

بررسی تأثیر بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد DIR بر بهبود تنظیم شناختی - هیجانی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص

الهه شهنازی^۱

کارشناسی ارشد، روانشناسی، دانشگاه غیرانتفاعی خیام

علی سیلانیان طوسی

دکتری جامعه شناسی، دانشگاه سوربن پاریس

زینب ضرابی مقدم

دانشجوی دکتری تخصصی، علوم اعصاب، دانشگاه فردوسی مشهد

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد DIR بر بهبود تنظیم شناختی-هیجان کودکان دارای اختلال یادگیری خاص می باشد. پژوهش حاضر، در چارچوب طرح تک موردی با استفاده از خط پایه چندگانه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه مورد مطالعه شامل دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری بود. نمونه پژوهش سه نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. آزمودنی ها ۱۲ جلسه درمانی یک ساعته (دو روز در هفته) دریافت کردند. برای سنجش از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی - فرم کودکان (۲۰۰۶) استفاده شد. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل نگاره ای و تعیین درصد بهبودی استفاده شد. پژوهش نشان داد که بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد DIR باعث بهبود تنظیم شناختی هیجانی کودکان بود. سبک های سازگاران تنظیم شناختی هیجانی پس از جلسات درمان بهبود یافت و سبک های ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان کاهش یافته بود که نشان دهنده اثر بخشی درمان بر بهبود تنظیم شناختی هیجانی کودکان بود. بین مولفه های تنظیم شناختی هیجان، تمرکز مجدد مثبت بیشترین درصد بهبودی را داشت و درصد بهبودی دیدگاه پذیری و فاجعه سازی در مرحله پیگیری کاهش پیدا کرد. نتایج این پژوهش اثربخشی بازی درمانی فلورتایم را بر بهبود تنظیم شناختی هیجانی کودکان با نارسایی یادگیری را نشان داد.

واژگان کلیدی: بازی درمانی فلورتایم، رویکرد DIR، تنظیم شناختی هیجان، اختلال یادگیری خاص

^۱ نویسنده مسئول: elahe.shahnazie1373@gmail.com

دانش آموزان به عنوان یکی از مهم ترین اقشار یک جامعه و آینده سازان آن محسوب می شوند از این رو در حوزه تعلیم و تربیت، بایستی اقداماتی در زمینه شناخت همه جانبه دانش آموزان انجام شود. اختلال یادگیری خاص^۲ یک اختلال تکامل عصبی با منشأ زیستی است که اساس اختلالات در سطح شناختی است (کریمی، ۱۳۹۶). اختلالات یادگیری با یکی از علائم زیر مشخص می شود: ۱) خواندن نادرست و بازحمت کلمات، مشکل در درک معانی، مشکلات املائی، دشواری در نوشتن، سختی در محاسبه اعداد و مشکل در درک ریاضی، ۲) این نارسایی در توانایی ها باعث تداخل در فعالیت های تحصیلی و عملکرد شغلی و یا فعالیت های روزمره زندگی فرد می شود، ۳) این مشکلات در طول سال های مدرسه آغاز شده و ۴) بایستی با ناتوانی هوشی، مشکلات حدیبینایی یا شنوایی و سایر اختلالات روانی یاعصبی، عدم تسلط در زبان تدریس و مشکلات سلامت روانی تداخل نداشته باشد (تبریزی، ۱۳۹۷). اختلال یادگیری خاص با شیوع ۵ تا ۱۵ درصد مهم ترین علت عملکرد ضعیف تحصیلی به شمار می رود (سادوک، سادوک، ۱۳۹۰). براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ناتوانی های یادگیری در طبقه اختلال های عصبی-تحولی قرار دارد. این مشکلات حداقل ۶ ماه دوام یافته و ارتباطی با ناتوانی های ذهنی و اختلال های تحولی یا عصبی حرکتی ندارد (انجمن روانپزشکی آمریکا-DSM-5، ترجمه رضاعی، ۲۰۱۳). سادوک، سادوک (۱۳۹۶) براین باورند که تعداد پسرهای مبتلا به اختلال خواندن و اختلال نوشتن در ارجاع های بالینی ۳ یا ۴ برابر دختران گزارش شده اند. اختلال یادگیری خاص بر اثر تعامل عوامل ارثی و محیطی موثر بر توانایی مغز در ادراک یا پردازش اطلاعات کلامی یا غیرکلامی تاثیر می گذارد (مرکز ملی کودکان با ناتوانی یادگیری، ۲۰۱۴، به نقل از آبیاریکی و همکاران، ۱۳۹۶).

از جمله مشکلاتی که کودکان دارای اختلالات یادگیری با آن مواجه هستند، واکنش های هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است (محمودی و همکاران، ۱۳۹۵). تنظیم شناختی هیجانی^۳ شکل خاصی از خودتنظیمی است که به وسیله آن، براینکه چه هیجانانی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم تاثیر می گذارد (کریمی، ۱۳۹۶). تنظیم هیجان به معنای درک و انتخاب تجارب هیجانی، استفاده از راهبردهای سالم برای کنترل احساسات ناراحت کننده و انتخاب رفتار مناسب هنگام پریشانی می باشد (رزالکریم، شرافت و محمود، ۲۰۱۳). نظم جویی هیجان دامنه وسیعی از پاسخ های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک را در بر می گیرد و برای درک حالت های احساسی منفی ضروری است (حسینی، ۱۳۹۰).

به طور کلی تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش وری موفق بوده و نقش مهم در سازگاری با وقایع تنیدگی زای زندگی ایفا می کند (گراتز، و تول، ۲۰۱۰). باج (۲۰۱۰) به این نتیجه دست یافت که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان همچون فرونشانی، اجتناب^۴ و نشخوار فکر^۵ سهم معنی داری در پیش بینی سطوح پایین عواطف و احساسات مثبت همچون شادکامی و سلامت ذهنی دارند. علاوه براین، پژوهش ها نشان داده اند که ناتوانی در تنظیم هیجان، زمینه های مختلف اختلالات روانی را فراهم می نماید (کیم و پیج، ۲۰۱۳، به نقل از دمیچی، ولوئی، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش ها حاکی از آنست که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در شناسایی، توصیف و تفکر عینی در مورد هیجان های خویش در مقایسه با

2. specific learning disorder

3. cognitive emotion regulation

4. Rezaul Karim, Sharafat, Mahmud

5. Gratz, K. L., & Tull, M. T

6. Suppression

7. avoidance

8. rumination of thought

9. Kim, H. Y., & Page, T

دانش آموزان بهنجار، به طور معناداری ضعیف می باشند و مشکل های هیجانی بیشتری از خود نشان می دهند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

توانایی تنظیم هیجانی، نقش مهمی در کارکرد و آسیب شناسی مهارت های اجتماعی-هیجانی و شناختی دارد، همچنین تنظیم هیجان دربردارنده فرآیندهای بیرونی و درونی است که از طریق آن افراد هیجان ها را برای دست یابی به اهداف مدیریت می کنند. راهبردهای تنظیم هیجان می توانند هشیارانه یا ناهشیارانه، خودکار یا کنترل شده باشند و مهارت ها و راهبردهایی برای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی را نیز در بر می گیرد. تنظیم هیجان نقش مهم و دوگانه ای دارد. کودکان با نارسایی هایی در تنظیم هیجان در معرض خطر اختلال های برون نمود و درون نمود هستند (محمودی و همکاران، ۱۳۹۵) و از طرف دیگر، وجود هیجانات منفی می تواند احتمال مشکلات تنظیم هیجان را افزایش دهند. این در حالی است که مطالعات بیانگر این هستند که کودکان با اختلال یادگیری نسبت به کودکان عادی بیشتر در معرض خطر تجربه هیجان های منفی قرار دارند (برین و همکاران، ۲۰۰۴). محمودی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال یادگیری بی ثباتی هیجانی / منفی گرای بیشتری و نمره های پایین تری را در استفاده از راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی مجدد به طور معناداری داشتند.

از جمله مهمترین روش های درمانی در اختلالات یادگیری می توان به روش درمانی ادراکی-حرکتی (احمدی، ۱۳۹۰)، درمان نوروفیدبک (سجادی، ۱۳۹۶)، درمان فرآیند تکلیف (محمودی و همکاران، ۱۳۸۸)، بازی درمانی شناختی رفتاری (لوسانی، ۱۳۹۷) اشاره کرد. در حیطه بازی درمانی ها یکی از اثرگذارترین درمان ها، بازی درمانی فلورتایم^۱ که محور درمان DIR است، درمان DIR جزو درمان های تحولی است، DIR یا درمان رویکرد تحولی-تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط به عنوان چهارچوبی یکپارچه نگر به تحول روانشناختی 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 (امین یزدی، ۱۳۹۱). با این رویکرد درمانی در حیطه اختلالات یادگیری کاری انجام نشده است. این مدل تحولی-تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط، با تاکید بر نقش تعاملات هیجانی در رشد روان شناختی انسان معتقد است که همه توانایی های پایه انسانی نه به عنوان ویژگی های ژنتیکی از قبل تعیین شده در فرایند رشد ظاهر می شوند، بلکه قابلیت های اکتسابی هستند که در درون روابط هیجانی کودک با دیگران ساخته و تحول می یابند. مدل تحولی-تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط، رویکردی زیستی- روانی- اجتماعی از تحول انسان ارائه می دهد (گرینسپن، ویدر، ۱۹۹۸).

فلورتایم نوعی بازی درمانی است که بر نقش ضروری علایق و هیجانات طبیعی کودک در شکل دهی تعاملاتی است که بخش های مختلف مغز را قادر به کارکردی یکپارچه و ایجاد سطوح بالاتر از ظرفیت های فکری، اجتماعی و عاطفی می کند. هدف فلورتایم کمک به کودک در رسیدن به نقش مرحله تکاملی در رشد عاطفی و شناختی است و کودکی که بتواند مراحل تکاملی خود را به خوبی پشت سر بگذارد و از این مسیر منحرف نشود به سلامت روان دست خواهد یافت (ضرابی مقدم، ۱۳۹۷). پجریا، سوچریپونسا و کانگ سوان^۲ (۲۰۱۹) به بررسی بازی درمانی فلورتایم بر کودکان با ناتوانی های رشدی پرداختند، نتایج نشان داد که بازی درمانی فلورتایم تاثیر معناداری بر میزان توجه این کودکان داشت. در پژوهش در پژوهشی شامسودین^۳ و همکاران (۲۰۲۱) تاثیر بازی درمانی فلورتایم بر بهبود مشکلات کودکان اوتیسم در مالزی نشان دادند. اما پژوهشی که اثربخشی این درمان را بر اختلالات یادگیری پبزدازد مشاهده نشد.

^۱ . Bryan 0

^۱ . Floortime play therapy 1

^۱ . Pajareya, Sutthritpongsa &^۲Kongkasuwan 3

^۱ . Shamsudin 3

اختلال یادگیری یکی از پیچیده ترین اختلال هایی است که در حیطه کودکان استثنائی مطرح است. این پیچیدگی در تعریف، طبقه بندی، ارزیابی و آموزش افراد دارای اختلال یادگیری انعکاس پیدا کرده است. نیازهای ویژه این دانش آموزان بسیار متنوع است و آن ها به خدمات کاملاً متفاوت نیاز دارند که طراحی آن مستلزم دقت و صرف هزینه زیادی است. یکی از دلایل اصلی ارتقا سطح یادگیری خودتنظیمی شناختی-هیجانی در این کودکان است به طور مثال تنظیم شناختی-هیجان باعث می شود تا کودک دارای اختلال یادگیری اگر در محیطی نامناسب قرار بگیرد، بتواند هیجان خود را تنظیم کند و دچار پرخاشگری نشود. خلأ پژوهشی در رابطه با کودکان دارای اختلال یادگیری تا به حال تحقیقاتی در رابطه با تنظیمات شناختی-هیجانی اینها انجام نشده است مخصوصاً با رویکرد DIR که نقش ضروری هیجان را در کودکان بسیار موثر میداند. براین اساس باتوجه به اینکه تا به حال باین رویکرد درمانی که مبتنی بر هیجان و پردازش های حسی ضروری در کودک باشد کار پژوهشی در ایران انجام نشده است بر آن شدیم که بدانیم آیا رویکرد درمانی فلور تایم مبتنی بر DIR می تواند باعث بهبود راهبردهای تنظیم شناختی-هیجان در کودکان دارای اختلال یادگیری خاص شود؟

روش تحقیق

این پژوهش در چارچوب طرح تک موردی^۴ با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی بود. الگوی طرح براساس نمادهای قراردادی به صورت: O1 X O2 X O3 X O4 O5 بود که X مربوط به اجرای مداخله، که ۱۲ جلسه بود. O1 خط پایه ارزیابی پیش از ارایه متغیر مستقل، O2 ارزیابی چهار جلسه بعد از مداخله، O3 ارزیابی بعد از ۸ جلسه مداخله، O4 ارزیابی پس از ۱۲ جلسه (پایان درمان) و O5 چهار هفته پس از آخرین جلسه آموزش یا مرحله پیگیری بود. طرح تک آزمودنی از طریق آزمایش های مکرر اثر رشد را کنترل می کند. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه دانش آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری بود که به روش نمونه گیری هدفمند ۵ آزمودنی انتخاب شد. بدین منظور ابتدا به چهار مرکز روانشناختی سطح مشهد مراجعه شد و بعد از صحبت های اولیه با همکاری مرکز مشاوره راه سبز، ۵ آزمودنی که تشخیص ناتوانی یادگیری دریافت کرده بودند، به پژوهشگر معرفی شد که از این ۵ آزمودنی، ۳ نفر جهت شرکت در پژوهش همکاری کردند. رضایت نامه ی حضور در جلسات از خانواده ی آزمودنی ها اخذ گردید سپس پرسشنامه ها در مرحله خط پایه تکمیل شد، اجرای مداخله از اوایل آبان سال ۹۸ آغاز شد و تا نیمه دی ماه طول کشید و آزمودنی ها به مدت ۱۲ جلسه یک ساعته (هفته ای دو روز) بازی درمانی فلور تایم مبتنی بر رویکرد DIR را دریافت کردند. ملاک های ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۷ تا ۱۲ سال، قبل از ورود به پژوهش درمان دیگری دریافت نکرده باشد، عدم بیماری های جسمی و روانی برای شرکت در مداخلات درمانی، رضایت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی توسط والدین. ملاک های خروج عبارتند از ابتلا به اختلالات روانی و بیماری های جسمی دیگر و دریافت درمان های روانشناختی دیگر قبل از درمان می باشد. ابزار به کار گرفته شده در پژوهش در زیر مطرح شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی - فرم کودکان

این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کارایچ در سال ۲۰۰۶ در کشور هلند تدوین شد و به دلیل تشخیص راهبردهای شناختی افراد بعد از تجربه کردن وقایع چالش برانگیز مورد استفاده قرار می گیرد. ۳۶ سوال دارد و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. راهبردها شامل راهبرد شناختی پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری به عنوان راهبردهای سازگارانه و ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران به عنوان راهبردهای ناسازگارانه ارزیابی می کنند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ تا ۵ می باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر خرده

¹ experimental single case design

شهنازی و سیلابان طوسی و ضرابی مقدم

مقیاس از طریق جمع کردن نمره ماده ها به دست می آید که بین ۴ تا ۲۰ می باشد. در هر خرده مقیاس هر چه نمره فرد بیشتر باشد، یعنی از راهبرد مذکور بیشتر استفاده می کند. در پژوهش گارنفسکی (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش مشهدی و همکاران (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های این پرسشنامه بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۵ به دست آمده است که نشان دهنده اعتبار و روایی خوبی است. در بررسی مقدماتی ویژگی های اعتبارسنجی این پرسشنامه در نمونه ای از جمعیت عمومی (N=۳۶۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد این ضرایب که در سطح ($P < 0/001$) معنادار بودند که همسانی درونی پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان را تأیید می کند (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۰). محتوای جلسات آموزش در جدول ۱ ارائه شده است

جدول ۱. محتوای جلسات بازی درمانی فلورتایم

جلسات	عنوان	محتویات جلسات
اول	برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان	برقراری ارتباط با مادر و کودک و توضیح اصول درمان فلورتایم مبتنی بر رویکرد رشد یکپارچه (DIR)، بیان قوانین جلسات
دوم	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 می شود تا با کودک خود به تعامل و تجربه هیجانی بپردازد.
سوم	محیط بازی	آشنایی مادر همراه با آموزش در مورد رفتارهای کودک، آشنایی با علائق و توانایی های کودک، ایجاد جلب توجه از طریق بازی و محرک های مورد علاقه کودک.
چهارم	آشنایی با عملکرد حسی و هیجانی کودک	بررسی تعاملات مادر و کودک راجع به پردازش های حسی و پردازش حسی - عاطفی حین بازی.
پنجم	تمرینات فلورتایم	مروری بر آموزش فلورتایم و کمک به کودک برای ساختن خودگویی های سازگارانه و به کارگیری آن ها. فعالیت های فلورتایم را کودک رهبری می کند و درمانگر در آن مشارکت می کند.
ششم	بازی های مربوط به پردازش های حسی	انجام بازی های مربوط به پردازش های حسی از جمله تحریکات محیطی توسط سیستم های حسی متفاوت با توجه به محور بودن علاقه و هیجانان کودک در مثلث مادر، کودک و درمانگر
هفتم	بازی های مربوط به ایجاد پاسخ دهی عواطف	انجام بازی های مربوط به ایجاد پاسخ دهی عواطف با بستن حلقه های ارتباطی بین مادر و کودک
هشتم	بازی مربوط به ایجاد توانایی سازمان دهی هدفمند	بازی های مربوط به ایجاد توانایی سازمان دهی هدفمند در مهارت های حل مسئله با تاکید بر محوریت رهبری و علائق و هیجانان کودک از جمله بازی های نمادی و تکمیل افکار و تصویر سازی های دیداری.
نهم	ادامه تمرینات فلورتایم و جلسه با والدین	تمرینات فلورتایم با توجه به همزمانی بازی هایی با محوریت علاقه و هیجان کودک در ایجاد خلاقیت و حل مساله کودک همراه با مادر از جمله بازی های مربوط به شکل و زمینه و بگرد و پیدا کن. جلسه ای با والدین جهت ارائه اطلاعات تکمیلی در مورد مراحل درمان

تمرینات فلور تایم با هدف ایجاد مکرر رد و بدل شدن علامت های هیجانی بین مادر و کودک انجام شد تا کودک بین ادراک و عمل تمایز قایل شود.	تمرین فلور تایم با هدف رد و بدل شدن علامت هیجانی بین مادر و کودک	دهم
کودک با ایجاد حلقه های ارتباطی در بازی درمانی بین خود و مادر با توجه به شناسایی علایق خود بتواند بین ایده هایی خود پل بزند و ارتباط برقرار کند.	ایجاد حلقه های ارتباطی	یازدهم
در جلسه آخر مباحث جلسات قبلی جمع بندی شد و ارتباط درمانی خاتمه داده شد.	جمع بندی مطالب	دوازدهم

با توجه به طرح تک آزمودنی برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل بصری و شاخص های درصد بهبودی و تغییرات روند و شیب استفاده شد و روند تغییرات نمرات آزمودنی ها در طی جلسات بر روی نمودارها به صورت جداگانه نشان داده شد. فراز و فرود متغیر وابسته پایه داوری میزان تغییر به شمار رفت. برای عینی سازی میزان بهبودی از فرمول ارائه شده برای تعیین درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات استفاده شد.

یافته ها

در ابتدا مشخصات کودکان شرکت کننده در پژوهش مطرح می شود. **کودک الف:** دختری ۹ ساله که مشکلات یادگیری اش از همان ابتدای مدرسه شروع شد، در فهم و انجام تکالیفش مشکل دارد و اکثر اوقات تکالیفش را انجام نمی دهد. مادر ۳۹ ساله، خانه دار، دارای تحصیلات لیسانس کامپیوتر و پدر ۴۰ ساله، مهندس مکانیک و شاغل است. برادری ۴ ساله نیز دارد. معلم از نامرتبی و تکالیف نامرتب و سهل انگاری اش شکایت دارد. او به یادگیری و تکالیفش بی توجه بود و علاقه ای نشان نمی داد. در درس ها نمرات پایینی می آورد، انگار مطالب رو خوب نمی فهمید و در خواندن مطالب مشکل داشت و به کندی پیش می رفت.

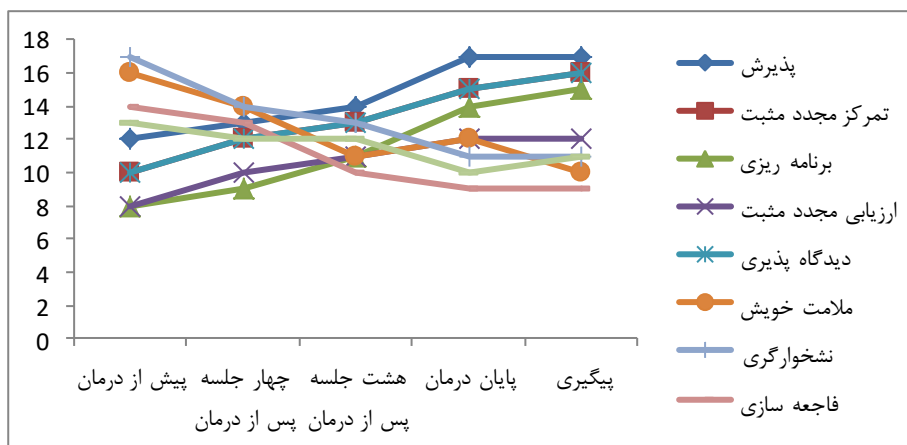
کودک ب: دختری ۸ ساله که در ظاهر کودکی آرام و ساکت است. طی ۲ سال تحصیلش پیشرفت کمی داشته و پدر و مادر دغدغه زیادی دارند که بتوانند روند پیشرفت در درس را سرعت دهند. مادر ۳۲ ساله، دیپلم، خانه دار و پدر ۳۵ ساله، لیسانس کتابداری و شاغل است. پدر و مادر همکاری خوبی برای بهبود یادگیری کودکشان دارد. معلم از وضع درسی اش گله مند بود چون او در خواندن درس ها و نوشتن املا بسیار مشکل داشت و معلمش تلاش زیادی در جهت بهتر شدن خواندنش کرده بود و با پیشنهاد معلم، کودک را برای بررسی مشکل یادگیری به مرکز آورده بودند که تشخیص اختلال خواندن و نوشتن را گرفته بود.

کودک ج: دختری ۹ ساله که یک برادر کوچکتر از خودش (۳ ساله) دارد. او از ابتدا تمایلی به مدرسه نداشته و زمانی که به سن مدرسه می رسد معلم متوجه می شود که او در فهم مطالب درسی اش مشکل دارد. مادر ۳۴ ساله، لیسانس تاریخ، خانه دار و پدر ۳۹ ساله، دیپلم و شاغل است. به گفته مادر، زینب در انجام تکالیف و یادگیری بسیار سهل انگار است و علاقه ای به یادگیری ندارد. تکالیفش را به زحمت انجام می دهد در ابتدا میانگین و انحراف معیار مولفه های متغیر تنظیم شناختی هیجان برای سه آزمودنی در مراحل مختلف درمان ارائه شده است.

شهنازی و سیلابیان طوسی و ضرابی مقدم

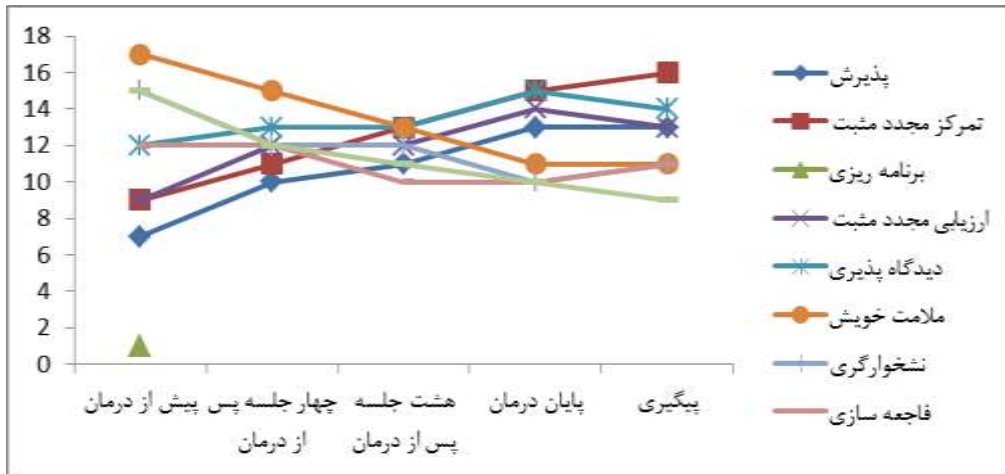
مقیاس ها	شاخص	خط پایه	جلسه چهارم	جلسه هشتم	جلسه دوازدهم	پیگیری
پذیرش	میانگین	۱۰/۵۳	۱۱/۱۱	۱۲/۳۲	۱۴/۴۲	۱۴/۱۲
	انحراف معیار	۳/۱۰	۳/۲۴	۳/۲۲	۴/۱۲	۴/۳۲
تمرکز مجدد مثبت	میانگین	۱۱/۰۹	۱۱/۱۳	۱۳/۱۴	۱۵/۱۲	۱۵/۳۲
	انحراف معیار	۳/۲۳	۳/۲۰	۳/۳۱	۴/۰۸	۴/۲۳
برنامه ریزی	میانگین	۸/۸۹	۱۰/۱۹	۱۳/۱۴	۱۵/۱۳	۱۴/۱۳
	انحراف معیار	۲/۸۰	۲/۹۲	۳/۱۲	۳/۲۲	۴/۱۱
ارزیابی مجدد مثبت	میانگین	۱۱/۰۵	۱۲/۱۳	۱۳/۵۳	۱۴/۶۳	۱۴/۲۱
	انحراف معیار	۳/۵۲	۴/۱۲	۴/۱۱	۳/۹۰	۳/۷۲
دیدگاه پذیری	میانگین	۱۰/۰۳	۱۰/۱۲	۱۲/۱۳	۱۴/۱۲	۱۳/۱۳
	انحراف معیار	۲/۱۹	۲/۸۲	۲/۲۳	۳/۲۵	۲/۵۵
ملاطت خویش	میانگین	۱۵/۱۴	۱۴/۱۲	۱۲/۱۱	۱۱/۴۵	۱۱/۱۵
	انحراف معیار	۲/۳۶	۲/۱۴	۲/۲۱	۲/۱۰	۱/۹۲
نشخوارگری	میانگین	۱۶/۱۸	۱۵/۳۴	۱۳/۲۵	۱۱/۱۷	۱۰/۲۱
	انحراف معیار	۳/۲۷	۳/۰۱	۲/۹۰	۲/۲۳	۲/۱۳
فاجعه سازی	میانگین	۱۶/۶۲	۱۴/۸۲	۱۲/۳۲	۱۰/۳۴	۹/۲۳
	انحراف معیار	۳/۲۵	۳/۰۴	۳/۲۲	۲/۲۲	۲/۱۴
ملاطت دیگران	میانگین	۱۳/۹۸	۱۲/۱۲	۱۱/۴۲	۸/۷۳	۷/۲۱
	انحراف معیار	۳/۰۴	۳/۳۱	۲/۸۳	۲/۴۲	۱/۸۰

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می گردد میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها در مولفه های تنظیم شناختی هیجان و در مراحل مختلف درمان و پیگیری یک ماهه، بهبود را نشان می دهد. جهت بررسی اثربخشی درمان بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در آزمودنی ها از تحلیل نگاره ای و درصد بهبودی استفاده شد که به تفکیک آزمودنی ها در زیر مطرح می گردد. کودک الف.



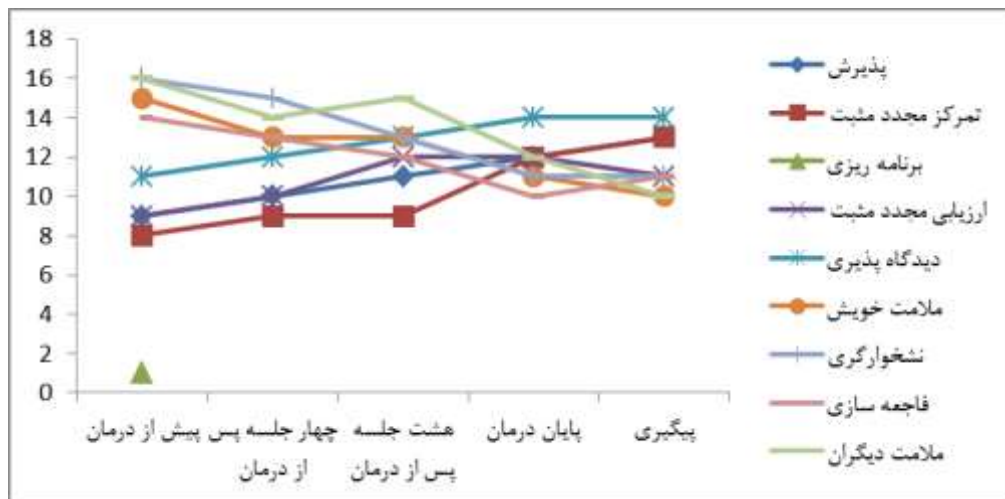
نمودار ۱. نمرات کودک اول در مقیاس تنظیم شناختی هیجان در مراحل مختلف درمان

آزمودنی ب.



نمودار ۲. نمرات کودک دوم در مقیاس تنظیم شناختی هیجان در مراحل مختلف درمان

آزمودنی ج.



نمودار ۳. نمرات کودک سوم در مقیاس تنظیم شناختی هیجان در مراحل مختلف درمان

تحلیل بصری: مقایسه مربوط به نمرات پیش از درمان، چهار جلسه پس از درمان، هشت جلسه پس از درمان، نمرات پایان درمان و پیگیری (یک ماه پس از درمان) در آزمودنی‌ها نشان دهنده ی اثربخشی بازی درمانی فلور تایم مبتنی بر رویکرد DIR بر بهبود تنظیم شناختی هیجان کودکان می باشد. طبق نمودار ۱، ۲ و ۳ سبک های سازگارانه تنظیم شناختی هیجانی کودکان پس از جلسات درمان بهبود یافته و سبک های ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان کاهش یافته است که نشان دهنده ی تاثیر قابل ملاحظه درمان بر بهبود تنظیم شناختی هیجانی کودکان می باشد

درصد بهبودی: درصد بهبودی برای آزمودنی‌ها در مولفه های تنظیم شناختی هیجان در جدول ۱ خلاصه شده است. با توجه به نتایج به دست آمده در این جدول، تمامی خرده مقیاس ها در کودکان، بهبودی قابل ملاحظه ای در پایان درمان داشت. ضمن اینکه درصد بهبودی در مرحله ی پیگیری در بعضی از مقیاس ها حتی از مرحله ی پس از درمان نیز بیشتر شده است (جهت به دست آوردن درصد بهبودی میانگین نمره پس از درمان از نمره پیش از درمان کم می شود و بر نمره پیش از درمان تقسیم می گردد).

جدول ۳. نمرات خط پایه، درمان و پیگیری در مقیاس تنظیم شناختی هیجان

مقیاس	میانگین نمره پیش از درمان	میانگین نمره پس از درمان	نمره یک ماه پس از درمان (پیگیری)	درصد بهبودی پس از درمان	درصد بهبودی پیگیری
پذیرش	۱۲/۲۳	۱۶	۱۶/۴۳	۰/۳۱	۰/۳۴
تمرکز مجدد مثبت	۹	۱۴	۱۴/۶۷	۰/۵۰	۰/۶۳
برنامه ریزی	۹	۱۳	۱۳	۰/۴۰	۰/۴۰
ارزیابی مجدد مثبت	۸/۳۳	۱۲/۶۶	۱۱/۳۴	۰/۳۳	۰/۳۶
دیدگاه پذیری	۱۱	۱۴/۶۶	۱۴/۲۵	۰/۳۳	۰/۲۹
ملامت خویشتن	۱۶	۱۱	۱۰/۳۳	۰/۳۱	۰/۳۵
نشخوارگری	۱۶	۱۰/۶۶	۱۰/۴۶	۰/۳۳	۰/۳۴
فاجعه سازی	۱۵/۲۸	۱۰/۶۶	۱۱/۳۲	۰/۳۰	۰/۲۶
ملامت دیگران	۱۵/۲۳	۱۰/۶۶	۱۰	۰/۳۰	۰/۳۴

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود همه مولفه های تنظیم شناختی هیجان پس از درمان بهبود پیدا کردند که نشان دهنده اثربخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد DIR بر بهبود تنظیم شناختی هیجان می باشد و در مرحله پیگیری در بعضی از مولفه های تنظیم شناختی، این میزان افزایش باقی مانده است. با توجه به جدول بین مولفه های تنظیم شناختی هیجان، تمرکز مجدد مثبت بیشترین درصد بهبودی را داشت و درصد بهبودی دیدگاه پذیری و فاجعه سازی در مرحله پیگیری کاهش پیدا کرده است؛ بنابراین تنظیم شناختی هیجانی کودکان پس از جلسات درمان بهبود یافته و بازی درمانی فلورتایم موجب بهبود تنظیم شناختی هیجانی کودکان شده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد DIR بر بهبود تنظیم شناختی - هیجان کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص صورت گرفت. ناتوانی یادگیری یکی از بزرگترین مقوله های آموزش و پرورش استثنایی است. این کودکان در فعالیت هایی همچون خواندن، نوشتن، سخن گفتن و فهم ریاضی دچار مشکل هستند، در انجام تکالیف مدرسه دچار اشکال می باشند. در زمینه درمان این کودکان آموزش تنظیم هیجان می تواند بر بهزیستی روان شناختی موثر است. یافته های پژوهش نشان داد که سبک های سازگاران تنظیم شناختی - هیجان پس از جلسات درمان به صورت صعودی افزایش و سبک های ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان به صورت نزولی کاهش یافت و نشان دهنده ی تاثیر بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد DIR بر بهبود تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به اختلال یادگیری بود. همچنین با توجه به درصد بهبودی، در پایان درمان و پیگیری بهبودی مشاهده شد. بین مولفه های تنظیم شناختی هیجان، تمرکز مجدد مثبت بیشترین درصد بهبودی را داشت و درصد بهبودی دیدگاه پذیری و فاجعه سازی در مرحله پیگیری کاهش پیدا کرد. پژوهش های مختلفی در زمینه تاثیر بازی درمانی فلورتایم بر کودکان اوتیسم انجام شده است اما پژوهشی در زمینه تاثیر بازی درمانی فلورتایم در اختلال یادگیری مشاهده نشد؛ ذبیحی، بحرینی و حسین زاده (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که از میان تمامی

راهبردهای سازگاران و ناسازگاران نظم جویی شناختی هیجان، راهبرد ملامت خود، با توان بالایی با ابتلا به اختلال یادگیری همراه است. مشهدی، میردورقی، حسنی (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی نشان دادند که راهبردهای ملامت خود، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران رابطه مثبتی با اضطراب و افسردگی دارد و یکی از عوامل مهم در تداوم نشانه های اختلال یادگیری، اضطراب می باشد. گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون^۵(۲۰۰۱) نشان دادند که بین وجود اختلال یادگیری در کودکان و استفاده از راهبردهای ملامت خود رابطه مثبت وجود دارد و این راهبرد در پژوهش های مختلف با افسردگی رابطه مثبت معنی داری دارد.

تنظیم شناختی هیجان یک عامل مهم و تعیین کننده در سلامت روانی و عملکرد اثر بخش است و استفاده از راهبردهای سازگاران در تنظیم هیجانات در کاهش استرس ها موثر است. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری اغلب از راهبردهای ناسازگار استفاده می کنند و این موضوع مانع ارتقای یادگیری کودکان می شود. تنظیم شناختی هیجان عامل مهمی در سازگاری با رویدادهای تنیدگی زای زندگی می باشد. برای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، بازی می تواند راهی باشد تا بتوانند به ضعف های خود طور دیگری نگاه کنند و قدم هایی در جهت بهبود آن بردارند. هدف اصلی بازی درمانی فلورتایم کمک به کودک در خود تنظیمی، تعامل و توسعه روابط کودک با دنیای بیرون و حل مشکلات پیچیده و داشتن تفکر انتزاعی است. به عبارتی هدف آن آموزش این مهارت هاست تا کودک بتواند با جامعه در تعامل باشد و ایده های خودجوش و پاسخ های فعال داشته باشد. در تبیین نتایج پژوهش همچنین می توان افزود که هیجان های کودکان با شناخت هایشان مرتبط است و چگونگی شناخت هاست که بر شدت و نوع تجربه هیجانی تاثیر می گذارد و از آنجا که هدف اصلی فلورتایم کمک به کودک است تا هیجان های خود را تنظیم نماید، به دیگران علاقمند شود، با آن ها ارتباط برقرار نماید، در تعامل دوسویه هدفمند مشارکت نموده، مشکلات پیچیده را حل نماید و تفکر و ایده های انتزاعی داشته باشد؛ به عبارت دیگر هدف بازی فلورتایم آموزش این مهارت ها به کودک است تا بتواند به طور خودانگیزه در جامعه تعامل نماید. در واقع فلورتایم فرایند افزایش تدریجی تحمل کودک از طریق بازی است. بعبارت دیگر، در این برنامه فعالیت مورد علاقه کودک (بازی) به منظور گسترش مهارت های اجتماعی مثبت به کار بسته می شود. با دنبال کردن علایق کودک، والدین بر آنچه کودک انجام می دهد سرمایه گذاری می کنند تا تعامل بیشتری را برانگیزانند. این پیشرفت تعاملی منجر به رشد هیجانی در کودک می شود. یافته های این پژوهش می تواند به درمانگران و مشاوران در زمینه روشی جهت بهبود تنظیم شناختی هیجانی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری کمک کند. به طوری که در برنامه های درمانی توجه خاصی به بازی درمانی فلورتایم جهت بهبود تنظیم شناختی هیجانی این کودکان داشته باشند، چرا که هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و در ایجاد و تداوم رابطه با دیگران نقش دارند، بنابراین تعدیل و تنظیم آن ها از طریق بازی درمانی فلورتایم می تواند بر کاهش مشکلات مختلف این کودکان اثر داشته باشد. به عبارتی تنظیم شناختی هیجان از طریق بازی درمانی فلورتایم به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات، به ارائه واکنش مناسب به موقعیت های استرس زا منجر می شود که این موقعیت ها کودکان مبتلا به اختلال یادگیری را در زمینه های تحصیلی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می دهد.

این پژوهش به نوبه خود با محدودیت هایی همراه بود. یکی از محدودیت های این پژوهش، حجم نمونه پژوهش است از آنجا که پژوهش از نوع تک موردی است و حجم نمونه سه مورد است، در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. محدودیت دیگر پژوهش ابزار پژوهش می باشد که فقط پرسشنامه است و استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند اطلاعات دقیقی را جمع آوری کند. پیشنهاد می گردد بازی درمانی فلورتایم در حجم نمونه بالاتر و همراه با نمونه گیری تصادفی انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود که برای کارهای آتی، دامنه سنی گسترده تری مورد توجه قرار گیرد، چرا که روند تحول و تفاوت ها در گستره وسیعتر سنی اطلاعات بیشتری به ما می دهد.

^۱ . Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven

منابع

- آبباریکی، ا؛ یزدانبخش، ک و مومنی، خ. (۱۳۹۶). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه ای بر کاهش نارسایی شناختی در دانش آموزان اختلال یادگیری، فصلنامه روانشناسی افراد استثنائی، شماره ۱۵۷، ۲۶-۱۲۷.
- احمدی کهجوق، م؛ فرهد، م؛ سورتجی، ح؛ رصافیانی، م. (۱۳۹۰). الگوهای پردازش حسی کودکان با اختلال اوتیسم از دیدگاه مدل وینی دان. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۳۸۵-۳۹۲.
- امین یزدی، ا. (۱۳۹۱). رشدیکپارچه انسان: مدل تحولی-تفاوتهای فردی مبتنی بر ارتباط. پژوهش نامه مبانی تعلیم و تربیت، ۲، (۱) ۱۲۶-۱۰۹.
- تبریزی، م. (۱۳۹۷). درمان اختلالات خواندن، نشر فراروان.
- دمیرچی، ا؛ ولوئی، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی-هیجانی برتنظیم شناختی هیجان ومهارت های اجتماعی کودکان دارای اختلال یادگیری خاص. مجله ناتوانی های یادگیری، شماره ۴، ص ۸۶-۵۹.
- سادوک و؛ سادوک، ب. (۱۳۹۶). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روان پزشکی بالینی، ترجمه، رضاعی، جلد سوم، سلیمانی، ا؛ زاهد بابلان، ع؛ فرزانه، ج؛ ستوده، م. (۱۳۹۰). مقایسه نارسایی هیجانی و مهارت های اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و بهنجار. مجله ناتوانی های یادگیری، (۱) ۹۳-۷۸.
- ذبیحی، ع؛ حسین زاده بحرینی، ن؛ حسین زاده بحرینی، ف. (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در پسران دارای اختلال یادگیری و پسران عادی در مقطع دبستان. مجله علوم روانشناختی، ۱۶(۶۴)، ۵۸۲-۵۹۷.
- ضرابی مقدم، ز. (۱۳۹۷). اتیسم، بازی درمانی در طبیعت، مشهد، نشر فرانگیزش، ۱۱۸ صفحه.
- کریمی، ی. (۱۳۹۶). اختلالات یادگیری، نشر ساوالان.
- محمودی، م؛ برجعلی، ا؛ علیزاده، ح؛ غباری بناب، ب؛ اختیاری، ح؛ اکبری زرخانه، س. (۱۳۹۵). تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و کودکان عادی. پژوهشدر یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۶۹-۸۴.
- محمدی، ر؛ بهنیا، ف؛ فرهد، م. (۱۳۸۸). کاردرمانی و مهارت های ادراکی-حرکتی در اختلالات ویژه یادگیری.
- مشهدی، ع؛ میردورقی، ف؛ حسنی، ج. (۱۳۹۰). نقش راهبردهای نظم جویی هیجان در اختلال های درونی سازی کودکان. مجله روانشناسی بالینی، ۳-۱۶.
- Bryan, T., Burstein, K., & Ergul C. (2004). The social-emotional side of learning disabilities: A science-based presentation of the state of the art. *Learning Disability Quarterly*, 27, 45-51.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). The Relationship Between Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Among Inpatients with Substance Use Disorders. *Cognitive therapy and research*, 34, 544-553.
- Greenspan, S. I., Wieder, S. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth* Boston: Merloyd Lawrence.
- Kim, H. Y., & Page, T. (2013). Emotional Bonds with Parents, Emotion Regulation, and School-Related Behavior Problems among Elementary School Truants. *J Child Fam Stud*, 22(6), 869-78.

- Nee, J. E. (2013). Behavior & Developmental Treatment Models for Autism Spectrum Disorders: Factors Guiding Clinician Preference and Perceptions. Master of Social Work Clinical Research Papers. 238-250.
- Pajareya, K., Sutthritpongsa, S., Kongkasuwan, R. (2019). DIR/Floortime® Parent Training Intervention for Children with Developmental Disabilities: a Randomized Controlled Trial. *Siriraj Medical Journal*, 331-338.
- Shamsudin, I. D., Brown, T., Yu, M. L., & Lentin, P. (2021). Parents of children with autism spectrum disorder's perception on parent-implemented home-based developmental, individual-difference and relationship (DIR)/Floortime® intervention. *Advances in Autism*.