



Research Article

Comparison the effectiveness of applied behavior analysis and play therapy on increasing the social skills of mild intellectual disability children

A. Fooladi¹, M. Shokri^{2*}, F. MohammadAbadi³, J. Ashoori⁴

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Tabaran Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

2*. MA, Department of Psychology, Boushehr Science and Research Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran. Corresponding Author: Maryam.shokri415@gmail.com

3. MA, Department of Psychology, Tehran Sciences and Researches (Ayatollah Amoli Branch), Islamic Azad University, Amol, Iran.

4. PhD of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Abstract

The present research was conducted with the aim of comparison the effectiveness of applied behavior analysis and play therapy on increasing the social skills of mild intellectual disability children. This study in terms of purpose was applied and in terms of implementation method was quasi-experimental with pre-test-post-test design with experimental and control groups. The research population was mild intellectual disability children referred to counseling centers in the third district of Tehran in the spring season of 2022 year. The research sample was 40 mild intellectual disability children who after reviewing the inclusion criteria were selected by the available sampling method and randomly were assigned into three equal groups including two experimental groups (applied behavior analysis and play therapy) and one control group. Each of experimental groups underwent by applied behavior analysis and play therapy for 10 sessions of 45 minutes (two sessions per week) as a group and during time the control group did not receive education. The tools of the current research included a demographic information form and social skills questionnaire (Gresham and Elliott, 1990). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test in SPSS version 22 software. The findings showed that both intervention methods of applied behavior analysis and play therapy in compared to the control group led to increase the social skills and each three components of them including cooperation, assertiveness and self-control of mild intellectual disability children ($P < 0.001$), but between the intervention methods there was no significant difference in increasing the social skills and their components ($P > 0.05$). According to the results of the present study, therapists, counselors and psychologists can use both methods of applied behavior analysis and play therapy to increase the social skills of mild intellectual disability children.

Keywords: applied behavior analysis, play therapy, social skills, mild intellectual disability

Citation: Fooladi, A., Shokri, M., MohammadAbadi, F., Ashoori, J. (2022). Comparison the effectiveness of applied behavior analysis and play therapy on increasing the social skills of mild intellectual disability children . Journal of Social Psychology, 10(65), 79-94.

مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف

اسما فولادی^۱، مریم شکری^{۲*}، فاطمه محمدآبادی^۳، جمال عاشوری^۴

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی تابران، مشهد، ایران
۲. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. نویسنده مسئول: Maryam.shokri415@gmail.com
۳. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، علوم و تحقیقات تهران (واحد آیت‌الله املی)، دانشگاه آزاد اسلامی، امل، ایران.
۴. دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف انجام شد. این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش کودکان کم‌توان ذهنی خفیف مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه سه شهر تهران در فصل بهار سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ کودک کم‌توان ذهنی خفیف بودند که پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه مساوی شامل دو گروه آزمایش (تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی) و یک گروه کنترل جایگزین شدند. هر یک از گروه‌های آزمایش به تفکیک ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به صورت گروهی تحت آموزش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل آموزشی ندید. ابزار پژوهش حاضر شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی (گریشام و ایوت، ۱۹۹۰) بود. داده‌ها با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش مداخله تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری کودکان کم‌توان ذهنی خفیف شدند ($P > 0/001$)، اما بین روش‌های مداخله در افزایش مهارت‌های اجتماعی و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$). با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمانگران، مشاوران و روانشناسان می‌توانند از هر دو روش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی برای افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف استفاده کنند.

کلمات کلیدی: تحلیل رفتار کاربردی، بازی درمانی، مهارت‌های اجتماعی، کم‌توان ذهنی خفیف

مقدمه

در سال‌های اخیر آمارها حاکی از افزایش کودکان با نیازهای ویژه بوده و یکی از این گروه‌ها، کودکان کم‌توان ذهنی^۱ هستند (اسپیچ و استریوب^۲، ۲۰۲۱). کودکان کم‌توانی ذهنی نیازمند مراقبت‌های ویژه از جانب خانواده و مراقبین می‌باشند و این مساله برای خانواده و مراقبین با آسیب‌های جسمی، هیجانی، روانی و اجتماعی همراه است (لیائو، واجدیک، ریپرمیوند، سویجیک، سراسیوبکیول و ترولور^۳، ۲۰۲۲). کم‌توانی ذهنی اختلالی تحولی است که در نتیجه نقص یا نارسایی در کارکردهای ذهنی و رفتارهای سازشی از جمله ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی ایجاد می‌شود و بر اساس شدت به خفیف، متوسط، شدید و عمیق طبقه‌بندی می‌شود (پالیکس، گیولیانی، سیئرو، براندنر و فاوورد^۴، ۲۰۲۰). کودکان کم‌توانی ذهنی خفیف دارای بهره‌هوشی ۵۵-۵۰ الی ۷۵-۷۰ در آزمون هوشی و کسلر و مشکلاتی با شدت پایین در زمینه سایر کارکردهای شناختی یا ذهنی و رفتارهای سازشی هستند (یی، یوان، ژی، چن و ژو^۵، ۲۰۲۰). در آمریکا از هر ۱۰۰ کودکی که متولد می‌شود تعداد ۲ کودک با نوعی ناتوانی به دنیا می‌آید و تخمین زده می‌شود که ۷ الی ۱۰ درصد از مردم جهان دچار نوعی ناتوانی هستند. همچنین، در ایران آمار این جمعیت به یک میلیون و دویست هزار نفر می‌رسد و سالانه ۲۴ هزار کودک با ناتوانی هوشی و کم‌توانی ذهنی به جمعیت کشور اضافه می‌شود (حسن‌پور، سیاه‌پوش، محمدنیا و صالحی تالی، ۱۴۰۰).

یکی از مشکلات کودکان کم‌توان ذهنی، ضعف یا نقص در مهارت‌های اجتماعی^۶ است که به رفتارها و مهارت‌های یادگرفته‌شده و جامعه‌پسند اطلاق که سبب برقراری ارتباط موثر با دیگران و افزایش بروز پاسخ‌های خوشایند و کاهش یا اجتناب از وقوع پاسخ‌های ناخوشایند می‌شود (کاکار و آیاز-آلکایا^۷، ۲۰۲۲). اجتماعی‌شدن فرآیندی است که در آن ارزش‌ها، هنجارها، نگرش‌ها، انگیزه‌ها، مهارت‌ها و رفتارهای فرد شکل می‌گیرد تا بتواند در محیط‌های اجتماعی مناسب و مطلوب عمل نماید (گلنشوج، کریستنسن، گیبسون، جیسن و نوردنتوفت^۸، ۲۰۲۰). نقص در مهارت‌های اجتماعی شامل مشکلات در آغاز تعامل‌های اجتماعی، تداوم رابطه متقابل، اشتراک در لذت و شادی و درک علاقه دیگران است که سبب عدم پذیرش، تنهایی، گوشه‌گیری و طرد، شکست‌های مکرر تحصیلی و افزایش استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود (فوهیم و جولی^۹، ۲۰۲۱). فراگیری مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش آگاهی اجتماعی، توانایی برقراری ارتباط موثر و درک دیگران، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، استقلال و خودمختاری و مدیریت روابط با دیگران می‌شود (آگیوار،

1. intellectual disability children
2. Specht & Straub
3. Liao, Vajdic, Reppermund, Cvejic, Srasuebkul & Trollor
4. Palix, Giuliani, Sierro, Brandner & Favrod
5. Yi, Yuan, Xie, Chen & Zhu
6. social skills
7. Kacar & Ayaz-Alkaya
8. Glenthøj, Kristensen, Gibson, Jepsen & Nordentoft
9. Fohim & Jolly

آگیوار، کادیما، کوریا و فیالهو^۱، ۲۰۱۹). مهارت‌های اجتماعی راهبردهایی هستند که افراد با کمک آنها می‌توانند صلاحیت خود را بالا ببرند، آرام و منطقی باشند و در موقعیت‌های مختلف با دیگران ارتباط مناسب برقرار سازند (اکاجیما، کاتو، ناکامیورا، اتانی، یاماموتو و ساکیوتا^۲، ۲۰۲۱). به‌طور کلی مهارت‌های اجتماعی شامل سه مولفه همکاری^۳، قاطعیت^۴ و خویشتن‌داری^۵ است که همکاری مهارت‌هایی مانند اشتراک وسایل و پیروی از دستورالعمل‌ها و راهنمایی‌ها، قاطعیت مهارت‌هایی مانند کسب اطلاع از دیگران، معرفی خود و پاسخ مناسب به رفتارهای دیگران و خویشتن‌داری مهارت‌هایی مانند رفتار معقول در موقعیت‌های دشوار و چالش‌انگیز، مصالحه و رعایت نوبت را شامل می‌شود (ساوج و توکیوناگا^۶، ۲۰۱۷).

برای بهبود ویژگی‌های اجتماعی روش‌های بسیاری وجود دارد که از جمله می‌توان به تحلیل رفتار کاربردی^۷ (آنتیل^۸، ۲۰۲۰) و بازی درمانی^۹ (کاسکساک^{۱۰}، ۲۰۱۲) اشاره کرد. تحلیل رفتار کاربردی در مورد تمام کودکان و بزرگسالان دارای بیماری‌های روانی، ناتوانی‌های رشدی، اختلال‌های یادگیری و نظیر آن کاربرد دارد (حیدری، عسکری، کریمی و گیائی‌زاده، ۱۳۹۲). این شیوه بر پایه تحلیل مشکلات رفتاری و ادراکی و برنامه‌ریزی توسط مربیان آموزش‌دیده و بر پایه اصول شرطی‌سازی کنشگر انجام می‌شود (متزگر و گیمن^{۱۱}، ۲۰۱۹). در تحلیل رفتار کاربردی تکالیف به اجزای کوچک‌تری تقسیم و هرگاه تکلیف خواسته‌شده به شکل مناسبی انجام شود، کودک تشویق و رفتاری وی تقویت می‌شود تا انگیزه تکرار آن در کودک بیشتر گردد (المیوتلق^{۱۲}، ۲۰۲۱). اصل مهم و زیربنایی آن است که افزایش احتمال تکرار رفتارهای تقویت‌شده بیشتر و رفتارهایی هم که تقویت نشدند یا مورد بی‌توجهی قرار گرفتند به مرور کاهش می‌یابند یا حذف می‌شوند (اسمیث، ریدینگ و مک‌داول^{۱۳}، ۲۰۱۹). در تحلیل رفتار کاربردی، رفتار آماج برای تغییر به‌طور دائم مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌گیرد و از مهارت‌های زندگی، زبانی، خودیاری، حرفه‌ای و شخصی با استفاده از فنونی مانند جداسازی گام‌های آموزشی، آموزش مستقیم، سیستم پاسخدهی و تقویت فوری استفاده می‌کند (دمچاک، سیوتر، گریومستریوپ، فروسیس، گراتان، مولینا و فیلدز^{۱۴}، ۲۰۲۰). همچنین، بازی درمانی یکی از روش‌های درمانی برای بهبود ویژگی‌های کودکان است. زیرا آنان در بیان شفاهی

1. Aguiar, Aguiar, Cadima, Correia & Fialho
2. Okajima, Kato, Nakamura, Otani, Yamamoto & Sakuta
3. cooperation
4. assertiveness
5. self-control
6. Savage & Tokunaga
7. applied behavior analysis
8. Antill
9. play therapy
10. Kascsak
11. Metzger & Gayman
12. Almutlaq
13. Smyth, Reading & McDowell
14. Demchak, Sutter, Grumstrup, Forsyth, Grattan, Molina & Fields

افکار، احساس‌ها و هیجان‌های خود با مشکل مواجه هستند و از طریق بازی می‌توانند موانع و مشکلات را برطرف و آنها را به شیوه مناسبی بیان نمایند (توماس، وایت، ریان و بیرنی^۱، ۲۰۲۲). بازی فعالیت طبیعی، لذت‌بخش و شگفت‌انگیز برای کودکان و ابزاری برای بیان احساس‌ها، برقراری روابط، توصیف خود، نمایش آرزوها و شکوفایی خود است (شن، رامیرز، کرانز، تاپ و جی^۲، ۲۰۱۸). بازی امکان رشد اجتماعی و شناختی و مهارت‌های ارتباطی را فراهم می‌کند و بازی درمانی رویکردی ساختارمند و مبتنی بر نظریه درمانی است که فرایندهای یادگیری و ارتباط سازگار و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی و به کودکان فرصت می‌دهد تا هیجان‌های آزاردهنده خود را از طریق بازی ابراز نمایند (ولی‌نقندر و هاشمیان‌نژاد، ۱۳۹۸). بازی درمانی نوعی تعامل بین کودک و بزرگسال آموزش‌دیده می‌باشد که از طریق ارتباط نمادین و ایجاد فرصت ارتباطی ایمن در بازی در جستجوی راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی و بهبود سازگاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان است (کاسکساک، ۲۰۱۲). این شیوه درمانی فرصتی را فراهم می‌آورد تا درمانگران به کودکان کمک نمایند تا چگونگی حل مشکل‌ها و چالش‌ها را به‌ویژه در زمینه کمک به مشارکت، خودمشاهده‌گری، مسئولیت‌پذیری، ابراز هیجان‌ها، احترام متقابل، پذیرش خود و دیگران، حرمت خود، کاهش افسردگی یادگیرند (هوشینا، هوری، گیانوپولو و سیوگایا^۳، ۲۰۱۷). بازی درمانی از تکنیک‌های مختلفی مانند خودنظارتی، مدیریت وابستگی، تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی با هدف ارتقای مهارت‌های سازشی و اجتماعی استفاده می‌کند (سوان، کاف و هاس^۴، ۲۰۱۹).

درباره اثربخشی هر دو روش تحلیل رفتار متقابل و بازی درمانی بر مهارت‌های اجتماعی پژوهش‌های اندکی انجام و حتی گاهی نتایج پژوهش‌ها متفاوت بوده است. برای مثال نتایج پژوهش آدیمورا، آدینی، امیجی، اجیوفور و افوردیل^۵ (۲۰۲۱) نشان داد که تحلیل رفتار کاربردی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و پیشرفت تحصیلی مبتلایان به اختلال طیف اتیسم شد. محمدی، نریمانی، ابوالقاسمی و تکلوی (۱۳۹۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو روش مداخله تحلیل رفتار کاربردی و نوروفیدبک باعث ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم شدند. در پژوهشی دیگر جهاندار لاشکی و کاکابرایی (۱۳۹۷) گزارش کردند که آموزش تحلیل رفتار کاربردی باعث رشد مهارت‌های اجتماعی و همه مولفه‌های آن شامل خودیاری عمومی، خودرهبی، جابجایی، ارتباط، مشغولیات، اجتماعی‌شدن، خودیاری در پوشیدن و خودیاری در خوردن در کودکان با اختلال طیف اتیسم شد. حیدری و همکاران (۱۳۹۲) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخله مبتنی بر تحلیل کاربردی رفتار باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی-ارتباطی و کاهش رفتار کلیشه‌ای در کودکان اتیسم شد. همچنین، نتایج پژوهش کاسکساک (۲۰۱۲) نشان داد که بازی درمانی گروهی کودک‌محور باعث رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان کدستانی شد. داداش‌زاده، شیخ، داداش‌زاده و قادری (۱۳۹۹) ضمن

1. Thomas, White, Ryan & Byrne
2. Shen, Ramirez, Kranz, Tap & Ji
3. Hoshina, Horie, Giannopulu & Sugaya
4. Swan, Kaff & Haas
5. Adimora, Adene, Omeje, Ejiofor & Offordile

پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی باعث بهبود مولفه‌های همکاری و رفتارهای بیرونی و درونی در مهارت‌های اجتماعی پسران مبتلا به اختلال طیف اتیسم شد، اما تاثیر معناداری بر مولفه‌های جرأت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری و خودکنترلی آنان نداشت. در پژوهشی دیگر عاشوری، قاسم‌زاده و دلال‌زاده بیدگلی (۱۳۹۸) گزارش کردند که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و همه مولفه‌های آن شامل مشارکت، ابراز وجود و مهار خود در کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی شد.

درباره اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر از یک سو می‌توان به آمار بالای مبتلایان به اختلال کم‌توانی ذهنی و از سوی دیگر می‌توان به نقص آنها در مهارت‌های اجتماعی و لزوم مداخله با هدف بهبود و افزایش مهارت‌های اجتماعی اشاره کرد. با اینکه پژوهش‌هایی هر چند اندک درباره اثربخشی روش‌های تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر مهارت‌های اجتماعی انجام شده، اما هم نتایج پژوهش‌ها متفاوت بوده و هم پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی دو روش مذکور یافت نشد و پژوهش حاضر از نظرهای بیان شده با پژوهش‌های قبلی متفاوت می‌باشند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش کودکان کم‌توان ذهنی خفیف مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه سه شهر تهران در فصل بهار سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش با توجه به حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر در هر گروه برای انجام پژوهش‌های مداخله، ۴۵ کودک کم‌توان ذهنی خفیف بودند که پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه مساوی شامل دو گروه آزمایش (تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی) و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۷ الی ۱۲ سال، بهره‌هوشی ۵۵-۵۰ الی ۷۵-۷۰ در آزمون هوشی و کسلر، زندگی همراه با پدر و مادر، عدم ابتلاء خود یا یکی دیگر از اعضای خانواده به کووید-۱۹ در سه ماه گذشته، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم سابقه دریافت تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از یک جلسه بودند.

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد هماهنگی‌های لازم و بیان اهمیت و ضرورت پژوهش و اخذ موافقت والدین کودکان جهت شرکت در پژوهش، نمونه‌ها به روش تصادفی به سه گروه مساوی ۱۵ نفری تقسیم و گروه اول به‌عنوان گروه آزمایش تحلیل رفتار کاربردی، گروه دوم به‌عنوان گروه آزمایش بازی درمانی و گروه سوم به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. هر یک از گروه‌های آزمایش به‌تفکیک ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به‌صورت گروهی تحت آموزش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل آموزشی ندید. مداخله تحلیل رفتار کاربردی بر

مبنای نظریه ولکمار، پایول، کلین و کوهن^۱ (۲۰۰۵) توسط فمی تفرشی، محمدی، شریفی ساکی، احمدی، کریمی و آخته (۱۳۹۵) طراحی شد (جدول ۱).

جدول ۱. محتوی جلسه به جلسه مداخله تحلیل رفتار کاربردی

جلسه	محتوی
اول	ارزیابی کودک، بررسی علایق کودک، و بررسی الگوهای رفتاری چالش‌انگیز ارتباطی کودک
دوم	آموزش نکات رشد و یادگیری در زمینه مهارت‌های اجتماعی مطابق با سن و ارزیابی کودک
سوم	آموزش کنترل نامحسوس کودک و دادن اختیار به کودک جهت اجرای مهارت‌های اجتماعی و تشویق کودک و برنامه‌ریزی بر اساس اصول تحلیل رفتار کاربردی
چهارم	آموزش اصول تحلیل رفتار کاربردی و نحوه اجرا و گزارش‌دهی به والدین
پنجم	گرفتن گزارش اجرای برنامه از مادر و توضیحات درباره مشکلات مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف
ششم	گرفتن گزارش درباره روابط والدین و کودک و توضیحاتی جهت ایجاد رابطه بهتر با کودک
هفتم	توضیح درباره چگونگی تعمیم آموزش‌ها به صحنه زندگی عادی و روزمره کودک
هشتم	جمع‌بندی گزارش‌های مربی و مادر از سیر پیشرفت و تعمیم آموزش‌ها به زندگی روزمره کودک
نهم	تشریح و بررسی وضعیت مهارت‌های اجتماعی
دهم	جمع‌بندی مطالب، اعلام نتایج دوره و میزان پیشرفت کودکان به والدین

همچنین، مداخله بازی درمانی بر مبنای پکیج مرشد، داودی و بابامیری (۲۰۱۵) توسط آئینی و حاجی‌علیزاده (۱۳۹۹) طراحی شد (جدول ۲).

جدول ۲. محتوی جلسه به جلسه مداخله بازی درمانی

جلسه	محتوی
اول	آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیت‌های جلسات گروهی، ارائه قوانین گروه، بررسی نشانه‌های رفتاری، جسمانی و شناختی کودکان، ترسیم آزمون نقاشی خانواده و پرداختن به فعالیت انتخابی جلسه
دوم	آشنایی و شناخت کودکان با احساس‌ها و هیجان‌ها و آموزش نحوه بروز و شناسایی آنها در خود و دیگران با استفاده از نقاشی، نمایش عروسکی، تصاویر احساسات و بازی کلمات احساسی
سوم	بازشناسی نام رنگ‌ها، نام احساسات و ایجاد ارتباط بین آنها با بازی زندگی خود را رنگ کن و بیان هیجان‌ها و احساس‌ها از طریق برقراری ارتباط بین رنگ و احساس
چهارم	بازی بلندکردن میله‌های رنگی برای ترغیب کودکان جهت توانمندی در بیان احساس‌ها از طریق رنگ‌ها
پنجم	بازی صندلی با هدف کنترل خشم و پرخاشگری، کاهش رقابت منفی و اصلاح رفتار برای کودکانی که تمایل به شرکت در فعالیت گروهی ندارند و افزایش مهارت‌های اجتماعی از جمله همکاری
ششم	توجه به نشانه‌های از کوره در رفتن، آزرده خاطر بودن و عصبانی بودن، شناخت خشم و عواقب آن به‌ویژه خشم کلامی با استفاده از بازی بادکنک خشم و خودگویی مثبت
هفتم	توجه به نشانه‌های عدم پذیرش اشتباه‌ها و برخورد نادرست با دیگران، بازی با عروسک‌های خیمه شب بازی و اسباب بازی‌های نرم برای طرح‌ریزی راهبردهای شناختی نظیر مقابله با عقاید ناسازگار
هشتم	شناخت مشکلات محیط‌های مختلف و پیدا کردن راه حل مناسب آنها با نمایش عروسکی و همراه با بازی کیف زباله با هدف ایجاد بینش نسبت به مشکلات محیط‌های مختلف و مساله‌مدار بودن کودکان
نهم	توجه به نشانه‌های بگو و مگو کردن دائمی با بزرگ‌ترها و لجبازی و حرف نشنوی، بیان داستان تصویر و ایفای نقش برای ایجاد شناخت و بینش نسبت به رفتارها در کودکان با استفاده از کتاب‌های مصور
دهم	آموزش مهارت‌های تن‌آرامی، ریلکسیشن و خودآگاهی بر بدن با استفاده از حباب بازی و جمع‌بندی مطالب

ابزارهای پژوهش

ابزار پژوهش حاضر شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن و پایه تحصیلی و پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی^۱ گریشام و الیوت^۲ (۱۹۹۰) بود. پرسشنامه مذکور دارای ۳۰ گویه و ۳ مولفه شامل

1. social skills questionnaire
2. Gresham & Elliott

همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری (هر مولفه ۱۰ گویه) بود؛ به طوری که هر گویه با توجه به طیف سه درجه‌ای لیکرت از یک تا سه نمره‌گذار می‌شود و بر همین اساس دامنه نمرات هر مولفه ۱۰ الی ۳۰ و دامنه نمرات کل ابزار ۳۰ الی ۹۰ می‌باشد. گریشام و الیوت (۱۹۹۰) ضمن تایید روایی صوری و محتوایی پرسشنامه، پایایی را با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۴ الی ۰/۹۶ گزارش کردند. همچنین، شهیم (۱۳۸۴) ضمن تایید روایی ابزار با نظر متخصصان، پایایی را با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۷ الی ۰/۹۲ گزارش کرد. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای مولفه‌های همکاری ۰/۸۶، قاطعیت ۰/۹۲ و خویشتن‌داری ۰/۸۹ بدست آمد.

در پژوهش حاضر داده‌ها با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

نمونه‌های این پژوهش ۴۵ کودک کم‌توان ذهنی خفیف در سه گروه بودند و ریزشی در نمونه‌های هیچ‌یک از گروه‌های آزمایش (تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی) و کنترل اتفاق نیفتاد. در هر سه گروه تحلیل رفتار کاربردی، بازی درمانی و کنترل بیشتر کودکان کم‌توان ذهنی خفیف دارای سن ۷-۹ سال (به ترتیب ۶۰، ۵۳/۳۳ و ۶۶/۶۷) و در پایه تحصیلی اول تا سوم (به ترتیب ۵۳/۳۳ و ۶۰ درصد) مشغول به تحصیل بودند (جدول ۳).

جدول ۳. فراوانی و درصد فراوانی سن و پایه تحصیلی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف گروه‌ها

متغیرها	طبقه‌ها	تحلیل رفتار کاربردی		بازی درمانی		کنترل
		درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
سن (سال)	۷-۹	۹	۶۰	۸	۵۳/۳۳	۱۰
	۱۰-۱۲	۶	۴۰	۷	۴۶/۶۷	۵
پایه تحصیلی	اول تا سوم	۱۰	۶۶/۶۷	۸	۵۳/۳۳	۹
	چهارم تا ششم	۵	۳۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷	۶

میانگین نمرات مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن در گروه‌های آزمایش در مقایسه با میانگین نمرات مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن در گروه کنترل افزایش بیشتری داشت (جدول ۴).

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	انحراف استاندارد
همکاری	تحلیل رفتار کاربردی	۱۵/۴۶	۲/۳۴
	بازی درمانی	۱۶/۱۷	۲/۴۸
	کنترل	۱۵/۸۳	۲/۱۶
قاطعییت	تحلیل رفتار کاربردی	۱۴/۶۸	۲/۷۸
	بازی درمانی	۱۴/۵۵	۲/۹۴
	کنترل	۱۵/۰۶	۳/۱۱
خویش‌داری	تحلیل رفتار کاربردی	۱۷/۷۳	۲/۸۵
	بازی درمانی	۱۷/۹۰	۲/۷۴
	کنترل	۱۸/۲۴	۳/۲۶
مهارت‌های اجتماعی	تحلیل رفتار کاربردی	۴۷/۸۷	۷/۴۸
	بازی درمانی	۴۸/۶۲	۶/۵۷
	کنترل	۴۹/۱۳	۷/۴۳

بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون M باکس و فرض همگنی واریانس‌های مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن بر اساس آزمون لوین برقرار ($P < 0/05$). در نتیجه، استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود داشت. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای مهارت‌های اجتماعی یا مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود داشت ($F=40/38, P > 0/001$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعییت و خویش‌داری تفاوت معناداری وجود داشت ($P > 0/001$) و با توجه به اندازه اثر ۷۹ درصد تغییرات همکاری، ۸۱ درصد تغییرات قاطعییت، ۷۵ درصد تغییرات خویش‌داری و ۸۳ درصد تغییرات مهارت‌های اجتماعی ناشی از اجرای روش‌های مداخله بود (جدول ۵).

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
همکاری	گروه	۸۳۶/۴۷	۲	۴۱۸/۲۳	۸۶/۲۲	>۰/۰۰۱	۰/۷۹
قاطعیت	گروه	۷۹۱/۵۹	۲	۳۹۵/۷۹	۹۴/۲۶	>۰/۰۰۱	۰/۸۱
خویشتن‌داری	گروه	۸۱۳/۲۰	۲	۴۰۶/۶۰	۷۹/۱۵	>۰/۰۰۱	۰/۷۵
مهارت‌های اجتماعی	گروه	۱۳۸۲/۴۶	۲	۶۹۱/۲۳	۱۰۹/۳۹	>۰/۰۰۱	۰/۸۳

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که هر دو روش مداخله تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری کودکان کم‌توان ذهنی خفیف شدند ($P < 0.001$)، اما بین روش‌های مداخله در افزایش مهارت‌های اجتماعی و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0.05$) (جدول ۶).

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیرها	گروه‌ها	اختلاف میانگین‌ها	معناداری
همکاری	تحلیل رفتار کاربردی	۳/۹۶	>۰/۰۰۱
	بازی درمانی	۳/۸۷	>۰/۰۰۱
	تحلیل رفتار کاربردی	۰/۰۹	<۰/۰۰۵
	بازی درمانی	۴/۱۲	>۰/۰۰۱
قاطعیت	تحلیل رفتار کاربردی	۴/۳۵	>۰/۰۰۱
	بازی درمانی	۴/۳۵	>۰/۰۰۱
	تحلیل رفتار کاربردی	-۰/۲۳	<۰/۰۰۵
	بازی درمانی	۵/۰۷	>۰/۰۰۱
خویشتن‌داری	تحلیل رفتار کاربردی	۴/۹۸	>۰/۰۰۱
	بازی درمانی	۴/۹۸	>۰/۰۰۱
	تحلیل رفتار کاربردی	۰/۰۹	<۰/۰۰۵
	بازی درمانی	۱۲/۵۱	>۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی	تحلیل رفتار کاربردی	۱۲/۷۶	>۰/۰۰۱
	بازی درمانی	۱۲/۷۶	>۰/۰۰۱
	تحلیل رفتار کاربردی	-۰/۲۷	<۰/۰۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت مهارت‌های اجتماعی در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف انجام شد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تحلیل رفتار کاربردی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف شد که این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های آدیمورا و همکاران (۲۰۲۱)، محمدی و همکاران (۱۳۹۹)، جهاندار لاشکی و کاکابرایی (۱۳۹۷) و حیدری و همکاران (۱۳۹۲) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای پژوهش طباطبائی نوائی نوبری، سلیمانی و شالچی (۱۴۰۰) می‌توان استنباط کرد که مداخله تحلیل رفتار کاربردی نه تنها منجر به بهبود رفتاری در کودک می‌شود، بلکه منجر به بهبود رشد نورولوژی با کمک به انعطاف‌پذیری عصبی جهت جبران عقب‌ماندگی رشدی می‌شود. این روش مداخله در دستیابی افراد به دامنه مناسبی از افزایش توانایی‌های شناختی، اجتماعی و کلامی و کاهش علائم و مشکلات رفتاری مناسب است که این امر نشان‌دهنده توجه روش درمانی تحلیل رفتار کاربردی به حوزه‌های بنیادی رشد است. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه اصول تحلیل رفتار کاربردی و راهبردهای مداخله رفتاری به‌عنوان عناصر مهم هر برنامه درمانی برای کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، لذا با توجه به اهمیت یادگیری و مهارت‌های بنیادی در سنین ابتدایی کودک، روش درمانی تحلیل رفتار کاربردی به یادگیری و حوزه‌های رشد کودک توجه ویژه‌ای می‌نماید. تکنیک‌های روش تحلیل رفتار کاربردی برای توسعه مهارت‌های اصلی مانند نگاه‌کردن، گوش‌دادن، توجه‌کردن و تقلیدکردن و مهارت‌های پیچیده‌تر مانند خواندن، گفتگوکردن و درک منظور دیگران مورد استفاده قرار می‌گیرد و می‌تواند برای کودکان جهت تغییر در برنامه، تغییر در محیط پیرامون و یا انجام کارها بدون حمایت دیگران مفید واقع شود. در نتیجه، برنامه مداخله تحلیل رفتار کاربردی از طریق عوامل فوق می‌تواند سبب افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف شود.

همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف شد که این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های کاسکساک (۲۰۱۲)، داداش‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) و عاشوری و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای پژوهش ولی‌نقندر و هاشمیان‌نژاد (۱۳۹۸) می‌توان استنباط کرد که بازی درمانی از مجموعه‌ای از فعالیت‌های ساختاریافته و هدف‌گرا استفاده می‌کند و کودکان از طریق بازی تجربه‌های عمده هیجانی می‌توانند در نهایت امنیت و آرامش از راه نمادهای خیالی و اسباب بازی‌ها بیان شود. بازی روشی است که در آن کودک احساس‌های خود را نشان می‌دهد، روابط خود را می‌گستراند، تجربه‌هایش را نشان می‌دهد، آرزوهایش را فاش می‌سازد و خود را شکوفا می‌نماید. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه بازی درمانی به کودکان فرصت می‌دهد تا به‌صورت غیرسازمان‌یافته و خودجوش دست به عمل بزنند و این نوع بازی درمانی به‌صورت رهنمودی، متمرکز بر مشکل و کوتاه‌مدت است

و روابط درمانی که بین درمانگر و کودک بوجود می‌آید، آموزنده و مبتنی بر همکاری، دوستی و اعتماد می‌باشد. در بازی درمانی هدفها و وسایل بازی با همکاری کودکان تعیین و از این طریق مهارت‌های جدید به کودک آموزش داده می‌شود و کودک تشویق می‌گردد تا روی افکار، احساسها، هیجانها، خیالپردازیها و محیط خود متمرکز شود و از راهبردهای سازگارانه استفاده نماید. در نتیجه، بازی درمانی از طریق فرایندهای فوق می‌تواند نقش موثری در افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتنداری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف داشته باشد.

علاوه بر آن، یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی در افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتنداری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف تفاوت معناداری وجود نداشت. با اینکه پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی دو روش مذکور بر مهارت‌های اجتماعی یافت نشد، اما در تبیین این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که هر دو روش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی دارای مزایایی هستند و از راهکارهای مناسبی جهت بهبود ویژگی‌های کودکان استفاده می‌کنند که این امر سبب اثربخشی هر دو روش مذکور و عدم تفاوت معنادار بین آنها می‌شود. برای مثال برنامه مداخله تحلیل رفتار کاربردی از راهکارهایی مانند بررسی و تعدیل علایق کودک و الگوهای رفتاری چالش‌انگیز ارتباطی وی، آموزش نکات رشد در زمینه مهارت‌های اجتماعی، کنترل و مدیریت نامحسوس کودک، تشویق کودک به برنامه‌ریزی و اجرای مهارت‌های اجتماعی، بررسی مشکلات مهارت‌های اجتماعی کودکان و ارائه راهکارهایی برای مقابله با آنها، بهبود رابطه والدین و کودک، تعمیم آموزش‌ها به زندگی روزمره و واقعی کودک و بررسی وضعیت فعلی و سیر پیشرفت کودک در مهارت‌های اجتماعی و برنامه مداخله بازی درمانی از راهکارهایی مانند بررسی نشانه‌های رفتاری، جسمانی و شناخت کودکان، ترسیم خانواده، شناخت احساسها و هیجانها و نحوه بروز و شناسایی آنها در خود و دیگران، ایجاد ارتباط بین رنگها و احساسات، بیان احساسها و هیجانها، ترغیب کودکان جهت توانمندی در بیان احساسها، کنترل و مدیریت خشم و پرخاشگری، اهش رقابت منفی و اصلاح رفتار، افزایش مهارت‌های اجتماعی، شناخت خشم و عواقب آن، شناخت نشانه‌های عدم پذیرش اشتباهها و برخورد نادرست با دیگران و اصلاح آنها، شناخت مشکلات محیط‌های مختلف و پیدا کردن راه حل مناسب، آموزش مساله‌مدار بودن کودک، ایجاد و ارتقای شناخت و بینش نسبت به رفتارها در کودکان و آموزش مهارت‌های تن‌آرامی، ریلکسیشن و خودآگاهی بر بدن استفاده می‌کند. در نتیجه، این عوامل سبب می‌شوند که هر دو برنامه مداخله تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بتواند سبب افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتنداری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف شوند و بین آنها از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود نداشته باشد.

هر پژوهشی در هنگام اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است که از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و عدم پیگیری نتایج به دلیل شیوع کووید-۱۹ اشاره کرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب نمونه استفاده نمایند، پژوهش حاضر را بر روی سایر کودکان آسیب‌پذیر مانند نابینا، ناشنوا و غیره اجرا و

نتایج آنها را با نتایج این پژوهش مقایسه نمایند و پایداری نتایج را مورد بررسی قرار دهند. نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی هر دو روش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و هر سه مولفه آن شامل همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف بود. بنابراین، برنامه‌ریزی برای بهره‌گیری از روش‌های مذکور جهت بهبود مهارت‌های اجتماعی گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله کودکان کم‌توان ذهنی خفیف ضروری است. در نتیجه، درمانگران، مشاوران و روانشناسان می‌توانند از هر دو روش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی در کنار سایر روش‌های آموزشی و درمانی برای افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف استفاده کنند.

منابع

- آئینی، بهاره و حاجی علیزاده، کبری. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین و بازی درمانی گروهی بر اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD). **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام**، ۲۸(۵)، ۶۴-۷۵.
- جهاندار لاشکی، سهیلا و کاکابرایی، کیوان. (۱۳۹۷). تاثیر آموزش تحلیل رفتار کاربردی (ABA) بر رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال طیف اتیسم. **نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی**، ۹(۲)، ۸۹-۱۰۰.
- حسن‌پور، علی؛ سیاه‌پوش، فروغ؛ محمدنیا، لیلا و صالحی تالی، شهریار. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر الگوی روی بر وجدان کاری مراقبین مبتلا به کم‌توان ذهنی بستری در مرکز توان‌بخشی شهید مدنی زرین‌شهر اصفهان. **مجله پرستاری و مامایی**، ۱۹(۴)، ۳۰۸-۲۹۹.
- حیدری، علیرضا؛ عسکری، پرویز؛ کریمی، سارا و غیائی‌زاده، مهدی. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله‌ی مبتنی بر تحلیل کاربردی رفتار بر افزایش مهارت‌های اجتماعی-ارتباطی و کاهش رفتار کلیشه‌ای در کودکان اوتیسم. **مجله اندیشه و رفتار**، ۷(۲۸)، ۷۷-۸۶.
- داداش‌زاده، محبوب؛ شیخ، محمود؛ داداش‌زاده، حسین و قادری، صابر. (۱۳۹۹). تاثیر بازی درمانی بر مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای پسران ۷ الی ۱۰ سال مبتلا به اختلال طیف اتیسم. **مجله علمی علوم حرکتی و رفتاری**، ۳(۲)، ۱۹۸-۱۸۷.
- شهیم، سیما. (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس روش درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی برای کودکان پیش‌دبستانی. **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، ۱۱(۲)، ۱۸۶-۱۷۶.
- طباطبائی نوائی نوبری، پگاه؛ سلیمانی، مهران و شالچی، بهزاد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پاسخ‌محور و تحلیل رفتار کاربردی بر شدت علائم و کارکردهای اجرایی کودکان اوتیسمی. **نشریه شفای خاتم**، ۹(۲)، ۳۴-۲۲.
- عاشوری، محمد؛ قاسم‌زاده، سوگند و دلال‌زاده بیدگلی، فاطمه. (۱۳۹۸). تاثیر بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. **فصلنامه سلامت روان کودک**، ۶(۲)، ۳۹-۲۷.

فمی تفرشی، فرزانه؛ محمدی، محمدرضا؛ شریفی ساکی، شیدا؛ احمدی، هادی؛ کریمی، رضا و آخته، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تحلیل رفتار کاربردی به والدین بر افزایش خودیاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. **فصلنامه سلامت روانی کودک**، ۳(۱)، ۹-۱۸.

محمدی، رقیه؛ نریمانی، محمد؛ ابوالقاسمی، عباس و تکلوی، سمیه. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی مداخله با روش تحلیل رفتار کاربردی و نوروفیدبک بر ارتقای مهارت‌های شناختی، اجتماعی و فعالیت‌های روزمره زندگی در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. **فصلنامه کودکان استثنایی**، ۲۰(۳)، ۲۱-۳۶.

ولی‌نقندر، ریحانه و هاشمیان‌نژاد، فریده. (۱۳۹۸). **تاثیر بازی درمانی گروهی بر رفتارهای تکانشی، سازگاری اجتماعی و بهزیستی روانی**. مجله روان‌شناسی اجتماعی، ۱۳(۵۳)، ۴۷-۵۸.

- Adimora, D. E., Adene, F. M., Omeje, M. O., Ejiofor, J. N., & Offordile, E. E. (2021). Effect of applied behaviour analysis on social skills and academic achievement of pupils with autism spectrum disorder. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation**, 3(3), 55-66
- Aguiar, A. L., Aguiar, C., Cadima, J., Correia, N., & Fialho, M. (2019). Classroom quality and children's social skills and problem behaviors: Dosage and disability status as moderators. **Early Childhood Research Quarterly**, 49, 81-92
- Almutlaq, H. (2021). Saudi special educators' perceptions of applied behavior analysis for students with autism. **World Journal of Education**, 11(4), 18-30
- Antill, K. (2020). Family-centered applied behavior analysis for children with autism spectrum disorder. **Intervention in School and Clinic**, 55(3), 185-191
- Demchak, M. A., Sutter, C., Grumstrup, B., Forsyth, A., Grattan, J., Molina, L., & Fields, C. J. (2020). Applied behavior analysis: Dispelling associated myths. **Interventions in School and Clinic**, 55(5), 307-312
- Fohim, E., & Jolly, S. (2021). What's underneath? Social skills throughout sustainability transitions. **Environmental Innovation and Societal Transitions**, 40, 348-366
- Glenthøj, L. B., Kristensen, T. D., Gibson, C. M., Jepsen, J. R. M., & Nordentoft, M. (2020). Assessing social skills in individuals at ultra-high risk for psychosis: Validation of the High Risk Social Challenge task (HiSoC). **Schizophrenia Research**, 215, 365-370
- Gresham, F., & Elliott, S. N. (1990). **Social skills rating system**. Circle Pines, MN: American Guidance Services
- Hoshina, A., Horie, R., Giannopulu, I., & Sugaya, M. (2017). Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. **Procedia Computer Science**, 112, 1570-1579
- Kacar, D., & Ayaz-Alkaya, S. (2022). The effect of traditional children's games on internet addiction, social skills and stress level. **Archives of Psychiatric Nursing**, 40, 50-55
- Kascsak, T. M. (2013). **The impact of child-centered group play therapy on social skills development of kindergarten children**. Dissertation Abstracts

.International Section A: Humanities and Social Sciences

Liao, P., Vajdic, C. M., Reppermund, S., Cvejic, R. C., Srasuebkul, P., & Trollor, J. N. (2022). Mortality rate, risk factors, and causes of death in people with epilepsy and intellectual disability. **Seizure**, 101, 75-82

Metzger, B., & Gayman, C. M. (2019). Increasing undergraduate psychology major's workforce readiness through courses in applied behavior analysis. **Teaching of Psychology**, 46(4), 334-339

Morshed, N., Davoodi, I., & Babamiri, M. (2015). Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children. **Journal of Educational and Community Health**, 2, 12-18

Okajima, J., Kato, N., Nakamura, M., Otani, R., Yamamoto, J., & Sakuta, R. (2021). A pilot study of combining social skills training and parenting training for children with autism spectrum disorders and their parents in Japan. **Brain and Development**, 43(8), 815-825

Palix, J., Giuliani, F., Sierro, G., Brandner, C., & Favrod, J. (2020). Temporal regularity of cerebral activity at rest correlates with slowness of reaction times in intellectual disability. **Clinical Neurophysiology**, 131(8), 1859-1865

Savage, M. W., & Tokunaga, R. S. (2017). Moving toward a theory: Testing an integrated model of cyberbullying perpetration, aggression, social skills, and internet self-efficacy. **Computers in Human Behavior**, 71, 353-361

Shen, Y. J., Ramirez, S. Z., Kranz, P. L., Tap, X., & Ji, Y. (2018). The physical environment for play therapy with Chinese children. **American Journal of Play**, 10(3), 328-358

Smyth, S., Reading, B. E., & McDowell, C. (2019). The impact of staff training on special educational needs professionals' attitudes toward and understanding of applied behavior analysis. **Journal of Intellectual Disabilities**, 23(4), 541-551

Specht, S., & Straub, V. (2021). Intellectual disability in paediatric patients with genetic muscle diseases. **Neuromuscular Disorders**, 31(10), 988-997

Swan, K. L., Kaff, M., & Haas, S. (2019). Effectiveness of group play therapy on problematic behaviors and symptoms of anxiety of preschool children. *Journal for Specialists in Group Work*, 44(2), 82-98

Thomas, S., White, V., Ryan, N., & Byrne, L. (2022). Effectiveness of play therapy in enhancing psychosocial outcomes in children with chronic illness: A systematic review. **Journal of Pediatric Nursing**, 63, 72-81

Volkmar, F. R., Paul, R., Klin, A., & Choen, D. (2005). **Handbook of autism and pervasive development disorders**. New Jersey: John Wiley

Yi, X., Yuan, X., Xie, H., Chen, X., & Zhu, Y. (2020). A familial Sonic Hedgehog (SHH) stop-gain mutation associated with agenesis of the corpus callosum, mild intellectual disability and facial dysmorphism. **Brain and Development**, 42(10), 771-774