

Effectiveness of play therapy for children based on emotional and social skills of children with autistic disorder

Saman Ezzati^{1*}, Mokhtar Visani²

1. MA student, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

2. Assistant Professor Farhangian University, Kermanshah, Iran

(Received: May 17, 2021; Accepted: July 25, 2022)

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of child-centered group play therapy on the emotional and social skills of children with autism. The statistical population of the research is children aged 6 to 8 years from the special education center for children with autism disorder in Sanandaj city, 10 of them were selected by simple random sampling method and randomly divided into two experimental (5 people) and control groups (5 people). The tools used in this research were parent form of emotion management skill questionnaire (Zieman et al., 2001) and social skills grading system questionnaire (Gresham and Elliott, 1990). The research design was a semi-experimental design with a pre-test and post-test with a control group. First, a pre-test was conducted for both groups, then a trial intervention (child-centered play therapy) was conducted for the experimental group during 9 sessions. After completing the treatment program, a post-test was conducted for two groups. The data collected using the statistical method of multivariate covariance analysis showed that child-centered group play therapy significantly increased ($p < 0.001$) emotional and social skills in the post-test phase in the experimental group in comparison with the control group. According to the results, the child-centered play therapy method can be used to teach emotional and social skills to autistic children.

Keywords: child-centered play therapy, autistic children, social skills, emotional skills

*Corresponding Author, Email : samanezatii1372@gmail.com

اثربخشی بازی درمانی کودک-محور بر مهارت‌های هیجانی و اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال اُتِستیک

سامان عزتی^{۱*}، مختار ویسانی^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۲. استادیار دانشگاه فرهنگیان، کرمانشاه، ایران

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۳)

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی بازی‌درمانی گروهی کودک محور بر مهارت‌های هیجانی و اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال اُتِستیک بود. جامعه آماری پژوهش کودکان ۶ تا ۸ سال مرکز آموزش ویژه کودکان دارای اختلال اُتِستیک شهر سنندج بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۱۰ نفر از این کودکان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۵ نفر) و کنترل (۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، فرم والد پرسشنامه مهارت مدیریت هیجان (زیمن و همکاران، ۲۰۰۱) و پرسشنامه نظام درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰) بودند. طرح پژوهشی، شبه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی گروهی کودک محور باعث افزایش معنی‌دار مهارت‌های هیجانی و اجتماعی در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. با توجه به نتیجه به دست آمده، می‌توان از روش بازی‌درمانی کودک محور برای آموزش مهارت‌های هیجانی و اجتماعی به کودکان اُتِستیک بهره برد.

واژگان کلیدی: بازی‌درمانی کودک محور، کودکان اُتِستیک، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های

هیجانی

مقدمه

اختلالات فراگیر تحول‌آیا اختلال نافذ رشد با آسیب شدید در زمینه‌های گوناگون رشد مشخص می‌شوند. اختلال در مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی، هیجانی و رفتارهای غیرعادی، علایق و فعالیت‌های کلیشه‌ای، از عمده‌ترین نشانه‌های این اختلالات به شمار می‌آید. این اختلالات بطور معمول در سال‌های اولیه زندگی مشخص می‌شوند و با درجاتی از عقب‌ماندگی همراه هستند (هوتون و کولز، ۲۰۱۶).

یکی از مشهورترین و وخیم‌ترین اختلالات فراگیر تحول، اختلالات اوتیسم (درخودماندگی)^۱ می‌باشد. بر اساس تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۴) اختلال اوتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود، مشخص است که کارکرد نابهنجار در زمینه‌های فوق باید در سه سالگی وجود داشته باشد.

نخستین و شاید بارزترین ویژگی اختلال درخودماندگی، نارسایی در مهارت‌های هیجانی و اجتماعی است که به طور تقریبی اغلب افراد با اختلال اوتیسم، این نارسایی را نشان می‌دهند. نارسایی در مهارت‌های هیجانی و اجتماعی به صورت نقص قابل توجه در ارتباط و تعامل اجتماعی و محدودیت‌های شدید در فعالیت‌ها و علایق فرد نمایان می‌شوند. در اختلال اوتیسم تعامل اجتماعی به شدت و به شکلی با دوام آسیب می‌بیند. افراد مبتلا در کاربرد رفتارهای غیرکلامی و جلوه‌های هیجانی مانند تماس چشمی، ژست‌های بدنی و بیان چهره‌ای و حرکات بدنی دچار مشکلات چشمگیری هستند. کودکان خردسال در ایجاد روابط با همسالان مشکل دارند و به برقراری دوستی تمایلی ندارند. کودکان بزرگتر گاهی به برقراری دوستی علاقه دارند، ولی شیوه‌های تعامل اجتماعی را نمی‌دانند (لرنر و میکامی، ۲۰۱۲).

کودکان در خودمانده برای مشارکت در فعالیت‌ها، علایق و پیشرفت‌های دیگران تلاش خود انگیخته‌ای ندارند؛ تعامل اجتماعی، عاطفی و هیجانی ندارند، برای مثال در بازی‌های ساده

¹ - pervasive developmental disorders

² - Hotton & Coles

³ - Autism

⁴ - Diagnostic and statistical manual of mental disorder's-5 (DSM-5)

⁵ - Lerner & Mikami

اجتماعی مشارکت فعال ندارند و فعالیت‌های فردی را ترجیح می‌دهند (رنگانی، همتی، شجاعی و اصغری نکاح، ۱۳۹۴).

اغلب کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، قادر نیستند هیجان‌های مثبت و منفی دیگران را به درستی درک کنند و در تعبیر و تفسیر افکار دیگران مشکلات جدی دارند، قادر به همدلی و به اشتراک گذاشتن شادی‌ها را نیستند، در مقابل در آغوش گرفته شدن و نوازش شدن مقاومت نموده و یا به صورت منفعل عمل می‌کنند و در برقراری تعامل اجتماعی با همسالان مشکل جدی دارند (لورا، گیلوری و هینلاین^۶، ۲۰۱۴). در همین راستا، سیگل^۷ (۱۹۹۶) تأکید می‌کند انزوای اجتماعی و نقص هیجانی افراد با اختلال اوتیسم، مهم‌ترین معیار برای تشخیص این کودکان به حساب می‌آیند. به همین دلیل، این کودکان به حمایت و آموزش در زمینه تقویت مهارت‌های هیجانی و اجتماعی نیاز دارند تا بتوانند برخی از این مهارت‌های کاربردی و ضروری برای زندگی اجتماعی در آنها رشد داد.

آنچه اهمیت آموزش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی به کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را ضرورت می‌بخشد، آمار فزاینده و رو به رشد این اختلال در جامعه می‌باشد. تخمین‌های اولیه شیوع اختلالات این طیف را کمتر از ۱۰ در ۱۰۰۰۰ نفر به عنوان بعضی اشکال اختلالات طیف اوتیسم شناسایی کرده‌اند. اما داده‌های جدید مراکز کنترل بیماری اوتیسم و شبکه کنترل ناتوانی‌های رشدی، می‌گوید که شیوع اختلالات طیف اوتیسم ممکن است بسیار بالاتر و شاید به اندازه ۶/۶ در هر ۱۰۰۰ جوان باشد (فومبون^۸، ۲۰۰۵). جانی و آلیسون^۹ (۲۰۱۱) در پژوهشی شامل ۸۸۹۶ کودک ۳ تا ۱۰ ساله میزان شیوع ۶۷ در ۱۰۰۰۰ کودک مبتلا به اوتیسم را گزارش کرده‌اند. همچنین ملوت^{۱۰} (۲۰۱۳) در پژوهشی با ۴۷۷۲۶ کودک ۸ ساله در کارولینای جنوبی، میزان ۶۲ در هر ۱۰۰۰۰ کودک را دارای ویژگی‌های اوتیسم گزارش

6 - Lorah, Gilroy & Hinline

7 - Seigel

8 - Fombonne

9 - Johnny & Alison

10 - Melott

کرده‌اند. در ایران، غنی زاده (۲۰۰۸) در پژوهشی که ۲۰۰۰ کودک ایرانی را مورد ارزیابی قرار داده است، میزان شیوع اختلالات طیف اتیسم را ۲۵۰ در هر ۱۰۰۰۰ کودک گزارش کرده است. تاکنون روش‌های درمانی بسیاری برای کودکان با اختلال اتیسم پیشنهاد شده، که می‌توان به مؤثرترین این درمان‌ها از جمله روش تحلیل رفتار کاربردی، آموزش رفتاری والدین، برنامه‌های درمانی تابستانی، دارو درمانی، آموزش شایستگی اجتماعی و بازی درمانی اشاره کرد. از میان تمام رویکردها و روش‌های درمانی، یکی از تأثیرگذارترین رویکردها برای آموزش مهارت‌های هیجانی و اجتماعی به کودکان، رویکردهای مبتنی بر بازی درمانی کودک محور می‌باشد.

لندرت^۲ (۲۰۰۲) بر این عقیده است که بازی درمانی تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به صورت بیانی معنی می‌شود و روشی است برای مقابله با استرس‌های هیجانی و آموزش مهارت‌های جدید. لذا، بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است و روشی است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و شکوفا نمودن استعدادها و در نهایت باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی کودکی می‌شود. همچنین به عقیده کرنشاو^۳ (۲۰۱۴) بازی درمانی عبارت است از یک ارتباط جاری^۴ بین یک درمانگر آموزش دیده و یک کودک که مشکلات رفتاری و هیجانی دارد که با استفاده از فعالیت‌های متنوع در بازی، تغییرات درمانی و مناسب را در رفتارهای هیجانی و اجتماعی کودک ایجاد می‌کنند.

لندرت (۲۰۰۲) بازی درمانی کودک محور را با گسترش رویکرد بازی درمانی بی‌رهنمود اکسلاین^۵ تدوین کرد. وی برای کار کردن با کودکان بر اساس این رویکرد، موارد زیر را توصیف کرده است: (۱) کودکان، نسخه کوچکی از بزرگسالان نیستند، بنابراین درمانگر نباید با آنها اینگونه برخورد کند، (۲) کودکان قادرند تمام هیجانات انسانی را بیان کنند، اما گاهی اوقات به دلیل عدم آموزش، این مهارت را یاد نگرفته‌اند، (۳) کودکان سزاوار احترام هستند و

¹ - play therapy
¹ - Landreth
¹ - Crenshaw
¹ - ongoing relationship
¹ - training therapist
¹ - Axline

1
 2
 3
 4
 5
 6

بایستی برای بی‌همتائی شان ارزش‌گذاری شوند، (۴) کودکان انعطاف‌پذیر هستند، (۵) کودکان از توانایی ذاتی برای رشد برخوردار هستند، (۶) کودکان به طور طبیعی از طریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند، (۷) کودکان حق دارند خودشان را به صورت غیرکلامی بیان کنند، (۸) کودکان نحوه بهره‌مندی از جلسه‌های درمانی را تعیین می‌کنند و (۹) کودکان بر اساس سرعت خودشان رشد می‌کنند و بازی درمانگر باید در این فرآیند شکلیا و صبور باشد.

به طور کلی، اهداف بازی درمانی کودک محور، دستیابی به نتایج مطلوب و کاربردی در چندین حیطه مهم رفتاری، هیجانی و شناختی می‌باشد که از جمله می‌توان به تلاش این رویکرد به ایجاد خودپنداره مثبت‌تر، پذیرفتن مسئولیت شخصی بیشتر، افزایش خودتنظیمی، خودمهارگری، پذیرش خود و خودارزشمندی، توانایی تصمیم‌گیری و قاطعیت، سبک‌های مقابله با تنش‌ها، درک خود و دیگران و ابراز همدلی، مشارکت فعال در جامعه و در نهایت تقویت منبع کنترل درونی در کودک اشاره کرد.

نتایج پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که بازی درمانی کودک محور می‌تواند برای بسیاری از مشکلات کودکان از جمله اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (گنجی، ذبیحی، خدابخش و کراسکیان، ۱۳۹۰)، اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی (بالورکا، میولا، آمیانو و کالدنتی، ۲۰۱۴^۱؛ اصلی آزاد، عارفی، فرهادی و شیخ محمدی، ۱۳۹۱)، اختلالات طیف اتیسم (رنگانی و همکاران، ۱۳۹۴؛ گراتز، ۲۰۰۹^۱) و دلبستگی ناایمن کودکان بی‌سرپرست (خالدیان، ۱۳۹۳؛ کاسکاک، ۲۰۱۴^۱) مفید باشد. پیازه یکی از نخستین کسانی بود که به این نتیجه دست یافت که بازی و انمودسازی به کودکان امکان می‌دهد تا مهارت‌های تازه‌ای را کسب کنند، آن را تمرین کنند و بهبود ببخشند (محمداسماعیل، ۱۳۸۹). همچنین، بر اساس یافته‌های جوزف و رایان^۲ (۲۰۰۴) بازی درمانی برای کودکان با اختلال اتیسم این امکان را فراهم می‌کند تا سرعت و شیوه هر جلسه درمانی را انتخاب و خودشان بر روی تغییرات تمرکز کنند.

¹ - Balluerka, Muela, Amiano & Caldentey

¹ - Graetz

¹ - Kascask

² - Josef & Ryan

همچنین، بازی درمانی استقلال، عزت نفس و خودکارآمدی کودکان را افزایش داده و به آنان اجازه می‌دهد تا از هر دو جنبه هیجانی و اجتماعی پیشرفت کنند.

نتایج حاصل از پژوهش فراتحلیل کیتنبرینک (۲۰۱۷) نشان می‌دهد که بازی درمانی کودک محور، می‌تواند به رشد شناختی، خودآگاهی هیجانی، خویشتنداری، مهارت کمک طلبی و مشارکت فعال، بازداری و خودمهارگری رفتاری، آموزش جرأت‌ورزی و الگوهای تعاملی و همچنین بهبود روابط والد-کودک کمک کند. با وجود پژوهش‌های متعدد در عرصه بازی درمانی، هنوز این روش به عنوان یکی از روش‌های آموزش مهارت‌های هیجانی و اجتماعی، نیازمند بررسی‌های بیشتر است، از این رو، هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر روش بازی درمانی کودک محور بر مهارت‌های هیجانی و اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر شبه تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد که پرسشنامه‌های مهارت‌های اجتماعی و هیجانی توسط یکی از والدین کودک تکمیل گردید، سپس برای گروه آزمایش ۹ جلسه بازی درمانی گروهی کودک محور اجرا شد، اما در این مدت گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند، در پایان جلسات بازی درمانی، پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد که مجدداً ابزارهای پژوهش توسط والدین کودک تکمیل گردید. جامعه آماری پژوهش، تمام کودکان ۶ تا ۸ سال مبتلا به اتیسم است که در سال ۱۳۹۶ در مرکز ویژه آموزش کودکان اتیسم شهر سنج‌دارای پرونده پزشکی مبتلا به اختلال طیف اتیسم هستند و به منظور دریافت آموزش‌های ویژه در این مرکز ثبت نام نموده‌اند که تعداد آنها ۳۷ نفر می‌باشند. از جامعه مذکور با توجه به ملاک‌های ورودی (نرمال بودن از نظر هوشی، عدم داشتن معلولیت جسمانی، باسواد بودن حداقل یکی از والدین) و ملاک‌های خروجی (عقب ماندگی ذهنی با استفاده از ماتریس‌های پیش‌رونده ریون^۲، داشتن اختلالات همبود از جمله بیش‌فعالی و نقص توجه) تعداد ۱۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به صورت تصادفی به قید قرعه در دو گروه کنترل (۵ نفر) و آزمایشی (۵ نفر) گمارده شدند.

² - Kittenbrink

² - raven's colored progressive matrices

در پژوهش حاضر، برای سنجش مهارت‌های اجتماعی از نظام درجه بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام^۳ و الیوت^۴ (۱۹۹۰)، فرم والد استفاده شد. این مقیاس دارای سه فرم والدین، معلم و دانش آموز است که در بر گیرنده دو بخش اصلی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری است. بخش مهارت‌های اجتماعی دارای زیرمقیاس‌های همکاری، جرأت‌ورزی و خودمهارگری است و بخش مشکلات رفتاری شامل زیرمقیاس‌های مشکلات درونی سازی شده، برونی سازی شده و فزون‌کنشی است. فرم والد این مقیاس شامل ۵۲ گویه است که ۳۰ گویه مربوط به مهارت‌های اجتماعی و ۲۲ گویه مربوط به مهارت‌های رفتاری می‌باشد که در این پژوهش تنها از ۳۰ گویه مهارت‌های اجتماعی استفاده شد. این مقیاس از نوع لیکرتی سه گزینه‌ای به صورت هرگز (نمره صفر)، بعضی اوقات (نمره ۱) و اغلب اوقات (نمره ۲) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین نمره صفر تا ۶۰ قرار دارد که نمرات پایین بیانگر مهارت‌های اجتماعی ضعیف و نمرات بالا هم بیانگر برخورداری از مهارت‌های اجتماعی مناسب می‌باشد. گرشام و الیوت (۱۹۹۰) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش‌های بازآزمایی و آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی با روش آلفای کرونباخ و روش تنصیف به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ بدست آمد. همچنین پرسشنامه مهارت مدیریت هیجان مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط زیمن و همکاران تدوین شد که شامل ۳۸ گویه است که به صورت مقیاس رتبه‌بندی از نوع لیکرت از نمره ۱ (به ندرت)، ۲ (گاهی اوقات) و ۳ (اغلب اوقات) نمره‌گذاری می‌شود که دامنه نمرات آن بین ۳۸ تا ۱۱۴ می‌باشد و نمرات بالا به منزله مهارت هیجانی بالا و نمرات پایین بیانگر مهارت هیجانی ضعیف می‌باشد. این پرسشنامه مهارت کودک در بازداری پاسخ، مدیریت ابراز هیجان، بیان آشفته هیجان، ابراز هیجانی نامناسب فرهنگی و سازگاری هیجانی کودک را ارزیابی می‌کند. در پژوهش خالدیان (۱۳۹۳) ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش تنصیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است.

2 - social skills rating system (SSRS)

2 - Gresham

2 - Elliott

در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات مداخله بازی درمانی کودک محور بر اساس پروتکل براتون و لندرت (۲۰۰۹) ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله بازی درمانی

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با عناصر برنامه	سلام و احوالپرسی، خوش آمدگویی، حضور و غیاب افراد گروه آزمایش، آشنایی با عناصر برنامه (مری، شرکت‌کنندگان و چارچوب برنامه)، انجام چند بازی جهت تقویت ارتباط.
دوم	شناسایی حالات چهره دیگران	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در شناسایی حالات چهره دیگران (خشم، شادی، ترس، تعجب و غمگینی)، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	استفاده از حالات چهره برای بیان احساسات خود	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در استفاده از حالات چهره برای بیان احساسات خود، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی و تقویت روحیه مشارکتی	آموزش و تقویت مهارت‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی مثل گوش دادن فعال، روش‌های مؤثر برای گوش دادن فعال، موانع ارتباط مؤثر از جمله تهدید کردن، بی‌توجهی کردن به احساسات فرد متقابل و مسخره کردن و نحوه درخواست محترمانه از دیگران به صورت ایفای نقش، پرداختن به فعالیت و بازی انتخابی جلسه.
پنجم	آموزش خودآگاهی و همدلی	آشنایی آزمودنی‌ها با خودآگاهی، شناخت احساسات و کنترل احساسات، هویت و هویت‌یابی، عزت نفس و اهمیت عزت نفس، مهارت همدلی و اهمیت آن، علل ناتوانی در بیان همدلی، نحوه بیان همدلی و نتایج حاصل از همدلی از جمله کاهش استرس، سرزنش خود و افزایش احساس حمایت اجتماعی و احساس تعلق، پرداختن به فعالیت و بازی انتخابی جلسه
ششم	شروع گفتگو با دیگران	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در شروع گفتگو با دیگران، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	وارد شدن به جمع کودکان در حال بازی	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در وارد شدن به جمع کودکانی که در حال بازی هستند، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.

هشتم	درخواست کمک از دیگران	انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در درخواست کمک از دیگران به هنگام نیاز، به سه روش مؤدبانه، پرخاشگرانه و سؤالی. تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده.
نهم	افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی	کمک به کودکان جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی و خشم و حالت‌های چهره‌ای و غیرکلامی آنها، لزوم بیان تجارب هیجانی به صورت صحیح و آموزش خودنظارتی جهت شناسایی هیجان‌های مختلف، پرداختن به فعالیت و بازی انتخابی جلسه. خلاصه و جمع‌بندی جلسات گذشته، تعیین زمان برای اجرای پس آزمون و خداحافظی با آزمودنی‌ها.

یافته‌های پژوهش

در جدول ۲ شاخص‌های مربوط به آمار توصیفی برای نمونه مورد بررسی شامل میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره برای متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	شاخصهای آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
مهارت اجتماعی	میانگین	۱۸/۱۹	۳۰/۰۶	۱۷/۵۳	۱۷/۲۱
	انحراف معیار	۳/۴۱	۳/۶۲	۲/۷۵	۳/۱۹
	حداقل نمره	۱۰	۱۹	۹	۱۲
	حداکثر نمره	۲۴	۳۸	۲۲	۲۵
مهارت هیجانی	میانگین	۳۴/۱۳	۵۶/۷۳	۳۰/۹۰	۳۲/۷۸
	انحراف معیار	۵/۱۰	۵/۲۵	۵/۰۸	۴/۵۵
	حداقل نمره	۲۱	۴۳	۲۳	۲۳
	حداکثر نمره	۴۱	۶۹	۳۸	۴۱

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌کنید میانگین و (انحراف معیار) نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون مهارت اجتماعی گروه آزمایش به ترتیب ۱۸/۱۹ و (۳/۴۱) و ۳۰/۰۶ و (۳/۶۲) و گروه گواه به ترتیب ۱۷/۵۳ و (۲/۷۵) و ۱۷/۲۱ و (۳/۱۹) می‌باشد. میانگین و (انحراف معیار) نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون مهارت هیجانی گروه آزمایش به ترتیب

۳۴/۱۳ و (۵/۱۰) و (۵۶/۷۳) و (۵/۲۵) و گروه گواه به ترتیب ۳۰/۹۰ و (۵/۰۸) و ۳۲/۷۸ و (۴/۵۵) می باشد. برای بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از آزمون‌های کولموگراف-اسمیرنف و آزمون لون استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

مهارت هیجانی و مهارت اجتماعی

شاخص‌های آماری متغیرها	(Z)	Sig
مهارت اجتماعی	۰/۹۹۱	۰/۲۷۹
مهارت هیجانی	۰/۶۰۱	۰/۸۶۳

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در همه متغیرها مقدار Z کوچکتر از مقدار جدول است و بنابراین فرض نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است ($p > ۰/۰۵$). بنابراین امکان استفاده از آزمون‌های پارامتریک وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس لون برای متغیر مهارت هیجانی و مهارت اجتماعی

متغیر وابسته	درجه آزادی		F	Sig
	۱	۲		
مهارت اجتماعی	۱	۸	۴/۷۲	۰/۲۵۳
مهارت هیجانی	۱	۸	۳/۱۷	۰/۱۳۴

نتایج بدست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهند که آزمون لون در متغیر مهارت اجتماعی ($F = ۴/۷۲$) و در متغیر مهارت هیجانی ($F = ۳/۱۷$ و $p = ۰/۲۵۳$) و $p = ۰/۱۳۴$) معنی دار نمی‌باشد. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مهارت هیجانی و مهارت اجتماعی به طور معنی داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

فرضیه اصلی: بازی درمانی گروهی کودک محور بر مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی کودکان اُتیستیک اثر معنادار دارد.

جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) روی نمرات پس آزمون و آزمون پیگیری با کنترل پیش آزمون‌ها انجام گرفت. جدول ۵ نتایج تحلیل

کوواریانس چند متغیری را روی نمرات پس آزمون و پیگیری با کنترل پیش آزمون‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی با کنترل پیش آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	آزمون‌ها	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
	اثر پیلایی ^{۲۶}	۰/۸۵	۴۶/۳۰	۲	۵	۰/۰۰۱
	لمبدای ویلکز ^{۲۷}	۰/۱۴	۴۶/۳۰	۲	۵	۰/۰۰۱
۴۸	اثر هتلینگ ^{۲۸}	۶/۰۴	۴۶/۳۰	۲	۵	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی ^{۲۹}	۶/۰۴	۴۶/۳۰	۲	۵	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده است. جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا را برای مقایسه پس آزمون‌ها و آزمون پیگیری هر دو متغیر وابسته مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی را با کنترل پیش آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

فرضیه اول: بازی درمانی گروهی کودک محور بر مهارت اجتماعی کودکان اُتِستیک اثر معنادار دارد.

فرضیه دوم: بازی درمانی گروهی کودک محور بر مهارت هیجانی کودکان اُتِستیک اثر معنادار دارد.

² - pill's trace
² - wilks' lambda
² - hotelling's trace
² - roy's largest root

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا برای مقایسه پس آزمون ها و آزمون پیگیری متغیر وابسته مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی با کنترل پیش آزمون ها در گروههای آزمایش و گواه

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
۴ ۶۸	مهارت اجتماعی	۳۰۴۷۵/۸۶	۱	۳۰۴۷۵/۸۶	۱۶/۰۴	۰/۰۵
	مهارت هیجانی	۱۱۹۶۷/۶۱	۱	۱۱۹۶۷/۶۱	۱۲/۹۳	۰/۰۵

نتایج بدست آمده در جدول ۶ نشان می دهند که تحلیل کوواریانس یکراهه پس آزمون ها در متغیرهای مهارت اجتماعی ($F = ۱۶/۰۴$ و $p = ۰/۰۵$)، مهارت هیجانی ($F = ۱۲/۹۳$ و $p = ۰/۰۵$) معنادار می باشد. بنابراین می توان ادعا کرد که هر دو فرضیه پژوهش، مبنی بر اثربخشی بازی در مانی گروهی کودک محور بر مهارت اجتماعی و مهارت هیجانی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم تأیید می شوند.

نتیجه گیری

یافته های این تحقیق حاکی از آن است که بازی درمانی گروهی بر مهارتهای اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم مؤثر و معنی دار می باشد. با توجه به نتایج تحلیل مانکوا، فرضیه اول تحقیق تأیید می شود ($p < ۰/۰۰۱$). نتیجه تحقیق حاضر با نتیجه تحقیق گنجی و همکاران (۱۳۹۰)، رنگانی و همکاران (۱۳۹۴)، گراتز (۲۰۰۹)، کاساکاک (۲۰۱۴) و هوتون و کولز (۲۰۱۶) همسو است.

در تبیین اثربخشی بازی درمانی گروهی بر افزایش مهارت های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، می توان بیان کرد که بازی درمانگران، اهداف بازی را به صورت رشد خود، پختگی و رشد ارتباط و توسعه سطح مهارت های مشارکتی دسته بندی کرده اند. در زمینه رشد خود، کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکار، کشف علایق و کسب احساس کنترل بر روی محیط استفاده می کنند که توسعه این توانمندی باعث ارتقاء سطح مهارت های خودآگاهی، خودشناسی، همدلی و در نهایت اقدام جهت زندگی گروهی و اجتماعی خواهد شد. در مورد فرآیند پختگی و رشد ارتباط و توسعه سطح مهارت های مشارکتی نیز، بازی می تواند به منظور رشد و توسعه مهارت های حرکتی، شناختی، زبانی، حل مسئله، شناخت عواطف و هیجانات و راه حل های منطقی به کار برده شود که فرصت آگاهی یافتن از محیط خود،

شناخت افراد پیرامون، شناخت محدودیت‌های محیطی و سازگاری کارآمد با آن را به کودک می‌دهد که در نهایت باعث رشد دیدگاه مشارکتی و همکاری در جهت رفع محدودیت‌ها به صورت گروهی خواهد شد. بنابراین، بر اساس مطالبی که عنوان شد، هدف اولیه بازی درمانی، شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودکان به عنوان یکی از محدودیت‌های اصلی فعالیت‌های گروهی و همکاری در بین آنها می‌باشد (لندرت، ۲۰۰۲).

از طرف دیگر، بازی در مانی گروهی کودک محور ترکیبی از تکنیک‌های خودآگاهی، خودتنظیمی، مدیریت خشم و استرس، ابراز وجود و قاطعیت، ابراز احساس، گوش دادن فعال، بازخوردی و انعکاسی، مدیریت هیجان و نحوه اداره تعامل و ارتباط می‌باشد. به عنوان مثال، آموزش مهارت همدلی از طریق ایفای نقش عروسکی، شامل تکنیک‌های ارتباط کلامی (گفتن و شنیدن)، ارتباط غیرکلامی و زبان بدن، مهارت‌های گوش دادن، پذیرش احساسات، قاطعیت و مهارت امتناع یا رد یک پیشنهاد می‌باشد که تمام این تکنیک‌ها را می‌توان به صورت نمایش در طول بازی به کودک آموزش داد. همچنین، عضو شدن در گروه و ابراز عقیده و نظر خود باعث شکل‌گیری شبکه اجتماعی و حمایت گروهی و در نهایت کاهش کاهش گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی کودکان اُتیستیک خواهد شد (کرنشواو، ۲۰۱۴).

همچنین، یافته‌های این تحقیق حاکی از آن است که بازی درمانی گروهی بر مهارت‌های هیجانی کودکان مبتلا به اختلال اُتیسم مؤثر و معنی‌دار می‌باشد. با توجه به نتایج تحلیل مانکووا، فرضیه دوم تحقیق تأیید می‌شود ($p < 0/001$). نتیجه تحقیق حاضر با نتیجه تحقیق خالدیان (۱۳۹۳)، اصلی آزاد و همکاران (۱۳۹۱)، بوث و جرنبرگ (۲۰۱۰)، بالورکا و همکاران (۲۰۱۴) و کیتنبرینک (۲۰۱۷) همسو است.

در تبیین اثربخشی بازی درمانی گروهی بر افزایش مهارت هیجانی کودکان اُتیستیک، می‌توان بیان کرد که آموزش هر یک از مهارت‌های مدیریت هیجان به وسیله بازی از جمله مهارت شناسایی جلوه‌های هیجانی صورت، تن صدا، ژست بدن، آگاهی از احساسات مثبت و منفی خود، مدیریت استرس و علائم خشم و فکر کردن قبل از انجام عمل، همه باعث رشد خودآگاهی هیجانی و مدیریت هیجانات خود در موقعیت‌های مختلف می‌شود که باعث تفاوت بین مهارت هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. بر اساس نظر لندرت (۲۰۰۲)،

بازی مناسب‌ترین روش برای آموزش مهارت‌های جدید به کودک است و بازی تمام تکنیک‌های تغییر رفتار از جمله ایفای نقش را شامل می‌شود که می‌توان اغلب مهارت‌های جدید را از این طریق آموزش داد. محمد اسماعیل (۱۳۸۹) بیان می‌کند که بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد که مهارت‌های اجتماعی خود و میزان خودآگاهی را ارزیابی کنند و رفتارهای متناسب و مکمل آن را تمرین کنند و بیامورند.

به علاوه می‌توان اذعان کرد که بازی درمانی گروهی کودک محور، با تأکید بر افزایش خودآگاهی، توانایی خودتنظیمی و خودگردانی و مقابله با فشارهای روانی، باعث رشد و تقویت احساس عزت نفس و احساس تعلق به گروه خواهد شد. در واقع، احساس پذیرش در گروه و سازش یافتگی موفقیت‌آمیز با تندرستی، مستلزم استفاده از دامنه و سببی از راهبردهای مقابله‌ای مانند نظم بخشیدن به هیجان‌ها، تفکر سازنده، تنظیم و هدایت رفتار و عمل روی محیط به منظور کاهش منبع تندرستی است. تمامی این فرایندها در درون سازه راهبردهای مقابله‌ای به عنوان یکی از علل تقویت مهارت هیجانی و رشد احساس امنیت در گروه و احساس تعلق و پذیرش از سوی مربی و اعضای گروه خواهند شد (بوث و جرنبرگ، ۲۰۱۰).

با توجه به مطالبی که در تبیین اثربخشی بازی درمانی گروهی کودک محور بر ارتقاء سطح مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان اُتیس‌تیک ذکر شد، می‌توان نتیجه گرفت که این رویکرد درمانی می‌تواند در مراکز مشاوره و مدارس ویژه این کودکان، به عنوان روش و ابزاری مفید برای آموزش مهارت‌های رفتاری، اجتماعی و هیجانی بکار گرفته شود. در پایان می‌توان استنباط نمود که از روش بازی درمانی کودک محور می‌توان برای آموزش مهارت‌های هیجانی و اجتماعی به کودکان اُتیس‌تیک بهره برد. با این وجود، اظهار نظر قطعی در این زمینه نیازمند پژوهش‌های بیشتر است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجرای آن تنها بر روی گروه سنی ۶ تا ۸ سال است که تعمیم آن به گروه نوجوانان دارای طیف اتیسم باید با احتیاط صورت گیرد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود این پژوهش با در نظر گرفتن متغیر سن، فرهنگ و جنسیت در گروه‌های دیگری از جمله نوجوانان و یا کودکان زیر ۶ سال نیز تکرار شود. بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود مدارس ویژه کودکان استثنایی به منظور بهبود رشد مهارت‌های اجتماعی و هیجانی که از جمله اختلالات شایع در کودکان و نوجوانان

دارای اختلال طیف اتیسم می‌باشد از روش‌های مبتنی بر بازی درمانی برای این اهم بهره بگیرند و از طرف دیگر در آموزش این کودکان به بهبود مدیریت هیجان و مهارت‌های اجتماعی توجه ویژه‌ای داشته باشند.

منابع

- اصلی آزاد، مسلم؛ عارفی، مژگان؛ فرهادی، طاهره و شیخ محمدی، روح‌الله (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر اضطراب و افسردگی کودکان دختر دارای اختلال اضطراب و افسردگی در دوره دبستان. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، سال ۲، شماره ۹، ص ۹۰-۷۱.
- خالدیان، دیلان (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر افسردگی، شادکامی و دلبستگی ناایمن کودکان بی سرپرست ۵ تا ۱۰ سال شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- رنگانی، اقدس؛ همتی، قربان؛ شجاعی، ستاره و اصغری نکاح، سیدمحسن (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله‌ای بازی درمانی عروسی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال اتیسم. فصلنامه علمی- پژوهشی افراد استثنایی، سال ۵، شماره ۲۰، ص ۳۳-۱.
- گنجی، کامران؛ ذبیحی، رزیتا؛ خدابخش، روشنک و کراسکیان، آدیس (۱۳۹۰). تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش نشانه‌های رفتاری کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی. مجله روانشناسی بالینی، سال ۳، شماره ۴، ص ۲۵-۱۵.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۹). بازی درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی. تهران: نشر دانژه.

- Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment based play*. USA: Wiley Publications.
- Crenshaw, D. (2014). *Play Therapy with Children of Fury: Theory and Interventions*. 8th Annual Multicultural Play Therapy Center Conference. <http://oeo.uncc.edu/playtherapy>.
- Fombonne, E. (2005). The changing epidemiology of autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 281-294.
- Graetz, J. E. (2009). *Promoting social behaviors for adolescents with autism using social stories*. Unpublished dissertation, George Mason University.
- Hotton, M., & Coles, S. (2016). The Effectiveness of Social Skills Training Groups for Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3(1). 68-81.

- Ghanizadeh, A. (2008). A Preliminary Study on Screening Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Schoolchildren in Iran. *Springer Science + Business Media*, 38, 759–763.
- Lorah, E. R., Gilroy, S. P., & Hineline, P. N. (2014). Acquisition of peer manding and listener responding in young children with autism, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 61-67.
- Johnny, L., & Alison, M. K. (2011). The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 51, 418-425.
- Josef, O., & Ryan, Y. (2004). Non-directive play therapy for young children with Autistic: a case study. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, (37), 93-96.
- Kacsak, T. (2014). Using Child-Centered Group Play Therapy to Impact Social and Behavioral Impairments. 8th Annual Multicultural Play Therapy Center Conference. <http://oeo.uncc.edu/playtherapy>.
- Kittenbrink, R. (2017). Social Skills Research Validated Interventions. National Autism Conference. Pennsylvania Training and Technical Assistance Network.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy .the art of the relationship* (2ed) New York: brunner- Routledge.
- Melott, K. (2013). Social skills for higher functioning children. National Autism Conference, State College, PA. August.
- Siegel, B. (1996). *The world of the autistic child: Understanding and treating autistic spectrum disorders*. New York: Oxford University Press.