

# گزارش موردی از کاربرد آموزش درمانی کوتاه مدت ساخت دار از طریق بازی برای نوجوان مبتلا به سندرم داون



عکس: پیام کاوه

پژوهشگر: هادی زرافشان، دانشجوی کارشناسی کودکان استثنایی  
راهنما: سید علی صمدی

بخشی از یک کروموزوم دیگر متصل می شود (رونالد، ۱۹۹۲، ترجمه داو دیان ۱۳۷۳).

۳. موزائیسیم یا چندگانگی کروموزومی: تولد حدود نیم تا یک درصد از کودکان سندرم داون به همین علت می باشد. سلول های این قبیل کودکان سندرم داون از تعداد کروموزوم های متفاوت برخوردار است. به عنوان مثال وقتی کودکی متولد می شود، در بعضی سلول های او ۴۶ و در بعضی دیگر ۴۷ کروموزوم وجود دارد (کورسینی ۲۰۰۲ ص ۲۹۷).

در کودکان مبتلا به سندرم داون رشد و توسعه کنش های ذهنی متنوع همانند شرایط رشد مغز در آنها به کندی صورت می پذیرد. این کودکان در سال های اولیه رشد، غالباً قادرند همانند همسالان خود از عهده انجام مهارت های ساده و اولیه بر آیند اما در طول مراحل بعدی رشد در یادگیری مهارت های پیچیده که مستلزم هماهنگی شناختی/حسی و حرکتی است با مشکل قابل توجهی روبه رومی شوند (هاسولد ۱۹۹۹).

یکی از روش هایی که برای کمک به این افراد برای رشد مهارت های شناختی/حسی و حرکتی آنها مورد استفاده قرار می گیرد آموزش درمانی از طریق بازی است (لاندرت ۱۹۹۶) که

سندرم داون متداول ترین اختلال کروموزومی مادرزادی است که همیشه کم توانی ذهنی را به میزان مختلف همراه دارد. (لیندسی ۱۹۹۳) این اختلال در همه کشورهای جهان و همه اقوام و اقلشار مختلف تقریباً به یک نسبت وجود دارد (میلانی فر ۱۳۷۸).

برای اولین بار در سال ۱۹۳۰ بعضی از پزشکان متخصص اظهار نمودند که علت تولد کودکان کم توان ذهنی موسوم به سندرم داون ممکن است وجود اختلال کروموزومی در این کودکان باشد، تا اینکه در سالهای ۱۹۵۰ با آزمایش های دقیق این مطلب به اثبات رسید و در طی مطالعات بعدی انواع آن مشخص شد که به شرح زیر می باشد:

۱. تریزومی ۲۱: وجود یک کروموزوم اضافی در کنار دو جفت کروموزوم شماره ۲۱ را تریزومی یا سه گانگی ۲۱ می گویند. تولد ۹۵ درصد کودکان مبتلا به سندرم داون به علت تریزومی ۲۱ می باشد.

۲. ترانس لوکاسیون یا جابجایی کروموزومی: این حالت در حدود ۴ تا ۵ درصد از کودکان مبتلا به سندرم داون ملاحظه می شود. در این حالت همه یا بخشی از یک کروموزوم به همه یا



عکس: کیمیا سادات هاشمی

اتمام درمان به عنوان ردیابی اثر درمان در نظر گرفته شد.

#### هدف

افزایش هماهنگی چشم و دست مددجو به عنوان عاملی برای تقویت تمرکز مددجو به عنوان هدف در نظر گرفته شد و ارزیابی اولیه نیز بر اساس این هدف صورت گرفت.

#### ارزیابی اولیه

در ارزیابی اولیه مشاهده شد که سطح تمرکز مددجو بسیار پایین بوده به صورتی که هیچ تمرکزی روی محرک‌ها نداشته حتی به درستی به گفته‌های درمانگر نیز گوش نمی‌داد. روش ارزیابی به این گونه بود که مددجو باید از فاصله ۳ متری توپ (پلاستیکی معمولی) را به داخل سبدهی به قطر دهانه ۴۴ سانتیمتر پرتاب می‌کرد. این روش هم به عنوان پیش‌آزمون و هم به عنوان آزمونی برای سنجش کارایی مداخله‌ها در انتهای برنامه درمانی مورد استفاده قرار گرفت و در تمام طول مداخله فاصله و اندازه توپ و سبد ثابت بود. در مرحله خط پایه مشخص شد که از ۲۰ پرتاب ۳ پرتاب صحیح به درون سبد انداخته می‌شود.

مددجو علایم ترس و توهم را از خود نشان می‌داد به نحوی که مدام با خود حرف می‌زد و از کوچک‌ترین تحریر می‌ترسید، به ویژه تماس دستی این علایم را تشدید می‌کرد. نحوه ارتباط مددجو با درمانگر بسیار ضعیف بود و تقریباً ارتباط چشمی وجود نداشت. هرچند توانایی برقراری ارتباطات اجتماعی و شیوه‌های ارتباطی مورد استفاده مددجو در دسته اهداف اولیه مورد تاکید قرار نگرفته بودند اما به عنوان اثرات جانبی مداخله مورد بررسی قرار گرفتند تا اثر احتمالی مداخله بر این حیطة نیز بررسی شود.

#### روش انجام کار

- بیان شفاهی فعالیت به مددجو و انجام کار توسط درمانگر
- شروع آموزش عملی با استفاده از تکنیک‌های ایجاد رفتار - روش‌های مورد استفاده عبارت بودند از زنجیره‌سازی معکوس یا مستقیم و مدل‌سازی توسط مربی و تمرین بینایی.

مددجو به صورت شفاهی با عمل رویه رو می‌شد و راهنمایی‌هایی به منظور انجام فعالیت صورت می‌گرفت و در این زمان حداقل واکنش صحیح وی بلافاصله تشویق می‌شد. اگر واکنش مددجو صحیح نبود، راهنمایی مربی تکرار می‌شد و الگویی صحیح از پاسخ به وی ارائه می‌شد.

در ادامه شرح یک گزارش موردی درباره فردی مبتلا به سندرم داون مورد استفاده، ذکر می‌شود.

#### اطلاعات مربوط به مددجو

یونس متولد ۱۳۶۴ است. وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده او متوسط به پایین می‌باشد. پدر خانواده را ترک کرده است. مددجو ۲ برادر و یک خواهر دارد که دور از خانواده مشغول به کارند. وی به پدر بسیار وابسته است، ولی این ارتباط از جانب پدر بسیار غیر عاطفی و خشن بوده و مدام او را تنبیه می‌کرده است. مددجو در حال حاضر با مادر زندگی می‌کند و رابطه بسیار خوبی با او دارد.

نوع اختلال او تریزومی کروموزوم ۲۱ می‌باشد و هوش او بر اساس گزارش روان‌شناس مرکز با استفاده از آزمون ریون، بین ۵۰ تا ۵۵ (کم‌توان ذهنی متوسط) اعلام شده است. همچنین بیماری تیروئید نیز دارد. مددجو توانایی اندکی در خواندن و نوشتن و شناسایی اعداد دارد و در حال حاضر در مقطع راهنمایی در مدرسه استثنایی درس می‌خواند. به دلیل ضربه وارد شده به گوش، توانایی شنیدن یکی از گوش‌هایش پایین آمده است. قادر به انجام امور شخصی خود می‌باشد. دچار ترس شدید نسبت به لمس و صدا است و انزوا و گوشه‌گیری دارد.

برنامه مداخله آموزش درمانی از طریق بازی برای ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تنظیم و اجرا گردید. و یک جلسه اضافی نیز به عنوان یادآوری یک ماه پس از

## یکی از روش‌هایی که برای کمک به این افراد برای رشد مهارت‌های شناختی / حسی و حرکتی آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد آموزش درمانی از طریق بازی است

عبارت بودند از چند توپ پلاستیکی کوچک در رنگ‌های مختلف / توپ پلاستیکی معمولی دورنگ / بادکنک / حلقه چوبی و سبد.

مددجو نسبت به تشویق‌های عامیانه واکنش بسیار مثبتی از خود نشان می‌داد، به همین دلیل برای برقراری ارتباط و تشویق او از همین نوع کلمات استفاده می‌شد به عبارتی نوع تقویت کننده‌ها، تقویت کننده‌های لفظی و اجتماعی شامل تشویق کلامی و لمسی و ضربه زدن به پشت با دست بود.

### نحوه انجام بازی‌ها بدین گونه بود:

۱. یک توپ کوچک در دست درمانگر و یک توپ نیز در دست مددجو قرار داده شده و با شمارش درمانگر هر دو توپ‌ها را به بالا پرتاب کرده و می‌گرفتند. در این بازی دو هدف مدنظر بوده یکی اینکه مددجو به محرکی که همان شمارش توسط درمانگر بوده توجه کند و دیگری افزایش میزان هماهنگی بین چشم و دست وی از طریق این فعالیت.

۲. در بازی با بادکنک چون بادکنک حالت معلق در هوا دارد، برای اینکه مددجو بتواند به آن ضربه بزند فرصت بیشتری دارد تا حرکت دست و چشم خود را هماهنگ کند. حفظ تعادل بدن و تعیین شدت ضربه وارد شده به بادکنک نیز برای انجام صحیح این کار لازم است.

۳. نحوه استفاده از حلقه چوبی بدین گونه بوده است که حلقه چوبی در وسط قرار گرفته و مددجو در یک طرف آن و درمانگر در طرف دیگر.

در این حالت با شمارش درمانگر یا دست زدن مددجو توپ را از داخل حلقه به سمت درمانگر پرتاب می‌کرد.

۴. نقطه بازی به این ترتیب که درمانگر نقاطی روی کاغذ رسم کرده و از مددجو می‌خواست که نقاطی را به هم وصل کند.

### نتایج

در سطح کمی:

تعداد پرتاب‌های مددجو به درون سبد از ۳ مورد در مرحله

اگر مددجو باز هم پاسخ صحیح نمی‌داد ضمن تکرار دستور با گرفتن دست وی شیوه‌ی صحیح انجام کار به طور عملی و با کمک خود وی نشان داده می‌شد.

درمانگر نحوه انجام بازی‌ها را به مددجو نشان می‌داد (الگو دهی) و از او می‌خواست که همان حرکت‌ها را انجام دهد. در صورت انجام اشتباه در حرکت درخواست شده، درمانگر دست‌های مددجو را گرفته و نحوه انجام فعالیت را با هم انجام می‌دادند. در طول دوره درمان نیز هر جا مددجو به علت عدم تمرکز، حرکت‌ها را به درستی انجام نمی‌داد، تنها تذکر شفاهی برای اصلاح حرکت یاد گرفته شده کافی بود.

برای از بین بردن ترس مددجو این گونه عمل شد که درمانگر بعد از چند جلسه برای تشویق علاوه بر تحسین و تشویق کلامی ضربه‌های بسیار آرامی به پشت مددجو می‌زد به طوری که بعد از مدتی به تدریج واکنش منفی مددجو نسبت به لمس بسیار کم شد و در انتهای جلسه‌های مداخله از بین رفت. همچنین با استفاده از قصه‌های کوتاهی که در آنها افراد به یکدیگر کمک می‌کردند، برای مددجو توضیح داده شد که مریبان و هم کلاسی‌ها در صدد آزار و اذیت وی نیستند و او را دوست دارند.

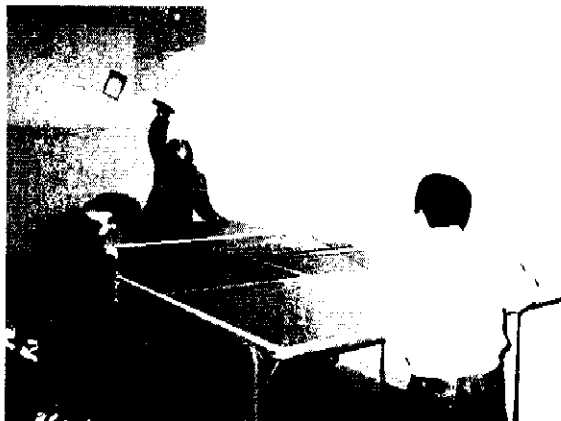
### نوع مداخله‌ها

در مداخله‌های اصلی بازی‌هایی با تاکید بر بعد حسی - حرکتی مدنظر بوده که در آنها شیوه آموزش درمانی از طریق بازی انفرادی (فقط با حضور درمانگر و مددجو) استفاده شد. مدل مورد استفاده بازی درمانی کوتاه مدت ساخت دار بود که برای گروه مبتلا به مشکلات ذهنی توصیه می‌شود (کاتاناچ ۲۰۰۳) البته در چند جلسه، فردی به عنوان مشاهده گر موجود داشت تا واکنش مددجو نسبت به حضور دیگران مشخص شود.

بازی‌ها با استفاده از چند وسیله ساده انجام می‌گرفت که



عکس: ناهید زرباغیان



## بحث

همان طور که نمودار این مددجو نشان می دهد افزایش در سطح میزان پرتاب های موفق می تواند شاخصی برای نشان دادن افزایش توانمندی چشم و دست وی در نظر گرفته شود. این گزارش موردی علاوه بر این تأیید کننده این اعتقاد می باشد که به دلیل مشکلات متعدد شناختی گروه افراد مبتلا به ناتوانی های هوشی، آموزش در مانی ساخت دار از طریق بازی می تواند اثر مثبت بیشتری برای این گروه در مقایسه با شیوه آزاد و فاقد ساخت داشته باشد.

همچنین به نظر می رسد افزایش امکانات اتاق های بازی به در مانگر و مدد جو این فرصت را می دهد که وسایل مورد نیاز خود را بهتر انتخاب کنند. به علاوه امکان انتخاب زمان های مناسب تری برای انجام مداخله ها به شیوه آموزش در مانی از طریق بازی می تواند اثر بخشی آنها را بیشتر کند.

## در کودکان مبتلا به سندرم داون رشد و توسعه کنش های ذهنی متنوع همانند شرایط رشد مغز در آنها به کندی صورت می پذیرد

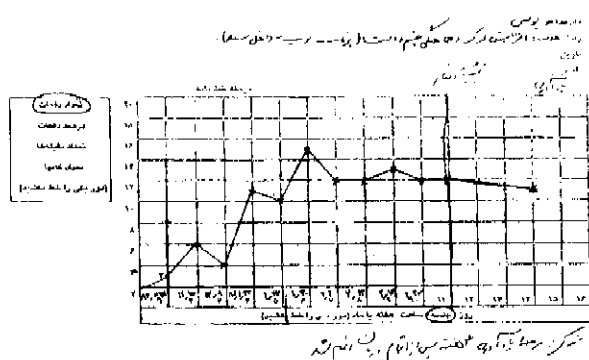
### منابع:

- Cattanaeh, Ann (2003) Introduction to Play therapy. Brunner- Routledge, Great Britain.
- Landreth, Garry L. et al (1996) Play Therapy Interventions with Children's Problems. Aronson, London
- Hassold, Terry J. and Patterson, David (1999) Down Syndrom A promising Future. Together. John Wiley- Liss, New York
- Lindsey, Mary P. (1993) Dictionary of Mental Handicap. Routledge, London
- Corsini, Ray (2002) The Dictionary of Psychology. Brunner, Routledge, USA

ع. میلانی فر، بهروز (۱۳۷۸) روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. چاپ هشتم. نشر قومس، تهران

۷. روندال، آ. ژان (۱۹۹۲) رشد گفتار در کودک تریزومیک ۲۱ راهنمای عملی کمک و مداخله تربیتی. ترجمه داویدیان، الما (۱۹۷۳) امیر کبیر، تهران.

### ضمیمه ۱:



خط پایه، به ۱۲ پرتاب رسیده و در آن حد تثبیت شد. در مرحله یاد آوری که یک ماه پس از اتمام درمان انجام شد، این میزان ۱۱ مورد بود. (ضمیمه شماره یک)

### در سطح کیفی:

تغییرات کیفی بیشتر در زمینه احساسات مددجو مشاهده می شد مثلاً "قبل از شروع مداخله ها مددجو از تماس دستی بسیار وحشت داشت، تن صدا بسیار پایین بوده و در برقراری ارتباط ضعیف بود. ولی بعد از انجام مداخله ها مشاهده شد که تقریباً ترس او از بین رفته و هنگام صحبت، تن صدای بالاتری داشت و ارتباط چشمی برقرار می کرد.

مربی آموزشی وی نیز گزارش های مثبتی مبنی بر کم شدن میزان ترس و بهبودی سطح ارتباطات وی ارائه کرده است. بر اساس نظر مادر، نحوه ارتباط مددجو در خانه نیز تغییرات مثبتی کرده است.

### متغیرهای غیر قابل کنترل

مددجو فعالیت حرفه ای ساخت پاکت را انجام می داد بنابراین اغلب دست های او به مقداری چسب مایع آلوده بود که وی را به خود مشغول می کرد و کندن چسب ها از انگشتان عاملی برای حواس پرتی مددجو می شد.

تعداد جلسات دوز در هفته و زمان آن در حدود ساعت ۹.۳۰ تا ۱۰.۱۵ صبح بود. که این زمان به دلیل انجام فعالیت حرفه ای توسط مددجو، از جانب مرکز به در مانگر ابلاغ شده و تقریباً ثابت بوده است.