

اثربخشی بازی درمانی بر رشد شناختی معلولین ذهنی آموزش پذیر

الهام مقامی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد مرودشت، صاحب امتیاز و مدیر مرکز توانبخشی و حرفه ای آموزشی غدیر شهرستان آباده استان فارس.

نام نویسنده مسئول:

الهام مقامی

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی روش مداخله ای بازی درمانی بر رشد شناختی معلولین ناتوان ذهنی آموزش پذیر به روش پژوهش نیمه آزمایشی بود. نمونه های این پژوهش شامل ۳۰ توانخواه با ناتوانی ذهنی آموزش پذیر بود که ابتدا از یکی از مراکز توانبخشی و حرفه آموزشی غدیر دختر شهر آباده در سال ۱۳۹۹ بطور تصادفی گزینش گردید. بدین ترتیب، تعداد ۳۰ نفر نمونه به طور تصادفی از میان توانخواهان این مرکز توانبخشی که آموزش پذیر بودند برگزیده شدند. سپس این تعداد نمونه به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری دختر در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. ابزار پژوهش عبارت از آزمون رشد شناختی تشخیصی کی بود. سپس روش بازی درمانی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. سپس مداخلات بازی درمانی در قالب بازی های مختلف با هدف، وسیله و روش خاص روی گروه آزمایش طی دو ماه اجراء شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیر رشد شناختی بعد از اجرای روش بازی درمانی افزایش معناداری را نشان دادند ($P < 0/001$). نتایج این پژوهش نشان داد که روش مداخله ای بازی درمانی بر مهارت اجتماعی و فراخوانی توجه تاثیر معناداری داشت ($P < 0/001$).

واژگان کلیدی: بازی درمانی، رشد شناختی، معلولین ذهنی آموزش پذیر.

مقدمه

در DSM_TV از اصطلاح mental retardation (عقب ماندگی ذهنی) استفاده می شود اما در DSM_5 اصطلاح intellectual disability معلولیت ذهنی (کم توانی ذهنی، اختلال رشد ذهنی، یا با ترجمه صحیح تر، اختلال رشد ذهنی) را به کار می برد. در DSM_TV اولین معیار اصلی و تشخیصی این ناتوانی، عملکرد هوشی بسیار کمتر از متوسط بود که با ضریب هوشی کمتر از متوسط بود که با ضریب هوشی کمتر از ۷۰ نشان داده می شود (دو انحراف استاندارد کمتر از هنجار). اما در DSM_5 معیار ضریب هوشی یا IQ حذف شده است و این تغییر و تحول بسیار مهم است. حذف این معیار باعث می شود کانون توجه بیشتر روی سطح عملکرد سازگاران فرد متمرکز شود و اصطلاح رشدی (developmental) در اختلال رشد ذهنی نیز معنای خاصی دارد (رشدی یعنی در طول رشد یا مرتبط به رشد). برای یک کودک زیر ۱۸ سال ممکن است رویدادهای زیادی اتفاق بیفتد. شاید او با عرضه ای که معمولاً باعث معلولیت ذهنی می شود به دنیا نیامده باشد، اما ممکن است بخاطر تصادف اتومبیل به همان اختلالاتی در عملکرد سازگاران و مهارت های سازگاری دچار شود که یک کودک مبتلا به معلولیت ذهنی آنها را تجربه می کند. همه ناتوانی های ذهنی قبل ۱۸ سالگی، یعنی در دوران رشد، روی داده باشند. فردی ۱۹ یا ۳۸ ساله را که به هر علتی دچار ناتوانی های ذهنی می شود، نمی توان مبتلا به معلولیت ذهنی دانست. در کل معلولیت ذهنی اختلالی است که در طول دوره رشدی شروع می شود و شامل نقص هایی هم در عملکرد ذهنی و هم در عملکرد سازگاران در زمینه های مفهومی، اجتماعی و عملی است. (گنجی، مهدی، ۱۳۹۵).

علل عقب ماندگی ذهنی

عقب ماندگی ذهنی یک مقوله تشخیصی نامتجانس است، به این معنی که این واژه در بر گیرنده اختلالاتی است که علل بسیار مختلفی دارند. معمولاً این علل به دو دسته طبقه بندی می شوند: آنهایی که ناشی از بیماریهای مغز و دستگاه عصبی هستند، و آنهایی که تصور می شود منشأ روانی - اجتماعی دارند. اما این دسته بندی بیش از حد ساده انگارانه است. نقص شناختی ای که منجر به بروز عقب ماندگی ذهنی می شود، اغلب حاصل تعامل پیچیده ای است بین آسیب پذیری ژنتیکی فرد و عوامل محیطی تأثیرگذار قبل، حین، و بعد از تولد. عقب ماندگی ذهنی علل زیستی مختلفی دارد: بیماری های وراثتی؛ مواد شیمیایی نظیر الکل، تشعشعات، و داروهای خاصی که رشد کودک قبل از تولد را تحت تأثیر قرار می دهند؛ عوامل تأثیرگذار بر تغذیه جنین، مثل ناپهنجاری های گردش خون در جفت یا سوء تغذیه مادر در دوران بارداری؛ مشکلات هنگام تولد مثل تولد زود رس، کمبود اکسیژن، یا دیگر مشکلات هنگام تولد؛ آسیب های پس از تولد مثل بیماری ها، مسمومیت، یا حوادث؛ و انواع نقص عضوهایی که علت آنها ناشناخته است. (ساراسون، ساراسون، ۱۳۹۲).

شیوع معلولیت ذهنی

به گزارش DSM_5، حدود ۱٪ جمعیت معلولیت ذهنی دارند، و نرخ شیوع تابعی از سن است و براساس آن تغییر می کند. نرخ شیوع برای معلولیت ذهنی شدید حدود ۶ در ۱۰۰۰ است. (گنجی، ۱۳۹۵).

میزان شدت کم توان ذهنی

کم توانی ذهنی خفیف تقریباً ۸۵ درصد موارد کم توانی ذهنی خفیف را تشکیل می دهد به طور کلی این افراد با حمایت مناسب می توانند زندگی مستقلی داشته باشند و خانواده خود را اداره کنند. IQ برای این سطح کارکرد انطباقی معمولاً در محدوده ۵۰ تا ۷۰ است.

کم توانی ذهنی متوسط حدود ۱۰ درصد موارد کم توانی ذهنی را تشکیل می دهد. اکثر کودکان دچار کم توانی ذهنی متوسط زبان را می آموزند و می توانند در اوایل کودکی به میزان کافی ارتباط برقرار کنند. این افراد از لحاظ تحصیلی دچار مشکل می شوند و اغلب نمی توانند بیش از کلاس دوم یا سوم پیش روند. در دوران نوجوانی مشکلات اجتماع پذیری اغلب سبب انزوای

این افراد می شود و حمایت فراوان اجتماعی و حرفه ای مفید خواهد بود. این افراد در دوران بزرگسالی ممکن است تحت نظارت مناسب به کارهای نیمه ماهر بپردازند. IQ برای این سطح کارکرد انطباقی معمولاً در محدوده ۳۵ تا ۵۰ است.

کم توانی ذهنی شدید حدود ۴ درصد افراد دچار کم توانی ذهنی شامل می شود. این افراد ممکن است در کودکی مهارت های ارتباطی را فراگیرند و اغلب می توانند بشمارند و کلماتی را که برای آنها اهمیت حیاتی دارد شناسایی کنند. در این گروه احتمال شناسایی علت کم توانی ذهنی بیش از انواع خفیف تر کم توانی ذهنی است. این افراد در دوران بزرگسالی ممکن است بر شرایط زندگی تحت نظارت نظیر خانه های گروهی انطباق حاصل کنند و بتوانند تکالیف مرتبط با کار را تحت نظارت انجام دهند. IQ برای این سطح کارکرد انطباقی معمولاً در محدوده بین ۲۰ تا ۳۵۰ است.

کم توانی ذهنی عمیق حدود ۱ تا ۲ درصد موارد کم توانی ذهنی را تشکیل می دهد. در اکثر افراد دچار کم توانی ذهنی عمیق علت کم توانی قابل شناسایی است. به کودکان دچار این نوع کم توانی می توان برخی مهارت های مراقبت از خود را آموزش داد و این کودکان تحت آموزش های مناسب ممکن است بیاموزند که نیازهای خود را بیان کنند. IQ برای این سطح کارکرد انطباقی معمولاً کم تر از ۲۰ است. (کاپلان، سادوک، ۱۳۹۵).

عقب ماندگی ذهنی اختلالی است که مهمترین ویژگی آن نارسایی شناختی است که مهمترین ویژگی آن نارسایی شناختی است که مهمترین ویژگی آن نارسایی شناختی است که مهمترین عامل در تعریف، تشخیص، طبقه بندی، و ارائه خدمات می باشد. آنچه را که در نارسایی شناختی این افراد تجلی می یابد، و بر اساس آن درباره سطح عملکرد آنها قضاوت به عمل می آید، تراز هوشی افراد می باشد و همانطور که می دانیم همه سیستم های تشخیصی، طبقه بندی و آموزشی از عامل هوش به عنوان معیار اصلی استفاده می کنند. ویژگیهای شناختی معلولین ذهنی در ابعاد توجه، زبان، حافظه و فرافاصله، فراشناخت، یادگیری و مهارت های اجتماعی و سازگاری و ... می باشد. (غباری بناب و خانزاده فیروزجاه، ۱۳۸۸).

بازی درمانی

بازی درمانی روشی است که به کمک آن به کودکان دارای مشکل کمک می شود تا با مشکلات شان مقابله کنند. این روش بهخ عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر مورد استفاده قرار می گیرد. این شیوه بر پایه فرضی اصلی استوار است که می پندارد بازی فرآیندی است که با استفاده از آن کودک نخست (من) را از غیر (من) جدا می کند و با جهانی فراتر از خود ارتباط برقرار می کند. (صمدی، ۱۳۹۳).

بازی درمانی شناختی رفتاری نوعی درمان شناختی رفتاری انطباق یافته و حساس به رشد است. بازی در بازی درمانی شناختی رفتاری به عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط استفاده می شود و تکنیک های حمایتی کاربردی را غیرمستقیم به معلولان آموزش می دهد؛ همچنین روش جالب توجه و سرگرم کننده ای است.

رشد شناختی

در بازی درمانی شناختی-رفتاری مداخله های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می شود. از جمله این مداخله های رفتاری می توان حساسیت زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل دهی، خاموش سازی و الگوسازی نام برد. از طرفی روش های رفتاری که معمولاً در بازی درمانی شناختی-رفتاری استفاده می شوند با تغییر رفتار و روش های شناختی با تغییر افکار سر و کار دارند. چون این گونه تصور می شود که شناخت های ناسازگارانه باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می شوند، فرض بر این است که تغییر در تفکر و رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می کند تا شناخت های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آن ها را بسازد. او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریفهای شناختی خود، به او یاد می دهد که این تفکر. (ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض نماید)، (توماس و رینکان، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۳) بنا بر نظر هاوتون شاید نخستین رویکرد شناختی کاملی که علاقه پژوهشگران شناختی را برانگیخته است، مایکنبام (Self-instruction) (هاوتن، ۲۰۰۴). روش خودآموزی مایکنبام دارای دو خاستگاه اصلی است: (۱) درمان منطقی-عاطفی الیس (۲. Control) نظریه لوریا درباره نقش گفتار در کنترل رفتار یعنی نقش نظم بخشی گفتار، (رادبگ، ۲۰۰۴).

شهرت این رویکرد به اساس نظری ساده و نیز شباهت آن به در چهارچوب (Coverants) مفهوم رفتار کنشگر ذهنی نظریه کنشگر مربوط است. مایکنام مطرح کرد که می توان با تغییر در دستورالعمل هایی که در جریان آن بیماران خود را مورد خطاب قرار می دهند، از سمت افکار ناسازگار و برآشوبنده به سوی خودگویی های سازگارتری حرکت کرد، (هاوتن، ۲۰۰۴). در دهه های اخیر بررسی های زیادی در مورد استفاده از رفتار درمانی شناختی در جمعیت بزرگسالان در بیماری های اضطرابی و افسردگی گزارش شده است. این رویکرد درمانی هم اکنون در حال استفاده در جمعیت کودکان و نوجوانان بوده و پژوهش های انجام شده موفقیت های درمانی بسیار خوبی در زمینه استفاده از این رویکرد را گزارش کرده اند، (خارن، ۱۳۸۴). رفتار درمانی-شناختی بعد از رفتاردرمانی به شکل وسیعی برای کودکان و بزرگسالان استفاده می شود. مشخصه ای که باعث رواج رفتاردرمانی-شناختی برای کودکان است، اولاً تأکید آن بر آموزش مهارت های مواجهه، بالا بردن خود کنترلی، و است. ثانیاً (Self-efficacy) افزایش خود کارآمدی مشارکت فعال کودکان در کشف تفکرات و عقاید آن ها از طریق مشارکت با درمانگری که یکی از چهره های کلیدی درمان است و متفاوت از همکاران روان درمانگر و رفتار درمانگر عمل می کند، (مانی و پارکر ۲۰۰۵ و ۲۰۰۳). بر این اساس و با توجه به مطالب اشاره شده در این پژوهش سعی کرده ایم رفتار درمانی-شناختی را با بازی منطبق کنیم تا از این طریق جلسه های درمانی جذابیت بیشتری برای کودکان داشته و ارتباط مناسبی با آن ها برقرار شود.

به مجموعه تغییرات کمی و کیفی که از لقاح تا مرگ ادامه دارد، رشد می گویند و شناخت شامل چیزهایی می شود که می دانیم یا به آن می اندیشیم. اما رشد شناختی تغییرات منظم و تدریجی در پردازش ذهنی است که باعث پختگی می شود. تغییرات خاصی که عامل اساسی آن گذشت زمان همراه با تکامل و نظام یافتگی سیستم عصبی است که با کسب شایستگی ها و توانایی ها آن رفتار ظاهر می شود.

براساس دیدگاه های شناختی، فرایندهای ذهنی یا شناخت تعیین کننده عامل مؤثر بر رشد فردی است و برای بررسی شناخت باید به بررسی عناصر تشکیل دهنده آن پرداخت.

آدمی از لحظه تولد پیوسته با عوامل خارجی دیداری و شنیداری احاطه می شود، و به تدریج که رشد می کند نسبت به تک تک آنها شناخت پیدا می کند. این شناخت صرفاً دانستن نیست بلکه اطلاعات پاره پاره را باهم در می آمیزد، آنها را یک پارچه و سازماندهی می کند و به شکل معناداری در می آورد.

رشد شناختی، رشد فرایندهای درونی ذهنی است که افراد به کمک آنها یاد می گیرند، فکر می کنند و به یاد می آورند (سیف، ۱۳۸۴). پیازه رشد شناخت را گذر مرحله به مرحله از بازتاب های درونی نوزاد تا ظرفیت بزرگسال برای استدلال منطقی و مجرد می داند. بر اساس نظریه پیازه، مکانیسم و حالات رشد شناخت عام و جهان شمول است، ولی رشد شناخت هر فرد بی نظیر و خاص اوست. محیط هر فرد وضعیت خاصی را بر او تحمیل می کند. بنابراین، رشد شناخت هر فرد هم تحت تاثیر فرایندهای عام رشد ذهنی و هم نوع تجارب خاص اوست (شریفی درآمدی، ۱۳۸۵).

رشد شناختی در کودکان ناتوان ذهنی به چند طریق تحت تاثیر قرار می گیرد: (۱) کندتر شدن سرعت یادگیری؛ (۲) کوتاه تر شدن دامنه توجه؛ (۳) اشکال در حل مساله و تفکر انتزاعی؛ (۴) اشکال در ذخیره و بازیابی اطلاعات. تاخیر یا نقص در کارکرد شناختی می تواند به تاخیر در رشد مهارت های بازی منجر شود. کودکان ناتوان ذهنی قبل از این که بتوانند مهارت هایشان را در محیط های طبیعی بازی به کار بگیرند، نیازمند فرصت های زیاد برای تقلید و یادگیری مهارت های خاص بازی هستند. برای آنها رسیدن به سطوح بالایی از بازی های اجتماعی مشکل است، زیرا در تفکر انتزاعی مشکل دارند.

فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی:

بین میانگین نمره های رشد شناختی کودکان ناتوان ذهنی آموزش پذیر در دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای بازی درمانی تفاوت وجود دارد.

فرضیه های فرعی:

۱. بین میانگین نمره های رشد اجتماعی شدن تفکر کودکان ناتوان ذهنی آموزش پذیر در دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای بازی درمانی تفاوت وجود دارد.
۲. بین میانگین نمره های رشد فراخوانی توجه کودکان ناتوان ذهنی آموزش پذیر در دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای بازی درمانی تفاوت معنا دار وجود دارد.

پیشینه پژوهش در داخل کشور

یافته های تحقیق رشیدی ظفر، جان بزرگی و شقاقی (۲۰۱۲)، حاکی از آن بود که بازی درمانی گروهی رفتارهای اجتماعی مثبت و مؤلف ههای آن را از جمله همدلی، جهت گیری اجتماعی، رفتار اخلاقی، خود مهارگری، حرمت خود، اطاعت پذیری، جرأت ورزی، احترام به قانون و تمایل به مشارکت در کودکان پیش دبستانی به طور معناداری افزایش داد. فؤادالدینی و بیدختی (۲۰۱۲)، در پژوهشی نشان دادند بازی های نمایشی باعث بهبود مهارت های اجتماعی در دختران کم توان ذهنی خفیف شد.

ملک پور (۱۳۹۰)، می گوید: بازی از هر نوع که باشد، می تواند تمام جنبه های رشد کودک و مهارت های اساسی او را به گونه ای مثبت تحت تاثیر قرار دهد؛ به گونه ای که چنانچه امکان بازی از کودک گرفته شود، کودک در رشد حسی، حرکتی و شناختی با مشکل شدیدی مواجه خواهد بود.

پیشینه پژوهش در خارج کشور

نتایج پژوهش لندرت و همکاران (۲۰۰۹) بیانگر این 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 مهارت های اجتماعی به آنان است. جیندال، اسنایپ و ویتزینو (۲۰۰۷) در پژوهشی اظهار کردند بازی های مبتنی بر تکنیک های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت های اجتماعی و هیجانی در افراد با نیازهای خاص می شود.

روش تحقیق

آزمودنی های این پژوهش ۱۵ نفر از توانخواهان آموزش پذیر یکی از مراکز توانبخشی و حرفه آموزی شهرستان آبادیه بودند. سن این افراد در گسترده ۱۴ تا ۳۶ سال قرار داشت میانگین سنی آنها ۲۰ سال بود. طول مدت حضور این افراد در این مرکز آموزشی بین دو ماه بود. دو گروه در این تحقیق شرکت کردند. گروه بازی درمانی و گروه فیلم. گروه اول یا گروه بازی درمانی در... جلسات بازی درمانی جهت یافته قرار داده شدند. هر جلسه ۶۰ دقیقه و در کل ۲۰ جلسه در ۸ هفته تشکیل شد. گروه دوم گروه فیلم بودند.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش را ۳۰ نفر از توانخواهان یکی از مراکز توانبخشی غدیر دختر آموزش پذیر شهرستان آبادیه در سال ۱۳۹۹ تشکیل می دهد.

روش نمونه گیری و حجم نمونه

نمونه های این پژوهش شامل ۳۰ توانخواه با ناتوانی ذهنی آموزش پذیر بود که ابتدا مراکز توانبخشی دختر شهر آبادیه در سال ۱۳۹۹ بطور تصادفی گزینش گردید. بدین ترتیب، تعداد ۳۰ نفر نمونه به طور تصادفی از میان توانخواهان این مرکز توانبخشی که آموزش پذیر بودند برگزیده شدند. سپس این تعداد نمونه به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری دختر در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات

مجموعه شناختی-تشخیصی کی توسط استانلی کی به منظور برآورده ساختن نیاز به ارزیابی شناختی بیماران روانی و کم توان ذهنی تدوین شده است. پنج آزمون تشکیل دهنده این مجموعه زمینه‌هایی همچون سبک مفهومی، رشد تفکر اجتماعی، رشد ادراکی-حرکتی، فراخنای توجه و سرعت روانی - حرکتی را ارزیابی می‌کنند. خرده آزمون پنجم از آزمون شناختی-تشخیصی کی به ارزیابی فراخنای توجه، به ویژه آن جنبه از نارسایی توجه را که مربوط به تداوم آگاهانه تمرکز است می‌پردازد. این خرده آزمون شامل صفحه‌ای است که آزمودنی باید دور نمادها X مشتمل بر ۵۰۰ نماد خط بکشد. حداکثر زمان آزمون ۴۰۰ ثانیه است. زمان علامت زدن فرد نمره فراخنای توجه او محسوب می‌گردد. کی و سینگ اعتبار آزمون فراخنای توجه را با روش باز آزمایی ۸۲٪ گزارش کرده‌اند.

همزمان با شروع کار و بدون اطلاع آزمودنی زمان را ثبت می‌کند. آزمونگر هر وقفه ای را که در حین انجام تکلیف در توجه آزمودنی بوجود آید (مثل متوقف کردن کار از طرف آزمودنی، نگاه به جایی دیگر (که حداقل ۱۰ ثانیه به طول انجامد ثبت می‌کند. زمان صرف شده تا وقوع هر وقفه بطور کامل ثبت می‌شود. اگر وقفه‌ها طولانی شوند می‌توان از آزمودنی خواست که کار را ادامه بدهد. آزمون ۲۰ ثانیه پس از دومین وقفه در توجه متوقف می‌شود. حداکثر زمان با سقف زمانی آزمون ۴۰۰ ثانیه است، چون مطالعات مقدماتی نشان داده است که بیشتر افراد بزرگسال بهنجار قادر به تکمیل آزمون در سقف زمانی هستند. به این ترتیب زمان اجرا چند ثانیه تا ۴۰۰ ثانیه متغیر است. فرم ثبت نتایج چارچوب مناسبی برای نمره گذاری این آزمون فراهم می‌کند.

جلسات بازی درمانی برای توانخواهان

جلسات	اهداف هر جلسه	فعالیت هر جلسه
جلسه اول	آشنایی کودکان با درمانگر و اعضای گروه و اجرای پیش آزمون	معرفی اعضا به یکدیگر و اجرای پیش آزمون
جلسه ۱ و ۲	افزایش تمرکز و کاهش اضطراب و ترس. پیشرفت در مهارت یابی	بازی پرتاب توپ در حلقه، هدفگیری و بازی خاله سوسکه
جلسه ۳ و ۴	ایجاد مهارت‌های حرکتی، افزایش تمرکز، ارزیابی انتقادی	بازی تعادلی لیلی آپارتمانی و دارت. آب بازی. ماسه بازی
جلسه ۵ و ۶	حفظ تعادل، هماهنگی حسی و حرکتی و کاهش مشکلات سلوک وخشم	بازی راه رفتن روی یک پا، حرکت روی تیرق‌های چوبی و پرش روی جایگاه
جلسه ۷ و ۸	تکانشگری و کنترل خشم. ارتباط. غلبه بر ترس	بازی هنر خط خطی کردن و بازی زنگ ساعت
جلسه ۹ و ۱۰	ایجاد مهارت‌های ظریف انگشتان دست، افزایش صبر و حوصله، افزایش تمرکز	کارت به کارت پازل، لگو، مگنت‌های مغناطیسی و بازی مربوط
جلسه ۱۱ و ۱۲	افزایش تجسم فضایی، صبر و تمرکز و کاهش مشکلات سلوک. اتحاد و همکاری	دوز فضایی و بازی بادکنک. عروسک بازی
جلسه ۱۳ و ۱۴	کاهش رفتارهای تکانشی، تکرار و تقویت مهارت‌های حسی و حرکتی	بازی‌های مربوط به حافظه مستقیم، معکوس و بازی تعادلی
جلسه ۱۵ و ۱۶	تسلط تقویت. شایستگی. تفکر خلاق حافظه، افزایش دقت	بازی. خمیر بازی بشین و پاشو به صورت مستقیم و معکوس
جلسه ۱۷ و ۱۸ و ۱۹	حل مسئله. تغییر و تفسیر ضرب‌المثل، فرضیه سازی، استدلال کردن بسیار. رشد اجتماعی	بازداری چشم در چشم و بازی بشنو و پیداکن. گل بازی. قصه
جلسه ۲۰	جمع بندی و اجرای پس آزمون	اجرای پس آزمون

یافته های توصیفی

برای توصیف داده های مربوط به نمونه، ابتدا به محاسبه شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش پرداخته شد که به شرح زیر است:

جدول (۱): توزیع فراوانی مربوط به سن آزمودنی ها

متغیر	فراوانی	درصد	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
سن آزمودنی ها	۱۴-۲۰ سال	11	38.7	35.5
	۲۱-۲۵ سال	13	41.9	77.4
	۲۵ تا ۳۰ سال	5	16.1	93.5
	۳۱-۳۵ سال	1	3.3	96.8
	جمع	30	100.0	100.0

جدول ۲: آزمون میانگین یک جامعه آماری

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری	۹۵٪ اطمینان	
						حد بالا	حد پایین
رشد اجتماعی	26.6667	5.71346	25.564	29	.000	28.8001	24.5332
رشد فراخوانی توجه	21.2000	16.04176	7.238	29	.000	27.1901	15.2099

آزمون فرضیات پژوهش

فرضیه اول: بین بازی درمانی و رشد اجتماعی در امر رشد شناختی معلولین ذهنی رابطه معنی داری وجود دارد. جهت اطلاع از وجود همبستگی بازی درمانی و رشد اجتماعی در امر رشد شناختی فرضیه زیر مورد آزمون قرار گرفت که نتیجه آن به شرح زیر می باشد:

$$\begin{cases} H_0: \rho = 0 \\ H_1: \rho \neq 0 \end{cases}$$

بین بازی درمانی و رشد اجتماعی در امر رشد شناختی ارتباط وجود ندارد

بین بازی درمانی و رشد اجتماعی در امر رشد شناختی ارتباط وجود دارد

جدول (۳): همبستگی بین بازی درمانی و رشد اجتماعی در امر رشد شناختی

متغیر	رشد اجتماعی
بازی درمانی	همبستگی پیرسون
	سطح معنی داری
	ضریب تعیین (۳۲)
	N

همانگونه که مشاهده می شود در سطح ۹۹٪ رابطه معنی دار و مثبت بین بازی درمانی و رشد اجتماعی در امر رشد شناختی رابطه ی معنی داری وجود دارد و ضریب همبستگی آن برابر با 0.269^* می باشد و نتیجه آن است که فرض H_0 رد و فرض H_1 (فرض اصلی پژوهش) مبنی بر وجود ارتباط بین بازی درمانی و رشد اجتماعی در امر رشد شناختی پذیرفته می شود. با توجه به

همبستگی مثبت این رابطه مستقیم است. همچنین متغیر بازی درمانی $0,072361$ درصد از واریانس متغیر رشد اجتماعی را تبیین می کند.

فرضیه ی دوم: بین بازی درمانی و رشد فراخانای توجه در امر رشد شناختی معلولین ذهنی رابطه ی معنی داری وجود دارد.

جهت آزمون فرضیه فوق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در ذیل ارائه شده است

$$\begin{cases} H_0: \rho = 0 \\ H_1: \rho \neq 0 \end{cases}$$

بین بازی درمانی و رشد فراخانای توجه در امر رشد شناختی ارتباط وجود ندارد

بین بازی درمانی و رشد فراخانای توجه در امر رشد شناختی ارتباط وجود دارد

جدول (۴-۷) : همبستگی بین بازی درمانی و رشد فراخانای توجه در امر رشد شناختی

رشد فراخانای توجه		متغیر
$P=0,340^{**}$	همبستگی پیرسون	بازی درمانی
.002	سطح معنی داری	
0,1156	ضریب تعیین (۲۲)	
۳۰	N	

همانگونه که مشاهده می شود در سطح 99% رابطه معنی دار و مثبت بین بازی درمانی و رشد فراخانای توجه امر رشد شناختی رابطه ی معنی داری وجود دارد و ضریب همبستگی آن برابر با $0,340^{**}$ می باشد و نتیجه آن است که فرض H_0 رد و فرض H_1 (فرض اصلی پژوهش) مبنی بر وجود ارتباط بین بازی درمانی و رشد فراخانای توجه در امر رشد شناختی پذیرفته می شود. با توجه به همبستگی مثبت این رابطه مستقیم است. همچنین متغیر بازی درمانی $0,072361$ درصد از واریانس متغیر رشد فراخانای توجه را تبیین می کند.

جمع بندی و نتیجه گیری کلی

بازی درمانی را می توان به عنوان ارتباطی میان توانخواه و درمانگر در نظر گرفت که به نحوی بر قرار می شود تا فرد، بازی را به عنوان وسیله ای برای کشف دنیای شخصی خود و برقراری ارتباط با درمانگر به شیوه ای امن مورد استفاده قرار دهد. بازی درمانی را می توان فرصتی برای توانخواه در نظر گرفت که با استفاده از آن احساسات و تجارب شخصی خود را از سر بگذراند. این فرآیند به درمانگر اجازه می دهد تا ابعاد درونی دنیایی فرد را به شیوه تعاملی و انفرادی کشف کند. چنین ارتباط درمانی امکان رشد پویایی توانخواه را فراهم کرده و آسیب های وی را شفا می بخشد و محدودیت های شناختی وی را جبران می کند. توانخواه با توجه به نشان دادن و با استفاده از محدودیت هایی که محیط بازی درمانی برای وی فراهم کرده است، خودداری را هم یاد گرفت و توانست احساسات خود را کشف کند و به سطح آورد و با آن روبرو شود. و یاد گرفت چگونه آنها را کنترل کند و یا به آنها کم توجهی کند.

پیشنهادهای کاربردی

- ۱- پیشنهاد می گردد دوره ها و کارگاه های بازی درمانی به منظور آشنایی خانواده ها و مربیان و مراکز بهزیستی و مهدکودک ها با این تخصص برگزار گردد.
- پیشنهاد می گردد بر روی بازی های محلی گذشته تحقیق و فواید درمانی آنها مشخص گردد.

منابع و مراجع

- [۱] سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو (۱۳۹۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی (ترجمه فرزین رضاعی). جلد سوم، ویراست یازدهم، تهران: انتشارات ارجمند، ۳۶۴.
- [۲] ساراسون، اروین جی و ساراسون، باربارا آر (۱۳۹۳). روانشناسی مرضی مشکل رفتار غیر انطباقی (ترجمه نجاریان و همکاران). چاپ سوم، تهران: انتشارات رشد، ۶۶۳.
- [۳] سیف، علی اکبر (۱۳۸۰). روانشناسی آموزشی و یادگیری. تهران: انتشارات آگاه، ۷۴.
- [۴] شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۸۵). در دفاع از پیاژه. اصفهان: سپاهان.
- [۵] صمدی، سیدعلی (۱۳۹۳). بازی درمانی نظریه ها، انجام پژوهش و روش های مداخله. چاپ اول، تهران: انتشارات دانژه، ۶۵.
- [۶] غباری بناب، باقر و خانزاده فیروزجاه، عباسعلی حسین (۱۳۸۸). روانشناسی و آموزش کودکان با کم توانی هوشی. چاپ اول. تهران: انتشارات دانژه، ۱۶۸.
- [۷] گنجی، مهدی (۱۳۹۵). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM_5 (ویراستار حمزه گنجی). ویراست سوم، جلد دوم، تهران: انتشارات ساوالان، ۷۶۵.
- [۸] ملک پور، مختار (۱۳۹۰). جزوه بازی درمانی. اصفهان: دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی اصفهان.
- [9] Thomas GO, Creswell C. Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents, The Medicine Publishing Company: Ltd; 2005.
- [10] Rincon HG, Hoyos G, Badiel M. Group cognitive behavioral therapy for Depression and anxiety in an ambulatory psychosomatic service. J Psych Res 2003;55:111-29.
- [11] Havtvn PL. [Application Guide to cognitive behavioral therapy in the treatment of mental disorders]. Tehran: Arjmand publisher; 1382. (Persian).
- [12] Crane WC. [Theories of development concepts and applications]. Tehran: Roshte Publications; 1384. (Persian).
- [13] Meany-Walen KK. Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children. University of North Texas; 2011.
- [14] Baggerly J, Parker M. Child-Centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. J Counsel Develop 2005;83:387-91.
- [15] Rodebaugh TL, Holawa R, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. Clin Psychol Rev 2004;7:883-908.
- [16] Rashidi-Zafar M, Janbozorgi M, Shaghaghi F. [Positive social behavior efficacy of play therapy on progress of pre-school children's (Persian)]. Journal of Behavioral Sciences. 2012; 6(1):69-77.
- [17] Favadeddini M, Bidakhti M. [Effect of behavior-based drama therapy on mental retarded females (Persian)]. Journal of Rehabilitation Sciences and Research. 2012; 8(5):913-18.
- [18] Jindal-Snape 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. 2007; 22(1):107-117.
- [19] Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. Psychology in the Schools. 2009; 46(3):281-89. [DOI:10.1002/pits.20374]