



اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اضطراب کودکان کم‌توان ذهنی

دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد، اردبیل، ایران.
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

مهرناز مهرافزا ^{id}

اصغر نخستین گلدوست* ^{id}

آذر کیامرثی ^{id}

nakhostin1@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۹

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۹

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۱۹۲-۲۱۰

پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(مهرافزا، نخستین گلدوست و کیامرثی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

مهرافزا، مهرناز، نخستین گلدوست، اصغر، و
کیامرثی، آذر. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی‌درمانی
شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اضطراب
کودکان کم‌توان ذهنی. فصلنامه خانواده‌درمانی
کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۱۹۲-۲۱۰.

چکیده

هدف: مقاله حاضر با هدف اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اضطراب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد. **روش:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری، کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم ابتدایی کم‌توان ذهنی مدارس استثنائی شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر دانش‌آموز کم‌توان ذهنی به عنوان نمونه جهت اجرای پژوهش انتخاب شدند و به صورت دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. جهت سنجش پرخاشگری از پرسشنامه شهیم (۱۳۸۵) و جهت سنجش اضطراب از پرسشنامه مارچ و همکاران (۱۹۹۷) استفاده شد. روایی ابزارها توسط متخصصان تایید شد و پایایی ابزارها با آلفای کرونباخ سنجش و مورد تایید واقع شد ($\alpha > 0/7$). قبل از اجرای مداخله از هر دو گروه پیش‌آزمون پرخاشگری و اضطراب به عمل آمد. گروه آزمایش آموزش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری را از طریق پکیج آموزشی در ۱۲ جلسه دریافت کرد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله آموزشی دریافت نکرد. پس از اجرای مداخله در مرحله پس‌آزمون، هر دو گروه مجدداً ابزارهای مرحله پیش‌آزمون را پاسخ دادند و دو ماه بعد مجدداً در بین هر دو گروه ابزارها اجرا شد. **یافته‌ها:** داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس بین-درون آزمودنی‌های آمیخته تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری و اضطراب اثربخش بوده و این اثربخشی بعد از دو ماه هم‌چنان پایدار بوده است ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی و پایداری بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در مدارس استثنائی به صورت دوره‌ای از روش‌های آموزشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در جهت کاهش پرخاشگری و اضطراب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بهره گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: پرخاشگری، اضطراب، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، کم‌توان ذهنی

مقدمه

یکی از مسائل و مشکلات اساسی در بین افراد جوامع، وجود اختلالات، بیماری‌ها، نارسایی‌های جسمی، ذهنی و رفتاری به خصوص در میان کودکان است، به گونه‌ای که خانواده‌ها و متخصصان حوزه‌های مختلف علوم انسانی و زیستی با پیشرفت علم همواره به دنبال یافتن راه‌حلی برای مقابله با این مشکل و بیماری‌ها هستند. در این راستا یکی از ناتوانی‌هایی که طی سالیان اخیر مورد توجه محققان و درمان‌گران قرار گرفته است، اختلالات ناشی از کم‌توانی ذهنی^۱ است که مطابق شواهد موجود، میزان شیوع این اختلالات در جوامع بشری روبه افزایش است (رحیمیان، حجازی، نظری و فرهنگ، ۱۳۹۷). اختلال کم‌توانی ذهنی یک ناتوانی پیچیده است که با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، تکاملی، اجتماعی و تربیتی همراه است. ناتوانی عملکردی این افراد همه ابعاد زندگی آن‌ها مانند حوزه روانی، رفتاری، خود ادراکی، کارکردهای اجرایی، حافظه دیداری و شنیداری و روابط بین‌فردی آن‌ها را متأثر می‌کند (بان و میلز، ۲۰۱۳؛ به نقل از پنجه علی، ۱۳۹۹). در مدرسه نیز دانش‌آموزان استثنایی در مقایسه با سایر دانش‌آموزان از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند و اضطراب و افسردگی بیش‌تری دارند (متین، یوسفی لویه، افروز و دژکام، ۲۰۱۲). از نظر زیگلر (۱۹۸۲) افراد کم‌توان در معرض مسائل مختلف اجتماعی و هیجانی قرار دارند. این‌که در گروهی از کودکان یکی کردن تلقی می‌شود، به طور قطع احساس اضطراب و استرس را در فرد کم‌توان بالا می‌برد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تصور از خود افراد کم‌توان ذهنی، پایین‌تر از افراد عادی است (زارعی، ۱۳۹۰). ویژگی‌های اصلی این اختلال شامل نگرانی مبهم و شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، اختلال در عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی، دشواری در کنترل نگرانی و شدت و مدت نگرانی فراتر از احتمال وقایع تهدیدزا است (دوراند و پلاتا، ۲۰۱۷). کودکان دارای اختلال‌های اضطرابی، دارای موقعیت‌های تحصیلی پایین‌تر، مشکلات ارتباط با همسالان و ضعف در توانایی‌های اجتماعی هستند (روحی، ۱۳۹۳). از سویی دیگر افراد کم‌توان ذهنی با توجه به محدودیت‌های ویژه‌شان نسبت به کودکان عادی، مشکلات رفتاری بیش‌تری را نشان دهند، آن‌ها به دلیل محدودیت‌های گوناگون که غالباً از محدودیت‌های شناختی آن‌ها نشأت می‌گیرد، با شکست‌های متعددی روبه‌رو می‌شوند و پیامد همه این عدم موفقیت‌ها ناکامی است که خود سرآغاز پرخاش‌گری^۲ به گونه‌های گوناگون خواهد بود (انجمن کم‌توان‌های ذهنی و تحولی آمریکا، ۲۰۰۲؛ به نقل از نیازی، ۱۳۹۷). رفتارهای پرخاش‌گرانه یکی از مشکل‌ترین و معمول‌ترین مشکلات رفتاری در بین افراد کم‌توان ذهنی خفیف تا شدید است (مورتین؛ به نقل از هاشمی، امیرزمانی، داورمنش، صالحی و نژادی کاشانی، ۱۳۸۹). خصومت، معرف جنبه شناختی پرخاش‌گری و خشم، نشان‌دهنده جنبه هیجانی آن است. جنبه رفتاری پرخاش‌گری نیز به شکل کلامی و جسمانی بروز می‌کند (نولیز، دهون، الکساندر و گونتوسکی، ۲۰۱۰). دکر، کوت، اند و هالست (۲۰۰۲) گزارش کردند که کودکان کم‌توان ذهنی، مشکلات رفتاری را به صورت روابط ضعیف با همسالان، اعتماد به نفس پایین، فرار از خانه، دزدی، رفتارهای پرخاش‌گرانه، نقص توجه، اضطراب، عدم سازگاری و رفتارهای ضد اجتماعی نشان می‌دهند (قاسم زاده، امینی و نوروزی، ۱۳۹۹). به دلیل مشکلات رفتاری ممکن است از

1. intellectual disability

2. aggression

محیط‌های اجتماعی طرد شده و کم‌کم در رابطه با توانایی‌های خود دچار تردید شوند. این کودکان ممکن است قادر به کنترل رفتار خود نباشند و مشکلات حل‌نشده آن‌ها در بزرگسالی آسیب جدی بر خود، جامعه و خانواده وارد آورد (شی، ۲۰۰۶).

با توجه به آن‌چه که در خصوص برخی از مشکلات و اختلالات شناختی و رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مطرح شد، جامعه کودکان با ناتوانی ذهنی را همانند دیگران برای زندگی بزرگسالی آماده نمی‌کند. زندگی بزرگسالی آن‌ها بسیار متفاوت از زندگی افراد عادی است. بیماری یا معلولیت پدیده‌های غیرقابل پیش‌بینی هستند که ممکن است به بخشی از زندگی خانوادگی تبدیل شوند که به تغییرات ساختاری، رویه‌ای و عاطفی منجر می‌شوند. آن‌ها می‌توانند بارهای عظیمی را بر خانواده تحمیل کنند، روی سیستم‌های فرعی مختلف و سلامت خانوادگی آن‌ها تاثیر بگذارند. همسو با این نظر، سیمر (۲۰۰۶) اشاره می‌کند که ۳۰٪ دانش‌آموزان با نارسایی ذهنی قبل از اتمام دوره دبیرستان تحصیل را رها می‌کنند و ۶۱٪ آن‌ها در زمان بزرگسالی بی‌کارند. این آمارها نشان می‌دهد که چگونه آموزش عمومی و سیستم‌های مدارس و خانواده و جامعه به شدت بر کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر می‌گذارند. با توجه به این‌که عوامل مختلفی در مشکلات رفتاری و اضطراب این کودکان وجود دارد، گرایه‌های روان‌شناسی روش‌های متفاوتی را برای تغییر رفتار، تقویت و ایجاد طریقی برای رشد روانی موثر می‌دانند و برای پایین آوردن و یا از بین بردن این چنین اختلالات در مورد دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی روش‌ها و فنون درمانی فراوانی توسط روان‌شناسان ارائه شده است (براتون، ری، رین و جونز، ۲۰۰۵). یکی از این روش‌ها بازی‌درمانی^۱ می‌باشد. بازی‌درمانی یکی از روش‌های موثر در درمان مشکلات رفتاری و روانی کودکان است. بازی نقش موثری در رشد کودک دارد. بازی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند و از طریق بازی می‌توانند، موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند (پورتر و هرماندز-ریف و جیسس، ۲۰۰۷). به طور کلی بازی نقش موثری در رشد کودک دارد و در خلال بازی می‌توان به بسیاری از ویژگی‌ها، مسائل و رشد کودک پی برد. بازی‌های کودکان مختلف و نوع ویژگی‌هایی که از خود ظاهر می‌سازند، تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند. هر چند نوع بازی‌ها در گروه‌های سنی و بچه‌های گروه سنی مشترکاتی دارد، اما نوع شرکت کودک در بازی اهمیت ویژه دارد. بازی درمان‌گر در واقع از موقعیت بازی برای ایجاد ارتباط با کودک استفاده می‌کند و تلاش می‌کند به تخلیه هیجانی او و حل و فصل مشکلات او در زندگی عادی‌اش بپردازد (رفیعی و عدیله، ۱۳۹۷). یکی از مهم‌ترین نوع بازی‌درمانی به کودکان و نوجوانان دارای اختلالات شناختی-رفتاری؛ بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری (CBPT) توسط نل می‌باشد. این نوع درمان که جزو روش‌های مستقیم بازی‌درمانی است، تکنیک‌های سنتی بازی‌درمانی را با تکنیک‌های شناختی-رفتاری ترکیب کرده است. نل بر این باور است که تلفیق مداخلات رفتاری و شناختی از روش‌های تلفیقی انواع دیگر رویکردها مناسب‌تر است و نتایج حاصل از این ترکیب را به هیچ طریق دیگری نمی‌توان به دست آورد (جرالد، ۱۹۹۹). در همین راستا بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و پرخاشگری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بسیار موثر است؛ زیرا بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری

1. Play Therapy

2. Cognitive-behavioral play therapy

راه‌های ممانعت از پرخاش‌گری و اضطراب را در حین بازی برای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مهیا می‌کند، به نحوی که آن‌ها در طول بازی خود را به عنوان عضوی مفید تلقی می‌کنند. دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی یاد می‌گیرند از پرخاش‌گری و رفتارهای مضطرابه دست بردارند. نتایج تحقیقات مختلف داخلی و خارجی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری را در کاهش اضطراب تایید می‌کنند. در همین رابطه فلاح (۱۳۹۶) به این نتیجه دست یافت که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در شهرستان رفسنجان شده است. همین‌طور نتایج پژوهش ایزلایلی، یاتی و فادمی (۲۰۱۹) نشان داد که پس از گذراندن دوره‌های بازی‌درمانی با پازل، میزان اضطراب کودکان به طور معنی‌داری کاهش یافته است. در نتیجه، دوره بازی‌درمانی می‌تواند بر کاهش اضطراب در کودکان اثربخش باشد. در خصوص اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش پرخاش‌گری نیز، نتایج مطالعات باغبانی بیگدیلو و رستم اوغلی (۱۳۹۹) نشان داد که بازی‌درمانی به طور اثربخش پرخاش‌گری کودکان را کاهش می‌دهد. هم‌چنین کریمی (۱۳۹۷) دریافت اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش پرخاش‌گری کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان کنگان اثربخش بوده است. در همین زمینه، نتایج پژوهش ضیایی میناب (۱۳۹۸) نشان داد که درمان بازی مبتنی بر شناختی-رفتاری موجب کاهش معنی‌دار میزان پرخاش‌گری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای در گروه آزمایش شده است. فلاح (۱۳۹۶) نیز به این نتیجه دست یافت که بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش پرخاش‌گری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در شهرستان رفسنجان اثربخشی بالایی داشته است.

با توجه به موارد و مشکلات ذکر شده، کودکان کم‌توان ذهنی از جمله گروه‌هایی هستند که مشکلات عدیده‌ای در زمینه آموزش، یادگیری، روابط اجتماعی و رفتاری دارند. عدالت آموزشی یکی از اهداف عالی نظام آموزش و پرورش است که برای تحقق آن باید تسهیلات آموزشی برای تمامی دانش‌آموزان آرایه شود؛ بنابراین نیاز است تا برنامه‌ریزی‌هایی برای رفع مشکلات آن‌ها صورت گیرد. بنابراین و با توجه به این‌که دانش‌آموزان استثنایی نیز مانند دانش‌آموزان عادی حق علم آموزشی و یادگیری را دارند؛ لذا با تخصیص روش‌های مختلف درمانی از جمله بازی‌درمانی شناختی-رفتاری می‌توان به کاهش مشکلات شناختی-رفتاری آن‌ها اهتمام ورزیده و با کمک به آن‌ها در مدارس استثنایی به کسب علم و دانش و هم‌چنین رفتار اجتماعی مناسب در مقابل دیگران را به آن‌ها آموزش داد. با توجه به نتایج تحقیقات مشابه مطروح، به نظر می‌رسد که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مدارس استثنایی موثر باشد. از این رو، نادیده گرفتن اثربخشی این درمان بر متغیرهای ذکر شده در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی را می‌توان یک خلاء جدی در مدارس استثنایی شهر تبریز به حساب آورد که هدف پژوهش حاضر بر کردن بخشی از خلاء آن است؛ لذا در همین راستا مقاله حاضر با هدف اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاش‌گری و اضطراب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مدارس استثنایی شهر تبریز انجام شد. با توجه به اهمیت موضوع کاربردی و کمبود پژوهش‌هایی که روش‌های موثر بر بهبود رفتارهای نامطلوب در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی را مورد بررسی قرار دهند، به خصوص با تمایل رو به رشدی که در سال‌های اخیر نسبت به استفاده از بازی و فعالیت‌های مرتبط با آن در حوزه‌های درمانی و توان‌بخشی مشاهده می‌شود، این پژوهش برای بررسی و حل مشکلات عدیده‌ای که در بین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مدارس استثنایی شهر تبریز وجود دارد، انجام شد؛ در نتیجه پژوهش‌گر در پی پاسخ به سئوالات زیر است:

۱. آیا درمان مبتنی بر بازی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اضطراب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مرحله پس‌آزمون اثربخش است؟
۲. آیا درمان مبتنی بر بازی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اضطراب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

روش پژوهش بر پایه طرح‌های نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دوره دوم ابتدایی (پایه‌های چهارم، پنجم و ششم) پسر کم‌توان ذهنی مدارس استثنایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل بود که جهت تعیین نمونه مورد مطالعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر دانش‌آموز کم‌توان ذهنی دوره دوم ابتدایی مدارس شهر تبریز انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه مجزای ۱۵ نفره (گروه آزمایش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه کنترل) با رعایت ملاک ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی قرار گرفتند. ملاک ورود به مطالعه شامل: دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی پسر ابتدایی دوره دوم شهر تبریز، شرکت نداشتن در جلسات مداخلات روانشناختی در طی شش ماه اخیر، علاقه دانش‌آموزان به شرکت در پژوهش و رضایت آگاهانه والدین دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج از مطالعه نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به همکاری در ادامه تحقیق و شرکت همزمان در برنامه‌های مداخلاتی دیگر بود. دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون پیگیری انجام شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه پرخاشگری. جهت سنجش پرخاشگری دانش‌آموزان از پرسشنامه شهیم (۱۳۸۵) در قالب ۲۱ گویه در سه خرده‌مقیاس: پرخاشگری جسمانی (۷ گویه)، پرخاشگری رابطه‌ای (۸ گویه) و پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش‌فعال (۶ گویه) در طیف ۴ گزینه‌ای لیکرت با نمره‌گذاری به ندرت برابر ۱ نمره، یک بار در ماه برابر ۳ نمره، یک بار در هفته برابر ۲ نمره، اغلب روزها برابر ۴ نمره استفاده شد. کم‌ترین نمره ۲۱ و بیش‌ترین نمره ۸۴ است. نقطه برش برای تشخیص کودک پرخاش‌گر در هر زیر مقیاس یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی ۰/۸۵، رابطه‌ای ۰/۸۹ و واکنش کلامی ۰/۸۳ است (شهیم، ۱۳۸۵؛ به نقل از رجبی، نجفی و رضایی، ۱۳۹۱). ارزیابی روایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عامل با محور اصلی و چرخش مایل گویه‌ها نیز منجر به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیش‌تر از یک گردید که ۵۹٪ واریانس را تبیین می‌کرد (واحدی، فتحی آذر، حسینی نسب و مقدم، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ تایید شد ($\alpha > 0.7$).

۲. پرسشنامه اضطراب کودکان. برای سنجش اضطراب دانش‌آموزان از پرسشنامه مارچ، پارکر، سالیوان، استالینگز و کانرز (۱۹۹۷) در قالب دارای ۳۹ گویه در چهار خرده‌مقیاس: اضطراب اجتماعی (۹ گویه)، اضطراب جدایی (۹ گویه)، اجتناب از آسیب (۹ گویه) و نشانه‌های جسمانی (۱۲ گویه). بر مبنای یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه (هرگز برابر صفر، بندرت برابر یک، گاهی اوقات برابر دو و همیشه برابر

سه) استفاده شد. در مطالعه‌ای ایوارسون (۲۰۰۶) برای کل مقیاس ضریب آلفای ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس اضطراب اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، اجتناب از آسیب و اضطراب جدایی به ترتب ضریب آلفای ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۷۱ و ۰/۶۴ را به دست آورده است (به نقل از دبیریان و حیدری شرف، ۱۳۹۸). هم‌چنین روایی و پایایی این پرسشنامه توسط مشهدی، سلطانی، میرذورقی و بهرامی (۱۳۹۱) برآورد شد. ایشان اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی کل مقیاس را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ تایید شد.

۳. پروتکل آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری. جهت آموزش جلسات مداخله بازی درمانی شناختی-رفتاری به افراد گروه آزمایش از راهنمای ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی-شناختی در روز (۱۳۸۹) برای جلسات اول تا نهم، پروتکل طراحی شده احمدی (۱۴۰۰) برای جلسه دهم و پروتکل طراحی شده خداپرست (۱۳۹۳) برای جلسات یازدهم و دوازدهم استفاده شد. این بسته آموزشی در ۱۲ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای تدوین شده است. محتوای جلسات مندرج در جدول (۱) به نمونه‌های گروه آزمایش، توسط محقق که سابقه چنین تحقیقاتی را دارد انجام پذیرفت.

جدول ۱. محتوای پروتکل آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری به گروه آزمایش

| جلسه | موضوع (جلسه) | هدف | محتوا | روش | ابزار |
|------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ۱ | - ایجاد رابطه - می‌خواهم تو را بشناسم | - شناسایی احساسات - میترسی؟ F - شناسایی حالات فیزیکی | - آشنایی درمان‌گر و کودکان با همدیگر - ارائه قوانین گروه - ایجاد دیکشنری احساسات - کشیدن نقاشی بدن کودک برای حالات مختلف فیزیکی و توضیح واکنش‌های فیزیکی بدن موقع حالات مختلف احساسی در سطح ادراک کودک | - سخنرانی - توضیحی - پرسش و پاسخ | - تصاویری از احساسات مختلف - قیچی - چسب - نقاشی بدن |
| ۲ | - آرام سازی | - تفاوت بین عصبی بودن و آرام بودن | - مقایسه عضلات سخت با اسپاگتی و بعد شل کردن عضلات همراه با نشان دادن آن توسط اسپاگتی در آب داغ ریخته شده و نرم شده - فشار لیمو در دست برای نشان دادن احساس انقباض در دست و بازو و ول کردن لیمو برای نشان دادن شلی عضلات - نشان دادن احساسات مختلف با ایفای نقش | - سخنرانی - توضیحی - پرسش و پاسخ - ایفای نقش | اسپاگتی-آب داغ- لیمو |

| | | | | | |
|---|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ۳ | - فعالیت - حباب فکر - راه رفتن با چشم بند | - شناسایی تفکرات اضطراب‌آور (انتظار اتفاقات بد؟) E | - ارائه و وضعیت‌های مختلفی از شادی یا اضطراب و بیان افکار در این شرایط با صدای بلند توسط درمان‌گر - کشیدن نقاشی خود در وضعیت اضطراب و قرار دادن حباب‌های فکری بالای نقاشی و شناسایی احساسات مختلف در آنها - راه رفتن کودک و درمان‌گر با پوشاندن چشم خود با چشم بند یا دست‌هایشان - تعویض نقش با درمان‌گر برای کودک که تلاش دارد درمان‌گر را ترغیب کند که فلان وضعیت یا موقعیت روی نخواهد داد یا احتمال آن ضعیف است. | - گفتگو - توضیحی - ایفای نقش - پرسش و پاسخ - داستان گویی | - مداد - کاغذ |
| ۴ | درک مفهوم حل مشکل | - آموختن و گسترش اعتماد به نفس - برنامه A نگرشها و اعمال مفید) | - معرفی کردن ایده‌هایی برای نشان دادن تاثیرگذاری نگرش و اعمال بر آنچه که احساس میکنیم مفید هستند. حل مشکل به عنوان ابزاری برای برخورد با اضطراب | - همکاری درمان‌گر و کودک - تجسم - پرسش و پاسخ | خوددرمان‌گر و کودک |
| ۵ | نتایج و پاداشها | پاداش دادن به خود برای موفقیت هنگام مواجهه با وضعیت‌های برانگیزاننده اضطراب (مرحله R) | - امتیازدهی به عملکرد با خود ارزیابی و رضایتمندی از تلاشهای فردی - فهرست‌بندی از پاداشهای مختلف و انجام کارهایی که منجر به پاداش‌گیری شود. - استفاده از کتابهایی که در آن شخصیت داستان تلاش می‌کند با یک وضعیت اضطراب‌آور مقابله کند و شاید تلاش‌هایش همیشه کاملاً موفقیت‌آمیز نباشد. | - سخنرانی - توضیحی - داستان گویی | - کارتهای جایزه - کتابهای داستان |
| ۶ | تکنیک‌های کنترل عصبانیت | کنترل عصبانیت | - پرت کردن حواس از موضوع - نفس عمیق - جملات تأکیدی سازشگر - تعیین قوانینی در نمایش مانند عدم تماس فیزیکی یا عدم استفاده از جملاتی توهین‌آمیز | - مباحثات - فعالیت‌های گروهی - ایفای نقش - مشاهدات | عروسک‌های انگشتی و دستی |
| ۷ | حل مشکلات اجتماعی | آموزش الگویی برای حل | - مرور اتفاقات مثبت و منفی در خاطرات مدرسه با ایفای نقش - ترغیب گروه به بازی نقش | - ایفای نقش - بازی نمایشی | - وسایل بازی پارک |

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مشکلات اجتماعی | - آموزش الگویی برای حل مشکلات اجتماعی | - گردش در پارک |
| ۸ نمایش عروسکی | - آموزش مهارت‌های جدید بدون شیوه تهاجمی | - نمایش عروسکهای نمایشی - بازی نمایشی - ایفای نقش - یادکنک |
| ۹ بازیهای برانگیزاننده فیزیکی | - آموختن تنفس و نفس عمیق کشیدن | - بازی با توپ و ایجاد وقفه هایی در بازی متوجه کردن دانش آموزان (کودکان) به تنفس سریع و ضربان قلب - توضیح اینکه نفس عمیقی که از طریق حباب درست کردن آموخته بودند می تواند آن ها را آرام سازد و ضربان قلب و تنفس را کاهش دهد. |
| ۱۰ دقت و تمرکز | - تمرکز بر خودکنترلی - افزایش دقت و تمرکز | - ابزار پیچ و مهره برای باز کردن و بستن آن و تقویت افزایش دقت و تمرکز و تقویت انگشتان دست |
| ۱۱ نقاشی خطی - پارللهای مشابه | - افزایش توجه و تمرکز | - در این جلسه با هدف افزایش توجه و تمرکز هر دانش آموز با توجه به خطهایی که دوستش کشیده باید تصویری بسازد - ضمن حفظ توجه، فعالیت خاصی را انجام دهند. |
| ۱۲ بازی سبدر و دوزبازی | - دقت و توجه به جزئیات | - انداختن توپها در سبدر از فاصله معینی - دانش آموزان با توجه به مراحل قبلی باید ردیفها را تکمیل کنند. |

روش اجرا. قبل از انجام تحقیق از والدین دانش آموزان مورد مطالعه، رضایت نامه کتبی اخذ شد. علاوه بر آن، کدهای اخلاقی انجمن روان شناسی آمریکا که شامل احترام به اصل رازداری نتایج، امکان انصراف آزمودنی ها از تحقیق، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی آموزش و پژوهش، و نیز این که این مداخله هیچ گونه ضرر جسمی در بر ندارد، رعایت گردید. در ادامه دانش آموزان شرکت کننده پرسشنامه های پرخاشگری، مقیاس هوش و کسلر کودکان-نسخه چهارم، سازگاری اجتماعی و اضطراب را تکمیل نمودند. سپس به صورت تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره طبقه بندی شدند. سپس آزمودنی های گروه آزمایش تحت مداخله «آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری» در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای قرار گرفتند. آزمودنی های گروه کنترل هیچ گونه مداخله آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله هر دو گروه مجدداً همان پرسشنامه های پرخاشگری و اضطراب را تکمیل نمودند. دو ماه بعد مجدداً پرسشنامه ها بین هر دو گروه

جهت سنجش پیگیری اثربخشی بین هر دو گروه انجام شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، برای گروه کنترل بعد از اتمام تحقیق جلسات آموزشی برگزار شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. نتایج در دو بخش تحلیل شدند. بخش اول آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و بخش دوم آمار استنباطی شامل پیش‌فرض‌ها و آزمون فرضیه‌های تحلیل واریانس بین-درون آزمودنی‌های آمیخته استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش برابر با ۱۱/۷۸ (۳/۵۴) و گروه گواه برابر با ۱۱/۴۴ (۳/۳۸) بود؛ در ادامه شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول شماره ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای آزمون بر اساس مراحل مداخله و گروه گواه

| گروه | متغیر | میانگین | انحراف معیار |
|---------------------------------|----------|---------|--------------|
| آموزش بازی‌درمانی شناختی-رفتاری | پرخاشگری | ۲۶/۴۳ | ۳۹/۱۴ |
| | پس‌آزمون | ۲۹ | ۳۳/۶ |
| | پیگیری | ۰۶/۲۸ | ۵۶/۶ |
| | پس‌آزمون | ۳۳/۵۹ | ۴۵/۱۳ |
| | پس‌آزمون | ۵۳/۳۹ | ۷۵/۹ |
| | پیگیری | ۶۶/۴۴ | ۲۶/۱۱ |
| گواه | پرخاشگری | ۵۰ | ۳۹/۱۴ |
| | پس‌آزمون | ۱۳/۴۵ | ۷۱/۱۳ |
| | پیگیری | ۸۶/۴۷ | ۹۵/۱۰ |
| | پس‌آزمون | ۰۶/۵۹ | ۹۶/۱۶ |
| | پس‌آزمون | ۶۶/۵۸ | ۶۴/۱۴ |
| | پیگیری | ۸/۵۹ | ۵۴/۱۰ |

جدول شماره (۲) حاکی از تغییرات نمرات پرخاشگری و اضطراب در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون است که نمره پرخاشگری و اضطراب کاهش داشته است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از آزمون تحلیل واریانس بین-درون آزمودنی‌های آمیخته استفاده شده است. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. مهم‌ترین پیش‌فرض‌های استفاده از این آزمون، آزمون نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لون و آزمون موچلی به صورت منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون لون و آزمون

موچلی همگنی واریانس‌ها

| آماره | آزمون شاپیرو ویلک | | آزمون لون | | موچلی W | |
|-------|-------------------|--------|-----------|--------|-----------|---------------|
| | پر خاشگری | اضطراب | پر خاشگری | اضطراب | پر خاشگری | اضطراب |
| ۵۲/۰ | ۳۹/۰ | ۸۵/۳ | ۱۲/۰ | ۵۵/۰ | ۲۲/۰ | |
| ۹۴/۰ | ۹۹/۰ | ۰۶/۰ | ۷۲/۰ | ۰۰۰/۰ | ۰۰۰/۰ | سطح معنی داری |

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳ سطح معنی داری آزمون شاپیرو ویلک برای پرخاشگری و اضطراب به ترتیب برابر با ۰/۹۴ و ۰/۹۹ محاسبه شد ($p > ۰/۰۵$). بنابراین فرض یک مبنی بر غیرنرمال بودن داده‌های پرسشنامه پرخاشگری و اضطراب رد شده و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. همچنین مشاهده می‌شود مقادیر F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌هاست، در هیچ یک از متغیرها معنی دار نیست ($p > ۰/۰۵$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. اما با توجه به اینکه سطح معنی داری تخمین مقدار مجذور کای برای در موچلی آزمون کم‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین از این پیش فرض تخطی شده است. در این شرایط باید اصلاح اسیلن استفاده نمود. بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها از آماره گرین هاوس-گیزر استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس درون-بین آزمودنی آمیخته در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با معیار گرین هاوس-گیزر

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معنی داری | |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|----------------------|
| | | | | | ضریب | معیار |
| مراحل مداخله | ۴۲/۱۶۷۴ | ۳۸/۱ | ۰۹/۱۲۰۸ | ۹۳/۱۵ | ۰۰۰/۰ | پر خاشگری درون گروهی |
| مداخله×گروه | ۳۵/۶۸۱ | ۳۸/۱ | ۵۹/۴۹۱ | ۴۸/۶ | ۰۰۹/۰ | بین گروهی |
| گروه | ۱۱/۴۵۵۱ | ۱ | ۱۱/۴۵۵۱ | ۲۹/۱۵ | ۰۰۱/۰ | اضطراب درون گروهی |
| مراحل مداخله | ۶۲/۱۶۰۳ | ۱۲/۱ | ۳۷/۱۴۲۷ | ۴۵/۷ | ۰۰۸/۰ | پر خاشگری درون گروهی |
| مداخله×گروه | ۸/۱۵۷۳ | ۱۲/۱ | ۸۳/۱۴۰۰ | ۳۱/۷ | ۰۰۹/۰ | بین گروهی |
| گروه | ۲۸۹۰ | ۱ | ۲۸۹۰ | ۸۵/۹ | ۰۰۴/۰ | اضطراب درون گروهی |

در بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش بازی درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اضطراب کودکان کم‌توان ذهنی، بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴، مداخله بازی درمانی شناختی-رفتاری بر نمره پرخاشگری با اثر ۰/۳۵ ($p = ۰/۰۰۱$) و همچنین بر نمره اضطراب با اثر ۰/۲۶ ($p = ۰/۰۰۴$) اثربخش بوده است. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول شماره ۵ نیز حاکی از تأثیر و پایداری آموزش تا مرحله پیگیری بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه اثربخشی و پایداری مرحله پیگیری

| آزمون | اختلاف میانگین | سطح معنی‌داری |
|-----------|----------------|---------------|
| پرخاشگری | ۵۶/۹ | ۰۰۱/۰ |
| پیش‌آزمون | ۶۶/۸ | ۰۰۰/۰ |
| پس‌آزمون | ۵۶/۹- | ۰۰۱/۰ |
| پیگیری | ۹/۰- | ۱ |
| پیگیری | ۶۶/۸- | ۰۰۰/۰ |
| پس‌آزمون | ۹/۰ | ۱ |
| اضطراب | ۱/۱۰ | ۰۲/۰ |
| پیگیری | ۹۶/۶ | ۰۳/۰ |
| پس‌آزمون | ۱/۱۰- | ۰۲/۰ |
| پیگیری | ۱۳/۳- | ۰۹/۰ |
| پیگیری | ۹۶/۶- | ۰۳/۰ |
| پس‌آزمون | ۱۳/۳ | ۰۹/۰ |

مقایسه تغییرات در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین پرخاشگری و اضطراب دانش‌آموزان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این تاثیر تا مرحله پیگیری ماندگار مانده است؛ در حالی که در گروه کنترل این تفاوت‌ها معنی‌داری نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

مقاله حاضر با هدف اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و اضطراب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در بین دانش‌آموزان پسر مدارس استثنائی دوره دوم ابتدایی شهر تبریز درسال تحصیلی ۱۳۹۹-۴۰۰ انجام پذیرفت. یکی از نتایج تحقیق نشان داد که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری (۳۵٪) اثربخش بوده است. نتایج این تحقیق همسو با نتایج پژوهش‌های باغبانی بیگدیلو و رستم اوغلی (۱۳۹۹)، کریمی (۱۳۹۷)، فلاح (۱۳۹۶) و ضیایی میناب (۱۳۹۸) می‌باشد. نتایج مطالعات باغبانی بیگدیلو و رستم اوغلی (۱۳۹۹) نشان داد که بازی‌درمانی به طور اثربخش پرخاشگری کودکان را کاهش می‌دهد. هم‌چنین کریمی (۱۳۹۷) دریافت اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان کنگان اثربخش بوده است. این دو محقق با آموزش بازی‌درمانی توانستند پرخاشگری کودکان را به طور معنی‌داری کاهش دهند. در همین رابطه فلاح (۱۳۹۶) نیز اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در شهرستان رفسنجان را آزمون و تایید کرد. در همین زمینه؛ ضیایی میناب (۱۳۹۸) اثربخشی درمان بازی مبتنی بر شناختی-رفتاری را در کاهش میزان پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مدارس میناب اثبات نمود. قابل ذکر است در پژوهش حاضر تمرکز محقق فقط بر روی کاهش پرخاشگری نبود؛ بلکه در کنار آن به کاهش اضطراب در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی پرداخت. با توجه به این‌که خصومت، معرف جنبه شناختی پرخاشگری؛ خشم، نشان‌دهنده جنبه هیجانی آن و خشونت کلامی و جسمانی جنبه رفتاری پرخاشگری می‌باشند. به نظر می‌رسد جنبه

جسمانی و کلامی بیش‌تر به ویژگی‌های شخصیتی و وراثتی کودکان مرتبط باشد و این نوع پرخاشگری از زمان تولد در آن‌ها وجود داشته باشد؛ لذا با آموزش جلسات محدود احتمال اینکه بتوان این‌گونه پرخاشگری را در آن‌ها کاهش داد، کمی تأمل برانگیز است. بنابراین محققین با اجرای پیگیری بعد از دو ماه در صد سنجش پایداری اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش ویژگی‌های مختلف پرخاشگری برآمدند که نتایج نشان داد بعد از دو ماه هم‌چنان این مداخله (بازی‌درمانی رفتاری-شناختی) اثربخشی را در کودکان کم‌توان ذهنی حفظ کرده است. نتیجه دیگر تحقیق حاضر نشان از اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب (۲۶٪) بود. نتایج این بخش نیز همسو با نتایج تحقیقات می‌باشد. نتایج پژوهش ایزلایلی، یاتی و فادمی (۲۰۱۹) نشان داد که پس از گذراندن دوره‌های بازی‌درمانی با پازل، میزان اضطراب کودکان به طور معنی‌داری کاهش یافته است. در نتیجه، دوره بازی‌درمانی می‌تواند بر کاهش اضطراب در کودکان اثربخش باشد. در همین رابطه فلاح (۱۳۹۶) به این نتیجه دست یافت که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در شهرستان رفسنجان شده است. در تبیین این یافته می‌توان چنین برداشت نمود که کودکان و دانش‌آموزان دارای اختلال به علت عدم اعتماد به نفس در وجود خود و پایین دانستن خود از کودکان و دانش‌آموزان عادی، همیشه دارای اضطراب از نوع نشانه‌های جسمانی، اضطراب اجزایی و اضطراب اجتماعی هستند و دچار آسیب‌های اجتماعی مختلفی نیز می‌گردند. در نتیجه نیاز به یک نوع درمان به این کودکان و دانش‌آموزان است که محققان و نظریه‌پردازان یکی از درمان‌های اثربخش را بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در حل این مشکل آن‌ها پیشنهاد داده‌اند. چرا که با توجه به سن پایین این افراد؛ بازی‌درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مناسب مورد استفاده قرار گیرد و در ابعاد شناختی و رفتاری با آموزش بازی نظیر نقاشی، داستان‌گویی و ایفای نقش به صورت گروهی جهت بروز احساسات می‌توان موجب کاهش اضطراب آن‌ها گشت. اما با توجه به اینکه اضطراب همیشه و در همه حال با افراد بالاخص کودکان کم‌توان ذهنی همراه است؛ لذا محققین با انجام پیگیری بعد از دو ماه؛ به پایداری نسبی اثربخشی بازی‌درمانی رفتاری-شناختی در کاهش اضطراب دست یافتند. در نهایت با توجه به مشکلات عدیده‌ای که در زندگی شخصی، اجتماعی و تحصیلی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی وجود دارد؛ ناتوانی عملکردی این افراد همه ابعاد زندگی آن‌ها مانند حوزه روانی، رفتاری، خود ادراکی، کارکردهای اجرایی، حافظه دیداری و شنیداری و روابط بین‌فردی آن‌ها را متأثر می‌کند و با توجه به نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین و هم‌چنین هم‌راستا با نظر نظریه‌پردازان روان‌شناسی، بازی‌درمانی یکی از روش‌های موثر در درمان مشکلات رفتاری و روانی کودکان است و نقش موثری در رشد کودک داشته و در خلال بازی می‌توان به بسیاری از ویژگی‌ها، مسائل و رشد کودک پی برد. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار داشت که بازی‌درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر، پرخاشگری را در ابعاد رابطه‌ای و واکنشی-کلامی بیش‌فعالی بهبود بخشد. هم‌چنین بازی‌درمانی به طریق غیرمستقیم باعث می‌شود دانش‌آموزان بتوانند مشکلات خودشان را در محیط مدرسه و گروه همسالان حل کنند. در نهایت با توجه به تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری توصیه می‌شود مشاوران، درمان‌گران و روان‌شناسان بالینی از روش مذکور برای کاهش پرخاشگری و اضطراب دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بهره جویند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاس‌گزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- افروز، غلامعلی، کامکاری، کامبیز، شکرزاده، شهره، و حلت، احمد. (۱۳۹۳). *راهنمای اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر مقیاس‌های هوش و کسلر کودکان-نسخه چهارم*. تهران: علم استادان.
- باغبانی بیگدیلو، سمیه، و رستم اوغلی، زهرا. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی‌درمانی بر بهبود مهارت‌های حل مسئله و کاهش رفتار پرخاش‌گراییانه بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری در کودکان پسر پایه ششم ابتدائی شهرستان بيله سوار. *دهمین کنفرانس ملی روان‌شناسی، علوم تربیتی و اجتماعی*، بابل، ۱۰-۱۱.
- بهفر، ندا، و غلامی حیدر آبادی، زهرا. (۱۳۹۶). تعیین اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر بهبود رفتارهای سازشی کودکان عقب مانده آموزش‌پذیر. *هشتمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی*، تهران، ۱۲-۱۱.
- پنجه علی، فاطمه. (۱۳۹۹). *اثربخشی موسیقی‌درمانی بر حافظه فعال شنیداری، کنترل هیجانی و انتقال توجه کودکان کم‌توان ذهنی سطح شدید (تربیت‌پذیر)*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، موسسه آموزش عالی امام جواد (ع).
- حاجیوند، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی‌درمانی بر عملکرد تحصیلی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری. *سومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در روان‌شناسی، مشاوره و علوم تربیتی*، ۱۹-۱۱.
- حسنلو، ژیللا، و محمودی، نورالدین. (۱۳۸۸). تبیین هنر موسیقی به عنوان عاملی تسهیل‌گر در جهت ارتقای بازدهی شغلی افراد نابینا. *فصلنامه هنر و موسیقی*، ۲۲(۸۸): ۲۱.
- خانخانی زاده، هنگامه، و باقری، سحر. (۱۳۹۱). اثربخشی خودآموزی کلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری. *نشریه ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۱): ۴۳-۵۲.
- خداپرست، زهره. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر حافظه دیداری و تمرکز و توجه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۴(۶)، ۲۱-۲۶.

دبیریان، مریم، و حیدری شرف، پریسا. (۱۳۹۸). اثربخشی قصه‌درمانی بر کاهش میزان اضطراب و بهبود هراس اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی شهر کرمانشاه. *فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱(۴): ۱۱-۱.

رجبی، زهرا، نجفی، محمود، و رضایی، علی محمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۰): ۷۱-۵۵.

رحیمیان، مریم، حجازی، پریسا، نظری، حدیثه، و فرهمند، شعله. (۱۳۹۷). اثر فعالیت‌های یکپارچگی حسی حرکتی گروهی و انفرادی بر توانایی ادراکی حرکتی و رشد اجتماعی کودکان اوتیسم. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸۵: (۸).

رضائی، علی. (۱۳۹۸). *اثربخشی موسیقی بر توجه و سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی.

رفیعی، منصوره، و عدیله، رقیه. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی بر علایم بیش‌فعالی و کارکردهای اجرایی در بین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. *همایش کشوری و جشنواره کودکان با نیازهای خاص*، اصفهان، ۱-۱۴.

روحی، علیرضا. (۱۳۹۳). *رویکردهای نظری و کاربردی در اختلال‌های اضطرابی کودکان*. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۴(۳): ۵۸-۴۷.

زارعی، الهام. (۱۳۹۰). *تأثیر شن‌بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

سعدی پور، اسماعیل، درتاج، فریبرز، و حجتی، مریم. (۱۳۹۸). *تأثیر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر مهارت اجتماعی و سازگاری دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دبستانی شهرستان نجف آباد*. *پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۲(۴): ۱۰۷-۱۳۴.

سیف نراقی، مریم، و نادری، عزت‌الله. (۱۳۹۸). *روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی (بر اساس DSM-5)*. انتشارات ارسباران.

سینه‌ها، ای، کی، بی، و سینگ، آر.بی. (۱۳۸۰). *راهنمای پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی*. ترجمه ابوالفضل کرمی. تهران: موسسه روان‌تجهیز سین.

شهیم، سیما. (۱۳۸۵). *پرخاشگری آشکار و رابطه‌ای در کودکان دبستانی*. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۹(۱-۲): ۴۴-۲۷.

ضیایی میناب، نگار. (۱۳۹۸). *بررسی تأثیر باز درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی پسر ۷ تا ۱۲ سال شهرستان میناب*. *فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی*، ۱۶(۱۶): ۱۴۳-۱۵۶.

عابدی، محمدرضا، صادقی، احمد، و ربیعی، محمد. (۱۳۸۸). *رواسازی و اعتباریابی چهارمین ویرایش مقیاس هوش و کسلر کودکان*. *روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)*، ۷(۲۸): ۳۷۷-۳۸۶.

عاشوری، محمد، و یزدانی پور، معصومه. (۱۳۹۷). *بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی*. *توان‌بخشی*، ۱۹(۳): ۲۶۲-۲۷۴.

فاضل کلخوران، جمال، شریعتی، امیر و بهرامی، هاجر. (۱۳۹۶). *اثر بازی‌درمانی بر حافظه کوتاه مدت کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر*. *رفتار حرکتی*، ۲۸(۲۸): ۷۳-۸۸.

- فضلی احمدآباد، معصومه، و الیاسی، فرنگیس. (۱۳۹۸). بررسی عوامل موثر بر سازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. پنجمین کنفرانس بین‌المللی دستاوردهای نوین پژوهشی در علوم اجتماعی، تربیتی و روان‌شناسی، تهران، ۱۳-۱۰.
- فلاح، شیما. (۱۳۹۶). اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی اضطراب و پرخاشگری کودکان بدسرپرست در شهرستان رفسنجان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علم و هنر یزد، دانشکده علوم انسانی.
- قاسم زاده، سوگند، امینی، سحر، و نوروزی، راضیه. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش نقاشی انگیزشی بر رفتار پرخاش‌گرانه دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۲۰(۱): ۴۵-۵۶.
- قربان پور، کبری، پاکدامن، مجید، رحمانی، محمدباقر، و حسینی، غلامحسین. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش حرکات و بازی‌های ریتمیک ایروبیکی بر کارکرد حافظه کوتاه مدت و حافظه شنیداری دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری. فصلنامه نسیم تندستی، ۱(۴): ۳۵-۴۴.
- کریمی، سولماز. (۱۳۹۷). پژوهشی با موضوع اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری و بهبود سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان کنگان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندر لنگه.
- لواسانی، محسن، کرامتی، هادی، و گدیور، پیرون. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال خواندن. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۷(۳): ۹۱-۱۰۹.
- محمدی، عبدالله، و طاهری مقدم، فهیمه. (۱۳۹۸). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر شناختی - رفتاری بر خود کارآمدی و سازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان دارای اختلال طیف اتیسم سندج. همایش خانواده، اختلال اتیسم و چالش‌های همراه، تهران، ۸-۱.
- مشهدی، علی، سلطانی، رضا، میر دورقی، فاطمه، و بهرامی، بتول. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۶(۱): ۷۰-۸۷.
- موسوی نیک، مریم، عظیمی، رحمت‌اله، و رحمنی، سیامک. (۱۳۹۹). اثر بخشی بازی‌درمانی بر افزایش حافظه کوتاه مدت شنیداری و دیداری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش، تهران، ۲۱-۱.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۹۴). روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. چاپ هیجدهم. تهران: قومس.
- نظامی، لطیفه، و آزموده، معصومه. (۱۳۹۸). پیش‌بین سازگاری اجتماعی بر اساس طرح‌واره‌های فرزندپروری و سبک‌های دلبستگی والد-فرزند در دختران نوجوان دانش‌آموز شهر تبریز. زن و مطالعات خانواده، ۱۱(۴۳): ۱۴۵-۱۶۵.
- نیازی، محمدرحیم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مشکلات رفتاری و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- واحدی، شهرام، فتحی آذر، اسکندر، حسینی نسب، سیدداوود، و مقدم، محمد. (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری پیش دبستانی و ارزیابی میزان پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی ارومیه. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۳۷(۳): ۱۵-۲۴.

هاشمی، محبوبه، امیر زمانی، محمود، داور منش، عباس، صالحی، مسعود، و نژادی کاشانی، غزاله. (۱۳۸۹). تاثیر نمایش عروسکی (همراه با نور UV) در کاهش پرخاشگری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. نشریه علمی پژوهشی توان بخشی، ۱۱(۴۵) (ویژه نامه توان بخشی اعصاب کودکان): ۸۸-۹۳.

References

- Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. (2005). The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol Res Pr.* 36(4): 376-390.
- Carole, P. R., & Degroot, E. V. (2008). Motivational self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of educational psychology*, 82: 33-40.
- Cimera, R. E. (2006). *Mental retardation doesn't mean "stupid"!: A guide for parents and teachers*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Education.
- Draws, A. (2009). *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: evidence based and other effective treatments and techniques*.
- Durand, G. & Plata, E. M. (2017). The effects of psychopathic traits on fear of pain, anxiety, and stress. *Personality and Individual Differences*, 119: 198-203.
- Gerald, G. (1999). *Short term play therapy*. New York: Ailyn bucon.
- Israeli, I., Yati, M.I. & Fadmi, F.R. (2019). The effect of play puzzle therapy on anxiety of children on preschooler in Kota Kendari hospital. *Enfermeria Clinica*, 30(55): 103-105.
- Lee, J. & Min, D. (2021). Group Game Play Therapy to Improve Sociality of Children with Intellectual Disabilities - A Case Study. *The Journal of Play Therapy*, 25: 83-96.
- Levine, Kate & Virginia Ryan. (2001), "Helping parents by working with their children in individual child therapy." *Child & Family Social Work*, 6.
- March, J.S., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P. & Conners, C.K. (1997). The multidimensional anxiety scale for children (MASC): Factor structure, reliability and validity. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 36(4): 554-565.
- Matin, A., Yoosefi Looyeh, M., Afrooz, G. A. and Dezhkam, M. (2012). The effect of group rational emotive behavior restructuring on mental health of parents of exceptional children. *Social and Behavioral Sciences*, 46: 1872-1875.
- Nevels RM, Dehon EE, Alexander K & Gontkovsky ST. (2010). Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: A review of current and potentially promising treatment options. *Journal of Expect clinical psychopharmacol*, 18(2):184- 201.
- Porter, M. L, Hernandez-Reif, M. & Jessee, P. (2007). *Play therapy: A review. Early child 15. Development and care*. Taylor & Francis.
- Seidman, L.J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26: 466-485.
- Shea, S.E. (2006). Mental retardation in children age 6 to 16. *Seminars in Paediatrics Neurology*, 13: 262-270.

| | | | | | |
|---|---|---|---|----|--------------------------------------------------------------------|
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۲ | من احساس ضعف و سرگیجه می‌کنم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۳ | من ابتدا همه چیز را به دقت بررسی می‌کنم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۴ | من از اینکه در کلاس اسمم را صدا بزنند، نگرانم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۵ | من فرد پر جنب و جوشی هستم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۶ | من از اینکه دیگران مرا احمق بدانند، می‌ترسم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۷ | من شب‌ها لامپ اتاقم را روشن می‌گذارم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۸ | من در قفسه سینه ام احساس درد می‌کنم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۹ | من از اینکه بدون خانواده ام جایی بروم، دوری می‌کنم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۰ | من حس عجیب، غریب و غیرواقعی دارم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۱ | من سعی می‌کنم آنچه را که دیگران دوست دارند، انجام دهم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۲ | من از اینکه دیگران درباره من چگونه فکر می‌کنند، نگرانم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۳ | من از تماشای فیلم‌های سینمایی و برنامه‌های ترسناک، خودداری می‌کنم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۴ | قلبم به سرعت می‌تپد یا تپش قلب دارم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۵ | من از چیزهایی که مرا ناراحت می‌کنند، دوری می‌کنم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۶ | من کنار یکی از اعضای خانواده ام می‌خوابم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۷ | من احساس بی‌قراری و ناآرامی، می‌کنم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۸ | من سعی می‌کنم هر کاری را کاملاً درست انجام دهم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲۹ | من از اینکه کار احمقانه یا شرم‌آوری انجام دهم، نگرانم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۰ | من از سوار شدن به ماشین یا اتوبوس می‌ترسم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۱ | من حالت تهوع دارم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۲ | اگر ناراحت شوم یا بترسم، بلافاصله به کسی اطلاع می‌دهم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۳ | من از اینکه کاری را در جمع انجام دهم، عصبی می‌شوم. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۴ | آب و هوای بد، تاریکی، ارتفاع، حیوانات و حشرات، مرا می‌ترسانند. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۵ | دست‌هایم می‌لرزند. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۶ | من شرایط را کاملاً بررسی می‌کنم تا مطمئن شوم که همه چیز امن است. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۷ | برای من سخت است که از بچه‌های دیگر بخواهم با من بازی کنند. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۸ | احساس می‌کنم دست‌هایم عرق کرده یا سرد می‌شوند. |
| ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳۹ | من خجالتی هستم. |

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on the Aggression and Anxiety of Mentally Retarded Students

Mehrnaz. Mehrafza¹, Asghar. Nakhostin Goldoost^{2*}, & Azar. Kiamarsi³

Abstract

Aim: The present article was done with the aim to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on the aggression and anxiety of mentally retarded students. **Methods:** The research method was quasi-experimental method with a pretest, posttest and delay post design plus control group. The statistical society of the study consisted of mentally retarded male students of second grade of elementary exceptional schools during 2021-2022 and among them 30 students were selected as the sample case and categorized in experimental group (15 students) and control group (15 students). Data collection tools included Shahim (2007) aggression questionnaire and March et al (1997) anxiety questionnaire. The validity of research instruments was confirmed by the approval of specialists, for the research instruments, the reliability was estimated and approved by calculating Cronbach alpha coefficient ($\alpha > 0.7$). Prior to the study, Pre-test of aggression and anxiety was implemented in both groups. The experimental group received cognitive-behavioral play therapy through the training package in 12 sessions, but the control group did not receive any training therapy. After the training course in the post-test stage, both of the groups answered to the same questionnaire of pre-test stage; and two months later, research instruments were performed again between both groups. **Results:** The research data was analyzed with between- within mixed subjects Covariance Analysis. The results revealed that the cognitive-behavioral play therapy had a positive effect on the reduction of students' aggression and anxiety and this effectiveness has been remained stable after two months ($P < 0.05$). **Conclusion:** According to cognitive-behavioral play therapy effectiveness and its stability in the present research, it was suggested to apply periodically the methods of cognitive-behavioral play therapy with the aim to decrease mentally retarded students' aggression and anxiety.

Keywords: Aggression, Anxiety, Cognitive-Behavioral Play Therapy, Mentally Retarded.

1. Ph.D student of Educational Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

2. *Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

Email: nakhostin1@yahoo.com

3. Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.