



# Effectiveness of Play Therapy on Joint Attention in Children with Autism Spectrum Disorder

Journal of Rehabilitation  
Counseling

2025, Vol 1(1) 38–50

Jmr.uok.ac.ir

Hashem Zarafshan <sup>1&\*</sup>

Mohammad Taghi Abdollahi <sup>2</sup>

Abolfazl Rashidi Ahmadabadi <sup>3</sup>

Firoozeh Sajedi <sup>4</sup>

Masoumeh Pourmohammadzadeh Tajrishi <sup>5</sup>

## Abstract

**Background and Objective:** Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) face significant challenges in developing communication skills and social interactions. One of the fundamental difficulties in these children is joint attention, which is recognized as a key component in establishing effective communication. Play therapy, as an intervention method, is designed to enhance social skills and promote joint attention. This study aimed to investigate the effectiveness of play therapy on joint attention in children with ASD.

**Method:** This study is a qualitative experimental research using a single-subject A-B design with a pre-test and post-test structure. To implement the intervention, four children aged 3 to 4 years old (three boys and one girl) were randomly selected. Prior to the intervention, an initial assessment was conducted twice for each child using the Early Social Communication Scales (ESCS) developed by Mundy et al. (2013). The intervention included individual play therapy sessions held over 10 sessions for five weeks (twice a week, 60 minutes per session). Follow-up assessments were collected after the second, fifth, eighth, and tenth sessions, and the data were analyzed using Cohen's D effect size.

**Findings:** The results indicated that play therapy had a significant impact on improving the components of joint attention in children with ASD. Specifically, the findings showed a meaningful increase in initiating joint attention and responding to joint attention in the participating children after the intervention period ( $P < 0/05$ ).

**Conclusion:** It can be concluded that play therapy is an effective approach for enhancing joint attention. Therefore, play therapy can be used as a therapeutic intervention to increase joint attention in children with ASD.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder, Joint Attention, Play Therapy

Received: 2024.11.13

Revised: 2025.05.14

Accepted: 2025.06.14

**Citation:** Zarafshan, H., Abdollahi, M., Rashidi Ahmadabadi, A., Sajedi, F., & Pourmohammadzadeh Tajrishi, M. (2025). Effectiveness of Play Therapy on Joint Attention in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1 (1), 38–50

<sup>1</sup>. **Corresponding author:** M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Behavioral Sciences, University of Rehabilitation and Social Health Sciences, Tehran, Iran. [zarafshan2020@gmail.com](mailto:zarafshan2020@gmail.com)

<sup>2</sup> M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Behavioral Sciences, University of Rehabilitation and Social Health Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Ph.D. in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Behavioral Sciences, University of Rehabilitation and Social Health Sciences, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Behavioral Sciences, University of Rehabilitation and Social Health Sciences, Tehran, Iran



نشریه مشاوره توانبخشی  
سال اول / شماره ۱ / بهار ۱۴۰۴  
شماره صفحات: ۵۰-۳۸  
Jmr.uok.ac.ir

## اثربخشی بازی درمانی بر توجه اشتراکی کودکان با اختلال طیف اتیسم

هاشم زرافشان<sup>۱</sup>  
محمد تقی عبداللهی<sup>۲</sup>  
ابوالفضل رشیدی احمدآبادی<sup>۳</sup>  
فیروزه ساجدی<sup>۴</sup>  
معصومه پورمحمدرضای تجریشی<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** کودکان با اختلال طیف اتیسم در توسعه مهارت‌های ارتباطی و تعاملات اجتماعی با چالش‌های قابل توجهی مواجه هستند. یکی از مشکلات اساسی در این کودکان، ضعف در توجه اشتراکی است که به عنوان یک مؤلفه کلیدی در برقراری ارتباط مؤثر شناخته می‌شود. بازی درمانی به عنوان یک روش مداخله‌ای، با هدف بهبود مهارت‌های اجتماعی و ارتقای توجه اشتراکی طراحی شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی بر توجه اشتراکی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام شده است.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی از نوع کیفی و با استفاده از طرح تک‌آزمودنی A-B به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شد. به منظور اجرای مداخله، چهار کودک ۳ تا ۴ ساله (سه پسر و یک دختر) به شیوه تصادفی انتخاب شدند. پیش از آغاز مداخله، ارزیابی اولیه با استفاده از مقیاس روابط اجتماعی نخستین (ماندی و همکاران، ۲۰۱۳)، دو مرتبه برای هر کودک انجام شد. مداخله شامل آموزش‌های انفرادی بازی درمانی در طی ۱۰ جلسه و به مدت پنج هفته (دو بار در هفته؛ هر جلسه ۶۰ دقیقه) ارائه گردید. ارزیابی‌های تکمیلی پس از جلسات دوم، پنجم، هشتم و دهم جمع‌آوری شد و داده‌ها با استفاده از اندازه اثر  $D$  کوهن مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله بازی درمانی تأثیر معناداری بر بهبود مؤلفه‌های توجه اشتراکی در کودکان با اختلال طیف اتیسم داشته است. به طور مشخص، نتایج حاکی از افزایش معنادار در آغازگری توجه اشتراکی و پاسخ‌دهی به توجه اشتراکی در کودکان شرکت‌کننده پس از دوره مداخله بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی به عنوان یک رویکرد اثربخش در توجه اشتراکی است. بنابراین، می‌توان از بازی درمانی به عنوان یک مداخله درمانی برای افزایش توجه اشتراکی کودکان با اختلال طیف اتیسم استفاده نمود.

**کلید واژه‌ها:** اختلال طیف اتیسم، بازی درمانی، توجه اشتراکی

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۴

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۲/۲۴

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۳

**ارجاع:** زرافشان، ه.، عبداللهی، م.، رشیدی احمدآبادی، ا.، ساجدی، ف.، و پورمحمدرضای تجریشی م. (۱۴۰۴). اثربخشی بازی درمانی بر توجه اشتراکی کودکان با اختلال طیف اتیسم. فصلنامه مشاوره توانبخشی، ۱(۱)، ۵۰-۳۸.

<sup>۱</sup>. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران  
[zarafshan2020@gmail.com](mailto:zarafshan2020@gmail.com)

<sup>۲</sup>. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

<sup>۳</sup>. دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

<sup>۴</sup>. استاد گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

<sup>۵</sup>. دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

## ۱. مقدمه

اختلال طیف اتیسم<sup>۱</sup> یک اختلال رشدی-عصبی<sup>۲</sup> است که با نقص در روابط و تعامل‌های اجتماعی و الگوهای رفتاری، علایق و فعالیت‌های محدود و تکراری همراه است و باعث ایجاد اختلال‌های چشمگیری در عملکرد می‌شود. این اختلال معمولاً پیش از سه‌سالگی بروز می‌یابد و دارای طیف وسیعی از تظاهرات است، به‌طوری‌که کودکان مبتلا می‌توانند سطوح مختلفی از توانمندی‌ها و چالش‌ها را تجربه کنند (گالانتر<sup>۳</sup> و جنسن<sup>۴</sup>، ۲۰۲۵). شیوع این اختلال به‌طور فزاینده‌ای در حال افزایش است؛ به‌طوری‌که در ایالات متحده، نرخ شیوع آن در میان کودکان تا ۸ سالگی به یک در ۵۴ می‌رسد (سانتوماورو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۵؛ آیزاک<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). در ایران نیز میزان شیوع آن حدود ۹۵/۲ در هر ۱۰ هزار کودک گزارش شده است (صمدی و مک‌کانکی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵).

اختلال عملکرد در ارتباط و تعامل‌های اجتماعی به‌دلیل نقص در مهارت توجه اشتراکی است که یکی از نخستین نشانه‌ها و شاخص‌های مرکزی اختلال اتیسم قبل از یک سالگی می‌باشد (کیم<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). توجه اشتراکی نقشی کلیدی در رشد مهارت‌های زبانی و اجتماعی دارد (عبدالعزیز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۵) و تأخیر یا اختلال در آن با مشکلات زبانی و تعامل اجتماعی مرتبط است (برومل<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). کودکان مبتلا به این اختلال، در مقایسه با همسالان خود، در هر سطح زبانی یا ضریب هوشی، تمایل کمتری به آغاز یا پاسخ به توجه اشتراکی دارند (سالتر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). این تأخیرها می‌تواند به مشکلاتی چون پاسخ‌های گفتاری نامناسب، تعامل غیرکلامی نادرست و دشواری در حفظ روابط منجر شود (کاین<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). شدت این نارسایی‌ها در برخی کودکان به‌گونه‌ای است که حتی در بیان نیازهای اولیه یا استفاده از ارتباط غیرکلامی دچار مشکل هستند (شی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان با اختلال طیف اتیسم در معرض خطر نقص و یا تأخیر در توجه اشتراکی هستند (کیم و همکاران، ۲۰۲۵). این تأخیرها با زبان و مشکلات اجتماعی مرتبط هستند این کودکان ممکن است در گفتگوها پاسخ‌های نامناسب، تعامل غیرکلامی نادرست و در ایجاد و حفظ روابط متناسب با سن مشکل داشته باشند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۳).

کودکان با اختلال طیف اتیسم نسبت به همسالان‌شان در هر سنی، هر سطح زبانی، هر سن ذهنی و ضریب هوشی کمتر تمایل به پاسخ و شروع توجه اشتراکی دارند علاوه بر این، فقدان شروع توجه اشتراکی این کودکان در سال اول، آنها را از کودکان عادی در حال رشد متمایز می‌کند (پینتو<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). برخی از افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم ممکن است در برقراری ارتباط حتی خواسته‌ها و نیازهای اساسی از جمله فهم و کاربرد ارتباط غیرکلامی مشکلات شدیدی داشته باشند، درحالی‌که برخی دیگر ممکن است علائم خفیف‌تری از جمله مشکل در حفظ ارتباط چشمی هنگام برقراری ارتباط نشان دهند. در رفتار اجتماعی شروع تأخیرها حداقل در ۵ حیطه پدید می‌آید: محرک‌های اجتماعی، توجه اشتراکی، احساس، تقلید و پردازش صورت در کودکان با اختلال طیف اتیسم، مشکل اصلی، نقص‌های توجه اشتراکی است (مارشال<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵).

<sup>1</sup> autism spectrum disorder(ASD)

<sup>2</sup> neurodevelopmental

<sup>3</sup> Galanter

<sup>4</sup> Jensen

<sup>5</sup> Santomauro

<sup>6</sup> Isaac

<sup>7</sup> McConkey

<sup>8</sup> Kim

<sup>9</sup> Abdelaziz

<sup>10</sup> Broomell

<sup>11</sup> Salter

<sup>12</sup> Qin

<sup>13</sup> Shi

<sup>14</sup> American Psychiatric Association

<sup>15</sup> Pinto

<sup>16</sup> Marsella

توجه اشتراکی اغلب به عنوان یکی از اولین شکل ارتباط دیداری مورد بحث قرار می گیرد. توجه اشتراکی به ظرفیت کودک برای هماهنگ کردن توجه خود با دیگران درباره یک شی یا رویداد اشاره دارد و هنگامی مشاهده می شود که کودک مهارت های آشکاری مانند نگاه متناوب بین یک شی و شخص، اشاره کردن، نشان دادن و به اشتراک گذاشتن یا نمایش را نشان می دهد (اوزدمیر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). براساس عملکرد، دو نوع توجه اشتراکی وجود دارد: پاسخ و شروع. پاسخ به توجه اشتراکی عبارت است از توانایی کودک در دنبال کردن جهت نگاه، وضعیت سر یا سایر ژست های دیگران، به نحوی که موضوع دیداری وی را در یابد (میلر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴). شروع توجه اشتراکی که به توانایی کودک در هدایت توجه دیگران به موضوع دیداری خویش با استفاده از نگاه متناوب بین اشیا و افراد اطلاق می شود (شروع جستجو، نشان دادن و اشاره به چیزی است) تحقیقات اخیر نشان داد که تقویت توجه اشتراکی با رشد شناخت اجتماعی ارتباط نزدیکی دارد و این آغازی برای ایجاد صلاحیت اجتماعی است (آمبراچی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

ارتباط بین توجه اشتراکی و مهارت های رشدی و تحولی مختلف، محققان حوزه بالینی و درمانگران را در سال های اخیر بر آن داشته است که نسبت به تدوین برنامه درمانی مبتنی توجه اشتراکی و بررسی اثربخشی آن در حوزه های مختلف اقدام نمایند. همچنین با گسترش روزافزون شیوع ابتلا به اختلال طیف اتیسم، تلاش همه جانبه ای به منظور ابداع و معرفی مداخلات درمانی گوناگون در حیطه های مختلف علوم صورت گرفته است. از زمان کشف این اختلال تاکنون، تلاش های گسترده ای از درمان های فیزیکی نظیر رژیم غذایی و درمان های شیمیایی تا درمان های رفتاری نظیر هنردرمانی، کارتون درمانی، موسیقی درمانی، بازی درمانی، ورزش درمانی و حیوان درمانی جهت درمان اختلال طیف اتیسم صورت گرفته است (رودی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش های پیشین نشان داده اند که نقص در توجه اشتراکی می تواند مانعی جدی در مسیر رشد مهارت های اجتماعی و زبانی کودکان با اختلال طیف اتیسم ایجاد کند (کیم و همکاران، ۲۰۲۵). با وجود اهمیت توجه اشتراکی، مطالعات محدود و پراکنده ای در زمینه مداخلات مؤثر برای بهبود این مهارت در کودکان با اختلال طیف اتیسم صورت گرفته است. بسیاری از روش های مداخله ای موجود بر آموزش های مستقیم و مبتنی بر ساختارهای آموزشی سنتی متمرکز بوده و کمتر به رویکردهای تعاملی و بازی محور پرداخته اند. این در حالی است که پژوهش ها نشان می دهند بازی درمانی<sup>۵</sup> به دلیل ماهیت تعاملی و طبیعی خود، می تواند محیطی مناسب برای تقویت مهارت های ارتباطی، از جمله توجه اشتراکی، فراهم آورد (دالکیلچ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). بازی درمانی با ایجاد فرصت هایی برای تعامل اجتماعی، تقلید رفتارهای اجتماعی و تمرین پاسخ دهی به محرک های محیطی، ظرفیت های ارتباطی کودکان را به شیوه ای غیرمستقیم و لذت بخش توسعه می دهد. انتخاب بازی درمانی به عنوان مداخله ای مؤثر در این پژوهش به دلیل ویژگی های منحصر به فرد آن در ارتقای مهارت های اجتماعی و توجه اشتراکی صورت گرفته است. برخلاف مداخلات آموزشی ساختارمند، بازی درمانی با بهره گیری از اصول طبیعی بازی، کودکان را در محیطی ایمن و تعاملی قرار می دهد که در آن می توانند به طور آزادانه به کشف روابط اجتماعی و تمرین مهارت های ارتباطی بپردازند. بازی درمانی همچنین به کودکان امکان می دهد تا در فضایی کم فشار و بدون استرس، رفتارهای اجتماعی و توجه اشتراکی را تجربه و تمرین کنند.

با توجه به خلاء پژوهشی موجود در زمینه مداخلات مؤثر برای بهبود توجه اشتراکی در کودکان با اختلال طیف اتیسم و قابلیت های بالقوه بازی درمانی در تقویت این مهارت، مسئله اصلی این پژوهش بدین صورت مطرح می شود: "آیا بازی درمانی می تواند به طور معناداری بر بهبود مؤلفه های توجه اشتراکی، از جمله آغازگری و پاسخ دهی به توجه اشتراکی، در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مؤثر باشد؟"

## ۲. روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه ای آزمایشی تک آزمودنی با طرح A-B از نوع کاربردی است. الگوی شماتیک این طرح در جدول ۱ ارائه شده است. این پژوهش یک مطالعه آزمایشی با طرح تک آزمودنی از نوع A-B و با استفاده از ارزیابی های مکرر در مراحل خط پایه، مداخله، و

<sup>1</sup> Ozdemir

<sup>2</sup> Miller

<sup>3</sup> Ambarchi

<sup>4</sup> Rudy

<sup>5</sup> Play Therapy

<sup>6</sup> Dalkılıç

پیگیری است که با هدف بررسی اثربخشی مداخله والن و اسکریمین بر توجه اشتراکی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام شده است. مداخله والن و اسکریمین به عنوان متغیر مستقل طی ۱۰ جلسه آموزشی انفرادی برای کودکان ۳ تا ۴ ساله با اختلال طیف اتیسم اجرا شد. در این پژوهش، توجه اشتراکی به عنوان متغیر وابسته در مراحل مختلف مورد سنجش قرار گرفت.

به منظور ارزیابی دقیق، در مرحله خط پایه، چهار مرتبه اندازه گیری با استفاده از مقیاس روابط اجتماعی نخستین (ESCS) که ابزاری معتبر برای سنجش مهارت های ارتباطی اولیه است، با فاصله زمانی یک هفته از یکدیگر انجام شد (O<sub>1</sub>، O<sub>2</sub>، O<sub>3</sub>، O<sub>4</sub>) سپس، مداخله در طی پنج هفته و در قالب ۱۰ جلسه انفرادی (دو جلسه ۶۰ دقیقه ای در هر هفته) اجرا گردید (X). سنجش های بعدی به ترتیب پس از جلسه دوم (O<sub>5</sub>)، جلسه هشتم (O<sub>6</sub>) و جلسه دهم (O<sub>7</sub>) انجام گرفت تا میزان تغییرات در توجه اشتراکی بررسی شود. علاوه بر این، جهت ارزیابی پایداری نتایج، دو مرحله پیگیری در فاصله های یک ماه پس از آخرین جلسه مداخله (O<sub>11</sub>) و سه ماه پس از آخرین جلسه مداخله (O<sub>12</sub>) صورت گرفت.

ملاک های ورود به پژوهش شامل تشخیص رسمی اختلال طیف اتیسم، سن ۳ تا ۴ سال، و عدم ابتلا به سایر اختلالات عصبی-رشدی شدید بود. همچنین، ملاک های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در طول دوره مداخله و ابتلا به بیماری های حاد جسمی یا روانی طی دوره مداخله تعیین شد. داده های جمع آوری شده از طریق اندازه اثر D کوهن مورد تحلیل قرار گرفت تا تأثیر مداخله بر توجه اشتراکی به طور دقیق سنجیده شود. این مطالعه بر روی چهار کودک ۳ تا ۴ ساله مبتلا به اختلال طیف اتیسم که به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای ورود و خروج معین انتخاب شده بودند، در شهر قم و طی سال های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ انجام شد.

جدول ۱. شمای طرح پژوهش

| خط پایه     | مداخله والن و اسکریمین           | پیگیری دو ماهه |
|-------------|----------------------------------|----------------|
| O1 O2 O3 O4 | X O5 X O6 X O7 X O8 X O9<br>XO10 | O11 O12        |

O: سنجش خط پایه، X: مداخله

## ۲-۱. ابزارها

### ۲-۱-۱. مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه

مقیاس ارتباط اجتماعی اولیه که توسط ماندی و همکاران سال ۲۰۱۳ طراحی شده، به منظور ارزیابی مهارت های ارتباط غیرکلامی کودکان به ویژه در سه حوزه توجه اشتراکی، رفتارهای درخواست گرایانه و تعامل اجتماعی مورد استفاده قرار می گیرد. در این پژوهش، تنها خرده مقیاس توجه اشتراکی به کار رفته است. آزمون شامل ۲۵ موقعیت نیمه ساختاریافته است و برای کودکان با رشد طبیعی بین ۸ تا ۳۰ ماه یا کودکان با تأخیر رشدی مناسب می باشد. نمره گذاری مبتنی بر مشاهده و به صورت صفر و یک انجام می شود. این مقیاس دارای روایی و پایایی بالایی است؛ ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۸ و ضریب پایایی بین ارزیابان برای توجه اشتراکی ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین، پایایی برای زیرمقیاس توجه اشتراکی آغازگرانه ۰/۸۰ پاسخ دهی به توجه اشتراکی ۰/۷۶ اعلام شده است. روایی محتوا و همخوانی با مراحل تحول رشد نیز تأیید شده است.

### ۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

این پژوهش بر روی کودکان ۳ تا ۴ ساله دارای اختلال طیف اتیسم در مراکز اتیسم شهر قم انجام شد. پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و سازمان بهزیستی، با والدین کودکان مراجعه کننده تماس گرفته شد و در جلسه ای اطلاعات لازم درباره پژوهش ارائه و فرم رضایت نامه دریافت گردید. در نهایت، چهار کودک مطابق با معیارهای ورود و خروج به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای سنجش خط پایه، توجه اشتراکی پیش از مداخله دو بار با فاصله یک هفته ارزیابی شد. مداخله شامل ده جلسه بازی درمانی انفرادی طی پنج هفته بود. توجه اشتراکی پس از جلسات دوم، پنجم، هشتم و دهم با استفاده از مقیاس روابط اجتماعی نخستین و اندازه اثر کوهن اندازه گیری شد.

## ۲-۳. مداخله

### پروتکل بازی درمانی به روش والن و اسکریمین

یکی از رویکردهای آموزش توجه اشتراکی به کودکان با اختلال طیف اتیسم، رویکرد والن و اسکریمین<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) است. براساس این رویکرد، جلسات آموزشی با استفاده از فعالیت های عادی و روزمره انجام می شود. آموزش توجه اشتراکی طبق این رویکرد، شامل دو مرحله آموزش پاسخ دهی و آغازگری است. به طور کلی، انجام فعالیت های توجه اشتراکی با استفاده از بازی ها و فعالیت های ساده و روزمره انجام می شود.

<sup>1</sup> Wallen & Scribman

ویژگی مهم روش این است که بیشتر فعالیت‌ها به صورت بازی‌های غیرساختاری انجام می‌شود، این کار باعث می‌شود کودک احساس خستگی نکند و علاقه‌مند به ادامه فعالیت باشد.

#### جدول ۲. پروتکل بازی درمانی

| مرحله نخست (آموزش پاسخ دهی) |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول و دوم              | هنگامی که کودک با یک اسباب بازی بازی می‌کند، درمانگر دست کودک را روی اسباب بازی دیگری قرار می‌دهد. اگر کودک با اسباب بازی تازه ارایه شده مشغول بازی شد (یعنی اسباب بازی را دستکاری کرد، یا به مدت ۵ ثانیه به آن نگاه کرد)، نمره این مرحله را دریافت می‌کند. |
| جلسه سوم                    | این مرحله دقیقاً بر اساس مرحله نخست انجام می‌شود. هنگامی که درمانگر یک اسباب بازی جدید را به او ارایه می‌کند و به آرامی با دست روی آن ضربه‌ای آهسته وارد می‌کند.                                                                                            |
| جلسه چهارم                  | این مرحله نیز شبیه مرحله نخست است. اگر کودک به مدت دست کم ۵ ثانیه با اسباب بازی جدید مشغول بازی و فعالیت شد، نمره این مرحله را دریافت می‌کند.                                                                                                               |
| جلسه پنجم                   | هدف این مرحله، برقراری ارتباط چشمی با درمانگر است.                                                                                                                                                                                                          |
| جلسه ششم                    | هنگامی که کودک مشغول بازی با یک اسباب بازی است، درمانگر سعی می‌کند با او ارتباط چشمی برقرار کند.                                                                                                                                                            |
| جلسه هفتم                   | مانند مرحله پنجم است با این تفاوت که در این مرحله درمانگر اشاره نمی‌کند.                                                                                                                                                                                    |
| مرحله دوم (آموزش آغازگری)   |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| جلسه هشتم و نهم             | تغییر جهت نگاه به طور هماهنگ: هر زمان که کودک با اسباب بازی بازی کرد، به عنوان فرصت تغییر جهت نگاه به طور هماهنگ حساب می‌شود.                                                                                                                               |
| جلسه دهم                    | اشاره کردن: در طی این مرحله، هر جلسه دستکاری می‌شود تا یک محیط جدید ارایه شده و فرصت‌های بیشتری برای اشاره کردن فراهم می‌شود.                                                                                                                               |

#### ۲-۴. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار و نسبت به شکل جدول و نمودار برای هر آزمودنی) و تحلیل‌های استنباطی (آزمون اندازه اثر  $D$  کوهن در سطح معنی‌داری  $\alpha \leq 0.05$  استفاده شده است.

#### ۳. یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر شامل ۴ کودک با اختلال طیف اتیسم بود. که در کلینیک‌های مخصوص این کودکان حضور داشتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۳ ارائه شده است.

#### جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

| متغیر | میانگین | انحراف معیار |
|-------|---------|--------------|
| سن    | ۳/۷۷    | ۰/۱۶         |
| جنسیت | فراوانی | درصد         |
| دختر  | ۱       | ۲۵           |
| پسر   | ۳       | ۷۵           |

جدول ۳ به توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش براساس شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳/۷۷ سال با انحراف معیار ۰/۱۶ بوده است. از میان افراد مورد مطالعه، ۱ نفر دختر (۲۵ درصد) و ۳ نفر پسر (۷۵ درصد) بودند.

#### جدول ۴. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک آزمودنی‌ها

| متغیر     | آزمودنی ۱ | آزمودنی ۲ | آزمودنی ۳ | آزمودنی ۴ |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| سطح اتیسم | ۱         | ۱         | ۱         | ۱         |
| سن        | ۳/۸       | ۴         | ۳/۶       | ۳/۷       |
| سن مادر   | ۳۰        | ۳۳        | ۲۸        | ۳۱        |
| سن پدر    | ۳۵        | ۳۷        | ۳۰        | ۳۸        |

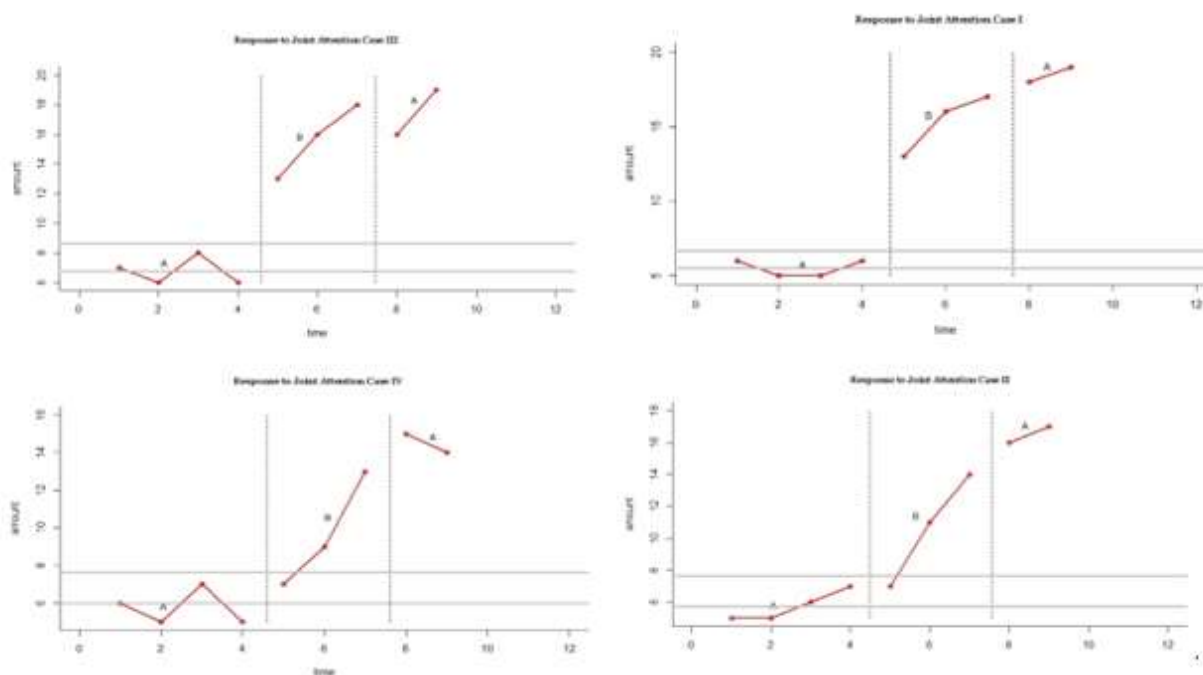
| وضعیت اجتماعی و اقتصادی | متوسط | متوسط | متوسط | متوسط  |
|-------------------------|-------|-------|-------|--------|
| ابزار تشخیص             | ADI-R | ADI-R | ADI-R | ADI-R* |
| بیماری یا اختلال همبود  | ندارد | ندارد | ندارد | ندارد  |

\*ابزار تشخیص اتیسم

جدول ۴ به توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها شامل سطح اختلال اتیسم، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ابزار تشخیص، و وجود بیماری‌های همبود پرداخته است که در تمامی موارد شرایط یکسانی گزارش شده است.

| جدول ۵. آماره‌های توصیفی مربوط به پاسخ به توجه اشتراکی در خط پایه (O)، مداخله (XO) و پیگیری (F) |        |        |        |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|-------|
| کودک ۱                                                                                          | کودک ۲ | کودک ۳ | کودک ۴ |       |
| میانگین در خط پایه                                                                              | ۵/۵۰   | ۵/۷۵   | ۶/۷۵   | ۶/۰۰  |
| انحراف معیار خط پایه                                                                            | ۰/۵۸   | ۰/۹۶   | ۰/۹۶   | ۰/۸۲  |
| میانگین مداخله                                                                                  | ۱۵/۳۳  | ۱۰/۶۷  | ۱۵/۶۷  | ۹/۶۷  |
| انحراف معیار مداخله                                                                             | ۲/۰۸   | ۳/۵۱   | ۲/۵۲   | ۳/۰۶  |
| میانگین پیگیری                                                                                  | ۱۸/۵۰  | ۱۶/۵۰  | ۱۷/۵۰  | ۱۴/۵۰ |
| انحراف معیار پیگیری                                                                             | ۰/۷۱   | ۰/۷۱   | ۲/۱۲   | ۰/۷۱  |

در جدول ۵ آماره‌های توصیفی مربوط به پاسخ به توجه اشتراکی در خط پایه، مداخله و پیگیری گزارش شده است؛ همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌کنید، برای کودک ۱ به ترتیب میانگین و انحراف معیار خط پایه، مداخله و پیگیری ۵/۵، ۵/۵۸، ۰/۵۸، ۱۵/۵۳، ۲/۰۸ و ۱۸/۵۰، ۰/۷۱ است که نشان دهنده اثربخشی بازی درمانی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه می‌باشد؛ برای کودک ۲ به ترتیب میانگین و انحراف معیار خط پایه، مداخله و پیگیری ۵/۷۵، ۰/۹۶، ۱۰/۶۷، ۳/۵۱، ۱۶/۵۰ و ۰/۷۱ است که نشان دهنده اثربخشی بازی درمانی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه می‌باشد؛ برای کودک ۳ به ترتیب میانگین و انحراف معیار خط پایه، مداخله و پیگیری ۶/۷۵، ۰/۹۶، ۱۵/۶۷، ۲/۵۲، ۱۷/۵۰، ۲/۱۲ است که نشان دهنده اثربخشی بازی درمانی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه می‌باشد؛ برای کودک ۴ نیز به ترتیب میانگین و انحراف معیار خط پایه، مداخله و پیگیری ۶/۰۰، ۰/۸۲، ۹/۶۷، ۳/۰۶، ۱۴/۵۰، ۰/۷۱ است که نشان دهنده اثربخشی معنادار بازی درمانی در پاسخ به توجه اشتراکی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه می‌باشد.



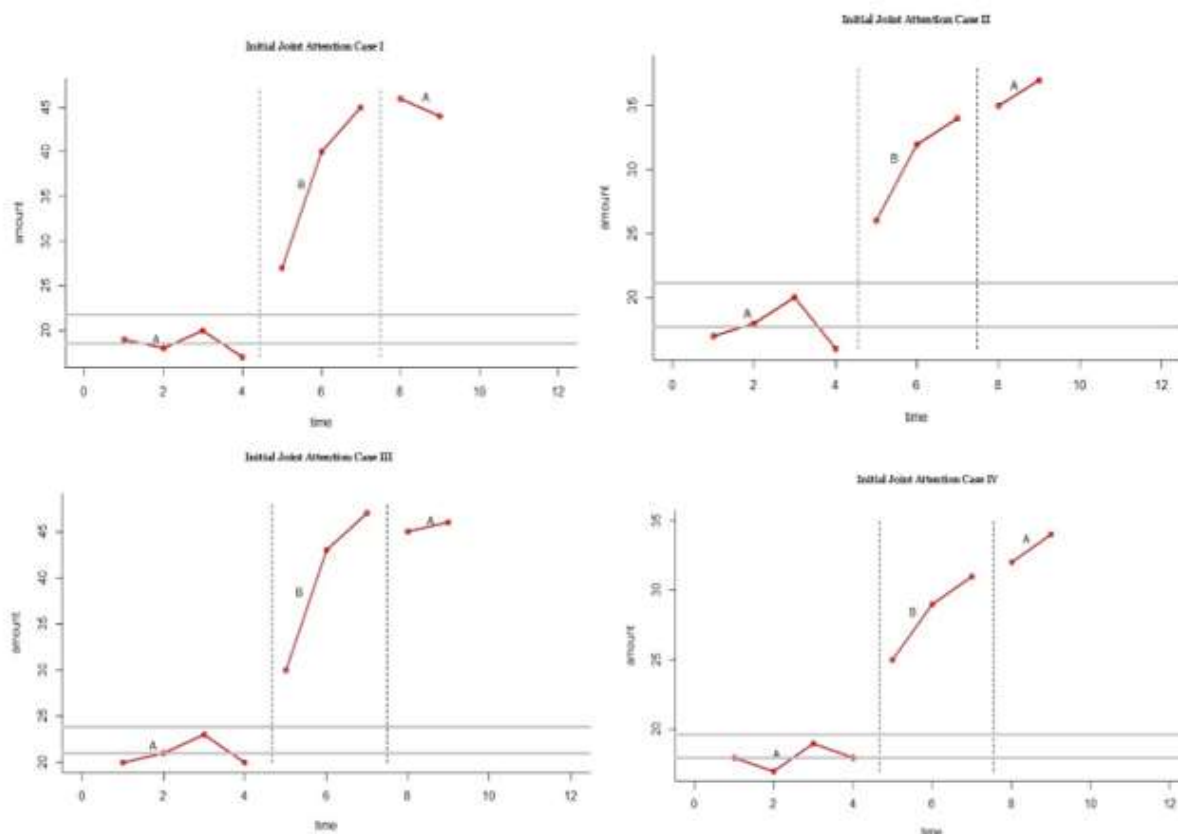
نمودار ۱. روند تغییرات پاسخ به توجه اشتراکی در خط پایه (A)، مداخله (B) و پیگیری (A) ۴ کودک

در نمودار ۱ به طور اختصاصی به بررسی روند تغییرات پاسخ توجه اشتراکی در خط پایه، مداخله و پیگیری چهار کودک پرداخته می‌شود؛ همان‌طور که مشاهده می‌کنید نمودارهای مداخله (B) نسبت خط میانگین (خط افقی خاکستری پایین) معنادار و اثربخش می‌باشد، اما همین نمودارهای (مداخله B) نسبت به نمودارهای خط پایه (A) و خط میانگین به علاوه دو برابر انحراف معیار (خط افقی خاکستری) مقداری همپوشانی دارد که حائز اهمیت است و از درصد اثربخشی می‌کاهد؛ نمودارهای پیگیری (A) نیز نسبت به خط پایه (A) و خطوط افقی میانگین و میانگین به علاوه دو برابر انحراف معیار معنادار کاملاً غیز همپوشان است و اثر بخش می‌باشد.

جدول ۶. آماره‌های توصیفی مربوط به شروع توجه اشتراکی در خط پایه (O)، مداخله (XO) و پیگیری (F)

| کودک ۱               | کودک ۲ | کودک ۳ | کودک ۴ |
|----------------------|--------|--------|--------|
| میانگین در خط پایه   | ۱۸/۵۰  | ۱۷/۷۵  | ۲۱/۰۰  |
| انحراف معیار خط پایه | ۱/۲۹   | ۱/۷۱   | ۰/۸۲   |
| میانگین مداخله       | ۳۷/۳۳  | ۳۰/۶۷  | ۴۰/۰۰  |
| انحراف معیار مداخله  | ۹/۲۹   | ۴/۱۶   | ۸/۸۹   |
| میانگین پیگیری       | ۴۵/۰۰  | ۳۶/۰۰  | ۴۵/۵۰  |
| انحراف معیار پیگیری  | ۱/۴۱   | ۱/۴۱   | ۰/۷۱   |

در جدول ۶ آماره‌های توصیفی مربوط به شروع توجه اشتراکی در خط پایه، مداخله و پیگیری گزارش شده است؛ همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌کنید، برای کودک ۱ به ترتیب میانگین و انحراف معیار خط پایه، مداخله و پیگیری ۱۸/۵۰، ۱/۲۹، ۳۷/۳۳، ۹/۲۹، ۴۵/۰۰، ۱/۴۱ است که نشان‌دهنده اثربخشی بازی درمانی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه می‌باشد؛ برای کودک ۲ به ترتیب میانگین و انحراف معیار خط پایه، مداخله و پیگیری ۱۷/۷۵، ۱/۷۱، ۳۰/۶۷، ۴/۱۶، ۳۶/۰۰، ۱/۴۱ است که نشان‌دهنده اثربخشی بازی درمانی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه می‌باشد؛ برای کودک ۳ به ترتیب میانگین و انحراف معیار خط پایه، مداخله و پیگیری ۲۱/۰۰، ۰/۸۲، ۴۰/۰۰، ۱/۴۱ است که نشان‌دهنده اثربخشی بازی درمانی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه می‌باشد؛ برای کودک ۴ به ترتیب میانگین و انحراف معیار خط پایه، مداخله و پیگیری ۲۱/۰۰، ۰/۸۲، ۴۵/۵۰، ۰/۷۱ است که نشان‌دهنده اثربخشی بازی درمانی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه می‌باشد. بنابراین میانگین نمرات مداخله و پیگیری کودکان نسبت به میانگین نمره خط پایه شروع (آغازگری) توجه اشتراکی این کودکان نشان می‌دهد که بازی درمانی بر شروع (آغازگری) توجه اشتراکی در کودکان با اختلال طیف اتیسم اثربخشی معناداری دارد (بازی درمانی باعث افزایش میزان شروع (آغازگری) توجه اشتراکی در کودکان با اختلال طیف اتیسم می‌شود).



نمودار ۲. روند تغییرات شروع توجه اشتراکی در خط پایه (A)، مداخله (B) و پیگیری (A) ۴ کودک

در نمودار ۲ به طور اختصاصی به بررسی روند تغییرات شروع توجه اشتراکی در خط پایه، مداخله و پیگیری چهار کودک پرداخته می‌شود؛ همانطور که مشاهده می‌شود نمودارهای مداخله (B) و پیگیری (A) که به صورت خطوط عمومی و قرمز نشان داده شده اند بالاتر از خط پایه (A) و همچنین بالاتر از خطوط افقی میانگین و میانگین به علاوه دو برابر انحراف هستند که نشان می‌دهد بازی درمانی در مورد چهار کودک برای شروع توجه اشتراکی در مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه و خطوط میانگین و میانگین به علاوه دو برابر انحراف معیار کاملاً غیز همپوشان است و اثربخش بوده است.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی به عنوان یک مداخله مؤثر توانسته است بهبود معناداری در توجه اشتراکی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم ایجاد کند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین از جمله وکیلی زاده و همکاران (۲۰۱۶) و نوویتا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۷) و لوپز-نیتو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲) و پاپرلا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. همچنین پژوهش‌های انجام شده توسط ماندی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۶) اثربخشی بازی درمانی را در تقویت مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، به ویژه توجه اشتراکی، تأیید کرده‌اند. توجه اشتراکی به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های ارتباط اجتماعی، نقش کلیدی در توسعه مهارت‌های زبانی، درک اجتماعی، و تعاملات بین فردی ایفا می‌کند. ضعف در این مهارت، یکی از ویژگی‌های بارز کودکان با اختلال طیف اتیسم است که منجر به محدودیت در تعاملات اجتماعی و ارتباط مؤثر می‌شود.

<sup>1</sup> Novita, M

<sup>2</sup> López-Nieto, L

<sup>3</sup> Paparella, T

<sup>4</sup> Mundy, P

پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی نه تنها به بهبود توجه اشتراکی منجر شده، بلکه بر زیرمجموعه‌های آن، شامل آغازگری توجه اشتراکی و پاسخ‌دهی به توجه اشتراکی نیز تأثیر معناداری داشته است. افزایش آغازگری توجه اشتراکی به این معناست که کودکان پس از مداخله، توانایی بیشتری در جلب توجه دیگران به یک شیء یا رویداد از خود نشان داده‌اند؛ این مهارت، پایه‌ای برای توسعه گفتار و تعامل اجتماعی در مراحل بعدی است. همچنین، بهبود در پاسخ‌دهی به توجه اشتراکی بیانگر توانایی بیشتر کودکان در دنبال کردن توجه دیگران و پاسخگویی به تلاش‌های ارتباطی آن‌ها است که به غنای تعاملات اجتماعی منجر می‌شود.

یکی از دلایل اثربخشی بازی درمانی، ایجاد محیط تعاملی و طبیعی بازی است. بازی، به‌طور ذاتی فعالیت لذت‌بخش و کم‌تنش برای کودکان محسوب می‌شود که در آن مهارت‌های ارتباطی مانند ارتباط چشمی، تبادل نوبتی، و هماهنگی توجه به‌طور غیرمستقیم و خودانگیخته شکل می‌گیرد. در این محیط، کودکان بدون فشارهای آموزشی معمول، فرصت می‌یابند که به‌طور طبیعی و خودجوش وارد تعاملات اجتماعی شوند و مهارت‌های توجه اشتراکی را تمرین کنند. برای مثال، هنگامی که کودک و درمانگر با یک اسباب‌بازی مشترک بازی می‌کنند، کودک به‌طور طبیعی به اشارات و نگاه‌های درمانگر پاسخ می‌دهد یا خود به جلب توجه او می‌پردازد؛ این فرآیند، آغازگری و پاسخ‌دهی به توجه اشتراکی را تقویت می‌کند.

علاوه بر این، بازی درمانی به تقویت ارتباط غیرکلامی و کلامی کودکان کمک می‌کند. بسیاری از کودکان مبتلا به اتیسم در برقراری ارتباط چشمی و استفاده از اشارات بدنی دچار مشکل هستند. بازی درمانی با ایجاد فرصت‌هایی برای استفاده از اشاره، نگاه، و حرکات بدنی، کودک را ترغیب می‌کند تا برای جلب توجه دیگران یا پاسخ به توجه آن‌ها، از این ابزارهای غیرکلامی استفاده کند. به‌مرور زمان، این ارتباطات می‌تواند به تعاملات کلامی نیز گسترش یابد.

همچنین، یکی دیگر از جنبه‌های مهم بازی درمانی، توسعه توانمندی در تبادل نوبتی<sup>۱</sup> است. در بسیاری از فعالیت‌های بازی محور، کودکان نیاز دارند که نوبت را رعایت کرده و منتظر واکنش فرد مقابل باشند. این مهارت اجتماعی پایه، به بهبود توانایی کودکان در توجه به دیگران و تعامل دوسویه کمک می‌کند و سبب می‌شود که آن‌ها در ارتباطات خود، هم به ابراز توجه و هم به پاسخ‌دهی توجه دیگران موفق‌تر عمل کنند. در نهایت، بازی درمانی از طریق فعالیت‌های بازی محور، تمرکز و هماهنگی بصری کودکان را نیز تقویت می‌کند. بسیاری از بازی‌ها نیازمند توجه دقیق و هماهنگ به اشیاء و افراد هستند. به‌عنوان مثال، زمانی که کودک یک توپ را به سمت درمانگر پرتاب می‌کند و انتظار بازگشت آن را دارد، تمرین هماهنگی بصری و توجه اشتراکی به‌طور همزمان رخ می‌دهد.

پژوهش حاضر با وجود نتایج مثبت در زمینه اثربخشی بازی درمانی بر توجه اشتراکی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، با چند محدودیت همراه است. نخست، حجم نمونه محدود (چهار کودک) تعمیم نتایج به جمعیت بزرگ‌تر را دشوار می‌سازد. همچنین، استفاده از طرح تک‌آزمودنی A-B و نبود گروه کنترل، امکان مقایسه نتایج با گروهی بدون مداخله را فراهم نکرده و احتمال تأثیرگذاری متغیرهای محیطی را افزایش داده است. علاوه بر این، پیگیری‌های انجام‌شده تنها تا سه ماه پس از مداخله ادامه داشت و پایداری اثرات در بلندمدت ارزیابی نشد. محدودیت دیگر، اجرای پژوهش تنها در شهر قم و طی سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ است که ممکن است تحت تأثیر شرایط فرهنگی و اجتماعی این منطقه قرار گرفته باشد. همچنین، برخی متغیرهای مداخله‌گر مانند تعامل والدین و شرایط محیطی کنترل نشده است.

#### ۴-۲. پیشنهادات پژوهشی

با توجه به این محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر، گروه کنترل، پیگیری طولانی‌تر و مناطق جغرافیایی متنوع‌تر طراحی شوند تا اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین، انجام مطالعات طولی برای بررسی پایداری اثرات این مداخله در بلندمدت می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی در این حوزه کمک کند.

#### ۵. تعارض منافع

بر اساس گفته نویسندگان در پژوهش حاضر هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

<sup>1</sup> Turn-taking

## ۶. سپاسگزاری و منابع مالی

این پژوهش هیچگونه حمایت مالی از هیچ سازمان و ارگانی دریافت نکرده است. نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی شرکت کنندہای این پژوهش اعلام می‌دارند.

## ۷. تأیید اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

با توجه به اخذ رضایت‌نامه شفاهی و کتبی از خانواده‌ها و رعایت اصل بی‌نامی و محافظت از متون پرسشنامه‌ها، خانواده مشارکت‌کنندگان تأیید و رضایت خود را اعلام نمودند. همچنین در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت شده است. هدف از پژوهش و مراحل اجرای آن به خانواده‌های شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. همچنین به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد و هر زمان که مایل بودند، می‌توانستند از مطالعه خارج شوند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنها قرار می‌گرفت. رضایت‌نامه کتبی از خانواده‌های آزمودنی‌ها اخذ شده است. اصول کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شده است.

## ۸. رضایت برای انتشار

شرکت‌کنندگان و نویسندگان رضایت خود را مبنی بر انتشار این پژوهش اعلام می‌دارند.

## منابع

- Abdelaziz, A., Wagner, M., & Naigles, L. R. (2025). Associations Between Joint Attention, Supported Joint Engagement and Language in TD Children and Children with ASD: Potential Sources of Individual and Group Differences in Language Outcomes. *Language Learning and Development*, 21(1), 27-57.
- Ambarchi, Z., Boulton, K. A., Thapa, R., Arciuli, J., DeMayo, M. M., Hickie, I. B., ... & Guastella, A. J. (2024). Social and joint attention during shared book reading in young autistic children: a potential marker for social development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(11), 1441-1452.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition (DSM-V)*. Washington, DC, London: American Psychiatric publishing.
- Broomell, A. P., Reid, N. A., Patton, L. A., & Bell, M. A. (2025). Neural foundations of joint attention in infancy. *Cognitive Development*, 74, 101546.
- Chiang, C.-H., Soong, W.-T., Lin, T.-L., & Rogers, S. J. (2008). Nonverbal communication skills in young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38 (10), 1898-1906. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0586-2>
- Dalkılıç, G., Okumuş, S., & Güloğlu, B. (2025). Play Therapy for Children Exposed to Natural Disasters. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 17(1), 47-60.
- Galanter, C. A., & Jensen, P. S. (Eds.). (2025). *DSM-5-TR® Casebook and Treatment Guide for Child Mental Health*. American Psychiatric Pub.
- Issac, A., Halemani, K., Shetty, A., Thimmappa, L., Vijay, V. R., Koni, K., ... & Kapoor, V. (2025). The global prevalence of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health and Research Perspectives*.
- Jones, E. A., & Carr, E. G. (2004). Joint attention in children with autism: Theory and intervention. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 19(1), 13-26.
- Kaale, A., Smith, L., & Sponheim, E. (2012). A randomized control trial of preschool-based Joint attention intervention for children with autism. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 53: 1, 97-105.

- Kerig, P.K., Ludlow, A., & Wenar, C. (2012). *Developmental psychopathology: from infancy through adolescence* (6<sup>th</sup> ed.). Maidenhead. UK: McGraw-Hill.
- Kim, G. Y., Tuck, K. N., J. Malone, E., & Bigelow, K. M. (2025). Coaching Caregivers to Teach Responding to Joint Attention for Toddlers with Autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 44(4), 263-276.
- López-Nieto, L., Compañ-Gabucio, L. M., Torres-Collado, L., & Garcia-de la Hera, M. (2022). Scoping review on play-based interventions in autism spectrum disorder. *Children*, 9(9), 1355.
- Marcella, B., Riccardo, A., Franca, C., Antea, D. A., Mauro, P., Giovanni, M., & Rosalia, D. M. (2025). Joint attention effect on irrelevant stimuli resistance in high functional autism and neurotypical adults. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 86, 102005.
- Miller, K. (2024). *Initiating Joint Attention With Gaze Shift* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
- Mundy, P., Kim, K., McIntyre, N., Lerro, L., & Jarrold, W. (2016). Brief report: Joint attention and information processing in children with higher functioning autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 46, 2555-2560.
- Mundy, P., Sullivan, L. & Mastergeorge, A.M. (2009) A parallel and distributed-processing model of joint attention, social cognition and autism. *Autism Res.*, 2, 2–21.
- Novita, M., Atmodiwirjo, E. T., & Basaria, D. (2017). The Effectiveness of Child-Centered Play Therapy to Improve Joint Attention Skills in Children with Autism Spectrum Disorder. In *The Asian Conference on Education*.
- Ozdemir, S., Akin-Bulbul, I., & Yildiz, E. (2024). Visual attention in joint attention bids: A comparison between toddlers with autism spectrum disorder and typically developing toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-20.
- Pinto, C. F., Mohan, H., Shenoy, R., Guddattu, V., & Tiwari, S. (2024). The Effect of Parent-Mediated Joint Attention Intervention on Joint Attention and Language Skills in Children with Autism Spectrum Disorder-A Systematic Review. *Child & Family Behavior Therapy*, 46(3), 272-297.
- Paparella, T., & Freeman, S. F. (2015). Methods to improve joint attention in young children with autism: A review. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 65-78.
- Qin, L., Wang, H., Ning, W., Cui, M., & Wang, Q. (2024). New advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *European Journal of Medical Research*, 29(1), 322.
- Rudy, N.A., Betz, A.M., Malone, E. Henry, J. E., & Chong, I.M. (2014). Effect of jointattention mediated learning for toddlers with autism spectrum disorders. An initial randomized controlled study. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(2).249-258.
- Salter, G., & Carpenter, M. (2025). The Developmental Origins of Joint Attention: Infants' Early Joint Attention Bids. *Infancy*, 30(2), e70012.
- Salter, K., Beamish, W., & Davies, M. (2016). The Effects of Child-Centered Play Therapy (CCPT) on the Social and Emotional Growth of Young Australian Children with Autism. *International Journal of Play Therapy*. 25 (2). 78-90.
- Samadi SA, 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):2908-16
- Santomauro, D. F., Erskine, H. E., Herrera, A. M. M., Miller, P. A., Shadid, J., Hagins, H., ... & Sankararaman, S. (2025). The global epidemiology and health burden of the autism spectrum: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Psychiatry*, 12(2), 111-121.
- Schietecatte, I., Roeyers, H. & Warreyn, P. (2012) Can infants' orientation to social stimuli predict later joint attention skills? *Brit. J Dev. Psychol.*, 30, 267–282.

- Shi, W., Le, H. V., & Choo, K. T. W. (2025, April). Towards multimodal large-language models for parent-child interaction: A focus on joint attention. In *Proceedings of the Extended Abstracts of the CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 1-6).
- Vakilizadeh, Nahid, Abedi, Ahmad, Mohseni Ejei, Alireza, & Pishghadam, Elnaz. (2016). *The effectiveness of parent-based early intervention on joint attention (responsiveness) in preschool children with autism spectrum disorder: A single-subject study*. Archives of Rehabilitation, 17(1), 42–53. SID. <https://sid.ir/paper/43313/fa>