجان بود که از بین افراد مراجعه‌کننده به مرکز اتیسم مهرک، ابتدا ۱۲ نفر به صورت هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (n=۶) و گواه (n=۶) تقسیم شدند. در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت- نسخه والد و معلم (۱۹۹۰) و نیز مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با والدین و نوجوان روی گروه نمونه اجرا شد. برنامه آموزشی طی ۱۲ جلسه دوساعته به صورت هفته‌ای دو بار روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. ۶۰ روز پس از پایان جلسه‌ها، گروه‌ها به لحاظ وضعیت مهارت‌های اجتماعی بار دیگر ارزیابی شدند تا ماندگاری نتایج، مورد بررسی قرار گیرد. نتایج نشان داد، آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مبنای این مدل به بهبود، تعمیم (مصاحبه با والدین و نوجوان) و ماندگاری مهارت‌های اجتماعی منجر شده است. بنابراین آموزش مهارت‌های اجتماعی متکی بر اصول مدل پردازش اطلاعات اجتماعی باعث بهبود، تعمیم و ماندگاری مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان درخودمانده می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** نوجوانان دارای درخودماندگی با کنش‌وری بالا، مهارت‌های اجتماعی، پردازش اطلاعات اجتماعی

#### Abstract

The purpose of this study was to elaborate the effectiveness of a program based on the information processing model on the social skills of people with high-functioning autism. This research was a semi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up with control group. The research population consisted of all high-functioning autistic adolescents in Sirjan city and among autistic adolescents referred to Mehrak Autism Center, 12 subjects were randomly selected and divided into two experimental (n=6) and control groups (n=6). In order to measure social skills, Gresham & Elliott: Social skills rating system (1990) and semi-structured interviews with were used. The program was conducted twice a week in 12 sessions of two hours. 60 days after the end of the sessions, the groups were evaluated again regarding social skills status. The results showed that social skills training based on this model resulted in, generalization (interview with mothers and adolescents) and maintenance of social skills; So social skills training based on the principles of social information processing model leads to improvement, generalization and maintenance of social skills in adolescents with autism.

**Keywords:** Adolescents with high functioning autism, social skills, social information processing

received: 03 May 2019

accepted: 27 November 2019

Contact information: pakdaman.shahla@gmail.com

دریافت: ۹۸/۰۲/۱۳

پذیرش: ۹۸/۰۹/۰۶

## مقدمه

طی دو دهه گذشته، تشخیص اختلال درخودماندگی<sup>۱</sup> افزایش چشمگیری در سراسر جهان داشته است؛ برای مثال، در استرالیا طی سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲، ۷۹ درصد افزایش در تشخیص این اختلال گزارش شده است (اداره آمار استرالیا، ۲۰۱۲) و نرخ شیوع فعلی آن در ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که از هر ۶۸ کودک، یک نفر تشخیص این اختلال را می‌گیرد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۴). همچنین نرخ شیوع این اختلال در جامعه کودکان ایرانی سنین پیش‌دبستانی، ۹۵/۲ در هر ۱۰ هزار نفر است (صمدی و مک‌کانکی، ۲۰۱۵).

اگرچه تشخیص اختلال درخودماندگی در کودکان رو به افزایش است و به تبع آن، تعداد افرادی که در نوجوانی و بزرگسالی مبتلا این اختلال تشخیص داده می‌شوند نیز افزایش یافته است، اما پژوهش در زمینه پیامدهای این اختلال در دوران پس از کودکی اندک است (اندرسون و دیگران، ۲۰۱۷)؛ برای مثال، به‌رغم وجود شواهدی مبنی بر آثار مثبت و کوتاه‌مدت مداخله‌های زود هنگام و فشرده با روی‌آوردهای رفتاری و تحولی در سنین کودکی اولیه یا میانه (هامپتون، استرن و رابرتز، ۲۰۱۸)، پژوهش درباره آثار درازمدت این مداخله‌ها و مداخله‌های اجتماعی نوجوانان دارای درخودماندگی بسیار محدود است (کی، والون و یان، ۲۰۱۸) و معمولاً خدمات برای آن‌ها گران‌قیمت، کمیاب یا ناکافی است (شاتوک و دیگران، ۲۰۱۲).

نوجوانان دارای درخودماندگی با کنش‌وری بالا در مقایسه با همسالان خود که در کودکی تشخیص سایر اختلال‌های روان‌شناختی را دریافت کرده‌اند، به میزان بیشتری تنها هستند، با والدین خود یا سایر اعضای خانواده زندگی می‌کنند، بیکارند (۵۱/۹ درصد) و بیش از افرادی که قبلاً تشخیص اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی<sup>۴</sup>، رفتار مخرب یا اختلال‌های عاطفی گرفته‌اند از خدمات اجتماعی استفاده می‌کنند (بارنولد، سوواب، فاگل، وان‌انگلند و دی‌سونویل، ۲۰۱۴).

به‌رغم اینکه نوجوانان دارای درخودماندگی با کنش‌وری بالا

ضریب هوشی بالای ۷۰ دارند، اما مهم‌ترین تفاوت آن‌ها با همسالان‌شان، ضعف در مهارت‌های اجتماعی است و با اینکه در برخی موارد علاقه‌مند به تعامل با همسالان خود هستند، در این مورد موفق عمل نمی‌کنند و نمی‌دانند در هر موقعیت اجتماعی چه رفتاری پسندیده‌تر است (بامبارا و دیگران، ۲۰۱۸). همچنین اغلب، مشکلاتی در درک شوخی، طعنه، کنایه، فریب و دروغ (آیکان و نالکاک، ۲۰۱۸)، درک قوانین اجتماعی مکالمه مانند رعایت نوبت، ارائه کافی اطلاعات برای روشن کردن موضوع و انتخاب اطلاعات اجتماعی مرتبط با موضوع دارند (کراسنی، ویلیامز، پروونکال و ازونوف، ۲۰۰۳) که منجر به کاهش فرصت‌های اجتماعی در دوره نوجوانی و در نتیجه، انزوا و تنهایی آن‌ها می‌شود؛ بنابراین لازم است آموزش‌های لازم به این نوجوانان ارائه شود.

آموزش مهارت‌های اجتماعی که عمدتاً نقص در کنش‌وری اجتماعی را هدف قرار می‌دهد، در درمان اختلال درخودماندگی به‌وفور مورد استفاده قرار گرفته است (ریکو، استینر و ولکمار، ۲۰۱۳). آموزش مهارت‌های اجتماعی به این نوجوانان باعث بهبودی برخی مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی در آن‌ها می‌شود (مورفی، رادلی و هلیگ، ۲۰۱۸)؛ با وجود این، میزان بهبودی در مرحله پیگیری کاهش می‌یابد (ریکو و دیگران، ۲۰۱۳) و نیاز به برنامه‌هایی با اثربخشی بیشتر و پایدارتر احساس می‌شود.

یک روش ممکن برای افزایش ماندگاری آموزش مهارت‌های اجتماعی، توجه به پردازش شناختی اطلاعات اجتماعی<sup>۵</sup> (راو، میسوری و رامان، ۲۰۱۶) به‌صورت مرحله‌ای و فرایندی است (اباذری، ملک‌پور، قمرانی، عابدی و فرامرزی، ۱۳۹۵؛ مازا و دیگران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها بیانگر اهمیت توجه به رابطه بین پردازش اطلاعات اجتماعی و نقایص اجتماعی در درخودماندگی این عوامل هستند و در این راستا، مدل پردازش اطلاعات اجتماعی کرک و داج (۱۹۹۴) را مورد بررسی قرار داده‌اند (امبرگتز و ون‌نیوون هوجزن، ۲۰۰۹؛ بومینگر-زویلی و دیگران، ۲۰۱۹؛ زیو، حداد و خطیب، ۲۰۱۴). افراد درخودمانده به دلیل

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)  
2. Australian Bureau of Statistics (ABS)  
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

4. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)  
5. cognitive processing of social information

رفتارهای اجتماعی مثبت در پسران می‌شود (ترزبان، لی، فرازر، دای و رز، ۲۰۱۴). همچنین طبق مدل پردازش اطلاعات اجتماعی، تنها آموزش بررسی نشانه‌ها و تفسیر آن‌ها در هر موقعیت، مهار پرخاشگری جسمانی را در پی دارد (مارکویتز، ۲۰۱۳).

با توجه به اینکه در افراد درخودمانده مشکلاتی در بازشناسی و تمایز تظاهرات چهره‌ای هیجان (هارمس، مارتین و والاس، ۲۰۱۰)، استفاده از تماس چشمی، دنبال کردن نشانه‌ها به منظور کسب اطلاعات اجتماعی (پلفری و دیگران، ۲۰۰۲) و توجه اشتراکی<sup>۱</sup> (داوسون و دیگران، ۲۰۰۴) وجود دارد و همه این مهارت‌ها جزء مراحل اصلی پردازش شناختی اطلاعات اجتماعی در مدل کرک و داج (۱۹۹۴) هستند، این مدل مبنای برنامه آموزشی این پژوهش قرار گرفت. افزون بر آن، با توجه به تأکید پژوهش‌های پیشین بر اهمیت برخی عوامل همچون استفاده از راهبردهای مبتنی بر شواهد (استامر و دیگران، ۲۰۱۵) و مشارکت والدین و همسالان (شیرجنگ، مهریار، جاویدی و حسینی، ۱۳۹۷) در افزایش اثربخشی برنامه‌های درمانی خاص کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه، سعی شد در آموزش هر مرحله، این عوامل مدنظر قرار گیرد.

همچنین با توجه به اهمیت دارا بودن مهارت‌های اجتماعی مناسب برای نوجوانان درخودمانده با کنش‌وری بالا (ریکو و دیگران، ۲۰۱۳)، اثربخشی پایین مداخله‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی در این گروه (لاگسون و فرانکل، ۲۰۱۰) و رابطه مهارت‌های پردازش اطلاعات اجتماعی با مهارت‌های اجتماعی (مازا و دیگران، ۲۰۱۷)، این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر مدل شناختی پردازش اطلاعات اجتماعی بر بهبود نقایص اجتماعی در نوجوانان دارای درخودماندگی با کنش‌وری بالا انجام شد و فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفتند:

سطح مهارت‌های اجتماعی نوجوانان مبتلا به درخودماندگی پس از اجرای برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر مدل پردازش اجتماعی بیشتر می‌شود؛

ناتوانی در رمزگردانی اطلاعات اجتماعی، در درک داستان اجتماعی<sup>۱</sup> با مشکل روبه‌رو هستند، در نتیجه در تفسیر اطلاعات، ایجاد پاسخ و نیز ارزیابی آن، به‌ویژه درست یا نادرست بودن رفتار دیگران، مشکل پیدا می‌کنند؛ بنابراین لازم است فرد پس از قرار گرفتن در معرض موقعیت اجتماعی، هریک از مراحل رمزگردانی و تفسیر اطلاعات، هدف‌گذاری و ایجاد پاسخ را درباره آن موقعیت اجتماعی خاص طی کند تا بتواند پاسخ اجتماعی مناسبی ارائه دهد. در غیر این صورت، حتی پاسخ آموخته‌شده در یک موقعیت، قابل تعمیم به موقعیت‌های مشابه نخواهد بود یا در همین موقعیت به‌صورت انعطاف‌ناپذیر تکرار می‌شود که از مشکلات اساسی افراد درخودمانده است (مازا و دیگران، ۲۰۱۷).

طبق مدل پردازش اطلاعات اجتماعی (کرک و داج، ۱۹۹۴)، از رویارویی با یک تعامل اجتماعی تا مرحله پاسخ‌دهی به آن موقعیت باید شش مرحله طی شود تا فرد رفتار مناسب اجتماعی را نشان دهد: ۱) رمزگردانی نشانه‌ها<sup>۲</sup> (به‌صورت درونی و بیرونی که بر حافظه کوتاه‌مدت دلالت دارد)؛ ۲) تفسیر نشانه‌ها<sup>۳</sup> (اسنادهای علیت، اسنادهای نیت، ارزیابی رسیدن به هدف، ارزیابی عملکرد گذشته، ارزیابی خود، ارزیابی دیگران)؛ ۳) روشن کردن اهداف<sup>۴</sup> (انگیزش فرد در موقعیت‌های اجتماعی، اهداف هیجانی و شناخت اجتماعی که فرد می‌خواهد در آن موقعیت رخ دهد، نظم‌جویی برانگیختگی) که در آن، فرد با توجه به علت هر رویداد، اهدافی را برای خود مشخص می‌کند؛ ۴) دسترسی یا ایجاد پاسخ<sup>۵</sup>؛ ۵) تصمیم‌گیری درباره پاسخ<sup>۶</sup> (ارزیابی پاسخ، انتظارات پیامد، ارزیابی خودکارآمدی، انتخاب پاسخ)؛ و ۶) اجرای رفتاری<sup>۷</sup> (کرک و داج، ۱۹۹۴). هر مرحله متأثر از تجارب قبلی، حافظه، قواعد اجتماعی و طرحواره‌های اجتماعی است و نقص در هر یک از این مراحل، منجر به نقص در مهارت اجتماعی می‌شود (ویکی، ۲۰۱۷).

آموزش برنامه‌های تدوین‌شده طبق مدل پردازش اطلاعات اجتماعی باعث کاهش قابل توجه رفتار پرخاشگرانه و افزایش

- |                           |                                    |                         |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 1. social story           | 4. clarification of goals          | 7. behavioral enactment |
| 2. encoding of cues       | 5. response access or construction | 8. joint attention      |
| 3. interpretation of cues | 6. response decision               |                         |

هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه با تعداد مساوی جایگذاری شدند:

نوجوانان سنین ۱۲ تا ۱۸ ساله (وایت و دیگران، ۲۰۱۳) نوجوانانی که مشکلات اجتماعی داشته باشند و والدین آن‌ها را تشخیص دهند؛

نوجوانانی که قبلاً توسط دو متخصص باتجربه تشخیص اختلال درخودماندگی با کنش‌وری بالا را گرفته باشند؛

نوجوانانی که برای شرکت در گروه انگیزه داشته باشند؛ نوجوانانی که سابقه اختلال روانی عمده (روان‌گسیختگی<sup>۱</sup>)، اختلال دوقطبی، اختلال افسردگی مه‌اد<sup>۲</sup>، افکار خودکشی یا هر نوع روان‌گسستگی<sup>۳</sup> دیگر نداشته باشند؛

نوجوانانی که در حال حاضر مشکلاتی در ارتباط با رفتار پرخاشگرانه یا تمایلات مخالفت‌جویانه شدید نداشته باشند؛ نوجوانان فاقد ناتوانی شنوایی، دیداری یا جسمانی و سایر بیماری‌های روان‌شناختی یا عصب‌شناختی که از شرکت آن‌ها در فعالیت‌های گروهی جلوگیری کند؛

نوجوانانی که والدین آن‌ها شرایط مشارکت فعال در جلسات و خارج از جلسات را داشته باشند.

افزون بر آن، هیچ‌یک از اعضای گروه نمونه درگیر درمان‌های دیگر نبودند و دارو مصرف نمی‌کردند. همچنین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای سن (دامنه سنی هر دو گروه بین ۱۲ تا ۱۸ سال)، جنس (۶ نفر پسر و ۶ نفر دختر) و هوش (بهره هوشی کلی بالاتر از ۷۰) با یکدیگر هم‌تا شدند.

در جلسه اول مداخله، پس از آشنایی و توضیح هدف از تشکیل جلسه‌ها و تأکید بر مشارکت والدین در جریان درمان، رضایت‌نامه کتبی مبنی بر رضایت والدین از شرکت فرزند خود در دوره آموزشی دریافت شد و از طریق روش‌های زیر، مهارت‌های پایه نوجوانان هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. این مقیاس‌ها در انتهای دوره آموزشی (جلسه دوازدهم) و ۶۰ روز پس از اتمام جلسه‌ها روی هر دو گروه اجرا شد.

**مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و البوت- نسخه والد<sup>۴</sup>** (گرشام و البوت، ۱۹۹۰). این مقیاس

بهبود صورت گرفته در مهارت‌های اجتماعی نوجوانان مبتلا به درخودماندگی، به دلیل اجرای برنامه آموزشی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر مدل پردازش اجتماعی در بلندمدت پایدار می‌ماند؛

نوجوانان مبتلا به درخودماندگی که در چارچوب برنامه آموزشی مبتنی بر مدل پردازش اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی را یاد گرفته‌اند، هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های جدید نیز قادر به استفاده از آن‌ها خواهند بود؛

## روش

این پژوهش از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. برنامه آموزشی طی ۱۲ جلسه دوساعته به‌صورت هفته‌ای دو بار روی گروه آزمایش (n=۶) اجرا شد و گروه گواه (n=۶) آموزشی دریافت نکرد. آخرین جلسه آموزش و ۶۰ روز پس از آن، دو گروه آزمایش و گواه به لحاظ وضعیت مهارت‌های اجتماعی بار دیگر ارزیابی شدند تا ماندگاری نتایج مورد بررسی قرار گیرد. جامعه این پژوهش شامل همه نوجوانان درخودمانده با کنش‌وری بالا در شهر سیرجان بود که طبق غربال‌گری آموزش و پرورش از سوی مدارس به مرکز اُتیسم مهرک واقع در همان شهر ارجاع داده شده بودند و نیز سایر نوجوانانی که بنا به تشخیص خانواده به این مرکز مراجعه می‌کردند. به‌منظور اطلاع‌رسانی عمومی، پژوهشگر پس از کسب اجازه از بهزیستی استان کرمان و مرکز اُتیسم مهرک، اطلاعیه‌هایی مبنی بر برگزاری دوره‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان درخودمانده با کنش‌وری بالا را در گروه‌های اجتماعی و روزنامه‌های این شهر منتشر کرد.

با توجه به نوع اختلال (محدود بودن جامعه و تفاوت زیاد آزمودنی‌ها) نمونه مورد نظر شامل ۱۲ نوجوان بود؛ بنابراین از بین افراد مراجعه‌کننده به مرکز، ۱۲ نفر (پالمن، دیدن و آرتس، ۲۰۰۸؛ لرنز، میکامی و لوین، ۲۰۱۱) نوجوان دارای درخودماندگی که ملاک‌های زیر را داشتند با روش نمونه‌برداری

1. schizophrenia

2. Major Depressive Disorder (MDD)

3. psychosis

4. Gresham & Elliott's Social Skills Rating System (SSRS)- parent version

**مصاحبه با والدین و نوجوانان.** به منظور بررسی کیفی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی و برنامه‌ریزی جهت رفع محدودیت‌های آن، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با نوجوان و مادر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد. مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته امکان بحث طبیعی برای پوشش دادن موضوعات اصلی مورد نظر را فراهم می‌کرد و در عین حال موضوعات همسانی مورد بحث قرار می‌گرفت. در مرحله پیش از آموزش، ابتدا طی تماس تلفنی مسئول مرکز اُتیسیم، از خانواده‌های هدف خواسته شد تا در جلسه‌ای به همراه نوجوان خود حضور یابند. در این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، ابتدا در قالب گروه متمرکز شامل مادران و نوجوانان، پژوهشگر اهداف دوره و مدت زمان آن را شرح داد، سپس از مادران خواسته شد شرح حال فرزندشان (شامل نام، سن، تحصیلات، تاریخچه پزشکی و تاریخچه تشخیص و درمان در خودماندگی) و میزان تحصیلات و شغل خود را بیان کنند. در ادامه به صورت جداگانه طبق دستورالعمل زیر با نوجوانان مصاحبه شد:

الف) مصاحبه فردی با نوجوانان و والدین در مرحله پیش از آموزش: به منظور حذف هرگونه اثر اجتماعی ناشی از حضور در گروه جدید، مصاحبه‌ها به شکل فردی صورت گرفت. با هدف بهبود اعتبار پاسخ‌ها، از شرکت‌کنندگان درباره مهارت‌های اجتماعی سؤال شد. سؤال‌ها به صورت بازپاسخ بود و در انتها درباره اینکه آیا تمایل دارند مهارت‌های خود را بهبود ببخشند و آیا دوست دارند به اهدافی دیگر برسند که درباره آن صحبت نکرده باشیم، سؤال شد. مصاحبه پیش از مداخله از طریق مصاحبه با نوجوان ۱۲ ساله غیردرخودمانده اعتبار یافت، بدین صورت که پاسخ‌های او نشان‌دهنده مهارت‌های اجتماعی مناسب این سن بود. سؤال‌های این مصاحبه و هدف از پرسیدن آن‌ها به شرح زیر بود:

«به من بگو هرکدام از این‌ها (عکس‌هایی از تظاهرات چهره‌ای مختلف) چه احساسی دارند؟» [تشخیص تظاهرات چهره‌ای]

دارای سه نسخه ویژه والد، معلم و دانش‌آموز است. در این پژوهش از نسخه ویژه والد و معلم استفاده شد. نسخه ویژه والد ۵۵ ماده دارد و دو عامل مهارت‌های اجتماعی<sup>۱</sup> و رفتارهای مشکل‌زا<sup>۲</sup> را می‌سنجد. به منظور نمره‌گذاری این مقیاس، برای گزینه اغلب=۲، گاهی=۱ و هرگز=۰ نمره در نظر گرفته شده است.

گرشام و الیوت (۱۹۹۰) اعتبار مقیاس را برای مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۸۸ و روایی همگرایی آن با نسخه‌های دیگر را بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش صادقی، پوراعتماد و فتح‌آبادی (۱۳۹۵) اعتبار ابزار برای مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری به ترتیب برابر ۰/۸۷ و ۰/۵۵ برای نوجوانان درخودمانده به دست آمد. در پژوهش عباسی اسفنجیر و خطیبی (۱۳۹۵) روایی این مقیاس از طریق روایی محتوایی و سازه به دست آمد و نتایج نشانگر برازندگی<sup>۳</sup> ۰/۹۲ در هر دو فرم والد و معلم بود.

در این پژوهش نمره کلی مهارت‌های اجتماعی مدنظر بوده است که اعتبار بازآزمایی آن، ۰/۷۲ و روایی همگرایی این ابزار با پرسشنامه ارزیابی مهارت‌های اجتماعی نوجوانان ماتسون-فرم والد<sup>۴</sup> (ماتسون<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳) برابر ۰/۸۵ به دست آمد.

### مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و

**الیوت-نسخه معلم** (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰). نسخه ویژه معلم در این مقیاس شامل ۴۸ ماده است که نمره‌گذاری گزینه‌های آن همانند فرم والد انجام می‌شود. سازندگان ابزار اعتبار درونی آن را بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۵ و روایی مقیاس را نسخه‌های دیگر آن بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۵ گزارش کرده‌اند. در ایران، اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ توسط شهیم (۱۳۷۸) برابر ۰/۷۷ گزارش شده است. این مقیاس دارای سازه و هم‌زمان مطلوب بوده و کاربرد تشخیصی و درمانی آن نیز تأیید شده است (مختاری، ۱۳۸۹).

در این پژوهش، اعتبار بازآزمایی ابزار برابر ۰/۷۶ و روایی همگرایی آن با پرسشنامه ارزیابی مهارت‌های اجتماعی نوجوانان ماتسون-فرم معلم (ماتسون، ۱۹۸۳)، برابر ۰/۷۹ به دست آمد.

1. social skills  
2. problem behaviors  
3. Goodness of Fit Index (GFI)

4. Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters-parent version  
5. Matson, J. L.

جلسه	هدف
۱	آشنایی با اعضا و برنامه آموزشی (اهداف و نحوه عمل)
۲	هدف‌گذاری نهایی و آموزش تماس چشمی (بازی زُل‌زدن)
۳	آموزش تماس چشمی (پانتومیم متمرکز بر چهره)
۴	آموزش تشخیص تظاهرات هیجانی (الگودهی عکس و ویدیو)
۵	آموزش تشخیص و تقلید تظاهرات هیجانی (الگودهی و تقلید از اعضای گروه با بازی آینه من باش)
۶	افزایش انگیزه مشارکت در مکالمه‌ها و کاهش تعارض‌ها با خواهر و برادرها (بازی فلانی چی گفت؟)
۷	ورود به حل مسائل اجتماعی- برنامه تعمیم به صورت گسترده‌تر (آموزش فکر کردن به اهداف و راه‌حل‌های اجتماعی با بازی صبر کنیم، فکر کنیم، بیرسیم)
۸	آموزش حل مسئله (پنج مرحله حل مسئله)
۹	آموزش حل مسئله (ایفای نقش والد و نوجوان برای حل مسئله واقعی)
۱۰	کاهش مشکلات رفتاری خاص هر عضو (آموزش- بازی نقش- تمرین- پسخوراند)
۱۱	کاهش مشکلات رفتاری خاص هر عضو
۱۲	اتمام و پس‌آزمون

«چه مواقعی آدم‌ها این احساس را دارند؟» [تشخیص تظاهرات چهره‌ای وابسته به موقعیت‌ها]

«کسی که این احساس را دارد ممکن است به چه چیزی فکر کند؟» [تشخیص تظاهرات چهره‌ای وابسته به باورها]

«می‌توانی شبیه به آن شوی؟» [تقلید و نشان دادن تظاهرات چهره‌ای]

«اگر بخواهی برای مادرت هدیه بخری، چه کار می‌کنی؟ اگر ندانی چه چیزی بخری چطور؟» [حل مسئله]

«در مدرسه با کسی دوست هستی؟» [مهارت‌های دوستی]

«اگر بخواهی با کسی دوست شوی چه کار می‌کنی؟» [حل مسئله]

«فکر می‌کنی چرا امروز به اینجا آمدی؟» [ادراک از اهداف دوره]

«فکر می‌کنی چه کارهایی را می‌توانی به ما یاد بدهی؟» [تشخیص نقاط قوت و حفظ اعتماد به خود نوجوان]

«دوست داری چه کارهایی را یاد بگیری؟» [مهارت‌های مورد نظر و نقاط ضعف نوجوان]

«دوست داری چند روز در هفته اینجا باهم جمع شویم؟»

[انگیزش و علاقه به شرکت در دوره]

هم‌زمان با پرسیدن سؤال‌ها، پژوهشگر به نحوه برقراری ارتباط و تماس چشمی آزمودنی توجه داشت. زبان مورد استفاده متناسب با سبک ارتباطی و توانایی شرکت‌کننده تغییر می‌کرد و همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که هیچ پاسخ درست یا نادرستی وجود ندارد و مشارکت کاملاً داوطلبانه است. پس از جلسه فردی با هر نوجوان، با والد هریک از آن‌ها جلسه‌ای فردی، برگزار و نتیجه مصاحبه با نوجوان و مهارت‌های هدف برای آن‌ها، ذکر شد. پس از تأکید بر اهمیت حضور آن‌ها در جلسات نوجوانان و انجام تمرین‌هایی با وی در منزل، از والد خواسته شد که افزون بر تکمیل کردن مقیاس مهارت‌های اجتماعی، در پایین صفحه نقاط قوت و ضعف نوجوان خود را بیان کرده و ذکر کنند که چه مهارت‌هایی باید بیاموزند. سپس برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی روی گروه آزمایش اجرا شد که خلاصه جلسه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

ب) مصاحبه با نوجوانان و والدین در مرحله پس از آموزش: پس از مداخله و پیگیری، گروه آزمایش در گروه‌هایی متمرکز مورد مصاحبه قرار گرفتند تا اثربخشی مداخله مشخص شود. گروه‌های متمرکز به منظور تسهیل بحث گسترده‌تر و غنی‌تر انتخاب شدند. این در حالی بود که نوجوانان طی مداخله آموخته بودند به ترتیب در بحث مشارکت داشته و نوبت را رعایت کنند. این مصاحبه نیز در مکان قبلی صورت گرفت و از آن‌ها پرسیده شد که چه نظری درباره مداخله دارند، چه راهبردهایی را بیشتر از بقیه دوست داشتند و چقدر از نیازهایشان برآورده شد که این سؤال‌ها نیز بازپاسخ بود. راهبردهایی که در گروه مورد استفاده قرار گرفته بود، به آن‌ها یادآوری شد تا به‌عنوان انگیزه‌ای برای بحث مورد استفاده قرار گیرد. همچنین به منظور اعتباربخشی پاسخ‌ها و نیز مشارکت بیشتر نوجوانان، از آن‌ها خواسته شد مثل هم پاسخ ندهند و به هر کدام فرصت مناسب برای پاسخ دادن داده می‌شد. سؤال‌های مصاحبه بدین صورت بود:

### یافته‌ها

با توجه به اینکه در جامعه افراد دارای درخودماندگی فرض بر غیرنرمال بودن داده‌ها است و اندازه حجم نمونه کمتر از ۱۵ نفر است، از آزمون یو مان-ویتنی برای آزمون تفاوت نمرات گروه‌های آزمایش و گواه و از آزمون ویلکاکسون برای مقایسه جفت‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیش‌آزمون-پیگیری و پس‌آزمون-پیگیری برای نمرات مادر و معلم استفاده شد.

جدول ۲

آزمون یو مان-ویتنی برای بررسی تفاوت نمرات مهارت‌های اجتماعی نوجوانان از دیدگاه والدین و معلمان در مرحله پیش‌آزمون

متغیر	پاسخ‌دهنده	گروه	رتبه	z	P-value
مهارت‌های اجتماعی	مادر	آزمایش	۸/۴۲	-۱/۸۵	۰/۰۶۴
		گواه	۴/۵۸		
	معلم	آزمایش	۷/۱۷	-۰/۶۵	۰/۵۱
		گواه	۵/۸۳		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد نمرات مهارت‌های اجتماعی گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ( $P=۰/۰۶۴$ ,  $Z=-۱/۸۵$ ) بنا به گزارش مادر و ( $P=۰/۵۱$ ,  $Z=-۰/۶۵$ ) بنا به گزارش معلم تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

جدول ۳

آزمون یو مان-ویتنی برای بررسی تفاوت نمرات مهارت‌های اجتماعی نوجوانان از دیدگاه والدین و معلمان در مرحله پس‌آزمون

متغیر	پاسخ‌دهنده	گروه	رتبه	z	p-value
مهارت‌های اجتماعی	مادر	آزمایش	۹/۵۰	-۲/۸۹	۰/۰۰۴
		گواه	۳/۵۰		
	معلم	آزمایش	۹/۵۰	-۲/۸۹	۰/۰۰۴
		گواه	۳/۵۰		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بنا به گزارش مادر و معلم، نمرات گروه گواه و آزمایش در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ( $P=۰/۰۰۴$ ,  $Z=۰/۲/۸۹$ ) بنا به گزارش مادر و ( $P=۰/۰۰۴$ ,  $t=-۲/۸۹$ ) بنا به گزارش معلم؛ به عبارت دیگر،

«جلسه‌هایی که باهم داشتیم چطور بود؟»

«چه مواردی از آن خوب بود؟»

«چه چیزی می‌توانست بهتر باشد؟»

«کدام جلسه را بیشتر دوست داشتی؟»

«چه چیز جدیدی از جلسه‌ها یاد گرفتی؟ می‌توانی دو مهارتی

که یاد گرفته‌ای را در جلسه برای بقیه اعضا اجرا کنی؟»

«کدام یکی از رفتارهایت را نتوانستی تغییر دهی؟»

«رفتاری بود که دوست داشته باشی تغییر کند اما در جلسه‌ها

به آن توجه نکرده باشیم؟»

«رفتاری بود که سعی کردی تغییر بدهی اما تغییر نکرد؟»

«فکر می‌کنی بعد از این جلسه‌ها چگونه با یکدیگر در تماس

باشیم؟»

والدین نوجوانان نیز در جلسه‌ای جداگانه و به صورت گروه متمرکز حضور یافتند تا ادراک آن‌ها از اثربخشی جلسه‌ها تعیین شود. همچنین برای والدین از سؤال‌های مشابه با سؤال‌های نوجوانان استفاده شد و به آن‌ها گفته شد که چنین سؤال‌هایی از نوجوانان در جلسه‌ای جداگانه پرسیده شده است و در حال حاضر تنها نظر شخصی آن‌ها اهمیت دارد. افزون بر این سؤال‌ها، به منظور بررسی تممیم مهارت‌های آموخته‌شده، از والدین پرسش‌های اضافی زیر پرسیده شد:

«آیا فرزند شما از مهارت‌هایی که آموخته است، در خارج از

محیط اینجا (مرکز اُتیسوم) نیز استفاده می‌کند؟ چند مورد اخیر را تعریف کنید.»

«آیا در استفاده از مهارت‌ها در مقابل افرادی غیر از خودتان

مشکلی دارد؟»

ج) مصاحبه با نوجوانان و والدین در مرحله پیگیری: در مرحله پیگیری که دو ماه پس از آموزش صورت گرفت، مصاحبه‌هایی مشابه با مرحله پس‌آزمون با والدین و نوجوان صورت گرفت.

پس از اتمام آموزش، آزمون مهارت‌های اجتماعی مجدداً توسط والدین و معلمان تکمیل شد و مصاحبه‌های لازم به عمل آمد. در انتها، داده‌ها توسط آزمون یو مان-ویتنی<sup>۱</sup> و ویلکاکسون<sup>۲</sup> تحلیل شد.

آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی نوجوانان در مرحله پس‌آزمون شده است.

در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون نیز افزایش یافته است (۲/۴)، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ( $P=0/058$ ).

جدول ۴

آزمون یو مان-ویتنی برای بررسی تفاوت نمرات مهارت‌های اجتماعی نوجوانان از دیدگاه والدین و معلمان در مرحله پیگیری

متغیر	پاسخ‌دهنده	گروه	رتبه	z	P-value
مهارت‌های اجتماعی	مادر	آزمایش	۹/۵۰	-۲/۸۹	۰/۰۰۴
		گواه	۳/۵۰		
معلم	معلم	آزمایش	۹/۵۰	-۲/۸۸	۰/۰۰۵
		گواه	۳/۵۰		

جدول ۶

آزمون ویلکاکسون برای بررسی تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش (معلم)

متغیر	جفت	تفاوت رتبه	z	P-value
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۵۰	-۲/۲	-۰/۰۲۷	
مهارت‌های اجتماعی پس‌آزمون-پیگیری	۳	-۱/۹۹	۰/۰۴۶	
پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۵۰	-۲/۲	-۰/۰۲۸	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات گروه آزمایش و گواه بنا به گزارش معلم و مادر در مرحله پیگیری معنادار است ( $P=0/004$ ,  $z=-2/89$ ) بنا به گزارش مادر و ( $P=0/005$ ,  $z=-2/88$ ) بنا به گزارش معلم) و اثرات آموزش مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش حفظ شده است. همچنین رتبه نمرات پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون بیشتر شده است که می‌تواند حاکی از اثرات تمرین والدین با نوجوانان باشد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بنا به گزارش معلم، آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث بهبود این مهارت‌ها در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار هستند ( $P=0/02$ ,  $z=-2/2$  در پس‌آزمون،  $P=0/04$ ,  $z=-1/99$  در پیگیری نسبت به پس‌آزمون و  $P=0/02$ ,  $z=-2/2$  در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون).

در ادامه به منظور بررسی تفاوت نمرات گروه آزمایش (تفاوت درون گروهی) طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، آزمون t زوجی یا وابسته انجام شد (جدول ۵).

بر اساس قضاوت مربی و کمک‌مربی و به صورت کیفی، تحلیل موضوعی مصاحبه‌های پیش از مداخله با نوجوانان و والدین به منظور بررسی مهارت‌های هدف، نقاط قوت و نقاط ضعف نوجوانان نشان‌دهنده اهمیت بهبود مهارت‌های اجتماعی زیر بود:

جدول ۵

آزمون ویلکاکسون برای بررسی تفاوت نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش (مادر)

متغیر	جفت	تفاوت رتبه	z	P-value
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۵۰	-۲/۲	-۰/۰۲۷	
مهارت‌های اجتماعی پس‌آزمون-پیگیری	۲/۴	-۱/۸۹	۰/۰۵۸	
پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۵	-۲/۲	-۰/۰۲۷	

برقراری تماس چشمی: حین سنجش پیش از آموزش، هیچ‌یک از نوجوانان به اعضای گروه نگاه نمی‌کردند و تنها دو نفر از آن‌ها با مادر تماس چشمی ضعیف داشتند.

تشخیص و تفسیر هیجان‌های چهره، صدا و بدن خود: چهار نفر از نوجوانان نسبت به هیجان‌های خود آگاهی نداشتند.

تشخیص و تفسیر هیجان‌های چهره، صدا و بدن خود و دیگران: آزمودنی‌ها برخی از تظاهرات چهره‌ای مادر را تشخیص می‌دادند اما در تشخیص و تفسیر تظاهرات چهره‌ای مربی و کمک‌مربی ضعیف بودند.

تشخیص و تفسیر هیجان‌های وابسته به موقعیت: آزمودنی‌ها در ارتباط دادن هیجان‌های مختلف به موقعیت‌های اجتماعی متفاوت ضعیف بودند.

تشخیص و تفسیر هیجان‌های وابسته به باورها: به‌رغم اینکه

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت رتبه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان در هر جفت مثبت است که نشان‌دهنده اثرات مثبت آموزش بر مهارت اجتماعی است و این افزایش از نظر آماری در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون-پیگیری معنادار است. به‌رغم اینکه رتبه آزمودنی‌ها



«می‌توانم با خواهرم بازی کنم»

مادران نیز همانند نوجوان نظر مثبتی به فرایند و نتیجه مداخله داشتند. مثال‌هایی از گفته‌های آن‌ها بدین شرح است:

«نسبت به رفتار و گفتار خودش آگاهی پیدا کرده و خودگویی‌هایی در ارتباط با درست نبودن برخی رفتارهایش دارد، مثلاً به خودش می‌گوید: آهان نباید این کار را انجام بدهم، زشت است!»

«خودش از من می‌خواهد پول بدهم تا به نانوايي برود و نان بخرد»

«وارد مغازه‌ای که می‌شویم، به فروشنده سلام می‌کند و موقع بیرون آمدن، تشکر و خداحافظی می‌کند»  
«گاهی وقت‌ها که کار بدی انجام می‌دهد، می‌گوید باز بچه بدی شدم»

«معلمش می‌گفت رفتارهای امین خیلی تغییر کرده و در کلاس بهتر گوش می‌کند»

«کمتر از قبل حرف می‌زند و بیشتر توجه می‌کند که من و پدرش به یکدیگر چه می‌گوییم»

در مرحله پیگیری که دو ماه پس از آموزش صورت گرفت و مصاحبه‌هایی مشابه با مرحله پس‌آزمون انجام شد، مادران اظهار داشتند که نوجوانان آن‌ها در این مدت تمرین کرده و یاد گرفته‌اند به‌جای تمرکز صرف بر انجام تکالیف مدرسه و تحصیل، تلاش کنند مهارت‌هایی که ضعیف هستند را بهبود بخشند. در این فاصله والدین و پژوهشگر از طریق فضای مجازی با یکدیگر در تماس بودند و سؤال‌های خود را می‌پرسیدند. بر اساس مشاهده پژوهشگر، دو نفر از نوجوانانی که مادر آن‌ها در جلسه‌ها حضور کافی نداشتند و اغلب در انجام تکالیف منزل کوتاهی می‌کردند، در مرحله پس‌آزمون بهبود قابل توجهی نداشتند و در این مرحله نیز برخی از مهارت‌های آموخته‌شده را از دست داده بودند؛ به‌طوری‌که مادر یکی از آن‌ها اظهار داشت فرزندش همچنان با اجبار به حمام می‌رود و هنگامی که به خواسته‌های او عمل نکنیم، قشقرق راه می‌اندازد.

## بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی برنامه مبتنی بر مدل

آزمودنی‌ها در مدرسه مشکلاتی با همسالان داشتند اما باورشان این بود که مرا دوست دارند و با من شوخی می‌کنند، درحالی‌که به گزارش مادر، همسالان با آن‌ها دعوا یا آن‌ها را مسخره می‌کردند. تمرکز بر برقراری مکالمه: آزمودنی‌ها بدون توجه به موضوع‌های مورد بحث جلسه و بدون رعایت نوبت، بیش از هر چیز در مورد هر آنچه مدنظر خود بود صحبت می‌کردند، نه اینکه به مصاحبه‌گر پاسخ بدهند.

مهارت‌های اجتماعی خاص: بنا به گزارش والدین، آزمودنی‌ها به‌صورت مشترک مهارت‌هایی همچون سلام و خداحافظی صحیح، جلب توجه دیگران، رعایت نوبت در صحبت کردن و رعایت نظم و ترتیب را نداشتند. در مقابل، مهارت‌هایی همچون رعایت نظافت شخصی و حمام کردن، پاسخگویی به تمسخر و قلدری دیگران، و چگونگی درخواست کردن از دیگران، نیاز اساسی برخی از آزمودنی‌ها محسوب می‌شد.

نتایج مصاحبه‌های پس از آموزش نشان می‌دهد نوجوانان نسبت به مداخله نظر مثبتی داشتند. تحلیل پاسخ‌های آن‌ها در گروه‌های متمرکز نشان داد که مهارت‌های اجتماعی هدف بهبود یافته است؛ به‌طوری‌که ارتباط چشمی خوبی برقرار می‌کردند، تظاهرات هیجانی را تشخیص می‌دادند، تظاهرات هیجانی خود و دیگران را تفسیر می‌کردند و به موقعیت‌ها و باورهای مربوط ارتباط می‌دادند، می‌توانستند اهداف خود را تعیین کرده و طبق آن به حل مسئله بپردازند، و در عمل رفتار اجتماعی مناسب را نشان دهند. مثال‌هایی از پاسخ به سؤال‌های پرسیده شده به شرح زیر است:

«من یاد گرفتم که وقتی با کسی حرف می‌زنم یا کسی با من حرف می‌زند، به آن فرد نگاه کنم»

«یاد گرفتم که نباید خودم را روی زمین پرت کنم تا بقیه به حرف‌هایم گوش کنند»

«یاد گرفتم وسط حرف بقیه نپریم»

«یاد گرفتم برای اینکه مریض نشوم، زودبزه‌زود حمام کنم»

«یاد گرفتم تا وقتی که درس‌هایم را نخوانم، نمی‌توانم به

دانشگاه بروم»

«یاد گرفتم وقتی بچه‌ها در مدرسه مسخره‌ام می‌کنند، به

آن‌ها توجه نکنم»

اثربخشی مداخله‌ها در پژوهش‌های اندرسون و دیگران (۲۰۱۷)، شیرجنگ و دیگران (۱۳۹۷)، کراسنی و دیگران (۲۰۰۳) و لاگسون و فرانکل (۲۰۱۰) نشان داده شده است.

در این برنامه آموزشی ابتدا برقراری تماس چشمی مورد هدف قرار گرفت، سپس به مهارت‌های پایه‌ای دیگر پرداخته شد و در نهایت مهارت‌هایی که نوجوان در آن‌ها ضعف داشت مدنظر قرار گرفت. بدین منظور از اعضای غیر درخودمانده (همسالان و مادران) و درخودمانده که در این‌گونه مهارت‌ها ضعف نداشتند برای آموزش مهارت‌ها استفاده شد؛ برای مثال هنگام آموزش نحوه حمام کردن و برنامه‌ریزی برای آن، یکی از اعضای درخودمانده و یک عضو غیر درخودمانده در قالب الگوی زنده این مهارت را آموزش دادند.

تبیین دیگری که در اثربخشی این برنامه می‌توان به آن اشاره کرد، استفاده از راهبردهای مبتنی بر شواهد برای آموزش هر مهارت خاص است. نتایج پژوهش‌های گذشته (استامر و دیگران، ۲۰۱۵) نشان می‌دهد، به‌منظور افزایش اثربخشی برنامه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی، افزون بر تأکید روی مهارت‌های محدود و نیازهای خاص هر آزمودنی، باید از راهبردهای مبتنی بر شواهد برای هر مهارت استفاده کرد. برای مثال، به‌منظور تشخیص و تفسیر تظاهرات هیجانی، استفاده از الگودهی و تمرین به‌صورت زنده و ویدیویی، یکی از راهبردهای مبتنی بر شواهد است؛ بنابراین همان‌گونه که تظاهرات مشکلات اجتماعی در نوجوانان دارای درخودماندگی مختلف، متفاوت است، راهبردهای مورد استفاده نیز متفاوت خواهد بود.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت مکانیزم‌های اثر در این برنامه آموزشی شامل مشارکت والدین و همسالان در جلسات، آموزش والدین، تمرین مهارت‌ها در منزل، وجود انگیزه در آزمودنی و والدین، شروع آموزش از مهارت‌های پایه و سپس پیچیده، توجه به نقاط قوت و ضعف آزمودنی و توجه به مبانی زیربنای شناختی همچون نظریه ذهن است. این مکانیزم‌ها همان مواردی هستند که در مدل پردازش اطلاعات اجتماعی بر آن‌ها تأکید می‌شود و تحت عنوان مؤلفه‌های شناختی لازم در هر مرحله پردازش اطلاعات اجتماعی، مدنظر هستند؛ برای مثال، پژوهش‌های زیادی به اهمیت تمرین مهارت‌ها در محیط خارج از درمان اشاره

شناختی پردازش اطلاعات اجتماعی و نیز تعمیم این اثرات روی گروه نوجوانان دارای درخودماندگی با کنش‌وری بالا انجام شد. نتایج تحلیل‌های کمی و کیفی نشان داد که مهارت‌های اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بهبود یافته است. نتایج این پژوهش همسو با نتایج ترزیان و دیگران (۲۰۱۴)، کول-فلتجر (۲۰۱۴)، مازا و دیگران (۲۰۱۷) است که بیان می‌کنند، در صورتی که برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات باشد می‌تواند مؤثر واقع شود و به تعمیم مهارت‌های آموخته‌شده به دنیای واقعی و روزمره فرد کمک کند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، طبق مدل پردازش اطلاعات اجتماعی کرک و داج (۱۹۹۴) اگر آموزش مهارت‌های اجتماعی بدین صورت باشد که زیربنایی همچون نظریه ذهن، سطح تحولی فرد، تمرین به‌منظور بهبود یادسپاری مهارت‌ها در حافظه و خودکار شدن آن‌ها در نظر گرفته شود، مهارت‌های اجتماعی آموخته و تعمیم داده می‌شوند. در این پژوهش افزون بر در نظر گرفتن سطح تحولی فرد و نیز رعایت ترتیب آموزش مهارت‌ها به لحاظ تحولی، از والدین به‌عنوان مربیان در منزل استفاده شد که ضمن حضور در جلسه‌ها و یادگیری راهبردها، در منزل با نوجوان خود تمرین می‌کردند و این امر باعث تعمیم مهارت‌ها به مکان‌ها و افرادی غیر از محیط آموزش و مربی می‌شد. اهمیت این امر به‌طور خاص در میزان پیشرفت هریک از آزمودنی‌ها در طول جلسه‌ها دیده شد و مهم‌تر از آن، در مرحله پیگیری به دلیل وجود دوره‌ای از عدم وجود جلسه‌های آموزشی، اثربخشی استفاده از این راهبرد اهمیت بسیاری پیدا می‌کرد. برنامه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهترین حالت، حتی با مشارکت والدین در صورتی که همراه با تمرین در منزل نباشد و والدین پس از اتمام دوره، به آموزش فرزند خود مبادرت نورزند، باعث تعمیم مهارت‌ها نمی‌شود. افزون بر تمرین مادر در منزل، مشارکت خواهر یا برادر هر عضو و ادامه دادن بازی‌ها در منزل نیز مورد دیگری است که می‌توان در تبیین این اثرگذاری به آن اشاره کرد. بنا به گزارش والدین و نوجوان، در منزل خواهر و برادرها ساعتی را به انجام بازی‌های موجود در جلسه‌ها می‌پرداختند که خود منجر به مرور و تمرین مهارت‌ها با افراد دیگر می‌شد. اهمیت حضور والدین و همسالان در افزایش

مهارت‌های اجتماعی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۴، ۸۷-۷۳.

شیرجنگ، ل.، مهریار، ا.، جاویدی، ح. و حسینی، س. ا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۵۸(۱۵)، ۱۳۷-۱۲۷.

صادقی، س.، پورا اعتماد، ح. ر. و فتح‌آبادی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مشکلات رفتاری مهارت‌های اجتماعی نوجوانان دچار اختلال طیف اُتسم با عملکرد بالا. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۴)، ۴۹۹-۴۷۷.

عباسی اسفجیر، ع. ا. و خطیبی، ف. (۱۳۹۵). هنجاریابی سیستم درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و لیوت (۱۹۹۰) برای کودکان پیش‌دبستانی شهر امل. *فصلنامه روان‌سنجی*، ۵(۱۷)، ۹۶-۷۷.

مختاری، ی. (۱۳۸۹). *اثربخشی آموزش نظریه ذهن بر مهارت‌های اجتماعی کودکان آسیب‌رگر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

Anderson, A., Moore, D. W., Rausa, V. C., Finkelstein, S., Pearl, S., & Stevenson, M. (2017). A systematic review of interventions for adults with autism spectrum disorder to promote employment. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 4(1), 26-38.

Australian Bureau of Statistics (ABS). (2012). Prevalence of autism. Retrieved from <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4428.0Main%20Features32012?opendocument&tabname=Summary&prodno=4428.0&issue=2012&num=&view=>

Aykan, S., & Nalçacı, E. (2018). Assessing Theory of Mind by Humor: The Humor Comprehension and Appreciation Test (ToM-HCAT). *Frontiers in Psychology*, 9, 1-13.

Bambara, L. M., Cole, C. L., Chovanes, J., Telesford, A., Thomas, A., Tsai, S. C., ... & Bilgili, I. (2018). Improving the assertive conversational skills of adolescents with autism spectrum disorder in a natural context. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 48, 1-16.

کرده‌اند (اندرسون و دیگران، ۲۰۱۷؛ لاگسون و دیگران، ۲۰۱۰) که این مورد در مدل پردازش اطلاعات اجتماعی تحت عنوان ظرفیت حافظه کاری<sup>۱</sup> و استفاده از اطلاعات موجود در آن بیان می‌شود (کرک و داج، ۱۹۹۴).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود، از جمله اندازه کم نمونه چراکه تفاوت زیاد افراد دارای درخودماندگی، گردآوری تعداد نمونه بیشتر که ملاک‌های پژوهش را دارا باشند، با مشکل روبه‌رو می‌کند. همچنین به دلیل صرفه‌جویی در وقت و هزینه، تشخیص اختلال درخودماندگی با کنش‌وری بالا و بهره‌هوشی (نتایج آزمون وکسلر از دو سال پیش) آزمودنی‌ها بر اساس گزارش روان‌پزشک کودک و مرکز مشاوره صورت گرفت، درحالی‌که وضعیت بهینه این بود که قبل از انجام این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گرفت. محدودیت دیگر، عدم امکان کنترل کافی روی تمرین والدین در منزل بود، بدین صورت که تنها ملاک جهت ارزیابی، میزان مشارکت والدین، شرکت منظم در جلسه‌ها، مشارکت در بحث‌های جلسات آموزشی، پیش آمدن سؤال‌هایی در نتیجه تمرین با نوجوان در منزل و گزارش مادران از کار با نوجوان خود بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شرایطی با کنترل بیشتر و با تعداد نمونه بیشتر تکرار شود، همچنین سهم هریک از عوامل مؤثر مورد بررسی قرار گیرد. بدین شکل که در صورت امکان، مادر از تمرین خود با نوجوان در منزل، فیلم بگیرد تا مربی بتواند بازخورد مناسب را ارائه دهد. در اختیار گذاشتن امکان ادامه ارتباط بین مربی و والدین باعث دلگرمی و نیز تداوم تمرین والدین با فرزند خود در محیط طبیعی خانه می‌شود. همچنین وجود دوره‌های پیگیری درازمدت نیز پیشنهاد می‌شود تا مؤثرترین راهبردهای مورد استفاده والدین برای تمرین با نوجوان خود شناسایی شود.

## منابع

اباذری، ک.، ملک‌پور، م.، قمرانی، ا.، عابدی، ا. و فرامرزی، س. (۱۳۹۵). تحول هیجانی کودکان درخودمانده بر اساس مدل تحولی تفاوت‌های فردی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۳(۵۰)، ۱۴۲-۱۳۳.

شهیم، س. (۱۳۷۸). بررسی مهارت‌های اجتماعی در گروهی از کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر با استفاده از نظام درجه‌بندی

- Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 12(4), 144-146.
- Harms, M. B., Martin, A., & Wallace, G. L. (2010). Facial emotion recognition in autism spectrum disorders: a review of behavioral and neuroimaging studies. *Neuropsychology Review*, 20(3), 290-322.
- Ke, F., Whalon, K., & Yun, J. (2018). Social skill interventions for youth and adults with autism spectrum disorder: A systematic review. *Review of Educational Research*, 88(1), 3-42.
- Krasny, L., Williams, B. J., Provencal, S., & Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum: Essential ingredients and a model curriculum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 107-122.
- Laugeson, E. A., & Frankel, F. (2010). *Test of Adolescent Social Skills Knowledge, Mental Status Checklist. The PEERS treatment manual*. New York: Routledge.
- Lerner, M. D., Mikami, A. Y., & Levine, K. (2011). Socio-dramatic affective-relational intervention for adolescents with Asperger syndrome & high functioning autism: Pilot study. *Autism*, 15(1), 21-42.
- Markovits, H. (2013). Physical aggression facilitates social information processing. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(6), 1023-1026.
- Mazza, M., Mariano, M., Peretti, S., Masedu, F., Pino, M. C., & Valenti, M. (2017). The Role of Theory of Mind on Social Information Processing in Children with Autism Spectrum Disorders: A Mediation Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(5), 1369-1379.
- Murphy, A. N., Radley, K. C., & Helbig, K. A. (2018). Use of superheroes social skills with middle school-age students with autism spectrum disorder. *Psychology in the Schools*, 55(3), 323-335.
- Palmen, A., Didden, R., & Arts, M. (2008). Improving question asking in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders: Effectiveness of small-group training. *Autism*, 12(1), 83-98.
- Pelphrey, K. A., Sasson, N. J., Reznick, S., Paul, G., Goldman, B. D., & Piven, J. (2002). Visual Barneveld, P. S., Swaab, H., Fagel, S., van Engeland, H., & de Sonnevile L. M. J. (2014). Quality of life: a case-controlled long-term followup study, comparing young high-functioning adults with autism spectrum disorders with adults with other psychiatric disorders diagnosed in childhood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 302-310.
- Bauminger-Zviely, N., Alon, M., Brill, A., Schorr-Edelsztein, H., David, T., Tubul, G., & Al-Yagon, M. (2019). Social Information Processing Among Children with ASD, SLD, and Typical Development: The Mediational Role of Language Capacities. *The Journal of Special Education*, 53(11), 922-931.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(2), 1-22.
- Cole-Fletcher, R. (2014). *What's in a face? Exploring components of social perception and social cognition in Williams syndrome and autism*. Doctoral Dissertation, Newcastle University, Institute of Neuroscience.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101.
- Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A., & Liaw, J. (2004). Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychology*, 40(2), 271-283.
- Embregts, P. J. C. M., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2009). Social information processing in boys with autistic spectrum disorder and mild to borderline intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(11), 922-931.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social skills rating system: Manual*. American Guidance Service.
- Hampton, L. H., Stern, Y., & Roberts, M. Y. (2018). Meta-analysis suggests early intervention for infants and toddlers at risk for autism may be effective for improving developmental outcomes.

- fidelity. *Psychology in the Schools*, 52(2), 181-195.
- Terzian, M. A., Li, J., Fraser, M. W., Day, S. H., & Rose, R. A. (2015). Social information-processing skills and aggression: A quasi-experimental trial of the making choices and Making Choices Plus programs. *Research on Social Work Practice*, 25(3), 358-369.
- Vicky, T. (2017). Investigating the Use of a video-based Social Information Processing Interview Schedule (SIPIS) for Individuals with ASD subtypes. *Clinical Psychiatry*, 3(2). 1-12.
- White, S. W., Ollendick, T., Albano, A. M., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M. A., ... & Scahill, L. (2013). Randomized controlled trial: Multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 382-394.
- Ziv, Y., Hadad, B. S., & Khateeb, Y. (2014). Social information processing in preschool children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 846-859.
- scanning of faces in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(4), 249-261.
- Rao, V. S., Mysore, A. V., & Raman, V. (2016). The Neuropsychology of Autism-A Focus on Three Major Theories. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health*, 12(2), 162-199.
- Reichow, B., Steiner, A. M., & Volkmar, F. (2013). Cochrane review: social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(2), 266-315.
- Samadi, S. A., & McConkey, R. (2015). Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(9), 2908-2916.
- Shattuck, P. T., Roux, A.M., Hudson, L. E., Taylor, J. L., Maenner, M. J., & Trani, J. F. (2012). Services for adults with an Autism Spectrum Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(5), 284-291.
- Stahmer, A. C., Rieth, S., Lee, E., Reisinger, E. M., Mandell, D. S., & Connell, J. E. (2015). Training teachers to use evidence-based practices for autism: Examining procedural implementation

