

The Effectiveness Combined Program based on the Theory of Mind Method and the Floortime Method Stereotypical Behaviors of Children with Autism Disorder

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Mahdiyeh Kargar Ghanatalnuj¹
Mansoureh Shahriyari Ahmadi^{2*}
Parisa Tajali³

How to cite this article

Mahdiyeh Kargar Ghanatalnuj, Mansoureh Shahriyari Ahmadi, Parisa Tajali, The Effectiveness Combined Program based on the Theory of Mind Method and the Floortime Method Stereotypical Behaviors of Children with Autism Disorder, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2022;6(1):765-774.

1. PhD student, Department of Psychology of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: mansure_shahriari@yahoo.com

Article History

Received: 2022/01/07

Accepted: 2022/04/14

ABSTRACT

Autism disorder is usually characterized by the inability to understand and interpret emotional and social signs and signals, the lack or weakness of paying attention to what others pay attention to, and the inability to understand the direct and fluent concepts of other people's thoughts and feelings. The current research was conducted with the aim of the effectiveness of the combined program based on the theory of mind method and the flower time method on the stereotyped behaviors of children with autism spectrum disorder. The current research project is a developmental-applicative goal, and it is semi-experimental in terms of implementation method. The population of the present study was all children aged 2 to 5 years with autism spectrum disorder who referred to Autism center of Rafsanjan, who were willing to cooperate and participate in the meetings on behalf of themselves and their families. The sample included 5 children between 25 and 5 years old with autism spectrum disorder. These people were selected as a purposive sampling and investigated in a single group study with a single subject design. The research tool was Gilliam Gazer's (1994) questionnaire. The results showed that the combined training method based on the theory of mind method and the flortime method had an effect on the scores of stereotyped behaviors with a recovery percentage between 14 and 46 percent. It seems that the intervention based on the theory of mind method and the flower time method can be effective in reducing stereotypic behavior in the adaptation of children with autism.

Keywords: Theory of Mind, Floortime Method, Stereotypical Behaviors, Autism

اثربخشی برنامه ترکیبی مبتنی بر روش نظریه ذهن و
روش فلورتایم بر رفتارهای کلیشه ای کودکان مبتلا به

اختلال طیف اوتیسم

تاریخ دریافت: 1400/10/17
تاریخ پذیرش: 1401/01/25
*نویسنده مسئول: mansure_shahriari@yahoo.com

مقدمه

اتیسم نوعی اختلال تحولی فراگیر است که بیشتر به عنوان اختلالی عصب شناختی در نظر گرفته می شود که در سال های اولیه کودکی بروز می کند. اختلال ایتسم عبارت است از نابهنجاری در رشد یا اختلال در ارتباط و تعامل اجتماعی و محدودیت چشمگیر فعالیت ها و علائق (1). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها شیوع اختلال ایتسم را در سال 2012، یک نفر از هر 88 کودک و در سال 2014، یک نفر از هر 68 کودک گزارش کرده است. همچنین سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع اختلال ایتسم را در سال 2013 یک نفر از هر 160 کودک گزارش کرده است. بر اساس بررسی های انجام شده اغلب کودکان با اختلال های طیف ایتسم در اکتساب مهارت های اجتماعی مشکل دارند. اختلال ایتسم به عنوان، ناتوانی عصب تحولی توصیف می شود که به طور معناداری بر کم و کیف ارتباطات کلامی-غیرکلامی و نیز تعاملات اجتماعی آنها، تاثیر می گذارد و معمولاً قبل از سه سالگی رخ می دهد و عملکرد فرد را در زمینه های مختلف متأثر می سازد (2). نقایص اجتماعی شدن، منبع بزرگ از اختلال بدون توجه به توانایی شناختی یا زبانی برای افراد با اختلال طیف ایتسم می باشد (3). شواهد علمی نشان می دهند که نقص در مهارت های اجتماعی در کودکان با اختلال ایتسم بسیاری از توانایی ها از جمله؛ توانایی های اجتماعی، تحصیلی آن ها را متأثر می کند و منجر به افت تحصیلی آن ها می شود (4). در تائید یافته های مذکور رامنی و مک ماهون³ (5) گزارش می کنند که کودکان ایتستیک در شروع تعامل، پاسخ دهی به دیگران و حفظ گفتگو مشکلات قابل ملاحظه ای دارند. همچنین اوترو، اسکاتز، مریل و بلینی⁴ (6) بیان می کنند که بسیاری از کودکان ایتستیک هیچگونه رابطه متقابل احساسی یا اجتماعی از خود نشان نمی دهند. بوهلندر، اورلیچ و وارلی³ در پژوهش خود نشان می دهند که کودکان ایتستیک در پیش بینی رخداد های موقعیت های اجتماعی مشکل دارند. یکی از ویژگی های اصلی کودکان ایتستیک داشتن مشکل در تعاملات اجتماعی است. در واقع این کودکان در مهارت های ارتباط اجتماعی محدودیت های قابل ملاحظه ای دارند که از جمله آنها می توان به فقدان توانایی در شروع و حفظ گفتگو، درخواست اطلاعات و موارد و وسایل مورد نیاز از دیگران، گوش کردن و پاسخ دادن به درخواست های دیگران و مشارکت در بازی ها و فعالیت های دیگر اشاره کرد (7). پژوهش ها نشان می دهد که اجتماعی شدن و توانایی تعامل با دیگران در زندگی بسیار مهم است (8). برقراری ارتباط با دیگران نیازمند رشد مهارت های اجتماعی است. با وجود این، کودکان ایتستیک در مهارت های اجتماعی نقص عمده دارند (9). و ایرن⁴ (10) نیز در پژوهش خود نشان داد افراد ایتستیک در مشارکت اجتماعی، شروع تعامل با دیگران و پاسخ به تعامل با دیگران مشکلات اساسی دارند. این محدودیت های

مهدیه کارگر قنات النوج¹

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

منصوره شهریاری احمدی^{2*}

استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

پریسا تجلی³

استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

اختلال اوتیسم، معمولاً با ناتوانی در درک و تعبیر نشانه ها و اشارات هیجانی و اجتماعی، فقدان یا ضعف توجه به آنچه دیگران به آن توجه می کنند و ناتوانی در درک مفاهیم مستقیم و روان افکار و احساسات دیگران شناخته می شود. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه ترکیبی مبتنی بر روش نظریه ذهن و روش فلورتایم بر رفتارهای کلیشه ای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. طرح پژوهش حاضر از بعد هدف توسعه ای-کاربردی است و از نظر روش اجرا نیمه آزمایشی است. جامعه ی پژوهش حاضر تمامی کودکان تا 2 تا 5 سال مبتلا به اختلال طیف ایتسم مراجعه کننده به مرکز اوتیسم عاطفه های رفسنجان بودند که از طرف خود و خانواده هایشان حاضر به همکاری و شرکت در جلسات بودند. نمونه شامل 5 نفر از کودکان 2 تا 5 سال مبتلا به اختلال طیف ایتسم بودند. این افراد به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و در یک مطالعه تک گروهی با طرح تک آزمودنی مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه گیلیام گازر (1994) بود. نتایج نشان داد روش آموزش برنامه ترکیبی مبتنی بر روش نظریه ذهن و روش فلورتایم بر نمرات رفتارهای کلیشه ای با درصد بهبودی بین 14 تا 46 درصد، تأثیر داشته است. به نظر می رسد مداخله مبتنی بر روش نظریه ذهن و روش فلورتایم می تواند بر کاهش رفتار کلیشه ای در سازگاری کودکان مبتلا به اوتیسم موثر باشد.

واژگان کلیدی: نظریه ذهن، روش فلورتایم، رفتارهای کلیشه ای، اوتیسم

³ - Bohlander, Orlich & Varley

⁴ - Eren

¹ - Rumney & MacMahon

² - Otero, Schatz, Merrill & Bellini

خانواده در برنامه‌ی درمانی کودکان اختلالات طیف اُتسیم برای تعمیم مهارت‌های یاد گرفته شده ضروری است و برنامه‌های درمانی برای اختلالات طیف اُتسیم باید بر اساس ارتباط کودک-والد عمل کنند تا علاوه بر تعمیم مهارت‌ها، تعاملات اجتماعی و ارتباطی نیز تقویت شود (20). رویکرد فلورتایم مورد علاقه‌ی خاص کار درمانگران در سراسر دنیا است چرا که محور آن بازی و فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی است و کار درمانگر با به‌کارگیری این رویکرد در درمان خود می‌تواند مشارکت کودک را در این دو حیطه افزایش دهد (21).

بنابراین شیوع فزاینده اُتسیم موجب به‌کارگیری روش‌های درمانی گوناگون برای این اختلال شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد، مداخله به‌موقع و سریع، موجب تفاوت‌های بزرگی در کودکان اُتستیک می‌شود و آنها می‌توانند به‌موازات همسالانی که دچار این اختلال نیستند؛ حرکت و پیشرفت کنند و ارتباط بهتری با خانواده و دوستان خود برقرار کنند و مهارت‌هایی را کسب کنند که در مدارس و زندگی روزانه به کارشان آید. انتخاب و یافتن روش درمانی مناسب و کوتاه مدت، کارا و مؤثر و مقرون به صرفه که برای خانواده‌ها در هر طبقه اجتماعی به آسانی قابل اجرا باشد، کار آسانی نیست. روش‌های درمانی زیادی وجود دارد که هر کدام تا حدی تأثیر مثبتی بر بهبودی کودکان داشته است، اما تا کنون در زمینه تلفیق روش‌های درمان‌های مطرح در حوزه اُتسیم پژوهشی انجام نشده است. بنابراین این پژوهش با هدف اثربخشی برنامه ترکیبی مبتنی بر روش نظریه ذهن و روش فلورتایم بر رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتسیم انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از بعد هدف توسعه‌ای-کاربردی است و از نظر روش اجرا نیمه آزمایشی است. جامعه پژوهش در بخش کمی تمامی کودکان 2 تا 5 سال مبتلا به اختلال طیف اُتسیم مراجعه کننده به مرکز اُتسیم عاطفه‌های رفسنجان بودند که از طرف خود و خانواده‌هایشان حاضر به همکاری و شرکت در جلسات بودند. نمونه شامل 5 نفر از کودکان 2 تا 5 سال مبتلا به اختلال طیف اُتسیم بودند. این افراد به صورت نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج (ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص قطعی اُتسیم براساس ملاک‌های DSM-V، داوطلب بودن جهت ورود به مطالعه (تکمیل فرم رضایت نامه از طرف والدین)، محدوده سنی 2 تا 5 سال، کودکان سابقه دریافت مداخله تمرینات نظریه ذهن و روش فلورتایم را نداشته باشند. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: دارا بودن یک اختلال همراه (مانند فلج مغزی یاصرع)، استفاده از سایر روش‌های درمانی برای درمان اُتسیم، به وجود آمدن مشکلات غیر قابل پیش بینی برای کودک مانند بروز بیماری برای کودک که منجر به قطع یا اختلال شرکت در جلسات درمانش بود، عدم همکاری در هنگام مداخله یا تمایل

اجتماعی سبب مشکلات عمده‌ای در زندگی روزمره کودکان اُتستیک می‌شود (11). در سطح بین الملل گستره‌ای از روش‌های خاص برای ارائه خدمات مختلف به افراد دارای اختلالات طیف اُتسیم تدوین شده و در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد. با اعتماد کامل می‌توان گفت که بعضی از این روش‌ها برای بعضی از افراد طیف اُتسیم مفید بوده و کارایی دارد (12).

از سوی دیگر کودکان مبتلا به اُتسیم مجموعه بزرگی از علائم رفتاری و حرکتی را نشان می‌دهند؛ این علائم به خصوص در شرایط استرس‌زا و تحریک کننده آشکارتر است. پژوهش‌های بسیاری بیان کننده وجود اختلال در مهارت‌های حرکتی ظریف و درشت، برنامه ریزی حرکتی و هماهنگی حرکتی در افراد مبتلا به اُتسیم هستند (13). بارزترین رفتار غیرمعمول در کودکان مبتلا به اُتسیم رفتارهای کلیشه‌ای بدن، اندام‌ها و انگشتان است. رفتارهای کلیشه‌ای یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال اُتسیم است (14). در سطح بین الملل گستره‌ای از روش‌های خاص برای ارائه خدمات مختلف به افراد دارای اختلالات طیف اُتسیم تدوین شده و در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد. با اعتماد کامل می‌توان گفت که بعضی از این روش‌ها برای بعضی از افراد طیف اُتسیم مفید بوده و کارایی دارد (15).

در سال‌های اخیر چندین درمان برای کودکان مبتلا به اُتسیم به کار گرفته شده است که از میان آنها می‌توان به روش درمانی آموزش تکالیف نظریه ذهن اشاره کرد. نتایج پژوهش شرودر، دورلمن، کوکال، دلگادو، مارین و هینزن¹ (16) نشان دادند کودکان اُتسیم در نظریه ذهن دارای مشکل هستند. بسیاری از افرادی که در طبقه اُتسیم قرار دارند، مشکلات شدیدی در پیش‌بینی افکار دیگران دارند و به نظر می‌رسد که توانایی درک احساسات و افکار دیگران را ندارند. تئوری ذهن، حالت‌های ذهنی، اعتقادات، نیت، آرزوها، ادعاها و دانش نسبت به خود و دیگران است و همچنین فهمیدن این مطلب که دیگران اعتقادات و نیاتی متفاوت از اعتقادات و نیت ما دارند. داشتن تئوری ذهن به فرد اجازه می‌دهد افکار، آرزوها و نیت را به دیگران نسبت دهد و بتواند اعمال آنها را پیش‌بینی یا توصیف کند و نیت آنها را بفهمد (17). افزون بر این پژوهش‌ها نشان داده‌اند، در کودکانی که آموزش نظریه ذهن می‌بینند تا تکالیف استاندارد نظریه ذهن را انجام دهند، کفایت اجتماعی آنها به‌طور خودبه‌خود افزایش نمی‌یابد (18).

از طرفی در درمان‌های رفتاری مانند تحلیل رفتار کاربردی انگیزه، عاطفه و تعاملات اجتماعی کودک با اُتسیم کنار گذاشته می‌شود تا یادگیری اتفاق بیفتد. در واقع در رویکردهای رفتاری به‌جای این که کودک در محیط طبیعی طی رفتار ارادی و خلاقانه‌ی خود در حال تعامل و ارتباط با دیگران باشد، در یک محیط مصنوعی ساختار یافته به تعاملات محدود با درمانگر می‌پردازد (19). با دقت به این نکته معلوم می‌شود که باید روش درمانی‌ای را به کار گرفت که این نقص را نداشته و با تعیین سطح رشدی هیجانی کودک، آن را در درمان لحاظ نماید. نکته‌ی مهم دیگر این است که درگیر کردن

¹-Schroeder, K., Durrleman, S., Çokal, D., Delgado, A. S., Marin, A. M., & Hinzen

تعیین میزان روایی تشخیصی، حساسیت و ویژگی آزمون است و دقیق‌ترین روش برای تعیین نقطه برش و حساسیت و ویژگی یک آزمون، استفاده تحلیل تمایز است. بنابراین، برای بررسی و تأمین روایی آن، این آزمون در بین 100 نفر همسان با گروه سنی اتیستیک اجرا شد و داده‌های به دست آمده همراه با داده‌های گروه اتیسم توسط آزمون تحلیل مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. پیش‌تر این آزمون بر روی نمونه‌ای شامل 1094 نفر اتیسم در 46 ایالت مورد آزمایش قرار گرفته و استاندارد شده و قابلیت اتکا به آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تعیین شده است. مطالعات انجام شده، نمایانگر ضریب آلفای 0/90 برای رفتارهای کلیشه‌ای، 0/89 برای ارتباط، 0/93 برای تعامل اجتماعی، 0/88 برای اختلالات رشدی و 0/96 در نشانه‌شناسی اتیسم می‌باشد و اعتبار آن نیز از طریق مقایسه با سایر سیستم‌های ارزیابی و غربالگری نظیر رتبه‌بندی حاصل از ABC تأیید شده است. نحوه نمره‌گذاری خرده مقیاس‌های رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل اجتماعی که دارای پاسخ‌های «هیچ‌گاه، به‌ندرت، گاهی اوقات و اغلب (بسیار زیاد)» هستند به ترتیب امتیاز 0، 1، 2، 3 را به خود اختصاص می‌دهند. به‌منظور تعیین میزان اتیسم و مقایسه فرد با هنجار جامعه ایرانی، لازم است که نمرات خام به نمرات استاندارد تبدیل شود. در انتها، با استفاده نرم‌افزارهای رایانه نمره کلی محاسبه و بر اساس آن، میزان شدت اختلال اتیسم در فرد مشخص می‌شود. این پرسشنامه برای اشخاص 3 تا 22 ساله مناسب است و می‌تواند به‌وسیله والدین و متخصصان در مدرسه یا خانه کامل شود. همچنین قابلیت سنجش تأثیر مداخلات درمانی را دارد. در این پژوهش سوالات مربوط به رفتارهای کلیشه‌ای استفاده گردید.

والدین به قطع مداخله) انتخاب و در یک مطالعه تک گروهی با طرح تک آزمودنی مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه گیلیام گازر (1994): ابزار پژوهشی مورد استفاده برای آزمون تشخیصی اتیسم و همچنین سنجش سطح رفتارهای کلیشه‌ای و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، آزمون گازر است. این آزمون یک فهرست واری برای تشخیص افراد اتیستیک است که در سال 1994 توسط گیلیام هنجار شده و شامل چهار خرده مقیاس و هر خرده مقیاس شامل 14 آیم بوده که نمره هر سؤال بین صفر تا 3 است. نخستین خرده مقیاس، رفتارهای کلیشه‌ای است. این خرده آزمون موارد رفتارهای کلیشه‌ای، اختلالات حرکتی و رفتارهای عجیب و غریب را توصیف می‌کند. خرده مقیاس دوم که برقراری ارتباطات است، موارد 15 تا 28 را شامل می‌شود. این آیم‌ها رفتارهای کلامی و غیرکلامی را توصیف می‌کند که نشانه‌هایی از اتیسم است. تعاملات اجتماعی، سومین خرده مقیاس است که شامل آیم‌های 29 تا 42 است. موارد این خرده مقیاس موضوع‌هایی را ارزیابی می‌کند که قادر است به‌طور مناسب رویدادها را برای مردم شرح دهد. چهارمین خرده آزمون، اختلالات رشدی است که مصاحبه با والدین درباره سیر رشدی کودک می‌باشد و شامل آیم‌های 43 تا 56 می‌شود که در پژوهش ما خرده مقیاس چهارم حذف شد. از جمله دلایل انتخاب این آزمون: (1) سهولت استفاده از آن برای تشخیص موارد حاد در کودکان با عارضه PDD در سه حوزه رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل اجتماعی، (2) سهولت تفهیم آن به خانواده‌ها و دریافت پاسخ‌های دقیق‌تر، و (3) سهولت آن در برآورد میزان تغییرات در علائم کودکان است. شاخص رایج برای

جدول 1. برنامه ترکیبی مبتنی بر روش نظریه ذهن و روش فلور تایم

جلسه	موضوع	محتوا	روش
اول	معارفه و بیان ضرورت دوره آموزشی	معارفه و ایجاد رابطه حسنه، معرفی خود به عنوان مدرس، معرفی اعضا، بیان قواعد گروهی، اهداف و معرفی کارگاه آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان جهت حضور در جلسات	سخنرانی، بحث و تبادل نظر، تکالیف تعاملی، پرسش و پاسخ
دوم	آموزش هیجانان شادی، غم، خشم و ترس	چهار عکس سیاه و سفید از هیجانان مختلف را برای کودک می‌چینیم و از کودک می‌خواهیم که این هیجانان را شناسایی کند و در صورت اشتباه بلافاصله پاسخ صحیح به کودک ارائه می‌شد. سپس آزمونگر به کودک می‌گوید که من صورت‌های بیشتری اینجا دارم آیا شما می‌توانی این‌ها را کنار عکس مشابه شان قرار دهی؟ در ابتدا مدلی به او ارائه می‌شود تا تکلیف برای کودک آسان تر شود.	سخنرانی، بحث و تبادل نظر، تکالیف تعاملی، پرسش و پاسخ
سوم	آموزش هیجانان (شادی، غم، خشم و ترس) مبتنی بر موقعیت	یک مجموعه تصاویر کارتونی تهیه شده (که انواع واقعبندی‌های هیجانی مختلف را نشان می‌دهد به کودک ارائه می‌شود. ابتدا تصویر به کودک ارائه می‌شود و اتفاقاتی که در تصویر افتاده بود شرح داده می‌شود. سپس یک سوال در مورد اینکه شخصیت تصویر چه احساسی خواهد داشت، سوال پرسیده می‌شود و در	سخنرانی، بحث و گفتگو در گروه، تکالیف تعاملی، پرسش و پاسخ

	<p>صورتی که کودک نتواند پاسخ دهد با چهار گزینه احتمالی به کودک کمک می‌شود. اگر کودک جواب صحیح را می‌داد آزمونگر وی را تشویق می‌کرد و با پرسیدن سوال چرا او خوشحال و ... است؟ درک اجتماعی کودک را افزایش می‌دهد. اگر پاسخ نادرست بود پاسخ صحیح ارائه می‌شود و دلیل اینکه چرا شخصیت داستان این گونه احساس می‌کند برای کودک بیان می‌شود.</p>	
<p>سخنرانی، بحث و گفتگو در گروه، پرسش و پاسخ</p>	<p>تکالیف این بخش توانایی کودک برای پیش بینی هیجان شخصیت (شادی یا غم) را بسته به اینکه خواسته ارضاء شده یا نشده است بررسی می‌کند. یک مجموعه تصاویر کارتونی به کودک ارائه می‌شود. در اینجا برای هر داستان دو تصویر وجود دارد.</p> <p>تصویر اول مشخص می‌کرد که شخصیت داستان چه می‌خواهد و تصویر بعدی مشخص می‌کرد که واقعا چه رخ داده است. آنگاه آزمونگر از کودک می‌پرسد که شخصیت داستان چه می‌خواهد، چه احساسی دارد و با دو گزینه ممکن کودک را حمایت می‌کرد. اگر پاسخ کودک صحیح بود آزمونگر او را تقویت می‌کرد و با پرسیدن سوال چرا او شاد یا غمگین است فهم کودک را ارتقا می‌داد. اگر پاسخ نادرست بود، پاسخ صحیح ارائه می‌شد و دلیل اینکه چرا شخصیت داستان چنین احساسی دارد برای کودک توضیح داده می‌شود.</p>	<p>چهارم آموزش تمایل</p>
<p>سخنرانی، بحث و گفتگو در گروه، پرسش و پاسخ</p>	<p>مجموعه ای از تصاویر کارتونی به کودک ارائه می‌شود. برای هر داستان سه تصویر وجود دارد. ابتدا موقعیت واقعی برای کودک توضیح داده می‌شود و سپس درباره ی میل و باور شخصیت داستان توضیحاتی داده می‌شود. و بعد از کودک خواسته می‌شد که بگوید شخصیت داستان چه می‌خواهد و چه فکر می‌کند. اگر کودک قادر به پاسخ گویی تبادلی با اشاره به تصویر به کودک کمک می‌شود. بعد از آن کودک باید به سوالی در مورد اینکه چرا شخصیت داستان این احساس و هیجان را دارد پاسخ می‌داد در صورت رخ دادن اشتباه بلافاصله بسخوردند لازم جهت اصلاح ارائه می‌شود.</p>	<p>پنجم آموزش باور</p>
<p>سخنرانی، بحث و گفتگو، آموزش حل مساله، پرسش های خودارزیابی</p>	<p>از تکنیک مشاهده استفاده می‌شود و تمام رفتارهای کودک، بازیها، تعاملات میزان دلبستگی به پدر و مادر نحوه ی تعامل با آنها تحت نظر گرفته می‌شود.</p>	<p>شناسایی محرکهای مورد علاقه برای طرح ریزی بازی ها</p>
<p>سخنرانی، بحث و گفتگو، پرسش و پاسخ، بکارگیری تکنیک ها</p>	<p>تنظیم تن صدا، شدت، سرعت و ژستهای بدنی خود با وضعیت کودک. اگر کودک در آن لحظه قرار است از تن آرام و ژستهای حمایتگر استفاده کنید اگر بی تحرک است و حالتی خنثی دارد از هیجان های تشدید شده استفاده کنید در این مرحله هدف این است که کودک کمی به درمانگر نزدیک شود. حتی نگاه به درمانگر و دادن یک اسباب بازی به او موفقیت بزرگی در این مرحله به حساب می‌آید.</p>	<p>ایجاد تعاملهای ظریف با پیگیری سرخ های کودک</p>
<p>سخنرانی، بحث و گفتگو، تکالیف تعاملی، پرسش و پاسخ، بازی نقش</p>	<p>از عروسکهای انگشتی و پاپت برای بازی و نمایش استفاده کنید. موقعیتهایی را ترتیب دهید که احتیاج به حل مسئله است و کودک باید آن را حل کند. فقط راهنمای کودک باشید و هرگز آن کار را برای او انجام ندهید.</p>	<p>بازی نمادی و ساختن دنیای نمادی</p>

سخنرانی، بحث و گفتگو، تکالیف تعاملی، پرسش و پاسخ، بازی نقش	باید در تمام مراحل با کودک حرف بزیند و تمام اتفاقات اعمال و حس ها را نامگذاری کند. اگر آب می خورد بگوید " اوه چقدر تشنه " بودم اگر غذا میخورد " بگویند " وای گرسنه بودم و وقتی غذایی تمام شد بگویند " آخیش سیر شدم چقدر خوشمزه بود شیرین بود. یا در بازی تمام اتفاقات را بازگو کنید مثل افتادم خندیدم من عصبانی شدم وای ترسیدم و سعی کنید تون صدا و زبان بدن را با هر یک از این اعمال همراه کنید.	چالش کشیدن کودک برای گفتار و حذف آکو	نهم
سخنرانی، بحث و گفتگو، تکالیف تعاملی، پرسش و پاسخ، بکارگیری تکنیک ها	ایده های را بسازید و سعی کنید آنها را گسترش دهید اما سعی نکنید تماما کودک را هدایت کنید. برای گسترش نشان داد تفکر اشتیاق و هیجان نشان دهید. از علایق کودک استفاده کنید. موقعیتی را ترتیب دهید که کودک قدم بعدی را بردارد.	ساخت و بسط ایده ها	دهم
سخنرانی، بحث و گفتگو، تکالیف تعاملی، پرسش و پاسخ، بکارگیری تکنیک ها	با لگو یا شکل های هندسی شکلی بسازد و بعد او تشویق کنید که با هیجان آن را خراب کند. در بازی های مختلف مثلا مسابقه ی ماشین سواری سعی کنید ماشین ها را در یک خط با سرعت های مختلف حرکت دهید. قطعات پازل را در مکان های اشتباه بگذارید و بگذارید کودک کتوجه این اشتباه شود و آن را تصحیح کند.	برنامه ریزی حرکتی	یازدهم
پرسش و پاسخ، بحث و گفتگو، بحث آزاد	بیان خلاصه مطالب جلسات گذشته، تقدیر و تشکر از شرکت کنندگان و دریافت بازخورد	جمع بندی جلسات قبلی	دوازدهم

در این بخش ابتدا توصیف آماری داده ها گزارش شده است. اطلاعات توصیفی متغیرها در جدول 2 به تفکیک خط پایه و پس از مداخله برای پنج شرکت کننده ارائه شده است. سپس به منظور بررسی این فرضیه و برای بررسی دقیق تر تغییرات در جدول 2 نمرات خط پایه، پس آزمون و پیگیری در هر متغیر براساس شاخص های میانگین و انحراف استاندارد، تغییر میانگین، تغییر روند و شاخص **d** کوهن نشان داده شده است. اطلاعات توصیفی مقیاس رفتارهای کلیشه ای در جدول 2 به تفکیک شرکت کننده ها ارائه شده است.

به منظور بررسی اثربخشی پروتکل پیشنهادی بر مهارت اجتماعی - ارتباطی و رفتارهای کلیشه ای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، در ابتدا با استفاده از روش های آمار توصیفی، اقدام به توصیف دقیق داده های پژوهشی شد و پس از آن برای تحلیل داده ها از برای تجزیه و تحلیل داده ها از بازبینی دیداری نمودارها (فراز و فرود متغیر وابسته)، شاخص های درصد بهبودی، تغییرپذیری و اندازه اثر استفاده شد.

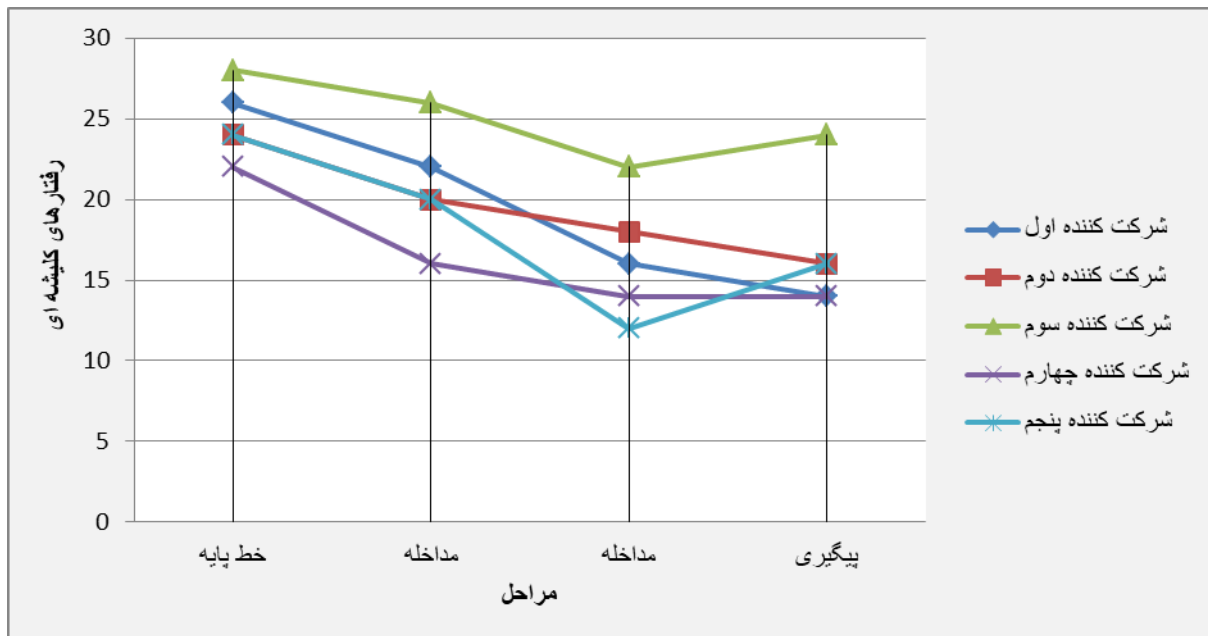
یافته ها

جدول 2. اطلاعات توصیفی رفتارهای کلیشه ای به تفکیک مرحله سنجش برای پنج شرکت کننده

متغیر	شرکت کننده ها	خط پایه	جلسه دهم	جلسه بیستم	پیگیری	درصد بهبودی
رفتارهای کلیشه ای	شرکت کننده اول	26	22	16	14	46.15
	شرکت کننده دوم	24	20	18	16	33.33
	شرکت کننده سوم	28	26	22	24	14.29
	شرکت کننده چهارم	22	16	14	14	36.36
	شرکت کننده پنجم	24	20	12	16	33.33

اول در بیشتر علائم، بیشتر از سایر شرکت کننده ها بوده است. داده های جدول 2 به صورت نموداری به قرار زیر است:

بر اساس داده های جدول 2 به نظر می رسد که در رفتارهای کلیشه ای، برای پنج شرکت کننده، پس از درمان، کاهش اتفاق افتاده است. همچنین به نظر می رسد درصد بهبودی شرکت کننده

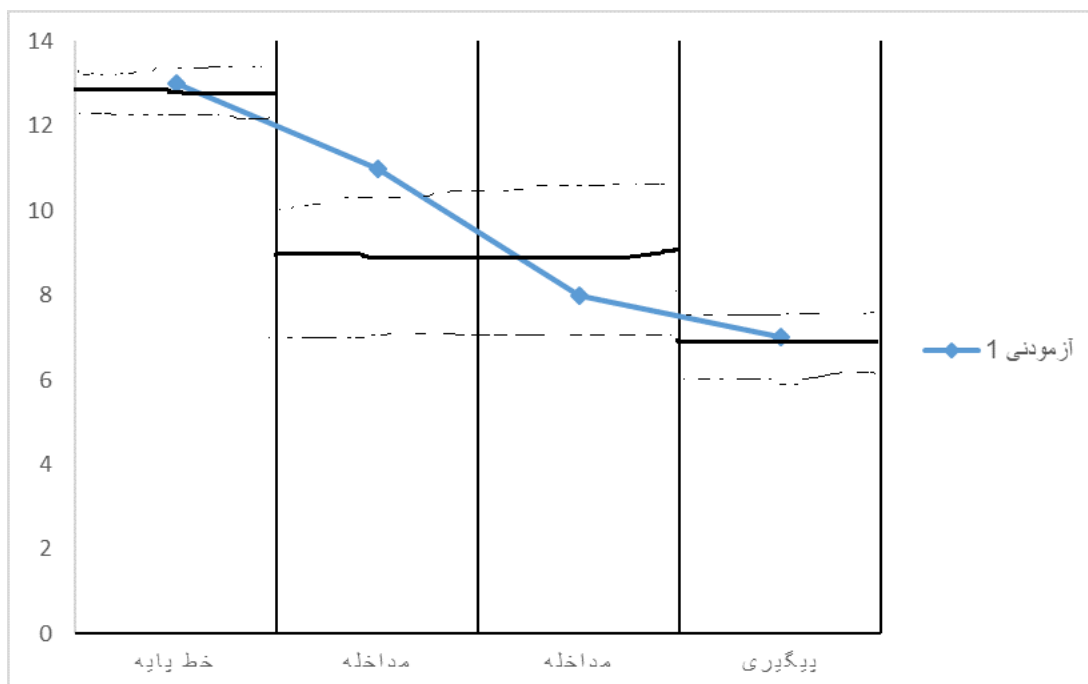


نمودار 1. تغییر متغیر رفتارهای کلیشه ای تحت تاثیر درمان

و آخرین داده ی اندازه گیری شده تعیین می شود؛ کوچک ترین مقدار را از بزرگ ترین مقدار کم کرده و دیده می شود که آیا تغییر در جهت بهبود یا کاهش بوده است. PND نشان دهنده درصد غیرهم پوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی یا ثبات در پژوهش تک شرکت کننده، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده های غیر هم پوش (PND) بستگی دارد. به این معنا که در موقعیت خط پایه، تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته (در مداخله ای با مسیر داده متغیر)، نسبت به تغییرات اندک متغیر (در مداخله ای با مسیر داده باثبات)، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا پایین تر) باشد، (با اطمینان بیشتری) می توان مداخله را اثربخش دانست.

برای تحلیل دیداری نمودار داده ها، پس از رسم نمودار برای هر شرکت کننده، در مرحله اول با استفاده از میانه داده های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده ها کشیده شد؛ یک محفظه ثبات روی X موازی با محور خط میانه قرار گرفت (در نمودار 1 برای شرکت کننده 1، سمت چپ). محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه میان دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده ها 20 درصدی، را نشان می دهد. با استفاده از معیار 80 اگر 80 درصد نقطه ها زیر یا درون 20 درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، داده ها ثبات دارند. پس از رسم محفظه ثبات آنها، شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص های تحلیل دیداری درون شرکت کننده مانند تغییر سطح مطلق و PND¹ محاسبه شد. تغییر سطح مطلق در هر متغیر با ثبت مقدار داده اولیه

¹ - percentage of non-overlapping data



نمودار 2. ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای شرکت کننده شماره 1

نتایج محاسبات در جدول 3 گزارش شده است.

جدول 3. میانگین و انحراف استاندارد، شاخصهای درصد بهبودی و شاخص d کوهن برای رفتارهای کلیشه ای

متغیر	میانگین خط پایه	انحراف معیار خط پایه	میانگین پس آزمون	انحراف معیار پس آزمون	میانگین پیگیری	انحراف معیار پیگیری	تغییر میانگین	تغییر روند	PND	جهت ثبات	همپوشی داده ها
رفتارهای کلیشه ای	24.8	2.28	16.4	3.84	16.8	4.14	-8	32.26	2.39	نزولی با ثبات	ندارد

در تبیین این یافته باید گفت که درمان کودکان دارای اوتیسم باید یک درمان جامع و با در نظر گرفتن حیطه های مختلف مشکلات کودک باشد، با توجه به این نتایج به نظر می رسد ترکیبی از این دو روش یعنی نظریه ذهن به عنوان یک روش شناختی آموزشی و بازی درمانی مبتنی بر فلورنایم به عنوان یک روش بازی و ارتباط بهتر از کاربرد انفرادی هر روش بتواند نشانگان اوتیسم را کاهش دهد. انتقال مفاهیم رفتار اجتماعی منتهی می شوند، برخلاف یک کودک عادی کودک اوتیسم مشکلات جدی در تعامل با دیگران دارد بسیاری در همان چندماه اول زندگی از تماس چشمی ضعیفی برخوردارند و یا به طور کلی از آن اجتناب می کنند. این کودکان در تعبیر و تفسیر افکار و احساسات دیگران ناتوانند و نشانه های اجتماعی مانند یک لبخند یا چشمک و شکلک ممکن است برای آنها فاقد معنا باشد. بدون توانایی در تعبیر و تفسیر و درک حالت ها، ژست ها و بیان های صوتی و آشکار، دنیای پیرامون برای آنها سردرگم کننده می شود. پژوهش های که در دهه اخیر انجام شده اند. بر این باورند که از طریق آموزش باور کاذب که مهمترین عنصر نظریه ذهن می باشد می توان پیش رفت قابل ملاحظه ای در نظریه ذهن ایجاد نمود (24، 25، 26).

داده های جدول 3 نشان می دهد بیشترین درصد بهبودی و اندازه ی اثر مربوط به متغیر رفتارهای کلیشه ای بوده است. داده های جدول 3 نشان می دهد در متغیر رفتارهای کلیشه ای در مجموع شرکت کننده ها میزان بهبودی اندکی بالاتر از متوسط داشته اند.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که روش آموزش برنامه ترکیبی مبتنی بر روش نظریه ذهن و روش فلورنایم بر نمرات رفتارهای کلیشه ای با درصد بهبودی بین 14 تا 46 درصد، تأثیر داشته است. همسو با این یافته احمدی، صفری، بافرانی، همیتیان و خلیلی (22) در پژوهشی نشان دادند استفاده از بازی نقش در کنار آموزش به روش تحلیل رفتار کاربردی می تواند موجب افزایش رفتارهای اجتماعی کودکان دارای اختلال اوتیسم شود و می توان از بازی نقش در کنار تحلیل رفتار کاربردی در مراکز توانبخشی کودکان اوتیسم استفاده کرد. نتایج پژوهش مارتینی و دیون (23) نشان داد که فلورنایم باعث افزایش معنادار تعاملات اجتماعی و ارتباط در کودک با اوتیسم مورد بررسی شد.

- mental disorders. Translated by Mehdi Ganji (1401). Tehran: Savalan.
2. Lindsay, S., Hounsell, K. G., & Cassiani, C. (2017). A scoping review of the role of LEGO® therapy for improving inclusion and social skills among children and youth with autism. *Disability and health journal*, 10(2), 173-182.
 3. Young, H., Oreve, M. J., & Speranza, M. (2018). Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 399-403.
 4. Cervantes, P. E., & Matson, J. L. (2015). Comorbid symptomology in adults with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of autism and developmental disorders*, 45, 3961-3970.
 5. Rumney, H. L., & MacMahon, K. (2017). Do social skills interventions positively influence mood in children and young people with autism? A systematic review. *Mental Health & Prevention*, 5, 12-20.
 6. Otero, T. L., Schatz, R. B., Merrill, A. C., & Bellini, S. (2015). Social skills training for youth with autism spectrum disorders: a follow-up. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 99-115.
 7. Reed, F. D. D., Hyman, S. R., & Hirst, J. M. (2011). Applications of technology to teach social skills to children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1003-1010.
 8. Pasco, G. (2018). The value of early intervention for children with autism. *Paediatrics and Child Health*, 28(8), 364-367.
 9. Hellendoorn, A., Langstraat, I., Wijnroks, L., Buitelaar, J. K., van Daalen, E., & Leseman, P. P. (2014). The relationship between atypical visual processing and social skills in young children with autism. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 423-428.

علیرغم نتایج مثبت آموزش نظریه ذهن برای کودکان اوتیسم، تحقیقات ادامه دارند تا این مسئله را مشخص کنند که هدف از آموزش نظریه ذهن، آموزش تکالیف به کودکان است تا جایی که این توانایی منجر به تعمیم تعامل های اجتماعی در زندگی واقعی آنها شود. به نظر میرسد که نظریه ذهن ساختار پیچیده ای دارد و به برنامه آموزشی جامع تری و رای آموزش ساده تکالیف نظریه ذهن نیاز دارد. به علاوه بررسی ها نشان دادند در کودکانی که آموزش نظریه ذهن می بینند تا تکالیف نظریه ذهن استاندارد را انجام دهند، رفتارهای کلیشه ای آن ها به طور خودبه خود افزایش نمی یابد و در کودکانی که آموزش مهارت های ارتباطی - اجتماعی دریافت نمودند، مشاهده شد که توانایی مهارت های نظریه ذهن و انجام تکالیف متفاوت نظریه ذهن در آنها افزایش بهتری یافته است. در آموزش به روش نظریه ذهن به دلیل استفاده از تقویت کننده ها بعد از یادگیری هرگام توسط کودک انگیزه ی کودک برای یادگیری و ورود به گام ها و مراحل بعد و کسب رفتارهای پیچیده تر افزایش می یابد. این روش به کودک دارای اوتیسم تمیز و تشخیص محرک های پیرامون را آموزش می دهد. کودک دارای اوتیسم به کمک این روش می آموزد کدام یک از محرک های محیطی شایسته ی توجه می باشند و او باید بدان پاسخ دهد. روش نظریه ذهن سعی نموده است تا با حداکثر امکان، شرایط و موقعیت های آموزشی شبیه شرایط و موفقیت عای طبیعی زندگی کودک را فراهم نماید و یا رفتار را پس از فراگیری در طی زمان تعیین شده به سایر موقعیت های طبیعی زندگی کودک تعمیم دهد. عدم تعمیم به تکالیف جدید نظریه ذهن یا تعامل های اجتماعی در کودکان اوتیسم این حقیقت را نشان می دهد که این کودکان با مشکلاتی در انتقال مهارت های یاد گرفته شده و تکالیف دیگر مواجه اند و لذا آموزش ها باید با دقت بیشتر برای کودکان اوتیسم سازماندهی شوند. در این تحقیق با فراهم نمودن یک برنامه جامع سعی بر آن شد تا با به کارگیری ابزارهای آموزشی متناسب با فرهنگ و روش های یادگیری متناسب با کودکان اوتیسم ابتدا به آموزش نظریه ذهن به عنوان یک پیشنهاد پرداخت شود سپس با آموزش مستقیم مهارت های اجتماعی در قالب روش فلور تاین تلاش گردید تا مفاهیم آموخته شده به محیط اجتماعی این کودکان تعمیم داده شود و باعث بهبود نقایص آن ها گردد. با توجه به محدود بودن نمونه های مورد استفاده در این پژوهش به کودکان اوتیسم، باید نسبت به تعمیم یافته های بدست آمده با احتیاط عمل کرد. این پژوهش صرفاً یک مطالعه مقطعی بوده و تاثیرات مثبت این برنامه را تنها طی یک مطالعه تک آزمودنی مورد بررسی قرار داده است. پژوهش در حجم نمونه بزرگتر در دوره های مختلف اجرا شود، تا امکان تعمیم آن به جوامع مختلف افزایش یابد. از نتایج این پژوهش می توان به منظور کاهش رفتارهای کلیشه ای کودکان اوتیسم استفاده کرد و از بروز مشکلات شدیدتر آنان پیشگیری نمود.

References

1. American Psychological Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of*

- using eye movements. Research in developmental disabilities, 45, 202-209.
19. Hillman, H. (2018). Child-centered play therapy as an intervention for children with autism: A literature review. *International Journal of Play Therapy*, 27(4), 198.
 20. Bebko, J. M., Zapparoli, B. L., & Stevenson, R. A. (2020). A pupillometry study of multisensory social and linguistic processing in autism and typical development. *Developmental Psychology*, 56(11), 2080.
 21. Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 196-203.
 22. Ahmadi, Seyyed Jaafar; Arab Bafarani, Hamidreza; Hamtian and Mansoura; Khalili, Zahra. Effectiveness of role play and applied behavior analysis: increasing social behaviors in autistic children. *Journal of Behavioral Science Research*, 12(3), 2-19.
 23. Martini, R., & Dionne, M. (2018). Strengthening the Focus of Autistic Children with an Environmental Psychology Approach. *Creative City Design*, 1(2), 15-19.
 24. Appleton, M., & Reddy, V. (1996). Teaching three year-olds to pass false belief tests: A conversational approach. *Social Development*, 5(3), 275-291.
 25. Fisher, N., Happé, F., & Dunn, J. (2005). The relationship between vocabulary, grammar, and false belief task performance in children with autistic spectrum disorders and children with moderate learning difficulties. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 409-419.
 26. Hale, C. M., & Tager-Flusberg, H. (2003). The influence of language on theory of mind: A training study. *Developmental science*, 6(3), 346-359.
 10. Eren, B. (2015). The use of music interventions to improve social skills in adolescents with autism spectrum disorders in integrated group music therapy sessions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 197, 207-213.
 11. Ghanadzade, M., Waltz, M., & Ragi, T. (2018). The intervention priorities of parents of children with autism spectrum disorders in Iran. *Research in autism spectrum disorders*, 55, 14-24.
 12. Sharma, S. R., Gonda, X., & Tarazi, F. I. (2018). Autism spectrum disorder: classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & therapeutics*, 190, 91-104.
 13. Ashman, R., Banks, K., Philip, R. C., Walley, R., & Stanfield, A. C. (2017). A pilot randomised controlled trial of a group based social skills intervention for adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 43, 67-75.
 14. Shi, Z. M., Lin, G. H., & Xie, Q. (2016). Effects of music therapy on mood, language, behavior, and social skills in children with autism: A meta-analysis. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 137-141.
 15. Sharma, S. R., Gonda, X., & Tarazi, F. I. (2018). Autism spectrum disorder: classification, diagnosis and therapy. *Pharmacology & therapeutics*, 190, 91-104.
 16. Schroeder, K., Durrleman, S., Çokal, D., Delgado, A. S., Marin, A. M., & Hinzen, W. (2021). Relations between intensionality, theory of mind and complex syntax in autism spectrum conditions and typical development. *Cognitive Development*, 59, 101071.
 17. Mazzone, S., & Nader-Grosbois, N. (2017). How are parental reactions to children's emotions linked with Theory of Mind in children with Autism Spectrum Disorder?. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 40, 41-53.
 18. Van Herwegen, J., Smith, T. J., & Dimitriou, D. (2015). Exploring different explanations for performance on a theory of mind task in Williams syndrome and autism