اثرات الگودهی ویدئویی بر افزایش مهارت‌های خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

***وهاب محمدپور:** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (*نویسنده مسئول) vm_psychology@yahoo.com
دکترجلیل باباپور خیرالدین: دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. babapourj@yahoo.com
دکترعباس بخشی‌پور رودسری: دانشیار روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
abbas-bakhshipour@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال طیف اوتیسم [Autism spectrum disorders (ASD)] با مشکلات در زمینه عملکرد اجتماعی و ارتباطات و وجود رفتارهای تکراری و قالبی مشخص شده است. یافت شده است که الگودهی ویدئویی روش موثری برای آموزش انواع مهارت‌ها به کودکان مبتلا به اوتیسم باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی الگودهی ویدئویی بر افزایش مهارت‌های خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی تک موردی می‌باشد. چهار کودک (۲ پسر و ۲ دختر) ۶ تا ۱۰ سال که مبتلا به اختلال اوتیسم تشخیص داده شدند، در این تحقیق شرکت داده شدند. از طرح خطوط پایه چندگانه برای هر آزمودنی استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل نموداری استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که روش الگودهی ویدئویی بر روی مهارت‌های خودیاری آزمودنی‌ها تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج بدست آمده نشان داد که احتمالاً الگودهی ویدئویی باعث افزایش مهارت‌های خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌شود.

کلید واژه‌ها: الگودهی ویدئویی، مهارت‌های خودیاری، اختلال طیف اوتیسم.

مقدمه

اوتیسم (Autism) اختلال عصب شناختی پیچیده‌ای است که منجر به تخریب عمده در سه ناحیه گسترده از عملکرد می‌شود: تعاملات اجتماعی، ارتباطات و رفتارهای محدود و تکراری (۱). بسیاری از افراد مبتلا به اوتیسم نقایص چشمگیری در رشد مهارت‌های خودیاری‌شان همانند نقص در کنش اجتماعی، رفتاری و ارتباطی‌شان تجربه می‌کنند. مهارت‌های خودیاری اهمیت کلیدی دارند، زیرا که برای حفظ سلامتی و بهزیستی حیاتی هستند و پایه‌ای برای مهارت‌های اساسی دیگر شکل می‌دهند (۲). مهارت‌های خودیاری (Self-help Skills) 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 (۳).

امروزه از روش‌های درمانی مختلفی نظیر تحلیل رفتار کاربردی (Applied Behavioral Analysis)، داستان‌های اجتماعی، سیستم ارتباط بر مبنای مبادله‌ی تصویر (Picture exchange communication system) و دارودرمانی (مانند Risperidone و Olanzapine) در کار با کودکان اوتیستیک استفاده می‌شود (۴). نوع نسبتاً جدیدی از درمان که امید را برای افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (Autism Spectrum Disorder) نگه داشته است، بر روی استفاده از ویدئو متمرکز شده است و نشان داده شده که الگودهی ویدئویی یک روش آموزشی موثری برای افراد مبتلا به (Autism Spectrum Disorder) ASD می‌باشد (۵).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

روش الگـودهی ویـدئویی (Video modeling) یکی از درمان‌های نوین و کوتاه مدت می‌باشد کـه در آن فرد، ویدئویی از مدلی که رفتـار یـا مهـارت هدف را انجام می‌دهد، به منظـور یـادگیری آسـان مشاهده می‌کند و آن رفتار یا کار را انجام می‌دهـد (۶). الگودهی ویدئویی راهنماهای دیداری را به کار می‌برد و یک راهبـرد مـوثری بـرای آمـوزش افـراد مبتلا به ASD، که یادگیرندگان دیـداری هسـتند، می‌باشد که مبتنی بر شواهد است و در تمام سنین و جمعیـت‌هـا مـوثر اسـت. در سـه دهـه گذشـته، محققان نشان داده‌اند هر مهارتی که از طریق ایـن فرایند یاد گرفته مـی‌شـود، در طـول زمـان حفـظ می‌شود و بـه زمینـه‌هـای دیگـر نیـز تعمـیم داده می‌شود (۷).

نشان داده شده اسـت کـه کسـب مهـارت‌هـا بـا استفاده از الگودهی ویدئویی در مقایسـه بـا دیگـر روش‌هـای مداخلـه‌ای خیلـی سـریع مـی‌باشـد و نیازمند زمان و منابع انسـانی محـدودی مـی‌باشـد (۸). محققـین در یـک متـا آنـالیز از ۲۳ مطالعـه منتشر شده میان سال‌های ۱۹۸۷ و ۲۰۰۵، نتیجه گرفتنـد کـه الگـودهی ویـدئویی بـه صـورت موفقیـت‌آمیـز مـی‌توانـد در زمینـه مهـارت‌هـای ارتباطی- اجتماعی، کـارکردی و عملکـرد رفتـاری مورد استفاده قرار گیرد. زمینه‌های خاصـی کـه در این تحقیق به صورت موفقیت آمیز نشان داده شده است شـامل مهـارت‌هـای اجتمـاعی، رفتـار بـازی، مهـارت‌هـای مکالمـه و مهـارت‌هـای خودیـاری می‌گردد(۹-۱۲).

از آنجا که یافتن شیوه‌های درمانی کوتـاه مـدت، کارا و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حـوزه درمان می‌باشـد و اینکـه شـیوه درمـانی الگـودهی ویدئویی جزو درمان‌های کوتـاه مـدت و نـوین بـه شمار می‌رود، انجـام پـژوهش در زمینـه اثربخشـی روش الگـودهی ویـدئویی مـی‌توانـد از اهمیـت برخوردار باشـد. مطالعـه حاضـر بـا هـدف بررسـی اثربخشـی روش الگـودهی ویـدئویی بـر افـزایش مهارت‌های خودیاری کودکـان مبـتلا بـه اخـتلال طیف اوتیسم انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه آزمایشی تک موردی (Single Case) با اسـتفاده از طـرح خطـوط پایـه چندگانه میـان آزمـودنی‌هـا (Multiple baseline across subjects design) می‌باشد.

۴ کودک (۲ پسر و ۲ دختر) ۶ تا ۱۰ سال مبتلا به اختلال طیف اوتیسـم از مرکـز اخـتلالات نافـذ رشـد شـهر تبریـز بـه عنـوان شـرکت کننـدگان پژوهش، انتخاب شدند. نگین، دختری ۸ سال و ۷ ماهه است کـه از ۷ سـالگی بـا تشـخیص اوتیسـم تحت دارودرمانی و تحلیل رفتار متقابل (Applied Behavior Analysis) قـرار گرفتـه اسـت. نمـره آزمـونCARS (Childhood Autism Rating Scale)، ۳۳ (اوتیسم خفیف تا متوسـط) بـرای وی به دست آمد. علی، پسری ۶ سال و ۸ ماهه اسـت که از ۶ سال و ۶ ماهگی با تشخیص اوتیسم تحـت درمان تحلیل رفتـار متقابـل (ABA) قـرار گرفتـه است. نمره آزمون CARS، ۳۰ (اوتیسم خفیـف تـا متوسط) برای وی به دسـت آمـد. ثنـا، دختـری ۷ سال و ۴ ماهـه اسـت و از ۶ سـال و ۸ مـاهگی بـا تشخیص اوتیسم تحت درمان تحلیل رفتار متقابـل (ABA) قرار گرفته است. نمره آزمون CARS، ۳۶ (اوتیسم خفیف تا متوسط) برای وی به دست آمد. امین، پسری ۹ سال و ۳ ماهه است که از ۶ سال و ۶ ماهگی با تشخیص اوتیسم تحـت همـان درمـان قـرار گرفتـه اسـت و نمـره آزمـون CARS، ۳۵ (اوتیسم خفیف تا متوسط) برای وی به دست آمد.

ابـزار: مقیـاس درجـه‌بنـدی اوتیسـم کودکـان (CARS): ایـن مقیـاس توسـط شـوپلر بـا هـدف ارزیابی کودکان بالای ۲ سال مشکوک بـه اوتیسـم تهیه شده است. یکی از ویژگی‌های عمده و اساسی این آزمون این است کـه کـودک را در مقایسـه بـا همسالان مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در این مـورد نـیم‌رخ مـرتبط بـا هـر کـودک را ارائـه مـی‌دهـد. آزمون‌گر کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهد و نیز اطلاعـات را از والـدین بـه دسـت مـی‌آورد. رفتـار کودک در یک مقیاس مبنی بر پس رفـت رفتـاری در مقایسه با سن درجه‌بندی می‌شود. ایـن آزمـون از ۱۵مورد تشکیل شده است که از سـطح طبیعـی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

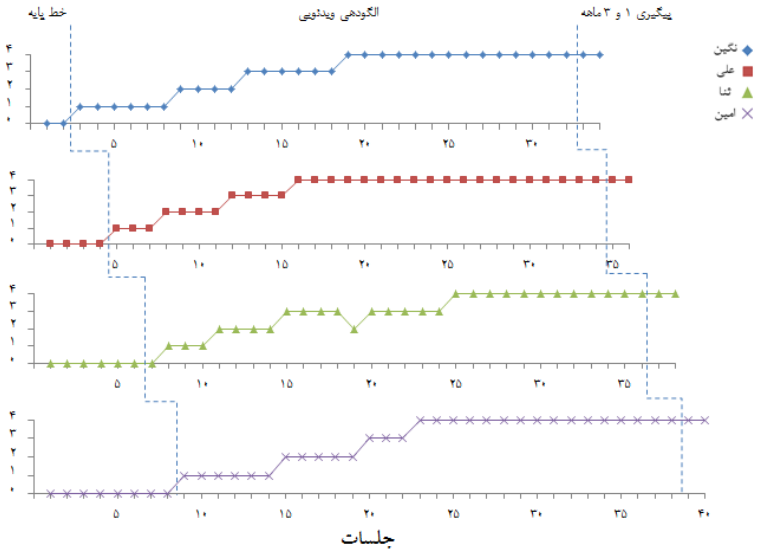
تا شدید نمره‌گذاری می‌شوند. مجموع نمرات هر مورد ۱ تا ۴ می‌باشد. اگر کودک نمره ۱۵ تا ۳۰ به دست آورد، طبیعی است. نمره ۳۰ تا ۳۶ نشان گر اوتیسم خفیف تا متوسط می‌باشد و در محدوده ۳۶ تا ۶۰ کودک دچار اوتیسم شدید می‌باشد (۴). پایایی آزمون- بازآزمون این مقیاس ۰/۹۰ به دست آمده است (۱۳). لازم به ذکر است این مقیاس در ایران اعتباریابی نشده است.

روش اجرا: پس از مراجعه به مرکز اوتیسم و اجرای آزمون کارز(CARS) بر روی کودکان اوتیستیک مرکز اختلالات نافذ رشد تبریز، ۴ کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم خفیف تا متوسط انتخاب شدند. قبل از شروع درمان، ابتدا از یک کودک با رشد طبیعی خواسته شد تا هر کدام از مهارت‌های خودیاری شستن دست و صورت، مسواک زدن دندان‌ها و پوشیدن لباس (پوشیدن و درآوردن پیراهن و پوشیدن و درآوردن شلوار) را که به صورت جداگانه از او خواسته می‌شد، مقابل دوربین، انجام دهد و از او فیلمبرداری شد. هر مهارت چندین بار فیلمبرداری شد و سپس در آخر از قطعه فیلم‌های گرفته شده یک قطعه فیلم از هر مهارت که به بهترین شکل توسط الگو انجام شده بود انتخاب شد. در مجموع ۷ قطعه فیلم ویدئویی (برای هر مهارت یک قطعه فیلم) انتخاب و از این قطعه فیلم‌های ویدئویی برای الگودهی به آزمودنی‌ها استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از فیلمبرداری نحوه صحیح انجام هر مهارت و نحوه انجام دادن آن مهارت در مقابل دوربین با الگو کار شد. مثلا در مهارت مسواک زدن به الگو گفته شد که ابتدا در خمیر دندان را باز کرده و خمیر روی مسواک بگذارد، بعد دندان‌ها را مسواک زده سپس لیوان آب را برداشته و دهانش را با آب بشوید. بخش‌های مورد پژوهش در آزمودنی اول (نگین) به مدت ۲ جلسه، در آزمودنی دوم (علی) ۴ جلسه، در آزمودنی سوم (ثنا) ۶ جلسه و در آزمودنی چهارم (امین) ۸ جلسه بدون پخش قطعه فیلم ویدئویی برای تعیین خطوط پایه ارزیابی شد. سپس به مدت ۳۰ جلسه قطعه فیلم ویدئویی گرفته شده از مدل برای آزمودنی‌ها پخش شد و در مکان و شرایطی دقیقاً مشابه مکان و شرایط پخش شده در قطعه فیلم ویدئویی با آزمودنی‌ها کار شد. عملکرد آزمودنی‌ها در هر جلسه ثبت شد. یک ماه و ۳ ماه پس از کار درمانی پیگیری بدون الگودهی ویدئویی انجام گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد و بر اساس روند نیم‌رخ اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی گردید.

یافته‌ها

نمودار ۱ دگرگونی روند درمان در افزایش مهارت

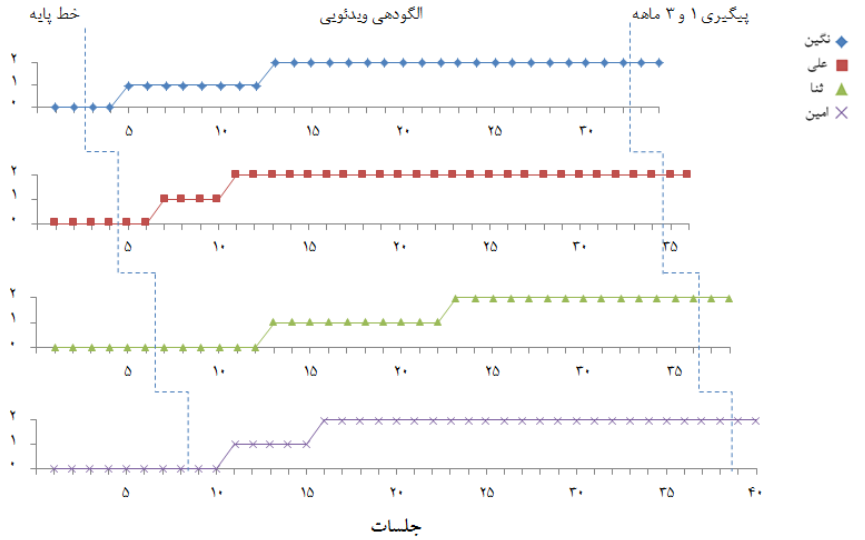


نمودار ۱. نمایش دگرگونی روند درمان در مهارت خودیاری شستن دست و صورت

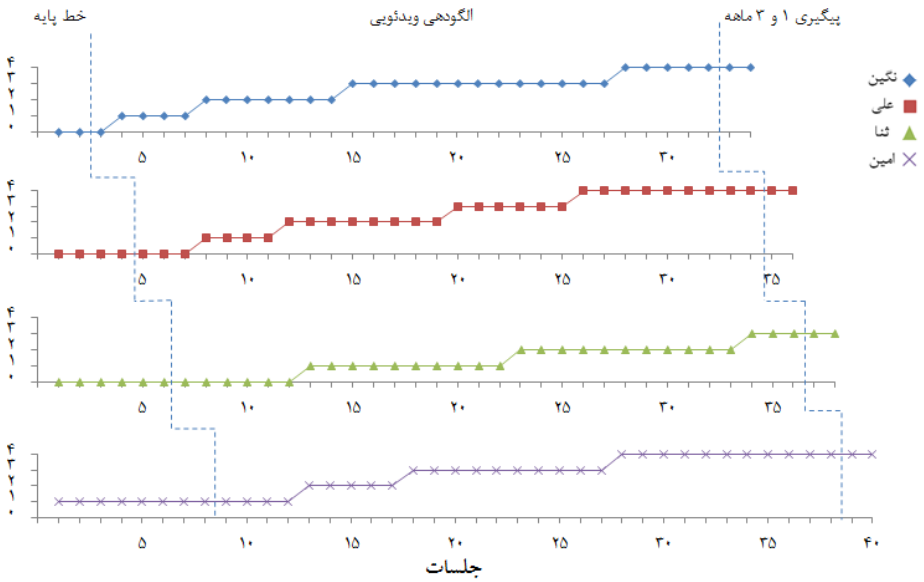
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

خودیاری شستن دست و صورت را نشان می‌دهد. ۴ مرحله باز کردن شیر آب، شستن دست‌ها، شستن صورت و بستن شیر آب برای مهارت شستن دست و صورت در نظر گرفته شد که عدد صفر به منزله عدم توانایی، عدد ۱ به منزله توانایی انجام یکی از مراحل، عدد ۲ به منزله انجام ۲ مرحله، عدد ۳ به منزله انجام ۳ مرحله و عدد ۴ به منزله انجام هر ۴ مرحله در نظر گرفته شده است. در جلسه آخر هر ۴ آزمودنی قادر به انجام هر ۴ مرحله مهارت شستن دست و صورت بودند که در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز این مهارت حفظ شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث افزایش و یادگیری کامل مهارت خودیاری شستن دست و صورت شده است.

نمودار ۲ دگرگونی روند درمان در افزایش مهارت خودیاری خشک کردن و شستن دست و صورت با حوله را نشان می‌دهد. ۲ مرحله خشک کردن دست‌ها با حوله و خشک کردن صورت با حوله برای مهارت خشک کردن و شستن دست و صورت با حوله در نظر گرفته شده که عدد صفر به منزله



نمودار ۲. نمایش دگرگونی روند درمان در مهارت خودیاری خشک کردن دست و صورت با حوله

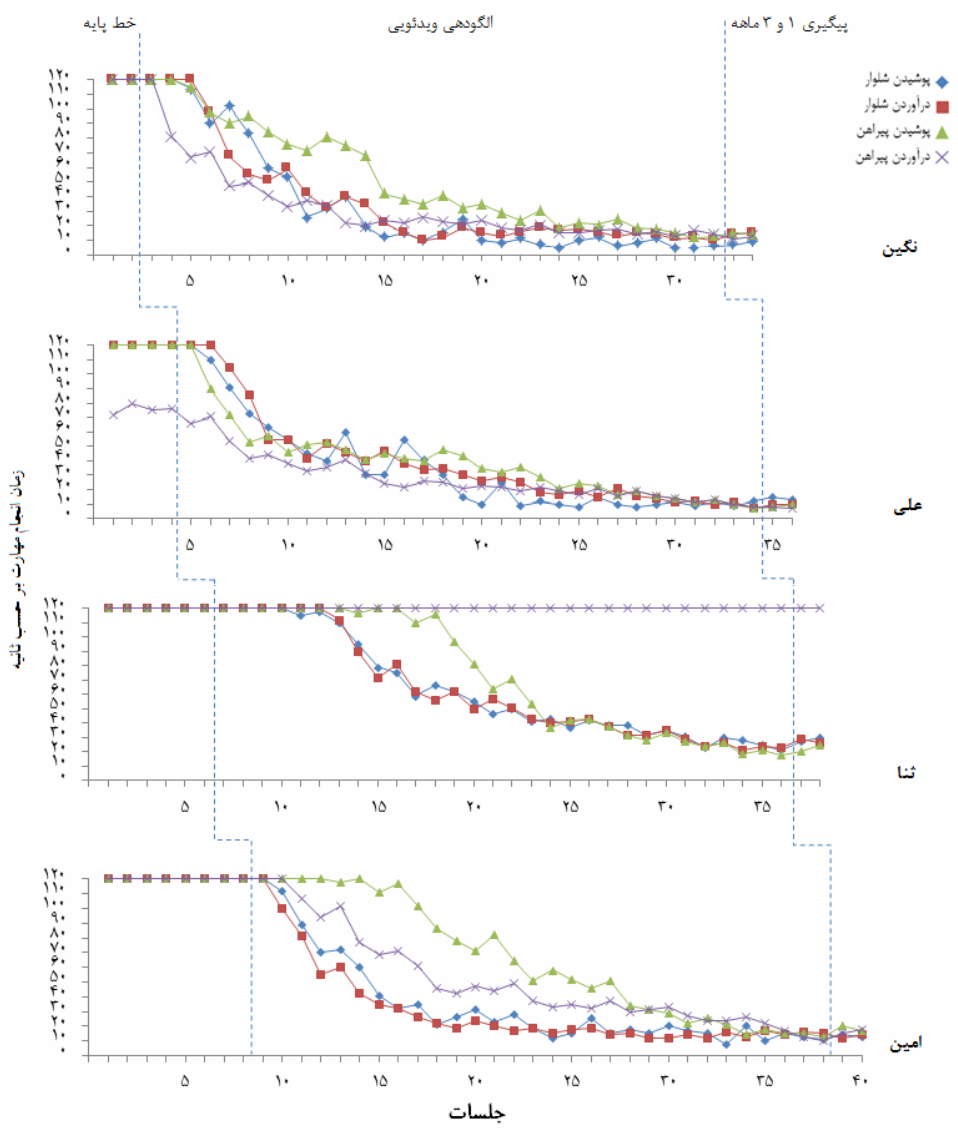


نمودار ۳. نمایش دگرگونی روند درمان در مهارت خودیاری مسواک زدن دندان‌ها

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

عدم توانایی، عدد ۱ به منزله توانایی انجام یکی از مراحل، عدد ۲ به منزله انجام هر ۲ مرحله در نظر گرفته شده است. در جلسه آخر هر ۴ آزمودنی قادر به انجام هر ۲ مرحله مهارت خشک کردن دست و صورت با حوله بودند که در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز این مهارت حفظ شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث افزایش و یادگیری کامل مهارت خودیاری خشک کردن دست و صورت با حوله شده است.

نمودار ۳ دگرگونی روند درمان در افزایش مهارت خودیاری مسواک زدن دندان‌ها را نشان می‌دهد. ۴ مرحله باز کردن در خمیردندان، گذاشتن خمیر دندان بر روی مسواک، مسواک زدن دندان‌ها و شستن دندان‌ها برای مهارت خودیاری مسواک زدن دندان‌ها در نظر گرفته شده که عدد صفر به منزله عدم توانایی، عدد ۱ به منزله توانایی انجام یکی از مراحل، عدد ۲ به منزله انجام ۲ مرحله، عدد ۳ به منزله انجام ۳ مرحله و عدد ۴ به منزله انجام هر ۴ مرحله در نظر گرفته شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث افزایش و یادگیری کامل مهارت خودیاری مسواک زدن دندان‌ها در ۳ آزمودنی (نگین، علی و امین) شده ولی در آزمودنی سوم (ثنا) ۳ مرحله از مهارت مسواک زدن دندان‌ها یاد گرفته شده است. در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز این میزان مهارت یاد گرفته شده در هر ۴ آزمودنی حفظ شده است.



نمودار ۴. نمایش دگرگونی روند درمان در مهارت پوشیدن و درآوردن لباس

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث افزایش مهارت خودیاری مسواک زدن دندان‌ها شده است.

نمودار ۴ دگرگونی روند درمان در افزایش مهارت خودیاری پوشیدن و درآوردن لباس را نشان می‌دهد. ۴ مهارت پوشیدن شلوار، درآوردن شلوار، پوشیدن پیراهن و درآوردن پیراهن به صورت جداگانه برای هر آزمودنی بر حسب زمان انجام مهارت آورده شده است. برای انجام هر مهارت ۱۲۰ ثانیه زمان در نظر گرفته شد و اگر آزمودنی در ۱۲۰ ثانیه موفق به انجام مهارت نمی‌شد، انجام مهارت متوقف و عدد ۱۲۰ به منزله عدم توانایی برای وی در نظر گرفته شد. آزمودنی اول (نگین) در مراحل خط پایه قادر به انجام هیچ‌کدام از ۴ مهارت مذکور نبود. در طول ۳۰ جلسه الگودهی ویدئویی زمان انجام مهارت‌ها کاهش یافت و در جلسه آخر الگودهی ویدئویی قادر به پوشیدن شلوار در ۶ ثانیه، درآوردن شلوار در ۱۰ ثانیه، پوشیدن پیراهن در ۱۳ ثانیه و درآوردن پیراهن در ۱۴ ثانیه شد. زمان انجام مهارت‌های مذکور در پیگیری ۱ ماهه به ترتیب، ۷، ۱۴، ۱۵ و ۱۱ ثانیه و در پیگیری ۳ ماهه به ترتیب، ۹، ۱۵، ۱۴ و ۱۳ ثانیه برای وی ثبت شد. آزمودنی(علی) در مراحل خط پایه قادر به انجام ۳ مهارت پوشیدن شلوار، درآوردن شلوار و پوشیدن پیراهن نبود و مهارت درآوردن پیراهن را در ۷۲ ثانیه انجام می‌داد. در طول ۳۰ جلسه الگودهی ویدئویی زمان انجام مهارت‌ها کاهش یافت و در جلسه آخر الگودهی ویدئویی قادر به پوشیدن شلوار در ۱۲ ثانیه، درآوردن شلوار در ۷ ثانیه، پوشیدن پیراهن در ۷ ثانیه و درآوردن پیراهن در ۸ ثانیه شد. زمان انجام مهارت‌های مذکور در پیگیری ۱ ماهه به ترتیب ۱۵،۱۰، ۸ و ۸ ثانیه و در پیگیری ۳ ماهه به ترتیب ۱۳، ۱۰، ۱۰ و ۷ ثانیه برای وی ثبت شد. آزمودنی سوم (ثنا) در مراحل خط پایه قادر به انجام هیچ‌کدام از ۴ مهارت مذکور نبود. در طول ۳۰ جلسه الگودهی ویدئویی زمان انجام مهارت‌ها کاهش یافت و در جلسه آخر الگودهی ویدئویی قادر به پوشیدن شلوار در ۲۱ ثانیه، درآوردن شلوار در ۲۳ ثانیه، پوشیدن پیراهن در ۱۸ ثانیه بود. زمان انجام مهارت‌های مذکور در پیگیری ۱ ماهه به ترتیب ۲۷، ۲۹ و ۲۰ ثانیه و در پیگیری ۳ ماهه ۳۰، ۲۶ و ۲۵ ثانیه برای وی ثبت شد. اما هرگز قادر به انجام مهارت خودیاری درآوردن پیراهن نشد. آزمودنی چهارم (امین) در مراحل خط پایه قادر به انجام هیچ‌کدام از ۴ مهارت مذکور نبود. در طول ۳۰ جلسه الگودهی ویدئویی زمان انجام مهارت‌ها کاهش یافت و در جلسه آخر الگودهی ویدئویی قادر به پوشیدن شلوار در ۱۱ ثانیه، درآوردن شلوار در ۱۵ ثانیه، پوشیدن پیراهن در ۱۳ ثانیه و درآوردن پیراهن در ۱۰ ثانیه شد. زمان انجام مهارت‌های مذکور در پیگیری ۱ ماهه به ترتیب۱۴، ۱۲، ۲۰ و ۱۵ ثانیه و در پیگیری ۳ ماهه به ترتیب۱۳، ۱۴، ۱۷ و ۱۸ ثانیه برای وی ثبت شد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که روند درمان باعث افزایش مهارت خودیاری پوشیدن و درآوردن لباس شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش الگودهی ویدئویی بر افزایش مهارت‌های خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که الگودهی ویدئویی در افزایش مهارت‌های خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم موثر است. در مراحل خط پایه هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها قادر به انجام این مهارت‌های خودیاری شستن دست و صورت، خشک کردن دست و صورت با حوله و مسواک زدن دندان‌ها نبودند، ولی ارائه ویدئو باعث افزایش مهارت‌های مذکور در همه آزمودنی‌ها شد که در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز حفظ شد و می‌تواند نشان از پایداری اثرات درمان باشد. همچنین در مراحل خط پایه تقریباً هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها قادر به انجام مهارت خودیاری پوشیدن لباس (پوشیدن و درآوردن پیراهن و پوشیدن و درآوردن شلوار) نبودند ولی ارائه ویدئو باعث افزایش مهارت‌های پوشیدن و درآوردن شلوار و پوشیدن پیراهن در همه آزمودنی‌ها شد. مهارت خودیاری درآوردن پیراهن در آزمودنی‌های اول، دوم و چهارم افزایش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

پیدا کرد ولی در آزمودنی سوم هیچ افزایشی نشان نداد. همچنین میزان توانایی آزمودنی‌ها در پیگیری ۱ و ۳ ماهه نیز تقریباً پایدار بوده است.

نتایج بدست آمده همسو با مطالعه شیپلی می‌باشد که در تحقیق خود با عنوان آموزش مهارت‌های روزمره زندگی به کودکان مبتلا به اوتیسم از طریق الگودهی ویدئویی به این نتیجه دست یافت که الگودهی ویدئویی باعث یادگیری مهارت‌های روزمره زندگی می‌شود. مهارت‌های مورد مطالعه در تحقیق آن‌ها در پیگیری ۱ ماهه نیز حفظ شد (۱۲).

همچنین همسو با تحقیق دیگری است که نشان داد ویدئو ابزار مفیدی برای ایجاد تغییرات رفتاری مثبت در کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم می‌باشد (۱۴). لازم به ذکر است که در ایران کار مشابهی صورت نگرفته و این پژوهش اولین تحقیق در این زمینه در ایران می‌باشد.

در مورد محدودیت‌های این پژوهش باید اشاره کرد که یافته‌های آن بر پایه تعداد آزمودنی‌های اندکی قرار داشته و بنابراین می‌بایست در تعمیم این داده‌ها احتیاط کرد.

در تبیین نتیجه‌ی بدست آمده می‌توان بیان کرد، از آنجایی که الگودهی ویدئویی راهنماهای دیداری را به کار می‌برد، یک راهبرد موثری برای آموزش افراد مبتلا به ASD، که یادگیرندگان دیداری هستند، می‌باشد (۷). نظریه‌های گوناگونی در مورد علت موفقیت‌آمیز بودن الگودهی ویدئویی توضیحاتی ارائه کرده‌اند. بر طبق یکی از نظریات موجود، ماهیت دیداری این راهبرد به افراد مبتلا به ASD کمک می‌کند تا چارچوب مناسبی از مرجع برای رفتارشان در زمینه تعیین شده پیدا کنند. الگودهی ویدئویی ممکن است به افراد مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم کمک کند تا با تقلید و یادگیری تصادفی، مشکلاتشان را در ناتوانی از توجه به محرک مربوطه که ممکن است عامل موثر باشد، برطرف کنند (۱۵). نظریه دیگری، پیشنهاد کرد که الگودهی ویدئویی می‌تواند به کودکان مبتلا به ASD کمک کند تا بیش حساسیتی به محرک‌ها را با تسهیل توجهشان به محرک و نشانه‌های برجسته در یک موقعیت تعیین شده جبران کنند (۱۶). علاوه بر این، الگودهی ویدئویی می‌تواند اضطراب مربوط به تعاملات اجتماعی را کاهش دهد و در نتیجه، فرد را برای توجه بیشتر به محرک مربوطه قادر می‌سازد (۷).

محققان دیگری نیز فرض کردند که الگودهی ویدئویی ممکن است انگیزش را بیشتر کند و بیان کردند که این روش ذاتاً برخی از کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم را تقویت می‌کند. افراد دچار ASD ممکن است تقویت دهی الگودهی ویدئویی را به علت نقایص اجتماعی اساسی، درک کنند؛ برای مثال، به نظر می‌رسد توجه و وابستگی بسیاری از کودکان دچار ASD به اشیاء بیشتر از سایر افراد است و پیشنهاد کردند که در کودکان ASD شاید توجه بیشتری به ویدئو به نسبت به الگوی زنده آسان‌تر است (۱۷). همچنین بلینی و آکولیان فرض کردند که کودکان مبتلا به ASD که تماشای ویدئو را ترجیح می دهند ، ممکن است با الگودهی ویدئویی برانگیخته شوند. دوریک تاکید کرد که الگودهی ویدئویی با نشان دادن این نکته به کودکان که آن‌ها قادر به موفقیت هستند اعتماد به نفس آن‌ها را بیشتر و رفتارهای مثبت را ترغیب می‌کند (۱۸).

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان نامه آقای وهاب محمدپور در مقطع کارشناسی ارشد رشته روان شناسی به راهنمایی آقای دکتر جلیل باباپور خیرالدین و مشاوره آقای دکتر عباس بخشی پوررودسری در سال ۱۳۹۰و کد ۱۷/۱۵۳۳۰ می باشد که با حمایت دانشگاه تبریز اجرا شده است. از تمامی کسانی که در به انجام رسیدن این پژوهش فعالیت داشته‌اند به ویژه والدین و مربیان این کودکان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association (text revision): 4th ed, 2000.pp. 25

2. Anderson S R. Jablonski AL, Thomeer M L. Madaus Knapp V. Self- help skill for people with

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

autism: A systematic teaching approach. Bethesda, MD: Woodbine House, Inc 2007.pp. 47-9

3. Farahbod M. Occupational therapy in mental retardation. The Exceptional Children's Education. Tehran: Research Institute of Exceptional Children Publications. 2005.(Persian)

4. Rafei T. Autism, assessment and treatment / Translation and Compilation, Tehran: Danzheh publication. 2008. (Persian)

5. Buggey T, Hoomes G, Sherberger ME, Williams S. Facilitating Social Initiations of Preschoolers with Autism Spectrum Disorders Using Video Self-Modeling. Focus on Autism and Other Dev Disabil. 2009; 26(1): 25–36.

6. Franzone E, Collet-Klingenberg L. Overview of video modeling. Madison, WI: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, Waisman Center. University of Wisconsin. 2008; 1-2.

7. Bellini S, Akullian J. A meta-analysis of video modeling and video self- modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders. [Online version]. Counc for Except Child. 2007; 73: 264-287.

8. Corbett B A. Video Modeling: A Window into the World of Autism. The Behav Anal Today. 2003; 4(3): 367-377.

9. Bellini S, Akullian J, Hopf A. Increasing social engagement in young children with autism spectrum disorders using video self-modeling. [Online version]. Sch Psychol Rev. 2007; 36: 80-90.

10. Reagon KA, Higbee TS, Endicott K. Teaching pretend play skills to a student with autism using video modeling with a sibling as model and play partner. Edu and Treat of Child .2006; 29: 517-528.

11. Wert BY, Neisworth JT. Effects of video self-modeling on spontaneous requesting in children with autism. [Online version]. J of Posit Behav Interv. 2003; 5: 30-34.

12. Shipley-Benamou R, Lutzker JR, Taubman M. Teaching daily living skills to children with autism through instructional video modeling. [Online version]. J of Posit Behav Interv. 2002; 4: 165-175.

13. Saemundsen E, Magnusson P, Smari J, Sigurdardottir S. Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: convergence and discrepancy in diagnosing autism. J Autism Dev Disord. 2003; 33: 319-328.

14. Schreibman L,Whalen, C, Stahmer A C. The use of video priming to reduce disruptive transition behavior in children with autism. J of Posit Behav Interv. 2000; 2: 3–11.

15. McCoy K, Hermansen E. Video modeling for individuals with autism: A review of model types and effects. [Online version]. Edu Treatt of Child. 2007; 30: 183-213.

16. Charlop-Christy MH, Le L, Freeman KA. A comparison of video modeling with in vivo modeling for teaching children with autism. [Online version]. J of Autism and Dev Disord .2000; 30: 537-552.

17. Charlop-Christy MH, Daneshvar S. Using Video Modeling to Teach Perspective Taking to Children with Autism. J of Posit Behav Interv. 2003; 5(1): 12-21.

18. Dowrick PW. Practical guide to using video in the behavioral sciences. 1991. New York: Wiley 2003.

19. Dowrick PW, Kim-Rupnow WS, Power TJ. Video feedforward for reading. Journal of Special Education. 2006; 39, 194-207.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]

Effects of video modeling on self-help skills in children with Autism Spectrum Disorders

***Vahab Mohammadpour,** MSc. Child and Adolescent Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. (*Corresponding author), vm_psychology@yahoo.com
Jalil Babapour Kheyroddin, PhD. Associate professor of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. babapourj@yahoo.com
Abbas Bakhshipour Roudsari, PhD. Associate professor of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. abbas-bakhshipour@yahoo.com

Abstract

Background: Autism spectrum disorder (ASD) is characterized by difficulty in the areas of social functioning, communication, and the presence of stereotypic and repetitive behaviors. Video modeling has been found to be an effective procedure for teaching a variety of skills to persons with autism. The purpose of the current study was to investigate the efficacy of video modeling procedure on self-help skills in children with Autism Spectrum Disorders.
Method: Present research is an experimental study of a single case. Four children (2 males & 2 females), ages 6–10, diagnosed with an autism spectrum disorder, participated in this study. A multiple baseline design for each participant and chart analysis for data analysis was used.
Results: Data analysis showed that the video modeling method on self-help skills in subjects effective.
Conclusion: Results showed that likely the video modeling procedure increased self-help skills in children with autism spectrum disorders.

Keywords: Video modeling, Self-help skills, Autism spectrum disorder.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-22]