

## اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی

محمد عاشوری<sup>۱</sup>، معصومه یزدانی پور<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روان شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

### چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی برنامه بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی در شهر اصفهان انجام شد. پژوهش حاضر، یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه شاهد بود. در این پژوهش ۲۲ دانش آموز کم توانی ذهنی ۷ تا ۱۱ ساله شرکت داشتند. آزمودنی ها با روش نمونه گیری در دسترس از مدرسه شهیدان نوری اصفهان انتخاب شدند. آنها به دو گروه ۱۱ نفری آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش، برنامه آموزشی بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری را در ۷ جلسه (هر جلسه ۴۰ دقیقه) دریافت کردند، در حالی که به گروه شاهد این آموزش ارائه نشد. ابزار استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر بود. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس در نسخه ۲۳ نرم افزار بسته آماری در علوم اجتماعی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که برنامه آموزشی بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری اثر مثبت و معناداری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی داشت ( $P < 0/001$ ). بر اساس مجذور اتا می توان عنوان کرد ۶۹ درصد تغییرات مشکلات رفتاری به علت اثر مشارکت آزمودنی ها در برنامه آموزشی بازی درمانی گروهی است. با توجه به این که بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری با نتایج مثبت و مؤثری همراه بود و باعث کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی شد. بنابراین برنامه ریزی برای اجرای این برنامه آموزشی اهمیت ویژه ای دارد.

**واژه های کلیدی:** بازی درمانی گروهی، درمان شناختی- رفتاری، مشکلات رفتاری، کم توانی ذهنی.

## ۱. مقدمه

تاکنون تعاریف مختلفی از کم‌توانی ذهنی یا ناتوانی هوشی<sup>۱</sup> ارائه شده است ولی تعریف دقیق و روشن از آن چندان ساده نیست؛ زیرا ناتوانی هوشی با شرایطی یکسان و به یک میزان و با علت‌های مشابه و آثار همانند، در همه افراد کم‌توان ذهنی مشاهده نمی‌شود [۱]. در سال ۲۰۰۷ انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا<sup>۲</sup> به انجمن ناتوانی هوشی و تحولی آمریکا<sup>۳</sup> تغییر نام یافت. برای نخستین بار در همان سال، واژه کم‌توانی ذهنی را به جای عقب‌ماندگی ذهنی به کار برد و کم‌توانی ذهنی در گروه اختلال‌های هوشی تحولی قرار گرفت. در حال حاضر، واژه عقب‌ماندگی ذهنی منسوخ و واژه کم‌توانی ذهنی مورد تأیید همه مراکز علمی، سازمان‌ها و انجمن‌های علمی از جمله انجمن روان‌پزشکی آمریکا در پنجمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> قرار گرفته است [۲]. کم‌توانی ذهنی به محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (هوش‌بهر ۷۰ تا ۷۵ یا پایین‌تر) و رفتار سازشی (رفتار سازشی به صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی بیان می‌گردد) در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) اطلاق می‌شود [۳]. معمولاً مشکلات رفتاری<sup>۵</sup> کودکان کم‌توان ذهنی قابل توجه است و در این راستا به برنامه‌های آموزشی خاصی نیاز دارند [۴].

در واقع مشکلات رفتاری کودکان با نحوه تعامل<sup>۶</sup> با والدین در ارتباط است و بر همدیگر به تاثیر می‌گذارند [۵] و از این طریق رفتار مشکل‌ساز کودک موجب کاهش اعتماد به نفس مادر می‌شود [۶]. مشکلات رفتاری کودکان به طور عمیقی بر روابط اعضای خانواده و تعامل آنها موثر است [۷]. یک تهدید جدی این است که کودکان کم‌توان ذهنی با افزایش سن به نحو نامحسوسی به برقراری روابط اجتماعی با همسالان عادی خود پاسخ مطلوبی نمی‌دهند و از آنها فاصله می‌گیرند، روابط اجتماعی آنها به تدریج محدودتر و مشکلات رفتاری‌شان بیشتر می‌گردد [۱]. از آن جایی که روابط عاطفی و اجتماعی بر اساس ارتباط دوجانبه شکل می‌گیرد علاقه افراد نسبت به کسانی که مشکلات رفتاری دارند یا تمایلی به برقراری ارتباط ندارند، به مرور کمتر می‌شود [۸]. برخی متخصصان اعتقاد دارند میزان واکنش‌های هیجانی<sup>۷</sup> نامطلوب در افراد کم‌توان ذهنی چهار یا پنج برابر افراد عادی است [۷].

در سال‌های اخیر به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی، برنامه‌های آموزشی متفاوتی طراحی و تدوین شده است [۹]. یکی از مهم‌ترین و موثرترین برنامه‌های آموزشی، بازی‌درمانی<sup>۸</sup> است که به لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی و به‌ویژه کاهش مشکلات رفتاری ارزش زیادی دارد [۱۰]. با استفاده از بازی درمانی می‌توان مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داد. چرا که، بازی‌درمانی رویکردی ساختارمند است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی کودکان را پایه‌ریزی می‌کند [۱۱] و روشی است که به‌وسیله آن، ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک یعنی بازی، به‌عنوان روش درمانی وی به‌کار گرفته می‌شود [۱۲] و به کودک کمک می‌کند تا فشارها و احساسات خویش را کنترل کند [۱۳]. این نوع درمان در مورد آموزش و پرورش کودکان با نیازهای ویژه<sup>۹</sup> از جایگاه ویژه‌ای

۱ Intellectual disability (ID)

۲ American Association of Mental Retardation (AAMR)

۳ American Association of Intellectual Developmental Disability (AAIDD)

۴ World Health Organization (WHO)

۵ Behavioral problems

۶ Interaction

۷ Emotional reactions

۸ Play therapy

۹ Children with special needs

برخوردار است [۱۴]. در بازی درمانی از رویکردهای مختلفی استفاده می‌شود یکی از آنها رویکرد شناختی رفتاری<sup>۱۰</sup> است [۱۵]. در این رویکرد بر مشارکت کودک در درمان تأکید می‌شود. در بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری این امر از طریق مورد توجه قراردادن مواردی مانند کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت‌های اجتماعی عملیاتی می‌گردد. در این نوع بازی درمانی از روش‌هایی مانند خودنظارتی<sup>۱۱</sup> و فنون مدیریت وابستگی<sup>۱۲</sup> از جمله تقویت مثبت<sup>۱۳</sup>، شکل‌دهی<sup>۱۴</sup>، خاموش‌سازی<sup>۱۵</sup> و سرمشق‌دهی<sup>۱۶</sup> استفاده می‌شود که رشد اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی در راستای کاهش مشکلات رفتاری از جمله اهداف نهایی آن هستند [۱۶].

در حوزه بررسی تاثیر آموزش بازی درمانی بر ویژگی‌های رفتاری و روانشناختی کودکان، پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. برای مثال، یافته‌های پژوهش هوشینا، هوری، گیانوپولو و سوگایا [۱۷] حاکی از آن بود که بازی درمانی دیجیتال باعث افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود. نتایج پژوهش لندرت، ری و براتون [۱۸] بیانگر آن بود که بازی درمانی تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات کودکان دارد و یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان است. در ایران نیز، یافته‌های پژوهش شیرودی آقایی، امیرفرخایی و زارعی [۱۹] حاکی از آن بود که بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثرگذار است. همچنین، نتایج مطالعه شجاعی، گل‌پرور، آقایی و بردبار [۲۰] نیز حاکی از آن است که بازی درمانی شناختی رفتاری می‌تواند بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان موثر باشد. فرنام، سلطانی نژاد و حیدری نیز [۱۵]، در پژوهش خود نشان دادند که بازی درمانی شناختی رفتاری به طور معناداری موجب کاهش اضطراب اجتماعی در کودکان با اختلال سلوک می‌شود. نتایج پژوهش صریحی، پورنسایی و نیک‌اخلاق [۲۱] نشان داد که بازی درمانی گروهی سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی شد. یافته‌های پژوهش جنتیان، نوری، شفتی، مولوی و سماواتیان [۲۲] حاکی از آن بود که بازی درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله شد و مشکلات رفتاری آنها کاهش یافت.

در خصوص اهمیت و ضرورت این پژوهش می‌توان عنوان کرد بازی درمانی رویکردی ساختارمند است که فرایندهای یادگیری و ارتباط طبیعی کودکان را پایه‌ریزی می‌کند. متخصصان با استفاده از بازی به کودکانی که مشکلات رفتاری زیادی دارند رفتارهای سازگارانه‌تری را آموزش می‌دهند [۲۳]. کودکان می‌توانند از طریق بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری، احساسات منفی و مثبت خود را آشکار سازند و تخلیه روانی شوند [۱۳]. در این رویکرد، اندیشه‌های ناهخوان همراه با مشکلات رفتاری شناسایی و اصلاح می‌شوند. در حقیقت تغییراتی در فرایندهای شناختی کودک به وجود می‌آید و بر بهبود مشکلات رفتاری آنها تأثیر مطلوبی می‌گذارد [۲۴].

با توجه به این که در آموزش و پرورش کودکان کم‌توان ذهنی، اکتساب مهارت‌های اجتماعی موضوع مهم و قابل‌تأملی است و بازی درمانی در این حوزه اهمیت بسزایی دارد، بنابراین آموزش بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری به کودکان با نیازهای ویژه، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که پژوهش‌های داخلی کمی در این زمینه انجام شده است و در بیشتر موارد به بررسی تأثیر بازی‌های بومی و محلی به صورت کلی بر

- 
- ۱) Cognitive-behavioral approach
  - ۲) Self-monitoring
  - ۳) Contiguity management
  - ۴) Positive reinforcement
  - ۵) Shaping
  - ۶) Extinction
  - ۷) Modeling

مشکلات رفتاری کودکان پرداخته‌اند. آنچه این پژوهش را از پژوهش‌های قبلی متمایز می‌سازد و بیانگر خلاء پژوهشی می‌باشد همین نکته است. بنابراین مساله اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است.

## ۲. روش

پژوهش حاضر که از نوع مطالعات آزمایشی است از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری این تحقیق از کلیه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مدارس استثنایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل شده بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۲ پسر کم‌توان ذهنی ۷ تا ۱۱ ساله بود. آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس از مدرسه شهیدان نوری اصفهان انتخاب شدند. بهره هوشی آنها در دامنه ۵۰ تا ۷۰ و با میانگین نمره هوشی آنها ۶۲/۲۷ بود. آنها از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در سطح متوسطی قرار داشتند. لازم به ذکر است که آزمودنی‌ها به دو گروه ۱۱ نفری تقسیم شدند. به دلیل استفاده از روش پژوهش آزمایشی، حداقل حجم مطلوب برای هر یک از گروه‌ها ۱۰ نفر است، البته در تعیین حجم نمونه به پیشینه‌های پژوهشی نیز توجه شده است. انتساب گروه‌ها به شاهد و مداخله نیز به‌طور تصادفی صورت پذیرفت. ملاک ورود به پژوهش داشتن کم‌توانی ذهنی از نوع آموزش‌پذیر، مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی، تمایل به شرکت در پژوهش و زندگی با والدین بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز داشتن هر گونه معلولیت دیگر غیر از کم‌توانی ذهنی مانند ناشنوایی، نابینایی، اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و اختلال هماهنگی حرکتی بر اساس پرونده تحصیلی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های مداخلاتی مشابه و غیبت بیش از یک جلسه در برنامه مداخلاتی بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شده است:

پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر<sup>۱</sup>: از این مقیاس برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان استفاده می‌شود. این پرسشنامه توسط مایکل راتر در سال ۱۹۷۵ ساخته شده که دو فرم والدین (الف) و معلم (ب) دارد. فرم الف دارای ۱۸ عبارت است و توسط والدین تکمیل می‌شود. فرم ب دارای ۳۰ عبارت است و توسط معلم تکمیل می‌گردد. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد و مادران در حدود ۲۰ دقیقه با توجه به رفتارهای فرزندشان در دوازده ماه گذشته به پرسش‌ها پاسخ دادند. نمره‌گذاری به صورت صفر «اصلاً درست نیست»، ۱ «درست نیست»، ۲ «تا حدی درست است» می‌باشد. دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۳۶ و نمره ۱۳ نقطه برش است. کودکانی که نمره ۱۳ یا بالاتر بگیرند دارای مشکل رفتاری شناخته می‌شوند. راتر و کاکس پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این پرسشنامه با فاصله زمانی دو ماه ۰/۷۴ گزارش شده است. روایی پرسشنامه هم با استفاده از میزان توافق ۰/۷۶ به دست آمد [۲۵]. عاشوری و دل‌زاده بیدگلی [۲۶] در ایران نیز پایایی و روایی پرسشنامه مشکلات رفتاری را به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی و روایی پرسشنامه مشکلات رفتاری به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۵ بود.

در اولین مرحله پژوهش پرسشنامه مشکلات رفتاری به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. در مرحله بعدی، برنامه بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری توسط پژوهشگر در ۷ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای طی هفته‌ای دو جلسه و در حدود یک ماه در مدرسه شهیدان نوری به گروه آزمایش آموزش داده شد ولی به گروه شاهد این نوع آموزش ارائه نشد. برنامه مداخلاتی از اواسط بهمن سال ۱۳۹۶ شروع و تا هفته آخر اسفند طول کشید. این برنامه برگرفته از پژوهش موللی و همکاران [۱۴] و عاشوری و دل‌زاده بیدگلی [۲۶] است. محتوای جلسات آموزشی برای گروه آزمایش در جدول ۱، ارائه شده است. در اجرای برنامه به ویژگی‌های رفتاری و شناختی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی توجه شد، به این طریق که رفتارهای آنها کنترل می‌شد تا حد امکان هیچ رفتار نابجا از طرف آنها مانع ادامه برنامه نشود. همچنین محتوای برنامه با توجه به سطوح تحول شناختی و میزان توجه آنها تنظیم شده بود تا احساس

۱) Rutter child behavior questionnaire for parents

خستگی نکنند و به برنامه مداخلاتی توجه لازم را داشته باشند. برنامه مداخلاتی بر روی افزایش خودکنترلی کودک، آگاهسازی کودکان نسبت به نشانه‌های رفتارهای اجتماعی و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه متمرکز بود.

### جدول ۱. هدف و محتوای جلسات بازی درمانی گروهی در گروه آزمایش

جلسات	هدف	محتوا
۱	آشنایی و معارفه	اعلام قوانینی مانند رعایت ادب در برخورد با دوستان و همکاری، بازی توپ و سطل با شمارش گروهی
۲	افزایش مهارت خودآگاهی	بازی پانتومیم، بازی با اشکال هندسی به صورت گروهی
۳	بهبود مهارت‌های حرکتی و خودکنترلی	نمایش فیلم، بازی با نخ و مهره، بازی بولینگ
۴	بهبود مهارت حل مسئله، تصمیم‌گیری و مشارکت گروهی	بازی با لوگو و ساختن تفنگ، خانه و ماشین، شهرسازی به صورت گروهی با لوگو.
۵	تقویت همکاری و ابراز هیجان	لوگوی گروهی، پخش آهنگ، نمایش فیلم (مهارت‌های زندگی / زود از کوره در رفتن)
۶	آگاهی از نشانه‌های رفتارهای و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه	بازی با توپ، بازی با توپ و سطل فیلم (مهارت‌های زندگی / آداب مهمان‌نوازی) به همراه کلیپ (ترانه تمیز بودن)
۷	تقویت فعالیت‌های مشارکتی و ارتباط بین فردی و گروهی	بازی وسطی، پخش کلیپ ترانه نمره ۲۰، تقدیر از دانش‌آموزان و نظرخواهی از آنها

بعد از جلسات مداخله، مشکلات رفتاری دانش‌آموزان هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه مشکلات رفتاری بار دیگر مورد ارزیابی قرار گرفت و نمرات آنها به‌عنوان پس‌آزمون در نظر گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، پس از کسب رضایت کتبی از والدین آزمودنی‌ها در پژوهش و جلب همکاری کودکان، پژوهش صورت گرفت. به مدیران مدارس و والدین آزمودنی‌ها در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج شده به صورت محرمانه باقی بماند، نتایج حاصل از پژوهش در سطح کلی گروه‌ها گزارش شود تا برای پیشبرد اهداف تعلیم و تربیت در اختیار روان‌شناسان و متخصصان تعلیم و تربیت و مراکز آموزش کودکان کم‌توان ذهنی قرار گیرد. داده‌های به دست آمده قبل و بعد از برگزاری جلسات آموزشی برای هر دو گروه با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۳ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

### ۳. یافته‌ها

یافته‌های توصیفی بیانگر سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین و انحراف استاندارد  $1/38 \pm 9/67$  و در گروه شاهد با میانگین و انحراف استاندارد  $1/50 \pm 9/59$  بود. برای بررسی اثر متغیرهای کنترل پژوهش از جمله سن آزمودنی‌ها از آزمون آماری  $t$  مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و شاهد از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). میانگین و انحراف معیار متغیرهای مشکلات رفتاری در دو گروه آزمایش و شاهد در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

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

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه شاهد	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات	پیش آزمون	۱۶/۶۴	۲/۹۴	۱۶/۵۲	۳/۰۸
رفتاری	پس آزمون	۱۲/۲۲	۲/۴۳	۱۵/۹۸	۲/۷۱

با توجه به جدول ۲، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف-اسمیرنوف مورد تأیید قرار گرفت ( $P > 0/05$ ). برای تعدیل اثر پیش‌آزمون و به علت وجود یک متغیر مستقل (بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری) و یک متغیر وابسته (مشکلات رفتاری) از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. ابتدا مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت و حاکی از آن بود که تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نمی‌باشد ( $P < 0/18$  و  $F = 2/07$ )؛ یعنی داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت کرد. نتایج آزمون لون نشان دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود ( $P < 0/07$  و  $F = 0/69$ ). بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برقرار است که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره پس‌آزمون مشکلات رفتاری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت $F$	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۷/۶۱	۱	۱۷/۶۱	۷/۷۹	۰/۰۳	۰/۳۲	۰/۷۸
گروه	۱۲۵/۴۷	۱	۱۲۵/۴۷	۵۵/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۳
خطا	۴۳/۰۲	۱۹	۲/۲۶				

با توجه به نتایج جدول ۳، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری داشت ( $P < 0/001$ ) و  $F = 55/51$ . بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۶۹ درصد تغییرات متغیر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی به علت اثر مداخله است یا از شرکت آنها در برنامه بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری ناشی می‌شود.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد. بررسی نتایج این پژوهش بیانگر آن است که آموزش بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های لندرت و همکاران [۱۸] مبنی بر اثربخشی مثبت بازی‌درمانی بر رفتار و هیجانات کودکان؛ پژوهش صریحی



و همکاران [۲۱] در خصوص تاثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی؛ جنتیان و همکاران [۲۲] و عاشوری و دلalzاده بیدگلی [۲۶] در خصوص اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش معنادار مشکلات رفتاری کودکان با اختلال کم توجهی بیش فعالی همخوانی دارد.

در تبیین این یافته که بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری منجر به کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی شد، می توان گفت بازی درمانی سبب می شود تا کودکان آگاهی بیشتری نسبت به رفتارها و مشکلات خود پیدا کنند و راه های مناسب تری برای رفع چنین مشکلاتی بیابند [۱۳]. علاوه بر این، در بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری به کنترل خود و دیگران، تسلط و پذیرش مسئولیت در قبال تغییر رفتار و اکتساب مهارت های اجتماعی تاکید می شود. همچنین، در این نوع بازی درمانی از روش هایی مانند خودنظارتی و فنون مدیریت وابستگی از جمله تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و سرمشق دهی استفاده می گردد [۱۴]. با توجه به این که دانش آموزان کم توان ذهنی در کنترل و پیش بینی رفتارها و واکنش های هیجانی خود با مشکل مواجه هستند برای نظم بخشی و مدیریت رفتارهای خویش به برنامه هدفمندی نیاز دارند که هم بر شناخت و تفکر توجه داشته باشد و هم به رفتار جهت دهد [۱]. از آن جایی که برنامه بازی درمانی اجرا شده این ویژگی ها را داشت پس دور از انتظار نیست که مشکلات رفتاری آزمودنی ها کاهش یابد.

علاوه بر این، در راستای تبیین نتایج این پژوهش می توان عنوان کرد بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که رفتار افراد به روشی که جهان را تفسیر می کنند، بستگی دارد. به بیان دیگر، ادراک و تفسیر فرد از موقعیت، پاسخ هیجانی و رفتاری او را به موقعیت تعیین می کند [۲۷]. برای آن که بازی درمانی با این دیدگاه مؤثر باشد باید فعالیت ها ساختار یافته و هدف گرا باشد و کودک را برانگیزاند. در همین راستا، مداخله حاضر هم این ویژگی ها را داشت؛ یعنی فعالیت ها ساختارمند و هدف گرا بودند. با توجه به این که برنامه مداخلاتی در این پژوهش نیز این ویژگی ها را داشت بنابراین بعید نیست که مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی کمتر شود.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی مؤثر بود؛ چرا که بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری راه های جامعه پذیری را برای این دانش آموزان ذهنی مهیا می کند، به نحوی که آنها به عنوان یک عضو مفید و سالم وارد جامعه شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی مصون بمانند. بدین معنا که دانش آموزان کم توان ذهنی یاد می گیرند چگونه تصمیم گیری کنند، تفکر خلاق و انتقادی داشته باشند، چگونه احساس مسئولیت پذیری را در خود افزایش دهند و از همه مهم تر چگونه نحوه رفتار مناسب با همسالان را یاد بگیرند [۳]. علاوه بر این، بخش عمده ای از مشکلات دانش آموزان کم توان ذهنی که منجر به خود ناتوان سازی در آنان می شود، در ارتباط با عملکرد و رفتار در زندگی شخصی و اجتماعی آنها است. این کودکان به این دلیل که نمی توانند به طور خود به خودی و بدون کمک دیگران مهارت های اجتماعی را بیاموزند و نیازمند نشانه های موقعیتی، فهم اهداف و درگیر شدن در تعاملات زندگی و تعاملات اجتماعی هستند [۶]. آنها فقط در صورت برخورداری از آموزش مناسب خواهند توانست همانند همسالان عادی خود به برخی از سطوح اکتسابی مهارت های رفتاری دست یابند. چرا که آموختن از طریق بازی شامل نظم بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس ها و خود کنترلی می شود و از طرفی ساختار ارزشی، رشد اخلاقی و خود کارآمدی را در برمی گیرد و رشد خود، رشد اجتماعی، رشد هیجانی و رشد شناختی را تسهیل می کند و در نهایت، موجب کاهش مشکلات رفتاری می گردد.

محدودیت هایی را که این پژوهش با آن مواجه بوده است عبارتند از: تأثیر متغیرهایی مانند سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنها مورد بررسی قرار نگرفت، به ویژگی های شخصیتی کودکان توجه نشد، حجم نمونه کم بود، از روش نمونه گیری 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 می شود که در پژوهش های آتی به سن

آزمودنی ها و ویژگی های شخصیتی آنها توجه شود، سواد والدین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنها مدنظر قرار گیرد و پژوهش های آتی با حجم نمونه بیشتر و اجرای آزمون پیگیری انجام شود. آخرین پیشنهاد پژوهشی این است که آموزش بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری با سایر برنامه های آموزشی بر روی گروه های متفاوت اجر و میزان اثربخشی آنها مقایسه شود.

## منابع

۱. هالاهان، دانیل پی و کافمن، جیمز ام. (۱۹۹۹). کودکان استثنایی: مقدمه ای بر آموزش های ویژه. ترجمه جوادیان، مجتبی (۱۳۹۰). چاپ دوازدهم. مشهد: به نشر.
۲. Harris, J. C. (2013). New terminology for mental retardation in DSM-5 and ICD-11. *Current opinion in psychiatry*, 26(3), 260-262.
۳. عاشورر، محمد؛ جلیل آبکنار، سیده همیه؛ رضوی، فاطمه. (۱۳۹۴). بررسی تحول تعریف نارسایی هوش و تفاوت آن در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، تعظیم و تربیت استثنایی. ۸ (۱۳۶)، ۶۰-۵۷.
4. Levavi, K., Menashe-Grinberg, A., Barak-Levy, Y., & Atzaba-Poria, N. (2020). The role of parental playfulness as a moderator reducing child behavioural problems among children with intellectual disability in Israel. *Research in Developmental Disabilities*, 107, 103793.
5. Kimonis, E. R., Fleming, G., Briggs, N., Brouwer-French, L., Frick, P. J., Hawes, D. J., ... & Dadds, M. (2019). Parent-child interaction therapy adapted for preschoolers with callous-unemotional traits: An open trial pilot study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S347-S361.
۶. جلیل آبکنار، سیده همیه؛ عاشورر، محمد؛ افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش رفتارهای اجتماعی بر بهبود مهارت های اجتماعی نوجوانان کم توان ذهنی. *مجله توانی شخصیه*. ۱۴ (۳)، ۴۰-۳۱.
7. Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of anxiety disorders*, 53, 16-21.
۸. معمایاشی اول، مژگان؛ طیبی زهرا؛ نورا نورجورجهدا، رریه. (۱۳۹۸). بررسی رابطه تعامل والد-کودک، مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری با میانجی گویی و دمه های ای رگزارنده در کودکان پیش دبستانی. *انزده هی هوزیه*. ۱۵ (۶۰)، ۵۵۷-۵۴۱.
9. Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M. R. (2015). *Educating Exceptional Children (14th Ed). the United States of America: Engage Learning.*
۱۰. عاشورر، محمد؛ یزدانی پور، معصومه. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی گروهی با ویکرد شناختی رفتار بر مهارت های اجتماعی دانش آموزان کم توان ذهنی. *مجله توانبخشی*. ۱۹ (۳)، ۲۶۲-۲۷۵.
11. Norris, V., & Rodwell, H. (2017). *Parenting with Theraplay®: Understanding Attachment and How to Nurture a Closer Relationship with Your Child.* Jessica Kingsley Publishers.



۱۲. سلطانی فر، عاطفه؛ جعفرزاده فس، کیسید مرتضی؛ مدرس رغری، مرتضی؛ مخبر، نغم؛ ضایبی ا دانی، امیر. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی درمانی تحولی لمبتنی بر دل بستگی گب ر ع ن م ا تلال آسید بدیدگی تحولی لکودکان ۳ تا ۹ س مجل. ل های اصول بهشت و توانی ت ب ت ۴ (۳)، ۲۶۸-۲۶۰.
۱۳. عاشوری، محمد. (۱۳۹۸). بازی درمانی: نظریه ها و تکنیک های اصچ. بی. ل پ اچ. ل پ اچ. ل ص فهان: جهاد دانشگاهی.
۱۴. موللی، گیتا؛ جلیل آبکنار، سیده سمیه و عاشوری، محمد. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی آسیب د هیشد مجلی، ویاونه توانبخشی. ۱۶ (۱)، ۸۵-۷۶.
۱۵. فرنام، علی؛ سلطانی نژاد، محمد، سجاد، حیدر. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی با ویکرد شناختی رفتار در رکاهش اض. ر ا اجتماعی کودکان با ا تلال سلوکو. نشریه پرستار ر کودک ان - نوزادان. ۶ (۴)، ۹۵-۱۰۴.
16. Neenan, M., & Dryden, W. (2004). Cognitive therapy: 100 key points and techniques. Routledge.
17. Hoshina, A., Giannopulu, I., & Sugaya, M. (2017). Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Computer Science*. 112, 1570-1579.
18. Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. 46(3): 281-289.
۱۹. شیرود قاقی، الهال؛ امیر فخرایی، آزیتا؛ زارعی، اقبال. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی بازی درمانی و درمان تعامل ل الد-کودک بر کنش های اجرایی. تعامل ل الد-کودک در کودکان با ا تلال لانا فرمانی مقابلی. فصلنامه سولت ت من کودک. ۷ (۲)، ۹۵-۷۹.
۲۰. شجاعی، زهره؛ گل پرور، محسن؛ آقایی، اصغر؛ بردبار، محمدرضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی هنر بازی درمانی شناختی- رفتار و صه دمانی شنا تی فتا - رر بر کیفیت زندگی وابسته به سده ت کودکان مبتلا به سرطان. کومش. ۲۲ (۲)، ۲۵۴-۲۴۴.
۲۱. صریحی، نفیسه؛ نینسایی، غزل سادات؛ نیک اخلاق، مهناز. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتار ر کودکان پیش دبستان. بی صلنام و ا من شنا تی تحلی شناختی. ۶ (۲۳)، ۴۱-۳۵.
۲۲. جنتیان، سیما؛ نور، ابوالقاسم؛ شفتی، سید عباس؛ مولو، حسین؛ سماواتیان، حسین. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر ویکر شناختی- رفتار بر شدت عیدم ا تلال بیش فعالی // کمبود توجه در دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD. تحقیقات عفتام م ولر. ۲ (۶)، ۱۱۶-۱۰۹.
23. Ghodousi N, et al. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on externalizing behavior problems among street and working children. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017; 15(4): 359-366.
۲۴. شامر فعتی، فاطمه؛ پور محمد ضای تجربی، معصومه؛ پیشیاره، ابراهیم؛ میرزایی، هوشنگ؛ بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر ارتباط کودکان ۵ تا ۸ سال مبتلا به ا تلال اتیسم با عملکر د بکلا. مجله توانبخشی، ۱۷ (۳)، ۲۱۱-۲۰۰.
۲۵. گودین د، یمان؛ پور محمد ضجری، ایشی، معصومه؛ طهماسد، بیامک؛ بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۶). مجله توانبخشی. ۱۸ (۱)، ۲۴-۱۳.

۲۶. عاشورر، محمد؛ دلال زاده، فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی با ۱۱ - تیلینایساییتوجه-بیش فعالی. مجله توانبخشی. ۱۹(۲)، ۱۱۵-۱۰۲.

۲۷. جلیل آبکنسر، راییده سمیه؛ عاشوری، محمد؛ پورمحمدی ضجری، ایشی، معصومه. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش کفایت اجتماعی بر رفتار ملازشی دانش آموزان کمتی ان ذهنی. مجله توانبخشی. ۱۳(۵)، ۱۱۳-۱۰۴.

