

## اثربخشی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم

افدس رنگانی<sup>۱</sup>، قربان همتی علمدارلو<sup>۲</sup>، ستاره شجاعی<sup>۳</sup>، سید محسن اصغری نکاح<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۰

### چکیده

مهارت‌های اجتماعی نقش بسیار مهمی در زندگی و موفقیت افراد دارد؛ اما کودکان با اختلال اتیسم مشکلات قابل توجهی در یادگیری و کاربرد این مهارت‌ها نشان می‌دهند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم بود. برای این منظور ۲۴ دانش‌آموز پسر ۶ تا ۱۰ ساله‌ی با اختلال اتیسم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از اجرای آزمون گارز به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره‌ی آزمایش و گواه قرار داده شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی را در ۲۱ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برای سنجش مهارت‌های اجتماعی از مقیاس مهارت اجتماعی استونی و همکاران (۲۰۱۰) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره نشان داد که میانگین مهارت‌های اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن (توانایی درک هیجانات و احساسات دیگران، شروع تعامل با دیگران، حفظ تعامل با دیگران و توانایی پاسخ‌دهی به دیگران) در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافته است. یافته‌ها بیانگر تاثیر مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم بود. بنابراین، یافته‌های پژوهش علاوه بر تایید اثربخشی این روش، چشم‌انداز وسیع‌تر و عمیق‌تری را نسبت به مداخله‌ی بازی‌درمانی می‌گشاید و درمان‌گران را ترغیب می‌کند تا بازی‌درمانی عروسی را به عنوان روشی موثر در درمان دانش‌آموزان با اختلال اتیسم مورد توجه قرار دهند.

**واژگان کلیدی:** اختلال اتیسم، بازی‌درمانی عروسی، مهارت‌های اجتماعی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

۲. دانشیار گروه کودکان استثنایی دانشگاه شیراز

۳. دانشیار گروه آموزش کودکان استثنایی دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول) bahareman@shirazu.ac.ir

۴. استادیار گروه آموزش کودکان استثنایی دانشگاه فردوسی مشهد

## مقدمه

بر اساس تعریف پنجمین ویرایش کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup>، ویژگی اصلی اختلال‌های طیف اتیسم<sup>۲</sup> نارسایی مداوم در برقراری ارتباط و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علایق و فعالیت‌ها است. این نشانه‌ها از اوایل دوران کودکی وجود دارند و موجب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره فرد می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). اختلال اتیسم<sup>۴</sup> مشهورترین اختلال طیف اتیسم است که با رفتارهای کلیشه‌ای، تحریک‌پذیری، رفتارهای تخریبی و اشکال جدی در ارتباط اجتماعی کودک مشخص می‌شود. نخستین ویژگی قابل مشاهده و قابل شناسایی در اختلال اتیسم، نارسایی در مهارت‌های اجتماعی است که به‌طور تقریبی همه افراد با اختلال اتیسم این نارسایی‌ها را نشان می‌دهند (انجمن اتیسم آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از کانینگهام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). کودکان با اختلال اتیسم نمی‌توانند احساسات دیگران را به درستی درک کنند، در روابط متقابل، ارتباط چشمی و تعبیر و تفسیر افکار و احساسات دیگران مشکل جدی دارند، توانایی همدلی و به اشتراک گذاشتن شادی‌ها را ندارند، در مقابل در آغوش گرفتن و نوازش کردن مقاومت نموده و یا به‌صورت منفعل عمل می‌کنند و در برقراری تعامل با همسالان مشکل اساسی دارند (بلینی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴).

مشکلات ارتباط اجتماعی کلامی و غیرکلامی در این افراد باعث افت شدید عملکرد، ضعف در پیش قدم شدن برای برقراری تعاملات اجتماعی و رد خواسته‌ی دیگران برای برقراری رابطه اجتماعی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)؛ بنابراین، مشکل در تعامل اجتماعی آشکارترین ویژگی است که اختلال‌های طیف اتیسم را از سایر اختلال‌های رشدی

- 
1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition
  2. Autism Spectrum Disorder
  3. American Psychiatric Association
  4. Autism Disorder
  5. Autistic Society Of America
  6. Cunningham
  7. Bellini

متمایز می‌کند (رپین و تاچمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). در همین راستا سیگل<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) تأکید می‌کند انزوای افراد با اختلال اتیسم مهم‌ترین معیار برای تشخیص این کودکان به حساب می‌آید و کیفیت این انزوا شامل ناتوانی در برقراری و حفظ ارتباط و عدم آگاهی از دیگران است. با توجه به این عوامل، تعامل اجتماعی و ارتباطی افراد با اختلال اتیسم کمتر و کیفیت تعاملات با توجه به درجه‌ی این اختلال متفاوت است؛ به طوری که از یک طرف تمایل شدید به تنهایی و اجتناب از دیگران و از سویی دیگر تمایل به برقراری ارتباط دارند اما از چگونگی شروع و تداوم آن بی‌اطلاع هستند و به صورت نادرست ارتباط برقرار می‌کنند.

همان‌طور که گفته شد مهارت‌های اجتماعی نقش بسیار مهمی در زندگی و موفقیت افراد دارد. مهارت‌های اجتماعی شامل رفتارهایی است که به فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب، کمک می‌کند (اقدسی، ۲۰۱۴). کودکان با اختلال اتیسم مشکل قابل توجهی در پاسخ به حالت‌های عادی تجربه‌ی اجتماعی و تعامل اجتماعی دارند؛ به همین دلیل این کودکان به حمایت و آموزش در زمینه مهارت‌های اجتماعی نیاز دارند تا بتوانند مهارت‌های لازم را کسب کنند. در واقع، با آموزش مناسب و مداخله‌های اجتماعی و ارتباطی به این کودکان، می‌توان برخی از مهارت‌های کاربردی و مناسب را در آنان رشد داد (اسنو، گر و سل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). تا کنون روش‌های درمانی بسیاری برای کودکان با اختلال اتیسم پیشنهاد شده، اما هیچ‌یک به طور کامل پاسخگوی نیازهای این افراد نبوده است (کوگل، سینگ و کوگل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). همچنین، از آنجایی که شیوع اختلال اتیسم افزایش پیدا کرده به طوری که امروزه از هر ۱۵۰ کودک، یک کودک اختلال اتیسم دارد (نفدت، کوگل، سینگر و گریر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰) و بسیاری از درمان‌های موجود پرهزینه و زمان‌بر هستند، نیاز به درمان‌های کم‌هزینه‌تر احساس می‌شود (مینجارتز، ویلیامز، مرکر و هاردن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). یکی از مداخله‌هایی که والدین و مربیان در

1. Rapin & Tuchman
2. Siegel
3. Snow, Gore & Seale
4. Koegel, Singh & Koegel
5. Nefdet, Koegel, Singer & Gerber
6. Minjarez, Williamz, Mercier & Hardan

فعالیت‌های درمانی برای کودکان با اختلال اتیسم می‌توانند داشته باشند، بازی درمانی است. بازی درمانی عروسی یکی از مداخله‌های بازی درمانی پیشنهادی کودکان با اختلال اتیسم است که طی آن درمانگر یا بزرگسال با به کارگیری عروسک‌های دستی می‌کوشند در کودک انگیزه ایجاد و با او ارتباط برقرار کنند و رفتارهای او را هدایت نمایند. در واقع، برای کودکان با اختلال اتیسم بازی درمانی می‌تواند یک فضای ارتباطی ایمن را فراهم کند و رشد اجتماعی-هیجانی این کودکان را تسهیل نموده و سرعت بخشد (لاور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). نمایش عروسی، شکل توانمندی از بازی درمانی است که فرد را به آسانی با امکانات و آمیزه‌های مختلف سازگار می‌کند (لندرث<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). عروسک در فرایند بازی درمانی نقشی اساسی بر عهده دارد. اغلب کودکان احساسات خود را از طریق عروسک‌ها منعکس می‌کنند. به این وسیله عروسک‌ها به کودکان اجازه می‌دهند تا خلاء ارتباطی موجود بین خود و دیگران را پر کنند. اغلب کودکان به‌طور طبیعی احساساتشان را از طریق عروسک‌ها انعکاس می‌دهند؛ اما برخی از آنان نیز که منزوی‌ترند، در جنبه‌های مختلف درمان به‌طور طبیعی درگیر نمی‌شوند؛ بنابراین، با استفاده از عروسک به عنوان یک مراجع نمادین، درمانگر قادر خواهد بود کودک را در برنامه درمانی درگیر کند (ماسترنگل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

اهمیت تجارب بازی برای رشد تعامل اجتماعی به اثبات رسیده است (جوزف و ریان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). این پدیده از نظر نقشی که در زندگی دارد مورد پژوهش قرار گرفته است و پژوهش‌گران، بازی را از جنبه تأثیری که بر جنبه‌های گوناگون زندگی اجتماعی می‌گذارد، مورد مطالعه قرار داده‌اند. بر اساس یافته‌های جوزف و ریان (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. همچنین، این رویکرد استقلال و خودمحموری کودکان را افزایش داده و به آنان اجازه می‌دهد تا از هر دو جنبه هیجانی و اجتماعی پیشرفت کنند. کودکان با اختلال اتیسم در برقراری ارتباط به‌صورت کلامی مشکل و عموماً کارکرد شناختی

1. Lawver
2. Landreath
3. Mastrangelo
4. Josefi & Ryan

پایینی دارند که این امر خود دلیلی برای چرایی انتخاب بازی درمانی برای درمان در این گروه را نشان می‌دهد. اسکرند، بیوفینگتن، تاونسند و پولتن<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در یک پژوهش اثربخشی کاربرد عروسک‌های دستی و ساده را در آموزش همدلی و مهارت‌های درک هیجانی کودکان با اختلال اتیسم مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش‌گران اثربخشی کاربرد عروسک‌های دستی و ساده را در آموزش همدلی و مهارت‌های درک هیجانی نشان داد. همسو با این یافته‌ها، دیویس<sup>۲</sup> (۲۰۰۷)، لو، پیترسون، لاکروکسی و روسیو<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که بازی درمانی، به عنوان یک درمان ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط کودکان با اختلال اتیسم، همواره سهمی از مداخله‌های آموزشی، روان‌شناختی و توان‌بخشی این کودکان را به خود اختصاص داده است. از این رو، مبادرت و توسعه در این زمینه نوعی سرمایه‌گذاری علمی است که بازده علمی چند جانبه‌ای را برای کودکان، خانواده‌ها و متخصصان به همراه خواهد داشت (اصغری‌نکاح، افروز، بازرگان و شکوهی‌یکتا، ۱۳۹۰). با توجه به در دسترس بودن عروسک‌های دستی و قابلیت استفاده از آن‌ها در موقعیت‌های مختلف برای کودکان با اختلال اتیسم، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌ی بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم انجام شد.

### روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود که در آن اثر بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم بررسی شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل همه‌ی دانش‌آموزان پسر ۶ تا ۱۰ ساله با اختلال اتیسم بودند که در مراکز دانش‌آموزان با اختلال اتیسم شهر شیراز تحت نظر سازمان آموزش و پرورش استثنایی در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ آموزش می‌دیدند. برای انتخاب گروه نمونه به این مراکز مراجعه شد و ۲۴ نفر از دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم با استفاده از روش نمونه‌گیری در

1. Schrandt, Buffington, Townsend & Poulson

2. Davies

3. Lu, Petersen, Lacroix & Rousseau

دسترس انتخاب شدند. به منظور اطمینان از اینکه نمونه‌ی موردنظر به درستی تشخیص اتیسم داده شده‌اند، آزمون تشخیصی اتیسم گیلیام اجرا شد که با توجه به نتیجه آزمون، اطمینان حاصل شد که افراد نمونه به درستی تشخیص اختلال اتیسم داده شده‌اند. سرانجام، نمونه‌ی موردنظر به صورت تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، برنامه‌ی مداخله‌ای بازی‌درمانی عروسکی آموزش داده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۶ تا ۱۰ سال، دارا بودن اختلال اتیسم (تشخیص اختلال اتیسم بر مبنای ملاک‌های پنجمین ویرایش کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و تاییدیه روان‌پزشک سازمان کودکان استثنایی شهر شیراز)، دارا بودن کلام در حد برقراری ارتباط، عدم وجود معلولیت دیگر و رضایت خانواده برای همکاری در برنامه مداخله بود. کودکانی که شروط بالا را داشتند به پژوهش وارد شدند و سرانجام کودکانی که بیماری‌های همراه مانند اختلال‌های شدید حسی- حرکتی و مشکلات بینایی و شنوایی داشتند، مشکلات رفتاری شدید که منجر به عدم همکاری می‌شد و نقایص هوشی و شناختی شدید در آنان وجود داشت از پژوهش خارج شدند. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط استونی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰) با هدف سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم در موسسه درمانی و پژوهشی اختلال‌های طیف اتیسم و ندریبلت<sup>۳</sup> تهیه شده است و توسط والدین و معلم کامل می‌شود که در این پژوهش از فرم معلمان استفاده شد. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای از هیچ وقت (۱) تا همیشه (۴) درجه‌بندی شده است. این مقیاس مشکلات مربوط به مهارت‌های اجتماعی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ی با اختلال طیف اتیسم را می‌سنجد که دارای ۳۵ گویه و ۴ خرده مقیاس شامل توانایی درک هیجانات و دیدگاه دیگران، توانایی شروع تعامل، توانایی پاسخ‌دهی و توانایی حفظ تعامل است. روایی صوری و محتوایی

- 
1. Social skills assessment
  2. Stone
  3. Vanderbilt

این مقیاس توسط استونی، رابل<sup>۱</sup> و هپبرن<sup>۲</sup> تایید و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای درجه‌بندی والدین و معلمان به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۴ گزارش شده است (استونی و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از گلزاری و همتی‌علمدارلو، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر میزان پایایی کل آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ و ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های توانایی درک هیجانات و دیدگاه دیگران ۰/۷۸، توانایی شروع تعامل ۰/۹۴، توانایی پاسخ‌دهی ۰/۸۸ و توانایی حفظ تعامل ۰/۸۶ به دست آمد. روایی مقیاس از طریق همبستگی نمره کل با نمره هر بعد سنجیده شد که برای هر یک از خرده مقیاس‌های توانایی درک هیجانات و دیدگاه دیگران، توانایی شروع تعامل، توانایی پاسخ‌دهی و توانایی حفظ تعامل به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۹۴، ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمد.

آزمون تشخیصی اتیسم گیلیام: این ابزار که به آزمون گارز<sup>۳</sup> نیز معروف است شامل چک‌لیستی است که به تشخیص افراد با اختلال اتیسم کمک می‌کند. آزمون گارز به عنوان ابزاری معتبر توسط گیلیام<sup>۴</sup> در سال ۱۹۹۴ تهیه شده است و شامل ۴ خرده آزمون رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط، تعامل اجتماعی و اختلال‌های رشدی است که هر کدام ۱۴ گویه دارد. این آزمون در سال ۱۳۹۰ در مرکز اتیسم اصفهان، توسط احمدی، صفری، همتیان و خلیلی به فارسی برگردانده شده و بر اساس هنجار جامعه‌ی ایرانی شاخص‌های روان‌سنجی آن بر روی ۱۰۰ نفر (۸۱ پسر و ۱۹ دختر) ۳ تا ۱۸ سال با میانگین سنی ۸/۲۸ سال (انحراف معیار ۳/۵) محاسبه شده است. پایایی آزمون گارز در نسخه‌ی فارسی با استفاده از روش بازآزمایی محاسبه که ضریب آلفای کرونباخ برای رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط، تعاملات اجتماعی و مشکلات رشدی به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۹۲، ۰/۷۳ و ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس گارز ۰/۸۹ به دست آمده که نشانگر پایایی بالای این مقیاس است. روایی صوری و محتوایی آزمون گارز توسط پژوهش‌گران یاد شده نیز تایید شده است (احمدی، صفری، همتیان و خلیلی، ۱۳۹۰).

1. Rubel
2. Hepburn
3. Gilliam Autistic rating Scale (GARS)
4. Gilliam

برنامه مداخله بازی‌درمانی عروسی: برنامه مداخله‌ای پژوهش حاضر شامل برنامه بازی‌درمانی عروسی برای کودکان با اختلال اتیسم بود که از برنامه مداخله بازی‌درمانی عروسی اصغری‌نکاح و همکاران (۱۳۹۰) الگوبرداری شده است. این برنامه بر اساس نظریه‌های شناختی-رفتاری تهیه شده است. روایی آن مورد تایید پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی قرار گرفته و اثربخشی آن بر مهارت‌های ارتباطی کودکان با اختلال اتیسم نیز نشان داده شده است (اصغری‌نکاح و همکاران، ۱۳۹۰). این برنامه به مدت ۲۱ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای در طی دو ماه و به صورت ۳ جلسه در هفته اجرا شد. با توجه به اینکه مهارت‌های اجتماعی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های مختلف تعاملی و ارتباطی است و از آنجا که کودکان با اختلال اتیسم در حوزه‌های مختلف مهارت‌های اجتماعی نارسایی دارند؛ برنامه مداخله بازی‌درمانی عروسی در این پژوهش نیز مجموعه‌ای از موقعیت‌های بازی‌های اجتماعی و تعاملی را شامل می‌شود. اهداف اساسی این برنامه شامل رشد و پرورش مهارت‌های شناسایی و درک هیجانی، آغازگری تعامل اجتماعی، تبادل اجتماعی و پاسخ‌دهی اجتماعی و مهارت‌های حفظ و تداوم تعامل اجتماعی در قالب بازی‌درمانی عروسی است. در پیوست مشخصات کلی برنامه مداخله بازی‌درمانی عروسی به‌طور خلاصه ارائه شده است.

در مرحله نخست پس از انجام هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت اصول اخلاق در پژوهش، به‌منظور حصول اطمینان از اینکه نمونه‌ی موردنظر به درستی تشخیص اختلال اتیسم داده شده‌اند، آزمون تشخیصی گارز اجرا شد که اجرای این آزمون افزون بر کمک به تشخیص دقیق‌تر، به پژوهش‌گران در تعیین رفتارهای هدف برای آموزش نیز کمک کرد. در مرحله دوم، با استفاده از تکمیل مقیاس مهارت‌های اجتماعی توسط معلمان، پیش‌آزمون اجرا شد. افزون بر این، از طریق مشاهده و مصاحبه با معلمان و والدین در مورد فراوانی، محل و چگونگی وقوع رفتار شرکت‌کنندگان، اطلاعاتی جمع‌آوری شد. قابل ذکر است که اطلاعات به دست آمده از اجرای آزمون گارز و تکمیل مقیاس توسط معلمان و مشاهده و مصاحبه با مربی و والدین برای طراحی برنامه‌ی بازی‌درمانی عروسی ضروری بود. در مرحله سوم، برنامه مداخله در یک اتاق طی ۲۱ جلسه به مدت دو ماه (سه جلسه در هفته به‌صورت گردشی از



ساعت ۸ تا ۱۲ در نوبت صبح و ۱ تا ۵ در نوبت عصر) به همراه مربی و کمک مربی در یکی از مدارس دانش‌آموزان با اختلال اتیسم شهر شیراز اجرا شد. در آخرین مرحله، پس از پایان جلسات آموزشی، مقیاس مهارت‌های اجتماعی توسط معلمان دوباره تکمیل شد تا تاثیر بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی بررسی شود.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ شد. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و تحلیل کوواریانس چندمتغیره، انجام شد.

### نتایج

در گزارش نتایج پژوهش، نخست اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان گزارش و سپس نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره به منظور تعیین اثربخشی مداخله‌ی بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم ارائه شده است. پیش از انجام تحلیل کوواریانس، همگنی رگرسیون و همگنی واریانس بررسی شد و نتیجه نشان داد که استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و تحلیل کوواریانس چندمتغیره امکان‌پذیر است. همچنین رابطه خطی بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی بررسی شد و خطی بودن رابطه تایید شد؛ بنابراین، با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، در ادامه برای تعیین اثربخشی مداخله‌ی بازی درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی، آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد.

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مهارت‌های اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن  
برای دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		تعداد
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
مهارت	آزمایش	۵۳/۴۱	۱۰/۴۶	۶۲/۹۱	۱۰/۱۷	۱۲
اجتماعی	گواه	۵۱/۰۸	۶/۸۲	۵۱/۶۶	۶/۷۴	۱۲
توانایی درک	آزمایش	۱۳/۰۸	۲/۷۷	۱۶/۱۶	۲/۴۸	۱۲
هیجان‌ات	گواه	۱۳/۲۵	۳/۵۷	۱۴/۰۸	۳/۱۱	۱۲
توانایی شروع	آزمایش	۱۵/۱۶	۳/۷۶	۱۸/۰۹	۳/۵۷	۱۲
تعامل	گواه	۱۴/۷۵	۱/۴۸	۱۴/۸۳	۲/۰۳	۱۲
توانایی حفظ	آزمایش	۱۵/۹۱	۳/۲۰	۱۸/۳۳	۲/۶۴	۱۲
تعامل	گواه	۱۵/۳۳	۲/۰۵	۱۵/۳۳	۱/۷۲	۱۲
توانایی	آزمایش	۸/۲۵	۲/۱۳	۱۰/۲۵	۱/۴۸	۱۲
پاسخ‌دهی	گواه	۷/۷۵	۱/۹۵	۷/۴۱	۲/۰۲	۱۲

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در نمره کل مهارت‌های اجتماعی و خرده مقیاس‌های درک هیجان‌ات، توانایی شروع تعامل، توانایی حفظ تعامل و توانایی پاسخ به دیگران در مرحله پیش‌آزمون تقریباً برابرند اما پس از اجرای مداخله در پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش در نمره کل مهارت‌های اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن افزایش یافته است. به منظور آزمون معناداری تغییرات حاصل شده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های زیر گزارش شده است.

نخست، به منظور ارزیابی تاثیر مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای نمرات پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورت	F	سطح معنی‌داری	ضریب تفکیکی اتا
	هم‌پراش (پیش‌آزمون)	۶۸۸/۷۷	۱	۶۸۸/۷۷	۱۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
مهارت‌های اجتماعی	گروه	۹۶۰/۵۵	۱	۹۶۰/۵۵	۲۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	خطا	۹۵۰/۸۰	۲۱	۴۵/۲۷			
	کل	۸۵۸۱۳	۲۴				

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش، مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی موجب تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نمره کل مهارت-های اجتماعی شده است [F=۲۱/۲۱، P<۰/۰۰۱]. میزان تاثیر مداخله ۰/۵۰ بوده است. بنابراین، می‌توان گفت که مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی موجب افزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم می‌شود.

به‌منظور ارزیابی تاثیر مداخله بازی‌درمانی عروسی بر خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده و نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای ارزیابی تاثیر مداخله بازی‌درمانی عروسی بر خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	نسبت F	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۶۶۵	۴	۱۵	۷/۴۴۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۳۵	۴	۱۵	۷/۴۴۷	۰/۰۰۱
اثر هاتلینک	۱/۹۸۶	۴	۱۵	۷/۴۴۷	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱/۹۸۶	۴	۱۵	۷/۴۴۷	۰/۰۰۱

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه دست کم در یکی از چهار خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد [P<۰/۰۰۱]. به‌منظور پی

بردن به این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورت	F	سطح معنی‌داری	ضریب تفکیکی اتا
گروه	توانایی درک هیجانات	۲۴/۱۴۶	۱	۲۴/۱۴۶	۸/۵۸	۰/۰۰۹	۰/۳۲
	توانایی شروع تعامل	۹۰/۷۲۴	۱	۹۰/۷۲۴	۹/۹۱	۰/۰۰۶	۰/۳۶
	توانایی حفظ تعامل	۶۰/۶۰۶	۱	۶۰/۶۰۶	۲۱/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۵۴
	توانایی پاسخ‌دهی	۳۳/۲۰۰	۱	۳۳/۲۰۰	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۵۲

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش، مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی بر خرده مقیاس توانایی درک هیجانات باعث تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون شده است [ $F=8/58, P<0/009$ ] و میزان تاثیر ۰/۳۲ بوده است. همچنین، مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی بر خرده مقیاس توانایی شروع تعامل باعث تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون شده است [ $F=9/91, P<0/006$ ] و میزان تاثیر ۰/۳۶ بوده است. افزون بر این، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی بر خرده مقیاس توانایی حفظ تعامل باعث تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون شده است [ $F=21/09, P<0/001$ ] و میزان تاثیر ۰/۵۴ بوده است. همچنین با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسکی بر خرده مقیاس توانایی پاسخ‌دهی به دیگران باعث تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون شده است [ $P<0/001$ ،  $F=19/63$ ] و میزان تاثیر ۰/۵۲ بوده است؛ بنابراین، می‌توان گفت که مداخله‌ی بازی‌درمانی

عروسکی باعث افزایش نمره در هر چهار خرده‌مقیاس مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم شده است.

### بحث

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم انجام شد. نتایج نشان داد بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم تاثیرگذار بوده است. این یافته‌ها با یافته‌های جوزف و ریان (۲۰۰۴)، دیویس (۲۰۰۷)، روث، دادز و مک‌آلون<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) همسو است و این پژوهش‌گران یافته‌های یکدیگر را در رابطه با اثربخشی مداخله بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال اتیسم تایید می‌کنند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی، یکی از طبیعی‌ترین فعالیت‌ها برای درگیر کردن و مشارکت دادن کودکان است (میتل‌دراف، هندریک و لندرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). بر اساس نظر مور<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) کودکان از طریق بازی احساس هویت خود و درک اجتماعی خود از دیگران را رشد می‌دهند. همچنین، کودکان برخی مهارت‌های اجتماعی از قبیل احترام و همدردی، انسانیت و کار گروهی را از طریق بازی یاد می‌گیرند. افزون بر این، موور بیان می‌کند که بازی کودکان را قادر به برقراری ارتباط با دیگران، قادر به ابراز خلاقیت و تصویرسازی و بازآفرینی تجارب و موقعیت‌های روزمره می‌کند. در واقع، بازی‌درمانی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است، رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزد (اصغری‌نکاح، افروز، بازرگان و شکوهی‌یکتا، ۲۰۱۱).

مرور مداخله‌های توان‌بخشی و درمانی کودکان با اختلال اتیسم نشان می‌دهد بازی‌درمانی به عنوان یک درمان ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط کودکان با اختلال اتیسم است. با توجه به اینکه این کودکان در زمینه رشد اجتماعی محدودیت‌ها و نارسایی‌های اساسی

1. Roth, Dadds & McAloon
2. Mittedorf, Hendricks & Landreth
3. Moor

نظیر فقدان ارتباط چشمی، محدودیت لبخند اجتماعی، علاقه و گرایش ناچیز به چهره‌ی انسان‌ها، ناخوشایندی نسبت به برقراری ارتباط چشمی، پیگیری چشمی اندک نسبت به اطرافیان، محدودیت در درک دیدگاه دیگران و ناکامی در به اشتراک گذاشتن لذت دارند (اصغری‌نکاح و همکاران، ۲۰۱۱)، بازی‌درمانی عروسی فرایند یادگیری اجتماعی و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند (کارمیچل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). افزون بر این، کودکان با اختلال اتیسم در هنگام استفاده از اسباب بازی‌هایی نظیر عروسک‌های قابل کنترل (دستکشی یا خیمه‌شب‌بازی)، احساس اطمینان بیشتری می‌کنند و تعامل مناسب‌تری با درمانگر برقرار می‌نمایند (ماسترنگل، ۲۰۰۹) و در نتیجه بستری برای بهبود مهارت‌های اجتماعی این کودکان فراهم می‌شود.

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله بازی‌درمانی عروسی در کودکان با اختلال اتیسم بر خرده مقیاس درک هیجانات و احساسات دیگران، تاثیر معنی‌دار داشته است. این نتیجه با یافته‌های، اسکراندت، بافینگتون، تاونسد و پالسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) و ولچ<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودکان با اختلال اتیسم در مقایسه با کودکان بهنجار، در نظریه ذهن نارسایی دارند. نظریه ذهن برای فرد این امکان را فراهم می‌کند تا افکار، آرزوها و نیات را به دیگران نسبت دهد، بتواند اعمال آنان را پیش‌بینی یا توصیف و مقصود آنان را درک کند (هایس، بارنز هولمز و روچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در واقع کودکان با اختلال اتیسم نمی‌توانند حالت‌های ذهنی دیگران و اهداف و نیت‌های آنان را در تعاملات اجتماعی تشخیص دهند. پیامد چنین نارسایی می‌تواند به ایجاد یک الگوی ارتباطی ناکارآمد در روابط بین فردی منجر شود و چون فرد از درک حالت‌های ذهنی دیگران نارسایی دارد و هیجانات و احساسات تجربه شده آنان را درک نمی‌کند، در سازه‌هایی مانند همدلی و دیدگاه‌گیری در ارتباط اجتماعی دچار نارسایی می‌شود (هاپه<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). یکی از روش‌های غلبه بر مشکل یاد شده،

1. Carmichael
2. Schrandt, Buffington, Townsrad, & Poulson
3. Welch
4. Hayes, Barnes-Holmes & Roche
5. Happe

بازی درمانی است (هایس و همکاران، ۲۰۰۸). بازی درمانی، واسطه‌ای است که در آن کودکان عواطف، احساسات و تفکرات خود را بیان و از این راه ارتباط برقرار می‌کنند. افزون بر این، یکی از ویژگی‌های بازی درمانی در نظر گرفتن نارسایی کودکان با اختلال اتیسم در نظریه ذهن و عدم درک هیجانات و احساسات افراد دیگر است (پریسلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). بر اساس دیدگاه ولچ (۲۰۰۴) بازی درمانی به کودک با اختلال اتیسم آموزش می‌دهد که حالات ذهنی افراد با یکدیگر متفاوت است و هر رفتاری باعث احساسات متفاوت در افراد متفاوت می‌شود و در نتیجه باعث بالا رفتن انگیزه کودک با اختلال اتیسم در انجام دادن رفتارهای مناسب با موقعیت و شرایط و افزایش مهارت‌های درک هیجانی می‌شود.

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله بازی درمانی عروسی در کودکان با اختلال اتیسم بر خرده‌مقیاس شروع تعامل با دیگران کودکان، تاثیر معنی‌دار داشته است. این یافته با یافته‌های دیویس و کارتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۸)، میتل‌دراف و همکاران (۲۰۰۱) و لاور (۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بازی درمانی با ویژگی‌هایی که دارد به کودک با اختلال اتیسم یاد می‌دهد که چگونه از طریق انجام رفتارها و به‌کارگیری حالات چهره‌ای مناسب می‌تواند آغازگر ارتباط باشد و بداند که چگونه متناسب با موقعیت و شرایط رفتار کند. در واقع، هنگامی که کودکان مهارت‌های مناسب بازی را در خود پرورش می‌دهند، چگونگی تعامل با محیط و افراد را نیز یاد می‌گیرند (اسنو و همکاران، ۲۰۰۷). در تایید این موضوع لاور بیان می‌کند که بازی روشی برای اجتماعی شدن و تعامل دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم با همسالان نشان است. در همین راستا دیویس (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان داد که بازی درمانی باعث بهبود رفتارهای اجتماعی (کلامی، غیر کلامی، تعامل اجتماعی و رفتارهای چالش برانگیز) در کودکان با اختلال اتیسم می‌شود.

افزون بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله بازی درمانی عروسی در کودکان با اختلال اتیسم بر خرده‌مقیاس حفظ تعامل با دیگران، تاثیر معنی‌دار داشته است. این یافته با

---

1. Preissler  
2. Davis & Carter

یافته‌های لو و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، پریسلر (۲۰۰۶)، اسنو و همکاران (۲۰۰۷) و مور (۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که ایجاد و حفظ هر تعامل اجتماعی نیازمند مجموعه‌ای از مهارت‌ها مانند شروع ارتباط، توجه به طرف مقابل و حفظ ارتباط است، در بازی درمانی هر زمان که کودک این مهارت‌های اجتماعی را به درستی انجام دهد، تقویت می‌شود (اصغری‌نکاح و همکاران، ۲۰۱۱). از سویی دیگر، با وجود اینکه برقراری و حفظ ارتباط یک فرایند دوسویه است؛ اما یکی از خصوصیات ارتباطی کودکان با اختلال اتیسم آین است که آنان به ندرت آغازگر یک رابطه‌اند و نمی‌توانند یک رابطه را به خوبی حفظ کنند (دربی و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از اصغری‌نکاح و همکاران، ۱۳۹۰)؛ بنابراین، بازی درمانی از طریق آموزش دادن به این کودکان به برطرف کردن این نارسایی‌ها کمک می‌کند و باعث می‌شود که کودکان با اختلال اتیسم تعامل خود با دیگران را بهتر حفظ کنند.

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله بازی درمانی عروسی در کودکان با اختلال اتیسم بر خرده مقیاس توانایی پاسخ‌دهی به دیگران، تاثیر معنی‌دار داشته است. این یافته با یافته‌های (کارولین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹؛ به نقل از اصغری‌نکاح و همکاران، ۲۰۱۱)، توماس و اسمیت<sup>۳</sup> (۲۰۰۴)، لندا<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) و سیگمن<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بازی درمانی فرصت‌هایی را فراهم می‌آورد تا کودک در تعامل با افراد و وسایل، فعالیت‌های حسی، حرکتی، شناختی، هیجانی و ارتباطی مختلفی را تجربه کند و از تجارب خود جهت پاسخ دادن به رویدادها بهره‌گیرد که این فرایند به تحریک چندجانبه و رشد بیشتر کودکان با اختلال اتیسم کمک می‌کند (کارولین، ۲۰۰۹؛ به نقل از اصغری‌نکاح و همکاران، ۲۰۱۱). از آنجایی که آغازگری و پاسخ دادن به تعامل اجتماعی یکی از نارسایی‌های اصلی مهارت‌های ارتباطی کودکان با اختلال اتیسم محسوب می‌شود و یکی از شواهد تشخیص این کودکان و به ویژه یکی از اهداف و اولویت‌های مداخله‌های درمانی آنان است (سیگمن، ۲۰۰۴)؛ می‌توان

1. Lucy Lo & Petersen
2. Carolyn
3. Thomas & Smith
4. Landa
5. Sigman



گفت که بازی‌درمانی روشی مفید و موثر در جهت بهبود مهارت آغازگری و پاسخ‌دهی به تعامل اجتماعی در این کودکان به شمار می‌رود (لاندا، ۲۰۰۷). در تایید این موضوع، توماس و اسمیت (۲۰۰۴) بیان می‌کنند بازی‌درمانی با ساخت‌دهی محیط طبیعی برای آموزش رفتار به کودکان با اختلال اتیسم موجب پاسخ‌دهی اجتماعی و برقراری تقویت‌کننده‌های اجتماعی می‌شود.

در پایان باید گفت از آنجا که شرکت‌کنندگان این پژوهش فقط پسران با اختلال اتیسم بودند، تعمیم یافته‌های آن در مورد دختران باید با احتیاط صورت بگیرد. همچنین، با توجه به روش نمونه‌گیری این پژوهش که از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود، تعمیم نتایج به دست آمده به جامعه بایستی با احتیاط انجام شود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در پژوهش‌های آتی اثربخشی مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی در گروه‌های دیگر از افراد با نیازهای ویژه را بررسی کنند و همچنین کارگاه‌های آموزشی بازی‌درمانی عروسی برای معلمان و مربیان کودکان با اختلال اتیسم و سایر پژوهش‌گران علاقه‌مند به کار کردن در این حیطه برگزار شود.

### منابع

احمدی، ج؛ صفری، ط؛ همتیان، م؛ و خلیلی، ز. (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی آزمون تشخیصی با اختلال اتیسم (گارز). *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱(۱)، ۸۷-۱۰۴.

اصغری نکاح، س. م؛ افروز، غ. ع؛ بازرگان، ع؛ شکوهی‌یکتا، م. (۱۳۹۰). تاثیر مداخله‌ی بازی‌درمانی عروسی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴۹)، ۴۲-۵۷.

گلزاری، ف؛ و همتی‌علمدارلو، ق. (۱۳۹۲). تاثیر مداخله‌ی داستان‌های اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر اتیستیک. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۱)، ۷-۲۸.

Aghdasi, M.T. (2014). Evaluating Social Skills of Female Athlete Students in Several Sports. *Journal of Tourism, Hospitality and Sports*, 2, 17-20.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asgharineka ,M. Afrooz ,GH. Bazargan ,A. & SHokoohiyekta ,M. (2011). The effect of puppet play therapy intervention on communicative skills of autistic. *Journal of Fundamentals of Mental Health* ,1(49) ,42-57.
- Bellini, S. (2004). Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Developmental Disability*, 19(3), 78- 86.
- Carmichael, K. D. (2006). Play therapy: An introduction. *Journal of Comparative Family Studies*, 36, 61-76.
- Cunningham, M. (2009). *Effects of peer-mediated intervention on social competence in children with Autism Spectrum Disorders (ASD)*. Unpublished Doctoral Thesis, Hofstra University.
- Davies, C. E. (2007). *A play technique programme for autistic children in middle childhood*. Unpublished Doctoral Thesis, University of Pretoria.
- Davis, N. O. & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of disorders: Associations with child toddlers with Autistic spectrum characteristics. *Journal of Autism and Developmental Research*, 38, 1278-1291.
- Happe, F. G. E. (2009). An advanced test of theory of mind: understanding of story characters and feeling by able autistic mentally handicapped and normal children and adults. *Journal of Autistic & Developmental Disorder*, 24, 129-154.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2008). Relations frame theory. *Journal A post-Developmental Disorders*, 31, 589-599.
- 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.
- Koegel ,L.K. ,Singh ,A. K. ,& Koegel ,R. L. (2010). Improving motivation for academics in children with Autistic. *Journal of Autistic Developmental Disorder* ,40 (4) ,57-66.
- Landa, R. (2007). Early Communication development and intervention for children with autism. *Mental Retardation Development Disabilities Research Review*, 13, 16-25.
- Landreth, G.L. (2012). *Play therapy: the art of the relationship*. New York: Routledge.
- Lawver, R. (2008). The use of puppets in play therapy. Child and Adolescent Social Work. *Journal Children and Adults*, 12(6), 435-447.
- Lu, L., Petersen, F. Lacroix, L., & Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sand play. *The Arts in Psychotherapy* 37, 56-64.

- Mastrangelo, S. (2009). Play and the child with Autistic spectrum disorder: from possibilities practice. *International Journal of Play Therapy*, 18, 13-30.
- Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M., & Hardan, A. Y. (2010). Pivotal response group treatment program for parents of children with Autistic. *Journal of Autistic and Developmental Disorders*, 41(1), 92-101.
- Mittledorf, W., Hendricks, S., & Landreth, G. (2001). *Play therapy with autistic children. Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations*. New York: Brunner-Routledge.
- Moor, J. (2008). *Playing, Laughing and Learning with Children on the Autism Spectrum: A Practical Resource of Play Ideas for Parents and Careers* (Second ed.). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Nefdt, N., Koegel, R., Singer, G. & Gerber, M. (2010). The use of a self-directed learning program to provide introductory training in pivotal response treatment to parents of children with Autistic. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 12(1), 23-32.
- Preissler, M. A. (2006). *Play and autism: Facilitating symbolic understanding*. In D. G. Singer, R. M. Golinkoff, & K. Hirsh-Pasek (Eds.), *and Play=learning: How play motivates and enhances children's cognitive and social-emotional growth* (pp. 231-250). New York: Oxford University Press.
- Rapin, I. & Tuchman, R. F. (2008). Autism definition, neurobiology, screening and diagnosis. *Pediatric Clinical North American*, 55 (5), 46-112.
- Roth, J. H. Dadds, M.R. & McAloon, J. (2004). Evaluation of a Puppet Interview to Measure Young Children's Self-Reports of Temperament. *Behavior change*, 21(1), 37-56.
- Schrandt, J., Buffington, A., Townsad, D., & Poulson, C. L. (2009). Teaching empathy skills to children with Autistic. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42, 17-32.
- Siegel, B. (1996). *The world of the autistic child: Understanding and treating autistic spectrum disorders*. New York: Oxford University Press.
- Sigman, M. (2006). Early detection of core deficits in autism. *Mental Retardation Development Disability Research Review*, 10(4), 110-114.
- Snow, M. S., Gore, B., & Seale, H. A. (2007). A comparison of behaviors and play themes over a six-week period: Two case studies in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 16, 147-159.
- Stone, W., Ruble, L., Coonrod, E., Hepburn, S., Pennington, M., Burnette, C., & Brigham, N. (2010). *TRIAD Social Skill Assessment*. Nashville: Vanderbilt Kennedy Center.
- Thomas, N., & Smith, C. (2004). Developing skills in children with autistic spectrum disorders. *Educational Psychology in Practice*, 20, 195-206.
- Welch, J. (2004). The playful healer. *Clinical child psychology and psychiatry*,

9, 533-551.

## جدول ۴. پروتکل مداخله

شماره جلسه	موضوع	محتوای جلسه
جلسه ۱	آشنایی با عناصر برنامه زمان: ۴۵ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، خوش‌آمدگویی، حضور و غیاب افراد گروه آزمایش، آشنایی با عناصر برنامه (مربی، شرکت‌کنندگان و چارچوب برنامه)، انجام چند بازی جهت تقویت ارتباط.
جلسه ۲	شناسایی حالات چهره دیگران زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، 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.
جلسه ۳	استفاده از حالات چهره برای بیان احساسات خود زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مهارت آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، 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.
جلسه ۴	استفاده از اشاره‌های بدن و حالات چهره برای ارتباط زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مهارت آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در استفاده از اشاره‌های بدن برای ارتباط با دیگران برای مثال زمان خداحافظی دست تکان دهد، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۵	مرور جلسات قبل زمان: ۶۰ دقیقه	مرور جلسات قبل جهت تکرار و یادگیری بهتر.
جلسه ۶	جلب توجه دیگران قبل از صحبت کردن زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مهارت آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در جلب توجه دیگران قبل از صحبت کردن، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۷	شروع گفتگو با دیگران زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مهارت آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، 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.
جلسه ۸	برقراری ارتباط چشمی زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در برقراری تماس چشمی به هنگام تعامل با دیگران، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۹	مرور جلسات قبل زمان: ۶۰ دقیقه	مرور و تکرار جلسات قبل جهت تکرار و یادگیری بهتر.
جلسه ۱۰	داشتن تن صدای مناسب زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در داشتن تن صدای مناسب به هنگام صحبت کردن، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.

جلسه ۱۱	حفظ فاصله مناسب زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مطالب آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در حفظ فاصله‌ی مناسب به هنگام صحبت کردن، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۱۲	رعایت نوبت‌دهی در گفتگو زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مطالب آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در رعایت نوبت‌دهی در دیگران، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۱۳	مرور جلسات قبل زمان: ۶۰ دقیقه	مرور جلسات قبل جهت تکرار و یادگیری بهتر.
جلسه ۱۴	وارد شدن به جمع کودکان در حال بازی زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، 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.
جلسه ۱۵	پیش‌قدم شدن در دوستی زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مطالب آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در پیش‌قدم شدن در بازی، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۱۶	درخواست کمک از دیگران زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مطالب آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در درخواست کمک از دیگران به هنگام نیاز، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۱۷	مرور جلسات قبل زمان: ۶۰ دقیقه	مرور جلسات قبل جهت تکرار و یادگیری بهتر.
جلسه ۱۸	مهارت گوش دادن زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در مهارت گوش دادن، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده و ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۱۹	پاسخ مناسب به شروع صحبت دیگران زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در پاسخ مناسب به شروع صحبت دیگران، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۲۰	پاسخ مناسب به درخواست دیگران زمان: ۶۰ دقیقه	سلام و احوال‌پرسی، حضور و غیاب، جمع‌بندی از مطالب آموزش داده شده در جلسه‌ی قبل، انجام بازی با هدف توانمندسازی کودکان در پاسخ مناسب به درخواست دیگران، تکرار و تمرین مهارت آموزش داده شده، ارائه بازخورد در زمینه‌ی انجام مهارت آموزش داده شده و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ۲۱	مرور جلسات قبل زمان: ۶۰ دقیقه	مرور جلسات قبل و جمع‌بندی کردن و آماده کردن گروه جهت پایان جلسات.