

Comparison of the Effectiveness of Teaching Social Cognitive Skills and Cognitive Behavioral Play Therapy on the Social Skills and Social Acceptance of Children with Disruptive Behavior Disorders

Sepideh Shishefar, M.A.¹, Faezeh Attarian, M.A.²,
Hamid Kargarbarzi, M.A.³,
Sepideh Darvish Naranjbon, M.A.⁴,
Hadi Mohammadlo, M.A.⁵

Received: 03.13.2017 Revised: 05.29.2017
Accepted: 11. 26. 2017

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایدایی

سپیده شیشه‌فر^۱، فائزه عطاریان^۲،
حمید کارگربرزی^۳، سپیده درویش نارنج‌بن^۴،
هادی محمدلو^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۳. تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۳/۸
پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۹/۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایدایی شهر کرج انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان پایه اول و دوم ابتدایی مناطق ۱، ۲ و ۳ شهر کرج در سال ۱۳۹۵ بودند. ۴۶ کودک به شیوه نمونه‌گیری تصادفی و در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (دو گروه) و کنترل (یک گروه) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و گروه آزمایش دوم، نیز ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای تحت آموزش بازی درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان و مقیاس مهارت‌های اجتماعی و مقیاس مقبولیت اجتماعی بود. یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که دو گروه از نظر شدت تأثیر دو مداخله تفاوت معناداری باهم ندارند، ولی هر دو مداخله مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی درمانی شناختی- رفتاری، موجب تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی در دو گروه آزمایش شد. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی درمانی شناختی اجتماعی هر دو در تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتاری مؤثر هستند و می‌توان از آنها در مداخلات بالینی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های شناختی اجتماعی، بازی درمانی شناختی رفتاری، مقبولیت اجتماعی، اختلالات رفتار ایدایی

Abstract

Objective: The aim of the present study was to compare the effectiveness of teaching social cognitive skills and cognitive behavioral game therapy on the social skills and social acceptance of children with behavioral disorders in Karaj. **Method:** This research was a semi-experimental one with a pretest-posttest and a control group. All first and second graders of the primary schools located in district 1, 2, and 3 of Karaj in 2016 made the population. By randomly and available sampling method, 46 children were selected. They were placed randomly into three groups (two experimental and one control). The first experimental group received a thirty-minute cognitive social skills training for ten sessions and the second one received cognitive behavioral game therapy for ten sessions each lasting thirty minutes. In this study, the questionnaire of child symptoms inventory, the scale of social skills and the social acceptability questionnaire were used. **Results:** The MANOVA revealed that there was no significant difference between the two groups regarding the impact of both interventions; however, both cognitive social skills and cognitive behavioral game therapy contributed to the development of social skills and social acceptance in both groups. **Conclusion:** Teaching cognitive social skills and cognitive behavioral game therapy seem to have a positive effect on the development of social skills and social acceptance in children with behavioral disorders and they can be applied as clinical interventions.

Keywords: Cognitive social skills, Cognitive game therapy, Social acceptance, Behavioral disorders

1. M.A. in Psychology of Exceptional Children, Allameh Tabatabaiee University, Tehran, Iran
2. **Corresponding Author:** M.A. in General Psychology, Islamic Azad University, Arak, Iran, **Email:** fa.1358.a@gmail.com
3. M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Unit, Sirjan, Iran
4. M.A. in Psychology of Exceptional Children, Islamic Azad University, Central Unit, Tehran, Iran
5. M.A. in School Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران.
۲. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد اراک، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات سیرجان، ایران.
۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، ایران.
۵. کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه شهید بهشتی تهران، ایران.

مقدمه

مهارت‌های اجتماعی^۶ بیشتر به‌عنوان مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌ها در نظر گرفته شده است و سه مؤلفه مشارکت، ابراز وجود و مهارت خود را در برمی‌گیرد که شامل ارتباط، حل مسئله، تصمیم‌گیری، خودمدیریتی، جرأت‌ورزی، تعامل با همسالان و گروه می‌شود (تورنر، مک‌دونالد و سامرست، ۲۰۰۸). نارسایی در مهارت‌های اجتماعی می‌تواند مشکلات تحصیلی، اجتماعی و اثرات منفی را در زندگی آینده به بار آورد (کالدراو و مریل، ۲۰۰۸). همچنین مهارت‌های اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی است و کمبود آن در درازمدت ضربه شدیدی به کودک وارد می‌کند (ماتسون و همکاران، ۲۰۱۰). ضعف در مهارت‌های اجتماعی و مشکلات ارتباطی با بسیاری از مشکلات رفتاری از قبیل اختلال بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و افسردگی اوایل کودکی مرتبط است (واحدی، فتحی‌آذر، حسینی‌نسب، مقدم و کیانی، ۱۳۸۶). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتاری ایدایی به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی خود توسط همسالانشان طرد می‌شوند و در مقایسه با سایر کودکان، دوستان کمتری دارند (که‌ریزی و همکاران، ۱۳۹۴). برخی از متخصصان بر این عقیده‌اند که مشکلات اجتماعی در کودکان مبتلا به این اختلال باید یک ویژگی شاخص اختلال در تشخیص آن به حساب آید. کودکان با اختلال رفتاری در برخی موارد حتی بیشتر از کودکان پرخاشگر مورد تنفر همسالان هستند. مشکلات اجتماعی این کودکان در برخی موارد تا سنین نوجوانی نیز ادامه می‌یابد (بگول، مولینا، پلهام و هزا، ۲۰۰۱). همچنین نتایج مطالعات نشان داده است مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند آثار طولانی‌مدتی بر کنش‌وری‌های اجتماعی و هیجانی برجای گذارد (اسمیت، کاتسیانیس و ریان، ۲۰۱۱) به عبارت دیگر این کودکان اغلب نمی‌توانند پاسخ‌های عاطفی و رفتاری

افزایش شیوع اختلال‌های روانی در کودکان در سال‌های اخیر به یکی از عوامل بروز نگرانی در مورد بهداشت روانی و تأثیر آن بر رشد و عملکرد کودکان تبدیل شده است. بر این اساس، متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به‌موقع اختلال‌های روان‌شناختی تأکید می‌کنند (محمدلو، قربانیان و خانبانی، ۱۳۹۴). در این بین، حدود ۴۵ درصد از اختلال‌های روانی کودکان و نوجوانان در طبقه اختلال‌های رفتار ایدایی جای می‌گیرد (برادلی و مندل، ۲۰۰۵). اختلالات رفتاری ایدایی^۱ به سه بخش اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، اختلال سلوک و اختلال بیش‌فعالی^۲ تقسیم می‌شود. در اختلالات مذکور رفتارهایی مانند سرپیچی و مقابله کردن، امتناع از انجام خواسته‌های بزرگسالان و رفتارهای بی‌نظمی دیده می‌شود که نیازمند تشخیص و مداخله زودهنگام است (کسلر، برگلند، دملر، جین، مریکنگاس و والتر، ۲۰۰۶). پژوهش‌های انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه و قبل از مدرسه دچار اختلال رفتاری ایدایی هستند (که‌ریزی، مرادی و مؤمنی، ۱۳۹۴). اغلب کودکان با اختلالات رفتاری ایدایی، احساسات منفی دارند و با دیگران بدر رفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد. از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان موجب پرخاشگری^۳ هرچه بیشتر آنان می‌گردد (برون و پرس، ۲۰۰۷). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری^۴ ایدایی، پایین‌ترین سطح کنش‌وری اجتماعی^۵ را نشان می‌دهند و مشکلات بیشتری را در دوست‌یابی و حفظ آنها دارند و به‌طور کلی این کودکان مشکلات اجتماعی زیادی دارند (بهبودی، ۱۳۸۷) که از جمله آنها نقص در مهارت‌های اجتماعی است (بانفور، اوانس، بیکر و لنگبرگ، ۲۰۱۵).

همکاران، ۱۳۹۴)، بازی‌درمانی (تکلوی، ۱۳۹۰)، مداخلات دلبستگی‌محور^۱ (بوث و جرنبرگ، ۲۰۱۰) و رفتار درمانی اشاره کرد. همچنین از جمله مداخلاتی که می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد، آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی است (محمدملو و همکاران، ۱۳۹۴).

آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی توسط کارپنتر (۲۰۰۰) طراحی شده و چهار گام راهنمایی، الگوسازی منفی و مثبت، نمایش، ارزیابی و سه مهارت عمده همکاری، اطمینان‌بخشی/حمایت، ارتباط را شامل می‌شود. این مداخله از جمله روش‌هایی است که کودکان اطلاعات را در ارتباط با دیگران تبادل، دریافت و پردازش می‌کنند. این روش‌ها شامل برخی از فرایندهای شناختی کلی مانند ارتباطات و دیدگاه یادگیری است. به عبارت دیگر آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی شکلی از آموزش مهارت‌های اجتماعی است که به‌جای مهارت‌های رفتاری آشکار، بر مهارت‌های حل مسئله تأکید می‌کند و هدف آن تعدیل و سازش‌یافتگی فرایندهایی است که در زیر این رفتارهای منفی در اختلال رفتاری وجود دارد (محمدملو و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری برونی‌سازی مؤثر بوده است. برای مثال کیم، دوه، هنگ و چای (۲۰۱۱) اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش والدین را بر پرخاشگری کودکان کره جنوبی مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی در کاهش پرخاشگری مؤثر بوده است. در پژوهش دیگری اثربخشی این روش در کاهش نشانگان رفتاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان داده شد (محمدملو و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین نصری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی روی کودکان پیش‌دبستانی نشان دادند آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی منجر به کاهش معنادار نمره پرخاشگری کل و خرده‌مقیاس‌های آن و افزایش معنادار نمره

متناسب با سن خود را در شرایط اجتماعی تجربه کنند (سوسر و والر، ۲۰۰۶).

از طرف دیگر کودکان با اختلال رفتاری ایزدایی به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی، مقبولیت اجتماعی^۲ پایینی نیز در بین همسالان خود دارند (واحدی و همکاران، ۱۳۸۶). مقبولیت اجتماعی همان گرایش به پاسخ دادن به شیوه‌ای است که فرد به نظر دیگران بهتر برسد (راگازینو، ۲۰۰۹). مقبولیت اجتماعی، نقش مهمی در رشد شخصیت اجتماعی کودک دارد و پیش‌بینی‌کننده سازگاری بعدی در دوران نوجوانی است (قربانیان، محمدملو، خانبانی و یوسفی‌کیا، ۱۳۹۵). کودکانی که موفق به کسب پذیرش اجتماعی و مقبولیت اجتماعی در بین همسالان نمی‌گردند و از سوی آنها طرد می‌شوند، با مشکلات زیادی از جمله عملکرد تحصیلی ضعیف، فرار از مدرسه، ترک تحصیل، رفتار ضداجتماعی، بزهکاری و سایر اختلالات رفتاری در نوجوانی و مجرمیت در اوایل بزرگسالی مواجه می‌شوند (حسن‌زاده، ۱۳۸۸). کودکان با مشکلات رفتاری از قبیل پرخاشگری و نافرمانی مقابله‌ای، مهارت‌های اجتماعی مناسب را که می‌تواند آنها را دوست‌داشتنی جلوه دهد ندارند و چون در مهارت‌های اجتماعی ضعیف هستند، قادر به برقراری دوستی نیستند که این از عوامل مؤثر در مقبولیت اجتماعی پایین این کودکان است (نصری، خسروجاوید، صالحی و حسین‌خان‌زاده، ۱۳۹۴). از سوی دیگر کودکانی که مورد علاقه همسالان قرار نمی‌گیرند، بیش از معمول ستیزه‌جو، عصیانگر، نامتعادل و در معرض اختلالات رفتار ایزدایی قرار دارند (کارتلیج و ملبورن، ۱۹۸۸) و نیازمند مداخلات روان‌شناختی هستند. مداخلات متنوعی برای کاهش نشانگان اختلال رفتاری در کودکان مبتلا به این اختلال در سطوح مختلف سنی به‌کار گرفته شده است که می‌تواند در افزایش مقبولیت و مهارت اجتماعی نیز نقش داشته باشد که از جمله آنها می‌توان به شن‌بازی‌درمانی^۳ (که‌ریزی و

نافرمانی مقابله‌ای انجام داد، نشان داد که تکنیک‌های بازی درمانی شناختی رفتاری در کاهش رفتارهای نامناسب این کودکان مؤثر است. در پژوهش دیگر اثربخشی این مداخله بر حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املاء انجام شد که حاکی از اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بود (سلامت و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری مایکنبام در کاهش کم‌رویی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان پیش‌دبستانی انجام شد که حاکی از اثربخشی این روش بود (غیاثی‌زاده، ۱۳۹۲). بر اساس تحقیقات فوق و اهمیت مداخلات مناسب برای اختلالات رفتار ایدایی در دوران کودکی و نیز اهمیت مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی برای کودکان با اختلالات رفتار ایدایی و نبود مطالعه‌ای در ایران که اثربخشی دو روش آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی درمانی شناختی رفتاری را در تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایدایی مورد بررسی و مقایسه قرار دهد، مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی رفتاری بر تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایدایی انجام گردید.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی از نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی (دارای گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان پایه اول و دوم ابتدایی مناطق ۱، ۲ و ۳ شهر کرج در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن سن بین ۶ تا ۸ سال، کسب نقطه برش بهینه (اختلال بیش‌فعالی ۹، اختلال بیش‌فعالی مرکب، ۸، اختلال نافرمانی و سلوک، ۵) در پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان، عدم

مقبولیت اجتماعی در کودکان شده است. با این حال گستره مداخلات مهارت‌های شناختی اجتماعی بیشتر روی اختلالات رفتاری برونی‌سازی و کاهش نشانگان آن انجام شده و تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی با استفاده از مداخله در پژوهشی هدف قرار نگرفته است.

از طرف دیگر بازی درمانی شناختی رفتاری نیز یکی از مداخلاتی است که برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی کودکان با اختلال رفتار ایدایی به‌کار رفته است (صفری، فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۱) و می‌تواند در تحول مهارت‌های اجتماعی کودکان مفید واقع شود (سلامت، مقتدایی، کافی، عابدی و حسین‌خان‌زاده، ۱۳۹۲). بازی درمانی شناختی رفتاری که جزء روش‌های مستقیم بازی درمانی است، تکنیک‌های سنتی بازی درمانی را با تکنیک‌های رفتاری شناختی ترکیب کرده است. این مداخلات تأکید زیادی بر درگیری کودک در درمان دارند و درمانگر با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک کمک می‌کند تا از درمان بهره‌مند شود (اسپرینگر، میژرال و هایلر، ۲۰۱۲). یک مجموعه گسترده از فنون و روش‌ها را می‌توان در بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری گنجانند. بازی درمانی شناختی رفتاری راهبردهایی را برای رشد انطباقی‌تر افکار و رفتارها فراهم می‌آورد و راهبردهای جدیدی برای مقابله با موقعیت‌ها و احساس‌ها آموزش می‌دهد و کودک قادر می‌شود شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با راه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کند (محمداسماعیل، ۱۳۸۷). هرچند پژوهش کاملاً مشابهی در توجه به نقش بازی درمانی شناختی رفتاری بر تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایدایی بسیار محدود انجام شده است، اما برخی از پژوهش‌ها اثربخشی این مداخله را در سایر حوزه‌های اختلال رفتاری مورد بررسی قرار داده‌اند. تیگز (۲۰۱۰) در پژوهشی که روی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله آفریقایی-آمریکایی مبتلا به اختلال

دریافت درمان روان‌شناختی و دارودرمانی آزمودنی همزمان با اجرای برنامه مداخله، نبود سایر اختلالات روان‌پزشکی آزمودنی که از طریق مصاحبه با والدین مورد بررسی قرار می‌گرفت و تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات توسط والدین کودک. با توجه به اینکه در این پژوهش سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) شرکت داشتند و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش ۴۶ نفر از کودکان با اختلالات رفتاری ایدایی به روش نمونه‌گیری تصادفی و در دسترس انتخاب شدند و از این تعداد ۱۵ نفر در گروه آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی، ۱۵ نفر در گروه بازی درمانی شناختی رفتاری و ۱۶ نفر هم در گروه گواه با توجه به معیارهای مطرح شده و هم‌تاسازی با گروه آزمایش، جایگزین شدند. آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی در ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اول و بازی درمانی شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش دوم اجرا شد، اما گروه کنترل تا پایان مطالعه، مداخله‌ای دریافت نکردند. گروه‌ها در ابتدا و انتهای پژوهش با مقیاس مقبولیت اجتماعی و مقیاس مهارت‌های اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان و مقیاس مهارت‌های اجتماعی و مقیاس مقبولیت اجتماعی بود.

پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان^۱ (نسخه معلم):

از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی چاپ چهارم سال ۲۰۰۰ ساخته شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). نسخه اولیه پرسش‌نامه را اسپرافکین و همکاران در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به‌منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و

هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله تهیه کردند. آخرین ویرایش پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان همانند نسخه‌های قبلی دارای دو نسخه والد و معلم و شامل ۷۷ سؤال است. نسخه معلم دارای ۴۱ سؤال است که در سه قسمت A و B و C مربوط به اختلال‌های رفتار ایدایی است. به هر یک از عبارات‌های مذکور، در مقیاس چهار درجه‌ای «هرگز = ۰، گاهی = ۱، اغلب اوقات = ۲ و همیشه = ۳» پاسخ داده می‌شود. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. نمره غربال‌کننده و شیوه نمره برش شدت نشانه‌های مرضی بالاتر از نقطه برش بهینه. در اکثر پژوهش‌ها به‌علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، از روش نمره برش شدت نشانه‌های مرضی استفاده می‌شود. در این پژوهش نیز از روش نمره برش شدت نشانه‌ها استفاده شد. شیوه نمره‌گذاری بر اساس نقطه برش با جمع زدن تعداد عبارت‌هایی به‌دست می‌آید که با گزینه‌های «گاهی=۱ اغلب اوقات=۲» و «همیشه=۳» پاسخ داده شده‌اند. برای مثال جمع نمره سؤال‌هایی که یک فرد در زیرمقیاس اختلال رفتاری ایدایی کسب کرده است (اختلال کاستی توجه- بیش‌فعالی و همچنین بی‌توجهی غالب بالاتر از ۹، اختلال بیش‌فعالی تکانش‌گری بالاتر از ۸، اختلال کمبود توجه بالاتر از ۴، اختلال لجبازی و نافرمانی بالاتر از ۵ و اختلال سلوک بالاتر از ۵) به‌عنوان نشانه مرضی و دارا بودن اختلال مذکور در نظر گرفته می‌شود (گادو و اسپرافکین، ۲۰۰۷). اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی بررسی و محاسبه شده است. در پژوهش گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱) حساسیت آن برای رفتاری مقابله‌ای ۰/۹۳ گزارش شد. پژوهش‌های دیگری همبستگی بین این فهرست بازبینی را در اختلال مذکور ۰/۶۶ گزارش کرده‌اند (گادو و اسپرافکین، ۲۰۰۷). چرخه عامل‌ها به شیوه واریماکس نشان می‌دهد که ساختار نظری نسخه معلم این پرسش‌نامه از ۷ عامل بیش‌فعالی،

تأیید اجتماعی در کودکان توسط فورد و رابین (۱۹۷۰)، به نقل از سموعی، باقرزاده و سبزواری، (۱۳۸۴) ساخته شد. دامنه نمرات آن از ۰ تا ۲۸ است. آنها همسانی درونی را برای کودکان دبستانی دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ گزارش کردند و پایایی به روش بازآزمایی پس از پنج هفته ۰/۵۸ به دست آمد. اعتبار همزمان پرسش‌نامه را نیز بر اساس بهره هوش کلامی محاسبه نمودند که حاکی از همبستگی معنادار دو متغیر بود. در ایران، سموعی و همکاران (۱۳۸۴) پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی فورد و رابین را مورد بررسی قرار دادند. همسانی درونی سؤالات حکایت از آن داشت که تعدادی از سؤالات با نمره کل همبستگی ندارد، بنابراین از فرم اصلی حذف شدند و فرم نهایی پرسش‌نامه با ۱۷ سؤال ۳ گزینه‌ای بله، تا حدودی و خیر تنظیم شد و نمره‌گذاری به صورت ۲، ۱ و صفر بود. سؤالات ۹ و ۱۰ برعکس نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای این پرسش‌نامه ۰/۷۷ و ضریب اعتبار به روش دونیم‌سازی ۰/۶۶ به دست آمد.

روش اجرا

در ابتدای پژوهش، پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان برای ۴۰۰ نفر از کودکان پایه اول و دوم ابتدایی حاضر در مدارس مناطق ۱ و ۲ و ۳ شهر کرج توسط معلمان این کودکان به صورت تصادفی تکمیل شد و تعداد ۱۰۲ کودک که در پرسش‌نامه علائم مرضی در اختلالات ایذایی نمره بالاتر از نقطه برش کسب نمودند (اختلال بیش‌فعالی ۹، اختلال بیش‌فعالی مرکب، ۸، اختلال نافرمانی و سلوک، ۵) انتخاب گردیدند. در گام بعدی مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون و مقبولیت اجتماعی برای این ۱۰۲ نفر اجرا شد و کودکانی که حداقل نمره را کسب کردند در گروه باقی ماندند. در گام آخر جهت انتخاب نمونه، ۴۶ کودک دارای اختلالات رفتار ایذایی که در مقیاس مهارت اجتماعی و مقبولیت اجتماعی، نمره پایین‌تر از حد میانگین را کسب کردند و نیز سایر شرایط حضور در پژوهش را دارا بودند به صورت تصادفی در سه گروه

تکانشی و لجبازی- نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، بی‌توجهی، افسردگی، اسکیزوفرنی^{۱۱}، درخودماندگی اشباع شده^{۱۲} است که روی هم ۵۳/۱۱ درصد واریانس کل پرسش‌نامه را تبیین می‌کنند. مقدار ضریب اعتبار به روش همابستگی درونی برای نسخه والد ۰/۹۴ و برای نسخه معلم ۰/۹۶ گزارش شده است (محمد اسماعیلی، ۱۳۸۳).

مقیاس سنجش مهارت اجتماعی^{۱۳} فرم کودکان
را ماتسون و همکاران در سال ۱۹۸۳ برای سنجش مهارت‌های اجتماعی افراد ۴ تا ۱۸ سال تدوین کرده‌اند. پاسخ‌های داده شده به این مقیاس بر اساس شاخص ۵ درجه‌ای از نوع مقیاس لیکرت با دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری شده است. این مقیاس شامل ۵۶ عبارت است که مهارت‌های اجتماعی مناسب، رفتارهای غیراجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، برتری‌طلبی و اطمینان زیاد به خود و رابطه با همسالان را می‌سنجد (ماتسون، اسولت و کازدین، ۱۹۸۳). پژوهش‌هایی که در خارج از کشور در مورد این مقیاس انجام شده نشان داده که این مقیاس از همسانی درونی، پایایی و بازآزمایی بالا و روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است (یوسفی و خیر، ۱۳۸۱). در ایران این مقیاس را یوسفی و خیر (۱۳۸۱) روی ۵۶۲ نفر دانش‌آموز دختر و پسر در شهر شیراز مورد بررسی قرار دادند که روایی سازه مقیاس با استفاده از روش تحلیل عوامل با مؤلفه‌های اصلی (چرخش واریماکس) بررسی شد و پس از محاسبه ضریب‌های KMO و با ترسیم نمودار اسکری عامل اول (مهارت‌های اجتماعی) ۰/۷۱، عامل دوم (رفتارهای غیراجتماعی) ۰/۵۵، عامل سوم (پرخاشگری) ۰/۶۲، عامل چهارم (برتری‌طلبی) ۰/۷۰ و عامل پنجم (رابطه با همسالان) ۰/۶۲ به دست آمد و همچنین پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۸۶ درصد گزارش شد.

پرسش‌نامه مقبولیت اجتماعی^{۱۴} که فرم اصلی آن دارای ۲۸ سؤال است و به منظور اندازه‌گیری نیاز به

و همکاران (۲۰۱۲) و محمداسماعیل (۱۳۸۷) استفاده شد. جلسات بازی درمانی نیز شامل ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای در پنج هفته به صورت گروهی در سالن اجتماع مدارس بین ساعت ۱۲ تا ۱۲/۳۰ اجرا گردید (ساختار کلی برنامه بازی درمانی در جدول ۲ ارائه شده است).

در این پژوهش، برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. از آزمون شاپیر-ویلک نیز برای بررسی توزیع نرمال در متغیرهای وابسته و برای آزمون برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اسپاس اس نسخه ۱۹ مورد تحلیل قرار گرفت.

(دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. در پژوهش حاضر آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی در ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی (هر هفته دو جلسه، در کل به مدت پنج هفته) اجرا شد. مهارت‌ها به وسیله ۳ عروسک الگوسازی شد. عروسک زرافه به عنوان گوینده نمایش با دو عروسک کودک دیگر بازی می‌کردند، بعد کودکان مهارت‌ها را در جریان بازی تمرین و سپس از کودکان سؤال‌هایی در مورد مهارت‌های آموزش داده شده پرسیده می‌شد. همچنین به سؤالات کودکان بازخورد داده شده، اشکالات آنها برطرف می‌شد (خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است). همچنین در اجرای بازی درمانی شناختی رفتاری از ادبیات پژوهشی اسپرینگر

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی

جلسه	محتوای آموزش
اول	آموزش مهارت همکاری تا کودکان یاد بگیرند چگونه در کنار هم و با یکدیگر صحبت و همکاری کنند. درمانگر با استفاده از عروسک زرافه نحوه درست کردن خانه را با همکاری هم به کودکان یاد داد.
دوم	در این جلسه نیز با هدف آموزش همکاری به کودکان، ابتدا درمانگر با استفاده از عروسک‌ها نحوه درست کردن پازل را یاد داد. سپس کودکان از آن الگوبرداری کردند و در کنار هم و با مشارکت هم قطعه‌های پازل را کنار هم چیدند.
سوم	با هدف آموزش مهارت اطمینان‌بخشی/ حمایت اجرا شد و کودکان یاد گرفتند چگونه می‌توانند با انجام کاری زیبا، دوست خود را شاد کنند.
چهارم	با هدف آموزش مهارت حمایت اجرا شد. کودکان یاد گرفتند چگونه حمایت خود از دوستشان را به او نشان دهند.
پنجم	با هدف آموزش چگونگی ارتباط برقرار کردن با یکدیگر در کارهای مشارکتی صورت گرفت. کودکان یاد گرفتند چگونه در هنگام بازی با لگوها و خانه‌سازی از هم سؤال پرسند و از نظرات یکدیگر در ساخت خانه‌های زیباتر استفاده کنند.
ششم	با هدف آموزش برقراری ارتباط و مشارکت انجام شد، کودکان همراه با درمانگر مشغول ساختن یک خانه شدند، در حین بازی، زمانی که کودک رفتارهای مطلوب را انجام می‌داد از سوی درمانگر، تقویت مثبت از قبیل تشویق دریافت کرد.
هفتم	آموزش رعایت نوبت، دو عروسک در مورد علایق خود صحبت می‌کردند. در این جلسه هرکدام از دو عروسک به دقت به حرف دیگری گوش می‌داد و تا زمانی که صحبت عروسک تمام نشده بود، عروسک دیگر حرفش را قطع نمی‌کرد. سپس درمانگر از کودکان خواست تا همین نقش را دوباره اجرا کنند. زمانی که کودک نحوه برقراری ارتباط صحیح را فرا گرفته بود درمانگر از تشویق‌های کلامی استفاده می‌کرد.
هشتم	با هدف یکپارچه کردن همه مهارت‌های آموزش داده شده صورت گرفت. هریک از کودکان، به صورت جداگانه در نقش مصاحبه‌گری ظاهر شدند که در مورد رفتارهای پرخاشگرانه و پیامدهای آن از بقیه سؤال می‌پرسید، در صورت مطلوب نبودن پاسخ، توسط عروسک زرافه به آنها بازخورد داده می‌شد.
نهم	با هدف تثبیت آموزش‌های داده شده، صورت گرفت. درمانگر از طریق عروسک زرافه در مورد رفتارهایی که در جلسه‌های قبل آموزش داده بود سؤال می‌کرد.
دهم	مهارت حل مسئله توسط عروسک‌ها به کودکان در قالب بازی و سؤال و جواب آموزش داده شد و در پایان جلسه به هریک از کودکان هدیه‌ای از طرف درمانگر داده شد.

جدول ۲. خلاصه برنامه بازی درمانی شناختی رفتاری

جلسه	محتوای درمان
اول	کودکان به یکدیگر معرفی شدند. در این جلسه به منظور ایجاد رابطه دوستانه و احساس امنیت بازی‌های پیشنهادی کودکان اجرا شد.
دوم	استفاده از لوگوهای اسباب‌بازی به منظور ایجاد حس همکاری گروهی در کودکان و از بین بردن رفتارهای غیراجتماعی. کودکان به کمک درمانگر خانه بزرگ با لوگوها درست کردند و هریک از کودکان در مورد رنگ و طرح خانه پیشنهاد دادند.
سوم	کودکان با استفاده از خمیر بازی تشویق به درست کردن اشکال مورد علاقه خود شدند و در انتها در مورد اشکال ساخته شده‌شان توضیح دادند و مورد تشویق سایر کودکان قرار گرفتند.
چهارم	بازی موزیکال روی کودکان اجرا شد (چرخیدن با موزیک به دور صندلی و نشستن به روی صندلی به محض قطع صدای موزیک).
پنجم	با استفاده از کاردستی (کاغذ رنگی، قیچی، مقوا، چسب) بین آنها مسابقه‌ای اجرا شد و پس از اجرای مسابقه از کودکان در مورد بهترین کاردستی نظرخواهی شد و در پایان همه کاردستی‌ها تشویق شدند.
ششم	با استفاده از عروسک‌های خیمه شب‌بازی رفتار پسندها را تشویق و آموزش داده شد.
هفتم	بازی گروهی ساختمان‌سازی با الگو و با تصویرسازی ذهنی، اجرای حرکات پانتومیم به منظور همکاری بیشتر و گسترش تعاملات مثبت بین کودکان نیز اجرا شد.
هشتم	با استفاده از بازی ایفای نقش (همانند تئاتر) کودکان رفتارهای اجتماعی مطلوب را یاد گرفتند. همچنین کودکان نقش‌های مورد علاقه خود را ایفا کردند و آرزوها و ایده‌های خود را در قالب نقش‌های بر عهده گرفته ابراز نمودند.
نهم	افزایش مهارت خودآگاهی شامل بررسی و تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت هر کودک در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او.
دهم	مروری بر بازی‌های جلسات قبل، سپس اجرای پس‌آزمون و نیز به تمام کودکان هدیه‌هایی اهدا گردید.

یافته‌ها

۳ مؤلفه‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات آزمودنی‌های سه گروه را به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج این پژوهش میانگین سن کودکان دو گروه آزمایش ۷/۳۲ و گروه کنترل ۶/۸۸ بود. جدول

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها

متغیر	گروه آزمایش مهارت شناختی-اجتماعی		گروه آزمایش بازی درمانی شناختی-رفتاری				گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
مهارت اجتماعی	۲۸/۱۲	۷/۳۰	۳۹/۰۸	۶/۶۰	۸/۱۰	۲۵/۴۰	۳۵/۸۰	۸/۱۲
مقبولیت اجتماعی	۱۷/۶۰	۲/۱۶	۲۱/۶۳	۲/۸۲	۱۸/۱۵	۲۳/۲۰	۳/۷۴	۱۶/۱۳

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیر-ویلک بررسی شد و با توجه به اینکه سطح معناداری برای متغیرهای مهارت اجتماعی و مقبولیت اجتماعی بزرگتر از

۰/۰۵ بود، بنابراین فرض صفر آزمون شاپیر-ویلک دال بر عدم تفاوت نرمال بودن داده‌ها از توزیع نرمال تأیید شد. با توجه به آماره‌های به دست آمده از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، همگنی واریانس‌های مربوط به متغیر مهارت‌های اجتماعی بالاتر از سطح ۰/۰۵ قرار دارد ولی برای مقبولیت اجتماعی پایین‌تر از ۰/۰۵ است. اما با توجه به این‌که حجم گروه‌ها مساوی است، عدم برقراری مفروضه همگنی

واریانس‌ها در دو گروه برای تحلیل، مشکل زیادی ایجاد نمی‌کند. پس می‌توان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بین ۳ گروه روی نمرات تعدیل شده مهارت اجتماعی و مقبولیت اجتماعی

منبع	آزمون	مقدار	فرضیه درجه آزادی	F	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۳	۴	۱۵/۶۱	۸۰	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۰	۴	۳۵/۳۷	۷۸	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۸/۰۴	۴	۶۰/۴۳	۷۶	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۹۹	۲	۱۴۵/۹۱	۴۰	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتیجه تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلایی ($p=۰/۰۱$)، لامبدای ویلکز ($F=۱۵/۶۱$)، اثر هتلینگ ($F=۶۰/۴۳$) و بزرگ‌ترین ریشه روی ($F=۱۴۵/۹۱$) معنادار هستند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیرهای

مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که روش‌های آموزشی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده‌اند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. برای این‌که تعیین شود بین کدام یک از سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ برای متغیر مهارت اجتماعی ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بنفرونی برای مقایسه‌های چندگانه بین میانگین‌های تعدیل شده ۳ گروه در متغیر مهارت‌های اجتماعی

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
مهارت‌های اجتماعی	شناختی اجتماعی	شناختی رفتاری	-۱/۱۷	۱/۰۴	۰/۳۲
	کنترل	کنترل	۱۶/۱۷	۱/۲۷	۰/۰۰۱
	کنترل	شناختی رفتاری	۱۷/۸۹	۱/۳۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، توجه به نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی، بین گروهی که تحت آموزش مهارت‌های شناختی قرار گرفتند با گروهی که تحت آموزش بازی درمانی قرار گرفتند با سطح معناداری ۰/۳۲ تفاوت معناداری در متغیر مهارت‌های اجتماعی وجود ندارد ($p>۰/۰۵$). اما بین دو گروه آزمایشی با گروه کنترل با سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد ($p=۰/۰۱$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی در

جدول ۶ برای مقایسه‌های چندگانه بین میانگین‌های تعدیل شده ۳ گروه در متغیر مقبولیت اجتماعی

جدول ۶. آزمون بنفرونی برای مقایسه‌های چندگانه بین میانگین‌های تعدیل شده ۳ گروه در متغیر مقبولیت اجتماعی

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
مقبولیت اجتماعی	شناختی اجتماعی	بازی درمانی	-۱/۲۹	۰/۵۵	۰/۰۷۸
	کنترل	کنترل	۳/۳۳	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	کنترل	بازی درمانی	۴/۶۲	۰/۶۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

اختلالات هیجانی- رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در اجتماع با هنجارهای فرهنگی و سنی تفاوت داشته باشد. کودکان مبتلا به اختلالات رفتار ایدایی، مشکلات مختلفی در زمینه برقرار کردن، همکاری و بیان احساسات با همسالان دارند که باعث طرد شدن از طرف همسالان و کاهش مقبولیت اجتماعی آنها می‌شود. در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی رفتاری در تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال رفتار ایدایی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین اثربخشی دو روش درمانی در متغیرهای مهارت اجتماعی و مقبولیت اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد و تأثیر دو روش درمانی یکسان است. علاوه بر این نتایج تحقیق حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی درمانی شناختی رفتاری در تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود که با تحقیق‌های زیر هم‌سو است: نصری و همکاران (۱۳۹۴) که اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های شناختی اجتماعی بر پرخاشگری و مقبولیت اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی را بررسی کردند و نتایج نشان داد که آموزش شناختی اجتماعی در کاهش پرخاشگری و افزایش مقبولیت اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی اثربخش بوده است؛ و پژوهش محمدلو و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای که حاکی از اثربخشی این روش در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی همراه بود. در مطالعه‌ای که با هدف تأثیر مهارت‌های اجتماعی و آموزش حل مسئله در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه انجام شد نیز نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی

در کاهش نشانگان رفتاری کودکان با اختلال رفتاری اثربخش بوده است (الیسینانگلو، اوزبی و کسبیسقلو، ۲۰۱۲). همچنین در مطالعه‌ای در کره جنوبی با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش والدین بر مشکلات پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی، نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی در کاهش پرخاشگری و افزایش خودکنترلی^{۱۵} دانش‌آموزان که در تحول مهارت‌های اجتماعی کودکان نیز مؤثر است، اثربخش بود (کیم و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری باعث تحول در مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال رفتاری در مقایسه با گروه کنترل شد که با نتایج پژوهشی هم‌سو است که اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری را بر حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املاء^{۱۶} مورد بررسی قرار داد و نتایج حاکی از اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری در افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املاء بود (سلامت و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش دیگری که با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری به روش مایکنبام بر کاهش کم‌رویی و گوشه‌گیری اجتماعی کودکان انجام شد، نتایج نشان داد بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش کم‌رویی و گوشه‌گیری اجتماعی این کودکان مؤثر بوده است (غیاثی‌زاده، ۱۳۹۲). همچنین بازی درمانی شناختی رفتاری با مشارکت والدین در کاهش فوبی اجتماعی^{۱۷} کودکان (رضایی، پیوسته‌گر و قدیری، ۱۳۹۱)، افزایش رفتارهای مثبت و همدلی (رشیدی‌ظفر، جان‌بزرگی و شقاقی، ۱۳۹۱) و کاهش پرخاشگری و افزایش رفتارهای جامعه‌پسند مؤثر بوده است (قادری، اصغری‌مقدم و شعیری، ۱۳۸۵).

در تبیین اثربخشی مداخله آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و

حفظ روابط مثبت با همسالان و جلب محبوبیت کودکان دیگر و عدم مقبولیت اجتماعی در کودکان با اختلال رفتاری شود و پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ضداجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی باشد (اسچيفر، ۲۰۰۹). بازی درمانی یکی از مداخلاتی است که می‌تواند به کودکان در زمینه کشف علایق خود و کسب احساس کنترل بر محیط و استفاده از حل مسئله در برخورد با مشکلات کمک کند. در مورد فرایند پختگی یا رسش، بازی می‌تواند به منظور رشد و توسعه مهارت‌های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسئله به‌کار برده شود که فرصت آگاهی یافتن از محیط را به کودک می‌دهد (محمداسماعیل، ۱۳۸۷). هدف اولیه بازی درمانی شناختی رفتاری نیز شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک است. درمانگران شناختی رفتاری، فعالیت‌های بازی را به‌عنوان وسیله‌ای که نمایانگر احساسات ناهشیار است تفسیر نمی‌کنند. بلکه در هنگام بازی کودکان، از راهبردهای تغییر و اصلاح رفتار بهره می‌گیرند تا رفتارهای سازگارانه آنها را تقویت نمایند یا از موقعیت‌های بازی استفاده کنند تا مهارت‌های حل مسئله و سازگاری اجتماعی را آموزش دهند. همچنین موقعیت‌هایی را برای بازی تدارک می‌بینند تا فعالیت‌هایی را برای کودک فراهم نمایند که با رفتارهای اجتماعی هماهنگ باشد، همانند مشارکت، رعایت نوبت و همدلی با دوستان (اسپرینگر و همکاران، ۲۰۱۲).

در جریان مداخله شناختی رفتاری حاضر نیز سعی شد، کودکان شیوه ناسازگارانه رفتار کردن با کودکان دیگر را با شیوه سازگارانه‌تر جایگزین کنند و مهارت‌های اجتماعی مثبت‌تر را از طریق خودگویی مثبت^{۱۹}، به‌وسیله اسباب‌بازی‌های گوناگون یاد بگیرند و بیان کلامی احساسات را مدل‌سازی کنند و همچنین مهارت‌های متنوع و سودمندی را در زمینه‌های مختلف شناختی، عاطفی و اجتماعی به منظور برقراری ارتباط مناسب با دیگران و حل

مقبولیت اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری باید گفت طبق نظریه یادگیری شناختی اجتماعی بندورا مشکلات رفتاری و نداشتن مهارت اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال رفتاری بر حسب تعامل چندجانبه بین تأثیرات شناختی، رفتاری و محیطی یاد گرفته می‌شود. کودکان با توجه به مشاهده روابط اجتماعی همسالان و نیز بزرگسال‌ها، رفتارهای اجتماعی را از طریق الگوبرداری از رسانه در قالب فیلم و کارتون، والدین و نیز همسالان همجنس و رمزگردانی اطلاعات^{۱۸} مشاهده شده و سپس مرور ذهنی و بازآفرینی می‌آموزند (عبدی، ۱۳۸۷). در این پژوهش نیز با استفاده از آموزش شناختی اجتماعی رفتارهای مطلوب از قبیل همکاری، حمایت‌گری، اطمینان‌بخشی از طریق الگوهای عروسی به کودکان نشان داده شد و کودکان نیز از این رفتارها الگوبرداری کردند و این مسئله باعث کاهش رفتارهای نامطلوب آنها شد. در واقع کودکان با دیدن نمایش عروسی و الگوبرداری از عروسک‌ها یاد گرفتند که چطور با همسالان خود ارتباط برقرار کنند و به حقوق آنها احترام بگذارند و در بازی با آنها مشارکت داشته باشند که این عوامل در افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان مؤثر بوده است و از طرف دیگر با افزایش مهارت‌های اجتماعی، کودکان در میان همسالان خود کارهای انسان‌دوستانه زیادی انجام می‌دهند که این امر باعث گسترش مقبولیت اجتماعی کودکان در بین همسالان می‌شود.

از طرف دیگر برای تبیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری در تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری باید گفت که کودکان با اختلال رفتاری در شناخت مشکلات و به‌کارگیری راهبردهای حل مسئله برای برطرف کردن آنها دارای نقص هستند و در مقایسه با همسالان خود، راه‌حل‌های مثبت کمتری را به‌کار می‌برند (صفری و همکاران، ۱۳۹۱). این نقایص می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه، ایجاد و

رضایی، ز.، پیوسته‌گر، م.، و قدیری، ف. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری به همراه مشارکت والدین در کاهش ترس اجتماعی کودکان. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۴)، ۱۵-۲۶.

سلامت، م.، مقتدایی، ک.، کافی، م.، عابدی، الف.، و حسین خانزاده، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر حافظه و مهارت‌های اجتماعی کودکان با ناتوانی یادگیری املا. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۶)، ۵۵۶-۵۶۶.

سموعی، ر.، باقرزاده، ه.، و سبزواری، م. (۱۳۸۴). سنجش پایایی پرسش‌نامه مقبولیت اجتماعی در دانش‌آموزان دبستانی شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲(۱۰۲)، ۶-۱۲.

صفری، س.، فرامرزی، س.، و عابدی، الف. (۱۳۹۱). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۶)، ۱-۱۱.

عبدی، ب. (۱۳۸۷). مهارت‌های اجتماعی و مشکل‌های رفتاری کودکان پیش‌دبستانی ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی*، ۴(۱۶)، ۳۳۳-۳۴۲.

غیائی‌زاده، آ. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری مایکنیام در کاهش کمروبی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دبستانی شهر ملکشاهی. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۹۶-۱۰۵.

قادری، ن.، اصغری مقدم، م.، و شعیری، م. (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی درمانی شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. *دوماهنامه دانشور رفتار*، ۱۳(۱۹)، ۷۵-۸۴.

قربانیان، ا.، محمدلو، ه.، خانبانی، م.، و یوسفی‌کیا، م. (۱۳۹۵). پیش‌بینی سازگاری اجتماعی و مقبولیت اجتماعی بر اساس سبک‌های دلبستگی در دانش‌آموزان دختر ۱۰-۱۲ ساله دوره ابتدایی شهر تهران. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷(۶۳)، ۹۹-۱۰۶.

کهریزی، س.، مرادی، آ.، و مؤمنی، خ. (۱۳۹۴). اثربخشی شن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۵(۱)، ۱۵۴-۱۷۴.

محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۷). *بازی درمانی*. تهران: انتشارات دانژه.

محمدلو، ه.، قربانیان، ا.، و خانبانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۳)، ۹۹-۱۱۳.

نصری، ش.، خسروجاوید، م.، صالحی، ا.، و حسین خانزاده، ع. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های شناختی اجتماعی بر پرخاشگری و مقبولیت اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی. *مجله علوم رفتاری*، ۹(۱)، ۱۹-۲۶.

واحدی، ش.، فتحی‌آذر، ا.، حسینی‌نسب، د.، مقدم، م.، و کیانی، آ. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *مجله روان‌پزشکی ایران*، ۲(۳)، ۱۰۸-۱۱۴.

یوسفی، ف.، و خیر، م. (۱۳۸۱). بررسی پایایی و روایی مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون و مقایسه عملکرد دختران و پسران دبیرستان در این مقیاس. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۱۸(۲)، ۱۴۷-۱۵۸.

مشکلات به شیوه مؤثر فرا گرفتند که همه این عوامل در تحول مهارت و مقبولیت اجتماعی این کودکان مؤثر بوده است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به فقدان پیگیری نتایج، محدود بودن زمان اجرای دوره آموزشی و عدم همکاری کامل در طول دوره آموزش اشاره نمود. بنابراین پیگیری نتایج در طولانی‌مدت در پژوهش‌های بعدی می‌تواند به رفع این محدودیت‌ها کمک کند. در سطح کاربردی نیز پیشنهاد می‌گردد، از آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی و بازی درمانی شناختی اجتماعی جهت تحول مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایذایی در مداخلات بالینی استفاده گردد.

پی‌نوشت‌ها

1. disruptive behavior disorders
2. hyperactivity
3. aggression
4. conduct disorder
5. social functioning
6. social skills
7. social acceptability
8. sand play therapy
9. attachment-based interventions
10. child symptoms inventory (CSI.4)
11. schizophrenia
12. autism saturated
13. the scale of social skills
14. social acceptability questionnaire
15. self-control
16. spelling learning disability
17. social phobia
18. encoding information
19. positive self-talk

منابع

بهبودی، ه. (۱۳۸۷). مهارت‌های اجتماعی در افراد دچار اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۷۸، ۲۴-۱۶.

تکلی، س. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری. *فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۱)، ۴۴-۵۹.

حسن‌زاده کلاته، ز. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی مهارت‌های اجتماعی بر افزایش محبوبیت کودکان پیش‌دبستانی. *فصلنامه مطالعات دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱(۲)، ۷-۲۶.

رشیدی‌ظفر، م.، جان‌بزرگی، م.، و شقاقی، ف. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمان‌گری بر ارتقای رفتار اجتماعی مثبت کودکان پیش‌دبستانی. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۶۹-۷۷.

- Alisinanoglo, F., Ozbey, S., Ksicioglu, O. S. (2012). Impact of social skill and problem behavior training program on children attending preschool. *A Survey Academic Research*, 2, 321-330.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM*. London: England.
- Bagwell, C. L., Molina, B. S., Pelham, W. E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285-1292.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment based play*. USA: A Wiley Imprint.
- Bradley, M. C., & Mandell, D. (2005). Oppositional defiant disorder. A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *Journal of Experimental Criminology*, 1(3), 343-365.
- Brown, I., & Percy, M. (2007). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. London: Brooks.
- Bunford, N., Evans, S. W., Becker, S. P., & Langberg, J. M. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: A moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. *Journal of abnormal child psychology*, 43(2), 283-296.
- Caldrella, P., & Merrell, K. W. (2008). Common dimensions of social skills of children and adolescents: taxonomy of positive behaviors. *School psychology review*, 26, 264-278.
- Carpenter, E. M. (2000). *A curriculum-based approach for social-cognitive skills training. An intervention targeting aggression in head start preschooler* (Doctoral Dissertation). Texas University.
- Cartledge, G., & Milburn, G. F. (1988). *Teaching social skills to children*. Mashhad: Astan Ghods Razavi.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2007). *The symptom inventories: An annotated bibliography [online]*. Available: www.Chechmateplus.com.
- Grayson, P., & Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 30(3), 69-673.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2006). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of the Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kim, M. J., Doh, H. S., Hong, J. S., & Choi, M. K. (2011). Social skills training and parent education programs for aggressive preschoolers and their parents in South Korea. *Child Youth Services*, 33(6), 838-845.
- Matson, J. L., Esveltd-Dawson, K., & Kazdin, A. E. (1983). Validation of methods for assessing social skills in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(2), 174-180.
- Matson, J. L., Neal, D., Fodstad, J. C., Hess, J. A., Mahan, S., & Rivet, T. T. (2010). Reliability and validity of the matson evaluation of social skills with youngsters. *Journal of behavior modification*, 34(6), 539-558.
- Ragozzino, R. L. (2009). *A study of social desirability and self-esteem*. Proceedings of 37th Annual western Pennsylvania undergraduate psychology conference (pp. 14-18). Pennsylvania, New York.
- Sausser, S., & Waller, H. (2006). A model for music therapy with student with emotional and behavioral disorder. *Journal of the Art in Psychotherapy*, 33, 1-10.
- Schaefer, C. E. (2009). *Play therapy for preschool children*. American Psychological Association's Publication.
- Smith, C. R., Katsiyannis, A., & Ryan, J. B. (2011). Challenges of serving students with emotional and behavioral disorders: Legal and policy considerations. *Journal of Behavioral Disorders*, 36(3), 185-194.
- Springer, C., Misurell, J. R., & Hiller, A. (2012). Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: A three-month follow-up investigation. *Journal Child Sex Abuse*, 21(6), 646-664.
- Tiggs, P. L. (2010). *Play therapy techniques for African-American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders* (Doctoral Dissertation). Capella University.
- Turner, N. E., Macdonald, J., & Somerset, M. (2008). Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: A curriculum for the prevention of problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 367-380.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی