

اثربخشی بازی درمانی در رفتارهای اجتماعی کودکان طیف اتیسم

مهسا دل داده^۱، لیلا موسوی^۲، نسیم دامغانیان^۳، حسین غلامی بصیر^۴، فرشاد صمدی^{۵*}

چکیده

مقدمه: ویژگی اصلی در تشخیص اختلال طیف اتیسم وجود الگوهای رفتاری، تمایلات یا رفتارهای چالشی است. رفتارهای چالشی رفتارهایی هستند که کودک را به خطر می‌اندازد یا او را از روابط اجتماعی دور می‌کند؛ لذا هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی بر رفتارهای اجتماعی کودکان طیف اتیسم بود.

روش پژوهش: طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام کودکان (دختر و پسر) دارای اختلال طیف درخودماندگی ۶ تا ۱۱ سال مراجعه کننده به مرکز اتیسم امید ره‌ایش شهر بجنورد بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ تعداد آزمودنی‌ها ۲۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. ابزار اندازه‌گیری مقیاس درجه بندی علائم اتیسم (CARS2، ۲۰۱۳) بود. در ابتدا از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد و سپس گروه آزمایش در معرض روش مداخله‌ای به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه قرار گرفت. بعد از آن از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و پس از یک ماه مرحله پیگیری صورت گرفت. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بازی درمانی به طور معناداری موجب بهبود رفتارهای اجتماعی کودکان اختلال طیف اتیسم می‌شود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین توصیه می‌شود این روش به والدین به‌خصوص به مادران، همچنین برای خانواده‌هایی که درآمد مالی خوبی ندارند یا با مشکلات دیگری روبه‌رو هستند، آموزش داده شود.

واژگان کلیدی: اتیسم، بازی درمانی، رفتارهای اجتماعی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۴/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۲۵

استناد: دل داده م، موسوی ل، دامغانیان م، غلامی بصیر ح، صمدی ف. اثربخشی بازی درمانی در رفتارهای اجتماعی کودکان طیف اتیسم، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱(۴): ۱۵۶-۱۶۷

^۱ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی، تهران، ایران؛ mpv.deldade@gmail.com

^۲ - کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران؛ mousavi8leila@gmail.com

^۳ - کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران؛ nasim.damghani@gmail.com

^۴ - کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران؛ Hosseingholambasir@gmail.com

^۵ - نویسنده مسئول، دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران؛

farshadsamdi.com@gmail.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است

که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

اختلالات رشدی-عصبی گروهی از اختلالات هستند که در دوره رشد بروز می‌کنند. این اختلالات عموماً در اوایل دوران رشد یعنی قبل از سن مدرسه شروع و با نقایص رشدی مشخص می‌گردند که سبب تخریب کارکرد شخصی؛ اجتماعی؛ تحصیلی یا شغلی وی می‌شوند. گستره این نقایص رشدی کاملاً متفاوت و از یک محدودیت بسیار اختصاصی یادگیری یا کنترل کارکرد اجرایی شروع و به نقایص کلی مهارت‌های اجتماعی یا هوشی ختم می‌شود. اختلالات رشدی عصبی اغلب با همدیگر بروز می‌کنند برای مثال کودکان مبتلابه اختلالات طیف درخودماندگی اغلب دچار کم‌توانی ذهنی (اختلال رشدی هوش) و کودکان مبتلابه اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی اغلب دچار یک اختلال یادگیری اختصاصی نیز هستند. تظاهرات بالینی برخی از این اختلالات شامل ترکیبی از علائم افزایش یا کاهش و تأخیر در دستیابی به نقاط عطف مورد انتظار رشدی است. برای مثال اختلال طیف اتیسم فقط وقتی تشخیص داده می‌شود که نقایص ارتباطات اجتماعی همراه با رفتارهای تکراری بیش‌ازحد؛ علائق محدود و پافشاری بر یکنواختی باشد. (۱).

مشخصات طیف اختلالات اتیسم عبارت‌اند از نقایص مداوم در ارتباطات اجتماعی و تعاملات اجتماعی در چند زمینه مختلف شامل نقص در تعاملات اجتماعی دوجانبه؛ رفتار ارتباطی غیرکلامی که در تعاملات اجتماعی استفاده می‌شوند و مهارت‌های ایجاد؛ حفظ و فهم ارتباطات. علاوه بر نقایص ارتباطات اجتماعی؛ تشخیص طبق اختلالات اتیسم نیازمند الگوهای محدود و تکراری رفتارها؛ علائق و یا فعالیت‌هاست. به دلیل اینکه این علائم با رشد کودک تغییر می‌کنند و ممکن است توسط سازوکارهای جبرانی مخفی بمانند؛ ملاک‌های تشخیصی بر اساس اطلاعات تاریخچه فرد احراز می‌شوند. گرچه تظاهرات فعلی اختلال باید سبب تخریب بارز شده باشند.

وقتی فردی مبتلابه یکی از اختلالات طیف اتیسم باشد مشخصات بالینی فردی وی با استفاده از مشخصه‌ها تعیین می‌شود (با یا بدون نقصان هوشی؛ با یا بدون تخریب زبان ساختاری؛ همراه با یک بیماری اکتسابی شناخته‌شده/ژنتیکی یا محیطی) به‌علاوه مشخصه‌های دیگری وجود دارند که علائم طیف اتیسم را توصیف می‌کنند (سنی که برای بار نخست علائم ملاحظه شده‌اند؛ با یا بدون از دست دادن مهارت‌های قبلی کسب‌شده است). این مشخصه‌ها به بالینگران امکان می‌دهند که تشخیص بیماری را فردی نمایند و درعین حال توصیف بالینی دقیق‌تری از افراد مبتلا ارائه دهند. برای مثال بسیاری از افرادی که قبلاً اسپرگر تشخیص داده‌شده بودند در حال حاضر تشخیص اختلال طیف درخودماندگی بدون نقایص هوشی و زبانی دریافت می‌کنند (۱).

مواردی از اختلال طیف اتیسم که همراه یک بیماری شناخته‌شده ژنتیک یا طبی یا عامل محیطی یا همراه یک اختلال رفتاری؛ روانی یا رشدی عصبی دیگر هستند به‌صورت اختلال طیف اتیسم مرتبط با (نام بیماری؛ اختلال یا عامل) ثبت می‌شود (مانند اختلال طیف اتیسم با سندرم رت). شدت بیماری باید بر اساس میزان حمایت موردنیاز در هر یک از دو حوزه روان آسیب‌شناختی مذکور ثبت گردد (مثلاً نیاز به حمایت خیلی شدید در مورد نقایص موجود در ارتباطات اجتماعی و نیاز حمایتی کمتر در مورد رفتارهای تکراری محدود). همراه بودن یا نبودن اختلال یا نقصان هوشی مشخصه بعدی است که باید ثبت شود. پس‌از آن باید وجود یا فقدان اختلال زبانی را ثبت نمود؛ اگر اختلال زبان وجود دارد باید سطح فعلی عملکرد کلامی ثبت شود مثلاً همراه با تخریب زبانی - فقدان تکلم مفهوم «یا» همراه با نقایص زبانی - گفتار عبارتی در صورتی که وجود کاتاتونی؛ آن به‌صورت جداگانه ثبت شود «کاتاتونی مرتبط با اختلال طیف اتیسم» (۱).

مشخصه‌های شدت را می‌توان برای توصیف مختصر علائم موجود به کاربرد با این توضیح که در شرایط گوناگون شدت اختلال فرق خواهد کرد و در طول زمان دچار نوسان می‌شود. شدت مشکلات ارتباط اجتماعی و رفتارهای تکراری محدود باید جداگانه درجه‌بندی شوند. طبقه‌های توصیفی شدت را نباید برای تعیین واجد شرایط بودن فرد و ارائه خدمات موردنیاز به کار برد. این مسائل فقط با کمک بررسی اولویت‌های فردی و اهداف اولویت‌های شخصی تعیین می‌شود. با در نظر گرفتن مشخصه «با یا بدون نقایص هوشی» مشخص نمودن نیمرخ هوشی کودک یا بزرگسال مبتلا به اختلالات طیف اتیسم برای تفسیر ویژگی‌های تشخیصی ضروری است (این نیمرخ اغلب ناهمگن است). تخمین جداگانه مهارت‌های کلامی و غیرکلامی نیز ضروری است (مانند استفاده از آزمون‌های غیرکلامی بدون زمان برای ارزیابی توانایی‌های بالقوه افراد دچار محدودیت‌های زبانی) (۱).

برای به‌کارگیری مشخصه «با یا بدون همراهی نقایص زبان» باید میزان فعلی کارکرد کلامی ارزیابی او شرح داده شود. نمونه‌هایی از توصیفات اختصاصی مربوط به «همراه نقایص زبان» می‌تواند شامل موارد زیر باشد: فقدان کلام مفهوم (غیرکلامی)؛ فقط کلمات منفرد؛ تکلم عبارتی. سطح زبان در افراد «بدون نقایص زبان» باید بیشتر شرح داده شود مانند تکلم با جملات کامل یا گفتار سلیس. از آنجاکه در اختلال طیف درخودماندگی گاهی رشد زبان دریافتی نسبت به زبان بیانی با تأخیر صورت می‌گیرد باید مهارت‌های دریافتی و بیانی زبان را جداگانه ارزیابی نمود (۲). نقایص رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که در تعاملات اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرند خود را به‌صورت فقدان یا کاهش استفاده و یا اشکال غیرمعمول ارتباط چشمی (با توجه به هنجارهای فرهنگی)؛ ایماواشاره‌ها؛ ابراز هیجانات چهره‌ای؛ وضعیت بدن و لحن صدا نشان می‌دهند. یکی از ویژگی‌های زودرس اختلال طیف اتیسم کاهش توجه مشترک است که به‌صورت عدم اشاره؛ نشان دادن یا آوردن اجسام برای سهیم کردن دیگران در علایق خود نمایان می‌شود. کودک اشاره یا مسیر نگاه دیگران به اجسام را دنبال نمی‌کند. ممکن است بیماران چند ایماواشاره عملی را یاد بگیرند ولی ذخیره آن‌ها از سایرین کمتر است و اغلب قادر نیستند ایما و اشارات خود به خودی را در ارتباطاتشان استفاده کنند. در بالغینی که بیان سلیسی دارند؛ اشکال در هماهنگ کردن ارتباطات غیرکلامی با گفتار ممکن است سبب شود زبان بدنشان در خلال تعاملات عجیب؛ تصنعی یا مبالغه‌آمیز جلوه کند. هریک از این نقایص به‌تنهایی می‌تواند نسبتاً جزئی باشد (مثلاً ممکن است بیمار ارتباط چشمی نسبتاً خوبی هنگام صحبت کردن برقرار کند) ولی در ارتباطات اجتماعی یکپارچگی ضعیف تماس چشمی؛ ایماواشاره؛ وضعیت بدن؛ آهنگ کلام و ابراز هیجانات چهره‌ای به چشم می‌آید.

این مشکلات به‌خصوص در کودکان کوچک‌تر بارز است؛ آن‌ها در بازی‌های جمعی و تخیل شرکت نمی‌کنند مانند بازی‌هایی انعطاف‌پذیر متناسب سن که در آن تظاهر به کاری می‌کنند. در سنین بالاتر پافشاری بر بازی‌هایی با قوانین بسیار سفت‌وسخت دیده می‌شود. افراد بزرگ‌تر تقلاً می‌کنند تا بفهمند چه رفتاری مناسب نیست. (مانند رفتار خودمانی حین مصاحبه شغلی) یا چه روش‌هایی در استفاده از زبان برای برقراری ارتباط وجود دارد. خصوصیت دیگر اختلال طیف اتیسم الگوهای محدود تکراری رفتار؛ علایق یا فعالیت‌های فرد است که با توجه به سن و توانایی‌های فرد؛ مداخلات درمانی و حمایت‌های جاری تظاهرات مختلفی در بر خواهد داشت. رفتارهای قالبی یا تکراری عبارت‌اند از حرکات ساده قالبی (مانند به هم کوبیدن دست‌ها؛ ضرب گرفتن با انگشتان) استفاده تکراری از اجسام (مانند چرخاندن سکه؛ ردیف کردن اسباب‌بازی‌ها) و حرف‌های تکراری (پژواک کلام؛ تکرار سریع یا با تأخیر طوطی‌وار کلمات شنیده‌شده؛ استفاده از ضمیر «تو» برای اشاره به خود؛ استفاده قالبی از کلمات؛ عبارات یا الگوهای لحنی). تبعیت افراطی از روال جاری و

الگوهای محدود رفتاری ممکن است به صورت مقاومت در مقابل تغییر تظاهر کند (مانند ناراحتی در هنگام تغییرات به ظاهر کوچک مانند بسته بندی غذای دلخواه؛ اصرار زیاد بر تبعیت از قواعد؛ انعطاف ناپذیری در تفکر) با الگوهای رفتاری کلامی و غیر کلامی آداب مند (مانند سؤال های تکراری؛ دور یک محدوده چرخیدن). شدت و تمرکز علائق محدود و ثابت مشاهده شده در اختلال طیف اتیسم نابهنجار است. برخی از موارد روال های تکراری یا علاقه های مفرط می تواند مربوط به واکنش بیش از حد یا کمتر از حد به دروندادهای حسی بیمار باشد که به صورت پاسخ های شدید به برخی صداها و منسوجات؛ بو کردن و لمس کردن بیش از حد اجسام؛ علاقه فروان به اجسام نورانی یا چرخان؛ و یا گاهی بی تفاوتی آشکار به درد؛ گرما یا سرما بروز می کند. واکنش مفرط یا ابراز آداب خاص به مزه؛ رایحه؛ شکل یا ظاهر غذا یا محدودیت های سلیقه غذایی افراطی شایع است و می تواند یکی از ویژگی های اختلال طیف اتیسم باشد. (۳).

کودکان اتیسم می توانند از طریق بازی با هم نوعان سالم خود و همچنین الگوبرداری از هم بازی ها و مربی خود بسیاری را از مفاهیم را بیاموزند. آن ها خیلی زود تقلید کردن را یاد می گیرند و رفتارهای هم بازی ها را پیروی می کنند. افراد سالم به دلیل اینکه می توانند نشانه های اجتماعی را شناسایی کنند و به آن ها پاسخ مناسبی دهند، خود را با موقعیت های گوناگون وفق می دهند اما افرادی که ناتوانی های رشدی دارند در طیف گسترده ای از رفتارهای اجتماعی با کاستی مواجه می شوند (۴). این افراد با چالش های اجتماعی منحصربه فردی در زمینه های تحصیلی، محیط کار، اشتغال و اجتماع روبه رو هستند؛ بنابراین، بهبود رفتارهای اجتماعی اختلال طیف اتیسم در فراخوانی زندگی ضروری است (۵). یافته های پژوهشی نیز حکایت از نیاز مبرم این جمعیت آسیب پذیر به ارائه بازی هایی به منظور بهبود رفتارهای اجتماعی و افزایش میزان بهزیستی روان شناختی آن ها دارد (۶-۸). در ایران از میان پژوهش هایی که در زمینه بهبود رفتارهای اجتماعی به مبتلایان اختلال طیف اتیسم انجام شده است؛ می توان به مطالعه شریفی در آمدی (۱۳۹۲) اشاره کرد؛ که نتایج مطالعه وی نشان داد آموزش مهارت های اجتماعی به نوجوانان دچار اختلال طیف اتیسم، به طور معناداری منجر به پیشرفت در غلبه بر نارسایی هیجانی این نوجوانان می شود؛

بازی درمانی برای کودکان یک تجربه یادگیری منحصر به فرد، در مطلوب ترین شرایط ارتقاء دهنده رشد است و به همین دلیل، از دیدگاه رشدی با هدف هایی هماهنگ با اهداف مدرسه، یعنی کمک کردن به کودکان برای یاد گرفتن درباره خودشان و دنیای خودشان به آن پرداخته می شود. بازی درمانی کمکی برای محیط یادگیری و تجربه ای است که به کودکان کمک می کند تا فرصت های یادگیری در کلاس را به حداکثر برسانند. بخش عمده ای از آنچه کودکان در رابطه بازی درمانی می آموزند یادگیری شناختی نیست، بلکه یادگیری تجربی شهودی رو به رشد درباره خود است که در طی فرآیند تجربه درمانی رخ می دهد. این نوع یادگیری درباره خود در رابطه بازی درمانی کودک _ محور، محصول نوعی از رابطه است که در بازی درمانی تسهیل می شود (۹). بازی از آن جهت جنبه درمانی دارد که رابطه امنی را میان کودک و بزرگسالان ایجاد می کند. بنابر این کودک آزادی دارد تا خود را با اصطلاحات خود، به روش خود و در زمان خود بیان کند، کودک می تواند نحوه صحیح برقراری تعاملات اجتماعی را از طریق بازی های دسته جمعی، نمایشی و ... بیاموزد (۱۰). تجربیات نشان داده است میزان اثربخشی این آموزش ها و درمان ها بر روی کودکان اتیستیک در محیطی مثل کلاس بازی بسیار مؤثر است تا مکانی مانند کلینیک های درمانی (۱۱). از جمله افرادی که در زمینه بازی درمانی فعالیت داشته اند می توان به افراد زیر اشاره کرد. کاکس (۱۹۵۳) و فلمینگ و اسنایدر (۱۹۴۷) با کمک بازی درمانی پی بردند که بازی به صورت گروهی در سازگاری شخصیتی و اجتماعی بسیار تأثیر گذار است. پلهام (۱۹۷۲) نیز به تأثیر بازی درمانی بر ناپختگی اجتماعی کودکان اشاره کرد. اکسلاین (۱۹۴۸) نیز به اثر بازی درمانی بر بهبود لالی انتخابی در کودکان پرداخت. برنت (۲۰۰۱) همچنین به اثر بازی درمانی و سازگاری کودکان اشاره کرد (۱۰).

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی تحت عنوان طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود؛ که اثربخشی بازی درمانی بر رفتارهای اجتماعی کودکان طیف اتیسم را بر روی گروه آزمایش به مدت ده جلسه اجرا کرده و بعد با گروه کنترل مقایسه شده است بعد از یک دوره پیگیری پنج هفته‌ای برای بار سوم هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفته. نمونه پژوهش از مرکز اتیسم امید رهایش با میانگین سنی ۶ تا ۱۶ سال که در سال ۱۳۹۹ از این مرکز خدمات توانبخشی دریافت می‌کردند و دانش آموز اتیسم با عملکرد بالا هستند. انتخاب و از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. در این پژوهش گروه نمونه ۲۰ نفر شامل ۸ دختر و ۱۲ پسر است که به طور تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایشی و ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. قبل از برگزاری آزمون به والدین گفته شد که تصمیم داریم پژوهشی انجام دهیم تا در آن اثر بازی درمانی بر رفتارهای اجتماعی کودکان طیف اتیسم را بررسی کنیم. وبه آنان اطمینان داده شد که اطلاعات نوشته شده شما، کاملاً محرمانه بوده و در اختیار هیچ کس قرار نخواهد گرفت. در این بررسی ابتدا با استفاده از مقیاس درجه بندی کارز خط پایه مهارت‌های ارتباطی ترسیم و اطلاعات در این حیطه‌ها توسط معلم ویژه دانش آموزان در مرکز اتیسم تکمیل شد. بعد از تکمیل مرحله خط پایه، مقدمات اجرای برنامه آموزشی طبق دستورالعمل این برنامه فراهم شد. این مؤسسه با همکاری روان شناسان، روان پزشکان و مشاوران متخصص، خدمات و تحقیقاتی را در زمینه اختلالات طیف اتیسم، ارائه می‌کند. قبل از اجرای مداخله، طی یک جلسه اطلاعاتی در خصوص برنامه در اختیار والدین گذاشته شد. راهبردهای مدیریت رفتاری مؤثر شامل تقویت مثبت، راهنمایی مجدد، مجاورت فیزیکی، تماس چشمی، علائم دستی، سکوت، مورد استفاده قرار گرفت. جلسات آموزشی هفته‌ای یک بار به صورت گروهی طبق برنامه ذیل برگزار شد. حین اجرای مداخله آزمون کارز مجدداً توسط معلم هریک از دانش آموزان تکمیل شد. در هر جلسه، محتوای جلسات به صورت فایل صوتی ضبط شد و برای ایجاد تغییرات و ارائه اطلاعات مورد نیاز مورد استفاده قرار گرفت. پس از پایان جلسات آموزشی، آزمون کارز برای دانش آموزان تکمیل شد. برای کسب اطلاعات در مرحله پیگیری پنج هفته پس از آخرین مرحله ارزیابی، پرسشنامه توسط معلم دانش آموزان نیز تکمیل شد.

مقیاس درجه بندی اتیسم کودکان^۱ CARS: آزمون فوق توسط اریک اسکوپلر و همکارانش در سال ۱۹۸۸ با هدف ارزیابی کودکان بالای دو سال مشکوک با اتیسم تهیه شده است. یکی از ویژگی‌های عمده و اساسی این آزمون این است که کودک را در مقایسه با همسالان مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در این مورد نیمرخ مرتبط با هر کودک را ارائه می‌دهد. آزمونگر کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهد. و نیز اطلاعاتی را از والدین به دست می‌آورد. رفتار کودک در یک مقیاس مبنی بر پس رفت رفتاری در مقایسه با سن درجه بندی می‌شود. این آزمون از ۱۵ آیتم تشکیل شده است و هر آیتم از سطح نرمال تا شدید نمره گذاری می‌شود. مجموع نمرات هر آیتم ۱ تا ۴ می‌باشد. ارتباط با مردم^۲، تقلید^۳، پاسخ‌های

¹ Childhood autism rating scale

² Relating to people

³ Imitation

هیجانی^۱، استفاده از بدن^۲، استفاده از اشیا^۳، انطباق در مقابل تغییر^۴، پاسخ دیداری^۵، پاسخ شنیداری^۶، پاسخ کودک به مزه^۷، بو^۸ و لمس^۹، ترس یا ناآرامی^{۱۰}، ارتباط کلامی^{۱۱}، ارتباط غیر کلامی^{۱۲}، سطح فعالیت^{۱۳}، سطح و هماهنگی پاسخ‌های عقلی^{۱۴}، برداشت‌های کلی^{۱۵}. هریک از این معیارها نمره‌ای بین نرمال تا شدید دریافت می‌کند (نرمال-خفیف-متوسط-شدید) این مقیاس را پزشک یا درمانگر یا والدین بر اساس خصوصیات رفتاری کودک تکمیل می‌کنند. نمرات ۲/۵، ۲/۵۱، ۳، ۴، ۳/۵ برحسب خصایص رفتاری داده می‌شود. این آزمون نمره‌ای بین ۱۵ تا ۶۰ به دست می‌دهد. حداقل نمره ۳۰ برای احتساب اتیسم لازم است (رافعی، ۱۳۸۵). ثبات داخلی آزمون CARS بالاست و ضریب آلفایی برابر ۰/۹۴ دارد که حاکی از درجه‌ای از معیارهای نمره بندی پانزده گانه است که به جای رفتارهای مختلف فردی، جنبه واحدی را ارزیابی می‌کند (۱۱). در این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل آماری واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است. لازم به ذکر است در پژوهش‌هایی که شرکت کنندگان بیش از دو یا سه بار مورد اندازه گیری قرار می‌گیرند بهتر است از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شود (دلور، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شده‌اند.

خلاصه جلسات بازی درمانی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم

مشاهده و مصاحبه و ارتباط برقرار کردن با کودک و تکمیل فرم پرسشنامه کارز (پیش آزمون)	جلسه اول
مراحل پوشیدن و در آوردن پوشاک را به مراحل ریزتری تقسیم می‌کنیم ابتدا با کمک مربی سپس به صورت مستقل انجام می‌شود.	جلسه دوم
بستن و باز کردن دکمه و پوشیدن و در آوردن جوراب و لباس و کفش	جلسه سوم
آزمودنی به مدت ۱۰ ثانیه بی حرکت روی یک پا بایستد، ۳۰ ثانیه استراحت کند ایستادن روی یک پا سپس با پای مخالف انجام دهد.	

¹ Emotional response

² Body use

³ Object use

⁴ Adaptation

⁵ Visual response

⁶ Listening response

⁷ Taste

⁸ Smell

⁹ Touch

¹⁰ Fear or nervousness

¹¹ Verbal communication

¹² Nonverbal communication

¹³ Activity level

¹⁴ Level and consistency of intellectual response

¹⁵ General impressions

	راه رفتن روی خط	خط یا طناب روی زمین کشیده می شود و آزمودنی با راه رفتن روی خطوط سعی می کند از آنها خارج نشود.
	فعالیت با آینه	کودک در آینه قسمت‌های مختلف بدن را نشان می دهد و رو به آینه کارهای مربی را تقلید می کند
جلسه چهارم	درست کردن حباب	حباب‌هایی می‌سازیم و کودک حباب‌ها را دنبال می کند و آن‌ها را بالا می‌برد
	گرفتن توپ	مربی توپ را پرتاب می کند و کودک با دو دست توپ را باید بگیرد
	عبور از ماز	مازها توسط مربی رسم می شود و کودک با مداد از داخل مسیر ماز عبور می کند.
جلسه پنجم	درست کردن پازل	ابتدا از پازل دو تکه استفاده می کنیم سپس قطعات را افزایش می دهیم
	بستن و باز کردن دکمه و پوشیدن و درآوردن جوراب و لباس و کفش	مهارت‌های خودیاری شامل بستن دکمه و پوشیدن جوراب را با استفاده از وسایل مربوطه افزایش می دهیم.
جلسه ششم	تقلید ساخت با قطعات بریکس	ابتدا از یک قطعه بریکس شروع می کنیم مربی قطعه را در زوایای مختلف قرار می دهد و از کودک می خواهد به همان شکل قطعه را بگذارد.
	بریدن و لمس کردن پاشنه	کودک می پرد و پاشنه خود را همزمان با دست لمس می کند
جلسه هفتم	بازی‌های نمایشی	مربی و کودک هردو از عروسک انگشتی استفاده کرده نقش دکتر و بیمار را بازی می کنند.
	سوار شدن بر اسب	مربی همراه کودک سوار بر تکه چوبی می شود و آن را اسب فرض می کند

جلسه هشتم	صحبت کردن با تلفن	مربی و کودک به وسیله تلفن شروع به صحبت و برقراری ارتباط می‌کنند
	پرتاب کردن توپ	مربی توپ را به طرف کودک پرتاب می‌کند و همزمان نام کودک را صدا می‌زند
جلسه نهم	دسته بندی و جور کردن مکعب‌های رنگی	مکعب‌های رنگی را مقابل کودک قرار می‌دهیم و کودک باید مکعبهای قرمز را از بقیه جدا کند
	دسته بندی و جور کردن کارت تصاویر حیوانات و میوه جات	مربی از کودک می‌خواهد کارت میوه جات و حیوانات را در دسته‌های جداگانه قرار دهد
جلسه دهم	ارزیابی کودک با استفاده از مشاهده و مصاحبه و تکمیل پرسشنامه کارز (پس آزمون)	

یافته‌ها:

داده‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمره) متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
cars	آزمایش	۶۸/۴	۲۸/۴	۱۱۶	۳۱
	پس‌آزمون	۸۸/۸	۲۲/۸	۱۳۸	۴۳
	پیگیری	۴۸/۶	۲۴/۳	۱۳۳	۵۴
	کنترل	۵۳/۳	۲۰/۸	۹۴	۲۲
	پس‌آزمون	۶۴/۲	۲۲/۶	۱۰۶	۲۲
	پیگیری	۷۵/۸	۲۶/۲	۱۱۱	۲۲

همان طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمون cars در گروه آزمایش در پیش آزمون ۶۸/۴۱ و ۲۸/۴ در پس‌آزمون ۸۸/۸ و ۲۲/۸ و در پیگیری ۸۴/۶ و ۲۴/۳ بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات در گروه کنترل در پیش آزمون ۵۳/۳ و ۲۰/۸ در پس‌آزمون ۶۴/۲ و ۲۲/۶ و در پیگیری ۷۵/۸ و ۲۶/۲ بود. به طور کلی میانگین نمرات در مقیاس cars در هر دو گروه افزایش داشته است که البته این افزایش نمرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، بیشتر بوده است.

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره‌های خرده مقیاس مهارت‌های ارتباطی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی مربوط به خرده مقیاس مهارت‌های ارتباطی

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
گفتار/زبان / ارتباط	آزمایش	۷/۴	۶/۲	۲۱	۰
	پس‌آزمون	۱۱	۵/۷۱	۲۳	۴
(مهارت‌های ارتباطی)	پیگیری	۱۲/۶	۶/۱۶	۲۵	۶
	کنترل	۷/۷	۵/۱۸	۱۷	۱
	پس‌آزمون	۹	۵/۸۴	۲۰	۱
	پیگیری	۱۰	۶/۰۴	۲۱	۲

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، خرده مقیاس مهارت‌های ارتباطی در هر دو گروه افزایش داشته است که البته این افزایش نمرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، بیشتر بوده است؛ بدین ترتیب که میانگین نمرات خرده مقیاس مهارت‌های ارتباطی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۷/۴ در پس‌آزمون ۱۱ و در پیگیری ۱۲/۶ است. میانگین نمرات در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۷/۷ در پس‌آزمون ۹ و در پیگیری ۱۰ است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به اثر بازی درمانی در رفتارهای

اجتماعی بر متغیر پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجدورا ت	d f	میانگین مجدورا ت	f	p	اندازه اثر
cars	۲۶۸/۴۴	۲	۱۳۴/۲۲	۱۳/۲۴	۰/۰۰	۰/۴۵
				۴	۱	۳

۰/۳۸	۰/۰۰	۱۰/۰۶	۱۰/۰۷	۲	۲۴/۱۴	گفتار/زبان/ارتب
۶	۱					اط
						(مهارت‌های ارتباطی)

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، مقیاس مورد استفاده در این پژوهش، به طور کلی از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ معنادار بوده است و به این معنی است که بازی درمانی در کاهش نمرات cars مؤثر بوده است. در خرده مقیاس cars همانطور که جدول نشان می‌دهد، خرده مقیاس گفتار/زبان/ارتباط (مهارت‌های ارتباطی) در سطح $P < 0/05$ معنادار است؛ به منظور مشخص نمودن اینکه متغیر پژوهش در کدام مرحله آزمون تفاوت معنادار دارند، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی متغیرهای پژوهش در سه مرحله آزمون گیری

P	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	آزمون‌ها	متغیرها
۰/۰۰۱	۱	- ۱۲/۸۸	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	cars
۰/۰۰۱	۱/۳	۱۶/۳۳	پیش‌آزمون- پیگیری	
۰/۰۰۱	۱	۳/۴۴	پس‌آزمون- پیگیری	

همانطور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، مقدار سطح معناداری در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در آزمون cars معنادار است و این نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته در هر سه مرحله تأثیر معناداری داشته است.

بحث و نتیجه گیری:

همانطور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی بر رفتارهای اجتماعی کودکان طیف اتیسم صورت گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بازی درمانی در سطح $P < 0/05$ در افزایش نمرات cars مؤثر بوده است. تفاوت میانگین‌ها در هر دو گروه آزمایش و کنترل اثربخشی بازی درمانی را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که در پژوهش‌های بالینی و مداخلاتی باید بین معناداری آماری و معناداری کلینیکی تفاوت قائل شد. آنچه در پژوهش‌ها نشان از معناداری است، بیشتر منظور معناداری آماری است که با اندک تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل به دست می‌آید، اما معناداری کلینیکی به راحتی حاصل نمی‌شود. (۱۲). همچنین خرده مقیاس‌های گفتار/زبان/ارتباط (مهارت‌های

ارتباطی) در سطح $P < 0.05$ معنی دار بوده است، به عبارتی رفتارهای اجتماعی کودکان اتیسم از طریق بازی درمانی بهبود یافته است؛ و به طور اختصاصی در افزایش گفتار و تعداد کلمات و همین طور در ارتباط کودک با دیگران (مهارت‌های ارتباطی) مؤثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین هماهنگ است.

امروزه با توجه به شیوع روزافزون اختلال طیف اتیسم، لازم است اهمیت بیشتری به پژوهش در این زمینه و انجام مداخلات گوناگون جهت کاهش مشکلات این کودکان داده شود. با توجه به تمامی مسائل لازم است از بازی درمانی جهت کاهش یا رفع بسیاری از نشانه‌های اختلال طیف اتیسم استفاده گردد. نتایج پژوهش با نتایج قاسم پور و همکاران (۱۳) همسو بود و نشان داد که آموزش بازشناسی هیجان‌ها منجر به بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش نارسایی‌های تعامل اجتماعی و حتی کاهش نارسایی‌های ارتباطی افراد دارای اتیسم با عملکرد بالا در مقایسه با گروه کنترل می‌گردد و می‌توان گفت که، بازی درمانی براساس انعکاس رفتار کودک صورت می‌گیرد و باید احساسات کودک را شناسایی کرد و آن را به کودک منتقل کرد که کودک نسبت به اعمال و رفتار خود آگاه شود. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش رجیبی بهجت (۱۳۹۰) همسو می‌باشد، در این پژوهش یک برنامه هنر درمانی به منظور بهبود تعامل اجتماعی دانش آموزان درخودمانده ۶-۱۲ ساله مدارس اختلالات رفتاری شهر تهران صورت گرفت از پژوهش فوق چنین نتیجه‌ای به دست آمد که هنر درمانی بر تعاملات اجتماعی دانش آموزان درخودمانده تأثیر مثبت داشته است. نتایج به دست آمده نیز با نتایج پژوهش مختارپور (۱۳۹۲) همسو می‌باشد، در این پژوهش نشان داد که روش‌های مداخله‌ای تفاوت معنی داری بر میزان توجه انتخابی و همدلی کودکان اتیسم با عملکرد بالا نشان داد. نتایج پژوهش با نتایج غلامی و همکاران (۱۴) همسو می‌باشد، و به این نتایج دست یافت که آموزش سیستم ارتباطی مبادله‌ی تصویر (پکس) سبب بهبود مهارت‌های اجتماعی و ابعاد آن گردید. این برنامه برگرفته از دیدگاه رفتاری است و در آغاز به فرد آموزش می‌دهد تا با استفاده از تصویر و با مبادله آن بتواند خوراکی یا اسباب بازی مورد علاقه خود را به دست آورد. در این برنامه برای هر شی یک نماد تصویری جایگزین شده است. استفاده از تصویر در برقراری ارتباط و آموزش افراد دارای اختلالات طیف اتیسم رایج است. (۱۵).

ملاحظات اخلاقی:

قبل از برگزاری آزمون به والدین گفته شد که تصمیم داریم پژوهشی انجام دهیم تا در آن اثربخشی بازی درمانی در رفتارهای اجتماعی کودکان طیف اتیسم را بررسی کنیم. و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات نوشته شده شما، کاملاً محرمانه بوده و در اختیار هیچ کس قرار نخواهد گرفت و به دلیل وسواس والدین تقسیم گرفتیم فقط از نام کودکان و سن آنان در پرسشنامه استفاده شود و در صورتی که نام کودکان مشابه بود با علامت اختصاری مشخص شود.

محدودیت‌های پژوهش:

کودکان طیف اتیسم در برخی روزها به دلایل گوناگون دچار به‌هم‌ریختگی و بدرفتاری‌های شدید می‌گردند، این مسئله در طول اجرای روش مداخله‌ای حاضر همواره، مشکل‌ساز بوده و ادامه کار را با سختی همراه می‌کرد؛ همچنین این پژوهش، در محدوده سنی ۶ تا ۱۱ سال لحاظ شده است و کودکان دوره ابتدایی را شامل می‌شود و قابل تعمیم به تمامی سنین نیست.

کاربرد پژوهش:

در نهایت با توجه به نتایج پژوهش و تأثیر به سزای بازی درمانی در رفتارهای اجتماعی کودکان طیف اتیسم، پیشنهاد می‌شود این روش به والدین به‌خصوص به مادران، همچنین برای خانواده‌هایی که درآمد مالی خوبی ندارند یا با مشکلات دیگری روبه‌رو هستند، آموزش داده شود.

تضاد منافع: هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل خدمت و زحماتش مرکز اتیسم امیدرهایش شهرستان بجنورد و والدین کودکان دارای طیف اتیسم که با صبر و بردباری در پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

1. Association A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
2. Miller A., Vernon T., Wu V., Russo K.J.R.J.o. A., Disorders D.. Social skill group interventions for adolescents with autism spectrum disorders: A systematic review; 2020; 1(4): 254-265.
3. Thiemann K. S., Goldstein H.J.J.O.A.B.A. Social stories, written text cues, and video feedback: Effects on social communication of children with autism; 2019; 34(4): 425-446.
4. Samadi S.A., Mahmoodizadeh A., McConkey R.J.A. A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran; 2020; 16(1): 5-14.
5. Locke J., Williams J., Shih W., Kasari C.J.J.O.C.P., Psychiatry. Characteristics of socially successful elementary school-aged children with autism; 2017; 58(1): 94-102.
6. Livingston L.A., Colvert E., Team S.R.S., Bolton P., Happé F.. Good social skills despite poor theory of mind: exploring compensation in autism spectrum disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry; 2019; 60(1): 102-110.
7. Chang Y.-C., Laugeson E.A., Gantman A., Ellingsen R., Frankel F., Dillon A.R.J.A.. Predicting treatment success in social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA Program for the Education and Enrichment of Relational Skills; 2014; 18(4): 467-470.
8. Chetcuti L., Hudry K., Grant M., Vivanti G. Object-directed imitation in autism spectrum disorder is differentially influenced by motoric task complexity, but not social contextual cues. Autism; 2019; 23(1): 199-211.

9. Ke F., Whalon K., Yun J.. Social skill interventions for youth and adults with Autism Spectrum Disorder: a systematic review. *Review of Educational Research*; 2018; 88(1): 3-42.
10. Gholami M., Alborzi SH., Hemati Alamdarloo GH.. Effect of Picture Exchange Communication System (pecs) Training on Social Skills of Boys Children with Autistic Disorders, *Researches of Cognitive and Behavioral Science*; 2020; 5(1): 133-146.
11. Hatamzadeh A., Pouretamad H., Hassanabadi H.J.P.-S., Sciences B. The effectiveness of parent-child interaction therapy for children with high functioning autism; 2020; 5: 994-997.
12. Subbaraju V., Suresh M.B., Sundaram S., Narasimhan S.J.M.I.A. Identifying differences in brain activities and an accurate detection of autism spectrum disorder using resting state functional-magnetic resonance imaging: A spatial filtering approach; 2017; 35: 375-389.
13. Ghasempour S., borjali A., Mohammadi M.A. *Psychology of Exceptional Individuals*; 2014; 4(15): 73-90.
14. Faramarzi S., Abbasi S., Gholami M., Vahabi R.S., Pour Sadoghi A.. Effectiveness of sensory integration exercises on social interactions and stereotypical behaviors of children with autism spectrum disorder. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2021; 10(2): 71-82.
15. Welkowitz L.. Does a Computer-Assisted language training program improve social conversational skills in autism spectrum disorder? *Journal of Autism*; 2019; 6(1): 1.