

بازی در کاردرمانی

سمانه کرملی اسماعیلی* / استادیار گروه کاردرمانی / دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

زمینه: ماهیت، تعاریف و نظریه‌های بازی در علوم انسانی با خاستگاه روان‌شناسی شناخته شده است. در بین علوم پزشکی و توان‌بخشی که به درمان بیماران می‌پردازند، کاردرمانی تنها حرفه‌ای است که در درمان کودکان با ناتوانی، نگاهی ویژه به بازی دارد. **نتیجه‌گیری:** در این نوشتار، به شرح جایگاه و کاربرد بازی در کاردرمانی کودکان پرداخته می‌شود. الگویی که در این زمینه وجود دارد، توضیح داده شده است. دیدگاه کلی این الگو هم‌راستا با تعاریف بازی در روان‌شناسی بوده و معتقد است برای نهادن نام بازی بر یک فعالیت، ملاک‌های خاصی لازم است، به طوری که نمی‌توان نام هر نوع تمرین آموزشی را که دارای ساختار باشد، بازی گذاشت. **واژه‌های کلیدی:** کاردرمانی، بازی، کودکان با ناتوانی

مقدمه

آن که می‌توان گفت نقاط مشترک این تعاریف هستند، پرداخته شود. بازی فعالیتی است که هدفی را دنبال نمی‌کند و هدف از انجام آن، لذتی است که در حین آن توسط بازیکن برده می‌شود؛ به سخن دیگر، هدف آن در خودش نهفته است. لذت، از ملاک‌های مهم یک فعالیت به‌عنوان بازی است. بازی فعالیتی خودجوش و خودانگیخته است. کودک از طریق بازی کردن، مهارت‌هایی را کسب می‌کند که در آینده قرار است از آن‌ها استفاده کند. بازی به‌عنوان یک نیروی درونی، کودک را به اعمالی وامی‌دارد که این اعمال نیاز مغز او را پاسخ می‌گویند. کودک فعالیتی را به‌عنوان بازی برمی‌گزیند که در انجام آن، از ساختارهای ذهنی پیشین خود استفاده کند و نیازی به یادگیری چیزی جدید نداشته باشد. لذت بازی برای کودک در این است که همه چیز برایش قابل پیش‌بینی باشد (۲).

انواع بازی

دسته‌بندی‌های مختلفی برای بازی مطرح شده است. دانشمندان مختلف مانند کارل گروس، کرا، پرز، اشترن و شارلوت بوهرلر، براساس دیدگاه‌ها و نظریه‌های خود، هر یک به شکل‌های مختلف بازی‌ها را طبقه‌بندی کرده‌اند. متخصصان سلامت روان، بسته به اهداف

بازی، تجربه بنیادی کودک برای ادراک جهان پیرامون است. به تدریج که کودک رشد و نمو می‌یابد، در ارتباط با خود، جهان مادی و اجتماع پیرامونش اقدام به معناسازی و از طریق ابزار «بازی کردن» خود را کشف می‌کند. مرکزیت «تجربه» در بازی باعث می‌شود کودک ضمن نشان دادن خلاقیت؛ توانایی‌ها و ناتوانایی‌های خود را نسبت به جهان پیرامون نمودار کند و این امکان را فراهم می‌آورد که بازی به شکل پویایی از درمان تبدیل شود. امروزه، بازی از ارزش درمانی زیادی برخوردار است و در حیطه‌های مختلف درمانی که با سلامت روان ارتباط دارند، از جمله روان‌پزشکی، کاردرمانی و روان‌شناسی استفاده می‌شود (۱). در این مبحث پس از مروری کوتاه بر ماهیت بازی به‌خصوص در کودکان با ناتوانی، به بیان جایگاه بازی در کاردرمانی پرداخته می‌شود.

تعریف بازی

از دیدگاه صاحب‌نظران علوم تربیتی و روان‌شناسی تعاریف متعددی برای بازی مطرح شده است. برای درک بهتر ماهیت بازی، شاید بهتر باشد به ویژگی‌های

* Email: esmaeili.s@iums.ac.ir

بازی در کودکان با ناتوانی

در کودکان دارای ناتوانی، ویژگی‌های بازی متفاوت با کودکان عادی است. به خاطر اثرات محیط بر بازی، هر کودک باید کاملاً منحصر به فرد بررسی شود. در کودکان با آسیب‌های شناختی، گاهی مهارت‌های بازی، رشدی همراه با تاخیر داشته و در توجه ممتد به بازی مشکل وجود دارد. این کودکان ممکن است به وسایل ساختاریافته برای بازی تمایل داشته باشند، بازی‌های آن‌ها انعطاف‌ناپذیر و محدود باشد، کنج‌کاو و خلاقیت پایین داشته باشند، بازی نمادین و تعاملات اجتماعی در بازی آن‌ها ضعیف باشد، مشکلات زبانی داشته و سرانجام بیشتر ترجیح دهند مشاهده‌کننده بازی کودکان دیگر باشند تا این که با آن‌ها بازی کنند (۴).

در بین تشخیص‌های مختلف، کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم، ویژگی‌های کیفی خاصی در بازی خود دارند، چرا که مهارت‌های بازی به طور قوی با سطح تکامل زبان و اجتماعی بودن ارتباط دارد. به همین دلیل هم بازی، یک بعد مهم برای درمان‌گرانی است که می‌خواهند کودک با اختلال طیف اتیسم را ارزیابی و درمان کنند. کودکان با اختلال طیف اتیسم در بازی با اشیاء ممکن است آن‌ها را در قالب حرکات تکراری بچرخانند یا در برخی موارد کارهایی مثل سرهم کردن قطعات را خوب انجام دهند اما به طور معمول توانایی کاربرد نمادین اشیاء را ندارند و بازی آن‌ها دارای خلاقیت، انعطاف‌پذیری و تنوع نیست. مشکلات در زمینه برنامه‌ریزی حرکتی و پردازش حسی مانع بزرگی برای کسب مهارت‌های بازی در این کودکان است (۵).

نقایص اجتماعی و بین‌فردی در کودکان با ناتوانی مانعی برای بازی کردن آن‌ها با همسالان است. ناتوانی در همکاری مناسب در بازی با کودکان دیگر، هم از جهات ارتباطی- اجتماعی و هم از لحاظ ضعف در مهارت‌های حرکتی و شناختی مورد نیاز برای انجام بازی‌ها، باعث کناره‌گیری آن‌ها از بازی کردن با همسالان می‌شود (۶). به این ترتیب، بازی و اسباب‌بازی‌هایی که برای کودکان با ناتوانی استفاده می‌شود، ممکن است متفاوت با کودکان عادی باشد

درمانی خود، تصمیم می‌گیرند که از کدام دسته‌بندی استفاده کنند. یکی از پرطرفدارترین آن‌ها، طبقه‌بندی پیازه است (۲).

طبقه‌بندی پیازه از بازی‌ها، یک طبقه‌بندی تحولی و ساختاری است. پیازه بازی‌ها را به ۳ دسته کلی تقسیم کرد: بازی‌های تمرینی^۱، بازی‌های نمادین^۲ و بازی‌های قاعده‌دار^۳. بازی‌های تمرینی اعمال حسی- حرکتی هستند که از نخستین روزهای زندگی بروز می‌کنند. دست‌وپازدن نوزاد، دوچرخه‌سواری، تاب‌بازی و آدامس‌جویدن از جمله بازی‌های تمرینی هستند. این بازی‌ها حدود ۲ سالگی به اوج خود می‌رسند و از ۶ سالگی کم شده و تا پایان عمر باقی می‌مانند. بازی‌های نمادین، زمانی بروز می‌کنند که کودک توانایی تجسم چیزهایی را که از قبل ادراک کرده است، به دست می‌آورد. معلم‌بازی، مهمان‌بازی و ماشین‌بازی از این دسته هستند. این بازی‌ها حدود یک و نیم سالگی شروع شده، در ۴ و نیم سالگی به اوج رسیده، در ۹ سالگی کم شده و تا پایان عمر باقی می‌مانند. از حدود ۳ سالگی، با آشنایی کودک با قواعد زندگی و پذیرش دستورات اخلاقی و قوانینی که بزرگترها وضع می‌کنند، بازی‌های قاعده‌دار شکل می‌گیرد. این بازی‌ها در حدود ۱۰ و نیم سالگی به اوج خود می‌رسند اما هیچ‌گاه کم نشده و علاقه به انجام آن‌ها تا سنین بزرگسالی و حتی کهنسالی در انسان باقی می‌ماند. منچ و مارپله، قایم موشک و لی‌لی از این دسته هستند. در نظریه بازی پیازه، سیر تکاملی انواع هر یک از این ۳ دسته بازی آورده شده است (۳).



1. Practice games
2. Symbolic games
3. Games with rules

دانشی کامل روی رشد همه‌جانبه کودک در هر حیطه اکوپیشنال دارد؛ او می‌داند که چطور مشکلات کودک و عوامل محیطی روی انجام اکوپیشن‌ها و نقش‌های کودک و خانواده تاثیر می‌گذارند، همچنین در اصلاح، تغییر و تطابق در انجام این اکوپیشن‌ها کمک می‌کند تا قابل انجام باشند (۷). در میان اکوپیشن‌ها، بازی نخستین و مهم‌ترین اکوپیشن کودک محسوب می‌شود و اصل مهم در کاردرمانی این است که درمان یک کودک باید به شکل بازیگونه باشد؛ اهمیت این موضوع به اندازه‌ای است که در کاردرمانی الگوهایی برای بازی وجود دارد (۸).

نخستین کسی که به‌طور جدی مبحث بازی را در سال ۱۹۶۰ در کاردرمانی مطرح کرد، ماری ریلی^۳ بود. او با توصیف تحولات بازی در زندگی انسان، «الگورفتار اکوپیشنال» را مطرح کرد (۹). او در الگوی خود معتقد بود کودک با طی کردن^۳ مرحله اکتشاف^۴، کفایت^۵ و دستاورد^۶ به تحول در بازی و متعاقب آن در رشد خود دست می‌یابد. به عقیده ریلی، فرآیند شکل‌گیری بازی با گزینه کنجکاوی یا اکتشاف که یک انگیزش درونی است، شروع می‌شود. در مرحله کفایت، کودک با تجربه دستکاری کردن اشیاء، درگیر شدن در بازی و انجام آن، به یکسری توانایی‌ها دست یافته و بر نحوه انجام بازی مسلط می‌شود و در انتهای این فرآیند، کودک به دستاوردی از مهارت‌ها می‌رسد و می‌تواند هر گونه انتظارات را که از سوی بازی و محیط وجود داشته باشد، برآورده کند؛ انتظاراتی از قبیل محدودیت در داشتن اسباب‌بازی دلخواه، رفتار خاص همبازی، همکاری یا رقابت، تطابق نیازهای بازی با توانایی‌های خود و غیره (۴).

امروزه کاردرمانگران نه تنها مانند سایر متخصصان سلامت روان، بازی را ابزاری قوی برای ارزیابی و درمان می‌دانند، بلکه آن را به عنوان یک حیطه اکوپیشنال مهم در کنار نقش‌های اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در نظر می‌گیرند. در کاردرمانی کودکان،

و بسیاری از آن‌ها، از طریق آموزش و درمان، روش بازی کردن را یاد می‌گیرند.



بازی در کاردرمانی

کاردرمانی به عنوان حرفه‌ای از تیم توان‌بخشی، به مستقل کردن افراد با ناتوانی در کارهای زندگی می‌پردازد. در لاتین به این کارها «اکوپیشن»^۱ گفته می‌شود و از این نظر نام لاتین این حرفه، «اکوپیشنال تراپی»^۲ است. به این ترتیب، اکوپیشن به همه کارهایی گفته می‌شود که برای انسان معنادار و هدفمند بوده و در طول شبانه‌روز متناسب با بستر فرهنگی-اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، انجام می‌دهد. اکوپیشن‌ها را می‌توان در چند حیطه، شامل فعالیت‌های مراقبت از خود، بازی و اوقات فراغت، تحصیل و یادگیری، خواب و استراحت، کار و مشارکت اجتماعی دسته‌بندی کرد. هدف نهایی کاردرمانی، به عنوان حرفه‌ای کلیدی در توان‌بخشی، ایجاد بیشترین استقلال در انجام کارهای نام برده شده است. تخصص ویژه یک کاردرمانگر در حیطه کودکان را می‌توان در^۳ موضوع مطرح کرد:

1. Occupation
2. Occupational therapy

3. Mary Reilly

4. Exploration

5. Competency

6. Achievement

پرداختن به بازی به عنوان هدف درمان و ایجاد ارتقای سطوح رشدی بازی در کاردرمانی، موضوعی تخصصی بوده و از این بحث خارج است. در این جا لازم است برای درک بهتر کاربرد بازی به عنوان ابزار دستیابی به اهداف درمانی در سایر حیطه‌های رشدی (نوع دوم استفاده از بازی در کاردرمانی) «الگو بازیگونه‌بودن»^{۱۱} تشریح شود. این الگو چارچوبی جامع از ویژگی‌های انجام فعالیت به صورت بازی در کاردرمانی ارائه می‌دهد. بازی را به عنوان یک رفتار می‌توان از ابعاد مختلف مانند شکل انجام، مهارت‌های درگیر و تجربه ذهنی آن بررسی کرد. یکی از این ابعاد، میزان «بازیگونه‌بودن» یا «بازیگونگی»^{۱۲} رفتار است. این بعد از بازی را می‌توان از مهم‌ترین ویژگی‌های آن برشمرد، چراکه ارتباط بالایی با میزان انطباق‌پذیری و سازگاری دارد (۱۰)؛ به سخن دیگر، هرچه فرد توانایی بروز رفتارهای بازیگونه مانند شوخ‌طبعی و درگیر شدن در چالش‌ها را داشته باشد، بهتر می‌تواند از پس حل مشکلات در زندگی خود برآید. الگوی بازیگونه‌بودن در این زمینه توسط کاردرمانگر آنیتا باندی^{۱۳} در فاصله سال‌های ۱۹۹۳-۱۹۹۱ مطرح شد. بازیگونگی و ویژگی‌هایی دارد که در رفتار فرد قابل مشاهده است و با ۳ عنصر مشخص می‌شود که عبارتند از وجود «انگیزش درونی»^{۱۴}، «کنترل درونی»^{۱۵} و «آزادی در تعلیق واقعیت»^{۱۶} در حین انجام یک فعالیت. در الگوی بازیگونه‌بودن آمده است که این ۳ عنصر با چه ویژگی‌های رفتاری قابل تشخیص هستند یا به عبارتی هر یک چه اجزایی دارند. به کارگیری این ویژگی‌ها در فعالیت درمانی باعث می‌شود درمانگر بتواند درمان را به شکلی بازیگونه برای کودک انجام دهد (۱۱). بازیگونه‌بودن می‌تواند در بستر هر فعالیت بازی یا غیربازی، از جمله فعالیت‌های درمانی مطرح باشد، البته شانس وجود بازیگونگی در یک فعالیت بازی بیشتر از فعالیت‌های دیگر است. هرچه ۳ عنصر

به صورت تخصصی به ۲ شیوه کلی به بازی پرداخته می‌شود:

(۱) بازی به عنوان هدف درمان واقع می‌شود.^۱ این زمانی است که کودک با ناتوانی اصلاً بازی نمی‌کند یا سطح رشدی بازی او پایین‌تر از سن تقویمی‌اش است. به بیان دیگر، در این نوع مداخله درمانی، ایجاد یا تقویت مهارت‌های بازی کردن، به عنوان اکوییشن مهم در دوره کودکی، مورد هدف قرار می‌گیرد.

(۲) از بازی به عنوان ابزار درمانی استفاده می‌شود؛^۲ یعنی از فعالیت بازی یا بازیگونه کردن فعالیت درمانی برای تسهیل مهارت‌های عملکردی کودک در سایر حیطه‌های رشدی مانند حرکتی، ادراکی، شناختی و اجتماعی استفاده می‌شود، چراکه زبان کودک برای ارتباط با محیط و افراد بازی است و وقتی فعالیت درمانی به شکل بازی باشد، کودک نهایت تلاش خود را به کار خواهد گرفت و در این حالت حداکثر یادگیری اتفاق خواهد افتاد. (۴)

لازم به ذکر است که «رویکردهای خاص بازی درمانی»^۳ به عنوان یکی از انواع روان‌درمانی کودک که بیشتر ریشه در روان‌تحلیلگری دارند (مانند بازی درمانی کودک محور^۴، بازی درمانی رفتاری-شناختی^۵ و فیلیال تراپی^۶) و «رویکردهای مبتنی بر بازی»^۷ (مانند فلور تایم^۸، سان‌رایز^۹ و پی‌آرتی^{۱۰})، در واقع فنون درمانی هستند که کاردرمانگر، روان‌شناس، گفتاردرمانگر یا هر یک از اعضای تیم سلامت روان به شرطی که دوره آموزشی مربوطه را دیده باشند می‌توانند از آن‌ها استفاده کنند و مربوط به حرفه‌ای خاص نیستند؛ از این جهت ممکن است هر یک از این رویکردها در صورت نیاز توسط کاردرمانگری که آموزش لازم را دیده است، به عنوان یک رویکرد مکمل در کنار رویکردهای درمانی دیگر مورد استفاده قرار گیرد.

1. Play as end/occupation
2. Play as means
3. Play therapy approaches
4. Child-centered play therapy
5. Cognitive-behavioral play therapy
6. Philial therapy
7. Play-based approaches
8. Floortime
9. Son-rise
10. Pivotal response treatment (PRT)

11. Model of playfulness
12. Playfulness
13. Anita Bundy
14. Intrinsic motivation
15. Internal locus of control
16. Suspension of reality

درمانگر گفت و گو کند، اجازه انتخاب وسایل، مکان و نحوه اجرای بازی به او واگذار شود، احساس ایمنی روانی و فیزیکی داشته باشد و وسایل را به طور مستقیم دستکاری کند. گاهی اوقات درمانگر نمی‌تواند این ویژگی‌ها را با هدف تقویت کنترل درونی در فعالیت درمانی اعمال کند، به عنوان مثال در مورد یک کودک دارای اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی، اعمال این ویژگی‌ها باعث می‌شود کودک رفتاری بدون سازماندهی پیدا کند؛ برای مثال همه وسایل و اتاق را به هم بریزد و درمانگر از هدف درمانی دور شود.

آزادی در تعلیق واقعیت

آزادی در تعلیق واقعیت به این معناست که بازیکن آزاد است هر طور که می‌خواهد واقعیت را عوض کند، حتی اگر تبدیل به موضوعی غیرواقعی شود. کودک در بازی به هیچ وجه قصد ندارد واقعیت‌ها را شبیه‌سازی کند. در تعلیق واقعیت، از نتایجی که در واقعیت از انجام امور پیش می‌آید، خبری نیست. برای لحاظ کردن این عنصر بازیگونی در فعالیت درمانی، بهتر است قوانین، روش‌ها و محتوای بازی را کودک شکل دهد؛ به کودک اجازه داده شود که بدون در نظر گرفتن استفاده واقعی از اشیاء، آن‌ها را در بازی به کار ببرد، برای مثال ممکن است از یک جعبه کفش به جای ماشین، قایق، تلفن و ده‌ها چیز دیگر استفاده کند، او آزاد باشد تا در حین فعالیت درمانی، مسخره‌بازی و شوخی داشته باشد. برای به کارگیری این ویژگی‌ها کودک باید به درک سمبولیک رسیده باشد. برای کودکان کم‌توان ذهنی مانند نشانگان داون، اعمال این ویژگی‌ها سخت و گاهی غیرممکن است (۱۲).

نمونه بالینی

برای نمونه تصور می‌کنیم تسهیل و اکنش‌های تعادلی در یک کودک ۴ ساله با فلج مغزی بدون تاخیر ذهنی، در اهداف درمانی یک کاردرمانگر قرار دارد. وقتی درمانگر از کودک می‌پرسد که دوست دارد چه بازی‌ای را انجام دهد، کودک آب‌بازی را مطرح می‌کند. درمانگر این

مطرح شده تا حد ممکن بیشتر در درمان به کار گرفته شوند، فعالیت درمانی بازیگونه‌تر است و کودک بیشتر احساس می‌کند که در حال انجام بازی است و تحت آموزش قرار ندارد (۸ و ۱۲). در زیر به توضیح این عنصر می‌پردازیم.

انگیزش درونی

در رفتار طبیعی بازی، بازیکن در شروع و حین انجام بازی انگیزه‌ای درونی دارد. او روی فرآیند مراحل انجام فعالیت تمرکز می‌کند، نه هدف نهایی. در واقع، بازی رفتاری است که از درون برانگیخته می‌شود؛ براساس نیاز محیط نیست و علت بیرونی ندارد. بازی هدفی را دنبال نمی‌کند و جایزه، سود یا پاداش در آن مطرح نیست. هدف و انگیزه یک بازی در خودش نهفته است. برای اعمال این عنصر در درمان باید به علاقه کودک احترام گذاشته شود، به جای وسایل آموزشی از اسباب‌بازی‌های شناخته‌شده کودک استفاده شود، فعالیت درمانی را باید آنقدر برایش لذت‌بخش کرد که به اتفاقات دیگر محیط توجه نکند، برای غلبه بر مشکلات انجام بازی به او کمک شود و موضوعات بازی که دوست دارد و قبلاً تجربه کرده است، تکرار شود. در موارد خاص گاهی امکان اعمال این ویژگی‌ها وجود ندارد. برای مثال، چنانچه کودک دارای اختلال اضطرابی باشد، گذاشتن انتخاب نوع بازی به عهده او برای تقویت انگیزه درونی، سطح اضطرابش را بالاتر می‌برد.

کنترل درونی

کودکی که در حین بازی کنترل درونی دارد، می‌تواند تصمیم بگیرد که چه بازی‌ای را با چه وسیله‌ای، به چه روشی و با چه کسی انجام دهد. کنترل درونی، در حقیقت درجه‌ای است که افراد احساس می‌کنند کنترل اعمال و نتایج آن‌ها را در دست دارند، به عبارتی در بازی، کودک به‌طور دقیق از قبل می‌داند که قرار است چه اتفاقاتی بیفتد. برای این که این عنصر بازیگونی در فعالیت درمانی پیاده شود، لازم است کودک در مورد مراحل یا پیش‌نیازهای اجرای سناریوی مورد نظرش با

آزاد کودک و نمره گذاری در قالب یک مقیاس ۴ درجه ای انجام می شود (۱۳). در تصویر یک چند گویه از فرم پاسخنامه این آزمون برای نمونه آورده شده است. در دستورالعمل این آزمون هر یک از اجزای الگو، از نظر گستردگی^۲، شدت^۳ و مهارت^۴ تعریف شده اند. برای مثال گویه «کودک به طور فعال در بازی درگیر باشد» جزئی از عنصر احساس کنترل درونی بر فعالیت است. این ویژگی این گونه تعریف و در هر مورد نمره گذاری می شود (۱۲):

- گستردگی: میزان زمان درگیر بودن کودک در فعالیت به طوری که بی هدف و سرگردان راه نرود، روی فعالیت متمرکز باشد و کج خلقی (قشقرق) نداشته باشد.
- شدت: میزان توجه کودک روی فعالیت یا هم بازی
- مهارت: توانایی کودک در متمرکز ماندن یا دنبال کردن موضوع بازی از فعالیتی به فعالیت دیگر

نتیجه گیری

به این ترتیب، در کاردرمانی، الگوی قوی برای بازیگونه کردن فعالیتها وجود دارد و با ابزاری ویژه سنجیده می شود. در پژوهشها و تمرینات کاردرمانی، زمانی نام بازی بر یک فعالیت گذاشته می شود که ۳ عنصر این الگو تا حد ممکن در آن در جریان باشد. از این مبحث مشخص می شود که الگوی بازیگونه بودن، برای کاربرد در فعالیت های درمانی در حرفه کاردرمانی که به شکل فعالیت های معنادار و هدفمند انجام می گیرند، بیشتر قابل کاربرد است و به کارگیری آن در تمرینات ساختاریافته که در قالب آموزش انجام می شوند، کار دشواری است، چراکه ساختار در بازی، معنا ندارد.

علاقه را به سمت قایق سواری روی آب دریا سوق می دهد و از او می خواهد که از بین وسایل، چیزی را به عنوان قایق انتخاب کند (انگیزش درونی). درمانگر، اسکوتر برد، تیلت برد و تاب صفحه ای را پیشنهاد می دهد تا کودک یکی را به جای قایق انتخاب کند و راکت های تنیس را به جای پارو به دست او می دهد تا کودک دستش را به جایی تکیه ندهد (تعلیق واقعیت). درمانگر به کودک کمک می کند تا سناریوی بازی را طراحی کند، برای مثال وقتی در دریا سوار بر قایق است، توفان شدیدی شروع می شود و قرار است هر وقت کودک با دهانش صدای باد و توفان در آورد، درمانگر قایق را حرکت دهد (کنترل درونی). در ادامه درمانگر با حرکت دادن وسیله انتخاب شده و شبیه سازی موقعیت به قایق سواری روی دریا در توفان، به تحریک واکنش های تعادلی کودک با فلج مغزی در وضعیت مورد نظر که ممکن است ایستاده، نشسته یا روی ۲ زانو باشد، می پردازد. تسهیل واکنش های تعادلی، کاری ناخوشایند برای کودک فلج مغزی است اما درمانگر با استفاده از الگوی بازیگونه کردن فعالیت، موقعیتی بازیگونه ایجاد کرده که برای کودک خوشایند است. در این حالت، هدف درمانی برای کودک محسوس نیست و لذت بازی بر موقعیت غلبه دارد که باعث خواهد شد کودک نهایت تلاش فعال خود را در این تمرین به کار بگیرد.

ارزیابی

میزان بازیگونه بودن یک فعالیت در این الگو از طریق آزمونی مخصوص به نام «آزمون بازیگونگی»^۱ سنجیده می شود. این بررسی با مشاهده فعالیت یا بازی

References:

1. Ahmadvand MA. Psychology of play. Tehran: Payam-e-noor university publications; 1992. [Persian]
2. Mansour M, Dadsetan P. Psychology of genetic. Tehran: Gerf publication; 1995. [Persian]
3. Piaget JC. Play, dreams, and imitation in childhood. New York: W.W. Norton; 1962.

1. Test of playfulness (ToP)
2. Extent
3. Intensity
4. Skillfulness

4. Tanta KJ, Knox SH. Play. In: Case-Smith J, O'Brien JC, editors. Occupational therapy for children and adolescents. Seventh ed. Canada: Elsevier, Mosby; 2015. p. 483-97.
5. Baranek GT, Reinhartsen DB, Wannamaker SW. Play: Engaging young children with autism. In: Huebner RA. Autism: A sensorimotor approach to management: Aspen Publishers; 2001. pp: 313-351.
6. Hilton CL. Interventions to promote social participation for children with mental health and behavioral disorders. In: Jane C-S, O'Brien JC, editors. Occupational therapy for children and adolescents. Seventh ed. Canada: Mosby, Elsever Inc.; 2015. p. 321-45.
7. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain & Process (3rd ed). 2014;68(Suppl. 1):S1- S48.
8. Rodger S, Ziviani J. Play-based occupational therapy. International Journal of Disability, Development and Education. 1999;46(3):337-65.
9. Reilly M. Play as exploratory learning. Beverly Hills: Sage; 1974.
10. Hess LM, Bundy AC. The association between playfulness and coping in adolescents. Physical & occupational therapy in pediatrics. 2003;23(2):5-17.
11. Bundy AC. Assessment of play and leisure: Delineation of the problem. American Journal of Occupational Therapy. 1993;47(3):217-22.
12. Skard G, Bundy AC. Test of Playfulness. In: Parham LD, Fazio LS, editors. Play in Occupational Therapy for Children. second ed. USA: Mosby, Inc.; 2008. p. 71-4.
13. Bundy AC, Nelson L, Metzger M, Bingaman K. Validity and reliability of a test of playfulness. OTJR: Occupation, Participation and Health. 2001;21(4): 276-292.

تصویر ۱- بخشی از آزمون بازیگونی

Skillfulness	Intensity	Extent			نام و نام خانوادگی: سن: آزمونگر: فضای بسته فضای باز ویدئو زنده (دایره بکشید)
۳ = مهارت بالا ۲ = مهارت متوسط ۱ = مهارت کم + = بدون مهارت NA = قابل کاربرد نیست	۳ = زیاد ۲ = متوسط ۱ = کم + = اصلا NA = قابل کاربرد نیست	۳ = تقریباً همیشه ۲ = اکثر اوقات ۱ = برخی اوقات + = ندرت یا هرگز NA = قابل کاربرد نیست			
COMMENT	SKILL	INT	EXT	ITEM	
				به طور فعال درگیر می شود	
				تصمیم می گیرد که چه انجام دهد.	
				سطحی از امنیت را که برای بازی کافی است حفظ می کند	
				سعی می کند تا بر موانع یا محدودیت ها غالب شود تا در فعالیت باقی بماند	
				فعالیت را برای حفظ چالش و جالب تر کردن آن تغییر می دهد	