

اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلور تایم بر اساس هیجان ابرازشده مادران بر کارکردهای هیجانی کودکان دارای اتیسم با عملکرد بالا

The Effectiveness of group rehabilitation program based on mothers Expressed Emotion in emotional functions of high function autistic children

Kobra Abazari Gharebelagh

Mokhtar malekpour

Amir Ghamarani

Ahmad Abedi

Salary Faramarzi

کبری ابادری قره‌بلاغ\*

مختار ملک‌پور\*\*

امیر قمرانی\*\*\*

احمد عابدی\*\*\*\*

سالار فرامرزی\*\*\*\*

Abstract

This research aimed to survey the effect of Floortime group intervention base on mothers Expressed Emotions in Emotional Functions of high function autistic children. The first part of study was a causal-comparative study and the second part was semi-experimental study. As a result the plan was drafted in 23 sessions. And Finally 14 high function autistic children were selected by nonrandom sampling in autism center (7 people in experimental & & people in control group that was delivered just ABA intervention). In this research, family questionnaire, the Stanford-Binet intelligence test, the Gilliam Autism test, functional emotional development test. Results showed that after the intervention, there were a significant difference between the experimental group in comparing with control group, in the 2 final stage of emotional functions that is; fifth stage (emotional beliefs) by  $(P=0/017)$  and the sixth stage (emotional and rational thinking)  $(P=0/004)$ .

**Keywords:** Floortime, Expressed Emotion, Emotional Functions Development, autism, parents

email: kabazari@yahoo.com

چکیده

این پژوهش به منظور تاثیر مداخله گروهی فلور تایم مبتنی بر هیجان ابراز شده مادران بر کارکردهای هیجانی کودکان اتیسم با عملکرد بالا انجام شد. نوع مطالعه برای بخش اول، مطالعه علی مقایسه‌ای و بخش دوم مطالعه نیمه آزمایشی است. براین اساس برنامه درمانی ۲۳ جلسه‌ای تدوین شد. در نهایت ۱۴ کودک اتیسم با عملکرد بالا، از مراکز اتیسم به صورت نمونه-گیری در دسترس انتخاب شده (۷ نفر در گروه آمایش و ۷ نفر در گروه کنترل درمانی ABA) گمارده شدند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه خانواده، آزمون گیلیام و آزمون هوش استانفورد بینه و آزمون هیجان کارکردی گرین اسپن بود. نتایج نشان می‌دهد که بعد از ارائه مداخله، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل درمانی، در ۲ مرحله آخر رشد هیجان کارکردی یعنی؛ مرحله پنجم (باورهای هیجانی)  $(P\text{-value}=0/017)$  و مرحله ششم (تفکر هیجانی و منطقی)  $(P\text{-value}=0/004)$ ، به طور معنی‌دار کارکرد هیجانی بهتری نسبت به گروه کنترل پیدا کردند.

**واژه‌های کلیدی:** فلور تایم، هیجان ابراز شده، رشد هیجان کارکردی، اتیسم، مادران

\* دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان

\*\* استاد گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص. دانشگاه اصفهان

\*\*\* استادیار گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص. دانشگاه اصفهان

\*\*\*\* دانشیار گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص. دانشگاه اصفهان

Received 20 Feb 2015 Accepted: 23Feb2016

پذیرش: ۹۵/۲/۱۹

دریافت: ۹۴/۵/۲۶

## مقدمه

اتیسم، دومین اختلال رشدی مهم و شایع است و هر ساله حدود ۱۷-۱۰ درصد افزایش می‌یابد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ به نقل از جوادی، حسن زاده و ارجمندنیا، ۱۳۹۳؛ انجمن اوتیسم، ۲۰۰۶). اختلال طیف اوتیسم، از شدیدترین اختلالات مربوط به دوره کودکی است (سادوک و سادوک ۲۰۰۹؛ به نقل از فلاحی و کریمی ثانی، ۱۳۹۵). مشکلات ناشی از این اختلال، تنها افراد مبتلا را درگیر نمی‌کند و بر والدین آنها که نقش بارزی در رشد کودکان دارند نیز، تأثیر می‌گذارد (کارست، وان هک؛ ۲۰۱۲). تولد هر کودک با نیازهای خاص، علاوه بر مشکلاتی که برای کودک از جمله مشکلات ارتباطی و اجتماعی و تعاملات اجتماعی دارد (تاگر و فلیسبرگ، ۲۰۰۳؛ عزیزی و همکاران، ۱۳۹۵)، مشکلات زیادی چون استرس و افسردگی را برای والدین به همراه دارد. بدیهی است که تربیت کودکی با این اختلال رشدی نیز مستثنی نیست (ایسن هاور، بیکر، بلاچر، ۲۰۰۵). توجه به ویژگی‌های والدین، برای انتخاب روشی که آنها باید در ارتباط با کودکانشان به کار بگیرند، ضروری است (آیدین، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان داده است که روابط بین والد و کودک، نقش مهمی در رشد کودک دارد (هولی و پارکر، ۲۰۰۶). محققان معتقدند که والدین، مدیران اصلی وضعیت هیجانی خانواده هستند. در سال‌های اخیر، هیجان ابراز شده به عنوان مقیاس سنجش این جنبه مهم خانواده، مورد استفاده قرار گرفته است (بنسون، دالی، دیو، کارلوف، رایبسون، ۲۰۱۱). هیجان ابراز شده، هیجانات و نگرش‌هایی است که هر یک از اعضای خانواده نسبت به دیگر اعضا ابراز می‌کند (بنسون و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین هیجان ابراز شده<sup>۱</sup>، مقیاسی برای ارزیابی وضعیت هیجانی خانواده و نیز پیش‌بینی کننده سطوح نشانگان<sup>۲</sup> دامنه اختلالات روانپزشکی، پزشکی و رشدی کودکان اتیسم است (بنسون و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهشگران دریافته‌اند که هیجان ابراز شده<sup>۳</sup> بالا با میزان فشار روحی و استرسی که در خانواده وجود دارد، در ارتباط است. فشارهای روحی درون خانواده، بازگشت علائم اختلال و بی اثر ماندن روش‌های درمانی را به همراه دارد (بدر، باری، هان، ۲۰۱۴؛ پیچل-والز، لاچت، بومل، کیسلینگ، انجل، ۲۰۰۱). پژوهشگرانی چون ایسنبرگ، گرشوف، فابیس (۲۰۰۱)، گرین برگ، مایلیک سلترز، هان (۲۰۰۶)، واسرمن، مامانیف موندی (۲۰۱۰)، بنسون و همکاران (۲۰۱۱)، گریفیس، هستینگ، پتالاز (۲۰۱۴)، مطرح کرده‌اند که هیجان ابراز شده والدین کودکان مبتلا به اتیسم، بالاتر از والدین کودکان عادی است و همین به ناسازگاری و مشکلات رفتاری و اجتماعی بیشتر در کودکان آنان می‌انجامد. پژوهشگران در این زمینه توافق نظر دارند که هنوز شواهد پژوهشی کافی برای حمایت از یک روش مداخله نسبت به مداخله دیگر به دست نیامده است. از آنجا که شرایط همه کودکان اتیسم و نیز شرایط خانواده‌هایشان یکسان نیست، نمی‌توان برای درمان همه این کودکان، یک مداخله واحد را پیشنهاد کرد که مناسب همه آنها باشد یا سطح آرمانی مداخله را برای همه کودکان اتیسم فراهم کند (روبرت، ویلیامز، کارتر، اورانز، پارمنتر و همکاران، ۲۰۱۱). از روش‌های درمانی شدید، می‌توان به دو نوع گسترده مداخله رفتاری و اجتماعی اشاره کرد. یکی از مهمترین روش‌های درمان رفتاری، روش تحلیل کاربردی

<sup>۱</sup>- Expressed Emotion

<sup>۲</sup>-symptom levels

<sup>۳</sup>-high expressed emotion

اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلورتایم بر اساس هیجان ابرازشده مادران بر ...

رفتار ABA<sup>۱</sup> است. در مداخلات رفتاری از ابزارهای آموزشی خاص مانند برانگیزاننده‌ها<sup>۲</sup> (ارائه علت‌هایی که احتمال پاسخ خاص را افزایش می‌دهد)، زنجیره‌سازی (اتصال ۲ رفتار یا بیشتر به همدیگر) و امحاء (کاهش تدریجی برانگیزاننده‌ها که به تشویق پاسخ‌های خودکار می‌انجامد)، استفاده می‌کنند (کوپر و همکاران، ۱۹۸۷؛ به نقل از اینگرسول، ۲۰۱۰). مداخلات رفتاری به بهبود عملکرد زبان، اجتماعی شدن و کاهش رفتارهای تکراری کمک می‌کند (روبرت و همکاران، ۲۰۱۱). برنامه ABA علی‌رغم منافع و تأثیرات خوب برای کودکان اتیسم، محدودیت‌هایی نیز دارد. از جمله محدودیت‌های این روش رفتاری، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ۱- ارائه درمان برای ۴۰ ساعت در هر هفته مشکل است؛ ۲- این روش نیازمند نظارت بالا است؛ ۳- تکرار یافته‌ها در موقعیت‌های غیر پژوهشی با مشکل روبرو می‌شود (مودفورد، مارتین، ایکس، بیبی، ۲۰۰۱). راه دیگر شناخته شده برای درمان کودکان اتیسم، روش‌های درمانی واقع‌گرایانه اجتماعی است. روش واقع‌گرایانه اجتماعی<sup>۳</sup> به وسیله گرین اسپن ارائه شده و یک مدل رشدی، مبتنی بر تفاوت‌های فردی (DIR)<sup>۴</sup> است که برای هر چه اجتماعی‌تر کردن و پیشرفت در زبان و همچنین کاهش رفتارهای تکراری طراحی شده است (سولومون، نیکولاس، فرچ، بروکمن، ۲۰۰۷). مدل DIR توجه اشتراکی<sup>۵</sup> و تعاملات تصادفی<sup>۶</sup> را در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم افزایش می‌دهد (سولومون و همکاران، ۲۰۰۷). نمونه‌ای از روش اصلی مداخلات اجتماعی مبتنی بر تفاوت‌های فردی و رشدی افراد (DIR)، «مدل فلورتایم» است که در سال ۱۹۹۷، توسط گرین اسپن و وایدر، بر اساس ایجاد رابطه، پایه‌گذاری شده است. این برنامه، بر مبنای تفاوت‌های فردی و روابط، راهکاری را برای بهبود رشد کودک ارائه می‌دهد که به تقویت شش مهارت اساسی رشد<sup>۷</sup> (رشد هیجانی) خواهد انجامید. این شش مهارت، عبارتند از: خود تنظیمی و علاقه به دنیا، صمیمیت، ارتباط دو جانبه، ارتباط پیچیده، باورهای هیجانی و تفکر منطقی. بهبود در شکل‌گیری این ابعاد ششگانه، برای رشد عقلانی و عاطفی کودک مورد نیاز است و به کودکان مبتلا به طیف اتیسم کمک می‌کند تا بر مهارت‌هایی مانند ایجاد ارتباط و تفکر، توانمند شوند. در این رویکرد، چالش‌ها و تفاوت‌های فردی کودک در نظر گرفته می‌شود. جنبه اصلی رویکرد فلورتایم، توجه و دقت نسبت به علایق کودک و کمک گرفتن از چیزهایی است که کودک به آنها توجه نشان می‌دهد. این ویژگی امکان آن را فراهم می‌کند که مراقبان در علائق کودک مشارکت کنند. والدین نیز از این طریق نسبت به هیجان‌ات کودک خود، آگاهی کسب می‌کنند (گرین اسپن و وایدر، ۲۰۰۶).

گرین اسپن و وایدر در سال ۱۹۹۷، تأثیر مداخله فلورتایم را بر ۲۰۰ کودک مبتلا به اتیسم بررسی کردند. این کودکان جزء طبقات متوسط به بالای جامعه بودند. بعد از ۲ سال مداخله، در ۵۸ درصد این کودکان نشانه‌های

<sup>۱</sup>-applied Behavioral Analysis

<sup>۲</sup>- prompting

<sup>۳</sup>- social pragmatic

<sup>۴</sup>-developmental Individual Difference

<sup>۵</sup>- joint attention

<sup>۶</sup>- contingent interaction

<sup>۷</sup>-developmental Milestone

بهبودی علائم اتیسم دیده شد (گرین اسپن و وایدر، ۱۹۹۸). در پژوهشی در سال ۲۰۰۷، زاکور و همکاران بعد از ۱ سال ارائه مداخله نشان دادند که هر دو مداخله ABA و فلورتایم، بهبودی قابل توجهی را در کودک ایجاد کردند. در هر دو گروه، بعد از یک سال مداخله، توان تعامل اجتماعی دوجانبه بهبود یافت (زاکور، بن- ایتزچاک، رابینوویچ، لاهارت، ۲۰۰۷). در پژوهشی که سولومون و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام دادند، ۶۸ کودک به عنوان نمونه مورد بررسی، انتخاب شدند و با مداخله فلورتایم تحت درمان قرار گرفتند و در عملکرد رشد هیجانی ۴۵/۵ درصد از آنها، از خوب تا خیلی خوب پیشرفت حاصل شد، اما تغییری در شدت و علائم اتیسم رخ نداد. آنها دریافتند که والدینی که نتایج درمانی خوبی دریافت نکردند، ساعت‌های مداخله کمتری را برای فرزندانشان اختصاص می‌دادند (سولومون و همکاران، ۲۰۰۷). در سال ۲۰۰۷، برای مقایسه تأثیر مداخله ABA و فلورتایم، پژوهش دیگری روی برادران دو قلو مبتلا به اتیسم، در سن ۲/۴، انجام شد. نتیجه نشان داد که کودک تحت درمان ABA، در ۳ زمینه بهبود یافته است: میانگین رفتارهای ارتباطی صوتی و ژستی<sup>۱</sup> و علامت دادن مؤثر اجتماعی. کودک تحت درمان DIR، در روابط متقابل<sup>۲</sup> و رفتارهای نمادین پیشرفت کرده بود. همچنین داده‌ها نشان داد که طول و تعداد گریه کودک تحت مداخله ABA، افزایش یافته بود، ولی در کودک DIR چنین افزایشی ملاحظه نشد (هیلتون جان، سیل برندا، ۲۰۰۷). در سال ۲۰۱۱، پاچراییا و نوپمانی جامروسلر، پژوهشی را با عنوان «مداخله فلورتایم مبتنی بر آموزش والدین»، برای کودکان ۶-۲ سال مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام دادند. در این مطالعه به جای این که تعالیم مستقیماً به خود کودک ارائه شود، به طور کامل، در اختیار والدین کودکان مبتلا به طیف اتیسم قرار گرفت. مطالعه نشان داد که گروه آزمایش بعد از ارائه مداخلات، از نظر ارتباط و تعامل با مراقبان، در وضعیت بهتری قرار داشتند (پاچراییا، رولرز، ۲۰۱۱). در ایران نیز اثربخشی مداخله فلورتایم توسط پژوهشگرانی چون علیزاده زارعی و کرمعلی اسماعیلی (۱۳۹۴) و ضربایی مقدم و امین یزدی (۱۳۹۴)، بررسی شده است. یافته‌های مطالعه علیزاده زارعی حاکی از این است که روش فلورتایم بر بهبود کارکردهای هیجانی نظیر مهارت‌های ارتباطی، عاطفی و بازی در کودکان با اختلالات طیف اتیسم مؤثر بوده است (علیزاده، اسماعیلی، ۲۰۱۴). همچنین در پژوهش دیگری اثربخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت بر ارتقای تحول هیجانی کارکردی و کاهش نشانگان کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم بررسی شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده اثربخشی درمانی فلورتایم مبتنی بر طبیعت بر ارتقای تحول هیجانی کارکردی و کاهش نشانگان کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود (ضربایی مقدم، امین یزدی، ۲۰۱۴). علاوه بر نوع روش درمانی، متغیرهایی نیز در نتیجه درمان تأثیرگذار است که عبارتند از: شدت درمان، شدت اختلال اتیسم، ضریب هوشی کودکان، سطح درگیری والدین در مداخله و نیز ویژگی‌ها و مشکلات هیجانی والدین (لابی، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ویژگی‌های هیجانی مثبت والدین، مانند استرس کمتر، باعث می‌شود که مداخلات در محیط خانه مؤثرتر باشد (کالاها، هنسون، کووان، ۲۰۰۸) با کاهش در استرس کلی والدین، در بازده و نتایج درمانی افزایش دیده می‌شود. همچنین

<sup>۱</sup> - gestural & vocal communication

<sup>۲</sup> - reciprocal

اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلورنایم بر اساس هیجان ابرازشده مادران بر ...

استرس والدینی که مداخله ABA را دریافت می‌کنند، بیشتر از آنهایی است که مداخله فلورنایم به آنها ارائه می‌شود (لابی، ۲۰۱۴).

با وجود مداخلات گوناگونی که در حوزه درمان کودکان اتیسم، وجود دارد، هنوز درمان خاصی که برای کودکان و خانواده‌ها مؤثر باشد، شناسایی نشده است (لابی، ۲۰۱۴). در ۵ سال گذشته، محققان سعی کرده‌اند که تفاوت‌های خانوادگی و فردی را شناسایی کنند تا به نتایج درمانی موفقیت‌آمیزتری برسند (لابی، ۲۰۱۴). بنابراین، ارزیابی زمینه خانوادگی، در زمان اجرای مداخله زود هنگام، ضروری است (هندلی، روزماری، ۲۰۱۴). چنان که پیشتر نیز اشاره شد، هیجان ابراز شده والدین اگر در سطح بالایی باشد، می‌تواند در روند بهبود اختلال ایجاد کند و یا حتی ممکن است به بازگشت علائم اتیسم در کودکان تحت درمان بیانجامد. با وجود اهمیت نقشی که ویژگی‌های هیجانی خانواده، در بهبود یا تشدید علائم اختلال اتیسم دارد (گرین برگ و همکاران، ۲۰۰۶)، پژوهش‌های چندانی درباره ساختار هیجان ابراز شده در خانواده‌ها و ماهیت و میزان تأثیر محیط خانوادگی در درمان کودکان مبتلا به اتیسم انجام نشده است (ویلسون، هاگز، ۲۰۱۱؛ اروسمنوند، سلترز، گرین برگ، کروس، ۲۰۰۶). باید توجه داشت که در بیشتر مراکز درمانی از مداخله ABA استفاده می‌شود که محدودیت‌هایی را برای درمان ایجاد می‌کند. از این رو، این پژوهش در نظر دارد، برای اجتناب از محدودیت‌های مداخله ABA، با بکارگیری ترکیبی دو مداخله فلورنایم و ABA و با توجه به تأثیر هیجان ابراز شده مادران اتیسم، یک برنامه توانبخشی تدوین کند و میزان تأثیرگذاری این برنامه را با تأثیر مداخله ABA بسنجد.

## روش

**مرحله اول: تدوین بسته درمانی.** مرحله اول این پژوهش به ۳ بخش تقسیم شد.

۱. مرحله اول پژوهش از نوع علی‌مقایسه‌ای<sup>۱</sup> است. در مرحله اول هیجان ابراز شده مادران اتیسم بررسی شد. برای بررسی این متغیر، از روش پژوهش ترکیبی تو در تو<sup>۲</sup> استفاده گردید. به دلیل اینکه در این پژوهش، اولویت با داده‌های کمی بود و داده‌های کمی، وزن بیشتری داشتند در ابتدا داده‌ها در این پژوهش، به روش کمی جمع‌آوری شدند. در این پژوهش، از روش علی‌مقایسه‌ای استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مادران کودکان اتیسم و عادی با کودکان دامنه سنی ۱۳-۳ ساله در شهر تهران در سال ۱۳۹۴ است. در این پژوهش که به منظور مقایسه هیجان ابراز شده و زیر مولفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مادران کودکان عادی انجام شد، در مجموع ۱۰۰ کودک عادی به روش تصادفی و اتیسم به روش در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که در ۳ مرکز توانبخشی که برای توزیع پرسشنامه همکاری شد، ۵۰ کودک مبتلا به اتیسم در دامنه سنی ۱۳-۳ ساله انتخاب شدند و ۵۰ مادر کودکان عادی از مدارس عادی و مهدهای کودک به منظور مقایسه با گروه مورد مطالعه

<sup>۱</sup>-Causal-comparative method

<sup>۲</sup>-Embedded Design

انتخاب شدند. لازم به ذکر است که از طریق ارزیابی که از طریق مصاحبه و ارائه پرسشنامه گیلیام<sup>۱</sup> انجام شد، هیچ‌کدام از کودکان این مادران، علائم اختلال اتیسم را دریافت نکردند. هر دو گروه مادران از نظر وضعیت اقتصادی و کودکان آنها از نظر سنی هم‌تا شدند. البته برای بررسی اتیسم بودن این کودکان، علاوه بر تشخیص‌گذاری روانپزشکان، از آزمون گیلیام هم استفاده شد و در نهایت ۵۰ کودک مبتلا به اتیسم که مادران آنها در تکمیل پرسشنامه‌ها رضایت داشتند، انتخاب شدند و مادران آنها پرسشنامه خانواده هیجان ابراز شده را تکمیل نمودند.

### **معیار ورود در مرحله اول این پژوهش برای کودکان دارای اتیسم و عادی: دارا بودن کودک مبتلا**

به اتیسم در دامنه سنی ۱۳-۳ سال با توجه به معیارهای تشخیصی DSM-V<sup>۲</sup> و پرسشنامه گیلیام و برای گروه کودکان عادی نداشتن علائم اتیسم با توجه به این ارزیابی‌ها، نداشتن مشکلات جسمانی حاد مانند مشکلات بینایی، حرکتی، شنوایی، صرع و ... در کودکان مبتلا به طیف اتیسم و عادی و نبودن مشکلات مزمن روانپزشکی و جسمانی در مادران آنها. اگر مادران و کودکان هر یک از معیارهای فوق را نداشتند از نمونه حذف می‌شدند.

۲. به منظور درک علل بالا بودن هیجان ابراز شده مادران کودکان اتیسم با عملکرد بالا، از روش پژوهش کیفی استفاده شد. مطالعه کیفی در این پژوهش از نوع تحلیل محتواست. محیط پژوهش، مراکز اتیسم تهران است که قبلاً برای جمع‌آوری داده‌های کمی از ۳ مرکز نمونه‌گیری انجام شده بود و جامعه پژوهش را همه مادران کودکان دارای اتیسم در تهران است. نمونه انتخاب شده در مرحله کیفی همان مراحل را داشت که برای انتخاب نمونه‌های کمی انجام شده بود؛ یعنی تشخیص‌گذاری روانپزشک و اجرای آزمون گیلیام و در نظر گرفتن معیار ورود و خروجی که در بخش جمع‌آوری داده‌های کمی مطرح شده است علاوه بر این والدینی را شامل می‌شود که تمایل به انجام مصاحبه داشتند. نمونه‌گیری به روش هدفمند صورت گرفت و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت در نهایت ۱۰ شرکت کننده انتخاب شدند. ابتدا درباره اهداف تحقیق و روش انجام مصاحبه توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از مشارکت‌کنندگان کسب و با اجازه آنها مصاحبه ضبط گردید. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه- ساختاریافته بود که صرفاً از مادران کودکان دارای اتیسم اخذ شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن داده‌ها، برای پژوهش کیفی مناسب است (کرسول<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰-۴۰ دقیقه بود که به صورت تک نفره انجام گرفت و در نهایت به صورت دستنویس در آمد. مصاحبه‌ها چندین بار توسط پژوهشگران با دقت گوش داده شد و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی استفاده شد (اباذری و همکاران، ۱۳۹۴).

۳. مطالعه کتاب‌های مختلف در مورد هیجان ابراز شده و فلور تایم نظریات مختلف در این رابطه و نیز نظر سنجی از ۵ متخصص (متخصصان روانشناسی) که در این زمینه تخصص داشتند. در نهایت جلسات درمانی به منظور مداخله در هیجان ابراز شده مادران و کاهش میزان هیجان ابراز شده مادران برای ارائه همراه با مداخله فلور تایم

<sup>۱</sup>- Gilliam - پرسشنامه ای است برای سنجش اتیسم و شدت اتیسم که شامل رفتارهای کلیشه ای، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی است.

<sup>۲</sup>- Diagnostic and statistical manual of mental disorders

<sup>۳</sup>- Creswell JW

اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلورنایم بر اساس هیجان ابرازشده مادران بر ...

طراحی شد. و برای تعیین روایی بسته درمانی، در اختیار ۵ متخصص که در این حوزه صاحب نظر بودند ارائه شد تا ارزیابی کیفیت هر جلسه را به طور مجزا در مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای زیاد، متوسط، کم و خیلی کم ارائه دهند. جلسات درمانی که ارزیابی کیفیت زیاد و متوسط را دریافت کردند در بسته درمانی به صورت پروتوکل درمانی ارائه شد.

جدول ۱. جلسات درمانی برنامه

جلسات	هدف	محتوا	روش ها و وسائل	ارزیابی
اول	معرفی چهارچوب بندی جلسات و برخی ویژگی ها و مشکلات هیجانی والدین اوتیسم	معرفی مداخلاتی که طی جلسات آتی ارائه خواهند شد، معرفی برخی ویژگی های هیجانی که در والدین اوتیسم تاثیر منفی دارد از جمله فنوتیپ گسترده اوتیسم که در برخی از والدین اوتیسم وجود دارد و نیز ویژگی های هیجانی والدین اوتیسم.	ارائه جزوه ای در مورد تعداد جلسات درمانی و مطالبی که طی هر جلسه مطرح خواهد شد. استفاده از اسلاید	پرسش و پاسخ کلاسی
دوم	معرفی اختلال اوتیسم	معرفی ویژگی های افراد دارای اختلال طیف اوتیسم (ویژگی های کلامی، ارتباطی، هیجانی و...)، انواع اوتیسم (اسپرگر، اوتیسم با عملکرد بالا و...)، علل ابتلای کودکان به این اختلال (از جمله ژنتیک، حوادث دوران بارداری، حین زایمان و...)، پیش آگهی اختلال و انواع مداخلاتی که به این کودکان ارائه میشود و تاثیر هر کدام از مداخلات (از جمله دارو درمانی، درمانهای رفتاری و اجتماعی)، معرفی اختلال اوتیسم با عملکرد بالا	استفاده از روش سخنرانی، استفاده از جزوه، اسلاید گزاری	پرسش و پاسخ کلاسی
سوم	آموزش آگاهی هیجانی نسبت به خود و دیگران	۱- آموزش و معرفی احساسات و نحوه شناسایی احساسات کودک و والدین و در کل بالابردن آگاهی هیجانی. ۲- توجه به علائم بدنی مرتبط با هیجانات مثلا گرفتگی در فک و سینه یا مشکل در معده در هنگام خشم و .... و بر این اساس برجسب هیجان خاص مانند عصبانیت به آن داده شود. ۳- توجه به هیجانات منفی و مثبت کودک و اطرافیان و موقعیت هایی که این هیجانات را بر می انگیزد زیرا هیجانات کودک و اطرافیان بر هیجانات والدین تاثیر دارند و به منظور تعدیل هیجانات والدین، بایستی والدین از هیجانات دیگران و نحوه تاثیر گذاری آنها بر هیجانات خود مطلع باشند. ۴- تاکید بر اینکه آگاهی از هیجانات و توانایی روبرو شدن با آنها برای روبرو شدن با آنها و برای عملکرد سالم مهم است و سرکوبی و بی نظمی می تواند منجر به درماندگی، نا امیدی و نشخوار فکری شود. ۵- تفکیک احساسات سازگارانه از احساسات ناسازگارانه. اگر احساسات سالم است باید از آن به عنوان راهنمای عملی استفاده شود و اگر ناسالم است باید تغییر یابند.	مرور مطالب جلسه قبل، تمرین کلاسی، بحث، اسلایدگذاری، تصاویر هیجانات، استفاده از روش سخنرانی	بررسی تکلیف خانگی، پرسش و پاسخ
چهارم	معرفی چرخه احساسات	معرفی چرخه افکاری که احساسات منفی در آنها ایجاد می کند، شناسایی افکار منفی خود و جایگزینی آن با افکار مثبت. مثلا افکاری که در مورد مقایسه منفی کودک خود با کودکان دیگران دارند روش های کنترل افکار منفی	مرور مطالب جلسه سوم، بحث کلاسی، ارائه تمرینات کلاسی، روش سخنرانی	پرسش و پاسخ و بررسی تکالیف خانگی

فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، علمی- پژوهشی، شماره ۴، سال هفتم

پنجم و هشتم	آموزش روش های کنترل خشم	معرفی خشم و ماهیت خشم، علل خشم (از جمله محرک های محیطی، فرهنگی و هیجانی، جسمانی، نگرش و تفکر فرد و توضیح در مورد هریک از این علل)، معرفی واکنش های مختلف منفی و مثبت که در مورد خشم وجود دارد، ویژگی های افراد ماهر در کنترل خشم، آموزش مهارت های کنترل خشم: ۱- خود آگاهی هیجانی-۲- خنثی کردن خشم؛ شیوه های بلند مدت (مانند ورزش های هوازی، آرمیدگی، پیش بینی موقعیت های خشم بر انگیز) و شیوه های کوتاه مدت (مانند خود آگاهی هیجانی، تنفس عمیق، روش حواس پرتی).	مرور مطالب جلسه چهارم، بحث کلاسی، تمرینات کلاسی، روش سخنرانی	پرسش و پاسخ و بررسی تکالیف خانگی
هفتم و هشتم	از بین بردن رویدادهای استرس زا، آموزش مدیریت زمان و اختصاص زمان هایی برای خود (توسط والدین)	پیشنهاداتی برای تجدید قوای شخصی به والدین مانند: ۱- صرف آخر هفته طولانی برای خود (مانند ملاقات با دوست، رفتن به استخر...)-۲- یافتن سرگرمی و فعالیت های اجتماعی-۳- فعالیت در گروه های حمایتی-۴- در جستجوی دوستان صمیمی برای رسیدن به آرامش. ۵ به اشتراک گذاشتن والدگری با همسرشان. ۶-تمرین آگاه بودن از لحظه ۷-ورزش منظم. به منظور تنظیم زمان برای انجام این اعمال، مدیریت زمان نیز آموزش داده شد که عبارتند از: ۱- مشخص کردن تکالیف مهم و ضروری، ۲- مشخص کردن تکالیفی که مهم هستند ولی فوری نیستند. ۳-ثبت اوقات تلف شده، ۴- ثبت زمان هایی که مشغول کار جزئی هستند.	مرور مطالب جلسات قبل، تمرین کلاسی، بحث کلاسی، روش سخنرانی	ارائه تکلیف، پرسش و پاسخ
نهم	معرفی روش فلورتایم	معرفی مداخله فلورتایم، توجه و درگیر شدن با کودک از طریق یافتن خوشی دو جانبه با کودک، سازگار شدن با خلق کودک، جلب توجه کودک از طریق نقاط قوت حس های او مانند صدا، بینایی، لمس، حرکتی، بویایی و چشایی. کار کردن با کودک بر اساس نقاط قوت کودک. در نظر گرفتن نقاط ضعف کودک هنگام بازی و کار کردن با او مانند مشکلات برنامه ریزی حرکتی، پردازش شنیداری و... ملحق شدن به فعالیت های مورد دلخواه کودک. معرفی نحوه ارائه و زمان های ارائه مداخلات فلورتایم در منزل (حداقل ۶ بار در روز و هر بار ۲۰ دقیقه).	مرور مطالب جلسه هفتم، روش سخنرانی، بحث کلاسی	پرسش و پاسخ
دهم	معرفی ۶ مهارت اساسی رشدی	معرفی ۶ نقطه عطف رشدی گرین اسپن (خود تنظیمی و علاقه به دنیا، صمیمیت، ارتباط دو جانبه، ارتباط پیچیده، باورهای هیجانی، تفکر هیجانی و منطقی)، مشخص کردن اینکه هر کودک در چه مرحله رشدی قرار گرفته و بر اساس آن برنامه مداخله ای فلورتایم ارائه شود.	مرور مطالب و جلسه هشتم، استفاده از سخنرانی، بحث کلاسی	ارائه تکلیف، پرسش و پاسخ
یازدهم	مشاهده کودک و دانستن نقاط ضعف و قوت کودک	مشاهده هر کودک برای یافتن چالش های هر کودک و یافتن نقاط قوت زیستی هر کودک مانند حساسیت های بینایی، چشایی، لمسی، شنیداری، بویایی و حرکتی در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف های حسی کودکان برای ارائه مداخله	مرور مطالب و جلسه نهم، بحث کلاسی	ارائه تکلیف، پرسش و پاسخ



اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلورتایم بر اساس هیجان ابرازشده مادران بر ...

دوازدهم	آموزش نحوه برقراری ارتباط مناسب با کودک به روش فلورتایم	هدف اولیه والدین در این قسمت، ایجاد ارتباط با کودکان به منظور درک و لذت بردن از وجود یکدیگر است. برای ارتباطات دو طرفه دو مرحله وجود دارد: ۱- حلقه های ارتباطی ساده ارتباطات نظیر حرکات سر، لبخندها و اخم ها و صداهای ساده ۲- ارتباطات پیچیده رفتارهای غیر کلامی نظیر هدایت مراقب و اشاره به مثلا اسباب بازی های مورد علاقه در اتاق بازی. در این مرحله به والدین آموزش داده می شود که تا جای ممکن متحرک و پویا باشند حتی در این عمل به منظور ارتقای تحرک در کودکان اغراق کنند. هرچا که کودک کاری انجام می دهد فرصتی پیش پای والدین می گذارد که به صورت بازی وار و با اداهای متحرک و پویای صورت ولحن صدای پشتیبانی کننده، در کار او مداخله کنند. هدف والدین پویا نگه داشتن حلقه هاست هر پاسخی از طرف کودک، به عنوان آغازگر حلقه ای دیگر تلقی می شود. آموزش والدین به منظور برقراری ارتباط مناسب با کودک از طریق تکیه بر رفتار مورد علاقه کودک. آموزش به والدین که آموزش را در زمان های انگیزش بالا استفاده کنند.	مرور مطالب جلسه دهم، سخنرانی و ارائه مثال هایی عینی در مورد نحوه برقراری ارتباط به شیوه فلورتایم، پرسش و پاسخ بحث کلاسی	ارائه تکلیف، فیلم برداری مادر درحین کار با کودک به شیوه فلورتایم، پرسش و پاسخ
سیزدهم	آموزش نحوه کار با کودک مقاوم و غیر ارتباطی	آموزش در تنگنا قرار دادن کودک تا از آن طریق والدین بتوانند ناخوانده و سرزده به بازی کودک خود وارد شوند، والدین بایستی با ملایمت مسیر فرار او را ببندند، استفاده از روبند یا روسری برای جلب توجه کودک به مسائل مورد علاقه او، آموزش ارتباط با کل دامنه هیجانات، آموزش چگونگی ارتباط کودک با دوستان و یا همسالان.	مرور مطالب جلسه یازدهم، مشاهده نحوه کار مادر با کود از طریق فیلم برداری های صورت گرفته توسط مادر، بحث کلاسی	ارائه تکلیف، فیلم برداری از کودک حین کار با او، پرسش و پاسخ
چهارم	آموزش طراحی زمانی برای نیازهای هر کودک	نحوه کار با کودکانی مشکلات پردازش شنیداری، پردازش بینایی-فضایی، پردازش بینایی و شنوایی، مشکلات حرکتی دارند به والدین آموزش داده می شود.	مرور مطالب جلسه دوازدهم، مشاهده فیلم برداری های مادران از کودک و اشکالاتی که در تعامل وجود دارد گوشزد می شود	ارائه تکلیف، فیلم برداری از کودک حین کار با او، پرسش و پاسخ
پانزدهم	تمرین عملی با کودکان در کلاس توسط مادران	مطالبی که مادران طی جلسات قبل آموزش دیده اند به صورت انفرادی در کلاس انجام به مدت ۱۵ دقیقه برای هر مادر و کودک زمان داده می شود و اشکالاتی که در تعامل داشتند و یا در نحوه اجرای کار با فلورتایم داشتند توسط پژوهشگر آموزش داده می شود.	مرور مطالب جلسه سیزدهم، تمرین عملی	ارائه تکلیف، فیلم برداری از کودک حین کار با او، پرسش و پاسخ
شانزدهم و هفدهم	آموزش بازی وانمودی به والدین و گسترش دایره لغات کودک	آموزش به والدین در کمک به کودک در یادگیری تظاهر و وانمودسازی (مثلا اگر کودکشان در حال بازی با یک عروسک می باشد، عروسک دیگری برداشته و به جای عروسک با کودک خود صحبت کنند یا عروسک دستکشی را به دست پوشیده و با صدای عروسکی صحبت کنند و....)، آموزش به والدین که یک کاراکتر در نمایشنامه شوند، گرفتن ایده برای بازی تظاهری از طریق ایده های مختلفی که در محیط اطراف است، مواجه کردن کودک با مشکلات و چالش ها؛ به این صورت که به جای ادامه دادن صرف آنچه که کودکشان آغاز کرده، کاراکتری برای او شوند که علیه تصمیم های کودک اعتراض کرده و از این طریق راهکارهایی به کودک ارائه کنند،	مرور مطالب جلسات قبل، مشاهده فیلم برداری های مادران از کودک و اشکالاتی که در تعامل وجود دارد گوشزد می شود	ارائه تکلیف، فیلم برداری از کودک حین کار با او، پرسش و پاسخ

فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، علمی- پژوهشی، شماره ۴، سال هفتم

		آموزش تکامل بخشیدن به حس ها و تواناییهای حرکتی و پردازشی کودک، آموزش استفاده از واژگان حین بازی با کودک، کمک به کودک توسط والدین در استفاده از ایده ها در مکالمات روزمره، افزایش تعداد حلقه های کلامی، آموزش اهمیت و نحوه مذاکره با کودک.		
هجدهم و نوزدهم	کمک به ابراز احساسات کودک	شناسایی احساسات مختلفی که کودکان از خود نشان می دهند و بسط این احساسات توسط والدین (از جمله احساس وابستگی، لذت و هیجان، کنجکاوی، قدرت و قاطعیت، عصبانیت و پرخاشگری، تنظیم محدودیت، ترس ها و اضطراب ها، عشق و ترجم و نگرانی، کنترل). احساساتی که کودکان از خود نشان می دهند توسط والدین نامگذاری شود، کمک به کودک فاقد تکلم برای کشف احساسات از طریق بازی وانمودی.	مرور مطالب جلسات قبل، مشاهده فیلم برداری های مادران از کودک و اشکالاتی که در تعامل وجود دارد، گوشزد می شود، بحث کلاسی	ارته تکلیف، فیلم برداری از کودک حین کار با او ، پرسش و پاسخ
بیستم	تمرین عملی با کودکان در کلاس توسط مادران	مطالبی که مادران طی جلسات قبل آموزش دیده اند به صورت انفرادی در کلاس به مدت ۱۵ دقیقه برای هر مادر و کودک زمان داده می شود و اشکالاتی که در تعامل داشتند و یا در نحوه اجرای کار با فلورتایم داشتند توسط پژوهشگر آموزش داده می شود.	مرور مطالب جلسات قبل، مشاهده فیلم برداری های مادران از کودک و اشکالاتی که در تعامل وجود دارد، گوشزد می شود، بحث کلاسی، روش سخنرانی	ارته تکلیف، فیلم برداری از کودک حین کار با او ، پرسش و پاسخ
بیست و یک	طرح ریزی فلورتایم برای تفاوت های فردی کودکان	انطباق فلورتایم برای کودکانی که مشکلات پردازش شنوایی، مکانی- بصری، برنامه ریزی حرکتی دارند. در نظر گرفتن ترجیحات حسی هر کودک (مثلا هنگامی که کودک در طول بازی ناکام یا مضطرب می شود، از ترجیحات او برای کمک به آرامش دادن به او استفاده کنند)، کمک به کودکی که منزوی است و واکنش اندکی دارد، کمک به کودکی که حساس و منزوی است.	مرور مطالب جلسات قبل، مشاهده فیلم برداری های مادران از کودک و اشکالاتی که در تعامل وجود دارد، گوشزد می شود، بحث کلاسی، روش سخنرانی	ارته تکلیف، فیلم برداری از کودک حین کار با او ، پرسش و پاسخ
بیست و دوم و بیست و سوم	آموزش تفکر منطقی	کمک به کودک در برقراری ارتباط بین ایده ها و توسعه در منطقی از جهان، بستن حلقه های نمادین، بسط دادن دیالوگ حین تعاملات روزمره، مطرح کردن سوالات قابل انعطاف و آزاد، ترکیب واژگان و فعالیت ها، اجتناب از گفتگوهای موازی، استفاده از تبیین و چالش برای ارتقای بستن حلقه منطقی، خلق کاراکترهای چند وجهی در بازی. آموزش مفاهیم و سولات و پاسخ هایی که با چه چیز، چگونه، کجا و چرا مطرح می شوند.	مرور مطالب جلسات قبل، مشاهده فیلم برداری های مادران از کودک و اشکالاتی که در تعامل وجود دارد، گوشزد می شود، بحث کلاسی، روش سخنرانی	ارته تکلیف، فیلم برداری از کودک حین کار با او ، پرسش و پاسخ

اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلورنایم بر اساس هیجان ابرازشده مادران بر ...

### مرحله دوم: ارائه مداخله

روش پژوهش در این مرحله، نیمه آزمایشی است. در این مرحله ۱۴ کودک ایتسم سنین ۳-۶ سال که قبلا از طریق ارزیابی روانپزشک و آزمون گیلیام در دامنه متوسط تا خفیف قرار داشت انتخاب شدند و ضریب هوش آنها در آزمون هوش استانفورد بین، بالاتر از ۷۰ بود، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۷ نفره آزمایش (گروهی که علاوه بر مداخله ABA ارائه شده در مرکز مداخله فلورنایم مبتنی بر هیجان ابراز شده را نیز دریافت کردند) و کنترل (گروهی که صرفا مداخله ABA ارائه شده در مرکز را دریافت کردند) قرار گرفتند. سپس برنامه مداخله گروهی فلورنایم مبتنی بر هیجان ابراز شده به مدت ۲۳ جلسه ۲ ساعته، یک بار در هفته به مادران آنها ارائه شد.

### ابزار

ابزار گردآوری داده‌ها پنج نوع پرسشنامه و یک ابزار به شرح زیر است:

**پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی:** بررسی سن، جنس، ترتیب تولد، نوع آموزش‌های دریافتی تا اکنون، سن تشخیص ایتسم، سن پدر و مادر، وضعیت اقتصادی خانواده، بررسی مشکلات روانپزشکی پدر و مادر و وضعیت تحصیلی پدر و مادر در این پژوهش، از طریق این پرسشنامه بررسی شد (محقق ساخته). این پرسشنامه به منظور بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین، قبل از ارائه مداخله از مادران اخذ شد.

**پرسشنامه رشد هیجان کارکردی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱، توسط گرین اسپن و همکاران ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۵ گویه است که نیمرخ رشدی کودکان را در دو سطح گذشته‌نگر<sup>۲</sup> (۳۵-۰) سالگی و وضعیت کنونی ترسیم می‌کند. مادران، ابتدا سوال‌ها را برای سطح گذشته‌نگر در فرم‌هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده با استفاده از ۶ گزینه (نمی‌توانم بگویم، هرگز، گاهی اوقات، به طور متوسط، اکثرا، همیشه) نمره‌گذاری می‌کنند. لذا نمره‌دهی از ۰ تا ۵ متغیر است. در مرحله دوم، همه سوال‌ها برای وضعیت کنونی کودک در ۴ سطح (این رفتار را هنوز نشان نمی‌دهد، گاهی این رفتار را نشان می‌دهد، همیشه این رفتار را نشان می‌دهد، این رفتار را داراست اما وقتی که تنبیدی و اضطراب دارد نشان نمی‌دهد) از ۴-۱ نمره‌گذاری می‌کنند. همانطور که عنوان شد این پرسشنامه توسط مادر تکمیل می‌شود و در این پرسشنامه ۶ مرحله رشد هیجانی به تفکیک مورد بررسی قرار می‌گیرد. سوالاتی که هر مرحله را می‌سنجد عبارتند از: ۱- سوالات ۱-۱۱ مرحله اول (خودتنظیمی و علاقه به دنیا)، سوالات ۱۲-۱۳ مرحله دوم (صمیمیت)، ۳- سوالات ۲۱-۱۴ مرحله سوم (ارتباط دو جانبه)، سوالات ۲۲-۲۴ مرحله چهارم (ارتباط پیچیده)، سوالات ۲۸-۲۵ مرحله پنجم (باورهای هیجانی)، سوالات ۳۵-۲۹ مرحله ششم (تفکر منطقی). به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه سنجش رشد هیجانی کارکردی گرین اسپن (۱۹۹۷) در دو وضعیت قبلی و کنونی از روایی سازه استفاده شد. مقیاس‌های رشد هیجانی در دو وضعیت هیجانی قبلی و کنونی همبستگی معنی‌داری با نمره کل آزمون دارند. ضریب روایی این آزمون برای مقیاس رشد هیجانی

<sup>1</sup> -The functional emotional assessment scale (FEAS)

<sup>2</sup> -retrospective

کودکان، ۰/۸۹ برآورد شد. این مساله بیانگر روایی همسانی درونی مطلوب آزمون است (مفرد، امین یزدی، کارشکی، حاجی خانی، ۱۳۹۲). اعتبار این ابزار در پژوهش حاضر (مقاله کنونی) نیز برای رشد هیجانی قبلی، ۰/۹۶ و برای رشد هیجانی کنونی نیز ۰/۸۸ به دست آمد. این آزمون قبل از ارائه مداخله به صورت پیش آزمون و پس از ارائه مداخله به صورت پس آزمون برای سنجش تاثیر مداخلات انجام شد.

**مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام:** این مقیاس چک لیستی است که به تشخیص افراد با اختلال اوتیسم کمک می‌کند. این آزمون در سال ۱۹۹۴ هنجارشد و معرف ویژگی‌هایی از اوتیسم بر روی گروه نمونه ۱۰۹۴ نفری از ۴۶ ایالت از کلمبیا، پروتوریکا و کانادا می‌باشد. مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام بر اساس تعاریف انجمن اوتیسم آمریکا (۱۹۹۴) و انجمن روانپزشکی آمریکا (APA) و با اتکا بر DSM-IV تهیه شده است. این مقیاس برای اشخاص ۳-۲۲ سال مناسب است و می‌تواند به وسیله والدین و متخصصان در مدرسه یا منزل کامل شود. این پرسشنامه شامل ۴ خرده مقیاس و هر خرده مقیاس شامل ۱۴ آیتم است که نمره هر سوال بین ۰-۳ نمره‌گذاری می‌شود. نخستین خرده مقیاس، رفتارهای کلیشه‌ای، اختلالات حرکتی و رفتارهای عجیب و غریب را توصیف می‌کند. خرده مقیاس دوم که برقراری ارتباط است، مواد ۱۵ تا ۲۸ را شامل می‌شود و رفتارهای کلامی و غیرکلامی را توصیف می‌کند که نشانه‌هایی از اوتیسم است. تعامل اجتماعی سومین خرده مقیاس است که شامل مواد ۲۹-۴۲ است و چهارمین خرده مقیاس، اختلالات رشدی است که شامل مواد ۵۶-۴۳ می‌شود و سوال‌های کلیدی درباره سیر رشدی کودکی افراد مطرح می‌کند. حداکثر نمره هر یک از ۳ زیر مقیاس رفتارهای تکراری، ارتباط و تعامل اجتماعی ۴۲ و حداقل آن صفر است. نمره کلی هر کودک حداکثر ۱۴۰ و حداقل صفر است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده اشکال در آن خرده مقیاس و کسب نمره پایین‌تر نشانه بهبود در آن می‌باشد. پایایی این آزمون در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است. مطالعات انجام شده نمایانگر ضریب آلفای ۰/۹۰ برای رفتارهای کلیشه‌ای، ۰/۸۹ برای ارتباط، ۰/۹۳ برای تعامل اجتماعی، ۰/۸۸ برای اختلالات رشدی و ۰/۹۶ در نشانه‌شناسی اوتیسم است. روایی آزمون نیز از طریق مقایسه با سایر ابزارهای تشخیصی اوتیسم تایید و از طریق چند بررسی نشان داده شده است (گیلیام<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). به منظور سنجش میزان اوتیسم از نمونه‌های کودکان اوتیسم اخذ شد.

**پرسشنامه سوالات کیفی هیجان ابراز شده:** در این پژوهش بر اساس مطالعه مقالات، نظریات و پرسشنامه‌های کمی تدوین شده، سوالات پاسخ باز هیجان ابراز شده تدوین شدند که برخی سوالات آن عبارتند از: نظر شما نسبت به وضعیت رفتاری و شخصیتی و به طور کلی در مورد وضعیت کودکان چیست؟ رابطه خود را با کودکان چگونه می‌بینید؟ آیا فعالیت‌های لذت‌بخش و رضایت‌آمیز با کودکان دارید؟ آیا نیازهای کودکان بر نیازهای شما ارجحیت دارد و نیازهای خود را فدای نیازهای کودکان می‌کنید؟ (در ادامه از والدین خواسته می‌شد که در مورد پاسخشان توضیح دهند و شواهدی را ارائه نمایند) چه احساسی نسبت به وضعیت کودکان و آینده او دارید؟ در مقابل رفتارهای اشتباه و نامناسب او چه واکنشی نشان می‌دهید؟ آیا احساسات منفی خود را نسبت به

<sup>۱</sup> - Gilliam JE

اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلورنایم بر اساس هیجان ابرازشده مادران بر ...

ابراز می‌کنید؟ زمانی که از او انتقاد می‌کنید و یا ایراد می‌گیرید، چه واکنشی نشان می‌دهد؟ این سوالات کیفی قبل از ارائه مداخله به منظور طراحی برنامه درمانی از مادران پرسیده شد.

**پرسشنامه خانواده (EQ)<sup>۱</sup>:** پرسشنامه خانواده یک فرم خودسنجی کوتاه برای ارزیابی ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک می‌باشد که توسط ویدمن و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ آیتم می‌باشد. پاسخها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی شده است و شامل دو زیر مقیاس نظرات انتقادی و درگیری عاطفی شدید، می‌باشد. در پژوهشی که بر روی گروه آلمانی انجام شد، پایایی کل مقیاس ۰/۹۲ و پایایی خرده مقیاس نظرات انتقادی ۰/۸۴ و درگیری عاطفی شدید ۰/۹۱ گزارش شده است. از سوی دیگر این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مصاحبه خانوادگی کمبرول همبستگی معناداری را نشان داده است (ویدمن، رایکی، فنستین، هالوگ، ۲۰۰۲). در ایران پایایی کل مقیاس ۰/۸۵ و پایایی خرده مقیاس درگیری عاطفی شدید ۰/۸۳ و نظرات انتقادی ۰/۸۸ گزارش شده است (خدابخشی کولایی، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر، نمره پایایی از طریق آلفای کرونباخ بدست آمد. پایایی کل مقیاس (نمره کلی هیجان ابراز شده) ۰/۸۴، درگیری عاطفی افراطی ۰/۷۷ و انتقاد ۰/۷۹ بدست آمد. این پرسشنامه قبل از ارائه مداخله و به منظور بررسی هیجان ابراز شده مادران کودکان دارای اختلال اتیسم برای طراحی برنامه درمانی به مادران کودکان دارای اتیسم و عادی ارائه شد.

**آزمون هوش استانفورد-بینه:** نسخه پنجم استانفورد-بینه در سال ۱۳۸۷ توسط افروز و کامکار تدوین گردید. این تست هوش در دامنه سنی ۹۰-۲ ساله کاربرد دارد و از آن می‌توان در زمینه‌های شناسایی، تشخیص و گمارش افراد در برنامه‌های آموزش و پرورش ویژه، استفاده به عمل آورد. نیمرخ به شناسایی دقیق عملکرد آزمودنی در ۱۰ خرده آزمون با تاکید بر دو حیطة کلامی و غیر کلامی معطوف بوده که با توجه به ۵ عامل سازنده هوش، ۱۰ خرده آزمون را شامل می‌شود. این ده خرده آزمون در مقیاس‌های کلامی و غیر کلامی عبارتند از: استدلال سیال، دانش، استدلال کمی، پردازش دیداری فضائی و حافظه فعال. همچنین همبستگی بین دو حیطة غیر کلامی و کلامی، بین ۰/۹۴ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (امین لو، کامکاری، شکرزاده، ۲۰۱۳). این آزمون در ابتدای نمونه‌گیری و به منظور شناسایی اتیسم‌های با عملکرد بالا در کنار آزمون گیلیام مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ در بخش اول پژوهش به روش مانوا و در بخش دوم که مربوط به مداخله بود، از روش آماری مانکوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

در جدول شماره ۱، متغیرهای جمعیت شناختی مادران کودکان دارای اتیسم و عادی در مرحله اول پژوهش آورده شده است.

<sup>۱</sup> -Family questioner

<sup>۲</sup> -Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K

**جدول ۱- متغیرهای جمعیت شناختی مادران کودکان دارای اטיسم و عادی در مرحله اول پژوهش**

متغیرها	گروه ها	جنسیت	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف استاندارد
جنسیت فرزند	اتیسم	دختر	۱۲	۲۴	-	-
		پسر	۳۸	۷۶	-	-
	عادی	دختر	۳۱	۶۲	-	-
		پسر	۱۹	۳۸	-	-
سن آزمودنی‌ها	اتیسم	-	-	-	۷/۴۵	۲/۴۲
	عادی	-	-	-	۶/۷۷	۲/۹۸
سن تشخیص	اتیسم	-	-	-	۳/۳۲	۱/۴۲
	اتیسم	-	-	-	۳۵/۱	۶/۹۹
سن والد مادر	عادی	-	-	-	۳۱/۴۲	۴/۶۸
	اتیسم	-	-	-	۴۰/۳۴	۷/۱۵
سن والد پدر	اتیسم	-	-	-	۳۵/۶	۴/۹
	عادی	-	-	-	-	-

در این پژوهش در بین مادران کودکان دارای اטיسم، ۱۵ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۹ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم، ۱ نفر لیسانس و ۱ نفر هم فوق لیسانس بودند. همچنین در مادران کودکان دارای رشد عادی، ۱۳ نفر زیر دیپلم، ۳۱ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم و ۴ نفر لیسانس بودند. جدول شماره ۲، مقایسه میانگین و انحراف استاندارد مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اטיسم و عادی در متغیر هیجان ابراز شده در مرحله اول است.

**جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات هیجان ابراز شده مادران کودکان اטיسم و عادی**

مجموع	انحراف استاندارد	میانگین	گروه ها	نمره کلی هیجان ابراز شده
۵۰	۷/۰۸	۵۶/۵۸	مادران کودکان اטיسم	نمره کلی هیجان ابراز شده
۵۰	۹/۶۹	۴۸/۰۶	مادران کودکان عادی	
۱۰۰	۹/۴۷	۵۲/۳۲	کل	
۵۰	۴/۳۷	۳۰/۸۸	مادران کودکان اטיسم	درگیری عاطفی افراطی
۵۰	۵/۱۴	۲۵/۶	مادران کودکان عادی	
۱۰۰	۵/۴۴	۲۸/۲۴	کل	
۵۰	۴/۶	۲۵/۷	مادران کودکان اטיسم	انتقاد
۵۰	۵/۸۹	۲۲/۴۶	مادران کودکان عادی	
۱۰۰	۵/۵۱	۲۴/۰۸	کل	

اتریخشی برنامه توانبخشی گروهی فلورنایم بر اساس هیجان ابراز شده مادران بر ...

همان طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات مادران کودکان اتیسم در هر ۳ مقیاس یعنی نمره کلی هیجان ابراز شده، انتقاد و درگیری عاطفی افراطی، بیشتر از مادران کودکان عادی است. جدول ۳، بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین‌های هیجان ابراز شده مادران کودکان دارای اتیسم و عادی در متغیر هیجان ابراز شده است.

**جدول ۳- تفاوت میانگین‌های نمرات هیجان ابراز شده مادران کودکان دارای اتیسم و عادی از طریق آزمون آماری MANOVA**

متغیرها	درجه آزادی	F	سطح معناداری	ضریب تاثیر	توان آزمون
نمره کلی هیجان ابراز شده	۱	۲۵/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۰	۰/۹۹
درگیری عاطفی افراطی	۱	۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳	۱۰۰
انتقاد	۱	۹/۳۷	۰/۰۰۳	۰/۰۸۷	۰/۸۵

**جدول ۴- تفاوت میانگین‌های نمرات هیجان ابراز شده مادران کودکان دارای اتیسم و عادی با توجه به گستره سنی کودکان، از طریق آزمون آماری MANOVA**

گروه ها	متغیرها	F	درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب تاثیر	توان آزمون
اوتیسم	نمره کلی هیجان ابراز شده	۱/۸۸۱	۱۵	۰/۰۶۳	۰/۴۵	۰/۸۳
	درگیری عاطفی افراطی	۱/۳۵۲	۱۵	۰/۲۲	۰/۳۷	۰/۶۶
	انتقاد	۰/۹۷۷	۱۵	۰/۴۹	۰/۳۰	۰/۴۹
عادی	نمره کلی هیجان ابراز شده	۰/۹۶۴	۱۷	۰/۵۱	۰/۳۳	۰/۴۹
	درگیری عاطفی افراطی	۱/۱۰۴	۱۷	۰/۳۹	۰/۳۷	۰/۵۷
	انتقاد	۰/۶۳۱	۱۷	۰/۸۵	۰/۲۴	۰/۳۱
سن	نمره کلی هیجان ابراز شده	۰/۹۴	۱	۰/۳۳	-	-
	درگیری عاطفی افراطی	۱/۲۹۱	۱	۰/۲۵	-	-
	انتقاد	۰/۲۸۸	۱	۰/۵۹	-	-

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بیانگر آن است که گستره سنی کودکان مبتلا به اوتیسم و عادی در هیجان ابراز شده، درگیری عاطفی افراطی و انتقاد مادران کودکان مبتلا اوتیسم و عادی با لامبدای ویلکز ۰/۴۵ برای گروه اوتیسم و ۰/۸۷ برای گروه عادی، تاثیری ندارد. ضمناً همان طور که ملاحظه می‌شود بین آزمودنی‌ها به لحاظ سنی تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد. در قسمت دوم برای درک بالا بودن هیجان ابراز شده مادران کودکان مبتلا به اتیسم از روش پژوهش کیفی استفاده شد که نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به تولید پنج درون مایه اصلی شد که شامل "نگران نظر دیگران بودن، نگرانی در مورد آینده کودک، نادیده گرفتن خود و ترجیح نیازهای کودک بر نیازهای خود و نیازهای اعضای دیگر خانواده، مقایسه کودک خود با کودکان دیگر، سرزنش و انتقاد کودک" بود (ابادری و همکاران، ۲۰۱۵).

**جدول ۵- آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن نمرات کارکرد هیجانی در مرحله پس آزمون**

متغیرها	مهارت‌های اساسی اول	مهارت‌های اساسی دوم	مهارت‌های اساسی سوم	مهارت‌های اساسی چهارم	مهارت‌های اساسی پنجم	مهارت‌های اساسی ششم
	خودنظم‌دهی و علاقه به دنیا	صمیمیت	ارتباط دوجانبه	ارتباط پیچیده	باورهای هیجانی	تفکر هیجانی و منطقی
<b>df</b>	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳
<b>p</b>	۰/۰۰۰۱	۰/۱۴۳	۰/۰۷۶	۰/۰۷۶	۰/۰۷۶	۰/۹۷

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود پیش‌فرض نرمال بودن برای نمرات مهارت‌های اساسی اول، سوم، چهارم، پنجم و ششم رعایت شده است ولی نمرات مهارت‌های اساسی دوم نرمال به دست نیامد. آزمون لوین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها برای رشد هیجانی در مرحله پس آزمون این نمرات را نشان می‌دهد: مهارت‌های اساسی اول ( $F=2/301$ )، ( $P=0/155$ )؛ مهارت‌های اساسی دوم ( $F=1/194$ )، ( $P=0/296$ )؛ مهارت‌های اساسی سوم ( $F=0/783$ )، ( $P=0/079$ )؛ مهارت‌های اساسی چهارم ( $F=1/237$ )، ( $P=0/288$ )؛ مهارت‌های اساسی پنجم ( $F=1/603$ )، ( $P=0/230$ )؛ مهارت‌های اساسی ششم ( $F=0/076$ )، ( $P=0/787$ )، همان‌طور که ملاحظه می‌شود، معنی‌داری نمرات پس آزمون رشد هیجانی در آزمون لوین در همه خرده‌آزمون‌های این مقیاس در آزمون پس آزمون، بالای ۰/۰۵ است بنابراین یکسانی واریانس‌ها در همه خرده‌مقیاس‌ها وجود دارد. جدول شماره ۶ میانگین و انحراف استاندارد مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و عادی در نمرات پیش آزمون و پس آزمون کارکرد هیجانی:

**جدول ۶- جدول توصیفی پیش آزمون و پس آزمون گره کنترل و آزمایش در کارکرد هیجانی**

متغیرها	گروه‌ها	مرحله پس آزمون		مرحله پیش آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مهارت‌های اساسی اول	آزمایش	۳۰/۸۵۷	۳/۷۱۶	۲۸/۷۱۴	۵/۱۵
خودنظم‌دهی و علاقه به دنیا	کنترل	۳۱/۵۷۱	۴/۶۱۳	۲۹/۸۵۷	۲/۶۷۲
مهارت‌های اساسی دوم	آزمایش	۵/۷۱۴	۰/۴۸۷	۵/۲۸۵	۰/۹۵۱
صمیمیت	کنترل	۵/۲۸۵	۰/۹۵۱	۵/۵۷۱	۱/۱۳۳
مهارت‌های اساسی سوم	آزمایش	۲۱/۲۸۵	۳/۱۹۹	۱۹/۴۲۸	۴/۵۴۰
ارتباط دوجانبه	کنترل	۲۰/۱۴۲	۲/۱۱۵	۲۱/۴۲۸	۱/۷۱۸
مهارت‌های اساسی چهارم	آزمایش	۸/۴۲۸	۰/۷۸۶	۶/۴۲۸	۱/۹۰
ارتباط پیچیده	کنترل	۶/۵۷۱	۱/۵۱۱	۶/۲۸۵	۱/۳۸۰
مهارت‌های اساسی پنجم	آزمایش	۱۰/۱۴۲	۲/۸۵۳	۸/۵۷۱	۲/۲۹۹
باورهای هیجانی	کنترل	۵/۸۵۷	۲/۹۶۸	۷/۱۴۲	۲/۴۱۰
مهارت‌های اساسی ششم	آزمایش	۱۶	۵	۹/۷۱۴	۲/۶۹۰
تفکر هیجانی و منطقی	کنترل	۸/۵۷۱	۲/۴۳۹	۸/۸۵۷	۲/۳۴۰



اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلورتایم بر اساس هیجان ابرازشده مادران بر ...

جدول ۷- نتایج کواریانس در متن MANCOVA بر روی میانگین نمرات پس از آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل برای متغیر کارکرد هیجانی

متغیرها	SS	درجه آزادی	MS	F	سطح معناداری	ضریب تاثیر	توان آزمون
مهارت اساسی اول	۵/۶۲۹	۱	۵/۶۲۹	۰/۷۴۸	۰/۴۲	۰/۱۱۱	۰/۱۱۴
مهارت اساسی دوم	۰/۲۰۷	۱	۰/۲۰۷	۰/۶۷۵	۰/۴۴۳	۰/۱۰۱	۰/۱۰۷
مهارت اساسی سوم	۰/۰۲۷	۱	۰/۰۲۷	۰/۰۱۲	۰/۹۱۷	۰/۰۰۲	۰/۰۵۱
مهارت اساسی چهارم	۱/۵۵۳	۱	۱/۵۵۳	۱/۹۴۲	۰/۲۱۳	۰/۲۴۵	۰/۲۱۸
مهارت اساسی پنجم	۱۳/۷۷۸	۱	۱۳/۷۷۸	۱۰/۱۹۸	۰/۰۱۹	۰/۶۳	۰/۷۵
مهارت اساسی ششم	۴۹/۲۲۹	۱	۴۹/۲۲۹	۷/۵۸۸	۰/۰۳۳	۰/۵۵	۰/۶۳

لامبدای ویلکز: ۰/۴۳

نتایج جدول ۷ گویای آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر مهارت اساسی اول، دوم، سوم و چهارم، تفاوتی وجود ندارد. اما بین دو گروه در مرحله پس از آزمون در مهارت‌های اساسی پنجم ( $P=۰/۰۱۹$ ) و ششم ( $P=۰/۰۳۳$ )، تفاوت معنی‌داری ملاحظه می‌شود. به عبارت دیگر مداخله فلورتایم مبتنی بر هیجان ابراز شده در مرحله پس از آزمون، منجر به افزایش مهارت‌های اساسی مهارت‌های اساسی پنجم و ششم می‌شود و میزان این اثر به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۵۵ می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه درمانی فلورتایم مبتنی بر هیجان ابراز شده مادران اتیسم بر رشد هیجانی کودکان مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا انجام شد. نتایج نشان داد که علی‌رغم عدم تفاوت معنی‌دار در کارکرد هیجانی در نمره پیش از آزمون، بعد از ۲۳ جلسه مداخله، گروه آزمایشی که علاوه بر مداخله ABA مداخله تدوین شده را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل که صرفاً مداخله ABA را دریافت می‌کردند، کارکردهای هیجانی بهتری در مهارت اساسی ۵ (یعنی باورهای هیجانی) و مهارت اساسی ۶ (یعنی تفکر هیجانی و منطقی) دریافت کردند. گرچه در گذشته مداخله درمانی فلورتایم مبتنی بر ویژگی‌های هیجانی مادران ارائه نشده بود اما پژوهش‌های گذشته بر تاثیر ویژگی‌های هیجانی مادران بر روند مداخله تاکید داشتند (بدر و همکاران، ۲۰۱۴؛ پیچل والتز و همکاران، ۲۰۰۱؛ لابی، ۲۰۱۴). به عنوان نمونه لابی در سال ۲۰۱۴ عنوان کرد که همبستگی منفی در افزایش بازده درمانی و استرس کلی والدین وجود دارد بدین معنی که با کاهش استرس کلی والدین، پیشرفت در نتیجه درمان رخ می‌دهد. پژوهشگران دیگر عنوان کردند که مشکلات هیجانی در والدین اتیسم، تاثیر مخربی بر تکامل کودک خواهد داشت (کریدلند، ۲۰۱۴) به این دلیل که مادران به طور طولانی مدت و در گستره زمان طولانی با کودکان خود ارتباط دارند (ضرابی مقدم و امین یزدی، ۲۰۱۴). بنابراین مداخلات گروهی مبتنی بر والدین، تاثیر مثبتی در بازده درمانی کودکان مبتلا به طیف اتیسم دارد (ضرابی مقدم و امین یزدی، ۲۰۱۴).

لابی در پژوهشی در سال ۲۰۱۴ میزان هیجان‌های منفی و استرس والدین اتیسم که تحت مداخله ABA و فلورتایم داشتند بررسی کرد و به این نتیجه دست یافت که میزان استرس والدینی که مداخله فلورتایم دریافت می‌کردند کمتر از گروه دیگر بود ولی با وجود تفاوت در میانگین استرس دو گروه، در نتیجه درمان و مداخله دو گروه با میانگین نتیجه درمانی ۳/۱۱ برای گروه مداخله ABA و میانگین ۳/۳۵ برای گروه مداخله فلورتایم، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نتیجه درمانی در دو گروه دیده نشد (لابی، ۲۰۱۴). یکی از دلایل عدم تفاوت معنی‌دار بین دو گروه و تفاوت این نتیجه با نتایج مداخله حاضر می‌تواند این باشد که در پژوهش لابی در مراکز که این مداخلات ارائه می‌شد ویژگی‌های والدین در نظر گرفته نشد و مداخلاتی که استرس و هیجان‌های منفی والدین را در نظر داشته باشد ارائه نشد در صورتی که در پژوهش حاضر، هیجان‌های منفی والدین از جمله کنترل خشم، استرس و... را در ارائه مداخله فلورتایم در نظر گرفته شد. موافق با این دیدگاه، طبق مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ برای مقایسه دو مداخله فلورتایم و ABA انجام شد، تفاوتی بین دو گروه در میزان تعامل اجتماعی بعد از ۱ سال ارائه مداخله ملاحظه نشد (زاکور و همکاران، ۲۰۰۷).

در مورد اثربخشی مداخله فلورتایم در مقایسه با مداخله ABA، مطالعاتی انجام شده است که بیانگر تاثیر مثبت مداخله فلورتایم برای کاهش برخی علائم اوتیسم از جمله مشکلات ارتباطی و تعاملات اجتماعی است. از جمله این پژوهشگران عبارتند از گرین اسپن و ایدر (۱۹۹۷)، سولومون (۲۰۰۷)، هیلتون و همکاران (۲۰۰۷)، پاجربیا و همکاران (۲۰۱۱)، فیشر (۲۰۱۱)، نواک و همکاران (۲۰۱۱)، مینجارتز و همکاران (۲۰۱۱). همچنین پژوهشگرانی چون هولتزر در سال ۲۰۱۴ و علیزاده و همکاران در سال ۲۰۱۱ موافق با نتایج پژوهش حاضر تاثیر مثبت مداخله فلورتایم را بر کارکردهای هیجانی افراد مبتلا به اوتیسم بیان کردند. البته در این دو پژوهش، صرفاً تفاوت کلی کارکرد هیجانی کودکان مبتلای به اوتیسم تحت مداخله فلورتایم مطرح شده است و تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در ۶ مرحله رشد هیجانی عنوان نشده است. علاوه بر این در پژوهش علیزاده و همکاران، گروه مورد مداخله فلورتایم با گروه کنترلی که هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کردند مقایسه شد در حالی که در مداخله حاضر، مداخله فلورتایم با گروه کنترلی که ABA دریافت می‌کردند مورد مقایسه قرار گرفت. همچنین در هیچ یک از مداخلات بالا مداخله فلورتایم با توجه به در نظر گرفتن ویژگی‌های هیجانی والدین ارائه نشده است. در حالی که همان‌طور که در بالا ذکر شد، در نظر گرفتن ویژگی‌های هیجانی والدین در روند درمان و عود اختلال موثر است.

با توجه به نتایج این مطالعه مبنی بر تاثیرگذاری مداخله فلورتایم مبتنی بر هیجان‌های ابراز شده مادران کودکان بر رشد هیجانی کودکان مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا، پیشنهاد می‌شود که این مداخله به عنوان مکمل مداخلات به خصوص مداخله ABA در مراکز اتیسم مورد استفاده قرار گیرد. همچنین به دلیل کمبود حجم نمونه (به دلیل عدم همکاری برخی از والدین و مراکز و حجم کم کودکان اتیسم در مرکز)، در این پژوهش مقایسه بین مداخله فلورتایم مبتنی بر هیجان‌های ابراز شده مادران و فلورتایم به تنهایی با مداخله ABA صورت نگرفته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این مقایسه صورت گیرد. این پژوهش صرفاً روی گروه‌های اتیسم با عملکرد بالا صورت گرفته است به همین دلیل پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران طی پژوهش‌های آتی این مداخله را روی گروه‌های دیگر اختلال طیف اتیسم با حجم نمونه بزرگ‌تر اجرا کنند. پیشنهاد دیگر این پژوهش این است

اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلور تایم بر اساس هیجان ابراز شده مادران بر ...

که پژوهشی به منظور مقایسه این مداخله بر پایه والدین و مرکز محور و توسط مربیان انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که این مداخله روی گروه کودکان اتیسمی که تحت مداخله ABA نیستند نیز انجام گردد.

## References

- Abazari, k., malekpour, M., Ghamarani, A., Abedi, A., Faramarzi S. (2015). *understanding the factors that influence Expressed Emotion in autistic children's mothers (mixed method research)*. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. In press [In Persian].
- Alidade M, Ismailia S. (2015). *The effectiveness of floor-time intervention on emotional functions of children with autistic spectrum disorders*. Journal of Modern Rehabilitation Faculty of Rehabilitation of Tehran University of Medical Sciences. 9 (1), 8-16. [In Persian]
- Aminloo, M., Kamkari, k., Shokrzade, Sh. (2013). *Stanford-Binet Intelligence Test for Tehran- concurrent validity of the new version and the second version of the Wechsler Intelligence Scale for children with learning disabilities in children*. Journal of exceptional education. 13 (7). [In Persian].
- Azizi M., Afrooz Gh. Hassanzadeh S., Ghobari Bonab B., Arjmandnia A. (2016). *Designing the Preverbal Skills Training Program and Studying its Effectiveness on High- Functional Autistic Children's Communication Skills*. Applied Psychology Research Quarterly. 7(2), 17-32. [In Persian]
- Autism Society. (2006). <http://www.autism-societ v.org/abqut-autism/>.
- Ayden, A. (2015). *A comparison of the alexithymia, self-compassion and humor characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 174. 720 – 729.
- Bader, S. H., Barry, T. D., & Hann, J. H. (2014). *The Relation between Parental Expressed Emotion and Externalizing Behaviors in Children and Adolescents with an Autism Spectrum Disorder*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 44: 2820–2831
- Benson, P., Daley, Dave., Karlof, K., Robison, D. (2011). *Assessing expressed emotion in mothers of children with Autism*. SAGE Publications and the National Autistic Society. 15(1) 65–82
- Callahan, K., Henson, R., & Cowan, A. (2008). *Social validation of evidence-based practices in autism by parents, teachers, and administrators*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, 678-692.
- Creswell JW. (2013). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Washington DC: SAGE Publications Inc.
- Cridland EK., Jones SC., Magee CA., Caputi P. (2014). *Family-focused autism spectrum disorder research: A review of the utility of family systems approaches*. Autism; 18(3): 213-22.
- Eisenberg, N., Gershoff, E. T. Fabes, R. A. Shepard, S. A. Cumberland, A. J. Losoya, S. H. Guthrie, I. K and Murphy, B. C. (2001). *Mothers' Emotional*

- Expressivity and Children's Behavior Problems and Social Competence: Mediation through Children's Regulation*. *Developmental Psychology*, 37 (4), 475-490
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). *Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behavior problems, and maternal wellbeing*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657-671.
- Fallahi, V., Karimisani, P. (2016). *The effectiveness of Narrative Therapy on improvement of communication and social Interaction of children with autism*. *Applied Psychology Research Quarterly*. 7(2), 81-104. [In Persian]
- Fisher St., John College Rochester, NY., USA. (2012). *Virtual Floortime Using Games to Engage Children with Autism Spectrum Disorder*. *Communication/Journalism & Digital Cultures and Technologies*. IEEE International Games Innovation Conference.
- Griffith G. M., Hastings, R. P., Petalas, M. A., & Lloyd, T. J. (2014). *Mothers expressed emotion towards children with autism spectrum disorder and their siblings*. *Journal of Intellectual Disability Research*. 59 (6): 580-587
- Gilliam JE. (1995). *Gilliam autism rating scale GARS Austin, TX: Pro-Ed (Firm)*.
- Greenspan, S. I. & Wieder, S. (2006). *Engaging Autism*. Philadelphia, Pennsylvania: Da Capo Press.
- Greenspan, S.I. & Wieder, S. (1998). *The Child with Special Needs. Encouraging Intellectual and Emotional Growth*. Reading, MA: Perseus Publishing.
- Greenberg, J.S., Mailick Seltzer, M., Hong, J., & Orsmond, G.I. (2006). *'Bidirectional Effects of Expressed Emotion and Behavior Problems and Symptoms in Adolescents and Adults with Autism'*, *American Journal on Mental Retardation*, 111: 229-249.
- Holtzer J. (2014). *Efficacy of DIR: Floortime in children with Spectrum Disorder*. Hostra University, PhD thesis.
- Hilton Jane C., Seal Brenda C., Brief Report. (2007). *Comparative ABA and DIR Trials in Twin Brothers with Autism*. *J Autism Dev Disord*, 37:1197-1201
- Handley, Rosemary L. (2014). *Aggressive and self-injurious behavior: towards a community early intervention strategy*. Ph.D. thesis, University of Birmingham. <http://theses.bham.ac.uk/5230/5/Handley14PhD.pdf>
- Hooley, J.M., & Parker, H.A. (2006). *Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts*. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 386-396.
- Ingersoll, B. (2010). *Teaching Social Communication a Comparison of Naturalistic Behavioral and Development, Social Pragmatic Approaches for Children with Autism Spectrum Disorders*. *Journal of Positive Behavior Interventions*, Volume 12, Number 1, January. 33-43
- Javadi F., Hassanzadeh S., Arjmandnia A. (2014). *The Effectiveness of Pivotal Response Treatment (PRT) on Decrease of Clinical Symptoms in Children with Autism and their Parental Stress*. *Applied Psychology Research Quarterly*. 5(3), 55-69. [In Persian]

اثربخشی برنامه توانبخشی گروهی فلور تایم بر اساس هیجان ابراز شده مادران بر ...

- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). *Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 247–277.
- Khodabakhshi koolayi A. (2007). *Compare the effectiveness of family "model of family management" and "psycho-educational McFarlane" to reduce relapse in schizophrenia patients' mothers, mothers expressed emotion and psychological pressure on them*. PhD thesis, Iran, Tehran, Allameh Tabatabayi University. [In Persian].
- LUBY, M. (2014). *THE IMPACTS ON THE PARENT AND CHILD: A COMPARATIVE ANALYSIS OF ABA AND DIR INTERVENTIONS FOR YOUNG CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS*. PhD thesis, Wright Institute Graduate School of Psychology.
- Minjarez, m., Williams, S., Mercier, E., Harden, A. (2011). *Pivotal Response Group Treatment Program for Parents of Children with Autism*. *J Autism Dev Discord*; 41:92–101.
- Mofrad F., Amin Yazdi, A., Kareshki, H., HajyKhani, Z. (2013). *The relationship between mother-child relationships with functional preschoolers' emotional development*. International Congress of Child and Adolescent Psychiatry. Tabriz University of Medical Sciences. [In Persian]
- MUDFORD, O.C., MARTIN, N. T., EIKESETH, S. & BIBBY, P. (2001). *Parent-managed behavioral treatment for preschool children with autism: some characteristics of UK programs*. *Res Dev Disabil*. May-Jun; 22 (3):173-82
- Novak, J., Miller, D., Cullinane, K., Van Rooney, G., Williamson; Pasadena Child Development Associates, Pasadena, C. (2011). *DIR® /Floortime: A Framework for Nutrition Intervention for Pediatric Feeding Problems*. POSTER SESSION: PROFESSIONAL SKILLS; NUTRITION ASSESSMENT; MEDICAL NUTRITION THERAPY .Sunday, September 25.
- Orsmond G. I., Seltzer M. M., Greenberg J. S. & Krauss M. W. ( 2006). *Mother-child relationship quality among adolescents and adults with autism*. *American Journal of Mental Retardation*. **111**, 121–37.
- Pajareya K., ruslers K. (2011). *A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders*. SAGE Publications and the National Autistic Society, Vol 15(5) 563–577
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). *The effect of family interventions on relapse and Rehospitalisation in schizophrenia—a meta-analysis*. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73–92.
- Roberts, J., Williams, K., Carter, M., Evans, D., Parmenter, T & et al. (2011). *A randomized controlled trial of two early intervention programs for young children with autism: Centre-based with parent program and home-based*. *Research in Autism Spectrum Disorders* 5, 1553–1566.

- 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.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). *The family questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion*. *Psychiatry Research*, 109, 265-279.
- Wasserman, S., Mamani, A. W., Mundy, P. (2010). *Parents' criticisms and attributions about their adult children with high functioning autism or schizophrenia*. SAGE Publications and the National Autistic Society. 14 (2) 127–137.
- Wilson, R, & Hughes, C. (2011). *Assessing Expressed Emotion in parents in association with children's social competence, language ability and their understanding of others*. University of Cambridge, MMU psychology journal (Dissertation) UK, 1-28.
- Zachor, D., Ben-Itzhak, E., Rabinovich, A., & Lahat, E. (2007). *Change in autism core symptoms with intervention*. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 304-317.
- Zarrabi moghadam Z., Aminyazdi A. (2015). *Pattern Play Therapy (Floortime) Nature-based interventions for children in the autism spectrum*. International Conference on Humanities, psychology and social sciences. Iran, Tehran. [In Persian]