رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۴، شماره پیاپی۹۷، تیر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(4), 2024

اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر تنظیم هیجان و شدت علائم اوتیسم کودکان مبتلا به طیف اوتیسم

Effectiveness of Floortime Play Therapy on Emotion Regulation and Autism Symptoms Severity in Children with Autism Spectrum

Nesa Saadatyar
Master's degree in general psychology, Aeandegan Institute of Higher Education, Tonkabon, Iran.
Malihe Habibi
Master's degree in General Psychology, Research Sciences Unit (Central), Azad University, Tehran, Iran.
Laleh Kohansal
Master's degree in educational management, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran.
Dr. Soheila Asadi*
Lecturer in Psychology Department, Rahman Institute of Higher Education, Ramsar, Iran.
soheilaasaadi@yahoo.com
Negar Sobhani
Master's student in school counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

نسا سعادت یار
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن، ایران.
ملیحه حبیبی
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات (مرکزی)، دانشگاه آزاد، تهران، ایران.
لاله کهن سال
کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، واحد تنکابن، دانشگاه ازاد اسلامی، تنکابن، ایران.
دکتر سهیلا اسعدی (نویسنده مسئول)
مدرس گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی رحمان، رامسر، ایران.
نگار سبحانی
دانشجوی کارشناسی‌ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Abstract
The research aimed to determine the effectiveness of the Floretime play therapy protocol on emotion regulation and severity of autism symptoms in children with autism spectrum. The method of this research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The research population consisted of all children aged 7-10 years who were referred to the autism centers of Chalus and Tonkabon cities in 1402, from which 30 people were selected as samples and were randomly placed in two groups of 15 people for testing and controls. The experimental group underwent 20 20-minute sessions of full-time play therapy. The research tools were the Emotion Regulation Questionnaire-Children and Adolescent Version (ERQ-CA, Galen and Taff, 2012) and the Gilliam Autism Diagnostic Scale (GARS, Gilliam, 1994). The results of multivariate covariance analysis showed that by controlling the effect of the pre-test, there was a significant difference in the level (P<0.05) between the post-test mean of emotion regulation indicators and symptom severity in the two experimental and control groups. In general, the results obtained from the research showed that Floortime play therapy was effective in regulating the emotions and severity of autism symptoms in children with autism.
Keywords: *Emotion regulation, Severity of autism symptoms, Floortime play therapy.*

چکیده
هدف از پژوهش تعیین اثربخشی پروتکل بازی درمانی فلورتایم بر تنظیم هیجان و شدت علائم اوتیسم کودکان مبتلا به طیف اوتیسم بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را تمامی کودکان ۷-۱۰ساله مراجعه کننده به مراکز اوتیسم شهرستان‌های چالوس و تنکابن در سال ۱۴۰۲تشکیل دادند که از بین آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگذاری شدند. گروه آزمایش طی ۲۰ جلسه ۲۰دقیقه‌ای بازی درمانی فلورتایم قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه تنظیم هیجان-نسخه کودکان و نوجوانان (ERQ-CA، گالن و تاف، ۲۰۱۲) و مقیاس تشخیصی اوتیسم گیلیام (GARS، گیلیام، ۱۹۹۴) بود. یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون شاخص‌های تنظیم هیجان و شدت علائم در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح (P<۰/۰۵) وجود داشت. بطور کلی نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد بازی درمانی فلورتایم بر تنظیم هیجان و شدت علائم اوتیسم کودکان مبتلا به اوتیسم موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: *تنظیم هیجان، شدت علائم اوتیسم، بازی درمانی فلورتایم.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : اسفند ۱۴۰۲** | **پذیرش: فروردین ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

مقدمه

اوتیسم[1] یک اختلال عصبی رشدی است که بر تعاملات اجتماعی، ارتباطات و رفتارها تأثیر می‌گذارد. افراد مبتلا به اوتیسم طیف گسترده‌ای از ویژگی‌ها و شدت علائم را نشان می‌دهند. برخی از ویژگی‌های رایج شامل مشکلات در برقراری ارتباط چشمی، درک زبان بدن و لحن صدا، رشد مهارت‌های اجتماعی مانند شروع و حفظ یک گفتگو، و همچنین رفتارهای تکراری یا محدود است (ژیانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۳). افراد مبتلا به اوتیسم ممکن است به روتین‌ها و نظم خاصی وابسته باشند و در برخی حوزه‌ها مانند ریاضیات یا موسیقی استعداد ویژه‌ای داشته باشند (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها[3]، ۲۰۲۳). علل دقیق اوتیسم هنوز ناشناخته است، اما تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل ژنتیکی و محیطی هر دو می‌توانند نقش داشته باشند. برخی از عوامل خطر شامل سن والدین، جنسیت (اوتیسم در پسران شایع‌تر است)، وزن کم هنگام تولد و برخی اختلالات ژنتیکی مشخص است (بریتانی[4] و همکاران، ۲۰۲۴). تشخیص اوتیسم معمولاً توسط یک تیم متخصصان شامل روانپزشکان کودک و نوجوان، روانشناسان رشد و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی انجام می‌شود. آنها از ابزارهای ارزیابی استاندارد مانند مصاحبه‌های والدین و مشاهدات رفتاری برای تشخیص اوتیسم استفاده می‌کنند (کافر[5] و همکاران، ۲۰۲۴). افراد مبتلا به اوتیسم طیف گسترده‌ای از ویژگی‌ها و شدت علائم را نشان می‌دهند. شدت علائم اوتیسم در کودکان مبتلا به این اختلال بسیار متفاوت است.

شدت علائم اوتیسم[6] در کودکان مبتلا به این اختلال بسیار متفاوت است. برخی از کودکان ممکن است علائم شدیدتری داشته باشند که بر عملکرد روزانه آنها تأثیر بیشتری می‌گذارد، در حالی که برخی دیگر ممکن است علائم ملایم‌تری را تجربه کنند. این تفاوت در شدت علائم به طیف گسترده‌ای از عوامل ژنتیکی، محیطی و عصب‌شناختی مربوط می‌شود (حسین جانی و زمستانی، ۱۴۰۲). یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده شدت علائم، سطح مهارت‌های شناختی و زبانی کودک است. کودکانی که مهارت‌های شناختی و زبانی قوی‌تری دارند، معمولاً علائم ملایم‌تری را تجربه می‌کنند (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۴). از طرف دیگر، کودکانی که در این زمینه‌ها ضعف بیشتری دارند، اغلب با علائم شدیدتری مانند مشکلات ارتباطی، تعامل اجتماعی و رفتارهای تکراری شدید روبرو هستند (نوری مطلق و همکاران، ۱۴۰۲)، که اغلب در شناسایی و بیان احساسات خود و همچنین در درک و پاسخ مناسب به هیجانات دیگران دچار مشکل می‌شوند. عدم تنظیم هیجانی می‌تواند منجر به رفتارهای مخرب و تأثیرات منفی بر عملکرد تحصیلی، روابط و کیفیت زندگی شود.

تنظیم هیجان[7] برای کودکان مبتلا به اوتیسم یک چالش بزرگ است. آنها ممکن است هنگام احساس اضطراب، خشم یا ناامیدی واکنش‌های شدید هیجانی نشان دهند یا برعکس، کاملاً سرکوب شوند (دینگ[8] و همکاران، ۲۰۲۴) .عدم تنظیم هیجانی می‌تواند منجر به رفتارهای مخرب مانند عصبانیت، خودآزاری یا اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی شود. این مسئله همچنین می‌تواند بر عملکرد تحصیلی، روابط و کیفیت زندگی تأثیر منفی بگذارد (نادری اصل و کدخدایی، ۱۴۰۲). عوامل متعددی از جمله مشکلات در پردازش حسی، نقص در تئوری ذهن و ضعف مهارت‌های شناختی می‌توانند در اختلال تنظیم هیجان نقش داشته باشند (سونگ [9]و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین با توجه به افزایش شدت علایم اختلال اوتیسم و مشکل تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به طیف اوتیسم توجه به مداخله‌گری برای کاهش مشکلات این کودکان از اهمیت خاصی برخوردار است(طباطبائی نوائی نوبری و همکاران، ۱۴۰۰). به طوری که درمان‌های مختلفی برای این کودکان به کار گرفته شده است و تاکنون درمان و داروی خاصی معرفی نگردیده است. با توجه به اینکه یادگیری برنامه های آموزشی رسمی و مهارت های اجتماعی برای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بسیار دشوار است و گاهاً کارایی مطلوبی نیز برای بهبود شرایط کودکان دارای اختلال ندارد، استفاده از روش هایی که مانند بازی کردن، بطور طبیعی برای کودک جذاب بوده و با شرایط وی همخوان است، می تواند اثر فزاینده بر کنترل و کاهش علائم داشته باشد.

1 Autism
2 Xiang
3 Centers for Disease Control and Prevention
4 Brittany
5 Keefer
6 severity of autism symptoms
7 emotion regulation
8 Ding
9 Sung

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

بازی درمانی فلورتایم[1] یک رویکرد بازی محور است که برای کمک به کودکان مبتلا به اوتیسم در توسعه مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و تخیلی طراحی شده است. این روش بر اصل"دنبال کردن رهبری کودک" استوار است، که به این معنی است که کودک هدایت بازی را در دست دارد و درمانگر از طریق همراهی و پیروی از منطق کودک با او ارتباط برقرار می‌کند (ولکر و رای[2]، ۲۰۲۴). فلورتایم شامل چندین مرحله است: ۱) ورود به دنیای کودک از طریق بازی،۲) ارائه فرصت‌هایی برای ارتباطات و مهارت‌های اجتماعی در محیط بازی، ۳) کمک به کودک برای سازماندهی و گسترش بازی از طریق مداخلات ظریف،و ۴) گسترش مهارت‌های یادگیری شده به دنیای واقعی (کارگر قنات النوج و همکاران، ۱۴۰۲). این رویکرد از فضای امن و غیرتهدیدکننده بازی برای برانگیختن انگیزه، خلاقیت و تخیل کودک استفاده می‌کند. درمانگران از طریق بازی با کودک ارتباط برقرار می‌کنند و او را تشویق به بیان خود، حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی می‌کنند (بروکه [3]و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، فلورتایم بر توسعه تئوری ذهن (درک افکار و احساسات دیگران) و مهارت‌های متقابل اجتماعی مانند تعامل چشمی، گفتگو و همکاری تمرکز دارد (کارگر قنات النوج و همکاران، ۱۴۰۲). هدف نهایی این است که کودکان بتوانند مهارت‌های کسب شده را به محیط‌های واقعی زندگی روزمره انتقال دهند.

مطالعات نشان می‌دهند که فلورتایم می‌تواند بر تنظیم هیجانی کودکان اوتیسم تأثیر مثبت داشته باشد. درمانگران از طریق ورود به دنیای کودک و پیروی از منطق بازی او، فرصت‌هایی را برای آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان مانند شناسایی احساسات، خودآرامش‌بخشی و کنترل تکانه‌ها ایجاد می‌کنند (برقی[4] و همکاران، ۲۰۲۳). این روش باعث افزایش آگاهی هیجانی، بهبود تحمل ناکامی و تقویت راهبردهای مقابله‌ای سازنده در کودکان می‌شود (البرتاگی[5] و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده است که فلورتایم می‌تواند شدت علائم اصلی اوتیسم مانند مشکلات ارتباطی، تعامل اجتماعی و رفتارهای تکراری را کاهش دهد. این روش از طریق افزایش انگیزه برای درگیری اجتماعی، بهبود مهارت‌های گفتگو و غنی‌سازی بازی و تخیل، زمینه را برای کاهش علائم اوتیسم فراهم می‌کند (گیبسون[6] و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که فلورتایم می‌تواند در بهبود عملکرد شناختی، افزایش مهارت‌های حل مسئله و توسعه تئوری ذهن (درک افکار و احساسات دیگران) در کودکان اوتیسم مؤثر باشد (لوپز-نیوتو [7]و همکاران، ۲۰۲۲). این موارد به نوبه خود می‌توانند به کاهش شدت علائم اوتیسم کمک کنند (دیویا[8] و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به مطالب گفته شده چند نکته حائز اهمیت می باشد: نخستین نکته این است که هنوز اطلاعات محدودی در مورد اثربخشی واقعی فلورتایم بر تنظیم هیجانی در کودکان اوتیسم وجود دارد. اگرچه برخی مطالعات نشان می‌دهند که این روش می‌تواند بر آگاهی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای تأثیر مثبت داشته باشد، اما شواهد قطعی در این زمینه کافی نیست. پژوهش‌های بیشتر می‌تواند درک عمیق‌تری از چگونگی تأثیر فلورتایم بر مؤلفه‌های مختلف تنظیم هیجان در کودکان اوتیسم به دست دهد. از طرف دیگر، اگرچه برخی مطالعات به کاهش علائم اوتیسم پس از درمان با فلورتایم اشاره می‌کنند، اما اطلاعات محدودی در مورد میزان واقعی این کاهش و اینکه آیا در همه حوزه‌های علائم اوتیسم (ارتباط، تعامل اجتماعی، رفتارهای تکراری) رخ می‌دهد یا خیر، وجود دارد. علاوه بر این، انجام پژوهش‌های بیشتر یا اینکه آیا وجود اختلالات همراه مانند اختلال بیش فعالی/نقص توجه می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد؟ پاسخ به این سؤالات می‌تواند به شخصی‌سازی و بهینه‌سازی روش درمانی فلورتایم کمک کند. در نهایت، با توجه به چالش‌های عمده‌ای که کودکان اوتیسم در زمینه تنظیم هیجان و کنترل علائم خود تجربه می‌کنند، فلورتایم یک رویکرد نوآورانه و جذاب است که می‌تواند به این کودکان در رشد و توسعه مهارت‌های ضروری کمک کند. بنابراین، پژوهش‌های بیشتر در این زمینه می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و عملکرد این کودکان شود و از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی پروتکل بازی درمانی فلورتایم بر تنظیم هیجان و شدت علائم اوتیسم کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شد.

1 Fulltime play therapy
2 Walker& Ray
3 Burke
4 Barghi
5Elbeltagi
6 Gibson
7 Lopez-Nieto
8 Divya

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان اختلال طیف اوتیسم شهر چالوس و تنکابن مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی اوتیسم بود که در سال ۱۴۰۲ تشخیص اوتیسم دریافت کرده‌اند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود که در کلینیک‌های درمانی اوتیسم مراجعه کرده بودند و پرونده‌دار بودند و تشخیص اختلال طیف اوتیسم سطح ۱ دریافت کرده بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل؛ دامنه سنی ۷ تا ۱۰ سال، دریافت تشخیص اختلال طیف اوتیسم با توجه به معیارهای تشخیصی DSM-5 و نظر روان پزشک و قرار گرفتن در دامنه خفیف اختلال طیف اوتیسم، نداشتن اختلالات رشدی دیگر، حداقل سطح تحصیلات والدین دیپلم باشد و ملاک‌های خروج نیز شامل بی‌میلی کودک به حضور در جلسات درمانی و غیبیت بیش از دو جلسه بوده است. در ابتدا پرونده‌های کودکان مبتلا به طیف اوتیسم بررسی شد و آنهای که ملاک‌های ورود را داشتن انتخاب شدند. پس از آن شرکت کنندگان به روش تصادفی ساده به دو گروه گواه و آزمایش تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۲۰ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای بازی درمانی مبتنی بر طبیعت (فلورتایم) و گروه گواه نیز طی این زمان هیچ روش آموزشی را دریافت نکردند و بعد از انجام مداخله، پس آزمونِ از شرکت کنندگان به عمل آمد. در نهایت برای تجزیه تحلیل داده‌های از تحلیل کوواریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس تشخیصی اوتیسم گیلیام[1](GARS): آزمون گارز چک لیستی است که به تشخیص افراد اوتیستیک کمک می‌کند. این آزمون توسط گیلیام درسال ۱۹۹۴ طراحی شده و معرف موضوع‌هایی از اوتیسم بر روی گروه نمونه ۱۰۹۴ نفری از ۴۶ ایالت از کلمبیا، پروتوریکا و کانادا است. آزمون گارز بر اساس تعاریف انجمن اوتیسم آمریکا (۱۹۹۴) و انجمن روان پزشکی آمریکا (APA) و با اتکا بر DSM-IV تهیه شده است. آزمون گارز ۵۶ عبارت دارد و برای اشخاص ۳ تا ۲۲ ساله مناسب است و می‌تواند به وسیله والدین و متخصصان در مدرسه یا خانه کامل شود. آزمون گارز شامل سه خرده مقیاس و هر خرده مقیاس شامل ۱۴ سؤال است. هر سؤال در طیف بین هیچ‌گاه = ۰، به ندرت = ۱، گاهی = ۲ و غالباً = ۳ به درجه بندی اختلال می‌پردازد. خرده مقیاس اول با سؤال‌های ۱ تا ۱۴ رفتارهای کلیشه‌ای، اختلال‌های حرکتی و رفتارهای عجیب و غریب را می‌سنجد. خرده مقیاس دوم با سؤال‌های ۱۵ تا ۲۸، بر ارتباط کلامی غیرکلامی تمرکز دارد. خرده مقیاس سوم با سؤال‌های ۲۹ تا ۴۲ تعاملات اجتماعی را می‌سنجد. حداکثر نمره هر یک از چهار گروه ۴۲ و حداقل آن صفر و نمره‌های بالا گویای شدت اختلال و نمره های پایین گویای خفیف بودن آن است. گیلیام (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای رفتارهای کلیشه‌ای، ۰/۸۹ برای ارتباط، ۰/۹۳ برای تعامل اجتماعی ، ۰/۸۸ برای اختلالات رشدی و ۰/۹۶ در نشانه شناسی اوتیسم است و میـزان روایی تشخیصی حساسیت و ویژگی استفاده شد که ۰/۸۱ بدست آورد. این ابزار در سال ۱۳۹۱ توسط کارشناسان مرکز اوتیسم اصفهان هنجاریابی شده است. برای برآورد روایی سازه از پرسشنامه کارز به طور همزمان استفاده شد که ضرایب 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 ۹۹٪ و ۱۰۰٪ به دست آمد. پایایی این ابزار نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس ارتباط (۰/۹۲)، برای زیر مقیاس مهارت های اجتماعی (۰/۷۳) و برای مشکلات رفتاری (۰/۷۴) گزارش شده است. ضمن این که آلفای کرونباخ کل (۰.۸۹) گزارش شده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ۰/۸۶ بدست آمده است.

پرسشنامه تنظیم هیجان-نسخه کودکان و نوجوانان[2] (ERQ-CA): این پرسشنامه در سال ۲۰۱۲ توسط گالن و تاف با اقتباس از پرسشنامه نسخه بزرگسالان (گراس و جان، ۲۰۰۳) برای ارزیابی راهبردهای تنظیم هیجان در کودکان و نوجوانان ۹ تا ۱۸ سال تدوین شده است. پرسشنامه شـامل ۱۰ آیـتم است که ۶ آیتم آن بـه راهبـــرد ارزیابی مجـــدد و ۴ آیـــتم آن بـــه راهبـــرد فرونشانی هیجان می‌پردازد. هر یک از عبارات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) پاسخ داده می‌شوند. دامنه نمرات برای زیرمقیاس ارزیابی مجدد بین ۶ تا ۳۰ و برای فرونشانی هیجان بین ۴ تا ۲۰ می‌باشد. گالن و تاف (۲۰۱۲) در مطالعه اصلی خود مشخصات

1 Gilliam Autism Rating Scale
2 Emotion Regulation Questionnaire-Children and Adolescents (ERQ-CA)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

روانسنجی مطلوبی را برای این ابزار گزارش کرده‌اند. در مطالعه مذکور آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس راهبرد ارزیابی مجدد در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس فرونشانی هیجان در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۷۹ و دارای پایایی مطلوبی بوده و تحلیل مؤلفه‌های اصلی نیز تبیین ۶۸ درصد گزارش شده است. انطباق سازی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط لطفی و همکاران (۱۳۹۸) انجام شده است برای بررسی تحلیل عاملی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و همچنین عوامل دوگانه به طور مجزا محاسبه شد. این ضریب برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب مقادیر ۰/۷۹ و ۰/۶۸ بود. براساس نتایج حاصله، تحلیل عاملی انجام گرفته مناسب می‌باشد. علاوه بر این، برای بررسی روایی تحلیل عاملی صورت گرفته، همبستگی میان دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی با کل پرسشنامه نیز مورد بررسی قرار گرفت، این همبستگی‌ها به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۲ (درسطح خطای ۰/۰۱ معنادار) گزارش شده است. در مطالعه حاضر، پایایی با روش آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد.

محتوای بازی درمانی فلورتایم: مداخله بازی درمانی فلورتایم یک دوره درمانی ۲۰ جلسه‌ای ۲۰ دقیقه‌ای به صورت سه بار در هفته، در پژوهش حاضر اجرا و به کاربرده شد. در طول جلسات در فضای بازی عواملی همچون صمیمیت مستمر، ارتباط چشمی، انتقال هیجان برای تحریک و مبادلات دوسویه کلامی و غیرکلامی، اولویت دهی به میل و تقاضای کودک، تعقیب حداکثری و بازخود هیجانی بالا مدنظر بود و از مادر خواسته شد در جلسات حضور داشته باشد.

جدول۱.محتوای جلسات بازی درمانی فلورتایم (هیس[1]، ۲۰۱۵)

جلسات	شرح جلسات
اول	معارفه درمانگر و مادر-توصیف روند درمان برای مادر، پاسخ به ابهامات و سوالات مادر، انجام پیش آزمون
دوم	مشاهده نوع تعامل مادر-کودک، مشخص کردن نقاط ضعف و قوت هر کدام بدست آوردن دیدی واقع بینانه از سطح تعامل و ارتباط صمیمانه مادر-کودک
سوم	قرارگیری درمانگر در کنار مادر و انجام عمل تعاملی متناسب با سطوح تحول کودک و با توجه به تنظیم حسی-هیجانی کودک
چهارم	اجرای فلورتایم در جلسه درمان توسط مادر و تصحیح خطاهای احتمالی و دادن تکلیف انجام فلورتایم در منزل توسط درمانگر
پنجم	متناسب با ریتم حسی-هیجانی-عاطفی کودک و نوع رفتار و درخواستی که کودک دارد ایجاد فضای بازی گونه و آزادانه برای کودک و تجربه صمیمیت و تعامل و بازی بدن ساختار با کودک و ثبت واکنش و ثبت واکنش حسی-هیجانی از نوع کم پاسخ دهی یا بیش پاسخ دهی حسی
ششم	با در نظر گیری شرایط حسی-هیجانی کودک همراه شدن با او در هر حرکتی که انجام می دهد از حرکات درشت تا ظریف به گونه ای که تجربه حس مشترک را در توجه داشته باشد کاری که انجام می دهد مورد توجه و پاسخ حداکثری قرار گیرد.
هفتم	به تداوم و گسترش مبادلاتی که ایجاد می شود توجه می شود. برای تجربه هیجانی بالاتر در مبادله های هرچند ساده تلاش می شود. به عبارتی دیگر توجه همزمان به تعداد مبادلات دوسویه وعمق تجربه هیجانی
هشتم	فرصت دادن به کودک که با آزادی هرچه بیشتر در فضای اتاق درمان تمایلی که دارد را نشان دهد. مانند انتخاب مکان، نشستن، فاصله ای که انتخاب می کند، وضعیت بدنی مثلا خوابیدن و غلتیدن و همراهی با او در این حرکت
نهم	اجازه 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
دهم	با رعایت فضای شاد و بازی گونه و گفتار آهنگین نوازش گونه با انگشتان دست کودک بازی کردن در آغوش و بغل گرفتن و به میزان رضایت کودک نگه داشتن
یازدهم	شروع بوسیدن و نوازش انگشتان به سمت سرو گردن و صورت و توجه به انتقال و مبادلات غیرکلامی و کلامی متناسب با کاری که انجام می شود و حالات حسی – هیجانی کودک
دوازدهم	اغراق برزگ نمایی 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
سیزدهم	تکرار حرکات مشابه حرکاتی که انجام می دهد 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
چهاردهم	ایجاد موانع ساده و تمرین حل مسئله، در حد حوصله و تحمل کودک

1 Hess

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

پانزدهم	بازی هایی با هدف تحریکات شنیداری و ایجاد لذت همراه با کار نمادین صورت می گیرد. گفتار آهنگین شاد و بازی گونه و تلاش برای مبادلات صورتی-کلامی و تقویت پاسخ های مبادلات کلامی
شانزدهم	طراحی بازی های چند مرحله ای حرکتی متناسب با میل کودک و جلب مشارکت حداکثری در ترکیب کردن و ساختن استفاده از اجزا جداگانه و ابزار جداگانه برای رسیدن به هدف و میلی که کودک به دنبال آن است
هفدهم	استفاده از بازی های نمادین به کمک ماکت حیوانات و عروسک در انتقال حس گرسنگی، درد و نیاز به کمک و جلب توجه و کمک دهی از طرف کودک و طرح ریزی چند حرکت قبل از عمل و تکرار کلامی آن و شروع به اقدام کردن به کمک کودک، جلب مشارکت حداکثری کودک
هجدهم	تمرین پل زدن بین دو یا چند ایده، بیان کلامی و غیرکلامی با هیجان متناسب و انجام عملی آنها از زبان عروسک ها، بیان علت ها و دقت در مبادلات دوسویه و ارتباط چشمی-هیجانی و ارتباط صمیمانه مستمر
نوزدهم	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 در عین حال سوال و جواب و ایجاد زمینه های گفتار متناسب و بازخورد زیاد هیجانی توام با لذت به کودک، ایفای نقش های مادر، پدر، پزشک، راننده توسط کودک و تقاضای متناسب از او
بیستم	بررسی پیشرفت کودک با مادر، جمع بندی مطالب جلسات گذاشته، نتیجه گیری و اجرای پس آزمون

یافته ها

در گروه بازی درمانی فلورتایم دختر (۴۰ درصد) و ۹ پسر (۶۰ درصد) و کنترل ۷ دختر (۴۶/۷ درصد) و ۸ پسر (۵۳/۳ درصد) جای گرفتند. میانگین سنی در گروه کنترل ۷/۶ سال با انحراف انحراف استاندارد ۱/۴۵ و در گروه آزمایش میانگین سنی ۷/۸۲ با انحراف معیار ۱/۰۱۲می‌باشد. داشتند. در گروه کنترل ۱۲ نفر ۷ تا ۷/۵ سال، ۲ نفر ۷/۵ تا ۸ سال و ۱ نفر ۸ تا ۸/۵ سال داشتند. در گروه بازی درمانی فلورتایم میزان تحصیلات مادر ۳ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم(۲۰)، ۱۰ نفر دیپلم (۶۶/۶۷ درصد) و ۲ نفر بالاتر از دیپلم (۱۳/۳۳ درصد) بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات مادر ۲ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۱۲ نفر دیپلم (۸۰ درصد)و ۱ نفر بالاتر از دیپلم (۶/۶۷) بود.

جدول(۲). مقادیر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پرسشنامه علائم اوتیسم

متغیر	آزمایش				کنترل			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	**انحراف معیار**
رفتارهای کلیشه‌ای	۱۵/۵۳	۰/۹۹۰	۱۳/۵۳	۰/۹۱۵	۱۶/۴۷	۱/۱۸۷	۱۶/۴۷	**۰/۹۱۵**
مشکلات ارتباطی	۱۸/۲۷	۱/۰۳۳	۱۵/۲۷	۱/۵۳۴	۱۸/۲۷	۱/۱۶۳	۱۸/۳۳	**۱/۲۳۴**
تعاملات اجتماعی	۱۷/۰۷	۱/۳۳۵	۱۴/۳۳	۱/۵۴۳	۱۶/۸۷	۱/۴۰۷	۱۷/۱۳	**۱/۳۰۲**
علائم اوتیسم	۵۱/۸۷	۱/۵۹۸	۴۳/۱۳	۲/۰۶۶	۵۱/۶۰	۱/۵۹۵	۵۱/۹۳	**۱/۹۰۷**
ارزیابی مجدد	۱۲/۶۷	۱/۳۴۵	۱۵/۴۷	۱/۳۵۶	۱۳	۱/۵۸۸	۱۳/۴۰	**۱/۱۲۱**
فرونشانی هیجانی	۱۴/۷۳	۱/۱۶۳	۱۱/۸۷	۱/۰۶۰	۱۵/۰۷	۱/۰۳۳	۱۴/۶۷	**۱/۰۴۷**
تنظیم هیجان	۲۱/۹۳	۱/۵۸۰	۲۷/۶۰	۱/۲۹۸	۲۱/۹۳	۱/۷۱۰	۲۲/۷۳	**۱/۴۸۶**

با توجه به جدول۲ میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تغییراتی داشته است. نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش در مولفه های رفتارهای کلیشه ای، مشکلات ارتباطی، تعاملات اجتماعی، علائم اوتیسم، فرونشانی هیجانی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است. همچنین نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش در مولفه های ارزیابی مجدد و تنظیم هیجان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

قبل از انجام تحلیل های آماری، پیش فرض های آماری مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا پیش فرض نرمال بودن توسط آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن نشان داد که سطح معناداری برای همه متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نیستند (P>۰/۰۵) و فرض نرمال بودن توزیع داده ها برقرار است. همچنین پیش فرض‌های آماری تساوری واریانس ها نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج ان نشان داد مقدار P در تمام متغیرها بیشترا ز ۰/۰۵ است، بنابراین فرض همسانی واریانس های تمام متغیرها تایید می‌شود. همچنین نتایج پیش فرض همگونی ضریب رگرسیون نشان داد که مقدار P در تمام متغیرها کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین فرض همگونی ضریب رگرسیون تایید نمی‌شود. بر اساس آزمون باکس برای متغیرها معنی‌دار نیست و شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است (p=۰/۹۵۳، F=۰/۱۱۲، BOX=۰/۳۶۳). همچنین آماره F آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرها در گروه‌های پژوهش برای تمامی مولفه ها معنادار نمی‌باشد و نشان می‌دهد که واریانس خطاهای متغیرها در گروه‌ها همگن می‌باشد.

جدول (۳). نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری

نام آزمون	مقدار	مقدار آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۲۷	۱۵۹/۴۸۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۷۳	۱۵۹/۴۸۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
آزمون اثر هتلینگ	۱۲/۷۵۸	۱۵۹/۴۸۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
بزرگترین ریشه روی	۱۲/۷۵۸	۱۵۹/۴۸۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که آزمون های اثر پیلایی،لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و نیز بزرگترین ریشه روی معنی دار می-باشند(P<۰/۰۰۱). بنابراین بین دو گروه آزمایش و گروه گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته(ارزیابی مجدد، فرونشانی هیجانی، رفتارهای کلیشه ای، مشکلات ارتباطی و تعاملات اجتماعی) تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت بررسی چگونگی این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری(ANCOVA) در متن مانکوا بر روی متغیرهای وابسته انجام شده است.

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای ارزیابی مجدد، فرونشانی هیجانی، رفتارهای کلیشه ای، مشکلات ارتباطی و تعاملات اجتماعی با کنترل پیش آزمون‌ها را در گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول(۴). نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها

مولفه		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
ارزیابی مجدد	پیش آزمون	۰/۹۸۲	۱	۰/۹۸۲	۱/۴۳۸	۰/۲۴۳	۰/۰۵۹
	گروه	۳۸/۶۹۷	۱	۳۸/۶۹۷	۵۶/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
فرونشانی هیجان	پیش آزمون	۲/۰۱۹	۱	۲/۰۱۹	۱/۹۸۷	۰/۱۷۲	۰/۰۸۰
	گروه	۴۸/۸۷۴	۱	۴۸/۸۷۴	۴۸/۱۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷۷
رفتارهای کلیشه ای	پیش آزمون	۲/۴۴۳	۱	۲/۴۴۳	۳/۲۶۷	۰/۰۸۴	۰/۱۲۴
	گروه	۶۳/۵۸۵	۱	۶۳/۵۸۵	۸۵/۰۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
مشکلات ارتباطی	پیش آزمون	۰/۱۵۳	۱	۰/۱۵۳	۰/۰۸۲	۰/۷۷۷	۰/۰۰۴
	گروه	۶۵/۹۴۵	۱	۶۵/۹۴۵	۳۵/۲۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
تعاملات اجتماعی	پیش آزمون	۰/۲۲۶	۱	۰/۲۲۶	۰/۱۵۲	۰/۷۰۰	۰/۰۰۷
	گروه	۶۱/۸۷۳	۱	۶۱/۸۷۳	۴۱/۴۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴

با توجه به نتایج جدول ۳، مقادیر F تحلیل کوواریانس تک متغیری در متغیرهای ارزیابی مجدد(P<۰/۰۰۱، F=۵۶/۶۶۶)، فرونشانی هیجانی (P<۰/۰۰۱، F=۴۸/۱۰۹)، رفتارهای کلیشه‌ای(P<۰/۰۰۱، F=۸۵/۰۲۹)، مشکلات ارتباطی(P<۰/۰۰۱، F=۳۵/۲۵۵) و تعاملات

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

اجتماعی(P<۰/۰۰۱، F=۴۱/۴۵۷) معنادار می‌باشند. با توجه به این نتایج، بین میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای ارزیابی مجدد، فرونشانی هیجانی، رفتارهای کلیشه ای، مشکلات ارتباطی و تعاملات اجتماعی پس از کنترل نمرات پیش آزمون ها، در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به مقدار اندازه اثر « روش بازی فلورتایم » به ترتیب بیشترین اثربخشی را بر رفتارهای کلیشه ای(اندازه اثر= ۰/۷۸۷)، ارزیابی مجدد (اندازه اثر= ۰/۷۱۱)، فرونشانی هیجانی(اندازه اثر= ۰/۶۷۷)، تعاملات اجتماعی(اندازه اثر= ۰/۶۴۴) و مشکلات ارتباطی(اندازه اثر= ۰/۶۰۵) داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی پروتکل بازی درمانی فلورتایم بر تنظیم هیجان و شدت علائم اوتیسم کودکان مبتلا به اوتیسم بود.نتایج به دست آمده نشان داد که روش بازی فلورتایم باعث بهبود تنظیم هیجان مولفه‌های آن و شده است. نتیجه پژوهش با پژوهش حسین جانی و زمستانی (۱۴۰۲)، دیویا و همکاران (۲۰۲۳) نادری اصل و کدخدایی (۱۴۰۲)، سونگ و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان اذعان کرد که روش فلورتایم بر پایه نظریه‌های روانشناسی مثبت‌گرا و رویکرد انسان‌گرایانه استوار است. این رویکرد بر این باور است که انسان‌ها از پتانسیل رشد و خودشکوفایی برخوردارند و بازی می‌تواند زمینه‌ای برای بروز این پتانسیل‌ها باشد. بازی به افراد امکان می‌دهد تا احساسات و هیجانات خود را به شکلی نمادین و غیرتهدیدکننده بیان کنند. این امر به آنها کمک می‌کند تا با هیجانات خود ارتباط برقرار کنند، آنها را بشناسند و درک کنند (برقی و همکاران،۲۰۲۳). یکی از مؤلفه‌های اصلی تنظیم هیجانی، شناسایی و آگاهی از هیجانات است. افرادی که قادر به شناسایی و درک احساسات خود نیستند، نمی‌توانند آنها را به درستی مدیریت یا تنظیم کنند. روش فلورتایم با فراهم کردن فضایی امن و بدون قضاوت، به افراد کمک می‌کند تا احساسات خود را بیان کنند و از این طریق، آگاهی هیجانی آنها افزایش می‌یابد. این آگاهی، زمینه‌ساز تنظیم هیجانی بهتر است (ژیانگ و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، در روش فلورتایم، افراد از طریق بازی‌های خلاق و سازنده، مهارت‌های جدیدی را برای بیان و مدیریت هیجانات خود کسب می‌کنند. آنها می‌آموزند که چگونه احساسات خود را به شیوه‌ای سالم و مثبت بیان کنند، بدون اینکه نیاز به سرکوب یا انکار آنها داشته باشند. این امر به کاهش استرس، اضطراب و افسردگی کمک می‌کند و از بروز یا تشدید علائم روانشناختی پیشگیری می‌کند (کارگر قنات النوج و همکاران، ۱۴۰۲). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که بازی‌درمانی می‌تواند به بهبود تنظیم هیجانی و کاهش علائم اضطراب، افسردگی و مشکلات رفتاری در کودکان و بزرگسالان کمک کند. این روش‌ها با فراهم کردن فضایی امن و غیرتهدیدکننده، به افراد اجازه می‌دهند تا احساسات خود را بیان کنند و مهارت‌های جدیدی برای مدیریت هیجانات کسب کنند (حسین جانی و زمستانی، ۱۴۰۲). در بزرگسالی نیز، بازی می‌تواند نقش مهمی در رشد و سازگاری داشته باشد. بازی‌های خلاق و سازنده، فضایی امن برای بیان احساسات و کسب مهارت‌های جدید فراهم می‌کنند. این امر به افراد کمک می‌کند تا تنظیم هیجانی بهتری داشته باشند و از بروز یا تشدید علائم روانشناختی پیشگیری کنند (گیبسون و همکاران، ۲۰۲۱). در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که روش بازی فلورتایم، با تکیه بر نقش طبیعی و ذاتی بازی در رشد انسان، می‌تواند به بهبود تنظیم هیجانی و کاهش شدت علائم روانشناختی کمک کند. این روش با فراهم کردن فضایی امن و غیرتهدیدکننده، به افراد امکان می‌دهد تا احساسات خود را بیان کنند، آگاهی هیجانی خود را افزایش دهند و مهارت‌های جدیدی برای مدیریت و تنظیم هیجانات کسب کنند. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات در زمینه بازی‌درمانی و تنظیم هیجانی همخوانی دارد و از لحاظ علمی، با توجه به نقش بازی در رشد و تکامل انسان قابل توجیه است.

از سویی دیگر نتایج نشان داد که روش بازی فلورتایم باعث کاهش شدت علائم و مولفه‌ها آن شده است. و نتیجه پژوهش با پژوهش‌های بداغی و همکاران (۱۴۰۰)، والش و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. بازی درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزار طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان روش درمانی وی به کار گرفته می‌شود تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. در حقیقت بازی در درمان کودکان یک وسیله و ابزار ارتباطی است که با کلمات یعنی وسیله ارتباط بزرگسالان قابل مقایسه است. انواع بازی و اسباب بازی، کلمات کودکان هستند و اگر آنها به دقت انتخاب شوند، می‌توانند فرصتی برای کودکان فراهم آورند تا احساسات و مشکلات وخود را همانگونه که تجربه کرده‌اند بیان دارند (امامیان و طاهر، ۱۴۰۰). درمانگرانی که از بازی درمانی استفاده می‌کنند، معتقدند این روش به کودک اجازه می‌دهد جان را در مقیاسی کوچکتر با دستان خود بسازد و تحت نفوذ خود درآورد، کاری که در محیط پیرامون هرروز کودک امکان‌پذیر نیست (حاج جباری و وطن خواه، ۱۳۹۷). درمان فلورتایم یک درمان کودک محور است تحول هیجانی کودک را

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

مورد هدف قرار می دهد ناتوانی کودک در برقراری روابط صمیمانه و نزدیک تبادل اشاره‌های هیجانی به شیوه‌ای پیوسته و به کارگیری واژه‌ها و نمادها همراه با قصد هیجانی به عنوان نشانه‌های اولیه و هدف اصلی درمان است در نتیجه بهبود آنها نشان‌های رفتاری نیز کاهش می‌یابد (فولادی و همکاران، ۲۰۲۲). درمانگران در بازی که کودک به آن علاقمند است شرکت می‌کنند و در گیر می‌شوند در این فرآیند تلاش درمانگر این است که پنجره های ارتباطی خود را با کودک باز کند تا به کودک مهارت‌های اجتماعی و نحوه ارتباط درست با اطرافیانش را یاد بدهد (بلوگان آبادی و عرفان‌فر، ۲۰۲۲).

به عنوان نتیجه نهایی و با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به اثرهای منفی داروهای شیمیایی که در درمان این اختلال به کار می‌رود، که برای سلامت روانی و عملکرد موفقیت‌آمیز کنش روانی است و نتیجه آن فعالیت‌های ثمربخش، روابط رضایت بخش با دیگران، توانایی سازگاری با تحولات و کنار آمدن با ناملایمات است. بنابراین می‌توان گفت که انجام روش بازی درمانی فلورتایم در نتیجه آن کاهش یافتن مشکلات کودکان اوتیستیک در ابعاد مختلف می‌تواند از نگرانی و افسردگی و فشارهایی که بر والدین وارد می‌شود، بکاهد و سبب بهبود سلامت روان آنان شود.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های دیگر نیز محدودیت‌های همراه بوده است از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه کم، روش نمونه گیری هدفمند و عدم دوره پیگیری اشاره نمود .بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی، با تعداد نمونه بیشتری پژوهش‌های مشابه اجرا شوند و همچنین از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و برای اطمینان از اثربخش بودن مداخله، دوره پیگیری را در پژوهش قرار دهند. همچنین به برنامه ریزان و مسئولان مراکز خدمات روانشناسی پیشنهاد میگردد در مراکز رواندرمانی و توان بخشی از روش فلورتایم با توجه به ارزیابی دقیق و داشتن برنامه نظام‌مند در حیطه مهارت‌های زبانی برای کودکان اوتیسم به کار گرفته شود.

منابع

احمدی،س.ج.، صفری، ط.، همتیان،م.، خلیلی،ز. (۱۳۹۱). راهنمای آزمون تشخیصی اوتیسم گیلیام (نسخه فارسی)، [برای] مرکز آموزش و توان بخشی کودکان اوتیسم اصفهان، چاپ اول، انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان. https://www.isba.ir/Default/BookDetail

امامیان، م.، و طاهر، م. (۱۴۰۰) مقایسه اثربخشی بازی درمانی فلورتایم و درمان نوروفیدبک همراه با تمرین‌های شناختی رایانه ای بر تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. *رویش روان شناسی*. ۱۰ (۱۰) :۱۷۲-۱۶۱.20.1001.1.2383353.1400.10.10.8.6

بداقی مظاهر، پیرانی، ذ.، و تقوایی، د. (۱۴۰۰). اثربخشی بازی‌درمانی فلورتایم بر مدیریت هیجان، خودکنترلی و کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلابه بیش فعالی/ نقص توجه. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۹ (۳) :۳۹۱-۳۸۱.20.1001.1.17352029.1400.19.3.1.2

حاج جباری، ص.، و وطن خواه، ح.ر. (۱۳۹۷).اثربخشی بازی های حسی- حرکتی خانواده محور با عروسک‌های دستی بر مهارت های کلامی و تعاملات اجتماعی کودکان اوتیسم در مرکز ندای عصر تهران. *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی*. ۲ (۶) :۱۱-۱.-۲۴۲-۱ URL: http://jnip.ir/article-fa.html

حسین جانی، ف.، و زمستانی، م. (۱۴۰۲). نقش میانجی‌گر عوامل فراتشخیصی تنظیم هیجان و عدم تحمل بلاتکلیفی در ایجاد آسیب‌های برون‌نمود در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *روانشناسی افراد استثنایی*, ۱۳(۵۰), ۱۸۷-۲۲۳. doi: 10.22054/jpe.2023.71240.2521

کارگر قنات النوج، م.، شهریاری، م.، و تجلی، پ. (۱۴۰۲). طراحی و تدوین برنامه ترکیبی مبتنی بر روش نظریه ذهن و روش فلورتایم و اثربخشی آن بر مهارت اجتماعی- ارتباطی و رفتارهای کلیشه‌ای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. *خانواده درمانی کاربردی، ۴(شماره ۳)*, ۴۱۰-۴۲۴. doi: 10.22034/aftj.2023.350968.1690

لطفی، م.، بهرامپوری، ل.، امینی، م.، فاطمی تبار، ر.، بیرشک، ب.، انتظاری، م.، و شیاسی، ی. (۱۳۹۸). انطباق پرسشنامه تنظیم هیجان برای کودکان و نوجوانان (ERQ-CA) به زبان فارسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۹ (۱۷۵)، ۱۱۷-۱۲۸.Doi: 10.32598/ijpcp.25.4.7

نادری اصل، ل .، و کدخدایی، م. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *فصلنامه مهارت های روانشناسی تربیتی*، دوره ۱۴، شماره ۴ - شماره پیاپی ۵۶، https://journals.iau.ir/article_709652.html

نوری مطلق، ز.، میرزایی، س. ع.، ملکی، م.، کفاشیان، م.ر. (۱۴۰۲). بررسی ارتباط بین مواجهه زیست محیطی مادران باردار با آفت کش ها و اختلالات اوتیسم در کودکان: یک مطالعه مروری نظام مند. *دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۱۴۰۲ (۱)IR.MEDILAM.REC.1399.171

طباطبائی نوائی نوبری، پ.، سلیمانی، م.، شالچی، ب. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پاسخ‌محور و تحلیل رفتار کاربردی بر شدت علائم و کارکردهای اجرایی کودکان اوتیسمی. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*. ۹ (۲) :۳۴-۲۲.http://dx.doi.org/10.52547/shefa.9.2.22

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]

Barghi, F., Safarzadeh, S., Marashian ,F .S., Bakhtiarpour, S.(2024). Effectiveness of DIR/Floor Time Play Therapy in Social Skills and Emotion Regulation of Children with Autism Spectrum Disorder. *Middle East J Rehabil Health Stud.* 11(2):e138491. https://doi.org/10.5812/mejrh-138491.

Bolghan-Abadi, M., & Erfanyfar, B. (2022). Effectiveness of floor time play therapy on the oppositional defiant and hyperactivity disorders on reducing of preschool children. *Biannual Journal of Applied Counseling*, *11*(2), 1-20. doi: 10.22055/jac.2021.38375.1828

Brittany, M,. John, St., and Karla K A .(2024). The characterization of feeding challenges in autistic children,*Sage Journals*. https://doi/abs/10.1177/13623613241227518

Burke, H K., Burke,L., Hacker,C,. Lane,S.(2024). Nature-Based Pediatric Occupational Therapy: A Scoping Review, *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics* , 44(1).
https://doi.org/10.1080/01942638.2023.2204924

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Autism Spectrum Disorder (ASD). https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html

Ding, N., Fu, L., Qian, L. *et al.* (2024).The correlation between brain structure characteristics and emotion regulation ability in children at high risk of autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*). https://doi.org/10.1007/s00787-024-02369-y

Divya ,KY., Begum, F., John ,SE., Francis, F.(2023). DIR/Floor Time in Engaging Autism: A Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 28(2):132-8. [PubMed ID: 37332371]. [PubMed Central ID: PMC10275467]. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_272_21.

Elbeltagi R, Al-Beltagi M, Saeed NK, Alhawamdeh R. Play therapy in children with autism: Its role, implications, and limitations. *World J Clin Pediatr*. 2023;12(1):1-22. [PubMed ID: 36685315]. [PubMed Central ID: PMC9850869]. https://doi.org/10.5409/wjcp.v12.i1.1.

Fuladi, A., Shokri, , Mohammad Abadi, F., Ashuri, J.(2022). Comparison of the effectiveness of applied behavior analysis and play therapy on increasing the social skills of mildly mentally retarded children. *Scientific Journal of Social Psychology*, 10(65): 79-94. https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_697789.html

Gibson ,JL., Pritchard, E., de Lemos, C.(2021). Play-based interventions to support social and communication development in autistic children aged 2-8 years: A scoping review. *Autism Dev Lang Impair*. 6:23969415211015800. [PubMed ID: 36381525]. [PubMed Central ID: PMC9620698]. https://doi.org/10.1177/23969415211015840.

Gilliam, J. E. (1995). Gilliam Autism Rating Scale. Austin, TX: Pro-Ed.

Hess, E. B. (2015). A developmental/relational play therapy approach toward the treatment of children with developmental delays, including autism spectrum disorder (ASD) and sensory processing challenges. In K. J. O'Connor, C. E. Schaefer, & L. D. Braverman (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 357-379). New York: John Wiley & Sons.

Huang, CY., Chen, KS., Lee, KY. *et al.* (2024).Different autism measures targeting different severity levels in children with autism spectrum disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 274, 27–33 (2024). https://doi.org/10.1007/s00406-023-01673-z

Keefer, A., Singh, V., Jang, Y.S. *et al.*(2024). Exploring the Symptom Profiles of Intolerance of Uncertainty in Autistic Children. *J Autism Dev Disord* 54, 121–130 (2024). https://doi.org/10.1007/s10803-022-05744-3

Lopez-Nieto, L., Compan-Gabucio, LM., Torres-Collado, L., Garcia-de la Hera M. (2022).Scoping Review on Play-Based Interventions in Autism Spectrum Disorder. *Children (Basel)*. 9(9). [PubMed ID: 36138664]. [PubMed Central ID: PMC9497526]. https://doi.org/10.3390/children9091355.

Sung ,Y-S.,Chi,I-J,.Chu,S-Y,.Linn,L-Y(2024).Factors associated with emotion regulation in young autistic children: a scoping review, *International Journal of Developmental Disabilities Latest Articles*, https://doi.org/10.1080/20473869.2023.2301194

Walker, K. L. A., & Ray, D. C. (2024). Outdoor child-centered play therapy: A pilot study on outcomes. *International Journal of Play Therapy*, *33*(1), 52–63. https://doi.org/10.1037/pla0000213

Walsh, MJ., Baxter, LC., Smith, CJ., Braden, BB.(2019). Age group differences in executive network functional connectivity and relationships with social behavior in men with autism spectrum disorder. *Research in autism spectrum disorders*. 63: 63-77. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.02.008

Xiang X., Yang T., Chen J., Chen L., Dai Y., Zhang J., Li L., Jia F., Wu L., Hao Y., Ke X., Yi M., Hong Q., Chen J., Fang S., Wang Y., Wang Q., Jin C., Li T. (2023). Association of feeding patterns in infancy with later autism symptoms and neurodevelopment: A national multicentre survey. *BMC Psychiatry*, 23(1), 174. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04667-2

Zarrabi moghadam ,Z., & Aminyazdi, A. (2015). Pattern Play Therapy (Floortime) Nature-based interventions for children in the autism spectrum. *International Conference on Humanities, psychology and social sciences*. Iran, Tehran.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-11-01]