

رشد و یادگیری حرکتی - ورزشی - تابستان ۱۳۹۴
دوره ۷، شماره ۲، ص: ۱۸۷-۲۰۱
تاریخ دریافت: ۰۸ / ۱۱ / ۹۲
تاریخ پذیرش: ۱۴ / ۰۴ / ۹۳

تأثیر بازی‌های کودکانه جسمانی بر بهبود کمروبی دانش‌آموزان دختر دبستانی

مریم پروین^۱ - احمدرضا موحدی^{۲*} - سالار فرامرزی^۳

۱. کارشناس ارشد، رفتار حرکتی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران،

۲. دانشیار، رفتار حرکتی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، ۳. دانشیار، گروه روان

شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

در تحقیق حاضر تأثیر بازی‌های کودکانه جسمانی بر میزان کمروبی دانش‌آموزان دختر دبستانی بررسی شد. شرکت‌کنندگان ۳۳ دانش‌آموز دختر ۹ تا ۱۱ سال بودند که تصادفی به دو گروه تجربی (۱۸ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه تجربی بازی‌های منتخب کودکانه جسمانی را به مدت ۸ هفته، هفته‌ای دو جلسه انجام دادند و گروه کنترل هیچ بازی جسمانی را تجربه نکردند. کمروبی، قبل و بعد از مداخله پژوهشی اندازه‌گیری شد. برای اندازه‌گیری کمروبی از پرسشنامه کمروبی کودکان کروزیر (۱۹۹۵) و برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری t استفاده شد. نتایج نشان داد بازی‌های کودکانه جسمانی به بهبود معنادار در میزان کمروبی شرکت‌کنندگان گروه تجربی منجر شد ($P < 0.001$) درحالی‌که تغییری در نمره کمروبی شرکت‌کنندگان گروه کنترل در طول دوره پژوهشی مشاهده نشد. یافته‌های پژوهش حاضر به دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت یادآوری می‌کند که از بازی‌های کودکانه جسمانی می‌توان به‌عنوان روش مداخله مناسب برای بهبود کمروبی کودکان دبستانی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی

بازی، بهبود، خجالت، دبستان، کودکان.

مقدمه

احساس کمرویی^۱ یکی از مشکلاتی است که اغلب کودکان و نوجوانان آن را تجربه کرده‌اند. کمرویی در اغلب موارد رفتاری طبیعی و زودگذر است، اما برای کودکی که در روابط خود با سایر مردم، شرایط اجتماعی و دیگر جنبه‌های مهم زندگی تداخل ایجاد می‌کند، یک مشکل است (۱۲). کمرویی اصطلاحی روان‌شناسی اجتماعی برای توصیف دلهره، عدم آسایش و ناراحتی از حضور در کنار دیگران به‌خصوص در شرایط جدید و با افراد ناآشناست (۱۹). این مشکل فردی که ناشی از شرم شدید، عزت نفس پایین و ترس از طرد شدن در محیط‌های اجتماعی ناآشناست، سبب اضطراب و ناراحتی در موقعیت‌های اجتماعی به‌خصوص هنگام ارزیابی از سوی اشخاص مهم، ترس از ارزیابی منفی از سوی دیگران و بازداری اجتماعی شده و مانع از ارتباطات مؤثر در محیط‌های اجتماعی می‌شود (۲۲، ۴۰). مفهوم کمرویی اغلب به‌عنوان اضطراب اجتماعی^۲ همراه با پاسخ‌های رفتاری مانند مهار و عقب‌نشینی در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی و جدید است (۱۸). اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های کودکی و نوجوانی است. این اختلال که در جمعیت چشمگیری از کودکان و نوجوانان دیده می‌شود، با گذشت زمان کیفیت زندگی افراد کمرو را کاهش می‌دهد (۹). این اختلال در کودکان با نشانه‌هایی مانند کمرویی افراطی، کناره‌گیری از تماس با دیگران و تمایل نداشتن به بازی گروهی ظاهر می‌شود (۵). چنانچه کمرویی به‌عنوان یک مشکل فردی شایع شود، می‌توان آن را بیماری اجتماعی نامید، زیرا موجب اضطراب اجتماعی، هراس اجتماعی^۳، عدم اعتماد به نفس، ضعف در مهارت‌های اجتماعی و عدم سازگاری با جمع می‌شود (۴۴). با وجود این با توجه به نظر کاردوسی (۱۹۹۹) کمرویی متفاوت از درون‌گرایی، اضطراب اجتماعی و هراس اجتماعی بوده و یک بیماری روانی نیست (در فهرست DSM-IV وجود ندارد) و فقط شکلی طبیعی از شخصیت است (۲۲).

با توجه به فرضیهٔ زیملاردو (۱۹۹۷) دو نوع کمرویی وجود دارد: کمروهای درون‌گرا که ترجیح می‌دهند تنها باشند و بدون مهارت‌های اجتماعی‌اند و کمروهای برون‌گرا که تمایل دارند با دیگران ارتباط برقرار کنند، اما آنها هم مهارت‌های اجتماعی ندارند و در موقعیت‌های اجتماعی، آشفتگی درونی و اختلالات شناختی را تجربه می‌کنند (۱۳). زیملاردو (۲۰۰۲) کمرویی را در سه سطح معرفی کرده

-
1. Shyness
 2. Social Anxiety
 3. Social Phobia

است: در سطح رفتاری که در این سطح افراد کمرو بلاغت کلام ندارند، با صدای کوتاه صحبت می‌کنند و رفتارهای بازداری، کناره‌گیری و خجالت از خود نشان می‌دهند. در سطح عاطفی دارای عزت نفس پایین، نگران و افسرده‌اند، و در سطح شناختی ترس از ارزیابی منفی دارند (۴۳). کمروبی ممکن است از صفات ژنتیکی، محیطی و تجربیات شخصی نشأت گرفته باشد (۱۹). اظهارات کافی و محکمی در مورد علل کمروبی بیان نشده است، با این حال روان‌شناسان علل احتمالی را عوامل ژنی، و عواملی مانند وابستگی کمتر بین فرزند و والدین، استفاده ضعیف از مهارت‌های اجتماعی، مورد انتقاد و اذیت قرار گرفتن کودک از سوی خانواده و دیگران می‌دانند (۱۲).

کمروبی مشکل فردی و اجتماعی است و برای درمان آن دو روش اصلی شامل روان‌درمانی و روش‌های پزشکی پیشنهاد شده‌اند. پژوهشگران مخالف استفاده از روش‌های پزشکی‌اند و به‌کارگیری روش‌های شناختی و رفتاری به‌جای استفاده از دارو را توصیه می‌کنند (۴۰). یک روش مناسب برای درمان کودکان کمرو می‌تواند شرکت در فعالیت‌های جسمانی مشارکتی باشد. مشارکت ورزشی موجب ایجاد رابطه دوستانه و تقویت روابط اجتماعی کودک می‌شود. چنانکه دیمچ (۲۰۱۱) بیان کرد ورزش تیمی اثر مثبتی بر اضطراب کودک در موقعیت‌های اجتماعی دارد (۳۲). در تحقیق دیگری مشارکت ورزشی نقش محافظتی منحصر به فردی برای کودکان خجالتی داشت، به‌طوری‌که با شرکت در ورزش اضطراب کودکان کاهش یافت (۱۸).

مطالعه فراهینی و همکاران (۲۰۱۱) بیانگر رابطه مثبت بین اضطراب، کمال‌گرایی، عدم اعتماد به نفس، خودپنداره منفی و کمروبی و رابطه منفی کمروبی با خلاقیت بود (۱۷). استلاسکی و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای نشان دادند کودکانی که زمان بیشتری را برای ورزش‌های گروهی صرف می‌کنند، نسبت به کودکانی که به ورزش‌های انفرادی می‌پردازند اعتماد به نفس بیشتری دارند (۳۴). نقش مهم فعالیت جسمانی هم در ارتقای سلامت و جلوگیری از بیماری‌های جسمی و هم در سلامت روانی حائز اهمیت است. تحقیقات نشان می‌دهد که فعالیت جسمانی ممکن است در درمان یا کاهش خطر ابتلا به مشکلات روانی تأثیر داشته باشد. فعالیت بدنی برای سلامت روانی-جسمانی و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان مهم بوده و در سراسر طول عمر محافظ سلامت آنان است (۱۰). نیاز به بازی جسمانی^۱ از جمله اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین 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

4. Physical Play

فراگیری مهارت‌های اجتماعی است (۳۶). بارت (۲۰۰۴) بیان کرد که بازی‌های انفرادی کودکان با عملکرد حرکتی ضعیفی همراه است، در حالی که بازی‌های اجتماعی به کنترل قامت، هماهنگی بصری- حرکتی و اجرای بهتر منجر می‌شود. نشان داده شده است که عملکرد حرکتی نقش مهمی در سازگاری اجتماعی کودکان دارد (۸). کوواوا و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیقی نشان دادند بازی‌های همراه با موسیقی و فعالیت‌های بازی‌گونه مهارت‌های اجتماعی کودکان را افزایش می‌دهد (۲۵).

با مطالعه مداخلات متفاوت برای بهبود کمروبی کودکان در می‌یابیم که مداخلات به‌کاربرده‌شده شامل روان‌درمانی، روش‌های پزشکی و استفاده از دارو، الگوهای ارتباطی خانواده، تقویت مهارت‌های زندگی، ارتباط متقابل معلم و کودک، ایجاد رابطه‌های دوستانه و ... بوده و از فعالیت جسمانی و مشارکت ورزشی به‌عنوان مداخله برای رفع کمروبی استفاده نشده است (۴۲، ۴۰، ۲۰، ۱۸، ۷، ۶). از طرفی نقش ورزش و فعالیت بدنی در رفع کمروبی به‌صورت تجربی کار نشده است و تحقیقات در این زمینه رابطه بین میزان فعالیت بدنی و ورزش را با کمروبی سنجیده‌اند. در کشور ما تحقیقات کمروبی به‌صورت توصیفی انجام گرفته و فقط به شیوع کمروبی بسنده شده است. همین‌طور مداخلات غیرورزشی و غیر فعالیت جسمانی بوده و به نوجوانان و جوانان محدود شده است، بنابراین مطالعات بیشتر در این زمینه بر روی کودکان ضروری است. به‌منظور رفع شکاف‌های تحقیقاتی ذکر شده و با توجه به اهمیت رفع کمروبی در کودکان در تحقیق حاضر برآنیم تا با اجرای پژوهش نیمه‌تجربی نقش بازی‌های جسمانی کودکان را که نوعی مشارکت ورزشی جذاب برای کودکان است، تغییرات کمروبی دانش‌آموزان دختر دبستانی را بررسی کنیم.

روش تحقیق

روش تحقیق از نوع نیمه‌تجربی است. تحقیق حاضر با دو گروه آزمایش و کنترل همراه با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام گرفته است.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان دختر ۹ تا ۱۱ ساله مدارس ابتدایی شهرستان فولادشهر بودند که یک مدرسه از بین مدارس شهر به‌صورت خوشه‌ای انتخاب شد و ۳۳ دانش‌آموز شرکت‌کننده در تحقیق از بین دانش‌آموزان ۹ تا ۱۱ ساله انتخاب شدند و سپس در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای گرفتند.

شیوه مداخله

گروه آزمایش، بازی‌های کودکانه جسمانی را طی هشت هفته، هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه تجربه کردند. گرم کردن و سرد کردن به ترتیب در ابتدا و انتهای همه جلسات تمرینی با استفاده از حرکات کششی و نرمشی انجام گرفت. زمان گرم کردن و سرد کردن در جلسات ابتدایی بیشتر از جلسات پایانی بود و از این رو کودکان در جلسات پایانی زمان بیشتری برای بازی‌ها صرف می‌کردند. کاهش زمان گرم کردن و سرد کردن و افزایش زمان بازی به صورت تدریجی و برنامه‌ریزی شده در طول جلسات تمرینی صورت پذیرفت. بازی‌های کودکانه جسمانی از کتاب‌های معتبری جمع‌آوری شدند و بازی‌هایی که اهداف پرورشی آنها پرورش حس اعتماد به نفس و روحیه همکاری گروهی، افزایش دوستی و صمیمیت، آموزش مفاهیم اولیه نجات هموعان و احساس تعلق به گروه نجات، ایجاد شادی و نشاط بود، مورد توجه قرار گرفتند. بازی‌های جسمانی مورد استفاده شامل بازی‌های " بزن بیفتد، نون و نمک، جمع شو، شیر دیدم، تعقیب دسته‌جمعی، نجات، ببر بگذار، پیدا کردم، سنجاب زیر درخت، موش و گربه، توپ و طناب" (۳) بود. انجام بازی‌های جسمانی مورد استفاده در این پژوهش نیازمند عملیات ادراکی-حرکتی‌اند که به نوعی عملیات شناختی را درگیر می‌کند. با این حال با توجه به اینکه این بازی‌ها بر پایه فعالیت‌های بدنی و جسمی طراحی شده‌اند و بار شناختی آن کمتر از بار جسمانی-حرکتی است، از آنها به عنوان بازی‌های جسمانی نام برده شده است.

ابزار پژوهش

برای اندازه‌گیری میزان کمروبی دانش‌آموزان از مقیاس پرسشنامه کمروبی کودکان کروزیر (۱۹۹۵) استفاده شد. مقیاس کروزیر (۱۹۹۵) وسیله‌ای برای سنجش کمروبی کلی کودکان است. این ابزار در مطالعات و تحقیقات قبلی خارجی در سطح وسیعی استفاده شده و به اندازه کافی تحلیل شده است. پرسشنامه کمروبی کودکان دو وجه شناختی و بدنی از کمروبی را مشخص می‌کند. این ابزار از کمروبی ادراک‌شده خود کودکان ناشی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال است که برای سنجش کمروبی کلی کودکان سنین دبستانی استفاده می‌شود، پاسخ هر عبارت پرسشنامه به صورت دو بخش «بلی»، «خیر» و «نمی‌دانم» طرح شده است. دانش‌آموزان عبارت‌ها را مطالعه می‌کنند و هر عبارتی را که درباره آنها صدق می‌کند با علامت (x) نشان می‌دهند. ۱۰ دقیقه برای اجرای آزمون کافی است، اما محدودیت زمانی برای کل آزمون یا آزمون‌های فرعی ندارد. روش نمره‌گذاری برای مقیاس کمروبی کودکان ساده است. اعتبار ابزار از طریق اعتبارسنجی همزمان مطلوب و پایایی آن نیز از طریق روش

آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (۴۳، ۴۴). برای تعیین اعتبار ابزار حاضر به منظور استفاده در جمعیت بومی منطقه، پژوهشگران پژوهش حاضر از اعتبار همزمان استفاده کردند. به همین منظور ۱۰۰ دانش‌آموز مقطع ابتدایی توسط معلمان و مربیان آنها از نظر میزان خجالتی بودن ارزشیابی و رتبه‌بندی شدند. سپس این دانش‌آموزان ملزم شدند تا با دقت و با توجه به توضیحات یکی از پژوهشگران، پرسشنامه کمروبی کروزی را پر کنند. بین نمره‌های حاصل از پرسشنامه و نمره‌ها و رتبه‌هایی که معلمان و مربیان به دانش‌آموزان از نظر میزان خجالتی بودن داده بودند ضریب همبستگی ۸۵ درصد برقرار شد. برای تعیین پایایی ابزار نیز از روش آزمون بازآزمون استفاده شد که ۹۲ درصد گزارش می‌شود.

روش‌های آماری

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی، از آزمون آماری t استفاده شد.

نتایج و یافته‌های تحقیق

یافته‌های توصیفی این تحقیق، شامل شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار است. نتایج متغیر مورد بررسی در پژوهش حاضر در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. نتایج توصیفی نمره‌های خام کمروبی قبل و بعد از بازی‌های جسمانی کودکان در دو گروه

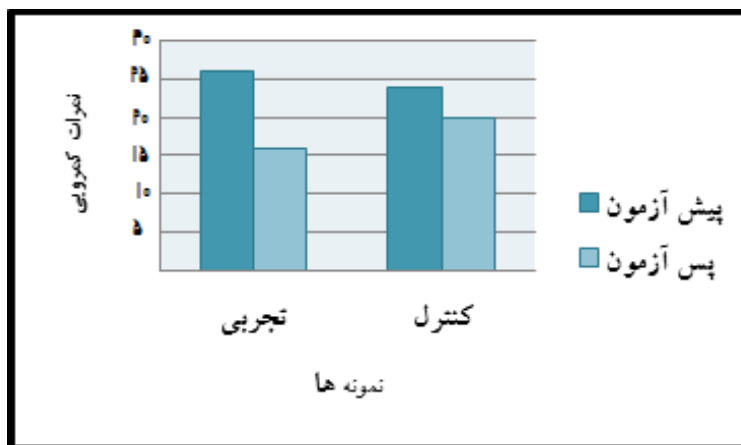
کنترل و آزمایش			
زمان	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش از مداخله	کنترل	۲۴	۴/۲
	آزمایش	۲۶/۲	۵/۶
پس از مداخله	کنترل	۲۰/۳	۸/۵
	آزمایش	۱۶/۸	۵

اطلاعات مربوط به تغییرات نمره‌های کمروبی شرکت‌کنندگان (تفاضل پیش‌آزمون-پس‌آزمون) در دو گروه تجربی و کنترل در طول دوره پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. مقایسه نمره‌های کمروبی شرکت‌کنندگان در گروه‌های کنترل و آزمایش (تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون)

درجه آزادی	معناداری	مقدار f	تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون		تعداد	شرکت‌کنندگان
			میانگین	انحراف استاندارد		
۳۱	۰/۰۰۸	۲/۸	۴/۴۲	۹/۴	۱۸	آزمایش
			۴/۰۵	۳/۷۳	۱۵	کنترل

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین میانگین تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نمره‌های کمروبی گروه‌های تجربی و کنترل، تفاوت معنادار آماری وجود دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت که بازی‌های کودکانه جسمانی بر بهبود کمروبی دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی تأثیر دارد.



شکل ۱. مقایسه میانگین نمره‌های کمروبی بین گروه تجربی و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

هدف عمده تحقیق حاضر، بررسی تأثیر بازی‌های جسمانی کودکانه بر میزان کمروبی کودکان دختر ۹-۱۱ ساله بود. بررسی نمره‌های به‌دست‌آمده از آزمون کمروبی کودکان کروزیر (۱۹۹۵) در دو گروه آزمایش و کنترل و مقایسه آنها با هم نشان داد که بازی‌های کودکانه جسمانی تأثیر معناداری بر میزان کمروبی شرکت‌کنندگان دارد.

شرکت در ورزش، آغازی است برای تعامل اجتماعی، و به‌عنوان یک عامل حفاظتی برای کودکان خجالتی به‌کار می‌رود (۱۸). با توجه به یافته‌های این تحقیق هشت هفته بازی جسمانی کودکان سبب کاهش معنادار کمروبی کودکان مورد پژوهش شد. احتمالاً این نتیجه به این دلیل است که بازی‌های جسمانی سبب ارتباط بیشتر با همکلاسی‌ها و بهبود مهارت‌های کلامی و مهارت‌های اجتماعی می‌شود، رشد اجتماعی کودکان افزایش و میزان کمروبی کودک کاهش می‌یابد. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های برخی از تحقیقات همخوانی داشت که از آن میان می‌توان به تحقیق فیندلای و همکاران (۲۰۰۸) اشاره کرد. در بررسی آنان نقش مشارکت ورزشی سازمان‌یافته به‌عنوان تعدیل‌کننده بر کمروبی و ناسازگاری روانی در دوران کودکی بررسی شد. نتیجه حاکی از این بود که مشارکت ورزشی با شاخص‌هایی مثل مهارت اجتماعی و اعتماد به نفس ارتباط دارد و کمروبی با کمبود مهارت‌های اجتماعی و مشکلات درونی همراه است. برخی شواهد دیگر نشان داد که مشارکت ورزشی نقش محافظتی منحصراً به فردی برای کودکان خجالتی دارد، طوری که با شرکت در ورزش اضطراب کودکان کاهش یافت (۱۸). کودکانی که زمان بیشتری را صرف ورزش‌های تیمی می‌کنند، نسبت به کودکانی که به ورزش‌های انفرادی می‌پردازند اعتماد به نفس بالاتری داشتند و افراد کمرو تمایل کمتری به شرکت در فعالیت جسمانی و مشارکت ورزشی نشان دادند (۳۴،۲۹). همچنین پژوهشگران دریافته‌اند که ورزش تیمی اثر بالقوه مثبتی بر اضطراب کودک در موقعیت‌های اجتماعی دارد (۳۲).

با توجه به نظریه‌های متخصصان رشد و تحول و نتایج تحقیقات انجام‌گرفته در مورد نقش حرکت و فعالیت بدنی در رشد یکپارچه انسان، به‌نظر می‌رسد استفاده صحیح از برنامه حرکتی و ورزشی مناسب با ویژگی‌های ساختاری و روان‌شناسی انسان، به‌ویژه در دوره کودکی و نوجوانی، ضمن تأمین سلامت جسم و روان، فرد را برای زندگی در محیط اجتماعی آماده می‌سازد (۱۰).

توجه به مهارت‌های شناختی، اجتماعی و کلامی در بهبود کمروبی اهمیت ویژه‌ای دارد و می‌توان یکی از عوامل بهبود کمروبی کودکان در تحقیق حاضر را بهبود مهارت‌های اجتماعی آنان در اثر تعامل گروهی برقرارشده در بازی‌های جسمانی دانست. محققان عقیده دارند صلاحیت در تعاملات مشترک با سایرین به محدوده‌ای از مهارت‌های شناختی، اجتماعی و کلامی نیاز دارد (۱۴) و محیط‌های مختلف برای ایجاد شرایط مناسب جهت رشد اجتماعی کودکان (۳۱) اهمیت دارد. مدرسه، محیط اجتماعی کوچکی است که در هر کلاس، دانش‌آموزان تعاملات اجتماعی دارند (۳۸) و زمینه‌های اجتماعی شدن آنان توسط نگرش‌ها و رفتار سایرین شکل می‌گیرد (۳۷). تعاملات اجتماعی کودکان در مدرسه دارای

اشکال مختلفی از جمله دوستی‌های صمیمانه و نزدیک، روابط گروهی و ادراکشان از قواعد همسالان بزرگ‌تر است (۱۱). تمرینات اجتماعی شدن بر رشد مهارت‌های اجتماعی کودک تأثیر می‌گذارد. در اوایل کودکی احترام به دیگران، مشارکت و همکاری، به‌عنوان مهارت‌های مرتبط با یادگیری مورد توجه قرار می‌گیرند (۲۶). ورزش‌های گروهی نوعی از تمرینات اجتماعی شدن به‌شمار می‌رود. دانش‌آموزان در طول ورزش‌های گروهی، بخش عمده‌ای از مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی را یاد می‌گیرند و آنها را در زندگی به‌کار می‌برند (۱۶) استفاده از فعالیت حرکتی برای افزایش تعاملات اجتماعی و برقراری ارتباطات با همسن‌وسالان به‌عنوان دیدگاه ارزشمندی در پژوهش‌های جدید مورد توجه قرار گرفته است، چراکه فعالیت بدنی می‌تواند سلامتی و کیفیت ارتباطات با همسن و سالان را ارتقا بخشد (۳۵). از تربیت بدنی به‌عنوان دنیای کوچک اجتماع یاد می‌شود، جایی که بچه‌ها ممکن است خصایصی را که آنها را از نظر اجتماعی موفق می‌سازد، یاد بگیرند و تمرین کنند (۲۱). برخی پژوهشگران ساعت تربیت بدنی و ورزش را بهترین مکان برای آموزش مهارت‌های اجتماعی و بررسی ابعاد رفتار اجتماعی می‌دانند (۲۴).

ورزش در صورت هدفمند و مناسب بودن قادر است ضمن ایجاد سلامت جسمانی و رشد رفتارهای حرکتی به رشد رفتارهای اجتماعی کودکان که لازمه سازگاری آنان با جهان پیرامون و پدیده‌های مختلف محیطی است، کمک کند و آنها را به سمت معیارهای قابل قبول و مطلوب اجتماعی سوق دهد (۱). پورشکوری (۱۳۹۰) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که رشد اجتماعی دانش‌آموزانی که در گروه بازی‌های سنتی و مدرن قرار داشتند، به‌طور معناداری بیشتر از رشد اجتماعی دانش‌آموزان گروه کنترل بود (۳). عملکرد حرکتی نقش مهمی در سازگاری اجتماعی کودکان دارد. طوری که بازی اجتماعی با کنترل قامت، هماهنگی بصری-حرکتی و اجرای بهتر همراه است و در مقابل رفتار انفرادی با عملکرد ضعیفی همراه است (۸). بازی را نوعی فعالیت مشارکتی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی، شناختی کودکان می‌دانند (۳۰). بازی را عاملی کلیدی برای هر جنبه‌ای از رشد می‌دانند، که شامل مهارت‌های اجتماعی و توانایی حفظ درگیری در فعالیت است. تجارب بازی بچه‌ها بر رفتار اجتماعی آنها در داخل و خارج از محدوده بازی اثر می‌گذارد (۳۳). بازی همراه با فعالیت بدنی برخی عملکردهای رشدی را ارائه می‌کند، طوری که فقدان آن به ضرر کودک است (۲۸).

ویژگی‌های اجتماعی عمدتاً ذاتی نیستند، بلکه اغلب محیطی‌اند و از طریق واکنش‌های متقابل اجتماعی تعیین می‌شوند (۲۱). بخشی از مأموریت تربیت بدنی فراهم کردن زمینه‌ای برای رشد عاطفی

و اجتماعی کودکان است که این هدف به برنامه‌ریزی مناسب با توجه به ویژگی‌های دوره‌های مختلف سنی نیاز دارد. در این زمینه تحقیقات نشان داده است که برنامه‌ریزی و آموزش برای ارزش‌ها و رفتارهای اجتماعی در تربیت بدنی، کیفیت رفتار اجتماعی دانش‌آموزان را به‌سوی مسئولیت‌پذیری اجتماعی سوق می‌دهد. استفاده صحیح از برنامه حرکتی و ورزش متناسب با ویژگی‌های ساختاری و روان‌شناختی انسان به‌ویژه در دوره کودکی و نوجوانی ضمن تأمین سلامت جسم و روان فرد را برای زندگی بهتر در محیط اجتماعی آماده می‌سازد (۲،۱).

مهارت‌های اجتماعی رفتارهای آموخته‌شده و مقبول جامعه هستند که موجب برقراری ارتباط متقابل شده و به بروز پاسخ‌های مثبت و پرهیز از پاسخ‌های منفی منجر می‌شود (۴). در واقع تعاملات اجتماعی که از طریق فعالیت‌های حرکتی ایجاد می‌شود، عاملی مهم در رشد برقراری روابط اجتماعی، درگیر شدن در اجتماع و سلامت روان است (۴۱،۲۳). بنابراین می‌توان اذعان کرد که فراهم شدن فرصت شرکت در بازی‌ها برای کودکان به معنای فراهم شدن فرصت‌های تعاملات اجتماعی، الگوبرگیزی اجتماعی و برقراری ارتباطات با دیگران است که بر بهبود کمرویی آنان مؤثر است. از آنجا که محققان به رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان توجه داشته و ورزش و بازی را مداخله‌ای برای بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌دانند، توجه به مهارت‌های اجتماعی و تأثیر ورزش و بازی بر افزایش آن می‌تواند عاملی برای بهبود کمرویی کودکان باشد.

از لحاظ فیزیولوژیکی ترشح هورمون‌هایی نظیر سروتونین^۱، اکسی‌توسین^۲ و بتا اندورفین^۳ (۳۹، ۲۷، ۱۵) از طریق کاهش اضطراب به رفع کمرویی کمک می‌کند. اگرچه در پژوهش حاضر هیچ‌گونه داده نوروکیمیایی و فیزیولوژیکی جمع‌آوری نشد، در تحقیقات متعددی چنین نتیجه‌گیری شده است که فعالیت بدنی سبب تغییرات ترشح در هورمون‌های ذکر شده می‌شود که مهارت‌های اجتماعی را افزایش می‌دهند و افزایش مهارت اجتماعی سبب کاهش کمرویی می‌شود، پس می‌توان گفت عوامل نوروکیمیایی تحت تأثیر ورزش و بازی جسمانی احتمالاً بر بهبود کمرویی مؤثر است (۳۹، ۲۷، ۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر به دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت، والدین، مربیان و مدیران و معلمان مدارس ابتدایی گوشزد می‌کند که از بازی‌های کودکانه جسمانی می‌توان به‌عنوان روش مداخله سودمندی برای بهبود کمرویی کودکان دبستانی استفاده کرد.

-
1. Serotonin
 2. Oxytocin
 3. Beta-Endorfin

منابع و مأخذ

۱. اصلانخانی، محمدعلی. (۱۳۷۹). "تأثیر تربیت بدنی و ورزش در رشد مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان". مجله زیور ورزش، ۸، ص: ۸-۱۱.
۲. بلوچی، ابوالفضل. (۱۳۷۹). " بررسی ارتباط میان عملکرد حرکتی، بهره هوشی و رفتار سازشی در کودکان ۷-۹ سال عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر استثنایی شهرستان نیشابور". پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، ص: ۳۸-۴۲.
۳. پورشکوری، فاطمه. موحدی، احمدرضا. عابدی، احمد. (۱۳۹۰). "تأثیر بازی‌های کودکانه سنتی و مدرن بر رشد اجتماعی دانش‌آموزان دختر اول ابتدایی". رشد و یادگیری حرکتی، ۳، ص: ۱۶۹-۱۴۷.
۴. کارتلج، جی و میلبرن، جی اف (۱۳۷۵). "آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان". ترجمه محمدحسین نظری‌نژاد، چاپ سوم، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ص: ۱۱۵-۱۸۱.
5. American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (1994). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)". Washington, DC: American psychiatric association, PP: 143-147.
6. Arbeau, K. A. (2009). "Are you the right friend for me? The effects of friendships on shy children's adjustment in middle childhood". A PhD dissertation submitted to the University of Hong Kong, PP: 52-63, Retrieved from ProQuest Database.
7. Arbeau, K. A., Coplan, R. J., & Weeks, M. (2010). "Shyness, teacher-child relationships, and socio-emotional adjustment in grade 1". International Journal of Behavioral Development, 34(3), PP: 259-269.
8. Bart Orit, G. (2004). "The involvement of motor function in social play and solitary behavior and its relation to child behavior problems during the kindergarten years". A PhD dissertation submitted to the University of Hong Kong, PP: 26-112.
9. Benjamin, R. S., Costello, E. J., & Warren, M. (1990). "Anxiety disorders in a pediatric sample". Journal of Anxiety Disorders, 4(4), PP: 293-316.
10. Briaszgonor, L. D. (1998). "The role of physical activity in the prevention and treatment of non-communicable disease". Journal of Rapp trimmest static mond, 4, PP: 242-250.
11. Brown, B. B. (1989). "The role of peer groups in adolescents' adjustment

- to secondary school" in Berndt, Thomas J. (Ed); Ladd, Gary W. (Ed), (1989), *Peer relationships in child development*, Wiley series on personality processes., (PP: 188-215), Oxford, England: John Wiley & Sons.
12. Butt, M., Moosa, S., Ajmal, M., & Rahman, F. (2011). "Effects of shyness on the self esteem of 9th grade female students". *International Journal of Business and Social Science*, 2(12), PP: 150-156.
 13. Chavira, D. A., Stein, M. B., & Malcarne, V. L. (2002). "Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia". *Journal of Anxiety Disorders*, 16(6), PP: 585-598.
 14. De Villiers, J. G., & Pyers, J. E. (2002). "Complements to cognition: A longitudinal study of the relationship between complex syntax and false-belief-understanding". *Journal of Cognitive Development*, 17(1), PP: 1037-1060.
 15. Dey, S., Singh, R., & Dey, P. (1992). "Exercise training: significance of regional alterations in serotonin metabolism of rat brain in relation to antidepressant effect of exercise". *Journal of Physiology & behavior*, 52(6), PP: 1095-1099.
 16. Evaldsson, A. C., & Corsaro, W. A. (1998). "Play and Games in the Peer Cultures of Preschool and Preadolescent Children An Interpretative Approach". *Journal of Childhood*, 5(4), PP: 377-402.
 17. Farahini, N., Afrooz, G. A., Tabatabaei, S. K. R., & Esmaili, M. T. (2011). "The role of shyness in anticipating creativity among the gifted". *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 30, PP: 1476-1480.
 18. Findlay, L. C., & Coplan, R. J. (2008). "Come out and play: Shyness in childhood and the benefits of organized sports participation". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(3), PP: 153-163.
 19. Gocmen, P. O. (2012). "Correlation Between Shyness and Self-esteem of Arts and Design Students". *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 47, PP: 1558-1561.
 20. Goswick, S. R. & Jones, W. H. (1981). "The Selfs-other discrepancy in social shyness". In R. Schwazer (Ed), *The self in anxiety, stress and depression*, PP: 93-107.

21. Hardman, K. (1997). "Socialization into physical and sporting activity in international and cross – cultural perspective". *Journal of comparative physical education and sport*, 19(1), PP: 25-43.
22. Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). "Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders". *Behaviour research and therapy*, 41(2), PP: 209-221.
23. Keller, F., & Persico, A. M. (2003). "The neurobiological context of autism". *Journal of Molecular neurobiology*, 28(1), PP: 1-22.
24. Kerby, S. (1997). "Developing social skill". *Journal elementary physical education*, 8(5), PP:8-9.
25. Kouvava, S., Antonopoulou, K., Zioga, S., & Karali, C. (2011). "The influence of musical games and role-play activities upon primary school children's self-concept and peer relationships". *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 29, PP: 1660-1667.
26. McClelland, M. M., & Morrison, F. J. (2003). "The emergence of learning-related social skills in preschool children". *Journal of Early Childhood Research Quarterly*, 18(2), PP: 206-224.
27. Meeusen, R., & De Meirleir, K. (1995). "Exercise and brain neurotransmission". *Journal of Sports Medicine*, 20(3), PP: 160-188.
28. Orlick, T. (1981). "Cooperative play socialization among preschool children". *Journal of individual psychology*, 37(1), PP: 54-63.
29. Page, R. M., & Zarco, E. P. (2001). "Shyness, physical activity, and sports team participation among Philippine high school students". *Journal of Child Study*, 1(1), PP: 3-12
30. Pellegrini, A., Huberty, P., & Jones, I. (1995). "The effects of recess timing on children's classroom and playground behaviour". *American Educational Research Journal*, 32, PP: 845-864.
31. Schneider, B. H., Richard, J. F., Younger, A. J., & Freeman, P. (2000). "A longitudinal exploration of the continuity of children's social participation and social withdrawal across socioeconomic status levels and social settings". *European Journal of Social Psychology*, 30(4), PP: 497-519.
32. Schumacher Dimech, A., & Seiler, R. (2011). "Extra-curricular sport participation: A potential buffer against social anxiety symptoms in

- primary school children". *Psychology of Sport and Exercise*, 12(4), PP: 347-354.
33. Skaines, N., Rodger, S., & Bundy, A. (2006). "Playfulness in children with autistic disorder and their typically developing peers". *The British Journal of Occupational Therapy*, 69(11), PP: 505-512.
34. Slutzky, C. B., & Simpkins, S. D. (2009). "The link between childrens sport participation and self-esteem:Exploration the mediating role of sport self-concept". *Journal of Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), PP: 381-389.
35. Smith, A. (2003). "Peer relationship in physical activity contexts: A road less traveled in youth sport and exercise psychology research". *Journal of Psychological of sport and exercise*, 4, PP: 25-39.
36. Tahmores, A. (2011). "Role of Play in Social Skills and Intelligence of Children". *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 30, PP: 2272-2279.
37. Trickett, E. J., & Moos, R. H. (1973). "Social environment of junior high and high school classrooms". *Journal of Educational Psychology*, 65(1), PP: 93-103.
38. Urdan, T., & Schoenfelder, E. (2006). "Classroom effects on student motivation: Goal structures, social relationships, and competence beliefs". *Journal of School Psychology*, 44(5), PP: 331-349.
39. Wipfli B. (2008). "Serotonin and psychological variables in the relationship between exercise and mental health. (Arizona State University). ProQuest Dissertations and Theses, Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/304687063?accountid=27639>, PP:23-87.
40. Yuksel-Sahin, F. (2012). "Certain predictors of shyness among Turkish pre-service teachers". *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 47, PP: 207-217.
41. Zaharopoulos, E., & Hodge, K. (1991). "Self-concept and sport participation". *New Zealand Journal of Psychology*, 20(1), PP: 12-16.
42. Zarnaghash, M., & Samani, S. (2010). "Study of the effect of family patterns Style on shyness in Iranian Students". *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 5, PP: 2304-2308.
43. Zimbardo, P. G. (2000). "Shyness." Reading, MA, New York: Addison-Wesly publishing company, PP: 83-98.

-
44. Zimbardo, P. G., & Radl, S. L. (1999). "The shy child: A parent's guide to preventing and overcoming shyness from infancy to adulthood". Ishk Book Service. PP; 170-191.