

## Research Paper: Effectiveness of Group Play Therapy on the Communication of 5-8 Years Old Children With High Functioning Autism

Fateme Shah Rafati<sup>1</sup>, \*Masoume Pourmohamadreza-Tajrishi<sup>2</sup>, Ebrahim Pishyareh<sup>3</sup>, Houshang Mirzaei<sup>3</sup>, Akbar Biglarian<sup>4</sup>

1. Department of Psychology and Exceptional Children Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. Pediatric Neurorehabilitation Research Center, Department of Psychology and Exceptional Children Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4. Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Citation:** Shah Rafati F, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Pishyareh E, Mirzaei H, Biglarian A. [Effectiveness of Group Play Therapy on the Communication of 5-8 Year Old Children With High Functioning Autism (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2016; 17(3):200-211. <http://dx.doi.org/10.21859/jrehab-1703200>

 <http://dx.doi.org/10.21859/jrehab-1703200>

Received: 27 Feb. 2016

Accepted: 21 May 2016

### ABSTRACT

**Objective** Communication deficiency is one of the diagnostic criteria for autism, which leads to difficulty in learning speech and linguistic skills. Nowadays, it is common to use play therapy for supporting children with autism. Play therapy is an active approach that helps a child to reveal his conscious and unconscious feelings through playing. The present study aimed to determine the effectiveness of group play therapy on the communication skills of children with high functioning autism.

**Materials & Methods** The present research was an experimental study, including a pretest and posttest design with a control group. Twelve 5-8 years old boys with high functioning autism were selected purposively from the Autism Charity Foundation in Tehran in 2013. All subjects were included according to get a diagnose of high functioning autism, literacy of parents to complete the questionnaire, lack of sensory disorders such as visual or auditory disorders, lack of physical or motor disorders such as cerebral palsy, not attending to the same play therapy intervention program simultaneously. All subjects were assigned randomly to the experimental and control groups (6 children in each group). The experimental group participated in 20 sessions (three times a week; 45 to 60 minutes for each session) and received group play therapy along with the routine program (mental and physical occupational therapy, and speech therapy). However, the control group received only the routine program. The communication skills of all the children were evaluated using the Gilliam Autism Rating Scale (GARS) before, at 20<sup>th</sup> session, and 2 months after the intervention. The collected data from two situations (pre-test, post-test) were analyzed by analysis of covariance. Repeated measure test was used to determine the lasting effect of group play therapy on the communication of boys after two months follow-up.

**Results** The findings of the analysis of covariance showed that the group play therapy significantly influenced the communication of male children with high functioning autism. In addition, it was found that the effects of the group play therapy lasted significantly on the communication skills of the children even at two months follow-up ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion** It is concluded that the group play therapy can help the children to understand and communicate well. This therapy can be used as a complementary training and therapeutic method for children with high functioning autism to help improve their communication deficiencies.

#### Keywords:

High functioning autism, Communication, Group play therapy

#### \* Corresponding Author:

Masoume Pourmohamadreza-Tajrishi, PhD

**Address:** Pediatric Neurorehabilitation Research Center, Department of Psychology and Exceptional Children Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Ave., Daneshjoo Blvd., Evin, Tehran, Iran.

**Tel:** +98 (21) 22180042

**E-Mail:** mpmrtajrishi@gmail.com

## اثربخشی بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان ۵ تا ۸ سال مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا

فاطمه شاهرفعی<sup>۱</sup>، \* معصومه پورمحمدرضای تجربی<sup>۲</sup>، ابراهیم پیشیاره<sup>۳</sup>، هوشنگ میرزایی<sup>۴</sup>، اکبر بیگلریان<sup>۵</sup>

۱- گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

### چکیده

تاریخ دریافت: ۰۸ اسفند ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۰۱ خرداد ۱۳۹۵

**هدف:** یکی از ملاک‌های تشخیصی اختلال اتیسم، آسیب به مهارت‌های ارتباطی فرد است که مشکلاتی را در فراگیری مهارت‌های زبانی و گفتاری به وجود می‌آورد. امروزه استفاده از بازی درمانی با هدف حمایت از کودکان با اختلال اتیسم رواج یافته است. بازی درمانی رویکردی فعال است که به کودک اجازه می‌دهد تا احساسات هشیار و ناهشیار خود را به واسطه بازی آشکار کند. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان ۵ تا ۸ سال مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با یک گروه کنترل بود. از جامعه آماری کودکان پسر ۵ تا ۸ ساله مبتلا به اختلال اتیسم، ۱۲ کودک مراجعه‌کننده به بنیاد خیریه کودکان اتیسم در سال ۱۳۹۲، به‌شيوه هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود کودکان به مطالعه شامل این نکات بود: تشخیص اختلال اتیسم با عملکرد بالا، باسوادبودن والدین برای تکمیل پرسش‌نامه، مبتلابودن کودک به اختلال‌های بینایی و شنوایی و جسمی حرکتی مانند فلج مغزی و حضورنداشتن در جلسات مداخله بازی درمانی مشابه به‌طورهم‌زمان. کودکان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۶ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش افزون‌بر خدمات آموزشی بنیاد خیریه (شرکت در جلسات کاردرمانی ذهنی و جسمی و گفتاردرمانی)، در ۲۰ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای (۳ جلسه در هفته) بازی درمانی گروهی شرکت کردند؛ ولی گروه کنترل فقط خدمات آموزشی و درمانی روزانه بنیاد خیریه را دریافت کردند. افراد هر دو گروه از نظر مهارت‌های ارتباطی قبل و بعد از بازی درمانی گروهی و ۲ ماه پس از آن، با استفاده از مقیاس رتبه‌بندی اوتیسم گیلیام (گارس) ارزیابی شدند. داده‌های به‌دست‌آمده از مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. به‌منظور بررسی پایداری اثر مداخله (۲ ماه پس از آخرین جلسه بازی درمانی) آزمون اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا تأثیر معنادار می‌گذارد. همچنین نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر بیانگر آن بود که این تأثیر پس از ۲ ماه پیگیری باقی می‌ماند ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** از پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود که بازی درمانی گروهی به‌عنوان فعالیتی با قابلیت انطباق‌پذیری درخور توجه، نوعی وسیله برای درک و برقراری ارتباط با کودک به‌شمار می‌رود و نتایجی از این دست را در کودک به‌دنبال دارد: ۱. در برقراری ارتباط با دیگران از نمادهای غیرکلامی استفاده کند؛ ۲. ادراکش را گسترش دهد؛ ۳. اضطراب کمتری را تجربه کند؛ ۴. با کوشش در زمینه تعارض‌های پیرامون خود احساسات خود را بروز دهد؛ ۵. خلأ بزرگ بین تجارب و ادراک خود را برطرف کند و از این طریق بتواند به بینش و حل مسئله دست یابد. در بازی درمانی گروهی کودک شیوه همکاری و تبادل با دیگران و رعایت حقوق آن‌ها را می‌آموزد و طبیعی به‌نظر می‌رسد که کودک بتواند در مقابل کمک‌خواهی دیگران پاسخگو باشد و به‌هنگام بروز مشکلات در حین بازی، بردباری و صبوری نشان دهد و از این طریق، مهارت ارتباط را در خود ارتقا بخشد. بنابراین بازی به‌عنوان یک روش آموزشی و درمانی مناسب برای ارتقای مهارت‌های ارتباطی کودکان با اختلال اتیسم به‌شمار می‌رود.

### کلیدواژه‌ها:

اتیسم با عملکرد بالا، ارتباط، بازی درمانی گروهی

### \* نویسنده مسئول:

دکتر معصومه پورمحمدرضای تجربی

نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال.

تلفن: ۰۲۲-۲۲۱۸۰۰۴۲ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: pmprmtajrishi@gmail.com

## مقدمه

درمانی از اولویت برخوردار است [۱۱، ۱۲]. در حال حاضر رایج‌ترین روش‌های درمانی، روش‌های آموزشی و رفتاری است. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه روش‌های درمانی مکمل برای این کودکان نشان می‌دهد روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA)؛<sup>۶</sup> کاردرمانی<sup>۷</sup>، گفتاردرمانی<sup>۸</sup> یا ترکیبی از آن‌ها موجب بهبود بیشتر در کودکان شده است [۱۳].

امروزه استفاده از موسیقی درمانی<sup>۹</sup>، بازی درمانی<sup>۱۰</sup>، هنردرمانی<sup>۱۱</sup>، درمان‌های رژیمی و دارویی<sup>۱۲</sup>، اسپدرمانی<sup>۱۳</sup> و... [۱۴] نیز با هدف حمایت کردن از کودکان مبتلا به اختلال اتیسم رایج شده است [۴۴، ۴۵]. با توجه به ظرفیت بازی در تحریک حواس کودک مداخلات بازی محور برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم می‌تواند زمینه تعامل و غنی‌سازی فعالیت‌های ارتباطی را فراهم آورد. همچنین بررسی پژوهش‌ها در زمینه مداخلات کودکان مبتلا به اختلال اتیسم نشان می‌دهد بازی همواره یکی از ابزارها یا روش‌های به کاررفته در بخشی از فرایند مداخله بوده است [۱۵، ۱۶]. به نظر می‌رسد طراحی و اجرای مداخلاتی که آمیزه‌ای از فعالیت‌های بازی محور را با جهت‌گیری مهارت‌های ارتباطی به همراه یک شیوه‌نامه مدون و مشخص و به صورت گروهی مدنظر قرار می‌دهد، از دیدگاه نظری نیز یک اولویت تخصصی محسوب می‌شود.

لندرت و ری و براتون<sup>۱۴</sup> [۱۷] معتقدند کودک به‌طور طبیعی خود را از طریق بازی بیان می‌کند و این راهی است که می‌توان به دنیای او وارد شد. پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد بازی با رشد فکری و اجتماعی و عاطفی در ارتباط است. کودک از طریق بازی، بهتر ارتباط برقرار می‌کند و با استفاده از اسباب‌بازی‌ها، ترس‌ها، نگرانی‌ها، توهّمات و... را بیان می‌کند [۱۷]. تحقیق پارکر و اوبراین<sup>۱۵</sup> [۱۸] نشان می‌دهد کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، معمولاً در حوزه دیداری قوی هستند. به‌طور کلی بازی درمانی با استفاده از روش‌های دیداری، یکی از راه‌های مؤثر در این کودکان است و مداخله درمانی در یک کودک تغییرات چشمگیری در بازی و رفتار او در کلاس درس به وجود می‌آورد.

محققانی مانند لو، پیترسن، لاکروسکی و روسیو<sup>۱۶</sup> [۱۹] و

اتیسم<sup>۱</sup> نوعی اختلال تحولی فراگیر<sup>۲</sup> است که بیشتر به‌عنوان اختلالی عصب‌شناختی<sup>۳</sup> در نظر گرفته می‌شود که در سال‌های اولیه کودکی بروز می‌کند [۱، ۲]. اختلال اتیسم عبارت است از ناهنجاری در رشد یا اختلال در ارتباط و تعامل اجتماعی و محدودیت چشمگیر فعالیت‌ها و علایق [۳].

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها<sup>۴</sup> شیوع اختلال اتیسم را در سال ۲۰۱۲، یک نفر از هر ۸۸ کودک [۴] و در سال ۲۰۱۴، یک نفر از هر ۶۸ کودک [۵] گزارش کرده است. همچنین سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup> میزان شیوع اختلال اتیسم را در سال ۲۰۱۳ یک نفر از هر ۱۶۰ کودک گزارش کرده است [۶].

با توجه به هسته مرکزی اختلال، کودکان مبتلا به اختلال اتیسم در اکتساب و استفاده از مهارت‌های ارتباطی مشکلات عمده‌ای دارند [۷]. در حال حاضر ارتباطات کلامی و غیرکلامی، ضعف عمده‌ای در معیار تشخیصی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم در نظر گرفته می‌شود [۲]. نقص مهارت‌های اجتماعی نیز یکی از ویژگی‌های اصلی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم است. شماری از نقص‌های موجود در تعاملات اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم عبارت است از: آسیب‌های مشخص در استفاده از ارتباطات کلامی و غیرکلامی مناسب برای ساخت تعاملات اجتماعی، روابط معیوب با همسالان، درک نکردن دیدگاه دیگران، فقدان سهیم شدن در علایق با دیگران، فقدان شناخت و تفکر اجتماعی و تقابل هیجانی اجتماعی معیوب [۸].

نقص در مهارت‌های بازی کردن به‌ویژه کاستی در بازی نمادین و بازی‌های ابداعی از خصیصه‌های کودکان مبتلا به اختلال اتیسم به‌شمار می‌رود [۹]. از آنجاکه بازی یکی از مهم‌ترین عوامل رشد کودک محسوب می‌شود و می‌تواند امکان رشد اجتماعی و شناختی و مهارت‌های ارتباطی را فراهم آورد، مشکلات کودکان مبتلا به اختلال اتیسم در انواع بازی‌های اجتماعی و همچنین بازی وانمودی سبب محدود شدن مشارکت آن‌ها در تعاملات اجتماعی، تمرین نکردن راهبردهای اجتماعی و دست‌نیافتن به اعتماد اجتماعی و مهارت‌های ضروری برای استقلال اجتماعی می‌شود [۱۰].

اگرچه در کودکان عادی فرایند درک و رشد مهارت‌های ارتباط غیرکلامی در خردسالی شکل می‌گیرد؛ اما در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، رشد و شکل‌گیری مهارت‌های ارتباطی با کاستی و محدودیت‌های بسیاری همراه است و توجه به طراحی مداخلات

6. Applied Behavior Analysis (ABA)

7. Occupational therapy

8. Speech therapy

9. Music therapy

10. Play therapy

11. Art therapy

12. Dietary and medication treatments

13. Hippo therapy

14. Landreth, Ray and Bratton

15. Parker and O'Brien

16. Lu, Petersen, Lacroix and Rousseau

1. Autism

2. Pervasive Developmental Disorder (PDD)

3. Neurological

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

5. World Health Organization (WHO)

افسردگی [۲۲]. از این رو به نظر می‌رسد انجام این پژوهش بتواند تا حدی خلأ موجود را برطرف کند و بستری مناسب برای آغاز مداخلات کمی و کیفی منسجم و جامع در این زمینه فراهم آورد. همچنین مطالعه حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است: «آیا بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان پسر ۵ تا ۸ سال مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا مؤثر است؟»

### روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی کودکان پسر مبتلا به اختلال اتیسم تشکیل می‌داد که در دامنه سنی ۵ تا ۸ سال قرار داشتند و در سال ۱۳۹۲ به بنیاد خیریه کودکان مبتلا به اختلال اتیسم شهر تهران مراجعه کرده بودند، به‌طور هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. حجم نمونه‌ها با توجه به فرمول زیر و با احتساب ریزش، ۱۸ کودک پسر مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا انتخاب شدند:

$$N = 2d^2(z\beta - z\alpha)^2 / (d)^2 = 2 \times 7^2 (0.84 + 1.96)^2 / 8^2 = 12$$

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: دریافت تشخیص اختلال اتیسم با عملکرد بالا توسط روان‌پزشک، پسر بودن، قرار داشتن در دامنه سنی ۵ تا ۸ سال و سطح تحصیلات والدین حداقل سیکل به‌منظور تکمیل پرسش‌نامه. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل نکات زیر بود: وجود اختلال‌های حسی دیگر مانند نابینایی و ناشنوایی، جسمی حرکتی مانند فلج مغزی، استفاده از داروهای روان‌گردان، داروهای ضد تشنج و صرع، بی‌میلی کودک به حضور در جلسات بازی درمانی، غیبت بیش از ۳ جلسه از جلسات بازی درمانی، داشتن سابقه شرکت هم‌زمان در مداخله‌های مشابه با مداخله پژوهش حاضر.

### ابزار پژوهش

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس رتبه‌بندی اتیسم گیلیام (GARS)<sup>۱۸</sup> (۱۹۹۵) استفاده شد. آزمون گارس چک‌لیستی است که به تشخیص کودکان مبتلا به اختلال اتیسم کمک می‌کند. این آزمون در سال ۱۹۹۴ هنجار شد و معرّف ویژگی‌هایی از اتیسم روی گروه نمونه ۱۰۹۴ نفری از ۴۶ ایالت از کلمبیا و پروتوریکا و کاناداست. جیمز ای. گیلیام<sup>۱۹</sup> آزمون گارس را براساس تعاریف انجمن اتیسم آمریکا (ASA)<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۴) [بهنقل از احمدی و همکارانش (۲۰۱۱)]<sup>۲۱</sup> و انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA)<sup>۲۱</sup> و با اتکا بر نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

دیویس<sup>۱۷</sup> [۲۰] مداخلات توان‌بخشی و درمانی را در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم انجام داده‌اند. مرور مداخلات آن‌ها نشان می‌دهد بازی درمانی به‌عنوان راهکاری ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم همواره سهمی از مداخلات آموزشی و روان‌شناختی و توان‌بخشی این کودکان را به خود اختصاص داده است. بدین ترتیب مبادرت به پژوهش و توسعه در این زمینه نوعی سرمایه‌گذاری علمی محسوب می‌شود که بازده علمی چندجانبه‌ای را برای کودکان و خانواده‌ها و متخصصان به‌همراه خواهد داشت [۱۵].

بازی درمانی گروهی پیوند طبیعی دو شیوه مداخلاتی مؤثر بازی درمانی و گروه‌درمانی است. بازی درمانی گروهی فرایندی روان‌شناختی و اجتماعی است که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی نکاتی را درباره خود یاد می‌گیرند. بازی درمانی گروهی برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند چگونه تعارضات را حل کنند [۲۱]. همچنین اجرای بازی درمانی به‌شیوه گروهی از نظر وقت و هزینه، مقرون‌بصرفه‌تر از درمان انفرادی است و شرکت‌کنندگان می‌توانند مهارت‌های مؤثر را یاد بگیرند و این سبک‌های ارتباطی جدید را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند [۲۲].

باتوجه به اهمیت مشکل ارتباطی به‌عنوان یکی از برجسته‌ترین ویژگی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم و درک تأخیرهای ارتباطی اولیه توسط اعضای خانواده آن‌ها می‌توان نتیجه گرفت تأخیرهای ارتباطی توانایی کودکان را برای تعامل مؤثر تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر دیگر جنبه‌های تحول، تأثیر منفی باقی می‌گذارد و حتی زمینه را برای استمرار مشکلات رفتاری در کودکان فراهم می‌کند. کودکان مبتلا به اختلال اتیسم از طریق تمرین‌های اجتماعی و بازی قادر به یادگیری هستند و در صورت تشویق می‌توانند رفتارهای مناسب نشان دهند؛ بنابراین حضور درمانگر در بازی درمانی می‌تواند در ایجاد و پرورش ارتباط در کودکان نقش حلقه ارتباطی والد-کودک را ایفا کند. همچنین صحنه‌های مختلف بازی امکانات متعددی را برای تمرین و یادگیری کودکان فراهم می‌کند که در شیوه‌های درمانی دیگر وجود ندارد. استفاده از بازی درمانی به‌عنوان چهارچوبی مداخله‌ای برای افزایش مهارت‌های ارتباطی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم همواره مطرح شده است [۱۸].

تاجایی که بررسی‌های پژوهشگران نشان می‌دهد، تاکنون این امر به‌صورت گروهی و در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا با یک شیوه‌نامه مدّون و مشخص گروهی انجام نگرفته است. اهداف کلی مداخله بازی درمانی گروهی عبارت است از: کمک به مشارکت یادگیری، خودنظارتی، مسئولیت‌آبراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت‌های ارتباطی و حرمت‌خود و کاهش

18. Gilliam Autism Rating Scale (GARS)

19. Gilliam

20. Autism Society of America (ASA)

21. American Psychiatry Association (APA)

17. Davis



شدید رفتاری دیگر متمایز کند؛

۳. نمره‌ها با سن رابطه ندارد؛

۴. اشخاص با شخصیت‌های مختلف نمره‌های متفاوتی در گارس از خود نشان می‌دهند.

در ایران اخیراً احمدی و همکارانش پژوهشی را با هدف اعتباریابی مقیاس تشخیصی اتیسم گیلیام روی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اتیسم در استان اصفهان انجام داده‌اند. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اتیسم استان اصفهان بود که از این تعداد ۱۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. در پژوهش اخیر روش توصیفی تحلیلی به کار رفته و داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس گارس و مقیاس رتبه‌بندی اتیسم کودکی (CARS)<sup>۲۶</sup> گردآوری شده بود که اسچوپلر و ریچلر و رنر<sup>۲۷</sup> در سال ۱۹۸۸ با هدف ارزیابی کودکان بالای ۲ سال مشکوک به اتیسم تهیه کرده بودند. یکی از ویژگی‌های اساسی این آزمون آن است که هر کودک را در مقایسه با همسالان ارزیابی می‌کند و نیمرخ مرتبط با هر کودک را ارائه می‌دهد. این آزمون از ۱۵ مورد تشکیل شده است و هر مورد از سطح عادی تا شدید نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به‌دست آمده است [۲۳].

متخصصان و کارشناسان مرکز اتیسم اصفهان روایی صوری و محتوایی مقیاس گارس را تأیید کرده‌اند. برای برآورد روایی سازه از پرسش‌نامه گارس به‌طور همزمان استفاده شد که ضرایب همبستگی این دو پرسش‌نامه ۰/۸۰ به‌دست آمد و روایی تشخیصی آن با مقیاس ۱۰۰ کودک و نوجوان سالم از طریق آزمون تحلیل تمایز مشخص شد. نقطه برش آزمون ۵۲ و حساسیت و ویژگی مقیاس به ترتیب ۹۹ و ۱۰۰ درصد به‌دست آمد. پایایی این مقیاس نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برآورد شد.

یافته‌ها نشان داد که مقیاس تشخیصی اتیسم گیلیام ابزاری پایا برای تشخیص و غربال اتیسم است. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با تحقیقات پیشین هماهنگ است و با توجه به روایی و پایایی مناسب این مقیاس، آن را می‌توان در محیط‌های پژوهشی و بالینی به کار برد. علاوه بر این نتایج نشان داد که همبستگی معناداری بین سن و نمره کلی اتیسم وجود ندارد و تنها رابطه رفتار کلیشه‌ای با سن معنی‌دار بود. همچنین گزارش شده است که آزمون گارس به جنس حساس نیست [۲۳]. در پژوهش حاضر فقط از نمره خرده‌مقیاس «برقراری ارتباط» برای ارزیابی ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم استفاده شده است. کاهش این نمره بهبود و پیشرفت ارتباط کودک را نشان می‌دهد.

## روش اجرا

26. Childhood Autism Rating Scale (CARS)  
27. Schopler, Reichler & Renner

(DSM-IV)<sup>۲۲</sup> تهیه کرده است. آزمون گارس برای اشخاص ۳ تا ۲۲ ساله مناسب است و می‌تواند به‌وسیله والدین و متخصصان در مدرسه یا خانه تکمیل شود. گارس شامل چهار خرده‌مقیاس و هر خرده‌مقیاس شامل چهارده شاخص است:

۱. رفتارهای کلیشه‌ای که موارد رفتارهای کلیشه‌ای و اختلالات حرکتی و رفتارهای عجیب و غریب را توصیف می‌کند؛

۲. خرده‌مقیاس دوم در زمینه برقراری ارتباط است و رفتارهای کلامی و غیر کلامی را توصیف می‌کند؛

۳. تعاملات اجتماعی که موضوعاتی را ارزیابی می‌کند که قادر است به‌طور مناسب رویدادها و رفتارهای افراد را شرح دهد؛

۴. اختلالات رشدی که درباره سیر رشد کودکی افراد سؤال می‌کند [۲۳] و به دلیل آنکه نمره آن در پیش‌آزمون پس‌آزمون ثابت باقی می‌ماند، نمره آن در نظر گرفته نمی‌شود.

حداکثر و حداقل نمره هریک از سه خرده‌مقیاس به ترتیب ۴۲ و صفر است [۸]. سوالات این آزمون از «هیچ‌گاه» تا «غالباً طبقه‌بندی شده» است که به ترتیب برای هریک از گزینه‌های «هیچ‌گاه» نمره صفر، «به ندرت» نمره ۱، «برخی مواقع» نمره ۲ و «غالباً» نمره ۳ در نظر گرفته می‌شود [۲۳]. کسب نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده اشکال در آن حیطه است. در واقع نمره بالا شدت اختلال و نمره پایین، خفیف بودن آن را نشان می‌دهد [۸].

گیلیام [۱۳] طی تحقیقی مقدماتی، میزان حساسیت پرسش‌نامه را ۰/۹۰ و ثبات درونی و پایایی<sup>۲۳</sup> بازآزمون<sup>۲۴</sup> و درون‌مقیاسی پرسش‌نامه را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین روایی<sup>۲۵</sup> محتوا بین ۰/۶۱ تا ۰/۶۹ متغیر بود. مطالعات انجام‌شده نمایانگر ضریب آلفای درخور توجه ۰/۸۹ برای برقراری ارتباط، ۰/۸۸ برای اختلالات رشدی و ۰/۹۶ در نشانه‌شناسی اتیسم است. گارس تنها آزمونی است که نه تنها پایایی روش آزمون بازآزمون را گزارش می‌کند؛ بلکه بین نمره‌گذاران پایایی دارد. روایی آزمون نیز به‌واسطه مقایسه با دیگر ابزارهای تشخیصی اتیسم تأیید شده است. روایی گارس از طریق چند بررسی، موارد ذیل را مشخص کرده است [۲۳]:

۱. سؤال‌های خرده‌مقیاس‌ها معرف ویژگی‌های کودکان مبتلا به اختلال اتیسم است؛

۲. نمره‌ها با یکدیگر و نیز عملکرد در آزمون‌های دیگر که در غربالگری اتیسم استفاده شده است، رابطه قوی دارد و گارس می‌تواند اشخاص مبتلا به اختلال اتیسم را از افراد با اختلالات

22. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)  
23. Reliability  
24. Test-retest  
25. Validity

بر اساس نظریه‌های رشد اجتماعی و تقسیم‌بندی بازی از دیدگاه اجتماعی، بازی بر اساس این ۵ مقوله پایه‌گذاری شده است: بازی‌های مشاهده‌ای، بازی انفرادی، بازی موازی، بازی‌های مشارکتی و بازی‌های مبتنی بر همکاری. در مرحله دوم از الگوی بازی درمانی گروهی مستقیم (با راهنمود) و سیستمی الهام گرفته و به جنبه‌های اجتماعی، جسمی، عاطفی، رفتاری و شناختی مشکلات کودک اشاره شد. در مرحله سوم برای شیوه اجرای الگوی نظریه بازی درمانی رفتاری شناختی [۲۴] به کار رفت. در مرحله چهارم برای تهیه قسمت‌های زمان‌بندی شده و تعداد جلسات، از نظریه جنینگر<sup>۳۱</sup> [۲۵] در زمینه شباهت و یکی بودن ساختار بازی درمانی گروهی یا نمایش درمانی گروهی و شیوه نمایش درمانی با شیوه‌نامه درمانی زمان‌بندی شده، بهره گرفته و مدل سازی شد.

برای طراحی اصلی از الگوی زمان‌بندی شده فیلیال تراپی<sup>۳۲</sup> بهره‌گیری شد. فیلیال تراپی شیوه ترکیبی از بازی درمانی گروهی است که در آن شیوه‌های بازی و خانواده درمانی به صورت توأم استفاده می‌شود. بعد از طراحی شیوه‌نامه اجرایی، در مرحله آخر برای اعتبارسنجی و کارآمدی آزمون روایی محتوا<sup>۳۳</sup> و افراد متخصص<sup>۳۴</sup> به کار رفت که به تأیید استادان مدنظر رسید که تجربه بازی درمانی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را داشتند. همچنین در مرحله پیش از شروع کار<sup>۳۵</sup> مطالعه‌ای به صورت مقدماتی روی یک گروه ۳ نفری از کودکان (مستقل از آزمودنی‌های پژوهش) مبتلا به اختلال اتیسم نیز اجرا شد.

فرایند بازی درمانی در یازده گام پیگیری شد: انتخاب کودک، آماده‌سازی محیط بازی درمانی، تهیه فهرست بازی‌هایی که به کار گرفته می‌شود، جذب کودکان، تأمین مراقبت از کودکان در داخل جلسه بازی درمانی، تمرکز بر رابطه کودک کودک و کودک درمانگر، برقراری تعادل بین عناصر حسی حرکتی و پویایی گروه، مشارکت و فعالیت ۵ تا ۷ کودک به همراه درمانگر در داخل اتاق بازی، آموختن بازی گروهی به کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا، اجرای بازی‌های گروهی در مدت زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه و تأکید بر یادگیری حرکتی و قاعده‌مند بازی.

ساختار جلسات درمانی در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

۱. آماده‌سازی (جلسات اول تا سوم): افزایش مهارت‌های آمادگی برای کودک، برقراری ارتباط با محیط، برقراری ارتباط با درمانگر و آموزش بازی‌ها؛

۲. همتاسازی (جلسات چهارم تا ششم): آغاز مهارت‌های بازی کردن در کنار یکدیگر با استفاده از الگوی بازی موازی،

پس از کسب معرفی‌نامه از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و دریافت مجوز از بنیاد خیریه کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، هدف از پژوهش برای مسئولان بنیاد توضیح داده شد. پس از اعلام آمادگی مسئولان، جلسه توجیهی برای والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا برگزار و درباره روش اجرا به والدین توضیحات لازم ارائه شد. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی از والدین، آن‌ها مقیاس رتبه‌بندی اتیسم گیلیام را تکمیل کردند. سپس کودکان به تعداد مساوی و تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۹ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش افزون بر دریافت خدمات آموزشی و درمانی روزانه بنیاد خیریه، در جلسات مداخله بازی درمانی گروهی به مدت ۲۰ جلسه (هر هفته ۳ جلسه و هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه) شرکت کردند؛ ولی گروه کنترل فقط خدمات آموزشی و درمانی روزانه (شامل کاردرمانی ذهنی و جسمی و گفتاردرمانی) را دریافت کردند.

اداره جلسات مداخله برعهده پژوهشگر و یک نفر دستیار (دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی) بود که خود کارگاه‌های لازم را در زمینه بازی درمانی گذرانده بودند. از گروه آزمایش ۳ کودک (۱ کودک به دلیل بیش‌فعالی شدید، ۱ کودک به دلیل ۴ جلسه غیبت و ۱ کودک به دلیل دشواری رفت‌وآمد و تداخل با کلاس‌های دیگر) و از گروه کنترل ۳ کودک (۱ کودک به دلیل نقل مکان به شهرستان و ۱ نفر به دلیل انصراف والدین از تکمیل پرسش‌نامه و ۱ کودک به دلیل اتمام کلاس‌هایش در بنیاد خیریه اتیسم) از روند پژوهش خارج شدند. در مجموع از نتایج ۱۲ نفر در تحلیل نهایی استفاده شد. پس از اتمام جلسات مداخله و ۲ ماه پس از آن، والدین دوباره مقیاس رتبه‌بندی اتیسم گیلیام را تکمیل کردند.

به منظور رعایت اصول اخلاقی به والدین کودکان مبنی بر بی‌ضرربودن شرکت در پژوهش و نداشتن هزینه اضافی برای آن‌ها، رازداری و افشاندن اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها و اجازه شرکت آزادانه به آزمودنی‌ها و مختاربودن آن‌ها در ادامه‌ندادن همکاری با پژوهشگر اطمینان خاطر داده شد. داده‌های به‌دست‌آمده از موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. همچنین برای بررسی پایداری اثر مداخله (مقایسه پس‌آزمون و پیگیری) از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

### ساختار جلسات درمانی

شیوه‌نامه بازی درمانی گروهی بر اساس اصول شیوه‌نامه‌نویسی کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده (RCT)<sup>۳۸</sup> و تمرین بالینی مناسب (GCP)<sup>۳۹</sup> تهیه شده است. ۳۰ در مرحله اول این شیوه‌نامه

31. Jennings

32. Filial therapy

33. Content validity

34. Expert

35. Curriculum vita

28. Randomized Clinical Trail (RCT)

29. Good Clinical Practice (GCP)

۳۰. برای اطلاعات بیشتر به RCT.IR یا مرکز کارآزمایی بالینی دانشگاه تهران مراجعه کنید.

آزمون شاپیرو-ویلک و لوین (جدول ۲ و ۳) شرط طبیعی بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌های درون گروهی برقرار است ( $P > 0.05$ ).

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، به دلیل آنکه در متغیر ارتباط، مقدار  $F=5/35$  با درجات آزادی ۱ و ۱۰ در سطح  $\alpha=0.05$  ( $P=0.04$ ) معنادار است؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش تأیید می‌شود. به عبارت دیگر بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا تأثیر می‌گذارد و میزان این تأثیر بر اساس ضریب اتا<sup>۳۶</sup> در متغیر ارتباط ۳۵ درصد ارزیابی می‌شود. مقدار توان آزمون ( $0.55$ ) در متغیر ارتباط، نشان‌دهنده کفایت نمونه آماری است و باتوجه به اینکه میزان نمرات افراد نمونه در متغیر ارتباط، در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بیشتر از گروه کنترل کاهش داشته است، می‌توان چنین استنباط کرد که بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا تأثیر می‌گذارد. به منظور بررسی تأثیر بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا، پس از گذشت ۲ ماه از تحلیل اندازه‌های مکرر استفاده شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود، در متغیر ارتباط مقدار آزمون کرویت موچلی ( $0.31$ ) در سطح خطای کمتر از  $0.01$  معنی‌دار نیست. مطابق این نتایج می‌توان پذیرفت که مفروضه کرویت برقرار است؛ بنابراین می‌توان از نتیجه آزمون‌های

36. Eta quotient

عادت به قرار گرفتن در گروه، آغاز بازی‌های مشارکتی. منظور از هم‌تاسازی جفت کردن کودکان با یکدیگر به منظور انجام بازی دو نفره است؛

۳. همکاری (جلسات هفتم تا نوزدهم): انجام بازی‌های مشارکتی و تلفیق آن با بازی‌های حرکتی به منظور رسیدن به الگوی بازی‌های مفهومی، رقابت، همکاری و مشارکت؛

۴. جمع‌بندی (جلسه بیستم): بازی درمانی با کودک و مشاهده تغییرات او، گرفتن پس‌آزمون و ضبط فیلم صحبت والدین راجع به تغییرات کودک.

### یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۱۲ پسر با دامنه سنی ۵ تا ۸ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش  $6/93 \pm 6/36$  و گروه کنترل  $6/0 \pm 28/83$  بود. بر اساس جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در متغیر ارتباط در مرحله پیش‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارد؛ ولی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمرات گروه آزمایش تغییر چشمگیری را نشان می‌دهد.

به منظور آزمون اثربخشی بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در ابتدا پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها (جدول شماره ۲) و برابری واریانس‌ها (جدول شماره ۳) بررسی شد. بر اساس نتایج به دست آمده از

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی برقراری ارتباط در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و کنترل.

| متغیر  | گروه   | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              | پیگیری |
|--------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|--------|
|        |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |        |
| ارتباط | آزمایش | ۱۲/۵۰     | ۸/۵۳         | ۴/۵۰     | ۲/۴۳         | ۵/۸۱   |
|        | کنترل  | ۱۱/۱۷     | ۷/۳۹         | ۱۲       | ۷/۵۶         | ۶/۹۸   |

توانبخشی

جدول ۲. بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک در متغیر ارتباط دو گروه آزمایش و کنترل.

| متغیر  | گروه   | آزمون شاپیرو-ویلک |            |
|--------|--------|-------------------|------------|
|        |        | مقدار             | درجه آزادی |
| ارتباط | آزمایش | ۰/۸۲              | ۶          |
|        | کنترل  | ۰/۷۷              | ۶          |

توانبخشی

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌های درون گروهی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل.

| متغیر  | F    | df <sup>۱</sup> | df <sup>۲</sup> | سطح معناداری |
|--------|------|-----------------|-----------------|--------------|
| ارتباط | ۰/۹۹ | ۱               | ۱۰              | ۰/۳۴         |

توانبخشی

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات ارتباط در گروه‌های مطالعه شده با کنترل اثر پیش‌آزمون.

| متغیرها   | مجموع مربعات | درجه آزادی | ملاک آزمون | سطح معناداری | ضریب اتا | توان آزمون |
|-----------|--------------|------------|------------|--------------|----------|------------|
| پیش‌آزمون | ۸۱۶/۷۵       | ۱          | ۲۵/۸۹      | <۰/۰۰۱       | ۰/۷۲     | ۰/۹۹       |
| گروه      | ۱۶۸/۷۵       | ۱          | ۵/۳۵       | ۰/۰۴         | ۰/۳۵     | ۰/۵۵       |
| خطا       | ۳۱۵/۵۰       | ۱۰         |            |              |          |            |
| کل        | ۱۳۰۰/۹۹      | ۱۲         |            |              |          |            |

توانبخشی

جدول ۵. نتایج آزمون کرویت موجلی اثر بین آزمودنی در موقعیت پیگیری.

| اثر بین آزمودنی | کرویت موجلی | $\chi^2$ | درجه آزادی | سطح معنی‌داری | اپسیلون:<br>گرینهاوس-گیسر |
|-----------------|-------------|----------|------------|---------------|---------------------------|
| ارتباط          | ۰/۳۱        | ۲/۸۲     | ۲          | ۰/۲۲          | ۰/۵۹                      |

توانبخشی

جدول ۶. نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر در بررسی پایداری تأثیر بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان با اختلال اتیسم با عملکرد بالا.

| منبع تغییرات   | مجموع مجذورات | درجات آزادی | ملاک آزمون | سطح معناداری |
|----------------|---------------|-------------|------------|--------------|
| کرویت فرض شده  | ۷۷/۷۲         | ۲           | ۵/۸۲       | ۰/۰۱         |
| گرین‌هاوس-گیسر | ۷۷/۷۲         | ۱/۱۸        | ۵/۸۲       | ۰/۰۲         |

توانبخشی

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در مقایسه اختلاف میانگین.

| J         | I        | اختلاف میانگین (J-I) | انحراف معیار | سطح معناداری |
|-----------|----------|----------------------|--------------|--------------|
| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۶۲/۱۷                | ۴/۴۴         | ۰/۰۱         |
| پیش‌آزمون | پیگیری   | ۰/۱۸                 | ۲/۷۸         | ۰/۰۰۴        |

توانبخشی

## بحث

درون گروهی بدون تعدیل درجات آزادی استفاده کرد.

تابه امروز پژوهش‌های متعدد بر اثربخشی بازی درمانی صحه گذاشته است و شواهد پژوهشی حاکی از تغییر رفتار به دنبال مداخله بازی درمانی است [۱۸]. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا تأثیر می‌گذارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پارکر و اوپراین<sup>۳۷</sup> [۱۸]، مادوکس<sup>۳۸</sup> [۲۶]، لو<sup>۳۹</sup> و همکارانش [۱۹]، دیویس و کارتر<sup>۴۰</sup> [۲۰]، کروگر<sup>۴۱</sup> و همکارانش [۲۷]، گیلیان و

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که چون هر دو شاخص آماری مربوط به تحلیل اندازه‌های مکرر در متغیر ارتباط، با مقدار  $F=۵/۸۲$  در سطح  $۰/۰۵$  معنادار است ( $P=۰/۰۱$ ). براین اساس می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا پس از گذشت ۲ ماه پایدار بوده است. نمرات گروه کنترل در متغیر ارتباط نیز کاهش یافته است؛ ولی این تغییر از نظر آماری معنادار نیست. می‌توان دلیل این امر را به دیگر درمان‌هایی نسبت داد که کودکان در مرکز دریافت می‌کردند. درعین حال نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (جدول شماره ۷) نشان می‌دهد که تأثیر بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش و نیز در مرحله پیگیری نیز این افزایش تداوم داشته است.

37. Parker and O'Brien

38. Maddox

39. Lu

40. Davis and Carter

41. Kroeger



با همسالان تأثیر بگذارد. در محیط‌های تلفیقی که کودکان مبتلا به اختلال اتیسم در کنار کودکان عادی در برنامه‌های تحولی زودرس شرکت می‌کنند، کودکان مبتلا به اختلال اتیسم اغلب در انزوا بازی می‌کنند. بازی و تعامل و همکاری با همسالان، تجارب اساسی برای رشد و بهبود مهارت‌های ارتباطی برای کودکان فراهم می‌کند [۲۶] و به آن‌ها کمک می‌کند تا مهارت‌های ارتباطی و کلامی را کسب کنند [۴۰].

اختلال‌های بیان و احساس‌ها و هیجان‌ها در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم به‌وفور یافت شده است. شیوه‌های بازی درمانی به‌منظور رفع مشکلات کلامی و احساسی و هیجانی کودکان طراحی شده‌اند. کودک از طریق بازی درمانی می‌تواند هیجان‌های خود را به‌شکل طبیعی و در تعامل با والدین ابراز کند. فنون بازی درمانی به‌طور مستقیم به کودکان مبتلا به اختلال اتیسم کمک می‌کند که مهارت‌ها را فراگیرد و به والدین یاد می‌دهد که چگونه از این فنون در منزل استفاده کنند [۲۸].

تحقیق پارکر و اوبراین [۱۸] نشان داد کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، معمولاً در حوزه دیداری قوی هستند و با استفاده از روش‌های دیداری، به‌ویژه بازی درمانی، می‌توان تغییرات چشمگیری در بازی و رفتار کودک ایجاد کرد. باتوجه به ظرفیت بازی در برانگیختن حواس کودک، مداخله بازی محور برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم ممکن است زمینه تعامل و غنی‌سازی فعالیت‌های ارتباطی را فراهم آورد.

در خلال بازی درمانی فرصت‌هایی فراهم می‌شود که کودک در تعامل با افراد و وسایل بازی، فعالیت‌های حسی، حرکتی، شناختی، هیجانی و ارتباطی مختلفی را تجربه می‌کند و از تجارب خویش برای پاسخ به رویدادها بهره می‌گیرد و این فرایند به تحریک چندجانبه و تحول بیشتر کودک مبتلا به اختلال اتیسم نیز کمک می‌کند [۱۶، ۱۵]. برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، بازی درمانی یک فضای ارتباطی ایمن را فراهم می‌آورد و رشد هیجانی وی را تسهیل می‌کند و سرعت می‌بخشد [۴۱].

در این پژوهش نیز باتوجه به ضعف‌های کودکان در برقراری ارتباط و کار گروهی، بازی‌هایی برای مداخله انتخاب شدند که همگی در راستای بهبود این ویژگی‌ها باشند. کودکان در این بازی‌ها مهارت‌هایی مانند سازگاری [۴۲]، برقراری رابطه، همکاری و مشارکت، انعطاف‌پذیری و حل مسئله را تمرین می‌کردند. آموزش مهارت‌های ارتباطی از طریق بازی نوعی الگو برای کودک به‌شمار می‌رود؛ زیرا طبق نظریه یادگیری اجتماعی رفتار از طریق مشاهده و الگوبرداری فراگرفته می‌شود [۴۳].

اثر بخشی بازی درمانی گروهی بر ارتباط در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا را می‌توان از چند جهت تبیین کرد. در بازی، استفاده فراوان از نمادهای غیر کلامی یکی از راه‌هایی است که کودکان می‌توانند ادراکشان را گسترش دهند و به کاوش

کونستانتاریس [۲۸]، تورپ و استامر و اسکریمن [۲۹]، اخوان و پیشیاره و ربوبی [۳۰]، مقیم‌اسلام و پورمحمدرضای تجربی و حقگو [۳۱]، اصغری‌نکاح، افروز، بازرگان و شکوهی‌یکتا [۳۲] همخوان است. همچنین یافته‌ها بیانگر آن بود که تأثیر بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا پس از گذشت ۲ ماه پایدار بوده است.

مادوکس [۲۶] به بررسی اثر نظام‌مند آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق بازی درمانی بر رفتارهای مشارکتی یک کودک پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال اتیسم با دو همسال فاقد تأخیر تحولی پرداخت. رفتارهای مشارکتی بررسی شده شامل این رفتارها بود: ارتباط، مهارت‌های کسب‌شده در خلال بازی درمانی، تماس با همسالان و سخن گفتن، دریافت اسباب‌بازی و اشیاء، درخواست برای مشارکت در بازی و تقسیم اشیاء. پس از مداخله بازی درمانی، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی کودک مبتلا به اختلال اتیسم به‌طور چشمگیر بهبود یافت و نتایج بیانگر پیشرفت معنادار مهارت‌های ارتباطی از طریق سخن گفتن و حالت بدن [۴۴] بود.

همچنین در تحقیق جوزفی و ریان [۳۳] در مطالعه‌ای موردی پس از شانزده جلسه بازی درمانی این نتیجه به‌دست آمد که یک کودک مبتلا به اختلال اتیسم توانست ارتباط و تعاملات اجتماعی ناقص را آغاز کند. این کودک فاقد زبان کلامی بود و ارتباط او با دیگران عمدتاً از طریق حرکات و اشارات انجام می‌شد و بازی کردن او با وسایل، به شیوه مکانیکی بود. می‌توان از نتیجه اخیر این‌گونه استنباط کرد که بازی درمانی احتمالاً رشد اجتماعی عاطفی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را بهبود و سرعت می‌بخشد. این مطالعه موردی بیانگر آن است که بازی درمانی با هدف یکسان برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، احتمالاً به‌عنوان انگیزه‌ای برای تحریک به‌شمار می‌رود. ازسوی دیگر ممکن است بازی به‌سادگی یک رفتار رقابتی باشد و بازی درمانی و درمان‌های رفتاری در یک برنامه درمانی ترکیبی برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، به‌شکل مکمل استفاده شود [۳۳].

نتیجه برخی از پژوهش‌ها بیانگر آن است که گنجاندن دوره کوتاهی از تقلید از کودکان دیگر در خلال جلسات بازی درمانی گروهی ممکن است به‌طور معنادار علاقه و انگیزه مشارکت را در کودک افزایش دهد. بدین ترتیب بازی درمانی گروهی و تقلید از یکدیگر نیز به‌عنوان زمینه‌ای برای تقویت مهارت‌های ارتباطی می‌تواند در نظر گرفته شود [۳۹].

ویژگی ذاتی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم (شامل نقص در ارتباط اولیه و تعامل اجتماعی و یادگیری)، ممکن است بر تعامل

42. Gillian and Konstantareas

43. Thorp, Stahmer and Schreibman

44. Posture

45. Josefi and Ryan

فقدان علاقه به فعالیت‌ها نیز تا حدود زیادی کاهش یافته بود.

به نظر می‌رسد ثابت بودن بازی‌ها و کودکان شرکت‌کننده در بازی درمانی گروهی و تعامل بیشتر کودکان با یکدیگر در طول هفته (۳ جلسه) دلیل دیگری بر تغییر رفتار ارتباطی کودکان باشد. گزارش مربیان بنیاد خیریه اتیسم نیز بیانگر بهبود ارتباط آزمودنی‌ها با دیگر کودکان مقیم در بنیاد بود. همچنین آن‌ها آزمودنی‌ها را آرام‌تر، با حرف‌شنوی بیشتر و مطیع‌تر توصیف کردند؛ به‌گونه‌ای که دقت و توجه و تمرکز آن‌ها نیز افزایش یافته بود.

یافته‌های کیفی و گزارش والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم به‌وضوح نشانگر جذابیت برنامه و گرایش کودک به حضور در اتاق بازی درمانی گروهی بود. طبق گزارش مادران، آزمودنی‌ها در خلال اجرای برنامه و حتی چند هفته پس از آن، اسامی بازی‌ها و دیگر کودکان شرکت‌کننده در جلسات را یادآوری می‌کردند و هنگامی که درباره فعالیت‌های جلسات بازی درمانی از آن‌ها سؤال می‌شد، به‌خوبی قادر به پاسخگویی بودند. گفتنی است هرگاه کودکان به ساختمان بنیاد خیریه اتیسم وارد می‌شدند، بلافاصله به‌سوی اتاقی می‌رفتند که در آنجا جلسات بازی درمانی گروهی برگزار می‌شد و پس از آنکه از تعطیلی جلسات بازی درمانی مطمئن می‌شدند، می‌پذیرفتند به فعالیت‌های اصلی برنامه متداول (شامل گفتاردرمانی و کاردرمانی) بپردازند.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت کودک مبتلا به اختلال اتیسم در برنامه بازی درمانی گروهی منافع و امتیازاتی را به‌دست آورده بود که به محض ورود به بنیاد خیریه، برنامه‌های اصلی را رها می‌کرد و به‌سوی اتاق بازی درمانی می‌رفت. این در حالی است که این رفتارها حتی پس از حضور در مهدکودک به‌مدت ۷ یا ۸ ماه و قبل از جلسات بازی درمانی مشاهده نشده بود.

### نتیجه‌گیری

باتوجه به مؤثر بودن بازی درمانی گروهی بر بهبود ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوه درمانی و روش آموزشی مناسب و مکمل برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم استفاده کرد و زمینه لازم را برای تقویت مهارت‌های ارتباطی در کودکان فراهم کرد و به تعمیم این مهارت‌ها در موقعیت‌های مشابه همت گمارد. همچنین والدین می‌توانند با کاربرد این شیوه در منزل برقراری ارتباط را در کودکان تحریک کنند. گنجاندن شیوه بازی درمانی گروهی به‌عنوان یکی از محورهای اصلی برنامه آموزش همگانی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم در سنین پیش‌ازدبستان و قبل از شروع آموزش‌های رسمی، می‌تواند کاربرد و قابلیت اجرایی آن را برای مراکز درمانی و توان‌بخشی ارائه‌دهنده خدمات تخصصی به کودکان تسهیل کند و گام مؤثری در راستای آموزش مهارت‌های ارتباطی بردارد.

### محدودیت‌ها

درباره تعارض‌های پیرامون خود بپردازند و مهارت‌های هیجانی را در آن تمرین کنند. بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد خلأ بزرگی را برطرف کنند که بین تجربه‌ها و ادراک آن‌ها قرار دارد و از این طریق ابزاری برای بینش، یادگیری، قدرت حل‌مسئله، کنار آمدن با شرایط و... به‌دست آورند [۳۴، ۳۵]. همچنین یکی از دلایل موفقیت بازی درمانی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، نیازنداشتن به تفکر انتزاعی و مهارت‌های کلامی سطح بالاتر در ابراز رفتار است. اسباب‌بازی زبان کودکان و بازی کردن گفتگوی آن‌ها محسوب می‌شود [۳۶].

بازی اغلب اجتماع‌محور است و به‌واسطه بازی تجارب عاطفی و اجتماعی کودکان تثبیت و زمینه‌ای برای مهارت‌های زبانی فراهم می‌شود. همچنین بازی آزاد، استفاده از گفتار و ارتباط را تشویق می‌کند [۲۸]. در بازی‌های گروهی کودک شیوه همکاری و تبادل با دیگران و رعایت حقوق دیگران را می‌آموزد و این نکته را فرامی‌گیرد که چگونه در برابر کمک دیگران پاسخگو باشد و به‌هنگام مشکلات در بازی، بردبار و به‌هنگام پیروزی در آن فروتن باشد [۳۷، ۳۸].

بررسی یافته‌های کیفی اثربخشی بازی درمانی می‌تواند به‌عنوان مکمل یافته‌های کمی مدنظر قرار گیرد. استناد به دیدگاه والدین و ادراک آن‌ها از اثربخشی مداخله یکی از عوامل ارزیابی است که برخی از پژوهشگران مطرح کرده‌اند. بدین ترتیب مشاهدات درمانگر و گزارش‌های والدین از فعالیت‌های خارج از اتاق بازی درمانی نیز شواهد تأمل‌برانگیزی برای ارزیابی اثربخشی مداخله بازی درمانی گروهی فراهم می‌کند. در این راستا مشاهده درمانگر و دستیار وی و گزارش‌های مادران حاکی از آن بود که در اغلب جلسات و در حین اجرای بسیاری از فعالیت‌های بازی درمانی گروهی، کودکان هیجان‌های مثبت کم‌نظیری را نشان می‌دادند که حتی برای مادران و مربیان نیز دور از انتظار بود.

تا قبل از برگزاری بازی درمانی کودکان بازی کردن و شیوه آن را نمی‌دانستند، در حین بازی کودکان دیگر را هل می‌دادند و نظم بازی را برهم می‌زدند و از قوانین بازی تبعیت نمی‌کردند. آن‌ها هیچ اشتیاقی برای بازی با همسالان خود یا حتی والدین نشان نمی‌دادند و شروع‌کننده بازی نبودند. والدین نیز با کودکان بازی نمی‌کردند؛ اما پس از جلسات بازی درمانی گروهی کودکان به بازی کردن، به‌ویژه بازی با دیگران، علاقه‌مند شده بودند و سعی می‌کردند از اسباب‌بازی‌ها به‌شیوه درست‌تری استفاده کنند. برای مثال آنان به‌سوی کودکان دیگر می‌رفتند؛ با گرفتن دست آن‌ها برقراری ارتباط را شروع می‌کردند و بازی را انجام می‌دادند؛ رفتار هل‌دادن در آن‌ها کمتر شده بود و قوانین بازی را رعایت می‌کردند. بعضی از مادران بهبود گفتار کودک را از جمله‌های تک‌کلمه‌ای یا دوکلمه‌ای به جمله‌های سه‌کلمه‌ای و طولانی‌تر نیز گزارش کردند. از یک‌سو کودکان می‌توانستند خواسته‌های خود را به زبان آورند و از زبان اشاره کمتر استفاده کنند و از سوی دیگر، بی‌قراری و ناآرامی، درخودماندگی و بی‌توجهی به محرک‌ها و

## References

- [1] Fouladgar M, Bahramipour M, Ansari Shahidi M. [Autism (Persian)]. 1st Ed. Isfahan: Jahad-e Daneshgahi; 2009.
- [2] Lord C, McGee J. Educating children with autism. Washington D.C.: National Academy Press; 2001.
- [3] American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [MR. Nykkhoo & H. Avadysyans Persian trans]. Tehran: Danzheh Publishing Co; 2002.
- [4] Centers for Disease Control and Prevention. [Prevalence of autism spectrum disorders; Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States (Internet)]. 2012. [Cited 2012 March 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm>
- [5] Center for Disease Control and Prevention. Autism spectrum disorder: from numbers to know-how (Internet)]. 2014. [Cited 2014 April 22]. Available from: <http://www.cdc.gov/cdcgrandrounds/archives/2014/april2014.htm>
- [6] World Health Organization. Questions and answers about autism spectrum disorders (ASD) (Internet)]. 2016. [Cited 2016 March 15]. Available from: [www.who.int/features/qa/85/en/](http://www.who.int/features/qa/85/en/)
- [7] Dawson G, Osterling J. Early intervention in autism: effectiveness and common elements of current approaches. In: Guralnick MJ, editor. The Effectiveness of Early Intervention. Baltimore: Paul H Brookes Pub; 1997, 9. 214-227.
- [8] Tazkerat Tavassoli SH, Banijamali SHS. [Logotherapy's effects on social interaction, communication and stereotype behavior of children with Asperger Syndrome and high functioning autism (Persian)]. Journal of Exceptional Children. 2011; 1(2-3):25-48.
- [9] Landa R. Early communication development and intervention for children with autism. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. 2007; 13(1):16-25. doi: 10.1002/mrdd.20134.
- [10] Owens G, Granader Y, Humphrey A, & Baron-Cohen S. Logo therapy and the social use of language programme: an evaluation of two social skills interventions for children with high functioning autism and Asperger Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders. 38(10):1944-57. doi: 10.1007/s10803-008-0590-6. 2008.
- [11] Gray DE. Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism. Journal of Intellectual Disability Research. 2002; 27(3):215-22. doi: 10.1080/1366825021000008639
- [12] Ingersoll B, Schreibman L. Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: effects on language pretend play, and joint attention. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2006; 36(4):487-505. doi: 10.1007/s10803-006-0089-y.
- [13] Golabi P, Alipour A, Zandi B. [The effect of ABA therapeutic intervention on children with autism disorder (Persian)]. Journal of Research in Exceptional Children. 2005; 15(1):33-54.
- [14] Wall K. Education and care of adolescents and adults with autism: Guide for professionals and caregivers [A. Jahanian Najafabadi, H. Aflakian (Persian trans)]. Tehran: Danzheh Publishing Co; 2009.

محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر عبارت بود از: تعداد اندک گروه نمونه، نمونه‌گیری به‌شیوه دردسترس، محدودیت زمانی بازی‌درمانی گروهی، استفاده از یک مقیاس اندازه‌گیری معتبر و پایا در حوزه ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم.

## پیشنهادها

علاوه‌بر تهیه و استفاده از دیگر ابزارهای معتبر در حیطه ارتباط کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه مقایسه بازی‌درمانی گروهی با توجه به تفاوت‌های جنسی و سنی انجام شود و پژوهش‌های بعدی توجه خود را بر تغییرات هیجانی و اثربخشی انگیزشی بازی‌درمانی گروهی معطوف کند.

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم فاطمه شاه‌رفعتی در رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران است.



- [15] Matson JL. Clinical assessment intervention for autism spectrum disorders. Washington: Elsevier Pub; 2008.
- [16] Luiselli JK, Russo DC, Christian WP, Wilczynski SM. Effective practices for children with autism: educational and behavior support interventions that work. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- [17] Landreth L, Ray DE, Bratton S. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*, 2009; 46(3):281-289. doi: 10.1002/pits.20374
- [18] Parker N, O'Brien P. Play therapy-reaching the child with autism. *International Journal of Special Education*, 2011; 26(1):80-87. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb01956.x
- [19] Lu L, Petersen F, Lacroix L, Rousseau C. Stimulating creative play in children with autism through sand play. *The Arts in Psychotherapy*, 2010; 37(1):56-64. doi: 10.1016/j.aip.2009.09.003
- [20] Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008; 38(7):1278-91. doi: 10.1007/s10803-007-0512-z.
- [21] Ray DE. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counselling, Practice, Theory, & Research*. 2004; 32(2):28-41. doi: 10.1177/002234097703100209
- [22] Jones KD. Group play therapy with sexually abused preschool children: group behaviors and interventions. *Journal for Specialists in Group Work*. 2002; 27(4):377-89. doi: 10.1080/714860200
- [23] Ahmadi SJ, Safari T, Hemmatian M, & Khalili Z. [Study psychometric indices of Autism Diagnostic Test GARS (Persian)]. *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences*, 2011; 1(1):87-104.
- [24] O'Conner K. The play therapy primer. New York: Wiley & Sons; 2000.
- [25] Jennings S. Introduction to developmental play therapy playing and health. London: Jessica Kingsley Publishers. 1999.
- [26] Maddox LL. Effects of systematic social skills training on the social-communication behaviors of young children with autism during play activities. [PhD thesis] Nebraska: University of Nebraska; 2010.
- [27] Kroeger KA, Schultz JR, Newsom C. A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007; 37(5):808-17. doi: 10.1007/s10803-006-0207-x.
- [28] Gillian C, Stanley G, Konstantareas MM. Symbolic play in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006; 37(7):1215-23. doi: 10.1007/s10803-006-0263-2.
- [29] Thorp DM, Stahmer AC, & Schreibman L. Effects of socio-dramatic play training on children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1995; 25(3):265-282. doi: 10.1007/bf02179288
- [30] Akhavan B, Pishyareh E, Raboubi H. [Effect of play therapy on enhancing communication skills in autistic children (Persian)]. Paper presented at: The 5th International Conference on Child and Adolescent Psychiatry; 2012 October 8-11; Tehran University of Medical Sciences, Tehran.
- [31] Moghim Islam P, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Haghgoo H. [The impact of reciprocal imitation training on social skills of children with autism (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2013; 61(6):59-67.
- [32] Asghari Nekah SM, Afrooz GA, Bazargan A, Shokoohi Yekta M. [The effect of puppet play therapy intervention on communicative skills of autistic children (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(1):42-57.
- [33] Josefi O Ryan V. Non-directive play therapy for young children with autism: a case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2004; 9(4):533-51. doi: 10.1177/1359104504046158
- [34] Rajabi Shamami B, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Haghgoo H, Vosougi A, Biglarian A. [The effect of pivotal response training on behavioral problems of 4-6 years old children with autism (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2014; 14(3):50-58.
- [35] Bratton S, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology, Research and Practice*. 2005; 36(4):376-390. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376.
- [36] Sohrabi Shegefti N. [Various methods of play therapy and its application on treatment of behavioral and emotional disorders in children (Persian)]. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2011; 1(4):45-63.
- [37] Mohammed Esmaeel A. [Play therapy: Theory, Methods and Clinical Applications (Persian)]. 1st Ed. Tehran: DanzHeh. 2003.
- [38] Kdasn HJ, Schaefer CY. Selective play therapy methods [S. Saberi, P. Vakili (Persian trans)]. Tehran: Agah Publishing Co; 2007.
- [39] Heimann M, Laberg KE, Nordoen B. Imitative interaction increases social interest and elicited imitation in non-verbal children with autism. *Infant and child Development*. 2006; 15(3):297-309. doi: 10.1002/icd.463
- [40] Paul R. Interventions to improve communication in autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 17(4):835-56. doi: 10.1016/j.chc.2008.06.011
- [41] Lawver T, Blankenship K. Play therapy: a case-based example of a nondirective approach Psychiatry (Edgmont). 2008; 5(10):24-28.
- [42] Jekan M, Hoseini SA, Mohammadi MR, Salehi M. [The effects of ball skills training on adaptive behaviors of children with high functioning autism (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2013; 13(5):136-144.
- [43] Olson MH, Hrgnhan BR. Introduction to theories of learning [AK. Seif Persian trans]. Tehran: Dowran; 2011.
- [44] Vameghi R, Hemmati S, Sajedi F, Gharib M, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Teymori R. The effect of neurofeedback on brain waves in children with autism spectrum disorders. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2016; 14(2): In Press.
- [45] Esbati M, Roberts J M. Autism treatment and family support models review. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2009; 7(1):44-49.