

رشد و یادگیری حرکتی - ورزشی - زمستان ۱۳۹۹
دوره ۱۲، شماره ۴، ص: ۴۸۰ - ۴۵۹
تاریخ دریافت: ۱۶ / ۰۲ / ۹۹
تاریخ پذیرش: ۱۴ / ۱۰ / ۹۹

اثربخشی مداخله بهنگام والدمحور مبتنی بر الگوی بازی درمانی بومی سازی شده بر مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی

محمد آقایی نژاد*^۱ - مریم چرامی^۲ - احمد غضنفری^۳ - طیبه شریفی^۴

۱. دکتری تخصصی گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران ۲. استادیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران ۳. دانشیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران ۴. دانشیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

چکیده

مشکلات رفتاری و هیجانی از شایع ترین مسائل روان شناختی دوران کودکی و نوجوانی است. شواهد نشان می دهد میزان مشکلات رفتاری در میان کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با کودکان عادی بیشتر است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله بهنگام والدمحور مبتنی بر بازی درمانی بومی سازی شده بر مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر ۷-۵ سال انجام گرفت. این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۱۲۸ نفر از کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر بود که در سال ۱۳۹۷ در مراکز استثنایی شهرستان اردکان مشغول به تحصیل بودند. از بین آنها به روش تصادفی ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) گمارده شدند. پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر، به عنوان پیش آزمون روی دو گروه اجرا شد. سپس والدین گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه تحت برنامه مداخله ای بازی درمانی بومی سازی شده قرار گرفتند و والدین گروه کنترل مداخله ای را دریافت نکردند. پس از اتمام دوره مداخله و ۳ ماه بعد، آزمون مشکلات رفتاری راتر بار دیگر روی دو گروه به ترتیب به عنوان پس آزمون و پیگیری اجرا شد. داده ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر، تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نشان داد که بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در میزان مشکلات رفتاری تفاوت معنادار آماری ($P < 0.001$) وجود دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که برنامه مداخله بازی درمانی بومی سازی شده بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی مؤثر بوده و ماندگاری برنامه مداخله پس از ۳ ماه پابرجا مانده است.

واژه های کلیدی

بازی درمانی، بومی سازی شده، کم توان ذهنی، مشکلات رفتاری، مداخله بهنگام.

Email: janbaba1352@gmail.com

* نویسنده مسئول: تلفن: ۰۹۱۳۳۸۵۵۰۴۲

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان شناسی عمومی نویسنده اول است.

مقدمه

مشکلات رفتاری^۱ و هیجانی از شایع‌ترین مسائل روان‌شناختی دوران کودکی و نوجوانی است (۱). مشکلات رفتاری به الگوهای رفتاری اطلاق می‌شود که به رابطه سالم بین کودک، محیط و فرصت‌های یادگیری آسیب وارد می‌کند (۲). برخی محققان اختلالات رفتاری را شامل مشکلات رفتاری درون‌نمود مانند گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب و مشکلات برون‌نمود مثل پرخاشگری، بیش‌فعالی و نافرمانی قلمداد می‌کنند (۳).

مایرباک و وانتچنر^۲ (۲۰۰۸) معتقدند کم‌توانی ذهنی با مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری، رفتار مخرب، بیش‌فعالی، داشتن رفتارهای کلیشه‌ای، اجتماعی و جنسی نامناسب همراه است که این مشکلات رفتاری علاوه بر آثار منفی بر سلامت و امنیت شخصی، اطرافیان و مراقبان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). کودکان کم‌توان ذهنی به‌طور چشمگیری ملاک‌های مشکلات رفتاری بیشتری نسبت به کودکان عادی دارند که این مشکلات تا بزرگسالی ادامه دارند (۵). همچنین نتایج تحقیقات لانداکویست^۳ (۲۰۱۳)، نشان داد که حدود ۶۲ درصد کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات رفتاری - هیجانی دارند (۶). بازی به‌عنوان فعالیت خودجوش، هدف آزاد و لذت‌بخش تعامل والد-کودک را تسهیل می‌کند و موجب تحول مغزی و اصلاح رفتار کودکان می‌شود (۷). از طرف دیگر بازی نقش مهمی در تحول سیستم عصبی دارد و از طریق بازی تنیدگی کودک کاهش می‌یابد. بازی نیاز کودک به فعالیت بدنی را برآورده می‌کند، در حین بازی کودکان انرژی خود را تخلیه و ناامیدی‌ها را برطرف می‌کنند و به اهداف دشوار می‌رسند و برای وظایف زندگی آماده می‌شوند (۸).

بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده^۴، برنامه مداخله‌ای و تلفیقی از رویکرد بازی‌درمانی گرنی که مبتنی بر روش بازی‌درمانی تعامل والد-کودک بوده و با بازی‌های بومی ایرانی متناسب‌سازی شده، است (۹). شواهد نشان می‌دهد میزان مشکلات رفتاری در میان کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با کودکان عادی به‌طور معناداری بیشتر است (۱۰). کم‌توانی ذهنی افرادی را توصیف می‌کند که در حیطه‌های عملکرد ذهنی، رفتارهای سازشی با محیط محدودیت دارند و تشخیص آنان در سال‌های اولیه رشد یعنی قبل از ۱۸ سالگی صورت گرفته باشد (۱۱). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ (۲۰۱۳)، کم‌توانی

-
1. Behavioral Problems
 2. Myrbakk, E, & S. Tetzner
 3. Lundqvist
 4. Localized Play Therapy
 5. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

ذهنی (ناتوانی عقلانی) را جزء اختلالات عصبی - رشدی^۱ می‌داند که در دورهٔ رشد شروع می‌شود و با کمبودهایی در توانایی عقلانی کلی، مانند استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، قضاوت، یادگیری تحصیلی و یادگیری از تجربه مشخص می‌شود. این کمبودها به اختلالاتی در عملکرد انطباقی منجر می‌شود، به طوری که معیارهای استقلال شخصی و اجتماعی در یک یا چند جنبه از زندگی روزانه مانند ارتباط، مشارکت اجتماعی، استقلال شخصی و رفتارهای سازشی دچار نقصان می‌شود (۲).

بررسی‌ها نشان می‌دهد کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با همسالان عادی خود در کسب مهارت‌های اجتماعی مورد نیاز مشکل دارند (۱۲). گارجیولو^۲ (۲۰۱۲) کودکان کم‌توان ذهنی را جزء گروه‌های با شیوع و فراوانی بالا طبقه‌بندی کرده و براساس آمارهای جهانی میزان آن را ۱ تا ۳ درصد گزارش می‌کنند (۱۳). رفتارهای مشکل‌ساز کودکان از تعامل متغیرها و عوامل زیستی، خانوادگی و محیطی سرچشمه می‌گیرد که در این میان نقش عوامل خانوادگی با ماندگاری و انتقال این مشکلات به دوران تحولی بعدی رابطهٔ مستقیم دارد (۱۴). وجود مشکلات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی، سلامت روانی کودکان و والدین آنان را دچار آسیب می‌کند که لزوم به‌کارگیری انواع مداخلات به‌ویژه مداخلهٔ بهنگام^۳ را در راستای پیشگیری و درمان این مشکلات برجسته و ضروری می‌سازد.

مفهوم مداخلهٔ بهنگام از جمله مفاهیم و واژه‌هایی است که در سال‌های اخیر وارد حوزهٔ روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص شده و به معنای مداخلهٔ به‌موقع یا مداخلهٔ جبرانی با هدف توافق بر سر تلاش‌های نظام‌مند و مستمر برای کمک بهنگام به کودکانی است که از نظر رشدی آسیب‌پذیر و ناتوان هستند. همچنین به‌منظور کمک به خانواده‌های آنان صورت می‌گیرد (۱۵). با توجه به نقش و اهمیت خانواده در برنامهٔ مداخلهٔ بهنگام می‌توان گفت، موفقیت این برنامه در گرو مشارکت والدین است (۱۶). وجود مشکلات رفتاری در سنین پیش‌دبستانی و دبستانی در سلامت روانی کودکان و والدین آنان، موجب به‌کارگیری انواع روش‌های درمانی و مداخله‌ای شده است. در چنین زمانی ضرورت مداخلهٔ بهنگام والدمحور و پیشگیری از آسیب‌های روان‌شناختی از اولویت‌های توانبخشی و بهداشت روانی کودکان و خانواده‌هاست (۹). برخی محققان با طرح مداخلات پیشگیرانه برای کودکان در سنین پایین به این نتیجه رسیدند که با در نظر گرفتن مدل تعامل پویا، عوامل محیطی و زیستی در ایجاد مشکلات رفتاری ماندگار

-
- 1 . Neuro Developmental Disorders
 - 2 . Gargiulo
 - 3 . Early Intervention

تا قبل از ایجاد اختلالات همبود، افت و شکست تحصیلی و ارتباطات اجتماعی، می‌توان از این نوع مداخلات به‌عنوان اقدامی موفقیت‌آمیز استفاده کرد و با در نظر گرفتن تعامل والد-کودک شرایط سازگاری این کودکان را افزایش داد (۱۶). در اینجا استفاده از مداخلات جدید درمانی همچون بازی‌درمانی با در نظر گرفتن شرایط بومی و فرهنگی خانواده‌ها، می‌تواند تأثیرگذاری چنین مداخلاتی را افزایش دهد.

بلوتسکی - شیرر و همکاران^۱ (۲۰۱۲)، در پروژه هداسارت با استفاده از بازی و تعامل کودکان پیش‌دبستانی دریافتند که از طریق این مداخله نشانه‌های مشکلات رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود این کودکان کاهش و یادگیری آنان افزایش یافته است (۱۷). رحیمی و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان «اثر بخشی مداخله خانواده‌محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده» که بر روی نشانه‌های بالینی ADHD کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان انجام دادند، دریافتند که این مداخله بر کاهش نشانه‌های فزون‌کشی و بهبود توجه کودکان مؤثر بوده است (۹). هیلی، استال‌ماکر و ری^۲ (۲۰۱۵)، در تحقیقی تأثیر بازی‌درمانی کودک‌محور^۳ را در کودکان خردسال با علائم اضطراب بررسی کردند. نتایج نشان داد سطح اضطراب و نگرانی آنان کاهش یافته بود (۲۰). ری و همکاران^۴ (۲۰۱۵)، در بررسی خود دریافتند بازی‌درمانی موجب کاهش اضطراب، نگرانی و افسردگی کودکان می‌شود (۱۸).

افضلی، اسماعیلی و رجبی (۱۳۹۵) در پژوهشی اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد کودک‌محور بر مشکلات درونی‌سازی‌شده کودکان پیش‌دبستانی را بررسی کردند و دریافتند بازی‌درمانی به کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده (اضطراب و افسردگی) کودکان منجر شد (۱۹).

فیسون و یاتز^۵ (۲۰۱۱)، با بررسی نتایج تحقیقات انجام‌گرفته از سال ۱۹۴۲ تا ۲۰۰۰، در مورد تأثیرات بازی‌درمانی، مشخص کردند اضطراب، حرمت خود، سازگاری رفتاری، مهارت اجتماعی و سازگاری هیجانی به‌طور معناداری با بازی‌درمانی رابطه مثبت دارند (۲۰). میانی^۶ (۲۰۱۱) در تحقیقی نشان داد که بازی‌درمانی مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد (۲۱). پیرعباسی و صفرزاده (۱۳۹۷) در پژوهشی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی دارای اختلال یادگیری اهواز را بررسی کردند و دریافتند بازی‌درمانی به‌طور معناداری موجب کاهش مشکلات رفتاری (درون‌زاد، برون‌زاد

1 . Bulotsky-Shearer, Bell, Romero, & Carter

2 . Hayley , Stulmaker & Ray

3 . Child-centered play therapy

4 . Ray,.,Armstrong,Balkin.& Jayne

5 . Fyson,& Yates

6 . Meany

و فزون‌کنشی) دانش‌آموزان شد (۲۲). آذرنیوشان، به‌پژوه و غباری‌بناب (۱۳۹۱)، در مطالعه خود که حاکی از تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی بود، نشان دادند که این برنامه بر کاهش مشکلات رفتاری آن کودکان تأثیر معناداری دارد (۲۳).

اگرچه بیشتر تحقیقات صورت‌گرفته، اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان عادی را بررسی کرده‌اند و از طرفی حدود ۳ درصد از افراد هر جامعه‌ای را کودکان کم‌توان ذهنی تشکیل می‌دهند، بنابراین با توجه به نبود پژوهش‌های مربوط به اثربخشی بازی‌درمانی آن هم از نوع بومی‌سازی‌شده بر مشکلات رفتاری کودکان با نیازهای خاص، ضرورت توجه به بازی‌ها و متناسب‌سازی مدل‌های بازی‌درمانی گامی جدید در مدیریت رفتار کودکان با نیازهای خاص و کاهش تنیدگی والدین آنها محسوب می‌شود (۲۴). بازی‌های بومی‌شده هر کدام به‌نحوی سیستم عصبی را فعال می‌سازد و موجب برانگیختگی و تعامل بخش‌های حسی - ادراکی و تصمیم‌گیری می‌شود و در مجموع زمینه یکپارچگی حسی - حرکتی^۲ را فراهم می‌کند (۲۵). بازی‌های بومی با تحریک قشر حسی - حرکتی ارتباط‌های بسیاری بین منطقه لیمبیک و بخش‌های بینایی، شنوایی و گفتاری برقرار می‌کند و با تأثیرگذاری متقابل مغز و دستگاه عصبی، کیفیت و کمیت پاسخ‌دهی رفتاری و عملکرد یادگیری و عصبی را افزایش می‌دهد (۲۶).

اگرچه تاکنون بازی‌های بومی ایرانی تا حدودی از نظر اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته، کارکردهای درمانی و توانبخشی آن در حیطه کودک و خانواده در تحقیقات داخلی نادیده انگاشته شده است (۲۵). با توجه به اهمیت این مسئله و خلأ ناشی از چنین پژوهش‌هایی به‌خصوص در حیطه کودکان کم‌توان ذهنی به‌نظر می‌رسد استفاده از روش بازی‌درمانی تعامل والد - کودک^۳ که با بازی‌های بومی ایرانی متناسب‌سازی شده باشد، در قالب برنامه آموزش والدین به‌عنوان مداخله جدید به‌کار گرفته شود. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله والدمحور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده بر مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بود.

1. Behavior Management
2. Sensory-Motor Integration
3. Child Parent Relationship Therapy

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و مرحله پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۱۲۸ کودک کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ($IQ = 55-70$) با سن تقویمی ۵ تا ۷ سال مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان لردگان واقع در استان چهارمحال و بختیاری در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. پس از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش لردگان، با استفاده از روش نمونه‌گیری مرحله‌ای، از بین مراکز استثنایی موجود، دو مرکز آموزش استثنایی به تصادف انتخاب و از میان ۱۲۸ نفر کودک کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر براساس گزارش مشاوران و مربیان، ۴۸ کودک که نشانه‌های بالینی مشکلات رفتاری را در کلاس و مدرسه داشتند، معرفی شدند. در مرحله بعد با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختار با مادر و نتایج آزمون مشکلات رفتاری راتر (۱۹۷۵؛ فرم والد) مورد غربالگری مجدد قرار گرفتند (۲۷). نقطه برش انتخاب کودکان دارای مشکلات رفتاری بر ساس دستورالعمل پرسشنامه حداقل نمره ۱۳ بود. از میان ۴۸ کودک ارزیابی شده، ۳۶ نفر دارای نشانه‌های مشکلات رفتاری تشخیص داده شدند که از این تعداد ۳۰ نفر به شکل تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۵ تا ۷ سال، بهره هوشی ۵۵ تا ۷۰ طبق آزمون‌های هوشی و کسلر کلامی و لایتر موجود در پرونده دانش‌آموز در مدرسه، رضایت و موافقت والدین به منظور شرکت در پژوهش و عدم دریافت هیچ‌گونه برنامه مداخله‌ای دیگر و سلامت عمومی مادر بود. ملاک‌های خروج غیبت بیش از ۲ جلسه والدین در برنامه مداخله‌ای بود.

ابزار اندازه‌گیری

برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی از مقیاس مشکلات رفتاری راتر (۱۹۷۵) استفاده شد. مایکل راتر در سال ۱۹۷۵ این پرسشنامه را ساخت که دو فرم والدین (الف) و معلم (ب) دارد. با توجه به اینکه این پرسشنامه در بسیاری از تحقیقات داخلی و خارجی استفاده شده و از روایی و پایایی بالایی برخوردار است (۳۲) و از طرف دیگر به دلیل عدم توانایی پاسخ‌دهی خود کودکان کم‌توان ذهنی به پرسشنامه، به علت مشکلات ذهنی، بنابراین از پرسشنامه‌ای که توسط والدین تکمیل می‌شد، استفاده شد. فرم (الف) ۳۱ گویه دارد و توسط والدین تکمیل می‌شود، فرم (ب) ۱۸ عبارت دارد و توسط معلمان تکمیل می‌شود. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد و مادران حدود ۳۵ دقیقه با توجه به رفتارهای فرزندشان

در دوازده ماه گذشته به پرسش‌ها پاسخ دادند. این پرسشنامه شامل پنج خرده‌مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و کمبود توجه است. نحوه نمره‌گذاری به این شکل است که در مقابل هریک از ماده‌های پرسشنامه گزینه‌های درست نیست، تا حدودی درست است و کاملاً درست است، قرار دارد که مادر کودک با خواندن هر ماده یکی از گزینه‌های مربوط به رفتار کودک خود را طی ۱۲ ماه گذشته علامت می‌زند. به گزینه درست نیست نمره ۰، گزینه درست است نمره ۱ و گزینه کاملاً درست است، نمره ۲ تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین صفر و ۶۳ است که نمره ۱۳ نقطه برش محسوب می‌شود و هر کودکی که از مجموع نمرات پرسشنامه نمره ۱۳ یا بیشتر کسب کند، با مشکلات رفتاری تشخیص داده می‌شود.

راتر و کاکس (۱۹۷۵)، پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این پرسشنامه را با فاصله زمانی دوماهه ۰/۷۴ گزارش کردند (۲۸). توکلی‌زاده، بواله‌ری، مهریار و دژکام (۱۳۷۶)، در تحقیقی پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش دونیمه کردن و بازآزمایی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ به دست آوردند (۲۹). همچنین عاشوری و دلال زاده بیگدلی (۱۳۹۷)، در پژوهشی پایایی و روایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۸ گزارش کردند (۳۰). آقایی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸)، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۷۴ گزارش کردند (۲۴).

شیوه اجرا و نحوه جمع‌آوری اطلاعات

به منظور اجرای پژوهش گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. آزمون مشکلات رفتاری راتر (فرم والدین) به عنوان پیش‌آزمون توسط مادران برای دو گروه آزمایش و گواه تکمیل شد. سپس برنامه بازی درمانی بومی‌سازی شده بر روی مادران کودکان گروه آزمایش در طی زمان ۳ ماه به مدت ۱۲ جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه، از ساعت ۱۰ تا ۱۱:۳۰) اجرا شد. طی این زمان والدین گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکردند. سپس برای تکمیل پژوهش، آزمون مشکلات رفتاری راتر ۱۰ روز پس از آخرین جلسه درمانی مجدداً به عنوان پس‌آزمون و ۳ ماه بعد به عنوان پیگیری بر روی کودکان دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد.

برنامه مداخله‌ای بازی درمانی بومی‌سازی شده مورد استفاده در این پژوهش، برگرفته از مدل بازی درمانی بومی‌سازی شده تعامل والد - کودک (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵) بود (۱۵). این مداخله شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که به صورت هر هفته یک جلسه با حضور مادران کودکان گروه آزمایش

برگزار شد. پژوهشگر به عنوان بازی‌درمانگر محتوای جلسات را با توجه به اصول بازی‌درمانی رحیمی و همکاران (۱۳۹۵)، طی جلسات به والدین آموزش می‌داد و از آنها خواسته می‌شد که آنها را روی کودک خود اجرا کنند.

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی شده برگرفته از پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۵)

جلسه‌ها	محتوا	اهداف
اول	مبانی روان‌شناختی کودک کم‌توان ذهنی مبانی روان‌شناختی مشکلات رفتاری	پرسش و پاسخ درباره داشتن کودک کم‌توان ذهنی، مشکلات رفتاری و انواع آن، چالش‌های خانواده، بررسی نشانه‌های بالینی مشکلات رفتاری
دوم	- مرور تکالیف، راه‌های ورود به دنیای کودک - تشریح اتاق بازی در منزل، جلسات والد - کودک - کاربرد بازی‌های بومی و اثربخشی آن بر تعامل والد - کودک	- تعریف بازی و بازی‌درمانی والد-کودک و اهمیت آن در سن ۵ تا ۷ سال - نمایش فیلم بازی‌درمانی والد-کودک و تشریح اصول بازی‌ها: نون بیار کباب ببر، گل یا پوچ، بادکنک‌بازی، توپ و سبد، لی‌لی با خط‌کش، مجسمه، کلاغ‌پر، خاله‌بازی، تپله‌بازی، گل‌بازی، مکعب‌بازی، دوغی ماستی، مهره کردن به نخ
سوم	- شرح چارچوب بازی - یادگیری اصول و مهارت‌های بازی‌درمانی والد - کودک، حد و مرزها، پاسخ‌دهی هیجانی	- مشاهده ایفای نقش والدین در خصوص شیوه پاسخ‌دهی همدلانه - نمایش فیلم بازی‌درمانی کودک‌محور لندرت و تأکید بر اصول آن، توجه به بازی‌ها
چهارم	بررسی تکالیف، بازی‌ها، تقویت توجه و دقت، حافظه کاری، تعامل والد-کودک، کاهش تکانشگری و پرخاشگری کودک، گوش دادن فعال و مهارت‌های خودیاری	انجام بازی کاغذ و قلم و بیان قصه برای آغاز ارتباط با کودک، آموزش بازی بادکنک‌بازی، آموزش بازی گوی‌رانی، انجام بازی توپ و سبد، تپله‌بازی، توپ و سبد، مهره کردن به نخ، گل یا پوچ، لی‌لی‌بازی همراه با خط‌کش
پنجم	بررسی تکالیف منزل، تقویت توجه و تصمیم‌گیری، خودکنترلی و خودگویی مثبت، تمرین انواع مهارت‌های خودیاری	- گزارش مادران در خصوص شیوه انجام بازی‌ها، نمایش فیلم بازی - لی‌لی‌بازی، توپ و سبد، تپله‌بازی، گل یا پوچ، نون بیار کیاب ببر، گوی‌رانی
ششم	- بررسی تکالیف، تقویت آزادی عمل کودک، تقویت مهارت توجه، گوش دادن، خودیاری	- بررسی تمرین‌ها، بحث و تبادل نظر و تصحیح تکالیف صورت‌گرفته - انجام بازی توپ و سبد، گل یا پوچ، تپله‌بازی، بازی مجسمه، کلاغ‌پر، خاله‌بازی، قایم‌باشک
هفتم	- بررسی تکالیف، درک احساسات کودک مسئولیت‌پذیری	- بررسی گزارش مادران درباره بازی‌ها و کاهش تنیدگی والد - لی‌لی‌بازی، توپ و سبد، مهره کردن به نخ، خاله‌بازی، کلاغ‌پر

ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه بازی درمانی بومی سازی شده برگرفته از پژوهش رحیمی و همکاران

(۱۳۹۵)

جلسه‌ها	محتوا	اهداف
هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، درک همدلانه کودک در حین بازی، شیوه تعامل و تسهیل آن	بحث و تبادل نظر در مورد گزارش مادران، گل بازی، تپله بازی، نون بیار کباب ببر، گوی رانی، بادکنک بازی
نهم	- بررسی تکالیف، توجه به آزادی عمل کودک، تصمیم گیری و بازداری پاسخ، شیوه تعامل والد-کودک	بررسی گزارش والدین، استفاده از انواع بازی‌های لی لی بازی، توپ و سبد، مهره کردن به نخ، خاله بازی، کلاغ پر و...
دهم	- بررسی تکالیف منزل، بررسی و مرور چارچوب بازی‌ها، اصول همدلی، بیان حد و مرزها، پاسخ‌دهی	تحلیل بازی‌ها با توجه به ویژگی‌های کودکان کم توان ذهنی با مشکلات رفتاری و تأثیر آن بر سازگاری والد کودک و تنیدگی والد، جمع‌بندی
یازدهم	- بررسی تکالیف، تقویت آزادی عمل کودک، تقویت مهارت توجه، گوش دادن، تقویت مهارت‌های زندگی کودک، مهارت خودیاری	- بررسی تمرین‌ها، بحث و تبادل نظر و تصحیح تکالیف صورت گرفته - انجام بازی توپ و سبد، گل یا پوچ، تپله بازی، بازی مجسمه، کلاغ پر، خاله بازی، قایم‌باشک
دوازدهم	مرور و بررسی تکالیف و چارچوب بازی‌ها	مرور و بررسی تمرین‌ها و بازی‌ها و تکلیف انجام گرفته در طول جلسات گذشته

روش های آماری

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی، جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و روش آمار استنباطی، آزمون اسمیرنوف - کولموگروف، شاپیرو ویلک، آزمون لوین و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. فرایند تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار Spss22 انجام گرفت.

نتایج و یافته های تحقیق

در این تحقیق اثربخشی مداخله بهنگام والد محور مبتنی بر بازی درمانی بومی سازی شده بر مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر ۵ تا ۷ سال بررسی شد. شاخص های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص های آماری نمره مشکلات رفتاری کل و خرده مقیاس های آن در گروه های آزمایش و کنترل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
پرخاشگری و بیش فعالی	پیش آزمون	۱۵	۶/۹۳	۱۵	۱/۵۳۳
	پس آزمون	۱۵	۵/۰۶	۱۵	۱/۶۶۷
	پیگیری	۱۵	۵/۲۰	۱۵	۱/۶۹۸
اضطراب و افسردگی	پیش آزمون	۱۵	۶/۴۶	۱۵	۱/۹۹۵
	پس آزمون	۱۵	۵/۲۰	۱۵	۱/۸۲۰
	پیگیری	۱۵	۵/۴۰	۱۵	۱/۸۰۴
ناسازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۱۵	۱/۹۳	۱۵	۰/۸۸۳
	پس آزمون	۱۵	۱/۴۰	۱۵	۰/۶۳۲
	پیگیری	۱۵	۱/۴۶	۱۵	۰/۶۳۹
رفتار ضد اجتماعی	پیش آزمون	۱۵	۴/۰۰	۱۵	۱/۸۸۹
	پس آزمون	۱۵	۳/۵۳	۱۵	۱/۵۵۲
	پیگیری	۱۵	۳/۶۰	۱۵	۱/۵۹۴
کمبود توجه	پیش آزمون	۱۵	۳/۳۳	۱۵	۱/۱۷۵
	پس آزمون	۱۵	۲/۳۳	۱۵	۰/۸۱۶
	پیگیری	۱۵	۲/۴۰	۱۵	۰/۸۲۸
مشکلات رفتاری کل	پیش آزمون	۱۵	۲۲/۶۶	۱۵	۳/۷۵۴
	پس آزمون	۱۵	۱۷/۵۳	۱۵	۳/۰۹۰
	پیگیری	۱۵	۱۸/۰۱	۱۵	۳/۱۰۴

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات مشکلات رفتاری کلی و خرده‌مقیاس‌های آن یعنی پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضداجتماعی، کمبود توجه گروه آزمایشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است، بنابراین برای تحلیل اثر کاربندی متغیر مستقل برنامهٔ بازی درمانی بومی‌سازی شده در سه مرحلهٔ زمانی، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با رعایت آزمون پیش‌فرض‌ها استفاده شد. فرض نرمال بودن و برقراری واریانس‌ها بر اساس آزمون کولموگروف - اسمیرنوف ($P > 0.15$ ؛ $n = 1189$) شاپیرو - ویلک ($P > 0.17$ ؛ $n = 191$) آزمون لوین ($P > 0.293$ ؛ $df = 28$ ؛ $P > 0.593$) بررسی و معنادار نشدند، بنابراین می‌توان گفت پیش‌فرض‌های نرمال بودن و برقراری واریانس‌ها در پژوهش برقرار است.

به‌منظور پاسخگویی به فرضیهٔ پژوهش، ابتدا برای دنبال کردن آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، فرض همگن بودن کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون پیش‌فرض کرویت موخلی بررسی شد. با توجه به نتایج این آزمون ($W = 0.31$ ، $df = 2$ ، $P < 0.05$) که معنادار شد، از آزمون گرین هاوس گیز استفاده شد که نتایج این آزمون ($F = 69.933$ ، $df = 1/185$ ، $P < 0.05$) نشان داد که فرض همگنی کوواریانس‌ها برقرار است. آزمون گرین هاوس گیز با ایجاد اصلاحی در درجات آزادی درون‌گروهی امکان افزایش خطای نوع اول را مهار می‌کند (۳۴).

برای بررسی تفاوت موجود بین عملکرد کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، در دو گروه آزمایش و کنترل در خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتار ضداجتماعی و کمبود توجه) پیش‌فرض آماری لامبدای ویلکز، محاسبه و مشخص شد تفاوت بین عملکرد دو گروه در سطح $P < 0.001$ معنادار است؛ یعنی رابطهٔ ترکیب خطی متغیرهای وابسته با متغیر مستقل معنادار است و حداقل برنامهٔ مداخله‌ای بازی درمانی بومی‌سازی شده بر یکی از متغیرهای وابسته اثر داشته است.

جدول ۳. آزمون‌های آماری پیش فرض تساوی واریانس خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری

آزمون	ارزش	نسبت F	فرض درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب اتا
لامبدای ویلکز	۰/۱۵۲	۷۵/۲۲۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴

در این پژوهش تأثیرات زمان و گروه بر مشکلات رفتاری و خرده‌مقیاس‌های آن در سری‌های زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس آمیخته تأثیر زمان و گروه بر مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزوات	درجه آزادی	میانگین مجزوات	F مقدار	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
پرخاشگری و بیش‌فعالی	زمان	۸/۸۱	۲	۸/۸۱	۲۸/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹۹
	گروه*	۱۴/۰۱	۲	۱۴/۰۱	۴۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	خطا	۸/۶۶	۵۶	۰/۳۱۰	-	-	-	-
بین‌گروهی	گروه	۱۷۰/۸۴	۱	۱۷۰/۸۴	۲۰/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۲۰
	خطا	۲۳۲/۷۱۱	۲۸	۸/۳۱۱	-	-	-	-
اضطراب و افسردگی	زمان	۲/۸۱	۲	۱/۴۱	۷/۳۹	۰/۰۱۱	۰/۲۰	۰/۵۲۰
	گروه*	۶/۰۱	۲	۳/۰۱	۱۵/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۸۲۵
	خطا	۱۰/۶۶	۵۶	۰/۳۸۱	-	-	-	-
بین‌گروهی	گروه	۲۴/۵۴	۱	۲۴/۵۴	۳/۲۷۷	۰/۰۴۲	۰/۰۷	۰/۱۲۵
	خطا	۳۰۱/۷۷۸	۱	۱۰/۷۷۸	-	-	-	-
ناسازگاری اجتماعی	زمان	۱/۴۱۷	۲	۰/۷۱۲	۳/۱۲۵	۰/۰۸۸	۰/۱۰	۰/۲۱
	گروه*	۱/۳۵۰	۲	۰/۶۵۱	۱۰/۱۲۵	۰/۰۰۴	۰/۲۶	۰/۵۹
	خطا	۳/۷۳	۵۶	۰/۱۱۱	-	-	-	-
بین‌گروهی	گروه	۱۹/۶۰۰	۱	۱۹/۶۰۰	۶/۵۰۶	۰/۰۱۷	۰/۱۸	۰/۴۸۶
	خطا	۸۴/۳۵۶	۱	۰/۱۳۳	-	-	-	-

ادامه جدول ۴. تحلیل واریانس آمیخته تأثیر زمان و گروه بر مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
رفتار ضداجتماعی	درون گروهی	۲/۰۱	۲	۱/۰۵	۶/۶۶۹	۰/۰۱۵	۰/۱۹	۰/۵۱
	زمان	۸/۴۶	۵۶	۰/۳۰۲	-	-	-	-
	خطا	۱/۴۰	۱	۱/۴۰	۱/۰۴	۰/۸۴۳	۱/۰۹	۰/۳۲۳
کمبود توجه	درون گروهی	۳/۲۸	۲	۱/۷۹	۲۶/۳۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۱۵
	زمان	۳/۴۶	۵۶	۰/۱۲۴	-	-	-	-
	خطا	۲۷/۷۷	۱	۲۷/۷۷	۱۳/۳۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۸۱۰
مشکلات رفتاری کل	درون گروهی	۱۱۲/۰۶	۲	۵۶/۰۳	۱۰۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
	زمان	۲۹/۶۶	۵۶	۱/۰۶	-	-	-	-
	خطا	۸۸۳/۶۰	۱	۸۸۳/۶۰	۲۱/۵۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۸۳
بین گروهی	خطا	۵۸/۱۷۸	۱	۲/۰۷	-	-	-	-
بین گروهی	خطا	۱۱۵۰/۶۲	۲۸	۴۱/۰۹	-	-	-	-

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات مشکلات رفتاری کل معنادار است ($F = 49/33$, $df = 2$, $P < 0/001$). بنابراین می‌توان گفت که صرف‌نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه معنادار است ($F = 105/77$, $df = 2$, $P < 0/001$). بنابراین می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات مشکلات رفتاری در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین همان‌طور که مشاهده می‌شود تأثیر گروه بر نمرات مشکلات رفتاری معنادار است ($F = 21/502$, $df = 1$, $P < 0/001$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات مشکلات رفتاری گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری وجود دارد.

همچنین نتایج تأثیرات زمان، تعامل بین زمان و گروه و اثر گروه در خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، رفتار ضداجتماعی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه) در جدول نشان داده شده است. از آنجا که اثر تعامل بین عامل معنادار بود، اثر ساده بین‌گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از تصحیح بن‌فرونی بررسی شد که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مقیاس‌های مشکلات رفتاری به‌صورت زوجی در سری زمانی

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
معناداری	سطح			
پرخاشگری و بیش‌فعالی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱/۸۶	۱/۷۳
		پس‌آزمون	-	-۰/۱۳۳
اضطراب و افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱/۲۶	۱/۰۶
		پس‌آزمون	-	-۰/۲۰
ناسازگاری اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۵۳	۰/۴۶
		پس‌آزمون	-	-۰/۰۶
رفتار ضداجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۴۶	۰/۴۰
		پس‌آزمون	-	-۰/۰۶
کمبود توجه	آزمایش	پیش‌آزمون	۱/۰۱	۰/۹۳
		پس‌آزمون	-	-۰/۰۷
مشکلات رفتاری کل	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۱۳	۴/۶۰
		پس‌آزمون	-	-۰/۵۳

در جدول ۵، تمام مقایسه‌های درون‌آزمودنی ارائه شده است، نتایج جدول در خرده‌مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی نشان می‌دهد که اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون برابر ۱/۸۶ که در سطح $P < 0/001$ معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله بازی‌درمانی بومی‌سازی‌شده، نمره پرخاشگری و بیش‌فعالی آزمودنی‌ها گروه آزمایش را در پس‌آزمون کاهش داده است. همچنین بررسی اختلاف میانگین پیگیری از پس‌آزمون برابر ۰/۱۳۳ است که در سطح $P > 0/493$ معنادار نیست، بنابراین می‌توان گفت در طی زمان اثر مداخله آزمایشی پابرجا مانده است.

نتایج جدول در خرده‌مقیاس اضطراب و افسردگی بیانگر آن است که اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون برابر ۱/۲۶ و در سطح $P < 0/002$ معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله بازی درمانی بومی‌سازی شده بر نمره اضطراب و افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون مؤثر بوده است.

در خرده‌مقیاس ناسازگاری اجتماعی، اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون برابر ۰/۵۳ و در سطح $P < 0/044$ معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله آزمایشی بازی درمانی بومی‌سازی شده، نمره ناسازگاری اجتماعی آزمودنی‌ها را در پس‌آزمون کاهش داده است. همچنین بررسی اختلاف میانگین پیگیری از پس‌آزمون برابر ۰/۰۶ بوده و در سطح $P > 0/493$ معنادار نیست، بنابراین می‌توان گفت در طی زمان اثر مداخله آزمایشی حفظ شده است. به‌علاوه نتایج جدول در خرده‌مقیاس رفتار ضداجتماعی نشان می‌دهد که اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون برابر ۰/۴۶ است که در سطح $P > 0/268$ معنادار نیست، بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله آزمایشی بازی درمانی بومی‌سازی شده بر رفتار ضداجتماعی، مؤثر نبوده است.

نتایج در خرده‌مقیاس کمبود توجه حاکی از آن است که اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون برابر ۱/۰۱ و در سطح $P < 0/001$ معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله آزمایشی بازی درمانی بومی‌سازی شده، نمره کمبود توجه آزمودنی‌ها را در پس‌آزمون کاهش داده است. همچنین بررسی اختلاف میانگین پیگیری از پس‌آزمون برابر ۰/۰۷ است که در سطح $P > 0/824$ معنادار نیست، بنابراین می‌توان گفت در طی زمان اثر مداخله آزمایشی پابرجا مانده است.

نتایج جدول ۵، در مشکلات رفتاری کل بیانگر آن است که اختلاف میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون برابر ۵/۱۳ و در سطح $P < 0/001$ معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که اعمال مداخله آزمایشی بازی درمانی بومی‌سازی شده نمره مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها را در پس‌آزمون کاهش داده است. به‌علاوه بررسی اختلاف میانگین پیگیری از پس‌آزمون برابر ۰/۵۳ و در سطح $P < 0/004$ معنادار است و نشان می‌دهد که در طی زمان اثر مداخله پابرجا مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله بهنگام بازی درمانی بومی‌سازی شده بر مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر انجام گرفت. نتایج نشان داد که انجام برنامه مداخله بازی درمانی

بومی‌سازی شده بر کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، در خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و کمبود توجه مؤثر بوده و در نهایت به کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر منجر شده، ولی بر خرده‌مقیاس رفتار ضداجتماعی، تأثیر نداشته است. شواهد حاکی از آن است که پژوهش‌های بسیار محدودی به بررسی اثربخشی برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی شده بر مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی پرداخته‌اند. تحقیقات گذشته اغلب اثربخشی برنامه بازی‌درمانی را بر روی مشکلات رفتاری - هیجانی سایر کودکان مورد توجه قرار داده‌اند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی شده بر کاهش پرخاشگری و بیش‌فعالی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر بوده است. کودکان کم‌توان ذهنی در جنبه‌های رشد و تحول به‌ویژه در زمینه مهارت‌ها، رفتارهای اجتماعی و سازشی دچار مشکل و نقص هستند (۳۱)، از طرفی در بیشتر مواقع از پرخاشگری به‌عنوان ابزاری برای رسیدن به خواسته‌هایشان استفاده می‌کنند (۳۲).

در تبیین این یافته که برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی شده موجب کاهش پرخاشگری و بیش‌فعالی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر شد، می‌توان گفت مادران کودکان کم‌توان ذهنی در طی جلسات آموزش هر کدام با استفاده از اصول بازی‌درمانی کودک‌محور که مبتنی بر اصل پذیرش، پاسخ‌دهی هیجانی و همدلی بود و از طریق تمرین بازی‌های بومی‌سازی شده با کودک خود، صبر پیشه کردند و فرزند خود را به‌طور کامل پذیرفتند، بنابراین به تدریج میزان پرخاشگری و بیش‌فعالی آنان کاهش می‌یابد (۹). همچنین کودکان از طریق مشارکت در این نوع بازی‌درمانی می‌توانند مسائل خود را حل کنند و فرصت می‌یابند تا احساسات آزاردهنده‌شان را بروز دهند و در معرض نمایش بگذارند (۳۴). پس دور از انتظار نیست که بازی‌درمانی بومی‌سازی شده به کاهش پرخاشگری و بیش‌فعالی، افزایش برتری‌طلبی و اعتماد به خود در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی منجر شود.

نتایج این پژوهش یا یافته‌های رحیمی و همکاران (۱۳۹۵) که در تحقیق خود با عنوان «اثربخشی مداخله خانوادگی محور مبتنی بر بازی‌درمانی بومی‌سازی شده» که بر روی نشانه‌های بالینی ADHD کودکان پیش‌دبستانی شهر اصفهان انجام دادند و دریافتند که این مداخله بر کاهش نشانه‌های فزون‌کشی و بهبود توجه کودکان مؤثر بوده است، همسوست (۹). همچنین با یافته‌های قادری و اصغری مقدم (۱۳۸۵) که در پژوهشی اثربخشی بازی‌درمانی رفتاری- شناختی روی پرخاشگری کودکان پسر ۱۳-۸ ساله مبتلا به اختلال سلوک را بررسی کردند و دریافتند بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان مؤثر است، همخوان

است (۳۵). به‌علاوه با یافته‌های جنتیان و همکاران (۱۳۸۶) که نشان دادند بازی درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش معنادار علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شد و مشکلات رفتاری آنان را کاهش داد، همراستا است (۳۶).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برنامه بازی درمانی بومی‌سازی شده بر کاهش اضطراب و افسردگی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکان در جریان بازی درمانی می‌توانند با بازپدیدآوری مکرر موضوع‌ها و رویدادهای مهم، احساسات و هیجان‌های خود را برون‌ریزی کنند و شیوه‌های سازش‌یافته‌تر حل مسئله را برگزینند (۱۹). طی جلسات بازی درمانی، ایجاد ارتباط مؤثر بین درمانگر و کودک موجب افزایش احساس امنیت در کودک و تغییر افکار منفی او می‌شود (۱۸). در بازی درمانی شرایطی ایجاد می‌شود که کودک بتواند در آرامش و راحتی و بدون اضطراب و فشارهای محیطی، خود را بشناسد و بر افکار، احساسات و انگیزه‌های خود تسلط یابد، بین خود و تجارب بد و تکان‌دهنده فاصله ایجاد کند و ساعاتی را در امنیت و آرامش به‌سر ببرد و از اضطرابش کاسته شود (۲۲). از طرف دیگر، با توجه به اینکه کودکان کم‌توان ذهنی در پیش‌بینی رفتارها و واکنش‌های هیجانی خود مانند اضطراب و افسردگی مشکل دارند، می‌توان گفت که ویژگی برنامه بازی درمانی بومی‌سازی شده این بود که از طریق نظم و مدیریت نظم‌دهی، مشکلات رفتاری این کودکان را کاهش می‌دهد.

نتایج این پژوهش یا یافته‌های هیلی و همکاران (۲۰۱۵) که در تحقیقی اثربخشی بازی درمانی کودک‌محور را، در کودکان خردسال با علائم اضطراب بررسی کردند و دریافتند، سطح اضطراب و نگرانی آنان کاهش یافته، همسوست (۳۷). یافته‌های این پژوهش با نتایج ری و همکاران (۲۰۱۵) که در بررسی خود دریافتند بازی درمانی موجب کاهش اضطراب، نگرانی و افسردگی کودکان می‌شود و همچنین نتایج افضلی و همکاران (۱۳۹۵) که دریافتند بازی درمانی به کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (اضطراب و افسردگی) کودکان پیش‌دبستانی منجر می‌شود، همخوان است (۱۹، ۱۷).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برنامه بازی درمانی بومی‌سازی شده بر کاهش ناسازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکان کم‌توان ذهنی در جنبه‌های رشد و تحول، به‌ویژه در زمینه مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی و سازشی مشکل و نقص دارند و از طرفی در بیشتر مواقع علت اصلی مشکلات رفتاری آنها ضعف در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی است (۳۶). اگرچه نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیقات دیگر همسوست، ولی بررسی‌های اندکی در این حوزه در خصوص کودکان کم‌توان ذهنی انجام گرفته است. در خصوص تبیین این یافته، می‌توان

گفت در بازی‌درمانی بومی‌سازی شده همزمان ترکیبی از فعالیت‌های هیجانی، عملی، کلامی و غیرکلامی استفاده می‌شود و تأکید بر تعامل والد، فرد، محیط و کسب مهارت‌های اجتماعی است. از طرفی بازی‌درمانی موجب بهبود فرایندهای یادگیری از جمله مشاهده، تجربه‌آموزی، حل مسئله و خلاقیت در کودکان می‌شود (۳۴). همچنین والدین شرکت‌کننده در برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی شده، فرصت تجربه کردن مهارت‌ها و هیجان‌های مختلف و نوعی بستر روانی و اجتماعی مناسب را در خانواده برای کودک فراهم می‌کنند که در نتیجه ناسازگاری اجتماعی او را کاهش می‌دهد و به کاهش رفتار ضداجتماعی وی کمک می‌کند (۳۸). بنابراین دور از انتظار نیست که بازی‌درمانی بومی‌سازی شده بر رفتار اجتماعی مناسب کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر مطلوبی داشته باشد و از رفتار غیراجتماعی آنها بکاهد.

نتایج این تحقیق با یافته‌های فیسون و یاتز (۲۰۱۱) که در بررسی‌های خود از سال ۱۹۴۲ تا ۲۰۰۰، در مورد اثربخشی بازی‌درمانی دریافتند اضطراب، حرمت خود، سازگاری رفتاری، مهارت اجتماعی و سازگاری هیجانی به‌طور معناداری با بازی‌درمانی رابطه مثبت دارند، همسو و همخوان است (۲۰). یافته‌های این پژوهش نشان داد که برنامه بازی‌درمانی بومی‌سازی شده بر کاهش کمبود توجه (بهبود توجه) کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در بازی‌درمانی بومی‌سازی شده تعامل والد - کودک، مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر در کارگاه بازی‌درمانی به‌عنوان کمک‌درمانگر و عامل درمانی شناخته شده و به‌علت ارتباط روانی - عاطفی قوی با فرزند خود شرایط تعامل بیشتری را با فرزند خود دارند. همچنین از آنجا که بازی‌های استفاده شده در این برنامه مثل گل یا پوچ، نان بیار کباب ببر، کلاغ‌پر، گل‌بازی، بادکنک‌بازی، لی‌لی، گورانی، توپ و سبد و سایر بازی‌ها برخاسته از بستر بومی و فرهنگی خانواده‌های ایرانی است (۹)، بنابراین مادران شرکت‌کننده در جلسات با استفاده از بازی‌های انجام‌گرفته شرایط تعامل بهتری را با فرزند کم‌توان ذهنی خود فراهم کرده‌اند و تأثیر هر کدام از بازی‌ها در بعد اجرایی علاوه بر کاهش تنش مادران، میزان مشکلات رفتاری کودکان آنان را نیز کاهش داده و به بهبود توجه کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر منجر شده است.

نتایج این پژوهش با یافته‌های جنتیان و همکاران (۱۳۸۶) که نشان دادند، بازی‌درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش معنادار علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شد و همچنین با نتایج رحیمی و همکاران (۱۳۹۵) که دریافتند بازی‌درمانی بومی‌سازی شده بر بهبود توجه کودکان ADHD مؤثر است، همخوان است (۳۶).

در تبیین کلی یافته‌های این تحقیق مبنی بر اینکه بازی درمانی بومی سازی شده به کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر منجر شد، می توان گفت بازی و فعالیت ورزشی از طریق ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی مانند تنظیم جریان خون و تنظیم دستگاه قلبی و عروقی به آرامش اعصاب کمک می کند و موجب کاهش مشکلات رفتاری می شود. درمان اختلالات عصبی و عصب روان شناختی، اصلاح تعاملات نامناسب بین سیستم های سروتونین و دوپامین در کر تکس پیشانی و اصلاح عادات غذایی مردم، راه های مفیدی در زمینهٔ کاهش مشکلات رفتاری از دیدگاه زیست شناسی اند (۳۹). همچنین می توان گفت که بازی درمانی سبب می شود والدین کودکان، شناخت و آگاهی بهتری از رفتارها و مشکلات رفتاری کودک خود پیدا کنند و راه های مناسب تری برای رفع این مشکلات بیابند (۳۰).

بازی درمانی کودک محور بر پرورش خود پندارهٔ مثبت، توسعه و رشد مسئولیت خود، رشد خود گردانی، پذیرش خود، رشد و توسعه به خود متکی بودن، توسعهٔ مهارت های تصمیم گیری، تجربه کردن خود، توسعهٔ مهارت های مقابله ای، توسعهٔ مهارت های خودارزیابی و بالا بردن اعتماد به نفس کودک مؤثر است (۸). از طرفی براساس گفته های گیل و درز^۱ (۲۰۰۵)، بازی درمانی می تواند موجب کاهش تنش، استرس های هیجانی، کمک به دانش آموزان برای غلبه بر موانع موفقیت مدرسه، تسهیل ارتباطات و افزایش مفهوم خود با تنوع فرهنگی و زبانی شود (۴۰).

این پژوهش با وجود بدیع و مشخص بودن جامعهٔ آماری، محدودیت هایی نیز داشته است که تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می سازد، از جمله:

۱. محدود کردن پژوهش به ابزار خاصی برای جمع آوری داده ها؛
۲. استفاده از نمونهٔ کوچکی از جامعهٔ آماری.

با توجه به اینکه یافته های تحقیق نشان داد که برنامهٔ بازی درمانی بومی سازی شده بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر ۷-۵ سال مؤثر است، بنابراین پیشنهاد می شود:

۱. این تحقیق با نمونهٔ بیشتر از هر دو والد به شکل زوج توسط پژوهشگران دیگری در آینده تکرار شود تا در تعمیم پذیری نتایج این تحقیق، کمک شود؛
۲. با توجه به اهمیت بازی درمانی بومی سازی شده در داخل کشور، این پروتکل در قالب کارگاه آموزشی به روان شناسان، مشاوران، آموزگاران و والدین آموزش داده شود؛

۳. این پژوهش بر روی دیگر گروه‌های دانش‌آموزان استثنایی مانند دانش‌آموزان دارای آسیب بینایی و یا شنوایی و نیز معلولان جسمی و حرکتی و ... انجام گیرد؛
۴. اثر برنامه مداخله‌ای به‌کارگرفته‌شده در این پژوهش، به‌عنوان رویکرد درمانی کم‌هزینه و قابل دسترس بر روی اختلالات رفتاری و روان‌شناختی دانش‌آموزان عادی و خاص، در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرد.

منابع و مآخذ

1. Kakaberi, K. and Moradi, A. (2017). The Impact of Problem-Solving Program on Students' Behavioral Problems. *Journal of Exceptional Psychology*, Allameh Tabataba'i University, 7 (25), 202-175. (in persian).
2. Aghajnejad, M., Cherami, M., Ghazanfari, A. and Sharifi, T. (2019). The Effectiveness of Parent-Based Intervention Based on Unbelievable Years Pattern on Behavioral Problems of Mentally Retarded Children. *Journal of Empowering Exceptional Children*, 3 (23), 43-29. (in persian).
3. Bagheri N, Shehni Yailagh M, Alipoor S, Zargar Y. Investigating effectiveness of school-based group ctivity play therapy on behavior problems of the elementary school male students in Shahrekord. *Journal of Shahrekord Univ Med Sci*. 2017; 19(1):148-157.[Persian].
4. Myrbakk, E, & S. Tetzner.(2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disability*, 29,316-332.
5. Tonge BJ, Einfeld SL.Psychopathology and intellectual disability: The Australian child to adult longitudinal study. *Int Rev Res Ment Retard*.2003; 27: 61-91.
6. Lundqvist, L.O.(2013). Prevalence and risk markers of behavior problems among adults with intellectual disabilities: a total population study in orebro County, Sweden. *Research Developmental Disabilities*, 34(4), 1346-56.
7. Halperin, J. M., & Healey, D. M. (2011). The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: can we alter the developmental trajectory of ADHD? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3)621-634.
8. Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York.
9. Rahimi Pardanjan, B. Ghabari Bonab, B. Afrooz, Gh and Faramarzi, S. (2016). The Impact of Family-Based Intervention Based on Localized Play Therapy on Clinical Symptoms of Preschool ADHD Children. *Family Studies Quarterly*, (45) 12, 68-53. (in persian)
10. Wagari, R, Hemmati Alamdarloo, AH and Shojae, S. (2015). The effect of social skills training on behavioral-emotional problems in mentally retarded students. *Journal of Teaching and Learning Studies*, 69/1, 89-65. (in persian)
11. Gopalan, R. T. (2016). *Handbook of Research on Diagnosing, Treating, and Managing*

- Intellectual Disabilities. 1st Edition. Hershey: Information Science Reference.
12. Mohammadzadeh, A. & Ghamrani, A. (2018). The Impact of Teaching Unbelievable Years Program on Social Skills of Mentally Retarded Students. *Journal of Exceptional Psychology*, Allameh Tabataba'i University, 7 (25), 97- 119. (in peresian)
 13. Gargiulo R M. (2012). *Special education in contemporary society : an introduction to exceptionality*(4th). United States:Sage Publications.
 14. Miller-lewis L R, Baghurst PA, Sawyer MG, Prior MR, Clark JJ, Arney FM, et al. Early childhood externalizing behavior problems: child, parenting, and family-related predictors over time *J Abnorm Child Psychol*. 2006; 34: 891-906.
 15. Faramarzi, Q. Afrooz, Gh and Malekpour, M. (2008). "The Effect of Family-Based Psychological and Educational Interventions on Adoptive Behavior in Children with Down Syndrome." *Research in Exceptional Children*, 8 (3), pp. 270-250. (in peresian)
 16. Halperin, J. M., Bedard, A. C. V., & Curchack-Lichtin, J. T. (2012). Preventive interventions for ADHD: A Neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics*, 9(3) 531-541.
 17. Bulotsky-Shearer, R. J., Bell, E. R., Romero, S. L., & Carter, T. M. (2012). Preschool interactive Peer play mediates problem behavior and learning for low- income children *Journal of applied developmental psychology*, 33(1), 53-65.
 18. Ray,D,C.,Armstrong.S,A,Balkin R,s,& Jayne ,K.M.(2015).child centered play therapy in the schools:Review and Meta-Analysis. *psychology in the schools*,52(2),107-123.
 19. Afzali, L., Ismaili, S. and Rajabi, H. (2016). The effectiveness of child-centered group play therapy on children's internalized behavioral problems. *Journal of Applied Psychological Research*, (1) 7, 100 - 89. (in peresian)
 20. Fyson R, Yates J. Anti-social behaviour orders and young people with learning disabilities. *Crit SocPolicy*. 2011;31(1):102-25.
 21. Meany W. Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children [Dissertation]. exas: University of North Texas; 2011.
 22. Pir Abbasi, Z. and Safarzadeh, S. (2016). The Effectiveness of Group Recovery Therapy on Behavioral Problems and Memory Function in High School Students with Specific Learning Disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, (2) 6. (in peresian)
 23. Azarnoushian, B., Pajouhle and Ghobari Bonab, B. (2012). The effect of cognitive-behavioral play therapy on behavioral problems in mentally retarded students. *Journal of Exceptional Children*, (2) 12, pp. 16-5. (in peresian)
 24. Aghajnejad, M., Cherami, M., Ghazanfari, A. and Sharifi, T (2019). Comparison of the effectiveness of timely intervention based on the model of incredible years and localized play therapy on behavioral problems and adaptive behaviors of 5-7 year-old mentally retarded children in Lordegan. M.Sc. in Psychology, Islamic Azad University of Shahrekord. (in peresian)
 25. Asghari Nekah, M. (2009). Educational - Restorative Applications of Native Iranian Games in the Education and Rehabilitation of Children with Special Needs. *Journal of Exceptional Education*, 90, 14-3. (in peresian)

26. Ray, D. C. (2008). Impact of play therapy on parent- child relationship stress at a mental health training setting. *British Journal of Guidance and Conselling*, 36(2) 165- 187.
27. Rutter,M.(1975). A children's behavior questionnaire for completion by children: preliminary findings. *Journal of child psychology and psychiatry*.8,1-11.
28. Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: I--The Prevalence ofPsychiatric Disorder. *The British Journal of Psychiatry*. Br J Psychiatry, 1975; 126:493-509.
29. Tavakolizadeh, J, Bouhalari, J, Mehriar, A & Dzhakam, M. (1997). Epidemiology of Behavioral Disorders and Attention Deficit Disorders in Gonabad Primary School Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, (1 & 2) 3, 45-52. (in peresian)
30. Ashouri, M. and Dalalzadeh Bigdeli, F. (2018). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Model Based Therapy on Behavioral Problems and Social Skills of Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Rehabilitation*, (2) 19. (in peresian)
31. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Translated by: Mohammad Reza Nikkho and Hamayak Avadia Nas. Tehran. Speech Publications.
32. Aghajnejad, J. Faramarzi, S. & Abedi, A. (2011). The Impact of a Regular Exercise Course on Aggression, Self-Esteem, and Improving the Behavioral Behavior of Educable Mentally Retarded Students. M.Sc. in Psychology, Khorasgan Azad University. (in peresian).
33. Shakhti Yekta, M. and Parand, A. (2010). Psychology and education of exceptional children. Tehran: Timurzad, physician. (in peresian)
34. Ashouri, M. and Yazdanipour, M. (2018). The effect of cognitive behavioral group play therapy on social skills of mentally retarded students. *Journal of Rehabilitation*, (3) 19. (in peresian)
35. Ghaderi, N., Asghari Moghaddam, M. and Shaeiri, M. (2006). The efficacy of cognitive behavioral play therapy on aggression in children with conduct disorder. *Daneshvar Journal of Behavior*, 13 (19): 84-75. (in peresian)
36. Jentian, A. Noori, A. Shafti, A. Molavi, H. and Samavatian, H. (2007). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Severity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Elementary School Children 11-11 Years Old. *Journal of Behavioral Sciences Research*. 6 (2): 109-116. (in peresian)
37. Hayley L, Stulmaker H, Ray D. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A Controllor trial. *Childr Youth Serv Rev*. 2015;57:127-33.
38. Homem, T. C, Gaspar, M.F., Sebrata- Santos, M. J., Canavarro, M.C., Azevedo,A .F.(2014). Apilot study with the incredible years parenting training: does it work for father Of preschoolers with oppositional behavior symptoms? *Fathering: A Journal of Theory Research, and Practice about Men as Fathers*, 12(3): 262-282.
39. Aghayi. Nejad, Jan Baba, Faramarzi, Salar and, Abedi, Ahmad (2013). The effect of a period of regular sports activity on reducing the aggression of learnable mentally retarded students, *growth and motor learning*, No. 12, pp. 91-105.
40. Gil, E., & Drewes, A. A. (2005). *Cultural issues in play therapy*. New York: Guilford Press.

The Effectiveness of Parent- centered Intervention Based on Localized Play Therapy Model on Behavioral Problems of Intellectual Disability Children

Mohammad Aghaei Nejad*¹ - Maryam Charami² - Ahmad

Ghazanfari³ - Tayebeh Sharifi⁴

1. PhD in Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran 3. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran 4. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

(Received: 2020/05/05; Accepted: 2021/01/03)

Abstract

Behavioral and emotional problems are one of the most common psychological problems in childhood and adolescence. Evidence suggests that behavioral problems are more prevalent among intellectual disability children than normal children. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of a parent-centered intervention based on localized play therapy on behavioral problems of 5-7 years old intellectual disability children. This study was experimental with pretest-posttest design and follow-up with control group. The statistical population consisted of 128 educable intellectual disability children who were educated in special centers in Lordegan in 1397. Thirty people were selected randomly and assigned to two groups of 15 (experimental and control). Rutter Behavioral Problems Questionnaire was administered to two groups as pre-test. Then, the experimental group's parents received a 12-session localized game therapy intervention and the parents of the control group did not receive the intervention. At the end of the intervention period and 3 months later, Rutter's Behavioral Problems Test was again administered to the two groups as posttest and follow up, respectively. Data were analyzed using ANOVA with repeated measures. Results showed that there was a statistically significant difference between the performance of the two experimental and control groups in the rate of behavioral problems ($p < 0.001$).

* Corresponding Author: Email: janbaba1352@gmail.com ; Tel: +989133855042
This article is taken from a doctoral dissertation on general psychology

Therefore, it can be concluded that the localized play therapy intervention program has been effective in reducing the behavioral problems of intellectual disability children and the survival of the intervention program remained after 3 month.

Keywords

Playtherapy, localized, intellectual disability, behavioral problems, early intervention

