مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی 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 بازی‌درمانی 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)، بازی‌درمانی فلورتایم دیویس (۲۰۱۶) و قصه‌درمانی گری (۲۰۱۵) بودند؛ ابتدا پیش‌آزمون به‌صورت پرسشنامه والدین برای هر ۳ گروه اجرا شد. سپس ۲ گروه آزمایشی تحت مداخله (یک گروه به‌صورت بازی‌درمانی و گروه دیگر به‌صورت قصه‌درمانی) قرار گرفتند؛ با توجه به شرایط کودکان با اختلال طیف اُتیسم مداخله به‌صورت 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 تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که هر ۲ مداخله بازی‌درمانی و قصه‌درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم تأثیر معنادار داشت (p<۰/۰۵) اما فقط در میزان اثربخشی ۲ روش مداخله بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای، تفاوت معنادار مشاهده شد (p<۰/۰۵). 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 بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای، وجود دارد (p<۰/۰۵). در نمره کل پرخاشگری 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.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر هر ۲ مداخله‌ی بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر کاهش پرخاشگری تأثیر دارند. لذا پیشنهاد می‌شود، بازی‌درمانی فلورتایم به‌عنوان راهبردی نوین و قصه‌درمانی به‌عنوان 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، بازی‌درمانی فلورتایم، پرخاشگری، قصه‌درمانی

* Email: mas-azmod@yahoo.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مقدمه

اختلال طیف اُتیسم یک اختلال عصبی-تحولی[1] است که در تعدادی از کودکان تشخیص داده می‌شود. مطالعه‌ای که توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها[2] 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 ازجمله 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[3] 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 یک‌صدا، علاقه‌ها یا کارهای ثابت) (۵).

ازنظر علت شناسی، 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، اختلال طیف اُتیسم ویران‌کننده است؛ که به‌دلیل تأثیر عمیق بر زندگی هزاران کودک و خانواده‌های آنها، نگرانی اجتماعی فزاینده‌ای به‌وجود می‌آورد. از طرفی، هرسال بر آمار کودکان با اختلال طیف اُتیسم افزوده می‌شود (۶). میزان شیوع اختلال طیف اُتیسم در سال‌های اخیر به‌سرعت در حال افزایش است (۷). در ایران نیز براساس پژوهشی، میزان شیوع این اختلال ۹۵/۲ در ۱۰ هزار گزارش‌شده 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، ازجمله 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)؛ علاوه‌بر 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 به‌طور کلامی و یا فیزیکی مثل ضربه زدن، گاز گرفتن و پرتاب کردن اشیاء باشد. همچنین یک فرد می‌تواند رفتار پرخاشگرانه را با فرکانس‌های متغیر (ازلحاظ شدت و مدت) از خود نشان دهد (۱۱). مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان با اختلال طیف اُتیسم به‌طور 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 به‌طور کامل درمان کند، بااین‌حال، چندین مداخله وجود دارد که در کنترل آن و درمان پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم می‌تواند مفید باشد (۱۴). در صورت

1. Neurodevelopmental disorders
2. Centre for Disease Control and Prevention(CDC)
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 بازی‌درمانی بیشترین همکاری را نشان می‌دهند، زیرا این درمان بیشتر براساس 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[1] (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 به‌دلیل 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[2] (فلور به معنی کف زمین است و علت این نام‌گذاری، آن است که مربی هنگام کار با کودک در سطح کودک قرارگرفته و بر روی زمین می‌نشیند) که مبتنی بر ارتباط است و کودك 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)؛ درواقع، 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 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 به‌غیراز 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؛

1. Greenspan
2. Floor time play therapy

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

که تعدادی از این مداخلات (مانند نوروفیدبک) به‌علت هزینه‌های 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 روش‌های 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؛ بازی‌درمانی فلورتایم یکی از روش‌های جدیدی است که مهم‌ترین اصل آن توجه مربی به علاقه و نیاز کودک و تنظیم کردن برنامه بازی‌درمانی متناسب با شرایط کودک است (۱۸)، (۱۹) اما باز هم در حوزه اثربخشی این روش بازی‌درمانی پژوهش‌های بسیار کمی صورت گرفته است. روش درمانی دیگر که ضمن آشنا کردن کودک با راه‌حل‌های مناسب به‌جای پرخاشگری و آموزش این راه‌حل‌ها به زبان ساده و در قالب داستان‌هایی که نقش اصلی آنها کودک با اختلال طیف اُتیسم است؛ بار مالی زیادی برای والدین ندارد، قصه‌درمانی است (۲۳)، (۲۴) که در رابطه با تأثیر قصه‌درمانی بر پرخاشگری نیز پژوهش‌های بسیار کمی صورت گرفته است. بنابراین پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که: آیا بین بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم اثربخشی متفاوتی وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها از نوع پژوهش کمی و از نظر نحوه اجرا: پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون 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 می‌دهد که ازاین‌بین، 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. 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 به‌صورت کتبی از طریق نمون‌برگ رضایت آگاهانه بود؛ هیچ‌کدام از نمونه‌های انتخابی 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 بازی‌درمانی و قصه‌درمانی 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، یک‌بار در ماه=۲، یک‌بار در هفته=۳ و اغلب روزها=۴) تهیه شده است. به‌منظور 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[1] و به دنبال آن چرخش مایل[2] منجر به استخراج ۳ عامل با ارزش ویژه[3] بیشتر از ۱ گردید که ۵۹ درصد واریانس را تبیین می‌نماید و ضریب کفایت نمونه[4] ۰/۹۱ و آزمون بارتلت برای کرویت داده‌ها معنادار بود. سه عامل با ترسیم نمودار اسکری نیز تأیید شد. به‌علت پیش‌بینی 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 رابطه‌ای و پرخاشگری واکنشی کلامی بود. ضرایب همبستگی بین پرسش‌ها و نمره کل عامل پرخاشگری جسمانی از ۰/۴۷ تا ۰/۸۲ متغیر بودند ضرایب همبستگی بین پرسش‌های عامل پرخاشگری رابطه‌ای و نمره کل این عامل از ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ متغیر بوده و ضرایب همبستگی بین پرسش‌ها و نمره کل عامل پرخاشگری واکنشی و بیش‌فعالی 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 رابطه‌ای و واکنشی و بیش‌فعالی 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 پرسشنامه‌اند. این پرسشنامه توسط مراقب کودک تکمیل می‌شود و پرسش‌ها

1. Prinicipal axis factoring
2. oblique
3. Eigen value
4. KMo

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 به‌دنبال آن چرخش مایل گویه‌ها منجر به استخراج ۳ عامل پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری رابطه‌ای و پرخاشگری واکنشی-پیش فعالی 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 اُتیسم 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، ۱۰۶ نفر از والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسم 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.

بازی‌درمانی فلورتایم

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

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 به‌طور واضح
دوم	آشنایی و بحث پیرامون اختلالات نافذ رشد با تکیه بر اختلال طیف اُتیسم، بیان اهمیت دوران کودکی	بحث و گفتگو در مورد اختلال طیف اُتیسم، تعاریف مربوطه و تاریخچه و دلایل آموزش، نیازهای کودکان با اختلال طیف اُتیسم، 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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 لذت‌بخش‌تر
نهم	خودانگیختگی-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 لذت‌بخش- زبان انتزاعی	ایجاد ارتباط کلامی پیچیده (پرسش و پاسخ)، به اشتراک گذاشتن علائق، انجام تعاملات لذت‌بخش، ایجاد فعالیت‌های مستقل و تعمیم آنها در موقعیت‌های مشابه و ایجاد تجربه از درک مفاهیم

قصه‌درمانی

در گروه قصه‌درمانی کودکان در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله را به‌صورت قصه‌درمانی دریافت کردند.

جدول ۲) محتوای جلسات گروه قصه‌درمانی از کتاب داستآنهای اجتماعی گری (۳۰) انتخاب‌شده است

شماره جلسه	محتوای جلسه (عنوان داستان‌ها)	هدف
یکم	خوشامدگویی، معرفی مربی، روش اجرای پژوهش، اهداف پژوهش و بیان قوانین جلسات به‌طور واضح	اَشنایی 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	مواقعی که من باید آرام بازی کنم	قدم‌زدن و فعالیت در فضای آزاد
دهم	سوارشدن به ماشین	کمک‌گرفتن از اطراف

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

یافته‌ها

نتایج تجزیه‌وتحلیل 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[1] 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>۰/۰۰۱). سطح معناداری به‌دست‌آمده برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار ۰/۰۰۱ است که نشان می‌دهد انحراف از توزیع نرمال مشاهده نشد. درمجموع، نتایج به‌دست‌آمده نشان از این دارد که توزیع متغیرهای اصلی، انحراف قابل‌توجهی 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 ۰/۰۵ است (p>۰/۰۵) که بیانگر این است که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه‌ها (متغیر مداخله‌گر) همگن و تقریباً یکسان است؛ و همچنین به‌دلیل 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 به‌دست‌آمده در تمامی موارد بیشتر از مقدار ۰/۰۵ (p>۰/۰۵) بود که بیانگر این موضوع است که اثر تعاملی متغیرها رد می‌شود و درنتیجه 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 مانکووا است که اگر سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۰۱ باشد، از این مفروضه تخطی نشده است همچنین با توجه به اینکه مقدار آزمون اِم باکس در تمامی موارد بیشتر از معیار ۰/۰۰۱ 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>۰/۰۵). 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 بازی‌درمانی ۹/۱۵، قصه-درمانی ۸/۹۶ و گروه گواه ۹/۱۲ بود که مشابه بود و تفاوتی بین میانگین سن کودکان مشاهده نشد (p>۰/۰۵). همچنین گروه‌ها از نظر سن والد تفاوت قابل‌توجهی با یکدیگر نداشتند (p>۰/۰۵).

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

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

1. MANCOVA

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

متغیر	زمان	گروه بازی‌درمانی فلورتایم		گروه قصه‌درمانی		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پرخاشگری رابطه‌ای	پیش‌آزمون	۱۶/۴۰	۲/۷۵	۱۷/۸۷	۳/۰۷	۱۶/۹۳	۳/۴۵
	پس‌آزمون	۱۴/۰۷	۱/۶۷	۱۶/۲۰	۲/۳۴	۱۶/۶۷	۳/۳۳
پرخاشگری (کل)	پیش‌آزمون	۴۶/۲۷	۳/۵۳	۴۷/۸۷	۵/۶۵	۴۷/۴۰	۴/۴۸
	پس‌آزمون	۴۱/۷۳	۳/۱۷	۴۳/۸۷	۲/۴۲	۴۷/۶۷	۴/ ۴۰۸

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

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 بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر پرخاشگری و مؤلفه‌های آن با آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه شد. نتایج در جداول (۴ و ۵) آمده است.

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به‌منظور مقایسه میزان اثربخشی ۲ مداخله بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی 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

نتایج جدول (۴) نشان داد که فقط در میزان اثربخشی ۲ روش مداخله بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی 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 بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای وجود داشت (p<۰/۰۵). در نمره کل پرخاشگری 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 تعدیل‌شده مؤلفه‌های پرخاشگری (میانگین پس‌آزمون پس از کنترل یا خنثی کردن نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها) به‌منظور تعیین و شناسایی مداخله اثربخش‌تر آمده است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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

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

بررسی میانگین‌های تعدیل‌شده (جدول ۶) نشان داد میانگین تعدیل‌شده پرخاشگری و مؤلفه‌های آن (به‌غیراز پرخاشگری رابطه‌ای) در گروه‌ها تقریباً برابر بود و تفاوت معناداری نداشت. میانگین پرخاشگری رابطه‌ای در گروه بازی‌درمانی 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 بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی بر پرخاشگری کودکان با اختلال طیف اُتیسم بود؛ بررسی یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میزان اثربخشی بازی‌درمانی 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 بازی‌درمانی فلورتایم بیشتر از قصه‌درمانی بوده است. در رابطه با مقایسه این اثربخشی بازی‌درمانی 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[1] (۱۸)، کارپنت[2] (۲۰)، لیئو[3] و همکاران (۱۹)، رضایی خشکذری و خدابخشی کولایی (۲۱)، علیزاده و اسماعیلی (۳۱)؛ العطیه[4] (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 به‌صورت 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 به‌صورت 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 بازی‌درمانی فلورتایم مداخله‌ای است که می‌تواند مهارت‌های ارتباطی کودکان با اختلال طیف اُتیسم را بهبود بخشد. بازی‌درمانی فلورتایم نقش ضروری علایق 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

1. Purnomo
2. Carpente
3. Liao
4. Al Atyya

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

مراحل تکاملی خود را به‌خوبی پشت سر بگذارد و از این مسیر منحرف نشود به‌سلامت روان دست خواهد یافت (۱۷). بر این اساس پجریا[1] و همکاران (۳۲) در پژوهشی به بررسی بازی‌درمانی فلورتایم بر کودکان با اختلالات عصبی/تحولی پرداختند. بدین منظور ۴۰ زوج که فرزندان پیش‌دبستانی آنها با اختلالات عصبی/تحولی بودند را انتخاب کردند و طی یک دوره ۴ ماهه هفته‌ای ۳ جلسه یک‌ساعته بازی‌درمانی فلورتایم را اجرا کردند. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی فلورتایم تأثیر معناداری بر میزان توجه این کودکان داشت؛ به‌عبارتی‌دیگر، در این برنامه فعالیت مورد علاقه کودك (بازی) به‌منظور گسترش هیجانات مثبت به‌کار بسته می‌شود. درواقع، فلورتایم فرایند افزایش تدریجی تحمل کودك از طریق بازی است؛ در آغاز جذب نمودن کودك و تشویق او به تعامل، نیاز به تلاش بیشتری دارد. این فرایند بسیار آهسته پیش می‌رود، اما با گذشت زمان و در جلسات بعدی، کودك 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 بیان‌شده، یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که بازی‌درمانی 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 درنتیجه، همانندسازی را به زندگی خود فرافکنی 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 فرافکنی کند؛ که درنتیجه می‌تواند به شکل فرافکنانه بر پریشانی‌های هیجانی خود ازجمله پرخاشگری غلبه کند و میزان این هیجانات را کنترل کند (۱۴)؛ در تأیید این موضوع پژوهش العطیه (۲۵) که به‌صورت نیمه‌آزمایشی انجام شد، نشانگر اثربخشی قصه‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اُتیسم بود. در روش قصه‌درمانی 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 به‌مانند آن می‌پندارد و سعی می‌کند کارهای انجام‌شده توسط او را انجام دهد و چه‌بسا 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[2] (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 مطرح‌شده و پژوهش‌های انجام‌شده، یافته پژوهش حاضر نشان داد که قصه‌درمانی 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 دادوفریاد 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، ضرابی مقدم و امین‌یزدی (۳۳) در پژوهشی اثربخشی بازی‌درمانی 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 کودك با طبیعت و حیوانات و همچنین نقش فعال بزرگسالان در این ارتباطات و تحول رشد یکپارچه که مبتنی بر ارتباط است، کودك از طریق فضای بازی و ارتباط با والدین براساس منطق رویکرد می‌تواند

1. Pajareya
2. Beernink & Westerhof

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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

باتوجه به ساخت کلی پژوهش، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات این پژوهش پرسشنامه بوده و ذاتاً دارای محدودیت است. ازطرفی، نتیجه پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه میزان اثربخشی بازی‌درمانی 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 اُتیسم سایر شهرها نیز جهت به دست‌آوردن نتایج با اعتبار بیشتر انجام شود؛ برای به‌دست آوردن نتایج پایاتر، ماندگاری مداخلات را بعد از چند ماه بررسی کنند؛ همچنین اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم به‌عنوان مداخله‌ای نوین و قصه‌درمانی به‌عنوان درمانی مکمل در درمان کودکان با اختلال طیف اُتیسم در سایر بازه‌های سنی و در پژوهش‌های آتی بررسی شود. در چارچوب پیشنهادهای کاربردی نیز، پیشنهاد می‌شود بازی‌درمانی فلورتایم و قصه‌درمانی به‌عنوان راهبردی مؤثر به درمانگران مراکز درمانی اختلال طیف اُتیسم آموزش داده شود تا این درمانگران در مداخلات خود این راهبردها را به‌کارگیرند.

تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

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.; Carrozzi, 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\

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 Koolaee, 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 Univercity.
30. Gray, C.Social stories. Translated by Tayyebeh Safari; Zahra Khalili; Mansoura Hamtian Isfahan: 2015, Yarman

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]

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 Flortime 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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-29]