بررسی مقدماتی اثربخشی مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط بر بهبود زبان دریافتی در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم

سعید قاسمی[۱]، دکتر سیدامیر امین یزدی[۱]، دکتر علی مشهدی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۰ تجدیدنظر: ۱۳۹۵/۱۲/۱۲
پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۳/۱۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط بر بهبود زبان دریافتی در کودکان اختلالات دارای طیف اتیسم انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر کاربردی و شبه‌آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون یک‌گروهی اجرا شد. جامعه مورد مطالعه تمامی کودکان ۳-۸ سال دارای اختلالات طیف اتیسم بود که در سال ۱۳۹۵به کلینیک رهگشا در شهر اصفهان مراجعه کردند. از این جامعه شش نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود و ملاک‌های خروج انتخاب شدند. مداخله طی حداقل ۲۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار برگزار شد. در این پژوهش از مقیاس درجه‌بندی اتیسم کودکی، آزمون سنجش رشد نیوشا به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. پس از اتمام جلسات درمانی، طی جلسه‌ای جداگانه پس‌آزمون انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t همبسته استفاده شد. **یافته‌ها**. نتایج بیانگر آن بود که درمان بر اساس مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط به‌طور کلی منجر به افزایش معنادار ($P\leq ۰/۰۵$) مهارت زبان دریافتی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم شده است. **نتیجه‌گیری:** درنتیجه این پژوهش می‌توان گفت مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط می‌تواند اثراتی مثبت بر زبان دریافتی در میان کودکان دارای اختلال طیف اتیسم داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: *مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط، مهارت زبان دریافتی، اختلال طیف اتیسم*

۱.کارشناسی ارشد روان‌شناسی شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد
۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

A Preliminary Study on the Effectiveness of a Developmental, Individual-Difference, and Relationship-Based Model in Improving the Receptive Language of Children with Autism Spectrum Disorders

Saied Ghasemi, M.A.[1], Seyed Amir Amin Yazdi, Ph.D.[2], Ali Mashhadi, Ph.D.[3]

Received: 07.14.2016 Revised: 02.27. 2017
Accepted: 06.04. 2017

Abstract

Objective: This study was conducted to evaluate the effectiveness of a developmental, individual-difference, and relationship-based (DIR) model in the improvement of receptive language in children with autism spectrum disorders (ASD). **Method:** The present applied and quasi-experimental study was conducted with the one-group pretest-posttest design. The study population consisted of all children aged 3-8 years with ASD selected by convenience sampling according to inclusion and exclusion criteria. The intervention was held twice a week for at least twenty-six 45-minute sessions. The Childhood Autism Rating Scale and Newsha Developmental Scale were used as pre- and post-tests. A separate post-test session was held after the treatment sessions were over. Paired-samples t-test was employed for data analysis. **Results**: Results revealed that the treatment based on the DIR model significantly promoted the receptive language skill of children with ASD ($p\leq 0.05$).

Keywords: *Developmental, individual-difference, and relationship-based (DIR) model, Receptive language skill, Autism spectrum disorders*

1. M.A. in Cognitive Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
2. **Corresponding Author**: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

مقدمه

اختلالات طیف اتیسم[1] نوعی از اختلالات رشدی-عصبی هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳) که یکی از پیچیده‌ترین و بحث‌انگیزترین اختلال‌های روان‌پزشکی بوده و علائم و نشانه‌های واحدی ندارند (امین یزدی و عالی، ۱۳۹۵). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[2] (دی‌اس‌ام پنج) ملاک‌های تشخیصی اختلالات طیف اتیسم عبارت‌اند از نواقصی در ارتباط اجتماعی و علائق محدود که در اوایل دورهٔ رشد بروز می‌کند، اما در موارد خفیف ممکن است تا سال‌ها بعد شناسایی نشود (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۵). اختلال و مشکلاتی در زمینهٔ عواطف، مهارت‌های حرکتی، به‌خصوص حرکات ظریف دست‌ها، فعالیت‌های روزمره زندگی و بازی (واتلینگ، ۲۰۰۱)، یادگیری زبان و گفتار طبیعی و مشکلاتی در زمینهٔ تقلید از دیگران در این کودکان دیده می‌شود (سولور، ۲۰۱۰). هرساله بر آمار کودکان دارای اختلال طیف اتیسم افزوده می‌شود تا جایی که مؤسسه ملی بهداشت روان آمریکا میزان شیوع این اختلال را در سال ۲۰۱۰، یک مورد در هر ۹۹ نفر تخمین زده است (احمدی، صفری، همتیان و خلیلی، ۱۳۹۰). در سبب‌شناسی اتیسم عوامل پیش از تولد (سن بالای پدر و مادر در بدو تولد، خون‌ریزی مادر در حین بارداری، دیابت بارداری، فرزند اول (سادوک و همکاران، ۱۳۹۵) و یا استفاده از والپروات در دوران جنینی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳) و حول‌وحوش تولد (عوارض طناب نافی، آسیب‌های بدو تولد، دیسترس جنینی، جثهٔ کوچک برای سن حاملگی، وزن کم بدو تولد، نمرهٔ آپگار زیر ۵، ناهنجاری مادرزادی، ناسازگاری عامل RH یا سیستم گروه خونی ABO و هیپر بیلی‌روبینمی (سادوک و همکاران، ۱۳۹۵) مورد توجه قرار دارد.

کودک پیش از آنکه بتواند کلمات را بیان کند، پاره‌ای از کلمات و برخی از اصطلاحاتی را که در چارچوب مناسب ارائه می‌شوند، می‌فهمد (فرامرزی، شیرزادی، قاسمی و یارمحمدیان، ۱۳۹۴). زبان دریافتی شامل توانایی کودک در درک و فهم اطلاعات دریافتی از دیگران به‌صورت کلامی و نوشتاری است (وهاب، شهیم، جعفری و اوردیانی زنجانی، ۱۳۹۱). درواقع ابتدا کودکان دانش مربوط به اشیاء، موقعیت‌ها و ویژگی‌ها را کسب می‌کنند و بعد نحوه بیان این دانش را به زبان مادری خود می‌آموزند. به‌عبارتی‌دیگر زبان دریافتی مقدم بر زبان بیانی است (فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۴). نواقص رشد زبان و اشکال در کاربرد زبان برای انتقال مفاهیم جزو ملاک‌های اصلی برای تشخیص اختلالات طیف اتیسم محسوب نمی‌شود، اما این علائم در گروهی از این افراد مبتلا دیده می‌شود (سادوک و همکاران، ۱۳۹۵). کوواک، برونب، اسمیس و کاردی (۲۰۱۵) در یک فراتحلیل با بررسی ۷۴ مطالعه به این نتیجه رسیدند که کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم در مهارت‌های زبان دریافتی و زبان بیانی به یک اندازه (۱/۵ انحراف معیار) از دیگر هم‌سالان خود عقب هستند. گرچه برخی از کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم ممکن است دارای عملکرد بهتری در زبان بیانی در مقایسه با زبان دریافتی باشند، اما این مشخصه عمومی نیست که بتوان از آن به‌عنوان یک ویژگی در کودکان اتیسم استفاده کرد. مبتلایان به اتیسم خفیف زبان را فرا می‌گیرند، اما کلمات و عبارات را با تفکر خود به‌کار می‌برند (روح‌پرور، کرمی و مددی، ۱۳۹۳). در زبان‌های مختلف، پژوهش‌های فراوانی در مورد ویژگی‌های زبانی مبتلایان به اتیسم انجام شده است. لوئیس، موردوچ و وودیات (۲۰۰۷) نشان دادند که تفاوت زیادی بین توانایی‌های زبانی کودکان مبتلا به اتیسم و کودکان سالم هم‌سن آنها وجود دارد.

یکی از رویکردهای جامع به چالش‌های رشدی (ازجمله اختلال در گفتار و زبان و مهارت‌های تعامل اجتماعی و غیره) رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط[3] است که یک رویکرد درمانی فراگیر محسوب می‌شود (امین یزدی و عالی، ۱۳۹۵). مدل

تحول یکپارچهٔ انسان مراحل تحولی یا به عبارت دقیق‌تر، توانمندی‌های تحولی را شناسایی کرده است که کودکان به‌منظور دستیابی به عملکرد انطباقی باید بر آنها تسلط یابند. طرفداران این رویکرد بر این باورند که کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم ظرفیت‌های دستیابی به توانمندی‌های تحولی بنیادین را به‌طور بالقوه دارند، اما به دلیل وجود چالش‌های زیستی، این توانمندی‌ها تحول نیافته‌اند (عالی، ۱۳۹۳). طرح درمانی رویکرد مذکور برای هموار کردن چالش‌های رشدی و کمک به مراقب برای ایجاد روابط سالم با کودک، فلورتایم نام دارد. فلورتایم بازی‌درمانی مبتنی بر مداخلات تعاملی است که اجزای اصلی آن ارتباطات تعاملی و هیجان است و بر تفاوت‌های فردی و علائق کودک و تعامل هیجانی بین کودک و مراقب تأکید می‌کند (استتوید، ۲۰۰۹). فلورتایم درواقع یک دورهٔ بدون ساختار بازی و گفتگوی خودجوش کودک است که در آن بزرگسال میل کودک را دنبال می‌کند، با کودک جهان مشترکی تشکیل می‌دهد و فرآیند فعال تعامل رفت‌وبرگشتی متناسب با سطح تحول کودک است و هدف آن نیز نیرومند کردن هر یک از ظرفیت‌های تحولی و عملکردی بوده که کودک در آنها دارای چالش است (گرینسپن، ۲۰۰۴). این بخش از درمان شامل جلسات بازی تعاملی بین کودک و درمانگر با حضور مادر است که هدف آن تجهیز فرآیندهای رشدی کودک برای تعامل ثمربخش است (امین یزدی، ۱۳۹۱).

مطالعاتی که در خصوص اثربخشی رویکرد درمانی مدل تحولی- ارتباطی مبتنی بر تفاوت‌های فردی صورت گرفته است بیانگر نتایج مثبت این مداخله در کاهش نشانگان بالینی اختلال‌های طیف درخودماندگی است. نتایج اولین مطالعه از این دست که توسط گرینسپین و ویدر (۱۹۹۸) انجام شد، نشان داد که چنانچه برنامهٔ مداخله‌ای متناسب و متمرکز بر تفاوت‌های فردی، سطوح تحول و تعامل عاطفی هر کودک طراحی شود کودکان دارای اختلال طیف اتیسم قادر به همدلی، تقابل عاطفی، تفکر خلاق و برقراری روابط با همسالان خواهند شد؛ گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه که روش‌های سنتی درمان نظیر آموزش‌های ویژه و رفتاردرمانی را دریافت نمودند، برونداد بهتری داشتند (عالی و همکاران، ۱۳۹۳). گرینسپن و ویدر (۲۰۰۵) در خرده‌گروهی از گروه مطالعهٔ اولیه یعنی گروهی که بر سطوح بالای تحولی مسلط شدند، تداوم نتایج درمان را بررسی نمودند. یافته‌ها نشان داد که مداخلهٔ متمرکز و فراگیر در سال‌های اولیهٔ زندگی با استفاده از رویکرد مذکور بر تحول توانایی همدلی، خلاقیت، انعطاف‌پذیری و مهارت‌های تحصیلی کودکان در سال‌های بعد مؤثر واقع می‌شود. پژوهش گرینسپن و شانکر (۲۰۰۴) نیاز به تمرکز بر تقویت و تحکیم سطوح تحولی بنیادین را مورد تأکید قرار داد. آنها بر این بودند که نقص در مسیرهای تحولی به اختلال در بازشناسی الگو، توجه مشترک، زبان و تفکر در سطوح بالاتر می‌انجامد. سولمون و همکاران (۲۰۰۷) برنامهٔ ارزیابی پروژهٔ بازی را برمبنای رویکرد تحولی طراحی و در خصوص ۶۸ کودک دارای اختلال طیف اتیسم با سن تقویمی ۱۸ ماه تا ۶ سال اجرا نمودند. نتیجه اینکه ۴۵٪ از ۶۸ کودک بر اساس نتایج مقیاس تحول هیجانی- کارکردی پیشرفت خوب یا بسیار خوب داشتند و ۹۰٪ والدین نیز از برنامه راضی بودند. پاجاریا و نوپمانیجومروسلرز (۲۰۱۱) نیز در تایلند به منظور بررسی کارایی افزودن مداخلهٔ خانگی به مراقبت‌هایی که کودکان دارای اختلال طیف اتیسم به‌صورت روزمره دریافت می‌کردند، مطالعه‌ای انجام دادند. پس از یک دوره آموزش سه‌ماهه با ۱۵ ساعت در هفته آموزش، نتایج گروه مقایسه به‌طور معناداری بهتر از گروه کنترل در مقیاس‌های تحول هیجانی کارکردی و مقیاس درجه‌بندی درخودماندگی کودکی به‌دست آمد. ین، تی سنگ و سونگ (۲۰۰۸) نیز اثربخشی روش درمانی فلورتایم را در گزارشی موردی بررسی نمودند. این مطالعه در مورد دو کودک ۴۶ و ۵۴ ماهه

با عملکرد بالا صورت پذیرفت و از نظر نتایج اثربخشی مطلوبی را نشان داد (عالی، ۱۳۹۳).

در تایوان نیز لیو و همکاران (۲۰۱۴) اثربخشی درمان با رویکرد تحولی را در برنامهٔ مداخلهٔ خانگی بر تعامل اجتماعی و کارکرد انطباقی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بررسی کردند. شرکت‌کنندگان ۱۱ کودک دارای اختلال طیف اتیسم با سن ۴۵ تا ۶۹ ماه و مادرانشان بودند. تغییرهای مهمی در عملکرد هیجانی، مبادله و مهارت‌های زندگی روزانهٔ این کودکان دیده شد. علاوه بر این مادران تغییرهای مثبتی در رابطهٔ والدین- کودک به‌دست آوردند. (عالی، ۱۳۹۳). در مطالعه هوانگ و هانگز (۲۰۰۰) و سالت و همکاران (۲۰۰۲) برنامه مداخله‌ای اولیه مبتنی بر تحول اجرا شد و گروه درمان، پیشرفت بیشتری در توجه مشترک، تعامل اجتماعی، تقلید مهارت‌های زندگی روزانه، مهارت‌های حرکتی و رفتار انطباقی نشان داد؛ بنابراین می‌توان گفت درمان با رویکرد تحولی در موقعیت‌های فرهنگی متفاوت مؤثر بوده است (عالی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهشی دیگر والانس و راجرز (۲۰۱۰) در خصوص شناسایی عوامل مؤثر بر اثربخشی مداخله برای کودکان درخودمانده ۴ عامل را شناسایی کردند: ۱) مشارکت والدین در مداخله، شامل افزایش آماده‌سازی والدین برای تمرکز بر پاسخ‌دهی و حساسیت نسبت به نشانه‌های کودک و آموزش به خانواده‌ها به منظور فراهم نمودن مداخله برای کودکان، ۲) فردی‌سازی مداخله‌ها، ۳) تمرکز بر اهداف یادگیری گسترده به‌جای اهداف محدود و ۴) شناسایی ویژگی‌های نشانگر در معرض خطر بودن کودک و فراهم آوردن مداخلاتی شدیدتر و طولانی‌تر. با توجه به مؤلفه‌های مطرح‌شده در پژوهش والانس و راجرز می‌توان دریافت که درواقع مؤلفه زیربنایی مدل رویکرد تحولی همان عواملی است که بر اساس یافته‌های والانس و راجرز اثربخشی مداخله‌های درمانی را افزایش می‌دهد (عالی، ۱۳۹۳).

در بررسی پژوهش‌های انجام شده در ایران می‌توان از مطالعه عالی (۱۳۹۳) نام برد که به طراحی درمان ترکیبی خانواده‌محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچهٔ انسان و مقایسهٔ اثربخشی آن با بازی‌درمانی فلورتایم بر کارکرد تحولی خانواده و تحول هیجانی- کارکردی کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودمانده پرداخت. بنا بر نتایج این مطالعه درمان ترکیبی خانواده‌محور می‌تواند اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم را افزایش دهد و به‌عنوان یک رویکرد درمانی اثربخش در درمان این اختلال استفاده شود. در بررسی پژوهش‌های انجام شده در ایران و خارج از کشور پژوهشی در زمینه مهارت زبان دریافتی به‌طور جداگانه مشاهده نشد. با توجه به اینکه یکی از نقایص مهم اختلال طیف اتیسم نقص در زبان دریافتی است، بنابراین بهبود در آن می‌تواند به بهبودی نشانه‌های اختلال طیف اتیسم کمک کند. رویکرد تحولی با گسترش تعاملات دوسویه و متناسب با سطح حسی- تحولی هر کودک و افزایش صمیمیت بین کودک و والدین و کاهش ناکامی والدین در مورد این کودکان بر این فرض استوار است که می‌تواند باعث بهبودی در زبان دریافتی شود. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف پاسخ دادن به این سؤال صورت می‌گیرد که آیا مدل تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط بر بهبود مهارت زبان دریافتی در کودکان اختلالات طیف اتیسم مؤثر است یا خیر.

روش

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و توسعه‌ای و از نظر شیوهٔ گردآوری داده‌ها شبه‌آزمایشی است. طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون یک‌گروهی در این پژوهش به‌کار رفته است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه تمامی کودکان ۳-۸ سال مبتلا به اختلالات طیف اتیسم بود که در زمان اجرای آزمون به کلینیک رهگشا اصفهان مراجعه می‌کردند. شیوه نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود

به صورتی که ۲۰ نفر داوطلب شرکت در پژوهش شدند که از این بین بعد از غربالگری بر اساس معیارهای ورود و خروج ۶ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: بروز نشانگان اختلال اتیسم به‌صورتی که نمرهٔ فرد در آزمون‌های غربالگری بالینی قابل توجه باشد و دامنهٔ سنی شرکت‌کنندگان پژوهش بین ۳ تا ۸ سال باشد. و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود عقب‌ماندگی ذهنی آشکار، ابتلا به صرع بزرگ، نقایص و معلولیت‌های جسمی.

ابزار

مقیاس درجه‌بندی اتیسم کودکی

اسکوپلر و همکاران (۱۹۸۸) با هدف ارزیابی کودکان بالای ۲ سال مشکوک به اتیسم مقیاس درجه‌بندی اتیسم کودکی[۴] را تهیه‌کرده‌اند. یکی از ویژگی‌های عمده و اساسی این مقیاس این است که هر کودک را در مقایسه با همسالان او ارزیابی و نیمرخ مرتبط با هر کودک را ارائه می‌کند. این آزمون از ۱۴ معیار تشکیل‌شده است و هر مورد از سطح عادی تا شدید نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۹۴٪ به‌دست‌آمده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰). این مقیاس رفتارهای کودکان را برمبنای معیارهای ۱۴گانه درجه‌بندی می‌نماید. این معیارها عبارت‌اند از: ارتباط با مردم، تقلید، پاسخ‌های هیجانی، استفاده از بدن، استفاده از اشیاء، انطباق در مقابل تغییر، پاسخ دیداری، پاسخ شنیداری، پاسخ کودک به مزه، بو و لمس، ترس یا ناآرامی، ارتباط کلامی، ارتباط غیرکلامی، سطح فعالیت، سطح هماهنگی پاسخ‌های عقلی و برداشت‌های کلی. درمانگر همراه با والدین کودک با توجه به مشاهده‌هایی که دارند، رفتارهای کودک را در هر معیار در مقیاس ۷ درجه‌ای درجه‌بندی می‌کنند. مجموع نمره‌های هر حوزهٔ رفتاری ۱ تا ۴ و نمرهٔ کل آزمون بین ۱۵ تا ۶۰ به دست خواهد آمد و کودک مبتلا به اتیسم نمره‌ای از ۳۰ تا ۳۶ در اتیسم خفیف و ۳۶ تا ۶۰ در اتیسم شدید کسب می‌نماید. این آزمون از روایی بالایی در غربالگری اتیسم برخوردار است. همبستگی بین تشخیص‌های این مقیاس و قضاوت‌های بالینی r=۰/۸۰ به‌دست‌آمده است که از روایی بالای این مقیاس حکایت دارد. در ایران نیز این ابزار را نخستین بار رافعی (۱۳۸۵) ترجمه کرده است (عالی، امین یزدی و عبدخدایی، غنائی و محرری، ۱۳۹۳).

آزمون سنجش رشد نیوشا

آزمون سنجش رشد نیوشا آزمونی معتبر در جهت سنجش رشد کودکان فارسی‌زبان است. این آزمون، محدوده سنی بدو تولد تا ۶ سال را که در تعریف رشد به آن استناد می‌شود، دربر داشته و نگاه پیوسته‌ای به فرایند رشد دارد، به‌طوری‌که کلیه حیطه‌های اصلی رشدی یعنی هفت بعد شنوایی، زبان دریافتی، زبان بیانی، گفتار، شناخت، ارتباط اجتماعی و حرکت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نحوه اجرای این آزمون ساده است و توسط مربی یا والدین قابل انجام است. در این آزمون معیار مشخصی برای سنجش وضعیت رشدی کودکان در هر گروه سنی وجود دارد و با اجرای این آزمون می‌توان درباره روند رشد کودک قضاوت نمود. برای مثال، درصورتی‌که کودکی در یک حیطه رشدی، امتیاز لازم را در محدوده سنی خود کسب نکند، با اجرای آزمون در گروه‌های سنی پایین‌تر می‌توان میزان تأخیر رشد وی را تعیین نمود. برای تعیین روایی این آزمون شاخص روایی محتوا محاسبه شد و مقدار آن در مهارت‌های رشدی مختلف بین ۰/۸ تا ۱ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی محتوای بالای این آزمون است (ملایری، جعفری و عشایری، ۱۳۹۴).

روش اجرا

مداخله طی حداقل ۲۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار برگزار شد. شرح جلسات درمان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان

جلسه	شرح جلسات
۱	معارفه درمانگر و والدین، توصیف روند درمان برای والدین، پاسخ به ابهامات و سؤالات والدین، انجام پیش‌آزمون
۲	مشاهده نوع تعامل مادر-کودک، پدر-کودک، مشخص کردن نقاط ضعف و قوت هر کدام
۳	در ادامه جلسه قبل، به‌دست آوردن دیدی واقع‌بینانه از سطح تعامل و ارتباط صمیمانه والد- کودک
۴	قرارگیری درمانگر در نقش والد و انجام عمل تعاملی متناسب با سطوح تحول کودک و باتوجه به تنظیم حسی- هیجانی کودک
۵	اجرای فلورتایم در جلسه درمان توسط والدین و تصحیح خطاهای احتمالی و دادن تکلیف انجام فلورتایم در منزل توسط والدین
۶ و ۷	متناسب با ریتم حسی- هیجانی- عاطفی کودک و نوع رفتار و درخواستی که کودک دارد ایجاد فضای بازی‌گونه و آزادانه برای کودک و تجربه صمیمیت و تعامل و بازی بدن ساختار با کودک و ثبت واکنش حسی- هیجانی از نوع کم‌پاسخ‌دهی یا بیش‌پاسخ‌دهی حسی
۸ و ۹	با درنظرگیری شرایط حسی- هیجانی کودک همراه شدن با او در هر حرکتی که انجام می‌دهد از حرکات درشت تا ظریف به گونه‌ای که تجربه حس مشترک را در توجه داشته باشد کاری که انجام می‌دهد مورد توجه و پاسخ حداکثری قرار گیرد
۱۰ و ۱۱	به تداوم و گسترش مبادلاتی که ایجاد می‌شود توجه می‌گردد. برای دستیابی به تجربه هیجانی بالاتر در مبادله‌های هر چند ساده تلاش می‌شود. به عبارت دیگر توجه همزمان به تعداد مبادلات دوسویه و عمق تجربه هیجانی
۱۲	فرصت دادن به کودک که با آزادی هرچه بیشتر در فضای اتاق درمان تمایلی که دارد را نشان دهد؛ مانند انتخاب مکان نشستن، فاصله‌ای که انتخاب می‌کند وضعیت بدنی مثلاً خوابیدن و غلتیدن همراهی با او در این حرکات
۱۳	اجازهٔ جستجو و کنجکاوی دادن حتی به صورت و اعضای صورت و بدن درمانگر توسط کودک و دقت زیاد در برقراری ارتباط چشمی و انتقال هیجانی و مبادلات چشمی با نزدیک و دور کردن صورت خود و یا صورت کودک
۱۴	با رعایت فضای شاد و بازی‌گونه و گفتار آهنگین نوازش‌گونه با انگشتان دست کودک بازی کردن در آغوش و بغل گرفتن و به میزان رضایت کودک نگهداشتن
۱۵	شروع بوسیدن و نوازش انگشتان به سمت سروگردن و صورت و توجه به انتقال و مبادلات غیرکلامی و کلامی متناسب با کاری که انجام می‌شود و حالات حسی- هیجانی کودک
۱۶	اغراق و بزرگ‌نمایی در حرکات نمادین خوردن و تلفن زدن و حمام کردن و پوشیدن و افتادن برای جلب توجه اشتراک و گفتار متناسب با این حرکات نمادین با حداکثر هیجان
۱۷	تکرار حرکات مشابه حرکاتی که انجام می‌دهد همراهی در دویدن، افتادن و استفاده از مبادلات کلامی و غیرکلامی متناسب، ایجاد تجانس و جلب توجه و ارتباط چشمی و خندیدن و صمیمیت بیشتر
۱۸	ایجاد موانع ساده و تمرین حل مسئله در حد حوصله و تحمل کودک
۱۹ و ۲۰	بازی‌های با هدف تحریکات شنیداری و ایجاد لذت شنیداری همراه با کار نمادین صورت می‌گیرد. گفتار آهنگین شاد و بازی‌گونه و تلاش برای مبادلات صوتی- کلامی و تقویت پاسخ‌های مبادلات کلامی
۲۱	طراحی بازی‌های چندمرحله‌ای حرکتی متناسب با میل کودک و جلب مشارکت حداکثری در ترکیب کردن و ساختن و استفاده از اجزا جداگانه و ابزار جداگانه برای رسیدن به هدف و میلی که کودک به دنبال آن است
۲۲ و ۲۳	استفاده از بازی‌های نمادین به کمک ماکت حیوانات و عروسک در انتقال حس گرسنگی درد و نیاز به کمک و جلب توجه و کمک‌دهی از طرف کودک و طرح‌ریزی چند حرکت قبل از عمل و تکرار کلامی آن و شروع به اقدام کردن به کمک کودک، جلب مشارکت حداکثری کودک
۲۴	تمرین پل زدن بین دو یا چند ایده، بیان کلامی و غیرکلامی با هیجان متناسب و انجام عملی آنها از زبان عروسک‌ها، بیان علیت‌ها و دقت در مبادلات دوسویه و ارتباط چشمی- هیجانی و ارتباط صمیمانه مستمر
۲۵	به صورت نمادین و با رعایت ارتباط چشمی و مبادلات هیجانی کلامی- حسی دوسویه جلب توجه و کمک خواستن از کودک، درخواست ماساژ، درخواست نمادین خوراکی درعین حال سؤال و جواب و ایجاد زمینه‌های گفتار متناسب و باز خورد زیاد هیجانی توأم با لذت به کودک، ایفای نقش‌های مادر، پدر، پزشک، راننده توسط کودک و تقاضاهای متناسب از او.
۲۶	بررسی پیشرفت کودک با والدین، جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

بعد از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گردآوری داده‌ها، ابتدا برای نشان دادن اطلاعاتی مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کالموگروف اسمیرنوف، آزمون t همبسته) بهره گرفته شد.

در ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار می‌گیرد. بررسی جدول ۲ نشان‌دهنده وضعیت سنی شرکت‌کنندگان

در گروه آزمایش است. در این جدول، میانگین سنی شرکت‌کنندگان (۴/۴ سال) با انحراف معیار (۱/۱± سال) به‌دست آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار شرکت‌کنندگان

		میانگین	انحراف معیار
سن	شرکت‌کنندگان	۴/۴	۱/۱

در جدول ۳ اطلاعات کلی توصیفی مانند فراوانی، میانگین، انحراف معیار به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات مقیاس زبان دریافتی ذکر شده است.

جدول ۳. آمار توصیفی مقیاس زبان دریافتی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مراحل	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
زبان دریافتی	پیش‌آزمون	۶	۲/۳۳	۲/۴۲
	پس‌آزمون	۶	۵/۸۳	۳/۶۵

در ادامه برای تحلیل نتایج در آمار استنباطی به دلیل اینکه نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف توزیع نمرات زبان دریافتی معنادار نبود ($p \leq ۰/۰۵$) و این عدم معناداری نشان‌دهنده این است که داده‌ها در این مقیاس نرمال است، از آزمون t همبسته استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون t همبسته مقیاس زبان دریافتی

جفت	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	آماره تی	درجه آزادی	سطح معناداری
زبان دریافتی	-۳/۵۰	۱/۵۱	۰/۶۱	-۵/۰۹	-۱/۹۰	-۵/۹۰	۵	۰/۰۰۲

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با توجه به کوچکتر بودن میزان سطح معنی‌داری آزمون t (۰/۰۰۲) از ۰/۰۵ تفاوت معناداری در مقیاس زبان دریافتی قبل و بعد از دوره درمان وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در زبان دریافتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این امر موجب تأیید فرضیه پژوهش شد. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش با پژوهش‌های پیشین که بیانگر نتایج مثبت درمانی رویکرد تحولی تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط در کاهش نشانگان بالینی اختلال طیف اتیسم هستند، هم‌سو است (گرینسپن و ویدر، ۱۹۹۸؛ گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۵؛ سولمون و همکاران، ۲۰۰۷؛ پاجاریا و نوپما نیوجومروسلرز، ۲۰۱۱، ین، تی سنگ و سونگ، ۲۰۰۸؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۴؛ هوانگ و هانگز، ۲۰۰۰ و سالت و همکاران، ۲۰۰۲). مهارت‌های ارتباطی بر مبادله عواطف متناسب، علایق مشترک و استفاده از تعامل‌های مثبت تأثیرگذار است. کودکان درخودمانده به مشکلات ارتباطی و وجود اختلال در روابط دچار هستند. برنامه‌ها و مداخله‌های درمانگری مختلف برای رفع مشکلات ارتباطی کودکان درخودمانده پیشنهاد و اجرا شده است که از نظر وسعت، هدف و تنوع اثربخشی متفاوت‌اند. برخی از مداخله‌های درمانگری برنامه جامعی را پیشنهاد کرده‌اند که حوزه‌های مختلف تحول مانند مهارت‌های ارتباطی حسی- حرکتی، گفتاری، کلامی، رفتاری و هیجانی را تحت پوشش قرار می‌دهند. اغلب مداخله‌های درمانگری نظام‌دار و رسمی هستند و می‌توانند در درمانگری مشکلات ارتباطی این کودکان مؤثر واقع شوند (جراحی و نجات، ۱۳۹۴).

درواقع در رویکرد فلورتایم زمانی که مادر در کمک به کودک خود در باز و بسته کردن حلقه‌های ارتباطی در سطح اشارات بدنی موفق شود، به وی آموزش داده می‌شود که به سمت حرکات پیچیده‌تر و

سطوح نمادین اولیه حرکت کند. البته این موضوع بسیار مهم تذکر داده شد که توانمندی‌ها باید به‌طور پیوسته باشند. در مراحل بعد از جذب شدن اولیه و مبادله اشارات بدنی ساده و پیچیده به مادران آموزش داده شد که کلماتی را به روش ارادی و تعاملی‌تر به ذخیره واژگان کودک بیفزایند، البته کلمات متفاوتی را آزمایش کنند و ببینند که او می‌تواند آن را بفهمد. کلمات و نمادهایی که با تجارب کودک مرتبط هستند و بر اشارات بدنی وی بنا می‌شوند به‌سرعت یاد گرفته می‌شوند چون بیان کلمات در فضایی جداگانه از تجارب وی برای او معنایی ندارد.

کودک دارای مشکلات زبان دریافتی خیلی آسان‌تر می‌تواند به تفکرات خودش نسبت به کلمات و ایده‌های افراد دیگر توجه کند (تفکر به خود مجذوب). این کودکان در درک اطلاعات کلامی و گاه دیداری به علت مشکلات در پردازش شنیداری کلامی و پردازش دیداری- فضایی اطلاعات با مشکلات مواجه‌اند. همان‌طور که مداخله فلورتایم به کودکان کمک می‌کند تا توانمندی‌شان برای تفکر نمادین رشد یابد، کمک می‌کند در تنظیم افکار پدیدارشدهٔ خودشان شور و هیجان را تجربه نمایند. در فلورتایم به والدین آموزش داده شد که در تلاش به بازگرداندن کودک به سؤال پرسیده شده یا فرمانی که به او داده‌اند (که توسط کودک نادیده گرفته‌شده) پافشاری کنند تا زمانی که کودک حلقه‌های ارتباطی سطح نمادین را ببندد. در این بین از بازی‌های بی‌صدا (پانتومیم) استفاده شد که با ایجاد حلقه ارتباطی بین مادر و کودک پل منطقی بین یک مجموعه از ایده‌ها و بقیه ایجاد می‌کرد. در جهت توجه و درمان تأخیرهای پردازش شنیداری به مادران کمک شد که اشتباهات خود را در الگوی مکالمه‌هایی که به کودک در نگهداری جریان مداومی از تعاملات در سطح نمادین کمک نمی‌کند پیدا کنند. به‌عنوان‌مثال گفته شد که بجای زنجیره‌ای از سؤالات بی‌پایان و مجزا که نمی‌توانست از یک زنجیره طولانی از حلقه‌های ارتباطی حمایت کند بر محتوای بیان شفاهی کودک تمرکز کنند و این امر را با توجه به احساسات و مفاهیم هیجانی کودک انجام دهند.

با توجه و همدلی کردن با عواطف کودک، بزرگسال کودک را در مرتبط کردن یک مجموعه از ایده‌ها که زمینه قوی‌ای را توسعه داده‌اند مورد حمایت خود قرار می‌دهد. برای تکمیل این جریان، بزرگسال با آرامش و خودانگیختگی باید کلمات ساده‌ای را انتخاب کند که توانمندی‌های زبان دریافتی آسیب‌پذیر کودک را دچار دستپاچگی و آشفتگی نسازد. به مادران آموزش داده شد که آهسته و شمرده شمرده صحبت نکنند چون حالت ماشینی و طرح‌ریزی‌شده به صحبت می‌دهد و درک جملات آهسته و ماشینی برای کودک بسیار دشوار است چون فاقد آهنگ و وزن است که باعث تقویت معنی کلمه‌ها می‌شود. به‌علاوه کلمات ادا شده به‌صورت ماشینی کودک را برنمی‌انگیزد تا با گفتارهای هیجانی پاسخ دهد. به مادران آموزش داده شد که بجای پرسیدن سؤال‌های چرا و چگونه که مستلزم تفکر انتزاعی بود و این کودکان به‌آسانی نمی‌توانستند به آنها پاسخ دهند، سؤالات را ساده کنند و این‌گونه سؤالات ساده را امتحان کنند تا بتوانند با کودک یک حلقه ارتباطی ببندند.

در نهایت می‌توان گفت اصول درمانی فلورتایم با تمرکز بر پایه‌های برقراری ارتباط، مبادلهٔ عاطفی و کاربرد معنادار ایده‌ها، حرکت کودک را به‌سوی پیشرفت تحولی سازگار، تسهیل می‌نماید. درمان یک هدف ساده دارد که آن‌هم پشتوانه‌سازی برای کودک یا پایه‌گذاری جریان دائمی و طبیعی رابطهٔ صمیمانه است. برای انجام این هدف درمان باید به کودک در یادگیری توجه، جذب شدن به دیگران، تعامل هدفمندانه، تجربهٔ طیفی از احساسات و نهایتاً تفکر و ارتباط در یک مدار منطقی سازماندهی‌شده کمک کرد. رویکرد فلورتایم برنامه جامعی است که شامل اجزایی نظیر برنامه‌ای متمرکز در خانه با والدین و

مراقبان، یک برنامه آموزشی، درمان‌های خاص و اگر نیاز باشد مداخلات پزشکی می‌شود که تمام عناصر برنامه در جهت کمک به کودک برای ساختن پایه‌های اساسی برقراری ارتباط، مبادله، تفکر و همچنین برای غلبه بر نشانه‌های مرضی متمرکز را شامل می‌شود. برنامه خانگی اهمیت ویژه‌ای دارد چون مقدار زیادی از وقت کودک و مراقبان در آنجا سپری می‌شود و هیجان‌های مهمی در خانه مبادله می‌گردد. هدف اصلی فلورتایم کمک به کودک دارای اختلال طیف اتیسم است تا هیجان‌های خود را تنظیم نماید، به دیگران علاقه‌مند شود، با آنها ارتباط برقرار نماید، در تعامل دوطرفهٔ هدفمند مشارکت نموده، مسائل پیچیده را حل نماید و تفکر و ایده‌های انتزاعی داشته باشد. به‌عبارت‌دیگر هدف بازی فلورتایم آموزش این مهارت‌ها به کودک درخودمانده است تا بتواند به‌طور طبیعی و خودانگیخته در جامعه تعامل نماید (پاجاریا و نوپمانیجومرسلرز، ۲۰۱۱ به نقل از امین یزدی و عالی، ۱۳۹۵).

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود از آن جمله می‌توان به شیوه نمونه‌گیری دردسترس، نبود گروه کنترل، عدم پیگیری و استفاده از ابزار خودسنجی برای جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثرگذاری متغیرهای مداخله‌گر (اثر درمانگر و غیره) و برای اینکه بتوان به‌طورقطع اثر مداخله موردنظر را جدای از این متغیرها بررسی کرد، از گروه کنترل برای مقایسه با گروهی که درمان را دریافت کرده‌اند استفاده شود و همچنین از فیلم‌های آموزشی و نتایج مداخلات و تأثیرات این روش استفاده گردد.

پی‌نوشت‌ها

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders fifth edition (DSM5)
3. Developmental individual- difference relationship-based model (DIR)
4. Childhood Autism Rating Scale(CARS)

منابع

احمدی، س. ج.، صفری، ط.، همتیان، م.، و خلیلی، ز. (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روانسنجی آزمون تشخیصی اتیسم (GARS) (مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اتیسم اصفهان). *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، *۱*(۱)، ۸۷-۱۰۴.

امین یزدی، ا. (۱۳۹۱). رشد یکپارچهٔ انسان: مدل تحولی – تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط. *پژوهش نامهٔ مبانی تعلیم و تربیت*، ۲(۱)، ۱۰۹-۱۲۶.

امین یزدی، ا.، عالی، ش.، عبدخدایی، م. س.، غنایی چمن آباد، ع.، و محرری، ف. (۱۳۹۳). طراحی درمان ترکیبی خانواده- محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچهٔ انسان و مقایسهٔ اثربخشی آن با بازی درمانی فلورتایم بر نشانه‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم و استرس والدگری مادران آنها. *مجله دستآوردهای روان شناختی (علوم تربیتی و روان شناسی) دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۲۲(۱)، ۲۵-۴۶.

امین یزدی، ا.، و عالی، ش. (۱۳۹۵). *شناخت و درمان اتیسم: معرفی رویکرد نوین تحول یکپارچه انسان*. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی: تهران.

انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۹۳). *ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی* (ترجمهٔ ف. رضاعی؛ ع. فخرایی؛ آ. فرمند؛ ع. نیلوفری؛ ژ. هاشمی آذر و ف. شاملو). تهران: انتشارات ارجمند. (۲۰۱۳).

جراحی، ش.، و نجات، ح. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی روش‌های رفتار درمانگری و گفتار درمانگری در تحول مهارتهای ارتباطی کودکان درخودمانده. روانشناسی تحولی: *روانشناسان ایرانی*، ۱۲(۴)، ۱۵۵-۱۶۵.

روح پرور، ر.، کرمی، م.، و مددی، م. (۱۳۹۳). مقایسه ویژگیهای آوایی- واجی و صرفی- نحوی کودکان مبتلا به اتیسم با کودکان سالم. *مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین*، ۸(۳)، ۶۲-۶۹.

سادوک، ب.، سادوک، و.، و روئیز، پ. (۱۳۹۵). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی* (ترجم، ف. رضاعی). انتشارات ارجمند: تهران.

عالی، ش. (۱۳۹۳). *طراحی سنجش و درمان ترکیبی خانواده – محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچهٔ انسان و اثربخشی آن بر نیمرخ عصب – روانشناختی کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم* (رساله دکتری). دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی: مشهد.

فرامرزی، س.، شیرزادی، پ.، قاسمی، م.، و یارمحمدیان، ا. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر مداخلات عصب روانشناختی بر عملکرد زبان دریافتی کودکان مبتلا به آسیب ویژه زبانی (SLI): پژوهش مورد منفرد. *مجله علوم پیراپزشکی و توانبخشی*، ۴(۴)، ۵۱-۶۱.

ملایری، س.، جعفری، ز.، و عشایری، ح. (۱۳۹۴). *آزمون سنجش رشد نیوشا* (چاپ سوم). نشر دانژه: تهران.

وهاب، م.، شهیم، س.، جعفری، س.، و اوردیادی زنجانی، م. م. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و رشد زبان دریافتی در کودکان ۴ تا ۶ ساله فارسی زبان. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۸(۳)، ۴۵۴-۴۶۵.

Baltaxe, C. (1984). Use of contrastive stress in normal, aphasic, and autistic children. *Speech and Hearing Research*, *24*, 97–105.

Greenspan, S. (2004). *Individual Differences in Understanding the World: Understanding Your Child Copes with What Makes him or Her Unique*. Web-Based Radio Show. ICDL.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1999). A functional developmental approach to autism spectrum disorders. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, *24*(3), 147-161.

Kwoka, E. Y. G., Brownb, H. M., Smythc, R. E., Cardy, J. O. (2015). Meta-analysis of receptive and expressive language skills in autism spectrum disorder. *Research in Autism pectrum Disorders*, *9*, 202–222.

Lewis, F. M., Murdoch, B. E., Woodyatt, G. C. (2007). Linguistic abilities in children with autism spectrum disorder.*Research in Autism Spectrum Disorders*. *1*, 85-100.

Sevlever, M. Gillis, J. M. (2010). An examination of the state of imitation research in children with autism: Issues of definition and methodology, *Research in Developmental Disability 31*, 976-984.

Statewide, T. (2009). Floortime. Target. *Taxas guide for effevtive teaching*. 1-9.

Watling R. L, Deitz, J., White, O. (2001). A Comparison of the Profile Scores of young Children with and without Autism Spectrum Disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, *55*(4), 113-20.