

اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا

هدی فرامرزی^۱، مرضیه قانعی^۲

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۰۷

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۷/۱۴

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان پسر ۸ تا ۱۲ ساله اتیسم مراکز درمانی شهر اراک در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. در این پژوهش ۱۶ کودک پسر اتیسم با عملکرد بالا با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس پرسشنامه سنجش دامنه طیف اتیسم به عنوان حجم نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) به شیوه تصادفی گمارش شدند. از مقیاس تجدید نظر شده رفتارهای چالشی بودفیش، سیمونز، پارکر و لوییز (۲۰۰۰)، برای ارزیابی رفتارهای چالشی استفاده شد. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طول یک ماه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری را دریافت کردند در حالی که گروه کنترل چنین مداخله‌ای را دریافت نکردند. در پایان مجدداً هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری سبب کاهش رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا می‌شود. از این رو می‌توان از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری به عنوان یک روش مداخله‌ای موثر در حوزه اختلال طیف اتیسم سود جست.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

famarzihoda@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران،

ایران.

واژگان کلیدی: اختلال طیف اتیسم، بازی درمانی، رفتارهای چالشی، شناختی-رفتاری.

مقدمه

بر اساس تعریف ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ مشخصه اصلی اختلال طیف اتیسم^۲ شامل نقص مداوم در برقراری ارتباط اجتماعی متقابل و تعامل اجتماعی و الگوهای محدود تکراری و کلیشه‌ای در رفتار، علائق و فعالیت‌ها است. این نشانه‌ها باید از دوران کودکی وجود داشته باشد و عملکرد روزانه فرد را مختل کند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). اختلال اتیسم، از نگاه بالینی در پنجمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی در ۳ سطح که شامل: سطح ۱، سطح ۲ و سطح ۳ می‌باشد تقسیم‌بندی شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به لحاظ سبب‌شناسی، اکثر دانشمندانی که بر روی اختلال اتیسم پژوهش می‌کنند، بر این اعتقادند که دلایل بسیاری برای اختلال اتیسم وجود دارد و برای این اختلال یک دلیل واحد نمی‌توان یافت (ویلی^۴، ۲۰۱۲). نرخ شیوع اختلال اتیسم در سال‌های اخیر به سرعت در حال افزایش است (سازمان بهداشت جهانی^۵، ۲۰۱۶). نرخ شیوع اختلال اتیسم در کودکان ۱ در ۵۹ تولد می‌باشد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۶، ۲۰۱۸). در ایران نیز طبق پژوهشی نرخ شیوع این اختلال ۹۵/۲ در ۱۰,۰۰۰ گزارش شده است (صمدی و مک کانگی، ۲۰۱۵). در کودکان اتیسم رفتارهای چالشی^۷ که شامل رفتارهایی از قبیل پرخاشگری، عدم سازگاری با محیط و آسیب‌رسانی به خود می‌باشد به فراوانی به چشم می‌خورد (بغدادلی و همکاران^۸، ۲۰۰۳؛ به نقل از خان آبادی و همکاران، ۱۳۹۳). بهاری و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که میانگین رفتارهای چالشی کودکان اتیسم به گونه معناداری بیشتر از کودکان کم‌توان ذهنی است. رفتارهای چالشی از نظر فرهنگی رفتارهای غیرعادی هستند که از نظر شدت، فرکانس و مدت زمان ایمنی فیزیکی فرد و یا دیگران را با خطر جدی مواجه می‌سازند

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
2. Autism spectrum Disorder
3. American Psychiatric Association
4. Wiley
5. World Health Organization
6. Centre for Disease Control and Prevention
7. Challenging Behavior
8. Baghdadli et.al

(امرسون^۱، ۲۰۰۱). رفتارهای چالشی ممکن است به عنوان یک مانع برای یادگیری مهارت‌های جدید به ویژه برای کسانی که در محیط مدرسه هستند، عمل کند (چادویک و همکاران^۲، ۲۰۰۰). به همین دلیل است که کودکان اتیسم به منابع قابل ملاحظه‌ای از مداخلات درمانی برای کاهش چنین مشکلات عدیده‌ای نیازمند هستند، و این رفتارها به دلیل ماهیت عجیب و شدید خود مورد توجه گروه وسیعی از پژوهشگران قرار گرفته است (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۲).

استفاده از بازی و روش‌های مختلف اجرای بازی‌ها یکی از فعالیت‌های فرح‌بخش آموزشی است که در درمان این کودکان دارای کاربرد زیادی است (مهرجو، ۱۳۹۰). مداخله‌های مربوط به بازی در کودکان اتیسم باعث تغییر رفتارهای چالشی آن‌ها می‌شود و پیامد آن متوقف شدن رفتارهای چالشی و تغییر جهت آن به سوی رفتارهای دیگر است (مارتینز و بتز^۳، ۲۰۱۳). یافته‌ها نیز نشان می‌دهد که کسب مهارت بازی در اوایل زندگی امکان دارد مانع زیاد شدن رفتارهای چالشی در کودکان اتیسم می‌شود (لانگ^۴، ۲۰۱۴). به علاوه ارتقای کیفیت و فراوانی بازی مناسب موجب کاهش رفتارهای چالشی کودکان اتیسم شده و یک روش تاثیرگذار در پیشگیری و درمان این گونه رفتارهاست (لانگ، ۲۰۱۰؛ به نقل از حسین خانزاده و ایمن خواه، ۱۳۹۵). بازی باعث طیف بزرگی از یادگیری‌ها می‌شود. بازی‌ها سبب تغییرات رفتاری می‌گردند یعنی از طریق آن می‌توان رفتارهای نادرست را حذف و رفتارهای درست را جایگزین آن‌ها کرد (شریفی درآمدی، ۱۳۸۵). امروزه مهم‌ترین روش برای درمان اختلال‌های روانی و عاطفی کودکان، بازی درمانی است که حتی سبب درمان بسیاری از اختلال‌های روانی در بزرگسالان می‌شود (کرمی و همکاران، ۱۳۹۴). بازی درمانگری یک از شاخص‌ترین و کاربردی‌ترین روش‌ها است که روانشناسان و پژوهشگران زیادی در طول چندین دهه از این روش برای درمان اختلال‌های روانی زیادی بهره گرفته‌اند و اثربخشی آن را اثبات کرده‌اند (براتون^۵، ۲۰۰۵).

1. Emerson
2. Chadwick et.al
3. Martinez & Betz
4. Lang
5. Bratton et.al

روشی که در این پژوهش به کار برده شده است بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری است. در بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری مداخله‌های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می‌شود. از جمله این مداخله‌های رفتاری به حساسیت‌زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و الگوسازی می‌توان اشاره کرد؛ از طرفی روش‌های شناخت رفتاری که به طور معمول در بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری استفاده می‌شود، با تغییر رفتار و روش‌های شناختی با تغییر افکار سر و کار دارند. در این روش فرض بر این است که تغییر در افکار، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آن‌ها را بسازد. او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف‌های شناختی خود، به او یاد می‌دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض کند (گالاگر و همکاران^۱، ۲۰۰۴؛ به نقل از آذرنبوشان و همکاران، ۱۳۹۱).

با توجه به پیشینه پژوهش، این احتمال می‌رود که به کارگیری روش بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا که از اصلی‌ترین مشکلات این کودکان است موثر باشد. آنچه اهمیت پژوهش حاضر را برجسته می‌سازد این است که نمی‌توان پژوهشی را یافت که به تعیین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا پرداخته باشد. و بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه بازی درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری بر روی گروه دیگر انجام گرفته است. از این رو انجام پژوهش حاضر به دلیل پر کردن خلا پژوهشی در این حوزه و کاربردی بودن نتایج به دست آمده از آن در حوزه توانبخشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا، ضرورت دارد. بنابراین، با توجه به هدف پژوهش حاضر که تعیین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا است و این فرضیه که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا موثر است، قابل تدوین است.

روش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان پسر ۸ تا ۱۲ ساله اتیسم مراکز درمانی شهر اراک در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. در این پژوهش ۱۶ کودک پسر اتیسم با عملکرد بالا با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس پرسشنامه سنجش دامنه طیف اتیسم^۱ از مرکز درمانی اتیسم رضوان که واجد ملاک‌های ورود دریافت تشخیص اختلال اتیسم با عملکرد بالا، پسر بودن و قرار داشتن در محدوده سنی ۸ تا ۱۲ و ملاک‌های خروج آسیب حسی (آسیب شنوایی، آسیب بینایی)، ناتوانی جسمی و حرکتی و غیبت متوالی در بیش از ۲ جلسه از جلسات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) به شیوه تصادفی گمارش شدند. جهت رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، از مدیریت مرکز درمانی اتیسم رضوان، کودکان اتیسم و والدین آن‌ها کسب اجازه شد. برای اجرای پژوهش در اولین مرحله، مقیاس تجدید نظر شده رفتارهای چالشی به عنوان پیش‌آزمون توسط والدین کودکان اتیسم با عملکرد بالا تکمیل شد و در مرحله بعدی مداخله بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری توسط دو روان‌شناس دوره دیده و مسلط در حوزه بازی درمانی در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طول یک ماه بر روی گروه آزمایش اجرا شد، در صورتی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای در زمینه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری دریافت نکرد. بعد از آخرین جلسه هر دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) توسط مقیاس تجدید نظر شده رفتارهای چالشی به عنوان پس‌آزمون که والدین کودکان اتیسم با عملکرد بالا تکمیل کردند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه سنجش دامنه طیف اتیسم: در این پرسشنامه که به وسیله والدین و معلمان تکمیل می‌شود ۲۳ گویه وجود دارد که برای هر گویه نمره ۰-۲ در نظر گرفته می‌شود. کودکانی که نمره کلی آن‌ها ۲۲ (در صورت تکمیل شدن توسط درمانگر) و ۱۹ (در صورت تکمیل شدن والدین) باشد، به عنوان کودک دارای اختلال اتیسم با عملکرد بالا انتخاب می‌شوند. این پرسشنامه مشکلات افراد دارای اختلال اتیسم در ۳ حوزه تعاملات اجتماعی، تاخیر زبان و گفتار و مشکلات رفتاری و بازی‌های نمادین غیرعادی را می‌سنجد. پرسشنامه

سنجش دامنه طیف اتیسم در داخل کشور توسط کاسه‌چی (۱۳۹۰) هنجاریابی شده است. برای برآورد روایی همگرایی این پرسشنامه همبستگی آن با دو پرسشنامه راتر^۱ و CSI-4 محاسبه شد که در گروه والدین، ضریب همبستگی این پرسشنامه و پرسشنامه راتر، (۰/۷۱۵)، و ضریب همبستگی این پرسشنامه و CSI-4، (۰/۴۸۶)، و در گروه معلمان، ضریب همبستگی این پرسشنامه و پرسشنامه راتر، (۰/۴۹۵)، و ضریب همبستگی این پرسشنامه و CSI-4، (۰/۴۱۱)، به دست آمد و معنادار بود. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در گروه والدین و معلمان کودکان عادی و طیف اتیسم نشان می‌دهد که گویه‌های پرسشنامه سنجش دامنه طیف اتیسم برای غربالگری کودکان اتیسم با عملکرد بالا مناسب است (کاسه‌چی، ۱۳۹۰).

مقیاس تجدید نظر شده رفتارهای چالشی: برای سنجش رفتارهای چالشی در این پژوهش از مقیاس تجدید نظر شده رفتارهای چالشی استفاده شد. این مقیاس برای سنجش رفتارهای چالشی طراحی شده است. مقیاس مذکور دارای شش خرده مقیاس رفتار کلیشه‌ای^۲، رفتار خودآزاری^۳، رفتار وسواسی^۴، رفتار آیینی^۵، رفتار یکنواختی^۶ و رفتار محدود^۷ است (بودفیش و همکاران^۸، ۲۰۰۰؛ به نقل از رضایی و لاری لواسانی، ۱۳۹۶). لم و امان^۹ (۲۰۰۷) اعتبار مقیاس تجدید نظر شده رفتارهای چالشی را با استفاده از روش همسانی درونی برای خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ گزارش کرده اند (به نقل از خاموشی و میرمهدی، ۱۳۹۴). به علاوه روایی مقیاس را با استفاده از همبستگی درونی بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۳ به دست آوردند. اعتبار مقیاس تجدید نظر شده با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و روایی سازه آن با محاسبه همبستگی کل مقیاس و زیر مقیاس‌های آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (همتی، رضایی‌دهنوی، غلامی و قرقانی، ۲۰۱۳).

1. Rater
2. Stereotyped Behavior
3. Self-injurious Behavior
4. Compulsive Behavior
5. Ritualistic Behavior
6. Sameness Behavior
7. Restricted Behavior
8. Bodfish et.al
9. Lam & Aman

برنامه مداخله‌ای

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری^۱

جلسه	موضوع فعالیت‌ها	هدف	محتوا	روش	ابزار
۱	نمایش کارتون، نقاشی انگشتی	آشنایی و ترغیب همکاری	آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیت‌های جلسات گروهی، ارائه قوانین و وظایف هر عضو، ترغیب کودکان در بیان ناراحتی‌های فعلی خود، پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری و جسمانی و شناختی کودکان	سخنرانی، مشاهده‌ای توضیحی و پرسش و پاسخ	رنگ گواش، تلویزیون و پخش
۲	بازی در پارک، بازی در شهر بازی	افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت اول)	بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنهایی، تقویت نقش و جایگاه مهم افراد در فعالیت‌های گروهی، تقسیم کار و تسهیل امور در کارهای محل زندگی	گردش و بازی، ایفای نقش	مینی بوس، وسایل بازی پارک
۳	کار با شن (خشک و تر)، مجسمه‌های شنی	افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت دوم)	تقویت و آموزش مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه گفت و گوی صحیح، نحوه درخواست محترمانه از دیگران، رعایت حقوق دیگران خصوصاً در محل زندگی مشترک	پروژه، ایفای نقش، سخنرانی و توضیحی	شن، ساحل

۱. این برنامه برگرفته از پژوهش آذرنيوشان، به پژوه و غباری بناب (۱۳۹۱)، می‌باشد.

سنگ در ابعاد گوناگون، چسب	پروژه، مشاهده ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	شناخت ویژگی‌های جسمانی و عقلانی هر فرد، بررسی تفاوت‌های ظاهری کودکان از نظر ویژگی‌های ظاهری (مثل رنگ مو، چشم، رنگ پوست و غیره) در جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس	افزایش مهارت‌های خودآگاهی (قسمت اول)	کار با سنگ، رنگ آمیزی روی سنگ	۴
عروسک‌های دستکشی جانوران و انسان	بارش مغزی، مشاهده ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	بررسی و تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خودگویی‌های منفی و بررسی نقش آن در احساس ناامیدی، استفاده از خودگویی‌های مثبت و اثر آن در احساس کودک، آموزش روش بازسازی شناختی	افزایش مهارت‌های خودآگاهی (قسمت دوم)	عروسک‌های دستکشی	۵
طناب، توپ بی خطر، تخته تعادل	بازی، ایفای نقش	کمک به کودکان در جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم و حالت‌های چهره ای و غیر کلامی آن‌ها، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح، آموزش مهارت خود نظارتی در جهت شناسایی و ثبت هیجان‌های مختلف در یک برنامه هفتگی و گزارش آن در جلسه‌های بعد	افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت اول)	طناب کشی، توپ، تخته تعادل	۶

گل کوزه گری، رنگ و آب	پروژه، مشاهده ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	مرور تجارب هیجانی کودکان در طول هفت، بررسی نشانه‌ها و علل در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در عصبانیت، بهره گیری از خودگویی مثبت در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی	افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت دوم)	سفالگری، رنگ آمیزی روی سفال	۷
خط کش و شابلون، مداد و مداد رنگی، کاغذ و چسب	پروژه، مشاهده ای، مجسم، سخنرانی، پرسش و پاسخ و توضیحی	بررسی نشانه‌ها و علل هیجان و احساس غم در افراد، تعیین موضوعات غم در هر یک از کودکان، بهره‌گیری از خودگویی‌های مثبت در هنگام عصبانیت	افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت سوم)	اشکال هندسی، نقاشی حالت‌های غم، شادی و...	۸
تصاویر مرتبط با موضوع داستان	سخنرانی و ایفای نقش، توضیحی	بررسی نشانه‌ها و علل هیجان ترس در افراد، تشخیص علل و باورهای اشتباه و موثر در ترس و نگرانی، تعیین موضوعات ترس در هر یک از کودکان، آموزش مهارت‌های مقابله با ترس (حساسیت زدایی منظم و با استفاده از تصاویر مثبت و خوشایند کودکان)	افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت چهارم)	داستان گویی از روی تصاویر میوه‌ها و...	۹
کاغذ باطله، کاغذ رنگی	پروژه، مشاهده ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	شامل آشنایی کودکان با تصمیم‌های روزانه در طول زندگی، اهمیت مشورت با افراد قابل اعتماد در تصمیم گیری، کمک گرفتن از مربیان و سرپرست مرکز آموزشی در حل مشکلات	افزایش مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری	کار با کاغذ مچاله، رنگی و سفید	۱۰

نتایج

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات رفتارهای چالشی در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	رفتار کلیشه‌ای	۱۸/۲۵	۳/۹۵۵	۱۸	۳/۴۲۳
	رفتار خود آزاری	۱۷/۷۵	۲/۸۱۶	۱۷/۱۳	۲/۶۴۲
	رفتار وسواسی	۱۴/۷۵	۳/۸۴۵	۱۴	۲/۸۲۸
آزمایش	رفتار آیینی	۱۵/۳۸	۴/۱۰۴	۱۴/۸۸	۳/۰۹۱
	رفتار یکنواختی	۱۲/۳۸	۳/۸۸۹	۱۱/۸۸	۲/۹۰۰
	رفتار محدود	۱۴/۷۵	۳/۴۱۲	۱۴/۱۳	۲/۴۷۵
کنترل	رفتار کلیشه‌ای	۱۷/۳۸	۳/۶۶۲	۱۵/۶۳	۳/۲۰۴
	رفتار خود آزاری	۱۵/۵۰	۴/۶۹۰	۱۳/۸۸	۳/۶۴۳
	رفتار وسواسی	۱۳/۷۵	۳/۹۹۱	۱۲/۱۳	۳/۶۸۲
آزمایش	رفتار آیینی	۱۶/۸۸	۳/۳۵۷	۱۵/۱۳	۲/۶۴۲
	رفتار یکنواختی	۱۳/۷۵	۳/۶۱۵	۱۱/۵۰	۳/۲۰۷
	رفتار محدود	۱۳/۸۸	۳/۴۸۲	۱۲/۶۳	۲/۹۷۳

در جدول ۲ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای چالشی به تفکیک برای کودکان گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه آزمایش، شاهد کاهش بیشتر نمرات در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون هستیم.

به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا، از آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. پیش از انجام این آزمون مفروضه‌های آماری نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، همسانی ماتریس کواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام باکس و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت که با توجه به عدم تخطی از مفروضه‌های فوق‌الذکر استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره بلا مانع می‌باشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه رفتارهای چالشی کودکان گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلائی	۰/۹۶۹	۱۵/۵۸۱	۶	۳	۰/۰۲۳
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۱	۱۵/۵۸۱	۶	۳	۰/۰۲۳
	اثر هتلینگ	۳۱/۱۶۱	۱۵/۵۸۱	۶	۳	۰/۰۲۳
	بزرگترین ریشه روی	۳۱/۱۶۱	۱۵/۵۸۱	۶	۳	۰/۰۲۳

همانطور که مشاهده می‌گردد سطح معنی داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کوچکتر از ۰/۰۵ است ($P < 0/05$). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بین رفتارهای چالشی دو گروه آزمایش و کنترل، در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش رفتارهای چالشی کودکان موثر بوده است. به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از رفتارهای چالشی، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه رفتارهای چالشی گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
رفتار کلیشه‌ای	بین گروهی	۱۰/۸۵۶	۱	۱۰/۸۵۶	۷/۰۷۹	۰/۰۲۹	۰/۴۶۹
	درون گروهی	۱۲/۲۶۹	۸	۱/۵۳۴			
رفتار خود آزاری	بین گروهی	۶/۵۳۹	۱	۶/۵۳۹	۵/۴۶۶	۰/۰۴۸	۰/۴۰۶
	درون گروهی	۹/۵۷۱	۸	۱/۱۹۶			

۰/۴۴۳	۰/۰۳۶	۶/۳۵۸	۴/۶۷۱	۱	۴/۶۷۱	بین گروهی	رفتار وسواسی
			۰/۷۳۵	۸	۵/۸۷۷	درون گروهی	
۰/۴۰۳	۰/۰۴۹	۵/۴۰۴	۲/۴۹۹	۱	۲/۴۹۹	بین گروهی	رفتار آیینی
			۰/۴۶۲	۸	۳/۶۹۹	درون گروهی	
۰/۴۹۱	۰/۰۲۴	۷/۷۱۸	۶/۵۶۲	۱	۶/۵۶۲	بین گروهی	رفتار یکنواختی
			۰/۸۵۰	۸	۶/۸۰۲	درون گروهی	
۰/۴۴۱	۰/۰۳۶	۶/۳۲۱	۳/۶۶۳	۱	۳/۶۶۳	بین گروهی	رفتار محدود
			۰/۵۷۹	۸	۴/۶۳۶	درون گروهی	

در جدول ۴ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه رفتارهای چالشی، در کودکان گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده، مقدار F بدست آمده، برای تمامی رفتارها در سطح $0/05$ معنی دار می‌باشد ($P < 0/05$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد. با توجه به پایین تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، چنین نتیجه می‌شود که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری موثر بوده و موجب کاهش رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری موجب کاهش رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد می‌شود. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های ملک و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان اثربخشی بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن، آذرنیوشان و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان اثربخشی بازی

درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی دوره ابتدایی، کرمی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان اثربخشی بازی درمانی گروهی شناختی-رفتاری در اصلاح سازش نیافتگی اجتماعی دانش آموزان دختر با کم توان ذهنی، نجفی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املا در کودکان دبستانی، آفاقی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان با نشانگان داون، نل^۱ (۱۹۹۹) با عنوان اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری همراه با تکنیک‌های همدلی، مواجهه و تفسیر بر پرخاشگری کودکان و گالاگر، رابیان و مک کلاسی^۲ (۲۰۰۴) تحت عنوان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش هراس اجتماعی و مشکلات عاطفی کودکان، همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که مداخله‌های مربوط به بازی در کودکان اتیسم باعث تغییر رفتارهای چالشی آن‌ها می‌شود و مهم‌ترین پیامد آن متوقف شدن رفتارهای چالشی و تغییر جهت آن به سوی رفتارهای دیگر است (مارتینزو همکاران، ۲۰۱۳). به علاوه اینکه یافته‌ها نشان می‌دهد که کسب مهارت بازی در اوایل زندگی امکان دارد مانع زیاد شدن رفتارهای چالشی در کودکان اتیسم شود (لانگ، ۲۰۱۴). دیگر تبیین یافته‌های این پژوهش این است که از آنجایی که رفتارهای چالشی شامل یک الگوی بدون تغییر رفتارهای روزانه مانند برنامه غذایی غیر قابل تغییر، آداب لباس پوشیدن و بازی کردن است. اگر کودک متمرکز و درگیر یک بازی خاص شود ابتدا باید از قید توجه کردن به آن بازی رها شود و سپس توجه خود را به سمت یک بازی جدید معطوف کند. این دو عمل با هم به طور کلی تغییر توجه نام دارد که کودکان اتیسم به دلیل نشان دادن رفتارهای چالشی از خودشان در این زمینه مشکل دارند (پتن و واتسون^۳، ۲۰۱۱). همچنین کودکان اتیسم به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساس خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد که خود کودکان اتیسم، خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسایل و دشواری‌های گوناگونی مواجه کرده و آن‌ها را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی-اجتماعی دوران نوجوانی و حتی

1. Neil

2. Gallagher, Rabian & Mc. closkey

3. Patten & Watson

بزرگسالی، آسیب پذیر می‌سازند. درمانگران از طریق بازی به کودکان اتیسم که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه تری را می‌آموزند. به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری سبب کاهش رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا می‌شود. با توجه به این که یکی از اهداف مهم توانبخشی کودکان اتیسم کاهش مشکلات رفتاری است، در این میان استفاده از مداخله بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری برای این کودکان بسیار مفید خواهد بود. در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش بر اهمیت استفاده بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا تاکید دارد. بنابراین، آگاهی دادن به والدین، معلمان، مربیان و درمانگران اختلال اتیسم، ارائه راهکارهای عملی به مسئولین مدارس ویژه اختلال اتیسم، اطلاع رسانی به کارشناسان سازمان آموزش و پرورش استثنایی و سازمان بهزیستی، روانشناسان و متخصصان درباره نقش و اهمیت بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری، تاثیر بسزایی در کاهش رفتارهای چالشی کودکان اتیسم با عملکرد بالا خواهد داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، انجام پژوهش تنها بر روی جنسیت پسر، تعداد اندک آزمودنی‌ها، و محدود بودن تعداد جلسات مداخله‌ای در زمینه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بود. بنابراین شایسته است که در تعمیم پذیری نتایج احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به جنسیت توجه داشته باشد. و پژوهش‌های بعدی با حجم نمونه و تعداد جلسات بیشتری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که مسئولین سازمان و آموزش و پرورش استثنایی و سازمان بهزیستی دوره‌های آموزشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری برای معلمان، مربیان و درمانگران اختلال اتیسم در نظر بگیرند و در آخر پیشنهاد می‌شود بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری، به صورت خدمات توانبخشی و درمانی در مراکز مدارس ویژه اختلال اتیسم به صورت مستمر و منظم اجرا گردد تا بتوان از بسیاری از مشکلات کودکان اتیسم را کاهش داد.

منابع

- آذرنیوشان، ب.، به پژوه، ا.، و غباری بناب، ب (۱۳۹۱). اثر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی در دوره ابتدایی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۲ (۲)، ۵-۱۶.
- آفاقی، ی.، آهنگری، ا.، و طحان، م (۱۳۹۶). اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سندرم داون. *فصلنامه روان شناختی تحلیلی شناختی*، ۸ (۳۱)، ۳۱-۴۱.
- بهراری قره گوز، ع.، حسن پور، ع.، و امیری، ش. (۱۳۸۹). تعامل های اجتماعی و رفتارهای تکراری کودکان در خود مانده و عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. *فصلنامه روانشناسی تحولی روانشناسان ایرانی*، ۷ (۲۵)، ۳۲-۴۷.
- بهرامی، ف.، موحدی، ا.، مرندی، م.، صفوی، ش.، و ملاکریمی، ز. (۱۳۹۲). تاثیر تمرین دو تکنیک دست در کاراته بر کاهش حرکات کلیشه ای دست یک پسر اتیستیک خاص: پژوهش موردی. *فصلنامه پژوهش در علوم شناختی*، ۳ (۹)، ۳۷۸-۳۹۸.
- حسین خانزاده، ع.، و ایمن خواه، ف (۱۳۹۵). نقش درمان ترکیبی موسیقی به همراه بازی در تحول اجتماعی جسمی و رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳ (۱۴۰)، ۴۷-۵۹.
- خان آبادی، ه.، طالع پسند، س.، و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۳). تأثیر الگودهی ویدئویی بر مهارت های ارتباطی و رفتارهای چالشی برانگیز کودکان ۶ تا ۱۱ سال دارای اختلال های طیف اتیسم متوسط و شدید. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۴ (۱۴)، ۴۶-۳۷.
- رضایی، س.، ولاری لواسانی، م. (۱۳۹۵). رابطه مهارت های حرکتی با مهارت های اجتماعی و رفتارهای چالشی در کودکان با اختلال طیف اتیسم. *نشریه روان شناسی افراد استثنایی*، ۷ (۲۵)، ۱۹-۳۲.
- شریفی درآمدی، پ. (۱۳۸۵). دیدگاه ها، ارزیابی، مواد و راهبردها در آموزش و پرورش کودکان عقب مانده. *اصفهان: انتشارات سپاهان*.
- کاسه چی، مسعود (۱۳۹۰)، روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه غربالگری کودکان اتیسم با عملکرد بالا. *پایان نامه کارشناسی ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*.

- کرمی، ج.، شفیعی، ب.، و حیدری شرف، پ. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی شناختی-رفتاری در اصلاح سازش نیافتگی اجتماعی دانش آموزان دختر با کم توان ذهنی. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳ (۱۱۳)، ۲۱-۳۰.
- ملک، م.، حسن زاده، ر.، و پ تیرگری، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال خواندن. *فصلنامه ناتوانی یادگیری*، ۲ (۴) ۱۴۰-۱۵۳.
- مهرجو، پ. (۱۳۹۰). نگاهی به تفاوت بازی کودکان عادی و استثنایی. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۲ (۱۰۸) ۵۵-۴۸.
- خاموشی، م.، و میرمهدی، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی روش یکپارچگی حسی در کاهش رفتارهای کلیشه ای کودکان درخودمانده. *فصلنامه روانشناسی تحولی روانشناسان ایرانی*، ۱۱ (۴۴) ۴۱۷-۴۲۳.
- نجفی، م.، و سرپولکی، ب. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی. *نشریه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۶ (۲۱) ۱۰۱-۱۱۷.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*: American Psychiatric Pub.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376.
- Chadwick, O., Piroth, N., Walker, J., Bernard, S., & Taylor, E. (2000). Factors affecting the risk of behavior problems in children with severe intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 108-123.
- Centre for Disease Control and Prevention. (2018). *identified prevalence of Autism spectrum disorder: ADDM network 2000-2010*, combining data from all site. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behavior: Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities (2nd Ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hemati, G. h., Rezaei Dehnavi, S., Gholami, M., & Gharghani, Y. (2013). "Effectiveness of Therapeutic Horseback Riding on Social Skills of Children with Autism Spectrum Disorder in Shiraz, Iran". *Journal of Education and Learning*, 2, 25-53.
- Lang, R., Machalicek, W., Rispoli, M., O'Reilly, M., Sigafos, J., Lancioni, G., & Didden, R. (2014). Play skills taught via behavioral intervention generalize, maintain, and persist in the absence of socially mediated

- reinforcement in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8 (7), 860-872.
- Martinez, C. K., & Betz, A. M. (2013). Response interruption and redirection: Current research trends and clinical application. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46 (2), 549-554.
- Neil, Cabe (1999) Conduct disorder. *journal of cognitive behavior play therapy*. 87, 302 – 312.
- Patten, E. & Watson, L.R. (2011). Interventions targeting attention in young children with autism. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 60 (20), 60–69.
- Samadi, S. A., & McConkey, R. (2015). Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders*, 45 (9), 2908-2916.
- Wiley, P. (2012). *Autism: attacking social interaction problems*. ASHA-Public Schools. www.Speakla.com.
- World Health Organization (2016). *Questions and answers about autism spectrum disorders (ASD)*. Retrieved March 20, 2016 from <http://www.who.int/features/qa/85/en>.