

The Effectiveness of a Music-Based Developmental Relation Therapy Program on the Promotion of the Mother-Child Relationship of Children with an Autistic Spectrum Disorder

Yousef Shahi *

Ph.D. of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran.

Ali Akbar Arjmandnia 

Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

Gholam Ali Afrooz 

Full Professor, Psychology Dept., Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Farah Ghavami 

Ph.D. Student in Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Kish, Iran.

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of a music-based developmental relation therapy program on the promotion of the mother-child relationship of children with an autistic spectrum disorder. The statistical population of this study consisted of all primary school children with level ۱ autistic spectrum disorder (Requiring support) that referred to the Autism Charity Center of Tehran. Sixteen boys with autistic spectrum disorder and their mothers were conveniently selected and randomly divided into experimental and control groups (N=۸). ATEC, GARS-۲, and MCRE questionnaires were used to diagnose autism disorder and the effectiveness of the intervention program. The results of one-way ANOVA (between groups) showed that there was a significant difference between the study's


* Corresponding Author: Yousefshahi@gmail.com


How to Cite: Shahi, Y., Arjmandnia, A. A., Afrooz, Gh., Ghavami, F. (۲۰۲۲). The Effectiveness of a Music-Based Developmental Relation Therapy Program on the Promotion of the Mother-Child Relationship of Children with an Autistic Spectrum Disorder, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, ۱۲(۴۷), ۱-۳۲.


groups in Overprotection ($F_{28,1}=13/26$, $p=0/001$, $\eta^2=0/32$) and Acceptance, $F_{28,1}=9/38$, $p=0/01$, $\eta^2=0/25$). Indeed, the average of the intervention group in the Overprotection and Acceptance subscales were lower and greater than the control groups respectively. Conclusion: The results showed that the music-based developmental relation therapy program significantly increased the mother-child relationship of children with an autistic spectrum disorder.


Keywords: Autism, music, therapy, developmental. relationship, mother, floortime.

اثربخشی برنامه رابطه درمانی تحولی بر ارتقاء تعامل مادر با کودک اختلال طیف اتیسم

یوسف شاهی*  * دکتری تخصصی روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

علی‌اکبر ارجمندنیا  دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

غلامعلی افروز  استاد ممتاز گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

فرح قوامی  دانشجوی دکتری رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی برنامه رابطه درمانی تحولی بر پایه هنر موسیقی بر ارتقاء تعامل مادران کودکان اختلال طیف اتیسم بود. جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر تمامی کودکان اختلال طیف اتیسم در سطح ۱ (نیازمند حمایت) در مقطع پیش‌دبستانی است که به مرکز خیریه اتیسم شهر تهران مراجعه نموده‌اند. تعداد ۱۶ کودک پسر دارای اختلال طیف اتیسم به همراه مادرانشان به صورت در دسترس انتخاب شد و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه ۸ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به منظور تشخیص اختلال اتیسم و همچنین اثربخشی برنامه مداخله‌ای از سه پرسشنامه فهرست ارزشیابی درمان اتیسم (ATEC)، مقیاس ارزیابی تشخیصی گارز (GARS-۲) و پرسشنامه تعامل مادر-کودک (MCRE) استفاده گردید. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری (اثر بین آزمودنی) نشان داد که بین دو گروه در بیش‌حمایت‌گری ($F_{28,1}=۱۳/۲۶$, $p=۰/۰۰۱$, $\eta^2=۰/۳۲$) و پذیرش ($F_{28,1}=۹/۳۸$, $p=۰/۰۱$, $\eta^2=۰/۲۵$) تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع میانگین گروه مداخله در خرده‌مقیاس‌های بیش‌حمایت‌گری و

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان دانشگاه تهران است.

* نویسنده مسئول: Yousefshahi@gmail.com

۴ | روان‌شناسی افراد استثنایی | سال دوازدهم | شماره ۴۷ | پاییز ۱۴۰۱

پذیرش به ترتیب کمتر و بیشتر است، بدین معنی که گروه مداخله کمتر بیش حمایت‌گر و بیشتر پذیرنده بوده است. می‌توان نتیجه گرفت که مداخله فلورتایم مبتنی بر موسیقی درمانی تعامل بین مادر و کودک را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: اتیسم، موسیقی، درمان، تحول، رابطه، مادر، فلورتایم.

مقدمه

یکی از عوامل مؤثر بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی فرد، کیفیت عملکرد سیستم خانواده است (رابینسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). اعضای خانواده به‌واسطه‌ی علایق و دل‌بستگی‌های عاطفی نیرومند، دیرپا و متقابل به همدیگر متصل شده و ارزش اصلی خانواده حاصل از شبکه‌ی روابطی است که توسط اعضای آن به وجود آمده است (واگیموس^۲ و همکاران، ۲۰۱۷).

از طرف دیگر، رشد و تحول کودک، خود محصول عوامل متعددی و تبادلات پیوسته و پویایی بین ساختار بیولوژیکی، ژنتیک و ویژگی‌های محیطی است و یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد روانی و اجتماعی که هدف مطالعه حاضر است، روابط مادر و کودک می‌باشد که از اهمیت بسزایی در زندگی کودک در حال رشد برخوردار است، به‌طوری‌که کیفیت این روابط در سال‌های اولیه کودکی، اساس رشد شناختی، اجتماعی و هیجانی آینده را پایه‌گذاری می‌کند (شالیو، لاوین و دی‌مارتینو^۳، ۲۰۱۹؛ گرینسپن و ویدر^۴، ۲۰۰۶). در حقیقت مراقبت عاطفی مادر از نوزاد موقعیتی را فراهم می‌کند که جهان از طریق آن برای کودک به نمایش درمی‌آید. تجارب اولیه در ذهن کودک به‌صورت چارچوبی عمل می‌کنند که با آن، کودک وقایع را می‌تواند پیش‌بینی کند. کودک نوپایی که مراقبت عاطفی از مراقب خود دریافت می‌کند احساس دوست‌داشتنی بودن می‌کند و از دیگران انتظار دارد که به‌عنوان فردی شایسته به او توجه کنند (پاز-آلبو پریتو^۵، ۲۰۱۸). به‌طور یقین یکی از بهترین روش‌های وارد شدن به دنیای کودک از طریق بازی است. بازی نه تنها می‌تواند بر جسم و روان کودک تأثیرگذار باشد بلکه می‌تواند بر

۱. Robinson et al

۲. Vaggemose et al

۳. Shalev, R. A., Lavine, C., Di Martino, A.

۴. Greenspan, S. I. & Wieder, S.

۵. Paz-Albo Prieto, J.

نحوه‌ی ارتباط مادر با کودک نیز مؤثر واقع شود (شیلینکس برگ، هانس و فرامپتون^۱، ۲۰۱۸).

یکی از اختلال‌هایی که در مراحل اولیه رشد، آشکار می‌شود، اختلال طیف اتیسم^۲ است. اختلال طیف اتیسم، مجموعه‌ای از ناتوانی‌های تحولی و عصب‌شناختی است که قبل از سه‌سالگی آشکار می‌شود و زندگی فرد را در طول دوره‌ی حیات تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ این اختلال از طریق آسیب در تعامل اجتماعی^۳، آسیب ارتباطی^۴ و رفتارهای کلیشه‌ای و محدود^۵ مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی امریکا^۶، ۲۰۱۳). میزان شیوع این اختلال یک در ۱۰۰۰۰ در دهه ۱۹۷۰ بود و در سال ۲۰۱۵ این میزان شیوع به یک در ۱۵۰ رسیده است (شافر^۷، ۲۰۱۶) که این میزان شیوع در سال ۲۰۲۰ نیز مشاهده می‌شود (ورمیش^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). این افزایش چشمگیر نشان می‌دهد که تعداد قابل توجهی از والدین به‌طور مستقیم در مراقبت از این کودکان درگیر هستند. ویژگی‌های مادر، نحوه و کیفیت تعامل مادر با کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پروت^۹ و همکاران ۲۰۱۶). یکی از مهم‌ترین جنبه‌ها در اختلال‌های دوران کودکی که پژوهش‌های زیادی نیز در حال حاضر بر آن متمرکزند، تعامل بین مادر و فرزند در دوران کودکی است (لورنگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). وجود کودک اتیسم در خانواده در مقایسه با سایر اختلالات دوران کودکی، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادر که نسبت به بقیه اعضای خانواده بیشتر با کودک سروکار دارد، ۲۰۲۰ منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد (دکلرگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱)؛

۱. Shillingsburg, M. A., Hansen, B., & Frampton, S.

۲. Autism Spectrum Disorder (ASD)

۳. Social Interaction

۴. Communication

۵. Restrictive and Repetitive behaviors

۶. American Psychiatric Association (APA)

۷. Schaefer, G. B.

۸. Vermeirsch et al

۹. Pruitt et al

۱۰. Lorang et al

۱۱. De Clercq et al

اثر بخشی برنامه رابطه درمانی تحولی بر ارتقاء تعامل مادر با...؛ شاهی و همکاران | ۷

کنان^۱ و همکاران (۲۰۱۶). علاوه بر این، حضور این کودکان می‌تواند به شکل عمیق‌تر، بر ارتباط‌ها و کنش‌های اعضای خانواده اثر بگذارد (تروشانسکا^۲ و همکاران ۲۰۱۹). این شرایط باعث افزایش استرس والدین و به‌ویژه مادر می‌شود و بر بسیاری از جنبه‌های زندگی خانوادگی آن‌ها تأثیرگذار است (وناش^۳ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد مادران کودکان طیف اتیسم در مقایسه با سایر مادران دچار مشکلات رفتاری خاصی در ارتباط اجتماعی هستند (کو، استینسن و مک‌دونالد^۴، ۲۰۱۹) که این موارد سبک‌های خاص ارتباطی و اجتماعی را در والدین و همچنین فرزند فرامی‌خوانند و همین سبک‌های به‌نوبه خود روند رشد این کودکان را تغییر می‌دهد (ابید و داو^۵، ۲۰۱۵). توجه به این محدودیت‌هایی که ذکر شد، لزوم به‌کارگیری مداخلات جدید را نمایان می‌سازد. از منظر گرینسپن و ویدر با اینکه رویکردهای رفتاری سهم مهمی در تقویت کار آموزشی و درمانی با کودکان مبتلا به چالش‌های شدید تحولی داشته‌اند اما می‌توان از اصلاح رفتار فراتر رفته و به فرایندهای تحولی زیربنایی که به تحول سالم کودک صدمه می‌زنند، پرداخت (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶؛ پرافاتهان‌اکونونگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۸).

مدل رابطه درمانی تحولی^۷ گرینسپن نقشه‌ی راه جدیدی از تحول تدریجی ذهن انسان ارائه می‌دهد که نگاهی یکپارچه به توانمندی‌های انسان شامل شناخت، زبان، عاطفه و هیجان دارد (پرافاتهان‌اکونونگ و همکاران، ۲۰۱۸). این مدل مراحل تحولی یا به عبارت دقیق‌تر، توانمندی‌های تحولی را شناسایی کرده است که کودکان به‌منظور دستیابی به عملکرد انطباقی می‌بایست به آن‌ها تسلط یابند. طرح درمانی این رویکرد برای

۱. Keenan et al

۲. Troshanska et al

۳. van Esch et al

۴. Ku, B., Stinson, J. D., & MacDonald, M.

۵. Obeid, R., & Daou, N.

۶. Praphatthanakunwong et al

۷. Developmental, Individual differences, Relationship- based model (DIR)

هموار کردن چالش‌های رشدی و کمک به مراقب برای روابط سالم با کودک، فلورتایم^۱ نام دارد. فلورتایم بازی مبتنی بر مداخلات تعاملی است که اجزاء آن ارتباطات تعاملی و هیجان است و بر تفاوت‌های فردی، علایق کودک و تعامل‌های هیجانی بین کودک و مراقب تأکید می‌کند (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶). طرفداران این رویکرد بر این باورند که کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم ظرفیت‌های دستیابی به توانمندی‌های تحولی بنیادین را به‌طور بالقوه دارند اما به دلیل وجود چالش‌های زیستی، این توانمندی‌ها تحول نیافته‌اند. تقویت مهارت‌های فرزندپروری که به دنبال آموزش والدین رخ می‌دهد، می‌تواند نقش تعدیل‌کننده در مشکل‌های رفتاری دوران کودکی و خودکارآمدی والدینی ایفا کند (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶؛ زومک و جتر^۲، ۲۰۲۰؛ هورن^۳، ۲۰۱۱؛ ماینارد، مک‌دونالد و استیکل^۴، ۲۰۱۶).

نظریه‌ها از این حیث که با تجزیه کلیت انسان و تقسیم او به ابعاد مختلف جسمی، شناختی، عاطفی، اخلاقی و اجتماعی، تصویری غیریکپارچه از تحول روان‌شناسی انسان ارائه داده‌اند، موردانتقاد قرار گرفته‌اند (گرینسپن، ۱۹۹۷). به‌طور نمونه، نظریه‌های شناختی (پیاژه، ۱۹۶۲)، اخلاقی (کلیبرگ، ۱۹۸۱)، دلبستگی هیجانی (بالبی، ۱۹۵۲)، رفتاری (واتسن، ۱۹۳۲)، رفتاری (اسکینر، ۱۹۵۳) و زبانی (چامسکی، ۱۹۸۰، ۱۹۵۷) هرکدام بعدی از انسان را به‌گونه‌ای مستقل مورد مطالعه و بررسی قرار داده‌اند. عدم توجه به نقش محوری هیجان‌ها در رشد روان‌شناختی انسان شامل هوش، تفکر، خودآگاهی و تنظیم رفتار از دیگر انتقادهایی است که به نظریه‌های تحولی معاصر ارائه شده است (مک‌میلان^۵، ۲۰۰۶). درمان‌هایی که تاکنون برای طیف اتیسم معرفی شده‌اند، اغلب مبتنی بر الگوی رفتاری می‌باشند. رویکردهای رفتاری در خصوص درمان کودکان اختلال طیف اتیسم با ناامیدی بر این باورند که این کودکان به سبب وجود محدودیت‌های زیستی، دچار نقص پایه‌ای

۱. Floortime

۲. Zlomke, K. R., Jeter, K

۳. Horn, S. E.

۴. Maynard, D. W., McDonald, T. A., & Stickle, T.

۵. Mc Millan W

در توانمندی‌های تحولی بنیادین نظیر توجه مشترک، تعامل متقابل هیجانی و اجتماعی، اشاره‌های عاطفی، کاربرد معنی‌دار و خلاق زبان و سطوح بالاتر تفکر انعکاسی و استنتاجی نظیر همدلی و نظریه‌ی ذهن می‌باشند و بنابراین امکان دستیابی به این توانمندی‌ها را ندارند. به همین سبب فقط بر تغییر رفتارها و نشانه‌های سطحی متمرکز می‌شوند تا سازگاری کودک را با محیط پیرامونش افزایش دهند (گرینسپن، ۲۰۱۸).

درواقع در دیدگاه رابطه درمانی تحولی جلسات درمانی و آموزشی بر رابطه مادر و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان مادر و کودک را تضمین می‌کند (پرافاتهان‌اکونونگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ لئو^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). این دیدگاه نوعی درمانی فراگیر است و برخلاف روش‌های رفتاری که بر کاهش رفتارهای خاص متمرکز می‌باشند، این درمان بر نقایص تحولی محوری اتیسم به‌منظور ایجاد توانمندی‌های کارکردی پایه تأکید دارد. این رویکرد بر مبنای این فرض زیربنایی قرار دارد که هیجان‌ها پایه و اساس تحول و یادگیری می‌باشند و روابط انسانی، نقش حیاتی در تحول کودک ایفا می‌کنند (گرینسپن و همکاران، ۱۹۸۷). این رویکرد به‌عنوان چهارچوبی یکپارچه نگر^۲ به تحول روان‌شناختی انسان تلاش دارد تا با استفاده از آخرین یافته‌های علوم عصبی - شناختی، روشی ارائه دهد که در آن چگونگی تحول یکپارچه انسان توصیف و تبیین شود. از منظر گرینسپن و ویدر (۲۰۰۶، ۱۹۹۷) اختلالات تحولی نظیر اختلال طیف اتیسم نتیجه‌ی تحول نایافتگی مطلوب قابلیت‌های پایه است که این امر می‌تواند ناشی از نارسایی سیستم عصبی کودک و یا سبک تعاملی نامناسب والدین باشد. به همین جهت در درمان نیز از تأکید صرف بر تغییر رفتارهای ناسازگار، فراتر رفته و به تحول تمام ابعاد انسان در ارتباط اجتماعی و تعامل هدفمند به‌ویژه با والدین می‌پردازد؛ بنابراین، تفاوت عمده‌ی مدل تحول یکپارچه‌ی انسان با مدل‌های درمانی دیگر که رویکرد رفتاری بر آن‌ها غالب است، در نگاه یکپارچه به تمام قابلیت‌های انسان، تحولی

^۱ Liao et al

^۲. Integrative

بودن رویکرد، توجه به روش‌های فردی پردازش اطلاعات توسط کودکان و اهمیت روابط عاطفی در فرایند تحول می‌باشد (گرینسپن و ویدر ۲۰۰۶، گرینسپن ۲۰۰۹). بر طبق دیدگاه فلورتایم والدین به‌عنوان عامل درمانی، در جلسات درمانی می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه‌ای غیرقضاوتی، نامشروط و اصیل با فرزند خود برقرار کرده و از این طریق باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خود گردند (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶؛ پرافاتهان‌اکونونگک و همکاران، ۲۰۱۸). به‌کارگیری این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌گردد (لئو و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال طیف اتیسم بر فرد و خانواده، هزینه‌های بالای روان‌درمانی و نیز دارودرمانی و نیز فقدان پژوهش کاربردی در افزایش تعاملات مؤثر مادر و کودک، پژوهش حاضر باهدف کاربرد برنامه رابطه درمانی تحولی بر پایه هنر موسیقی در ارتقاء تعامل مادر و کودک اتیسم، انجام پذیرفت.

روش^۱

پژوهش حاضر از نوع اندازه‌گیری‌های مکرر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر تمامی کودکان پسر ۵ تا ۷ سال دارای اختلال طیف اتیسم در سطح ۱ (نیازمند حمایت^۲) بود که به مراکز آموزشی و درمانی شهر تهران مراجعه نموده و تحت آموزش و یا درمان بودند. از بین مراکز آموزشی و درمانی سطح شهر تهران، یک مرکز که دارای حجم نسبتاً بالایی از کودکان اتیسم بود، به‌عنوان نمونه، انتخاب شدند. از تمامی کودکان آزمون‌گزار و فهرست ارزشیابی درمان اتیسم گرفته شد که تمام مشارکت‌کنندگان این پژوهش واجد ملاک‌های طیف اتیسم بودند و از نظر شدت در سطح ۱، (نیازمند حمایت) قرار داشتند. در این پژوهش، محققین به هم‌تاسازی سن دانش‌آموزان (۶ تا ۷ سال)، سطح هوشی (۹۵-۸۲) و نداشتن معلولیت مضاعف شرکت‌کنندگان پرداخته‌اند. برای سنجش هوش کلی

۱. method

۲. Requiring Support

شرکت کنندگان از آزمون هوش ریون کودکان استفاده شد. میانگین هوشی هر دو گروه از مشارکت کنندگان ۸۸ بود.

برنامه رابطه درمانی تحولی بر پایه هنر موسیقی طی ۸ هفته انجام پذیرفت. در هر هفته سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در کلینیک با همکاری درمانگر، مادر و کودک، همچنین سه جلسه در منزل توسط مادر و کودک انجام شد. در هر جلسه موضوعات و اهداف اصلی برنامه رابطه درمانی تحولی و فلورتایم با زبانی ساده و قابل فهم برای مادر بازگو می‌شد و در صورت وجود مشکل و یا داشتن سؤال از طریق ایفای نقش یا بحث گروهی برطرف می‌شد. مادر نتایج کمی و کیفی نحوه انجام و پیشرفت برنامه را در فرم گزارش مادر در هر جلسه یادداشت می‌کرد و در ابتدای هر جلسه در کلینیک مورد بررسی قرار می‌گرفت تا مشکلات احتمالی والدین و سؤالات آن‌ها برطرف گردد.

در ابتدا برای بررسی اعتبار^۱ محتوای برنامه از پیشینه‌های موجود (نظریه‌ها و پژوهش‌های آزمایشی) استفاده شد. جهت بررسی سازه‌ی برنامه آموزشی تدوین شده از طریق روش لاشه و همچنین ضریب هماهنگی W کندال و برای توافق بین متخصصان در ارتباط با برنامه آموزشی از ضریب توافق کاپا کوهن استفاده شده است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. به منظور احراز اعتبار محتوایی برنامه رابطه درمانی تحولی (فلورتایم) بر پایه هنر موسیقی، دفترچه کل برنامه در قالب ۴۸ جلسه به همراه یک مقیاس با طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) که باهدف بررسی تناسب نظری و مصداق‌های رفتاری تهیه شده بود، در اختیار شش نفر از متخصصانی که از نزدیک با مسائل مربوط به آموزش و درمان اختلال طیف اتیسم در ارتباط بودند، قرار داده شد تا میزان تناسب هریک از جلسات برنامه آموزشی را مشخص سازند. نتایج به دست آمده از میانگین نظرات به دست آمده از برنامه مداخله‌ای در هر هفته توسط استادان و متخصصین نشان می‌دهد که میانگین نظرات در بین حداقل ۴ و حداکثر ۵ است. بدین معنی که متخصصین بر محتوای برنامه آموزشی فلورتایم هم عقیده بودند و محتوای تمامی جلسات

۱. Validity

از نظر آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت بر اساس توافق بین داوران برای اعتباریابی هر جلسه بسته درمانی در مجموع نمره توافق کل ۴/۳۵ از ۵ توافق بالایی از توافق داوران در مورد اعتبار برنامه مداخله‌ای برنامه رابطه درمانی تحولی بر پایه هنر موسیقی بود.

ابزارهای پژوهش

فهرست ارزشیابی درمان اتیسم^۱

ریملند و ادلسون^۲ (۲۰۱۱) معتقدند که مشکل بزرگ تحقیقات در زمینه اتیسم، فقدان یک ابزار معتبر در روند درمان است، مقیاس‌هایی مثل مقیاس درجه‌بندی اتیسم گارز نمی‌توانند اثربخشی درمان را تعیین کنند، به این دلیل آن‌ها مقیاسی را طراحی کردند که بتواند روند مؤثر بودن یا نبودن درمان را در زمینه اتیسم نشان دهد (گیر، کرن و گیر^۳، ۲۰۱۳). فهرست ارزشیابی درمان اتیسم برای کمک به والدین، متخصصان درمانگر و پژوهشگران طراحی شده است تا هرگونه درمان و مداخله‌ای را در مورد اتیسم ارزشیابی نماید (گیر، کرن و گیر، ۲۰۱۳؛ معماری^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). این فهرست به صورت ۵۲ گویه لیکرت سه‌بخشی (نادرست، تا حدی درست و کاملاً درست) به صورت نمره‌گذاری ۰، ۱ و ۲ و ۲۵ گویه لیکرت ۴ بخشی (مشکلی ندارد، کمی مشکل خفیف، مشکل متوسط، مشکل جدی) به صورت نمره‌گذاری ۰، ۱، ۲ و ۳ در ۴ خرده مقیاس است (تعداد کل گویه‌ها ۷۷ است). حداقل نمره کسب‌شده در این فهرست ۰ است که نشانگر بالاترین کارکرد فرد دارای اختلال طیف اتیسم است و حداکثر نمره ۱۴۰ است که نشانگر پایین‌ترین و ضعیف‌ترین سطح کارکرد فرد مورد ارزشیابی است. هر چه نمره کلی و نمره خرده مقیاس‌ها بالاتر باشد، نقایص و مشکلات آزمودنی دارای اتیسم بیشتر است (گیر، کرن و گیر، ۲۰۱۳). در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این فهرست در زمینه پایایی فهرست ارزشیابی اختلال طیف اتیسم، آلفای کرنباخ این ابزار را برای نمرات کلی ۰/۹۴۲، خرده

۱. Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

۲. Rimland & Edelson

۳. Geier, D. A., Kern, J. K., & Geier, M. R.

۴. Memari et al

اثربخشی برنامه رابطه درمانی تحولی بر ارتقاء تعامل مادر با...؛ شاهی و همکاران | ۱۳

مقیاس گفتار، زبان و ارتباطات^۱ ۰/۹۲۰، خرده مقیاس اجتماعی شدن^۲ ۰/۸۳۶، خرده مقیاس آگاهی حسی شناختی^۳ ۰/۸۷۵ و سلامت جسمانی و رفتاری^۴ ۰/۸۱۵ اعلام شده است (ماهاپاترا^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ بوده و پایایی چهار خرده مقیاس این آزمون هم به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۰، ۰/۶۰ و ۰/۸۵ بوده است (معماری و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین روایی ($r=0/66, p<0/001$) و پایایی ۹۲ درصد این چک‌لیست در ایران مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است (معماری و همکاران، ۲۰۱۳).

مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک^۶

این مقیاس توسط روس^۷ در سال ۱۹۸۰ منتشر شده است که وی اعتبار این مقیاس را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ و پایایی آن را بین ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرده است (هیکی، هارتلی و پاپ^۸، ۲۰۱۹). در ایران خدابخشی (۲۰۱۵) اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کرده است و پایایی این مقیاس توسط خانجانی (۱۳۹۵) برای پذیرش فرزند ۰/۷۹، بیش حمایتگری ۰/۷۵، سهل‌گیری ۰/۶۵ و طرد فرزند ۰/۷۰ محاسبه شده است.

مقیاس تشخیصی اتیسم گارز-۲ (GARS-۲)

این دارای ۳ زیر مقیاس است که ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای را ارزیابی می‌کند. این مقیاس دارای سه بخش است

-
۱. Speech, Language & Communication
 ۲. Sociability
 ۳. Sensory Cognitive Awareness
 ۴. Health, Physical & Behavior
 ۵. Mahapatra et al
 ۶. Mother-Child Relationship Evaluation
 ۷. Roth
 ۸. Hickey, E. J., Hartley, S. L., & Papp, L.

که توسط کارشناسان، والدین و یا مربیان این کودکان از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. این ابزار در سال ۱۳۹۰ توسط کارشناسان مرکز اتیسم اصفهان هنجاریابی شده است. روایی صوری و محتوایی این ابزار از سوی متخصصان و کارشناسان این مرکز تأیید شده است. برای پرآورد روایی سازه از آزمون تشخیصی اتیسم به‌طور هم‌زمان استفاده شده است که ضریب همبستگی این دو پرسشنامه (۰/۸۰) به دست آمد. روایی تشخیصی آن با مقایسه با ۱۰۰ کودک و نوجوان سالم از طریق آزمون تحلیل تمایز مشخص شد. نقطه برش آزمون (۵۲) و حساسیت و ویژگی مقیاس به ترتیب (۰/۹۹) و (۰/۱۰۰) به دست آمد.

پایایی این ابزار نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب آلفای به‌دست آمده ۰/۹۰ برای رفتارهای کلیشه‌ای، ۰/۸۹ برای ارتباط، ۰/۹۳ برای تعامل اجتماعی و ۰/۹۶ برای اختلالات رشدی است. پایایی این مقیاس نیز از روش آزمون - بازآزمون مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. روایی مقیاس نیز، از طریق مقایسه با سایر ابزارهای تشخیصی اتیسم تأیید شده است. بر اساس روایی به‌دست آمده سؤال‌های خرده مقیاس‌ها معرف ویژگی‌های اتیسم است؛ نمره‌ها همبستگی بالایی با یکدیگر و نیز سایر آزمون‌های غربالگری اتیسم داشته و این تست می‌تواند اشخاص مبتلا به اتیسم را از افراد مبتلا به اختلالات شدید رفتاری دیگر متمایز کند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

ارتباط مادر با کودک شامل چهار خرده مقیاس سهل‌گیر، طرد، بیش‌حمایت‌گری و پذیرش است. نتایج به‌دست آمده از شاخص‌های توصیفی در بین گروه مداخله و کنترل در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری (قبل از آموزش، بعد از آموزش و یک ماه بعد از آموزش) در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی خرده مقیاس‌های ارتباط مادر با کودک

| متغیر | پیش آزمون | | | | پس آزمون | | | | پیگیری | | گروه | |
|---------------|----------------|------|---------------|------|----------------|------|---------------|------|---------------|------|-------|----------------|
| | مداخله (۸ نفر) | | کنترل (۸ نفر) | | مداخله (۸ نفر) | | کنترل (۸ نفر) | | کنترل (۸ نفر) | | | |
| | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | | |
| سهل‌گیری | ۳۶/۹۳ | ۴/۷۴ | ۳۸/۱۳ | ۳/۹۳ | ۳۷/۱۳ | ۴/۳۱ | ۳۸/۱۳ | ۳/۹۳ | ۳۷/۶۷ | ۳/۸۹ | ۳۷/۴۷ | کنترل (۸ نفر) |
| طرد | ۳۵/۱۳ | ۵/۳۰ | ۳۳/۲۰ | ۵/۵۸ | ۲۹/۲۰ | ۴/۳۵ | ۳۳/۲۰ | ۵/۵۸ | ۳۰/۰۷ | ۴/۸۳ | ۳۳/۸۷ | مداخله (۸ نفر) |
| بیش‌حمایت‌گری | ۳۴/۲۷ | ۷/۰۷ | ۳۵/۶۰ | ۴/۸۲ | ۲۷/۸۷ | ۴/۹۸ | ۳۵/۶۰ | ۴/۸۲ | ۲۸/۰۰ | ۴/۲۶ | ۳۳/۶۰ | کنترل (۸ نفر) |
| پذیرش | ۴۱/۸۰ | ۳/۳۸ | ۴۰/۱۳ | ۲/۵۳ | ۴۴/۴۷ | ۴/۲۱ | ۴۰/۲۰ | ۲/۴۸ | ۴۶/۴۰ | ۴/۱۰ | ۴۳/۰۰ | مداخله (۸ نفر) |

نتایج مفروضه کرویت از طریق آماره‌ی موخلی بررسی شد. نتایج نشان داد در خرده مقیاس‌های سهل‌گیری ($\chi^2=7/80, p=0/02$)، طرد ($\chi^2=7/95, p=0/02$) و بیش‌حمایت‌گری ($\chi^2=9/26, p=0/01$) مفروضه کرویت برقرار نیست به همین دلیل از آزمون‌گرین‌هاوس‌گیسر با درجات آزادی تعدیل شده استفاده شد. مفروضه کرویت در خرده مقیاس پذیرش ($\chi^2=1/56, p=0/46$) برقرار بود. همچنین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲. آزمون همگنی واریانس (لوین) در تعامل مادر - کودک

| متغیر | زمان | F | درجه آزادی صورت | درجه آزادی مخرج | P |
|---------------|-----------|------|-----------------|-----------------|------|
| سهل‌گیری | پیش آزمون | ۱/۹۴ | ۱ | ۱۴ | ۰/۱۸ |
| | پس آزمون | ۰/۳۰ | ۱ | ۱۴ | ۰/۵۹ |
| | پیگیری | ۰/۴۳ | ۱ | ۱۴ | ۰/۵۲ |
| طرد | پیش آزمون | ۰/۰۲ | ۱ | ۱۴ | ۰/۹۰ |
| | پس آزمون | ۰/۵۴ | ۱ | ۱۴ | ۰/۴۷ |
| | پیگیری | ۰/۰۵ | ۱ | ۱۴ | ۰/۸۳ |
| بیش‌حمایت‌گری | پیش آزمون | ۱/۳۸ | ۱ | ۱۴ | ۰/۲۵ |
| | پس آزمون | ۰/۰۱ | ۱ | ۱۴ | ۰/۹۳ |
| | پیگیری | ۴/۰۸ | ۱ | ۱۴ | ۰/۰۵ |
| پذیرش | پیش آزمون | ۲/۰۳ | ۱ | ۱۴ | ۰/۱۷ |

| متغیر | زمان | F | درجه آزادی صورت | درجه آزادی مخرج | P |
|-------|----------|------|-----------------|-----------------|------|
| پذیرش | پس‌آزمون | ۴/۰۸ | ۱ | ۱۴ | ۰/۰۵ |
| | پیگیری | ۰/۰۱ | ۱ | ۱۴ | ۰/۹۱ |

نتایج این آزمون لوین برابری واریانس را در بین دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری تأیید کرد به عبارتی مفروضه همگنی واریانس‌ها در همه متغیرهای پژوهش برقرار بوده است.

نتایج آزمون چندمتغیری بین آزمودنی (گروه) نشان داد که بین دو گروه $\eta^2=0/38$ ، $(F_{4,25}=3/86, p=0/014)$ مداخله و کنترل در یکی از خرده‌مقیاس‌های ارتباط مادر با کودک تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر درون آزمودنی (زمان) نشان داد بین سه زمان اندازه‌گیری $(F_{4,21}=8/14, p=0/001, \eta^2=0/75)$ تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنی که بین سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر این نتایج، اثر تعاملی گروه \times زمان $(F_{8,21}=4/09, p=0/005, \eta^2=0/60)$ معنادار بود، بدین معنی که یکی از گروه‌ها در ارتباط مادر با کودک در سه مرحله اندازه‌گیری تغییراتی به همراه داشته است. از این رو به منظور بررسی تفاوت بین گروه‌ها نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۲).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری با اندازه‌گیری مکرر برای مقیاس‌های ارتباط مادر با کودک

| منبع اثر | SS | df | MS | F | P | η^2 |
|---------------------------------------|--------|------|--------|-------|-------|----------|
| اثر بین آزمودنی (گروه) سهل‌گیری | ۳/۳۳ | ۱ | ۳/۳۳ | ۰/۳۹ | ۰/۵۴ | ۰/۰۱ |
| اثر بین آزمودنی (گروه) طرد | ۲۸/۶۸ | ۱ | ۲۸/۶۸ | ۲/۱۰ | ۰/۱۶ | ۰/۰۷ |
| اثر بین آزمودنی (گروه) بیش‌حمایت‌گری | ۱۸۹/۲۶ | ۱ | ۱۸۹/۲۶ | ۱۳/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲ |
| اثر بین آزمودنی (گروه) پذیرش | ۷۲/۵۹ | ۱ | ۷۲/۵۹ | ۹/۳۸ | ۰/۰۱ | ۰/۲۵ |
| اثر درون آزمودنی (زمان) سهل‌گیری | ۰/۱۶ | ۱/۶۰ | ۰/۱ | ۰/۰۱ | ۰/۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| اثر درون آزمودنی (زمان) طرد | ۱۴۲/۲۹ | ۱/۵۹ | ۸۹/۴۹ | ۳/۷۵ | ۰/۰۴ | ۰/۱۲ |
| اثر درون آزمودنی (زمان) بیش‌حمایت‌گری | ۲۸۱/۹۶ | ۱/۵۵ | ۱۸۱/۹۰ | ۶/۱۷ | ۰/۰۱ | ۰/۱۸ |
| اثر درون آزمودنی (زمان) پذیرش | ۲۱۴/۰۷ | ۲ | ۱۰۷/۰۳ | ۱۵/۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵ |

| منبع اثر | SS | df | MS | F | P | η^2 |
|-------------------------------------|--------|------|--------|------|------|----------|
| اثر تعاملی زمان×گروه؛ سهل گیری | ۸/۶۰ | ۱/۶۰ | ۵/۳۷ | ۰/۳۸ | ۰/۶۴ | ۰/۰۱ |
| اثر تعاملی زمان×گروه؛ طرد | ۱۷۰/۲۹ | ۱/۵۹ | ۱۰۷/۱۰ | ۴/۴۹ | ۰/۰۲ | ۰/۱۴ |
| اثر تعاملی زمان×گروه؛ بیش حمایت گری | ۱۵۹/۲۹ | ۱/۵۵ | ۱۰۲/۷۶ | ۲/۸۲ | ۰/۰۸ | ۰/۰۹ |
| اثر تعاملی زمان×گروه؛ پذیرش | ۲۶/۲۹ | ۲ | ۱۳/۱۴ | ۱/۸۵ | ۰/۱۷ | ۰/۰۶ |

نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری (اثر بین آزمودنی) نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل در سهل گیری ($\eta^2=0/01$, $p=0/54$, $F_{28,1}=0/39$) و طرد ($\eta^2=0/01$, $p=0/16$, $F_{28,1}=2/10$) تفاوت وجود ندارد. باین وجود بین دو گروه در بیش حمایت گری ($\eta^2=0/32$, $p=0/001$, $F_{28,1}=13/26$) و پذیرش ($\eta^2=0/25$, $p=0/01$, $F_{28,1}=9/38$) تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین‌ها نشان داد میانگین گروه مداخله در خرده مقیاس‌های بیش حمایت گری و پذیرش به ترتیب کمتر و بیشتر است، بدین معنی که گروه مداخله کمتر بیش حمایت گر و بیشتر پذیرنده بوده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه گیری مکرر (اثر درون آزمودنی) نشان داد که بین سه مرحله اندازه گیری در طرد ($\eta^2=0/12$, $p=0/04$, $F_{1/44,59/61}=3/75$)، بیش حمایت گری ($\eta^2=0/18$, $p=0/01$, $F_{1/43,55/40}=6/17$) و پذیرش ($\eta^2=0/35$, $p=0/001$, $F_{56,2}=15/07$) تفاوت معناداری وجود دارد باین وجود در مؤلفه سهل انگاری تفاوت معناداری مشاهده نمی شود ($\eta^2=0/01$, $p=0/98$, $F=0/01$) (جدول ۲). میانگین‌های به دست آمده نشان می دهد که میانگین طرد و بیش حمایت گری کاهش یافته و پذیرش افزایش یافته است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه گیری مکرر (اثر تعاملی زمان×گروه) نشان داد اثر تعاملی گروه×زمان در سهل گیری ($\eta^2=0/01$, $p=0/64$, $F_{1/44,60,177}=0/38$) معنادار نبوده است، اما در خرده مقیاس‌های طرد ($\eta^2=0/14$, $p=0/02$, $F_{1/44,59/61}=4/49$) معنادار است. باین وجود اثر تعاملی در بیش حمایت گری ($\eta^2=0/09$, $p=0/08$, $F_{1/43,55/40}=2/82$) و پذیرش ($\eta^2=0/06$, $p=0/17$, $F_{56,2}=1/85$) نیز معنادار نبوده است (جدول ۲).

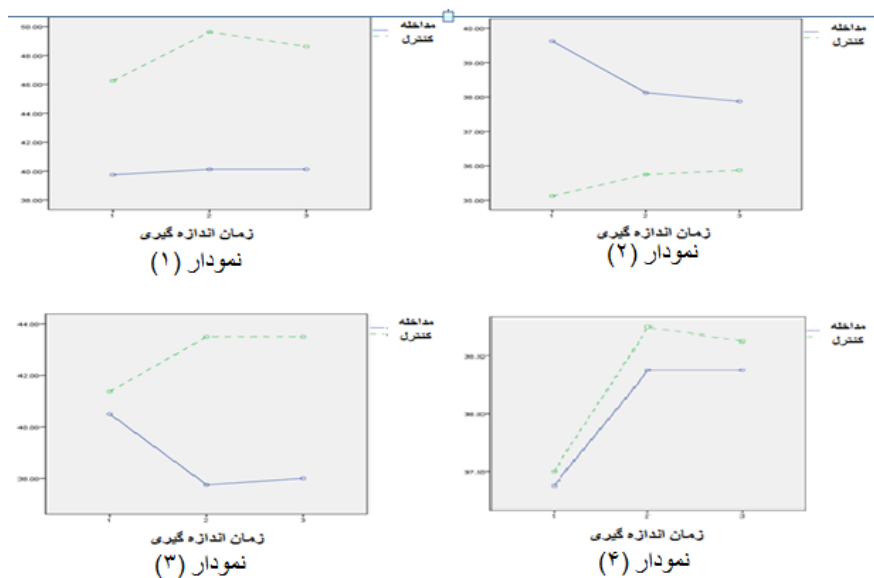
نتایج مقابله‌ها نشان می‌دهد که طرد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه مداخله کاهش یافته است ($p < 0/05$)؛ اما این تغییرات پس از قطع آموزش یعنی از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیست ($p > 0/05$). نتایج اثر ساده درون‌آزمودنی نیز نشان می‌دهد که تغییرات بیش حمایت‌گری و پذیرش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون معنادار است ($p < 0/05$)؛ اما در گروه کنترل این تغییرات معنادار نیست ($p > 0/05$). بدین معنی که گروه مداخله در بیش‌حمایت‌گری میانگینش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته و پذیرش آن افزایش یافته است و در گروه کنترل این تغییرات ثابت است (جدول ۳). به‌منظور بررسی تفاوت‌های ایجادشده و مقایسه دوه‌دویی بین سه مرحله اندازه‌گیری از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بین سه مرحله اندازه‌گیری

| η^2 | P | F | MS | df | SS | مقایسه | زمان |
|----------|-------|-------|--------|----|--------|-----------------------|--------------------------------|
| ۰/۰۱ | ۰/۹۰ | ۰/۰۲ | ۰/۳۰ | ۱ | ۰/۳۰ | پیش‌آزمون با پس‌آزمون | اثر درون‌آزمودنی سهل‌گیری |
| ۰/۰۱ | ۰/۹۳ | ۰/۰۱ | ۰/۱۳ | ۱ | ۰/۱۳ | پس‌آزمون با پیگیری | |
| ۰/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۱۱/۱۵ | ۲۶۴/۰۳ | ۱ | ۲۶۴/۰۳ | پیش‌آزمون با پس‌آزمون | اثر درون‌آزمودنی طرد |
| ۰/۰۲ | ۰/۴۸ | ۰/۵۲ | ۱۷/۶۳ | ۱ | ۱۷/۶۳ | پس‌آزمون با پیگیری | |
| ۰/۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۱۲/۴۰ | ۳۰۷/۲۰ | ۱ | ۳۰۷/۲۰ | پیش‌آزمون با پس‌آزمون | اثر درون‌آزمودنی بیش‌حمایت‌گری |
| ۰/۰۲ | ۰/۴۹ | ۰/۴۹ | ۲۶/۱۳ | ۱ | ۲۶/۱۳ | پس‌آزمون با پیگیری | |
| ۰/۱۴ | ۰/۰۴ | ۴/۵۸ | ۵۶/۰۳ | ۱ | ۵۶/۰۳ | پیش‌آزمون با پس‌آزمون | اثر درون‌آزمودنی پذیرش |
| ۰/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۹/۵۸ | ۱۶۸/۰۳ | ۱ | ۱۶۸/۰۳ | پس‌آزمون با پیگیری | |
| ۰/۰۱ | ۰/۹۰ | ۰/۰۲ | ۰/۳۰ | ۱ | ۰/۳۰ | پیش‌آزمون با پس‌آزمون | اثر تعاملی سهل‌گیری |
| ۰/۰۲ | ۰/۴۳ | ۰/۶۵ | ۱۰/۸۰ | ۱ | ۱۰/۸۰ | پس‌آزمون با پیگیری | |
| ۰/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۱۱/۱۵ | ۲۶۴/۰۳ | ۱ | ۳۶۴/۰۳ | پیش‌آزمون با پس‌آزمون | اثر تعاملی طرد |

| η^2 | P | F | MS | df | SS | مقایسه | زمان |
|----------|-------|-------|--------|----|--------|--------------------------|---------------------------|
| ۰/۰۱ | ۰/۹۳ | ۰/۰۱ | ۰/۳۰ | ۱ | ۰/۳۰ | پس آزمون با پیگیری | |
| ۰/۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۱۲/۴۰ | ۳۰۷/۲۰ | ۱ | ۳۰۷/۲۰ | پیش آزمون با پس آزمون | اثر تعاملی بیش حمایت گیری |
| ۰/۰۲ | ۰/۴۳ | ۰/۶۴ | ۳۴/۱۳ | ۱ | ۳۴/۱۳ | پس آزمون با پیگیری | |
| ۰/۱۳ | ۰/۰۵ | ۴/۱۵ | ۵۰/۷۰ | ۱ | ۵۰/۷۰ | پیش آزمون با پس آزمون | اثر تعاملی پذیرش |
| ۰/۰۱ | ۰/۵۸ | ۰/۳۲ | ۵/۶۳ | ۱ | ۵/۶۳ | پس آزمون با پیگیری | |

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج آزمون تعقیبی حاکی از این است که در کلیه مؤلفه‌ها تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۵$) بین عملکرد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده می‌شود همچنین مقایسه مرحله پس‌آزمون و پیگیری حاکی از عدم معناداری ($p < ۰/۰۵$) تفاوت‌ها در این مرحله است که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی پایداری اثر درمان در طول زمان و پس از قطع مداخله باشد. باین‌وجود در متغیر سهل‌گیری تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود ($p < ۰/۰۵$) که این نتیجه حاکی از عدم اثربخشی برنامه مداخله بر روی مؤلفه سهل‌گیری است.



شکل ۱. میانگین متغیرها سهل گیری (نمودار ۱)، متغیر طرد (نمودار ۲)، پیش حمایتگری (نمودار ۳) و پذیرش (نمودار ۴) در گروه مداخله و کنترل در سه مرحله اندازه گیری

شکل ۱. تغییرات میانگین مؤلفه‌ی سهل گیری را در دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله اندازه گیری نشان می‌دهد که این میانگین‌ها حاکی از این است که برنامه رابطه درمانی تحولی (فلورتایم) بر پایه هنر موسیقی در متغیر سهل گیری تأثیر نداشته است. مؤلفه‌ی طرد، دومین مؤلفه‌ی تعامل مادر با کودک است و شکل ۱ حاکی از این است که تأثیر برنامه مداخله‌ای پژوهش حاضر باعث شده است که میانگین گروه مداخله پس از دوره مداخله‌ای کاهش یابد و تا مرحله‌ی پیگیری این تغییرات ادامه دارد. علاوه بر این نتایج به دست آمده در گروه کنترل نشان می‌دهد که تغییراتی در گروه مداخله رخ نداده است.

شکل ۱. میانگین دو گروه مداخله و کنترل را در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌ی بیش‌حمایت‌گری نشان می‌دهد که نتایج به‌دست‌آمده حاکی از این است که گروه مداخله پس از دریافت برنامه رابطه درمانی تحولی (فلورتایم) برپایه هنر موسیقی، کاهش چشم‌گیری در مؤلفه بیش‌حمایت‌گری توسط مادر را تجربه کرده است. تغییرات گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون ثابت است. آخرین مؤلفه‌ی تعامل مادر و کودک در پرسشنامه MCRE، مؤلفه پذیرش است. یافته‌های به‌دست‌آمده از میانگین‌های این مؤلفه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در شکل ۱ نشان می‌دهد که گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پیگیری افزایش میانگین وجود داشته است و این امر به این صورت است که در گروه کنترل از مرحله پس‌آزمون به مرحله پیگیری میانگین تغییری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی برنامه رابطه درمانی تحولی مبتنی بر هنر موسیقی بر ارتقاء تعامل مادران کودکان اختلال طیف اتیسم می‌باشد. مقایسه‌ی نمرات در سه گروه حاکی از این است که برنامه مداخله‌ای رابطه درمانی تحولی در بهبود تعامل مادر - کودک در دو زمینه بیش‌حمایت‌گری و پذیرش موفق بوده است. بدین معنی که گروه مداخله، کمتر بیش‌حمایت‌گر و بیشتر پذیرنده بوده است؛ و همچنین مادران گروه مداخله کمتر حمایت‌گر بوده و علاقه داشتند که فرزندشان مستقل شود؛ و همچنین این گروه از مادران بیشتر نقش پذیرنده داشتند در الگوی تبیینی گرینسپن و ویدر (۲۰۰۶) برای اختلال طیف اتیسم ویژگی‌های زیستی کودک در تعامل با ویژگی‌های خانواده‌ای که در آن پرورش می‌یابد، بر کیفیت تعامل مراقب-کودک تأثیر می‌گذارد و سطح تحولی کودک را تعیین می‌کند و چنانچه کودک از تعامل‌های متناسب با توانمندی‌های زیستی خود برخوردار نشود از مسیر تحول سالم منحرف شده و این اختلال در فرایند تحول زمینه‌ساز بروز نشانه‌های دیگر خواهد بود (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶). برخلاف نظریاتی که اتیسم را حاصل نقایص زیستی پایدار می‌دانند و معتقدند که این کودکان نمی‌توانند توانمندی‌های تحولی را کسب

نمایند، رویکرد رابطه درمانی تحولی ویژگی کودکان اتیستیک را پویا و نه ایستا می‌داند که در صورت تشخیص زودهنگام، با برنامه‌ی مداخله‌ای که بر یادگیری روابط عاطفی متناسب با نمرخ تحولی کودک طراحی شده است، می‌تواند حتی در زمان معیوب بودن راه‌های اصلی، مسیرهای جانبی تحول را گسترش دهد (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶؛ لئو و همکاران، ۲۰۱۴).

این یافته با نتایج بازی‌درمانی فلورتایم در پژوهش‌های پیشین (پاجاریا و نوپمن-اجامروسلسر^۱، ۲۰۱۲؛ ساراچان^۲، ۲۰۱۲؛ تامپسون، شاناهان و گوردن^۳، ۲۰۱۹؛ دیون و مارتینی^۴، ۲۰۱۱؛ گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶؛ لئو و همکاران، ۲۰۱۴) نیز همخوان بوده و نشان می‌دهد که فلورتایم به مهارت‌های انطباقی و تعاملی کودکان و خانواده‌های آن‌ها منجر می‌شود. همچنین بر اساس یافته‌های این مطالعه، مادر و کودک دارای اختلال طیف اتیسم هر دو از آموزش‌های فلورتایم بهره بردند. در پژوهش حاضر نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری با اندازه‌گیری مکرر (اثر تعاملی زمان×گروه) نشان داد که اثر تعاملی گروه×زمان در خرده مقیاس طرد ($\eta^2=0/14$ ، $p=0/02$ ، $F_{1/44,59/61}=4/49$) معنادار است. از طرف دیگر، نتایج مقابله‌ها نشان می‌دهد که طرد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه مداخله کاهش یافته است اما این تغییرات پس از قطع آموزش یعنی از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیست. نتایج اثر ساده درون‌آزمودنی نیز نشان می‌دهد که تغییرات بیش حمایت‌گری و پذیرش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون معنادار است اما در گروه کنترل این تغییرات معنادار نیست. بدین معنی که گروه مداخله در بیش حمایت‌گری میانگینش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته و پذیرشش افزایش یافته است و در گروه کنترل این تغییرات ثابت است (جدول ۳). یکی از دلایل احتمالی در معنادار نشدن متغیر در سه سری زمانی، شاید در نتیجه تأثیر عوامل مؤثر بر رابطه والد و کودک از جمله موقعیت اقتصادی –

۱. Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K.

۲. Sarachan, J.

۳. Thompson, G. A., Shanahan, E. C., & Gordon, I.

۴. Dionne, M., & Martini, R.

اجتماعی، خصوصیات کودک و خصوصیات مادر باشد. از طرف دیگر در این پژوهش امکان کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر رابطه مادر کودک وجود نداشت.

در رابطه درمانی تحولی به مادران آموزش داده شد تا متناسب با سطح تحولی فرزندشان با او تعامل نمایند. درمانگر در این مسیر شاهد تعامل مادر و کودک بود و هر جا که والدین در جذب و تعامل با فرزندشان دچار مشکل بودند، آن‌ها را راهنمایی نموده و با ترس‌ها و اضطراب‌هایشان همدلی می‌کرد. این موضوع به والدین کمک کرد تا توانمندی‌های فرزندشان و ویژگی‌های حسی-حرکتی او را درک کرده و متناسب با ظرفیت‌های کودک، رفتار و تحول او را تقویت کنند. هدفی که برنامه رابطه درمانی تحولی برای والدین و به‌ویژه مادر در نظر می‌گیرد، درک بهتر علامت‌ها و نیازهای کودک، ارتقای تعامل پاسخگو و رشد احساس شایستگی مادر است (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۶؛ مرسر، ۲۰۱۷). همچنین یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که برنامه رابطه درمانی تحولی در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبودی بیشتر زیر مقیاس طرد، بیش حمایتی و پذیرش شده است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که در مداخله برنامه رابطه درمانی تحولی بر فراتر از آموزش والدین، پویایی‌های درون واحد خانواده، هدف درمان قرار می‌گیرد. همان‌طور که پیش از این گفته شد کشف و نمایان ساختن احساسات والدین و الگوهای ارتباطی درون خانواده و شیوه‌ی پاسخگویی آن‌ها بخش مهمی از روند درمان فلورنایم است. این درمان با اصلاح نگرش‌ها و باورهای والدین در مورد اختلال طیف اتیسم، تبیین نحوه‌ی اثرگذاری پویایی‌های درون خانواده بر مشکلات کودک، آموزش الگوهای ارتباطی متناسب با مدل تحول یکپارچه‌ی انسان در خصوص روابط درون خانواده، تأکید بر روابط بین فردی آرام و تنظیم یافته، برانگیختن حس مشترک صمیمیت میان اعضا، بررسی و اصلاح اشاره‌های عاطفی و نحوه‌ی پاسخگویی مطلوب به آن‌ها، تأکید بر اهمیت حمایت از ابراز طیف گسترده‌ای از احساسات و عواطف در قالب گفتگو، تفکر منطقی، انتظارات واقع‌گرایانه، تفاهم و مشارکت همه‌ی اعضا در تعیین قواعد درون خانواده توانسته است بر

کیفیت تعامل مادر-کودک و به تبع آن بر افزایش تحول هیجانی-کارکردی کودک تأثیر مطلوب بگذارد. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که مشارکت والدین در روند درمان، تأثیر به‌سزایی بر بهبود کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم دارد (پرافاتهان‌کونونگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویلس، تایمونس و اکاس، ۲۰۱۶؛ شیلینکس برگ، هانس و فرامپتون، ۲۰۱۸؛ ماینارد، مک‌دونالد، استیکل، ۲۰۱۱؛ زومک و جتر، ۲۰۲۰؛ دیان و مارتینی، ۲۰۱۱)؛ و همچنین مشارکت کامل والدین در فرایند درمان، موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی کودک، افزایش دانش مادران در زمینه‌ی اتیسم و بهبود تعامل مادر-کودک می‌شود (گریسپن و ویدر، ۲۰۰۶؛ دب^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ لئو و همکاران، ۲۰۱۴؛ مرسر، ۲۰۱۷؛ زومک و جتر، ۲۰۲۰). عنصر محوری درمان فلورتایم نیز ارتباط متقابل مراقب-کودک است (گریسپن و ویدر، ۲۰۰۶؛ لئو و همکاران، ۲۰۱۴) و در این پژوهش اهمیت تأثیر آن مورد تأیید قرار گرفته است. در این مطالعه، تعامل کودک و مادر، بهبودی معنادار داشته است که تأییدی بر تحولی بودن این توانمندی‌ها است و نشان می‌دهد با افزایش مدت درمان می‌توان به بهبودی بیشتری در سطوح بالاتر تحول دست یافت. در حوزه‌ی انضباط نیز تشخیص اتیسم، عاملی حمایتی در رابطه‌ی والدین-فرزند است که در آن والدین، فرزند را کمتر مسئول رفتارهایش می‌دانند (هوفمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم سوءرفتار فرزندشان را به علائم این اختلال نسبت داده و رویکردی سهل‌گیر در برخورد با کودک دارند (راینی، کاسکلی و مریدس^۳، ۲۰۱۹). همچنین، سطوح بالای اضطراب مراقبان ممکن است منجر به فرزندپروری بیش‌ازحد حمایتی شود (ونتولا و همکاران^۴، ۲۰۱۷؛ واچس‌پرس و همکاران، ۲۰۱۹) و این بیش‌حمایت‌گری ممکن است پرورش مهارت‌های مستقل را در کودکان محدود ساخته و مشکلات رفتاری او را افزایش دهد (آنیل و مورای^۵، ۲۰۱۶؛ هاتچیسون^۱ و

۱. Deb et al

۲. Hoffman et al

۳. Riany, Y. E., Cuskelly, M., & Meredith, P.

۴. Ventola et al

۵. O'Neill, L. P., & Murray, L. E.

همکاران، ۲۰۱۶؛ محمدی و زرافشان، ۲۰۱۴). با توجه به نتایج این پژوهش، عملکرد مادر در پذیرش بیشتر شده و در بیش حمایت‌گری کاهش یافته است. در متغیر طرد نیز، مادران گروه آزمایش در متغیر طرد، میانگین کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند.

درواقع در این جلسات به جای تأکید صرف بر تغییر رفتار کودک، ادراک مادر در مورد رابطه والد - کودک تغییر کرد. در مدل فلورتایم به نحوی رفتار به‌عنوان عملکرد ادراک ملاحظه می‌شود؛ بنابراین، تغییر در ادراک باعث تغییر در رفتار خواهد گردید. علاوه بر این در این مدل برخلاف سایر مدل‌های آموزشی والدین که راهبردهایی برای تغییر کودک تجویز می‌کنند، این رویکرد بر تغییر والد از طریق افزایش تعاملی و ایجاد چرخه‌ی ارتباطی تمرکز دارد (بوشوف^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین شرکت دادن والد در جلسه درمانی باعث تسهیل شکستن موانع دفاعی و انزوای والدین می‌گردد (کریدلند^۳ و همکاران، ۲۰۱۴؛ لئو و همکاران، ۲۰۱۴). به‌علاوه، درحالی‌که اغلب مدل‌های آموزشی والدین ریشه در روابط و رخداد‌های گذشته داشته و بر تصحیح رفتار گذشته کودک تأکید می‌کنند، فلورتایم بر آنچه کودک توانایی تبدیل‌شدن به آن را دارد تأکید می‌ورزد نه آنچه قبلاً انجام داده است (گرینسپین و ویدر، ۲۰۰۶؛ گرینسپین، ۲۰۱۸).

درمجموع می‌توان گفت توجه به عملکرد سالم و کارآمد خانواده در فرایند درمان اتیسم، امری ضروری و یکی از عوامل مؤثر بر بهبودی این کودکان می‌باشد. محدودیت‌های پژوهش حاضر، تأثیر تجربه کاری محقق و مربیان با کودکان اتیسم احتمالاً در نتیجه به‌دست آمده مؤثر بوده است. از طرف دیگر، امکان کنترل همه متغیرهایی که خواسته یا ناخواسته می‌توانست مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کودکان اتیسم را متأثر کند میسر نبود؛ و همچنین همه مقیاس‌های اندازه‌گیری توسط والدین و مربیان تکمیل شده است این احتمال وجود دارد که پاسخ‌های آن‌ها دقیقاً منعکس‌کننده ویژگی‌های واقعی نمونه آماری نباشد و نیز، امکان کنترل و یا سنجش میزان همکاری والدین در اجرای

۱. Hutchison et al

۲. Boshoff et al

۳. Cridland et al

تکالیف ارائه شده در منزل میسر نبود. این احتمال وجود دارد که برخی از والدین تلاش بیشتری نسبت به بقیه داشته باشند. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش از آنجا که فضای آموزش و اجرای برنامه، از جهت انگیختگی، هیجانی و تعاملی، محیط نسبتاً تازه‌ای برای شرکت‌کنندگان بود، این احتمال هست که رفتار شرکت‌کنندگان و نتیجه مداخله را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه با ظرفیت یادگیری، شناختی، عاطفی، هیجانی پایین کودکان اتیسم این احتمال وجود دارد که طولانی بودن برخی جلسه‌های آموزشی در عملکرد آن‌ها مؤثر بوده باشد. درنهایت این پژوهش صرفاً یک مطالعه مقطعی بوده و تأثیرات مثبت این برنامه را تنها طی یک دوره چندماهه موردبررسی قرار داده است.

در راستای محدودیت‌های مذکور، پیشنهاد می‌شود تقویت برنامه‌های مبتنی بر بازی، فلور تایم، موسیقی و خانواده محور در زمینه‌ی کاهش مشکلات خانوادگی و همچنین کاهش نشانگان بالینی کودکان اتیسم از طریق مداخله‌ی بهنگام صورت پذیرد و اجرای این برنامه در قالب برنامه‌های آموزشی خانواده محور، محله محور و مدرسه محور انجام شود. با توجه به آن که از طرفی اتیسم یک اختلال فراگیر، چندبعدی و مادام‌العمر و فاقد درمان قطعی است و از دیگر سوی نیازمند مداخلات متنوع توان‌بخشی، روان‌شناختی و پزشکی است و از آنجا که به‌عنوان برنامه رابطه درمانی تحولی بر پایه هنر موسیقی برای کودکان اتیسم مستلزم جلسات درمانی طولانی و پیگیری مداوم است، و هزینه‌های اصلی و جانبی بسیاری را به خانواده‌ها تحمیل می‌نماید و خانواده و کودک را از حق برخورداری از مداخلات مناسب محروم می‌سازد، ضروری است که متولیان خدمات حمایتی خدمات توان‌بخشی و روان‌شناختی کودکان اتیسم را تحت حمایت قانونی و پوشش بیمه درمانی قرار دهند.

درنهایت، می‌توان اظهار داشت که آموزش به مادران، به آن‌ها و در نتیجه کودکان آن‌ها کمک می‌کند تا چرخه معیوب تعامل شکسته شود و الگوهای تعاملی و تقابلی حمایت‌کننده و مثبت به وجود آید. چنانچه پیش‌تر نیز اشاره شد، در بسیاری از موارد، تغییر رفتار مادران وقت و هزینه کمتری را می‌طلبد و حتی گاهی باید تغییر را از آن‌ها

اثربخشی برنامه رابطه درمانی تحولی بر ارتقاء تعامل مادر با...؛ شاهی و همکاران | ۲۷

شروع کرد؛ به‌ویژه اگر مشکلات ارتباطی بر خانواده سایه افکنده باشد یا خود مادران از اختلال روان‌شناختی رنج ببرند. از آنجایی که آموزش مادران به بهبود رفتار آن‌ها منجر می‌شود و به دنبال آن رفتار کودک هم تغییر می‌کند و رفتارهای تخریبی مادران و کودکان اتیسم کاهش می‌یابد، این آموزش‌ها به افزایش تعاملات والدین با کودک و همچنین افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی کودکان منجر می‌شود.

سپاسگزاری

از مرکز خیریه اتیسم که شرایط و امکانات لازم برای برگزاری این پژوهش را مهیا کردند، تشکر می‌نمایم. همچنین از کودکان اتیسم و خانواده‌های آنان که در این پژوهش مشارکت کردند، سپاسگزاری می‌شود.

ORCID

Yousef Shahi



<http://orcid.org/0000-0001-7945-9962>

منابع

- احمدی، سیدجعفر؛ صفری، طیبه؛ همتیان، منصوره؛ خلیلی، زهرا (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی آزمون تشخیصی اوتیسم. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری. ۱ (۱). ۸۷-۱۰۴.
- خانجانی، زینب؛ هاشمی، تورج؛ پیمان‌نیا، بهرام؛ آقاگل‌زاده، مریم (۱۳۹۵). رابطه کیفیت تعامل مادر - کودک در اضطراب جدایی و مدرسه‌هراسی در کودکان. مجله پزشکی ارومیه، ۲۵ (۳). ۲۳۱-۲۴۰.

References

- American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (*DSM-۵*). American Psychiatric Pub.
- Boshoff, K., Bowen, H., Paton, H., Cameron-Smith, S., Graetz, S., Young, A., & Lane, K. (۲۰۲۰). *Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review*. Canadian Journal of Occupational Therapy, ۸۷(۲), ۱۵۳-۱۶۴.
- Cridland, E. K., Jones, S. C., Magee, C. A., & Caputi, P. (۲۰۱۴). *Family-focused autism spectrum disorder research: A review of the utility of family systems approaches*. Autism, ۱۸(۳), ۲۱۳-۲۲۲.
- Deb, S. S., Retzer, A., Roy, M., Acharya, R., Limbu, B., & Roy, A. (۲۰۲۰). *The effectiveness of parent training for children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analyses*. BMC psychiatry, ۲۰(۱), ۱-۲۴.
- De Clercq, L. E., Prinzie, P., Warreyn, P., Soenens, B., Dieleman, L. M., & De Pauw, S. S. (۲۰۲۱). *Expressed emotion in families of children with and without autism spectrum disorder, cerebral palsy and down syndrome: relations with parenting stress and parenting behaviors*. Journal of Autism and Developmental Disorders, ۱-۱۸.
- Dionne, M., & Martini, R. (۲۰۱۱). *Floor time play with a child with autism: A single-subject study*. Canadian Journal of Occupational Therapy, ۷۸(۳), ۱۹۶-۲۰۳.
- Geier, D. A., Kern, J. K., & Geier, M. R. (۲۰۱۳). *A comparison of the Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) and the Childhood Autism Rating Scale (CARS) for the quantitative evaluation of autism*. Journal of mental health research in intellectual disabilities, ۶(۴), ۲۵۵-۲۶۷.
- Greenspan, N. S. (۲۰۱۸). *Autism, evolution, and the inadequacy of 'spectrum'*. Evolution, medicine, and public health, ۲۰۱۸(۱), ۲۱۳-۲۱۶.

- Greenspan, S. I. & Wieder, S., (۲۰۰۶). Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think. Cambridge, Massachusetts: *Da Capo Lifelong Books*. CONTACT DETAILS.
- Hickey, E. J., Hartley, S. L., & Papp, L. (۲۰۲۰). *Psychological Well-Being and Parent-Child Relationship Quality in Relation to Child Autism: An Actor-Partner Modeling Approach*. Family process, ۵۹(۲), ۶۳۶-۶۵۰.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (۲۰۰۹). *Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism*. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, ۲۴(۳), ۱۷۸-۱۸۷.
- Horn, S. E. (۲۰۱۱). *DIR/Floortime Model: Using relationship-based intervention to increase social-emotional functioning in children with Autism*. Research Papers, ۶۷, ۱-۲۹.
- Hutchison, L., Feder, M., Abar, B., & Winsler, A. (۲۰۱۶). Relations between parenting stress, parenting style, and child executive functioning for children with ADHD or autism. Journal of Child and Family Studies, ۲۵(۱۲), ۳۶۴۴-۳۶۵۶.
- Keenan, B. M., Newman, L. K., Gray, K. M., & Rinehart, N. J. (۲۰۱۶). *Parents of children with ASD experience more psychological distress, parenting stress, and attachment-related anxiety*. Journal of Autism and Developmental Disorders, ۴۶(۹), ۲۹۷۹-۲۹۹۱.
- Ku, B., Stinson, J. D., & MacDonald, M. (۲۰۱۹). *Parental behavior comparisons between parents of children with Autism Spectrum Disorder and parents of children without Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis*. Journal of Child and Family Studies, ۲۸(۶), ۱۴۴۵-۱۴۶۰.
- Liao, S. T., Hwang, Y. S., Chen, Y. J., Lee, P., Chen, S. J., & Lin, L. Y. (۲۰۱۴). *Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings*. Physical & occupational therapy in pediatrics, ۳۴(۴), ۳۵۶-۳۶۷.
- Lorang, E., Hong, J., Song, J., DaWalt, L. S., & Mailick, M. (۲۰۲۱). *Verbal Ability, Behavior Problems, and Mother-Child Relationship Quality in Autism Spectrum Disorder*. Journal of Autism and Developmental Disorders, ۱-۱۶.
- Mahapatra, S., Khokhlovich, E., Martinez, S., Kannel, B., Edelson, S. M., & Vyshedskiy, A. (۲۰۲۰). *Longitudinal epidemiological study of autism subgroups using autism treatment evaluation checklist (ATEC)*

- score. *Journal of autism and developmental disorders*, ۵۰(۵), ۱۴۹۷-۱۵۰۸.
- Maynard, D. W., McDonald, T. A., & Stickle, T. (۲۰۱۶). *Parents as a team: Mother, father, a child with autism spectrum disorder, and a spinning toy*. *Journal of autism and developmental disorders*, ۴۶(۲), ۴۰۶-۴۲۳.
- McMillan, David W. (۲۰۰۶). *Emotion rituals: A resource for therapists and clients*. Taylor & Francis Group.
- Memari, A. H., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F. S., Rashidi, T., Ghanouni, P., & Hafizi, S. (۲۰۱۳). *Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the autism treatment evaluation checklist in Persian*. *Iranian journal of pediatrics*, ۲۳(۳), ۲۶۹.
- Mercer, J. (۲۰۱۷). *Examining DIR/Floortime as a treatment for children with autism spectrum disorders: A review of research and theory*. *Research on Social Work Practice*, ۲۷(۵), ۶۲۵-۶۳۵.
- Mohammadi, M., & Zarafshan, H. (۲۰۱۴). *Family function, parenting style and broader autism phenotype as predicting factors of psychological adjustment in typically developing siblings of children with autism spectrum disorders*. *Iranian journal of psychiatry*, ۹(۲), ۵۵.
- Obeid, R., & Daou, N. (۲۰۱۵). *The effects of coping style, social support, and behavioral problems on the well-being of mothers of children with autism spectrum disorders in Lebanon*. *Research in Autism Spectrum Disorders*, ۱۰, ۵۹-۷۰.
- O'Neill, L. P., & Murray, L. E. (۲۰۱۶). *Perceived parenting styles fail to mediate between anxiety and attachment styles in adult siblings of individuals with developmental disabilities*. *Journal of autism and developmental disorders*, ۴۶(۹), ۳۱۴۴-۳۱۵۴.
- Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (۲۰۱۲). *A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime™ parent training intervention for preschool children with autistic spectrum disorders*. *Journal of the Medical Association of Thailand*, ۹۵(۹), ۱۱۸۴.
- Paz-Albo Prieto, J. (۲۰۱۸). *Enhancing the quality of early childhood education and care: ECEC tutors' perspectives of family engagement in Spain*. *Early Child Development and Care*, ۱۸۸(۵), ۶۱۳-۶۲۳.
- Prapaththanakunwong, N., Kiatrungrit, K., Hongsanguansri, S., & Nopmaneejumrulers, K. (۲۰۱۸). *Factors associated with parent engagement in DIR/Floortime for treatment of children with autism spectrum disorder*. *General psychiatry*, ۳۱(۲).
- Pruitt, M. M., Willis, K., Timmons, L., & Ekas, N. V. (۲۰۱۶). *The impact of maternal, child, and family characteristics on the daily well-being and parenting experiences of mothers of children with autism spectrum disorder*. *Autism*, ۲۰(۸), ۹۷۳-۹۸۵.

- Riany, Y. E., Cuskelly, M., & Meredith, P. (۲۰۱۹). *Parenting style among Indonesian parents of a child with Autism Spectrum Disorder: Associations with socio-economic status and social supports*. Journal of Developmental and Physical Disabilities, ۳۱(۳), ۲۶۷-۲۸۳.
- Robinson, M., Doherty, D. A., Cannon, J., Hickey, M., Rosenthal, S. L., Marino, J. L., & Skinner, S. R. (۲۰۱۹). *Comparing adolescent and parent reports of externalizing problems: A longitudinal population-based study*. British Journal of Developmental Psychology, ۳۷(۲), ۲۴۷-۲۶۸.
- Sarachan, J. (۲۰۱۲, September). *Virtual floortime using games to engage children with Autism Spectrum Disorder*. In ۲۰۱۲ IEEE International Games Innovation Conference (pp. ۱-۴). IEEE.
- Schaefer, G. B. (۲۰۱۶). *Clinical genetic aspects of autism spectrum disorders*. International journal of molecular sciences, ۱۷(۲), ۱۸۰.
- Shalev, R. A., Lavine, C., & Di Martino, A. (۲۰۱۹). *A systematic review of the role of parent characteristics in parent-mediated interventions for children with autism spectrum disorder*. Journal of Developmental and Physical Disabilities, ۱-۲۱.
- Shillingsburg, M. A., Hansen, B., & Frampton, S. (۲۰۱۸). *Clinical application of Parent-Child Interaction Therapy to promote play and vocalizations in young children with autism spectrum disorder: A case study and recommendations*. In Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum (pp. ۴۸۳-۵۰۰). Springer, Cham.
- Thompson, G. A., Shanahan, E. C., & Gordon, I. (۲۰۱۹). *The role of music-based parent-child play activities in supporting social engagement with children on the autism spectrum: A content analysis of parent interviews*. Nordic Journal of Music Therapy, ۲۸(۲), ۱۰۸-۱۳۰.
- Troshanska, J., Trajkovski, V., Jurtski, F., & Preece, D. (۲۰۱۹). *The impact of ASD on Macedonian families and their experience of parent education*. Journal of Special Education and Rehabilitation.
- Vaggemose, U., Lou, S., Frumer, M., Christiansen, N. L. S., Aagaard, J., & Qrtenblad, L. (۲۰۱۷). *Community Families: Bridging the gap between mental health services and civil society—A qualitative study from users' perspective*. International Journal of Social Psychiatry, ۶۳(۲), ۱۳۲-۱۳۸.
- van Esch, L., Ceulemans, E., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (۲۰۱۹). *The association between parenting behaviours of mothers of adolescents with autism spectrum disorder and adolescent and mother characteristics*. Research in Autism Spectrum Disorders, ۶۵, ۴۶-۵۵.
- Ventola, P., Lei, J., Paisley, C., Lebowitz, E., & Silverman, W. (۲۰۱۷). *Parenting a child with ASD: Comparison of parenting style between*

- ASD, anxiety, and typical development*. Journal of autism and developmental disorders, ۴۷(۹), ۲۸۷۳-۲۸۸۴.
- Vermeirsch, J., Verhaeghe, L., Casaer, A., Faes, F., Oostra, A., & Roeyers, H. (۲۰۲۱). *Diagnosing autism spectrum disorder in toddlers born very preterm: estimated prevalence and usefulness of screeners and the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*. Journal of Autism and Developmental Disorders, ۵۱(۵), ۱۵۰۸-۱۵۲۷.
- Wachspress, B., Maeir, A., & Mazor-Karsenty, T. (۲۰۱۹). *Content Validity of the Parentship Protocol: A Multidimensional Intervention for Parents of Adolescents with High-Functioning Autism Spectrum Disorder*. Physical & occupational therapy in pediatrics, ۳۹(۴), ۳۷۳-۳۸۷.
- Zlomke, K. R., Bauman, S., & Edwards, G. S. (۲۰۱۹). *An exploratory study of the utility of the dyadic parent-child interaction coding system for children with Autism Spectrum Disorder*. Journal of Developmental and Physical Disabilities, ۳۱(۴), ۵۰۱-۵۱۸.
- Zlomke, K. R., & Jeter, K. (۲۰۲۰). *Comparative Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Children with and Without Autism Spectrum Disorder*. Journal of autism and developmental disorders, ۵۰(۶), ۲۰۴۱-۲۰۵۲.

استناد به این مقاله: شاهی، یوسف،، ارجمندنیا، علی اکبر، افروز، غلامعلی،، قوامی، فرح. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه

رابطه درمانی تحولی بر ارتقاء تعامل مادر با کودک اختلال طیف اتیسم، *روان شناسی افراد استثنایی*، ۱۲(۴۷)، ۱-۳۲.

DOI: ۱۰.۲۲۰۵۴/jpe.۲۰۲۲.۶۵۱۶۹.۲۴۰۱



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial ۴.۰ International License.