



بهبودی و درمان کودکان و دانش‌آموزان با اختلال طیف اتیسم

نعمت اله قنادی^۱

۱- کارشناسی رشته نرم افزار کامپیوتر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خنج

Yaghoot.gh@gmail.com

چکیده

پژوش حاضر با هدف بهبودی و درمان کودکان با اختلال طیف اتیسم انجام شد. بسیاری از دانش‌آموزان طیف اتیسم نقایصی در انجام مهارت‌های خود دارند به طوری که در مهارت‌های مرحله‌ای همه مراحل را به طور کامل در لحظه آموزش یاد نمی‌گیرند. بهبودی و درمان کودکان با اختلال طیف اتیسم از سال‌های دور همیشه مورد بحث رشته‌های مختلف بوده است. از جمله روش‌های آموزشی و درمانی که می‌توان در برخی از اختلالات جهت سازمان‌دهی فرایندهای روانی و اجتماعی از آن بهره‌برداری کرد، بازی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان اتیسم که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در حال دریافت خدمات درمانی از مراکز شهرستان‌های استان فارس بودند، تشکیل دادند. در این پژوهش ۳۲ کودک پسر مبتلا به اختلال طیف اتیسم با استفاده از روش نمونه‌گیری ساده که واجد ملاک‌های ورود دریافت تشخیص اختلال طیف اتیسم پسر بودن و قرار داشتن در محدوده سنی ۸ تا ۱۲ و ملاک‌های خروج عدم مشکلات جسمی و غیبت متوالی در بیش از ۲ جلسه از جلسات بازی‌های گروهی بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) به شیوه تصادفی انتخاب شدند. نتایج نشان داد که درمان در گروه آزمایش که تحت تاثیر مداخلات انجام شده صورت گرفت، کاملاً معنادار بود. با توجه به بررسی‌های پژوهشگران ضرورت آموزش بازی‌های گروهی برای کودکان دارای نیازهای ویژه بخصوص کودکان اتیستیک امری اجتناب‌ناپذیر است.

کلمات کلیدی: اتیسم، دانش‌آموزان، کودکان، بهبود مهارت



مقدمه

اختلالات عصبی- تحولی، اختلالاتی هستند که در اوایل زندگی شروع می‌شوند و در سرتاسر عمر پایدار باقی می‌مانند. این اختلالات معمولاً در اوایل تحول کودک قبل از این که آن‌ها به سن مدرسه برسند، آشکار می‌شود (کراول^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). کمبودهایی که با این اختلالات ارتباط دارند، اختلال در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی را شامل می‌شوند. بنا به تعریف، اختلالات عصبی- تحولی ممکن است تغییرات مهمی را با گذشت زمان نشان دهند (پریزانت^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). در اختلال اوتیسم نیز کودکان با این طیف اختلال در تعامل اجتماعی- هیجانی متقابل، ارتباط غیرکلامی و ایجاد، حفظ و درک روابط میان فردی دچار مشکل می‌شوند (شارلوپ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). وجود الگوهای تکراری و کلیشه‌ای در رفتار، فعالیت‌ها و علایق محدود نیز شامل این مشکلات است: فرد حرکات فیزیکی کلیشه‌ای و تکراری دارد، یا از اشیاء همیشه به یک شکل استفاده می‌کند؛ فرد به شدت پایبند روتین است؛ علایقی بسیار محدود و ثابت دارد که از لحاظ شدت یا میزان توجه غیرطبیعی هستند؛ واکنش افراطی یا تفریطی در مقابل محرک‌های حسی یا علاقه غیرمعمول به بعضی جنبه‌های حسی محیط دارد، به بعضی صداها و یا بافت‌های اشیاء واکنش شدید نشان می‌دهد، بعضی اشیاء را به‌طور افراطی بو یا لمس می‌کند، به بعضی نورها یا اشیاء چرخان علاقه بسیار شدیدی نشان می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۷).

مهارت‌های خودیاری مهارت‌ها و وظایفی هستند که در فرد در طول روز به آن‌ها می‌پردازد و امور روزمره زندگی افراد را تشکیل می‌دهند. این فعالیت‌ها شامل لباس پوشیدن، شستن صورت، درآوردن لباس، پوشیدن کفش، غذا خوردن، مسواک زدن، استحمام، رفتن به توالت و غیره می‌باشند (ماتسون^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). بسیاری از دانش‌آموزان طیف اتیسم نقایصی در انجام مهارت‌های خودیاری دارند به‌طوری که در مهارت‌های مرحله‌ای همه مراحل را به‌طور کامل در لحظه آموزش یاد نمی‌گیرند. حل این چنین مشکلاتی با روش‌های معمول مانند تمرین تکالیف آموزشی به‌صورت کلامی و یادسپاری، چالش‌هایی را در آموزش دانش‌آموزان مبتلا به اختلال طیف اتیسم نشان داده است (ماتسون و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌های اخیر از اثر راهبردهای بصری و بازی برای آموزش تکالیف خودیاری به افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم حمایت می‌کنند. چنان راهبردهایی شامل بازی‌های انفرادی و گروهی است (کای^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). فراگیری مهارت‌های خودیاری به کودکان، بستری برای انجام فعالیت‌ها به‌طور مستقل و کاهش وابستگی کودک ایجاد می‌نماید که این مسئله در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم هم مانند کودکان کم‌توان هوشی حائز اهمیت است و نیاز به آموزش دارد.

بهبودی و درمان کودکان با اختلال طیف اتیسم از سال‌های دور همیشه مورد بحث رشته‌های مختلف بوده است. از جمله روش‌های آموزشی و درمانی که می‌توان در برخی از اختلالات جهت سازمان‌دهی فرایندهای روانی و اجتماعی از آن بهره‌برداری

¹ Crowell & et al

² Prizant & et al

³ Charlop & et al

⁴ Matson & et al

⁵ Cai



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۲۹۸-۷۷۸۶ISSN

کرد، بازی است (کاردون^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در طول انجام بازی توسط کودک علاوه بر مهارت‌های حرکتی، مهارت‌های اجتماعی، شناختی و زبانی نیز رشد می‌کند (سوا^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از روش‌های آموزش دادن مهارت‌های خودیاری به کودکان با اختلال طیف اتیسم، بازی‌های گروهی است (میلتنبرگر^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). توان آموزشی بالقوه بازی‌های گروهی موجب رشد شناختی کودکان می‌شود چراکه بازی‌ها مؤلفه‌های شناختی افراد را فراخوانده و آن‌ها را تقویت می‌کند (عیسی نژاد بوشهری، داداش پور آهنگر، سلم‌آبادی، عاشوری و دشت بزرگی، ۱۳۹۵). استفاده از بازی‌درمانی به‌عنوان یک روش درمانی در جهت خصوصیات تحولی و شرایط کودکان مبتلابه اختلال اتیسم، همیشه بخشی از مداخلات آموزشی، روان‌شناختی و توان بخشی این کودکان را در بر گرفته است. (پیترسون، لاکروکسی و روسیو^۴، ۲۰۱۰). نوع بازی که در این پژوهش به‌کاررفته است بازی‌درمانی گروهی است. پژوهش‌های زیادی اثربخشی بازی و بازی‌درمانی گروهی بر بهبود مهارت‌های خودیاری کودکان دارای اختلال طیف اتیسم نشان داد است. پژوهش‌های لوئیز^۵ (۲۰۱۸) نشان داده که بازی‌های گروهی موجب بهبود بسیاری از مهارت‌های خودیاری از جمله، لباس پوشیدن، شستن صورت، درآوردن لباس، پوشیدن کفش، غذا خوردن، مسواک زدن، استحمام، رفتن به توالت و غیره می‌شود. با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا اثربخشی بازی‌های گروهی بر مهارت‌های خودیاری دانش آموزان با اختلال طیف اتیسم مؤثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. با توجه به روش این پژوهش، دیاگرام آن به‌صورت زیر است:

جدول ۱. دیاگرام طرح پژوهش

گروه آزمایش	R	۱T	۱X	۲T
گروه کنترل	R	۱T	--	۲T

در این پژوهش متغیر بازی‌درمانی گروهی به‌عنوان متغیر مستقل و مهارت‌های خودیاری به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان اتیسم که در سال ۱۴۰۰ در حال دریافت خدمات درمانی از مراکز شهرستان‌های استان فارس بودند، تشکیل دادند. در این پژوهش ۳۲ کودک پسر مبتلابه اختلال طیف اتیسم با استفاده از روش نمونه‌گیری ساده که واجد ملاک‌های ورود دریافت تشخیص اختلال طیف اتیسم پسر بودن و قرار داشتن در محدوده سنی ۸ تا ۱۲ و ملاک‌های خروج عدم مشکلات جسمی و غیبت متوالی در بیش از ۲ جلسه از جلسات بازی‌های گروهی بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) به شیوه تصادفی انتخاب شدند.

¹ Cardon

² Sowa

³ Miltenberger

⁴ Lu, Petersen, Lacroix & Rousseau

⁵ Louise



برای اجرای پژوهش در اولین مرحله، پرسشنامه سنجش دامنه اتیسم و سپس مقیاس رشد اجتماعی وایلند به‌عنوان پیش‌آزمون توسط والدین کودکان مبتلابه اختلال اتیسم تکمیل شد و در مرحله بعدی مداخله بازی‌های گروهی در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طی ۵ هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در صورتی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای در زمینه بازی‌های گروهی دریافت نکرد. بعد از آخرین جلسه هر دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) توسط مقیاس رشد اجتماعی وایلند به‌عنوان پس‌آزمون که والدین کودکان مبتلابه اختلال اتیسم تکمیل کردند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه سنجش دامنه اتیسم (ASSQ)!

این پرسشنامه، ابزاری مفید و خلاصه برای تشخیص اتیسم در کلینیک است که توسط اهلرز، گیلبرگ و وینگ طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۳ آیتم دارد که به وسیله والدین یا معلمین تکمیل می‌گردد. برای هر آیتم نمره ۰-۲ در نظر گرفته شده است؛ کودکانی که نمره کلی آن‌ها در صورتی که توسط معلمین تکمیل شود، ۲۲ و یا در صورتی که توسط والدین تکمیل گردد نمره آن‌ها ۱۹ باشد، به‌عنوان اتیسم با عملکرد بالا شناخته می‌شوند. این پرسشنامه مشکلات افراد مبتلابه اختلال طیف اتیسم را در سه حوزه تعامل اجتماعی، تأخیر در زبان و گفتار، و بازی‌های سمبولیک غیرعادی را در برمی‌گیرد و توسط والدین یا مراقبین کودکی که علائم اسپرگر یا دیگر اختلالات طیف اتیسم را از خود بروز می‌دهند تکمیل می‌شود. هر سؤال پرسشنامه دارای سه گزینه است: خیر = ۰؛ تاحدی = ۱ و بله = ۲. ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در گروه والدین و معلمان کودکان عادی و طیف اتیسم نشان می‌دهد برای غربالگری کودکان اتیسم با عملکرد بالا، آیتم‌های ASSQ مناسب است.

مقیاس رشد اجتماعی وایلند!

مقیاس رشد اجتماعی وایلند در سال ۱۹۵۳ به وسیله ادگار ساخته شد و در سال ۱۹۶۵ در آن تجدیدنظر کرد. این مقیاس یکی از مقیاس‌های تحولی است و میزان توانایی فرد را در برآوردن نیازهای عملی خود و قبول مسئولیت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس رشد اجتماعی وایلند، دربرگیرنده گستره سنی تولد تا بالاتر از ۲۵ سالگی است، با این وجود تا ۱۲ سالگی برای هر سال، دارای سوال‌های مجزاست اما از ۱۲ سالگی به بعد بین ۱۲ تا ۱۵ سالگی، ۱۵ تا ۱۸ سالگی، ۱۸ تا ۲۰ سالگی و ۲۵ سالگی به بالا، سوال‌های مشترکی دارد. سؤال‌های آزمون به ترتیب دشواری تنظیم شده و نشان‌دهنده پیشرفت در رشد خودیاری، خودگردانی، جابجایی و تحرک، ارتباط و روابط اجتماعی است. همچنین این آزمون دارای ۹۸٪ روایی کلی است. تمرکز این مقیاس بر این است که فرد توانایی انجام چه کارهایی را در زندگی روزمره دارد. این مقیاس دارای ۱۱۷ ماده است که ماده‌های این مقیاس دربرگیرنده ۸ حیطه است که عبارت‌اند از: خودیاری عمومی، خودیاری در خوردن، خودیاری در لباس پوشیدن، خودفرمانی، اشتغال، جابجایی، ارتباط زبانی و اجتماعی شدن. در هر ماده، اطلاعات مورد نیاز از طریق مصاحبه با افراد مطلع (هر فردی که کودک را به‌خوبی بشناسد)، به دست می‌آید (آناستازی، ۱۳۷۱، ترجمه براهنی).

۱. The high- functioning Autism Screening Questionnaire

۲. Vineland social maturity scale



یافته‌ها

به‌منظور بررسی اثربخشی بازی‌های گروهی بر مهارت‌های خودیاری دانش آموزان با اختلال طیف اتیسم، از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون و بررسی مفروضات آن در ادامه ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
گروه * پیش‌آزمون	۶/۷۴۰	۱	۶/۷۴۰	۱/۳۷۲	۰/۱۲۶

در جدول ۱ نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، سطح معناداری سطر اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون ($p=0/126$) بزرگ‌تر از $0/05$ است. بنابراین فرضیه همگنی رگرسیونی پذیرفته می‌شود.

جدول ۳: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
مهارت‌های خودیاری	۲/۶۶۲	۱	۲۷	۰/۱۱۴

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین معنادار نیست. از این رو فرض صفر ما مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه مهارت‌های خودیاری افراد گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	888.799	1	888.798	258.600	0.001	0.905
گروه	60.151	1	60.151	17.501	0.001	0.393
خطا	92.798	27	3.437			
کل	1059.039	29				



در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات مهارت‌های خودیاری افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل، در پس‌آزمون، نشان داده شده است. مقدار F به دست آمده برابر با $۱۷/۵۰۱$ است و سطح معنی‌داری آن نیز کوچک‌تر از $۰/۰۱$ است ($P < ۰/۰۱$). از این رو فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. بر این اساس و با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که بازی‌درمانی گروهی مؤثر بوده و موجب بهبود مهارت‌های خودیاری کودکان با طیف اختلال طیف اتیسم شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی بازی‌های گروهی بر مهارت‌های خودیاری دانش‌آموزان با اختلال طیف اتیسم بود. تأثیر بازی‌های گروهی به‌عنوان متغیر مستقل و مهارت‌های خودیاری به‌عنوان متغیر وابسته سنجیده شد. نتایج حاکی از این بود که مهارت‌های خودیاری در گروه آزمایش تحت تأثیر مداخله بازی‌های گروهی بهبود یافت که این بهبودی معنادار بود. با توجه به بررسی‌های پژوهشگران ضرورت آموزش بازی‌های گروهی برای کودکان دارای نیازهای ویژه بخصوص کودکان اتیستیک امری اجتناب‌ناپذیر است و اهمیت برنامه‌های مداخله‌ای زود هنگام برای دستیابی کودکان به مهارت‌های خودیاری را مطرح نمود (کورنیاون^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

پژوهشگران پس از بررسی نتایج، تدوین برنامه‌های آموزشی و توان‌بخشی جامع برای کودکان دارای نیازهای ویژه و والدین آن‌ها را امری انکارناپذیر و ضروری دانستند و بیان داشتند که باید چهار مقوله آشنایی با مسائل خودیاری، بازی، مشکلات شناختی-اجتماعی در اولویت رسیدگی قرار گیرد (لوئیز، ۲۰۱۸). با توجه به آنچه گفته شد ارائه روش‌هایی به کودکان اتیستیک کمک نماید تا موقعیت‌های اجتماعی را به‌خوبی پیش‌بینی و درک نمایند و به دنبال آن رفتارهای مناسب‌تری انجام دهند، اجتناب‌ناپذیر است. بهبود مهارت‌های خودیاری از طریق بازی یکی از متدهایی است که پژوهشگران بر آن تأکید می‌نمایند (لاپلین^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). لوئیز (۲۰۱۸) اشاره نموده‌اند که با آنکه بیشتر برنامه‌های درسی منتشر شده و دستورالعمل‌های آموزش در حوزه مهارت‌های دانشی تمرکز نموده‌اند اما یادگیری مهارت‌های خودیاری مثل بهداشت شخصی و بهداشت عمومی مغفول مانده‌اند و این درحالی‌که است که ضرورت بهبود این مهارت‌ها در کودکان دارای نیازهای ویژه دوچندان است.

¹ Kurniawan

² Louise

³ Lappalainen



منابع

۱. عیسی نژاد بوشهری، سولماز، داداش پورآهنگر، مهری، سلم آبادی، عاشوری و دشت بزرگی (۱۳۹۵) تأثیر بازی‌های رایانه‌ای بر توجه پایدار و حافظه فعال دانش‌آموزان پسر ابتدایی مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد* ۳۱۱-۳۲۱.
۲. آناستازی، آ. (۱۳۷۱). روان‌آزمایی. ترجمه محمدتقی براهنی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. صفحه ۳۰۴.
۳. زادشیر، فرزانه؛ استکی، مهناز و امامی‌پور، سوزان (۱۳۸۸). مقایسه قضاوت اخلاقی و رشد اجتماعی دانش‌آموزان دبستان‌های غیرانتفاعی تحت تعلیم آموزش قرآن به شیوه حفظ با معانی با غیرانتفاعی عادی. *روانشناسی کاربردی*، ۲ (۱۰)، ۴۷-۲۵.
4. Kurniawan, R., Purnamasari, W. M., Rakhmawati, R., & Jalaputra, D. P. E. (2018). Development of game for self-help toilet learning for children with Autism. *CommIT (Communication and Information Technology) Journal*, 12(1), 1-12.
5. Sowa, M., & Meulenbroek, R. (2012). Effects of physical exercise on autism spectrum disorders: a meta-analysis. *Research in autism spectrum disorders*, 6(1), 46-57.
6. Cardon, T. A. (Ed.). (2016). *Technology and the treatment of children with autism spectrum disorder*. Springer International Publishing.
7. Miltenberger, C. A., & Charlop, M. H. (2014). Increasing the athletic group play of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(1), 41-54.
8. Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 90, 21-29.
9. Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., Laurent, A. C., & Rydell, P. J. (2006). *The SCERTS model: A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders, Vol. 1*. Paul H Brookes Publishing.
10. Charlop, M. H., Lang, R., & Rispoli, M. (2018). *Play and social skills for children with autism spectrum disorder*. Springer.
11. Lindsay, S., Proulx, M., Thomson, N., & Scott, H. (2013). Educators' challenges of including children with autism spectrum disorder in mainstream classrooms. *International Journal of Disability, Development and Education*, 60(4), 347-362.



12. Matson, J. L., & Hong, E. (2019). Self-help skills. In *Handbook of Intellectual Disabilities* (pp. 763-773). Springer, Cham.
13. Cai, Y., Goei, S. L., & Trooster, W. (Eds.). (2016). *Simulation and serious games for education*. Springer.
14. Louise, S. (2018). *Autism the Way Forward: A Self-help Guide to Teaching Children on the Autistic Spectrum*. Routledge.
15. Lappalainen, P., Pakkala, I., Strömmer, J., Sairanen, E., Kaipainen, K., & Lappalainen, R. (2021). Supporting parents of children with chronic conditions: A randomized controlled trial of web-based and self-help ACT interventions. *Internet Interventions*, 24, 100382.
16. Anderson, D. K., Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2017). American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author. *The Linguistic and Cognitive Effects of Bilingualism on Children with Autism Spectrum Disorders*, 21, 175.