پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال هشتم، شماره۲، ۱۳۸۷ / ۱۵۶-۱۴۱
Research on Exceptional Children, 2008, Vol.8, No.2, 141-156

اثربخشی آموزش حل مسأله گروهی بر مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با آسیب بینایی

زهرا خوشکام[1] ، دکتر مختار ملک‌پور[2]، دکتر حسین مولوی[2]

تاریخ دریافت:۸۶/۱۱/۲۸ تجدید نظر: ۸۷/۱/۲۰ پذیرش نهایی:۸۷/۵/۶

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش شیوه حل‌مسئله گروهی بر مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با آسیب بینایی انجام شده است. **روش**: این پژوهش به‌شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه مورد مطالعه را همهٔ دانش‌آموزان دختر و پسر با آسیب بینایی مقطع راهنمایی مرکز ابابصیر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸٦ تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش۲۰ نفر از دانش‌آموزان با آسیب بینایی این مرکز بودند که به شیوه تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل تقسیم شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه حل مسئله هپنر و فرم معلم پرسشنامه مهارتهای اجتماعی گرشام و الیوت بود. از هر دو گروه، پیش آزمون و پس آزمون به عمل آمد و گروههای آزمایش در هشت جلسه ٤٥ دقیقه‌ای تحت آموزش حل مسئله قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس تحلیل شد. **یافته‌ها**: نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش شیوه حل مسئله گروهی،مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان با آسیب بینایی را به طور معناداری افزایش می‌دهد($p =$ ۰/۰۰۰۱) و باعث کاهش مشکلات رفتاری برون‌زاد می‌شود ($p =$ ۰/۰۰۰۱) و این آثار تا یک ماه پس از جلسات آموزشی تداوم داشته است ($p=$ ۰/۰۰۰۱). **نتیجه‌گیری**: از یافته‌های به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که شرکت دانش‌آموزان با آسیب بینایی در جلسات آموزشی حل‌مسئله، میزان مهارتهای اجتماعی آنان را افزایش و مشکلات رفتاری آنان را کاهش می‌دهد .

واژه‌های کلیدی: *حل‌مسئله گروهی، مهارتهای اجتماعی، آسیب بینایی.*

مقدمه

از نظر گرشام و الیوت[1] (۱۹۹۰) مهارتهای اجتماعی مجموعه رفتارهای فراگرفته شده و مقبولی است که فرد را قادر می‌سازد با دیگران رابطه مؤثر داشته باشد و از عکس العملهای نامعقول اجتماعی خودداری کند. همکاری، مشارکت با دیگران، کمک کردن، آغازگر رابطه بودن، تقاضای کمک کردن، تعریف و تمجید از دیگران، تشکر و قدردانی، نمونه‌هایی از مهارتهای اجتماعی است (به نقل از به‌پژوه و همکاران، ۱۳۸٤). کلست (۲۰۰۷)، معتقد است حتی در محیطهایی که افراد حمایت‌کننده زیادی وجود دارند، کودکان باید خزانه‌ای از مهارتهای اجتماعی، برای ورود به عرصه‌های اجتماع داشته باشند تا بتوانند تعاملاتی پایدار ایجاد کنند و از لحاظ اجتماعی مستقل شوند. در طول دهه‌های گذشته، تحقیقات روان‌شناختی، اهمیت تعاملات و حمایتهای اجتماعی را در ترفیع و بهزیستی روان‌شناختی نشان

۱- **نویسنده رابط**: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی ۰۳۱۱-۷۹۳۲۵۵۸ (Email: Zahra_Khoshkam2002@yahoo.com)
۲- استاد دانشگاه اصفهان

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

داده‌اند (کف و دی‌کوایس، ۲۰۰٤). گرشام و الیوت (۱۹۹۹) معتقدند همه کودکان، موفق به فراگیری این مهارتها نمی‌شوند (به نقل از بیابانگرد، ۱۳۸٤). در این میان اکثریت افراد با ناتوانیهای مختلف (دی آلارا،۲۰۰۲)، مثل آسیب بینایی (کف و دی‌کوایس، ۲۰۰٤، ساکس و سیلبرمن ، ۲۰۰۰، بایبر و شات، ۱۹۹۱، شریفی درآمدی، ۱۳۷۹، ساکس، ولف و تایرنی، ۱۹۹۸، مک کاسپی، ۱۹۹٦، ساکس و کورن، ۱۹۹٦، ولف و ساکس،۱۹۹۷)، ضعفهایی در زمینه مهارتهای اجتماعی از خود نشان داده‌اند. افراد با آسیب بینایی مشکلاتی را در ارتباط با دنیای بیرون تجربه می‌کنند (کف و دی‌کوایس، ۲۰۰٤)، که باعث ایجاد محدودیت در برقراری ارتباط و تعامل با دیگران می‌شود (آلن تریف،۲۰۰۷).

این افراد با انواعی از چالشهای منحصر به‌فرد در گذار از مراحل زندگی روبه‌رو هستند (جکسون، ۲۰۰۱). آسیب بینایی در افراد به‌ویژه درکودکان موجب عدم توازن شناختی، عاطفی، زبانی، اجتماعی و حرکتی می‌شود. تأخیر در مهارتهای مذکور، منجر به تأخیر در تحول اجتماعی می شود و امکان تعامل سالم با دیگران را از فرد آسیب‌دیده بینایی می‌گیرد (کریمی درمنی، ۱۳۸۵). دانشمندان از مدتها قبل به ارتباط بین فقدان بینایی و سازگاری روانی و اجتماعی نوجوانان علاقه‌مند بوده‌اند. انبوهی از این مقالات را می‌توان در٦۰ سال اخیر یافت (جکسون، ۲۰۰۱). محققان در طی سالهای متمادی به این نتیجه رسیده‌اند که افراد با آسیب بینایی در برخی از مقوله‌های مهارتهای اجتماعی دچار کمبود هستند؛برای مثال ساکس و سیلبرمن(۲۰۰۰)، جرأت‌مندی[۲]، استقلال و خودمختاری، کسب شغل و تجربیات شغلی، روابط اجتماعی و دوستی، ارتباطات غیرکلامی، و مک‌کاسپی (۱۹۹٦)، استقلال و خودمختاری، شغل و تجربیات شغلی، روابط اجتماعی و دوستی را از مقولاتی می‌دانند که در افراد کم‌بینا و نابینا، آسیب دیده است. لفشیتز، هن و ویز (۲۰۰۷)، معتقدند این افراد در زمینه‌های استقلال و خودمختاری، روابط اجتماعی، دوستی، استفاده مناسب از اوقات فراغت مشکل دارند. کف(۲۰۰۲)، این گروه از افراد را در زمینه‌های روابط اجتماعی، دوستی و آغازگری رابطه، پایین‌تر از سایر افراد جامعه ارزیابی کرد. وایت (۲۰۰۳)، در زمینه‌های استقلال و خودمختاری، شغل و تجربیات شغلی، کفایت اجتماعی[۳]، یکپارچگی جسمانی[٤]، تماس با جهان خارج، کمبودهایی را در این افراد گزارش کرده‌اند.

همچنین مک‌گاها و فرین (۲۰۰۱)، در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افراد کم‌بینا و نابینا در زمینه شروع یک رابطه، نسبت به همسالان خود در سطح پایین‌تری قرار دارند. شهیم (۱۳۸۱)، نیز طی پژوهشی گزارش کرد افراد با آسیب بینایی در زمینه‌های کنترل خشم، انتقاد پسندیده، مصالحه در مجادله، تعریف مناسب از خود و دیگران، عکس العمل مناسب در مقابل رفتار غیرمنصفانه و کمک به همسالان در انجام تکالیف و نادیده گرفتن سروصدا، در مقایسه با همسالان بینای خود به‌طور معناداری در سطح پایینی قرار دارند.

همچنین محققان در پژوهشهای خود نشان دادند که این گروه از افراد با نیازهای خاص مشکلات رفتاری درون‌زاد و برون‌زاد مثل رفتارهای کلیشه‌ای[۵] (کلست، ۲۰۰٦، پروئت، ۲۰۰۲ و جکسون، ۲۰۰۱)، احساس حقارت و بی‌کفایتی (وایت، ۲۰۰۳، کف ، ۲۰۰۲، گرونمو و آگستد، ۲۰۰۰)، احساس انزوا و تنهایی (جورج و دیکوئت، ۲۰۰٦، کف، ۲۰۰۲،

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

جکسون ۲۰۰۱، ساکس و ولف، ۱۹۹۸، مک‌کاسپی، ۱۹۹٦)، عزت نفس پایین[٦] (وایت، ۲۰۰۳، کاردینال و دی‌آلورا، ۲۰۰۱، پارسون[۷] به نقل از مستعلمی،۱۳۸٤)، سرکشی و تکانشگری (ماستن و کات اسورث، ۱۹۹۸)، اضطراب (جکسون، ۲۰۰۱)، افسردگی (ری و همکاران، ۲۰۰۷)، وسواس و اختلالات کلامی (ون-هسلت و همکاران، ۱۹۸۵)، بی‌قراری و حواس‌پرتی ، قلدری و دعوا کردن، قطع مکالمه ، عصبانیت و بحث کردن (شهیم ، ۱۳۸۱) را بیشتر از جمعیت بینا تجربه می‌کنند.

در بازبینی تاریخچه تحقیقات در زمینه مهارتهای اجتماعی و سازگاری روانی در افراد با آسیب بینایی، ضد و نقیضهایی نیز وجود دارد(بتی، ۱۹۹۲). مثلاً هاری، کامیولانن ، آرو (۱۹۹۹)، و بتی (۱۹۹٤) معتقدند عزت نفس افراد آسیب‌دیده بینایی همانند همتایان بینایشان است. آمرمن و ون هسلت و هرسن، (۱۹۸٦)، ون‌هسلت و همکاران (۱۹۸۵)، رفتارهای غیرکلامی این گروه را برابر و مشابه جامعهٔ بینایان می‌دانند. با این وجود به جرئت می‌توان گفت که افراد با آسیب بینایی در مقایسه با افراد بینا، در معرض خطر بالاتری در زمینه مهارتهای اجتماعی و مشکلات رفتاری هستند (جکسون، ۲۰۰۱).

پژوهشها نشان می‌دهند که اکثر افراد با آسیب بینایی در نهایت بر آثار محدودکننده آسیب بینایی غلبه خواهند کرد (احمدپناه، ۱۳۸۳). شیوه‌های متنوعی برای پرورش مهارتهای اجتماعی در افراد با آسیب بینایی، همانند مداخلات اولیه و بهنگام، گسترش شبکه حمایت اجتماعی (کلست،۲۰۰۷)، تقویت سایر حواس، استفاده از باقی‌مانده حواس و برنامه‌های آموزشی کوتاه‌مدت (دبیری اصفهانی و زندی پور، ۱۳۸۵)، مطرح شده است. از جمله برنامه‌های آموزش کوتاه مدت برنامه آموزشی حل‌مسئله[۸] است (هاوتون و همکاران، ۲۰۰۱).

حل‌مسئله یا مسئله‌گشایی فرایندی است شناختی، که به وسیله آن فرد می‌کوشد راه‌حل مناسبی برای یک مشکل پیدا کند (پرلا و ادونل، ۲۰۰٤). در نظر بسیاری از مردم حل مسئله عالی‌ترین نمونه اندیشیدن است (اتکینسون[۹] و همکاران، ۱۳۸۳، ترجمه براهنی و همکاران). همچنین یکی از اهداف مهم نظامهای تعلیم و تربیت مدرن، پرورش افرادی است که قادر باشند بر مسائل و مشکلاتشان در زندگی روزمره و در محیط اجتماعی به‌آسانی غلبه کنند (سلکوک، کالیسکان و ارول،۲۰۰۷)، این نظامهای آموزشی به افراد کمک می‌کند تا دانش، مهارت و نگرش لازم برای غلبه بر مشکلاتشان را کسب کنند (آلتن،۲۰۰۳).

حل‌مسئله به صورت فعالیت در گروههای کوچک بستر مناسبی برای دستیابی به بسیاری از اهداف ناظر بر تربیت اخلاقی مانند مسؤلیت‌پذیری، رعایت حقوق دیگران، ارزش‌گذاری به کار دیگران و در نظرگرفتن عدالت در بحث و گفت‌وگو خواهد بود (تانر[۱۰]،۱۹۸۲، به نقل از شعبانی و مهرمحمدی، ۱۳۷۹). در حل مسئله پیدا کردن راه‌حل بخصوصی برای یک مسئله ویژه، مد نظر نیست. مهم آن است که در اثر حل‌مسئله، یک اصل یا قانون انتزاعی به‌دست آید که برای موقعیتهای دیگر تعمیم پذیر باشد. به‌همین سبب است که یادگیری به‌دست آمده از حل مسئله، از سایر یادگیریها انتقال پذیری بیشتری به موقعیتهای جدید دارد. در رویکرد مسئله‌گشایی، درمان با تمرکز بر اهداف زمان حال آغاز می‌شود. تمرکز بر اهداف زمان حال، مقدمه‌ای است که احتمالاً درمان‌جویان را ترغیب می‌کند روی مسئله متمرکز شوند. پس از آن فرد بر راه‌حلها متمرکز می‌شود.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

راه‌حلها از گفت‌وگو حاصل می‌شوند و هر راهی نیز بی‌همتاست (پروچسکا و نورکراس[11]، ۱۳۸۵، ترجمه سیدمحمدی). همچنین در این رویکرد به افراد آموزش داده می‌شود تا از روشی منظم برای غلبه برمسائل خود استفاده کنند. این رویکرد روشی را در اختیار افراد می‌گذارد تا با مسائل در آینده به نحو مناسبی مواجه شوند و احساس کنترل بیشتری برمسائل داشته باشند. افراد با استفاده از این رویکرد منابعی را که برای برخورد با مشکلات در اختیار دارند، تشخیص می‌دهند. همچنین این رویکرد برای مقابله با معلولیتهای ناشی از بیماریهای جسمی و روانی به‌کار می‌رود (هاوتون و سالکووس کیس، ۱۳۸۵، ترجمه قاسم زاده).

حل مسئله در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ به مثابهٔ بخشی از جنبش شناختی- رفتاری برای اصلاح رفتار آغاز شد. پایه‌گذاران این شیوه دزوریلا و گلدفرید[12]، طی مقاله‌ای در همایش انجمن روان‌شناسی آمریکا در ۱۹٦۸، بر لزوم آموزش مهارت حل مسئله در برنامه آموزش مهارتهای اجتماعی تأکید کرده‌اند. از آن هنگام تاکنون این شیوه در طیف وسیعی از موقعیتهای بالینی مشاوره و روان‌درمانی به‌کار رفت و نتایج مثبتی از آن گزارش شد(نزو و دزوریلا، ۲۰۰۱).

اولین بار شور و اسپیواک[13] در سال ۱۹۷٤، از شیوه حل مسئله در درمان اختلالات رفتاری استفاده کردند که نتایج مثبتی به‌دنبال داشت. آنها از داستانهای ناتمام برای پرورش مهارت حل‌مسئله مخصوصاً تفکر وسیله- هدف در کودکان و نوجوانان استفاده کردند. پس از آنها، محققان دیگر از این شیوه به‌وفور استفاده کردند (به نقل از بذل،۱۳۸۳). این روش درمانی یکی از روشهای بسیار مؤثر و چندجانبه برای مراجعان نوجوان است؛ زیرا می‌تواند برای انواع مختلفی از اختلالات نوجوانان مورد استفاده قرارگیرد؛ خشم، مشکلات انگیزشی که با افسردگی همراه‌اند، تعارض بین والدین و نوجوان، ضعف در پیشرفت تحصیلی و مشکلات ارتباطی با همسالان، نمونه‌هایی از این اختلالات است (زرب[14] ،۱۳۸۱،ترجمه افروز و علوی). پروچسکا و نورکراس (۱۳۸۵، ترجمه سیدمحمدی)، معتقدند که درمان راه‌حل‌مدار، درمورد تقریباً همه اختلالات رفتاری، و در همهٔ الگوهای درمانی به کار رفته است. این نوع از درمان، هم برای درمان اختلالات خفیف، و اختلالات در حیطه سازگاری، و هم برای درمان بیماریهای مزمن روانی به کار می‌رود.

مسئله‌گشایان موفق می‌توانند بر موقعیتهای پیش‌بینی نشده غلبه کنند و نیاز به اتکاء به دیگران ندارند. توانایی حل‌مسئله در افراد آسیب‌دیده بینایی به شدت تحت تأثیر عواملی همچون توانایی غلبه بر استرس ، سطوح مهارت و تجربه و شرایط محیطی است (پرلا و ادونل، ۲۰۰٤). رویکرد مسئله‌گشایی ساختارمند است و در جلسات درمانی آغازین، میانی و پایانی تکالیفی روشن و واضح به شرکت‌کنندگان داده می‌شود. همچنین نیازمند مشارکت فعال شرکت‌کنندگان و فرد آموزش‌دهنده است (هاوتون و همکاران، ۲۰۰۱).

کسب مهارتهای حل‌مسئله عنصر لازم برای به‌دست آوردن شغل در افراد نابینا (ولف،۱۹۹٦)، افزایش توان مواجهه با معضلات فردی و اجتماعی (محمودی راد ، ۱۳۸۱)، افزایش سطح سلامت روان‌شناختی (باباپور و همکاران، ۱۳۸۲) و افزایش احتمال استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر (کهرازی ، آزادفلاح و اللهیاری، ۱۳۸۲) است. اغلب مواقع

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

رویکرد حل مسئله به مثابهٔ جزئی از یک برنامه درمانی به کارگرفته شده است مانند وایت (۲۰۰۳). اما در پژوهش حاضر، پژوهشگر این رویکرد را به صورت مستقل به‌کار برده است. براساس پژوهشهای انجام‌گرفته تصور محقق بر این است که این پژوهش، نخستین ارزیابی از اثربخشی این تکنیک بر مهارتهای اجتماعی، در جامعه با آسیب بینایی در ایران است. فرض پژوهش این است که آموزش حل مسئله می‌تواند مهارتهای اجتماعی و مؤلفه‌های آن را در این گروه افزایش و مشکلات رفتاری آنان را کاهش دهد .

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه مورد پژوهش در این تحقیق همهٔ دانش‌آموزان دختر و پسر شاغل به تحصیل در مقطع راهنمایی مؤسسه آموزشی ابابصیر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸٦ بودند. از ۵۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی، ۲۰ دانش‌آموز (۱۰ پسر و ۱۰ دختر) از ٤ کلاس درس به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش(۵ دختر و ۵ پسر) و دو گروه کنترل (۵ دختر و ۵ پسر) تقسیم شدند.

ابزار

در این پژوهش برای سنجش مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان از مقیاس درجه‌بندی مهارتهای اجتماعی گرشام و الیوت (۱۹۹۰، به نقل از به‌پژوه وهمکاران،۱۳۸٤) استفاده شد. این مقیاس برای سه مقطع قبل از دبستان ، دبستان و راهنمایی- دبیرستان ساخته شده است. همچنین این پرسشنامه دارای سه فرم معلم، والدین و دانش‌آموز است. لازم به ذکر است فرم دانش‌آموز دارای دو فرم مخصوص کلاسهای سوم تا ششم و کلاس هفتم تا دوازدهم است. فرم معلم و والدین دارای دو مقیاس کلی مهارتهای اجتماعی و مشکلات رفتاری است و فرم دانش‌آموز تنها به بررسی مهارتهای اجتماعی می‌پردازد.

برخی خرده مقیاسها مانند همکاری[۱۵] در سه پرسشنامه مشترک‌اند. مهارتهای اجتماعی از منظر سه پرسشنامه شامل همکاری، جرأت‌مندی، خودکنترلی[۱٦]، همدلی[۱۷] و مسئولیت‌پذیری[۱۸] است. مشکلات رفتاری در پرسشنامه سطح قبل از دبستان و دبستان شامل مشکلات رفتاری درون‌زاد[۱۹]، مشکلات رفتاری برون‌زاد[۲۰] و پرتحرکی[۲۱] است. پرسشنامه سطح راهنمایی ـ دبیرستان درمقیاس مشکلات رفتاری فاقد مقوله پرتحرکی است (ون‌هورن و همکاران، ۲۰۰۷، میر، دی پرنا و استر، ۲۰۰٦، ون‌دردورد و همکاران، ۲۰۰۵، باهااور، هارتشون و جانسون، ۱۹۹۲، بیابانگرد، ۱۳۸٤، به‌پژوه و همکاران،۱۳۸٤). می‌توان هر یک از این فرمها را به‌تنهایی یا توأم به‌کار گرفت. از آنجا که معلمان مهم‌ترین منابع اطلاع در زمینه رفتار و کفایت دانش‌آموزان هستند (بیابانگرد، ۱۳۸٤)، فرم معلم مقطع راهنمایی - دبیرستان که شامل دو مقیاس‌کلی مهارتهای اجتماعی (همکاری، قاطعیت، خودکنترلی) و مشکلات رفتاری (رفتارهای درون‌زاد و رفتارهای برون‌زاد) است به‌کار گرفته شد. پایایی درونی مقیاس را گرشام و الیوت(۱۹۹۹، به نقل از بیابانگرد، ۱۳۸٤) از ۰/۷٤ تا ۰/۹۵، به پژوه و همکاران(۱۳۸٤)، ۰/۸۸ و شهیم (۱۳۷۸)، ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه دیگری که در این پژوهش استفاده شد، پرسشنامه حل مسئله هپنر بود. این پرسشنامه ادراکات فرد را از رفتار و گرایشهای حل مسئله ارزیابی می‌کند

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

و شامل ۳۲ ماده برای سنجش کفایت حل مسئله کنترل شخصی و سبک گرایش- اجتناب مسئله است (بذل، ۱۳۸۳، پورشهسواری، ۱۳۷۸). این پرسشنامه توسط رفعتی و با راهنمایی خسروی در سال ۱۳۷۵ ترجمه و برای اولین بار در ایران استفاده شد (خسروی و همکاران، ۱۳۷۷). آلفای کرونباخ به‌دست آمده در تحقیق خسروی ، درویزه و رفعتی (۱۳۷۷)، ۰/٦۸ و در تحقیق بذل (۱۳۸۳)، ۰/٦٦ گزارش شده است، که در حد مقبولی است. پس از انتخاب گروه نمونه و گمارش تصادفی آنها در دو گروه کنترل و دو گروه آزمایش آزمون ذکرشده قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل (آموزش حل مسئله گروهی) در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا به آن پاسخ دهند. به دو گروه آزمایش (۵ دختر و ۵ پسر) به مدت هشت جلسه ٤۵ دقیقه‌ای و به صورت گروهی آموزش حل مسئله داده شد. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. برای تحلیل‌داده‌ها از روش‌تحلیل کوواریانس استفاده شد.

روش اجرا

در مرحله پیش‌آزمون، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ی مورد استفاده در این پژوهش جمع‌آوری شد. سپس از ۲۰ دانش‌آموز شرکت‌کننده در این پژوهش، برنامه آموزشی برای دانش‌آموزان گروه آزمایش (۱۰نفر، شامل ۵ دختر و ۵ پسر) اجرا شد. در پایان جلسات آموزشی از هر ۲۰ دانش‌آموز پس‌آزمون گرفته شد. برنامه آموزشی طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ٤۵ دقیقه در دو کلاس دخترانه و پسرانه برگزار شد. همچنین آزمون مهارتهای اجتماعی، به‌منظور بررسی میزان ماندگاری اثر درمان یک ماه پس از آخرین جلسه، مجدداً اجرا شد. اهداف جلسات آموزشی به ترتیب ذیل می‌آید:

جلسه اول: معارفه و آشنایی اعضای گروه با همدیگر صورت گرفت. تأثیر نابینایی در عملکرد افراد، از سوی دانش‌آموزان با آسیب بینایی بیان شد. ۵ مرحله حل مسئله هاوتون که عبارت‌اند از: تعریف دقیق مسئله، ارائه راه‌حلهای موجود، ارزیابی، نقد و بررسی راه‌حلها و انتخاب بهترین راه‌حل، به‌کارگیری راه‌حلها و بررسی نتیجه و پیامد، تعریف شد.

جلسه دوم : گام اول مسئله‌گشایی، یعنی تشخیص دقیق و به‌دنبال آن توصیف دقیق مسائل آزمودنیها برداشته شد. سپس مسائل توسط خود افراد اولویت‌بندی و مهم‌ترین مشکلات انتخاب شد.

جلسه سوم: مسئله‌گشایی به شیوه هاوتون و همکاران مورد تمرین قرارگرفت. از بارش مغزی[۲۲] استفاده شد.

جلسه چهارم: آزمودنیها به ارائه راه‌حلهای موجود ممکن و غیر ممکن برای مسائل مهم خود پرداختند.

جلسه پنجم: از تکنیک دوستون[۲۳] یا تکنیک معایب و مزایا[۲٤] استفاده شد. معایب و مزایای استفاده از هریک از راه‌حلهای پیشنهادی، مورد بررسی قرارگرفت.

جلسه ششم: راه حلی که بیشترین مزایا و کمترین معایب را داشته باشد انتخاب شد. آزمودنیها راه‌حلها را به‌کار گرفتند.

جلسه هفتم: افراد درمورد اثربخشی راه‌حلهای اجرایی خود توضیح دادند.

جلسه هشتم: جلسات مرورشد و جمع بندی صورت گرفت.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

جدول۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری هر یک از آزمونها

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
گروهها	آزمونها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	مهارتهای اجتماعی	۳۳/۹	٦/٤۲	٥۳/۱	٥/۹۲	٤۸/۹	٤/۹٥
	همکاری	۱۱/۸	۲/٦٦	۱۸/۰۲	۱/۹۹	۱٦/٤	۱/۷۱
	جرأت‌مندی	۱۰/٥	۲/۲۲	۱٦/۹	۲/٦۹	۱٥/۷	۲/٤۹
	خودکنترلی	۱۱/٦	۲/۳۲	۱۸	۱/٦۳	۱٦/۸	۱/۱٤
	مشکلات رفتاری درون‌زاد	۲/۳	۰/٦۷	۲/۲	۲/٦۲	۳	۲/۲٦
	مشکلات رفتاری برون‌زاد	۳/۹	۱/٥۹	۱/۱	۰/۹۹	۲/۲	۰/۹۲
کنترل	مهارتهای اجتماعی	۳٤/٥	۹/٦٤	۳٤/۹	۸/۳۱	۳۳/۷	۷/٤۹
	همکاری	۱۲/٥	۳/٥۹	۱۲/۱	۳/٥٤	۱۱/۸	۲/۸۹
	جرأت‌مندی	۱۱/۱	۳/۳۸	۱۰/٦	۲/۳۷	۱۰/٤	۲/۲۲
	خودکنترلی	۱۰/۹	۳/۱۸	۱۱/۲	۳/۲۲	۱۰/٥	۲/۹۲
	مشکلات رفتاری درون‌زاد	۲/۲	۲/۲	۱/۲	۱/۷۹	۳/۱	۱/۷۹
	مشکلات رفتاری برون‌زاد	٤/٦	۳/۰۹	٤/٥	۳/۰٦	٥/۲	۳/۱۲

یافته‌ها

میانگین وانحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هریک ازآزمونها در جدول۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین نمرات مهارتهای اجتماعی، همکاری، جرأت‌مندی و خودکنترلی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش، و میانگین مشکلات رفتاری برون‌زاد کاهش یافته است. به‌منظور بررسی تفاوتهای مشاهده شده بین دو گروه، از تحلیل کواریانس استفاده شد و نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همگام[۲٥] وارد تحلیل شدند. یافته‌های این تحلیل در جدول۲ آمده است.

جدول۲ نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین تعدیل شده نمرات مهارتهای اجتماعی برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (p= ۰/۰۰۰۱). لذا این فرض که «آموزش گروهی حل مسئله، مهارتهای اجتماعی را در مرحله پس آزمون افزایش می‌دهد»، تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۸٦ است و توان آماری (۱) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است. همچنین در این جدول مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات مهارتهای اجتماعی برحسب عضویت گروهی در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد (p= ۰/۰۰۰۱). لذا این فرض که«آموزش گروهی حل‌مسئله، مهارتهای اجتماعی را در مرحله پیگیری افزایش می‌دهد»، تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۸٦ است و توان آماری (۱) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است.

یافته‌های حاصل همچنین مبین آن است که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات همکاری، بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون، تفاوت

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۰۱). لذا این فرض که «آموزش گروهی حل‌مسئله میزان همکاری گروه آزمایش را، در مرحله پس‌آزمون افزایش می‌دهد»، نیز تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۷۷ است و توان آماری (۱) نشان میدهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است. همچنین در جدول۲ مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات همکاری برحسب عضویت گروهی در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۰۱). لذا این فرض که « آموزش گروهی حل‌مسئله ، همکاری را در مرحله پیگیری افزایش می‌دهد»، تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۷۱ است و توان آماری (۱) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است. جدول۲ همچنین نشان می‌دهد که بین میانگین تعدیل‌شده، نمرات جرأت‌مندی برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۰۱). لذا این فرض که « آموزش گروهی حل‌مسئله ،میزان جرأت‌مندی گروه آزمایش را در مرحله پس‌آزمون افزایش می‌دهد»، تأیید می شود. میزان این تأثیر ۰/۸۸ است و توان آماری (۱) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است. همچنین در جدول۲ مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات جرأت‌مندی برحسب عضویت گروهی در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۰۱). لذا این فرض که «آموزش گروهی حل‌مسئله ، جرأت‌مندی را در مرحله پیگیری افزایش می‌دهد»، تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۸٤ است و توان آماری (۱) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است.

این جدول همچنین نشان می‌دهد که بین میانگین تعدیل شده نمرات خودکنترلی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۰۱). لذا این فرض که «آموزش گروهی حل‌مسئله، خودکنترلی گروه آزمایش را در مرحله پس‌آزمون افزایش می‌دهد»، تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۷۷ است و توان آماری (۱) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است. همچنین در جدول ۲ مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات خودکنترلی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد (p= ۰/۰۰۰۱). لذا این فرض که «آموزش گروهی حل‌مسئله ، خودکنترلی را در مرحله پیگیری افزایش می‌دهد»، تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ۰/۷٦ است و توان آماری (۱) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است.

یافته‌های حاصل همچنین مبین آن است که بین میانگین تعدیل شده نمرات مشکلات رفتاری درون‌زاد بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۷۳). لذا این فرض که «آموزش گروهی حل‌مسئله میزان مشکلات رفتاری درون‌زاد گروه آزمایش را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد»، تأیید نمی‌شود. همچنین در جدول ۲ مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات مشکلات رفتاری درون زاد بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود ندارد (P =۰/۹۵) .

لذا این فرض که «آموزش گروهی حل مسئله، مشکلات رفتاری درون‌زاد را در مرحله پیگیری کاهش‌می‌دهد»،تأییدنمی‌شودومیزان این‌تأثیرصفر است.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

جدول۲- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان مهارتهای اجتماعی دو گروه در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	آزمون	مراحل	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	مهارتهای اجتماعی	پس‌آزمون	٦٤٠/٧٩	١	٣٦/٩٢	٠/٠٠١	٠/٦٩	١
		پیگیری	٤٩٦/٦٨	١	٣٦/٦٦	٠/٠٠١	٠/٦٨	١
	همکاری	پس‌آزمون	٦٤/٠٨	١	١٩/٨٤	٠/٠٠١	٠/٥٦	٠/٩٩
		پیگیری	٤٢/٠٤	١	١٦/٩١	٠/٠٠١	٠/٥١	٠/٩٧
	جرأت‌مندی	پس‌آزمون	٨٣/٤٤	١	٤٤/٥٢	٠/٠٠١	٠/٧٢	١
		پیگیری	٦٩/٣٤	١	٣٧/٨٤	٠/٠٠١	٠/٦٩	١
	خودکنترلی	پس‌آزمون	٥٩/٧١	١	١٧/٥٣	٠/٠٠١	٠/٥١	٠/٩٨
		پیگیری	٤٣/٣٤	١	١٦/٤٦	٠/٠٠١	٠/٤٩	٠/٩٧
	مشکلات رفتاری درون‌زاد	پس‌آزمون	٥/١٩	١	١/٢٧	٠/٢٨	٠/٠٧	٠/١٩
		پیگیری	٧/٢٧	١	٢/٢٣	٠/١٦	٠/١٢	٠/٢٩
	مشکلات رفتاری برون‌زاد	پس‌آزمون	٧٤/٢٧	١	٦٦/١	٠/٠٠١	٠/٧٩	١
		پیگیری	٧٧/٤٤	١	٧٤/١٢	٠/٠٠١	٠/٨١	١
عضویت گروهی	مهارتهای اجتماعی	پس‌آزمون	١٧٣٤/١٢	١	٩٩/٩٣	٠/٠٠١	٠/٨٦	١
		پیگیری	١٣٧٣/٢٤	١	١٠١/٣٦	٠/٠٠١	٠/٨٦	١
	همکاری	پس‌آزمون	١٧٠/٧٨	١	٥٢/٨٦	٠/٠٠١	٠/٧٧	١
		پیگیری	٩٨/٨٩	١	٣٩/٧٧	٠/٠٠١	٠/٧١	١
	جرأت‌مندی	پس‌آزمون	٢٢٥/١٦	١	١٢٠/١٤	٠/٠٠١	٠/٨٨	١
		پیگیری	١٦١/١٤	١	٨٧/٩٢	٠/٠٠١	٠/٨٤	١
	خودکنترلی	پس‌آزمون	١٩/٦١	١	٥٨/٠٣	٠/٠٠١	٠/٧٧	١
		پیگیری	١٧١/٥٩	١	٦٥/١٧	٠/٠٠١	٠/٧٦	١
	مشکلات رفتاری درون‌زاد	پس‌آزمون	٠/٤٩	١	٠/١٢	٠/٧٣	٠/٠٠٨	٠/٠٦
		پیگیری	٠/٠١	١	٠/٠٠٤	٠/٩٥	٠٠٠	٠/٠٥
	مشکلات رفتاری برون‌زاد	پس‌آزمون	٣٨/٩٧	١	٣٤/٦٤	٠/٠٠١	٠/٦٧	١
		پیگیری	٢٨/٤٢	١	٢٧/٢	٠/٠٠١	٠/٦٢	٠/٩٩

یافته‌های حاصل همچنین مبین آن است که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات مشکلات رفتاری برون‌زاد بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (p=٠/٠٠١). لذا این فرض که «آموزش گروهی حل‌مسئله میزان مشکلات رفتاری برون‌زاد گروه آزمایش را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد»، نیز تأیید می‌شود. میزان این تأثیر٠/٦٧ است و توان آماری (١) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است. همچنین در جدول۲ مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات مشکلات رفتاری برون‌زاد بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد (p= ٠/٦٢). لذا این فرض که«آموزش گروهی حل‌مسئله، مشکلات رفتاری برون‌زاد را در مرحله پیگیری کاهش می‌دهد»، تأیید می‌شود. میزان این تأثیر ٠/٦٢ است و توان آماری (٠/٩٩) نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمودن این فرضیه کافی بوده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی آموزش شیوه حل مسئله گروهی بر مهارتهای اجتماعی و

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

کاهش مشکلات رفتاری انجام گرفت . نتایج این تحقیق حاکی از آن است که این برنامه آموزشی منجر به افزایش مهارتهای اجتماعی به صورت کلی و افزایش هر یک از خرده مقیاسها شامل همکاری، جرأت‌مندی و خودکنترلی شده است. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق چند پژوهشگر دیگر در این زمینه همخوان است. انسبورگ و دومینسکی (۲۰۰۰)، هگل ، بارت و اوکس‌من (۲۰۰۰)، کیم (۲۰۰۱)، بهرامگیری (۱۳۸۰)، احمدی‌زاده (۱۳۷۳)، در پژوهشهای خود طی بررسی یک مداخله مبتنی بر آموزش شیوه حل‌مسئله نشان دادند که این آموزش منجر به افزایش مهارتهای اجتماعی می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، آموزش حل مسئله، مشکلات رفتاری برون‌زاد را کاهش داده است. درر و همکاران (۲۰۰۵)، کازدین و همکاران (۱۹۸۷)، محمودی راد (۱۳۸۱)، کهرازی و همکاران (۱۳۸۲)، باباپور و همکاران(۱۳۸۲)در تحقیقات خود نشان دادند که آموزش مهارت حل مسئله باعث کاهش رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری، افزایش کنترل خود، افزایش سطح سلامت روانی و رضایت از زندگی می‌شود. شایان ذکر است در هیچ‌یک از تحقیقات مذکور جامعه مورد پژوهش افراد با آسیب بینایی نبودند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش حل مسئله در کاهش مشکلات رفتاری درون‌زاد اثری نداشته است. لازم به ذکر است در برخی از تحقیقات، اثربخشی آموزش حل مسئله در کاهش مشکلات رفتاری درون‌زاد نشان داده شده است؛ برای مثال، اوریلی و همکاران (۲۰۰۸)، در تحقیقی به بررسی اثربخشی مداخله حل مسئله اجتماعی در درمان گنگی انتخابی[۲۶] دو خواهر از یک مدرسه ابتدایی پرداختند. گنگی انتخابی یکی از انواع مشکلات رفتاری درون‌زاد است. به هر دو خواهر یاد داده شده بود که جلوی همسالانشان در کلاس به سؤالات معلم پاسخ دهند. همچنین این دو آزمودنی یاد گرفتند نشانه‌های اجتماعی سکوتشان را مشخص کنند، یک پاسخ اجتماعی مناسب انتخاب کنند، پاسخ را اجرا و سپس راه‌حلها را ارزیابی کنند. پس از سه ماه پیگیری مشخص شد، آزمودنیها مهارت حل‌مسئله را به موقعیتهای دیگر نیز تعمیم داده بودند. احتمالاً یکی از دلایلی که منجر به عدم تأثیر آموزش حل مسئله در کاهش مشکلات رفتاری درون‌زاد در این پژوهش شد، این بود که دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این تحقیق مشکلات رفتاری درون‌زاد کمی را گزارش دادند و مشکلات رفتاری برون‌زاد، بخش زیادی از مشکلات این نمونه پژوهشی بود. دانش‌آموزان از جلسات آموزشی در جهت کاهش مشکلات رفتاری برون زاد بیشتر استفاده کردند. البته نقص بینایی به طور مستقیم باعث ایجاد مشکلات رفتاری و عاطفی در افراد آسیب دیده بینایی نمی‌شود بلکه ممکن است این نقص عواملی را که منجر به ناسازگاری اجتماعی می‌شوند، تشدید کند؛ بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش حل مسئله گروهی باعث افزایش مهارتهای اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری شود.

از محدودیتهای این تحقیق می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد. با توجه به تلفیق دانش‌آموزان با آسیب بینایی در مدارس عادی، دسترسی به تعداد بیشتر این دانش‌آموزان عملاً غیرممکن بود. یکی دیگر از محدودیتهای این پژوهش، مشکلات اولیه در برقراری ارتباط با این گروه از دانش‌آموزان بود؛ زیرا آسیب بینایی منجر به افت رفتارهای غیرکلامی، که لازمه برقراری ارتباط است می‌شود. عدم دسترسی به

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

والدین این دانش‌آموزان نیز موجب شد پژوهشگر نتواند از ارزیابی والدین برای مقایسه با ارزیابی معلم بهره‌مند شود. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از ارزیابی والدین نیز استفاده شود.

برخی شواهد نشان می‌دهد که در مدارس ویژه کودکان استثنایی برنامه‌های آموزشی و پرورشی رایج، بیشتر بر بعد مهارتهای تحصیلی و آموزشی تأکید می‌کند و وقت و هزینه کمتری صرف آموزش مهارتهای اجتماعی کودکان و دانش‌آموزان استثنایی می‌شود؛ در نتیجه این افراد در کسب مهارتهای اجتماعی با برخی کمبودها مواجه می‌شوند. برگزاری دوره‌های آموزشی کوتاه مدت حل مسئله، مداخلات به‌هنگام ترغیب افراد با نقایص بینایی به استفاده از باقی‌مانده بینایی ، افزایش و پرورش مهارتهای اجتماعی در افراد با آسیب بینایی اقدامی مهم در جهت اجتماعی کردن و سوق دادن آنها به درجات بالاتر فعالیتهای اجتماعی است.

لذا پیشنهاد می‌شود آموزش مهارتهای اجتماعی نیز جزء برنامه‌های آموزشی قرارگیرد و با بهره‌گیری از تجارب متخصصان و مربیان این رشته‌ها در مدارس استثنایی، این افراد آموزش ببینند.

دانش‌آموزان با آسیب بینایی معلولانی هستند که می‌توانند عضوی مؤثر و مفید در جامعه باشند. آنان حق دارند از حقوق و مزایای فرهنگی، اجتماعی و سیاسی که دانش‌آموزان عادی از آن بهره‌مند هستند، استفاده کنند. در این راستا نظام آموزشی هم باید فرصتهای آموزشی و پرورشی مساوی و مناسبی برای آنان تدارک ببیند، به گونه‌ای که بتوانند استعدادهای نهفته خود را شکوفا سازند. با توجه به اهمیت نقش مهارتهای اجتماعی در سلامت افراد، بازنگری شیوه‌های تربیتی- فرهنگی و برنامه‌ریزیهای آموزشی و پرورشی متناسب با نیازهای این کودکان از سوی مسئولان مربوط ضروری به‌نظر می‌رسد. آموزش مربیان و معلمان کودکان با نیازهای خاص و آشنا کردن آنان با شیوه‌های جدید آموزشی، گام مهمی در راستای آماده کردن دانش‌آموزان برای زندگی در جامعه است. حمایتهای بیش از اندازه والدین افراد با آسیب بینایی، به تمامیت روانی آنها آسیب می‌زند.

پیشنهاد می‌شود والدین این افراد آموزشهایی در زمینهٔ نیازهای کودکانشان و نحوه مواجهه با مشکلات فرزندانشان دریافت کنند. همان‌گونه که قبلاً هم ذکر شد، پژوهشها نشان می‌دهد که اکثر افراد با آسیب بینایی در نهایت بر آثار محدودکننده آسیب بینایی در بسیاری از زمینه‌ها غلبه خواهند کرد. این موضوع نکات بسیاری را در مورد انعطاف‌پذیری فرایندهای یادگیری مهارتهای اجتماعی روشن می‌کند و همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش در دانش‌آموزان بینا و در مقاطع سنی دیگر نیز انجام شود و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود از روشها و ابزارهای دیگر مثل شاخصهای عینی و یا مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته نیز برای سنجش مهارتهای اجتماعی استفاده شود.

یادداشتها

1) Gresham and Elliott
2) Assertion
3) Social adequacy
4) Physical integrity
5) Stereotypical behaviors
6) Low self esteem
7) Parson
8) Problem solving
9) Tanner
10) Prochaska and Norcross
11) D' Zurilla and Goldfried
12) Spivack and Shure
13) Cooperation
14) Self control

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

15) Empathy
16) Responsibility
17) Internalizing
18) Externalizing
19) Hyperactivity
20) Brain storming
21) Two-column technique
22) Pro and cons technique
23) Covariate
24) Selective mutism

منابع

اتکینسون، ریتا. ال، اتکینسون، ریچارد. سی، اسمیت، ادوارد. ای، بم، داریل. ج، و هرکسما، سوزان. ن. (۱۳۸۳). *زمینه روانشناسی هیلگارد(ج۱)*. ترجمه محمد نقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، مهرناز شهرآرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان و مهدی محی‌الدین. تهران:رشد.

احمدپناه، محمد. (۱۳۸۳). آسیب بینایی و فرایند تحول کودکان از تولد تا دوازده سالگی، یک مطالعه مروری. *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی* ، ۴ ، ۱ ، ۳۲-۳.

احمدی‌زاده، محمدجواد. (۱۳۷۳). *بررسی اثربخشی آموزش مهارتهای حل مسئله بر برخی از ویژگیهای شخصیتی نوجوانان تحت پوشش مراکز شبانه روزی بهزیستی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم انسانی.

باباپور، خیرالدین جلیل، رسول زاده طباطبایی، کاظم، اژه‌ای، جواد و آشتیانی، علی. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های حل‌مسئله و سلامت روانشناختی دانشجویان. *مجله روان شناسی* ، ۷ ، ۳-۱۶.

بذل، معصومه. (۱۳۸۳). *بررسی ارتباط مهارت حل مسئله و میزان سازگاری در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم مقطع دبیرستانی در شمال و جنوب تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

به پژوه، احمد، غباری، باقر، حسن خانزاده، عباسعلی، وحجازی، الهه. (۱۳۸۴). *مقایسه مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان کم شنوا در مدارس تلفیقی و استثنایی*. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، ۳۵ ، ۲ ، ۶۳-۸۳.

بهرامگیری، فاطمه. (۱۳۸۰). *بررسی تاثیر آموزش مهارت حل مسئله در بهبود مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی خفیف*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۴). مقایسه مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نابینا، ناشنوا و عادی شهر تهران. *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی* ، ۵ ، ۱ ، ۱۴ -۱.

پروچسکا، جیمز. او، و نورکراس، جان. س. (۱۳۸۵). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: رشد.

پورشهسواری، فاطمه. (۱۳۷۸). *بررسی کاربردپذیری مشاوره گروهی درکاهش اضطراب دانشجویان دانشگاه الزهرا و با تاکید برشیوه حل مسئله*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

خسروی، زهره، درویزه ، زهرا و رفعتی، مریم. (۱۳۷۷). نقش حالت های خلقی برشیوه ارزیابی دانش‌آموزان دختر از توانایی مشکل گشایی خود. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴ ، ۱ ، ۳۵-۴۵.

دبیری اصفهانی، عذرا و زندی پور،طیبه. (۱۳۸۵). *آموزش و پرورش دانش‌آموزان استثنایی با تاکید بر آموزش وپرورش نابینایان در کانادا*.تهران: آییژ.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

زرب، ژانت. (۱۳۸۱). *روشهای ارزیابی و درمان شناختی-رفتاری نوجوانان*. ترجمه غلامعلی افروز و سید کامران علوی. تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.

شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۷۹). *روان شناسی و آموزش کودکان نابینا*. تهران : نشر گفتمان خلاق.

شعبانی، حسن و مهرمحمدی، محمود. (۱۳۷۹). پرورش تفکر انتقادی با استفاده از شیوه آموزش مسئله محور. *مجله دانشگاه تربیت مدرس* ، ۴، ۱.

شهیم، سیما. (۱۳۷۸). بررسی مهارتهای اجتماعی در گروهی از کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش پذیر با استفاده از نظام درجه‌بندی مهارت اجتماعی. *مجله روانشناسی وعلوم تربیتی دانشگاه تهران ،۴، ۱، ۱۸-۳۷.*

شهیم، سیما. (۱۳۸۱). بررسی مهارتهای اجتماعی در گروهی از دانش‌آموزان از نظر معلمان. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۲، ۱، ۱۲۱-۱۳۹.

کریمی درمنی، حمیدرضا. (۱۳۸۵). *توانبخشی گروههای خاص (با تاکید برخدمات مدکاری اجتماعی)*. تهران: گستره.

کهرازی، فرهاد، آزادفلاح، پرویز و اللهیاری ، عباسعلی. (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارتهای حل مسئله در کاهش افسردگی دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی* ، ۷ ، ۱۲۷ -۱۴۲.

محمودی راد، مریم. (۱۳۸۱). بررسی نقش آموزش مهارتهای ارتباطی و حل مسئله اجتماعی در ارتقای سطح عزت نفس و رابطه آن با کارکردهای هوشی و پیشرفت تحصیلی . *مجله بیماریهای کودکان ایران*.۱۳(ضمیمه).

مستعلمی، فروزان، حسینیان ، سیمین و یزدی، منور. (۱۳۸۴). تأثیرآموزش مهارتهای اجتماعی برافزایش اعتماد به نفس دختران نابینای شهر تهران . فصلنامه *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۵ ، ۴، ۴۵۰-۴۳۷.

هاوتون، ک و سالکووس کیس، ک. (۱۳۸۵). *رفتار درمانی شناختی راهنمای کاربردی در درمان اختلالهای روانی (ج ۲)*. ترجمه حبیب ا... قاسم‌زاده. تهران : ارجمند.

Altun, I. (2003). The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. *Journal of Nurse Education Today*, 23, 575-58 .4.

Ammerman, R. T., Van Hasselt, V. B., Hersen, M. (1986). Psychological adjustment in visually handicapped children and youth. *Clinical Psychology Review*, 6, 67 -85.

Ansburge, P. L., Dominowski, R. L. (2000). Implementation and outcome of training problem solving for adolescents with depression. *Journal of Adolescence*, 58, 678-696.

Beaty, L. A. (1992). Adolescent self perception as a function of vision loss. *Journal of Adolescence*, 27, 707 -714.

Beaty, L. A. (1994). Psychological factors and academic success of visually impaired college students. *Review*, 26, 131 -139.

Bieber, A., and Shut, F. (1991). The use of derma to skills. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 85, 340-355.

Buhavour, M. M., Hartshrne, S. T., Jouhnson, B. Sh. (1992). Parents' and teachers' rating of social skills of elementary – Age students who

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

are blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 7, 503 -511.

Cardinal, G., and D'Allura, T. (2001). Parenting styles and self esteem : A study of young adults with visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95, 453 -470.

Celest, M. (2006). Play behaviors and social interaction of a child who is blind : In theory and practice. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100 , 75 -90.

Celest, M. (2007). Social skills intervention for a child who is blind. *Journal of Visual Impairment & blindness*, 100, 521 -532.

D'Allura, T. (2002). Enhancing the social interaction of preschoolers with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96, 576-584.

Dreer, L. E., Elliott, T. R., Fletcher, D.C., and Swanson, M. (2005). Social problem solving. abilities and psychological adjustment of person in low vision rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Psychology*, 50, 232-238.George, L. A., and Dyquette, CH. (2006). The psychosocial experience of a student with low vision. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100, 152-163.

Gronmo, S. J., and Agestad, L. B. (2000). Physical activity, self concept, and global self – worth of blind youths in Norway and France. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94 , 522-527.

Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., and van Heeringen, K. (2001). *Psychological and Pharmacological Treatments for Deliberate elf Harm. (Cochrane Review).*In: The Cochrane library, Oxford.

Hegel, M. T., Barret, J. E. and Oxman, T. E. (2000). Training therapists in problem solving treatment of depressive dispersion primary care. *Journal of Families System and Health*, 18, 423-435.

Hurre, T., Komulainen, J., and Aro, H. (1999). Social support and self esteem among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 93 ,26-37.

Jackson, N. J. (2001). Visually impaired adolescents perspectives on seeking support from school based adults. *A dissertation Presented for the Doctorate of Philosophy in Spalding University Faculty of the Schoolof Professional Psychology.*

Kazdin, A. E., Dowson, K. E., French, N. H., and Unisa, A. S. (1987). Problem solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 76-85.

Kef, S. (2002).Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96, 155-169.

Kef, S., and Dekovic, M. (2004). The role of parental and peer support in adolescents well – being a comparison adolescents with and without a visual impairment. *Journal of Adolescence*, 27, 435-466.

Kim, I. Y. (2001). The effects of assertiveness

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

training on enhancing the social skills of adolescents with visual impairments. *A Dissertation presented for the Doctorate of Education in Vanderbilt University.*

Lifshitz, H., Hen, I., and weisse, I. (2007). Self concept, adjustment to blindness, an Quality of friendship among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101, 96 -107.

MacCupsie, P. A. (1996). *Promoting Acceptance of Children with Disabilities. From Tolerance to Inclusion.* Halifat, Nova Scotia , canaai Atlantic provinces special Education Authority.

Mc Gaha, C., and ferrin, D. (2001). Interactions in an inclusive classroom: the effect of visual status and setting. *Journal Visual Impairment & Blindness*, 2, 80 -94.

Masten, A. S., and Cootsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research a successful children. *Journal of American Psychologist*, 53, 205 -220.

Meier, R. C., Diperna, C. J., and Oster, M. M. (2006). Importance of social skills in elementary Grades. *Journal of Education and Treatment of Children*, 29, 409 -419.

Nezu, A., and D'zurrilla, T. J. (2001). Problem *Solving Training, Handbook of Cognitive Behaviour Therapies.* New York: Guilford.

O' Reilly, M., McNally, D., Sigafoos, J., Lancioni, G. E., Green, V., Edrisinha, C., Machalicek, W., Sorells, A., and Lang, R. (2008). Examination of social problem solving intervention to treat selective mutism. *Journal of Behavior Modification*, 23, 182-195.

Perla, E., and O' Donnel, B. (2004). Encouraging problem solving in orientation and mobility. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 98, 47-52.

Pruett, K. M. (2002). *Understanding the Behavior.* In R.L. Pogrud and D. L. Fazzi (Eds.) Early focus (pp.250-286). NewYork: American foundation for the blind.

Ray, T. Ch., Horvat, M., Wiliams, M., and Blasch, B.B. (2007). Clinical assessment of functional movement in adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101, 108 -118.

Sacks, S. Z., and Corn, A. (1996). Students with visual impairments: Do they understand their disability. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 90, 412 -422.

Sacks, S. Z., and Silberman, R. K. (2000). *Social Skills.* In A. J. Koening & M.C. Holbrook (Eds.), Foundations of Education: instructional strategies for teaching children and youth with visual impairment. 616- 652.

Sacks, S. Z., and wolffe, K. E. (1998). Lifestyles of adolescents with visual impairments: An ethnographic analysis . *Journal of Visual Impairment & Blindness* , 92 , 7-17.

Sacks, S. Z., Wolffe, K. E., and Tierney, D. (1998). Lifestyles of students with visual impairment: preliminary studies of social networks. *Journal of Exceptional Children*, 64, 463 -478.

Selcuk, G. S., Caliskan, S., and Erol, M.(2007). The

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]

effect of gender and grade levels on Turkish physics teacher candidates' problem solving Strategies. *Journal of Turkish since education*,4, 10.

Trief, E. (2007). The use of tangible cues for children with multiple disabilities and visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*,613- 619.

Van der Dord, S., Van der Meulen, E. M., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., Buitelar, J.K., and Emmelkamp, P.M.G. (2005). A psychometric evaluation of the social skills voting system in children with ostentation deficit hyperactivity disorder. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 43, 733-764.

Van Hasselt, V. B., Kazdin, A. E., Hersen, M., Simon, J., and Mostantuono, A. K . (1985). A behavioral–analytic model for assessing social skills in blind adolescents. *Journal of Research and Therapy England*, 23, 395-405.

Van Horn, L. M., Burnett, A. A. S., Karlin, E., Rmay, L. Sh., And Snyder, S. (2007). Parent rating of children's social skills: Longitudinal psychometric analyses of social skill rating system. *Journal of School Psychology Quarterly*, 22, 162 -19.

White, L. G. (2003). Problem solving, self efficacy, community interaction, and employment of blind adults. *A dissertation presented for the Doctorate of Philosophy in Hawaii University.*

Wolff, K. (1996). Career education for students with visual impairment. *Re: view*,28, 89-93.

Wolffe, K., and Sacks, S. Z. (1997). The lifestyles of blind, low vision, and sighted youths: A quantitative comparison. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91, 245-257.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.2.2.1]