

# مقایسه اثربخشی بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم

- عبدالله رسول محمدامین، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
- معصومه آزموده\*، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
- سید داوود حسینی نسب، استاد گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۰ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۳ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۷۰ - ۸۲

## چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مشکلات رایج کودکان با اختلال طیف اُتیسم، پرخاشگری است؛ پرخاشگری در کودکان با اختلال طیف اُتیسم، می‌تواند باعث بروز آسیب‌های جدی برای فرد و اطرافیان‌ش شود؛ پژوهش حاضر با هدف مقایسه بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۱۲ سال مشغول به تحصیل در مدرسه کودکان با اختلال طیف اُتیسم شهر رانیه در سال ۲۰۲۲-۲۰۲۳ میلادی بود که از این بین تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در ۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه (در هر گروه ۱۵ نفر) گمارش تصادفی شدند. ابزارهای مورد استفاده پژوهش شامل پرسشنامه پرخاشگری شهیم (۱۳۸۵)، بازی درمانی فلورتایم دیویس (۲۰۱۶) و قصه‌درمانی گری (۲۰۱۵) بودند؛ ابتدا پیش‌آزمون به صورت پرسشنامه والدین برای هر ۳ گروه اجرا شد. سپس ۲ گروه آزمایشی تحت مداخله (یک گروه به صورت بازی درمانی و گروه دیگر به صورت قصه‌درمانی) قرار گرفتند؛ با توجه به شرایط کودکان با اختلال طیف اُتیسم مداخله به صورت فردی اجرا شد و پس از مداخله، پس‌آزمون بر روی هر ۳ گروه اجرا شد. فرضیه پژوهش در نرم‌افزار Spss نسخه ۲۷ با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که هر ۲ مداخله بازی درمانی و قصه‌درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم تأثیر معنادار داشت ( $p < 0/05$ ) اما فقط در میزان اثربخشی ۲ روش مداخله بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای، تفاوت معنادار مشاهده شد ( $p < 0/05$ ). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، سطح معناداری در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای کمتر از ۰/۰۵ بود که نشان می‌دهد تفاوت معناداری در میزان اثربخشی ۲ روش مداخله بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای، وجود دارد ( $p < 0/05$ ). در نمره کل پرخاشگری و سایر مؤلفه‌ها تفاوتی بین اثربخشی ۲ گروه مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). بررسی اندازه اثر نشان داد که بیشترین تفاوت در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای، با ضریب ۰/۲۸۷ مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر هر ۲ مداخله بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر کاهش پرخاشگری تأثیر دارند. لذا پیشنهاد می‌شود، بازی درمانی فلورتایم به عنوان راهبردی نوین و قصه‌درمانی به عنوان رویکردی مکمل به درمانگران کودکان با اختلال طیف اُتیسم آموزش داده شود تا این درمانگران در مداخلات خود این راهبردها را به‌کارگیرند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال طیف اُتیسم، بازی درمانی فلورتایم، پرخاشگری، قصه‌درمانی

اختلال طیف اُتیسم ویران کننده است؛ که به دلیل تأثیر عمیق بر زندگی هزاران کودک و خانواده‌های آنها، نگرانی اجتماعی فزاینده‌ای به وجود می‌آورد. از طرفی، هر سال بر آمار کودکان با اختلال طیف اُتیسم افزوده می‌شود (۶). میزان شیوع اختلال طیف اُتیسم در سال‌های اخیر به سرعت در حال افزایش است (۷). در ایران نیز براساس پژوهشی، میزان شیوع این اختلال ۹۵/۲ در ۱۰ هزار گزارش شده است (۸).

از مشکلات رایج کودکان با اختلال طیف اُتیسم، پرخاشگری است؛ شیوع پرخاشگری در کودکان با اختلال طیف اُتیسم، ۶۸ درصد است (۹). مشکلات یادگیری، کمبود توجه و رفتارهایی مانند خودزنی و پرخاشگری از مشکلات ناشی از اختلال طیف اُتیسم است (۵). برای افراد با ناتوانی‌های رشدی، از جمله کودکان با اختلال طیف اُتیسم، پرخاشگری منجر به فرصت‌های کمتری برای عملکرد مستقل و روابط بین فردی می‌شود (۶). در کودکان با اختلال طیف اُتیسم، پرخاشگری همچنین با حذف کلاس درس، طرد شدن از خدمات، استفاده از داروهای روان‌گردان و نهادینه شدن همراه است (۱۰)؛ علاوه بر این، پرخاشگری منبع اصلی استرس و فشار برای والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسم و مراقبان و معلمان آنان است (۹). پرخاشگری یک رفتار است که موجب تهدید و یا آسیب رساندن می‌شود و ممکن است به طور کلامی و یا فیزیکی مثل ضربه زدن، گاز گرفتن و پرتاب کردن اشیاء باشد. همچنین یک فرد می‌تواند رفتار پرخاشگرانه را با فرکانس‌های متغیر (از لحاظ شدت و مدت) از خود نشان دهد (۱۱). مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان با اختلال طیف اُتیسم به طور خاص با ضعف در مهارت‌های کلامی، مهارت‌های غیرکلامی، عملکرد شناختی و مهارت‌های انطباقی همبستگی دارد (۱۲)، پرخاشگری در کودکان با اختلال طیف اُتیسم، می‌تواند باعث بروز آسیب‌های جدی برای فرد و اطرافیانش شود، به همین دلیل، تاکنون بحث‌های زیادی در مورد بهترین راه درمان این رفتارها صورت گرفته است (۱۳).

با تکیه بر مباحث سبب‌شناختی اختلال طیف اُتیسم، در حال حاضر هیچ روش درمانی برای اختلال طیف اُتیسم وجود ندارد که این اختلال را به طور کامل درمان کند، با این حال، چندین مداخله وجود دارد که در کنترل آن و درمان پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم می‌تواند مفید باشد (۱۴). در صورت

اختلال طیف اُتیسم یک اختلال عصبی-تحوالی<sup>۱</sup> است که در تعدادی از کودکان تشخیص داده می‌شود. مطالعه‌ای که توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها<sup>۲</sup> در آمریکا انجام شد، نشان می‌دهد که اختلال طیف اُتیسم می‌تواند هرکسی را بدون در نظر گرفتن نژاد، موقعیت اجتماعی یا جنسیت تحت تأثیر قرار دهد، اگرچه پسران بیشتر از دختران مستعد این اختلال هستند؛ در این اختلال نسبت پسران به دختران ۴ به ۱ است (۱). جدیدترین مطالعات در مورد شیوع اختلال طیف اُتیسم نشان می‌دهد که شیوع اختلال طیف اُتیسم در سطح جهانی ۶ درصد است (۲) واضح‌ترین علائم و نشانه‌های اختلال طیف اُتیسم بین ۲ تا ۳ سالگی ظاهر می‌شود (۳). کودکان با اختلال طیف اُتیسم اغلب نقص‌های اجتماعی از جمله کاهش تماس چشمی، ناتوانی در تعامل با همسالان و ایجاد دوستی، درک ضعیف نشانه‌های اجتماعی و رفتار نامناسب اجتماعی را نشان می‌دهند (۴). این اختلال از نظر بالینی در پنج‌مین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی<sup>۳</sup> به ۳ سطح که شامل: سطح ۱ (به کمک نیاز دارد)، سطح ۲ (به کمک قابل‌ملاحظه نیاز دارد) و سطح ۳ (به کمک خیلی زیاد نیاز دارد) است، تقسیم‌بندی می‌شود؛ همچنین ملاک‌های تشخیص اختلال طیف اُتیسم طبق این راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی تنها شامل ۲ زمینه است: الف) حوزه تعامل و ارتباط اجتماعی (عدم برقراری ارتباطات غیرکلامی مانند عدم برقراری ارتباط چشمی، عدم به اشتراک‌گذاری احساسات و علائق، عدم حفظ ادامه مکالمه و نگه‌داشتن مکالمه ادامه‌دار) و ب) علایق و فعالیت‌های تکراری و محدود (منظور از الگوی محدود و تکراری در رفتار، وجود این موارد است: حرکات تکراری یا الگوهای کلامی تکراری، پیروی و پایبندی سخت‌گیرانه از رفتارهای خاص، افزایش یا کاهش حساسیت به بعضی از اطلاعات حسی، مانند واکنش منفی به یک صدا، علاقه‌ها یا کارهای ثابت) (۵).

از نظر علت‌شناسی، پژوهشگرانی که بر روی اختلال طیف اُتیسم پژوهش می‌کنند، بر این اعتقادند که برای این اختلال یک علت واحد نمی‌توان یافت، بلکه علل بسیاری برای آن وجود دارد (۳). بنا به باور بسیاری از متخصصان و پژوهشگران،

1. Neurodevelopmental disorders  
2. Centre for Disease Control and Prevention(CDC)

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders ( DSM-5)

پرخاشگرانه کودکان با اختلال طیف اُتیسم (۲۰): افزایش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی (۱۹): کاهش اضطراب (۲۱) نشان داده است.

از سوی دیگر، برای کودکان با اختلال طیف اُتیسم فهم عواقب پرخاشگری ساده نیست (۱۰) و پیدا کردن روش دیگری به‌غیر از پرخاشگری بدون کمک سایر افراد برای آنها مقدور نیست (۱۲) قصه‌درمانی با بیان تجارب اجتماعی در قالب داستان به کودک با اختلال طیف اُتیسم فرصت می‌دهد تا با مهارت‌ها و راهکارهای مقابله با پرخاشگری در موقعیت‌هایی شبیه به خودش آشنا شود (۲۲) و به‌مرور این راهکارها را به‌کار گیرد (۲۳) والدین می‌توانند با صرف کمترین هزینه همیشه از این روش درمانی استفاده کنند؛ قصه‌درمانی اولین بار در دهه ۱۹۸۰-۱۹۷۰، توسط میشل وایت و همکارانش مورد استفاده قرار گرفت (۲۲). این روش درمانی شامل بیان کردن داستان‌های اجتماعی است که برای کمک به کودکان با اختلال طیف اُتیسم با توصیف و توضیح رفتار مناسب و ارائه نمونه‌هایی از پاسخ‌های مناسب استفاده می‌شود. این داستان‌های کوتاه مراحل خاصی را برای اجرای مهارت‌های اجتماعی مناسب ترسیم می‌کنند و شامل متن کوتاه و نشانه‌های تصویری می‌شوند (۲۳). داستان اجتماعی به درک دقیق کودک از اطلاعات اجتماعی خاص در یک موقعیت یا شرایط خاص کمک می‌کند (۲۴). پژوهش‌های مختلف در رابطه با قصه‌درمانی نشانگر اثربخشی آن بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اُتیسم (۲۵): افزایش مهارت‌های اجتماعی (۲۶): کاهش علائم اختلال طیف اُتیسم، بهبود مهارت‌های ارتباطی و تعاملات اجتماعی (۲۷) بوده است.

با توجه به موارد مطرح‌شده، یکی از مشکلات اساسی کودکان با اختلال طیف اُتیسم پرخاشگری است که در صورت عدم کنترل، زندگی آنان و خانواده‌هایشان را با عواقب منفی بسیاری (پیامدهای منفی آموزشی و طرد شدن از سوی همسالان و سایر افراد جامعه، آسیب به خود و سایر فرزندان خانواده، استرس و فشار عصبی برای والدین، مراقبان، معلمان) مواجه خواهد کرد (۸)، (۹)، (۱۰)، (۱۲)، همچنین پژوهش‌های بسیار کمی در حوزه مداخلات مؤثر بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم انجام شده است؛

کنترل پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم، آنها از کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهند شد (۱۵). در میان مداخلات درمانی اختلال طیف اُتیسم، کودکان در بازی درمانی بیشترین همکاری را نشان می‌دهند، زیرا این درمان بیشتر بر اساس مطابقت با نیازهای کودک مهیا می‌شود و عملکرد کودک است که فرایند درمان را رهبری می‌کند (۱۶): بازی‌درمانی ارتباطات اجتماعی با والدین، درمانگران و دیگر افرادی که با کودک در ارتباط هستند را قوی‌تر می‌سازد (۱۷). در ارتباط با روش‌های مختلف بازی‌درمانی، گرینسپن<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) رویکرد نوینی را مطرح نموده است؛ او بر این باور است که کودکان با اختلال طیف اُتیسم، ظرفیت‌های دستیابی به توانمندی‌های تحولی بنیادین را دارا می‌باشند، اما به دلیل وجود چالش‌های زیستی، این توانمندی‌ها رشد نکرده‌اند (۱۸). برای کودکان با اختلال طیف اُتیسم، بازی می‌تواند راهی باشد تا آنها از جهان محصور خود بیرون بیایند (۱۶) و بر همین اساس، روشی درمانی به‌وسیله گرینسپن روان‌پزشک کودک ابداع شده است که فلورتایم<sup>۲</sup> (فلور به معنی کف زمین است و علت این نام‌گذاری، آن است که مربی هنگام کار با کودک در سطح کودک قرار گرفته و بر روی زمین می‌نشیند) که مبتنی بر ارتباط است و کودک از طریق فضای بازی و ارتباط با والدین می‌تواند مشکلات اساسی از قبیل تحریک‌پذیری، بیش‌واکنشی حسی و دیگر مشکلات خودتنظیمی خود را کنترل کند (۱۹): در واقع، از محورهای مهم درمان در بازی‌درمانی فلورتایم که در رویکردهای رفتاری کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد، توجه به تفاوت‌های فردی حسی و حرکتی کودکان است. این رویکرد، نقشه راه جدیدی از تحول تدریجی ذهن انسان ارائه می‌دهد و نگاهی یکپارچه به توانمندی‌های انسان شامل شناخت، زبان، عاطفه و هیجان دارد (۱۶): این بازی‌درمانی عمدتاً برای کمک به کودکان در جهت ارج نهادن به توانایی‌های ذهنی منحصربه‌فرد و سطوح رشدی خود است. هدف اصلی بازی‌درمانی پیشگیری یا حل مشکلات روانی اجتماعی و دستیابی به رشد و تکامل مطلوب کودک است. بازی‌درمانی به کودکان با اختلال طیف اُتیسم کمک می‌کند تا در فعالیت‌های بازی مورد علاقه و انتخاب خود شرکت کنند تا خود را به راحت‌ترین راه‌ها ابراز کنند (۱۸). پژوهش‌های انجام‌شده در رابطه با اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم، اثربخشی این روش درمانی را بر کاهش رفتارهای

1. Greenspan

2. Floor time play therapy

قبلاً تحت مداخله این ۲ رویکرد قرار نگرفته بودند. ضمناً عدم رضایت و توافق کودک یا والدین برای ادامه شرکت در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات بازی درمانی و قصه درمانی معیار خروج از پژوهش بودند. کد اخلاق پژوهش IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.110 است.

## ابزارهای پژوهش

### پرسشنامه پرخاشگری شهیم

این پرسشنامه توسط شهیم در سال ۱۳۸۵ ساخته شده است و دارای ۲۱ پرسش در زمینه پرخاشگری با ۴ گزینه (بندرت=۱، یک بار در ماه=۲، یک بار در هفته=۳ و اغلب روزها=۴) تهیه شده است. به منظور تعیین روایی این پرسشنامه از تحلیل عوامل و برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش همبستگی درونی، ضریب آلفای کرونباخ و پایایی تنصیفی استفاده شده است. تحلیل عوامل با محور اصلی<sup>۱</sup> و به دنبال آن چرخش مایل<sup>۲</sup> منجر به استخراج ۳ عامل با ارزش ویژه<sup>۳</sup> بیشتر از ۱ گردید که ۵۹ درصد واریانس را تبیین می نماید و ضریب کفایت نمونه<sup>۴</sup> ۰/۹۱ و آزمون بارتلت برای کرویت داده ها معنادار بود. سه عامل با ترسیم نمودار اسکرین نیز تأیید شد. به علت پیش بینی همبستگی بین ابعاد مختلف پرخاشگری از چرخش مایل استفاده شد. عامل اول با ارزش ویژه ۷/۷۶ و عامل دوم با ارزش ویژه ۲/۶۹ و عامل سوم با ارزش ویژه ۱/۸۷ به ترتیب پرخاشگری جسمانی پرخاشگری رابطه ای و پرخاشگری واکنشی کلامی بود. ضرایب همبستگی بین پرسش ها و نمره کل عامل پرخاشگری جسمانی از ۰/۴۷ تا ۰/۸۲ متغیر بودند ضرایب همبستگی بین پرسش های عامل پرخاشگری رابطه ای و نمره کل این عامل از ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ متغیر بوده و ضرایب همبستگی بین پرسش ها و نمره کل عامل پرخاشگری واکنشی و بیش فعالی از ۰/۶۳ تا ۰/۸۲ متغیر بودند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی رابطه ای و واکنشی و بیش فعالی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ بودند. ضریب پایایی تنصیفی برای ۳ عامل فوق به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ بود. همه ضرایب مطلوب بوده و نشانگر پایایی پرسشنامه اند. این پرسشنامه توسط مراقب کودک تکمیل می شود و پرسش ها

که تعدادی از این مداخلات (مانند نوروفیدبک) به علت هزینه های اقتصادی بسیار زیاد، عدم فعال بودن کودک و در دسترس نبودن توسط والدین مورد توجه قرار نگرفته است (۶)، (۴) به همین علت، این حوزه نیازمند روش های درمانی جدیدی است که ضمن توجه به علاقه کودک با اختلال طیف اُتیسم و نیازهای او، بار مالی زیادی برای والدین این کودکان نداشته باشد؛ بازی درمانی فلورتایم یکی از روش های جدیدی است که مهم ترین اصل آن توجه مربی به علاقه و نیاز کودک و تنظیم کردن برنامه بازی درمانی متناسب با شرایط کودک است (۱۸)، (۱۹) اما باز هم در حوزه اثربخشی این روش بازی درمانی پژوهش های بسیار کمی صورت گرفته است. روش درمانی دیگر که ضمن آشنا کردن کودک با راه حل های مناسب به جای پرخاشگری و آموزش این راه حل ها به زبان ساده و در قالب داستان هایی که نقش اصلی آنها کودک با اختلال طیف اُتیسم است؛ بار مالی زیادی برای والدین ندارد، قصه درمانی است (۲۳)، (۲۴) که در رابطه با تأثیر قصه درمانی بر پرخاشگری نیز پژوهش های بسیار کمی صورت گرفته است. بنابراین پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که: آیا بین بازی درمانی فلورتایم و قصه درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم اثربخشی متفاوتی وجود دارد؟

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع پژوهش های کاربردی و از نظر ماهیت داده ها از نوع پژوهش کمی و از نظر نحوه اجرا: پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی کودکان پسر ۷ الی ۱۲ سال مشغول به تحصیل در سال ۲۰۲۳-۲۰۲۲ میلادی در مدرسه کودکان با اختلال طیف اُتیسم شهر رانیه تشکیل می دهد که از این بین، تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در ۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه (در هر گروه ۱۵ نفر) گمارش تصادفی شدند. معیارهای ورود به پژوهش علاوه بر ۷ تا ۱۲ ساله بودن کودک، جنسیت پسر و رضایت والدین برای شرکت در پژوهش بود؛ اعلام رضایت والدین به صورت کتبی از طریق نمون برگ رضایت آگاهانه بود؛ هیچ کدام از نمونه های انتخابی

1. Principal axis factoring  
2. oblique

3. Eigen value  
4. KMo

۱۰۶ نفر از والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسیم پسر ۷ تا ۱۲ سال به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پرسشنامه را تکمیل کردند؛ اولین قدم در تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷، تعیین میزان روایی آزمون بود، در این مرحله، تحلیل عاملی پرسش‌ها از طریق روش همبستگی صورت گرفت؛ ضرایب همبستگی بین پرسش‌ها و نمره کل عامل پرخاشگری جسمانی از ۰/۵۳ تا ۰/۷۴ متغیر بودند. ضرایب همبستگی بین پرسش‌های عامل پرخاشگری رابطه‌ای و نمره کل این عامل از ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ متغیر بوده و ضرایب همبستگی بین سوال‌های و نمره کل عامل پرخاشگری واکنشی و بیش‌فعالی از ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ متغیر بودند. تمامی ضرایب مطلوب و نشانگر پایایی پرسشنامه بودند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ بود. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی رابطه‌ای و واکنشی و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ بودند.

### بازی درمانی فلورتایم

در گروه بازی‌درمانی فلورتایم کودکان تحت بازی‌درمانی در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله قرار گرفتند و در گروه قصه‌درمانی، کودکان مداخله را به صورت قصه‌درمانی دریافت کردند.

طوری تنظیم شده‌اند که دربرگیرنده درجات متفاوتی از شدت بروز پرخاشگری بوده و براساس میزان بروز رفتار درجه‌بندی می‌شوند. تحلیل عاملی با محور اصلی و به دنبال آن چرخش مایل گویه‌ها منجر به استخراج ۳ عامل پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری رابطه‌ای و پرخاشگری واکنشی-بیش‌فعالی گردید که معرف روایی سازه پرسشنامه است (۲۸). با توجه به اینکه پرسشنامه پرخاشگری شهیم به زبان فارسی طراحی و هنجار شده است و زبان مردم شهر رانیه کردی می‌باشد جهت استفاده از این پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه در شهر رانیه و در جامعه کودکان ۷ تا ۱۲ سال هنجار و سپس مورد استفاده قرار گرفت؛ جهت تعیین روایی صوری ابتدا پرسشنامه توسط اساتید حوزه روان‌شناسی و مسلط به هر ۲ زبان کردی و فارسی به زبان کردی ترجمه شد سپس از ۲ نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی در شهر رانیه که استاد دانشگاه هم بودند خواسته شد تا پرسشنامه را به دقت خوانده و نظر خود را بیان کنند. سپس با توجه به نظر اساتید اصلاحاتی در ترجمه پرسشنامه صورت گرفت. در اجرای آزمایشی پرسشنامه ابتدا از ۳۰ نفر از والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسیم ۷ تا ۱۲ سال درخواست شد که پرسشنامه را خوانده و به پرسش‌ها پاسخ دهند و نقاط مبهم را مشخص کنند سپس تمامی موارد با توجه به نظر والدین رفع ابهام شد. در بخش اصلی هنجار پرسشنامه،

جدول ۱) محتوای جلسات گروه بازی‌درمانی فلورتایم که از کتاب نیکول دیویس (۲۹) انتخاب شده است

شماره جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسه
یکم	آشنایی و ایجاد انگیزه و جلب اعتماد والدین	خوشامدگویی، معرفی مربی، روش اجرای پژوهش، اهداف پژوهش و بیان قوانین جلسات به طور واضح
دوم	آشنایی و بحث پیرامون اختلالات نافذ رشد با تکیه بر اختلال طیف اُتیسیم، بیان اهمیت دوران کودکی	بحث و گفتگو در مورد اختلال طیف اُتیسیم، تعاریف مربوطه و تاریخچه و دلایل آموزش، نیازهای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم، اهمیت بازی و نقش آن در رشد کودک
سوم و چهارم	قرار گرفتن در محیط و محرک‌های بیرونی توجه و تمرکز	وجود یک محیط ساختاریافته با محرک‌های جذاب و لذت‌بخش، آشنایی با رفتارهای کودک، آشنایی با علائق و توانایی‌های کودک، ایجاد جلب‌توجه از طریق بازی و محرک‌های موردعلاقه کودک، درک کودک از تشویق و پاسخ دادن به آن

شماره جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسه
پنجم	ایجاد علاقه و برقراری ارتباط - تقلید	شکل‌گیری علاقه و اعتماد، ایجاد یک رابطه دوطرفه با کمک بازی برای پیشبرد فعالیت‌های تقلیدی مانند تقلید حرکات و آوا
ششم و هفتم	فراهم آوردن تجارب یادگیری-زبان درکی	ایجاد یک تعامل طولانی با محیط، کاوش در محیط، چالش کودک برای یادگیری، شکل‌گیری حل مسئله، ایجاد نظم و انضباط و کنترل رفتار، پیروی از دستورات، تمرکز روی وسایل بازی برای یادگیری بیشتر و لذت بخش‌تر
نهم	خودانگیزگی-زبان بیانی	استفاده از کلام برای ارتباط بیشتر و مؤثرتر، کودک یاد می‌گیرد هر چیزی که در اطراف وجود دارد دارای اسم و نام است، به‌کارگیری اسامی در بازی، بیان خواسته‌ها در غالب زبان و کلام، درک مفهوم مالکیت و به‌کارگیری آن در بازی
دهم	بسط و تعمیم یادگیری‌های لذت بخش - زبان انتزاعی	ایجاد ارتباط کلامی پیچیده (پرسش و پاسخ)، به اشتراک گذاشتن علائق، انجام تعاملات لذت بخش، ایجاد فعالیت‌های مستقل و تعمیم آنها در موقعیت‌های مشابه و ایجاد تجربه از درک مفاهیم

## قصه درمانی

در گروه قصه درمانی کودکان در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله را به صورت قصه درمانی دریافت کردند.

جدول ۲) محتوای جلسات گروه قصه درمانی از کتاب داستانهای اجتماعی گری (۳۰) انتخاب شده است

شماره جلسه	محتوای جلسه (عنوان داستان‌ها)	هدف
یکم	خوشامدگویی، معرفی مربی، روش اجرای پژوهش، اهداف پژوهش و بیان قوانین جلسات به‌طور واضح	آشنایی و ایجاد انگیزه و جلب اعتماد والدین
دوم	آموزش آدامس جویدن، هدیه دادن	مهارت‌های اجتماعی
سوم	خوشحالی حس خوبی است	مهارت‌های اجتماعی
چهارم	آموزش کمک به دیگران	مهارت‌های اجتماعی
پنجم	چگونه شخصی را بغل کنم	مهارت‌های اجتماعی
ششم	من می‌توانم از کودک نگهداری کنم	محبت به دیگران
هفتم	کابوس	مراقبت‌های شخصی
هشتم	شستن دست‌هایم	مراقبت‌های شخصی
نهم	موقعی که من باید آرام بازی کنم	قدم زدن و فعالیت در فضای آزاد
دهم	سوار شدن به ماشین	کمک گرفتن از اطراف

## یافته‌ها

نتایج تجزیه و تحلیل آماری در ۲ سطح یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی آمده است. در سطح یافته‌های توصیفی به توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و اصلی پرداخته شد. در بخش یافته‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره یا مانکوا استفاده شد و قبل از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. مفروضه عدم وجود داده‌های پرت با نمودار جعبه‌ای بررسی شد که داده پرتی در مشاهدات وجود نداشت. توزیع نرمال با کمک مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی‌توان رد کرد ( $p > 0/001$ ). سطح معناداری به دست آمده برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار  $0/001$  است که نشان می‌دهد انحراف از توزیع نرمال مشاهده نشد. در مجموع، نتایج به دست آمده نشان از این دارد که توزیع متغیرهای اصلی، انحراف قابل توجهی از توزیع نرمال ندارد و می‌توان توزیع متغیرهای پژوهش را نرمال یا نزدیک به نرمال ارزیابی کرد. در بررسی آزمون همگنی واریانس‌ها نیز، نتایج نشان داد که سطح معناداری در آزمون لوین بیشتر از مقدار  $0/05$  است ( $p > 0/05$ ) که بیانگر این است که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه‌ها (متغیر مداخله‌گر) همگن و تقریباً یکسان است؛ و همچنین به دلیل برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس، همگنی واریانس این متغیرها نیز مورد قبول قرار گرفت. بعلاوه، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز رعایت شد؛ یعنی رابطه بین هم‌پراش و متغیر وابسته برای هر گروه مشابه

است. براساس نتایج، سطح معناداری به دست آمده در تمامی موارد بیشتر از مقدار  $0/05$  ( $p > 0/05$ ) بود که بیانگر این موضوع است که اثر تعاملی متغیرها رد می‌شود و در نتیجه شیب‌های رگرسیونی در تمامی موارد همگن هستند و این مفروضه نیز مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، همگن بودن ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از مفروضات آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره یا مانکوا است که اگر سطح معناداری بزرگتر از  $0/001$  باشد، از این مفروضه تخطی نشده است همچنین با توجه به اینکه مقدار آزمون  $\lambda$  با کس در تمامی موارد بیشتر از معیار  $0/001$  بود، همگنی واریانس‌ها مورد قبول قرار گرفت.

در بخش یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی کیفی با شاخص‌های تعداد و درصد توصیف شدند و از آزمون همگنی کای اسکوئر (برای تحصیلات والد) و دقیق فیشر (برای جنسیت والد) برای بررسی همگنی گروه‌ها استفاده شد که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جنسیت والد و تحصیلات والد تفاوتی بین گروه‌ها مشاهده نشد و گروه‌ها همگن بودند ( $p > 0/05$ ). متغیرهای جمعیت‌شناختی کمی با شاخص‌های توصیفی بررسی و همگنی گروه‌ها از نظر سن با آزمون آنووا بررسی شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان از حداقل ۷ تا حداکثر ۱۲ سال بود که میانگین سن کودکان در گروه بازی درمانی  $9/15$ ، قصه-درمانی  $8/96$  و گروه گواه  $9/12$  بود که مشابه بود و تفاوتی بین میانگین سن کودکان مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). همچنین گروه‌ها از نظر سن والد تفاوت قابل توجهی با یکدیگر نداشتند ( $p > 0/05$ ).

در جدول (۳) به توصیف متغیر پرخاشگری و مؤلفه‌های آن پرداخته می‌شود.

جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد پرخاشگری و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه و زمان

منغیر	زمان	گروه بازی درمانی فلورتایم		گروه قصه‌درمانی		گروه گواه	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پرخاشگری جسمانی	پیش‌آزمون	۲/۶۶	۱۷/۲۷	۳/۰۰	۱۶/۴۷	۲/۷۵	۱۵/۶۰
	پس‌آزمون	۲/۴۳	۱۶/۲۰	۱/۹۶	۱۵/۶۰	۲/۱۳	۱۵/۴۷
پرخاشگری واکنشی کلامی	پیش‌آزمون	۲/۶۴	۱۲/۶۰	۲/۳۶	۱۳/۵۳	۲/۲۶	۱۴/۸۷
	پس‌آزمون	۲/۱۰	۱۱/۴۷	۲/۱۵	۱۲/۰۷	۱/۸۵	۱۵/۵۳

1. MANCOVA

متغیر	زمان	گروه بازی درمانی فلورتایم		گروه قصه درمانی		گروه گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پرخاشگری رابطه‌ای	پیش‌آزمون	۱۶/۴۰	۲/۷۵	۱۷/۸۷	۳/۰۷	۱۶/۹۳
	پس‌آزمون	۱۴/۰۷	۱/۶۷	۱۶/۲۰	۲/۳۴	۱۶/۶۷
پرخاشگری (کل)	پیش‌آزمون	۴۶/۲۷	۳/۵۳	۴۷/۸۷	۵/۶۵	۴۷/۴۰
	پس‌آزمون	۴۱/۷۳	۳/۱۷	۴۳/۸۷	۲/۴۲	۴۷/۶۷

در بخش یافته‌های استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس (چندمتغیره) استفاده شد. آزمون تحلیل کوواریانس چند مفروضه مهم دارد که قبل از تحلیل اصلی، به آنها پرداخته شد.

در این بخش، اثربخشی ۲ مداخله بازی درمانی فلورتایم و قصه درمانی بر پرخاشگری و مؤلفه‌های آن با آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه شد. نتایج در جداول (۴ و ۵) آمده است.

جدول (۳) نشان داد در هر ۲ گروه مداخله (بازی درمانی فلورتایم و قصه درمانی) میانگین پس‌آزمون تمامی مؤلفه‌های پرخاشگری در زمان پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشت و بیشترین کاهش میانگین در گروه بازی درمانی فلورتایم مربوط به مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای بود که ۲/۳۳ نمره کاهش را نشان داد و بیشترین کاهش میانگین در گروه قصه درمانی نیز مربوط به مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای بود که ۱/۶۷ نمره در پس‌آزمون را نشان داد.

**جدول ۴** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه میزان اثربخشی ۲ مداخله بازی درمانی فلورتایم و قصه درمانی بر مقیاس پرخاشگری و مؤلفه‌های آن

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
گروه	پرخاشگری جسمانی	۰/۰۲۹	۱	۰/۰۲۹	۰/۰۲۲	۰/۸۸۲	۰/۰۰۱
	پرخاشگری واکنشی کلامی	۰/۰۱۵	۱	۰/۰۱۵	۰/۰۰۹	۰/۹۲۳	> ۰/۰۰۱
	پرخاشگری رابطه‌ای	۱۰/۷۵	۱	۱۰/۷۵	۱۰/۸۵	۰/۰۰۳	۰/۲۸۷
	پرخاشگری	۶/۹۲	۱	۶/۹۲	۲/۱۱	۰/۱۵۷	۰/۰۷۳

و سایر مؤلفه‌ها تفاوتی بین اثربخشی ۲ گروه مشاهده نشد ( $p > ۰/۰۵$ ). بررسی اندازه اثر نشان داد که بیشترین تفاوت در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای، با ضریب ۰/۲۸۷ مشاهده شد.

در جدول (۵) میانگین تعدیل شده مؤلفه‌های پرخاشگری (میانگین پس‌آزمون پس از کنترل یا خنثی کردن نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها) به منظور تعیین و شناسایی مداخله اثربخش‌تر آمده است.

نتایج جدول (۴) نشان داد که فقط در میزان اثربخشی ۲ روش مداخله بازی درمانی فلورتایم و قصه درمانی در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای مشاهده شد ( $p < ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد سطح معناداری در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای کمتر از ۰/۰۵ بود که نشان داد تفاوت معناداری در میزان اثربخشی ۲ روش مداخله بازی درمانی فلورتایم و قصه درمانی بر مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای وجود داشت ( $p < ۰/۰۵$ ). در نمره کل پرخاشگری



جدول ۵) مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده مقیاس پرخاشگری و مؤلفه‌های آن در گروه‌ها با آزمون بونفرونی

مقدار p	اختلاف میانگین	حد بالا	حد پایین	خطای استاندارد	میانگین تعدیل‌شده	گروه	متغیر
۰/۸۸۲	۰/۰۶۲	۱۶/۵۳	۱۵/۳۳	۰/۲۹۳	۱۵/۹۳	بازی درمانی	پرخاشگری جسمانی
		۱۶/۴۷	۱۵/۲۷	۰/۲۹۳	۱۵/۸۷	قصه‌درمانی	
۰/۹۲۳	۰/۰۴۶	۱۲/۴۶	۱۱/۱۲	۰/۳۲۸	۱۱/۷۹	بازی درمانی	پرخاشگری واکنشی کلامی
		۱۲/۴۲	۱۱/۰۷	۰/۳۲۸	۱۱/۷۴	قصه‌درمانی	
۰/۰۰۳	۱/۲۴	۱۵/۰۵	۱۳/۹۸	۰/۲۶۱	۱۴/۵۱	بازی درمانی	پرخاشگری رابطه‌ای
		۱۶/۲۹	۱۵/۲۲	۰/۲۶۱	۱۵/۷۵	قصه‌درمانی	
۰/۱۵۷	۰/۹۷۵	۴۳/۲۸	۴۱/۳۵	۰/۴۷۱	۴۲/۳۱	بازی درمانی	پرخاشگری
		۴۴/۲۵	۴۲/۳۲	۰/۴۷۱	۴۳/۲۹	قصه‌درمانی	

(۲۱)، عزیززاده و اسماعیلی (۳۱)؛ العطیه<sup>۴</sup> (۲۵)؛ سلیمان حسنی (۲۶) و فلاحی و کریمی ثانی (۲۷) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در فلورتایم، تأکید بر ارتقا توانمندی‌های تحولی مانند قصدورزی، تقابل، جریان مداوم تعامل هدفمند، تفکر منطقی و نمادین، جذب شدن و همدلی است. این توانمندی‌های تحولی مبنای عملکرد، یادگیری و ارتباط با دیگران به شیوه‌ای معنادار می‌باشند؛ وقتی ارتباط با دیگران به صورت مؤثر صورت بگیرد و کودک با اختلال طیف اُتیسم به مخاطب خود اعتماد کند، میزان پرخاشگری کاهش پیدا خواهد کرد و پرخاشگری جای خود را به حس امنیت می‌دهد (۱۹)؛ در تأیید این موضوع پژوهش پورنومو (۱۸) که به صورت فراتحلیل پژوهش‌های اثربخشی بسیاری را در جامعه کودکانی که اختلال طیف اُتیسم و نارسایی توجه/بیش‌فعالی را تجربه می‌کنند، بررسی کرده است، نشانگر این است که بازی درمانی فلورتایم مداخله‌ای است که می‌تواند مهارت‌های ارتباطی کودکان با اختلال طیف اُتیسم را بهبود بخشد. بازی درمانی فلورتایم نقش ضروری علائق و هیجان‌ات طبیعی کودک در شکل‌دهی تعاملاتی است که بخش‌های مختلف مغز را قادر به کارکردی یکپارچه و ایجاد سطوح بالاتر از ظرفیت‌های فکری، اجتماعی و عاطفی می‌کند. هدف فلورتایم کمک به کودک در رسیدن به نقش مرحله تکاملی در رشد عاطفی و ذهنی است و کودکی که بتواند

بررسی میانگین‌های تعدیل‌شده (جدول ۶) نشان داد میانگین تعدیل‌شده پرخاشگری و مؤلفه‌های آن (به‌غیر از پرخاشگری رابطه‌ای) در گروه‌ها تقریباً برابر بود و تفاوت معناداری نداشت. میانگین پرخاشگری رابطه‌ای در گروه بازی درمانی فلورتایم برابر با ۱۴/۵۱ بود که ۱/۲۴ نمره کمتر از گروه قصه‌درمانی با میانگین ۱۵/۷۵ بود.

## بحث و نتیجه‌گیری

با تکیه بر هدف کلی پژوهش که مقایسه اثربخشی بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم بود؛ بررسی یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میزان اثربخشی بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر نمره کل پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم تفاوت معناداری وجود ندارد. تنها تفاوت در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای بود که میزان اثربخشی مداخله بازی درمانی فلورتایم بیشتر از قصه‌درمانی بوده است. در رابطه با مقایسه این اثربخشی بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر پرخاشگری پژوهشی صورت نگرفته است و آنچه تاکنون اجرا شده است، تأیید یا رد اثربخشی این ۲ مداخله بوده است. درکل، نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی چون پورنومو<sup>۱</sup> (۱۸)، کارپنت<sup>۲</sup> (۲۰)، لیئو<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹)، رضایی خشکذری و خدابخشی کولایی

1. Purnomo  
2. Carpentente

3. Liao  
4. Al Atyya

می‌پندارد و سعی می‌کند کارهای انجام شده توسط او را انجام دهد و چه بسا زمانی بتواند با راه‌های جدید درک مشکلات آشنا شده و به این نحو از تعارضی که با آن دست‌به‌گریبان است سربلند بیرون بیاید، هرچقدر کودک بیشتر بتواند بین خود و شخصیت داستان همانندسازی کند، ویژگی‌های رفتاری شخصیت اصلی داستان را خواهد پذیرفت و با نگاه کردن به مشکل خود از زاویه‌ای دور، بهتر می‌تواند مشکلش را بپذیرد و به همان نسبت پرخاشگری خود نسبت به دیگران و خود را کنترل کند (۲۲). در تأیید این مبحث پژوهش بیرنیک و وسترهوف<sup>۲</sup> (۳۴) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی مداخله قصه درمانی بر اختلالات روانی پرداختند. نتایج نشان داد که قصه درمانی بر کاهش مشکلات روانی گروه آزمایشی اثربخش بود. همسو با مباحث مطرح شده و پژوهش‌های انجام شده، یافته پژوهش حاضر نشان داد که قصه درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم تأثیر دارد.

در تبیین یافته سوم پژوهش می‌توان بیان کرد؛ منظور از پرخاشگری جسمانی، آسیب رساندن به بدن خود یا دیگری است، در واقع یک نوع خود آسیبی یا دگرآسیبی است و منظور از پرخاشگری کلامی تهدید به پرخاشگری جسمی از طریق کلام است، اینکه کودک شخص دیگری را تهدید به زدن می‌کند یا ناسزا می‌گوید و داد و فریاد می‌کند، در هر دو این پرخاشگری‌ها کودک نقش اصلی را دارد در صورتی که پرخاشگری رابطه‌ای از طریق طرد اجتماعی اتفاق می‌افتد و کودک نمی‌تواند هم‌بازی همسالان یا والدینش شود (۹)؛ فعالیت‌های فلورتایم می‌تواند به ساختن ارتباطات در مغز کودک کمک کند تا مهارت‌های ذهنی، عاطفی و اجتماعی‌اش سریعتر شود. فلورتایم ارتباطات اجتماعی را با والدین، درمانگران و دیگر افرادی که با کودک در ارتباط هستند را قوی‌تر سازد و این امر موجب کاهش پرخاشگری رابطه‌ای در کودک می‌شود. همسو با این موضوع، ضربی مقدم و امین‌یزدی (۳۳) در پژوهشی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت را در مداخلات کودکان با اختلال طیف اُتیسم بررسی کردند. در این پژوهش با توجه به جنبه‌های طبیعت و نقش طبیعت در تکوین عاطفی، شناختی و ارزشی کودکان با توجه به ارتباط کودک با طبیعت و حیوانات و همچنین نقش فعال بزرگسالان در این ارتباطات و تحول رشد یکپارچه که مبتنی بر ارتباط است، کودک از طریق فضای بازی و ارتباط با والدین براساس منطق رویکرد می‌تواند

مراحل تکاملی خود را به خوبی پشت سر بگذارد و از این مسیر منحرف نشود به سلامت روان دست خواهد یافت (۱۷). بر این اساس پجریا<sup>۱</sup> و همکاران (۳۲) در پژوهشی به بررسی بازی درمانی فلورتایم بر کودکان با اختلالات عصبی/تحوالی پرداختند. بدین منظور ۴۰ زوج که فرزندان پیش‌دستانی آنها با اختلالات عصبی/تحوالی بودند را انتخاب کردند و طی یک دوره ۴ ماهه هفته‌ای ۳ جلسه یک‌ساعته بازی درمانی فلورتایم را اجرا کردند. نتایج نشان داد که بازی درمانی فلورتایم تأثیر معناداری بر میزان توجه این کودکان داشت؛ به عبارتی دیگر، در این برنامه فعالیت مورد علاقه کودک (بازی) به منظور گسترش هیجانات مثبت به کار بسته می‌شود. در واقع، فلورتایم فرایند افزایش تدریجی تحمل کودک از طریق بازی است؛ در آغاز جذب نمودن کودک و تشویق او به تعامل، نیاز به تلاش بیشتری دارد. این فرایند بسیار آهسته پیش می‌رود، اما با گذشت زمان و در جلسات بعدی، کودک جذب شدن را آغاز خواهد نمود و با گذر از این مرحله پرخاشگری کودک نسبت به خود و محیط پیرامونش کاهش خواهد یافت (۱۸). همسو با پژوهش‌های بیان شده، یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که بازی درمانی فلورتایم بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم تأثیر دارد.

در تبیین یافته دوم پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد؛ زمانی که کودک به قصه گوش می‌دهد ممکن است با یک شخصیت، با یک حادثه یا یک موضوع در قصه همانندسازی کند؛ که در نتیجه، همانندسازی را به زندگی خود فراقنی می‌کند. علاقه او به احساسات، افکار و رفتارهای شخصیت‌های قصه به او این اجازه را می‌دهد تا در تجربه‌های شخصیت‌های قصه سهم داشته باشد و افکار، باورها و تجربه‌های هیجانی این شخصیت‌ها را بر خود فراقنی کند؛ که در نتیجه می‌تواند به شکل فراقکنانه بر پریشانی‌های هیجانی خود از جمله پرخاشگری غلبه کند و میزان این هیجانات را کنترل کند (۱۴)؛ در تأیید این موضوع پژوهش العطیه (۲۵) که به صورت نیمه‌آزمایشی انجام شد، نشانگر اثربخشی قصه درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اُتیسم بود. در روش قصه درمانی نوع داستان مهم نیست، کودکان همیشه قادرند رابطه بین شخصیت اصلی و روند حوادث با زندگی خودشان برقرار کنند. این عمل استفاده از روشی به نام همانندسازی است که در آن مراجع خود را در جایگاه قهرمان داستان و به مانند آن

1. Pajareya

2. Beernink &amp; Westerhof

## References

1. Centre for Disease Control and Prevention. Identified prevalence of Autism spectrum disorder: ADDM network 2000-2010, combining data from all site. 2020 <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
2. Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr.* 2022; 48, 112. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w>. [Persian]
3. Rezaee, S., Choobdari, A. PREVALENCE OF RISK FACTORS DURING PREGNANCY IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS. *Nursing and Midwifery Journal.* 2022; 19 (3) :233-242 URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4376-fa.html>. [Persian]
4. Wang, F., Lu, L., Wang, S.B., Zhang, L., Ng., C.H., Ungvari, G.S., Cao, X.L., Lu, J.P., Hou, C.L., Jia, F.J., Xiang, Y.T. The prevalence of autism spectrum disorders in China: a comprehensive meta-analysis. *Int J Biol Sci.* 2018; 14(7):717-725. <https://www.ijbs.com/v14p0717.htm>
5. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Bellomo TR, Prasad S, Munzer T, Laventhal N. The impact of the COVID-19 pandemic on children with autism spectrum disorders. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020; 13(3):349-354. doi: 10.3233/PRM-200740. PMID: 32986631.
7. World Health Organization. Questions and answers about autism spectrum disorders (ASD). Retrieved March 20, 2016 from <http://www.who.int/features/qa/85/en>.
8. Samadi, S. A., & McConkey, R. Screening for autism in Iranian preschoolers: contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders.* 2015; 45(9), 2908-2916. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2454-1>
9. Tingting Chen, Wenxu Yang, Qiu Wang, Ying Zhang, Zhigui Ma. Effects of social stories intervention for children and adolescents with autism spectrum disorders. 2020; *Medicine* 99:37, pages e22018.
10. Bresciani, G.; Da Lozzo, P.; Lega, S.; Bramuzzo, M.; Di Leo, G.; Dissegna, A.; Colonna, V.; Barbi, E.; Carrozzì, M.; Devescovi, R. Gastrointestinal Disorders and Food Selectivity: Relationship with Sleep and Challenging Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder. *Children*, 2023; 10, 253. <https://doi.org/10.3390/children10020253>

مشکلات اساسی از قبیل تحریک پذیری، بیش‌واکنشی حسی و دیگر مشکلات خودتنظیمی خود را کنترل کند. با توجه به موارد مطرح شده چون در بازی درمانی فلورتایم بر تعاملات میان مخاطب و کودک تأکید می‌ورزد و برقراری و تقویت ارتباط درست بین کودک و دیگران از اصول بازی درمانی فلورتایم است و به صورت مستقیم با هیجانات کودک در ارتباط است و همسو با پژوهش‌های پیشین انجام شده (۳۳)، (۳۲)، (۱۸)، (۲۰)، (۱۹)، (۲۱) یافته پژوهش حاضر نشان داد تأثیر بازی درمانی فلورتایم بر کاهش پرخاشگری رابطه‌ای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم بیشتر از تأثیر قصه‌درمانی است.

با توجه به ساخت کلی پژوهش، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش پرسشنامه بوده و ذاتاً دارای محدودیت است. از طرفی، نتیجه پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه میزان اثربخشی بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر پرخاشگری فاقد بررسی پیگیری بلندمدت بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این نوع پژوهش‌ها در بین دانش‌آموزان با اختلال طیف اُتیسیم سایر شهرها نیز جهت به دست آوردن نتایج با اعتبار بیشتر انجام شود؛ برای به دست آوردن نتایج پایاتر، ماندگاری مداخلات را بعد از چند ماه بررسی کنند؛ همچنین اثربخشی بازی درمانی فلورتایم به عنوان مداخله‌ای نوین و قصه‌درمانی به عنوان درمانی مکمل در درمان کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در سایر بازه‌های سنی و در پژوهش‌های آتی بررسی شود. در چارچوب پیشنهادها، کاربردی نیز، پیشنهاد می‌شود بازی درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی به عنوان راهبردی مؤثر به درمانگران مراکز درمانی اختلال طیف اُتیسیم آموزش داده شود تا این درمانگران در مداخلات خود این راهبردها را به کارگیرند.

## تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

11. Fitzpatrick SE, Srivorakiat L, Wink LK, Pedapati EV, Erickson CA. Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016; 12: 1525-36. doi: 10.2147/NDT.S84585
12. Schreck, K.A.; Richdale, A.L. Sleep problems, behavior, and psychopathology in autism: Interrelationships across the lifespan. *Curr. Opin. Psychol*. 2020; 34, 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.12.003>
13. Leader, G.; Barrett, A.; Ferrari, C.; Casburn, M.; Maher, L.; Naughton, K.; Arndt, S.; Mannion, A. Quality of life, gastrointestinal symptoms, sleep problems, social support, and social functioning in adults with autism spectrum disorder. *Res. Dev. Disability*. 2021; 112, 103915. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103915>
14. Kent, R., & Simonoff, E. Prevalence of Anxiety in Autism Spectrum Disorders. In *Anxiety in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Evidence-Based Assessment and Treatment*. 2017; 5-32. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805122-1.00002-8>
15. Cheng, W.M., Smith, T.B., Butler, M. Effects of Parent-Implemented Interventions on Outcomes of Children with Autism: A Meta-Analysis. *J Autism Dev Disord* . 2022. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05688-8>
16. Dionne M, Martini R. Floor time play with a child with autism: a single-subject study. *Can J Occup Ther*. 2011;78(3):196-203. DOI: 10.2182/cjot.2011.78.3.8 PMID: 21699014
17. Elbeltagi R, Al-Beltagi M, Saeed NK, Alhawamdeh R. Play therapy in children with autism: Its role, implications, and limitations. *World J Clin Pediatr*.2023; 9;12(1):1-22. doi: 10.5409/wjcp.v12.i1.1
18. Purnomo, S. Application of Developmental, Individual Differences, Relation-Based (DIR / Floortime) in Children with Developmental Disorders of the Neurological System and Brain. *Psikostudia: Jurnal Psikologi*. 2023; 12 (1); 18-26. <https://e-journals.unmul.ac.id/index.php/PSIKO/art...>
19. Liao ST, Hwang YS, Chen YJ, Lee P, Chen SJ, Lin LY. Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2014;34(4):356-67. DOI: 10.3109/01942638.2014.918074
20. Carpente JA. Investigating the Effectiveness of a Developmental, Individual Difference, RelationshipBased (DIR) Improvisational Music Therapy Program on Social Communication for Children with Autism Spectrum Disorder. *Music Ther Persp*. 2016: miw013. DOI: 10.1093/mtp/miw013
21. Rezaee Khoshkozari, G., Khodabakhshi Koolae, A. The Effectiveness of Floor time Play on Anxiety in children with Asperger disorder and burden among their mothers (a single case study). *JPEN* 2018; 4 (4) :50-59 URL: <http://jpen.ir/article-1-305-fa.html> .[Persian]
22. Smith, P. Toms, A. Constantin, H. Johnson, E. Harding, M. Brosnan. Piloting a digitally-mediated social story intervention for autistic children led by teachers within naturalistic school settings. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020; 75, pages 101533. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101533>
23. Wright, B., Marshall, D., Adamson, J. Social Stories™ to alleviate challenging behaviour and social difficulties exhibited by children with autism spectrum disorder in mainstream schools: design of a manualised training toolkit and feasibility study for a cluster randomised controlled trial with nested qualitative and cost-effectiveness components. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016. (Health Technology Assessment, 20(6)). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338475/> doi: 10.3310/hta20060
24. Yip, J. W. C. A genre analysis of Social Stories for individuals with autism spectrum disorders. *East Asian Pragmatics*.2023; 8(1), 133–154. <https://doi.org/10.1558/eap.20511>
25. Al Atyya, A. A. The Effectiveness of a Social Story Intervention in Decreasing Problem Behavior in Children With Autism Spectrum Disorder. *Psycho-Educational Research Reviews*. 2014; 3(3), 27–33. Retrieved from <https://perrjournal.com/index.php/perrjournal/article/view/342>
26. Soliman Hasanin, H. A. The Effect Of Social Stories Intervention On Social Skills Of Children With Autism Spectrum Disorder. *Psycho-Educational Research Reviews*. 2014; 3(2), 33–41. <https://www.perrjournal.com/index.php/perrjournal/article/view/356>
27. Falahi, V., Karimisani, P. The effectiveness of Narrative Therapy on improvement of communication and social Interaction of children with autism. *Journal of Applied Psychological Research*. 2016; 7(2), 81-104. doi: 10.22059/japr.2016.58414 .[Persian]
28. Ahmadi Z, Asaran M, Seyyedmoharrami F, Seyyedmoharrami I. The Relationship between Overt and Relational Aggression with Hope in Primary School Children. *J Child Ment Health* 2017; 4 (3) :143-152 URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-223-fa.html> .[Persian]
29. Davies, LN. An Evaluation of the Use of a DIR/ Floortime Intervention Model in a Specialist School Setting. 2016. Cardiff University.
30. Gray, C. Social stories. Translated by Tayyebeh Safari; Zahra Khalili; Mansoura Hamtian Isfahan: 2015, Yarman

31. Alizadeh M, Esmaeili S. The effectiveness of floortime intervention on emotional functions of children with autistic spectrum disorders. *J Mod Rehabil.* 2015;9(1):8-16. URL: <http://mrj.tums.ac.ir/article-1-5225-en.html> .[Persian]
32. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism.* 2011;15:563–77. <https://doi.org/10.1177/136236131038650>
33. Zarabi Moghadam, Z., Amin Yazdi, A. Investigating the effectiveness of DIR-based Floortime play therapy on improving preschool children's shyness. *Ibn Sina [Internet].* 2019;22(3 (series 72)):47-55. <https://sid.ir/paper/416523/fa> .[Persian]
34. Beernink, J., & Westerhof, G. J. Effectiveness of a life story intervention for adults with intellectual disability and depressive and trauma-related complaints. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 2020: 33(6), 1340–1347. <https://doi.org/10.1111/jar.12754>