



The Effectiveness of Floor Time Play on Anxiety in Children With Asperger Disorder and Their Mothers: A Case Study

Ghazaleh Rezaee Khoshkozari ¹, Anahita Khodabakhshi Koolae ^{2,*}

¹ MSc, Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Anahita Khodabakhshi Koolae, Assistant Professor, Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran. E-mail: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

Received: 21 Oct 2017

Accepted: 02 Jun 2018

Abstract

Introduction: Anxiety is one of the problems associated with Asperger in children. The psychological burden of having a child with asperger also affects their caregivers, and life with a sick member creates a bitter experience for other family members. The current study aimed at investigating the influence of floor time play on the level of anxiety in children with Asperger disorder and their mothers.

Methods: The study was a single-subject of AB experimental design conducted on 8-11 year-old Method children with Asperger disorder and their mothers in Tehran, referring to Ayeen-e-Khorshid Autism Center; three children at the age range of 8-11 years were selected by convenience sampling method. Interventions were performed for 12 sessions (90 minutes each, one session per week) for three months, with a follow-up period of one month subsequent to treatment termination. The research instruments were the high-functioning autism spectrum screening questionnaire, the Spence children's anxiety scale, and family burden interview scale. Chart analysis method was used to analyze data of the current study and also the effectiveness of therapy was assessed by recovery percent formula and reliable change index.

Results: The results indicated that children with Asperger disorder improved in comparison with baseline measures. The overall improvement in their anxiety variables was 50.5%, and the RCI was higher than 1.96 for all three children. Therefore, floor time play therapy had a clinically and statistically significant effect on the reduction of anxiety in children with Asperger disorder. The results of the follow-up test showed that the effects of the intervention were still ongoing one month after the interventions. Also, the results of the percentage of recovery (24.6%) indicated a decrease in burden, but this value was not clinically significant.

Conclusions: It seems that floor time play therapy was effective on reducing the anxiety of children with Asperger disorder. Therefore, floortime play therapy is recommended as an intervention to improve anxiety in children with Asperger disorder and reduce stresses and mental problems of their mothers in autism centers and clinics.

Keywords: Floor Time Play, Anxiety, Asperger, Burden, Mothers



اثر بخشی بازی درمانی فلور تایم بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر و بار روانی مادران آن‌ها: یک مطالعه مورد منفرد

غزاله رضایی خشکدزی^۱، آناهیتا خدابخشیشی کولایی^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد، گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
^۲ استادیار، گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخشیشی کولایی، استادیار، گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران. ایمیل: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۲۹

چکیده

مقدمه: اضطراب یکی از مشکلات همراه کودکان آسپرگر است. بار روانی حاصل از داشتن کودک مبتلا به آسپرگر بر مراقبان آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد و زندگی با یک عضو بیمار تجربه تلخی برای سایر اعضای خانواده ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی بازی درمانی فلور تایم بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر و بار روانی مادران آن‌ها پرداخته است.

روش کار: روش پژوهش حاضر یک مطالعه مورد منفرد از مدل AB می‌باشد. جامعه آماری پژوهش تمامی کودکان پسر ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال آسپرگر و مادران این کودکان در شهر تهران و در سال ۹۶-۱۳۹۵ هستند، که به مرکز اتیسم آیین خورشید مراجعه کرده بودند و ۳ کودک که نمرات مشابه تری در پرسش نامه غربالگری طیف اتیسم با عملکرد بالا داشتند، به روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. اجرای مداخله ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۳ ماه انجام گرفت و مرحله پیگیری نیز سه ماه پس از پایان درمان دنبال شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسش نامه غربالگری طیف اتیسم با عملکرد بالا، پرسش نامه اضطراب اسپنس و مقیاس بار روانی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر، در متغیر اضطراب، نسبت به خط پایه در نمرات تغییر و بهبودی نشان دادند. درصد بهبودی کلی آن‌ها در متغیر اضطراب ۵۰٫۵ درصد محاسبه شد و نمرات شاخص تغییر پایا برای هر سه کودک بیشتر از ۱/۹۶ به دست آمد. بنابراین بازی درمانی فلور تایم بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر از نظر بالینی و آماری معنادار است. هم چنین نتایج آزمون پیگیری نشان داد که اثرات مداخله بعد از گذشت یک ماه از اجرای آخرین جلسه بازی درمانی، هم چنان ادامه داشته است. نتایج به دست آمده از درصد بهبودی (۲۴/۶ درصد)، در مورد بار روانی مادران این کودکان بعد از اجرای مداخله و آزمون پیگیری حاکی از کاهش بار روانی مادران بود، اما این مقدار از نظر بالینی معنادار نبود.

نتیجه گیری: بازی درمانی فلور تایم بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر مؤثر بوده است، از این رو این نوع بازی درمانی می‌تواند به عنوان یکی از مداخله‌های درمانی جهت بهبود اضطراب در کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر و کاهش فشارها و مشکلات روانی مادران آن‌ها در مراکز و کلینیک‌های اتیسم مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی فلور تایم، اضطراب، آسپرگر، بار روانی، مادران

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

تحریک پذیری، رفتارهای تخریبی و اشکال جدی در ارتباط کودک مشخص می‌شود (۱). کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر در مقایسه با

اختلالات نافذ رشد اختلالات شدید روان شناختی هستند که، خانواده‌ها را با چالش‌های بسیاری روبرو می‌کنند. اتیسم با رفتارهای کلیشه‌ای،

هدف اصلی روش درمانی فلورنایم کمک به کودکان در خود تنظیمی، تعامل و توسعه روابط کودک با جهان، مشارکت در روابط دو طرفه عمدی، حل مشکلات پیچیده، داشتن افکار و تفکرات انتزاعی، تفسیر نمادها و رفتارها می‌باشد. به عبارت دیگر هدف آن آموزش این مهارت‌ها به کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است تا کودک بتواند به طور طبیعی با جامعه در تعامل باشد و ایده‌های خود جوش و پاسخ‌های فعال نسبت به دیگران داشته باشد (۱۲). چندین مطالعه اثربخشی موسیقی درمانی و بازی درمانی را بر کاهش رفتارهای پرخطرانه کودکان طیف اتیسم (۱۳)، دانش آموزان دبستانی پسر دارای اختلالات برونی سازی شده (۱۴) و کودکان عادی (۴) نشان داده‌اند. بازی درمانی به شیوه فلورنایم یک دوره بی ساختار، بازی و گفت و گوی خودجوش است که در آن بزرگسال میل کودک را دنبال می‌کند؛ والدین به عنوان عوامل درمانی در جلسات درمانی می‌آموزند که، چگونه تعاملات رفت و برگشتی با کودک خود داشته باشند تا هیجان‌ها و تعارضات در ارتباط با کودکشان تعدیل شود (۱۰). یافته‌های پژوهش‌های پیشین موید اثربخشی بازی درمانی فلورنایم در کودکان اتیسم می‌باشد (۱، ۹، ۱۵-۱۷). در ایران نیز به بررسی تأثیر روش فلورنایم بر کارکردهای هیجانی (۱۸) و نیز مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کودکان دارای اختلالات اتیسم (۱۱) پرداخته شده است. با توجه به حق بهره مندی کودکان دچار اتیسم در آموزش و پرورش ویژه خود و لزوم کاهش تأثیرات منفی ناشی از وجود کودک مبتلا به اختلال اسپرگر در خانواده، در اختیار داشتن منابع علمی و پژوهشی در زمینه‌هایی همچون سبب شناسی، مهارت‌های اداره خود، روش‌های یاددهی- یادگیری، تکنیک‌های گسترش روابط بین فردی و اجتماعی و تأثیرات آن بر خانواده‌ها ضرورتی تام دارد. هر چند که تلاش‌های به عمل آمده جهت بررسی علل ایجاد کننده این اختلال تاکنون به دستاوردهای قابل اعتمادی منتج نشده است، لیکن مطالعات موجود نشان دهنده آن است که، نتایج حاصل از پژوهش‌های علمی و آرایه آن‌ها، پیامدهای نامطلوب آموزشی و اجتماعی ناشی از اختلال اسپرگر را تا حد زیادی کاهش داده و اقدامات درمانی و توانبخشی را در این زمینه با موفقیت‌های فراوانی روبرو کرده است (۵). در واقع با توجه به هزینه‌های سرسام آور ارائه خدمات توانبخشی توسط درمانگر در درمان‌های مستمر، با آموزش والدین و درگیر کردن آن‌ها در درمان ضمن توجه به هسته اصلی اختلال در کودک با اختلالات اسپرگر، از جهت اقتصادی نیز کمک شایانی به خانواده خواهد شد. به ویژه با روش ارتباطی که فلورنایم به خانواده آموزش می‌دهد، در واقع آن‌ها را برای همیشه به یک ابزار ارتباطی با کودک خود مجهز می‌کند (۱۸). به موازات این که، درک ما از اختلال اسپرگر، هیجان‌ها منفی کودک مبتلا به این اختلال و مشکلات و بار روانی که مادر کودک با آن دست و پنجه نرم می‌کند، بیشتر گسترش یابد نیاز به شناسایی شیوه‌های درمانی اثربخش برای این اختلال اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. بنابراین دست یابی به راهبردهایی به منظور کاهش و در نهایت درمان اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر و پیشگیری از آسیب‌های ناشی از آن و هم چنین کاهش بار روانی مادران آنها، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از راهبردهای اثربخش در این راستا بازی درمانی می‌باشد. بنابراین پژوهش حاضر، به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که، بازی درمانی

افراد طیف اتیسم از گفتار و زبان اولیه طبیعی‌تر و نقایص اجتماعی خفیف‌تری برخوردارند و از مواجه شدن با گروه‌ها و موقعیت‌های اجتماعی دچار اضطراب می‌شوند (۲). شیوع اختلالات اضطرابی در کودکان دچار اختلالات نافذ رشد، بین ۱۱ تا ۸۴ درصد می‌باشد (۳). اضطراب و پرخاشگری پیامدهای زبان باری نظیر دلشوره، وحشت و ترس و هم چنین، پیامدهای روان شناختی، هیجانی و اجتماعی برای کودک و اطرافیان او به همراه دارد (۴). طبق آمار سال ۲۰۱۲ میزان شیوع اختلال اتیسم در آمریکا، ابتلای یک کودک به ازای هر ۶۸ کودک اعلام شده و به نحوی که از هر ۵۵ کودک پسر یک کودک و از هر ۱۶۱ کودک دختر نیز یک کودک به این بیماری مبتلا می‌شدند. در ایران آمار منتشره شده و روشنی از میزان مبتلایان به اتیسم وجود ندارد، با این حال، به نقل از وب سایت پزشکان ایران تخمین زده می‌شود که یک نفر در هر ۱۵۱ نفر دارای این اختلال هستند (۵). بار روانی حاصل از داشتن کودک مبتلا به اتیسم بر مراقبان آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد و زندگی با یک عضو بیمار تجربه تلخی برای سایر اعضای خانواده ایجاد می‌کند (۵). از این رو، اعضای خانواده کودکان اسپرگر نیز غالباً اثرات روان شناختی منفی از قبیل اضطراب، افسردگی بالا، انزوای اجتماعی و تعارض‌های زناشویی بالایی را تجربه می‌کنند (۶) به طوری که اثرات آن در مادران بیشتر از پدران است. افزون بر تنیدگی فرزندپروری، این اختلال فشار مالی زیادی را نیز بر خانواده تحمیل می‌کند و از آنجایی که این خواسته‌ها با مراقبت از کودک اسپرگر مرتبط هستند، والدین برای خود اوقات شخصی ندارند که این امر منجر به پیوند عاطفی ضعیف بین والدین، افسردگی، گوشه گیری و حتی طلاق می‌شود (۷). در یک بررسی ۳۷/۷ درصد از والدین دارای کودک اسپرگر از متخصصان بهداشت روانی تشخیص اختلال روانی دریافت کرده بودند، رایج‌ترین تشخیص‌ها افسردگی و اضطراب بود و شیوع آن در میان مادران بیش از پدران بود (۸). اغلب پژوهش‌ها و همچنین سایر طرح‌های درمانی موجود، فقط کودک و کاهش مشکلات رفتاری او را هدف قرار می‌دهند و از تأثیر گسترده‌ای که این اختلال بر سلامت روان خانواده می‌گذارد و به طور متقابل، از تأثیر بد کارکردی خانواده بر افزایش میزان بروز مشکلات رفتاری کودک و کاستن از نتایج درمانی، غفلت ورزیده‌اند، در حالی که اختلال اسپرگر علاوه بر این که ناتوانی و خلل در رشد و مهارت‌های ارتباطی، تعاملی، کلامی و شناختی افراد مبتلا ایجاد می‌کند (۹)، بر سلامت روان والدین و سایر اعضای خانواده اثری چند وجهی و فراگیر داشته و تعادل را در نظام خانواده از بین می‌برد (۱۰).

برای کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر، بازی می‌تواند راهی باشد تا آن‌ها از جهان محصور خود بیرون بیایند و بر همین اساس، روشی درمانی به وسیله استنلی گرینسپن روان پزشک کودک ابداع شده است که، فلورنایم یا مدل تحولی روابط متفاوت فردی نام گرفته است (۱۱). اغلب روش‌های درمانی که در مراکز آموزش رسمی برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم مورد استفاده قرار می‌گیرند، مبتنی بر اصول رویکرد رفتاری می‌باشند. در واقع از محورهای مهم درمان در بازی درمانی فلورنایم که در رویکردهای رفتاری کمتر مورد توجه است، توجه به تفاوت‌های فردی حسی و حرکتی کودکان است. این رویکرد نقشه راه جدیدی از تحول تدریجی ذهن انسان ارائه می‌دهد و، گاهی یکپارچه به توانمندی‌های انسان شامل شناخت، زبان، عاطفه و هیجان دارد (۱).

فلور تایم بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر و بار روانی مادران آن‌ها چه تأثیری دارد؟

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعه مورد منفرد با طرح AB است. این طرح شامل دو مرحله A و B است. مرحله اول (A) خط پایه و مرحله دوم (B) آزمایش نام دارد. در مرحله خط پایه، رفتار آزمودنی در شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار می‌گیرد و ویژگی‌های آن از جمله؛ تعداد دفعات وقوع رفتار، شدت آن، در یک مقطع زمانی معین ثبت می‌شود. در طرح تحقیق مورد منفرد پژوهشگر به بررسی تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر می‌پردازد، اما بررسی اثرهای متغیر بر یک یا چند آزمودنی متمرکز است؛ بنابراین در این پژوهش به مقایسه مرحله قبل از مداخله (A) و بعد از مداخله (B) می‌پردازیم. جامعه پژوهش را تمامی کودکان ۱۱-۸ ساله مبتلا به اختلال اسپرگر و مادران این کودکان در شهر تهران، که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به مرکز اتیسم آیین خورشید مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌داد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند، ۳ پسر مبتلا به اختلال اسپرگر به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه برای کودکان شامل تشخیص اختلال اسپرگر با مطالعه پرونده کودک، محدوده سنی ۸ تا ۱۱ سال، بهره هوشی حداقل ۹۰ با توجه به پرونده کودک، داشتن مادر در قید حیات و برای مادران، داوطلب بودن، داشتن حداقل تحصیلات دبلم، عدم ابتلا به اختلال روانی و جسمانی آشکار، قرار داشتن در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و مطلقه نبودن بود. هم چنین معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در جلسات آموزشی بیش از دو جلسه، عدم حضور در جلسات آزمون (جلسات تکمیل پرسش‌نامه‌ها)، مصرف داروهای ضد اضطراب و دریافت هر نوع روان‌درمانی در حین انجام پژوهش.

در این مطالعه از پرسش‌نامه غربالگری طیف اتیسم با عملکرد بالا (ASSQ: Autism Spectrum Screening Questionnaire) (The High-Functioning) که توسط اهلر و گیلبرگ (۱۹۹۳) طراحی شده است، استفاده گردید. این پرسش‌نامه ۲۷ آیتم دارد و که توسط والدین یا معلمین تکمیل می‌شود؛ برای هر آیتم ۰-۲ نمره در نظر گرفته شده است. کودکانی که نمره کلی آن‌ها ۲۲ (در صورت تکمیل شدن توسط معلمین) و ۱۹ (در صورت تکمیل شدن توسط والدین) باشد، با عنوان اتیسم با عملکرد بالا انتخاب می‌شود. این پرسش‌نامه مشکلات کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را در سه حوزه تعامل اجتماعی، تأخیر در زبان و گفتار و مشکلات رفتاری می‌سنجد. نتایج نشان داده‌اند که نمره حاصل از ارزیابی معلمان واقع بینانه‌تر از ارزیابی والدین بوده است (۱۹). پایایی و روایی این پرسش‌نامه توسط کاسه چی در دانشگاه علوم بهزیستی در سال ۱۳۹۰ هنجاریابی شده است. برای برآورد روایی همگرایی پرسش‌نامه ASSQ، همبستگی آن با دو پرسش‌نامه راتر و CSI-4 محاسبه شد، که در گروه والدین ضریب همبستگی پرسش‌نامه ASSQ و راتر (۰/۷۱۵) در گروه والدین پرسش‌نامه ASSQ و CSI-4 (۰/۴۸۶) و در گروه معلمان ضریب همبستگی پرسش‌نامه ASSQ و راتر (۰/۴۹۵) در گروه معلمان پرسش‌نامه ASSQ و CSI-4 (۰/۴۱۱) به دست آمد. بین نمرات والدین و معلمان کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در پرسش‌نامه ASSQ رابطه مثبت معناداری وجود دارد. ضریب آلفای کرونباخ بدست

آمده در گروه والدین و معلمان کودکان عادی و طیف اتیسم نشان می‌دهد که آیتم‌های ASSQ برای غربالگری کودکان اتیسم با عملکرد بالا ۷-۱۲ ساله مناسب است (۲۰). برای سنجش اضطراب کودکان از پرسش‌نامه اضطراب اسپنس (SCAS) نسخه والدین استفاده گردید. این پرسش‌نامه از ۳۹ عبارت تشکیل شده که ۳۸ عبارت آن نمره گذاری می‌شود و برای سنین ۸ تا ۱۵ سال تهیه شده است. پرسش‌نامه اضطراب اسپنس هم چنین دارای یک سؤال باز است که والد به طور تشریحی به آن پاسخ خواهد داد. طریقه نمره گذاری به پاسخ‌ها به صورت (هرگز = ۰)، (گاه‌گاهی = ۱)، (غالباً = ۲) و (همیشه = ۳) خواهد بود که حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۴ بدست می‌آید. روایی همگرایی مقیاس اضطراب کودکان اسپنس با مقیاس تجدید نظر شده اضطراب مانیفست کودکان به طور معنادار همبستگی داشته است (۰/۷۱ = r). روایی افتراقی مقیاس نیز با پرسش‌نامه افسردگی کودکان همبستگی پایین و کم به دست آمد. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی مقیاس به مدت ۶ ماه ۰/۶۰ به دست آمد (۲۱). این پرسش‌نامه توسط موسوی و همکاران به فارسی ترجمه شده است و اعتبار تست بازآزمایی نمرات کل آن ۸۹/۰ گزارش شده است (۲۲).

به منظور ارزیابی بار روانی از مقیاس بار روانی (FBIS) استفاده گردید. این پرسش‌نامه در سال (۱۹۸۲) توسط پای و کاپور طراحی شد. این پرسش‌نامه نیمه ساختار یافته است که برای ارزیابی بار روانی مراقب در خانواده بکار می‌رود. این مقیاس به روش مصاحبه نیمه ساختار یافته تکمیل می‌شود و شامل ۲۴ سؤال است و در انتخاب گزینه‌های آن از مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت استفاده شده است. نمره صفر برای عدم گزارش بار روانی، نمره یک برای بار روانی متوسط و در نهایت نمره دو برای بار روانی شدید می‌باشد. نمره ۰ تا ۱۶ برای عدم گزارش بار روانی، نمره ۱۷ تا ۳۲ برای بار روانی متوسط و نمره ۳۳ تا ۴۸ نشان دهنده بار روانی شدید می‌باشد. این ابزار نخستین بار توسط ملکوتی (۱۳۸۱) به فارسی برگردانده شد و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ است که نشان دهنده پایایی آن است (۵). پژوهشگر در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ پس از کسب مجوز از دانشگاه غیرانتفاعی خاتم و ارائه آن به مسئولین مرکز اتیسم آیین خورشید، در ابتدا ۱۱ کودک ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال اسپرگر را (که به طور جداگانه به تأیید دست کم یک روان‌شناس بالینی و یک روان‌پزشک کودکان رسیده است) انتخاب کرد. پس از آن پرسش‌نامه غربالگری طیف اتیسم با عملکرد بالا (ASSQ) توسط مادران این کودکان تکمیل شد. بعد از تحلیل نتایج پرسش‌نامه ASSQ، ۳ کودک (۳ پسر) که نمره‌های مشابه‌تری در پرسش‌نامه کسب کرده بودند، به عنوان نمونه‌های موردنظر انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه‌های واجد شرایط، در جلسه اول که در بنیاد خیریه اتیسم برگزار شد در خصوص اهداف پژوهش، روش اجرای آن، محرمانه بودن اطلاعات و آزادی انصراف از شرکت در مطالعه در هر زمانی که تمایل داشتند، توضیحات لازم ارائه گردید. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، دو هفته قبل از آغاز اجرای بازی درمانی فلور تایم، به منظور ارزیابی‌های مرحله خط پایه که مرحله مشاهده نیز نامیده می‌شود، دو پرسش‌نامه اضطراب اسپنس (ارزیابی میزان اضطراب کودک) و پرسش‌نامه بار روانی (ارزیابی بار روانی مادر)، دو مرتبه (هر هفته یک مرتبه) توسط مادران این کودکان تکمیل شد. نتایج اولیه از ارزیابی‌های دو

یافته‌ها

کودک الف: این کودک ۹ سال سن دارد و در پرسش نامه غربالگری اتیسم (تکمیل توسط مادر) نمره ۲۱ را دریافت نمود و به عنوان کودک مبتلا به اسپرگر برای شرکت در پژوهش پذیرفته شد. این کودک ۲ سال پیش در پایه اول ابتدایی گروه استثنایی تحت آموزش بوده است، اما به دلیل نبود امکانات کافی و تلفیق کودک با دیگر کودکان عقب مانده ذهنی در مدرسه از تحصیل باز می‌ماند و بعد از آن در کلینیک‌های مربوط به کودکان اختلالات طیف اتیسم آموزش می‌بیند. این کودک از دستورپذیری خوبی برخوردار است اما در درک مطلب ضعیف است و نیاز به تکرار و تمرین بیشتری دارد. از نظر گفتار در سطح خوبی قرار دارد اما بسیار آرام صحبت می‌کند. به موسیقی بسیار علاقه مند است و حافظه نسبتاً خوبی دارد. از جمله مشکلات و ناتوانی‌های او مشکلات ارتباطی، تماس چشمی ضعیف، تمرکز ضعیف، مشکلاتی در طرز راه رفتن و انجام فعالیت‌های پیچیده مانند راندن دوچرخه یا توپ بازی و هم چنین ناتوانی در انجام کارهای روزمره خود مثل بستن بند کفش یا مسواک زدن.

مادر الف: سن این مادر ۴۰ است. مدرک تحصیلی دیپلم دارد. خانواده آن‌ها ۳ نفره است و تنها یک فرزند دارد و با همسر خود زندگی می‌کند. از نظر مالی متوسط هستند. ۱۲ سال از ازدواج این مادر و همسرش می‌گذرد. مادر متذکر می‌شود که به علت رفتارهای غیرعادی فرزندش و گوشه گیری او، روابط خانوادگی و رفت و آمد با دوستان را سال‌هاست که کاهش داده است. به طور کلی علائمی از افسردگی، سردرگمی، پریشانی و غم در صحبت‌ها و رفتار این مادر دیده می‌شود.

پرسش نامه برای مقایسه با نتایج نهایی نگه داشته شدند. هر دو پرسش نامه پژوهش (پرسش نامه اضطراب اسپنس و مقیاس بار روانی) توسط مادر کودک تکمیل شدند. در طول مدت اجرای جلسات کودکان و والدین تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند و صرفاً به فعالیت‌های معمول خود پرداختند. مداخله به صورت دو نفری (کودک و مادر) در مرکز اتیسم آیین خورشید برگزار شد. بازی درمانی فلورتایم شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود (جدول ۱) که هفته‌ای یک بار به مدت ۳ ماه اجرا شد. ۶۰ دقیقه از هر جلسه به مداخله بازی درمانی فلورتایم اختصاص داده شده بود و ۳۰ دقیقه پایانی شامل بحث و گفت‌گو با مادر کودک، در مورد تکنیک‌های مداخله بازی درمانی فلورتایم و روند پیگیری و انجام آن با کودک در منزل بود. از مادر خواسته شد که تکنیک‌های هر جلسه از مداخله را هر روز ۳۰ دقیقه با کودک اجرا کند. در هنگام مداخلات و در انتهای جلسات چهارم، هشتم و دوازدهم، به منظور ارزیابی میزان اضطراب کودکان و بار روانی مادرانشان، دو آزمون اسپنس (SCAS) و مقیاس بار روانی (FBIS) توسط مادران شرکت کننده تکمیل گردید و نتایج آن با نتایج دو آزمون نخستین مقایسه شد. در نهایت نیز جلسه پیگیری بعد از اتمام جلسات بازی درمانی به فاصله یک ماه پس از آخرین جلسه، به منظور سنجش ثبات تغییرات در شرکت کننده‌ها برگزار شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تفسیر نمودار، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا (RCI) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از فرمول درصد بهبودی به منظور تبدیل نمرات به صورت درصدی و بررسی معناداری بالینی، و از فرمول شاخص تغییر پایا برای معناداری آماری داده‌ها استفاده گردید.

جدول ۱: محتوای جلسات برنامه بازی درمانی فلورتایم (۲۳)

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و ایجاد انگیزه و جلب اعتماد مادران	خوشامد گویی، معرفی مربی، روش اجرای پژوهش، اهداف پژوهش و بیان قوانین جلسات به طور واضح.
دوم	آشنایی و بحث پیرامون اختلالات نافذ رشد با تکیه بر اختلال اسپرگر، بیان اهمیت دوران کودکی	بحث و گفتگو در مورد بیماری اتیسم و اسپرگر، تعاریف مربوطه و تاریخچه و دلایل آموزش، نیازهای کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر، اهمیت بازی و نقش آن در رشد کودک.
سوم و چهارم	قرار گرفتن در محیط و محرک‌های بیرونی توجه و تمرکز	وجود یک محیط ساختاریافته با محرک‌های جذاب و لذت بخش، آشنایی با رفتارهای کودک، آشنایی با علائق و توانایی‌های کودک، ایجاد جلب توجه از طریق بازی و محرک‌های مورد علاقه کودک، درک کودک از تشویق و پاسخ دادن به آن.
پنجم و ششم	ایجاد علاقه و برقراری ارتباط - تقلید	شکل گیری علاقه و اعتماد، ایجاد یک رابطه دوطرفه با کمک بازی برای پیش برد فعالیت‌های تقلیدی مانند: تقلید حرکات و آوا.
هفتم و هشتم	فراهم آوردن تجارب یادگیری - زبان درکی	ایجاد یک تعامل طولانی با محیط، کاوش در محیط، چالش کودک برای یادگیری، شکل گیری حل مسئله، ایجاد نظم و انضباط و کنترل رفتار، پیروی از دستورات، تمرکز روی وسایل بازی برای یادگیری بیشتر و لذت بخش تر.
نهم و دهم	خودانگیزگی - زبان بیانی	استفاده از کلام برای ارتباط بیشتر و مؤثرتر، کودک یاد می‌گیرد هر چیزی که در اطراف وجود دارد دارای اسم و نام می‌باشد، بکارگیری اسامی در بازی، بیان خواسته‌ها در غالب زبان و کلام، درک مفهوم مالکیت و بکارگیری آن در بازی.
یازدهم و دوازدهم	بسط و تعمیم یادگیری‌های لذت بخش - زبان انتزاعی	ایجاد ارتباط کلامی پیچیده (پرسش و پاسخ)، به اشتراک گذاشتن علائق، انجام تعاملات لذت بخش، ایجاد فعالیت‌های مستقل و تعمیم آن‌ها در موقعیت‌های مشابه و ایجاد تجربه از درک مفاهیم.

یک سوم از کلاس اول ابتدایی را در مدرسه کودکان استثنایی گذرانده ولی به دلیل افت عملکرد از تحصیل بازمانده است. گفتار خوبی دارد، نسبت به انجام تکالیف کلاسی علاقه نشان می‌دهد. از جمله علاقی او علاقه به لگو ها، اسباب بازی‌ها و مداد رنگی، خمیربازی و کامپیوتر است. دارای مشکلات ارتباطی، تماس چشمی محدود و رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای حرکتی مثل بازی با انگشتان یا فشار دادن یا پیچاندن آنها یا حرکات ترکیبی کل بدن است. حافظه خوبی ندارد که این مشکل به عدم توجه و تمرکز وی می‌باشد. گاهی از کلمات و عبارات نابجا در کلامش استفاده می‌کند. در افکار و احساسات خود نسبت به دیگران ضعیف عمل می‌کند و قادر به همدلی مطلوب و مناسب با آن‌ها نمی‌باشد. به گفته مادر بعد از مدرسه رفتن رفتار پرخاشگری او بهبود یافته بود اما به مرور زمان رفتار پرخاشگری او تشدید شده است.

مادر ج: سن این مادر ۳۸ سال است و مدرک تحصیلی دیپلم دارد. تنها یک فرزند دارد و با همسر خود زندگی می‌کند. این خانواده از نظر مادی متوسط رو به پایین هستند. قبل از تولد فرزندش شاغل بوده و ۲ سال بعد از تولد کودکش و در زمانی که به مشکل او پی می‌برد، دست از کار می‌کشد، زیرا به گفته مادر هیچ مهد کودک و مرکزی وجود نداشته که از فرزندش مراقبت کند. با وجود کودک اسپرگر خود روابط خود را با بستگان قطع کرده است؛ زیرا تحمل سرکوفت آن‌ها و ناملایمتهای ایشان با کودکش را نداشته است. به علت بالا بودن هزینه‌های درمان و آموزشی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، توان مالی برای ثبت نام کودک در مراکز تخصصی و آموزشی را نداشته‌اند. علائمی از ناامیدی، سردرگمی و اضطراب در این مادر به وضوح دیده می‌شود.

در این مطالعه داده‌های به دست آمده از سه مرحله پژوهش (خط پایه، درمان و پیگیری) در جدول ۲ و ۳ و تصویر ۱ و ۲ که در ادامه می‌باشد ارائه شده و تحلیل داده‌ها با فرمول درصدی و شاخص تغییر پایا آورده شده است. اولین فرضیه این پژوهش این پژوهش به بررسی تأثیر بازی درمانی فلور تایم بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر پرداخته است.

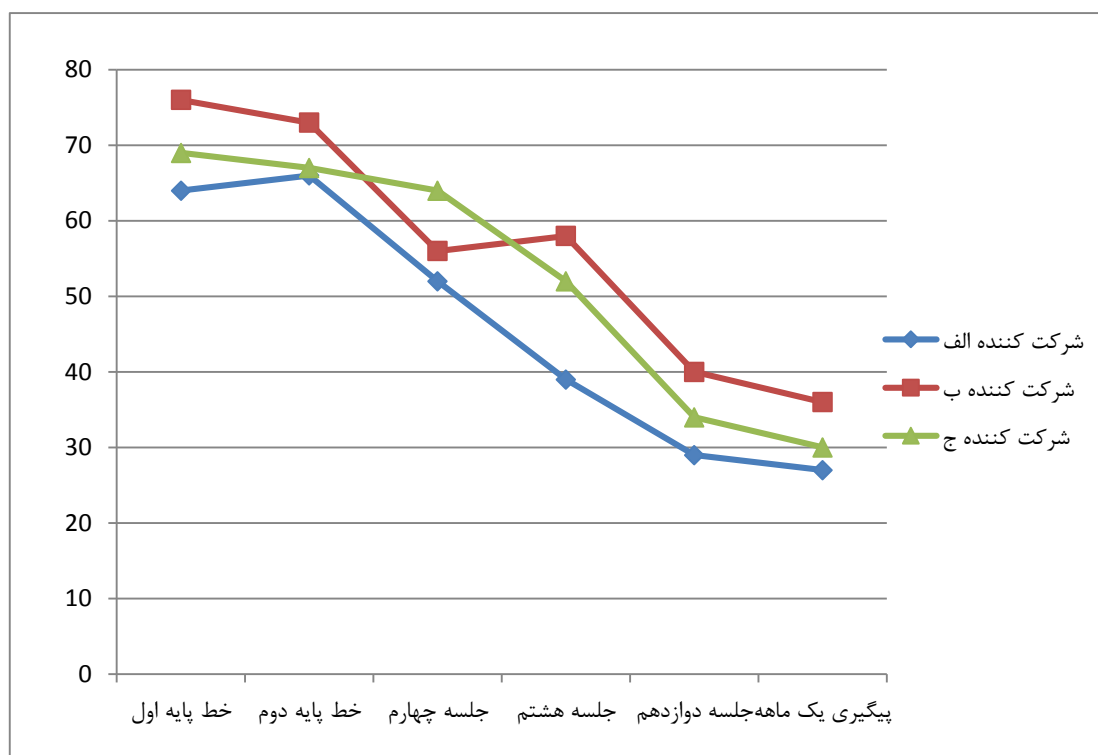
کودک ب: این کودک ۹ سال سن دارد و در پرسش نامه غربالگری اتیسم (تکمیل توسط مادر) نمره ۱۹ را دریافت نمود و به عنوان کودک مبتلا به اختلال اسپرگر پذیرفته شد. این کودک هرگز به مدرسه نرفته است و از ۵ سالگی تحت آموزش‌های مختلف در کلینک‌های مختلف قرار گرفته و در کلاس‌های کودکان ذهنی شرکت داشته است اما در حین انجام پژوهش هیچ گونه آموزشی دریافت نمی‌کند. صحبت می‌کند اما کلمات خاص خود را بسیار به کار می‌برد. به بازی‌های کامپیوتری و نقاشی کردن علاقه دارد. زود خسته می‌شود و رفتار پرخاشگرانه نشان می‌دهد، بنابراین برای انجام فعالیت‌های پی در پی احتیاج به زمان دارد. کودک مشکل خواب نیز دارد. از دستورپذیری خوبی برخوردار نیست و اشتغال ذهنی فراگیر با قسمت‌های اشیاء دارد. بسیار گوشه گیر است، رفتار اجتنابی دارد و در برقراری ارتباط با همسالان خود ضعف قابل توجهی دارد. با کودکان دیگر دعوا می‌کند و نمی‌تواند هیجانانگیز خود را به شیوه مناسب کنترل کند و نسبت به هر مسئله طبیعی، واکنش منفی و هیجانی نشان می‌دهد و به طور خلاصه مشکلات رفتاری زیادی دارد.

مادر ب: سن این مادر ۴۴ سال است و مدرک تحصیلی دیپلم دارد. مادر خانه دار است. ۱۳ سال از ازدواج این مادر با همسرش می‌گذرد. دو فرزند دارد؛ کودک مبتلا به اختلال اسپرگر فرزند دوم است و یک دختر ۱۲ ساله که سالم است و به تشخیص پزشک و روان شناسان، رشد طبیعی را طی کرده است. وضع مالی این خانواده ضعیف است و به گفته مادر پدر برای تأمین مخارج زندگی مجبور است تا دیروقت کار کند و زحمت نگهداری و رفت و آمد فرزندانش به دوش او افتاده است. روابط خانوادگی این مادر نیز پس از تولد فرزند مبتلا به اختلال اسپرگر، به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است. هم چنین این بیماری به طور چشمگیری در روابط مادر با همسرش اختلال ایجاد کرده است.

کودک ج: این کودک ۸ سال سن دارد و در پرسش نامه غربالگری اتیسم (تکمیل توسط مادر) نمره ۲۰ را دریافت نمود و به عنوان کودک مبتلا به اسپرگر برای شرکت در پژوهش پذیرفته شد. این کودک به مدت ۱ سال

جدول ۲: نمرات سه شرکت کننده به همراه درصد بهبودی در متغیر اضطراب

شرکت کننده (الف)	شرکت کننده (ب)	شرکت کننده (ج)	اضطراب
۶۴	۷۶	۶۹	خط پایه اول
۶۶	۷۳	۶۷	خط پایه دوم
۶۵	۷۴/۵	۶۸	میانگین خط پایه
۵۲	۵۶	۶۴	جلسه چهارم
۳۹	۵۸	۵۲	جلسه هشتم
۲۹	۴۰	۳۴	جلسه دوازدهم
۴۰	۵۱/۳۳	۵۰	میانگین جلسات درمان
٪۵۵/۳	٪۴۶/۳	٪۵۰	درصد بهبودی
	٪۵۰/۵		درصد بهبودی کل
۱۳/۷۹	۱۲/۷۸	۱۰/۱۱	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۷	۳۶	۳۰	پیگیری یک ماهه
۵۸/۴	۵۱/۶	۵۵/۸	درصد بهبودی نهایی
	٪۵۵/۲		درصد بهبودی کلی
۲۰/۹۷	۲۱/۲۴	۲۰/۹۷	شاخص تغییر پایا (پیگیری)



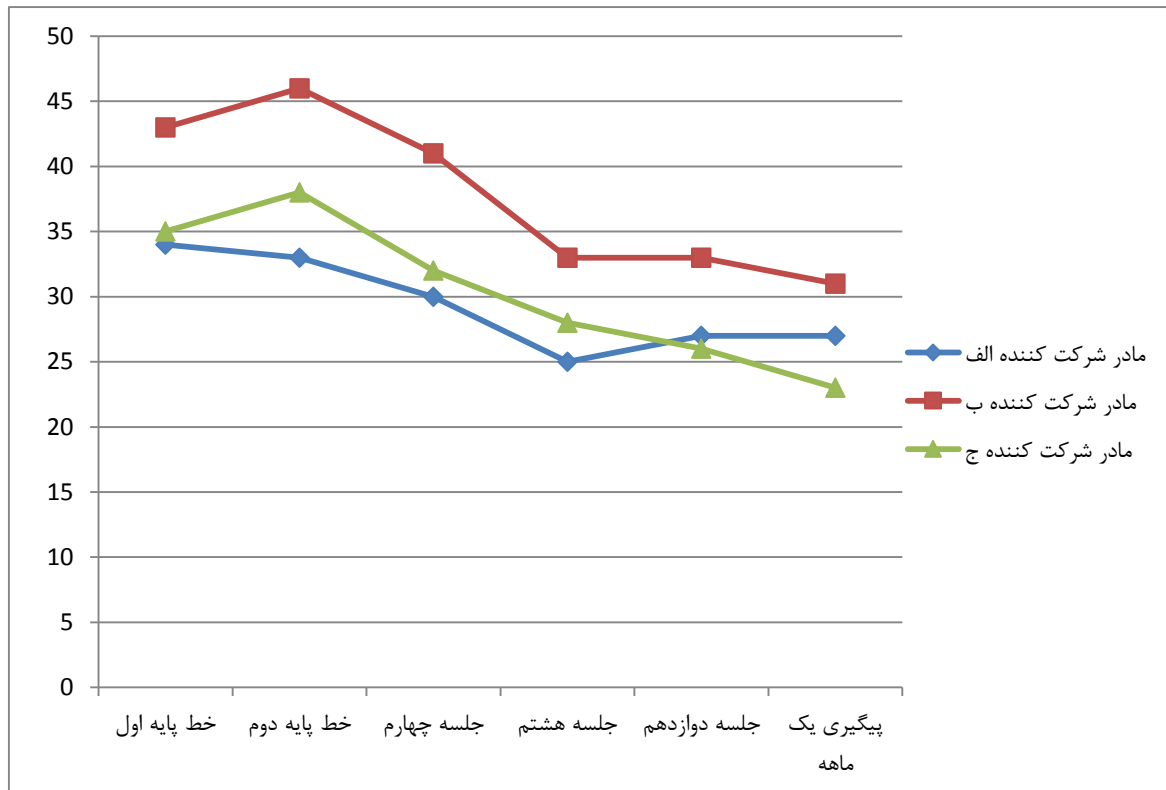
تصویر ۱: سیر نمرات سه شرکت کننده (الف)، (ب) و (ج) در متغیر اضطراب

جدول ۳: نمرات سه مادر به همراه درصد بهبودی در متغیر بار روانی

مادر شرکت کننده (ج)	مادر شرکت کننده (ب)	مادر شرکت کننده (الف)	بار روانی
۳۵	۴۳	۳۴	خط پایه اول
۳۸	۴۶	۳۳	خط پایه دوم
۳۶/۵	۴۴/۵	۳۳/۵	میانگین خط پایه
۳۲	۴۱	۳۰	جلسه چهارم
۲۸	۳۳	۲۵	جلسه هشتم
۲۶	۳۳	۲۷	جلسه دوازدهم
۲۸/۶۶	۳۵/۶۶	۲۷/۳۳	میانگین جلسات درمان
%۲۸/۷	%۲۵/۸	%۱۹/۴	درصد بهبودی
	%۲۴/۶		درصد بهبودی کل
۱/۹۹	۲/۲۴	۱/۵۶	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۳	۳۱	۲۷	پیگیری یک ماهه
%۳۶/۹	%۳۰/۳	%۱۹/۴	درصد بهبودی نهایی
	%۲۸/۸		درصد بهبودی کلی
۳/۴۳	۳/۴۳	۱/۶۵	شاخص تغییر پایا (پیگیری)

درمانی در مورد هر سه شرکت کننده ۵۵/۲ درصد به دست آمده است. هم چنین نتایج نشان داد که شاخص میزان تغییر پایا (RCI) برای هر سه شرکت کننده از مقدار ۱/۹۶ بیشتر است، یعنی نتایج به دست آمده بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه گیری، بنابراین از لحاظ آماداری معنادار و بیانگر موفقیت درمانی است. از آنجا که درصد بهبودی کلی هر سه شرکت کننده نیز بیشتر از ۵۰ درصد است، نتیجه می گیریم بازی درمانی فلور تایم بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر از نظر بالینی هم معنادار است. فرضیه دوم این پژوهش به بررسی تأثیر بازی درمانی فلور تایم بر کاهش بار مراقبتی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اسپرگر پرداخته است.

جدول ۲ و تصویر ۱ روند تغییر نمره های سه شرکت کننده (الف)، (ب) و (ج) را در پرسش نامه اضطراب اسپنس در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود، نمرات هر سه شرکت کننده در زیر مقیاس اضطراب در جلسه آخر (دوازدهم) کاهش قابل ملاحظه ای داشته است و درصد بهبودی برای شرکت کننده الف، ۵۵/۳ درصد، برای شرکت کننده ب، ۴۶/۳ درصد و برای شرکت کننده ج، ۵۰ درصد است. اندازه درصد بهبودی در شرکت کننده الف، بیشترین و در شرکت کننده ب کمترین است و برای هر سه شرکت کننده قابل ملاحظه است. نتایج در یک ماه پیگیری نشان داد که دو شرکت کننده ب و ج به بهبودی بیشتری دست یافتند و شرکت کننده الف در رتبه آخر قرار گرفت. درصد بهبودی کلی در این روش



تصویر ۲: سیر نمرات سه مادر شرکت کننده (الف)، (ب) و (ج) در متغیر بار روانی

است و سه شرکت کننده در حفظ اثرات درمانی تا مرحله پیگیری موفق بوده‌اند. نتایج به دست آمده از این پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های دائن و مارتینی (۱) با عنوان بازی فلورتایم با یک کودک اتیسم، پاچاریا و نوپمانی جومرسلرز (۱۷) که به تأثیر روش آموزش والدین به شیوه فلورتایم برای کودکان پیش دبستانی با اختلالات طیف اتیسم پرداخته بودند و هم چنین مطالعه دیگری که سولومون و همکاران (۱۶) در مورد تأثیر بازی درمانی فلورتایم انجام دادند، می‌باشد. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که بازی درمانی فلورتایم بر کارکردهای مختلف کودکان مبتلا به اتیسم تأثیر مثبت داشته است. بنابراین انتظار می‌رود که با این آگاه سازی والدین و با تکنیک‌های روش بازی درمانی فلورتایم ارتباط والد-کودک تقویت شود و روابط صمیمانه، مثبت و مؤثر افزایش بیابد تا مشکلات اضطرابی کودکان مبتلا به اختلالات اسپرگر نیز کاهش بیابد. پژوهش حاضر نیز سطح اولیه‌ای از شواهد را برای استفاده از بازی درمانی فلورتایم در کاهش اضطراب کودکان با اختلال اسپرگر نشان می‌دهد و یافته‌های مطالعات قبلی در این زمینه را تأیید می‌کند. هم چنین با نتایج به دست آمده از این پژوهش، مشخص شد که بازی درمانی فلورتایم باعث کاهش نمرات بار روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر که در این مطالعه شرکت کرده بودند، شد. این مداخله در بهبود وضعیت شرکت کننده‌ها تأثیر داشته است، اما به دلیل این که درصد بهبودی هر سه آزمودنی در این مقیاس ۲۸/۸ درصد بود و به عبارتی درصد بهبودی کلی این نوع روش درمانی زیر ۵۰ درصد به دست آمده است، این روش درمانی از لحاظ بالینی معنادار نیست. این نتیجه با برخی از مطالعات مورد بررسی (۱۰، ۲۴، ۲۵) همخوانی داشت. در همه این مطالعات پس از اجرای مداخلات درمانی و آموزشی، از میزان استرس و اضطراب مراقبین کاسته شده بود اما این کاهش در

جدول ۳ و تصویر ۲ سیر نمرات مادر سه شرکت کننده (الف)، (ب)، (ج) و درصد بهبودی آن‌ها در متغیر بار روانی را نشان می‌دهد. در جلسه آخر (جلسه دوازدهم) کاهش قابل ملاحظه‌ای در نمرات آن‌ها دیده می‌شود و درصد بهبودی برای مادر الف، ۱۹/۴ درصد برای مادر ب، ۲۵/۸ درصد و برای مادر ج، ۲۸/۷ درصد است. اندازه درصد بهبودی در مادر شرکت کننده ج بیشترین و در مادر شرکت کننده الف کمترین است. نتایج یک ماه پیگیری نشان داد که دو مادر ب و ج به بهبودی بیشتری دست یافتند، اما روند پیشرفت در مادر الف ثابت ماند و در رتبه آخر قرار گرفت. درصد بهبودی کلی در این روش درمانی در مورد هر سه مادر، ۲۸/۸ درصد به دست آمده است. هم چنین نتایج نشان داد که شاخص میزان تغییر پایا (RCI) برای هر دو مادر (ب) و (ج) از مقدار ۱/۹۶ بیشتر است، یعنی نتایج به دست آمده ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه گیری، بنابراین می‌توان گفت که تغییرات مشاهده شده در این دو مادر از نظر آماری قابل قبول است. از آنجا که درصد بهبودی کلی نیز برای هر سه مادر کمتر از ۵۰ درصد است، نتیجه می‌گیریم که بازی درمانی فلورتایم بر کاهش بار روانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اسپرگر از نظر بالینی معنادار نیست.

بحث

پژوهش حاضر بر پایه هدف اصلی، به منظور تعیین اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر و بار روانی مادران آنها صورت گرفت. نتایج نشان می‌دهد که بازی درمانی فلورتایم در کاهش اضطراب موفق بوده است و نمرات هر سه کودک شرکت کننده در جلسه آخر و پیگیری یک ماهه کاهش چشمگیری داشته

منفرد ارائه می‌دهد. با وجود این امکان تعمیم آن به جامعه موردنظر و یا جامعه بالینی را ندارد. این پژوهش نیاز به تکرار دارد تا بتوان به نتایج آن اعتماد بیشتری نمود. هم چنین با پژوهش در مورد برنامه فلورتایم، می‌توان فعالیت‌های مختلف بالینی در اختلال یاد شده را غنی‌تر کرد و برنامه‌های اختصاصی والدین را به آن اضافه کرد، تا در پرتو آن شاهد بهزیستی و سلامت جسمی و روانی مادر کودکان با نیازهای ویژه باشیم. نتایج و دستاوردهای این تحقیق می‌تواند در مطالعه، برنامه ریزی و مداخله‌های مشاوره‌ای در راستای ارتقاء بهداشت روان و کارکرد کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر به کار گرفته شود. در این مطالعه، بازی درمانی فلورتایم در مدت زمان مداخله توانست به طور معناداری اضطراب کودکان شرکت کننده اسپرگر را کاهش دهد. هم چنین یافته‌های این پژوهش و مشاهده تغییرات نسبی در نمرات بار روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر، نشان می‌دهد که می‌توان از بازی درمانی فلورتایم به منظور ارتقای سلامت روان مادران این کودکان استفاده کرد، که ارتقای بهزیستی مادران افزایش بهزیستی فرزندان و خانواده را در پی خواهد داشت.

نتیجه گیری

از آن جایی که کودکان اسپرگر از سنین پایین به این بیماری گرفتار می‌شوند، طول مدت بیشتری هم باید درمان‌ها و عوامل جسمی و روانی این بیماری را تحمل کنند، در کنار درمان‌های معمول اختلال اسپرگر، بازی درمانی را می‌توان روشی کارآ در ارتقای وضعیت روان شناختی، از جمله مشکلات اضطرابی آن‌ها دانست. با این وجود بازی درمانی برای این گروه از کودکان نیازمند آزمون بیشتر دارد. یافته‌های به دست آمده حاکی از این است که اگر والدین کودکان با اختلالات اسپرگر آموزش ببینند، می‌توانند از طریق افزایش تعاملات دوسویه مناسب با کودکشان، نقش مهمی در بهبود مشکلات اضطرابی آن‌ها ایفا کنند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه نویسنده اول در مقطع کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی مصوب پژوهشی دانشگاه خاتم واحد علوم و تحقیقات تهران به شماره پژوهشی ۱۳۹۵/۱۰/۲۵۱۷/۹۵/ص در مورخ ۱۳۹۵/۱۰/۲۰ می‌باشد. بدین وسیله از مدیران و مربیان مرکز اتیسم آیین خورشید و همچنین مادران کودکان اسپرگر که با سعه صدر ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Dionne M, Martini R. Floor time play with a child with autism: a single-subject study. *Can J Occup Ther.* 2011;78(3):196-203. DOI: 10.2182/cjot.2011.78.3.8 PMID: 21699014
2. Rafei T. [Autism: assessment and treatment]. Tehran: Danje; 2016.
3. White SW, Oswald D, Ollendick T, Scahill L. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(3):216-29. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.01.003 PMID: 19223098

مقایسه با قبل از مداخله معنادار نبود. با توجه به یافته‌های این پژوهش نیز نمره‌های بار روانی هر سه مادر دارای کودک مبتلا به اختلال اسپرگر نسبت به خط پایه کاهش داشته است و همین کاهش به معنای روند بهبودی در بار روانی آن‌هاست. علاوه بر این هر سه مادر در حفظ اثرات درمانی تا مرحله پیگیری یک ماه موفق بوده‌اند. پژوهش‌های دیگری اثر بخشی آموزش مادر را بر ارتقای توانمندی‌های تحولی کودک تأیید نموده‌اند و به این نتیجه رسیدند که مادر و کودک مبتلا به اختلال اتیسم هر دو از آموزش DIR مبتنی بر فلورتایم بهره می‌برند. سولومون در سال ۲۰۰۷ پژوهشی بر روی ۶۸ کودک اتیسم و والدین آن‌ها انجام داد که به مدت ۸ تا ۱۲ ماه از روش بازی درمانی فلورتایم استفاده می‌کردند و در انتها علاوه بر افزایش معنادار در عملکردهای هیجانی کودکان، والدین نیز عنوان کردند که احساس مؤثر بودن بیشتری می‌کنند. در مطالعه حاضر نیز مادران کودکان مبتلا به اختلال اسپرگر رضایتمندی خود را پس از انجام مداخله اعلام کردند، اما از نظر آن‌ها این رضایتمندی تنها در نحوه ارتباط با کودکشان ابراز شده بود. در واقع آن‌ها عقیده داشتند بسیاری از مشکلات آنان از جمله روابط اطرافیان با آن‌ها، میزان تحریک پذیری اعضای خانواده و یا مسائل اقتصادی، مشکلاتی نیستند که بتوان با چنین برنامه‌های حل شوند. بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش و اظهارات مادران، بار روانی آن‌ها پس از انجام مداخله کاهش قابل توجهی پیدا نکرده است. هم چنین در ایران پژوهش‌های متعددی انجام شده است که با نتایج این پژوهش ناهمسو است. پژوهش صدری (۲۶) که اثربخشی فلورتایم را بر نشانگان نافرمانی مقابله‌ای و کاهش استرس مادران سنجدیده است و خدابخشی کولایی و همکاران (۵) با مطالعه بر روی ۳۰ نفر مادر دارای کودک اتیستیک، اثر بخشی برنامه آموزش والدین کازلوف بر ابراز هیجان و بار روانی مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم را مورد بررسی قرار دادند. به نظر می‌رسد اگر راهنمای آموزش مادران را نیز در این برنامه گنجانده شود، ممکن است نتایج رضایت بخش تری ایجاد شود. جنبه بارز این مطالعه، فراهم کردن زمینه آموزش مراقب کودک به همراه کودک خود و دادن بازخورد به مادر و اصلاح رفتار او بود. هم چنین این مطالعه با توجه به نتایج آن شواهدی فراهم نمود که، مداخله بازی درمانی فلورتایم می‌تواند مداخله‌ای مؤثر و اثربخشی برای مراقبین کودک در نمونه‌ای از جامعه ایرانی باشد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نداشتن شرکت کننده برای کنترل و کمبود امکانات و تجهیزات اشاره کرد. معناداری بالینی به تغییرات قابل ملاحظه در نشانه‌ها می‌پردازد و دیدگاه واقع بینانه‌ای در اثربخشی‌های مداخله‌ای در طرح‌های مورد

4. Samson AC, Hardan AY, Lee IA, Phillips JM, Gross JJ. Maladaptive Behavior in Autism Spectrum Disorder: The Role of Emotion Experience and Emotion Regulation. *J Autism Dev Disord.* 2015; 45(11):3424-32. DOI: 10.1007/s10803-015-2388-7 PMID: 25711546
5. Khodabakhshi Koolae A, Arab Varamin A, Rooshan Cheseli R. Effectiveness of "Kozloff Parental Training Program" on Expressed Emotion and Burden

- Among Mothers With Autistic Child. *Iran J Rehabil Res.* 2016;3(1):29-34.
6. McStay RL, Trembath D, Dissanayake C. Stress and family quality of life in parents of children with autism spectrum disorder: parent gender and the double ABCX model. *J Autism Dev Disord.* 2014; 44(12):3101-18. DOI: [10.1007/s10803-014-2178-7](https://doi.org/10.1007/s10803-014-2178-7) PMID: [24997633](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24997633/)
 7. Bashir A, Bashir U, Lone A, Ahmad Z. Challenges faced by families of autistic children. *Int J Interdisc Res Innov.* 2014;2(1):64-8.
 8. Khodabakhshi Koolae A. Patterns of family therapy and parent education. Tehran: Jungle; 2011.
 9. Alshaimaa SM. Using DIR- Floortime based program to promote attachment behaviors in children with Autism Spectrum Disorders. *IOSR J Hum Soc Sci.* 2016;9(21):11-21.
 10. Aali S, Yazdi A, Abdkhodae S, Ghanaie A, Mohareri F. [The design of mixed theory of family based on human developmental integrative model and comparison of effectiveness of floor time play therapy on behavioral symptoms of Autism Spectrum and parenting stress]. *J Psychol Achiev.* 2015;22(1):25-46.
 11. Liao ST, Hwang YS, Chen YJ, Lee P, Chen SJ, Lin LY. Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2014;34(4):356-67. DOI: [10.3109/01942638.2014.918074](https://doi.org/10.3109/01942638.2014.918074) PMID: [24865120](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24865120/)
 12. Nee JE. Behavior & Developmental Treatment Models for Autism Spectrum Disorders: Factors Guiding Clinician Preference and Perceptions. University of St. Thomas & St. Catherine University; 2013. p. 238-50.
 13. Carpente JA. Investigating the Effectiveness of a Developmental, Individual Difference, Relationship-Based (DIR) Improvisational Music Therapy Program on Social Communication for Children with Autism Spectrum Disorder. *Music Ther Persp.* 2016:miw013. DOI: [10.1093/mtp/miw013](https://doi.org/10.1093/mtp/miw013)
 14. Rezaee S, Khodabakhshi Koolae A, Taghvae D. Influence of painting therapy in decreasing aggression and anxiety among elementary school boys. *J Pediatr Nurs.* 2015;2(2):10-9.
 15. Greenspan SI, Wieder S. The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth Boston: Merloyd Lawrence; 1998
 16. 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. DOI: [10.1177/1362361307076842](https://doi.org/10.1177/1362361307076842) PMID: [17478575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17478575/)
 17. 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.
 18. Alizadeh M, Esmaeili S. The effectiveness of floor-time intervention on emotional functions of children with autistic spectrum disorders. *J Mod Rehabil.* 2015;9(1):8-16.
 19. Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *J Autism Dev Disord.* 1999;29(2):129-41. PMID: [10382133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10382133/)
 20. Kasehchi M. [Reliability and validity of screening of Autism with high function by 7 to 12 years old]. Tehran: University of social welfare and rehabilitation science; 2012.
 21. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther.* 1998;36(5):545-66. DOI: [10.1016/s0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00034-5)
 22. Mosavi R, Moradi A, Farzad V, Mahdavi Harsini E. Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with an Iranian sample 2007 [cited 2018]. Available from: www.scaswebsite.com.
 23. Greenspan SI. Floor time - tuning in to each child New York: Scholastic Inc; 1990 [cited 2018]. Available from: www.stanleygreenspan.com.
 24. Figved N, Myhr KM, Larsen JP, Aarsland D. Caregiver burden in multiple sclerosis: the impact of neuropsychiatric symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007;78(10):1097-102. DOI: [10.1136/jnnp.2006.104216](https://doi.org/10.1136/jnnp.2006.104216) PMID: [17237144](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17237144/)
 25. McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process.* 2003;42(1):91-103. PMID: [12698601](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12698601/)
 26. Sadri S. [The effectiveness DIR- Floor time based family on promote oppositional defiant disorder symptoms on children and reduce the mothers stress]. Mashhad: Ferdowsi university of Mashhad; 2013.