

مقاله‌ی پژوهشی

طراحی درمان ترکیبی خانواده‌محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و مقایسه‌ی اثر بخشی آن با بازی درمانی فلورتایم بر کارکرد تحولی خانواده و تحول هیجانی-کارکردی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

خلاصه

مقدمه: اختلال طیف اوتیسم از ناتوانی‌های عمده‌ی دوران کودکی است که زمینه‌ساز فشارهای روانی بسیاری برای کودک و خانواده می‌باشد. با توجه به تاثیر نامطلوب بسیاری که این اختلال بر سیستم خانواده دارد، در این پژوهش سعی شده است تا بر مبنای مدل تحول یکپارچه‌ی انسان که رویکرد نوینی در درمان این اختلال است، درمانی خانواده-محور طراحی شود، در این درمان به منظور تقویت توانمندی‌های کودک، کارکرد خانواده به عنوان یک واحد کلی، هدف قرار می‌گیرد و اثربخشی آن در ترکیب با بازی درمانی فلورتایم، بررسی می‌شود.

روش کار: این مطالعه در چهارچوب یک طرح تک آزمودنی در طول ۵ ماه روی ۱۲ کودک ۸-۳ ساله‌ی مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و خانواده‌های آن‌ها اجرا و اطلاعات در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری جمع‌آوری شد. برای بررسی اثربخشی درمان از ابزار محقق‌ساخته‌ی کارکرد تحولی خانواده، پرسش‌نامه‌ی سنجش هیجانی-کارکردی و پرسش‌نامه‌ی تحول هیجانی-کارکردی استفاده شد.

یافته‌ها: درصد بهبودی کارکرد تحولی خانواده در گروه درمان ترکیبی خانواده-محور به ویژه در حوزه‌های صمیمیت، جذب شدن، انضباط و تحول هیجانی-کارکردی کودکان نیز در سطوح خودتنظیمی، دلبستگی و مبادله‌ی دوسویه از ۵۰ درصد بیشتر و میزان بهبودی از نظر بالینی معنی‌دار بود. اندازه اثر درمان ترکیبی نیز بالاتر از ۰/۸۰ برآورد شد.

نتیجه‌گیری: بنا بر نتایج درمان ترکیبی خانواده‌محور می‌تواند اثربخشی بازی درمانی فلورتایم را افزایش دهد و به عنوان یک رویکرد درمانی اثربخش در درمان این اختلال استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: اوتیسم، بازی درمانی، خانواده، کارکرد، هیجان

شهربانو عالی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

*سید/امیر امین یزدی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

محمد سعید عبدخدانی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

علی غنائی چمن‌آباد

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

فاطمه محرری

دانشیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

yazdi@ferdowsi.um.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۳/۳/۲۰

تاریخ تایید: ۹۳/۷/۲۹

پی‌نوشت:

این مطالعه با تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد بوده و از هیچ نهاد خاصی کمک مالی دریافت نکرده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از شرکت کنندگان در پژوهش، قدردانی می‌گردد.

مقدمه

شناختی و استقلال این کودکان تایید نموده‌اند (۱۳، ۱۲). از منظر گرنسپین^۷ با این که رویکردهای رفتاری سهم مهمی در تقویت کار آموزشی و درمانی با کودکان مبتلا به چالش‌های شدید تحولی داشته‌اند اما می‌توان از اصلاح رفتار فراتر رفته و به فرایندهای تحولی زیربنایی که به تحول سالم کودک صدمه می‌زنند، پرداخت (۱۴).

گرنسپین رویکرد نوینی را برای درمان اختلالات تحولی و از جمله اختلال طیف اوتیسم، با عنوان مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط^۸ (DIR) طراحی نموده‌است. این رویکرد، نقشه‌ی راه جدیدی از تحول تدریجی تیم ذهن انسان ارائه می‌دهد که نگاهی یکپارچه به توانمندی‌های انسان شامل شناخت، زبان، عاطفه و هیجان دارد (۱۱). امین یزدی در مقاله‌ی خود با عنوان تحول یکپارچه‌ی انسان: مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، این الگو را مدل تحول یکپارچه‌ی انسان نامیده است (۱۵). مدل تحول یکپارچه‌ی انسان یا DIR مراحل تحولی یا به عبارت دقیق‌تر، توانمندی‌های تحولی را شناسایی کرده است که کودکان به منظور دستیابی به عملکرد انطباقی می‌بایست به آن‌ها تسلط یابند. طرفداران رویکرد DIR بر این باورند که کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ظرفیت‌های دستیابی به توانمندی‌های تحولی بنیادین را به طور بالقوه دارند اما به دلیل وجود چالش‌های زیستی، این توانمندی‌ها تحول نیافته‌اند (۱۰). روش DIR درمانی فراگیر است و بر خلاف روش‌های رفتاری که بر کاهش رفتارهای خاص متمرکز می‌باشند، این درمان بر نقایص تحولی محوری اوتیسم به منظور ایجاد توانمندی‌های کارکردی پایه تاکید دارد. این رویکرد بر مبنای این فرض زیربنایی قرار دارد که هیجان‌ها پایه و اساس تحول و یادگیری می‌باشند و روابط انسانی، نقش حیاتی در تحول کودک ایفا می‌کنند (۱۶). از منظر گرنسپین اختلالات تحولی نظیر ASD نتیجه‌ی تحول نایافتگی مطلوب قابلیت‌های پایه است که این امر می‌تواند ناشی از نارسایی سیستم عصبی کودک و یا سبک تعاملی نامناسب والدین باشد. به همین جهت در درمان نیز از تاکید صرف بر تغییر رفتارهای ناسازگار، فراتر رفته و به تحول تمام ابعاد انسان در ارتباط اجتماعی و تعامل هدف‌مند به ویژه با والدین می‌پردازد. بنابراین، تفاوت عمده‌ی مدل تحول یکپارچه‌ی انسان با مدل‌های درمانی دیگر که رویکرد رفتاری بر آن‌ها غالب است، در نگاه یکپارچه به تمام قابلیت‌های انسان، تحولی بودن رویکرد، توجه به روش‌های فردی پردازش اطلاعات توسط کودکان و اهمیت روابط عاطفی در فرایند تحول می‌باشد (۱۴).

با نگاهی به ادبیات پژوهشی موجود درمی‌یابیم که مطالعات مبتنی بر مدل DIR مانند مطالعه‌ی سولومون^۹ و همکاران، گرنسپین و ویدر^{۱۰}

اختلال طیف اوتیسم^۱ (ASD) از جمله بیماری‌های عصب-تحولی^۲ پیچیده‌ی کودکان است که با دشواری‌های خفیف تا شدید در تعامل و ارتباط اجتماعی و نیز الگوهای تکراری رفتار، علائق و فعالیت‌ها همراه می‌باشد (۱). این ناتوانی‌ها با ماهیتی فراگیر در مراحل اولیه‌ی رشد، آشکار شده و زندگی فرد را در طول دوره‌ی حیات تحت تاثیر قرار می‌دهند. اختلالات شناختی، مشکلات رفتاری، خلق و خوی آشفته و تحریک‌پذیری، کارکرد انطباقی پایین، فقدان توانایی خودمراقبتی، مشکلات زبان، ناتوانی یادگیری و نیاز به مراقبت برای تمام عمر نه تنها بر فرد مبتلا بلکه بر مراقبین او، خانواده، معلمان و جامعه تاثیر می‌گذارند (۲). شیوع جهانی ASD در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته (۳) و به یکی از رایج‌ترین انواع ناتوانی‌های تحولی تبدیل شده است (۴). این افزایش شیوع، فشار اقتصادی زیادی را به همراه داشته است (۵). گانز^۳ هزینه سرانه‌ی اوتیسم را ۳۲۰۰۰۰۰ دلار گزارش کرده است (به نقل از ۶). علاوه بر هزینه‌های مالی بنا به گفته‌ی راتاجزاک^۴ ویرانی عاطفی که به سبب مشکلات این افراد در خانواده ایجاد می‌شود، نگرانی‌های بسیاری را برانگیخته است (۷) و بنا به گفته‌ی شاتاک^۵ موجب شکل‌گیری گستره‌ای از پژوهش‌ها در خصوص علایم زیستی و ژنتیکی مربوط به سبب‌شناسی این بیماری شده است (۸) اما در مقایسه، شمار پژوهش‌هایی که به بررسی طرح‌های درمانی برای کمک به افراد مبتلا به ASD و خانواده‌های‌شان می‌پردازند، بسیار محدود است (۹).

درمان‌هایی که تاکنون برای ASD معرفی شده‌اند، مبتنی بر الگوی رفتاری می‌باشند. رویکردهای رفتاری در خصوص درمان کودکان مبتلا به ASD با ناامیدی بر این باورند که این کودکان به سبب وجود محدودیت‌های زیستی، دچار نقص پایه‌ای در توانمندی‌های تحولی بنیادین نظیر توجه مشترک، تعامل متقابل هیجانی و اجتماعی، اشاره‌های عاطفی، کاربرد معنی‌دار و خلاق زبان و سطوح بالاتر تفکر انعکاسی و استنتاجی نظیر همدلی و نظریه‌ی ذهن می‌باشند و بنابراین امکان دستیابی به این توانمندی‌ها را ندارند. به همین سبب فقط بر تغییر رفتارها و نشانه‌های سطحی متمرکز می‌شوند تا سازگاری کودک را با محیط پیرامونش افزایش دهند (۱۱، ۱۰). گزارش‌های اولیه‌ی لواس^۶ در نتایج این مداخلات، مایه دلگرمی بوده و سهم مهمی در تقویت آموزش و درمان کودکان مبتلا به چالش‌های شدید تحولی داشته است و پژوهش‌های بسیاری موفقیت روش‌های رفتاری را در افزایش توانایی‌های

¹Autism Spectrum Disorder

²Neurodevelopmental Disorder

³Ganz

⁴Ratajczak

⁵Shattuck

⁶Lovass

⁷Greenspan

⁸Developmental, Individual-Difference, Relationship-Based Model

⁹Solomon

تعامل دوسویه‌ی عاطفی را پرورش دهند، می‌توانند تجارب بسیار غنی برای کودک فراهم آورند و درمان او را تسهیل نمایند. بنابراین طراحی روش‌های درمانی متمرکز بر توانمندسازی خانواده از اهمیت به‌سزایی برخوردار است (۳۳). توانمندسازی و فعال نمودن خانواده‌ها مولفه‌ی کلیدی درمان‌های خانواده‌محور است. مداخلات خانواده‌محور با استفاده از شیوه‌های آموزش، به والدین کمک می‌کنند تا درک درستی از ماهیت اوتیسم و نحوه‌ی یادگیری فرزندشان داشته باشند و پیشینه‌ی پژوهش‌های موجود، خانواده‌محور بودن مداخلات درمانی را یکی از عوامل موثر در بهبود عملکرد خانواده، والدین و کودک می‌داند (۳۴). از این رو در این پژوهش درمان ترکیبی خانواده‌محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان که علاوه بر بازی‌درمانی فلورنایم، پویایی‌ها، روابط و مهارت‌های ارتباطی درون خانواده را نیز هدف قرار می‌دهد، طراحی شد و بررسی این موضوع هدف قرار گرفت که آیا با درمان خانواده‌محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و ارایه‌ی آن در ترکیب با بازی‌درمانی فلورنایم می‌توان اثربخشی این درمان را افزایش داد؟ به نظر می‌رسد که مطالعه‌ی حاضر، اولین کار پژوهشی در زمینه‌ی درمان خانواده‌محور مبتنی بر مدل DIR برای کودکان ASD باشد. در نتیجه ضرورت انجام چنین پژوهشی محسوس است و به غنای خزانه‌ی روش‌های درمانی موجود برای کودکان ASD می‌افزاید.

روش کار

در این کارآزمایی بالینی با توجه به این که گروه کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم از جمله گروه‌های دارای شرایط بالینی خاص بوده و کمتر می‌توانند با مشکلات کاملاً مشابه شناسایی و به طور تصادفی در گروه‌ها قرار گیرند، از روش شبه‌آزمایشی استفاده شده است. روش اجرا به این صورت بود که ابتدا گروه آزمون براساس ملاک‌های ورود انتخاب و سپس گروه شاهد از نظر سن، سطح تحول هیجانی کارکردی و تحصیلات والدین با گروه آزمون هم‌تا شدند. هم‌چنین به منظور اندازه‌گیری دقیق رفتار مورد مطالعه و کنترل دقیق متغیرهای تحقیق، طرح تک‌آزمودنی^۳ انتخاب شد. این طرح شامل تحلیل فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی افراد است که به‌عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند (۳۵). جامعه‌ی پژوهش حاضر تمامی کودکان ۸-۳ سال مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و خانواده‌های آن‌ها بودند که در زمان اجرای آزمون به کلینیک ویژه‌ی بیمارستان ابن‌سینا مراجعه نمودند. از بین جامعه‌ی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، ۱۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به معیارهای ورود (دریافت تشخیص اختلال ASD از فوق تخصص روان‌پزشکی کودک، سن ۳ تا ۸ سال و همکاری والدین) و معیارهای خروج (وجود عقب‌ماندگی ذهنی آشکار، مبتلا بودن به صرع

اثربخشی آموزش مادر را بر ارتقای توانمندی‌های تحولی کودک تأیید نموده‌اند (۱۸-۱۶)، هم‌چنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که اختلال ASD بر سلامت روان والدین و سایر اعضای خانواده اثری چندوجهی و فراگیر دارد (۱۹، ۲۰). والدین کودکان مبتلا به ASD نسبت به والدین کودکانی که رشد عادی دارند (۲۴-۲۱) و نیز والدین کودکانی که مبتلا به انواع دیگر تاخیرهای تحولی هستند، سطوح بالاتری از تنش فرزندپروری را تجربه می‌کنند (۲۹-۲۵). والدین این کودکان، خود را غرق در مشکلات فرزندشان حس کرده و تنش‌های زناشویی بسیاری را تجربه می‌کنند (۳۰). مطالعه‌ی هارتلی^۲ نشان می‌دهد میزان طلاق در خانواده‌های دارای کودک ASD، دو برابر خانواده‌های دارای کودکان عادی است (۳۱) حتی درباره‌ی والدینی که جدا نمی‌شوند، حضور کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در خانواده باعث کاهش رضایت‌مندی آن‌ها از زناشویی شده و به طور معنی‌داری تجارب فرزندپروری آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۲). بنابراین به وضوح می‌توان گفت رابطه‌ی بین اختلال کودک و کارکرد خانواده، رابطه‌ی دوسویه و متقابل است و به جای پرداختن به کودکی با نیازهای ویژه، باید به خانواده‌های دارای نیازهای ویژه بپردازیم و ضرورت دارد تا در نگاه فراگیر به درمان، فراتر از کودک، کارکردهای تحولی خانواده نیز هدف قرار گیرد. با وجود اثرات نامطلوب اختلال ASD بر کل نظام خانواده، در ادبیات پژوهشی، توجه چندانی به آن نشده است در حالی که اگر محیط خانوادگی و مراقبتی کودک، تحول‌یافته نباشد، نه تنها دستیابی به نتایج درمانی و تعمیم آموزش‌ها را به محیط خانواده تسهیل نمی‌کند، بلکه در بسیاری از موارد آن‌ها را تضعیف می‌نماید. از نگاه گرینسنپ و ویدر، معلمان و سیاست‌های اجتماعی موثر می‌آیند و می‌روند در حالی که خانواده تنها گروهی است که کودکان ASD برای مدت طولانی از آن کمک‌هایی دریافت می‌کنند (۳۰). همان طور که گفته شد خانواده‌های دارای کودکان ASD با عوامل تنش‌زا و چالش‌های بسیاری از جمله ناتوانی غیر منتظره، رفتارهای آزارگرانه و اختلالات رفتاری فرزندشان، دشواری یافتن خدمات، سردرگمی در یافتن درمان اثربخش، تیرگی تعامل با اطرافیان و افراد دیگر جامعه، روبه‌رو هستند. بدون تمرکز بر خانواده و آموزش والدین، منابع خانواده (انرژی، زمان و توانایی مقابله) به طور فزاینده‌ای کاهش می‌یابند، تعارضات زناشویی و مشکلات هیجانی افزایش می‌یابند، تعاملات بی‌ثمر با کودک ASD به تدریج پایدار می‌شوند و در جهت ایجاد الگویی انعطاف‌ناپذیر پیش می‌روند و الگوی تحول، مختل می‌شود اما اگر نظام خانواده، آرام و تنظیم بوده و مقدار زیادی صمیمیت در خانواده جریان داشته باشد و اعضای خانواد

¹Weider

²Hartley

³Single-Subject Experiment

سطح تحول هیجانی کارکردی کودکان طراحی شده است. سئوالات این پرسش‌نامه، وضعیت کنونی کودک را در شش سطح تحولی به تفکیک، بررسی می‌کند. والدین یا مراقبان کودک، پرسش‌ها را در فرم‌هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده‌اند، در قالب ۶ گزینه نمره‌گذاری می‌کنند (۳۶).

گرینسپن ضریب روایی این پرسش‌نامه را ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ و ضریب پایایی به روش همسانی درونی را ۰/۹۰ گزارش کرد (۳۰). روایی این آزمون در مطالعات داخلی برای نخستین بار توسط کریمیان در پژوهشی به منظور مقایسه‌ی تحول هیجانی کارکردی کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و کودکان عادی با استفاده از شیوه‌ی تمایز سنی، مطلوب گزارش شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد (۳۷).

ج- مقیاس سنجش هیجانی-کارکردی^۹ (FEAS): این یک ابزار مشاهده‌ای درجه‌بندی بالینی است که به وسیله گرینسپن، دی‌گانگی و ویدر به منظور فراهم آوردن ابزاری برای ارزیابی نظام‌مند و مشاهده‌ی توانمندی‌های هیجانی کارکردی مراقب، کودک و روابط دو تایی آن‌ها طراحی شده است. بنابراین این ابزار دارای دو فرم کودک و مراقب است. در این مقیاس، هنجارها، نقص‌ها و وضعیت‌های در معرض خطر براساس مراحل تحول در خلال تعامل کودک و مادر در موقعیت‌های بازی و سایر موقعیت‌های طبیعی مطالعه می‌شود (به نقل از ۲). سئوالات این مقیاس از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی بین ارزیاب‌ها برای کدگذاری فرم مراقب ۹۰ تا ۹۲ درصد و برای فرم کودک ۹۱ تا ۹۸ درصد به دست آمد. برای بهره‌گیری از این ابزار در پژوهش حاضر، ابتدا به فارسی برگردانده و در مرحله‌ی بعد توسط دو متخصص زبان انگلیسی برگردان مجدد شد. برای سنجش همخوانی گویه‌های مقیاس با نمره‌ی کل مقیاس در این پژوهش از محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ برآورد شد. هم‌چنین پایایی بین ارزیاب‌ها برای فرم مراقب ۰/۹۲ و برای فرم کودک ۰/۹۴ به دست آمد.

د- بازی‌درمانی فلورتایم^{۱۰}: فلورتایم به تقویت تحول از طریق یکپارچه کردن جنبه‌های مختلف تجارب کودک (فیزیکی، هیجانی، تعاملی و خانوادگی) می‌پردازد. فلورتایم از لحاظ فنی، دوره‌ای از بازی یا گفتگوی بدون ساختار و خودانگیخته است که در آن بزرگسالان از دستورهای کودک تبعیت نموده و تا حد ممکن از علائق کودک آگاه می‌شوند و سعی می‌نمایند به گونه‌ای پاسخ دهند که موضوعات مورد نظر کودک را حمایت و تقویت نمایند. هدف فلورتایم، ایجاد ارتباط گرم و صمیمانه است که در آن توجه مشترک، تعامل و مبادله‌ی متناسب با

بزرگ، داشتن نقایص و معلولیت‌های جسمی) انتخاب شدند. این افراد پس از انتخاب، به‌طور تصادفی در سه گروه بازی‌درمانی فلورتایم و درمان خانواده‌محور مبتنی برمدل تحول یکپارچه‌ی انسان و گروه شاهد (آموزش‌های رسمی مراکز اوتیسم) قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی سنجش کارکرد تحولی خانواده^۱ (DFFAQ): در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ی سنجش کارکرد تحولی خانواده استفاده شد. این ابزار شامل ۴۳ ماده و ۷ خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌ها، سطوح تحول خانواده را از منظر رویکرد DIR می‌سنجند. این سطوح به ترتیب شامل خودتنظیمی و توجه مشترک^۲، جذب شدن در روابط و دلبستگی‌ها^۳، علامت‌دهی و مبادله‌ی عاطفی ارادی^۴، حلقه‌های طولانی علامت‌دهی هیجانی و حل مسئله‌ی اجتماعی مشترک^۵، ایجاد و به‌کارگیری ایده‌ها^۶، پل زدن بین دو یا چند ایده^۷ و انضباط است. پاسخ به پرسش‌ها براساس مقیاس لیکرت از هیچ‌گاه (۰) تا همیشه (۳) صورت می‌پذیرد. نمره‌ی بالا در هر خرده‌مقیاس، بیانگر دستیابی خانواده به آن سطح تحولی و نمره‌ی پایین، نشانه‌ی ضعف کارکردی در آن سطح است. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در نمونه‌ی ۱۴۸ نفری از مادران کودکان ۴ تا ۶ سال مهدکودک‌های شهر مشهد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از میان مناطق شهرداری مشهد انتخاب شده بودند، بررسی گردید. میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس توجه و تنظیم ۰/۷۴، جذب در روابط انسانی ۰/۷۱، ارتباط متقابل دوسویه ۰/۷۵، حل مسئله‌ی اجتماعی مشترک ۰/۶۶، ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها ۰/۶۹، تفکر منطقی ۰/۵۸، انضباط ۰/۵۳ و برای کل پرسش‌نامه نیز ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب بازآزمایی نیز در گروهی ۳۰ نفری با فاصله‌ی یک‌ماه برای خرده‌مقیاس‌ها، از ۵۳ تا ۸۴ درصد و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ برآورد شد. روایی ملاک این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی سنجش کارکرد خانواده مک‌مستر بررسی و ضریب همبستگی - ۰/۷۵ حاصل شد که در مجموع نشان می‌دهد پرسش‌نامه‌ی سنجش کارکرد تحولی برای تعیین سطح تحولی خانواده از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده است.

ب- پرسش‌نامه‌ی تحول هیجانی کارکردی^۸ (FEDQ): در این پژوهش، برای سنجش تحول هیجانی کارکردی از مقیاس تحول هیجانی کارکردی گرینسپن استفاده شد. این مقیاس ۳۵ سئوالی به منظور بررسی

¹Developmental Functioning Family Assessment Questionnaire

²Shared Attention and Self-Regulation

³Engagement in Relating and Attachment

⁴Two-way Intentional Affective Signaling and Communication

⁵Long Chains of Co regulated Emotional Signaling and Shared Problem Solving

⁶Creating Representation

⁷Building Bridges between Ideas

⁸Functional Emotional Developmental Questionnaire

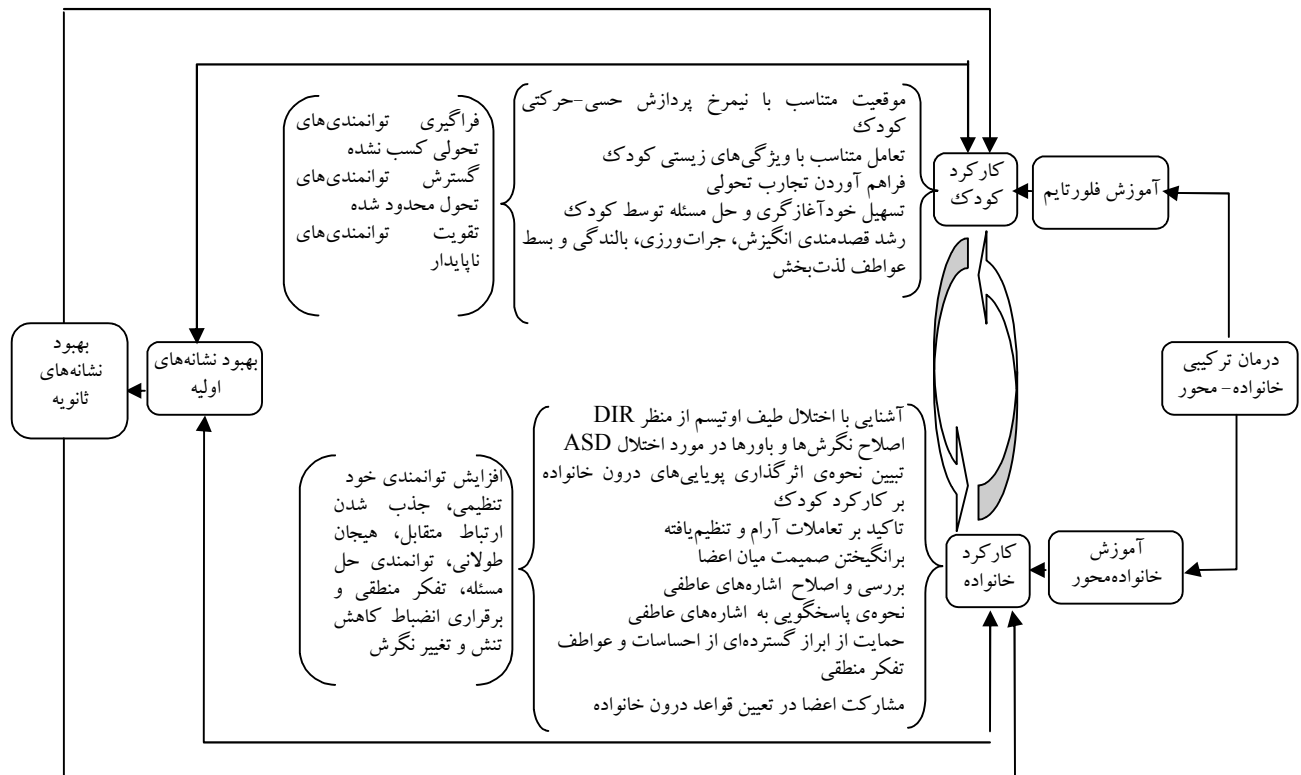
⁹Functional Emotional Assessment Scale

¹⁰Floortime Playtherapy

تا ۳۰ دقیقه بازی کودک‌محور است (۱۶) اما اختصاص به بازی با کودک ندارد بلکه فلسفه و تکنیک خاصی است که والدین و سایر اعضای تیم درمان که با کودک کار می‌کنند، آن را به کار می‌برند و علائق هیجانی کودک را دنبال می‌نمایند.

در ابتدای جلسات، مادران با مدل تحول یکپارچه‌ی انسان (فرایند تحول هیجانی-کارکردی، تفاوت‌های فردی حسی-تنظیمی و نقش ارتباط)، اختلال طیف اوتیسم و ویژگی‌های این اختلال از منظر مدل DIR آشنا می‌شوند و سپس فرایند بازی‌درمانی فلور تایم آغاز می‌شود. درمانگر بازی و تعامل کودک و مادر را مشاهده می‌کند و سپس درمانگر مدل می‌شود،

شرایط کودک، اتفاق می‌افتد (۳۸). در فلور تایم سطح فعالیت و دوره‌ی توجه کودک به جای یک ساختار تحمیلی و از پیش تعیین شده، مسیر بازی را تعیین می‌کند و محیط بازی به گونه‌ای طراحی می‌شود که اسباب بازی‌ها مورد علاقه‌ی کودک و نیز متناسب با سطح تحول و تفاوت‌های زیستی او باشند تا با روشی هدفمند، کودک را به تعامل با بزرگسال برانگیزند و تحول حسی-حرکتی کودک را ارتقا بخشند. به والدین آموزش داده می‌شود که نظاره‌گر رفتار کودک باشند. در فلور تایم، فرد بزرگسال از طریق بازی، کودک را جذب می‌کند و به او مهارت‌های اجتماعی و تنظیم هیجانی را آموزش می‌دهد (۳۹). فلور تایم در عمل، ۲۰



شکل ۱- مولفه‌های درمان ترکیبی خانواده‌محور

لازم است پیش از آن، خانواده به عنوان یک واحد کلی و نظام یافته به آن توانمندی‌های تحولی دست یافته باشد (۳۸). این مراحل شامل توجه و تنظیم، صمیمیت، ارتباط متقابل دوسویه، حل مسئله‌ی اجتماعی، ایجاد بازنمایی‌ها یا ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط می‌باشند. در درمان ترکیبی خانواده‌محور دستیابی خانواده به سطوح تحولی فوق هدف اصلی درمان می‌باشد.

در جلسات درمان ترکیبی خانواده‌محور، مدل تحول یکپارچه‌ی انسان (فرایند تحول هیجانی-کارکردی، تفاوت‌های فردی حسی-تنظیمی و نقش ارتباط) معرفی می‌شود.

پس از آن آشنایی با اختلال طیف اوتیسم و ویژگی‌های این اختلال از منظر مدل DIR، اصلاح نگرش‌ها و باورها در مورد اختلال ASD

پس از آموزش از طریق مدل‌سازی، دوباره بازی مادر و کودک را مشاهده می‌کند و بازخورد می‌دهد و از این طریق جریان تعامل را تسهیل می‌نماید. مراحل بازی فلور تایم از جایگاه تحولی کودک آغاز می‌شود و متناسب با سطوح تحول پیش می‌رود.

ه- درمان ترکیبی خانواده‌محور: رویکرد خانواده‌محور برگرفته از رویکردهای سیستمی به مداخله است (۳۴). با نظر به ادبیات تحقیق، نظریه‌ی سیستم‌های خانواده اشاره به بررسی عملکرد خانواده از منظر تاثیر تمام اعضای خانواده بر یکدیگر و بر عملکرد خانواده به عنوان یک واحد دارد. گرینسپن بر این باور است که کودک برای دستیابی به رشد مطلوب، نیاز به محیط خانوادگی تحول یافته دارد. به عبارت دیگر برای این که کودک بتواند به هریک از توانمندی‌های تحولی فوق دست یابد،

نتایج

میانگین سنی کودکان شرکت‌کننده در این مطالعه ۵/۱ سال، میانگین سنی مادران آن‌ها ۳۵/۵۸ سال و پدران‌شان ۴۰/۹۱ سال و میزان تحصیلات پدران و مادران در هر سه گروه از میانگین مشابهی برخوردار بود. در این قسمت تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده مربوط به گروه‌های درمانی بیان شده است.

جدول ۱ نتایج مشاهده‌ی توانمندی‌های تحولی کودک را در تعامل با مادر نشان می‌دهد و در جدول ۲ نیز نتایج بررسی گزارش‌های مادران در خصوص توانمندی‌های تحولی فرزندشان آمده است. همان طور که اطلاعات این دو جدول نشان می‌دهد، در مجموع توانمندی‌های تحولی کودکان شرکت‌کننده در درمان ترکیبی خانواده‌محور در تمام مراحل تحولی به استثنای مرحله‌ی سازمان‌دهی رفتاری و حل مسئله در مقایسه با سایر گروه‌ها افزایش بیشتری داشته است. درصد این بهبودی در مراحل خودتنظیمی، دلبستگی و جذب شدن و مبادله‌ی دوسه در گروه درمان خانواده محور از ۵۰ درصد بیشتر و از نظر بالینی معنی‌دار است، در گروه بازی‌درمانی فلور تایم نیز درصد بهبودی در مرحله‌ی دلبستگی و جذب شدن معنی‌دار بوده است که البته در مرحله‌ی پی‌گیری کاهش یافته است. جدول ۳ بهبود عملکرد مشاهده شده‌ی مادر را در تعامل با فرزندش در هر سه گروه نشان می‌دهد.

و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری پویایی‌های درون خانواده بر مشکلات کودک، آموزش الگوی ارتباطی DIR در خصوص روابط درون خانواده، تاکید بر تعاملات آرام و تنظیم‌یافته، برانگیختن حس مشترک صمیمیت میان اعضا، بررسی و اصلاح اشاره‌های عاطفی و نحوه‌ی پاسخگویی مطلوب به آن‌ها، تاکید بر اهمیت حمایت از ابراز طیف گسترده‌ای از احساسات و عواطف در قالب گفتگو، تفکر منطقی و واقع‌گرایانه، انتظارات واقع‌بینانه، تفاهم و مشارکت تمام اعضا در تعیین قواعد درون خانواده، هدف قرار می‌گیرد.

در پژوهش حاضر برای عینی‌سازی میزان بهبود در گروه‌های درمانی بنا به نظر هرسن و بارلو از درصد بهبودی استفاده شد (۴۰) که از فرمول زیر به دست می‌آید:

$$100 \times \frac{\text{نمره‌ی پس آزمون} - \text{نمره‌ی پیش آزمون}}{\text{نمره‌ی پیش آزمون}} = \text{درصد بهبودی}$$

برای بررسی اثربخشی بالینی نیز از اندازه اثر کوهن (d کوهن) که مبتنی بر میانگین و انحراف معیار است، استفاده شد (۴۱).

$$\text{تفاوت} \\ \text{مجدور} = \frac{\text{اندازه اثر}}$$

جدول ۱- درصد بهبودی کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سه گروه در نمرات مقیاس سنجش هیجانی- کارکردی

متغیر	خانواده‌محور		فلور تایم		شاهد	
	درمان	پی‌گیری	درمان	پی‌گیری	درمان	پی‌گیری
خودتنظیمی	۲۵	۲۲	۱۵/۵۰	۱۵	۲/۶۸	۲
دلبستگی و جذب شدن	۵۲	۶۲	۲۱	۱۷	۱	۰
مبادله‌ی دوسویه	۳۶	۱۲	۲۹	۲۷	-۳	۲۵
سازمان‌دهی رفتاری	۱۲	۱۰	۰	۰	۰	۰
توانمندی بازنمایی	۱۳	۶/۳۱	۰	۰	۱/۱۱	-۷
تفکر هیجانی	۰/۳۳	۰	۰	۰	-۱۰	-۱۰

جدول ۲- درصد بهبودی کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سه گروه در نمرات پرسش‌نامه‌ی تحول هیجانی کارکردی

متغیر	خانواده‌محور		فلور تایم		شاهد	
	درمان	پی‌گیری	درمان	پی‌گیری	درمان	پی‌گیری
خودتنظیمی	۵۸	۴۵	۳۷	۳۵	۱۴	۱۲
دلبستگی و جذب شدن	۱۲۳	۶۶	۹۶	۴۸	۱۲	-۶
مبادله‌ی دوسویه	۸۳	۱۲۵	۱۵	۰	۱۵	۱۵
سازمان‌دهی رفتاری، حل مسئله	۱۹	۱۲/۵۰	۲۲	۱/۷۵	-۳	-۲۱
توانمندی بازنمایی	۱۳	۱/۲۶	-۱۱	۱/۲۹	۳/۵۷	-۲۷
تفکر هیجانی	۵/۷۶	۵/۷۰	-۱/۹۶	-۵/۸۸	۰	-۲/۲۲

با توجه به داده‌های این جدول توانمندی مادر در تعامل با فرزندش در خرده‌مقیاس‌های خودتنظیمی، دلبستگی و جذب شدن، مبادله‌ی دوسویه و بازنمایی ایده‌ها در گروه درمان ترکیبی خانواده‌محور در مقایسه با سایر

گروه‌ها افزایش بیشتری داشته و درصد این بهبودی در مرحله‌ی پی‌گیری در حوزه‌ی دلبستگی و جذب شدن به لحاظ بالینی معنی‌دار می‌باشد. در جدول ۴ اندازه اثر سه روش درمان ترکیبی خانواده‌محور، فلور تایم و

آموزش‌های رسمی (گروه شاهد) بر افزایش تحول هیجانی-کارکردی کودکان و مادران‌شان به تفکیک آمده است. نیز برتری اثربخشی درمان ترکیبی خانواده‌محور در مقایسه با بازی‌درمانی فلور تایم می‌باشد. اندازه اثرهای محاسبه شده بیانگر تاثیر بالای بازی‌درمانی فلور تایم و درمان ترکیبی خانواده‌محور بر بهبود توانمندی‌های هیجانی-کارکردی و کارکرد تحولی خانواده در سه گروه را نشان می‌دهند.

جدول ۳- درصد بهبودی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سه گروه در نمرات مقیاس سنجش هیجانی-کارکردی

متغیر	خانواده‌محور		فلور تایم		شاهد	
	درمان	پی‌گیری	درمان	پی‌گیری	درمان	پی‌گیری
خودتنظیمی	۳۱	۴۰	۱۷	۱۷	۶/۴۵	۳/۲۲
دلبستگی و جذب شدن	۳۹/۱۳	۵۶/۵۲	۱۵/۱۵	۲۱/۷۳	۴/۷۶	۱۴/۲۸
مبادله‌ی دوسویه	۳۱	۲۴/۱۳	۳/۱۲	۶/۸۹	-۳/۴۴	۰
سازمان‌دهی رفتاری	۳۲/۱۴	۳۵/۷۱	۴۰	۴۰	۰	۰
توانمندی‌بازنمایی	۱۷/۸۵	۱۷/۹۵	۱۴/۲۸	۱۴/۵۰	-۳/۷۰	۰
تفکر هیجانی	۱۸/۷۵	۱۲/۵۰	۴۰	۳۰	-۷/۶۹	-۷

جدول ۴- اندازه اثر محاسبه شده برای متغیر تحول هیجانی-کارکردی در مادران و کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سه گروه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری		اندازه اثر
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خانواده‌محور فلور تایم شاهد	FEAS (کودکی)	۱۹/۵۰	۳	۳۶/۶۲	۲/۵۶	۳۸/۲۵	۴/۷۵
		۱۸/۵۰	۰/۵۷	۲۴/۵۰	۲/۰۴	۲۳/۵۰	۴/۰۲
		۱۷/۷۵	۲/۲۱	۲۱/۳۷	۲/۰۵	۲۰/۳۷	۱/۱۰
خانواده‌محور فلور تایم شاهد	FEAS (مادر)	۳۹/۵۰	۵/۲۵	۶۰/۵۰	۴/۵۰	۶۲/۵۰	۵/۲۶
		۳۹	۷/۱۱	۶۴/۵۰	۶/۶۵	۶۷/۵۰	۵/۲۵
		۳۷/۲۵	۸/۴۶	۳۶/۵۰	۷/۳۲	۳۶/۵۰	۷/۵۹
خانواده‌محور فلور تایم شاهد	FEDQ	۱۰۰/۷۵	۱۳/۳۲	۱۱۴/۷۵	۹/۹۱	۱۱۹/۷۵	۱/۴۱
		۹۸/۵۰	۱۹/۴۸	۱۲۵	۲۱/۱۸	۱۲۵/۵۰	۱/۳۰
		۹۹/۵۰	۱۵/۷۷	۱۰۱	۱۴/۷۵	۹۰/۲۵	۱۳/۷۶

FEAS: مقیاس سنجش هیجانی-کارکردی، FEDQ: پرسش‌نامه‌ی تحول هیجانی کارکردی

با توجه به داده‌های به‌دست آمده مندرج در جدول ۵ می‌توان گفت که میزان بهبودی کارکرد تحولی خانواده‌هایی که در درمان ترکیبی خانواده‌محور شرکت نمودند در مقایسه با شرکت‌کنندگان در سایر گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های توجه و تنظیم، صمیمیت و جذب شدن به معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۵- درصد بهبودی گروه‌ها (خانواده‌ی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم) در متغیر کارکرد تحولی خانواده

متغیر	خانواده‌محور		فلور تایم		شاهد	
	درمان	پی‌گیری	درمان	پی‌گیری	درمان	پی‌گیری
توجه و تنظیم	۳۵/۵۰	۳۴/۳۵	۲۷/۷۹	۲۷/۵۴	۸/۱۹	۸/۱۹
صمیمیت و جذب شدن به انسان‌ها	۵۰/۵۳	۵۰/۵۶	۴/۳۵	۱/۶۶	۲/۹۲	۲/۸۴
ارتباط متقابل دوسویه‌ی ارادی	۱۲/۶۲	۹/۳۱	۰/۶۱	۲/۲۲	۲/۱۸	۱/۳۸
حل مسئله‌ی اجتماعی مشترک	۱۹/۷۳	۱۶/۳۳	۷/۹۴	۴/۵۴	۲/۵۱	۵/۷۳
ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها	۱۰/۵۰	۷/۰۲	۶	۶/۹۸	۱	۲/۸۳
تفکر منطقی	۱۱/۲۹	۱۲/۷۶	۱۸/۲۱	۱۶/۳۶	۱۸/۵۳	۸/۸۲
انضباط	۶۰/۴۰	۶۶/۴۶	۱۰/۵۵	۶/۵۰	۳/۵۲	۳/۵۲

جدول ۶- اندازه اثر محاسبه شده برای متغیر کارکرد تحولی خانواده در سه گروه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری		اندازه اثر
	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	
خانواده‌محور	۸۰/۸۷	۱۷/۶۶	۹۸/۳۷	۱۵/۹۸	۱۰۶/۷۵	۱۲/۸۰	۱/۹۲
فلورتایم	۸۴/۸۷	۶/۳۴	۹۰/۳۷	۶/۷۴	۹۴/۷۵	۵/۳۵	۰/۸۷
شاهد	۸۰/۶۲	۱۶/۲۱	۸۲/۷۵	۱۴/۳۵	۸۹/۳۷	۱۴/۴۶	۰/۰۷

روش‌های داده‌های جدول فوق به تفکیک میانگین‌ها و اندازه اثر، تاثیر سه روش درمان را بر کارکرد تحولی خانواده نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود هر سه روش درمان موجب بهبودی کارکرد تحولی خانواده می‌شود. مقایسه‌ی اندازه اثر درمان در این سه گروه نشان می‌دهد که درمان ترکیبی خانواده‌محور ($d=1/05$) و ($d=1/92$) در مقایسه با بازی-درمانی فلورتایم ($d=0/87$) و ($d=1/77$) و گروه شاهد ($d=0/81$) موجب بهبودی بیشتر در کارکرد تحولی خانواده شده است.

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان ترکیبی خانواده-محور که توسط محقق در این پژوهش طراحی شده است، در مقایسه با بازی‌درمانی فلورتایم و آموزش‌های رسمی مراکز در بهبود کارکرد تحولی خانواده و تحول هیجانی-کارکردی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌باشد. مقایسه‌ی نمرات در سه گروه حاکی از این است که درمان ترکیبی خانواده‌محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان در بهبود کارکرد تحولی خانواده و افزایش تحول هیجانی-کارکردی کودکان اختلال طیف اوتیسم (ASD) موفق بوده است. در الگوی تبیینی گرینسپن برای اختلال ASD ویژگی‌های زیستی کودک در تعامل با ویژگی‌های خانواده‌ای که در آن پرورش می‌یابد، بر کیفیت تعامل مراقب-کودک تاثیر می‌گذارد و سطح تحولی کودک را تعیین می‌کند و چنان چه کودک از تعامل‌های متناسب با توانمندی‌های زیستی خود برخوردار نشود از مسیر تحول سالم منحرف شده و این اختلال در فرایند تحول زمینه‌ساز بروز نشانه‌های دیگر خواهد بود (۱۴). در پژوهش عالی و همکاران نیز که نیم‌رخ تحولی کودکان ASD با کودکان عادی مقایسه شده است، این موضوع تایید شده و کودکان ASD در همه‌ی سطوح تحول در مقایسه با کودکان عادی، تفاوت معنی‌داری داشتند (۴۲). بر خلاف نظریاتی که اوتیسم را حاصل نقایص زیستی پایدار می‌دانند و معتقدند که این کودکان نمی‌توانند توانمندی‌های تحولی را کسب نمایند، رویکرد DIR ویژگی اوتیسم را پویا و نه ایستا می‌داند که در صورت تشخیص زودهنگام، با برنامه‌ی مداخله‌ای که بر یادگیری روابط عاطفی متناسب با نیم‌رخ تحولی کودک طراحی شده است، می‌تواند حتی در زمان معیوب بودن راه‌های اصلی، مسیرهای جانبی تحول را گسترش دهد (۳۸). در همین راستا هدف این مطالعه مقایسه‌ی اثربخشی

روش‌های داده‌های جدول فوق به تفکیک میانگین‌ها و اندازه اثر، تاثیر سه روش درمان را بر کارکرد تحولی خانواده نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود هر سه روش درمان موجب بهبودی کارکرد تحولی خانواده می‌شود. مقایسه‌ی اندازه اثر درمان در این سه گروه نشان می‌دهد که درمان ترکیبی خانواده‌محور ($d=1/05$) و ($d=1/92$) در مقایسه با بازی-درمانی فلورتایم ($d=0/87$) و ($d=1/77$) و گروه شاهد ($d=0/81$) موجب بهبودی بیشتر در کارکرد تحولی خانواده شده است.

روش‌های داده‌های جدول فوق به تفکیک میانگین‌ها و اندازه اثر، تاثیر سه روش درمان را بر کارکرد تحولی خانواده نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود هر سه روش درمان موجب بهبودی کارکرد تحولی خانواده می‌شود. مقایسه‌ی اندازه اثر درمان در این سه گروه نشان می‌دهد که درمان ترکیبی خانواده‌محور ($d=1/05$) و ($d=1/92$) در مقایسه با بازی-درمانی فلورتایم ($d=0/87$) و ($d=1/77$) و گروه شاهد ($d=0/81$) موجب بهبودی بیشتر در کارکرد تحولی خانواده شده است.

روش‌های داده‌های جدول فوق به تفکیک میانگین‌ها و اندازه اثر، تاثیر سه روش درمان را بر کارکرد تحولی خانواده نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود هر سه روش درمان موجب بهبودی کارکرد تحولی خانواده می‌شود. مقایسه‌ی اندازه اثر درمان در این سه گروه نشان می‌دهد که درمان ترکیبی خانواده‌محور ($d=1/05$) و ($d=1/92$) در مقایسه با بازی-درمانی فلورتایم ($d=0/87$) و ($d=1/77$) و گروه شاهد ($d=0/81$) موجب بهبودی بیشتر در کارکرد تحولی خانواده شده است.

روش‌های داده‌های جدول فوق به تفکیک میانگین‌ها و اندازه اثر، تاثیر سه روش درمان را بر کارکرد تحولی خانواده نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود هر سه روش درمان موجب بهبودی کارکرد تحولی خانواده می‌شود. مقایسه‌ی اندازه اثر درمان در این سه گروه نشان می‌دهد که درمان ترکیبی خانواده‌محور ($d=1/05$) و ($d=1/92$) در مقایسه با بازی-درمانی فلورتایم ($d=0/87$) و ($d=1/77$) و گروه شاهد ($d=0/81$) موجب بهبودی بیشتر در کارکرد تحولی خانواده شده است.

وایتینگهام^۲ و همکاران نیز بر این باورند که والدین کودکان مبتلا به ASD، سوءرفتار فرزندشان را به علایم این اختلال نسبت داده و رویکردی سهل‌گیر در برخورد با کودک دارند (۵۵). هم‌چنین از نظر پاورز^۳، سطوح بالای اضطراب مراقبان ممکن است منجر به فرزندپروری بیش‌ازحد حمایتی شود (۵۶) و بنا به گفته‌ی آیوی^۴، این بیش‌حمایت‌گری ممکن است پرورش مهارت‌های مستقل را در کودکان محدود ساخته و مشکلات رفتاری او را افزایش دهد (۵۷). باتوجه به نتایج این پژوهش، عملکرد خانواده‌های تحت آموزش درمان ترکیبی خانواده‌محور در خصوص شیوه‌ی انضباط صحیح، در این حوزه، بهبودی معنی‌داری یافته است. یافته‌ی دیگر در این پژوهش مربوط به توانمندی حل مسئله می‌باشد که در گروه درمان ترکیبی خانواده‌محور در مقایسه با بازی‌درمانی فلورتایم افزایش کمتری داشته است در تبیین این یافته می‌توان گفت توانمندی حل مسئله، نیازمند بازشناسی الگوها در عمل می‌باشد. کودک در تعامل هیجانی با اطرافیان به الگوهای موجود در اعمال، هیجان‌ها و افکار آن‌ها پی می‌برد و بر اساس این الگوها قادر به پیش‌بینی رویدادها و رفتارهای دیگران شده و مسایل پیرامون خود را حل می‌نماید. بنابراین هر چه تجربه‌ی فرد بیشتر باشد، الگوهای ذهنی بیشتر و توانمندی حل مسئله‌ی تحول یافته‌تری خواهد داشت، لذا احتمال دارد کودکان در گروه درمان ترکیبی، تجربه‌های کمتری در راستای بازشناسی الگوها کسب نموده باشند. در مجموع می‌توان گفت توجه به عملکرد سالم و کارآمد خانواده در فرایند درمان اوتیسم، امری ضروری و یکی از عوامل موثر بر بهبودی این کودکان می‌باشد. از محدودیت‌های پژوهش فوق، شرط سنی ۴ سالگی برای ثبت نام در مراکز آموزش رسمی کودکان مبتلا به ASD بود که این پژوهش را با محدودیت سنی مواجه نمود. هم‌چنین محدود بودن مراکز آموزش رسمی اوتیسم می‌تواند تعمیم نتایج را به سایر گروه‌ها با محدودیت مواجه نماید. با توجه به ناتوانی‌های متنوع کودکان مبتلا به ASD، تعداد نمونه‌ی همگن که شرایط ورود به مطالعه را داشته باشند و والدین آن‌ها نیز حاضر به همکاری باشند، بسیار کم بود. هم‌چنین از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به فقدان گروه شاهدی (بدون دریافت هر گونه درمان)، اشاره نمود زیرا بر اساس اخلاق پژوهش، امکان محروم کردن کودک مبتلا به اوتیسم از آموزش وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

بنا بر نتایج، درمان ترکیبی خانواده‌محور می‌تواند اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم را افزایش دهد و به عنوان یک رویکرد درمانی اثربخش در درمان کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم استفاده شود.

راهنمایی نموده و با ترس‌ها و اضطراب‌های‌شان همدلی می‌کرد. این موضوع به والدین کمک کرد تا توانمندی‌های فرزندشان و ویژگی‌های حسی-حرکتی او را درک کرده و متناسب با ظرفیت‌های کودک، رفتار و تحول او را تقویت کنند. هدفی که فلورتایم برای والدین و به ویژه مادر در نظر می‌گیرد، درک بهتر علامت‌ها و نیازهای کودک، ارتقای تعامل پاسخگو و رشد احساس شایستگی مادر است (۴۸). هم‌چنین یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که درمان ترکیبی خانواده‌محور و بازی‌درمانی فلورتایم در مقایسه با گروه شاهد موجب بهبودی بیشتر کارکرد تحولی خانواده شده است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که در درمان ترکیبی خانواده‌محور فراتر از آموزش والدین، پویایی‌های درون واحد خانواده، هدف درمان قرار می‌گیرد. همان‌طور که پیش از این گفته شد کشف و نمایان ساختن احساسات والدین و الگوهای ارتباطی درون خانواده و شیوه‌ی پاسخگویی آن‌ها بخش مهمی از روند درمان ترکیبی خانواده‌محور است. این درمان با اصلاح نگرش‌ها و باورهای والدین درمورد اختلال ASD، تبیین نحوه‌ی اثرگذاری پویایی‌های درون خانواده بر مشکلات کودک، آموزش الگوهای ارتباطی متناسب با مدل تحول یکپارچه‌ی انسان در خصوص روابط درون خانواده، تاکید بر روابط بین فردی آرام و تنظیم یافته، برانگیختن حس مشترک صمیمیت میان اعضا، بررسی و اصلاح اشاره‌های عاطفی و نحوه‌ی پاسخگویی مطلوب به آن‌ها، تاکید بر اهمیت حمایت از ابراز طیف گسترده‌ای از احساسات و عواطف در قالب گفتگو، تفکر منطقی، انتظارات واقع‌گرایانه، تفاهم و مشارکت همه‌ی اعضا در تعیین قواعد درون خانواده توانسته است بر کارکرد تحولی خانواده و کیفیت تعامل مادر-کودک و به تبع آن بر افزایش تحول هیجانی-کارکردی کودک تاثیر مطلوب بگذارد. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که مشارکت والدین در روند درمان، تاثیر به‌سزایی بر بهبود کودک مبتلا به ASD دارد (۴۹-۵۲) و درگیری والدین در فرایند درمان، موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی کودک، افزایش دانش مادران در زمینه‌ی اوتیسم، بهبود تعامل مادر-کودک می‌شود (۵۳). عنصر محوری درمان DIR نیز ارتباط متقابل مراقب-کودک است (۲) و در این پژوهش اهمیت تاثیر آن مورد تایید قرار گرفته است. در این مطالعه، تعامل کودک و مادر، به خصوص در مراحل اولیه‌ی تحول، بهبودی معنی‌دار داشته است که تاییدی بر تحولی بودن این توانمندی‌ها است و نشان می‌دهد با افزایش مدت درمان می‌توان به بهبودی بیشتری در سطوح بالاتر تحول دست یافت. درحوزه‌ی انضباط نیز هافمن^۱ و همکاران معتقدند تشخیص اوتیسم، عاملی حمایتی در رابطه‌ی والدین-فرزند است که در آن والدین، فرزند را کمتر مسئول رفتارهایش می‌دانند (۵۴).

^۲Whittingham

^۳Powers

^۴Ivey

^۱Hoffman

References

1. Blumberg SJ, Bramlett MD, Kogan MD, Schieve LA, Jones JR, Lu MC. Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged US children: 2007 to 2011-2012. *National Health Statistics Reports* 2013; 65(20): 1-7.
2. Liao S-T, Hwang Y-S, Chen Y-J, Lee P, Chen S-J, Lin L-Y. Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Phys Occup Ther Pediatr* 2014; 34(4): 356-67.
3. Kim YS, Leventhal BL, Koh Y-J, Fombonne E, Laska E, Lim E-C, et al. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry* 2011; 168(9): 904-12.
4. Boyd BA, Odom SL, Humphreys BP, Sam AM. Infants and toddlers with autism spectrum disorder: Early identification and early intervention. *J Early Interv* 2010; 32(2): 75-98.
5. Leach D, LaRocque M. Increasing social reciprocity in young children with autism. *Interv Sch Clin* 2011; 46(3): 150-6.
6. Coucouvanis J, Hallas D, Farley JN. Autism spectrum disorder. *Child and adolescent behavioral health: A resource for advanced practice psychiatric and primary care practitioners in nursing*. United Kingdom: Iowa State University; 2012: 238.
7. Ratajczak HV. Theoretical aspects of autism: Causes-A review. *J Immunotoxicol* 2011; 8(1): 68-79.
8. Shattock P. Role of neuropeptides in autism and their relationships with classical neurotransmitters. *Brain Dysfunction* 1990; 3: 328-46.
9. Odom SL, Boyd BA, Hall LJ, Hume K. Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2010; 40(4): 425-36.
10. Greenspan SI, Wieder S. 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. *J Dev Learn Disord* 1997; 1: 87-142.
11. Dionne M, Martini R. Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Can Journal of Occupat Ther* 2011; 78(3): 196-203.
12. Lovaas OI, Freitag G, Gold VJ, Kassorla IC. Experimental studies in childhood schizophrenia: Analysis of self-destructive behavior. *J Exp Child Psychol* 1965; 2(1): 67-84.
13. Lovaas OI, Koegel R, Simmons JQ, Long JS. Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *J Appl Behav Anal* 1973; 6(1): 131-65.
14. Greenspan SI, Wieder S. *Engaging autism: Using the Floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Da Capo; 2009.
15. Amin Yazdi SA. [Integrated development of humankind: Developmental, individual differences, relationship-based model (DIR)]. *Principles of education research* 2013; 2(1): 109-26. (Persian)
16. Greenspan SI, Wieder S, Simons R. *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth*. UK: Addison-Wesley/Addison Wesley Longman; 1998.
17. Solomon R, Necheles J, Ferch C, Bruckman D. Pilot study of a parent training program for young children with autism The Play Project Home Consultation program. *Autism* 2007; 11(3): 205-24.
18. Greenspan SI, Wieder S. 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. *J Dev Learn Disord* 2005; 9: 39-61.
19. Macks RJ, Reeve RE. The adjustment of non-disabled siblings of children with autism. *J Autism Dev Disord* 2007; 37(6): 1060-7.
20. Reichman NE, Corman H, Noonan K. Impact of child disability on the family. *Maternal Child Health J* 2008; 12(6): 679-83.
21. Brobst JB, Clopton JR, Hendrick SS. Parenting children with autism spectrum disorders the couple's relationship. *Focus Autism Other Dev Disabil* 2009; 24(1): 38-49.
22. Hastings RP. Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47(4-5): 231-7.
23. Rao PA, Beidel DC. The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behav Modif* 2009; 33(4): 437-51.
24. Johnson SL. *Therapist's guide to pediatric affect and behavior regulation*. USA: Academic; 2012.
25. Altieri MJ, von Kluge S. Searching for acceptance: Challenges encountered while raising a child with autism. *J Intellect Dev Disabil* 2009; 34(2): 142-52.
26. Miodrag N, Hodapp RM. Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23(5): 407-11.
27. Jalai Moghadam N, Puretemad HR, Saqdpur B, Khoshabi K, Chime N. [Coping techniques of parents whose children have advance developmental disorders]. *Quarterly journal of family research* 2008; 3: 761-74. (Persian)
28. Afshari R, Khoshabi K, Puretemad HR, Moradi S. [An investigation of ways of coping and mental health of mothers of ASD children]. *Family research* 2007; 2(7): 285-92.

29. Schieve LA, Rice C, Yeargin-Allsopp M, Boyle CA, Kogan MD, Drews C, et al. Parent-reported prevalence of autism spectrum disorders in US-born children: An assessment of changes within birth cohorts from the 2003 to the 2007 National Survey of Children's Health. *Maternal Child Health J* 2012; 16(1): 151-7.
30. Greenspan SI, Wieder S. *Infant and early childhood mental health: A comprehensive developmental approach to assessment and intervention*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2007.
31. Hartley SL, Barker ET, Seltzer MM, Floyd F, Greenberg J, Orsmond G, et al. The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *J Fam Psychol* 2010; 24(4): 449.
32. Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism* 2005; 9(2): 125-37.
33. Cridland EK, Jones SC, Magee CA, Caputi P. Family-focused autism spectrum disorder research: A review of the utility of family systems approaches. *Autism* 2014; 18(3): 213-22.
34. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered help giving practices research. *Mental Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13(4): 370-8.
35. Gall M, Walter B, Joyce G. [Qualitative and quantities method of psychology and educational sciences]. Ahmad Reza N. (translator). Tehran: Samt; 2005: 1. (Persian)
36. Greenspan J, Greenspan SI. Functional emotional developmental questionnaire (FEDQ) for childhood: A preliminary report on the questions and their clinical meaning. *J Dev Learn Disord* 2002; 6: 71-116.
37. Karimian J. [An investigation of functional emotional development of preschool children with ADHD symptoms in comparison with normal children from DIR approach]. MA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad, College of psychology and educational sciences, 2012.
38. Greenspan SI, Shanker S. *The first idea: How symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans*. Da Capo; 2006.
39. Nee JE. Behavior and developmental treatment models for autism spectrum disorders: Factors guiding clinician preference and perceptions. MS. Dissertation. Social Work Clinical Research Papers, 2013: 238.
40. Hersen M, Barlow DH. *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon; 1976.
41. Becker LA. Effect size (ES). [cited Oct 2000]. Available from: URL; <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm>
42. Aali S, AminYazdi SA, Abdekhodaei MS, Moharreri F, Ghanaei Chamanabad A. The profile of functional emotional development of children with autism spectrum disorders from the perspective of developmental, individual differences (DIR), relationship-based approach. *Int J Pediatrics* 2014; 2(4): 245-56.
43. Greenspan SI, Shanker S. *The first idea: How symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans*: Da Capo; 2006.
44. Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism* 2011; 15(5): 563-77.
45. Szatmari P, Archer L, Fisman S, Streiner DL, Wilson F. Asperger's syndrome and autism: Differences in behavior, cognition, and adaptive functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(12): 1662-71.
46. Sofronoff K, Farbotko M. The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism* 2002; 6(3): 271-86.
47. Mahoney G, Perales F. Using relationship-focused intervention to enhance the social-emotional functioning of young children with autism spectrum disorders. *Top Early Childhood Spec Educ* 2003; 23(2): 74-86.
48. Wieder S, Greenspan SI. Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism* 2003; 7(4): 425-35.
49. Johnson SL. *Therapist's guide to pediatric affect and behavior regulation*. USA: Academic; 2012.
50. Keen D, Couzens A, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Res Autism Spectr Disord* 2010; 4(2): 229-41.
51. Matson JL, Nebel-Schwalm M. Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Res Dev Disabil* 2007; 28(6): 567-79.
52. Matson JL, Hattier MA, Belva B. Treating adaptive living skills of persons with autism using applied behavior analysis: A review. *Res Autism Spectr Disord* 2012; 6(1): 271-6.
53. Khoramabadi R, Pouretamad HR, Tahmasian K. [A comparative study of parental stress in mothers of autistic and non autistic children]. *Journal of family research* 2009; 5: 388-99. (Persian)
54. Hoffman CD, Sweeney DP, Hodge D, Lopez-Wagner MC, Looney L. Parenting stress and closeness mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabil* 2009; 24(3): 178-87.
55. Whittingham K, Sofronoff K, Sheffield J, Sanders MR. Stepping stones triple p: An RCT of a parenting program; 2009.
56. Powers M. Children with autism and their families. *Children with autism: A parent's guide*; 1989: 105-39.
57. Ivey JK. What do parents expect? A study of likelihood and importance issues for children with autism spectrum disorders. *Focus Autism Other Dev Disabil* 2004; 19(1): 27-33.