

اثربخشی بازی درمانی بر برقراری ارتباط کودکان دارای اختلال طیف اتیسم

مرجان عالیخانی^۱، پریناز بنی‌سی^۲، حمیدرضا وطن‌خواه^۳

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر برقراری ارتباط کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. **روش:** روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کودکان ۶ تا ۱۱ ساله دارای اختلال طیف اتیسم در مدرسه غیرانتفاعی آئین مهرورزی بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۴ کودک بود که به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه به مدت ۲ ماه و هر جلسه حدود ۴۵ دقیقه تحت روش مداخله‌ای بازی درمانی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تشخیصی گیلیام یا گارز (۱۹۹۵) جمع‌آوری شد. اعتبار پرسشنامه در گروه نمونه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹۲ به دست آمد. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده با استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد با توجه به کاهش میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، نسبت به گروه کنترل، بازی درمانی به طور معناداری بر برقراری ارتباط کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم موثر بوده است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی به عنوان یک روش موثر می‌تواند موجب بهبود برقراری ارتباط کودکان دارای اختلال اتیسم شود.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، برقراری ارتباط، اختلال طیف اتیسم.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

^۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، گروه روانشناسی و مشاوره، تهران ایران. Email: alikhani320@ymail.com

^۲ - استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، گروه روانشناسی و مشاوره، تهران، ایران.

^۳ - استادیار و مدیر گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، گروه روانشناسی و مشاوره، تهران، ایران.

مقدمه

در خودماندگی نوعی اختلال رشد فراگیر با شروع قبل از سه سالگی است. اختلال طیف در خودماندگی^۱، نشانگر اختلال کیفی در تعامل اجتماعی و ارتباطات است. همچنین این اختلال، توسط الگوهای رفتاری، علایق و فعالیت‌های محدود شده، تکراری و قالبی مشخص می‌شود (علیزاده، صابری، هاشمی و محی‌الدین، ۱۳۹۰). اتیسم با آسیب شدید در تعامل اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی و نیز وجود رفتارها، علایق و فعالیت‌های کلیشه‌ای همراه است، اختلال و مشکلاتی در زمینه عواطف، مهارت‌های حرکتی، به خصوص حرکات ظریف دست‌ها، فعالیت‌های روزمره زندگی و بازی و یادگیری زبان و گفتار طبیعی و مشکلاتی در زمینه تقلید از دیگران در این کودکان دیده می‌شود، می‌توان گفت که این کودکان دارای طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی و پزشکی هستند (احمدی، صفری و همتیان، ۱۳۹۱). هر ساله بر آمار کودکان مبتلا به اتیسم افزوده می‌شود تا جایی که موسسه ملی بهداشت روان آمریکا میزان شیوع را در سال ۲۰۱۰، ۱ مورد در هر ۹۹ نفر تخمین زده است (طاهری، ۱۳۹۲).

تشخیص سریع و زود هنگام و بهره‌گیری از شیوه‌های درمانی مناسب، در سنین پیش دبستانی امری قابل تامل است. تحقیقات نشان می‌دهد که ارایه راهبردهای درمانی، حداقل به مدت ۲ سال در طی سال‌های پیش از دبستان، بازده اغلب کودکان اتیسم را افزایش می‌دهد (کریم پور، ۱۳۹۰). نرخ شیوع اختلال در خودماندگی در ایران ۶ در ۱۰۰۰۰ اعلام شده است. از آنجا که این آمار همراستا با برخی از کشورهای دیگر دنیا است، بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که در کشور ما نیز مانند کشورهای دیگر شیوع این اختلال رو به افزایش است (رجبی بهجت، ۱۳۹۰).

نقص در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی یک پیوستار است که از ضعف فرد در ادغام روش‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی شروع می‌شود، از ناهنجاری در تماس چشمی و زبان بدن، یا نقص در درک روش‌های غیر کلامی و استفاده از آنها عبور می‌کند و به فقدان کامل حالات هیجانی صورت یا ژست‌های بدنی خاتمه می‌یابد (کاپلان و سادوک^۲، ۱۳۹۴).

نشانه‌های مشکل در برقراری ارتباط شامل: کودک تا ۱۲ ماهگی هیچگونه نشانی از بل کردن در او مشاهده نمی‌شود. تا ۱۲ ماهگی چنگ زدن، اشاره کردن، تکان دادن دست مشاهده نمی‌شود. تا شانزده ماهگی هنوز قادر به بیان یک کلمه نمی‌باشند. تا ۲۴ ماهگی هنوز عبارتهای دو کلمه‌ای را بیان نمی‌-

^۱ Autism spectrum disorder

^۲ Kaplan and Sadok

کنند. در ۱۲ ماهگی زمانی که او را با نام صدا می‌زنند، پاسخ نمی‌دهد. در ۱۸ ماهگی هنوز فاقد گفتار هستند و یا به خوبی کودکان همسن خود صحبت نمی‌کنند. لغاتی که قبلاً استفاده کرده را از دست می‌دهد. ممکن است به صداهای مشخصی واکنش نشان دهد اما صدای انسان را نادیده بگیرد. در انجام و درک ژست‌ها و اشارات مشکل دارند. از زبان غیرمعمول برخوردار هستند و زبان را به شکل متفاوت از همسالان استفاده می‌کنند. هنگام صحبت کردن صداهای غیرمعمول ایجاد می‌کنند. به جای پاسخ به صحبت دیگران، لغات یا عبارت‌های آنها را تکرار می‌کنند. ضمیر را به طور معکوس به کار می‌برند. از زبان استفاده محدود می‌کنند (رافعی، ۱۳۹۲).

شواهد موجود نشان می‌دهد که حتی نقص در مهارت‌های فرعی ارتباطی نیز می‌تواند به ارث برسد. بازی‌درمانی روشی است که به یاری کودکان دارای اختلال می‌شتابد تا بتوانند مسائل را حل کنند و مشکلات درون خود را بروز دهند. کودک با بازی تجارب گذشته‌اش را تمرین می‌کند و آنها را با الگوها و ادراکات جدید تلفیق می‌کند و از طریق این فرآیند به سوی آینده پیش می‌رود (لندرث^۱، ۱۳۹۴).

پژوهش‌ها نشان داده است، یکی از مداخلات درمانی ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی کودکان مبتلا به اوتیسم بازی‌درمانی است. بازی‌درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند. قدرت درمانی که در بازی-درمانی نهفته است به طرق مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه‌تری می‌آموزند. در بازی‌درمانی، اسباب بازی‌ها مثل کلمات کودک و بازی، زبان کودک است از آنجایی که بازی یک بخش ضروری و لازم زندگی کودک است، به نظر می‌رسد که می‌تواند به طور طبیعی به عنوان یک روش برای مقابله با مشکلات کودکان در یک موقعیت درمانی به کار رود.

بازی‌درمانی بهترین شکل مداخله‌ی مشاوره‌ای برای کودکان است. در بازی درمانی، کودکان قادرند نگرانی‌هایشان را در یک محیط امن روان‌شناختی به نمایش بگذارند و مهارت‌های جدید را تمرین کنند و راه حل‌های خلاقانه‌ای را برای چالش‌های خود کشف کنند تا بتوانند بر موقعیت‌های سخت غلبه نمایند، هیجانات و ترس‌هایشان را بیان کنند و به آنها کمک می‌کند تا توان تجزیه و تحلیل ساختارها و احساسات را در خود پرورش دهند (بهرامی، ۱۳۹۱).

¹ Landers

بازی پیوندی بین دنیای واقعی و خیالی کودک است و از طریق بازی، کودک یک راه یا شیوه‌ای را پیدا می‌کند که از آن طریق ارتباط برقرار کند و خودش را در دنیای بیرون بیان نماید. کودک با بیان خود در مراحل اولیه بازی درمانی احساس امنیت و سلامتی می‌کند و به تدریج آماده مطرح کردن و در میان گذاشتن احساسات دردناک می‌شود. در ایجاد ارتباط عاطفی بین کودک و درمانگر در فرآیند دل‌بستگی اولیه در روان‌درمانی، یک تجربه تخلیه هیجانی و پاداش برای کودک و خانواده فراهم می‌آورد، همچنین ایجاد تشویق کننده یک اعتقاد در فرآیند بازی‌درمانی است که نهایتاً کارآمدی و اثربخشی را افزایش می‌دهد (محمد اسماعیل، ۱۳۹۳).

فرد^۱ در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی‌درمانی در رفع رفتارهای مشکل‌دار کودکان اتیستیک به این نتایج دست یافت که در این پژوهش ۴۸ کودک با سن ۷ و ۸ سال شرکت کردند پس از مداخلات بازی درمانی، همبستگی بالایی میان بازی درمانی در کودکان و رفع رفتارهای مشکل‌دار کودکان طیف اتیسم بدست آمد. و به وسیله بازی، مهارت‌های اجتماعی به کودک آموزش داده شد. دیونی^۲ ومارتینی^۳ (۲۰۱۱) در پژوهشی تحت عنوان کف بازی با کودکان دارای اختلال طیف اتیسم به این نتایج دست یافت که بازی با کف به عنوان یک رویکرد مداخله‌ای مناسب می‌باشد و به بهبود تعاملات اجتماعی و مهارت ارتباطی کودک کمک می‌کند.

فرآیند ایجاد ارتباط با کودکان در چارچوب درمان کودک محور، مبتنی بر اصولی است که چارچوبی برای درمانگر فراهم می‌کنند تا یک نگرش خود - فراقکنانه تجربی درباره کودکان داشته باشد. این اصول عبارتند از: کودکان، بزرگسالان کوچک نیستند. درمانگر به شیوه‌ای به کودکان پاسخ نمی‌دهد که گویی آنها بزرگسالان کوچک هستند. کودکان، انسان هستند. آنها قادرند درد و لذت هیجانی عمیق را احساس کنند. کودکان موجوداتی یگانه و سزاوار احترام هستند. درمانگر ارزش زیادی برای یگانه بودن هر کودک قایل است و به خود کودک، همانگونه که هست، احترام می‌گذارد. کودکان، انعطاف پذیرند. کودکان دارای توانایی فوق‌العاده‌ای برای غلبه بر موانع و شرایط زندگی خویش هستند. کودکان دارای گرایش ذاتی به رشد و بختگی هستند. آنها دارای شعور فطری درونی هستند. کودکان مستعد خودگردانی مثبت هستند. آنها قادرند به شیوه‌های خلاق با دنیای خویش کنار بیایند. زبان طبیعی کودکان، بازی است. بازی کردن شیوه‌ای برای اظهار خویش است که کودکان بیش از همه با آن راحت

¹ Fred

² Dionne

³ Martini

هستند. کودکان حق دارند سکوت کنند. درمانگر به تصمیم کودک مبنی بر صحبت نکردن، احترام می‌گذارد. کودکان تجربه درمان را به جهتی سوق می‌دهند که به آن نیاز دارند. درمانگر تلاش نمی‌کند تعیین کند چه وقت و چگونه کودک باید بازی کند. نمی‌توان به رشد کودکان سرعت بخشید. درمانگر این واقعیت را تشخیص می‌دهد و در برابر فرآیند رشدی کودک صبور است (لندرت، ۱۳۹۴).

در این پژوهش سعی شده تا آموزش‌هایی از طریق بازی به کودکان اختلال طیف اتیسم داده شود و پژوهشگر به دنبال این سوال است که آیا بازی‌درمانی بر برقراری ارتباط کودکان اختلال طیف اتیسم تاثیر دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری کودکان اختلال طیف اتیسم بود که در مدرسه غیرانتفاعی آئین مهرورزی مشغول به تحصیل بودند. ۲۴ کودک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه نمونه که در دامنه سنی ۶ تا ۱۱ سال بودند به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. در این پژوهش بازی‌درمانی به عنوان متغیر مستقل و برقراری ارتباط به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جهت بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر برقراری ارتباط طبق جدول شماره ۱ از جلسات مداخله در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طول دو ماه و به صورت انفرادی بهره برده شد و در قبل و بعد از جلسات از هر دو گروه آزمایش و کنترل آزمون‌های لازم صورت گرفت.

جدول شماره ۱: جلسات بازی‌درمانی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم

| جلسه اول | مشاهده و مصاحبه و ارتباط برقرار کردن با کودک و تکمیل فرم پرسشنامه گارز(پیش‌آزمون) |
|---------------------|---|
| جلسه دوم | بستن و باز کردن دکمه و پوشیدن و درآوردن جوراب و لباس و کفش مراحل پوشیدن و درآوردن پوشاک را به مراحل ریزتری تقسیم می‌کنیم ابتدا با کمک مربی سپس به صورت مستقل انجام می‌شود. |
| جلسه سوم | ایستادن روی یک پا آزمودنی به مدت ۱۰ ثانیه بی حرکت روی یک پا بایستد، ۳۰ ثانیه استراحت کند سپس پای مخالف انجام دهد. |
| جلسه سوم | راه رفتن روی خط خط یا طناب روی زمین کشیده می‌شود و آزمودنی با راه رفتن روی خطوط سعی می‌کند از آنها خارج نشود. |
| فعالیت با آینه | کودک در آینه قسمتهای مختلف بدن را نشان می‌دهد و رو به آینه کارهای مربی را تقلید می‌کند. |
| جلسه درست کردن حباب | حبابهایی می‌سازیم و کودک حبابها را دنبال می‌کند و آنها را بالا می‌برد. |

| | | |
|-----------|---|---|
| چهارم | گرفتن توپ | مربی توپ را پرتاب می‌کند و کودک با دو دست توپ را باید بگیرد. |
| | عبور از ماز | مازها توسط مربی رسم می‌شود و کودک با مداد از داخل مسیر ماز عبور می‌کند. |
| | درست کردن پازل | ابتدا از پازل دو تکه استفاده می‌کنیم سپس قطعات را افزایش می‌دهیم. |
| جلسه پنجم | 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 می‌دهیم. |
| جلسه ششم | تقلید ساخت با قطعات بریکس | ابتدا از یک قطعه بریکس شروع می‌کنیم مربی قطعه را در زوایای مختلف قرار می‌دهد و از کودک می‌خواهد به همان شکل قطعه را بگذارد. |
| | پریدن و لمس کردن پاشنه | کودک می‌پرد و پاشنه خود را همزمان با دست لمس می‌کند. |
| | پریدن و کف زدن | کودک می‌پرد و سه مرتبه در حالی که در هوا است کف می‌زند. |
| جلسه هفتم | بازیهای نمایشی | مربی و کودک هر دو از عروسک انگشتی استفاده کرده نقش دکتر و بیمار را بازی می‌کنند. |
| | سوار شدن بر اسب | مربی همراه کودک سوار بر تکه چوبی می‌شود و آن را اسب فرض می‌کند. |
| 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. |
| | دسته بندی و جور کردن مکعب های رنگی | مکعب‌های رنگی را مقابل کودک قرار می‌دهیم و کودک باید مکعب‌های قرمز را از بقیه جدا کند. |
| جلسه نهم | دسته بندی و جور کردن کارت تصاویر حیوانات و میوه‌ها | مربی از کودک می‌خواهد کارت میوه‌ها و حیوانات را در دسته‌های جداگانه قرار دهد. |
| جلسه دهم | ارزیابی کودک با استفاده از مشاهده و مصاحبه و تکمیل پرسشنامه گارز(پس آزمون). | |

ابزار پژوهش

آزمون گارز یا گیلیام (۱۹۹۵)

تست گارز یا گیلیام، چک لیستی است که به تشخیص افراد اتیسم کمک می‌کند. این آزمون در بین ۱۰۹۲ آزمودنی هنجار شده که معرف موضوعاتی از اتیسم در ۴۶ ایالت از کلمبیا، پروتوریکا و کانادا می‌باشد. آزمون گارز برای افراد ۳ تا ۲۲ ساله مناسب می‌باشد. و زمان تکمیل بین ۵ تا ۱۰ دقیقه می‌باشد.

باشد. تست گارز بر اساس تعاریف انجمن اتیسم آمریکا^۱ و انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ و با اتکا بر کتاب راهنمای تشخیصی و آماری تهیه شده است. این آزمون دارای ۴ خرده‌مقیاس می‌باشد. هر خرده‌مقیاس شامل ۱۴ آیتم می‌باشد. اولین خرده‌مقیاس، رفتارهای کلیشه‌ای^۳ است که شامل ۱ تا ۱۴ مورد است. این خرده‌آزمون موارد رفتارهای کلیشه‌ای، اختلالات حرکتی، رفتارهای عجیب و غریب را توصیف می‌کند. خرده‌مقیاس دوم که ارتباط^۴ است موارد ۱۵ تا ۲۸ را شامل می‌شود این آیتم‌ها رفتارهای کلامی و غیرکلامی را توصیف می‌کند که نشانه‌هایی از اتیسم است. تعامل اجتماعی^۵ سومین خرده‌مقیاس است که شامل آیتم‌های ۲۹ تا ۴۲ می‌باشد. چهارمین خرده‌آزمون اختلالات رشدی است که شامل آیتم‌های ۲۹ تا ۴۲ می‌باشد. چهارمین خرده‌آزمون اختلالات رشدی است که شامل آیتم‌های ۴۳ تا ۵۶ می‌باشد. این خرده‌مقیاس سوالات کلیدی را درباره سیر رشدی کودک افراد می‌پرسد. در گارز دو خرده‌مقیاس مشکلات رشدی حذف شده است. گارز ۲ شامل ۴۲ آیتم است که در نسخه فارسی این ۴۲ آیتم مورد استفاده قرار می‌گیرد. این آزمون در سال ۱۳۹۰ در مرکز اتیسم اصفهان توسط احمدی، صفری، همتیان و خلیلی به فارسی برگردانده شد و بر اساس نرم‌جامعه ایرانی شاخص‌های روان‌سنجی آن بر روی ۱۰۰ نفر (۸۱ پسر و نوزده دختر) سه تا هجده سال با میانگین سنی ۸/۲۸ سال (انحراف معیار ۳/۵) به دست آمده است.

برای سنجش روایی سازه از مقیاس گارز^۶ که توسط شاپلر^۷ و همکاران طراحی و اعتبار یابی شده بود استفاده شده است. ضریب همبستگی بین این دو آزمون و مولفه‌های گارز عبارتند از: رفتار کلیشه‌ای با ضریب همبستگی ۰/۸۴، برقراری ارتباط ۰/۶۳، تعاملات اجتماعی ۰/۴۸، مشکلات رشدی ۰/۵۴، نمره کل گارز ۰/۸۰ می‌باشند. بیشترین همبستگی بین مولفه‌های رفتار کلیشه‌ای و آزمون گارز و کمترین همبستگی بین مولفه‌های تعاملات اجتماعی و آزمون گارز مشاهده می‌شود. ضریب همبستگی بین آزمون گارز و گارز ۰/۸۰ به دست آمد که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. این ضرایب نشان دهنده روایی سازه مناسب مقیاس گارز است. ضریب آلفای کرونباخ در ایران و در سال ۹۳، رفتار کلیشه‌ای ۰/۷۴، برقراری ارتباط ۰/۹۲، تعاملات اجتماعی ۰/۷۳، مشکلات رشدی ۰/۷۳ و نمره کل

¹ American Autism Association

² American psychology Association

³ stereotypes

⁴ relationship

⁵ Social interaction

⁶ Karz

⁷ Shopller

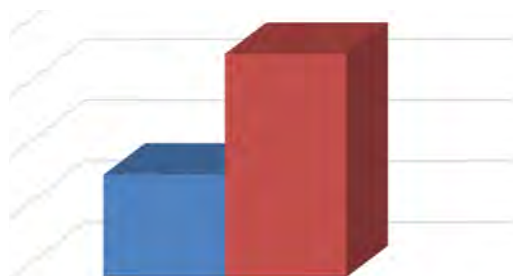
۰/۸۹ می باشد. این ضریب نشانگر پایایی بالای مقیاس گارز است که از آن می توان در اهداف تشخیصی و درمانی به کار برد. ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسشنامه مورد استفاده در ۲۴ کودک اختلال طیف اتیسم مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج، ضریب بدست آمده (۰/۷۹۲) در سطح بالایی قرار داشته که نشانگر این است که ابزار مورد استفاده از پایایی قابل قبولی برخوردار است.

یافته‌ها

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات مولفه برقراری ارتباط در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

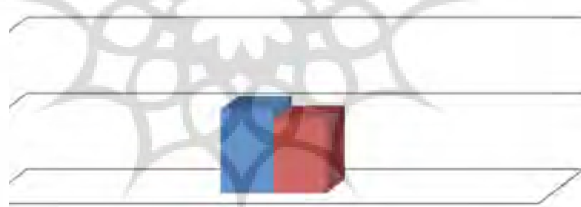
| متغیر | گروه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------------------|-----------|-------|---------|------------------|
| کنترل | پیش آزمون | ۱۲ | ۲۴/۳۴ | ۵/۵۶ |
| | پس آزمون | ۱۲ | ۲۵/۳۳ | ۵/۱۵ |
| برقراری ارتباط آزمایش | پیش آزمون | ۱۲ | ۲۲/۰۸ | ۳/۶۰ |
| | پس آزمون | ۱۲ | ۱۹/۵ | ۳/۷۰ |

در جدول آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات مولفه برقراری ارتباط به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد میانگین نمرات گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد. در حالی که در گروه آزمایش، شاهد کاهش نمرات برقراری ارتباط در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون هستیم.



نمودار شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات برقراری ارتباط گروه کنترل در دو مرحله اندازه‌گیری

در نمودار میانگین و انحراف استاندارد نمرات برقراری ارتباط مربوط به گروه کنترل در دو مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.



نمودار شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد مولفه برقراری ارتباط گروه آزمایش در دو مرحله اندازه‌گیری

در نمودار میانگین و انحراف استاندارد نمرات مولفه برقراری ارتباط مربوط به گروه آزمایش در دو مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است. در مجموع با توجه به نمودارهای می‌توان ملاحظه کرد که تفاوت بین نمرات در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر است.

جدول شماره ۳: آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه برقراری ارتباط گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

| متغیر | منع | مجموع | درجه | میانگین | F | سطح |
|---------|------------|--------|---------|-----------|-------|-------|
| | مجموع | آزادی | مجذورات | معنا داری | | |
| برقراری | بین گروهی | 57.917 | 1 | 57.917 | 13.39 | 0.002 |
| ارتباط | درون گروهی | 77.826 | 18 | 4.324 | 5 | 0.427 |

در جدول نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه ارتباط کودکان دارای اختلال طیف اتیسم در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول، مقدار F بدست آمده برابر با ۱۳/۳۹۵ بوده و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد. با توجه به معنی‌داری مقدار F بدست آمده و کاهش میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون چنین نتیجه می‌شود که بازی درمانی موجب بهبود در برقراری ارتباط کودکان دارای اختلال اتیسم می‌شود.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه برقراری ارتباط کودکان گروه آزمایش و کنترل

| اثر | آزمونها | مقادیر | F | درجه آزادی | درجه آزادی | سطح | اندازه اثر |
|------|-------------------|--------|----|------------|------------|----------|------------|
| | | | | اثر | خطا | معناداری | |
| | اثر پیلایی | 0.885 | 29 | 4 | 15 | 0.01 | 0.885 |
| | لامبدای ویلکز | 0.115 | 29 | 4 | 15 | 0.01 | 0.885 |
| گروه | اثر هتلینگ | 7.733 | 29 | 4 | 15 | 0.01 | 0.885 |
| | بزرگترین ریشه روی | 7.733 | 29 | 4 | 15 | 0.01 | 0.885 |

همانطور که مشاهده می‌گردد سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، برابر با ۰/۰۱ است ($p < 0.01$). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بین کودکان اتیسم در دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط به برقراری ارتباط در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت بازی

درمانی بر برقراری ارتباط کودکان دارای اختلال طیف اتیسم موثر بوده است. جهت بررسی صحت این فرضیه از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. نتایج نشان داد با توجه به $F = 13/395$ ، $P = 0/002$ و تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و کاهش میانگین نمرات گروه آزمایش در پس-آزمون نسبت به گروه کنترل، بازی درمانی بر بهبود ارتباط کودکان دارای اختلال طیف اتیسم موثر می‌باشد.

نتیجه گیری

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 بازی‌درمانی جهت کاهش یا رفع بسیاری از نشانه‌های اختلال طیف اتیسم استفاده گردد. مشخصه اصلی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم عبارتند از: عدم رعایت قواعد عادی داستان-گویی و عدم درک قواعد ارتباط اجتماعی از طریق زبان، که نشانه‌های آن عبارتند: از سلام و احوالپرسی نکردن با دیگران، رعایت نکردن نوبت به هنگام صحبت و عدم پاسخ دهی به محرک‌های کلامی و غیرکلامی در شنوندگان. این اختلال در روابط میان فردی تاثیر منفی می‌گذارد. بسیاری از کودکان اتیستیک توسط رفتاردرمانی، تحصیلات و تربیت مخصوص قادر به صحبت کردن، خواندن و نوشتن و برقراری ارتباط موثر با سایرین می‌شوند.

نتایج به دست آمده در پژوهش، با نتایج پژوهش‌های ذیل همسو می‌باشد: قاسم پور (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتایج دست یافت 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. در تبیین فرضیه 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. بازی درمانگر، در واقع از موقعیت بازی برای ایجاد ارتباط با کودک استفاده می‌کند و تلاش می‌کند به تخلیه هیجانی او حل و فصل مشکلات او در زندگی عادی‌اش بپردازد. نتایج بدست آمده با پژوهش زرافشان (۱۳۹۱) همسو بود، در این پژوهش بر روی ۳۱ کودک پیش دبستانی مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام شد. مداخلات ۲ ماه طول کشید و در مجموع ۴۴ درصد کودکان موفق به کسب گفتار کاربرد خود انگیزه شدند. کار و

فلس^۱ نیز گروه ۴۴ نفری از کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم را به مدت ۱۵ ساعت تحت آموزش روش ارتباطی مبادله تصویر قرار گرفتند، سپس در مقایسه با کودکانی که مداخله صورت نگرفته بود تفاوت آماری معناداری در این کودکان را نشان داد. غلامی (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتایج دست یافت که آموزش سیستم ارتباطی مبادله ی تصویر (پکس) سبب بهبود مهارتهای اجتماعی و ارتباطی و ابعاد آن می‌گردد. 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 اوتیسم رایج است (صمدی، ۱۳۹۰).

بازی درمانی نیز کمکی برای محیط یادگیری و تجربه‌ای است که به کودکان کمک می‌کند تا فرصت‌های یادگیری در کلاس را به حداکثر برسانند. در بازی درمانی، کارشناس بازی‌درمانی با ابزاری مانند نقاشی و کارت‌های تصویری و کاردستی یا بازی‌های نمایشی خلاق، شن و آب، گل، پیکره‌های کوچک انسانی یا جانوری، ابزارهای موسیقی، عروسک به کودک شما کمک می‌کند تا با استفاده از این مجموعه و بدون ارائه‌ی توضیحات مستقیم گفتاری، به بیان احساسات خود بپردازد (لندرث، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش با پژوهش (سالمی خامنه و قهاری و سلطانلو و دارابی، ۱۳۹۲) همسو می‌باشد، این پژوهش بر روی ۱۸ پسر انجام شد و پس از دو ماه مداخله و ۲۰ جلسه، تعاملات اجتماعی و اصول ارتباط در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت. نتایج پژوهش با پژوهش (جوزفی^۲ ۲۰۰۴) و (ویتنی^۳ و رند^۴ و فرنز^۵ ۲۰۱۱)، یکسان بود. در پژوهش جوزفی^۲ ۱۶ جلسه بازی درمانی بر روی یک کودک صورت گرفت. نتایج مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد که بازی درمانی باعث استقلال در کارهایش می‌شود و نیز باعث افزایش و سرعت بخشیدن از لحاظ عاطفی و اجتماعی در کودکان می‌گردد و همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس و برقراری ارتباط با اطرافیان می‌گردد.

نتایج پژوهش با پژوهش سو^۶ یکسان می‌باشد. بازی درمانی بر روی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم اثرات بسیار مثبت می‌گذارد، مخصوصاً در زمینه‌های سازگاری رفتاری، مهارت اجتماعی، اضطراب، ترس

¹ Carr & felce

² Josefi

³ Wetty

⁴ Rand

⁵ Franz

⁶ Sue

مورد استفاده قرار می‌گیرد، بازی درمانی به عنوان مداخله ای مفید می باشد. نتایج پژوهش با نتایج (برنارد اوپتیز^۱ و کونگ^۲ ۲۰۰۴) و (ملیسا مور^۳ و ساندر^۴، ۲۰۰۶) همسو می‌باشد. در این پژوهش طی ۱۰ هفته ۸ کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم مداخلات بازی درمانی صورت گرفت. حضور در بازی و ارتباط با درمانگران باعث بهبود در وضعیت رفتاری شد و پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که، بازی و انمودی بر روی تنظیم احساسات و هیجانها واضطراب و سازگاری و ارتباط موثر با اطرافیان بسیار مفید و موثر می‌باشد.

نتایج با پژوهش (لوبو^۵ و هاربود^۶ و دازینگ^۷ و مک کوی^۸، ۲۰۱۳) همسو می‌باشد. مداخلات زود هنگام مهارت‌های حرکتی - ادراکی اولیه باعث به حداکثر رسیدن پتانسیل یادگیری کودکان می‌شود و نیز در آینده کودکان با نیازهای ویژه به حداقل برسد. بازی کردن فعالیتی خودانگیخته، معمولاً لذت- بخش، اختیاری و غیرهدفمند است. فرانک^۹ معتقد بود بازی کردن شیوه‌ای است که از طریق آن کودکان چیزی را می‌آموزند که هیچ کس نمی‌تواند به آنها یاد بدهد. بازی کردن روشی است برای اکتشاف و تعیین سمت و سوی دنیای واقعی مکان و زمان، اشیاء، حیوانات، ساختارها، مردم. کودکان از طریق پرداختن به فرآیند بازی یاد می‌گیرند در دنیای معانی و ارزش‌های ما زندگی کنند و همزمان، با شیوه خاص خودشان، بکاوند، آزمایش کنند و بیاموزند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعداد محدود آزمودنی‌ها بود که در مدرسه فوق تعداد کودکان ۶ تا ۱۱ ساله، ۲۴ نفر بودند، و نیز عدم پیگیری پایداری نتایج مداخله که به دلیل تعطیل شدن مدرسه در ایام تابستان این کار صورت نگرفت، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، نمونه بیشتری انتخاب شود و تا حد امکان مطالعات پیگیری برای بررسی تداوم تاثیرات درمانی انجام پذیرد.

از جمله پیشنهادات جهت انجام پژوهش در این زمینه، می‌توان به تکرار پژوهش برای کودکان و مداخله و همکاری والدین آنها و استفاده از آزمون‌های مختلف برای سنجش وضعیت کودکان اشاره کرد

¹ Optiz

² Kong

³ Melisa moor

⁴ Sundra

⁵ lobo

⁶ Harbored

⁷ Dousing

⁸ Mc coy

⁹ Frank

و نیز پژوهش در گروه‌های مختلف از نظر خصوصیات دموگرافیک مانند جنسیت، مقاطع مختلف سنی انجام شود، الگوی مداخله آموزشی (بازی درمانی) در این پژوهش را در قالب طرح‌های پژوهشی و برای سایر کودکان با نیازهای ویژه مورد آزمون قرار دهند، انجام پژوهش برای کودکان دارای اختلال طیف اتیسم را به صورت بازی‌های گروهی نیز می‌توان انجام داد. برگزاری کلاس‌های آموزشی برای مربیان و والدین جهت آشنایی بیشتر با بازی درمانی و انواع روش‌های بازی درمانی. اجرای جلسات مداخله بازی درمانی با رویکردهای مختلف از جمله بهبود رفتار کلیشه‌ای و مهارت خودیاری، ارتباط‌زبانی، اجتماعی شدن.

منابع

- ال. لندرت، گری. (۲۰۱۲). بازی درمانی هنر ارتباط با کودکان. ترجمه: شهناز محمدی و کبری جمشیدی (۱۳۹۴)، تهران: انتشارات روان.
- احمدی، جعفر؛ صفری، طیبه و هم‌تیمان، منصوره. (۱۳۹۱). راهنمای تشخیصی اتیسم گیلیام، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی .
- بهرامی، فاطمی. (۱۳۹۱). تاثیر تمرین کاتا در کاهش رفتارهای کلیشه ای کودکان اختلال طیف اتیسم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد ، واحد اصفهان.
- رافعی، طلعت. (۱۳۹۲). راهنمای والدین، مربیان و درمانگران کودکان مبتلا به اتیسم. تهران: نشر دانژه.
- رجبی بهجت، بهاره. (۱۳۹۲). طراحی و آزمایش یک برنامه‌ی هنردرمانی به منظور بهبود تعامل اجتماعی دانش‌آموزان درخودمانده ۱۲-۶ ساله، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا ، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- زرافشان، هادی. (۱۳۹۱). مشکلات ارتباطی کودکان در خودمانده و اثربخشی روش ارتباطی مبادله تصویر. مجله تعلیم و تربیت استثنایی ، شماره ۱۱۰، صفحه ۷۹ تا ۹۱.
- سادوک، بنجامین؛ سادوک، وبرجینیا، روئیز پدرو. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی (جلد سوم)، ترجمه: مهدی گنجی (۱۳۹۴)، تهران: انتشارات ساوالان.
- سالمی خامنه، علیرضا؛ قهاری، شهریانو؛ سلطانلو؛ مجتبی و دارابی، جعفر. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان پاسخ محور در کاهش مشکلات ارتباطی و رفتاری پسران ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به اتیسم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره ۱۵، شماره ۱، صفحه ۶ تا ۱۱.

- صمدی، سید علی؛ مک کانکی، روی. (۱۳۹۰). اختلالات طیف اتیسم. تهران: نشر دوران.
- طاهری، محمد. (۱۳۹۲). تاثیر روش درمانی پاسخ محور بر مهارت‌های ارتباطی کودکان در خودمانده ۶ تا ۱۲ ساله، پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه آموزشی گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی.
- کادوسون هیدی، جرارد؛ ای. شیفر، چارلز. (۲۰۰۳). ۱۰۱ تکنیک بازی‌درمانی، ترجمه: الهه محمداسماعیل (۱۳۹۳)، چاپ دوم، تهران: نشر دانژه.
- کریم‌پور، مریم. (۱۳۹۰). تهیه و اعتباریابی آزمون اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به طیف اتیسم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد مرودشت.
- قاسم‌پور، صالحه. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش بازشناسی هیجان‌ها بر مهارت‌های اجتماعی کودکان با اتیسم با عملکرد بالا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- غلامی، مرضیه. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش سیستم ارتباطی مبادله‌ی تصویر (پکس) بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پسر با اختلالات طیف اتیسم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- هالاها، دانیل؛ کافمن، جیمز. (۲۰۱۴). مقدمه‌ای بر آموزش ویژه دانش‌آموزان استثنایی، ترجمه: حمید علیزاده و صابری و هاشمی و محی‌الدین (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ویرایش.
- Bernard, optiz., Lng, kong. (2004). Comparison of behavioral and natural play intervention for young children with autism. Journal autism, vol 8, pp 33.
- Dionne, maryse., Martini, rose. (2011). Floor time play with a child with autism, Canadian Journal of occupational therapy. June 2011, pp78.
- Herbert, wetty., coleman, rand., geider, franz. (2011). Evaluating the effectiveness of therapy in treating, International Journals of play therapy, vol20, pp 26-37.
- Josefi, orit. (2004). Non-directive play therapy for young children with autism, clin child Psy Vol9, no 4: 533-551.
- Michele, lobo, Regina, Harbored, Stacey, dousing, Sara. Westcott McCoy. (2013). Intervention :physical therapy cannot just be about motor, Dol:10, 2522/0201,
- Moor, melisa., Russ, sundra. (2006). Parent play as a resource for children: implication for peditrications and health professionals, Journal of developmental and behavioral peditrics, vole 27, issue3, pp237-248.