

اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی بر مشکلات تغذیه‌ای کودکان آهسته‌گام

عادل محمدزاده^۱

امیر قمرانی^۲

هدی اکبری^۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان آهسته‌گام خفیف انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان ۵-۸ سال آهسته‌گام را شامل می‌شد که به مراکز توان‌بخشی و مدارس استثنایی شهرستان ایلام مراجعه کرده بودند. از جامعه‌ی مذکور، با روش تصادفی ساده ۲۰ کودک به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی قرار گرفت. در این زمان، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه غربالگری مشکلات تغذیه‌ای (ماتسون و کان، ۲۰۰۱) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پژوهش، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تأثیر بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی بر مشکلات تغذیه‌ای و مؤلفه‌های آن در مؤلفه‌های انتخابی بودن غذا ($F=10/660$ و $P=0/005$)، مهارت‌های تغذیه‌ای ($F=12/598$ و $P=0/002$)، امتناع از خوردن ($F=8/611$ و $P=0/009$) و مشکلات رفتاری هنگام غذا خوردن ($F=7/412$ و $P=0/014$) در سطح $\alpha=0,05$ معنی‌دار بود، اما تأثیر آن بر مؤلفه‌ی اسپراسیون ($F=0/128$ و $P=0/725$) معنی‌دار نبود. **نتیجه‌گیری:** بنا بر نتایج پژوهش می‌توان گفت مداخله‌ی بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی باعث کاهش مشکلات تغذیه‌ای کودکان آهسته‌گام می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی، کودکان آهسته‌گام، مشکلات تغذیه‌ای

مقدمه

روزمره (فعالیت‌های زندگی روزمره از قبیل خوردن، جابجایی، دستشویی، لباس پوشیدن و رفتارهای مرتبط با زندگی مستقل) اطلاق می‌شود؛ این ناتوانی باید قبل از ۱۸ سالگی وجود داشته باشد (اسچالوک، بورثویک-دافی، برادلی، بانتینکس، کولتر، کرایگ و همکاران^۴، ۲۰۱۱). در تعریف انجمن ناتوانی‌های هوشی و تحولی آمریکا، ناتوانی هوشی جزو دسته‌ی کودکان «ناتوانی‌های هوشی و تحولی»^۵ است. لذا کودکانی که مبتلا به نشانگان داون، اوتیسم، کودک مبتلا به صرع، فلج مغزی و دیگر معلولیت‌ها، علی‌رغم داشتن بهره‌ی هوشی پایین، به‌طور ویژه از گروه ناتوانان هوشی مجزا می‌گردند؛ چراکه این افراد از همان ابتدای تولد، مشکلات ناتوانی هوشی را همراه خود دارند و از این جهت به این افراد

اصطلاح ناتوانی هوشی^۶ که از سال ۲۰۰۷ توسط انجمن ناتوانی‌های هوشی و تحولی آمریکا^۷ مورد استفاده قرار گرفته، یکی از انواع ناتوانی‌های تحولی است که قبلاً به‌عنوان عقب‌ماندگی ذهنی^۸ شناخته می‌شد (گوپالان^۹، ۲۰۱۶). بر اساس تعریف انجمن ناتوانی‌های هوشی و تحولی آمریکا، ناتوانی هوشی عبارت است از محدودیت‌ها و مشکلات قابل توجه در عملکردهای ذهنی (استدلال، یادگیری، حل مسئله) و رفتارهای سازشی که به طیف وسیعی از مهارت‌های اجتماعی (مهارت‌های بین‌فردی، مسئولیت‌پذیری، عزت‌نفس، پیروی از دستورات، اطاعت از قوانین، ممانعت از مورد سوءاستفاده قرار گرفتن)، مفهومی (زبان دریافتی، زبان بیانی، خواندن، نوشتن، مفاهیم پول و خودهدایتی) و عملکردهای

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، ایران (نویسنده مسئول (Email: a.ghamarani@edu.ui.ac.ir)

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۶/۱۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۷/۲۸

۴. intellectual disability (ID)

۵. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)

۶. mental retardation (MR)

۷. Gopalan

۸. Schalock, Borthwick-Duffy, Bradley, Buntinx, Coulter, Craig & et al

۹. intellectual and developmental disabilities (IDD)

کودکان ناتوان هوشی و تحولی اطلاق می‌گردد. البته باید به این مسئله نیز توجه نمود که اگرچه ناتوانی هوشی نیز، از همان ابتدای تولد مشکلات خاص خود را داراست، اما این تفاوت را با دیگر گروه‌های آهسته‌گام دارد که این افراد علائم بالینی خاصی (مانند تریزومی ۲۱) و یا دیگر اختلالات را دارا نیستند (اسچالوک و لوکازن^۱، ۲۰۱۳). از آنجاکه اصطلاح ناتوانی هوشی دارای بار نگرشی نامطلوب است و به معنای ترجمه‌شده‌ی «ناتوانی» نمی‌تواند باشد، درحالی که «آهسته‌گامی^۲» یک اصطلاح معادل بهتر، با بار نگرشی مطلوب‌تر و در راستای ارزش‌های انسانی و فرهنگ ایرانی اسلامی بوده و به لحاظ ترجمه اشتباهی در آن رخ نداده است (افروز، عاشوری، قاسم‌زاده، ۱۳۹۵)، لذا در پژوهش حاضر از اصطلاح آهسته‌گامی استفاده شده است.

آهسته‌گامی بر اساس شدت، در چهار سطح خفیف، متوسط، شدید و عمیق طبقه‌بندی می‌شود که این نوع طبقه‌بندی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - نسخه‌ی پنجم، دیگر بر اساس نمرات آزمون هوشی نیست؛ بلکه بر اساس اینکه فرد تا چه اندازه‌ای می‌تواند در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی سازگار شود (هالچین و ویتبورن^۳، ۲۰۱۴؛ سیدمحمدی، ۱۳۹۳). با این حال در انجمن ناتوانی‌های هوشی و تحولی آمریکا، بهره‌ی هوشی پایین‌تر از ۷۰ (دو انحراف پایین‌تر از میانگین جامعه)، همچنان ملاکی برای تشخیص این افراد است (روت، مارچیس، وایت، کورویل، خوی، برای و همکاران^۴، ۲۰۱۶)؛ بنابراین افرادی که دارای بهره‌ی هوشی بالاتری هستند، جزو این دسته از افراد قرار نمی‌گیرند.

افراد آهسته‌گام ممکن است تا سنین مدرسه تفاوت چندانی با افراد عادی نداشته باشند؛ اما در سنین مدرسه که نیاز به فراگیری مهارت‌های تحصیلی آشکار می‌شود، تشخیص این افراد راحت‌تر صورت گیرد. از مشکلات این افراد می‌توان به عدم توانایی در سازمان‌دهی خود، مدیریت مالی و دیگر مهارت‌های تحصیلی پایه اشاره نمود که ممکن است این مشکلات تا سنین بزرگ‌سالی همچنان وجود داشته باشند (بور و ولمشارست^۵، ۲۰۱۶). از لحاظ ارتباطات و تعاملات اجتماعی ممکن است این افراد با تعویق مواجه باشند. به طوری که ممکن است این افراد در رعایت مقررات رفتاری و هیجانی متناسب با سن تقویمی خود به‌درستی عمل نکنند (اسچالوک و همکاران، ۲۰۱۱).

کودکان آهسته‌گام مشکلات رفتاری عیدیه‌ای دارند که از جمله‌ی آن‌ها مشکلات تغذیه‌ای^۶ است. مشکلات تغذیه‌ای می‌تواند در ۲۵ تا ۴۵ درصد از کودکان عادی و تا ۸۰ درصد در کودکان آهسته‌گام مشاهده شود (لوپس‌ایلی^۷، ۲۰۱۶). تأخیر در یادگیری جویدن غذا، تأخیر در فروبردن غذا و خفه شدن هنگام غذا خوردن از جمله مشکلاتی هستند که کودکان آهسته‌گام در دوران نوزادی و نوپایی با آن مواجه هستند (استونایول و داگان^۸، ۲۰۱۳؛ استرسمان، ویلسدن، فنکووا، پن، هویسچن، شون و همکاران^۹، ۲۰۱۶). این کودکان مشکل در بلعیدن و آسپراسیون^{۱۰} (بالا آوردن غذا و بلعیدن دوباره آن) را همچنان در سنین بعدی کودکی نشان می‌دهند. اختلالات بلع ناشی از مهارت‌های حرکتی دهان، از دیگر مشکلات کودکان آهسته‌گام است (جکسون، مابیی، موران، والتر-وارمردام و هیچکی^{۱۱}، ۲۰۱۶). از دیگر مشکلات تغذیه‌ای این کودکان، امتناع از غذا خوردن و رفتارهای ناسازگارانه در هنگام غذا خوردن است. مدت غذا خوردن این کودکان ممکن است بسیار طولانی یا بسیار کوتاه باشد (باچمیر، پیازا، فردریک، رید، ریواس و کیسی^{۱۲}، ۲۰۰۹).

مشکلات تغذیه‌ای علاوه بر کودک، روی دیگر اعضای خانواده نیز تأثیرگذار است. این مشکلات ارتباط سالم بین کودک و والدین را خدشه‌دار کرده و تعامل بین آن‌ها را به خطر می‌اندازد. در نتیجه، نه تنها نیازهای جسمانی کودک (دریافت تغذیه سالم برای رشد جسمانی) به‌خوبی فراهم نمی‌شود، بلکه نیازهای عاطفی و اجتماعی کودک نیز تأمین نمی‌گردد (هابارد، باندینی، وانسینک، الیازو و ماست^{۱۳}، ۲۰۱۴). از آنجاکه مشکلات تغذیه‌ای مانع رشد جسمی و شناختی کودکان آهسته‌گام می‌شود و برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی این کودکان را مشکل می‌سازد، ارائه‌ی مداخلات درمانی مناسب نه تنها روی کیفیت زندگی این کودکان اثر می‌گذارد، بلکه باعث پیش‌گیری از مشکلات تغذیه‌ای در آینده می‌شود و اثر مستقیمی بر سلامت عاطفی و فیزیکی این کودکان خواهد داشت (رضایی، محمدی و راشدی، ۱۳۹۱)؛ بنابراین انتخاب روش درمانی مناسب برای کاهش این مشکلات ضروری است.

در سال‌های اخیر، بازی‌درمانی^{۱۴} به‌منظور کاهش مشکلات کودکان آهسته‌گام مورد استفاده قرار گرفته است. سلیمانی آدریانی (۱۳۹۵) به نقل از هالپرین^{۱۵} (۲۰۱۲) بیان می‌دارد که بازی‌درمانی شیوه‌ای است که روان‌شناسان و پژوهشگران مختلف طی چندین دهه از آن برای درمان

۹. Steersman, Willesden, Fenckova, Penn, Hoischen, Xiong & et al

۱۰. aspiration

۱۱. Jackson, Maybee, Moran, Wolter-Warmerdam & Hickey

۱۲. Bachmeyer, Piazza, Fredrick, Reed, Rivas & Kacey

۱۳. Hubbard, Bandini, Folta, Wansink, Eliasziw & Must

۱۴. play therapy

۱۵. Halperin

۱. Luckasson

۲. slow paced (SP)

۳. Halgin & Whitbourne

۴. Root, Marchis, White, Courville, Choi, Bray and et al

۵. Bure & Wilmshurst

۶. feeding problems

۷. Luis Elli

۸. Stoneville & Duggan

روش

این پژوهش از نوع کاربردی بود و به شیوه‌ی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی کودکان آهسته‌گام ۵ تا ۸ سال شهرستان ایلام را شامل می‌شد که به مراکز توان‌بخشی و مدارس استثنایی مراجعه نمودند. از میان این جامعه، ۲۰ کودک به‌عنوان نمونه‌ی پژوهشی انتخاب شدند. بدین‌صورت که با رعایت ملاحظات اخلاقی و موافقت اولیای شرکت‌کنندگان و مربیان و بررسی ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، پس از اجرای مقیاس پرسشنامه غربالگری مشکلات تغذیه‌ای بر کلیه‌ی افراد جامعه، ۲۸ کودک که واجد شرایط لازم جهت شرکت در این پژوهش بودند، شناسایی شد. از میان آنان، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۲۰ کودک انتخاب گردیدند و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش (۳ دختر و ۷ پسر) و گواه (۴ دختر و ۶ پسر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه (هر جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه)، توسط پژوهشگران تحت مداخله‌ی بازی‌درمانی مبتنی بر خودنظارتی قرار گرفت. در این زمان، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس برای کامل شدن مطالعه، پرسشنامه‌ی مذکور، مجدداً پس از آخرین جلسه درمانی، به‌عنوان پس‌آزمون توسط والدین تکمیل گردید. ملاک ورود به پژوهش شامل: دامنه‌ی سنی ۵ تا ۸ سال، بهره‌ی هوشی ۵۵ تا ۷۰ از آزمون وکسلر کودکان، رضایت و موافقت والدین جهت شرکت در پژوهش و داشتن یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین از پرسشنامه‌ی پژوهش و ملاک خروج نیز مشتمل بر: داشتن هرگونه اختلالات طیف اوتیسم، نشانگان داون، نواقص بینایی و شنوایی، بیماری صرع و مصرف داروی خاص جهت دارودرمانی و عدم حضور در بیش از دو جلسه از شروع مداخله بود.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه غربالگری مشکلات تغذیه‌ای^۸: این مقیاس توسط ماتسون و کوهن^۹ در سال ۲۰۰۱ ساخته شد. این مقیاس شامل ۲۳ سؤال در ۵ مقوله از مشکلات تغذیه‌ای مشتمل بر اسپراسیون (بالا آوردن غذا و بلعیدن دوباره آن) (گویه‌های ۱۸ و ۲۱)، انتخابی یا سلیقه‌ای بودن^{۱۰} (گویه‌های ۶، ۱۰، ۲۰، ۲۲ و ۲۳)، نقایص مهارت‌های تغذیه‌ای^{۱۱} (گویه‌های ۱، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۵، ۱۶ و ۱۷)، امتناع یا اجتناب از غذا^{۱۲} (۲)

طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات استفاده کرده‌اند و اثربخشی آن را به اثبات رسانده‌اند (سلیمانی‌آدریانی، صادقی‌هسنیجه، زره‌پوش، ربیعی، عابدی و اسماعیلی، ۱۳۹۵). درمانگران از طریق بازی‌درمانی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند (تکلوی، ۱۳۹۰). همچنین بازی‌درمانی، می‌تواند برای اصلاح رفتارهای ناسازگارانه‌ی کودکان آهسته‌گام مورد استفاده قرار گیرد (حوله‌کیان، غلامعلی‌لوانسانی و خلیلی، ۱۳۹۲).

از سوی دیگر، خودنظارتی^۱ نیز یکی از راهبردهای خود‌مدیریتی است که در آن کودکان بر عملکردشان در مورد یک رفتار مشخص یا دسته‌ای از رفتارها نظارت نموده، آن‌ها را ثبت می‌کنند (رید، تروت و اسپارتز^۲، ۲۰۰۵) و با توجه به نتیجه‌ای که از عملکردشان به دست می‌آورند، در جهت بهبودی رفتارشان، حرکت می‌نمایند (سوارس، وانست و هریسون^۳، ۲۰۰۹). به همین خاطر خودنظارتی به‌عنوان جزئی از مداخلات رفتاری مثبت معرفی می‌گردد (گانز^۴، ۲۰۰۸). تاکنون از خودنظارتی برای بهبود مهارت‌های اجتماعی (آهاندلی، فورد، رادلی، هلیبگ و ویمبرلی^۵، ۲۰۱۶)، درمان خشم (تایلور، نواکو، گیلر و ثورن^۶، ۲۰۰۲؛ تایلر، نواکو، گیلر، روبرتسون^۷ و ثورن، ۲۰۰۵) و مهارت‌های خواندن (درخورده، ۱۳۹۱) استفاده شده است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودنظارتی، وابستگی کودکان آهسته‌گام به کمک دیگران را کاهش داده و عملکرد مستقلانه را در آنان تقویت می‌کند (کاتلین، آمیسنز، مادر و زوکر^۸، ۲۰۱۲). در سال ۲۰۰۹، لی، پالمر و ویمایر^۹ راهبردهای خودنظارتی را برای کودکان ناتوان، از جمله کودکان آهسته‌گام ارائه داد که معلمان و مربیان می‌توانستند آن‌ها را با کودکان آهسته‌گام بکار گیرند و از آن طریق مشکلات تحصیلی، اجتماعی و رفتاری آنان را کاهش دهند.

از آنجاکه کودکان آهسته‌گام در مهارت‌های تغذیه‌ای با مشکل مواجه هستند و با عطف نظر به اینکه بر اساس بررسی‌های محقق به نظر می‌رسد تاکنون در ایران اثربخشی مداخله‌ای مبنی بر کاهش مشکلات تغذیه‌ای این کودکان صورت نگرفته باشد، لذا در پژوهش حاضر، اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر خودنظارتی بر مشکلات تغذیه‌ای کودکان آهسته‌گام خفیف مورد بررسی قرار گرفت.

۸. Kathleen, Amycenzer, Mather & Zucker

۹. Lee, Palmer & Wehmeyer

۱۰. screening tool of feeding problems (STEP)

۱۱. Matson & Kuhn

۱۲. selectivity

۱۳. feeding skills

۱۴. refusal

۱. self-monitoring

۲. Reid, Trout & Schartz

۳. Soares, Vannest & Harrison

۴. Ganz

۵. O'Handley, Ford, Radley, Helbig & Wimberly

۶. Taylor, Novaco, Gillmer & Thorne

۷. Robertson

و همکاران نیز پایایی آزمون غربالگری مشکلات تغذیه‌ای را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/84$ محاسبه نمودند (کویلی و کول^۴، ۲۰۰۴).
۲- بازی‌درمانی مبتنی بر خودنظارتی^۵: جلسات این مداخله بر اساس برنامه‌ی لی و همکاران (۲۰۰۹) و همچنین تلفیق آن با رویکردهای رفتاری و بازی‌درمانی متناسب با کودکان آهسته‌گام، توسط محقق طراحی شد و روایی آن توسط چند نفر از متخصصین روان‌شناسی تأیید گردید. با توجه به ویژگی خاص کودکان آهسته‌گام، ممکن بود برنامه‌ی برخی جلسات طی چند جلسه تکرار گردد. در جدول ۱، شرح کوتاهی از موضوعات جلسات درمانی بازی‌درمانی مبتنی بر خودنظارتی، آمده است:

۱۳ و ۱۹) و مشکلات رفتاری مرتبط با تغذیه^۱ (۷، ۹، ۱۱، ۱۲ و ۱۴) است. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت به صورت ۳ نمره‌ای محاسبه می‌شود که نمره «۰» نشانه عدم رخداد رفتار در یک ماه اخیر، نمره «۱» نشانه وقوع ۱ تا ۱۰ مرتبه از رفتار و «۲» نشانه رخداد بیش از ۱۰ مرتبه از رفتار است. ماتسون و کوهن روایی این آزمون را مناسب گزارش نمودند و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ گزارش دادند (ماتسون، فودستاد و بویسجولی^۲، ۲۰۰۸). ماتسون، مایویل، کوهن، استرمی، لاد و کوپر^۳ (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای دیگر پایایی این آزمون را با ضریب بازآزمایی سنجیدند و $I=0/71$ محاسبه کردند. در ایران، رضایی

جدول ۱: خلاصه‌ی محتوای جلسات بازی‌درمانی مبتنی بر خودنظارتی

جلسه	محتوا
اول	بازی با عروسک انسان، اشاره به اجزای بدن عروسک‌ها به‌خصوص اجزای صورت، بازی غذا دادن به عروسک‌ها با اسباب‌بازی‌های ظروف غذاخوری، جمع کردن وسایل اسباب‌بازی و گذاشتن آن‌ها در کمد مربوطه توسط کودک، چک کردن اینکه چیزی را جا نگذاشته‌اند، دریافت تقویت موردعلاقه از جانب مربی
دوم	ارائه‌ی جدول خودنظارتی به کودک از طرف مربی (در ابعاد 100×50 سانتی‌متری) که شامل ۷ تصویر بود: تصویر آشپزخانه: یعنی کودک باید غذا را در آشپزخانه میل کند؛ تصویر صندلی و میز غذاخوری: یعنی باید روی صندلی بنشیند و غذا بخورد، تصویر غذا: یعنی غذا را با وسایل غذا میل کند؛ تصویر صورت و دهان بسته‌شده: به معنای اینکه کودک غذا را وجود و قورت دهد؛ تصویر صورت و لباس تمیز: یعنی غذا را روی دست و صورت و لباس خود نریزد؛ تصویر لیوان و بشقاب خالی: یعنی غذای خود را تمام کرده است؛ تصویر سینک ظرف‌شویی: یعنی کودک ظروف خالی را در سینک بگذارد؛ تصویر شستن دست و صورت: یعنی بعد از غذا دست و صورت خود را می‌شوی. توضیح جدول خودنظارتی توسط مربی، بازی غذا خوردن عروسک، دریافت برچسب برای انجام هر تصویر، دریافت تقویت پس از دریافت تمامی برچسب‌ها (اگر حتی یک تصویر برچسب نمی‌گرفت تا زمانی که آن فعالیت اصلاح یا جبران نمی‌شد، کودک تقویتی دریافت نمی‌کرد)
سوم	تکرار فعالیت‌های جلسه قبل با این تفاوت که کودک این بار از وسایل اسباب‌بازی استفاده نکرد، بلکه از وسایل غذاخوری واقعی نشکن استفاده نمود، بازی شناخت اعضای صورت؛ اعلام وقت غذا توسط مربی، رعایت قوانین فعالیت‌های غذاخوری، زدن برچسب بر تصویر هر فعالیت پس از انجام صحیح آن، تکرار کلامی هر فعالیت پس از تکمیل جدول خودنظارتی، دریافت تقویت پس از دریافت تمامی برچسب‌ها، (هدایت کلامی و عملی کودک در طول جلسه توسط مربی)
چهارم	انجام فعالیت‌های جلسه قبل با این تفاوت که مربی این بار برچسب‌ها را پس از انجام تمامی فعالیت‌ها به کودک تحویل می‌داد، دریافت تقویت بعد از تکمیل صحیح جدول خودنظارتی
پنجم	این بار انجام فعالیت‌ها را با مداد تیک می‌زد
ششم	در این جلسه مربی جدول‌ها را به کودک تحویل داد تا آن را با خود به خانه ببرند و این فعالیت‌ها با نظارت مادر یا مراقب کودک تکرار شود. در پایان تقویت را از مادر یا مراقب دریافت می‌کرد؛ این فعالیت در تمامی وعده‌های صبحانه، ناهار و شام تکرار می‌شد
هفتم	گزارش فعالیت‌های جدول خودنظارتی توسط کودک، دریافت تقویت از سوی مربی در صورت انجام کامل فعالیت‌ها
هشتم	گزارش فعالیت‌های جدول خودنظارتی پس از سه روز متوالی که روزانه ثبت شده‌اند، دریافت تقویت از سوی مربی در صورت انجام کامل فعالیت‌ها
نهم	گزارش فعالیت‌های جدول خودنظارتی پس از یک هفته که روزانه ثبت شده‌اند، دریافت تقویت از جانب والدین
دهم	در این جلسه سعی شد که از جدول استفاده نشود؛ بلکه در هر وعده‌ی غذایی اعمال خواسته‌شده را انجام دهند و بر کار خود نظارت داشته باشند. گزارش فعالیت‌ها پس از یک هفته

۴. Coyle & cole

۵. self-monitoring based play therapy

۱. nutrition

۲. Fodstad & Boisjoli

۳. Matson, Mayville, Kuhn, Sturmey, Laud & Cooper

گردید. لازم به ذکر است سطح معنی داری در نظر گرفته شده در کلیه مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها، $\alpha=0/05$ بود.

آزمون لوین^۲ و ام‌باکس^۳ ($F=1/382$ و $P=0/148$) پیش فرض همگنی کوواریانس‌های نمرات تأیید گردید. علاوه بر آن، به منظور بررسی خطی بودن داده‌ها، مقدار F تعامل جهت یکسان بودن شیب خط رگرسیون در کلیه متغیرهای مشکلات رفتاری در سطح $\alpha=0/05$ معنی دار نبود. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شد. لذا با توجه به تأیید کلیه پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، از این آزمون جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات مراحل آزمون در دو گروه نشان داده شده است.

در پایان، داده‌های به دست آمده از پژوهش با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ی پژوهشی در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ($6/540$ و $0/840$) و ($6/870$ و $1/057$) بود که نتایج آزمون t مستقل نشان داد تفاوت معنی داری میان سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه ($t=-0/733$ و $P=0/450$) وجود ندارد. به منظور بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، بر اساس آزمون کلموگروف-اسمیرنوف^۱ پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های آزمون و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تأیید شد. همچنین، با نتایج

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه

مقیاس	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آسپراسیون	آزمایش	۱۰	۳/۱۰۰	۰/۸۷۶	۳/۰۰۰	۱/۰۵۴
	گواه	۱۰	۳/۳۰۰	۱/۶۳۶	۲/۷۰۰	۱/۳۳۷
انتخابی بودن غذا	آزمایش	۱۰	۱۰/۶۰۰	۲/۰۱۱	۷/۲۰۰	۰/۹۱۹
	گواه	۱۰	۱۰/۸۰۰	۱/۳۹۸	۱۰/۴۰۰	۳/۰۹۸
مهارت‌های تغذیه‌ای	آزمایش	۱۰	۱۸/۳۰۰	۱/۱۵۹	۱۱/۵۰۰	۱/۴۳۴
	گواه	۱۰	۱۷/۱۰۰	۲/۱۸۳	۱۴/۹۰۰	۲/۶۰۱
امتناع از خوردن	آزمایش	۱۰	۷/۴۰۰	۱/۰۷۴	۴/۶۰۰	۰/۶۹۹
	گواه	۱۰	۶/۸۰۰	۱/۴۷۶	۵/۸۰۰	۱/۰۳۳
مشکلات رفتاری مرتبط با تغذیه	آزمایش	۱۰	۱۱/۶۰۰	۱/۰۷۴	۷/۵۰۰	۱/۴۳۳
	گواه	۱۰	۱۲/۸۰۰	۶/۴۹۴	۹/۲۰۰	۱/۳۹۸
کل	آزمایش	۱۰	۵۲/۰۰۰	۲/۵۸۱	۳۳/۸۰۰	۳/۶۴۵
	گواه	۱۰	۵۰/۸۰۰	۹/۴۰۲	۴۳/۰۰۰	۴/۳۴۶

با توجه به جدول ۲، ملاحظه می‌شود که در مرحله‌ی پس آزمون، نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، در زمینه‌ی مشکلات تغذیه‌ای روند کاهشی داشته است. با این حال این یافته‌ها در سطح توصیفی است.

۳. Box's M test

۱. Kalmogorov-Smiranov test

۲. Levene test

جدول ۳: نتایج پیش فرض آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات پس آزمون مؤلفه‌های مشکلات تغذیه‌ای

نام آزمون	مجموع مجذورات	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۷۲۸	۴/۸۰۷	۵/۰۰۰	۹/۰۰۰	۰/۰۲۰	۰/۷۲۸	۰/۸۱۹

کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ نشان داده شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰,۷۲۸ است، به عبارت دیگر، ۷۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون مشکلات تغذیه‌ای مربوط به تأثیر بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی می‌باشد.

با توجه به جدول ۳، با کنترل پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در سطح $\alpha=0/05$ تفاوت معنی‌دار است ($P=0/020$) و به عبارتی دیگر بین گروه آزمایش و گواه حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل

جدول ۴: نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات پس آزمون مشکلات تغذیه‌ای کودکان آهسته گام

مقیاس	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	پیش آزمون	۱۰/۳۳۶	۱	۱۰/۳۳۶	۱۱/۱۴۶	۰/۰۰۴	۰/۳۹۶	۰/۸۸۲
	گروه	۰/۱۱۹	۱	۰/۱۱۹	۰/۱۲۸	۰/۷۲۵	۰/۰۰۷	۰/۰۶۳
	خطا	۱۵/۷۶۴	۱۷	۰/۹۲۷				
انتخابی بودن غذا	پیش آزمون	۱۸/۴۹۲	۱	۱۸/۴۹۲	۴/۱۶۳	۰/۰۵۷	۰/۱۹۷	۰/۴۸۶
	گروه	۴۷/۳۴۸	۱	۴۷/۳۴۸	۱۰/۶۶۰	۰/۰۰۵	۰/۳۸۵	۰/۸۶۸
	خطا	۷۵/۵۰۸	۱۷	۴/۴۴۲				
مهارت‌های تغذیه‌ای	پیش آزمون	۱/۶۷۶	۱	۱/۶۷۶	۰/۳۶۶	۰/۵۵۳	۰/۰۲۱	۰/۰۸۸
	گروه	۵۷/۶۰۰	۱	۵۷/۶۰۰	۱۲/۵۹۸	۰/۰۰۲	۰/۴۲۶	۰/۹۱۷
	خطا	۷۷/۷۲۴	۱۷	۴/۵۷۲				
امتناع از خوردن	پیش آزمون	۰/۰۴۸	۱	۰/۰۴۸	۰/۰۵۸	۰/۸۱۲	۰/۰۰۳	۰/۰۵۶
	گروه	۷/۰۶۷	۱	۷/۰۶۷	۸/۶۱۱	۰/۰۰۹	۰/۳۳۶	۰/۷۹۰
	خطا	۱۳/۹۵۲	۱۷	۰/۸۲۱				
مشکلات رفتاری مرتبط با تغذیه	پیش آزمون	۱/۰۸۸	۱	۱/۰۸۸	۰/۵۲۸	۰/۴۷۷	۰/۰۳۰	۰/۱۰۶
	گروه	۱۵/۲۶۶	۱	۱۵/۲۶۶	۷/۴۱۲	۰/۰۱۴	۰/۳۰۴	۰/۷۲۸
	خطا	۳۵/۰۱۲	۱۷	۲/۰۶۰				

تفاوت معنی‌دار نبود؛ بنابراین فرضیه پژوهش در این زمینه‌ها به جز اسپراسیون، تأیید می‌گردد. می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل‌شده‌ی مشکلات تغذیه‌ای دانش‌آموزان آهسته گام گروه آزمایش در مرحله‌ی پس آزمون نسبت به میانگین دانش‌آموزان آهسته گام گروه گواه، بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی موجب کاهش مشکلات تغذیه‌ای گروه آزمایش شده است.

با توجه به جدول ۴، با کنترل پیش آزمون، بین دانش‌آموزان آهسته گام گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ مشکلات تغذیه‌ای در مؤلفه‌های انتخابی بودن ($P=0/005$ و $F=10/660$)، مهارت‌ها ($P=0/002$ و $F=12/598$)، امتناع ($P=0/009$ و $F=8/611$) و مشکلات رفتاری ($P=0/014$ و $F=7/412$)، تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ اما در مؤلفه‌ی اسپراسیون ($p=0/725$ و $F=0/128$)،

جدول ۵: میانگین تعدیل‌شده و انحراف معیار نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های مشکلات تغذیه‌ای

مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اسپراسیون	آزمایش	۱۰	۲/۸۶۰	۰/۳۵۳

۰/۳۵۳	۲/۸۴۰	۱۰	گواه	
۰/۷۹۰	۷/۵۳۶	۱۰	آزمایش	انتخابی بودن غذا
۰/۷۹۰	۱۰/۰۶۴	۱۰	گواه	
۰/۵۵۶	۱۱/۹۰۶	۱۰	آزمایش	مهارت‌های تغذیه‌ای
۰/۵۵۶	۱۴/۴۹۴	۱۰	گواه	
۰/۲۷۵	۴/۷۹۰	۱۰	آزمایش	امتناع از خوردن
۰/۲۷۵	۵/۶۱۰	۱۰	گواه	
۰/۵۰۵	۷/۵۷۱	۱۰	آزمایش	مشکلات رفتاری مرتبط با تغذیه
۰/۵۰۵	۹/۱۳۹	۱۰	گواه	

می‌تواند در جهت کاهش مشکلات تغذیه‌ای این کودکان مفید باشد. پژوهشی که توسط بروکوویچ^۷ در سال ۲۰۱۰ انجام شد، نشان داد که خودنظارتی و تقویت مثبت می‌تواند بر عادات غذایی سالم و ورزش کردن افراد آهسته‌گام مؤثر باشد. افرادی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند، در ابتدا از هیچ میوه و سبزی و مواد لبنی استفاده نمی‌کردند و میزان استفاده از مواد غذایی سالم در این افراد بسیار پایین و نزدیک به ۰٪ بود؛ اما بعد از دو هفته مداخله‌ی خودنظارتی، میزان مصرف مواد غذایی سالم به‌طور چشمگیری افزایش یافت و به ۳۳/۳٪ رسید. بروکوویچ در پژوهش خود نشان داد استفاده از روش‌های خودنظارتی می‌تواند به کودکان آهسته‌گام کمک کند تا نسبت به عادت‌های غذایی خود، آگاهی بیشتری پیدا کنند. در یک مطالعه‌ی موردی دیگر نیز که بر روی یک پسر نوجوان مبتلا به مشکلات تغذیه‌ای توسط فیشر، لوپسالی و داو^۸ در سال ۲۰۱۵ انجام شد، نشان داد که خودنظارتی می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی شناختی-رفتاری در بهبود مشکلات تغذیه‌ای و رژیم غذایی تأثیرگذار باشد. کودک آهسته‌گام با نظارت بر رفتارهای خود در هنگام غذا خوردن، درک و شناخت خود را نسبت به بروز برخی رفتارهای بیشتر می‌کند و همین مسئله سبب می‌شود تا با شناخت و انگیزه‌ی بیشتری در جهت رفع مشکلات تغذیه‌ای خود گام بردارد. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که بازی‌درمانی خودنظارتی می‌تواند آگاهی کودک را نسبت به خود و محیط اطرافش تقویت کند و از کودک می‌خواهد تا در یک فعالیت لذت‌بخش و بدون تنش، نحوه‌ی غذا خوردن و رفتارهای همراه با آن را نظارت نماید. بدین‌صورت او می‌تواند کاستی‌ها و رفتارهای مخرب خود را بشناسد و در جهت رفع آن‌ها اقدام کند. سپس با بررسی پیوسته‌ی این رفتارها، میزان بهبودی خود را ارزیابی کند. در اینجا کودک آهسته‌گام، خود مسئول خود است و خودش بر عملکردش نظارت دارد. بدین ترتیب کودک با نگاه کردن و بررسی

بررسی میانگین تعدیل‌شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده گروه آزمایش نسبت به میانگین تعدیل‌شده در گروه گواه برای مؤلفه‌های انتخابی بودن، مهارت‌های تغذیه‌ای، امتناع از خوردن و مشکلات رفتاری مرتبط با تغذیه کاهش داشته است اما در مؤلفه‌ی اسپراسیون، میانگین تعدیل‌شده‌ی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله‌ی پس‌آزمون همچنان بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر خودنظارتی بر مشکلات تغذیه‌ای کودکان آهسته‌گام انجام شد. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی مبتنی بر خودنظارتی می‌تواند در کاهش مشکلات تغذیه‌ای در زمینه‌های انتخابی بودن غذا، مهارت‌های هنگام غذا خوردن، امتناع از خوردن و مشکلات رفتاری مرتبط با تغذیه این کودکان مفید باشد نتایج این پژوهش تا حدودی با یافته‌های کول و کوپل (۲۰۰۴)، هامفریس، تراسی و اسکینس^۱ (۲۰۰۷)، استوارت، وان‌دی‌ون، کاتسارو، رنتزیو، دوران، جکسون و همکاران^۲ (۲۰۰۹)، هولمس^۳ (۲۰۰۹)، بروکوویچ^۴ (۲۰۱۰) و ریمر، یاماکا، لووری، وانگ و ووگل^۵ (۲۰۱۰)، مطابقت دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت از آنجاکه مسائل و مشکلاتی که هنگام غذا خوردن در کودکان آهسته‌گام پیش می‌آیند، بر عملکرد روزانه‌ی فرد تأثیر گذاشته و موجب مشکلات بیشتر، حتی مراقبت‌های پزشکی ویژه نیز می‌شوند (فودستاد و ماتسون، ۲۰۰۸) و همچنین ممکن است این مشکلات، کودکان آهسته‌گام را در معرض مبتلا شدن به سوءتغذیه و کم‌آبی بدن قرار دهد (کندی، مک‌کومبی، داوسف، مک‌کنال و دانیگان^۶، ۱۹۹۷) بنابراین، اهمیت این موضوع، تشخیص و طرح درمان مناسب را برای این کودکان ضروری می‌کند. از این میان روش بازی‌درمانی مبتنی بر خودنظارتی

۵. Rimmer, Yamaki, Lowery, Wang & Vogel

۶. Kennedy, McCombie, Dawes, Mccnnell & Dunnigan

۷. Borokhovich

۸. Fischer, LuisElli & Dove

۱. Humphries, Traci & Seekins

۲. Stewart, Van De Ven, Katsarou, Rentziou, Doran, Jackson & et al

۳. Holmes

۴. Borokhovich

انجام فعالیت‌های مستقلانه را در کودک بالا می‌برد و میزان وابستگی به دیگران را در او کاهش می‌دهد. به‌طور کلی می‌توان گفت این مداخله، نتایج سودمندی در جهت ارتقای سطح آگاهی کودکان آهسته‌گام نسبت به رفتارهای تغذیه‌ای، ایجاد انگیزه‌ی بیشتر در جهت انجام این رفتارها و همچنین تقویت مسئولیت‌پذیری و اتکای به خود در این کودکان می‌گردد.

علاوه بر آن نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تأثیر بازی درمانی مبتنی بر خودنظارتی بر کاهش مشکلات تغذیه‌ای درزمینه‌ی اسپراسیون، معنی‌دار نیست. در تبیین این نتایج نیز شاید بتوان به این موضوع اشاره کرد از آنجاکه مشکلات اسپراسیون بیشتر به دلیل اختلالات بلعی بروز می‌کند و وجود این اختلالات ممکن است بر اثر ضعف در مهارت‌های حرکتی دهان بوده و یا بر اثر عدم یادگیری صحیح بلعیدن و فروبردن غذا باشد (جکسون و همکاران، ۲۰۱۶)، در نتیجه برای رفع مشکل اسپراسیون در کودکان آهسته‌گام بایستی از دیگر روش‌های رفتاری و توان‌بخشی و یا پزشکی استفاده نمود؛ بنابراین به نظر نمی‌رسد بازی درمانی خودنظارتی بتواند در این زمینه مؤثر واقع شود. چراکه مشکلات مربوط به مهارت‌های حرکتی دهان، به آموزش‌های مستقیم رفتاری و توان‌بخشی نیاز دارد که در جریان آن بتوان به‌صورت مرحله‌ای و در قالب دستورالعمل‌هایی ترتیب یافته، این مهارت را در این کودکان تقویت نمود.

پژوهش حاضر بر کودکان آهسته‌گام مبتلابه ناتوانی هوشی ۵ تا ۸ سال، انجام شد؛ بنابراین در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه‌ها از نظر سن، سایر اختلالات و دیگر کودکان آهسته‌گام (سندروم داون، فلج مغزی و دیگر معلولیت‌ها) و همچنین سایر شهرها و مناطق، بایستی با احتیاط صورت گیرد. علاوه بر آن، در این پژوهش آزمون پیگیری انجام نشد؛ از آنجاکه وجود آزمون‌های پیگیری برای بررسی اثربخشی مداخلات در طولانی‌مدت، لازم است، استفاده از آن در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه‌ی پژوهشی، ابزار فاقد نقطه‌ی برش و عدم توجه به دیگر مسائل روانی این افراد اشاره نمود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این موارد نیز مورد توجه قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های توان‌بخشی و مدارس استثنایی، از این روش برای درمان کودکان آهسته‌گامی که از مشکلات تغذیه‌ای رنج می‌برند، استفاده شود. علاوه بر آن، در پژوهش‌های آینده مقایسه‌ای میان این مداخله و دیگر مداخلات رفتاری و شناختی، صورت گیرد و نقاط تمایز و برجسته‌ی این مداخلات مشخص شود.

بایدها و نبایدهایی که در هنگام تغذیه شدن، بایستی رعایت شود را نظاره کرده، وضعیت خود را در آن مقوله‌ها ارزیابی می‌نماید. در نتیجه آداب غذا خوردن را یاد گرفته و با نظارت دقیق‌تر بر رفتار خود مهارت‌های تغذیه‌ای خود را بهبود می‌بخشد.

از سوی دیگر، ضعف کودکان آهسته‌گام در شناخت و کنترل رفتارهای خود، موجب شده است که این افراد برای انجام کارهای خود به دیگران وابسته بوده و استقلال لازم را نداشته باشند. از آنجاکه یکی از اهداف بازپروری و توان‌بخشی کودکان آهسته‌گام، تقویت مهارت‌های خودیاری از قبیل مهارت‌های تغذیه‌ای آنان است، لذا تقویت این مهارت‌ها از رایج‌ترین زمینه‌های مورد علاقه‌ی مراقبین و متخصصان کودکان آهسته‌گام بوده و هست. از این رو با آموزش مهارت‌های خودیاری از جمله مهارت غذا خوردن، کودک تا اندازه‌ی زیادی امور و کارهای روزمره‌ی خود را بدون وابستگی یا با حداقل وابستگی به دیگران انجام می‌دهد. این امر به‌نوبه‌ی خود باعث می‌شود که مراقبین زمان کمتری را صرف اموری چون غذا خوردن این کودکان نمایند (ملک‌پور، ۱۳۹۳). از این رو، خودنظارتی نیز به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر خود، به افراد آهسته‌گام کمک می‌کند تا کمتر به دیگران تکیه کرده و نسبت به رفتار خود، مستقل‌تر و با مسئولیت بیشتری نظارت داشته باشد. در واقع، خودنظارتی یک مکانیسم مهم در تحول و پیشرفت فرد است که به‌صورت ارادی انجام شده و موجب تنظیم درونی رفتاری می‌شود (ادینگروه^۱، ۲۰۰۹؛ غباری‌بناب، افروز، حسن‌زاده، بخشی و پیرزادی، ۱۳۹۱). فرایند خودنظارتی، در ابتدا شامل تشخیص فرد مبنی بر وجود یک نیاز برای تنظیم رفتار خود است. به‌منظور تشخیص این نیاز، فرد باید رفتار خود را مشاهده کرده و آن را با برخی معیارهای از پیش تعیین‌شده مقایسه نماید. سپس وضعیت خود را در جهت نیل به آن معیارها اصلاح نماید. لذا نه‌تنها شناخت کودک نسبت به نوع غذا خوردن خود بیشتر می‌شود، بلکه انگیزه‌ی کافی و اتکای به خود را نسبت به انجام رفتارهای مناسب بهبود می‌نماید. پژوهش حاضر نشان داد که از طریق بازی خودنظارتی می‌توان برخی مهارت‌ها، از جمله مهارت‌های تغذیه‌ای را به کودک آهسته‌گام آموزش داد. چراکه آموزش رفتارهای تغذیه‌ای صحیح از طریق بازی، علاوه بر آنکه میزان مشارکت و درگیری این کودکان را ارتقا می‌دهد، باعث می‌شود تا این کودکان در محیطی عاری از تنش و اضطراب و متناسب با سطح توانایی خود، برخی رفتارهای مناسب در هنگام تغذیه شدن را با انگیزه‌ی بیشتری فراگیرند. در جریان بازی خودنظارتی، کودک جدول رفتاری مربوط به عملکردش را نظاره کرده، میزان موفقیت خود را در کسب این مهارت‌ها ارزیابی می‌کند و به‌طور مستقیم یاد می‌گیرد در هنگام تغذیه شدن، چگونه عملکردی را داشته باشد؛ بنابراین، بازی درمانی خودنظارتی انگیزه‌ی

۱. Aduinugroho

- Bure, A. W., and Wilmshurst, L. (۲۰۱۶). *Essentials of Intellectual Disability Assessment and Identification*. ۱st Edition. New Jersey: Wiley and Sons.
- Coyle, C., and Cole, P. (۲۰۰۴). A videotaped self-modelling and self-monitoring treatment program to decrease off-task behavior in children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, ۲۹(۱), ۳-۱۶.
- Fischer, A. J., Luiselli, J. K., and Dove, M. B. (۲۰۱۵). Effects of clinic and in-home treatment on consumption and feeding-associated anxiety in an adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, ۳(۲), ۱۵۴-۱۶۶.
- Fodstad, J. C., and Matson, J. A. (۲۰۰۸). A Comparison of Feeding and Mealtime Problems in Adults with Intellectual Disabilities with and Without Autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, ۲۰(۶), ۵۴۱-۵۵۰.
- Ganz, J. B. (۲۰۰۸). Self-monitoring across age and ability levels: Teaching students to implement their own positive behavioral interventions. *Journal of Preventing School Failure*, ۵۳, ۳۹-۴۸.
- Gopalan, R. T. (۲۰۱۶). *Handbook of research on diagnosing, treating, and managing intellectual disabilities*. Hershey: Information Science Reference.
- Holmes, C. S. (۲۰۰۹). Self-monitoring reactivity and a severe feeding problem. *Journal of Clinical Child Psychology*, ۱۱(۱), ۶۶-۷۱.
- Hubbard, K. L., Bandini, L. G., Folta, S. C., Wansink, B., Eliasziw, M., and Must, A. (۲۰۱۴). Impact of a Smarter Lunchroom intervention on food selection and consumption among adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities in a residential school setting. *Public Health Nutr*, ۱۸(۲), ۳۶۱-۳۷۱. DOI: ۱۰.۱۰۱۷/S۱۳۶۸۹۸۰۰۱۴۰۰۳۰۵.
- Humphries, K., Traci, M. A., and Seekins, T. (۲۰۰۸). Food on Film: Pilot Test of an Innovative Method for Recording Food Intake of Adults with Intellectual Disabilities Living in the Community. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, ۲۱(۲), ۱۶۸-۱۷۳.
- Jackson, A., Maybee, J., Moran, M. K., Wolter-Warmerdam, K., and Hickey, F. (۲۰۱۶). Clinical Characteristics of dysphagia in Children with Down syndrome. *Original Article*, ۱-۹.
- منابع**
- افروز، غلامعلی و عاشوری، محمد و قاسم‌زاده، سوگند. (۱۳۹۵). تحول تعریف آهسته گامی در AAIDD, AAMR و تفاوت ملاک‌های آن در DSM-IV-TR و DSM-V. رشد آموزش مشاور مدرسه، ۴۴، ۲۴-۲۱.
- تلکوی، سمیه. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۱)، ۴۴-۵۹.
- حوله‌کیان، فرناز و غلامعلی‌لواسانی، مسعود و خلیلی، شیوا. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در اصلاح ناسازگاری اجتماعی نوجوانان دختر کم‌توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۳(۲)، ۱۹-۵.
- درخورده، نرگس. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش راهبردهای فراشناختی با پیش‌ختم (SQP۴R) و خودنظارتی در درک مطلب خواندن کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳(۱۱۱)، ۲۸-۱۸.
- رضایی، محمد و محمدی، هیوا و راشدی، وحید. (۱۳۹۱). ارتباط مشکلات تغذیه‌ای و عقب‌ماندگی ذهنی. *مجله پژوهش در علوم توان‌بخشی*، ۸(۳)، ۴۲۵-۴۱۹.
- سلیمانی‌آدریانی، سهیلا و صادقی‌هسنیجه، امیرحسین و زره‌پوش، اصغر و ربیعی، مهدی و عابدی، احمد و اسماعیلی، سجاد. (۱۳۹۵). اثر بازی‌های ریتمیک بر مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دستانی مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۸(۲)، ۹۶-۹۱.
- غباری‌بناب، باقر و افروز، غلامعلی و حسن‌زاده، سعید و بخشی، جعفر و پیرزادی، حجت. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش راهبردهای فراشناختی فعال تفکرمدارانه و خودنظارتی بر درک مطلب دانش‌آموزان با مشکلات خواندن. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۲)، ۹۷-۷۷.
- ملک‌پور، م. (۱۳۹۳). *دائرةالمعارف کودکان با نیازهای خاص (استثنایی)*. اصفهان: انتشارات دارخوین.
- Bachmeyer, M. H., Piazza, C. C., Fredrick, L. D., Reed, G. K., Rivas, K. D., and Kacey, H. J. (۲۰۰۹). Functional Analyses and Treatment of Multiply Controlled Inappropriate Mealtime Behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, ۴۲(۳), ۶۴۱-۶۵۸.
- Borokhovich, S. K. (۲۰۱۰). The Effects of Self-Monitoring and Positive Reinforcement on the Diet and Exercise Habits of Young Males Diagnosed with Mental Retardation [on-line]. Ohio State University: Electronic Theses and Dissertations Center. [Updated ۲۰۱۰; cited ۲۰۱۰] Available from: https://etd.ohiolink.edu/ap/۱۰?::NO:۱۰:P۱۰_A_CCESSION_NUM:osu۱۲۸۲۰۰۳۰۰۸.

- Root, M. M., Marchis, L., White, E., Courville, T., Choi, D., Bray, M. A., Pan, X., and et al. (۲۰۱۶). "How Achievement Error Patterns of Students With Mild Intellectual Disability Differ From Low IQ and Low Achievement Students Without Diagnoses". *Journal of Psycho educational Assessment*, ۳۵(۱-۲), ۹۴-۱۱۰.
- Schalock, R. L., and Luckasson, R. (۲۰۱۳). "What's at Stake in the Lives of People with Intellectual Disability? Part I: The Power of Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports". *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, ۵۱(۲), ۸۶-۹۳.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, Sh. A., Bradley, V. J., Buntinx, WHE., Coulter, D. L., Craig E. M., and et al. (۲۰۱۱). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. ۱۱th Edition. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Soares, D. A., Vannest, K. J., and Harrison, J. (۲۰۰۹). Computer aided self-monitoring to increase academic production and reduce self-injurious behavior in a child with autism. *Journal of Behavioral Interventions*, ۲۴, ۱۷۱-۱۸۳.
- Steersman, H., Willesden, M., Fenckova, M., Penn, O., Hoischen, A., Xiong, B., and et al. (۲۰۱۶). Disruption of POGZ Is Associated with Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorders. *The American Journal of Human Genetics*, ۹۸(۳), ۵۴۱-۵۵۲.
- Stewart, L., Van De Ven, L., Katsarou, V., Rentziou, E., Doran, M., Jackson P., and et al. (۲۰۰۹). High prevalence of obesity in ambulatory children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability*, ۵۳(۱۰), ۸۸۲-۸۸۶.
- Stoneville, K., and Duggan, Ch. (۲۰۱۳). *Manual of Pediatric Nutrition*. Fifth edition. USA: People's Medical Publishing House.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T., Robertson, A., and Thorne, I. (۲۰۰۵). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, ۴۴(۳), ۳۶۷-۳۸۲.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B., and Thorne, I. (۲۰۰۲). Cognitive-Behavioural Treatment of Anger Intensity among Offenders with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, ۱۵(۲), ۱۵۱-۱۶۵.
- Kathleen, J. C., Amycenger, M. M., Mather, S. R., and Zucker, S. H. (۲۰۱۲). Effects of a Self-Monitoring Strategy on Independent Work. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, ۴۷(۲), ۱۵۴-۱۶۴.
- Kennedy, M., Mccombie, L., Dawes, P., Mccnell, K. N., and Dunnigan, M. G. (۱۹۹۷). Nutritional support for patients with intellectual disability and nutrition/dysphagia disorders in community care. *Journal of Intellectual Disability Research*, ۴۱(۵), ۴۳۰-۴۳۶.
- Lee, S. H., Palmer, S. B., and Wehmeyer, M. L. (۲۰۰۹). Goal Setting and Self-Monitoring for Students with Disabilities Practical Tips and Ideas for Teachers. *Intervention in School and Clinic*, ۴۴(۳), ۱۳۹-۱۴۵.
- LuisElli, J. K. (۲۰۱۶). *Behavioral Health Promotion and Intervention in Intellectual and Developmental Disabilities*. First Edition. New York: Springer International Publishing.
- Matson, J. L., Fodstad, J. C., and Boisjoli, J. A. (۲۰۰۸). Cutoff scores, norms and patterns of feeding problems for the Screening Tool of feeding Problems (STEP) for adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*, ۳۹(۴), ۳۶۳-۳۷۳.
- Matson, J. L., Mayville, S. B., Kuhn, D. E., Sturmey, P., Laud, R., and Cooper, C. (۲۰۰۵). The behavioral function of feeding problems as assessed by the questions about behavioral function (QABF). *Res Dev Disabil*, ۲۶(۴), ۳۹۹-۴۰۸.
- O'Handley, R. D., Ford, W. B., Radley, K. C., Helbig, K. A., and Wimberly, J. K. (۲۰۱۶). Social Skills Training for Adolescents with Intellectual Disabilities: A School-Based Evaluation. *Journal of Behavior Modification*, ۴۰(۴), ۵۴۱-۵۶۷.
- Reid, R., Trout, A. L., and Schartz, M. (۲۰۰۵). Self-regulation interventions for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, ۷۱(۴), ۳۶۱-۳۷۷.
- Rezaei, M., Rashedi, V., Gharib, M., and Lotfi, G. (۲۰۱۱). Prevalence of Feeding Problems in Children with Intellectual Disability. *Iranian Rehabilitation Journal*, ۱۱(۱۴), ۵۶-۹.
- Rimmer, J. H., Yamaki, K., DavisLowry, B. M., Wang, E., and Vogel, L. C. (۲۰۱۰). Obesity and obesity-related secondary conditions in adolescents with intellectual/developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, ۵۴(۹), ۷۸۷-۷۹۴.

Effectiveness of Self-Monitoring based Play Therapy on Feeding Problems in Slow paced children

Adel Mohamadzade^۱

Amir Ghamarani^۲

Hoda Akbari^۳

Abstract

Aim: The purpose of this study was to evaluate the efficiency of self-monitoring based play therapy on feeding problems in slow paced children. **Methods:** This study was pre-test/post-test control group design. The population of this study included all children with intellectual disability (ages ۶-۸) that referred to rehabilitation centers and exceptional schools of Ilam city. The sample included ۲۰ children that were selected by Simple Random Sampling from this population and then assigned in two groups of ۱۰ people (experimental group and control group). The experimental group received the self-monitoring based play therapy in ۱۰ sessions. The study data collected by the screening tool of feeding problems (STEP) (Matson and Kuhn, ۲۰۰۱). MANCOVA analysis was used to analysis of data. **Results:** The results showed efficiency of self-monitoring based play therapy on feeding problems and components of selectivity ($P=۰,۰۰۵$ & $F=۱۰,۶۶۰$), skills ($P=۰,۰۰۲$ & $F=۱۲,۵۹۸$), refusal ($P=۰,۰۰۹$ & $F=۸,۶۱۱$) and nutrition ($P=۰,۰۱۴$ & $F=۷,۴۱۲$) was significant in $\alpha=۰,۰۵$ level, but was not efficacy on aspiration risk ($P=۰,۷۲۵$ & $F=۰,۱۲۸$). **Conclusion:** Therefore the self-monitoring based play therapy can be causes decrease feeding problems in children with mild slow paced.

Keywords: self-monitoring based play therapy, feeding problems, slow paced children

^۱ MA Student in Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan. Iran

^۲ Assistance professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan. Iran

^۳ MA Student in Psychology, Razi University of Kermanshah. Iran