تدوین برنامه مبتنی بر هنردرمانی خانواده ـ محور و ارزیابی اثربخشی آن بر مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خودماندگی

◈ فاطمه ساختمانی[۱] ◈ دکتر غلامعلی افروز[۲*] ◈ دکتر علی‌اکبر ارجمندنیا[۳] ◈ دکتر مسعود غلامعلی لواسانی[۴]

چکیده: **هدف این پژوهش، تدوین برنامه هنردرمانی خانواده ـ محور و بررسی اثربخشی آن بر مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خودماندگی بود. این پژوهش، یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش همهٔ دانش‌آموزان دختر و پسر ۷ تا ۱۲ سال دارای اختلال خودماندگی شهرستان جم واقع در استان بوشهر در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند. ۳۰نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال خودماندگی مشغول به تحصیل در شهرستان جم به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با انتصاب تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابتدا همه آزمودنیها با فهرست ارزیابی درمان اختلال خودماندگی ریملند و ادلسون (۱۹۹۹) برای اندازه‌گیری مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند (پیش‌آزمون). آزمودنیهای گروه آزمایش به‌همراه مادرانشان، برنامه هنردرمانی خانواده ـ محور را در ۱۱ جلسه دریافت کردند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان، فهرست ارزیابی اختلال خودماندگی مجدداً برای هر دو گروه تکمیل شد (پس‌آزمون). تحلیل کوواریانس داده‌های گردآوری‌شده به کمک نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار SPSS نشان داد که برنامه مبتنی بر هنردرمانی خانواده ـ محور تاثیری معنادار بر بهبود مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان خودمانده دارد ($P<۰/۰۱$). بنابراین می‌توان از برنامه مبتنی بر هنردرمانی خانواده ـ محور برای بهبود مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان خودمانده بهره گرفت.**

کلید واژگان: **مداخله مبتنی بر هنردرمانی، مداخله خانواده ـ محور، مهارتهای ارتباطی، سازش‌یافتگی اجتماعی، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خودماندگی**

◉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۷ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۲۱

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانش‌آموخته دوره دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. استاد ممتاز گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول).
E-mail: afrooz@ut.ac.ir
۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

مقدمه

اختلال خودماندگی[1] وضعیت تحولی چندوجهی و فراگیری است که از نظر بالینی با نوعی نقص درتعامل اجتماعی، اختلال در ارتباطات کلامی و غیرکلامی و الگوهای محدود، قالبی و تکراری رفتاری همراه است (افروز و همکاران، ۱۴۰۰). برای این اختلال، انجمن روانپزشکی آمریکا سه سطح نیازمندی شامل نیازمند حمایت، نیازمند حمایت فراوان و نیازمند حمایت بسیار فراوان را شناسایی کرده است (ویوانتی و مسینگر[2]، ۲۰۲۱). به دلیل تنوع بسیار زیاد و عدم همگرایی در تظاهرات بالینی، اختلال خودماندگی به‌منزلهٔ یک طیف متغیر در نظر گرفته می‌شود (هیروتا و کینگ[3]، ۲۰۲۳). در دهه‌های اخیر، شیوع اختلال خودماندگی افزایشی چشمگیر پیدا کرده و تخمین زده شده است که از هر ۶۸ نفر، یک نفر به این اختلال دچار می‌شود. در ایران بیشتر از یک میلیون و ۳۰۰ هزار کودک با اختلال خودماندگی شناسایی شده‌اند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ افروز و همکاران، ۱۴۰۰). این کودکان گاهی استفاده از زبان را دیرتر آغاز می‌کنند و گفتارشان معمولاً با واژگان محدود و الگوهای تکراری همراه است. تکرار یکی از ویژگیهای ثابت کودکان خودمانده است و نه تنها در زبان، بلکه در رفتارهای دیگر نیز مشاهده می‌شود. آنها اغلب حساسیت و توجه بسیار نسبت به جزئیات دارند، به‌طوری‌که ممکن است صدایی را بشنوند ولی توجه محدودی به شخص مقابل نشان دهند (ادواردز[4] و همکاران، ۲۰۲۳).

اختلال خودماندگی به‌شدت بر ویژگیهای اساسی انسان به ویژه اجتماعی‌شدن و ارتباطات میان‌ـفردی تأثیر می‌گذارد. این کودکان در تعامل و ارتباطات اجتماعی و بازیهای میان‌ـفردی دچار اختلالات شدیدند و چالشهای بسیار در شروع و حفظ ارتباط با دیگران دارند. کودکان خودمانده، کمبودی عمیق در رفتار اجتماعی از خود نشان می‌دهند که غالباً مانع ایجاد ارتباط با دیگران می‌شود (هاجز[5] و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه، این کودکان به ندرت با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، اغلب احساسات خود را ابراز نمی‌کنند و از تماس فیزیکی و برقراری تماس چشمی اجتناب می‌کنند (هیرش[6] و همکاران، ۲۰۲۲). کودکان خودمانده حتی در آغوش آرامش‌بخش والدینشان نیز آرامش پیدا نمی‌کنند و هنگامی که والدینشان آنها را در آغوش می‌گیرند، غالباً بی‌انفعال‌اند و خود را از آغوش آنها رها می‌کنند (ابراهیماگیچ[7] و همکاران، ۲۰۲۱). همه افراد مبتلا به این اختلال به دلیل ضعف در مهارتهای ارتباطی، بدون توجه به سطح عملکرد کلی خود، نوعی اختلال را در ارتباطات کلامی و غیرکلامی از خود نشان

1. Autism spectrum disorder
2. Vivanti & Messinger
3. Hirota & King
4. Edwards
5. Hodges
6. Hirsch
7. Ibrahimagic

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

می‌دهند و معمولاً به درستی با اسباب‌بازیها یا سایر کودکان بازی نمی‌کنند (قمری و همکاران، ۲۰۲۴). توانایی برقراری ارتباط، که معمولاً با ایجاد صدا در مراحل اولیه رشد بروز پیدا می‌کند، در کودکان خودمانده کمتر مشاهده می‌شود و در حدود یک سوم تا نیمی از افراد مبتلا به این اختلال، هرگز به توانمندی گفتاری دست نمی‌یابند (شارما[1] و همکاران، ۲۰۱۸). نکته مهم این است که افراد خودمانده نمی‌توانند ناتوانی کلامی را با سایر شیوه‌های ارتباطی جبران کنند. حتی آنهایی که به گفتار کاربردی دست می‌یابند، معمولاً انواعی از ارتباط غیرکلامی را به شکلی محدود یا نامناسب استفاده می‌کنند. این اختلال کلی در مهارتهای گفتاری همراه با دشواری در استفاده از سایر روشهای ارتباطی، معمولاً به‌مثابه یک نقص ارتباطی ـ اجتماعی تفسیر می‌شود (هاجز و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از مشکلات اساسی کودکان مبتلا به اختلال خودماندگی، ضعف در توانایی سازش‌یافتگی اجتماعی[2] است (فورگوت‌دارک[3] و همکاران، ۲۰۲۰). سازش‌یافتگی اجتماعی به شایستگی فرد برای مشارکت در رفتار اجتماعی و سازگاری با زمینه اجتماعی اشاره دارد. سازش‌یافتگی اجتماعی به‌معنای همسویی با هنجارهای اجتماعی، پایبندی به اصول و قوانین جامعه و مهارت در ارتباطات اجتماعی است. سازش‌یافتگی اجتماعی مستلزم درک و پیش‌بینی رفتار دیگران، تنظیم و مهار رفتار خود و اصلاح تعاملات اجتماعی به شیوه‌ای سازگارانه است (صفائی‌راد و همکاران، ۱۳۹۸). مشکلات در تعامل اجتماعی از ویژگیهای اصلی اختلال خودماندگی است که توانایی برقراری روابط رضایت‌بخش با همسالان را به چالش می‌کشد. مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به این اختلال تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و بر عملکرد اجتماعی و شغلی آنها تأثیر می‌گذارد (مندی[4] و همکاران، ۲۰۲۲). کودکان خودمانده به دلیل گوشه‌گیری، تمایل به تنهایی و کاستی در برقراری ارتباط، باید مهارتهای اجتماعی را برای تعامل مؤثر با دیگران، بیان نیازهایشان و دفاع از خود کسب کنند. این مهارتها حیاتی‌اند چرا که این افراد ممکن است به دلیل ویژگیهای متمایزشان، در معرض بدرفتاری و سوءاستفاده دیگران یا غفلت عاطفی والدین خود قرار گیرند (زولکار[5] و همکاران، ۲۰۲۱؛ احمد[6]، ۲۰۲۱).

با توجه به مشکلات بیان‌شده و نیز شیوع روزافزون اختلال خودماندگی، مداخله‌های درمانی متنوعی با هدف بهبود مهارتهای ارتباطی و اجتماعی کودکان خودمانده توسعه داده شده‌اند. یکی از انواع این مداخلات، برنامه‌های مبتنی بر هنردرمانی[7] است که با هدف بهبود مشکلات شناختی، ادراکی، رفتاری، ارتباطی و کلامی کودکان با نیازهای ویژه توسعه داده شده‌اند (لاوریک و سوپونارو[8]، ۲۰۲۳).

1. Sharma
2. Social adaptation
3. Forgeot d'Arc
4. Mandy
5. Zülkar
6. Ahmed
7. Art therapy
8. Lavric & Soponaru

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

هنردرمانی از محرکهای شنیداری و بینایی بهره می‌برد و با فعال کردن لوبهای مغز و تقویت عملکردهای مغز، یادگیری و شناخت را تقویت می‌کند (پنز[1] و همکاران، ۲۰۲۳). در این رویکرد، از هنر به‌منزلهٔ ابزاری برای انتقال احساسات و ابراز وجود استفاده می‌شود و هدف از آن، خلق یک اثر هنری و سنجش معیارهای زیبایی‌شناختی آن نیست. هنردرمانی می‌تواند منجر به ارتباط بهتر کودکان خودمانده با محیط اطرافشان شود و به آنها کمک کند تا ارتباطی بهتر با دیگران برقرار کنند (لاوریک و سوپونارو، ۲۰۲۳). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که هنردرمانی تأثیری مثبت بر مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی دارد. به‌عنوان مثال، دامیکو و لالوند[2] (۲۰۱۷) در پژوهشی دریافتند که هنردرمانی، توانایی کودکان خودمانده را برای مشارکت و اثبات خود در تعاملات اجتماعی افزایش و به‌صورت همزمان، بیش‌فعالی و بی‌توجهی را کاهش می‌دهد. پژوهش بروپی[3] و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان داد که هنردرمانی به بهبود مهارتهای اجتماعی و کاهش قابل‌توجه الگوهای رفتاری ناسازگار در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خودماندگی کمک می‌کند. شوایتزر[4] و همکاران (۲۰۲۰) یک برنامه هنردرمانی را با هدف بهبود مشکلات کودکان خودمانده در زمینه «احساس خویشتن[5]»، «تنظیم هیجان[6]»، «انعطاف‌پذیری[7]» و «رفتار اجتماعی[8]» طراحی نمودند. نتایج اجرای این برنامه نشان داد که هنردرمانی سبب بهبود رفتار انعطاف‌پذیر و اجتماعی در این کودکان شده است. رایت[9] (۲۰۲۳) در پژوهش خود دریافت که هنردرمانی می‌تواند به توسعه مهارتهای ارتباطی و راهبردهای‌های تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال خودماندگی کمک کند. در واقع، هنردرمانی از طریق کاهش نیاز به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و سرکوب شناختی که منجر به افزایش اضطراب و رفتار بیرونی می‌شوند، این بهبود را در افراد مبتلا به اختلال خودماندگی ایجاد می‌کند. امیری‌مجد و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی دریافتند که برنامه هنردرمانی (تئاتر و نمایش) به‌طور معناداری بر سازش‌یافتگی اجتماعی نوجوانان پسر دارای ناتوانی تأثیر دارد. یافته‌های زاده‌محمدی و حیدری (۱۴۰۰) نشان می‌دهند که برنامه هنردرمانی مادر ـ محور به‌طور معناداری چالشهای اساسی کودکان دارای اختلال خودماندگی از جمله مهارتهای کلامی و تعاملات اجتماعی را بهبود می‌بخشد. بخشی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هنردرمانی بر مهارتهای اجتماعی ـ ارتباطی، تنظیم هیجان، بی‌ثباتی/ منفی‌گرایی و انعطاف‌پذیری رفتاری تأثیری مثبت دارد. اگرچه از جمله نشانگان اختلال خودماندگی وجود مشکلاتی در زمینه تعاملات و روابط اجتماعی است، ولی افراد مبتلا به این

1. Pénzes
2. D'Amico & Lalonde
3. Broupi
4. Schweizer
5. Sense of self
6. Emotion regulation
7. Flexibility
8. Social behavior
9. Wright

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

اختلال تواناییهایی برجسته دارند که اغلب با تمرکز شدید، توجه استثنایی به جزئیات، تشخیص الگو و تفکر واگرا[1] مشخص می‌شوند و در زمینه‌هایی مانند ریاضیات، موسیقی، هنرهای تجسمی، فناوری و علوم بروز پیدا می‌کنند (کوپ و رمینگتون[2]، ۲۰۲۲). هنردرمانی نیز رویکردی است که نیاز کمتری به برقراری ارتباط کلامی دارد و به دلیل ماهیت دیداری خود می‌تواند روشی کارآمد و مناسب برای کار با کودکان خودمانده باشد (هو[3] و همکاران، ۲۰۲۱؛ مولا[4]، ۲۰۲۰).

اختلال خودماندگی بر خانواده‌های افراد مبتلا نیز تاثیری چندوجهی می‌گذارد و منجر به استرس عاطفی، چالشهای مالی مرتبط با هزینه‌های درمانی و تغییرات بالقوه در شغل می‌شود. این شرایط می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی و تنش در روابط خانوادگی شود و بر زمان در دسترس سایر اعضای خانواده تأثیر بگذارد (غنونی و هود[5]، ۲۰۲۱). بنابراین باتوجه به پیامدهای عمیق فردی و خانوادگی اختلال خودماندگی، توسعه مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد برای کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال و اجرای به موقع آن، یک هدف تحقیقاتی ضروری برای بهبود کیفیت زندگی این افراد و خانواده‌های آنان است (نعمت پور و همکاران، ۱۴۰۲؛ شهریاری‌منش و همکاران، ۱۴۰۱). استفاده از رویکرد خانواده‌ـمحور در توسعه مداخله که بر مشارکت فعال خانواده در جلسات درمان تأکید می‌کند می‌تواند تأثیر مداخله را دوچندان کند (پوررضائیان و همکاران، ۱۳۹۸). به‌طور کلی، مدلها و طرحهای موجود مبتنی بر هنردرمانی خانواده‌ـمحور، منطبق بر ویژگیها و نیازمندیهای کودکان خودمانده نیستند. از این رو، توسعه مداخله‌ای مبتنی بر هنردرمانی و با رویکرد خانواده‌ـمحور ضرورت می‌یابد، زیرا مختص این گروه از کودکان و سازگار با ویژگیهای آنان سازگار است. در نتیجه، پژوهش حاضر با هدف تدوین برنامه مبتنی بر هنردرمانی با رویکرد خانواده‌ـمحور و ارزیابی اثربخشی آن بر بهبود مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان خودمانده انجام شده است.

روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعهٔ آماری این پژوهش همهٔ دانش‌آموزان دختر و پسر ۷ تا ۱۲ سال دارای اختلال خودماندگی شهرستان جم در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به همراه مادرانشان بودند. پس از گردآوری اطلاعات همه دانش‌آموزان مبتلا به خودماندگی مشغول به تحصیل شهرستان جم از طریق اداره کل آموزش و پرورش

1. Divergent thinking
2. Cope & Remington
3. Hu
4. Moula
5. Ghanouni & Hood

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

استان بوشهر، اداره آموزش‌وپرورش استثنایی شهرستان جم و یکی از کلینیکهای توانبخشی شهر جم، ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و با روش تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵نفر) تقسیم شدند. ملاکهای ورود به پژوهش عبارت بود از: قرار داشتن در محدوده سنی ۷ تا ۱۲سال، ابتلا به اختلال خودماندگی با تشخیص متخصص کلینیک، سکونت در محدوده شهرستان جم، ابراز تمایل کتبی اولیه والدین برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت هرگونه خدمات آموزشی یا روان‌شناختی دیگر ضمن اجرای مداخله حاضر. ملاکهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه جلسات مداخله، عدم انجام دادن تکالیف محوله و شرکت نکردن در جلسات آموزشی برای دو جلسه متوالی بدون دلیل موجه بود.

◉ ابزار پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از فهرست ارزیابی درمان اختلال خودماندگی[1] ریملند و ادلسون[2] (۱۹۹۹) استفاده شده است. این ابزار، مناسب ارزیابی هرگونه درمان و مداخله در زمینه اختلال خودماندگی و دارای حساسیت کافی برای اندازه‌گیری تغییرات در وضعیت کودک خودمانده است. حداقل نمره کسب‌شده در این ابزار صفر است که نشان‌دهنده بالاترین سطح عملکرد فرد مبتلا به اختلال خودماندگی و حداکثر نمره ۱۷۹ که نشان دهنده ضعیف‌ترین سطح عملکرد است (ماهاپاترا[3] و همکاران، ۲۰۲۰). این ابزار در دو فرم الکترونیکی و کاغذی با ۵۲ گویه لیکرت ۳ گزینه‌ای (نادرست (۰)، تا حدی درست (۱) و کاملاً درست (۲)) و نیز ۲۵ گویه لیکرتی چهار گزینه‌ای از صفر (مشکلی ندارد) تا ۳ (شدیداً مشکل دارد) در دسترس است. فهرست ارزیابی درمان اختلال خودماندگی شامل چهار خرده‌مقیاس آگاهی حسی/شناختی، اجتماعی‌شدن، گفتار و ارتباطات و رفتار و سلامتی جسمانی است که به‌ترتیب، متغیرهای کارکرد شناختی، کارکرد اجتماعی، کارکرد ارتباطی و رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای را اندازه‌گیری می‌کند. قابلیت اعتماد هر خرده‌آزمون آن با آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۸۱ و برای نمره کلی ۰/۹۴ است. خرده‌مقیاس اجتماعی‌شدن شامل ۲۰ گویه سه‌بخشی لیکرت مربوط به مردم‌آمیزی، معاشرت و تعاملات اجتماعی است که ارتباط چشمی، همکاری، داشتن دوست و همبازی، تقلید، قشقرق به راه انداختن و واکنش به عواطف و احساسات والدین و دیگران را ارزیابی می‌کند. در پژوهش حاضر از این خرده‌مقیاس با حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۴۰ برای اندازه‌گیری سازش‌یافتگی اجتماعی استفاده شده است. خرده‌مقیاس گفتار و ارتباطات شامل ۱۴ گویه سه‌بخشی لیکرت در زمینه گفتار، زبان و ارتباط است و توانایی تکلم و پیروی از دستورات، بیان خواسته‌ها و برقراری ارتباط با معنی و متناسب با سن را ارزیابی می‌کند. پژوهش حاضر

1. Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)
2. Rimland & Adelson
3. Mahapatra

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

از این خرده‌مقیاس با حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۲۸ برای اندازه‌گیری مهارتهای ارتباطی استفاده می‌کند (یاقوتی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش معماری و همکاران (۲۰۱۳) به‌منظور انطباق میان‌فرهنگی و محاسبه شاخصهای روان‌سنجی این ابزار در ایران، همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۳ ـ ۰/۸۶ و روایی سازه با محاسبه همبستگی بین نمرات زیرمقیاسها و داده‌های خام فرم مصاحبه تشخیصی اختلال خودماندگی ـ نسخه تجدید نظر شده[1]، در محدوده ۰/۷۹ – ۰/۳۸ به‌دست آمده است. اعتبار آزمون ـ بازآزمون برای زیرمقیاسها و نمره کلی بین ۰/۹۳ تا ۰/۷۹ بوده است.

◉ مراحل تدوین برنامه مبتنی بر هنردرمانی خانواده ـ محور

در پژوهش حاضر، برنامهٔ مبتنی بر هنردرمانی خانواده ـ محور به منظور بهبود مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان خودمانده، در پنج‌گام به شرح زیر تدوین شده است:

◆ **گام اول: بررسی پیشینه پژوهش و مداخلات مبتنی بر هنردرمانی**

هدف از این گام، مطالعه و بررسی منابع، مقاله‌ها، کتابها و پژوهشهای موجود با هدف گردآوری عوامل و مؤلفه‌های مؤثر آموزشی، شناسایی مؤلفه‌های اثربخش و نقاط قوت و ضعف برنامه‌های مبتنی بر رویکرد هنردرمانی بود. انتخاب مداخلات و برنامه‌های موجود به دلایلی مانند خانواده ـ محور نبودن و یا عدم قابلیت اجرا روی دانش‌آموزان خودمانده امکان‌پذیر نبود.

◆ **گام دوم: تهیه محتوای آموزشی**

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از گام اول و با نظر استادان راهنما و مشاور، محتوای برنامه و طرح درس جلسات تدوین شد. در جلسات آموزشی از وسایل نقاشی و کاردستی، تصاویر حیوانات، دستگاه پخش موسیقی و تقویت‌کننده‌های گوناگون خوراکی و غیرخوراکی استفاده شد.

◆ **گام سوم: اجرای آزمایشی برنامه برای گروه کوچکی از کودکان میان ۷ تا ۲۱ سال مبتلا به اختلال خودماندگی و خانواده‌های آنان**

◆ **گام چهارم: بازنگری و نهایی‌سازی برنامه**

◆ **گام پنجم: اعتبارسنجی برنامه**

پس از طراحی برنامه آموزشی، اعتبارسنجی درونی آن با بهره‌گیری از نظرات خبرگان و تکمیل پرسشنامه لیکرت چهاربخشی (با حداقل نمره یک و حداکثر نمره ۴) حاوی ۹ گویه انجام شد. به این منظور ۱۵ نفر از متخصصان هنردرمانی و روان‌شناسان به روش گلوله برفی انتخاب شدند و برنامه آموزشی تدوین‌شده همراه با پرسشنامه‌ها در اختیار آنان گذاشته شد. جدول شماره ۱، شاخص روایی محتوایی[2]

1. Autism Diagnostic Interview-Revised
2. Content Validity Index (CVI)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

برای هریک از معیارهای اعتبارسنجی را براساس نظر خبرگان نشان می‌دهد. در پاسخ به سؤالات کیفی این پـژوهش و بنابر مندرجات جدول ۱، چـون شاخص روایی محتوایی گویه‌ها بالاتر از ۰/۸۰ است، خبرگان الگوی پیشنهادی را ضروری ارزیابی کردند. پس از گردآوری اطلاعات، اصلاحات پیشنهادی آنان با نظارت استادان راهنما و مشاور اعمال شد.

جدول ۱. شاخص روایی محتوایی برای هریک از معیارهای اعتبارسنجی براساس نظر خبرگان

معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	CVI
اعتبار	۱۵	۳/۸۰	۰/۵۶	۰/۹۳
جامعیت	۱۵	۳/۶۷	۰/۶۱	۰/۹۳
انسجام	۱۵	۳/۶۰	۰/۷۴	۰/۸۷
مقبولیت	۱۵	۳/۶۷	۰/۶۲	۰/۹۳
تناسب با اصول طراحی جهانی	۱۵	۳/۵۳	۰/۸۳	۰/۸۰
کاربردپذیری	۱۵	۳/۷۳	۰/۵۹	۰/۹۳
نوآوری	۱۵	۳/۵۳	۰/۸۳	۰/۸۰

چارچوب برنامه هـنردرمانی خانواده ـ محور به منظور بهبود مهارتهای ارتباطی و سـازش یـافتگی اجتماعی کودکان خودمانده در جدول شماره ۲ ارائه شده است. برای برگزاری جلسات، روشهایی انتخاب شدند که متناسب با هدف هر جلسه و قابل‌استفاده برای کودکان خودمانده باشند.

جدول ۲. خلاصه جلسـات مـداخله هنردرمانی خانواده ـ محور به منظور بهبود مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان خودمانده

جلسه	هدف	روش	تکالیف
۱	● آشنایی با برنامه هنردرمانی خانواده ـ محور، ایجاد رابطه بـین درمانگر با کـودک و مادر	● ارائه سخنرانی توسط درمانگر ● نمایش کلیپ ● ارائه کتابچه راهنما ● بحثهای گروهی یا بازیهای یخ‌شکن	● فهرسـت‌نویسی مـادر از مسـائل، تشویق مادر به‌تعیین اهداف شخصی که امیدوار است از طریق برنامه مداخله به دست آورد
۲	● ارزیابی روابط و تعاملات در خانواده، ایجاد همدلی و تفـاهـم درون خـانواده، ارتقای مهارتهای حرکتی ظریف	● ترسیم نقاشی کلامی و بدون کلام، تمرینهای نقش‌آفرینی که در آن اعضای خانواده سناریوهای مختلفی را برای تمرین ارتباط مؤثر اجرا می‌کنند	● نقاشی کشیدن مادر و کودک با همدیگر، یک بار بدون استفاده از کلام و بار دیگر همراه با صحبت‌کـردن، تمرینـهای انعـکاسی به‌منظور مستندسازی افکار و احساسات اعضای خانواده در مورد تعاملات خود در طول جلسه

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۲. (ادامه)

جلسه	هدف	روش	تکالیف
۳	● استفاده از نقاشی برای بیان احساسات، بهبود مهارت تنظیم هیجان	● استفاده از روشهای تمرکز حواس مانند تصویرسازی هدایت‌شده یا تمرینهای تنفس عمیق برای کمک به کودکان برای تنظیم احساسات خود پیش از پرداختن به فعالیتهای نقاشی، تشویق کودک به ابراز هیجانات متفاوت با استفاده از طرحواره و رنگهای شخصی	● ایستادن کودک روبه‌روی آینه، تصور یک هیجان با چشمان بسته، باز کردن چشم و ترسیم هر آنچه به ذهنش می‌رسد یا در چهره‌اش می‌بیند، تشویق کودکان به داشتن یک دفتر احساسات برای بیان منظم احساسات خود از طریق هنر
۴	● بهبود توانایی مفهوم‌سازی تصویری از گروه و تعاملات آن، ارتقای توانایی اتخاذ دیدگاه و درک نقشهای اجتماعی	● بحثهای گروهی در مورد نقشها و تعاملات اعضای گروه و سپس ترسیم نقاشی اعضای گروه، از جمله تصویر خود کودک	● تعیین نقشهای خاص برای هر یک از اعضای گروه برای به تصویر کشیده شدن در نقاشی توسط کودک و تشویق کودکان برای در نظر گرفتن دیدگاههای دیگران در گروه
۵	● بهبود درک مفهوم آزرده شدن، بررسی راهبردهایی برای مقابله و مدیریت احساسات منفی	● معرفی روشهای آرام‌سازی یا راهبردهای مقابله‌ای مانند آرام‌سازی پیشرونده عضلانی یا خودگویی مثبت و سپس ترسیم چیزی که کودک را آزار می‌دهد	● ارائه مثالی ساده از یک محیط ناخوشایند توسط مادر و سپس ترسیم آن در هر زمینه رنگی دلخواه توسط کودک، تمرین راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با موقعیتهای آزاردهنده از طریق طوفان فکری توسط کودکان
۶	● توانایی مفهوم‌سازی پیام تصاویر، ارتقای مهارتهای حرکتی ظریف، تقویت سواد عاطفی	● معرفی تمرینهای قصه‌گویی که در آن کودکان از کارتهای الهام‌بخش به‌عنوان راهنمایی برای خلق روایتهایی استفاده می‌کنند که احساسات و تجربیات آنها را منعکس می‌کند	● انتخاب آزادانه یکی از کارتهای الهام بخش از سوی کودک، اطمینان از درک کودک از مفهوم کارت، ترسیم احساس کودک از آن کارت، تشویق کودکان به نوشتن یا گفتن داستانهایی که با نقاشیهای آنها متناسب است
۷	● **مفهوم‌سازی تصویر بدن، ارتقای حس عزت‌نفس و پذیرش خود**	● تسهیل بحثهای گروهی در مورد مثبت بودن بدن و تصور از خود، تصور خود در قالب یک حیوان مشخص	● ترسیم حیوانی که کودک بیشتر دوست دارد شبیه آن باشد، یا به نوعی آن را تحسین می‌کند، تشویق کودکان به نوشتن جمله‌های تأکیدی یا جمله‌های مثبت در مورد خود در کنار نقاشیهایشان به‌عنوان یادآور پذیرش خود
۸	● بهبود تعامل گروهی با تمرکز بر همیاری، همکاری و سازگاری، ارتقای مهارتهای حرکتی درشت	● اجرای فعالیتهای گروهی مشارکتی، مانند نقاشی دیواری گروهی که نیازمند همکاری کودکان برای دستیابی به یک هدف مشترک است	● انتخاب یک رنگ از سوی کودک و خلق یک صحنه (دریا، جنگل و ...) به همراه اعضای گروه به گونه‌ای که هر کودک، نقش و وظیفه‌ای خاص به‌عهده داشته باشد
۹	● ارتقای مهارتهای حرکتی درشت	● تمرین حرکات موزون با موسیقی قبل از انجام فعالیت نقاشی برای کمک به کودکان برای هماهنگی حرکات خود با ضرب‌آهنگ، ترسیم نقاشی براساس ضرب‌آهنگ	● انتخاب رنگ از سوی کودک با توجه به موسیقی در حال پخش و هماهنگ ساختن سرعت نقاشی انگشتی با ضرب‌آهنگ موسیقی، تشویق کودکان به کشف گونه‌های موسیقی و ریتم در خانه، نقاشی کشیدن یا حرکت با سرعتهای مختلف

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۲. (ادامه)

جلسه	هدف	روش	تکالیف
۱۰	● بهبود مهارت مفهوم‌سازی شامل آگاهی بدن و ابراز وجود و ارتقای مهارتهای حرکتی ظریف	● نقاشی بدن خود روی یک کاغذ سفید ساده، استفاده از طرحهای بدن ترسیم‌شده به‌مثابه بوم نقاشی برای به تصویر کشیدن افکار، احساسات و تجربیات خود	● نقاشی کردن بدن خود روی کاغذ، تشویق برای ایجاد تمایز واضح میان اعضای بدن، انتخاب میان نخ رنگی یا موی مصنوعی برای چسباندن به نقاشی، تشویق کودکان به حاشیه‌نویسی نقاشیهای خود با برچسبها یا توضیحاتی در مورد اعضای مختلف بدن و عملکرد آنها
۱۱	● اطمینان از آموزش صحیح مادران برای تکرار تکالیف در منزل	● مرور تکالیف جلسات پیشین، ارائه بازخورد فردی به مادران بر اساس عملکرد آنها در جلسات پیشین و اجرای تکالیف در خانه	● انجام دادن مجدد تکالیف جلسات پیشین از سوی مادران و رفع اشکالات، تعیین تکالیفی جدید براساس مهارتها و مفاهیم آموخته‌شده در طول مداخله به منظور تشویق به ادامه تمرین در خارج از جلسات درمانی

به منظور اجرای پژوهش حاضر، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خودماندگی شهرستان جم به‌عنوان جامعه هدف انتخاب شدند. سپس دعوتنامه‌هایی برای والدین این دانش‌آموزان ارسال شد که در آن به‌طور خلاصه اهداف و فرایند برنامه مبتنی بر هنردرمانی خانواده ـ محور توضیح داده شده بود. در مرحله بعد، ۳۰ نفر از داوطلبانی که ملاکهای ورود به پژوهش را داشتند به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و با انتصاب تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. در مرحله پیش‌آزمون، متخصص کلینیک توانبخشی خرده‌مقیاسهای اجتماعی شدن و گفتار و ارتباطات از فهرست ارزیابی درمان اختلال خودماندگی را برای تمامی آزمودنیها تکمیل کرد. سپس مجری برنامه، گروه آزمایش را در یازده جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار داد و در این مدت، گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. پس از پایان آموزش و در مرحله پس‌آزمون، متخصص کلینیک مجدداً خرده‌مقیاسهای اجتماعی شدن و گفتار و ارتباطات از فهرست ارزیابی درمان اختلال خودماندگی را برای هر دو گروه تکمیل کرد. داده‌های گردآوری شده با روش تحلیل کوواریانس و با نرم‌افزار SPSS-v24 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

شاخصهای توصیفی متغیر سن نشان داد که میانگین سنی آزمودنیها ۹/۷ سال و فراوانی جنسیت ۱۳ نفر از آزمودنیها پسر (معادل ۴۳ درصد) و ۱۷ نفر دختر (معادل ۵۷ درصد) بود. بیشترین فراوانی در میان والدین براساس وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی با تعداد ۱۶ نفر (معادل ۵۳ درصد) مربوط به سطح اجتماعی ـ اقتصادی متوسط، ۸ نفر (معادل ۲۷ درصد) مربوط به سطح اجتماعی ـ اقتصادی بالا و ۶ نفر (معادل ۲۰ درصد) مربوط سطح اجتماعی ـ اقتصادی پایین بودند. ۶۳ درصد پدران تحصیلات کارشناسی،

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

۱۰ درصد دیپلم، ۲۰ درصد کارشناسی ارشد به بالا و ۷ درصد فوق دیپلم داشتند و در مقابل، ۱۷ درصد مادران سطح تحصیلات دیپلم، ۱۰ درصد فوق دیپلم، ۵۳ درصد کارشناسی و ۲۰ درصد کارشناسی ارشد به بالا را دارا بودند. در جدول شماره ۳ شاخصهای توصیفی نمرات مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی به تفکیک گروههای آزمایش و کنترل

متغیرهای پژوهش	فراوانی		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مهارتهای ارتباطی	آزمایش	۱۵	۲۱/۳۳	۲/۳۵	۱۳/۰۷	۵/۰۰۷
	کنترل	۱۵	۲۱/۲۰	۲/۴۸	۲۰/۹۳	۲/۹۳
سازش‌یافتگی اجتماعی	آزمایش	۱۵	۲۹/۱۳	۴/۸۷	۱۶/۰۷	۶/۳۴
	کنترل	۱۵	۲۸/۶۷	۴/۲۴	۲۹/۴۰	۵/۴۹

همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، نمره میانگین خرده‌مقیاس مربوط به مهارتهای ارتباطی در گروه آزمایش، از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون به اندازه ۸/۲۶ نمره کاهش یافته و در مقابل، نمره میانگین گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون، فقط به اندازه ۰/۲۷ کاهش یافته است. در مورد متغیر سازش‌یافتگی اجتماعی، نمره میانگین خرده‌مقیاس مربوطه از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه آزمایش به اندازه ۱۳/۰۶ نمره کاهش و در گروه کنترل به اندازه ۰/۷۳ نمره افزایش یافته است. پیش از اجرای آزمون فرضیه‌ها، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروههای آزمایش و کنترل با به‌کارگیری آزمون کولموگروف ـ اسمیرنف بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف ـ اسمیرنف نشان داد که سطوح معناداری به دست آمده در مورد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل بیشتر از ۰/۰۵ است، از این رو پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است و می‌توان از آزمونهای پارامتریک استفاده نمود.

در فرضیه اصلی پژوهش، تأثیر مداخله پیشنهادی بر دو متغیر مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی مورد آزمون قرار گرفت، ازاین‌رو برای آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آماره F آزمون همسانی شیب رگرسیون برای متغیر مهارتهای ارتباطی ($F=۰/۱۴۰$ ،$P=۰/۷۱۱$) و همچنین سازش‌یافتگی اجتماعی ($F=۰/۱۲۱$ ،$P=۰/۷۳۱$) معنادار نمی‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروههای آزمایش و کنترل برابر است. نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانسهای متغیرهای پژوهش در گروههای آزمایش و کنترل نشان

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

داد که آماره F آزمون لوین برای هیچ یک از متغیرهای مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی معنادار نیست (p>۰/۰۵). بنابراین با تـوجه به این یافته‌هـای غیرمعنادار می‌تـوان گـفت که واریانس مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی در گروهها برابر است.

در جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون با گروه کنترل در پیش‌آزمون گزارش شده است. با توجه به مندرجات این جدول، آماره F مربوط به مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی در پس‌آزمون به ترتیب ۲۹/۹۱۴ و ۴۴/۹۹۰ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند و بیانگر تفاوت معنادار میـان گروه آزمـایش و گـروه کنترل در هر دو متغیر پژوهش است. همچنین اندازه‌های اثر ۰/۵۲۶ و ۰/۶۲۵ که به ترتیب مربوط به مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی‌اند نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه، بزرگ و قابل توجه است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی

متغیرهای پژوهش	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مهارتهای ارتباطی	پیش‌آزمون	۴۶/۹۶۷	۱	۴۶/۹۶۷	۲/۹۸۴	۰/۰۹۵	۰/۱۰
	عضویت گروهی	۴۷۰/۷۵۶	۱	۴۷۰/۷۵۶	۲۹/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
	خطا	۴۲۴/۹۰۰	۲۷	۱۵/۷۳۷	--	--	--
سازش‌یافتگی اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵۷/۳۲۰	۱	۱۵۷/۳۲۰	۵/۱۳۵	۰/۰۳۲	۰/۱۶
	عضویت گروهی	۱۳۷۸/۳۹۴	۱	۱۳۷۸/۳۹۴	۴۴/۹۹۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	خطا	۸۲۷/۲۱۳	۲۷	۳۰/۶۳۸			

برای بـررسی اینکه میانگین کـدام‌یک از گروههای آزمـایش و کـنترل در پـس‌آزمون مربوط به متغیرهای پژوهش، پس از تعدیل، بیشتر از نمرات پیش‌آزمون است، میانگینهای تصحیح‌شده در جدول ۵ گزارش شده‌اند. مشاهـده می‌شـود که تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه کنترل در مهارت ارتباطی برابر با ۷/۹۲۵ و در سازش‌یافتگی اجتماعی برابر با ۱۳/۵۷۶ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. بنابراین میانگین گروه آزمـایش در پـس‌آزمون در هر دو مـتغیر پـژوهش به‌صـورت معنـاداری کمتر از گروه کنترل است. با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس و میانگینهای تعدیل‌شده، می‌توان نتیجه گرفت که برنامه هنردرمانی خانواده ـ محور به‌طور معناداری بر مهارتهای ارتباطی و نیز سازش‌یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خودماندگی اثربخش است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۵. نتایج مقایسه‌های زوجی گروههای آزمایش و کنترل

متغیرهای پژوهش	مقایسه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
مهارتهای ارتباطی	آزمایش	۱۳/۰۳۸	۷/۹۲۵	۱/۴۴۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۹۶۲			
سازش‌یافتگی اجتماعی	آزمایش	۱۵/۹۴۵	۱۳/۵۷۶	۲/۰۲۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۹/۵۲۱			

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف توسعه یک برنامه مبتنی بر هنردرمانی خانواده ـ محور و ارزیابی اثربخشی آن بر مهارتهای ارتباطی و سازش‌یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خودماندگی انجام شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میان نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در زمینه مهارتهای ارتباطی، تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. بنابراین، برنامه هنردرمانی خانواده ـ محور در تقویت مهارتهای ارتباطی دانش‌آموزان خودمانده اثربخش است که این یافته با نتایج پژوهشهای زاده‌محمدی و حیدری (۱۴۰۰)، بخشی و همکاران (۱۳۹۷) و دامیکو و لالوند (۲۰۱۷)، شوایتزر و همکاران (۲۰۲۰) و لاوریک و سوپونارو (۲۰۲۳) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخله توسعه‌داده‌شده در این پژوهش با استفاده از زبان جهانی هنر و از طریق مجموعه‌ای متنوع از شیوه‌های بیانی غیرکلامی شامل طراحی، نقاشی و بازی تخیلی، وسیله‌ای را برای بیان درونی‌ترین افکار، احساسات و خواسته‌ها و غلبه بر موانع ارتباط کلامی متعارف در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌دهد. کودکان مبتلا به اختلال خودماندگی با استفاده از این راه بیان غیرکلامی، می‌توانند تجربیات و دیدگاههای خود را به شیوه‌ای طبیعی و شهودی منتقل کنند و در نتیجه، شکاف ارتباطی که اغلب در محیطهای درمانی سنتی با آن مواجه می‌شوند، در این مداخله بسیار کمتر می‌شود. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان با درگیر شدن در فعالیتهایی که برای کشف و بیان طیفی از احساسات طراحی شده‌اند، به درکی دقیق‌تر از چشم‌انداز عاطفی خود دست می‌یابند و این سواد عاطفی، تنظیم هیجانی و شناخت اجتماعی آنها را تسهیل می‌کند. به‌عنوان مثال، فعالیتهایی مانند به تصویر کشیدن احساسات مختلف به شرکت‌کنندگان این فرصت را می‌دهد که نه تنها خودآگاهی خود را عمیق‌تر کنند، بلکه با همدلی و درک تجربیات عاطفی دیگران، روابط میان‌ـفردی همدلانه و معنادارتری را داشته باشند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

شـــرکت کنندگان همچنین با مشـــارکت در پروژه‌های هنری مشـــترک و فعالیتهای گروهی طراحی‌شـــده در مداخله پیشنهادی، به بینشهایی ارزشـــمند در مورد پویایی تعاملات اجتماعی، ازجمله همکاری، اتخاذ دیدگاه[1] و نشانه‌های ارتباط غیرکلامی دست می‌یابند که کسب مهارتهای اجتماعی حیاتی برای ارتباط مؤثر را تسهیل می‌کند. با درگیر شدن در تلاشهای خلاقانه مشترک، دانش‌آموزان مبتـــلا به اختلال خودماندگی در پیمایش ظرایـــف اجتماعی و پویاییهای تعاملات اجتماعی مهارت پیدا می‌کنند که سبب تقویت صلاحیت اجتماعی و اعتماد به نفس آنها در تعاملات میان ـ فردی می‌شود. در مداخله حاضر، شرکت‌کنندگان از طریق تکالیفی که برای کشف تصویر بدن و ادراک از خود طراحی شده‌اند، درکی عمیق‌تر از هویت و فردیت خود به دست می‌آورند و نقاط قوت منحصربه‌فرد خود را می‌پذیرند. این موضوع با پرورش حس عاملیت، اعتماد به نفس و توانمندی در تلاشهای ارتباطی در کودکان خودمانده سبب می‌شود که این کودکان بتوانند نیازها و ترجیحات خـــود را در زمینه‌های اجتماعی با بیانی معتبرتر و قاطعانه‌تر ابراز کنند. این مداخله با بهره‌گیری از پتانســـیل درمانی هنر و ادغام مشارکت خانوادگی و حمایت همسالان، رویکردی جامع را برای تقویت مهارتهای ارتباطاتی پیشـــنهاد می‌کند و شرکت‌کنندگان را قادر می‌سازد تا با محیطهای اجتماعی متنوع ارتباط برقرار کنند.

کاهش معنادار نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در زمینهٔ سازش‌یافتگی اجتماعی نشـــان داد که برنامه هنردرمانی خانواده ـ محور ســـبب ارتقای سازش‌یافتگی اجتماعی دانش‌آمـــوزان خودمانده می‌شـــود. این یافته با یافته‌های چندین پژوهش، از جمله پژوهشـــهای امیری‌مجـــد و همکاران (۱۴۰۱)، زاده‌محمدی و حیدری (۱۴۰۰)، کلانتری و همکاران (۱۳۹۸)، بخشـــی و همـــکاران (۱۳۹۷)، میلر و فینی[2] (۲۰۰۳)، دامیکو و لالونـــد (۲۰۱۷) و رایت (۲۰۲۳) همسو و همخوان است. این بهبود مشاهده شده در میان کودکان خودمانده پس از اجرای مداخله مبتنـــی بر هنردرمانی خانواده ـ محور، یک تحول پارادایمی به ســـمت روشـــهای درمانی جامع و یکپارچه متناســـب با نیازهای چندوجهی ذاتی اختلال خودماندگی را نشـــان می‌دهد. این روش در مقابل رویکردهای درمانی ســـنتی قرار دارد که معمولاً بر تســـکین علائم و اصلاح کردن رفتار متمرکزند و اغلب نیـــازهای اجتماعی و عاطفی پیچیـــده افراد مبتلا بـــه اختلال خودماندگی را نادیده می‌گیرند. در تبیین این یافته پژوهش حاضر می‌توان طراحی مداخله براســـاس مشـــارکت خانواده و توانمندسازی کودکان خودمانده را عامل موفقیت آن دانست. این مداخله با درگیر کردن کودک خودمانده و خانواده او در تکالیف طراحی شـــده، با ایجاد یک محیط مشارکتی و حمایتی تلاش می‌کند به برخی از محدودیتهای بالینی غلبه کند. اعضای خانواده نقشی فعال در درمان و

1. Perspective-taking
2. Miller & Feeny

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

توانمندسازی فرزند خود به عهده می‌گیرند و مهارتها و راهبردهایی ارزشمند را برای تسهیل رشد اجتماعی و عاطفی فرزندشان به دست می‌آورند. این روحیه مشارکتی نه تنها پیوندهای خانوادگی را تقویت می‌کند، بلکه سبب تسهیل انتقال دادن مهارتهای اکتسابی از جلسات مداخله به دنیای واقعی می‌شود و در نتیجه، منجر به تأثیر پایدار مداخله بر بهبود سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال خودماندگی می‌شود.

تأکید این مداخله بر تقویت مهارتهای حرکتی، نقشی اساسی در افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان خودمانده دارد. اختلالات حرکتی ظریف و درشت همراه با اختلال خودماندگی، به‌صورت مخربی بر ظرفیت آنها برای مشارکت در تبادلات اجتماعی و مذاکره مؤثر با اطرافیان تأثیر می‌گذارد. این مداخله با افزایش مهارت حرکتی در تکالیف طراحی‌شده مانند بیان هنری و تلاشهای مشارکتی، علاوه بر رفع این کاستیها، اعتماد به نفس، خودمختاری و خودکارآمدی را نیز در کودکان مبتلا به این اختلال بهبود می‌بخشد. از آنجایی که شرکت‌کنندگان، کنترل بدنی و مهارت بیشتری را ضمن این مداخله به دست می‌آورند، برای مشارکت در تعاملات اجتماعی، حضور در بازیهای مشارکتی و هدایت محیطهای اجتماعی با اطمینان و شایستگی بیشتری عمل می‌کنند. علاوه بر این، تمرکز این مداخله بر راهبردهای شناختی ـ رفتاری، شامل اتخاذ دیدگاه و تنظیم احساسات، با تجهیز شرکت‌کنندگان به شایستگیهای اجتماعی ضروری و سازوکارهای مقابله‌ای، سازش‌یافتگی اجتماعی آنها را افزایش می‌دهد. شرکت‌کنندگان با فعالیتهایی مانند رمزگشایی حالتهای چهره، تفسیر نشانه‌های غیرکلامی و درگیر شدن در سناریوهای نقش‌آفرینی، به درکی دقیق‌تر از پویاییها و هنجارهای اجتماعی دست می‌یابند که به آنها در انتخاب مسیر مناسب در زمینه‌های اجتماعی مختلف کمک می‌کند. این مداخله همچنین با تقویت خودآگاهی و تعادل عاطفی، شرکت‌کنندگان را قادر می‌سازد تا عوامل استرس‌زا، مضطرب‌کننده و ناراحت‌کننده را در محیطهای اجتماعی مدیریت کنند که در نتیجه آن، موانع مشارکت اجتماعی کاهش می‌یابد و سازش‌یافتگی اجتماعی کل‌نگر تقویت می‌شود.

پژوهش حاضر اگرچه دامنه پژوهشهای مداخلات شناختی ـ رفتاری را برای کودکان خودمانده گسترش داده است، اما همانند سایر پژوهشها با محدودیتهایی مواجه بوده است. نخست آنکه جامعه آماری این پژوهش به کودکان خودماندهٔ ۷ تا ۱۲ سال در شهرستان جم محدود بود که تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروههای سنی و شهرهای دیگر را با محدودیت مواجه می‌سازد. افزون بر این، کوچک بودن جامعه آماری سبب شد که تفکیک آزمودنیها برحسب درجه ابتلا به اختلال خودماندگی و تشکیل چند نمونه آماری با تعداد مناسب به منظور مقایسه اثربخشی مداخله روی این نمونه‌ها امکان‌پذیر نباشد. لذا پژوهشهای مشابهی در گروههای سنی و مناطق جغرافیایی مختلف و استفاده از جامعه آماری بزرگ‌تر برای تعمیم نتایج و تسهیل تحلیلهای مقایسه‌ای

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

توصیه می‌شود. محدودیت دیگر، استفاده از پرسشنامه به‌منزلهٔ ابزار اولیه گردآوری داده‌ها بود که همراه با بی‌دقتی در پاسخگویی، عدم صداقت بالقوه و خطاهای احتمالی است. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آتی از سایر روشهای گردآوری اطلاعات مانند مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. محدودیت بعدی، انتخاب مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس بود که امکان کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر را غیرممکن ساخته بود. با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود که هنردرمانی در برنامه‌های تحصیلی کودکان خودمانده گنجانده شود و در این زمینه برای مدیران، آموزگاران و مشاوران مدارس مربوطه دوره‌های آموزشی برگزار شود. همچنین در پژوهشهای آینده پیشنهاد می‌شود که سایر پیامدهای هنردرمانی خانواده ـ محور مانند تنظیم هیجان کودکان، مدیریت استرس و اضطراب والدین و تعامل والدین با کودکان خودمانده مورد بررسی قرار گیرند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورداستفاده نهادهای رسمی از جمله آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی و نیز درمانگران و مربیان برای برنامه‌ریزی اقدامات درمانی ـ حمایتی به منظور بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال خودماندگی قرار گیرد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

منابع

REFERENCES

افروز، غلامعلی؛ تقی‌پور جوان، عباســـعلی؛ حسن‌زاده، سعید و غلامعلی لواسانی، مســـعود. (۱۴۰۰). برنامه توسعه حرفه‌ای آموزش معلمان براســـاس تمرینات مبتنی بر شواهد برای دانش‌آموزان با اختلال طیف اوتیسم: مطالعه مروری نظام‌مند. *سلامت روان کودک*، *۸* (۱)، ۴۳-۶۰.

DOI: 10.52547/JCMH.8.1.5

امیری‌مجد، مجتبی؛ تجلی، پریسا و کلانتری، معصومه. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه هنردرمانی (تئاتر و نمایش) بر سازش‌یافتگی اجتماعی نوجوانان پسر دارای ناتوانی هوشی. *مطالعات ناتوانی*، *۱۲* (۱)، ۱۲-۲۴.

DOI: 10.29252/MEJDS.0.0.44

بخشـــی، مریم؛ مروتی، ذکراله؛ الهی، طاهره و شاه‌محمدیان، ســـارا. (۱۳۹۷). اثربخشی هنردرمانی بر مهارتهای اجتماعی-ارتباطی، تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم. *روانشناسی افراد استثنایی*، *۸* (۳۰)، ۱۵۵-۱۷۷.

DOI: HTTPS://DOI.ORG/10.22054/JPE.2019.9228

پوررضائیان، هدی؛ بشـــارت، محمدعلی؛ کوچک‌زاده، لیلی و فراهانی، حجت‌اله. (۱۳۹۸). طراحی و بررسی اثربخشی برنامه هنردرمانی خانواده ـ محور بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان. *توانمندسازی کودکان استثنائی*،۱۰ (۴)، ۸۹-۱۰۲.

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.206550.1293

رحیمی، سوســـن؛ امین‌یزدی، سیدامیر و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۹). مقایسه کارکرد تحولی خانواده، ویژگی‌های شخصیتی و اســـترس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیســـم و همتایان دارای کودک رشد بهنجار. *پرستاری کودکان*، *۶* (۳)، ۱۴-۲۱.

زاده‌محمدی، کیانا و حیدری، محمود. (۱۴۰۰). اثر برنامه هنردرمانی مادرمحور بر رفتارهای کلیشه‌ای، مهارت‌های کلامی و تعاملات اجتماعی کودکان اتیسم. *روان‌شناسی کاربردی*، *۱۷* (۱)، ۱۰۷-۱۲۴.

DOI: 10.48308/APSY.2021.223579.1140

شـــهریاری‌منش، مروارید؛ قاسم‌زاده، سوگند و یزدی، ســـیده منور. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامهٔ آموزشی مبتنی بر مؤلفه‌های تاب‌آوری بر تنظیم شناختی هیجان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *خانواده و پژوهش*، ۱۹ (۲)، ۷-۲۶.

DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.1.9

صفائی‌راد، ایرج؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۸). بررسی الگوی ساختاری رابطه ویژگی‌های شخصیتی و خلاقیت با میانجی‌گری رضایت زناشویی، سازش‌یافتگی اجتماعی و سلامت روان. *سلامت روان کودک*، *۶* (۱)، ۲۲۳-۲۳۸.

DOI: 10.29252/JCMH.6.1.19

کلانتری، معصومه؛ امیری‌مجد، مجتبی و تجلی، پریســـا. (۱۳۹۸). اثربخشـــی برنامه هنردرمانی بر رشد مهارتهای ارتباطی دختران نوجوان آهسته‌گام. *تحقیقات نظام سلامت*، *۱۵* (۲)، ۱۱۵-۱۲۱.

DOI: 10.48305/HSR.2019.15.2.103

نعمت‌پور، ســـیما؛ هارون رشـــیدی، همایون و کاظمیان‌مقدم، کبری. (۱۴۰۲). اثربخشـــی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری اجتماعی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم. *خانواده و پژوهش*،۲۰ (۱)، ۸۳-۹۸.

یاقوتی، فرشـــته؛ حسن‌زاده، ســـعید؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و قاسم‌زاده، ســـوگند. (۱۳۹۷). طراحی، ساخت و اثربخشی برنامهٔ پویانمایی اجتماعی بر مهارتهای ارتباطی و اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۹ (۲)، ۱۱۱-۱۲۲.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

Ahmed, F. I. (2021). Extents of abuse and behavioural disorders in autistic children who were abused and who were not abused. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, *16*(1), 114-128. https://doi.org/10.18844/cjes.v16i1.5513

Broupi, A. E., Kokaridas, D., Tsimaras, V., & Varsamis, P. (2023). The effect of a visual arts and exercise program on communication and social skills of students with autism spectrum disorders. *Advances in Autism*, *9*(4), 388-401. https://doi.org/10.1108/AIA-05-2022-0031

Cope, R., & Remington, A. (2022). The strengths and abilities of autistic people in the workplace. *Autism in Adulthood, 4*(1), 22–31. https://doi.org/10.1089/aut.2021.0037

D'Amico, M., & Lalonde, C. (2017). The effectiveness of art therapy for teaching social skills to children with autism disorder. *Art Therapy, 34*(4), 176-182. https://doi.org/10.1080/07421656.2017.1384678

Edwards, H., Wright, S., Sargeant, C., Cortese, S., & Wood-Downie, H. (2023). Research review: A systematic review and meta-analysis of sex differences in narrow constructs of restricted and repetitive behaviours and interests in autistic children, adolescents, and adults. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 65*(1), 4-17. doi: 10.1111/jcpp.13855

Forgeot d'Arc, B., Devaine, M., & Daunizeau, J. (2020). Social behavioural adaptation in autism. *PLoS Computational Biology*, *16*(3), e1007700. https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1007700

Ghamari, R., Tahmaseb, M., Sarabi-Jamab, A., Etesami, S. A., Mohammadzadeh, A., Alizadeh, F., & Tehrani-Doost, M. (2024). Association of verbal and non-verbal theory of mind abilities with non-coding variants of OXTR in youth with autism spectrum disorder and typically developing individuals: A case-control study. *BMC Psychiatry*, *24*(1), 30. doi: 10.1186/s12888-023-05461-w

Ghanouni, P., & Hood, G. (2021). Stress, coping, and resiliency among families of individuals with autism: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 8*(3), 389-402. https://doi.org/10.1007/s40489-021-00245-y

Hirota, T., & King, B. H. (2023). Autism spectrum disorder: A review. *Jama*, *329*(2), 157-168. doi:10.1001/jama.2022.23661

Hirsch, J., Zhang, X., Noah, J. A., Dravida, S., Naples, A., Tiede, M., … McPartland, J. C. (2022). Neural correlates of eye contact and social function in autism spectrum disorder. *Plos One*, *17*(11), e0265798. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265798

Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: Definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, *9*(Suppl 1), S55-S65. doi: 10.21037/tp.2019.09.09

Hu, J., Zhang, J., Hu, L., Yu, H., & Xu, J. (2021). Art therapy: A complementary treatment for mental disorders. *Frontiers in Psychology*, *12*, 686005. doi: 10.3389/fpsyg.2021.686005

Ibrahimagic, A., Patkovic, N., Radic, B., & Hadzic, S. (2021). Communication and language skills of autistic spectrum disorders in children and their parents' emotions. *Materia Socio-medica*, *33*(4), 250-256. doi: 10.5455/msm.2021.33.250-256

Lavric, M., & Soponaru, C. (2023). Art therapy and social emotional development in students with special educational needs: Effects on anxiety, empathy, and prosocial behaviour. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*, *15*(1), 606-621. DOI: https://doi.org/10.18662/rrem/15.1/714

Mahapatra, S., Khokhlovich, E., Martinez, S., Kannel, B., Edelson, S. M., & Vyshedskiy, A. (2020). Longitudinal epidemiological study of autism subgroups using autism treatment evaluation checklist (ATEC) score. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *50*(5), 1497-1508. doi: 10.1007/s10803-018-3699-2

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

Mandy, W., Midouhas, E., Hosozawa, M., Cable, N., Sacker, A., & Flouri, E. (2022). Mental health and social difficulties of late-diagnosed autistic children, across childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(11), 1405-1414. doi: 10.1111/jcpp.13587

Memari, A. H., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F. S., Rashidi, T., Ghanouni, P., & Hafizi, S. (2013). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the autism treatment evaluation checklist in Persian. *Iranian Journal of Pediatrics*, *23*(3), 269-275.

Miller, V. A., & Feeny, N. C. (2003). Modification of cognitive-behavioral techniques in the treatment of a five year-old girl with social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 33*(4), 303-319. https://doi.org/10.1023/B:JOCP.0000004501.18852.40

Moula, Z. (2020). A systematic review of the effectiveness of art therapy delivered in school-based settings to children aged 5–12 years. *International Journal of Art Therapy, 25*(2), 88-99. https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1751219

Pénzes, I., Engelbert, R., Heidendael, D., Oti, K., Jongen, E. M. M., & van Hooren, S. (2023). The influence of art material and instruction during art making on brain activity: A quantitative electroencephalogram study. *The Arts in Psychotherapy, 83,* 102024. https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102024

Schweizer, C., Knorth, E. J., van Yperen, T. A., & Spreen, M. (2020). Evaluation of 'Images of Self': An art therapy program for children diagnosed with autism spectrum disorders (ASD). *Children and Youth Services Review, 116,* Article 105207. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105207

Sharma, S. R., Gonda, X., & Tarazi, F. I. (2018). Autism spectrum disorder: Classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & Therapeutics*, *190*, 91-104. doi: 10.1016/j.pharmthera.2018.05.007

Vivanti, G., & Messinger, D. S. (2021). Theories of autism and autism treatment from the DSM III through the present and beyond: Impact on research and practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*(12), 4309-4320. doi: 10.1007/s10803-021-04887-z

Wright, A. C. (2023). Art therapy with an autistic person with learning disabilities: Communication and emotional regulation. *International Journal of Art Therapy, 28*(4), 154-166. https://doi.org/10.1080/17454832.2023.2172439

Zülkar, Y., Söyünmez, S., Turan, F. D., & Dalgıç, A. İ. (2021). Awareness about potential abuse among parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *12*(4), 288-296. DOI: 10.14744/phd.2021.78055

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

Quarterly Journal of
Family and Research

Developing a Family-Centered Art Therapy Program and Evaluating its Effectiveness on the Communication Skills and Social Adjustment of Students with Autism Spectrum Disorder

F. Sakhtemani[1] G. A. Afrooz, Ph.D.[2*] A. A. Arjmandnia, Ph.D.[3] M. GholamAli Lavasani, Ph.D.[4]

Abstract

The purpose of this study was to develop a family-centered art therapy program and evaluate its effectiveness in improving the communication skills and social adjustment of students with Autism Spectrum Disorder (ASD). This research employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and control group. The statistical population was comprised of all male and female students aged 7–12 with ASD in Jam County, Bushehr Province, during the 2022–2023 academic year. A sample of 30 students was selected via purposive sampling and randomly assigned to an experimental group (n=15) and a control group (n=15). Initially, all participants were assessed using the Rimland and Edelson Autism Treatment Evaluation Checklist (1999) to measure baseline communication skills and social adjustment (pre-test). Participants in the experimental group, accompanied by their mothers, attended 11 sessions of the family-centered art therapy program, while the control group received no intervention. Following the program, the same assessment checklist was completed for both groups (post-test). Analysis of covariance (ANCOVA) using SPSS version 24 indicated that the family-centered art therapy program had a statistically significant positive effect on improving the communication skills and social adjustment of students with ASD ($P<0.01$). Consequently, this family-centered art therapy program serves as an effective evidence-based intervention for enhancing the social and communicative functioning of children with autism.

Keywords: **Art-based intervention, family-centered intervention, communication skills, social adjustment, students with autism spectrum disorder**

Date received: Feb. 16, 2024 **Date accepted:** June 10, 2024

This paper is derived from the first author's Doctoral Dissertation.

1. Doctoral Graduate in Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. Distinguished Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran, (Corresponding Author).
E-mail: afrooz@ut.ac.ir
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]