

اثربخشی بازی درمانی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دبستانی پرخاشگر

سیده نرگس موسوی^۱

چکیده

مشکلات رفتاری کودکان همچون پرخاشگری می‌تواند به تعاملات اجتماعی کودکان آسیب جدی وارد سازد. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری و مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دبستانی پرخاشگر در مدارس پسرانه ابتدایی منطقه ۱۶ تهران انجام شد. این پژوهش، یک مطالعه نیمه آزمایش با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه شاهد بود. در این پژوهش، ۳۰ پسر ۷-۱۱ ساله با رفتار پرخاشگرانه شرکت داشتند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از مدارس ابتدایی منطقه ۱۶ تهران انتخاب شده بودند. آزمودنی‌ها به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش، بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری را در ۱۲ جلسه دریافت کردند. در حالی که به گروه شاهد این آزمایش ارائه نشد. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر - فرم والدین (۱۹۷۵) و مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام والیوت (۱۹۹۰) بود. والدین پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر و ملمان مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام والیوت را برای آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. اطلاعات به دست آمده از پرسش‌نامه قبل و بعد از مداخله با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری و نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. در ابتدا مفروضه‌های طبیعی بودن و همگنی واریانس و کوواریانس متغیرها ارزیابی شد. آزمون کلموگروف اسمیرنوف حاکی از آن بود که همه متغیرها طبیعی هستند ($p > 0/05$). آزمون باکس هم فرض همگنی واریانس و کوواریانس و کوواریانس را تأیید کرد؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد. بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری اثر معناداری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پرخاشگر ($p < 0/0001$) دارد.

واژه‌گان کلیدی: بازی درمانی، مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، پرخاشگری.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره و راهتمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

مقدمه

بررسی تاریخچه بزرگ‌سالانی که دچار مشکلات روانی^۱ هستند نشان داده است که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته یا در دوره‌ای از تحول خود، برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده‌اند از آنجایی که اختلال‌های دوران کودکی معمولاً تا سنین بزرگ‌سالی استمرار می‌یابند، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آن‌ها معطوف شده است^۲ (کیرک، ۲۰۱۵).

یکی از مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی پرخاشگری^۳ است که ۱- می‌تواند آسیب فراوانی به کیفیت ارتباط اجتماعی و تحصیلی کودکان وارد کند. ۲- پرخاشگری معمولاً رفتاری است که به قصد صدمه رساندن به خود یا فرد دیگر و یا تخریب اشیا صورت می‌گیرد. پرخاشگری ممکن است به شیوه‌های متفاوتی خود را نشان دهد. خصومت، نشان‌دهنده جنبه شناختی پرخاشگری و خشم، نشان‌دهنده جنبه هیجانی آن است و جنبه رفتاری پرخاشگری نیز به شکل کلامی و جسمانی بروز می‌کند. ۳- گاهی پرخاشگری ناشی از یک احساس ناراحتی است که در آن قرار گرفته است. ۴- کودکان پرخاشگر مشکلات خود را به صورت برون- نمود نشان می‌دهند. ۵- اختلال‌های روان‌شناختی کودکان در دو دسته عمده مشکلات درون نمود و برون نمود دسته‌بندی می‌شود. ۶- اختلال‌های رفتاری برون نمود شامل مشکلاتی است که تظاهر بیرونی دارند و در تعارض با دیگر افراد و محیط قرار می‌گیرند و شامل رفتارهای قانون‌شکنان و پرخاشگرانه‌ای هستند که شامل اختلال نارسایی توجه، برون کنشی، اختلال رفتار هنجاری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند. در مقابل مشخصه اصلی اختلال‌های درون نمود، رفتارهای بیش‌ازحد

^۱ Mental problem

^۲ kirk

^۳ aggressive

مهارشده است که معطوف به درون هستند. شامل سکوت زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداری، ناامیدی، کناره گیری، انزوای اجتماعی و شکایات جهانی هستند^۱. (جتیان و نوری ۱۳۹۰)

مشکلات رفتاری^۲ کودکان در سال‌های اولیه زندگی با رفتار منفی مادر و استرس او در ارتباط است و از این طریق رفتار مشکل ساز کودک موجب کاهش اعتماد به نفس مادر می‌شود. در حقیقت، مشکلات رفتاری کودکان به‌طور عمیقی بر روابط و کنش‌های خانواده اثر می‌گذارد. کودکان در عملکردهای اجتماعی با چالش‌های قابل توجهی مواجه هستند. آن‌ها به راحتی از طرف همسالان خود طرد می‌شوند^۳ (اسبجورن و نورمن، ۲۰۱۷). یک خطر بسیار واقعی این است که کودکان در مارپیچ تعامل‌های منفی گرفتار خواهند شد که به نحو فزاینده‌ای از طرف معلمان و همسالان آزار می‌بینند و آن‌ها را آزار می‌دهند. با توجه به نحوه‌ای که ممکن است معلمان موجب رفتار اخلاص گران شوند، باید سؤال‌هایی را از خودشان درباره آموزش تحصیلی، انتظارات و رویکردهای مدیریت رفتار بپرسند^۴ (هالامان، ۲۰۱۵). نباید معلمان را برای رفتار اخلاص گران که نقشی در آن ندارند مقصر بدانیم، ولی این امر به همان اندازه اهمیت دارد که معلمان هر چیزی را که امکان دارد موجب بد رفتاری کودکان شود حذف کنند. مشکلات رفتاری کودکان پرخاشگر به قدری زیاد است که افراد در حال تلاش برای دوستی با آن‌ها، از این کار دست برمی‌دارند^۵ (بابینسکی، ۲۰۱۷). افراد علاقه خود را نسبت به کسانی که به تماس اجتماعی

^۱ Janatian, nouri

^۲ Behavioral problems

^۳ Esbjorn and normann

^۴ Hallahan

^۵ Babinski

پاسخ مطلوبی نمی‌دهند یا مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند از دست می‌دهند، چون روابط عاطفی نزدیک بر پایه پاسخ‌های اجتماعی دوجانبه شکل می‌گیرد^۱ (افروز، ۱۳۹۵).

مهارت‌های اجتماعی^۲ کودکان پرخاشگر ضعیف‌تر از همسالان عادی آن‌هاست. این کودکان شناخت اجتماعی ضعیفی دارند. مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان مهارت‌های ضروری برای انطباق با نیازهای اجتماعی و حفظ روابط بین فردی رضایت‌بخش تعریف می‌شود / یادگیری مهارت‌های اجتماعی بخشی از مسئله اجتماعی شدن در کودکان است. اجتماعی شدن جریانی است که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد. مهارت‌های اجتماعی بیانگر مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌های که شامل ارتباط، حل مسئله، تصمیم‌گیری، خودمدیریتی، جرئت‌ورزی، تعامل با همسالان و گروه می‌شود و سه مؤلفه مشارکت، ابراز وجود و مهار خود را در برمی‌گیرد^۳ (بابینسکی، ۲۰۱۷).

بیشتر کودکان در ارتباط با اطرافیان (والدین، خواهران، برادران و همسالان) این مهارت‌ها را بدون تلاش و به‌طور خودبه‌خود یاد می‌گیرند ولی کودکان پرخاشگر در این زمینه مشکلاتی دارند به همین دلیل بیشتر این کودکان با عکس‌العمل‌های منفی از سوی بزرگسالان و کودکان دیگر روبه‌رو می‌شوند. کودکانی که مهارت اجتماعی مطلوبی دارند و مشکلات رفتاری عمده‌ای ندارند، در ایجاد رابطه با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی موفق‌تر از کودکانی هستند که این مهارت را ندارند؛ چراکه مهارت‌های اجتماعی ناکافی و مشکلات رفتاری عمده سبب ایجاد روابط بین فردی ضعیف و رشد اجتماعی نامطلوب می‌شود^۴ (فرانک، ۱۹۸۱). مشکلات رفتاری و نشانه‌های اختلال نارسایی توجه -

^۱ Afrooz

^۲ Social skills

^۳ Babinski

^۴ Frank

بیش فعالی در دوره انتقال از دبستان به دوره تحصیلی بعدی بیشتر می‌شود. والدین نیز به مشکلات خود اذعان دارند^۱ (دانیلسون، ۲۰۱۸).

با توجه به اینکه عوامل مختلفی در مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پرخاشگر مؤثر هستند، روش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درمانی متفاوتی را می‌طلبند. بازی‌درمانی^۲ از جمله روش‌هایی است که در بین انواع روش‌های توان‌بخشی به لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی و به‌ویژه کاهش مشکلات رفتاری و کسب مهارت‌های اجتماعی ارزش زیادی دارد. بازی‌درمانی یکی از روش‌های درمان مشکلات رفتاری کودکان است که دنیای درونی و بیرونی کودک را به همدیگر مرتبط می‌سازد^۳ (جین، ۲۰۱۶). بازی درمانی روشی است که به‌وسیله آن، ابزارهای طبیعی حالت کودک یعنی بازی، به‌عنوان روش درمانی به کار گرفته می‌شود و به کودک کمک می‌کند تا فشارها و احساسات خویش را کنترل کند. این نوع درمان در تعلیم و تربیت کودکان استثنایی جایگاه ویژه‌ای دارد^۴ (سلطانی فر و دیگران، ۱۳۹۲).

در بازی‌درمانی از رویکردهای مختلفی استفاده می‌شود که یکی از آن‌ها، رویکرد شناختی رفتاری است^۵ (اکبری و رحمتی، ۱۳۹۶). در واقع یکی از برجسته‌ترین رویکردهای بازی‌درمانی که برای کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی طراحی شده است، بازی‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری است. در این رویکرد بر مشارکت کودک در درمان تأکید می‌شود. در بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این امر از طریق موردتوجه قرار دادن مواردی مانند کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و

^۱ Danielson

^۲ Play therapy

^۳ Jay ne

^۴ Soltanifar and other

^۵ Akbari & Rahmati

اكتساب مهارت‌های اجتماعی عملیاتی می‌شود. در این نوع بازی درمانی از روش‌هایی مانند خود نظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل دهید، خاموش‌سازی و سرمشق دهی استفاده می‌شود که رشد اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی در راستای کاهش مشکلات رفتاری و سازگاری از جمله اهداف نهایی آن است^۱ (مولالی و دیگران، ۱۳۹۶).

در سال‌های اخیر، بهبود مهارت اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان مورد توجه متخصصان و روان‌شناسان قرار گرفته است. از این رو، پژوهش‌های مختلفی در حوزه بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان در سنین مختلف و گروه‌های مختلف انجام شده است. در این راستا، یافته‌های پژوهش^۲ (هوشینا، ۲۰۱۷) حاکی از آن بود که بازی درمانی دیجیتالی باعث افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود. نتایج پژوهش لندرت، ری و براتون بیانگر آن بود که بازی درمانی تأثیر مثبتی بر رفتار و هیجانات کودکان دارد و یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان و آموزش مهارت‌های اجتماعی به آنان است. جنجال اسنایپ و ویتینو در پژوهشی اظهار کردند که بازی‌های مبتنی بر تکنیک‌های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت اجتماعی و هیجانی در افراد، با نیازهای خاص می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد^۳ (صریحی و پورنسابی، ۱۳۹۶) بازی درمانی گروهی سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی می‌شود. یافته‌های پژوهش غیائی زاده نشان

^۱ Movallali and others

^۲ Hoshina

^۳ Sarihi & pournesaei

داد بازی‌درمانی هبشویه شناختی رفتاری مایکنبام در کاهش کم‌رویی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دبستانی مؤثر است. یافته‌های تحقیقاتی حاکی از آن بود که بازی‌درمانی گروهی رفتارهای اجتماعی مثبت و مؤلفه‌های آن از جمله همدلی، جهت‌گیری اجتماعی، رفتار اخلاقی، خودمهارگری، حرمت به خود، اطاعت‌پذیری، جرئت‌ورزی، احترام به قانون و تمایل به مشارکت در گروه آزمایش را به‌طور معناداری افزایش داد^۱ (رشیدی ظفر، جان بزرگی و شقاقی، ۱۳۹۲).

فؤاد الدینی و بیدختی در پژوهشی نشان دادند بازی‌های نمایشی باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی در دختران کم‌توان ذهنی خفیف می‌شود^۲ (فؤاد الدینی و بیدختی، ۱۳۹۲). نتایج مطالعه آذرنیوشان، به پژوه و غباری حاکی از تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی دبستانی بود. یافته‌های پژوهش جنتیان و همکاران حاکی از آن بود که بازی‌درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شد و مشکلات رفتاری آن‌ها کاهش یافت.

با اینکه درمان دارویی در صف اول درمان کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی قرار دارد و تأثیر چشم‌گیری بر میزان توجه و کاهش مشکلات رفتاری دارد، ولی تأثیر آن کوتاه‌مدت است و عوارضی از قبیل بی‌اشتهایی، بی‌خوابی و کاهش وزن هم به دنبال دارد، درحالی‌که بازی‌درمانی، مهارت‌های پیش‌اجتماعی را تقویت می‌کند و مشکلات مربوط به مهارت‌های زندگی روزمره را کاهش می‌دهد^۳ (فریدمن و دیگران ۲۰۱۷). علاوه بر این

^۱ Rashidi – zafar, janbozorgi, shaghaghi

^۲ Foadodini, Beydokhti

^۳ Fridman and others

منجر به تقویت مهارت‌های رفتاری و هیجانی می‌شود. در واقع، بازی‌درمانی رویکردی ساختارمند است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی کودکان را پایه‌ریزی می‌کند. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مشکلات رفتاری دارند یا مهارت‌های اجتماعی آن‌ها ضعیف است رفتارهای سازگارانه تری را می‌آموزند. کودکان می‌توانند از طریق بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری، احساسات منفی و مثبت خود را آشکار سازند و تخلیه روانی شود^۱ (قدوسی و دیگران، ۱۳۹۶). در این رویکرد، اندیشه‌های ناهمخوان همراه با مشکلات رفتاری شناسایی و اصلاح می‌شوند. در حقیقت تغییراتی در فرایندهای شناختی کودک به وجود می‌آید که بر مشکلات رفتاری آن‌ها تأثیر مطلوبی می‌گذارد^۲ (شاه رفعتی، ۱۳۹۵).

از آنجایی که کودکان به‌وسیله همسالان عادی خود به‌عنوان افرادی غیراجتماعی، نگران، مضطرب و عصبی توصیف می‌شوند، این مشکلات ناشی از عوامل مختلفی مانند ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر و کاربرد مهارت‌های اجتماعی است. از طرف دیگر، بازی‌درمانی مانند روان‌درمانی و مشاوره برای بزرگسالان عمل می‌کند. راهی که کودکان عادی برای بیان نیازها به کار می‌گیرند، سخن گفتن در مورد مشکلات است؛ بنابراین، باید روشی را برگزید که به‌اندازه سخن گفتن به کودکان پرخاشگر یاری رساند. با توجه به اینکه در آموزش و پرورش کودکان پرخاشگر قابل‌تأملی هستند و نقش بازی‌درمانی در این حوزه اهمیت بسزایی دارد، اخیراً آموزش بازی‌های مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودکان با نیازهای ویژه موردتوجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است که حاکی از خلأ پژوهشی در این حوزه است.

^۱ Ghodousi and others

^۲ Shah Rafati

به نظر می‌رسد که پژوهش‌های داخلی اندکی در این زمینه انجام شده است و آنچه این پژوهش را از پژوهش‌های قبلی متمایز می‌سازد همین نکته است. همچنین، این پژوهش برخلاف پژوهش‌های قبلی، تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری را بر مشکلات رفتاری و مهارت اجتماعی به‌طور هم‌زمان بررسی می‌کند. در واقع، احتمال می‌رود بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودک در یادگیری مهارت‌های اجتماعی کمک کند تا او بتواند بر برخی مشکلات رفتاری غلبه کند یا آن‌ها را کاهش دهد که این موارد بیانگر اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر است.

علاوه بر این، دور از انتظار نیست که آموزش بازی‌های مبتنی بر مدل شناختی رفتاری به کودکان پرخاشگر توان و جرئت مقابله با مشکلات را بدهد و حل مشکلات نیز به‌نوبه خود موجب شود تا کودک احساس توانمندی بیشتری کند و مهارت‌های اجتماعی مطلوب‌تری را کسب کند؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان دبستانی پرخاشگر است.

روش بررسی

در این پژوهش که از نوع مطالعات نیمه آزمایشی است، از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش از کودکان دبستانی منطقه ۱۶ تهران تشکیل شد. با توجه به میزان شیوع ۵ تا ۱۰ درصدی مشکلات رفتاری می‌توان گفت که حدود ۱۰۰ تا ۱۵۰ نفر از آن‌ها رفتار پرخاشگرانه داشتند. نمونه آماری پژوهش حاضر از مدارس دبستانی شهر تهران منطقه ۱۶ در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ انتخاب شد.

این نمونه شامل ۳۰ پسر ۷ تا ۱۱ ساله با مشکل رفتاری پرخاشگری بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از مدارس دبستانی منطقه ۱۶ تهران انتخاب شدند.

بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۱۵ نفر از هر یک از مراکز دبستانی منطقه ۱۶ به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. به دلیل استفاده از روش پژوهش نیمه آزمایشی، حجم مطلوب برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر است. البته در تعیین حجم نمونه به پیشینه‌های پژوهشی نیز توجه شده است. انتساب گروه‌ها به شاهد و مداخله نیز به طور تصادفی صورت پذیرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن رفتار پرخاشگرانه و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی، حضور در مراکز دبستانی، تمایل به شرکت در پژوهش و زندگی با والدین بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه مشکلات رفتاری راتر^۱

از این مقیاس برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان استفاده می‌شود. مایکل راتر در سال ۱۹۷۵ این پرسش‌نامه را ساخت که دو فرم والدین (الف) و معلم (ب) دارد. فرم الف ۱۸ عبارت دارد و توسط والدین تکمیل می‌شود. فرم ب ۳۰ عبارت دارد و توسط معلمان تکمیل می‌شود. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد و مادران حدود ۲۰ دقیقه با توجه به رفتارهای فرزندشان در دوازده ماه گذشته به پرسش‌ها پاسخ دادند. این پرسش‌نامه پنج خرده مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، و کمبود توجه دارد.

^۱ Rutter child behavior questionnaire for parents

نمره‌گذاری به صورت «صفر: اصلاً درست نیست»، «۱: درست نیست» و «۲: تا حدودی درست است» انجام می‌شد. دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۳۶ است که نمره ۱۳ نقطه پرش محسوب می‌شود. کودکانی که نمره ۱۳ یا بالاتر بگیرند، دارای مشکل رفتاری شناخته می‌شوند. راتر و کاکس پایایی باز آزمایی و پایایی درونی این پرسش‌نامه را بافاصله زمانی دو ماه ۰/۷۴ گزارش کردند. میزان توافق پرسش‌نامه ۷۶/۷ به دست آمد. توکلی زاده و همکاران در ایران پایایی این پرسش‌نامه را با روش دونیمه کردن و باز آزمایی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی و روایی پرسش‌نامه مشکلات رفتاری به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۸ بود.

مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی^۱

گرشام و الیوت در سال ۱۹۹۰ این مقیاس را ساختند که سه فرم والدین، معلمان و دانش آموزان دارد و برای سه دوره تحصیلی پیش‌دبستانی، دبستان و راهنمایی - دبیرستان طراحی شده است. در این پژوهش از فرم معلمان مقیاس درجه‌بندی مهارت اجتماعی

جدول ۱. هدف و محتوای جلسات بازی‌درمانی در گروه آزمایش

جلسات	هدف	محتوا
۱	آشنایی و ترغیب به همکاری و افزایش مهارت خودآگاهی	نمایش کارتون و نقاشی تخیلی
۲		بازی با مداد رنگی، آبرنگ، تخته‌سیاه و دومینوی گروهی
۳	بهبود مهارت‌های حرکتی و خودکنترلی	بازی با نخ و تسبیح و خمیربازی، ساختن پازل انسان به صورت گروهی
۴		کار با شن، ساختن مجسمه‌های شنی و بازی با مکعب‌های چوبی

^۱ Social skills rating scale or ssrs

۵	تقویت همکاری و ابراز هیجان	بازی با قوطی تمیز شنیداری، خمیربازی گروهی و موزیک
۶		لگوی گروهی، عروسک انگشتی، قصه و بازی با توپ و سطل
۷	بهبود مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری	بازی تقلید صدا، کاردستی گروهی، دارت و پازل اعداد و حروف
۸		بازی نقش با بچه‌ها، کپی اشکال هندسی، کپی اشکال پنهان و بازی با اشیای درون کیسه
۹	تقویت فعالیت‌های مشارکتی و ارتباط بین فردی و گروهی	حباب بازی گروهی، کارت‌های آموزشی، دومینوی فردی و پازل گروهی
۱۰		بازی با بادکنک، مهره نخ کردن و داستان‌گویی از روی تصویر به صورت گروهی
۱۱	آگاهی از نشانه‌های رفتاری و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه	خمیربازی گروهی، توپ‌بازی گروهی و ساختن داستان
۱۲		لگو با الگو، بازی با آهنگ و قصه‌گویی

ویژه دانش آموزان دبستانی استفاده شد. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس همکاری، ابراز وجود و مهار خود است که هر خرده مقیاس ده گویه دارد و به کمک مقیاس سه‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به طوری که به گزینه «هرگز» نمره صفر، به گزینه «بعضی اوقات» نمره ۱ و به گزینه «بیشتر اوقات» نمره ۲ تعلق می‌گیرد.

از مجموع نمره‌های خرده مقیاس‌های هر فرد، نمره مهارت‌های اجتماعی او به دست می‌آید. حداکثر نمره در این مقیاس ۶۰ است. نمرات بالاتر بیانگر مهارت اجتماعی بهتر است. ضریب اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است. موللی و همکاران با اجرای این مقیاس روی کودکان کم‌شنوای ایرانی، ضریب پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و همچنین روایی آن را از طریق تحلیل عاملی ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی و روایی مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۲ بود.

در اولین مرحله پژوهش، پرسش‌نامه مشکلات رفتاری و مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی در مراکز دبستانی منتخب به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. در مرحله بعد، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری توسط یک روان‌شناس آموزش‌دیده در ۱۲ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای طی تقریباً دو ماه و هفته‌ای دو جلسه در مراکز دبستانی به گروه آزمایش آموزش داده شد. به گروه شاهد این نوع آموزش ارائه نشد. محتوای جلسات آموزشی برای گروه آزمایش در جدول شماره ۱ ارائه شده است. این برنامه با استفاده از کتاب‌های کلیات بازی‌درمانی محمد اسماعیل و پژوهش موللی و همکاران و با همکاری دو نفر از متخصصان آموزش و روان‌شناسی کودکان با نیازهای ویژه با توجه به رویکرد شناختی رفتاری تهیه شده است.

جلسات بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری باهدف آشنایی و ترغیب به همکاری، افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی، افزایش مهارت خودآگاهی، افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی و بهبود مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری در راستای ارتقای مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان پرخاشگر طراحی شد. در اجرای برنامه به ویژگی‌های رفتاری و شناختی کودکان پرخاشگر توجه شد. با توجه به محدودیت آن‌ها در حوزه توجه و شناخت، مطلب به زبان ساده و بر اساس محتوای فعالیت‌های کمک‌آموزشی (پیش‌نیاز آموزش دبستانی) در دوره دبستانی انتخاب شد.

در جلسه اول، درمانگر قوانین و فعالیت‌های جلسه‌های بازی‌درمانی را با کودکان در میان گذاشت. همچنین موضوع مهارت‌های اجتماعی کودکان با توجه به ابعاد شناختی و رفتاری با استفاده از نمایش کارتون، نقاشی تخیلی و کارگروهی ادامه یافت. در جلسات

بعد با استفاده از بازی‌های گوناگون که به‌طور مختصر در جدول شماره ۱ معرفی شده‌اند، با تأکید بر انجام گروهی آن‌ها و مشارکت آزمودنی‌ها پیگیری‌ش. در حیطه جلسات از روش‌های نمایشی، ایفای نقش و مشارکتی استفاده شد. طرح درمانی جلسات روی افزایش خودکنترلی کودک، آگاه‌سازی کودکان نسبت به نشانه‌های رفتارهای اجتماعی و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه متمرکز بود. مداخله‌های شناختی و رفتاری به کار گرفته شده شامل خود نظارتی، فنون مدیریت وابستگی شامل تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی بود.

در پایان جلسات آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری، هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه مشکلات رفتاری و مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی بار دیگر ارزیابی شدند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، پس از گرفتن رضایت کتبی از والدین کودکان شرکت‌کننده در پژوهش و جلب همکاری کودکان، پژوهش صورت گرفت.

به مسئولان مراکز و والدین کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج‌شده به‌صورت محرمانه باقی می‌ماند؛ نتایج حاصل از پژوهش در سطح کلی گروه‌ها گزارش می‌شود تا برای پیشبرد اهداف تعلیم و تربیت در اختیار روان‌شناسان و متخصصان تعلیم و تربیت و مراکز آموزش کودکان دبستانی قرار گیرد. علاوه بر این، کارگاه بازی‌درمانی به مدت دو روز برای گروه شاهد برگزار شد و جزوهای در خصوص محتوای جلسات به‌دست آمده قبل و بعد از برگزاری جلسات آموزشی برای هر دو گروه با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی بیانگر سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۴۰ و ۰/۳۷ و در گروه شاهد با میانگین و انحراف استاندارد ۵/۳۳ و ۰/۲۹ بود. برای بررسی اثر متغیرهای کنترل پژوهش از جمله سن آزمودنی‌ها از آزمون آماری t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و شاهد از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود توجه) و همچنین مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن (مشارکت، ابراز نئند، مهار خود) در دو گروه آزمایش و شاهد در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و شاهد در جدول شماره ۲ ارائه شده است. مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌ها در همه متغیرها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف اسمیرنوف بررسی و تأیید شد ($p > ۰/۰۵$). برای تعدیل اثر پیش‌آزمون و به علت وجود یک متغیر مستقل (بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری) * و دو متغیر وابسته (مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی) از دو آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری و همچنین برای تحلیل خرده مقیاس‌های هر متغیر مستقل از دو آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

برای تعیین تأثیر بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری، مفروضه همگنی شیب‌خط رگرسیون بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که تعامل بین

شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ($F = ۲/۳۳$ و $p < ۰/۲۹$) یعنی داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت کرد. نتایج آزمون لون نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود ($F = ۰/۷۶$ و $p < ۰/۰۹$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری برقرار است که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری داشت ($F = ۶۹/۴۵$ و $p < ۰/۰۰۱$). بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۶۷ درصد آر تغییر متغیر مشکلات رفتاری به علت اثر مداخله است. برای تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری (پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود وجه)، آزمون باکس، فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد که برابر با $Box's M = ۱۳/۷۷$ و $P = ۰/۲۴$ بود. مفروضه شیب خط را رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود.

آزمون کرویت بارتلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود ($p = ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون لون بیانگر برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها بود ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری برقرار است. به این منظور، متغیرهای پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، کمبود توجه در گروه آزمایش و گواه در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی محاسبه شد ($F = ۳/۲۷$ و $p = ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به‌منظور پی بردن

به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج هریک در جدول شماره ۴ آمده است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۴، گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون پرخاشگری و بیش‌فعالی ($F = 23/18$)، اضطراب و افسردگی ($F = 11/76$)، ناسازگاری اجتماعی ($F = 14/29$)، رفتارهای ضداجتماعی ($F = 15/43$) و کمبود توجه ($F = 20/87$) داشت ($p < 0/0001$). بر اساس مجذور اتا می‌توان بیان کرد به ترتیب ۷۰، ۵۱، ۶۲، ۶۶ و ۶۸ درصد از تغییرات هریک از متغیرهای پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و کمبود توجه به علت اثر مداخله است.



جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی گروه آزمایش و شاهد

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش			گروه شاهد		
		میانگین	انحراف معیار	نرمالیتی	میانگین	انحراف معیار	نرمالیتی
پرخاشگری و بیش‌فعالی	پیش‌آزمون	۵/۲۷	۱/۴۷	۰/۱۳	۵/۲۴	۱/۲۶	۰/۱۲
	پس‌آزمون	۴/۱۱	۱/۰۸	۰/۱۹	۵/۱۷	۱/۳	۰/۰۸
اضطراب و افسردگی	پیش‌آزمون	۳/۰۱	۱/۵۲	۰/۳۴	۳/۰۳	۱/۲۸	۰/۱۷
	پس‌آزمون	۲/۳۳	۱/۵۷	۰/۲۴	۳/۰۴	۱/۰۷	۰/۱۱
ناسازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۴/۲۶	۱/۳۹	۰/۰۸	۴/۳۲	۱/۲۹	۰/۱۹
	پس‌آزمون	۳/۲۱	۱/۱	۰/۱۲	۴/۳۴	۱/۶۴	۰/۲۹
رفتارهای ضداجتماعی	پیش‌آزمون	۴/۴۸	۱/۸۷	۰/۱۷	۴/۲۹	۱/۱۷	۰/۳۲
	پس‌آزمون	۳/۳۹	۱/۰۸	۰/۴۱	۴/۲۸	۱/۷۷	۰/۰۷
کمبود توجه	پیش‌آزمون	۵/۷۷	۱/۳۹	۰/۲۲	۵/۷۶	۱/۵۶	۰/۳
	پس‌آزمون	۳/۳۴	۱/۱۴	۰/۱۴	۴/۷۳	۱/۵۵	۰/۱۲
مشکلات رفتاری کلی	پیش‌آزمون	۲۲/۷۹	۳/۰۴	۰/۰۷	۲۲/۶۴	۲/۷۷	۰/۱۹
	پس‌آزمون	۱۶/۳۸	۲/۱۳	۰/۱۳	۲۲/۵۶	۲/۶۹	۰/۱۴
مشارکت	پیش‌آزمون	۷/۰۴	۲/۳۱	۰/۲	۷/۱۱	۲/۶۱	۰/۲۶
	پس‌آزمون	۱۱/۶۷	۱/۹۱	۰/۱۱	۷/۶۸	۲/۵۴	۰/۲۳
ابراز وجود	پیش‌آزمون	۸/۲۲	۱/۹۸	۰/۱۶	۸/۲۱	۲/۳۳	۰/۱۹
	پس‌آزمون	۱۲/۶۶	۲/۵	۰/۳۳	۸/۲۷	۲/۳۷	۰/۲۸
مهارت خود	پیش‌آزمون	۶/۹۴	۲/۸۴	۰/۱۹	۷/۰۱	۲/۵۳	۰/۱۷
	پس‌آزمون	۱۰/۵۳	۲/۴۵	۰/۱۸	۷/۱۱	۲/۶۸	۰/۱۳
مهارت‌های اجتماعی کلی	پیش‌آزمون	۲۲/۲	۳/۳۷	۰/۲۱	۲۲/۳۳	۴/۰۸	۰/۱۵
	پس‌آزمون	۳۴/۸۶	۳/۸۲	۰/۰۹	۲۳/۰۶	۳/۴۷	۰/۱

برای تعیین تأثیر بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی، مفروضه همگنی شیب‌خط رگرسیون بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ($p < ۰/۳۳$ و $F = ۵/۷۴$)؛ یعنی داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت کرد. نتایج آزمون لون نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود

($p < ۰/۱۱$ و $F= ۰/۰۴۱$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری برقرار است که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نمره پس آزمون مشکلات رفتاری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۲/۰۵	۱	۱۲/۰۵	۲/۸۷	۰/۰۴	۰/۲۱	۰/۷۶
گروه	۱۴۷/۶۲	۱	۱۴۷/۶۲	۶۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۴
خطا	۶۸/۸۱	۲۷	۲/۵۹				

جدول ۴: نتایج تفکیکی کوواریانس چند متغیری برای خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
منابع تغییر (گروه)						
پرخاشگری و بیش‌فعالی	۳۹/۲۸	۱	۳۹/۳۸	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰
اضطراب و افسردگی	۱۷/۱۹	۱	۱۷/۹۱	۱۱/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
ناسازگاری اجتماعی	۲۳/۶۴	۱	۲۳/۶۴	۱۴/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
رفتارهای ضداجتماعی	۲۵/۸۷	۱	۲۵/۸۷	۱۵/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
کمبود توجه	۳۱/۰۴	۱	۳۱/۰۴	۲۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نمره پس آزمون مهارت‌های

اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۶۲/۳۸	۱	۶۲/۳۸	۴/۱۵	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۸۱
گروه	۸۶۷/۵۲	۱	۸۶۷/۵۲	۵۷/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۴
خطا	۴۰۵/۵۴	۲۷	۱۵/۰۲				

با توجه به نتایج جدول شماره ۵، گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون مهارت‌های اجتماعی داشت ($F = ۵۷/۷۷$ و $p < ۰/۰۰۰۱$). بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۶۱ درصد از تغییر متغیر مهارت‌های اجتماعی به علت اثر مداخله است. برای تعیین تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر خرده مقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی (مشارکت، ابراز وجود و مهار خود)، آزمون باکس فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد که برابر با باکس فرض همگنی واریانس و کوواریانس را تأیید کرد که برابر با $Box's M = ۲۰/۵۱$ و $p = ۰/۲۷$ بود. مفروضه شیب خط رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود. آزمون کرویت بارتلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود ($p = ۰/۰۰۰۱$). نتایج آزمون لون بیانگر برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها بود ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری برقرار است.

به این منظور، متغیرهای مشارکت، ابراز وجود و مهار خود در گروه آزمایش و گواه در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی محاسبه شد ($F = ۲/۶۴$ و $p = ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به منظور پی بردن

به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج هر یک در جدول شماره ۶ آمده است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۶، گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون مشارکت ($F = 64/30$) ابراز وجود ($F = 54/48$) و مهار خود ($F = 39/09$) داشته است ($p < 0/0001$). با توجه به مجذور اتا می توان بیان کرد که به ترتیب ۶۹، ۵۸ و ۵۲ درصد از تغییرات هر یک از متغیرهای مشارکت، ابراز وجود و مهار خود از شرکت کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری در برنامه بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری ناشی می شود.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت های

جدول ۶. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری برای خرده مقیاس های

مهارت های اجتماعی

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذورات اتا
گروه	مشارکت	۱۶۶/۰۵	۱	۱۶۶/۰۵	۶۴/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	ابراز وجود	۱۲۳/۶۴	۱	۱۲۳/۶۴	۵۴/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
	مهار خود	۵۱/۹۲	۱	۵۱/۹۲	۳۹/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲

اجتماعی کودکان دبستانی پرخاشگر انجام شد. بررسی نتایج این پژوهش بیانگر آن است که آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری و مؤلفه‌های آن از جمله پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و کمبود توجه در کودکان دبستانی پرخاشگر می‌شود.

این یافته با نتایج پژوهش‌های لندرت و همکاران مبنی بر اثر بخشی مثبت بازی‌درمانی بر رفتار و هیجانات کودکان، پژوهش صریحی و همکاران در خصوص تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی، آذرنیوشان و همکاران مبنی بر تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و جنینان و همکاران در خصوص اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش معنادار مشکلات رفتاری کودکان با مشکل رفتاری پرخاشگری همخوانی دارد.

در تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری شد می‌توان گفت که بازی‌درمانی سبب می‌شود کودکان آگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و راه‌های مناسب‌تری برای مشکلات بیابند.

در خصوص تبیین دومین یافته پژوهش مبنی بر اینکه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به کاهش پرخاشگری و بیش‌فعالی آزمودنی‌ها شد، می‌توان عنوان کرد که برنامه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری که در دوازده جلسه اجرا شد بر مشارکت کودک در درمان تأکید داشت. در بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این امر از طریق توجه به کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت‌های اجتماعی آموزش داده می‌شود. علاوه بر این، در این نوع بازی‌درمانی

از روش‌هایی مانند خود نظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی استفاده می‌شود؛ بنابراین غیرطبیعی نیست وقتی چنین برنامه نظام‌دار، ساختاریافته و هدفمندی اجرا شود، پرخاشگری و بیش‌فعالی و همچنین اضطراب و افسردگی کودکان شرکت‌کننده در برنامه کاهش یابد.

در تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری سبب کاهش ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضداجتماعی کودکان پرخاشگر شد، می‌توان گفت این کودکان در برخی از جنبه‌های رشد و تحول، به‌ویژه در زمینه مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی دچار مشکل هستند و نسبت به کودکان عادی چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و بسیاری اوقات عامل اصلی مشکلات آن‌ها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی، ضعف در مهارت‌های اجتماعی است. این در حالی است که در بازی‌درمانی فرصت تجربه هیجان‌های مختلف برای کودکان فراهم می‌شود. صریح‌تر اینکه بازی‌درمانی، نوعی تزریق واکسن روانی و اجتماعی برای کودک است که ناسازگاری اجتماعی او را می‌کاهد و به کاهش رفتارهای ضداجتماعی او کمک می‌کند؛ بنابراین بعید نیست که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری سبب کاهش ناسازگاری اجتماعی و رفتارهای ضداجتماعی کودکان پرخاشگر شود.

برای تبیین این یافته بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری باعث تبیین این یافته مهارت ارتباطی و اجتماعی کودکان دبستانی شد، می‌توان عنوان کرد که اگر برنامه‌های آموزشی از طریق بازی آموزش داده شود و متناسب با سن، علاقه و نیازهای کودکان باشد مفیدتر است و در بهبود رفتار آن‌ها نقش مؤثرتری خواهد داشت. از طرف دیگر، بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که رفتار افراد به روشی

بستگی دارد که جهان را تفسیر می‌کنند. به بیان دیگر، ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجان و رفتاری او را به موقعیت تعیین می‌کند. برای آنکه بازی‌درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد، باید فعالیت‌ها ساختاریافته و هدف‌گرا باشند و کودک را برانگیزانند. مداخله حاضر این ویژگی‌ها را داشت؛ یعنی فعالیت‌ها ساختارمند و هدف‌گرا بودند. پس دور از احتمال نیست که باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان پرخاشگر شود.

بخش دیگری از نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن از جمله مشارکت، ابراز وجود و مهار خود در کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری بود، این یافته با نتایج پژوهش‌های هوشینا و همکاران مبنی بر اثربخشی بازی‌درمانی دیجیتال بر افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان، جیندال اسنایپ و ویتربو و فوالدینی و بیدختی مبنی بر اثر بخشی بازی‌های نمایشی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی خفیف و سلطانی فر و همکاران مبنی بر تأثیر بازی‌درمانی در کاهش تنش کودکان همخوانی دارد.

همچنین با نتایج پژوهش‌های آذرنیوشان و همکاران درباره تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات و اختلالات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، مهوش ورنوسفادرانی و همکاران مبنی بر اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های اجتماعی و هر سه خرده‌مقیاس آن یعنی همکاری، قاطعیت و خویش‌داری همخوان است. علاوه بر این، با نتایج مطالعات رشیدی ظفر و همکاران مبنی بر اثر بخشی بازی‌درمانی در بهبود مهارت‌های اجتماعی در کودکان همسو است.

در تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود می‌توان عنوان کرد که به نظر می‌رسد مشکلات رفتاری در

اکتساب مهارت‌های اجتماعی کودکان تأثیر نامطلوبی داشته باشد و کودکان پرخاشگر در مقایسه با همسالان خود، سطح تحمل و شکست پایین‌تری دارند. همچنین در برخی تحقیقات گزارش شده است که پرخاشگری با ناهماهنگی در تحول شناختی، رفتاری و اجتماعی همراه است. با توجه به اینکه در بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بیشتر از فعالیت‌های هیجانی، عملی و غیرکلامی استفاده می‌شود و از لحاظ نظری، بر تعامل فرد و محیط تأکید می‌شود و اکتساب مهارت‌های اجتماعی محصول تعامل ویژگی‌های فرد و ماهیت رویدادهایی است که فرد با آن مواجه است، احتمال می‌رود این درمان بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پرخاشگر مؤثر باشد.

در خصوص تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر میزان مشارکت کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری اثربخشی مثبت و معناداری داشته است، می‌توان عنوان کرد که پرخاشگری باعث محدودیت در میزان مشارکت کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری اثربخشی مثبت و معناداری داشته است، می‌توان عنوان کرد که پرخاشگری باعث محدودیت در میزان همکاری و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی کودکان پرخاشگر می‌شود. از سوی دیگر، بازی موجب بهبود فرایندهای یادگیری از جمله مشاهده، تجربه‌آموزی، حل مسئله و خلاقیت در کودکان می‌شود.

نکته دیگر اینکه تجربه هیجان‌های مختلف در بازی‌درمانی می‌تواند در نهایت امنیت و آرامش، از راه نمادهای خیالی و اسباب‌بازی‌ها بیان شود. بازی روشی است که در آن، کودک احساسات خود را نشان می‌دهد، روابط خود را گسترده‌تر می‌کند، تجربیاتش را می‌نماید، آرزوهایش را آشکار می‌سازد و به خود شکوفایی می‌رسد. در واقع با شرایطی که در بازی برای کودک فراهم می‌شود، رفتارها و افکار او به چالش کشیده می‌شود و

چون جنبه تمرین و بازی دارد در فعال‌تر شدن او مؤثر است. پس دور از انتظار نیست که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر میزان مشارکت کودکان دبستانی با مشکل رفتاری پرخاشگری تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

برای تبیین این یافته که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر ابراز وجود کودکان دبستانی پرخاشگر اثربخشی مثبت و معناداری داشت، می‌توان گفت که کودکان پرخاشگر در مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود با مشکلاتی مواجه هستند که نتیجه آن احساس تنهایی، انزوا، ناامیدی و وابستگی است. علاوه بر این، تهیه و اجرای یک راهنمای کاربردی و عملی برای این کودکان دشوار است. این کودکان در برخی از جنبه‌های رشد و تحول، به‌ویژه در زمینه ابراز وجود دچار مشکل هستند و نسبت به کودکان عادی چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و در بسیاری از اوقات عامل اصلی مشکلات آن‌ها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی، ضعف در ابراز وجود است. از این رو، متخصصان در زمینه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری برای بهبود ابراز وجود کودکان با مشکل رفتاری پرخاشگری تأکید ویژه‌ای دارند.

در راستای تبیین آخرین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری منجر به بهبود مهار خود در کودکان دبستانی پرخاشگر شد می‌توان عنوان کرد که رفتار پرخاشگرانه تأثیر نامطلوبی بر شرایط زندگی می‌گذارد و با سطح فعالیت نامناسب رشدی، تحمل محرومیت پایین، تکانش‌گری و رفتارهای آشفته همراه است و کودکان پرخاشگر در کنترل و مهار رفتارهای خود با چالش‌های زیادی مواجه هستند. این در حالی است که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری شامل خود نظارتی، فنون مدیریت وابستگی یعنی تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و سرمشق‌دهی می‌شود.

علاوه بر این، بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری راه‌های جامعه‌پذیری را برای افراد پرخاشگر مهیا می‌کند، به طوری که آن‌ها به عنوان یک عضو مفید و سالم وارد جامعه می‌شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی مصون می‌مانند. بدین معنا که کودکان با پرخاشگری یاد می‌گیرند چگونه تصمیم بگیرند، تفکر خلاق و انتقادی داشته باشند، احساس مسئولیت‌پذیری را در خود افزایش دهند و از همه مهم‌تر چگونه نحوه رفتار نامناسب با همسالان را یاد بگیرند.

همچنین کودکان از طریق مشارکت در این نوع بازی‌درمانی می‌توانند مسائل خود را حل کنند و فرصت یابند تا احساسات آزاردهنده خود را بروز دهند و در معرض نمایش بگذارند. پس دور از انتظار نیست که بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مهار خود در کودکان دبستانی با رفتار پرخاشگرانه تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که عبارت‌اند از: تأثیر متغیرهایی مانند سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها که در پژوهش حاضر نشد؛ به ویژگی‌های شخصیتی کودکان توجه نشد؛ حجم نمونه کم بود، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و با توجه به محدودیت زمانی، محقق برای اجرای آزمون پیگیری فرصتی نیافت؛ بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به سن آزمودنی‌ها و ویژگی‌های شخصیتی کودکان پرخاشگر توجه شود؛ سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها مدنظر قرار گیرد؛ و پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بیشتر و اجرای آزمون پیگیری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری روی سایر گروه‌های کودکان استثنایی انجام شود و همچنین

این برنامه آموزشی در مدارس به صورت رایگان اجرا شود تا مشکلات رفتاری کودکان کمتر شود و مهارت‌های اجتماعی ارتقا یابد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری و بهبود مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن‌ها در کودکان پرخاشگر مؤثر است؛ چراکه بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری راه‌های جامعه‌پذیری را برای افراد پرخاشگر مهیا می‌کند. به طوری که آن‌ها به عنوان یک عضو مفید و سالم وارد جامعه می‌شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی مصون می‌مانند. کودکان پرخاشگر یاد می‌گیرند که چگونه تصمیم بگیرند؛ تفکر خلاق و انتقادی داشته باشند؛ احساس مسئولیت‌پذیری را در خود افزایش دهند و از همه مهم‌تر چگونه نحوه رفتار مناسب با همسالان را یاد بگیرند.

علاوه بر این، بخش عمده‌ای از مشکلات کودکان پرخاشگر که منجر به خود ناتوان‌سازی در آنان می‌شود، در ارتباط با عملکرد و رفتار در زندگی شخصی و اجتماعی آن‌هاست. این کودکان به این دلیل که نمی‌توانند به طور خودبه‌خود و بدون کمک دیگران مهارت‌های اجتماعی را بیاموزند، نیازمند نشانه‌های موقعیتی، فهم اهداف و درگیر شدن در تعاملات زندگی و اجتماعی هستند. آن‌ها فقط در صورت برخورداری از آموزش مناسب خواهند توانست همانند همسالان عادی خود به برخی از سطوح اکتسابی مهارت‌های اجتماعی دست یابند، چراکه آموختن از طریق بازی شامل نظم‌بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس‌ها و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی،

رشد اخلاقی و خودکارآمدی را در برمی گیرد و رشد خود، رشد اجتماعی، رشد هیجانی و رشد شناختی را تسهیل می کند. در نهایت موجب کاهش مشکلات رفتاری و بهبود رفتارهای اجتماعی می شود؛ بنابراین، بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری در کسب مهارت های اجتماعی کودکان پر خاشگر نقشی حساس و مهمی دارد و کاهش مشکلات رفتاری و همچنین ارتقای سطوح مهارت های اجتماعی در این کودکان دور از انتظار نخواهد بود.



منابع

- ۱) جنتیان، سیمیا، نوری، ابوالقاسم، سما واتیان، حسین؛ (اثربخشی بازی‌درمانی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری بر نشانه‌های خشم و اختلال بیش‌فعالی، مجله روانشناسی کودک و نوجوان ۱۳۹۷
- ۲) عاشوری، محمد، جلیل آبکنار، سیده سمیه؛ دانش آموزان با نیازها و آموزش کلی، تهران: رشد فرهنگ ۱۳۹۵
- ۳) پور محمدرضا تجریش، معصومه؛ جلیل آبکنار، سمیه، عاشوری، محمد؛ به پژوه، احمد؛ اثر آموزش بازداری پاسخ بر حافظه کاری در توجه کودکان دارای اختلال و بایگانی بازسازی ۱۳۹۴
- ۴) آذرنيوشان، بهزاد؛ به پژوه، احمد، غباری بناب، باقر؛ (اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی با ناتوانی‌ها ذهنی مجله کودکان استثنایی، ۱۳۹۱
- ۵) افروز، غلامعلی، عاشوری، محمد؛ روانشناسی مدیریت رفتاری کودکان بیش‌فعال و مضطرب. تهران: دانشگاه تهران ۱۳۹۶
- ۶) جلیل آبکنار، سیده سمیه؛ عاشوری، محمد؛ افروز، غلامعلی (تأثیر آموزش رفتار اجتماعی بر مهارت‌های اجتماعی نوجوانان با ناتوانی ذهنی بایگانی با سازی ۱۳۹۲
- ۷) بهروز سرچشمه، سعید، کریمی، محمد؛ جلیل آبکنار، سیده سمیه با اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های اجتماعی؛ دانش آموزان دبیرستانی با ناتوانی ذهنی - روانشناسی بالینی ۱۳۹۷
- ۸) سلطانی فر، عاطفه با اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی بر علائم اختلال ترومای پیشرفته در کودکان ۹-۳ سال مجله سلامت روان ۱۳۹۲
- ۹) قدوسی، نیلوفر، ساجدی، فتح اله، میرزایی، هوشنگ؛ (اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری بیرونی کودکان کار و خیابانی مجله توان‌بخشی ایرانیان ۱۳۹۶
- ۱۰) شاه رفعتی، فاطمه، پور محمدرضایی تجریش، معصومه، پیشیاره، ابراهیم؛ میرزایی، هوشنگ، بیگلریان، اکبر، اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر ارتباط کودکان ۸ تا ۵ سال مبتلابه اختلال اتیم با عملکرد بالا بازسازی بایگانی ۱۳۹۵

- ۱۱) فواد الدین، منصور، بیدختی، م؛ با اثربخشی متأثر درمانی بر مهارت‌های اجتماعی و تنظیم رفتار دختران عقب‌مانده ذهنی مجله پژوهش در علوم توان‌بخشی ۱۳۹۲
- ۱۲) فلاح‌پور، حسن، مقاله پرخاشگری از من تا جامعه من، مجله سپید.
- ۱۳) ابوالمعالی، خدیجه؛ پرخاشگری، ماهیت علل و پیشگیری، چاپ اول، تهران. نشر ارجمند
(۱۳۹۱)

- ۱۴) Kirk s, Gallagher MR. Educating exceptional chil-dren. New York: Elsevier, ۱۰۱۵
- ۱۵) Malka M, Marshall HR. Mothers of children with LD and ADHD: Empowerment through Online communication. Journal of Education Technology. ۲۰۰۹, ۲۴(۱):۳۹-۴۹. [DOI: ۸۰,۸۰۸۰/۸۵۳۷۴۴۱۶,۱۰۱۵,۱۱۰۵۱۳۷][PMID]
- ۱۶) Esbjorn BH, Normann N, Christianses BM, Reinholdt-Dunne,ML.The efficacy of group metacognitive therapy for children(MCT-c)with generalized anxiety disorder:An open trial. jour-nal of Anxiety Disorder.۲۰۱۸:۵۳:۱۶-۱۱. [DOI:۱۰,۱۰۱۶/j.janxdis.۱۰۱۷,۱۱,۰۰۱][PMID]
- ۱۷) Bulgan C, Ciftici A.Psychological adaptation, material satisfaction,and academic self-efficacy of international students.Journal of International Students.۲۰۱۷ ۷(۳):۶۸۷-۷۰۲.
- ۱۸) Babinski DE,Mills SI, Bansal PS.the effects of behavioral par-ent training with adjunctive social skills training for a preadolescent girl with ADHD and borderline personality features.Clinical case studies.۱ ۱۷ (۱۳):۱۱-۳۷/[DOI:۱۰,۱۱۷۷/۱۵۳۴۶۵۰,۱۱۷۷۴۱۷۰۷]
- ۱۹) Mahvashevernofaderani A, Adibereshki N, Movallali G. [the effectiveness of life skills training on the social skills of hearing impaired secondary school students in inclusive schools (per-sian)].Journal of Research on Rehabilitation Scirnse. ۸ ۸۸ (۳):۴۷۷-۸۸.
- ۲۰) Altun i.The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. Nurse Education today. ۲۰۰۳ ۲۳(۸):۵۷۵-۸۴. [DOI:۱۰,۱۰۱۶/S۰۱۶۰-۶۹۱۷(۰۳)۰۰۹۶-۰]
- ۲۱) Roderick DOH, keith CR, John DKL, Promoting social communication in a child with specific language impairment. Com-munication Disorders Quarterly.۲۰۱۵ ۳۷(۴):۱۹۹-۱۱۰. [DOI:۱۰,۱۱۷۷/۱۵۲۵۷۴۰,۲۲۵۵۹۵۳۴۶]

- ۲۲) Frank MG. Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*. ۱۹۸۱:۵۱(۱):۱۳۹-۷۶. [DOI:۲۰,۳۲۰۲/۰۰۳۴۶۵۴۳۰۵۱۰۰۱۱۳۹]
- ۲۳) Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, ۲۰۱۶. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. ۸۸ (۴):۱۹۹-۲۲۲. [DOI:۸۰,۸۰۸۰/۸۵۳۷۴۴۱۶,۱۰۱۷,۱۴۱۷۱۶۰][PMID]
- ۲۴) Jayne KM, Ray DC. Child-centered play therapy as a comprehensive school counseling approach: Directions for research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. ۱۰۱۶, ۱۵(۱):۵-۸۸. [DOI:۸۰,۸۰۸۰/۸۴۷۷۹۷۵۷,۲۰۱۵,۱۱۳۲۷۵۷]
- ۲۵) Jindal-Anape D, Vettraino E. Drama techniques for the enhancement of social-emotional development in people with special needs: review of research. *International Journal of Special Education*. ۲۰۰۷, ۲۲(۱):۱۰۷-۱۷.
- ۲۶) Hoshina A, Horie R, Giannopulu I, Sugaya M. Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Computer Science*. ۲۰۱۷ ۱۱۲:۱۵۷۰-۹. [DOI:۱۰,۱۰۱۶/j.procs.۱۰۱۷,۰۸,۱۰۴]
- ۲۷) Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. ۲۰۰۹, ۴۶(۳):۱۱۱-۸۹. [DOI:۲۰,۲۰۰۲/pits.۲۰۳۷۴]
- ۲۸) Fridman M, Banaschewski T, Sikirica V, Quintero J, Chen KS. Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: Data from the Caregiver Perspective on Paediatric ADHD survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. ۲۰۱۷ ۱۳:۹۴۷-۵۸. [DOI:۱۰,۱۱۴۷/NDTS۱۲۸۷۵۲]
- ۲۹) Mora L, Sebille K, Neill L. An evaluation of play therapy for children and young people with intellectual disabilities. ۸۰۸۸, ۱-۱۴. [DOI:۸۰,۸۰۸۰/۸۳۱۹۷۰۱۱,۱۰۱۱,۱۴۴۱۷۳۹]
- ۳۰) Gowdini, R, Pourmohamdreza-Tajrishi M, Tahmasebi S, Biglarian A. [Effect of emotion management training to mothers on the behavioral problem of offspring; Parents, view (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. ۱۰۱۷: ۸۸(۱):۱۳-۲۴. [DOI:۸۰,۸۸۸۵۹/jrehab-۸۸,۰۸۸۳]
- ۳۱) Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: I—The Prevalence of

- Psychiatric Disorder, The British Journal of Psychiatry. Br J Psychiatry, ۱۹۷۵, ۱۲۶:۴۹۳-۵۰۹. [DOI: ۲۰,۲۲۹۲/bjp/۲۲۶,۶,۵۲۰][PMID]
- ۳۲) Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehtyar AH, Dezhkam M. [Epidemiology of attention deficit and disruptive behavior disorders in elementary school children of Gonbad town, north east Iran (۲۹۹۶-۱۹۹۷) (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. ۱۹۹۷:۳(۱):۴۰-۵۲.
- ۳۳) Kristen LM, et al. A review of social problem-solving interventions: Past findings, current status, and future directions, Review of Educational Research. ۲۰۱۶:۸۷(۱):۷۱-۲۰۲. [DOI:۱۰,۳۱۰۱/۰۰۳۴۶۵۴۳۱۶۶۵۲۹۴۳]
- ۳۴) Biabangard E. [A comparison of social skills between blind, deaf and normal high school female student in Tehran (Persian)]. Journal of Exceptional Children. ۲۰۰۵:۵(۱):۵۵-۶۸.
- ۳۵) Movallahi G, Tayebi ramin Z, Rezaee madani M. [Effectiveness of group logo therapy on increasing the quality of the mothers, life of hearing impaired children (Persian)]. Social Welfare. ۱۰۱۶; ۱۶(۶۱):۱۱۱-۴۲.

