مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر بازی‌درمانی بومی‌شده با مشارکت والدین بر رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم

سیما جعفری [۱]، ناصر پریزاد*[۲]، مولود رادفر[۳]، حمیدرضا خلخالی [۴]

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۸/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۴/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: کودکان مبتلا به اوتیسم اغلب در رفتارهای کلیشه‌ای مشکل دارند. بازی‌درمانی به کودکان کمک می‌کند مهارت‌های جدید اجتماعی و رفتاری را بیاموزند. لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر بازی‌درمانی بومی‌شده با مشارکت والدین بر رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم انجام گرفت.

مواد و روش کار: این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بر روی ۴۰ کودک مبتلا به اوتیسم در سن مدرسه در شهر ارومیه در سال ۱۴۰۰ انجام شد. ۴۰ نفر از کودکان مبتلا به اوتیسم با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه کنترل و مداخله تخصیص داده شدند. و مقیاس درجه‌بندی اوتیسم- گیلی‌ام (گارز ۲) و پرسشنامه دموگرافیک برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. در گروه مداخله، بازی‌درمانی خانواده محور در ۶ جلسه ۲ ساعته به‌صورت مجازی از طریق تماس ویدیویی انجام گرفت. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS (ver.22) تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در روند میانگین نمرات رفتارهای کلیشه‌ای کودکان تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل وجود داشت ($P< ۰/۰۰۱$). نتایج مقایسات دوتایی بر اساس آزمون بون فرونی نشان داد که در ارتباط با نمره رفتارهای کلیشه‌ای شرکت‌کننده‌ها در گروه کنترل در بازه‌های زمانی قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P =1/000$). اما در گروه مداخله بین بازه‌های زمانی قبل از مداخله، بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($P<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: بازی‌درمانی بومی‌شده با مشارکت والدین به‌عنوان فعالیتی با قابلیت انطباق‌پذیری درخور توجه، نوعی وسیله برای درک و برقراری ارتباط با کودک به شمار می‌رود و بر کاهش رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم در سن مدرسه تأثیر مثبت داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی، اوتیسم، کودکان، رفتارهای کلیشه‌ای، مطالعه نیمه تجربی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۵۱، اردیبهشت ۱۴۰۱، ص ۱۳۶-۱۲۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: parizad.n@umsu.ac.ir

مقدمه

اختلال اوتیسم، گروهی از سندرم‌های عصبی رشدی هستند (۱، ۲). مشخصه‌ی آن‌ها طیف وسیعی از تخریب‌ها در ارتباط اجتماعی و رفتارهای محدود و تکراری است (۳). معمولاً در خلال سال دوم زندگی مشخص می‌شود. طبق کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (DSM-5) ملاک های تشخیصی اوتیسم عبارت‌اند از نواقصی در ارتباط اجتماعی (۱) و علائق محدود که در اوایل دوره رشد بروز می‌کند (۲). علت خاص مربوط به تشخیص بیماری هنوز نامشخص است، اگرچه آمار شیوع اوتیسم در جهان با تأثیر عمیق بر خانواده‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه آن‌ها همچنان در حال افزایش است (۴). طبق برآوردها امروزه شیوع این اختلال در دنیا ۱ در ۶۸ نفر تخمین زده شده است (۵، ۶). تاکنون هیچ مطالعه‌ی جامعی در زمینه شیوع این اختلال در کشور ما صورت نگرفته است. بااین‌حال مطالعات شیوع شناسی در ایران، گستره‌های از یک به ۱۵۰ بین کودکان گزارش کرده‌اند (۷). حدوداً ۰/۱ درصد (یا ۱۰ در ۱۰۰۰۰) کودکان و نوجوانان سن مدرسه در ایران مبتلا به اوتیسم می‌باشند (۸).

[۱] کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران.

[۲] استادیار، پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

[۳] دانشیار پرستاری، گروه روان، پرستاری روان، بهداشت جامعه و فن، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[۴] استاد آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

کودکان مبتلا به اوتیسم در رفتارهای کلیشه‌ای و اجتماعی و مهارت‌های سازگاری دچار مشکل هستند (۹، ۱۰). اوتیسم می‌تواند توانایی فرد در انجام فعالیت روزانه و فعالیت‌های اجتماعی را کاهش دهد، روی دستاوردهای تحصیلی و اجتماعی فرد و همچنین فرصت‌های شغلی تأثیر منفی بگذارد. اوتیسم اغلب فشار عاطفی و اقتصادی قابل‌توجهی را به فرد و خانواده تحمیل می‌کند (۴)، و باعث ایجاد اختلال در فعالیت‌های روزانه کودکان مبتلا به این بیماری می‌شود. درنتیجه خانواده و مراقبین این کودکان، به‌ویژه والدین پیامدهای منفی زیادی را تجربه می‌کنند. والدین کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با والدین کودکانی که رشد معمول دارند، اغلب اضطراب، افسردگی و ناکامی همراه با عزت‌نفس پایین و رضایت زناشویی و رضایت از خود پایینی را گزارش می‌کنند (۱۱).

درمان اوتیسم می‌تواند به‌صورت مداخلات روانی اجتماعی، مداخلات دارو دارویی نظیر ملاتونین (برای بهبود خواب این کودکان)، موسیقی‌درمانی، و یوگا باشد (۲). در کنار مزایای دارودرمانی برای درمان این بیماری متأسفانه مضراتی همچون عوارض جسمی (سردرد، اختلال خواب، اسهال، اضطراب، افسردگی و اختلال در اشتها، اختلال حرکتی، لرزش اندام‌ها، جمود نعشی، خشکی پوست، خارش پوست، افزایش وزن و تحریک‌پذیری) و اقتصادی دارد (۱۲، ۱۳).

درمان‌های غیر دارویی در بیماران اوتیسم نظیر: مداخله گروه مهارت‌های اجتماعی[1](۱۴، ۱۵)، تئوری ذهن، رویکرد ارتباط اجتماعی، تعدیل عاطفی و حمایت متقابل(اسکرتس ([2]، داستان‌پردازی اجتماعی، گروه‌درمانی‌های تعامل والد-فرزند (۱۵)، برنامه‌های یادگیری اجتماعی، الگوسازی از طریق ویدئو، بازخورد بین فردی/ همسالان، تقلید و تقویت آموزش مهارت‌های اجتماعی در تعاملات، بازی‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری می‌باشد (۱۴).

بازی‌درمانی به کودکان کمک می‌کند مهارت‌های جدید اجتماعی و ارتباطی با خانواده را بیاموزند (۱۶). بازی نقش مهمی در تحول سیستم عصبی داشته و از طریق بازی تنیدگی کودک کاهش می‌یابد (۱۷). دستگاه عصبی کودک در ابتدای تولد دارای رشد ناقص است و قرار گرفتن در محیط‌های غنی که فرصت تمرین و تقویت کارکردهای ادراکی ـ شناختی، عصبی ـ عضلانی و مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف را فراهم می‌کند، باعث رشد همه‌جانبه و مناسب آن می شود و بازی تمامی این فرصت‌ها را در اختیار فرد قرار می‌دهد (۱۸). بازی‌های بومی ایران دارای انواع و سطوح مختلفی هستند که به‌طورکلی هر کدام به نحوی دستگاه عصبی را تحریک نموده و کودکان را به فعالیت وامی‌دارند. دوره‌های طلایی رشد دانش آموزان از همان کودکی از مسیر بازی می‌گذرد. تمامی بازی‌ها و ورزش‌هایی که در کشور ایران وجود دارد و عضو فدراسیون جهانی نیست، ورزش‌های سنتی، بومی و محلی نامیده می‌شود (۱۹) .بازی‌های بومی – محلی شامل: هفت‌سنگ، گرگم‌به‌هوا، آسیب بچرخ، کش بازی، وسطی، یه قل دو قل، گرگم و گله می‌برم، خروس‌جنگی، بالابلندی، جورابین، جوزان، آدیل مانج، عمو زنجیر باف و نجات بازی می‌باشند (۲۰).

با توجه به شیوع روزافزون این اختلال، درمان‌های موجود در این حیطه از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شوند، ولی آنچه حائز اهمیت است، این است که بسیاری از درمان‌های موجود که در دسترس‌اند، پرهزینه و زمان‌بر هستند (۱۲))، بنابراین نیاز به درمان‌های کم‌هزینه‌تر احساس می‌شود. یکی از روش‌های درمان غیر دارویی، استفاده از فنون بازی‌درمانی با رویکردهای متفاوت است (۱۰). در مطالعات انجام‌شده در مورد اوتیسم تحلیل رفتارهای کاربردی به صورت چشمگیری دیده می شود (۲۳-۲۱)، درحالی‌که بر روی مداخلات بر پایه بازی‌درمانی تمرکز کمتری شده است. در بازی درمانگری والدینی می‌توان در زمانی کوتاه‌تر و با صرف هزینه‌ای کمتر اصول اصلی بازی درمانگری را به والدین آموخت و امیدوار بود با شرکت دادن مستقیم آن‌ها در درمان علاوه بر تسریع روند تغییرات، بر چالش تعمیم نیز غلبه کرد. شکل‌گیری یک ارتباط با والد که نزدیک‌ترین فرد به کودک در تمام گستره‌ی زندگی است از اهمیت و مزایای قابل‌توجهی برخوردار است و برقراری این ارتباط در درمان کودک بسیار مؤثر است (۲۳). با توجه به مطالب و آمار ذکرشده و عواقب بیماری اوتیسم، همچنین، بر اساس بررسی متون انجام‌شده، مطالعه‌ای در مورد تأثیر بازی‌درمانی بومی‌شده بر علائم بیماران مبتلا به اوتیسم در ایران یافت نشد. محققان بر آن شدند مطالعه‌ای باهدف تعیین تأثیر بازی‌درمانی بومی‌شده با مشارکت والدین بر رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم در سن مدرسه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۹_۱۴۰۰ انجام دهند.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در مرحله اول محقق بعد از تصویب در شورای پژوهشی دانشکده و اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه (با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1399.399)، به محیط پژوهش که خانه اوتیسم ارومیه می‌باشد، مراجعه کرد و

[1] Social Skills Group Intervention

[2] Social Communication, Emotional Regulation, and Transactional Support (SCERTS)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

هماهنگی لازم با مسئولین مربوطه به عمل آورد. با توجه به مطالعه اسکاتل[1] و همکاران (۲۴) که میانگین و انحراف معیار نمره کل قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله به ترتیب (۷،۷±۷۸،۸۳) و (۹،۲±۷۰،۵۸) و با قرار دادن مقدار آلفای ۵ درصد و همچنین توان ۹۵ درصد و در فرمول حجم نمونه زیر، حداقل حجم نمونه موردنیاز در هر گروه ۱۸ نفر برآورد گردید که درمجموع برای دو گروه ۳۶ بیمار به دست آمد. بنابراین از کل بیماران خانه اوتیسم ارومیه که ۶۰ بودند، با توجه به‌احتمال ریزش ۱۰ درصد در کل ۴۰ بیمار برای مطالعه و ۲۰ بیمار برای هر گروه در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل کودکان سن مدرسه ۷ تا ۱۲ سال با تشخیص قبلی اوتیسم توسط روان‌پزشک، کودکان با طیف متوسط و شدید اوتیسم طبق معیار گارز، تمایل والدین برای مشارکت در مطالعه، ساکن شهر ارومیه بودن، سطح تحصیلات والدین حداقل سیکل، و عدم دریافت هرگونه خدمات مشاوره‌ای در طول مطالعه بود.. مبتلا شدن به اختلال جسمی و روان‌پزشکی حاد (داشتن هرگونه معلولیت مانند ناتوانی ذهنی شدید و عمیق، نابینایی، نا شنوایی و معلولیت جسمی و حرکتی) در حین مطالعه، عدم تمایل به ادامه کار توسط والدین، غیبت بیش از ۲ جلسه، بی‌میلی کودک جهت حضور در جلسات بازی‌درمانی و پرسشنامه‌هایی که به‌طور ناقص پر شده باشند از مطالعه خارج شدند. بعد از مشخص شدن نمونه‌ها، یک روز و ساعت مشخصی برای گروه مداخله و گروه کنترل اعلام شد تا جهت معارفه و برگزاری جلسه اول به‌صورت آنلاین در گروه ایجادشده در واتسآپ، حاضر شوند. بعد از معارفه و آشنا شدن با تک‌تک خانواده‌ها و کودکان به والدین در مورد اهداف و فرآیند مطالعه و پرسشنامه‌های مطالعه آموزش لازم داده شد. به مشارکت‌کنندگان در مورد گمنام ماندن و حفظ اسرار آن‌ها، محرمانه بودن اطلاعات، و ماهیت داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و آزادی کامل آن‌ها برای ادامه یا انصراف از همکاری در هر مرحله مطالعه اطمینان داده شد. بعد از پاسخ دادن به نگرانی‌ها و سؤالات مشارکت‌کنندگان، فرم رضایت آگاهانه توسط آنان قبل از ورود به مطالعه پر شد.

داده‌ها با استفاده پرسشنامه دموگرافیک (مشخصات دموگرافیکی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم که شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل والدین، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت مسکن و متوسط درآمد) و مقیاس درجه‌بندی اوتیسم- گیلی‌ام نسخه دوم (گارز-۲)[2] جمع‌آوری شد. آزمون گارز-۲ بر اساس تعاریف انجمن اوتیسم آمریکا و انجمن روان‌پزشکی آمریکا و با اتکا بر کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) توسط دکتر جیمز گیلیام[3] در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است (۲۵). این آزمون دارای ۴ خرده مقیاس می‌باشد. هر خرده مقیاس دارای ۱۴ آیتم می‌باشد. اولین خرده مقیاس، رفتارهای کلیشه‌ای می‌باشد که در این مطالعه از آن استفاده شد که شامل ۱ تا ۱۴ مورد است. این خرده مقیاس موارد رفتارهای کلیشه‌ای، اختلالات حرکتی، رفتارهای عجیب‌وغریب را توصیف می‌کند. خرده مقیاس‌های بعدی شامل ارتباط، تعامل اجتماعی و اختلالات رشدی است که در این پژوهش از آن‌ها استفاده نشد (۲۲). برای نمره‌گذاری مقیاس گیلیام هر آیتم بر طبق تعداد دفعاتی که اتفاق افتاده ست نمره‌گذاری می‌شود که به‌صورت زیر می‌باشد:

نمره صفر (۰): هیچ‌گاه (شخص هیچ‌وقت چنین رفتاری انجام نمی‌دهد)؛ نمره یک (۱): بندرت (شخص یک تا دو بار در یک دوره شش‌ساعته انجام می‌دهد)؛ نمره دو (۲): گاهی اوقات (شخص ۳ تا ۴ بار در یک دوره شش‌ساعته انجام می‌دهد)؛ نمره سه (۳): بسیار زیاد (شخص ۵ تا ۶ بار در یک دوره شش‌ساعته انجام می‌دهد). برای محاسبه امتیاز هر خرده مقیاس، نمره تک‌تک هر آیتم آن خرده مقیاس را با هم جمع کنید. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه‌ی آیتم‌های پرسشنامه را با هم جمع کنید. مقیاس گیلیام به‌صورت زیر تفسیر می‌شود:

نمرات استاندارد خرده مقیاس	میزان اوتیسم	احتمال اوتیسم
۷ یا بیشتر	۸۵ یا بیشتر	احتمال زیاد
۷-۲	۸۴-۵۲	احتمال متوسط
۱	۵۲ یا کمتر	احتمال ندارد

مطالعه‌ی در ایران جهت روان‌سنجی مقیاس گیلیام توسط احمدی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در اصفهان انجام گرفته است، که ضریب همبستگی مؤلفه‌های رفتارهای کلیشه‌ای، برقراری ارتباط، تعاملات اجتماعی و اختلالات رشدی و نمره کل مقیاس

[1] Schottelkorb
[2] Gilliam Autism Rating Scale (GARS-2)
[3] Dr. James E. Gilliam

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

گارز به ترتیب:۰/۹۱، ۰/۶۶، ۰/۹۲، ۰/۴۵ و ۰/۵۳ به دست آمده است که ازنظر آماری تمام ضرایب همبستگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار و نشان‌دهنده پایایی مناسب مقیاس می‌باشد (۲۱) در پژوهش صمدی و همکاران پایایی مؤلفه‌های رفتار کلیشه‌ای، برقراری ارتباط، تعاملات اجتماعی و نمره کل پرسشنامه، به ترتیب ۸۴ درصد، ۸۷ درصد، ۸۸ درصد، و ۹۵ درصد محاسبه شد (۲۶). روایی مقیاس گیلیام توسط مطالعاتی که در ایران انجام گرفته، مورد تأیید می‌باشد (۲۱، ۲۶).

نمونه‌ها در این پژوهش، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که دارای تعداد کافی کودکان اوتیستیک برای انجام مداخله باشند. سپس به‌صورت تصادفی ساده به روش قرعه‌کشی، ۲۰ کودک در گروه کنترل و ۲۰ کودک در گروه مداخله انتخاب شدند. به‌گونه‌ای که اسامی تمامی افراد روی کاغذ نوشته‌شده و درون جعبه‌ای قرار می‌دهیم و سپس کاغذها را به‌صورت تک‌تک خارج می‌کنیم تا زمانی که حجم نمونه موردنظر گروه مداخله تکمیل شود و مابقی اسامی باقی‌مانده در جعبه، در گروه کنترل قرار می‌دهیم. بعد از مشخص شدن نمونه‌ها، یک روز و ساعت مشخصی برای گروه مداخله و گروه کنترل اعلام شد تا جهت معارفه و برگزاری جلسه اول در محل واگذارشده از طرف خانه اوتیسم، حضور به عمل رسانند. بعد از معارفه و آشنا شدن با تک تک خانواده‌ها و کودکان به والدین در مورد اهداف و فرآیند مطالعه و پرسشنامه‌های مطالعه آموزش لازم داده شد.

پیش‌آزمون با مقیاس گیلیام (گارز-۲) برای هر دو گروه مداخله و کنترل انجام گرفت. سپس مداخله به صورت بازی‌درمانی خانواده محور در ۶ جلسه ۲ ساعته (به‌طور میانگین سه جلسه در هفته) به‌صورت مجازی از طریق تماس ویدیویی به‌طور مجزا برای هر کودک به همراه والد، توسط نویسنده اول انجام گرفت. این مداخله در گروه کنترل انجام نگرفت. برنامه بازی‌درمانی به صورتی که در جدول زیر آورده شده است بود.

جلسه	اهم فعالیت‌ها و اهداف
اول	آشنایی اولیه درمانگر، مادر و کودک، کاوشگری کودک نسبت به فضا و اشیاء موجود، تلاش برای برقراری ارتباط با کودک و پذیرش درمانگر از سوی او، مشاهده‌ی دقیق و شناسایی علایق کودک، ایجاد و تقویت ارتباط چشمی در کودک به شیوه‌ی بازی و با کمک مشوق‌ها و علایق کودک.
دوم	ایجاد و تقویت ارتباط چشمی در کودک به شیوه‌ی بازی و با کمک مشوق‌ها و علایق کودک، ایجاد فضایی جهت تکرار تمرینات با نقش فعال‌تر مادر، تمرین رعایت نوبت در تعاملات اجتماعی و تحمل ناکامی تعیین تکلیف خانگی. (بازی‌های بومی تعیین‌شده: بازی‌های بومی – محلی شامل: هفت‌سنگ، گرگم‌به‌هوا، آسیب بچرخ، کش بازی، وسطی، یه قل دو قل، گرگم و گله می‌برم، خروس‌جنگی، بالابلندی، جورابین، جوزان، آدیل مانج، عمو زنجیر باف و نجات بازی (۲۰) می‌باشند.)
سوم	بررسی تکالیف خانگی و ارائه‌ی بازخورد، انجام بازی‌های مشابه و متفاوت با فعالیت‌های جلسات قبل جهت تعمیق همان اهداف، آموزش پاسخ‌دهی اجتماعی و عکس‌العمل مناسب به رفتارهای محبت‌آمیز دیگران، افزایش تداوم ارتباط چشمی و دامنه‌ی تعقیب چشمی با ایجاد چالش در رسیدن به مشوق‌ها و در پایان تعیین تکلیف خانگی.
چهارم	بررسی تکالیف خانگی و ارائه‌ی بازخورد، ایجاد شرایط برای تکرار موقعیت‌های قبل با تأکید بر نقش فعال‌تر مادر، آموزش به‌کارگیری ضمیر شخصی مناسب در موقعیت‌ها با ایجاد انگیزه و الگو گیری از مادر، سپس جابجا کردن نقش حامی و الگو، تعمیم کاربرد ضمیر شخصی من با ایجاد شرایطی در بازی که ضمن نوبت‌گیری مادر، درمانگر و کودک ضمیر اول‌شخص را استفاده کنند با این هدف که کودک درک بهتری از موارد کاربردش پیدا کند. تعیین تکلیف خانگی
پنجم	بررسی تکالیف خانگی و ارائه‌ی بازخورد، ایجاد ادراک هیجانی با شناسایی حالات مختلف چهره در صورت مادر، درمانگر، صورتک‌ها، تصاویر روی بادکنک و کارت، گسترش ادراک هیجانی و پاسخ‌دهی اجتماعی و تعیین، ایجاد و تقویت پاسخ‌دهی صحیح به پرسش‌های مثبت و منفی، ایجاد شرایط پاسخ‌دهی مناسب به سؤالات مثبت و منفی در کودک با کمک موارد خوشایند و ناخوشایند برای او، توانایی تعمیم پاسخ‌دهی با واژه‌های بله و نه در سایر موارد و تعیین تکلیف خانگی

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

ششم	پس از بررسی تکالیف خانگی و ارائه‌ی بازخورد در این جلسه تلاش شود تا ضمن مرور آموزش‌های صورت گرفته در جلسات اول تا پنجم، بر ادامه‌ی تمرینات بازی گونه پس از اتمام جلسات تأکید شود و نکاتی در خصوص توجه بیشتر به بازی و طراحی و اجرای بازی‌هایی ساده، کم‌هزینه و بی‌خطر به‌منظور دستیابی به اهداف درمانی برای مادران بیان گردد.

و در این مدت گروه کنترل فقط مراقبت های معمول مراکز درمانی و کاردرمانی و ملاقات با خانواده‌هایشان و تفریحات مدنظر مرکز را دریافت نمودند. بلافاصله پس از اتمام جلسات مداخله‌ای و بار دوم ۳ ماه پس از اتمام مداخلات، پس‌آزمون بر اساس پرسشنامه با مقیاس گیلیام (گارز ۲) برای هر دو گروه مداخله و کنترل انجام گرفت. بعد از اتمام مداخله، سپس بازی‌درمانی به گروه کنترل نیز آموزش داده شد. داده‌های تمام ۴۰ نفر شرکت‌کننده توسط نرم‌افزار IBM _SPSS _Statistics22.0 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. برای تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. در قسمت آمار توصیفی از فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و از میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی نرمال استفاده گردید. در قسمت آمار تحلیلی از آزمون کای دو و تست دقیق فیشر برای بررسی همگنی گروه‌ها استفاده گردید. برای مقایسات داخل گروهی در سه بازه زمانی از آزمون آنالیز واریانس تکرارشونده استفاده شد و سطح معنی‌دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. آنالیز داده‌ها توسط پژوهشگری که نسبت به داده‌ها کور سازی شده بود، انجام گرفت.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که میانگین سن والدین در دو گروه کنترل و بازی‌درمانی به ترتیب برابر است با (۸/۰۵± ۳۹/۴۵) و (۱۵/±۸ ۳۸/۷۵) بود و همچنین میانگین سن کودکان در دو گروه کنترل و بازی‌درمانی به ترتیب برابر است با (۰/۰۵± ۱۰/۴۵) و (۳۵/±۰ ۹/۹۵) بود که نشان‌دهنده این است که، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت. بر همین اساس نتایج آزمون تی تست مستقل در این مطالعه، دو گروه ازنظر میانگین سن شرکت‌کننده‌ها (P =۰/۷۸) همگن بودند. همچنین والدین ازنظر جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت سطح تحصیلات، ازنظر سکونت، شغل، وضعیت زندگی، فعالیت اجتماعی و فعالیت ورزشی کودک همگن (همسان) بودند (P > ۰/۰۵). درواقع دو گروه ازنظر متغیرهای دموگرافیک موردبررسی همگن هستند (جدول ۱).

جدول (۱): مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی در دو گروه کنترل و بازی‌درمانی

متغیر		گروه کنترل		گروه مداخله		مقدار آزمون آماری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	زن	۱۱	۵۵	۱۳	۶۵	P* =۰/۵۱ df=۱ x^2=۰/۴۱
	مرد	۹	۴۵	۷	۳۵	
تأهل	متأهل	۱۲	۶۰	۱۵	۷۵	P* =۰/۳۱ df= ۱ x^2=۱/۰۲
	بیوه	۸	۴۰	۵	۲۵	
سکونت	شهری	۱۴	۷۰	۱۲	۶۰	P* =۰/۷۴۱ df=1 x^2=۰/۴۴
	روستایی	۶	۳۰	۸	۴۰	
سطح تحصیلات	سیکل	۲	۱۰	۳	۱۵	P** =۰/۶۴ df= ۳ x^2=۱/۹۰
	دیپلم	۸	۴۰	۵	۲۵	
	لیسانس	۹	۴۵	۹	۴۵	
	فوق‌لیسانس	۱	۵	۳	۱۵	
سطح درآمد	پایین	۳	۱۵	۳	۱۵	P** =۰/۶۱

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

	متوسط	۶	۳۰	۴	۲۰	df= ۳
	متوسط به بالا	۱۰	۵۰	۹	۴۵	x^2=۲/۲۱
	بالا	۱	۵	۴	۲۰	
وضعیت مسکن	استیجاری	۱۱	۵۵	۹	۴۵	P* =۰/۵۲ df= ۱ x^2=/۴۰
	مالک	۹	۴۵	۱۱	۵۵	
شغل	آزاد	۴	۲۰	۵	۲۵	P* =۰/۲۸ df= ۲ x^2=۲/۵۰
	کارمند	۱۰	۵۰	۱۳	۶۵	
	خانه‌دار	۶	۳۰	۲	۱۰	
	با همسر	۱۲	۶۰	۱۰	۵۰	
فعالیت اجتماعی	دارد	۱۱	۵۵	۱۳	۶۵	P* =۰/۵۱ df= ۱ x^2=۰/۴۱
	ندارد	۹	۴۵	۷	۳۵	
فعالیت ورزشی کودک	بله مرتب	۶	۳۰	۶	۳۰	P* =۰/۹۲ df= ۲ x^2=۰/۱۶
	بله گاهی	۱۰	۵۰	۹	۴۵	
	ندارد	۴	۲۰	۵	۲۵	
		گروه کنترل (میانگین و انحراف معیار)		گروه مداخله (میانگین و انحراف معیار)		
سن والدین		۳۹/۴۵	۸/۰۵	۳۸/۷۵	۸/۱۵	P = ۰/۷۸ t = ۰/۲۷۳(df=۳۸)
سن کودکان		۱۰/۴۵	۰/۰۵	۹/۹۵	۰/۳۵	P = ۰/۲۳ t = ۰/۴۳۲(df=۳۸)

× آزمون کای دو اسکوئر ×× آزمون دقیق فیشر

میانگین نمرات رفتارهای کلیشه‌ای قبل از مداخله، بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله در گروه کنترل، به ترتیب برابر با (۲۱/۱۵ ± ۷/۸۰)، (۲۱/۴۵ ± ۷/۳۸) و (۲۲/۴۵ ± ۷/۷۷) و در گروه مداخله (۲۱/۷۰ ± ۷/۹۴)، (۱۵/۳۰ ± ۴/۶۵) و (۱۶/۷۵ ± ۵/۲۷) می‌باشد (جدول ۲).

جدول (۲): میانگین نمرات رفتارهای کلیشه ایکودکان مبتلا به اوتیسم در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر		گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله
			انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
ابعاد مقیاس درجه‌بندی	رفتارهای	کنترل	۲۱/۱۵ ± ۷/۸۰	۲۱/۴۵ ± ۷/۳۸	۲۲/۴۵ ± ۷/۷۷
اوتیسم- گیلی‌ام	کلیشه‌ای	مداخله	۲۱/۷۰ ± ۷/۹۴	۱۵/۳۰ ± ۴/۶۵	۱۶/۷۵ ± ۵/۲۷

برای بررسی نمره میانگین رفتارهای کلیشه‌ای در ۳ مقطع زمانی بین دو گروه کنترل و مداخله از آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است:

جدول (۳): جدول آنالیز اندازه‌گیری مکرر نمرات رفتارهای کلیشه‌ای در ۳ مقطع زمانی بین دو گروه مداخله و کنترل

نمره رفتارهای کلیشه‌ای	مجموع مربعات خطا	درجه آزادی	میانگین مربعات خطا	F	p-value
اثر اصلی (زمان)	۲۸۰/۵۷۰	۲	۱۴۰/۲۵۸	۴۲/۹۱۹	P<0.001
اثر متقابل (زمان با مداخله)	۱۹۵/۳۱۲	۱	۱۹۵/۳۱۲	۴۴/۸۲۵	P<0.001
مؤلفه خطای (زمان)	۴/۳۰۸	۳۹	۱۶۷/۹۹۶	-	-

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

اثر اصلی (مداخله)	۴۷۰۴۴/۸۰۰	۱	۴۷۰۴۴/۸۰۰	۳۴۱/۵۴۰	P<0.001
مؤلفه خطای (مداخله)	۵۶۵۹/۸۶۷	۳۹	۱۴۵/۱۲۵	-	-

در جدول فوق سه اثر آزمون می‌شود:

۱- اثر متقابل زمان و مداخله: نتیجه آزمون آماری بیانگر این مطلب است که اثر متقابل زمان و مداخله بر روی میانگین نمرات رفتارهای کلیشه‌ای معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱)، درواقع روند متغیر پاسخ (نمرات رفتارهای کلیشه‌ای) در طول زمان برای دو گروه یکسان نیست.

۲- اثر زمان: با توجه به اینکه مقدار معنی‌داری متغیر زمان کمتر از ۰/۰۵ است، لذا فرض یکسان بودن سطوح مختلف فاکتور زمان، حداکثر با اطمینان ۰/۹۹ رد می‌شود. بنابراین تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمرات رفتارهای کلیشه‌ای در زمان‌های مختلف مشاهده گردید (P <۰/۰۰۱) (جدول ۳).

۳- اثر اصلی مداخله: هدف اصلی این تحقیق بررسی این اثر می‌باشد، که نتایج جدول آنالیز واریانس نشان می‌دهد در روند میانگین نمرات رفتارهای کلیشه‌ای تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل وجود دارد (P< ۰/۰۰۱).

جدول (۴): مقایسات دوتایی نمرات بعد ارتباط شرکت‌کننده‌ها در سه بازه زمانی بر اساس آزمون تعقیبی بون فرونی

گروه	بازه زمانی		اختلاف میانگین بازه‌ها	P-Value
کنترل	قبل از مداخله	بعد از مداخله	-۰/۳۰۰	۰/۸۰۲
		سه ماه بعد از مداخله	-۱/۳۰۰	۰/۰۰۱
	بعد از مداخله	قبل از مداخله	۰/۳۰۰	۰/۸۰۲
		سه ماه بعد از مداخله	-۱/۰۰۰	۰/۰۰۰
	سه ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	۱/۳۰۰	۰/۰۰۱
		بعد از مداخله	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰
مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	۶/۴۰۰	۰/۰۰۰
		سه ماه بعد از مداخله	۴/۹۵۰	۰/۰۰۰
	بعد از مداخله	قبل از مداخله	-۶/۴۰۰	۰/۰۰۰
		سه ماه بعد از مداخله	-۱/۴۵۰	۰/۰۰۳
	سه ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	-۴/۹۵۰	۰/۰۰۰
		بعد از مداخله	۱/۴۵۰	۰/۰۰۳

نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی نشان داد که در ارتباط با نمره رفتارهای کلیشه‌ای کودکان در گروه کنترل در بازه‌های زمانی قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (P =0/802). اما در گروه مداخله بین بازه‌های زمانی قبل از مداخله، بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (P<0/001) (جدول ۴).

بحث

یافته‌ها نشـــان داد که دو گروه کنترل و بازی‌درمانی ازنظر ویژگی‌های دموگرافیک که می‌توانند بر نتایج مطالعه تأثیر داشـــته با شند ازنظر آماری تفاوت معناداری ندا شتند، لذا می‌توان گفت که وجود تفاوت معنادار در متغیرهای وابسته در گروه‌های مداخله قبل و بعد از آموزش بازی‌درمانی ناشـــی از تأثیر مثبت اجرای آن بوده است.

یافته‌های این مطالعه نشـــان داد که بازی‌درمانی بومی‌شـــده تأثیر مثبتی بر رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم داشته و این رفتارها در گروه بازی‌درمانی بومی‌شـده بعد از مداخله و سـه ماه بعد از مداخله نسـبت به قبل از مداخله بهبودی چشـمگیری داشـته اسـت. در حالیکه در گروه کنترل تغییری در رفتارهای کلی شه‌ای در کودکان مبتلا به اوتی سم م شاهده نگردید. هم سو با این مطالعه، عباسـی و همکاران در سـال ۱۳۹۷ مطالعه‌ای باهدف بررسـی تأثیر م هارت های د یداری- حرکتی ک پارت بر کاهش رفتارهای کلیشـه‌ای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسـم در تهران انجام دادند. نتایج نشـان داد که تمرین‌های ادراکی حرکتی

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

مبتنی بر دیدگاه کپارت می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های کاهش رفتار کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم به کار گرفته شود (۲۷). شناسایی رفتارهای کلیشه‌های بسیار مهم و ضروری است که باید هر چه سریع‌تر در فرد مبتلا به اوتیسم مورد توجه قرار گیرد. رفتارهای کلیشه‌ای موجب اذیت خود و اطرافیان فرد مبتلا می‌شود و تعاملات فردی و اجتماعی آن‌ها را به خاطر می‌اندازد (۲۸). لوینسون و رید[1] نیز اظهار کرده‌اند که بازی کردن و تمرین‌های حرکتی در افراد دارای اختلال طیف اوتیسم به کاهش رفتارهای کلیشه‌ای، افزایش پاسخ‌های مناسب و نیز به افزایش تعاملات اجتماعی منجر می‌شود (۲۹). همچنین همسو با مطالعه حاضر غیور نجف آبادی و همکاران در سال ۱۳۹۷ نشان دادند که برنامه‌هایی که ماهیت بازیگونه و ورزشی و به طور کلی ماهیت حرکتی دارند می‌توانند به کاهش مشکلات حرکتی مثل تعادل، هماهنگی دوجانبه، و مشکلات اجتماعی، منجر شوند (۳۰). اپریل آ. اسکاتل کرب[2] و همکارانش (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای در آمریکا بعد از آموزش بازی‌درمانی نشان دادند، رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم کاهش یافت، مشکلات توجه و پرخاشگری به طور چشمگیری کاهش یافت. همچنین تماس چشمی کودکان طبق گزارش والدین بهبود یافت (۲۴). این مطالعه نیز همسو با مطالعه حاضر بود. همچنین ها شمی پور و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که بازی‌درمانی باعث بهبود مهارت‌های هیجانی کودکان اُتیستیک می‌شود و برای آموزش مهارت‌های هیجانی و اجتماعی به کودکان اُتیستیک مفید است (۳۱).

می‌توان اظهار داشت که بازی‌درمانی ترکیبی از تکنیک‌های خودآگاهی، خودتنظیمی، مدیریت خشم و تنش، ابراز وجود و قاطعیت، ابراز احساس، گوش دادن فعال، بازخوردی و انعکاسی، مدیریت هیجان و نحوه اداره تعامل و ارتباط می‌باشد. به‌عنوان مثال، آموزش مهارت همدلی از طریق ایفای نقش عروسکی، شامل تکنیک‌های ارتباط کلامی (گفتن و شنیدن)، ارتباط غیرکلامی و زبان بدن، مهارت‌های گوش دادن، پذیرش احساسات، قاطعیت و مهارت امتناع یا رد یک پیشنهاد می‌باشد که تمام این تکنیک‌ها را می‌توان به‌صورت نمایش در طول بازی به کودک آموزش داد. همچنین، عضو شدن در گروه و ابراز عقیده و نظر خود باعث شکل‌گیری شبکه اجتماعی و حمایت گروهی و در نهایت کاهش گوشه گیری و انزوای اجتماعی، رفتارهای کلیشه‌ای کودکان اُتیستیک خواهد شد (۳۲).

در مروری بر متون، مطالعه‌ای که عدم تأثیر بازی‌درمانی بر رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم را نشان دهد، یافت نشد. در مطالعه‌ای مروری که توسط هیلمن[3] در سال ۲۰۱۸ در آمریکا انجام شد، بازی‌درمانی کودک محور یک مداخله مؤثر و مبتنی بر شواهد برای کودکان مبتلا به اوتیسم نشان داده شده است (۳۳). شواهد حاکی از اثربخشی حتی قویتر مداخلات درمانی با مشارکت والدین در بهبود علائم و افزایش توجه درکودکان مبتلا به اوتیسم می‌باشد (۳۴). در مطالعه پدیدارشناسی که توسط اورلی[4] و همکاران در سال ۲۰۱۸ در آمریکا انجام شد، درمانگران بازی‌درمانی که با کودکان مبتلا به اوتیسم کار می‌کردند، مشارکت والدین در مداخلات درمانی را خیلی مؤثر و با ارزش تجربه کرده بودند (۳۵). حضور والدین در بازی‌درمانی این کودکان باعث کاهش استرس و تندیدگی در والدین و کودکان خواهد شد که خود باعث بالا رفتن اعتماد به نفس در کودکان و افزایش توان تصمیم گیری در آنان شده، و نهایت منجر به بهبودی علائم بیماری و مهار رفتارهای نابهنجار کودکان خواهد شد (۱۷). پس با درگیر کردن والدین در بازی‌درمانی کودکان مبتلا به اوتیسم می‌توان گام‌هایی امیدوار کننده در جهت کمک به این کودکان برداشت.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پاندمی کووید ۱۹ اشاره کرد که بر روند اجرای مطالعه تأثیر داشت و بسیار از والدین از مبتلا شدن به کووید ۱۹ نگران بودند که در این ارتباط به‌منظوری پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ اجرا پژوهش به‌صورت مجازی انجام شد. اندک بودن حجم نمونه مطالعه اشاره کرد که به دلیل محدود بودن جامعه پژوهش و عدم دسترسی محقق به تعداد بیشتری از کودکان اوتیستیک باشد که باعث احتیاط در تعمیم پذیری نتایج پژوهش حاضر می‌گردد. 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. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر، در سایر مقطع‌های زمانی دیگر به‌منظور افزایش اعتبار نتایج مطالعه انجام شود.

نتیجه‌گیری

از پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود که بازی‌درمانی بومی‌شده با مشارکت والدین به‌عنوان فعالیتی با قابلیت انطباق پذیری درخور توجه، نوعی وسیله برای درک و برقراری ارتباط با کودک به شمار می‌رود و بر کاهش رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اوتیسم در سن مدرسه تأثیر مثبت داشته باشد. در بازی‌درمانی کودک شیوه همکاری و تبادل با دیگران و رعایت حقوق آن‌ها را می‌آموزد و به هنگام بروز مشکلات در حین بازی، بردباری و صبوری نشان دهد و از این طریق، رفتارهای کلیشه‌ای

[1] Levinson & Reid
[2] April A Schottelkorb
[3] Hillman
[4] Overley

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

کودک کاهش می‌یابد. با توجه به ارزش و اهمیت بازی و تأثیرمثبت آن در کاهش رفتارهای کلیشه‌ای کودکان توصیه می‌شود که والدین، مربیان و کارشناسان آموزشی با کاربرد انواع بازی‌درمانی بومی آشنا شده و از این شیوه آموزشی و درمانی بهره ببرند. همچنین پیشنهاد می شود که درمانگران و متخصصان کودک در کنار درمان های پزشکی، از مداخلات بازی‌درمانی در کاهش رفتارهای کلیشه‌ای کودکان استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بر گرفته از پایاننامه کارشناسی ارشد است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ارومیه همچنین مسئولین و مربیان محترم دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، پرستاران بزرگوار و پرتلاش و تقدیر و تشکر نماید. آنان همچنین از تمام مسئولین و کادر خانه اوتیسم ارومیه به همراه کودکان و والدینشان قدردانی و تشکر می‌نمایند.

References:

1. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ 2018;67(6):1.
2. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10 th ed. Medknow; 2009.
3. Zwaigenbaum L, Penner M. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. BMJ 2018;361:k1674.
4. World Health Organization. Autism spectrum disorders. 2021 [updated 10 May, 2021]; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders
5. Russell S, McCloskey CR. Parent perceptions of care received by children with an autism spectrum disorder. J Pediatr Nurs 2016;31(1):21-31.
6. Prata J, Lawson W, Coelho R. Stress factors in parents of children on the autism spectrum: An integrative model approach. Clin Child Fam Psychol Rev2019;6(2):94-116.
7. Iranian Autism Association (IAA). What is autism exactly? 2021; Available from: https://irautism.org/%d8%af%d8%b1%d8%a8%d8%a7%d8%b1%d9%87-%d8%a7%d8%aa%db%8c%d8%b3%d9%85/
8. Mohammadi MR, Ahmadi N, Khaleghi A, Zarafshan H, Mostafavi S-A, Kamali K, et al. Prevalence of autism and its comorbidities and the relationship with maternal psychopathology: A national population-based study. Arch Iran Med 2019;22(10):546-53.
9. Chester M, Richdale AL, McGillivray J. Group-based social skills training with play for children on the autism spectrum. J Autism Dev Disord 2019;49(6):2231-42.
10. Mirzakhany N, Pourjabbar N, Rezaee M, Dibajnia P, Akbarzadeh Baghban A. Efficacy of structured play on the executive functioning in 5-to 12-year-old children with high-functioning autism. The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine 2016;5(3):35-47. (Persian)
11. Lu M, Yang G, Skora E, Wang G, Cai Y, Sun Q, et al. Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. Res Autism Spectr Disord 2015;17:70-7.
12. Sharda M, Tuerk C, Chowdhury R, Jamey K, Foster N, Custo-Blanch M, et al. Music improves social communication and auditory–motor connectivity in children with autism. Transl Psychiatry 2018;8(1):1-13.
13. McPheeters ML, Warren Z, Sathe N, Bruzek JL, Krishnaswami S, Jerome RN, et al. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. Pediatrics 2011;127(5):e1312-e21.
14. Howes OD, Rogdaki M, Findon JL, Wichers RH, Charman T, King BH, et al. Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

for Psychopharmacology. J. Psychopharmacol 2018;32(1):3-29.

15. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. The lancet 2018;392(10146):508-20.
16. Kaur KS, Pathak R. Play-based occupational therapy intervention on social skills in children with autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: A case series. Indian J Occup Ther 2019;51(1):31-6.
17. Pordanjani SR, Bonab BG, Afrooz G, Faramarzi S. Effect of Family Oriented Early Intervention Based on Localized Play Therapy on the Clinical Symptoms of Preschool Children with ADHD. Journal of Family Research 2016;12(1):53-68. (Persian)
18. Aghdaei M, Azimzadeh E, Akbari D. The Effect of Local Games on Visual-Motor Skills in Students with Respect to the Experience in Computer Games. Motor Behavior 2017;9(29):169-82. (Persian)
19. Mahmoudi A, Mahmoudi M. Investigate the role of indigenous and local games on the education of physical exercises in the schools.The 2nd National Conference on New Achievements in Physical Exercises and Sports; Chabahar: International University of Chabahar 2016. (Persian)
20. Azar R, Shekarlou A, Hejazi SV, Kafash E. Traditional indigenous and local games of Iran (Azerbaijan). Tehran: Ganj-e-Hozor; 2018.
21. Ahmadi SJ, Safari T, Hemmatiyan M, Khalili Z. Effectiveness of applied behavioral analysis approach on symptoms of autism. Journal of Research in Behavioural Sciences 2012;10(25):292-300. (Persian)
22. Welch CD, Polatajko H. Applied behavior analysis, autism, and occupational therapy: A search for understanding. Am J Occup Ther 2016;70(4):7004360020p1-p5.
23. Aghayi E, Bayat M. The effectiveness of filial therapy in reducing externalizing problems in childeren. Developmental Psychology 2015; 11(43): 285-95. (Persian)
24. Schottelkorb AA, Swan KL, Ogawa Y. Intensive Child‐Centered Play Therapy for Children on the Autism Spectrum: A Pilot Study. J Couns Dev 2020;98(1):63-73.
25. Gilliam JE. GARS: Gilliam autism rating scale. Austin, TX: Pro-Ed, 1995.
26. Samadi SA, McConkey R. The utility of the Gilliam autism rating scale for identifying Iranian children with autism. Disabil Rehabil 2014;36(6):452-6.
27. Abbasi F, Soleimani S, Arjmandnia AA. The Effect of Kephart's Visual-Motor Perception Skills Training on Reducing the Stereotypic Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorder (Single Case Study). Journal of Child Mental 2018; 5(3):80-92. (Persian)
28. Sadeghian A, Bigdeli I, Zarei MA. Effectiveness of sensory-motor integration training in improving autism symptoms among children with autism spectrum disorder. Mejds 2017;7(13):15-25. (Persian)
29. Levinson LJ, Reid G. The effects of exercise intensity on the stereotypic behaviors of individuals with autism. Adapt Phys Activ Q 1993;10(3):255-68.
30. Najafabadi MG, Sheikh M, Hemayattalab R, Memari A-H, Aderyani MR, Hafizi S. The effect of SPARK on social and motor skills of children with autism. Pediatr Neonatol 2018;59(5):481-7.
31. Hashemipour S, Mohammadi K. The effectiveness of child-centered play therapy on the emotional and social skills of children with autistic disorders. Journal of Preventive Medicine 2018;5(2):10-1. (Persian)
32. Crenshaw DA, Stewart AL, Brown S. Play Therapy: A Comprehensive Guide to Theory and Practice (Creative Arts and Play Therapy). New York City: NY: The Guilford Press; Reprint edition; 2016.
33. Hillman H. Child-centered play therapy as an intervention for children with autism: A literature

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

review. International Journal of Play Therapy 2018;27(4):198.

34. Althoff CE, Dammann CP, Hope SJ, Ausderau KK. Parent-mediated interventions for children with autism spectrum disorder: A systematic review. Am J Occup Ther 2019;73(3):7303205010p1-p13.

35. Overley LC, Snow MS, Mossing SL, Degges-White S, Holmes KP. Exploring the experiences of play therapists working with children diagnosed with autism. International Journal of Play Therapy 2018;27(1):14.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]

Nursing and Midwifery Journal, Vol 20(02), May, 2022

Original Article

THE EFFECT OF LOCALIZED PLAY THERAPY WITH PARENTAL INVOLVEMENT ON STEREOTYPED BEHAVIORS OF CHILDREN WITH AUTISM

Sima Jafari[1], Naser Parizad[2], Moloud Radfar[3], Hamidreza Khalkhali[4]*

Received: 29 October, 2021; Accepted: 19 July, 2022

Abstract

Background & Aims: Children with autism often have difficulty with stereotyped behaviors. Play therapy helps children learn new social and behavioral skills. Therefore, this study was conducted to determine the effect of localized play therapy with parental participation on stereotyped behaviors of children with autism.

***Materials & Method*:** This quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group was conducted on 40 school-age children with autism in Urmia during 2021. Forty children with autism were recruited using convenience sampling and then randomly assigned into two groups of intervention and control. Data were collected using the Gilliam Autism Rating Scale-Second Edition (GARS-2) and a demographic questionnaire. Then parents and children in the intervention group received six 2-hour sessions of family-based play therapy using online video calls. Data were analyzed using SPSS, version 22.0.

***Results*:** The results showed a significant difference in the mean scores of stereotyped behaviors between the intervention and the control group after the intervention ($p<.001$). The results of binary comparisons based on Bonferroni correction also indicated no statistically significant difference between the mean scores of the stereotyped behavior before and after the intervention in the control group ($p=1.000$). However, the difference between the mean scores of the above dependent variables at three time points (before, immediately after, and three months after the intervention) was found to be statistically significant in the intervention group ($p<.001$).

***Conclusion*:** Localized play therapy with parental involvement, as an activity with considerable adaptability, is a means of understanding and communicating with the child, positively reducing stereotyped behavior of school-age children with autism.

***Keywords*:** Play therapy, Autism, Child, stereotyped behavior, Quasi-experimental study

Address: Nursing and Midwifery Faculty, Campus Nazlu, 11 KM Road Seru, Urmia, West Azerbaijan, Urmia, Iran. Postal Code: 575611-5111.

Tel: +984432754961

Email: parizad.n@umsu.ac.ir

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[1] Master of Science in psychiatric nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
[2] Assistant professor in Nursing, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Nursing & Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)
[3] Associate Professor in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
[4] Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Medicine, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.52547/unmf.20.2.125]