

The Effectiveness of Cognitive Behavior-based Play Therapy on the Behavioral Problems among Primary Students with Intellectual Disabilities

Behzad Azarnioshan, M.A,¹ Ahmad Beh-Pajooh, Ph.D,² Bagher Ghobary Bonab, Ph.D³

Received: 11.12. 11 Revised: 18.4.12 Accepted: 16.7 .12

Abstract

Objective: This research has been conducted with the aim of studying the effectiveness of play therapy on severity of symptoms of behavioral problems among male students with intellectual disabilities (ID). **Method:** By considering an experimental design two special schools in Babol and Babolsar were selected. From the population of all students in the two schools, 30 were selected and assigned into the experimental and control groups (15 subjects each). These two groups were matched according to their demographics such as intelligence, gender, student level of education, and level of behavioral problems. At the pre- and post-test stages, before and after 10 sessions which took 30-45 minutes three sessions in a week, Rutter Questionnaires (1976) were applied to both groups. Furthermore, in order to diagnose any change after the therapy. The data were analyzed by SPSS software, using ANCOVA. **Results:** The play therapy could ameliorate the amount of behavioral problems (all at $p < 0.05$). **Conclusion:** Considering the significant differences between the experimental and control groups, play therapy may be suggested as an effective method of treatment for children and adolescence with behavioral problems.

Keywords: Behavioral problems, play therapy, intellectual disabilities, cognitive behavior approach

اثر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی در دوره ابتدایی

بهزاد آذرنيوشان^۱ دکتر احمد به پژوه^۲ دکتر باقر غباری بناب^۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۲۰ تجدیدنظر: ۹۱/۱/۳۰ پذیرش نهایی: ۹۱/۴/۲۶

چکیده

هدف: این پژوهش، به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر کم توان ذهنی در دوره ابتدایی اجرا شده است. **روش:** با استفاده از طرح نیمه تجربی از میان دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر در دو آموزشگاه ابتدایی دانش آموزان با نیازهای ویژه در شهرهای بابل و بابلسر، ۳۰ دانش آموز با توجه به دوره تحصیلی، هوش، جنس و مشکلات رفتاری همتا و در دو گروه پانزده نفره آزمایشی و کنترل، قرار گرفتند. قبل و بعد از برگزاری جلسات بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در ده جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه، سه روز در هفته) که یک روز در میان برای آزمودنیهای گروه آزمایشی انجام می گرفت، پرسشنامه راتر (فرم معلم) برای دو گروه به منظور پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. داده های به دست آمده، با استفاده از آزمون کوواریانس با نرم افزار SPSS تحلیل شد. **یافته ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که استفاده از بازی- درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری، موجب کاهش معنی دار مشکلات رفتاری در دانش آموزان کم توان ذهنی ($p < 0.05$) شد. **نتیجه گیری:** با توجه به تفاوت معنی دار بین گروههای آزمایشی و کنترل می توان از بازی درمانی به مثابه روش درمانی مؤثری برای کاهش مشکلات رفتاری در دانش آموزان کم توان ذهنی استفاده کرد. با توجه به نتایج این پژوهش، توصیه می شود، بازی درمانی به صورت درس مستقلی در برنامه هفتگی دانش آموزان قرار گیرد.

واژه های کلیدی: مشکلات رفتاری، کم توان ذهنی، رویکرد شناختی- رفتاری، بازی درمانی

1. **Corresponding author:** M.A in Psychology of Exceptional children Tehran University

2. Professor in Tehran University

3. Associate Professor in Tehran University

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی کودکان استثنایی

۲. استاد دانشگاه تهران

۳. دانشیار دانشگاه تهران

مقدمه

بیش از دو درصد جمعیت هر جامعه‌ای را کودکان و افراد کم‌توان تشکیل می‌دهند. کم‌توانی ذهنی^۱ بیان‌کننده محدودیتهای اساسی در کارکرد کنونی فرد است. بدون شک میان بروز قابلیت‌های فردی و شرایط محیطی، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. محیط‌های مناسب و مساعد، موجب رشد و تحول فرد می‌شوند و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشند. از این رو، استفاده از روش‌های گوناگون درمانی، مانند بازی درمانی، نقاشی-درمانی و نظایر آن، به فراهم کردن محیطی غنی و باطراوت کمک می‌کند. ویژگی‌های کم‌توانی ذهنی عبارت‌اند از: کارکرد هوشی زیر متوسط و وجود محدودیتهای همزمان مرتبط با محدودیتها در دو یا چند حوزه از حوزه‌های مهارت سازشی کاربردی و وجود این شرایط از زمان کودکی (انجمن کم‌توانی ذهنی آمریکا^۲، ۱۹۹۲، ترجمه به پژوه و غباری، ۱۳۸۰). کم‌توانی ذهنی، مرض یا بیماری روانی نیست، بلکه نوعی شرایط خاص و پیچیده ذهنی است. در مورد کودکان کم‌توان ذهنی با توجه به محدودیتهای ویژه آنها، نسبت به کودکان عادی، می‌توان انتظار داشت که رفتارهای پرخاشگرانه و سازش نایافته بیشتری از آنها بروز کند، آنان به سبب محدودیتهای گوناگون که غالباً از محدودیتهای شناختی آنها ناشی می‌شود، با شکستهای متعددی روبه‌رو می‌شوند و پیامد همه این عدم موفقیتها ناکامی است که خود سرآغاز پرخاشگری به گونه‌های گوناگون، خواهد بود. از جمله محدودیتهای کودکان آهسته‌گام (کم‌توانی ذهنی) ضعف قوای جسمانی و تواناییهای حسی و حرکتی آنان است (افروز، ۱۳۸۸).

کودکان کم‌توان ذهنی، علاوه بر مشکلات شناختی، به مشکلات رفتاری^۳ و عاطفی نیز دچارند. از این رو، مشاوران، روان‌شناسان و متخصصان آموزش و پرورش ویژه^۴ برای کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری آنان، روشهای اصلاح رفتار و راهبردهای گوناگونی ارائه کرده‌اند و در خانه و مدرسه به کار می‌برند. استفاده از

این روشها در مدرسی که در آن دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی به تحصیل اشتغال دارند، حیاتی به نظر می‌رسد.

اختلالهای رفتاری: اختلالهای رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می‌آورند. کودکان مبتلا به این اختلالها، خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسائل و دشواریهای گوناگونی مواجه می‌کنند و آنها را نیز در برابر آشفتگیهای روانی و اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی، آسیب‌پذیر می‌سازند (سیف، ۱۳۸۷). با توجه به این موضوع، لزوم شناخت و درمان مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مشهود است.

پژوهشهای گوناگون، نشان می‌دهند که تقریباً سی درصد کودکان و نوجوانان، در طول زندگی خود نوعی اختلال روان‌پزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد، ولی ۷۰ تا ۸۰ درصد آنها، مداخله مناسب را دریافت نمی‌کنند. این اختلالها، به نقص عملکرد در زمینه‌های گوناگون از جمله زمینه‌های تحصیلی و خانوادگی منجر می‌شود که در نهایت، افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه را موجب می‌شود (ایوانز، مولت، ویست و فراتر، ۲۰۰۵).

در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۵۱۳۶ دانش‌آموز مدرسه ابتدایی دخترانه و پسرانه شخص شد که دو درصد دانش‌آموزان ابتدایی، مبتلا به اختلالهای هیجانی هستند. این پژوهش، نشان داد که ۳ درصد دانش‌آموزان، اختلال سلوک، ۲ درصد اختلال هیجانی، ۳/۱ درصد اختلال کاستی توجه، ۳/۳ درصد اختلال بیش‌فعالی، ۳/۴ درصد اختلال کاستی توجه همراه با بیش‌فعالی و ۲/۶ درصد اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای دارند. همچنین پسران، در مقایسه با دختران، بیشتر به اختلالهای سلوک، کاستی توجه و بیش‌فعالی مبتلا هستند. در پژوهش کدخدایی (۱۳۷۶) بر روی دانش‌آموزان دبستانی در اصفهان، میزان شیوع اضطراب و افسردگی، کمتر از یک درصد گزارش شده است.

(کارمیخاییل، ۲۰۰۶؛ لندرت، ۲۰۰۲؛ اوکانر و شافر، ۱۹۸۳).

قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است، به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی آنها ضعیف است، رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند (پدرو-کارول و ردی، ۲۰۰۵). رابطه خاصی که بین درمانگر و کودک در طول جلسه‌های بازی درمانی شکل می‌گیرد، تجربه مهمی را که برای درمان لازم است، فراهم می‌آورد (موستاکس، ۱۹۹۷). در بازی درمانی، اسباب بازیها مثل کلمات کودک و بازی، زبان کودک است (لندرت، ۲۰۰۲). تحقیقات گوناگون، تأثیر بازی درمانی را در زمینه‌های اجتماعی، عاطفی، رفتاری و مشکلاتی که به محرک‌های تنش‌زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابه‌جایی، بستری شدن در بیمارستان، سوء استفاده‌های جنسی و جسمی و خشونت خانوادگی مربوط می‌شود، تأیید می‌کند (پدرو کارل و ردی، ۲۰۰۵).

بازی درمانی شناختی- رفتاری: این دیدگاه، بر این فرض استوار است که ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجانی و رفتاری او را به موقعیت تعیین می‌کند. شناخت درمانی مبتنی بر این دیدگاه است که آسیب‌شناسی روانی، نتیجه خطای سیستماتیک، سوگیری و تحریف در ادراک و تعبیر و تفسیر رویدادهاست. از لحاظ نظری، تأکید بر تعامل فرد و محیط است نه بر فرد یا محیط به‌طور جداگانه. تفسیر فرد از رویدادها، نقش مهمی در بسیاری از آسیب‌های روانی، ایفا می‌کند و این تفسیر، محصول تعامل ویژگیهای فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است. این درمان بر این فرض استوار است که عاطفه و رفتار افراد، تا حد زیادی به‌واسطه روشی که آنها براساس آن، جهان را تفسیر می‌کنند، تعیین می‌شوند. برای آنکه بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیتهای ساخت‌دار و هدف‌گرا باشند و در عین حال، در همان زمان، آوردن ماده خودبه‌خودی

بازی درمانی: بازی درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان روش درمانی وی به کار گرفته می‌شوند تا به کودک، کمک کند تا فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. همچنین این روش در مورد کودکان سه تا هشت ساله به کار می‌رود که مشکلات خانوادگی (مانند طلاق والدین) دارند، ناخن می‌جوند، دچار شب ادراری‌اند، اختلال رفتاری دارند، بیش-فعال‌اند، در روابط گروهی موفق نیستند و یا قربانی سوء استفاده از کودکان شده‌اند. این نوع درمان در مورد تعلیم و تربیت کودکان استثنایی نیز از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۷).

بازی درمانی نوعی تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش‌دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جست‌وجوی راههایی برای کاهش آشفتگیهای هیجانی کودک است؛ به‌طوری‌که کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرهای رنج آور، جهت‌دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه هیجانی تصحیح‌شده را تجربه می‌کند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۷).

درمانهای غیردارویی همچون روان درمانی و مشاوره کودکان، با استفاده از شیوه‌های بازی درمانی، برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان، نتیجه‌بخش بوده است. هرگاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند، درمانگران از بازی درمانی برای کمک به کودکان، برای ابراز آنچه آنها را ناراحت کرده است، استفاده می‌کنند (جیل، ۱۹۹۱).

نتایج پژوهشهای لندرت و اکسلاین (۱۹۴۷) مبین آن است که بازی درمانی رویکردی براساس گمان، کوشش و خطا نیست. پژوهشهای بسیاری در ارتباط با این روش درمانی انجام شده و نشان داده‌اند که این روش به کودک کمک می‌کند تا بتواند بر مشکلاتش چیره شود. بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند

(خودانگیزخته) را برای کودک میسر کند (محمداسماعیل، ۱۳۸۷).

بازی درمانی شناختی- رفتاری، درحین عبور کودک از مراحل متعدد درمانی (مرحله آغازین- آشنایی- مرحله ارزیابی، مرحله میانی و مرحله پایانی) انجام می‌گیرد. بعد از آمادگی، برای بازی درمانی شناختی رفتاری مرحله ارزیابی آغاز می‌شود؛ درمانگر، در مرحله میانی، نقشه درمان را طراحی می‌کند و درمان، روی افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخهای سازگارانه‌تر برای رویارویی با موقعیتهای خاص، متمرکز می‌شود. تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحله میانی، به کار گرفته می‌شود تا کودک مهارتهای جدیدی در مورد زمینه‌های گوناگون بیاموزد؛ در مرحله پایانی، کودک و خانواده‌اش برای خاتمه درمان آماده می‌شوند (کنل، ۱۹۹۹).

در بازی درمانی شناختی- رفتاری مداخله‌های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می‌شود. از جمله این مداخله‌های رفتاری می‌توان از حساسیت- زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و الگو سازی نام برد؛ از طرفی روشهای شناخت رفتاری که به طور معمول در بازی درمانی شناختی- رفتاری که به طور معمول در بازی درمانی شناختی- رفتاری استفاده می‌شوند، با تغییر رفتار و روشهای شناختی با تغییر افکار، سروکار دارند. چون این گونه تصور می‌شود که شناختهای ناسازگارانه، باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می‌شوند، فرض بر این است که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شناختهای خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آنها را بسازد، او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریفهای شناختی خود، به او یاد می‌دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض کند (کنل، ۱۹۹۹، گالاگر، رابیان و مک‌لوسکی، ۲۰۰۴).

بازی درمانی شناختی- رفتاری با کودکان بطور خاص، برای کودکان سن پیش از مدرسه و کودکان سنین آغاز مدرسه طراحی می‌شود و با تأکید بر مشارکت کودک در درمان و از طریق مورد توجه قرار دادن موضوعاتی چون کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می‌شود (کنل، ۱۹۹۹). در این روش همچون درمانهای شناختی- رفتاری با بزرگسالان، اعتقاد بر آن است که رفتار انطباقی حاصل تعامل بین افکار، احساسات و رفتار فرد است.

بررسی پژوهشهای موجود نشان می‌دهد که در ایران، پژوهشهای اندکی در مورد بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی صورت گرفته است، در عین حال، پژوهشهای زیر قابل ملاحظه است:

در پژوهشی که محمودی قرائی، بینا، یاسمی، امامی و نادری (۱۳۸۵) در کرمان انجام داده‌اند، اثر بازی درمانی بر کودکان بازمانده از واقعه زلزله بم بررسی شد و نشان داد که بازی درمانی می‌تواند در کاهش نشانه‌های رفتاری مؤثر باشد در پژوهش دیگری که ذوالمجد، برجعلی و آرین (۱۳۸۶) انجام داده‌اند، تأثیر شن‌بازی درمانی بر روی پسران پرخاشگر بررسی شده و نتایج آن، حاکی از کاهش سطح پرخاشگری در گروه آزمایش بوده است؛ همچنین در پژوهشی زارع و احمدی (۱۳۸۶) با موضوع اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مشخص شد که بازی درمانی شناختی- رفتاری، موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. در پژوهش به‌پژوه و نوری (۱۳۸۱) که به منظور بررسی تأثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در تهران انجام شد، تحلیل داده‌ها حاکی از کاهش معنادار رفتار پرخاشگرانه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در گروه آزمایشی بود. در پژوهش دیگری که جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان (۱۳۸۷) با موضوع

بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر شدت علائم اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی^۵ در اصفهان انجام شد، که با توجه به وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه، می‌توان از بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری به- مثابه روش درمانی مؤثری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی استفاده کرد و در انتها، نتایج پژوهش قادری، اصغری مقدم و شعیری (۱۳۸۵) با منظور بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری- شناختی بر روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک در تهران، نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون پرخاشگری به نفع گروه آزمایشی وجود دارد.

بدیهی است هر قدر زودتر و سریع‌تر بتوان مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی را شناخت و با استفاده از روش‌های درمانی آنها را کاهش داد، امکان بیشتری وجود دارد تا از افت تحصیلی آنان و بروز ناهنجاریهای رفتاری و عاطفی، پیشگیری شود. در آموزش و پرورش دانش‌آموزان با نیازهای ویژه سازگاری و مشکلات رفتاری موضوع مهم و قابل تأملی است، با توجه به نقش اصلاح رفتار در این دانش‌آموزان و پژوهشهای اندک در این حوزه، بررسی بیشتر، ضروری به نظر می‌رسد. بررسی پژوهشهای موجود نشان می‌دهد که در ایران، پژوهشهای اندکی در مورد بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی صورت گرفته است. بدیهی است هر قدر زودتر و سریع‌تر بتوان مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی را شناخت و با استفاده از روشهای درمانی آنها را کاهش داد، امکان بیشتری وجود دارد تا از افت تحصیلی آنان و بروز ناهنجاریهای رفتاری و عاطفی، پیشگیری شود. در فرایند آموزش، کودکان نیازها و مشکلاتی دارند که بیشتر آنها از سوی والدین، آن‌چنان که باید درک و پاسخ داده نمی‌شود. پس باید یک راه ارتباطی

سازگار با کودک یافت؛ راهی که بزرگسالان برای بیان نیازهای به کار می‌گیرند، سخن گفتن در مورد مشکلات است؛ بنابراین، باید روشی را برگزید که به اندازه سخن گفتن به کودکان یاری رساند. بازی یکی از راههایی است که کودک به کمک آن، سخن می‌گوید، درست مثل بزرگسالان. بازی روشی است که در آن، کودک احساسات خود را نشان می‌دهد، روابط خود را می‌گستراند، تجربیاتش را می‌نماید، آرزوهایش را فاش می‌سازد و به خودشکوفایی می‌رسد. مشکلاتی را که کودکان، با آنان دست به گریبان‌اند، آن‌گونه نیست که بزرگسالان می‌پندارند.

به این علت که رشد زبانی کودکان، دیرتر از رشد شناختی آنها انجام می‌پذیرد، راه ارتباطی آنان با محیط پیرامونی خویش، تنها بازی است. در بازی درمانی اسباب‌بازیها مانند واژه‌های کودکان هستند و بازی هم‌زمان آنها، یک زبان فعال. بازی درمانی مانند روان درمانی و مشاوره برای بزرگسالان است. تجربیات عمده هیجانی می‌تواند در نهایت امنیت و آرامش از راه نمادهای خیالی و اسباب بازیها بیان شود. به‌کارگیری اسباب بازیها، کودکان را در نمایاندن اضطراب، ترس، خیالات و احساس گناه خویش، توانا می‌سازد. در این فرایند کودک، احساسات خود را آزادانه ابراز می‌کند، چرا که این روش کودکان را از خود و تجربیات و پیشامدهای روزمره‌شان جدا می‌کند. کودکان خود را در بازی نشان می‌دهند و می‌آموزند که چگونه با موقعیتهای گوناگون روبه‌رو شوند.

بازی درمانی رویکردی درمانی است که برای گستره وسیعی از کودکان مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. از آن جمله: کودکان طردشده و مورد غفلت واقع شده و کودکانی که مورد آزار قرار می‌گیرند، کودکان پرخاشگر، کودکان اوتیستیک، کودکان دارای وابستگی، کودکانی که بیماریهای مزمن دارند، کودکانی که قربانی آتش‌سوزیها و سوختگیها می‌شوند، کودکانی که مشکلات جسمی و ناشنوایی دارند،

روش جمع آوری داده‌ها و ابزارهای آن: ابتدا پس از اخذ مجوز حضور در مدارس از سازمان آموزش و پرورش استثنایی مازندران، به مدارس مورد نظر مراجعه و موافقت مسئولان و اولیای دانش‌آموزان جلب شد، پیش‌آزمون را آموزگاران هر پایه و با کمک مشاور تکمیل و نمره‌گذاری کردند و یک هفته بعد، برنامه مداخله‌ای آغاز شد؛ پس از انجام آزمون راتر به عنوان پیش‌آزمون، دانش‌آموزان مورد مطالعه، در ده جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه، سه روز در هفته) در جلسه‌های بازی‌درمانی شرکت کردند. این جلسات با همکاری مدیر، آموزگاران و مشاور، طبق برنامه معرفی‌شده، برگزار شد؛ سپس بعد از یک هفته از آخرین جلسه، پس‌آزمون اجرا و در پایان از والدین و دانش‌آموزان قدردانی شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش جهت سنجش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان از پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر (فرم معلم) استفاده شده است، این پرسش‌نامه شامل ۳۰ عبارت است که از این تعداد ۲۴ عبارت مستقیماً از پرسشنامه راتر استخراج شده‌اند. مهیار و همکاران در سال ۱۹۸۲ با توجه به فرهنگ ایرانی ۶ عبارت جدید و تبدیل چهار ماده به دو ماده به علت تشابه، آن را به یک پرسشنامه ۳۰ عبارتی تبدیل کردند. راتر این آزمون را جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم کرده است و مهیار و یوسفی (۱۳۶۷) آن را برای ارزیابی کودکان ایرانی (شیراز) به کار گرفته‌اند (یوسفی، ۱۳۷۷).

شیوه نمره‌گذاری: معلمان کودک این پرسشنامه را تکمیل می‌کنند و دستورالعمل ویژه‌ای دارد. بعد از توضیح نحوه نمره‌گذاری، از معلم خواسته می‌شود تا عبارات پرسشنامه را مطالعه و با در نظر گرفتن مشاهدات خود از رفتار کودک در سه هفته گذشته، پرسشنامه را در مورد کودک، نمره‌گذاری کند.

کودکان اسکیزوفرنیک، کودکان دارای آشفتگی هیجانی، کودکان با اختلالهای خوردن، کودکانی که اختلالهای ترس و اضطراب دارند، کودکان غمگین و سوگوار، کودکان بستری در بیمارستانها، کودکان دارای ناتوانیهای یادگیری، کودکان کم‌توان ذهنی، کودکان با مشکلات خواندن، کودکان با خاموشی انتخابی، کودکان با خودپنداره و اعتماد به نفس پایین، کودکان با ناسازگاری اجتماعی، کودکان دارای دشواریهای گفتاری، کودکان گوشه‌گیر، کودکان آسیب‌دیده.

در پژوهش حاضر این سؤال مطرح است که آیا بازی‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تاثیر دارد؟

روش

روش پژوهش: برنامه درمانی در قالب یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برای دو گروه آزمایشی و کنترل صورت می‌گیرد. (سرمد و همکاران، ۱۳۸۳). این طرح را به صورت زیر می‌توان نمایش داد:

O_1	X^*	O_1	(E) گروه آزمایشی
O_2	X	O_2	گروه کنترل (C)

که در آن O' پیش‌آزمون، X^* عمل آزمایشی، X عمل کنترل و O پس‌آزمون را نمایش می‌دهد.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه ۲۰۷ دانش‌آموز پسر کم‌توان ذهنی در دوره تحصیلی ابتدایی در دو مرکز بابلسر و پنج مرکز بابل در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ است.

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری: نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دو آموزشگاه خاطره رامش بابل و لیلاجانی بابلسر با توجه به دوره تحصیلی، هوش، جنس و مشکلات رفتاری هم‌تا شده و در دو گروه پانزده نفره آزمایشی و کنترل گرفتند.

به هر سؤال این پرسشنامه حداقل صفر و حداکثر دو نمره تعلق می‌گیرد:

نمره صفر= رفتاری که توصیف شده است، درمورد کودک مصداق ندارد.

نمره یک= رفتاری که توصیف شده است، تنها در مواردی درمورد این کودک مصداق ندارد.

نمره دو= رفتاری که توصیف شده است، کاملاً در مورد این کودک مصداق دارد.

با توجه به این نمره‌گذاری دامنه نمرات ۰ تا ۶۰ در نوسان است. آزمون به ۵ زیر گروه طبقه‌بندی شده است که هریک، سؤالات خاصی را در برمی‌گیرد. زیرگروههای آزمون عبارت‌اند از: پرخاشگری- بیش-فعالی، اضطراب- افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کمبود توجه.

اعتبار^۶ و روایی^۷: تا به حال بررسیها و پژوهشهای متعددی چه در ایران و یا سایر کشورها در مورد قابلیت اعتماد و اعتبار پرسشنامه راتر انجام گرفته که اکثریت آنها ضریب اطمینان بالایی را در این مورد نشان می‌دهد. این آزمون، در ایران به‌وسیله مهریار و همکاران، ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش مهریار (۱۹۹۲) میزان توافق تشخیص روان‌پزشکی با پرسشنامه در وجود اختلال و انواع فرعی آن در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است. پایایی آزمون نیز در پژوهشهای مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. چنانکه در پژوهش راتر (۱۹۷۶) با روش دونیمه‌کردن حدود ۰/۸۹ و در پژوهش باقری (۱۳۷۳) نقل از ابوالقاسمی، (۱۳۸۴) با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۷ گزارش شده است. یوسفی (۱۳۷۷) در شهر شیراز ۱۶۰۰ دختر و پسر ۶ تا ۱۱ ساله کلاسهای اول تا پنجم دوره ابتدایی را به منظور سنجش اعتبار و قابلیت اعتماد آزمون راتر (فرم ۳۰ ماده‌ای) مورد مطالعه قرار داد. در این مطالعه، قابلیت اعتماد آزمون مذکور با استفاده از روش باز آزمایی برابر ۰/۹۰ گزارش شده است.

توضیح جلسه‌به‌جلسه روش مداخله:

این برنامه با استفاده از کتابهای کلیات بازی‌درمانی قزوینی‌نژاد (۱۳۸۷)، محمداسماعیل (۱۳۸۷) و پژوهشهای جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان (۱۳۸۷)، زارع و احمدی (۱۳۸۶) و محمودی قرایی، بینا، یاسمی، امامی و نادری (۱۳۸۵) تهیه شده است. در اجرای برنامه ویژگیهای شناختی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در نظر گرفته شده است. با توجه به محدودیت این دانش‌آموزان، در حوزه شناخت مطالب شناختی ساده و در حد توان ذهنی آنان انتخاب شده است.

در جلسه اول درمانگر، قوانین و فعالیتهای جلسه‌های بازی‌درمانی را با کودکان در میان خواهد گذاشت؛ همچنین موضوع اضطراب و ترس اجتماعی کودکان در جمع، با توجه به ابعاد شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی اضطراب و با استفاده از داستان مورد بحث، قرار می‌گیرد. پس از آن و در مرحله ارزیابی و سنجش و در طول جلسات درمان، از تکنیک خودنظارتی، برای میزان وقوع رفتارهای حاکی از اضطراب و ترس در جمع و نشانه‌ها و افکار متعاقب آن استفاده می‌شود. برای کودکان از تصاویر مرتبط و رنگ کردن آنها به جای نوشتن استفاده می‌شود. به‌طور کلی، طرح درمانی جلسات بر روی افزایش خودکنترلی کودک، آگاه‌سازی کودکان نسبت به نشانه‌های رفتارهای ناسازگارانه خصوصاً اضطراب پرخاشگری، خشم و بی‌انضباطی آنها و یادگیری پاسخهای سازگارانه‌تر متمرکز است.

بعضی از مداخله‌های رفتاری به کارگرفته شده طی جلسه‌های درمان عبارت‌اند از: حساسیت‌زدایی منظم (از طریق روش تصویرسازی تدریجی و با القای تصاویر ذهنی مثبت و خوشایند کودکان همچون شخصیت‌های کارتون‌ی خوشایند و همراه کردن تدریجی آنها با محرکهای اضطراب‌زای کودکان) فنون مدیریت وابستگی شامل تقویت مثبت، شکل‌دهی و خاموش سازی و سرمشق‌دهی. فنون استفاده شده در جلسات بازی‌درمانی عمدتاً از طریق بازی گروهی و با هدف

کاهش مشکلات رفتاری، رفتارهای ناسازگارانه ترس
اجتماعی نافرمانی و در جهت افزایش رفتارهای
مسئولیت پذیرانه کودکان است.
در جدول (۱) برنامه مداخله‌ای برحسب موضوع
فعالیت، هدف، محتوا، روش و ابزار به تفکیک جلسات
معرفی شده است.

جدول ۱. محتوای برنامه مداخله‌ای

جلسه	موضوع فعالیتها	هدف	محتوا	روش	ابزار
۱	نمایش کارتون، نقاشی انگشتی	آشنایی و ترغیب همکاری	آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیتهای جلسات گروهی، ارائه قوانین و وظایف هر عضو، ترغیب کودکان در بیان ناراحتیهای فعلی خود، پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری و جسمانی و شناختی کودکان	سخنرانی، مشاهده‌ای توضیحی و پرسش و پاسخ	رنگ گواش، تلویزیون و پخش
۲	بازی در پارک، بازی در شهر بازی	افزایش مهارتهای ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت اول)	بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنهایی، تقویت نقش و جایگاه مهم افراد در فعالیت های گروهی، تقسیم کار و تسهیل امور در کارهای محل زندگی	گردش و بازی، ایفای نقش	مینی بوس، وسایل بازی پارک
۳	کار با شن (خشک و تر)، مجسمه های شنی	افزایش مهارتهای ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت دوم)	تقویت و آموزش مهارتهای ارتباط کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه گفت‌وگوی صحیح، نحوه درخواست محترمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران خصوصا در محل زندگی مشترک	پروژه، ایفای نقش، سخنرانی و توضیحی	شن، ساحل
۴	کار با سنگ، رنگ آمیزی روی سنگ	افزایش مهارت خودآگاهی (قسمت اول)	شناخت ویژگیهای جسمانی و عقلانی هر فرد، بررسی تفاوتهای ظاهری کودکان از نظر ویژگیهای ظاهری (مثل رنگ مو، چشم، رنگ پوست و ...) در جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس	پروژه، مشاهده‌ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	سنگ در ابعاد گوناگون، چسب
۵	عروسکهای دستکشی	افزایش مهارتهای خود آگاهی (قسمت دوم)	بررسی و تقویت تواناییها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خود گوییهای منفی و بررسی نقش آنها در احساس ناامیدی، استفاده از خود گوییهای مثبت و اثر آن در احساس کودک، آموزش روش بازسازی شناختی	بارش مغزی، مشاهده ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	عروسکهای دستکشی جانوران و انسان
۶	طناب کشی، توپ، تخته تعادل	افزایش مهارت مقابله با هیجانههای منفی (قسمت اول)	کمک به کودکان در جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم و حالتهای چهره ای و غیر کلامی آنها، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح، آموزش مهارت خود نظارتی در جهت شناسایی و ثبت هیجانههای مختلف در یک برنامه هفتگی و گزارش آن در جلسه های بعد	بازی، ایفای نقش	طناب، توپ بی خطرو تخته تعادل
۷	سفالگری، رنگ آمیزی روی سفال	افزایش مهارت مقابله با هیجانههای منفی (قسمت دوم)	مرور تجارب هیجانی کودکان در طول هفته، بررسی نشانه ها و علل در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در عصبانیت، بهره گیری از خودگویی مثبت در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی	پروژه، مشاهده ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	گل کوزه گری، رنگ و آب
۸	اشکال هندسی، نقاشی حالتهای غم، شادی و ...	افزایش مهارت مقابله با هیجانههای منفی (قسمت سوم)	بررسی نشانه ها و علل هیجان و احساس غم در افراد، تعیین موضوعات غم در هر یک از کودکان، بهره گیری از خود گوییهای مثبت در هنگام عصبانیت	پروژه، مشاهده ای، مجسم، سخنرانی، پرسش و پاسخ و توضیحی	خط کش و شابلن، مداد و مداد رنگی، کاغذ و چسب
۹	داستان گویی از روی تصاویر میوه ها و ...	افزایش مقابله با هیجانههای منفی (قسمت چهارم)	بررسی نشانه‌ها و علل هیجان ترس در افراد، تشخیص علل و باورهای اشتباه و مؤثر در ترس و نگرانی، تعیین موضوعات ترس در هر یک از کودکان، آموزش مهارتهای مقابله با ترس (حساسیت زدایی منظم و با استفاده از تصاویر مثبت و خوشایند کودکان)	سخنرانی و ایفای نقش، توضیحی	تصاویر مرتبط با موضوع داستان
۱۰	کار با کاغذ مچاله، رنگی و سفید	افزایش مهارت حل مسئله و تصمیم گیری	شامل آشنایی کودکان با تصمیمهای روزانه در طول زندگی، اهمیت مشورت با افراد قابل اعتماد در تصمیم گیری، کمک گرفتن از مربیان و سرپرست مرکز آموزشی در حل مشکلات	پروژه، مشاهده‌ای، مجسم، سخنرانی و توضیحی	کاغذ باطله، کاغذ رنگی

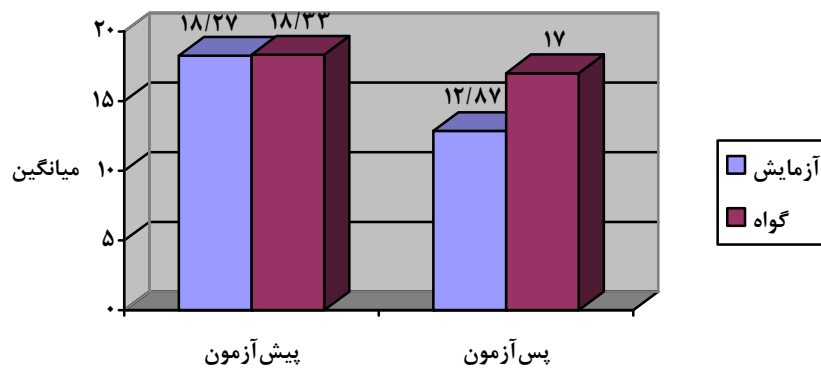
یافته‌ها

در استنباط آماری برای مقایسه و بررسی تفاوت گروهها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

پس از انجام آزمونها، داده‌ها جمع‌آوری شدند و در دو قسمت آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، در قسمت توصیفی از جداول فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد.

جدول ۲. بررسی توصیفی نمرات مشکلات رفتاری در گروهها

گروهها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی	۱۸/۲۷	۹/۳۴۶	۱۲/۸۷	۷/۵۳۰
کنترل	۱۸/۳۳	۹/۱۲۳	۱۷/۰۰	۸/۶۶۰
کل نمونه	۱۸/۳۰	۹/۰۷۵	۱۴/۹۳	۸/۲۴۶



نمودار ۱. بررسی میانگین نمرات مشکلات رفتاری در گروهها

به‌طوری‌که گروه آزمایشی تحت برنامه مداخله‌ای قرار گرفته است و گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای در یافت نمی‌کرد.

در این پژوهش، این فرض آزمون می‌شود که آیا بازی‌درمانی، بر روی نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری، بعد از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون تأثیر دارند یا خیر؛ به عبارت دیگر اگر نمرات پیش‌آزمون ثابت نگه داشته شوند، آیا اختلاف معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون در دو گروه وجود دارد یا خیر؟ حال آزمون تحلیل کوواریانس را اجرا می‌کنیم. رابطه خطی به صورت زیر است:

ضریب ثابت + اثر گروه + اثر نمره پیش‌آزمون
برآورد نمره پس‌آزمون

همان‌طور که در جدول (۲) و نمودار (۱) ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون مشکلات رفتاری در گروه‌های آزمایشی و کنترل، تفاوت چندانی ندارند، اما میانگین پس‌آزمون این دو گروه تفاوت بارزی از خود نشان می‌دهند. در گروه آزمایشی در نمره پس‌آزمون کاهش دیده می‌شود و میانگین از مقدار ۱۸/۳۳ کاهش یافته و به میزان ۱۲/۸۷ رسیده است؛ بنابراین مداخله درمان در کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیرگذار بوده است.

تحلیل آماری در این پژوهش، به کمک تحلیل کوواریانس صورت گرفت که در آن، نمرات پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته، نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی که سعی در حذف اثر آن است و متغیر گروه به عنوان یک متغیر مستقل کیفی است،

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس در سؤال اصلی پژوهش

ردیف	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره فشر	سطح	توان	آزمون
		SS	Df1	Df2	MS	F	p	آزمون	همگنی واریانسها
۱	ضریب ثابت	۲/۷۷۹	۱	۲۸	۲/۷۷۹	۰/۷۳۶	۰/۳۹۹	۰/۱۳۱	
۲	اثر نمره پیش آزمون	۱۷۴۱/۷۲۲	۱	۲۸	۱۷۴۱/۷۲۲	۴۶۰/۹۹۲	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	$p=۰/۰۰۷$
۳	اثر گروه	۱۲۴/۶۲۶	۱	۲۸	۱۲۴/۶۲۶	۳۲/۹۸۶	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	$(p<۰/۰۵)$
۴	خطا	۱۰۲/۰۱۱	۲۷		۳/۷۷۸				
۵	مجموع	۸۶۶۲/۰۰۰	۳۰						

با توجه به سطر اول جدول فوق، سطح آزمون متناظر با ضریب ثابت برابر ۰/۳۹۹ ($p>۰/۰۵$) و آزمون با ۹۵ درصد اطمینان معنی دار نیست؛ بنابراین عرض از مبدأها در دو خط رگرسیون، چندان با یکدیگر فاصله ندارند.

فرض همگنی واریانسهای نمرات پس آزمون مشکلات رفتاری در دو گروه رد می شود؛ یعنی واریانسهای نمرات پس آزمون در دو گروه، باهم برابر نیستند.

توان آماری هر یک از آزمونها نیز در جدول آورده شده است. هرچه مقدار احتمال یا سطح آزمون کمتر باشد، توان آماری متناظر آن بیشتر می شود؛ بنابراین برای اثرهایی که در مدل معنی دار شده اند، توان آماری بالاتر است. در حقیقت هرچه توان اثر گروه بالاتر باشد، بیانگر تأثیر بیشتر درمان بر روی مشکلات رفتاری فرد است.

طبق اطلاعات به دست آمده از جدول (۳)، اثر گروه معنی دار شده است ($p<۰/۰۵$) لذا گروه در میزان نمره پس آزمون افراد، تأثیر دارد و این نشان دهنده تأثیر بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان است؛ همچنین اثر نمره پیش آزمون معنی دار است ($p<۰/۰۵$). بنابراین نمره مشکلات رفتاری فرد در مرحله پیش آزمون، بر روی نمره وی در مرحله پس-آزمون تأثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که نتایج پژوهش نشان داد، بازی درمانی

شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مورد مطالعه، مؤثر بوده است؛ به نحوی که میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری با توجه به آنچه که پرسش نامه مشکلات رفتاری راتر می سنجد، پس از انجام مداخله های درمانی، کاهش یافته است.

این نتایج با نتایج مداخله های شناختی- رفتاری سایر پژوهشگران و درمانگران در رابطه با مشکلات رفتاری کودکان همخوان است. در مطالعه گالاگر (۲۰۰۴) گروه درمانی شناختی- رفتاری کوتاه مدت در درمان هراس اجتماعی، اضطراب و افسردگی کودکان مؤثر بوده است، که با یافته های این پژوهش همسو است. در پژوهشهای ذوالمجد و همکاران (۱۳۸۶) و قادری و همکاران (۱۳۸۵) اثربخشی بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری نشان داده شد. سایر پژوهشها، همچون کنل (۱۹۹۹)، شافر (۱۹۸۳)، پدرو و ردی (۲۰۰۵)، ایوانز و همکاران (۲۰۰۵) و قرایی (۱۳۸۵)

اثربخشی مداخله های شناختی- رفتاری را در درمان مشکلات رفتاری کودکان و درمان کودکانی که مشکلات آنها به سبب محرکهای تنش زای زندگی همچون طلاق، مرگ، جابه جایی و حوادث ایجاد شده نشان داده اند. به طور کلی، نتایج این پژوهش لزوم توجه هر چه بیشتر به بحث بازی درمانی دانش آموزان کم توان ذهنی و تأثیر آن بر مشکلات رفتاری و به تبع آن بهداشت روانی و موفقیت آموزشی دانش آموزان کم توان ذهنی را تأکید می کند، چرا که اگر این مشکلات تداوم و شدت یابند، موجب بروز

ناهنجاریهای رفتاری و عاطفی برای دانش‌آموزان، خانواده‌ها و جامعه و موجب هدر رفتن سرمایه‌های انسانی و اقتصادی کشور در بخش آموزش و پرورش می‌شود.

پژوهش حاضر نیز مانند بیشتر پژوهشهای انجام شده، محدودیتهایی داشت که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

در تکمیل پرسشنامه‌ها از نظر معلمان محترم استفاده شده که از مشاهده رفتار دانش‌آموزان قبل و بعد برنامه نشست گرفته است؛ همچنین در قسمت ابزار، طبقه‌بندی زیر گروهها مناسب نبود چرا که دو گروه غیرمرتبط در یک گروه طبقه‌بندی می‌شد و پژوهشگر ناچار به گزارش آن است. وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده‌های دانش‌آموزان، مورد بررسی قرار نگرفت؛ همچنین، این پژوهش در ارتباط با دانش-آموزان پسر عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر در دو شهر استان مازندران صورت گرفت و به صورت شبه-آزمایشی و نمونه در دسترس اجرا شد که در تعمیم نتایج آن به دانش‌آموزان دختر و گروههای دیگر دانش‌آموزان عادی و استثنایی در مناطق کشور باید با احتیاط عمل کرد. از آنجا که طرح تحقیق شبه‌آزمایشی بوده است، تأثیر رگرسیون آماری باید در نظر گرفته شود.

پیشنهادهای پژوهشی

با توجه به نتایج، راهکار تازه‌ای در باب اصلاح رفتار دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی می‌تواند تا حدودی مسائل این دانش‌آموزان را در سازگاری کاهش دهد. برنامه بازی درمانی ارائه شده می‌تواند الگوی مدیران و برنامه‌ریزان آموزشی، اولیا، مربیان و مشاوران محترم باشد. همچنین مقدمه‌ای برای بررسی اثربخشی بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری نابینا، ناشنوا و اتیسم و سایر گروهها باشد.

از آنجایی که پژوهشهای بومی و منطقه‌ای در دانش‌آموزان با نیازهای ویژه بسیار اهمیت دارد، بررسیهایی نظیر این پژوهش می‌تواند به تعلیم و تربیت

آنها کمک کند. همچنین با توجه به مشکلات سازشی و رفتاری کم‌توانان ذهنی پژوهشهایی از این دست، می‌تواند کارگشا باشد. در این زمینه، بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری گروههای دیگر مانند ناشنوا و اتیسم که از مسائل سازگاری رنج می‌برند، می‌تواند مفید باشد و البته مقایسه رویکردهای مختلف بازی درمانی و سنجش اثربخشی آنها در گروهها پیشنهاد می‌شود. با توجه به انرژی مثبت تولیدشده در بین همکاران و دانش‌آموزان و کاهش فضای خشک و سنتی آموزش توصیه می‌شود، بازی درمانی به صورت درس مستقلى در برنامه هفتگی دانش‌آموزان قرار گیرد؛ همچنین ترتیبی اتخاذ شود تا والدین با بازی درمانی آشنا شوند و در خانه آن را جانشین بازیهای بی هدف کنند. در آموزشگاه آشنایی همکاران با مراحل، فرایند و نظریه‌ها ضروری به نظر می‌رسد و توصیه می‌شود معلمان و مشاوران مدارس ویژه، از بازی برای کاهش مشکلات رفتاری استفاده کنند.

یادداشتها

- 1) mentally retardation
- 2) American Association on Mental Retardation (AAMR)
- 3) behavioral problems
- 4) special education
- 5) attention-deficit hyperactivity disorder
- 6) reliability
- 7) validity

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد و کیامرثی، آذر (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع و هم‌ابتلائی اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی. *مجله علم و فناوری*، ۴، ۳۰۴.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۸). *روانشناسی و آموزش و پرورش کودکان/استثنایی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا (۱۳۸۰). *عقب‌ماندگی ذهنی: تعریف، طبقه بندی و نظام‌های حمایتی* (ویرایش نهم، ترجمه احمد به پژوه و باقر غباری). تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۲).

محمودی قرائی، جواد؛ بینا، مهدی؛ یاسمی، محمدتقی؛ امامی، آناهیتا و نادری، فاطمه (۱۳۸۵). اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ ساله. تهران:

مجله بیماریهای کودکان/ایران. ۱۶، ۲. ۱۳۷-۱۴۲

یوسفی، فریده (۱۳۷۷). هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. مجله علوم اجتماعی و

انسانی دانشگاه شیراز. ۲۵، ۲۶ و ۲۴، ۱-۲۴

Axline, V.M. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Cambridge, MA: Houghton Mifflin

Carmichael, K.D. (2006). *Play therapy: An introduction*. Glenview, IL: Prentice Hall.

Evans, S.W., Mullett, E., Weist, M.D., & Franz K. (2005). Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 51-58.

Gallagher, M.H., Rabian, A.B & McCloskey, S.M. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459-479.

Gil, E. (1991). *Healing power of play: working with abused children*. New York, NY: The Guilford press.

Knell, S.M. (1999). Cognitive-behavioral play therapy. In S.W. russ & T. Ollendick (Eds.), *Hand book of psychotherapies with children and families* (pp. 385-404). New York: kluwer Academic/plenum publishers.

Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, N.Y.: Brunner Ruttledge.

Mehryar, A. H. & Yousefi, F. (1992). *Factor Structure of Ratter's Child Behavior Questionnaire for Completion by Teacher in Iran*.

Moustakas, C. (1997). *Relationship play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.

O'conner K.J. & Schaefer C.E. (1983). *Hand book of play therapy*. New York, NY: John Wiley & sons, Inc.

Pedro-Carroll, J., Reddy, L. (2005). A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. In L. Reddy, T. Files-Hall, & C. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children*. (pp 51-75). Washington, Dc: American psychological association.

Rutter, M. (1976). A Children's Behavior Questionnaire for Completion by Teacher. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 27-35.

به‌پژوه، احمد و نوری، فریده (۱۳۸۱). تاثیر نقاشی درمانی در کاهش رفتارهای پر خاشگرانه دانش آموزان کم توان ذهنی. تهران: مجله روانشناسی و علوم تربیتی

۳۲ و ۱۵۵، ۲-۱۷۰

جنتیان، سیماء؛ نوری، ابوالقاسم؛ شفتی، سید عباس؛

مولوی، حسین و سماواتیان، حسین (۱۳۸۷). اثر

بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری

بر شدت علایم اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در

دانش آموزان پسر نه تا یازده سال. تهران: تحقیقات

علوم رفتاری ۲، ۶، ۱۱۹-۱۰۹

ذوالمجد، انیا؛ برج علی، احمد و آرین، خدیجه (۱۳۸۶).

تاثیر شن بازی درمانی بر رفتارهای پر خاشگرانه

پسران. تهران: پژوهش در حیطه کودکان استثنایی

۱۶۸- ۱۵۵، ۷، ۲

رایبسون، ناسی و رایبسون، هالبرت (۱۳۷۹). کودکان

عقب مانده ذهنی. (ترجمه فرهاد ماهر). مشهد:

انتشارات آستان قدس رضوی (تاریخ انتشار به زبان

اصلی ۱۹۷۶)

زارع، مهدی؛ احمدی، سونیا (۱۳۸۶). اثربخشی بازی

درمانی به شیوه رفتاری شناختی در کاهش مشکلات

رفتاری کودکان. روانشناسی کاربردی ۳، ۱، ۲۸-۱۸

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس وحجازی، الهه (۱۳۸۳).

روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.

سیف، علی اکبر (۱۳۸۷). تغییر رفتار و رفتار درمانی

نظریه‌ها و روشها. تهران: نشر دوران.

قادری، نیلوفر؛ اصغری مقدم؛ محمد علی و شعیری، محمد

رضا (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری

شناختی روی پر خاشگری کودکان مبتلا به اختلال

سلوک. تهران: دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار

دانشگاه شاهد ۱۳، ۱۹.

قزوینی‌نژاد، حمیرا (۱۳۸۷). کلیات بازی درمانی. تهران:

انتشارات آبیژ.

کدخدایی، مریم (۱۳۷۶). بررسی اضطراب و افسردگی و

رابطه آن با الگوهای تربیتی خانواده در کودکان

دبستانی اصفهان. تهران: اولین کنگره انجمن

روانشناسی ایران.

محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۷). بازی درمانی: نظریه‌ها،

روشها و کاربرد بالینی. تهران: نشر دانه