Archive of SID

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۱۵
تاریخ بررسی مقاله: ۹۳/۱۱/۰۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۱/۲۱

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹٤
دوره‌ی چهارم، سال ۲۲، شماره‌ی ۱
ص‌ص: ٤٦-۲۵

طراحی درمان ترکیبی خانواده- محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و مقایسه‌ی اثربخشی آن با بازی درمانی فلورتایم بر نشانه‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و استرس والدگری مادران آن‌ها*

شهربانو عالی *
سیدامیر امین‌یزدی **
محمد سعید عبدخدائی ***
علی غنایی چمن‌آباد ****
فاطمه محرری *****

چکیده

هدف پژوهش حاضرطراحی درمان ترکیبی خانواده- محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و مقایسه‌ی اثربخشی آن با بازی درمانی فلورتایم بر بهبود نشانه‌های رفتاری اختلال طیف اوتیسم و استرس والدگری مادران آن‌ها می‌باشد. این مطالعه در چهارچوب یک طرح تک آزمودنی در طول ٦ ماه روی ۱۲ کودک ۸-۳ ساله‌ی مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و خانواده‌های آن‌ها اجرا شد و نتایج در سه

* این مقاله مستخرج از رساله‌ی دکتری روان‌شناسی با عنوان «طراحی سنجش و درمان ترکیبی خانواده- محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و اثربخشی آن بر نیمرخ عصب- روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌باشد.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده‌ی مسئول) sh.aali79@gmail.com
** دانشیار دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد yazdi@ferdowsi.um.ac.ir
*** دانشیار دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد abdkhoda@um.ac.ir
**** استادیار دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد alighanaei@yahoo.com
***** دانشیار روان‌پزشکی، فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد mohararif1@mums.ac.ir

www.SID.ir

Archive of SID

مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با مقیاس‌های استرس والدگری ومقیاس درجه‌بندی اوتیسم کودکی بررسی شد. بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، درصد بهبودی نشانه‌های رفتاری کودکان شرکت‌کننده در گروه درمان ترکیبی خانواده- محور به ویژه در خرده مقیاس‌های ارتباط با مردم، پاسخ هیجانی، ترس یا ناآرامی و ارتباط کلامی وهمچنین بهبودی استرس والدگری مادران آن‌ها به ویژه در خرده مقیاس‌های نارسایی توجه/ فزون کنشی، سلامت، دلبستگی و روابط با همسر از ۵۰ درصد بیشتر و از نظر بالینی معنادار بود. اندازه اثر درمان نیز بالاتر از ۰/۸۰ برآورد شد. در مجموع می‌توان گفت؛ درمان ترکیبی خانواده- محور که در این مطالعه طراحی شده است، می‌تواند اثربخشی بازی درمانی فلورتایم را افزایش دهد و به عنوان یک رویکرد درمانی اثربخش در درمان این اختلال استفاده شود.

کلید واژگان: درمان ترکیبی خانواده- محور، بازی درمانی فلورتایم، کارکرد تحولی خانواده، تحول هیجانی- کارکردی، اختلال طیف اوتیسم.

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم[1] (ASD) یکی از پیچیده‌ترین و بحث برانگیزترین اختلال‌های روان‌پزشکی است، هر فرد مبتلا، نیمرخ منحصر به فردی از ضعف‌ها و توانمندی‌های شناختی، اجتماعی، زبانی و نیز تعدیل حسی نشان می‌دهد (کارتر، دیویس، کلاین و ولکمار[2]، ۲۰۰۵ به نقل از کاکاوانیس، هالاس و فارلی[3]، ۲۰۱۲). شیوع این اختلال در بیست سال اخیر افزایش چشمگیری در سراسر جهان داشته است (سولومون و چانگ[4]، ۲۰۱۲). در ایران نیز صمدی، محمودی‌زاده و مک‌کانکی[5] (۲۰۱۲) میزان شیوع فعلی اختلال ASD را ٦/۲٦ در ده هزار نفر گزارش نموده‌اند.

اغلب روش‌های درمانی که در مراکز آموزش‌های رسمی برای کودکان ASD مورد استفاده قرار می‌گیرند، مبتنی بر اصول رویکرد رفتاری می‌باشند، این رویکرد که به طور عمده بر نشانه‌ها یا رفتارهای سطحی متمرکز است، در خصوص اختلال ASD بر این فرضیه‌ی نگران

1- autism spectrum disorder (ASD)
2- Carter, Davis, Klin, & Volkmar
3- Coucouvanis, Hallas, & Farley
4- Solomon & Chung
5- Samadi, Mahmoodizadeh, & McConkey

www.SID.ir

Archive of SID

کننده متکی است که این اختلال مبنای عصب‌شناختی ناشناخته‌ای دارد و کودکان مبتلا به آن نمی‌توانند به مهارت‌های برقراری مبادله‌ی صمیمانه، همدلی و حل مسأله‌ی خلاقانه دست یابند (دیون و مارتینی[1]، ۲۰۱۱). از منظر هیلتون و سیل[2] (۲۰۰۷) رویکردهای رفتاری با سعی در آموزش رفتارهای مطلوب و حذف رفتارهای نامطلوب بر اساس تقویت و تنبیه رویکردهایی تکلیف- محور[3] می‌باشند. به عبارت دیگر آموزش تکلیفی ساختار یافته را در فضایی مصنوعی هدف قرار می‌دهند. در حالی که چالش عمده‌ی این کودکان «اختلال در ارتباط»[4] به ویژه روابط هیجانی، همدلی، درک احساسات و حالات ذهنی دیگران است (بارون کوهن[5]، ۲۰۰۸). این کودکان قبل از این‌که شروع به یادگیری واژگان نمایند، نیاز دارند تا توانمندی‌های پایه برای این نوع یادگیری که شامل توانایی خودتنظیمی، جذب شدن، برقراری ارتباط متقابل و درک حالات ذهنی دیگران است، بیاموزند. کودکی که در این توانمندی‌ها دچار ضعف است، ممکن است تکلیف مورد نظر مربی را بیاموزد، ولی نتواند به موقع و در زمانی که مربی از او می‌خواهد، پاسخ دهد.

مدل تحول یکپارچه‌ی انسان که در این پژوهش به آن پرداخته شده است، اوتیسم را به عنوان اختلالی پویا[6] و نه ایستا[7] می‌شناسد (گرینسپن و ویدر[8]، ۲۰۰۹). دراین رویکرد اختلال ASD با این‌که مبنای زیستی و عصب‌شناختی دارد، اما شدت آن تابعی از تجربه‌های عاطفی در مراحل اولیه‌ی تحول می‌باشد و بر اساس اختلال در ارتباط، مشخص می‌شود. این رویکرد نگاه خوشبینانه‌تری در مقایسه با رویکردهای رفتاری به درمان اختلال ASD دارد و بر این باور بنیادین شکل گرفته است که این کودکان ظرفیت‌های دستیابی به توانمندی‌های تحولی بنیادین برقراری ارتباط را دارند، اما به دلیل چالش‌های زیستی نمی‌توانند آن‌ها را بروز دهند، از منظر این مدل برای این‌که کودک بتواند برای مدتی ثابت بنشیند، آموزش‌های مربی را درک نماید و به موقع پاسخ دهد، نیاز دارد تا بتواند در گام اول حس‌های خود را تنظیم کند، برای

1- Dionn & Martini
2- Hilton & Seal
3- task-centered
4- defect in relationship
5- Baron-Cohen
6- dynamic
7- static
8- Greenspan & Wieder

www.SID.ir

Archive of SID

این که کودک بتواند تکالیف مورد نظر مربی را یاد بگیرد، باید بتواند آرام باشد، تمرکز کند و فعالانه اطلاعات را از تجربه‌ی محیط و ارتباط با دیگران جذب نماید (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۹). پژوهش‌های بسیاری بین اختلال در توانمندی تنظیم هیجانی و مشکلات رفتاری، هیجانی، اجتماعی و نیز اختلال‌های یادگیری روابط معناداری را ثابت نموده‌اند (سرمان، بیدرمن، اسپنسر، یورکس، میلر و همکاران[1]، ۲۰۱۱؛ هریس، گراهام، مک آرتور، رید و ماسون[2]، ۲۰۱۱) از این رو از محورهای مهم درمان در مدل تحول یکپارچه‌ی انسان که در رویکردهای رفتاری کمتر مورد توجه است، توجه به تفاوت‌های فردی حسی و حرکتی کودکان است. کار با تفاوت‌های پردازشی زیر بنایی کودک ASD می‌تواند بر قسمت اعظم رفتارهای او اثر بگذارد و به او کمک کند تا به جای پرورش انحصاری رفتارها یا مهارت‌های شناختی مجزا با طیف گسترده‌ای از توانایی‌ها سازگار شود (دیون و مارتینی، ۲۰۱۱).

همچنین در رویکردهای رفتاری نقص در توانایی کودک در تقلید حرکات دهان را به عنوان مبنای مهمی برای ناتوانی‌های کلامی می‌دانند و در فرایند درمان تأکید بسیاری بر تقلید می‌نمایند (اینگرسول و اسکریبمن[3]، ۲۰۰٦)، اگرچه این شیوه توانسته است به کودکان ASD کمک کند تا عبارت‌های متوالی را حفظ کنند، اما شواهد پژوهشی بسیاری نیز وجود دارند که نشان می‌دهند؛ این کودکان موقعیت‌های ساخت‌دار را بازسازی می‌کنند، اما معنای آن را کامل درک نمی‌کنند (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۹).

از منظر ویس[4] (۲۰۰۰) زبان، شناخت، مهارت‌های اجتماعی از طریق روابطی آموخته می‌شوند که شامل تبادلات معنادار هیجانی است، در فرآیند یادگیری واژگان، زمانی که واژه‌ها با هیجان همراه می‌شوند در ذهن کودک علاوه بر معنای فیزیکی دارای معنای هیجانی شده و این «رمز گردانی دوگانه»[5] موجب می‌شود تا کودک درک بهتری از این واژگان داشته باشد و بتواند آن‌ها را تعمیم دهد. در این‌صورت یادگیری واژگان از حفظ طوطی‌وار و بی معنای آن‌ها فراتر می‌رود (پیویو[6]، ۲۰۱٤). از این رو محوردیگر درمان در مدل تحول یکپارچه‌ی انسان

1- Surman, Biederman, Spencer, Yorks, Miller, & et al
2- Harris, Graham, MacArthur, Reid, & Mason
3- Ingersoll & Schreibman
4- Weiss
5- dual coding
6- Paivio

www.SID.ir

Archive of SID

تأکید برروابط هیجانی لذت بخش است.

از منظر این رویکرد رشد حسی، حرکتی و مهارت‌های زبانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی خطوط جداگانه در تحول نیستند، بلکه این خطوط درهم تنیده‌اند و به صورت یکپارچه عمل می‌کنند. تسلط بر موقعیت‌های اجتماعی و کسب مهارت‌های انطباقی لازم برای نشستن، گوش دادن و یادگیری، اهداف ارزشمندی است که هر مادر، پدر، پزشک و معلمی می‌خواهد که همه‌ی کودکان آن‌ها را کسب نمایند، اما این اهداف درون تحول هیجانی و شناختی آموخته می‌شود. زمانی که تکالیف در محیطی آموزش داده می‌شوند که از نظر هیجانی برای کودک برانگیزاننده نباشند و یا او را بیش برانگیخته نمایند، کودک نمی‌تواند بر چالش‌های زیستی خود چیره شود، اما زمانی که آموزش‌ها در فضایی ارائه شوند که متناسب با نیمرخ حسی- تنظیمی کودک برایش جذابیت هیجانی فراهم آورند، کودک می‌تواند با وجود چالش‌های زیستی در بعضی زمینه‌ها از توانمندی‌هایش استفاده کند و با محیط اطراف ارتباط بر قرار نماید. زمانی که کودک بتواند با محیط پیرامون خود ارتباط بر قرار نماید، کمتر سردرگم می‌شود و رفتارهای کلیشه‌ای نظیر بال زدن، پریدن، دورچرخیدن و نگاه‌های خیره و بی‌معنا کاهش می‌یاند (گرینسپن و شانکر[1]، ۲۰۰٤).

در مدل تحول یکپارچه‌ی انسان، محور درمان فلورتایم است که تحول هیجانی کودک را هدف درمان قرار می‌دهد و ناتوانی کودک در برقراری روابط صمیمانه و نزدیک، تبادل اشاره‌های هیجانی به شیوه‌ای پیوسته و به‌کارگیری واژه‌ها و نمادها همراه با قصد هیجانی که با اختلال در کارکردهای حسی- حرکتی همراه می‌باشند، به عنوان نشانه‌های اولیه و هدف اصلی درمان قرار می‌گیرند که در نتیجه‌ی بهبودی آن‌ها نشانه‌های رفتاری نیز کاهش می‌یابند. تاکنون با به‌کارگیری این روش پژوهش‌هایی انجام شده است مانند؛ مطالعه‌ی سولومون، نیکل، فرچ و بروکمن[2] (۲۰۰۷)، گرینسپن و ویدر (۱۹۹۷)، گرینسپن و ویدر (۲۰۰۵) و اثربخشی آموزش مادر را بر ارتقاء توانمندی‌های تحولی کودک تأیید نموده‌اند.

اغلب این پژوهش‌ها و همچنین سایر طرح‌های درمانی موجود، فقط کودک و کاهش مشکلات رفتاری او را هدف قرار می‌دهند و از تأثیر گسترده‌ای که این اختلال بر سلامت روان

1- Shanker
2- Solomon, Necheles, Ferch, & Bruckman

www.SID.ir

Archive of SID

خانواده می‌گذارد و به طور متقابل، از تأثیر بد کار کردی خانواده بر افزایش میزان بروز مشکلات رفتاری کودک وکاستن از نتایج درمانی، غفلت ورزیده‌اند، در حالی‌که اختلال ASD بر سلامت روان والدین و سایر اعضای خانواده اثری چندوجهی و فراگیر داشته (ماکس و ریو[۱]،۲۰۰۷؛ ریچمن، کرمان و نونان[۲]، ۲۰۰۸) و تعادل را در نظام خانواده از بین می‌برد. ناتوانی‌های همراه با این اختلال، شدید، فراگیر و پویا بوده و برای والدین و خانواده‌های این کودکان مشکلات متعددی در حوزه‌هایی چون استرس و خودکارآمدی فرزندپروری، سلامت روانی و جسمانی والدین، روابط زناشویی، روابط خواهر و برادری، خانوادگی و به طور کلی رفاه خانواده ایجاد می‌کنند. بسیاری از این یافته‌ها در تحقیقات فرهنگ‌های گوناگون (خیر، گانیم، ساندریج، الاسماعیل، هیدر و همکاران[۳]، ۲۰۱۲؛ موه و ماجیاتی[٤]، ۲۰۱۲؛ پکنهام، سامیوس و سافرونف[٥]، ۲۰۰۵؛ سیوبرگ[٦]، ۲۰۰۲؛ وانگ، میکائیل و دی[۷]، ۲۰۱۱) تأیید شده‌اند. استرس درخور توجه والدین و خانواده‌ها اغلب موجب تشدید مشکلات کودک مبتلا به اوتیسم می‌شود و چرخه‌ی بازخوردی منفی‌ای ایجاد می‌کند که در نهایت از اثرات مثبت مداخله نیز می‌کاهد (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۹).

برخی از یافته‌های این پژوهش هم‌سو با نتایج تحقیقات تونالی و پاور[۸] (۲۰۰۲)، ویس (۲۰۰۲)، سیوبرگ (۲۰۰۲) و خوشابی، فرزادفرد، کاکاسلطانی، پوراعتماد و نیک‌خواه (۱۳۸۹) است که دریافتند؛ والدین کودکان دارای اختلال‌های فراگیر تحولی در مقایسه با والدین کودکان عادی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان- مدار[۹] استفاده می‌کنند. پژوهش‌های جلالی‌مقدم، پوراعتماد، صدق‌پور، خوشابی، و چیمه (۱۳۸٦)، ویس (۲۰۰۲) تنگ، بررتون، کیومال، مکینان، کینگ و همکاران[۱۰] (۲۰۰٦) نیز نشان می‌دهند که شکایات جسمانی و تلاش برای جسمانی کردن مشکلات به عنوان راهبرد مقابله‌ای شایع، در والدین این کودکان، به‌ویژه

1- Macks & Reeve
2- Reichman, Corman, & Noonan
3- Kheir, Ghoneim, Sandridge, Al-Ismail, Hayder, & et al
4- Moh & Magiati
5- Pakenham, Samios, & Sofronoff
6- Sivberg
7- Wang, Michaels, & Day
8- Tunali & Power
9- emotion-focused
10- Tonge, Brereton, Kiomall, Mackinnon, King, & et al

www.SID.ir

Archive of SID

در مادران، فراوان‌تر از والدین کودکان عادی است. همچنین از نظر پاورز[1] (۱۹۸۹)، سطوح بالای اضطراب مراقبان ممکن است منجر به فرزندپروری بیش از حد حمایتی شود و بنا به گفته‌ی آیوی[2] (۲۰۰٤)، این بیش حمایت‌گری ممکن است، پرورش مهارت‌های مستقل را در کودکان محدود سازد.

همان‌طور که پژوهش‌های فوق نشان می‌دهند، خانواده‌های دارای کودک ASD دچار مشکلات بسیاری در حیطه‌های مختلف سلامت روان می‌باشند و درمان‌هایی که فقط بر کودک تمرکز می‌کنند و به مشکلات هیجانی و مسائل ارتباطی والدین توجهی ندارند، بنا به گفته‌ی بروبست، کلاپتن و هندریک[3] (۲۰۰۹) می‌توانند یکی از عوامل مؤثر بر عدم کاهش معنادار استرس والدین باشند و متقابلاً موجب افزایش مشکلات رفتاری کودکان شوند.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر به منظور اندازه‌گیری و کنترل دقیق رفتارها و متغیرهای تحقیق از طرح تک آزمودنی[4] که از جمله طرح‌های شبه آزمایشی[5] است، استفاده شد. این طرح به پژوهشگر کمک می‌کند تا بتواند در مورد یک فرد یا تعدادی از افراد که به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند، تحلیل عمیق‌تری انجام دهد (گال، بورگ و گال (۱۹۹٦، ترجمه‌ی نصرو همکاران، ۱۳۹۲).

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی این تحقیق را تمامی کودکان ۸-۳ سال مبتلا به اختلال ASD و خانواده‌های آن‌ها تشکیل می‌دادند که در زمان اجرای آزمون به کلینیک ویژه‌ی بیمارستان فوق تخصصی ابن سینا مراجعه نمودند. از این جامعه ۱۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود (دریافت تشخیص اختلال ASD از فوق تخصص روانپزشکی کودک، سن کودک ۳ تا

1- Powers
2- Ivey
3- Brobst, Clopton, & Hendrick
4- single-subject experiment
5- qausi experimental

www.SID.ir

Archive of SID

۸ سال و همکاری والدین) و ملاک‌های خروج (وجود عقب ماندگی ذهنی، مبتلا بودن به صرع بزرگ، داشتن نقائص و معلولیت‌های جسمی، ابتلاء به اختلال روان‌پزشکی همبود) انتخاب شدند. این افراد پس از انتخاب شدن و قرار گرفتن در طرح پژوهش، به‌طور تصادفی در سه گروه ٤ نفره شامل گروه بازی درمانی فلورتایم و گروه درمان خانواده- محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و گروه کنترل (آموزش‌های رسمی مراکز اوتیسم) قرار گرفتند.

ابزارهای تحقیق

پرسشنامه‌ها و ابزارهایی که به منظور سنجش متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفته‌اند در ذیل آمده‌اند و شیوه‌ی نمره‌گذاری و همچنین میزان روایی و پایایی آن‌ها ذکر شده است.

-**مقیاس درجه‌بندی اوتیسم کودکی (CARS)**. برای تعیین نشانه‌های رفتاری کودکان، از مقیاس درجه‌بندی اوتیسم کودکی استفاده شد، این مقیاس توسط اسکوپلر، ریچلر، دی‌ویلیز و دیلی [1] در سال ۱۹۸۰ تهیه شده است (رافعی، ۱۳۸۵). این مقیاس رفتارهای کودکان را بر مبنای معیارهای ۱۵ گانه درجه‌بندی می‌نماید. این معیارها عبارتند از: ارتباط با مردم[2]، تقلید[3]، پاسخ‌های هیجانی[4]، استفاده از بدن[5]، استفاده از اشیاء[6]، انطباق در مقابل تغییر[7]، پاسخ دیداری[8]، پاسخ شنیداری[9]، پاسخ کودک به مزه[10]، بو[11] و لمس[12]، ترس یا ناآرامی[13]، ارتباط کلامی[14]،

1- schopler, Reichler, Devellis, & Daly
2- relating to people
3- imitation
4- emotional response
5- body use
6- object use
7- adaptation
8- visual response
9- listening response
10- taste
11- smell
12- touch
13- fear or nervousness
14- verbal communication

www.SID.ir

Archive of SID

ارتباط غیرکلامی[۱]، سطح فعالیت[۲]، سطح و هماهنگی پاسخ‌های عقلی[۳] و برداشت‌های کلی[٤]. در مطالعه‌ای که اسکوپلر و همکاران (۱۹۸۰) انجام دادند، همبستگی بین نتایج حاصل از ارزیابی مستقیم کودک بر اساس CARS و یا از طریق مصاحبه با والدین r =۰/۸۳ به دست آمد. در ایران نیز این ابزار را نخستین بار رافعی (۱۳۸۵) ترجمه کرده است و میزان آلفای کرونباخ کلی آن در پژوهشی که علی‌اکبری دهکردی، علی‌پور، چیمه و محتشمی (۱۳۹۱) به منظور بررسی اثربخشی روش درمانی پاسخ محور مبتنی بر والدین در بهبود کودکان مبتلا به اوتیسم انجام داد، ۰/۹۲ به‌دست آمد.

-**شاخص استرس والدینی PSI**. شاخص استرس والدینی توسط آبیدین[٥] (۱۹۹۰) ساخته شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری به روش لیکرت بر حسب پاسخ‌های ۱ تا۵ درجه‌ای انجام می‌شود. پرسشنامه دارای دو قلمروی کودکی (٤۷ ماده) و قلمروی والدینی (٥٤ ماده) است، که قلمروی کودکی شامل زیر مقیاس‌های سازش‌پذیری[٦]، پذیرندگی[۷] فزون طلبی[۸]، خلق[۹]، بی‌توجهی/ فزون کنشی[۱۰]و تقویت‌گری[۱۱] می‌شود و قلمروی والدینی نیز شامل زیر مقیاس‌های افسردگی[۱۲]، دلبستگی[۱۳]، محدودیت‌های نقش[۱٤]، حس صلاحیت[۱٥]، انزوای اجتماعی[۱٦]، روابط با همسر[۱۷]، سلامت والد[۱۸] و مقیاس اختیاری استرس زندگی می‌شود (دادستان،۱۳۷۷ به نقل از خرم آبادی، پوراعتماد، طهماسیان، و چیمه، ۱۳۸۸). آبیدین ضریب

1- nonverbal communication
2- activity level
3- level and consistency of intellectual response
4- general impressions
5- Abidin
6- adaptability
7- acceptability
8- demandingness
9- mood
10- distractibility/hyperactivity
11- reinforces parent
12- depression
13- attachment
14- role restriction
15- competence
16- isolation
17- spouse
18- health

www.SID.ir

Archive of SID

آلفای کرونباخ را برای نمره‌ی کل از۰/۷۰ تا۰/۸٤ بدست آورد. پایایی آزمون- باز آزمون استرس والدینی در فاصله‌ی زمانی۳ ماه در نمونه‌ی بالینی متشکل از ۳۰ مادر ۰/۹۱ برای نمره‌ی کلی قلمروی والدینی و ۰/٦۳ برای نمره‌ی کلی قلمروی کودکی بود.

-**بازی درمانی فلورتایم**. فلورتایم اختصاص به بازی با کودک ندارد، بلکه فلسفه و تکنیک خاصی است که می‌تواند بازی و یا گفتگو با کودک باشد. هدف فلورتایم برای کودک فراهم آوردن توجه بدون قید و شرط برای کودک، تسهیل خود آغازگری و حل مسأله توسط کودک، رشد قصدمندی، انگیزش، جرأت‌ورزی و کاوشگری، ارتقاء توجه پایدار و متمرکز، تصحیح علامت‌دهی‌های کودک، افزایش تسلط بر چالش‌های رشدی حسی- حرکتی از طریق بازی، گسترش تعاملات والدین- کودک، رشد دلبستگی امن و لذت‌بخش بین والدین و کودک است. همچنین هدف فلورتایم برای والدین، افزایش درک بهتر علامت‌ها و نیازهای کودک، رشد احساس شایستگی والدین به عنوان تسهیل‌گر ارتباط، لذت بردن از بازی با کودک، افزایش پاسخگویی والدین در ارتباط با کودک می‌باشد (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۹). در فلورتایم سطح فعالیت و دوره‌ی توجه کودک به جای یک ساختار تحمیلی و از پیش تعیین شده، مسیر بازی و یا گفتگو را تعیین می‌کند. به والدین آموزش داده می‌شود که نظاره‌گر رفتار کودک باشند. در فلورتایم فرد بزرگسال از طریق بازی، کودک را جذب می‌کند و به او مهارت‌های اجتماعی و تنظیم هیجانی را آموزش می‌دهد (نی[1]، ۲۰۱۳). مراحل بازی فلورتایم از جایگاه تحولی کودک آغاز می‌شود و متناسب با سطوح تحول پیش‌می‌رود.

-**درمان ترکیبی خانواده- محور**. گرینسپن و ویدر (۲۰۰۹) بر این باورند که کودک برای دستیابی به رشد مطلوب، نیاز به محیط خانوادگی‌ای رشد یافته دارد. به عبارت دیگر برای این‌که کودک بتواند به هریک از توانمندی‌های تحولی دست یابد؛ لازم است پیش از آن، خانواده به عنوان یک واحد کلی و نظام یافته به آن توانمندی‌های تحولی دست یافته باشد. مراحل تحول خانواده در الگوی طراحی شده در این مطالعه شامل: توجه و تنظیم، صمیمیت، ارتباط متقابل دو سویه، حل مسأله‌ی اجتماعی، ایجاد بازنمایی‌ها یا ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط می‌باشند. در درمان ترکیبی خانواده- محور دستیابی خانواده به سطوح تحولی فوق هدف اصلی درمان می‌باشد. در جلسات درمان ترکیبی خانواده– محور، مدل تحول یکپارچه‌ی

1- Nee

www.SID.ir

Archive of SID

انسان (فرآیند تحول هیجانی– کارکردی، تفاوت‌های فردی حسی– تنظیمی ونقش ارتباط) معرفی می‌شود، پس از آن آشنایی با اختلال طیف اوتیسم و ویژگی‌های این اختلال از منظر این مدل، اصلاح نگرش‌ها و باورها در مورد اختلال ASD و تبیین نحوه‌ی اثر گذاری پویایی‌های درون خانواده بر مشکلات کودک و آموزش الگوی ارتباطی خانواده هدف قرار می‌گیرد که شامل: تأکید بر تعاملات آرام و تنظیم یافته، برانگیختن حس مشترک صمیمیت میان اعضاء، بررسی و اصلاح اشارات عاطفی و نحوه‌ی پاسخگویی مطلوب به آن‌ها، تأکید بر اهمیت حمایت از ابراز طیف گسترده‌ای از احساس‌ها و عواطف در قالب گفتگو، تفکر منطقی و واقع‌گرایانه، انتظارات واقع‌بینانه، تفاهم و مشارکت همه‌ی اعضاء در تعیین قواعد درون خانواده می‌باشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

هرسن و بارلو[1] (۱۹۷۶) برای عینی‌سازی تغییرها در پژوهش‌های تک آزمودنی محاسبه‌ی «درصد بهبودی» را بر اساس فرمول ذیل پیشنهاد کرده‌اند؛

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره‌ی پس آزمون– نمره‌ی پیش آزمون}}{\text{نمره‌ی پیش آزمون}} \times ۱۰۰$$

شاخص دیگری که در این نوع پژوهش‌ها برای تعیین میزان اثربخشی روش‌های مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرد «اندازه اثر» می‌باشد، کوهن اندازه‌های اثر را به سه بخش کوچک (۰/۲۰)، متوسط (۰/۵۰) و بزرگ (۰/۸۰) تقسیم کرده است که بر اساس فرمول زیر محاسبه می‌شود (کوهن، ۱۹۸۸).

$$\text{اندازه اثر} = \frac{\text{تفاوت میانگین‌ها}}{\text{مجذور میانگین واریانس‌ها}}$$

1- Hersen & Barlow

www.SID.ir

Archive of SID

در این مطالعه نیز داده‌های جمع‌آوری شده با دو روش فوق محاسبه شده‌اند.

یافته‌ها

در این مطالعه ابتدا ۱۵ کودک مبتلا به اوتیسم و خانواده‌هایشان شرکت نمودند که سه مورد از آن‌ها در طول برنامه، ریزش کردند و در نهایت ۱۲ کودک و والدین‌شان در این مطالعه باقی‌ماندند که به طور تصادفی در سه گروه درمان ترکیبی خانواده- محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان، بازی درمانی فلورتایم و گروه آموزش‌های رسمی مراکز اوتیسم (گروه کنترل) قرار گرفتند. سعی شد تا شرکت‌کننده‌ها از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جمله سن کودک، تحصیلات والدین و به ویژه مرحله‌ی تحول هیجانی- کارکردی کودک جور شوند. میانگین سنی کودک در همه‌ی گروه‌ها ۵/۱ سال، پدر ٤۰/۹۲ سال و مادر ۳۵/۵۸ سال بود، تحصیلات پدر و مادر در همه‌ی گروه‌ها به طور میانگین ۱۲ سال و یا دارای مدرک دیپلم متوسطه بودند.

جدول ۱. درصد بهبودی گروه‌ها در متغیر نشانه‌های رفتاری

متغیر	خانواده-محور		فلورتایم		کنترل	
	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری	اثر مداخله	اثر زمان
ارتباط با مردم	۷۵	۵۰	٤۰/۱۰	۲٦/۷۳	۱۰	۲۸
تقلید	۳۰	۳۰	۲۲	۱٤	٤۵	۲٦
پاسخ هیجانی	۵۵/۲۰	٤۰	۱٤	۱٦	۵/۲۰	۰
استفاده از بدن	۱۲/۵۰	۱۲/۵۰	۵/۰٦	۱۰/۵٤	۰	۰
به کارگیری اشیاء	٦۲	۳۳/۱۵	۲۳/٦٦	۲۳/٦٦	٤۷	٤۷
انطباق با تغییر	۵۰	۵۲/۷٤	۵۰	۲۲	۱۰/۵٤	۵/۰٦
پاسخ دیداری	۰	۸/۵۷	۵/۷۱	۵/۷۱	۰	۰
پاسخ شنیداری	۱۱/۷۹	۱۱/۸۰	+۸	+۸	+٦/۹۵	۰
پاسخ به حس‌ها	۱۷/٤۵	۱۷/٤۵	+۸/۰۲	۱۳/۵۸	+۵/۷۱	+۵/۷۱
ترس یا ناآرامی	۸۷	۸۷	۵۳	٤۸	٤٤	۲۲
ارتباط کلامی	۵۷/۲۵	۱۹	٤٤	۸۸	۳۲	۲۰
ارتباط غیرکلامی	۳۸/۱٦	۳۸/۱٦	۲۰	۲۵	۲۳/٦٦	۱۹
سطح فعالیت	۱۲/۵۰	۰	۱۳/۳۵	۸	۵/۰٦	۱۰/۵٤
سطح و ثبات هیجانی	۷/٤۲	۷/٤۲	۰	۰	۵/٦٦	۰
برداشت کلی	۲۷/۲۷	۲۷/۲۷	۲۵	۲۵	۰	۰

www.SID.ir

Archive of SID

اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که درصد بهبودی نشانه‌های رفتاری کودکان شرکت‌کننده در گروه درمان خانواده– محور در حوزه‌های ارتباط با مردم، پاسخ هیجانی، استفاده از بدن، به کارگیری اشیاء، پاسخ شنیداری، پاسخ به محرک‌های بویایی، چشایی و لامسه، ترس یا ناآرامی، ارتباط کلامی و غیرکلامی، سطح و ثبات هیجانی از شرکت‌کنندگان در روش‌های درمان فلورتایم و آموزش‌های رسمی (گروه کنترل) بیشتر است و میزان این بهبودی در خرده مقیاس‌های ارتباط با مردم، پاسخ هیجانی، ترس یا ناآرامی و ارتباط کلامی از ۵۰٪ بیشتر و از نظر بالینی معنادار می‌باشد.

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که در مجموع کاهش میانگین نشانه‌های رفتاری در شرکت‌کنندگان گروه درمان خانواده- محور از سایر شرکت‌کنندگان بیشتر است. مقایسه‌ی اندازه اثر محاسبه شده در سه گروه نشان‌دهنده‌ی آن است که درمان ترکیبی خانواده- محور در مقایسه با بازی درمانی فلورتایم و آموزش‌های رسمی (گروه کنترل) در حد قابل پذیرش و با اندازه اثر بالا (d=۳/۷۱) موجب کاهش بیشتر نشانه‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌شود. اگرچه این اثر در مرحله‌ی پیگیری کاهش یافته و اندکی کمتر از اندازه اثر درمان فلورتایم می‌باشد، اما با توجه به این‌که بر اساس جدول ۱درمان ترکیبی خانواده- محور در اغلب نشانه‌های رفتاری درصد بهبودی بالاتری در مقایسه با بازی درمانی فلورتایم داشته است و فقط در خرده مقیاس‌های ارتباط کلامی و سطح فعالیت کمتر از این گروه می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت؛ اثر بخشی درمان ترکیبی خانواده- محور در مجموع بیشتر بوده است.

جدول ۲. اندازه اثر محاسبه شده برای متغیر نشانه‌های رفتاری در سه گروه

گروه	پیش آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		اندازه اثر	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	درمان	پیگیری
خانواده–محور	۳۰/۸۷	۱/۵٤	۲۳/۳۷	۲/٤۲	۲٤/۲۵	۲/٤۲	۳/۷۱	۳/۲۷
فلورتایم	۲۸/۸۷	۰/۸۵	۲٤/٦۲	۱/٤۳	۲۵	۱/۳۵	۳/٦۳	۳/۲۹
کنترل	۲۹/٦٦	۱/٦۵	۲۸/۳۷	۱/۳۷	۲۹	۱/۲۲	۲/۳۹	۱/۸٦

جدول‌های شماره ۳ و٤ نتایج مربوط به کاهش استرس والدگری را به ترتیب در قلمروهای مادر و کودک نشان می‌دهد. مقایسه‌ی درصد بهبودی گروه‌ها نشان می‌دهد که درمان ترکیبی

www.SID.ir

Archive of SID

خانواده– محور می‌تواند موجب بهبودی چشمگیر استرس مادران در خرده مقیاس‌های صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش، روابط با همسر، سلامت از قلمروی والد و خرده مقیاس‌های بی‌توجهی/ فزون‌کنشی، تقویت‌گری، خلق، پذیرندگی و فزون‌طلبی از قلمروی کودک در مقایسه با روش‌های بازی درمانی فلورتایم و آموزش‌های رسمی (گروه کنترل) شود. میزان این بهبودی در خرده مقیاس‌های بی‌توجهی/ فزون کنشی، سلامت، دلبستگی و روابط با همسر از ۵۰٪ بیشتر می‌باشد و از نظر بالینی معنادار است.

جدول ۳. درصد بهبودی گروه‌ها در متغیر استرس قلمروی مادر

متغیر	خانواده– محور		فلورتایم		کنترل	
	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری	اثر مداخله	اثر زمان
صلاحیت	۳۹/۷۵	۳۲/۹۵	۲۲/۳۳	۱۷/۵۰	+۳/٤٤	+٤٦/٦٦
دلبستگی	٦۵/۱۱	٤٤/۸۹	٤	۱/۹۲	+۱۵/۷۸	+٤۰/۵۷
محدودیت نقش	۲۰/٦۵	۱۷/۱۱	۵/٤۰	۳/٤۷	+۲۲/۵۰	+۱۹/۰٤
افسردگی	۰	۸/٤۱	۱۷/۱۱	۱۹/۸۵	+۲٦/٦٦	+۳٦
روابط با همسر	۵۲/٤۸	۷۷/۷۷	۰/۹۸	+۱۳/۷۹	۱/۰٤	+۱٦/۱٦
انزوای اجتماعی	+۲/۷۷	+۱۲/۵۰	۱/۰۷	+۲٦	–۳/۰۷	+۲۵
سلامت	۷۲/۲۲	۲۸/۱٦	٤/٤۱	+۱۷/٦٤	+۳/۷۷	+٤۳/٤۷

جدول ٤. درصد بهبودی گروه‌ها در متغیر استرس قلمروی کودک

متغیر	خانواده– محور		فلورتایم		کنترل	
	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری	اثر مداخله	اثر زمان
بی‌توجهی/فزون‌کنشی	۵۳	٤۳/۵۱	۱۷/۲٤	۱۱/۱۱	۰	۲/۳۰
تقویت‌گری	۲۸/۳۷	۵/٤۰	۲/۱۲	+۵٤/۱٦	۸/٦۰	۹/۳۰
خلق	۳۳/۳۷	۱۸	+۲۷/۲۷	+۲۰	+٤٦	+۲۳
پذیرندگی	۳۲/۱۸	۹/۱۹	۲۰	۳/۷۵	۱/۱۹	+۱٦/٦٦
سازش‌پذیری	۳/۰۷	+٤/٦۸	۳/۰۲	+٤/۵٤	٤/٦۱	۳/۱۷
فزون‌طلبی	۱۸/۳۳	۱۰/۷۱	۱۱/۱۹	۳/۲۹	۲/۰۲	۵/۹٤

جدول ۵ مقایسه‌ی اندازه اثر محاسبه شده برای سه روش درمان نشان می‌دهد که میانگین

www.SID.ir

Archive of SID

استرس مادرانی که در گروه درمان خانواده- محور شرکت نمودند در قلمروی استرس مادر در هر دو مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری در مقایسه با سایر گروه‌ها کاهش بیشتری داشته است، ولی در قلمروی کودک در مرحله‌ی پس آزمون در مقایسه با گروه فلورتایم اثر کمتری داشته است که این تفاوت در مرحله‌ی پیگیری وارونه شده است، به نحوی که با مقایسه‌ی اندازه اثرهای مرحله‌ی پس آزمون می‌توان ادعا نمود که درمان ترکیبی خانواده- محور موجب کاهش بیشتر استرس والدگری در هر دو قلمروی کودک و مادر و استرس کل می‌شود.

جدول ۵. اندازه اثر محاسبه شده برای متغیر استرس والدگری در سه گروه

گروه		پیش آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		اندازه اثر	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	درمان	پیگیری
خانواده-محور	مادر	۱۵۰/۵۰	۳۱/۷۷	۱۲۲/۵۰	۲٤/۳٦	۱۳۳/۵۰	۱٦/۵۸	۰/۹۸	۰/٦۷
فلورتایم		۱۹۲/۷۵	٤۷/۸۸	۱۸٤/۷۵	۳۷/۹۷	۱۹۸/۷۵	۳۱/۰۷	۰/۲۳	+۰/۱٤
کنترل		۱٦۰	٤۰/۹٦	۱٦۷/۵۰	۲۹/۱٤	۲۱٦/۲۵	۲۳/۵۸	+۰/۲٤	+۱/۱۵
خانواده-محور	کودک	۱۷٦	۳۱/۰۸	۱۱٤	۲۷/۲۸	۱۳٦	۳۳/۵۵	۲/۱۳	۱/۲۵
فلورتایم		۱٦٦	٦/۸۳	۱۳۸	۳/۱۰	۱٦۲	۷/۰۷	۵/٦٦	۰/۵۷
کنترل		۱٦٤	۳۳/٦۹	۱۵۲	۲۸/۳۰	۱۵٦/۷۵	۱۷/٦۸	۰/۳۸	۰/۲٦
خانواده-محور	کل	۱٦۳/۲۵	۳۱/٤۲	۱۱۸/۲۵	۲۵/۸۲	۱۳٤/۷۵	۲۵/۰٦	۱/۵۵	۰/۹٦
فلورتایم		۱۷۹/۳۷	۲۷/۳۵	۱٦۱/۳۷	۲۰/۵۳	۱۸۰/۳۷	۱۹/۰۷	۲/۹٤	۰/۳۵
کنترل		۱٦۲	۳۷/۳۲	۱۵۹/۷۵	۲۸/۷۲	۱۸٦/۵۰	۲۰/٦۳	۰/۳۱	۰/۷۰

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه درمان ترکیبی خانواده- محور در مقایسه با بازی درمانی فلورتایم و آموزش‌های رسمی موجب کاهش بیشتر نشانه‌های رفتاری کودکان ASD شده است. نتایج مربوط به مقایسه‌ی اثربخشی فلورتایم و گروه کنترل تأییدی بر یافته‌های پژوهش‌های پاجاریا و نوپمانیجومروسلرز[1] (۲۰۱۱) و نیز سولومون، نیکل، فرچ و بروکمن (۲۰۰۷)، ماهونی و پرالز[2] (۲۰۰۵) می‌باشد. میانگین نشانه‌های رفتاری کودکان شرکت‌کننده در

1- Pajareya & Nopmaneejumruslers
2- Mahoney & Perales

www.SID.ir

Archive of SID

درمان ترکیبی خانواده- محور از ۳۰/۸۷ در مرحله پیش آزمون به ۲۳/۳۷در مرحله‌ی پس آزمون کاهش یافته است که در مقایسه با گروه بازی درمان فلورتایم که میانگین این متغیر در آن از ۲۸/۸۷ به ۲٤/٦۲ تغییر یافته، اثربخشی بیشتری را نشان می‌دهد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت؛ در مدل تحول یکپارچه، هیجان‌ها محور تحول بوده و یادگیری معنادار با میانجی‌گری هیجان به وقوع می‌پیوندد. گرنسپین معتقد است؛ هیجان «رهبر تیم ذهن» است و هر یک از تجارب حسی در بافتی از روابط رخ می‌دهند که معنای هیجانی مضاعفی به آن‌ها می‌دهد. کیفیت تجربه‌ی هیجانی بر مبنای سازمان‌یابی حسی و ماهیت روابط با دیگران شکل می‌گیرد. اختلال در پردازش و یکپارچه‌سازی حسی همراه با روابط غیرانطباقی والد- کودک به ناتوانی کودک در سازمان‌دهی تجربه‌ی «موضوعات عاطفی»[1] می‌انجامد (گرینسپن و ویدر، ۱۹۹۷). در این فرآیند کودکان کم یا بیش واکنش در تجربه‌ی لذت، شادی و کاوشگری دچار مشکل می‌شوند، به خصوص اگر اطرافیان نتوانند سبک تعاملشان را با نیازهای آن‌ها تطبیق دهند. هنگامی که مراقب نمی‌تواند به علامت‌دهی نوزاد پاسخ دهد، عواطف کودک متناسب با سطح تحولیش سازمان نمی‌یابند، در چنین شرایطی شاید کودک بتواند طیفی از هیجانات را تجربه کند، اما در بیان آن‌ها و ایده‌پردازی هیجانی با دشواری مواجه باشد (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۹). آموزش‌های رسمی مراکز که مبتنی بر اصول رفتاری می‌باشند، بیشتر بر تغییر رفتارها و حفظ واژگان متمرکز می‌باشند و شرطی‌سازی و تقویت را برای آموزش رفتارهای مطلوب به کار می‌برند. همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان می‌دهند؛ این روش‌ها فقط در توانایی کودکان برای تقلید، اثربخشی بیشتری در مقایسه با سایر روش‌ها داشته‌اند که البته این میزان اثربخشی در مرحله‌ی پیگیری کاهش چشمگیری داشته است و از ٤٥ درصد بهبودی در مرحله‌ی پس آزمون به ٢٦ درصد در مرحله‌ی پیگیری رسیده است. همان‌طور که پیش از این گفته شد؛ آموزش مفاهیم در محیطی ساختار یافته برای کودک معنایی ندارد و کودک فقط واژگان را در قالبی طوطی‌وار تقلید می‌کند و اگرچه همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد این کودکان در توانایی تقلید رشد نموده‌اند، اما با توجه به داده‌ها در سایر حوزه‌ها نظیر ارتباط با مردم، ارتباط کلامی، غیرکلامی و... نتوانسته‌اند آموخته‌های خود را تعمیم دهند و در قالب طرحی معنادار به کار برند.

1- Emotional themes

www.SID.ir

Archive of SID

بازنمایی ذهنی یا ایده‌ی یک فرد در خصوص شیء یا فردی دیگر، تصویری چندحسی است که تمام ویژگی‌های فیزیکی شیء و نیز سطوح معنایی انتزاع شده از تجربیات فرد با آن شیء یا فرد را در بر می‌گیرد. هر شیء هم موضوعی دیداری، شنیداری، لمسی، بویایی و دهلیزی است و هم شامل تجربیات مختلف اجتماعی و هیجانی است. بنابراین گستره‌ی حواس و طرح‌های حسی- حرکتی‌ای که یک کودک در ارتباط با جهان پیرامونش به کار می‌گیرد، اهمیت حیاتی دارد. اگر گستره، عمق و یکپارچگی تجربیات حسی کودک از محیط محدود باشند، ساخت بازنمائی‌ها نیز محدود خواهند بود. مدل تحول یکپارچه‌ی انسان به جای تمرکز بر جنبه‌های خاص کودک بر تمام جنبه‌های رشد کودک به گونه‌ای یکپارچه توجه می‌نماید، فضاهای فیزیکی از طریق جستجوی اهداف هیجانی دارای معنای هیجانی می‌شود و تعامل‌های هیجانی که تمام جنبه‌های وجود انسان را یکپارچه می‌سازند، هدف اولیه‌ی درمان کودک ASD قرار می‌گیرند تا کودک بهتر جذب روابطی امن و آرام شود و یادگیری معنادار اتفاق افتد.

در مدل تحول یکپارچه، مسیری که کودک به طور طبیعی برای فراگیری واژگان طی می‌کند نقشه راه قرار می‌گیرد که در آموزش‌های رفتاری چنین مسیر تحولی دنبال نمی‌شود. بر مبنای مدل تحول یکپارچه‌ی انسان، نشانه‌های رفتاری نظیر گرایش به تکرار، به هم زدن و پیچ دادن دست‌ها و یا رفتارهای خودانگیز این کودکان، نشانه‌های ثانویه‌ی اختلال ASD می‌باشند و اختلال در توانایی جذب شدن به انسان‌ها، مبادله‌ی مداوم اشاره‌های هیجانی و به‌کارگیری واژه‌ها یا نمادهای هیجانی به عنوان نشانه‌های اولیه‌ی اوتیسم شناخته می‌شوند که نشانه‌های رفتاری ازآن‌ها ریشه می‌گیرند (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۹). به بیان دیگر این کودکان از آنجا که در توانمندی‌های فوق دچار ضعف هستند نشانه‌های رفتاری بروز می‌دهند.

همان‌طور که گفته شد؛ مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که والدین کودکانASD پریشانی بسیاری را تجربه می‌کنند که با منابع استرس والدین درآمیخته است و مانع تعامل مطلوب مادر- کودک می‌شود (تومانیک، هریس و هاوکینس[1]، ۲۰۰٤) و مشارکت آن‌ها در روند درمان، تأثیر به سزایی بر بهبود کودک مبتلا به ASD دارد (کین، کازنس، ماسپرات و رادجر[2]، ۲۰۱۰).

1- Tomanik, Harris, & Hawkins
2- Keen, Couzens, Muspratt, & Rodger

www.SID.ir

Archive of SID

اما پژوهش‌هایی که صرفاً به آموزش کودک– محوروالدین، پرداخته‌اند؛ نظیر مطالعه‌ی سرابی جماب، حسن آبادی، مشهدی، و اصغری نکاح، (۱۳۹۰) نشان داده‌اند که آموزش مادر در کاهش معنادار استرس قلمروی کودک مؤثر بوده است اما تأثیر بسزایی در کاهش معنادار استرس قلمروی والد نداشته، این پژوهشگران معتقدند؛ عدم کاهش معنادار استرس قلمروی والد ممکن است به این علت باشد که در برنامه‌ی آن‌ها- آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها- مشکلات ارتباطی والدین، کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

در پژوهش حاضر، درمان خانواده– محور توانسته است با بهبود کارکرد تحولی خانواده به کاهش استرس در هر دو قلمروی کودک و مادر بینجامد. در این تحقیق، شرکت‌کنندگان گروه درمان ترکیبی خانواده– محور به ویژه در مقیاس‌های ارتباط با همسر، افسردگی، سلامت، صلاحیت، فزون‌طلبی و دلبستگی کاهش داشته‌اند در حالی‌که در مطالعه‌ی لیو،چن، لی، چن و لین[1] (۲۰۱٤) بازی درمانی فلورتایم به تنهایی بهبودی معناداری در خرده مقیاس‌های استرس مادر و کودک ایجاد ننموده است، بنابراین درمان ترکیبی خانواده- محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان می‌تواند در درمان کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم به عنوان یک درمان اثربخش مطرح باشد.

منابع

فارسی

جلالی مقدم، نیلوفر؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ صدق‌پور، بهرام صالح؛ خوشابی، کتایون و چیمه، نرگس (۱۳۸٦). راهبردهای مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۳ (۱۲)، ۷٦۱-۷۷٤.

خرم‌آبادی، راضیه؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ طهماسیان، کارینه وچیمه، نرگس (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با مادران کودکان بهنجار. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۵ (۱۹)، ۳۸۷-۳۹۹.

1- Liao, Chen, Lee, Chen, & Lin

www.SID.ir

Archive of SID

خوشابی، کتایون؛ فرزادفرد، سیده‌زینب؛ کاکاسلطانی، بابک؛ پوراعتماد، حمیدرضا و نیک‌خواه، حمیدرضا (۱۳۸۹). بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و مقایسه‌ی آن با مادران کودکان عادی. *فصلنامه‌ی خانواده‌پژوهی*، ۶، (۲۱) ۹۷-۸۷.

رافعی، طلعت (۱۳۸۵). *اتیسم، ارزیابی و درمان*. تهران: دانژه.

سرابی‌جماب، ملیحه؛ حسن آبادی، حسین؛ مشهدی، علی و اصغری نکاح، محسن (۱۳۹۰). تأثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به درخوردماندگی. *مجله اصول بهداشت روان*، ۱۳ (۱)، ۹۳-۸۴.

عالی، شهربانو؛ امین‌یزدی، سید امیر؛ عبدخدایی، محمد سعید؛ غنایی چمن آباد، علی و محرری، فاطمه (زیر چاپ). کارکرد تحولی خانوادهٔ کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم. *مجله دانشکده پزشکی مشهد*.

علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ علی‌پور، احمد؛ چیمه، نرگس و محتشمی، طیبه (۱۳۹۱). اثر روش درمانی پاسخ محور مبتنی بر والدین در بهبود کودکان دارای اتیسم، *فصلنامه ایرانی کودکان استثنائی*، ۱۲ (۱)، ۱۲-۱.

گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس (۱۳۸۳). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم‌تربیتی و روان‌شناسی*. (ج ۱). (مترجمان احمدرضا نصر و همکاران). تهران: سمت.

لاتین

Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index (PSI)*: Pediatric Psychology Press.

Baron-Cohen, S. (2008). *Autism and asperger syndrome*: Oxford University Press.

Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders the couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24* (1), 38-49.

Carter, A. S., Davis, N. O., Klin, A., & Volkmar, F. R. (2005). *Social development in autism*. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds). Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Vol. 1. Diagnosis, development, neurobiology, and behavior. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale. NJ: Erlbaum.

www.SID.ir

Archive of SID

Coucouvanis, J., Hallas, D., & Farley, J. N. (2012). Autism Spectrum Disorder. *Child and adolescent behavioral health: a resource for aAdvanced practice psychiatric and primary care practitioners in nursing*, 238 -259.

Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floortime play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *78* (3), 196-203.

Greenspan, S., & Shanker, S. (2004). *The first Idea: how symbols, language and intelligence evovled from our primate ancestors to modern humans*. Reading, Pereus Books.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, *1,* 87-142.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). Infant and early childhood mental health: a comprehensive developmental approach to assessment and intervention: American Psychiatric Pub.

Greenspan, S., & Wieder, S. (2005). Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual -difference, relationship-based (DIR) approach. *Journal of Developmental and Learning Disorders, 9*, 39-61.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2009). *Engaging autism: using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*: Da Capo Press.

Harris, K. R., Graham, S., MacArthur, C., Reid, R., & Mason, L. H. (2011). *Self-regulated learning processes and children's writing*. Handbook of self-regulation of learning and performance, 187-202.

Hersen, M., & Barlow, D. H. (1976). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change.* New York: Pergamon Press.

Hilton, J. C., & Seal, B. C. (2007). Brief Report: Comparative ABA and DIR Trials in Twin Brothers with Autism. *Autism Developmental Disorder, 37,* 1197-1201.

Ingersoll, B., & Schreibman, L. (2006). Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: Effects on language, pretend play, and joint attention. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36* (4), 487-505.

Ivey, J. K. (2004). What do parents expect? A study of likelihood and

www.SID.ir

Archive of SID

importance issues for children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 19* (1), 27-33.

Keen, D., Couzens, A., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research Autism Spectrum Disorder*, *4* (2): 229-41.

Kheir, N., Ghoneim, O., Sandridge, A. L., Al-Ismail, M., Hayder, S., & Al-Rawi, F. (2012). Quality of life of caregivers of children with autism in Qatar. *Autism, 16* (3), 293-298.

Liao, S.-T., Hwang, Y.-S., Chen, Y.-J., Lee, P., Chen, S.-J., & Lin, L.-Y. (2014). Home-based DIR/ Floortime™ Intervention Program for Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: Preliminary Findings. *Physical & occupational therapy in pediatrics*.

Macks, R. J., & Reeve, R. E. (2007). The adjustment of non-disabled siblings of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders, 37* (6), 1060-1067.

Mahoney, G., & Perales, F. (2003). Using Relationship-Focused Intervention to Enhance the Social-Emotional Functioning of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Topics in Early Childhood Special Education, 23* (2), 74-86.

Moh, T. A., & Magiati, I. (2012). Factors associated with parental stress and satisfaction during the process of diagnosis of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6* (1), 293-303.

Nee, J. E. (2013). Behavior & Developmental Treatment Models for Autism Spectrum Disorders: Factors Guiding Clinician Preference and Perceptions. *Master of Social Work Clinical Research Papers*. 238-250.

Paivio, A. (2014). *Mind and its evolution: a dual coding theoretical approach*: Psychology Press.

Pajareya, K., & Nopmaneejumruslers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/ Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, *15* (5), 563-577.

Pakenham, K. I., Samios, C., & Sofronoff, K. (2005). Adjustment in mothers of children with asperger syndrome an application of the double ABCX model of family adjustment. *Autism*, *9* (2), 191-212.

Powers, M. (1989). Children with Autism and their Families. *Children with Autism: A Parent's Guide*, 105-139.

Reichman, N. E., Corman, H., & Noonan, K. (2008). Impact of child disability on the family. *Maternal and Child Health Journal*, *12* (6), 679-683.

Samadi, S. A., Mahmoodizadeh, A., & McConkey, R. (2012). A

www.SID.ir

Archive of SID

national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism*, *16* (1), 5-14.

Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *10* (1), 91-103.

Sivberg, B. (2002). Family System and Coping Behaviors A comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*, *6* (4), 397-409.

Solomon, A. H., & Chung, B. (2012). Understanding autism: How family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. *Family Process, 51* (2), 250-264.

Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism the PLAY project home consultation program. *Autism, 11* (3), 205-224.

Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C. A., Petty, C. R., & et al. (2011). Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *American Journal of Psychiatry*, *168* (6), 617-623.

Tomanik, S., Harris, G. E., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *29* (1), 16-26.

Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45* (5), 561-569.

Tunali, B., & Power, T. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *32* (1), 25-34.

Wang, P., Michaels, C. A., & Day, M. S. (2011). Stresses and coping strategies of Chinese families with children with autism and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *41* (6), 783-795.

Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, *6* (1), 115-130.

Weiss, P. R. (2000). Emotion and Learning. *Training & Development*, *54* (11), 44-48.

www.SID.ir