

بررسی اثر بخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر DIR بر بهبود کمرویی کودکان پیش دبستانی

زینب ضرابی مقدم^۱، سیدامیر امین یزدی^۲

چکیده

مقدمه: احساس کمرویی یکی از مشکلاتی است که اغلب کودکان آن را تجربه می‌کنند. تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد تحولی-تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR) بر بهبود کمرویی کودکان پیش دبستانی اجرا شد.

روش بررسی: جامعه آماری کلیه کودکان پیش دبستانی شهر مشهد بودند که با توجه به نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی ۳۰ کودک با توجه به مقیاس کمرویی توسط چیک - بریگز انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و آزمایش جایگذاری شدند (۱۵ آزمایش، ۱۵ کنترل). گروه آزمایش، بازی درمانی فلورتایم را طی هشت هفته، هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه دریافت کردند. نتایج با توجه به طرح پیش آزمون - پس آزمون و تحلیل آماری تی به دست آمد.

یافته‌ها: بررسی نمره‌های به دست آمده از کمرویی توسط چیک - بریگز در دو گروه آزمایش و کنترل و مقایسه آنها با هم نشان داد، بازی درمانی فلورتایم تأثیر معناداری بر میزان کمرویی کودکان پیش دبستانی دارد ($p < 0/005$)، و نتایج در گروه آزمایش بهبود قابل توجهی در نشانگان کمرویی نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش تغییرات چشمگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان داد، همچنین اثر بخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر DIR را بر بهبود کمرویی کودکان پیش دبستانی تأیید می‌کند. بر این اساس می‌توان با مداخلاتی همچون بازی درمانی با توجه به رویکردهای تحولی این اصل مهم در روابط بین فردی کودک را بهبود بخشید.

کلمات کلیدی: بازی درمانی، کمرویی، کودک

مقدمه

احساس کمرویی یکی از مشکلاتی است که اغلب کودکان آن را تجربه می کنند. کمرویی در اغلب موارد رفتاری طبیعی و زودگذر است اما برای کودکی که در روابط خود با سایر مردم شرایط اجتماعی و دیگر جنبه های مهم زندگی تداخل ایجاد می کنند یک مشکل است [۱]. این مشکل فردی که ناشی از شرم شدید، عزت نفس پایین و ترس از ترد شدن در محیط های اجتماعی ناآشناست، سبب اضطراب و ناراحتی در موقعیت های اجتماعی به خصوص هنگام ارزیابی از سوی اشخاص مهم، ترس از ارزیابی منفی از سوی دیگران و بازداری اجتماعی شده و مانع از ارتباطات مؤثر از محیط های اجتماعی می شود. اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شایع ترین اختلال های کودکی و نوجوانی است. با گذشت زمان کیفیت زندگی افراد کمرو را کاهش می دهد [۲]. این اختلال در کودکان با نشانه هایی مانند کمرویی افراطی، کناره گیری از تماس با دیگران و تمایل نداشتن به بازی گروهی ظاهر می شود. چنانچه کمرویی به عنوان یک مشکل فردی شایع شود، می توان آن را بیماری اجتماعی نامید، زیرا موجب اضطراب اجتماعی، هراس اجتماعی، عدم اعتماد به نفس، ضعف در مهارت های اجتماعی و عدم سازگاری با جمع می شود [۳].

توجه به مهارت های شناختی اجتماعی و کلامی در بهبود کمرویی اهمیت ویژه ای دارد و می توان یکی از عوامل بهبود کمرویی کودکان در تحقیق حاضر را بهبود مهارت های اجتماعی آنان در اثر تعامل گروهی برقرار شده در بازی های جسمانی دانست. محققان عقیده دارند صلاحیت در تعاملات مشترک با سایرین به محدوده ای از مهارت های شناختی، اجتماعی و کلامی نیاز دارد و محیط های مختلف برای ایجاد شرایط مناسب جهت رشد اجتماعی کودکان اهمیت دارد. از لحاظ فیزیولوژی ترشح هورمون هایی نظیر سروتونین، اکسی توسین و بتا اندورفین از طریق کاهش اضطراب به رفع

کمرویی کمک می کند [۴].

با توجه به فرضیه زیملاردو^۱ [۵] دو نوع کمرویی وجود دارد: کمروهای درونگرا که ترجیح می دهند تنها باشند و بدون مهارت های اجتماع باشند و کمروهای برونگرا که تمایل دارند با دیگران ارتباط برقرار کنند، اما آنها هم مهارت های اجتماعی ندارند و در موقعیت های اجتماعی، آشفتگی درونی و اختلالات شناختی را تجربه می کنند. زیملاردو [۶] کمرویی را در سه سطح معرفی کرده است: در سطح رفتاری که در این سطح افراد کمرو بلاغت کلام ندارند، با صدای کوتاه صحبت می کنند و رفتارهای بازداری، کناره گیری و خجالت از خود نشان می دهند. در سطح عاطفی دارای عزت نفس پایین، نگران و افسرده اند، و در سطح شناختی ترس از ارزیابی منفی دارند.

نیاز به بازی از جمله اساسی ترین و طبیعی ترین نیازها در زندگی کودکان است. از طریق بازی، مشکلات اخلاقی و اجتماعی کودکان ممکن است حذف شود یا کاهش یابد، زیرا بازی جسمانی، پایگاهی برای فراگیری مهارت های اجتماعی است. رویکرد تحولی - تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR)^۲ به عنوان چهارچوبی یکپارچه نگر به تحول روان شناختی انسان تلاش دارد تا با استفاده از آخرین یافته های علوم عصبی - شناختی، روانشناسی تحولی، زبان شناسی، ارتباطات و تجربیات بالینی مدل جامعی از «رشد انسان» ارائه دهد که در آن چگونگی تحول یکپارچه انسان توصیف و تبیین شود [۷]. در این الگو عوامل زیستی و روانی به طور مشترک در رشد انسان عمل می کنند و درست شبیه نمایش، هر یک از آنها بر دیگری اثر می گذارد [۸]. مدل درمانی DIR توسط گرینسپین در دهه ۱۹۸۰ برای درمان کودکان دچار تأخیرهای تحولی طراحی شده است [۹]. این رویکرد که برای سنجش و درمان، چارچوبی تحولی فراهم می آورد و فراهم نمودن تجارب تحولی مورد نیاز کودک را هدف قرار می دهد تا از طریق تعامل های عاطفی متناسب با ویژگی های زیستی منحصر به فرد کودک

1. Zimbardo

2. Developmeant Individual Relationship

توانمندی‌های هوشی و هیجانی او را بهبود بخشد [۱۰]؛ بنابراین هدف اولیه درمان، کمک به کودک در دستیابی به توانمندی‌های تحولی مهمی است که به سبب اختلال تحولی‌اش نتوانسته به دست آورد [۱۱]. این درمان کودکان را قادر می‌سازد تا به حس شخصی از خودشان به عنوان اشخاصی تعاملی و دارای اراده دست یابند و توانمندی‌های اجتماعی، شناختی و زبانی را که از این احساس ارادی ایجاد می‌شوند، گسترش دهند. بر این اساس درمان DIR برای ارتقاء مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی و زبانی کودکان از طریق تعامل معنادار، طراحی شده است [۹] محور درمان DIR، فلورتایم^۱ است [۱۲]. این برنامه همانند درمان‌های سنتی به طور ویژه حوزه‌هایی مثل رشد گفتاری، یا رشد حرکتی را هدف قرار می‌دهد. محور این مداخله شیوه‌ای است که هیجان‌های طبیعی کودک و تعامل‌های هیجانی او توانایی‌های هوشی، زبانی، شناختی و نیز مهارت‌های خودتنظیمی و اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۱۳]. بنا به گفته ویدر [۱۰]، «فلورتایم به وسیله کودک رهبری می‌شود. جایی که مراقب، علایق کودک را دنبال می‌کند و جریان پیوسته تعاملات را با به کارگیری اشارات هیجانی که کودک را آرام و مجذوب می‌کند، ارتقاء می‌بخشند». فلورتایم به تقویت رشد یکپارچه کردن جنبه‌های مختلف تجارب کودکی (فیزیکی، هیجانی، تعاملی و خانوادگی) می‌پردازد همچنین در فلورتایم بزرگسالان از دستورهای کودک تبعیت نموده و تا حد ممکن از علایق کودک آگاه می‌شوند و سعی می‌نمایند به گونه‌ای پاسخ دهند که موضوع‌های موردنظر کودک را حمایت و تقویت نمایند [۱۲]. در فلورتایم، تأکید بر ارتقاء توانمندی‌های تحولی مانند قصدورزی، تقابل، جریان مداوم تعامل هدفمند، تفکر منطقی و نمادین، جذب شدن و همدلی است. به عبارتی دیگر، در این برنامه فعالیت مورد علاقه کودک (بازی) به منظور گسترش مهارت‌های اجتماعی مثبت به کار بسته می‌شود. با دنبال کردن

علایق کودک، والدین بر آنچه کودک انجام می‌دهد سرمایه‌گذاری می‌کنند تا تعامل بیشتری را برانگیزانند. بنیادی‌ترین قاعده فلورتایم، قاعده جذب شدن کودک در تعاملاتی است که شش توانمندی تحول بنیادی را برمی‌انگیزد. در فلورتایم، تأکید بر ارتقاء توانمندی‌های تحولی مانند قصدورزی، تقابل، جریان مداوم تعامل هدفمند، تفکر منطقی و نمادین، جذب شدن و همدلی است. این توانمندی‌های تحولی مبنای عملکرد، یادگیری و ارتباط با دیگران به شیوه‌ای معنادار هستند [۱۳]. به عبارتی دیگر، در این برنامه فعالیت مورد علاقه کودک (بازی) به منظور گسترش مهارت‌های اجتماعی مثبت به کار بسته می‌شود. با دنبال کردن علایق کودک، والدین بر آنچه کودک انجام می‌دهد سرمایه‌گذاری می‌کنند تا تعامل بیشتری را برانگیزانند. این پیشرفت تعاملی منجر به رشد هیجانی در کودک می‌شود [۱۴]. در واقع فلورتایم فرایند افزایش تدریجی تحمل کودک از طریق بازی است. در آغاز جذب نمودن کودک و تشویق او به تعامل، نیاز به تلاش بیشتری دارد. این فرایند بسیار آهسته پیش می‌رود، اما با گذشت زمان و صبر، کودک جذب شدن را آغاز خواهد نمود [۱۱]. مدل DIR فلورتایم نقش ضروری علایق و هیجانات طبیعی کودک در شکل‌دهی تعاملاتی است که بخش‌های مختلف مغز را قادر به کارکردی یکپارچه و ایجاد سطوح بالاتر از ظرفیت‌های فکری، اجتماعی و عاطفی می‌کند. هدف فلورتایم کمک به کودک در رسیدن به نقش مرحله تکاملی در رشد عاطفی و ذهنی است و همان‌طور که توضیح داده شد، کودکی که بتواند مراحل تکاملی خود را به خوبی پشت سر بگذارد و از این مسیر منحرف نشود به سلامت روان دست خواهد یافت [۱۴].

اولین مطالعه برای نشان دادن اثربخشی فلورتایم در سال ۱۹۷۷ توسط گرینسپن و ویدر انتشار یافت. ۲۰۰ کودک ۲۲ ماهه تا ۴ ساله مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به مدت دو تا پنج سال تحت این درمان قرار گرفتند، نتایج حاکی از آن است که

در نشانه‌های ۸٪ کودکان، بهبودی حاصل شد. داین و مارتینی^۱ نیز در سال ۲۰۱۱ این نوع درمان را با همکاری مادر یک کودک مبتلا به اوتیسم بر روی او اجرا کردند و نتایج از نظر آماری اثربخشی آن را نشان داد. سولومون و همکاران [۱۵]، برنامه‌ای ارزیابی پروژه بازی را بر ۶ مبنای DIR طراحی و در خصوص ۶۸ کودک مبتلا به اوتیسم با سن تقویمی ۶ تا ۱۸ سال اجرا نمودند. در این پژوهش بازی درمانی فلورتایم را به منظور ارتقاء تعامل اجتماعی و مهارت‌های بازی بر روی کودکان اوتیسم به کار بردند. در این تحقیق مقیاس تحول هیجانی- کارکردی قبل و بعد از مداخله اجرا شد. ۴۵٪ از ۶۸ کودک اوتیسم بر اساس نتایج مقیاس تحول هیجانی- کارکردی پیشرفت خوب و یا بسیار خوب داشتند و ۹۰٪ والدین نیز از برنامه راضی بودند. رایپین و همکاران [۱۶]، نیز در تایلند اثربخشی روش درمانی فلورتایم بر روی اوتیسم را در گزارشی موردی بررسی نمودند. این مطالعه در مورد دو کودک ۴۶ و ۵۴ ماهه مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا صورت پذیرفت. این کودکان ۱۲ جلسه هفتگی درمان دریافت کردند. نتایج درمان که با مشاهده کیفی پژوهشگر سنجیده شد، اثربخشی مطلوبی را نشان داد. همچنین در ایران پژوهشی اخیراً صدری [۱۴] انجام داده است که اثربخشی فلورتایم را بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌جویی و کاهش استرس مادران سنجیده است، تحلیل نتایج به دست آمده به شیوه ناپارامتری، نشان داد که مدل درمانی رویکرد DIR، یعنی بازی درمانی فلورتایم، باعث کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌جویی کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل و همچنین کاهش استرس مادران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود که نشان از تأثیر این نوع بازی درمانی بر کودکان و مادران دارد. ضرابی مقدم [۱۷]، مدل درمانی ارائه داد با هدف ارتقاء رشد هیجانی کارکردی و کاهش نشانگان کودکان اوتیسم بر مبنای رویکرد فلورتایم به نحوی که این کودکان بتوانند ارتباط

مؤثرتری با اطرافیان و محیط خود برقرار کنند و نتایج پژوهش تأثیر این نوع بازی درمانی را نشان داد. بر اساس منطق رویکرد تحولی رشد یکپارچه که مبتنی بر ارتباط است، کودک از طریق فضای بازی و ارتباط با والدین می‌تواند مشکلات اساسی از قبیل تحریک‌پذیری، بیش‌واکنشی حسی و دیگر مشکلات خودتنظیمی خود را کنترل کند.

کیانفر (۱۳۹۱) به نقل از صدری [۱۴] پژوهشی بروی کودکان سه تا شش ساله دارای نشانه‌های پرخاشگری پژوهشی انجام داد. در این پژوهش کودکان پرخاشگر در ۳ گروه قرار گرفتند. نتایج این تحقیق اثربخشی بازی درمانی فلورتایم را به کاهش پرخاشگری این کودکان، در مقایسه با آموزش تئوری ذهن و گروه کنترل نشان داد. مصطفوی و همکاران [۱۸] برای بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های بازی درمانی بر روابط والد-کودک، ۶ نفر از مادران کودکان پیش‌دبستانی ۶ تا ۷ ساله را که در گروه آزمایش بودند پس از برگزاری ۱۰ جلسه ۶ ساعته آزمایش آموزش مهارت‌های بازی درمانی مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که آموزش مهارت‌های بازی درمانی به مادران، موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان گروه آزمایش شده است.

فرایند فلورتایم شامل ۵ مرحله است: ۱) مشاهده: مراقب یا شریک بازی به حالات چهره و بدن کودک نگاه می‌کند و به صداها و بیانات کودک گوش می‌دهد تا بهترین راه نزدیک شدن به او را مشخص کند؛ ۲) نزدیک شدن: باز کردن حلقه ارتباطی مراقب یا شریک بازی بر اساس خلق و سبک رفتاری ارتباطی کودک با استفاده از کلمات و حرکات مناسب است؛ ۳) دنبال کردن رهبری کودک: کودک تشویق می‌شود بازی را در عین حال که مراقب یا شریک بازی حمایت را فراهم می‌کند هدایت کند. در این مرحله کودک احساس گرم با دیگران و درک شدن را تجربه می‌کند؛ ۴) گسترش و توسعه بازی: مراقب یا شریک بازی نظرات دلگرم‌کننده در مورد بازی کودک می‌سازد و بازی کودک را بدون اعمال زور گسترش می‌دهد. هدف اصلی این مرحله کمک به کودک در بیان ایده‌هایش،

1. Dionne M & Martini R

بین سن ۴ تا ۶ ساله‌ای بودند که با توجه به غربالگری اولیه مصاحبه، مشاهده و انجام پرسشنامه مقیاس کمرویی نمره بالای ۴۲ را دارا بودند. ملاک خروج شامل عدم دریافت همزمان مداخله‌ای دیگر -دارو درمانی نداشته باشند- بود.

در این روش مداخله متخصص مربوطه که دوره‌های آموزشی و کارورزی لازم در رویکرد بازی درمانی فلورتایم را گذرانده بود مداخله خود را بر روی گروه آزمایش انجام داد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و از طرفی برای از بین بردن اثر یادگیری مداخله فلورتایم بر روی کودکان گروه آزمایش در محیطی مجزا از مهد انجام شد.

بعد از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌ها طبق برنامه بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد DIR، ۸ جلسه (هفته‌ای ۲ جلسه) برنامه درمانی را به مدت ۴۵ دقیقه دریافت کردند (جدول ۱). در مدل درمانی بازی درمانی فلورتایم کودک و مادر و درمانگر هر سه در جلسات درمانی حضور داشتند و به عبارتی یک مثلث شکل می‌گیرد که بر اساس تکنیک‌های خاص فلورتایم حلقه‌های ارتباطی بسته می‌شود. در جلسات درمانی در ابتدا کودکان با توجه به پرسشنامه کمرویی چیک - بریگز انتخاب شدند به عبارتی پیش‌آزمون گرفته می‌شود و در ادامه با حضور مادر تمام جلسات بازی درمانی برگزار گردید و در انتها مجدد پس‌آزمون گرفته شد.

در این پژوهش از مقیاس کمرویی توسط چیک - بریگز استفاده شد که در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است و از ۱۴ گویه و ۳ خرده مقیاس کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس (۴ سؤال)، پریشانی و دوری‌گزینی اجتماعی (۷ سؤال) و گستره کمرویی در ارتباط با افراد ناآشنا (۳ سؤال) تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان کمرویی به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نظری ندارم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» به ترتیب امتیازات ۱ الی ۵ در نظر گرفته می‌شود. در این پژوهش پرسشنامه توسط مادر تکمیل می‌شود. در پژوهش رجبی و عباسی (۱۳۸۹)، دامنه ضرایب

روشن کردن‌های تم‌های عاطفی دیگر و تحریک تفکر خلاق با پرسیدن سؤال است؛ ۵) کودک حلقه ارتباطی را می‌بندد: کودک وقتی حلقه ارتباطی را می‌بندد که نظرات و حرکات خود براساس نظرات و حرکات مراقب یا شریک بازی می‌سازد. تعامل با کودک اجازه می‌دهد حلقه‌های ارتباطی بسیاری در جلسات به سرعت باز و بسته شوند. هنگامی که بزرگسالان و کودک ایده‌ها و حرکاتشان را براساس یکدیگر ساخته‌اند، احساس قدردانی و ارزش ارتباط دو طرفه در کودک پدیدار می‌شود [۱۴].

با مطالعه مداخلات متفاوت برای بهبود کمرویی کودکان در می‌یابیم که مداخلات به کار شده شامل روان درمانی، روش‌های پزشکی و استفاده از دارو، الگوهای ارتباطی خانواده، تقویت مهارت‌های زندگی، ارتباط متقابل معلم و کودک، ایجاد رابطه‌های دوستانه و... بوده و کمتر از فعالیت‌هایی مانند بازی درمانی همراه با مادر استفاده شده است. با توجه به اهمیت رفع کمرویی و مهم بودن ارتباطات کلامی و غیرکلامی در کودکی برای تعاملات اجتماعی در بزرگسالی و همچنین حضور مادر برای اعتماد به نفس در کودکان در تحقیق حاضر برآنیم تا با هدف بررسی نقش بازی درمانی فلورتایم با توجه به حضور مادر در جلسات، تغییرات کمرویی کودکان پیش دبستانی را بررسی کنیم.

روش بررسی

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی است، و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه کودکان در مقطع پیش دبستانی (۴ تا ۶ ساله) ناحیه ۶ شهر مشهد بودند. مهد کودکی از بین سایر مهدها از ناحیه ۶ مشهد به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و ۳۰ کودک پیش دبستانی شرکت کننده در تحقیق از بین سایر کودکان ۴ تا ۶ ساله انتخاب شده‌اند که باتوجه به ابزار پژوهش ملاک‌های ورود را داشتند و سپس در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای گرفتند. ملاک ورود شامل کودکان

جدول ۱- جلسات درمان

جلسه اول	برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان، ایجاد انگیزه و جلب اعتماد مادران و برقراری ارتباط با مادر و کودک و توضیح اصول درمان فلورتایم مبتنی بر رویکرد رشد یکپارچه، اهداف و بیان قوانین جلسات، بررسی نگرش مادر نسبت به این دوره و اهداف آن. بررسی ویژگی‌های فردی کودک با تأکید بر مدنظر قرار دادن تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط و راهنمایی مادر در زمینه چگونگی واکنش نسبت به این تفاوت‌ها. آشنایی مادر و کودک با اتاق بازی درمانی فلورتایم. آشنایی مادر و کودک با اتاق بازی درمانی فلورتایم و مشاهده کودک و مادر حین بازی و انجام اصول بازی درمانی. از مادر خواسته می‌شود تا با کودک خود به تعامل و تجربه هیجانی بپردازد.
جلسه دوم	آشنایی مادر همراه با آموزش در مورد رفتارهای کودک، آشنایی با علایق و توانایی‌های کودک، ایجاد جلب توجه از طریق بازی و محرک‌های مورد علاقه کودک. بررسی عملکرد حسی و هیجانی کودک، بررسی تعاملات مادر و کودک راجع به پردازش‌های حسی و پردازش حسی - عاطفی حین بازی.
جلسه سوم	تمرینات فلورتایم، مروری بر آموزش فلورتایم و کمک به کودک برای ساختن خودگویی‌های سازگارانه و به کارگیری آنها. فعالیت‌های فلورتایم را کودک رهبری می‌کند و درمانگر در آن مشارکت می‌کند. مادر در این تمرینات کودک را برای دستیابی به جنبه‌های متفاوت از بازی و یادگیری ترغیب می‌کند.
جلسه چهارم	بازی‌های مربوط به پردازش‌های حسی، انجام بازی‌های مربوط به پردازش‌های حسی از جمله تحریکات محیطی توسط سیستم‌های حسی متفاوت با توجه به محور بودن علاقه و هیجانات کودک در مثلث مادر و کودک و درمانگر
جلسه پنجم	بازی‌های مربوط به ایجاد پاسخ دهی عواطف، انجام بازی‌های مربوط به ایجاد پاسخ دهی عواطف با بستن حلقه‌های ارتباطی بین مادر و کودک
جلسه ششم	بازی مربوط به ایجاد توانایی سازماندهی هدفمند، بازی‌های مربوط به ایجاد توانایی سازماندهی هدفمند در مهارت‌های حل مسئله با تأکید بر محوریت رهبری و علایق و هیجانات کودک از جمله بازی‌های نمادی و تکمیل افکار و تصویر سازی‌های دیداری. درمانگر به مادر در ایجاد حلقه‌های ارتباطی، هیجانی، گفتاری کمک می‌کند و کودک در حین بازی درمانی فلورتایم ارتباط متقابل دو سویه با مادر برقرار می‌کند
جلسه هفتم	تمرین فلورتایم با هدف رد و بدل شدن علامت هیجانی بین مادر و کودک (ایجاد حلقه‌های ارتباطی)، تمرینات فلورتایم با هدف ایجاد مکرر رد و بدل شدن علامت‌های هیجانی بین مادر و کودک انجام شد و کودک بین ادراک و عمل تمایز قابل می‌شود.
جلسه هشتم	بررسی کودک در رابطه با ایجاد حلقه‌های ارتباطی در بازی درمانی بین خود و مادر با توجه به شناسایی علایق کودک (کودک می‌تواند بین ایده‌های خود پل بزند و ارتباط برقرار کند). جمع‌بندی مطالب و گفتن توضیحات لازم به مادر و اجرای پس آزمون.

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین تفاضل پیش آزمون - پس آزمون نمره‌های کمروبی گروه‌های تجربی و کنترل، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش اثر بخشی بازی درمانی فلورتایم بر بهبود کمروبی کودکان پیش دبستانی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

بررسی نمره‌های به دست آمده از کمروبی توسط چیک-بریگز (۱۹۹۰) در دو گروه آزمایش و کنترل و مقایسه آنها با هم نشان داد که بازی درمانی فلورتایم تأثیر معناداری بر میزان کمروبی کودکان دارد [۱۹]. و با توجه به گروه کنترل، گروه آزمایش پیشرفت قابل توجهی در بهبود نشانگان کمروبی خود داشته‌اند. بازی درمانی فلورتایم نقش ضروری علایق و هیجانات طبیعی کودک در شکل دهی تعاملاتی است که بخش‌های مختلف مغز را قادر به کارکردی یکپارچه می‌کند و سطوح بالاتر از ظرفیت‌های فکری، اجتماعی و عاطفی ایجاد می‌کند. هدف فلور تایم کمک به کودک در رسیدن به نقش مرحله تکاملی در رشد عاطفی و ذهنی است. بدین منظور

همبستگی هر یک از ماده‌های مقیاس کمروبی با نمره کل مقیاس، به جز برای ماده ۱۲؛ از ۰/۱۰ تا ۰/۶۰ متغیر و در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ معنادار بود. طیف نمره‌گذاری بین ۱۴ تا ۷۰ است که نقطه برش ۴۲ است، کودکانی که زیر ۴۲ نمره داشته باشند کمروبی خفیف و بالای ۴۲ کمروبی شدید دارند. این یافته نشان می‌دهد که ماده‌های مقیاس از همبستگی درونی مناسبی برخوردار هستند و یک سازه را بیان می‌کنند. همچنین ضرایب روایی افتراقی بین مقیاس کمروبی و عزت نفس روزنبرگ در کل نمونه در سطح آماری $p < ۰/۰۰۲$ معنادار بود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های آماره تی استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج توصیفی نمره‌های خام کمروبی قبل و بعد از بازی درمانی فلورتایم در دو گروه کنترل و آزمایش در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲- نمره‌های خام کمروبی قبل و بعد از بازی درمانی فلورتایم در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه	پیش مداخله	پس مداخله
آزمایش	۲۷±۵/۲	۱۶±۵/۵
کنترل	۲۳±۲/۴	۲۱/۳±۷/۵

جدول ۳- مقایسه نمره‌های کمروبی شرکت کنندگان در گروه‌های کنترل و آزمایش (تفاضل پیش آزمون - پس آزمون)

گروه	تعداد	تفاضل پیش آزمون - پس آزمون	مقدار t	مقدار p	درجه آزادی
آزمایش	۱۵	۱۰/۵±۴/۴۲	۲/۶	۰/۰۰۵	۳۰
کنترل	۱۵	۱/۹±۳/۰۲			

پرسشنامه‌ها قبل و بعد از بازی درمانی و در مرحله پیگیری توسط مراقب کودک تکمیل گردید. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان دهنده اثربخشی این روش درمانی بر بهبود نشانگان کمرویی در کودکان پیش دبستانی بود.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های برخی از تحقیقات همسو است که از آن میان می‌توان به تحقیق داین و مارتینی در سال ۲۰۱۱ اشاره کرد که این نوع درمان را با همکاری مادر یک کودک مبتلا به اوتیسم بر روی او اجرا کردند و نتایج از نظر آماری اثربخشی آن را نشان داد [۲۰]، همچنین سولومن و همکاران در پژوهشی بازی درمانی فلورتایم را به منظور ارتقاء تعامل اجتماعی و مهارت‌های بازی بر روی کودکان اوتیسم به کار بردند که در این تحقیق ۴۵٪ از ۶۸ کودک اوتیسم بر اساس نتایج مقیاس تحول هیجانی- کارکردی پیشرفت خوب و یا بسیار خوب داشتند و ۹۰٪ والدین نیز از برنامه راضی بودند. [۱۵]، یافته‌های مصطفوی و همکاران نشان داد که آموزش مهارت‌های بازی درمانی به مادران، موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان گروه آزمایش شده است. [۱۸] مدل درمانی ضربایی مقدم نشان داد که بازی درمانی فلورتایم بر بهبود نشانگان اوتیسم و ارتقاء رشد هیجانی کارکردی این کودکان مؤثر است [۱۷]، بر این اساس هم نتایج این پژوهش‌ها و هم پژوهش حاضر نشان دهنده این است که یکی از محورهای مهم درمان در مدل تحول یکپارچه انسان، توجه به تفاوت‌های فردی حسی و حرکتی کودکان است. تسلط بر موقعیت‌های اجتماعی و کسب مهارت‌های انطباقی لازم برای نشستن، گوش دادن و یادگیری، اهداف ارزشمندی است که هر مادر، پدر و معلمی می‌خواهد که همه کودکان آنها را کسب نمایند که می‌تواند، اما این اهداف درون تحول هیجانی و شناختی آموخته می‌شود. رویکرد تحولی- تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط به عنوان چهارچوبی یکپارچه‌نگر به تحول روان‌شناختی انسان تلاش دارد تا با استفاده از آخرین یافته‌های علوم عصبی- شناختی، روانشناسی تحولی، زبان‌شناسی، ارتباطات و تجربیات بالینی مدل جامعی از «رشد انسان» ارائه دهد که در آن

چگونگی تحول یکپارچه انسان توصیف و تبیین شود [۷]. در این الگو عوامل زیستی و روانی به طور مشترک در رشد انسان عمل می‌کنند و درست شبیه نمایش، هر یک از آنها بر دیگری اثر می‌گذارد [۱۲]. محور درمان DIR، فلورتایم است. در فلورتایم کودک را مورد مشاهده قرار می‌گیرد و این اولین گام است برای کشف کودک، در واقع این مشاهده کمک می‌کند علایق کودک کشف شود و محور بازی‌ها علایقی است که در درون کودک وجود دارد. علایق و هیجانات چسبی هستند برای سازمان‌دهی توجه، فکر و ارتباط؛ به عبارتی هیجان سبب می‌شود کودک به شیء توجه کند، در رابطه با آن فکر کند و ارتباط برقرار نماید. این رویکرد مبتنی بر این دیدگاه است که کودکان به تمریناتی از جمله بازی درمانی برای برقراری ارتباط بیشتری در زمینه تعاملات اجتماعی و ارتباطات کلامی و غیر کلامی در موقعیت‌های اجتماعی نیاز دارند، به نوعی تقویت زبانی، اجتماعی، هیجانی و حسی و این‌ها برون‌دادهای بازی درمانی است. در ارتباط با تربیت ارتباطات اجتماعی کودک، بخش قابل توجهی از این مسئولیت‌ها بر عهده والدین است، گاهی که به نوعی پرورش دهنده مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیر کلامی کودکان هستند. کمرویی، یک صفت ارثی ثابت نیست، بلکه اساساً در نتیجه روابط نادرست بین فردی و سازش نایافتگی‌های اجتماعی در مراحل اولیه رشد، در خانه و مدرسه به وجود می‌آید. کودکانی که مبتلا به کمرویی هستند احساس بدی نسبت به خود پیدا می‌کنند، بیشتر و بیشتر اعتماد به نفس خود و عزت نفس را از دست می‌دهند [۲۱]. بر این اساس می‌توان با آموزش به معلمان، روانشناسان و همچنین خانواده‌ها پیشگیری داشته باشیم و همچنین با مداخلاتی همچون بازی درمانی، قصه درمانی، هنر درمانی و... این اصل مهم در روابط بین فردی کودک را بهبود بخشید.

نتایج این پژوهش تغییرات چشمگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان داد، همچنین اثر بخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر DIR را بر بهبود کمرویی کودکان پیش دبستانی تأیید می‌کند.

تشکر و قدردانی

این طرح با کد مصوبه اخلاق IR.UM.REC.1399.027 در ۲۲ آبان ۱۳۹۸ به تصویب رسیده است. در پایان کمال تشکر و قدردانی خود را از افرادی ما را در این مطالعه یاری کردند، اعلام می‌داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تعارض منافی برای این مقاله وجود ندارد.

این پژوهش به نوبه خود با محدودیت‌هایی همراه بود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم همکاری کودکان به دلیل سن کم در بعضی جلسات بود. محدودیت دیگر پژوهش خود مادران بود که باید در جلسات بازی درمانی حضور می‌داشتند اما گاهی به دلایلی از حاضر نمی‌شدند و همکاری لازم را نداشتند. پیشنهاد می‌گردد به دلیل حضور مادر هم ابزاری جهت بررسی ویژگی‌های مادر و سنجش رابطه مادر با کمرویی کودک انجام شود و همچنین می‌توان از ابزارهای دیگری همزمان برای کودک استفاده کرد به طور مثال سنجش هوش هیجانی؛ و نیز با توجه به اینکه روش بازی درمانی فلورتایم بر بهبود نشانگان کمرویی کودکان مؤثر بود، استفاده از این روش در مهد کودک‌ها و مراکز آموزشی استفاده شود. بر این اساس می‌توان با مداخلاتی همچون بازی درمانی با توجه به رویکردهای تحولی این اصل مهم در روابط بین فردی کودک را بهبود بخشید.

References

1. Butt M, Moosa S, Ajmal M, Rahman F. Effects of shyness on the self esteem of 9th grade female students. International journal of business and social science. 2011;2(12):150-155.
2. Findlay LC, Coplan RJ. Come out and play: shyness in childhood and the benefits of organized sports participation. Canadian journal of behavioural science. 2008;40(3):153-161.
3. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. .
4. Parvin M, Movahedi A, Faramarzi S. The effect of juvenile physical plays on shyness improvement of female primary school students. Development and motor learning (Harakat). 2015;7(2):187-201. [Persian]
5. Zimbardo PG, Radl SL. The shy child: a parent's guide to preventing and overcoming shyness from infancy to adulthood. New York: ISHK; 1999.
6. Henderson L, Zimbardo P, Carducci B. Shyness. The corsini encyclopedia of psychology. 2010.
7. Aminyazdi A. The developmental, individual-difference, relationship-based model (DIR). Foundations of education (Studies in education & psychology). 2012;2(1):109-126. [Persian]
8. Greenspan SI, Wieder S. Infant and early childhood mental health: a comprehensive development approach to assessment and intervention. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2006.
9. Liao S-T, Hwang Y-S, Chen Y-J, Lee P, Chen S-J, Lin L-Y. Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. Physical & occupational therapy in pediatrics. 2014;34(4):356-367.
10. Wieder S, Greenspan SI. Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. Autism. 2003;7(4):425-435.

11. Greenspan SI, Wieder S, Simons R. The child with special needs: encouraging intellectual and emotional growth. Washington, DC Addison-Wesley/Addison Wesley Longman; 1998.
12. Wieder S, Greenspan SI. Engaging autism: using the floortime approach to help children relate, communicate, and think. Cambridge; 2006.
13. Wieder S. DIR-the developmental, individual-difference, relationship-based model. In: Zager D, Wehmeyer ML, Simpson RL, eds. Educating students with autism spectrum disorders 2012:82-98.
14. Sadri A. The effectiveness of a Family-Based DIR / Fluoride approach therapy model on improving coping disobedience syndrome and mothers' stress reduction [MSc Thesis]. Mashhad: Ferdowsi University; 2013. [Persian]
15. Solomon R, Necheles J, Ferch C, Bruckman D. Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program. Autism. 2007;11(3):205-224 ..
16. Rapin I, Tuchman RF. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis. Pediatric Clinics of North America. 2008;55(5):1129-1146.
17. Zarabi Moghaddam Z. The effectiveness of nature-based floortime play therapy on symptom reduction and promotion of functional emotional development in the autistic spectrum of child autism [MSc Thesis]. Mashhad: Ferdowsi University; 2015. [Persian]
18. Mostafavi S, Shaeeri MR, Asghari Moghaddam MA, Mahmoudi Charaie J. Effectiveness of educating play therapy based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) according Landreth Model to mothers on reducing child behavioral problems. Clinical psychology & personality. 2013;19(7):33-42. [Persian]
19. Rajabi G, Abasi G. A study of factorial structure (construct validity) of the Persian Version of the revised shyness scale among students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;16(4):456-467. [Persian]
20. Dionne M, Martini R. Floor time play with a child with autism: a single-subject study. Canadian Journal of occupational therapy. 2011;78(3):196-203 ..
21. Cartledge G, Milburn JF. Teaching social skills to children. Pergamon Press; 1980.

Evaluation of the effectiveness of floortime play therapy based on developmental individual relationship on improvement of preschool children's shyness

Zeinab Zarabi Moghaddam^{1✉}, Seyed Amir Amin Yazdi²

Abstract

Background: Shyness is one of the problems that most children experience. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Floortime play therapy based on developmental individual relationship on the improvement of preschool children's shyness.

Materials and methods: The statistical population consisted of all preschool children in Mashhad. 30 children were selected by random cluster sampling and Chick-Briggs shyness scale and divided into control and experimental groups (15 experimental, 15 control). The experimental group received Floortime play therapy for eight weeks, two sessions per week and 45 minutes per session. The results were obtained by pretest-posttest design and t-test statistical analysis.

Results: Chick-Briggs scores on shyness in the two experimental and control groups and comparing them with each other showed that Floortime play therapy had a significant effect on the shyness of preschool children ($p < 0.005$). The results in the experimental group also indicated a significant improvement in shyness syndrome.

Conclusion: In summary, the results of this study showed significant changes in the experimental group compared to the control group. The results also confirm Floortime play therapy based on developmental individual relationship on improving the shiness of preschool children. Therefore, According to evolutionary approaches, we can improve this important principle in a child's interpersonal relationships with interventions such as play therapy.

Keywords: Play Therapy, Shyness, Child

1. Instructor, Faculty of Psychology, Khayyam University, Mashhad, Iran (✉Corresponding author)

z.zarabimoghadam@khayyam.ac.ir

2. Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University, Mashhad, Iran