

The Effectiveness of Child-centered Rehabilitation Therapy on the Joint Attention of Children with Autism Spectrum

Mahdie Salehi Komroodi^{1*}
Ezzatullah Ahmadi²
Mehran Soleymani³

Received: 2023/08/15 Revise: 2025/09/21
Accepted: 2025/10/22

اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر توجه مشترک کودکان طیف اوتیسم مهدیه صالحی کمرودی^{۱*}، عزت اله احمدی^۲، مهران سلیمانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۴ تجدید نظر: ۱۴۰۴/۰۶/۳۰
پذیرش نهایی: ۱۴۰۴/۰۷/۳۰

Abstract

Purpose: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of child-centered play therapy on the joint attention of children with autism. **Materials and methods:** Experimental method with pre-test and post-test of one group was used. The statistical population included a number of 7-9 year old children with autism spectrum disorder in Semnan City in the academic year of 2021-2022. After choosing the desired school, 13 students, who met the research criteria, were selected as a sample. Before and after the intervention, the students were tested to evaluate the effectiveness of play therapy. To measure shared attention, the work of recording the categories of shared attention between the examiner and the child was used. The intelligence score of these children was also investigated. The range of the general intelligence score in the fourth revised Wechsler intelligence test was from 89 to 101, and the mean and standard deviation of their general intelligence was 95.54 ± 3.77 . **Results:** The findings of this research, using the paired t statistical method, showed that by implementing child-centered play therapy for autistic children in the final sessions of play therapy, the ratio of initiation of joint attention of the examiner (performer of child-centered play therapy) decreased, and the initiation of joint attention of autistic children increased, so that in the last session of child-centered play therapy, joint attention approached the average state of 50% for both of the examiner and autistic children. **Conclusion:** It can be concluded that child-centered play therapy increases joint attention in children with autism and improves the continuation of joint attention.

Keywords: Autism, Play therapy, Joint attention.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر توجه مشترک کودکان طیف اوتیسم انجام شد. به این منظور از روش تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون تک گروهی استفاده شد. **مواد و روش:** جامعه آماری شامل تعدادی از کودکان ۷ تا ۹ ساله مبتلابه اختلال طیف اوتیسم شهر سمنان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند؛ پس از انتخاب مدرسه موردنظر، ۱۳ نفر از دانش‌آموزان که دارای ملاک پژوهش بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. پیش از انجام مداخله و پس‌از آن، از دانش‌آموزان آزمون گرفته شد تا میزان اثربخشی بازی درمانی موردبررسی قرار گیرد. برای سنجش توجه اشتراکی از کار برگ ثبت مقوله‌های توجه اشتراکی بین آزمونگر-کودک استفاده گردید. همچنین در این پژوهش نمره هوش این کودکان بررسی شد. دامنه نمره هوش بهر کلی در آزمون هوش وکسلر چهار تجدیدنظر شده از ۸۹ تا ۱۰۱ بود که میانگین و انحراف استاندارد هوش بهر کلی آنان 95.54 ± 3.77 بوده است. **یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش با استفاده از روش آماری تی جفت شده نشان می‌دهد با اجرای بازی درمانی کودک محور بر کودک اوتیسم در جلسات پایانی بازی درمانی از نسبت آغازگری توجه مشترک آزمونگر (اجراکننده بازی درمانی کودک محور) کاسته شده است و آغازگری توجه مشترک کودک اوتیسم افزایش یافته است به طوری که در آخرین جلسه بازی درمانی کودک محور آغازگری توجه مشترک به حالات متوسط ۵۰٪ برای آزمونگر و ۵۰٪ برای کودک اوتیسم نزدیک شده است. **نتیجه‌گیری:** بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت بازی درمانی کودک محور آغازگری توجه مشترک را در کودکان طیف اوتیسم افزایش می‌دهد و ادامه توجه مشترک را بهبود می‌بخشد.

واژه‌های کلیدی: اوتیسم؛ بازی درمانی؛ توجه مشترک

۱- MA in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. Tel: 09118573804
Email: salehi.mahdie@gmail.com

2- Associate Professor of Azerbaijan Shahid Madani University of, Tabriz, Iran

3- Associate Professor of Azerbaijan Shahid Madani University of, Tabriz, Iran

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
salehi.mahdie@gmail.com

۲. دانشیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۳. دانشیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم اختلال عصبی- تحولی است که با گستره‌ای از نارسایی در مهارت‌های اجتماعی، بروز رفتارهای قالبی و توانایی ارتباطی محدود و تکراری مشخص می‌شود کودکان مبتلابه اوتیسم به‌سختی درگیر روابط اجتماعی و درک نشانه‌های پیچیده ارتباطی می‌شوند و این مسئله آن‌ها را با چالش‌های جدی در زندگی اجتماعی و ارتباط با همسالان مواجه می‌سازد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

براساس DSM5، کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم (ASD)، محدودیت مداوم در تعامل اجتماعی و ارتباطات اجتماعی از خود نشان می‌دهند و دارای الگوهای تکراری رفتار هستند که معمولاً نشانه‌ها بین ۱۲ تا ۲۴ ماهگی تشخیص داده می‌شوند؛ زمان تشخیص با شدت علائم مرتبط است. اگر تأخیرهای رشد شدید باشند، می‌توانند زودتر از ۱۲ ماهگی دیده شوند و اگر نشانه‌ها خفیف‌تر باشند، دیرتر از ۲۴ ماهگی تشخیص داده می‌شوند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). در سال‌های اخیر شیوع گزارش‌شده از اختلال طیف اوتیسم در آمریکا و سایر کشورها نزدیک به یک درصد جمعیت و نسبت آن در کودکان و بزرگسالان شبیه به هم است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). به‌طور کلی، کودکانی که مبتلابه ASD تشخیص داده‌شده‌اند گستره‌ای از علائم اوتیسم را از جمله نقص ارتباطات و زبان، اختلال اجتماعی و رفتارهای محدود و تکراری نشان می‌دهند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). در نتیجه، کودکان مبتلابه ASD به‌سختی درگیر روابط اجتماعی، درک نشانه‌های پیچیده ارتباطی و حرکات و استفاده از مهارت‌های خودتنظیمی هستند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).

مشکل اصلی که توسط کودکان مبتلابه اوتیسم نشان داده می‌شود کمبودهای توجه مشترک است (کریگ، ۲۰۱۲). کودکان در اواخر سال اول زندگی با دنبال کردن اشاره بزرگسال و جهت نگاه و نگرستن

به شیء موردنظر، به توجه اشتراکی پاسخ می‌دهند و بین ۱۲ تا ۱۴ ماهگی، بعد از دنبال کردن جهت اشاره و نگاه بزرگسال، با تغییر دادن نگاهشان بین شیء و بزرگسال و تکرار این جریان، مشترک بودن کانون توجهشان را نشان می‌دهند (ردی، ۲۰۰۵). در زندگی روزمره، ما اطلاعات زیادی را از طریق دنبال کردن نگاه فرد دیگر به اشیا و رویدادهای خاص منتقل می‌کنیم. کودکان با اختلال اوتیسم در کیفیت و کمیت توجه مشترک کمبودهایی را نشان می‌دهند و همین نارسایی سبب می‌شود به خصوصیات ارتباطی و اجتماعی و روانی اجتماعی این کودکان، آسیب وارد شود (لوتون، ۲۰۱۲). آسیب در توجه مشترک جزء اولین نشانه‌های اختلال اوتیسم است و هدف مهمی در برنامه‌های مداخله بهنگام به شمار می‌آید (فریت، ۲۰۰۳). تعیین جهت دقیق توجه دیگری یک توانایی مهم است؛ انسان‌ها به جهت نگاه بسیار حساس هستند و این موضوع بر همگان آشکار است که تغییر نگاه اطلاعات برجسته‌ای در مورد مکان اشیا ارائه می‌دهد و در اشکال پیشرفته‌تر ممکن است موجب شناخت اجتماعی نیز شود (تاپار، ۲۰۱۷). در جریان توجه مشترک، دو فرد فعالانه توجهشان را معطوف یک شیء، موقعیت، یا یک رویداد می‌کنند، این توانایی مستلزم شناسایی کانون توجه فرد مقابل است (ماندی، ۲۰۰۷). روش‌های درمانی زیادی برای کودکان دارای اختلال اوتیسم وجود دارد مانند آموزش از طریق شنوایی، آموزش جزءبه‌جزء، ویتامین درمانی، درمان با رژیم غذایی بدون غلات، برقراری ارتباط آسان، موسیقی درمانی، کاردرمانی و بهبود مجموعه حواس و بازی درمانی (مصطفوی، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که بازی درمانی کودک محور می‌تواند برای بسیاری از مشکلات کودکان از جمله اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی، اختلال طیف اوتیسم و دل‌بستگی نایمن کودکان مفید باشد (رنگانی و همکاران، ۱۳۹۳). به‌طور خاص چهار هدف

ارتباط و ادامه دادن آن یکی از مهم‌ترین مهارت‌ها در کودکان و بزرگسالان محسوب می‌شود این مداخله به دنبال بررسی اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر توجه مشترک کودکان ۷ تا ۹ سال طیف اوتیسم شهر سمنان بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش، کودکان ۷ تا ۹ ساله دارای اختلال اوتیسم با کنش وری بالا که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در مدارس استثنایی شهر سمنان مشغول به تحصیل بودند. معیارهای ورود کودکان به مطالعه عبارت است از: سن ۷ تا ۹ سال، تشخیص اختلال طیف اوتیسم توسط روان‌پزشک، نمره ۸۵ یا بیشتر در مقیاس تشخیص اوتیسم گلیام و نیز نقص در توجه اشتراکی به تشخیص پژوهشگر. کودکانی که این ملاک را نداشتند، از نمونه حذف شدند. ملاک‌های خروج که موجب حذف آزمودنی‌ها شد عبارت است از: همراهی هر نوع اختلال دیگر از قبیل ناتوانی ذهنی، نابینایی، معلولیت جسمی- حرکتی، بیش‌فعالی و اختلالات رفتاری. نمونه‌های پژوهش به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. بدین منظور پس از اخذ مجوز لازم از اداره آموزش و پرورش شهر سمنان و مشخص شدن مدرسه موردنظر و بررسی دانش‌آموزان جهت داشتن ملاک ورود به پژوهش (سن، تشخیص اختلال طیف اوتیسم توسط روان‌پزشک، نداشتن هر نوع اختلال دیگر از قبیل ناتوانی ذهنی، نابینایی، معلولیت جسمی- حرکتی، بیش‌فعالی و اختلالات رفتاری)، با ۱۳ نفر از خانواده دانش‌آموزانی که شرایط ورود به آزمون را داشتند جلسه‌ای برگزار شد و هدف از پژوهش و شرایط برگزاری جلسات بازگو گردید. پس از گرفتن پیش‌آزمون، مداخلات بازی‌درمانی کودک-محور اجرا گردید و درنهایت برای بررسی میزان اثربخشی بازی‌درمانی کودک-محور بر توجه مشترک کودکان

از بازی‌درمانی تعیین کرده است، آن‌ها توجه مشترک، نظریه ذهن، تقلید از پاسخ، عملکرد نمادین در بازی می‌باشند. بازی‌درمانی یک رابطه بین فردی پویا بین کودک (فرد در هر سنی) و درمانگر است که برای توصیف کامل و کشف خود (احساسات، افکار، تجربیات و رفتارها) از طریق بازی، محیط طبیعی ارتباط کودک، برای رشد و رشد بهینه را تسهیل می‌کند (براتون، ۲۰۱۳). از طریق فرآیند بازی‌درمانی کودک محور، کودکان به خودگردانی می‌پردازند، تجارب و عواطف خود را بررسی می‌کنند و در نتیجه درکی از تسلط و کنترل بردنیای خود کسب می‌کنند و درنهایت تبدیل به انسان‌ها می‌شوند (لندرث، ۲۰۱۲). برای کودکان با اختلال اوتیسم، برخی از محققان معتقدند که تجربه بازی و اصول ارتباطی اصلی منجر به افزایش توجه مشترک، کشف محیطی و خود-تنظیمی می‌شوند (پریزانت، ۲۰۱۵). بازی‌درمانی کودک محور بیش از ۶۰ سال درمان موفق انواع مشکلات و تشخیص بیماری‌ها استفاده شده است (پستر، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش شاه رفعتی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم با عملکرد بالا نشان داد که بازی‌درمانی گروهی بر ارتباط کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم با عملکرد بالا تأثیر معنادار می‌گذارد و این تأثیر پس از ۲ ماه پیگیری باقی می‌ماند. همچنین بر اساس نتایج پژوهش امر الهی فر و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی مادران کودکان اوتیستیک بر بهبود مهارت‌های ارتباطی زبانی کلامی کودکان اوتیسم می‌توان گفت آموزش بازی‌درمانی مادران باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی زبانی کودکان اوتیسم می‌گردد. باوجود تحقیقات گسترده‌ای که در زمینه اثربخشی بازی‌درمانی و کودکان طیف اوتیسم انجام شده است، پژوهش‌های اندکی وجود دارد که نقش این مداخله را بر توجه مشترک کودکان طیف اوتیسم موردبررسی قرار داده باشد و از آنجایی که شروع

طیف اوتیسم پس از آزمون نیز گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس نمره‌گذاری اختلال اوتیسم گارز:

آزمون گارز چک‌لیستی است که به تشخیص افراد اوتیستیک کمک می‌کند. این آزمون در سال ۱۹۹۴ هنجاریابی شده و معرف موضوع‌هایی از اوتیسم بر روی گروه نمونه ۱۰۹۴ نفری از ۴۶ ایالت از کلمبیا، پروتوریکا و کانادا است. آزمون گارز بر اساس تعاریف انجمن اوتیسم آمریکا و انجمن روان‌پزشکی آمریکا و با اتکا بر DSM5 تهیه شده است. آزمون گارز برای اشخاص ۳ تا ۲۲ ساله مناسب است و می‌تواند به‌وسیله والدین و متخصصان در مدرسه یا خانه کامل شود. گارز شامل چهار خرده مقیاس و هر خرده مقیاس شامل ۱۴ گویه است. نخستین خرده مقیاس، رفتارهای کلیشه‌ای است که شامل ۱ تا ۱۴ مورد است. این خرده آزمون موارد رفتارهای کلیشه‌ای، اختلالات حرکتی و رفتارهای عجیب و غریب را توصیف می‌کند. خرده مقیاس دوم که برقراری ارتباطات است، موارد ۱۵ تا ۲۸ را شامل می‌شود. این آیتم‌ها رفتارهای کلامی و غیرکلامی را توصیف می‌کند که نشانه‌هایی از اوتیسم است. تعاملات اجتماعی سومین خرده مقیاس است که شامل آیتم‌های ۲۹ تا ۴۲ است. موارد این خرده مقیاس موضوع‌هایی را ارزیابی می‌کند که قادر است به‌طور مناسب رویدادها را برای مردم شرح دهد. چهارمین خرده آزمون اختلالات رشدی است که شامل آیتم‌های ۴۳ تا ۵۶ می‌شود. این خرده مقیاس سؤال‌های کلیدی را درباره سیر رشدی کودکی افراد می‌پرسد. پایایی گارز در دامنه قابل‌پذیرش پذیرفته شده است. مطالعات انجام شده نمایانگر ضریب آلفای ۰٫۹۰، برای رفتارهای کلیشه‌ای، ۰٫۸۹، برای ارتباط، ۰٫۹۳، برای تعامل اجتماعی، ۰٫۸۸، برای اختلالات رشدی و ۰٫۹۶، در نشانه‌شناسی اوتیسم است. گارز علاوه بر پایایی روش آزمون - پس‌آزمون، پایایی بین نمره گذاران را گزارش کرده است. روایی آزمون نیز از طریق مقایسه با سایر ابزارهای تشخیصی

اوتیسم مورد تأیید قرار گرفته است. روایی گارز از طریق چند بررسی نشان داده شده است و این بررسی‌ها تأیید می‌کند:

الف) سؤال‌های خرده مقیاس‌ها معرف ویژگی‌های افراد اختلال طیف اوتیسم هست.

ب) نمره‌ها به‌طور قوی با یکدیگر رابطه دارند و به دلیل رابطه قوی با دیگر آزمون‌های غربالگری اوتیسم آزمون گارز می‌تواند اشخاص مبتلا به اوتیسم را از افراد مبتلا به اختلالات شدید رفتاری دیگر متمایز کند.

ج) نمره‌ها باسن رابطه ندارد.

د) نمره اشخاص با شخصیت‌های مختلف در آزمون گارز متفاوت هست.

مقیاس تجدیدنظر شده‌ی هوشی وکسلر

کودکان: این مقیاس دارای ۶ خرده مقیاس کلامی و ۶ خرده مقیاس غیرکلامی است که مجموعاً ۱۲ خرده مقیاس را شامل می‌شود. ۶ خرده مقیاس کلامی شامل اطلاعات، واژگان، شباهت‌ها، حساب، فهم، حافظه عددی و ۶ خرده مقیاس غیرکلامی یا عملی شامل تکمیل تصاویر، تنظیم تصاویر، مکعب‌ها، تنظیم قطعات، تطبیق نشانه‌ها و مازها است که از این تعداد ۲ خرده مقیاس جنبه ذخیره دارد (مازها و حافظه عددی). مقیاس تجدیدنظر شده‌ی هوشی وکسلر کودکان را شهیم (۱۳۸۵) به‌منظور سنجش هوش کودکان ۶ تا ۱۳ ساله و برای استفاده در شهر شیراز ترجمه، انطباق و با استفاده از یک نمونه ۱۴۰۰ نفری هنجاریابی نموده است. پایایی باز آزمایی این مقیاس ۴۴/۰ تا ۰/۹۴ (میان ۷۳/۰) و پایایی توصیفی آن ۴۲/۰ تا ۹۸/۰ (میان ۶۹/۰) گزارش شده است. این مقیاس به‌صورت فردی و جهت حفظ روایی توسط آزمایش‌کننده متخصص و تعلیم‌دیده باید اجرا گردد. در هر خرده مقیاس سؤال‌ها از آسان به دشوارتر اجرا می‌شوند. پس از به دست آمدن نمره‌های خام همه خرده مقیاس‌ها، نمره‌های خام به کمک جدول‌های هنجار به نمره‌های استاندارد تبدیل می‌شوند. با اجرای

در طول این مدت، هدایت بازی‌ها به عهده کودک است و آزمونگر فقط به هرگونه بازی با توجه اشتراکی، پاسخ طبیعی نشان می‌دهد. آزمونگر فرصت‌هایی برای شروع درخواست کردن با توجه اشتراکی ایجاد می‌کند و به درخواست کردن با توجه اشتراکی پاسخ می‌دهد. گفتنی است که هرچند آزمونگر فرصت‌هایی برای توجه فراهم می‌کند، ارزیابی مقوله‌های رشدی توجه اشتراکی، شامل: نگاه مشترک هماهنگ، نگاه کردن، اشاره به دور، اشاره به نزدیک، نشان دادن شیء، در بافت رویه‌های کودک انجام می‌گیرد. حدود ۱۵-۱۰ دقیقه از این جلسه فیلم‌برداری می‌شود تا با آن سطح مهارت‌های کنونی (خط پایه) مشخص شود. شیوه نمره‌گذاری تعامل آزمونگر-کودک بر اساس فیلم‌های ویدئویی ضبط‌شده از جلسات ارزیابی و مشاهدات بالینی، کار برگ ثبت مقوله‌های توجه اشتراکی «تکمیل می‌شود و بر اساس فراوانی و تنوع مهارت‌های توجه اشتراکی در ارزیابی آزمون گر - کودک، وضعیت رشدی هر مقوله به سه دسته تقسیم می‌شود. فقدان مهارت، ظهور مهارت، تسلط در مهارت. سپس با استفاده از جدول» تعیین سطوح رشدی توجه اشتراکی، عملکرد کنونی توجه اشتراکی مشخص می‌گردد. (پور اعتماد، ۱۳۹۴).

خلاصه جلسات بازی‌درمانی: پس از انتخاب افراد و توجیه والدین در جلسه‌ای مقدماتی، بعد از ارزیابی دانش آموزان وارد طرح درمان شدند. جلسات بازی‌درمانی به مدت ۸ جلسه یک‌ساعته در طول چهار هفته برگزار شد که خلاصه جلسات با اقتباس از پروتکل ماندی و همکاران (۲۰۱۳) در جدول شماره (۱-۱) ارائه شده است.

این آزمون می‌توان سه هوش‌بهر کلامی، هوش‌بهر عملی و هوش‌بهر کلی را به دست آورد. روایی هم‌زمان این مقیاس هوشی با استفاده از همبستگی نمرات با نمرات بخش عملی مقیاس وکسلر برای کودکان پیش‌دبستانی ۷۴/۰ بود. رابطه معناداری بین هوش‌بهر باسن و نیز طبقه اقتصادی - اجتماعی و معدل گزارش شده است. ضرایب همبستگی هوش‌بهرهای کلامی، عملی و کل به ترتیب ۸۴/۰، ۷۶/۰ و ۸۰/۰ است. ضرایب همبستگی هوش‌بهرهای کلامی، عملی و کل با معدل تحصیلی به ترتیب ۵۲/۱، ۴۰/۰ و ۵۳/۰ است که در سطح ($P < 0.01$) معنادار بوده و نشان‌دهنده همبستگی بیشتر هوش‌بهر کلامی و هوش‌بهر کل با معدل تحصیلی است (شهیم، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر به‌منظور برآورده کردن ملاک ورود به پژوهش در زمینه‌ی هوش‌بهر از این مقیاس استفاده شد.

ارزیابی توجه مشترک: تعامل آزمونگر- کودک

مواد موردنیاز اسباب‌بازی‌ها: دوتا عروسک، یک کره هوش، یک توپ، یک تلفن موزیک دار، سه دایناسور، یک عروسک به شکل پدر، یک عروسک به شکل مادر، یک عروسک به شکل کودک و یک عروسک به شکل نوزاد. یک تختخواب، یک ملحفه، یک بخاری، یک گنجه، یکدست میز و صندلی، یک ماشین، ۷ بشقاب (در اندازه‌های مختلف)، دو لیوان، یک قابلمه دردار، دو قاشق، دو چنگال، دو چاقو، یک نمکدان، یک فلفل‌دان، یکسری (حدود ۱۲) بلوک‌های خانه‌سازی و یک دستگاه دوربین فیلم‌برداری ۱۰ دقیقه فیلم یا حافظه خالی دوربین، زمان‌سنج (پور اعتماد و ارمغان، ۱۳۹۴).

روش اجرا: آزمونگر فرصت می‌دهد تا رویه‌ها (فعالیت‌های عادی و روزمره) کودک به وقوع بپیوندند.

جدول ۱ خلاصه جلسات بازی درمانی

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه و آشنایی	آشنا شدن کودک با درمانگر و اتاق بازی درمانی
دوم	انتخاب بازی توسط کودک باهدف پاسخ به توجه اشتراکی و شناخت هیجان خوشحالی	وسایل خاص و مشخصی مانند کتاب شناخت هیجان، توپ‌های به شکل هیجان مخالف، عروسک حیوانات و ... در قفسه قرار داده شد و آزمونگر به وسایل اشاره می‌کند و از کودک می‌پرسد که «با کدام یک می‌خواهی بازی کنی» اگر کودک واکنشی نشان نداد، آزمونگر یکی از وسایل را انتخاب می‌کند و در اختیار کودک قرار می‌دهد و در حین بازی و در موقعیت‌های مناسب سعی در آموزش هیجان خوشحالی می‌کند.
سوم	توب‌بازی یا ماشین بازی باهدف شروع و پاسخگویی به تقاضاهای رفتاری و تعاملات اجتماعی و شناخت هیجان شادی و غم	آزمونگر توپ و ماشین‌هایی را که شکل لبخند و ناراحتی را در اختیار کودک قرار می‌دهد تا او به‌دلخواه یکی از اسباب‌بازی‌ها را انتخاب کند و دستان خود را به حالت آماده برای گرفتن اسباب‌بازی قرار می‌دهد. اگر کودک بازی را شروع نکرد اسباب‌بازی را از کودک می‌گیرد و نحوه بازی را به او یاد می‌دهد. در حین بازی با کمک هیجان نقاشی شده بر روی توپ یا ماشین هیجان شادی و غم را به کودک آموزش می‌دهد.
چهارم	بازی‌های تعاملی مانند موش و گربه بازی و یا قلقلک دادن کودک باهدف شروع و پاسخ به تعاملات اجتماعی	آزمونگر اسباب‌بازی‌ها را از دید کودک پنهان می‌کند و فعالیت را با گفتن «بیا بازی کنیم یا بیا شعر بخوانیم» آغاز می‌کند و به دنبال کودک می‌دود و یا بسته به تحمل کودک او را قلقلک می‌دهد و در حین بازی احساس کودک را نیز بازگو می‌کند (داری می‌خندی خوشحال شدی؟). سپس از بازی دست می‌کشد و صبر می‌کند تا کودک با حرکاتی مثل زدن روی میز، برقراری تماس چشمی یا تکان دادن دستانش، درخواست دوباره حرکت را داشته باشد.
پنجم	بازی تعقیب نگاه باهدف پاسخ به توجه اشتراکی و شناخت هیجان	آزمونگر قبل از ورود کودک به اتاق چهار تصویر از چهار هیجان اصلی (شادی، غم، ترس و خشم) را در چهار سمت کودک بر روی دیوار نصب می‌کند. پس از ورود کودک به اتاق شروع به انجام بازی پیشنهادی کودک می‌کنند. در حین بازی آزمونگر اسم کودک را صدا می‌زند و به سمت عکس‌های روی دیوار نگاه و اشاره می‌کند و در مورد هیجان توضیحاتی می‌دهد.
ششم	کتاب‌خوانی باهدف شروع و پاسخ به توجه اشتراکی و شناخت هیجان‌های مختلف	آزمونگر کتابی حاوی عکس چهره‌هایی با هیجان مختلف را در دسترس کودک قرار می‌دهد و هیجان‌ها را هر یک از چهره‌های صفحه کتاب را برای او توضیح می‌دهد و سپس به صفحه سمت چپ کتاب اشاره می‌کند و از کودک می‌خواهد هر یک از هیجان‌هایی که آزمونگر از او می‌خواهد را نشان دهد و در مراحل بعدی هیجان‌ها را به یکدیگر وصل کند و یا رنگ‌آمیزی انجام دهد.
هفتم	بازی‌های تقلیدی باهدف تقلید از هیجان‌ها و افزایش تماس چشمی	آزمونگر نمایشی را اجرا می‌کند و در حین نمایش هیجان‌های مختلفی را از خود نشان می‌دهد و از کودک می‌خواهد هیجان‌ها را تقلید کند.
هشتم	جمع‌بندی	مرور و جمع‌بندی فعالیت‌های آموخته‌شده و تلاش برای تعمیم به محیط بیرون.

یافته‌ها

در این پژوهش از یک گروه آزمایش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد و در این طرح‌ها تأثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) موردسنجش قرار گرفته است و داده‌های این پژوهش با استفاده

آزمون تی جفت شده و به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفته است. آزمون تی جفت شده جهت مقایسه تعداد توجه‌های مشترک کودک اوتیسم با آزمونگر، در هر جلسه نسبت به جلسه قبل در جدول (۱-۲) آورده شده است.

جدول ۲: آزمون تی جفت شده جهت مقایسه تعداد توجه‌های مشترک در جفت جلسات مداخله

جفت‌ها	جلسات	میانگین	خطای استاندارد	خطای استاندارد میانگین	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
یکم	یکم با دوم	۶/۳۰	۲/۰۱	۰/۵۵۹	۱۱/۲۸	۱۲	۰/۰۰۱
دوم	دوم با سوم	۷/۳۸	۲/۲۹	۰/۶۳۵	۱۱/۶۱	۱۲	۰/۰۰۱
سوم	سوم با چهارم	۶/۵۳	۱/۵۶	۰/۴۳۲	۱۵/۱۰	۱۲	۰/۰۰۱
چهارم	چهارم با پنجم	۶/۵۳	۱/۲۶	۰/۳۵۱	۱۸/۶۲	۱۲	۰/۰۰۱
پنجم	پنجم با ششم	۶/۳۸	۱/۷۰	۰/۴۷۴	۱۳/۴۶	۱۲	۰/۰۰۱
ششم	ششم با هفتم	۵/۳۸	۴/۳۳	۱/۲۰	۴/۴۸	۱۲	۰/۰۰۱
هفتم	هفتم با هشتم	۷/۲۳	۳/۴۹	۰/۹۶۸	۷/۴۶	۱۲	۰/۰۰۱

نکته: با توجه به آنکه در طی جلسات بازی‌درمانی، تعداد دفعات رخ دادن توجه مشترک افزایش یافته است، لذا به‌خودی‌خود دفعات آغازگری توجه مشترک توسط کودک اوتیسم هم افزایش یافته است. آنچه مهم است بررسی افزایش تعداد دفعات آغازگری کودک اوتیسم به آزمونگر است برای بررسی این مسئله، قبل از اجرای آزمون تی جفت شده، ابتدا نسبت آغازگری توجه مشترک کودک با آزمونگر محاسبه شد (آغازگری توجه مشترک کودک تقسیم بر آغازگری توجه مشترک از سوی آزمونگر) و بعدازآن نسبت به‌دست‌آمده در جفت جلسات اجرای مداخله باهم مقایسه شد.

جدول (۱-۲) آزمون تی دو جفت شده جهت مقایسه تعداد توجه‌های مشترک در جفت جلسات مداخله را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که در ۸ جلسه بازی‌درمانی، به‌طور میانگین تعداد توجه مشترک بین کودک اوتیسم و آزمونگر در دامنه‌ای بین ۵/۳۸ تا ۷/۳۸ (در هر جلسه) افزایش داشته است. آزمون تی جفت شده نشان می‌دهد این متوسط افزایش تعداد توجه مشترک بین کودک اوتیسم و آزمونگر در هر جلسه نسبت به جلسه دیگر افزایش معناداری داشته است ($p < 0.01$). آزمون تی جفت شده جهت مقایسه تعداد دفعات آغازگری توجه‌های مشترک کودک اوتیسم با آزمونگر، در هر جلسه نسبت به جلسه قبل در جدول (۱-۳) آورده شده است.

جدول ۳: آزمون تی جفت شده جهت مقایسه تعداد دفعات آغازگری توجه‌های مشترک در جفت جلسات مداخله

جفت‌ها	جلسات	میانگین	خطای استاندارد	خطای استاندارد میانگین	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
یکم	یکم با دوم	-۰/۰۷۲	۰/۱۵۶	۰/۰۴۳	-۱/۶۵	۱۲	۰/۱۲۴
دوم	دوم با سوم	-۰/۱۲۴	۰/۱۴۵	۰/۰۴۰	-۳/۰۹	۱۲	۰/۰۰۹
سوم	سوم با چهارم	-۰/۰۶۹	۰/۱۰۷	۰/۰۲۹	-۲/۳۲	۱۲	۰/۰۳۹
چهارم	چهارم با پنجم	-۰/۰۷۲	۰/۰۶۷	۰/۰۱۸	-۳/۸۹	۱۲	۰/۰۰۲
پنجم	پنجم با ششم	۰/۰۲۷	۰/۰۸۴	۰/۰۲۳	۱/۱۸	۱۲	۰/۲۵۹
ششم	ششم با هفتم	-۰/۰۹۵	۰/۱۵۶	۰/۰۴۳	-۲/۲۰	۱۲	۰/۰۴۸
هفتم	هفتم با هشتم	-۰/۲۵۷	۰/۱۴۲	۰/۰۳۹	-۶/۵۴	۱۲	۰/۰۰۱

معناداری در تعداد دفعات آغازگری توجه مشترک ایجاد نشده است، اما در جلسه سوم نسبت به جلسه دوم، در جلسه چهارم نسبت به جلسه سوم، در جلسه پنجم نسبت به جلسه چهارم تفاوت معناداری در

جدول (۱-۳) آزمون تی جفت شده جهت مقایسه تعداد دفعات آغازگری توجه‌های مشترک در جفت جلسات مداخله را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که در جلسه دوم نسبت به جلسه اول، تفاوت

تعداد دفعات آغازگری توجه مشترک توسط کودک اوتیسم ایجاد شده است. در جلسه ششم نسبت به جلسه پنجم تفاوت معنادار نیست، اما در جلسات بعدی نیز نسبت به جلسات ماقبل خود تفاوت معناداری در افزایش تعداد دفعات آغازگری توجه مشترک توسط کودک ایجاد شده است ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که فرضیه یکم پژوهش مبنی بر اینکه «بازی درمانی کودک محور بر واکنش توجه مشترک در کودکان مبتلابه اختلال طیف اوتیسم اثر معناداری دارد» تأیید شد. همچنین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه «بازی درمانی کودک محور بر شروع توجه مشترک کودکان مبتلابه اختلال طیف اوتیسم اثر معناداری دارد» تأیید شد. به طوری که گروه آزمایش با اجرای بازی درمانی کودک محور توجه مشترک بیشتری نسبت جلسات اولیه از خود نشان دادند و نیز در شروع توجه پیشرفت و افزایش معناداری نسبت جلسات اولیه از خود نشان دادند. در تبیین نتایج به دست آمده مبنی بر آنکه بازی درمانی می‌تواند منجر به ایجاد و نیز ادامه توجه مشترک شود می‌توان به مباحث ذیل اشاره نمود. بازی موجب پدید آیی حس یا تجربه حسی کودکان اوتیسم از کنترل بر دنیا یا پیرامون خود می‌شود که این مسئله برای ایجاد و توسعه احساسات آن‌ها دارای اهمیت است؛ بنابراین یکی از پایه‌های ارتباط (احساس و بیان آن) در بازی درمانی کودک محور می‌شود. بازی به دلیل جذابیت‌هایی که برای کودکان اوتیسم ایجاد می‌کند، می‌تواند مولد و محرکی برای ایجاد ارتباط کلامی باشد، زیرا در بازی ایجاب می‌کند که کودکان از کلام برای ادامه بازی و جلب توجه دیگران استفاده کنند، در غیر این صورت بازی جذاب برای آن‌ها که مطلوبیت دارد، قطع شود، بنابراین لاجرم ارتباط کلامی تحریک خواهد شد (ور بالچ و رای، ۲۰۱۵). علاوه بر این، از جمله مؤلفه‌های مؤثر بازی درمانی کودک محور بر افزایش معناداری توجه

مشترک آن است که در بازی درمانی کودک محور سرعت و شیوه هر جلسه توسط کودک انتخاب می‌شود، این مسئله موجب می‌شود احساس اجبار برای برقراری ارتباط از بین رفته و برعکس، با توجه به احساس کنترلی که در کودک ایجاد می‌شود، او برای برقراری ارتباط و مدیریت این توجه مشترک با همبازی یا همبازی‌های خود تقویت شود (جزف و رایان، ۲۰۰۴). همچنین لندرت (۲۰۱۴) نیز بیان می‌کند از جمله مؤلفه‌های مثبت دیگری که در بازی درمانی موجب ایجاد توجه مشترک و ادامه رابطه بر اساس آن می‌شود آن است که در بازی درمانی رابطه‌ای بی‌خطر ایجاد می‌شود که عاری از استرس و اضطراب و فشار است و این پیدایش توجه مشترک را افزایش خواهد داد. اختلال‌های بیان و احساس‌ها و هیجان‌ها در کودکان مبتلابه اوتیسم فراوان یافت می‌شود. روش‌های بازی درمانی به هدف رفع نواقص کلامی و احساسی و هیجانی کودکان طراحی شده‌اند. کودک از طریق بازی درمانی قادر است هیجان‌های خود را به شکل طبیعی و در تعامل با شخص دیگر ابراز نماید. فنون بازی درمانی به شیوه مستقیم به کودکان دارای اختلال اوتیسم کمک می‌کند که مهارت‌ها را بیاموزد و به اطرافیان بیاموزد که چگونه از این فنون در موقعیت‌های دیگر استفاده کنند. رضایی و همکاران (۲۰۲) نشان دادند کودکان دارای اوتیسم در حوزه دیداری توانا هستند و با استفاده از روش‌های دیداری همچون بازی درمانی، می‌توان تغییرات چشمگیری در بازی و رفتار کودک به وجود آورد. با توجه به ظرفیت بازی در انگیزش حواس کودک، مداخله بازی درمانی کودک محور برای کودک مبتلابه اوتیسم ممکن زمینه تعامل و غنی شدن فعالیت‌های ارتباطی را به وجود می‌آورد. همچنین از جمله دلایل یا فواید دیگری که در بازی درمانی برای افزایش توجه مشترک وجود دارد آن است که بسیاری از کانال‌های یا موقعیت‌های ارتباطی که در آن توجه مشترک شکل می‌گیرد می‌تواند غیر کلامی، ارتباط غیر کلامی

توجه مشترک قابل کنترل و بررسی نبود به همین دلیل پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار درونی پژوهش، حتی‌المقدور متغیرها و اختلال‌های احتمالی همبود با اختلال اوتیسم را نیز بررسی و ارزیابی کنند. علاوه بر این به فراخور محدوده زمانی خاص، شرایط وجود کرونا و نیز سختی ارزیابی کردن کودکان اوتیسم، امکان بررسی و سنجش دوره یا دوره‌های پیگیری جهت پایداری نتایج وجود نداشته همین جهت توصیه می‌شود دوره‌های پیگیری جهت ارزیابی پایداری نتایج در برنامه گنجانده شود. همچنین در این پژوهش اثر میزان آشنایی و همجواری کودکان اوتیسم با آزمونگر که به‌خودی‌خود موجب تعامل و توجه مشترک می‌شود، غیرقابل کنترل بود و به فراخور مداخله موردنظر و محدودیت حجم جامعه آماری، گروه کنترل وجود نداشت و پیشنهاد می‌شود با تغییر ابزار پژوهش و افزایش حجم نمونه امکان جایگذاری نمونه در گروه کنترل فراهم گردد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاقی پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این پژوهش رعایت شده است؛ شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آنان محرمانه نگه‌داشته شد.

حامی مالی

در این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش خصوصی و یا دولتی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر بوده‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

شکل‌گرفته در جریان بازی‌درمانی چندین مؤلفه سودمند دارد که می‌تواند موجب آغاز و نیز ادامه توجه مشترک باشد، ابتدا آنکه ارتباط غیرکلامی نیازمند دایره واژگان نیست، بنابراین با دایره واژگان پایین‌تر نیز ارتباط (از نوع غیرکلامی) شکل می‌گیرد و این موجبات ایجاد و ادامه توجه مشترک را فراهم می‌کند. همچنین اجبار استفاده از کلام وجود ندارد، بنابراین ایجاد توجه مشترک تسهیل می‌شود؛ و نیز ارتباط غیرکلامی حین بازی، می‌تواند عاری از استرس و تنش باشد. همچنین بازی‌درمانی اجراشده برای کودکان اوتیسم نیاز به تفکر انتزاعی سطح بالا و پیچیده ندارد، بنابراین ایجاد ارتباط و توجه مشترک در این موقعیت تسهیل می‌شود. بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت بازی‌درمانی کودک محور بر توجه مشترک کودکان طیف اوتیسم رابطه معناداری دارد و موجب افزایش توجه مشترک آنان می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش:

در این پژوهش امکان نمونه‌گیری به شیوه تصادفی ساده وجود نداشت، لذا قابلیت تعمیم‌یافته‌ها به فراخور شیوه نمونه‌گیری دارای ضعف است پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از شیوه نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش اعتبار بیرونی پژوهش استفاده شود. همچنین با توجه به شیوع ویروس کرونا امکان انجام مداخله بازی‌درمانی کودک محور به‌صورت گروهی وجود نداشت، لذا علی‌رغم تلاش برای رعایت یکسان بودن همه شرایط، احتمال تفاوت در مداخله بازی‌درمانی کاملاً یکسان برای گروه نمونه آزمایش وجود دارد بنابراین پیشنهاد می‌شود اثربخشی بازی‌درمانی گروهی نیز بررسی شود. در این پژوهش امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر خارج از اراده پژوهشگر وجود نداشت که این امر ممکن است اعتبار درونی پژوهش را تضعیف کند، به‌عنوان مثال نرخ انجام بازی‌های شبیه به موقعیت مداخله‌ای در منزل توسط والدین و کودک اوتیسم قابل کنترل نبود. همچنین میزان تلاش والدین و اطرافیان یک کودک اوتیسم برای ایجاد

- in infancy. *Child Development*, 78(3): 938–954. [DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01042.x>]
- Pour Etamed H, Armaghane Sh. (2011). Diagnosis and treatment of joint attention deficit in children with autism. Tehran: Arjmand Publications. (In Persian).
- Prizant BM. (2015). *Uniquely Human: A Different Way of Seeing Autism*. New York, NY: Simon & Schuster. [DOI: <https://doi.org/10.1111/fcsr.12167>]
- Rangani A, Hematigh S, Shojaei S, Asghari S. (2015). The effectiveness of tumor therapeutic intervention on social skills of students with autism disorder. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals*, 5(20): 1–33. (In Persian).
- Reddy V. (2005). Before the self: Attention, affect and the emergence of intentions. In N. Eilan, C. Hoerl, T. McCormack, & J. Roessler (Eds.), *Joint attention: Communication and other minds* (pp. 85–109). Oxford University Press. [DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199245635.003.0005>]
- Rezaee Rezvan S, Rezaee Rezvan M, Asadzadeh SN, Torabi SS, Taheri Soodejani M, Ghasemzadeh-Moghaddam H, Firozeh M, Sajedi A, Rohani F, Firouzeh N. (2024). The efficacy of cognitive-behavioural play therapy and puppet play therapy on bilingual children's expressive, receptive language disorders. *Early Child Development and Care*, 194(2): 296–307. [DOI: <https://doi.org/10.1080/03004430.2024.2309453>]
- Shahim S. (2006). *Revised Wechsler Intelligence Scale for Children*. Shiraz University Publications, Fourth Edition. (In Persian).
- Shahrafati S, et al. (2016). The effectiveness of group play therapy on communication in children with high-functioning autism. *Journal of Exceptional Children*, 16(1): 55–70. (in Persian).
- Tapar A. (2017). Eye gaze and social cognition in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(3): 456–470. [DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2967-2>]
- Thapar A, Cooper M, Rutter M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*, 4(4): 339–346. [DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)]
- Ware Balch J, Ray DC. (2015). Emotional assets of children with autism spectrum disorder: A single-case therapeutic outcome experiment. *Journal of Counseling & Development*, 93(4): 429–439. [DOI: <https://doi.org/10.1002/jcad.12041>]
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Amrolahi J, Hatami H, Ohadi H. (2017). The effect of play therapy training for mothers of autistic children on improving their children's verbal language communication skills. *Counseling and Psychotherapy*, 5(20): 68–80. (In Persian).
- Bratton SC, Ceballos PL, Sheely-Moore AI, Meany-Walen K, Pronchenko Y, Jones LD. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22(1): 28–42. [DOI: <https://doi.org/10.1037/a0030318>]
- Frith U, Hill EL, Charman T. (2003). Why is joint attention a pivotal skill in autism? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 358(1430): 315–324. [DOI: <https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1199>]
- Josef O, Ryan Y. (2004). Non-directive play therapy for young children with autistic: A case study. *J Appl Behav Anal*, 9(4): 533–551. [DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104504046158>]
- Kerig PK. (2012). *Treatment of traumatized children: Risk, resilience, and recovery*. Routledge. [DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203806464>]
- Landreth GL. (2012). *Play Therapy: The Art of the Relationship* (3rd ed.). New York, NY: Routledge. [DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203890196>]
- Lawton K, Kasari C. (2012). Brief report: Longitudinal improvements in the quality of joint attention in preschool children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42: 307–312. [DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1231-z>]
- Mostafavi M. (2014). *Play therapy methods for children with autism spectrum disorder*. Tehran: Roshd Publications. (In Persian).
- Mundy P. (2007). Joint attention and social cognition in autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(9): 935–953. [DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01778.x>]
- Mundy P, Block J, Delgado C, Pomares Y, Van Hecke AV, Parlade MV. (2007). Individual differences and the development of joint attention

منابع