

## تأثیر آموزش بازی درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری

Training mothers in play therapy and its effects on the behavior  
problems of learning disabled children

سمیه تکلوی<sup>۱</sup>

S. Taklavi<sup>1</sup>

**Abstract:** The purpose of the present study was to train mothers in play therapy and investigate its effects on the behavior problems of learning disabled children. An experimental research design was used. A sample of 15 students with learning disability was randomly selected. The mothers of the study sample received 5 sessions of training in play therapy. The mothers also completed Rotter's Behavior Problems Scale. Data were analyzed using the paired t test. The results showed that training in play therapy decreases behavior problems in learning disabled children.

**Keywords:** play therapy training, behavior therapy, learning disabled children

**چکیده:** هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری بود. روش پژوهش در این تحقیق شبه آزمایشی بود. نمونه تحقیق شامل ۱۵ دانش‌آموز بود که از طریق روش تصادفی انتخاب شدند. مادران نمونه تحقیق طی ۵ جلسه، در برنامه آموزش بازی درمانی شرکت کردند. مادران آزمودنی‌ها پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری  $t$  وابسته تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش بازی درمانی مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان شده است ( $p < 0/001$ ).

**واژه‌های کلیدی:** آموزش بازی درمانی، مشکلات رفتاری، ناتوانی‌های یادگیری

۱. نویسنده‌ی رابط: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

1. Corresponding Author: Ph.D. Student of Psychology, Islamic Azad University, Adrabil branch (staklavi@gmail.com)

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۱۰- پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۸

## مقدمه

اختلالات هیجانی-رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد بطوریکه بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تاثیر منفی بگذارد. اغلب کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان، کاهش می‌یابد (براون و پرسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). اغلب این کودکان در یک یا چند مورد از توانایی‌های تحصیلی مانند خواندن، نوشتن و ریاضیات مشکلات جدی دارند و این مشکلات ناشی از بهره هوشی پایین، نارسایی‌های حسی، آموزش ناکافی و کمبودهای فرهنگی آنها نیست (هالاها و کافمن، ۱۹۸۸؛ ترجمه جوادی، ۱۳۸۶). با وجود مشکلات بسیاری که این افراد با آن مواجه‌اند، بیشتر آنان تا سالها پس از ورود به مدرسه شناسایی نمی‌شوند و تحت آموزش ویژه قرار نمی‌گیرند، مگر اینکه اختلال رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان شدید شود (غباری، پرند، حسین خانزاده، موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای اختلالات رفتاری صورت گرفته است. بعضی از پژوهشگران اختلالات رفتاری را به دو دسته بزرگ تقسیم کرده‌اند. اختلالات رفتاری درونی سازی<sup>۲</sup> که شامل مواردی مانند افسردگی و اضطراب هستند که با دنیای درونی فرد سروکار دارند که با تعارضهای روانی و هیجانی همراه است و اختلالات رفتار برونی سازی<sup>۳</sup> شامل مواردی است که به مشکلات فرد با دیگران ارتباط دارد (آخن باخ، هاول، کوای و کانرز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱). غالب کودکان دارای اختلال یادگیری متعلق به خانواده‌هایی هستند که در دوران رشد خود پیوندهای عاطفی لازم با والدین خود نداشته‌اند. به عبارت دیگر این کودکان از نظر ارتباطات عاطفی - روانی با والدینشان، خاطرات و تجارب خوشایندی ندارند. آنها در

1. Brown & Percy
2. Internalizing behavior disorder
3. Externalizing behavior disorder
4. Achenbach, Howell, Quarry & Conners

بسیاری موارد از سوی والدین مورد سرزنش، تحقیر، تهدید و احیانا تنبیه بدنی واقع شده‌اند (افروز، ۱۳۸۵). دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی‌های ویژه یادگیری در مقایسه با همسالان طبیعی شان از محبوبیت کمتری برخوردارند و به همین دلیل در معرض مشکلات اجتماعی قرار دارند. علاوه بر این، معلمان کشف کرده‌اند که آنها مسائل رفتاری بیشتری از خود نشان می‌دهند و نمی‌توانند خود را با دستورالعمل‌های موجود در کلاس عادی تطبیق دهند. بنابه نظر کراوتز و همکاران (۱۹۹۹)، ادراک بین فردی کودکان مبتلا به نارسایی‌های ویژه یادگیری بسیار خودمدارانه است و کمتر از دیدگاه دیگران تأثیر می‌پذیرد و بروز برخی رفتارهای نامناسب توسط آنها به دلیل فقدان درک دیدگاه دیگران است (جمشیدی، ۱۳۸۳).

این اعتقاد وجود دارد که مداخله برای تنظیم برنامه‌های درمانی برای کودکان دارای ناتوانی یادگیری و مشکلات رفتاری ممکن است در دوران پیش از دبستان و دوران دبستان ارزشمند است. اگر بتوانیم کودکان را در دوران دبستان درمان کنیم یعنی قبل از اینکه مشکلات یادگیری سبب عوامل شکست در مدرسه شود (برای مثال عزت نفس پایین، مشکل در روابط دوستانه و غیره) و موجب تغییر نگرش‌های بزرگسالان و بدتر شدن تعامل‌های کودک با والدین گردد، می‌توانیم یک مداخله ابتدایی موثر انجام دهیم (والاس و مک لافین، ۱۹۹۳؛ ترجمه طوسی، ۱۳۷۳). مهرابی (۱۳۸۴) در پژوهشی در شهر اصفهان به این نتیجه رسید که ۱۳/۲ درصد دانش‌آموزان ابتدایی دارای معیارهای تشخیصی اختلالات رفتاری هستند. مقدم، یاسمی، بینا، عبدالملکی، باقری یزدی (۱۳۸۱) نیز میزان شیوع اختلالات رفتاری را در بین دانش‌آموزان دبستانی شهر قروه ۲۰/۴ درصد برآورد کرده‌اند. در پژوهش ابوالقاسمی، نریمانی و کیامرثی (۱۳۸۴) بر روی ۵۱۳۶ دانش‌آموز مدرسه ابتدایی دخترانه و پسرانه مشخص شد که ۳ درصد دانش‌آموزان اختلال سلوک، ۲ درصد اختلال هیجانی، ۳/۱ درصد اختلال نقص توجه، ۳/۳ درصد اختلال بیش‌فعالی، ۳/۴ درصد اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی و ۲/۶ درصد اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای دارند.

براساس نتایج تحقیق غباری و همکاران (۱۳۸۸) میزان شیوع اختلالات رفتاری براساس طبقه بندی بالینی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی قرار داشت. شهیم (۱۳۸۲) در مطالعه‌ای نشان داد که کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری بیشتر از کودکان عادی در خانه دارای مشکلات رفتاری بوده و این وضعیت در هر سه عامل مشکلات رفتاری شامل رفتارهای درونزاد و برونزاد، رفتارهای پرتحرکی دیده می‌شود و این کودکان در خانه دارای کاستی مهارت‌های اجتماعی و رفتار نامناسب هستند. برایان (۱۹۷۴) دریافت که کودکان دارای ناتوانی‌های خاص یادگیری، به وسیله همسالان خود به عنوان افرادی غیر اجتماعی، نگران، وحشت‌زده، مضطرب، عصبی و افرادی که هرگز اوقات خوبی نداشته و غمگین هستند، توصیف می‌شوند. محققان معتقدند خودپنداره پایین در کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری بر روی ادراک اجتماعی‌شان تاثیر می‌گذارد و مایه شکست این کودکان در ارتباط با دیگران می‌شود (به نقل از رضائی، ۱۳۸۳). تحقیقات ذکر شده نشان می‌دهد که درصد بالای مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری وجود دارد که نیازمند طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی است.

یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود اختلالات رفتاری کودکان، بازی درمانی است. بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدید کننده هستند نشان دهند (وتینگتون، هان، فوگوآویتلی، سیپ، کروسلی، جانسون، لیبرمن، ماسکی، تاما، هارلا، چاتو و پدهای<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). بازی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. از طریق بازی، کودکان می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند. از طریق بازی درمانی کودک می‌تواند مهارت‌های کنترل خود را بهتر فراگیرد. بازی

1. Wethington, Hahn, Fugua-whiteley, Sipe, Crosloy, Johnson, Liberman., Mosci, Price, Tuma, Halra & Chatto Padhyay

درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند (کارمیخایل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ لندرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). درمانگران از طریق بازی درمانی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند (پدرو-کارول و ردی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). جنتیان (۱۳۸۵) به بررسی اثربخشی بازی در کاهش شدت علائم بیش‌فعالی دانش‌آموزان پسر پایه‌های سوم و چهارم شهر اصفهان پرداخته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بازی درمانی در مرحله پس‌آزمون باعث کاهش معنادار بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه و نیز خطاهای پاسخ‌دهی و افزایش معنادار زمان پاسخ‌دهی شد. مک‌گیو<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) تأثیر بازی درمانی را در کاهش مشکلات رفتاری، افزایش سازگاری رفتاری و عاطفی، بهبود مفهوم خود و افزایش خودکنترلی بررسی کرده است. این پژوهش که بر روی کودکان پیش‌دبستانی انجام شد، تغییر معناداری از لحاظ آماری نشان‌داد ولی تمایلات مثبت در رفتار کودکان، خودکنترلی و مفهوم خود در کودکان گروه آزمایشی مشاهده گردید. باگرلی و پارکر<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) بیان کردند که بازی درمانی بر یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب موثر است. لندرت، ری و براتون<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که بازی درمانی کودک محور تأثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات دارد. هنگام اندیشیدن به تغییر رفتار کودکان، می‌توان در سه گستره متمرکز شد: کودک، آموزشگاه و خانواده. خانواده بستری است که آدمی زندگی‌اش را با آن آغاز می‌کند و در آن شکل می‌دهد. یکی از موثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان، آموزش مهارت‌هایی به والدین است که به کنترل رفتار از جانب کودک و ایجاد سبک‌های والدینی موثر می‌انجامد. رابطه عاطفی میان والد و کودک، در

1. Carmichael
2. Landreth
3. Pedro-Carrpll & Reddy
4. McGive
5. Baggerly, Parker
6. Landreth, Ray, Bratton

فرآیند درمان امری تاثیرگذار محسوب می‌شود و با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندانشان موثر باشند. چنانچه لندرت (۲۰۰۲) معتقد است والدین می‌توانند با آموزش مهارت‌هایی از قبیل بازی درمانی، به درک و پذیرشی مطلوب در ارتباط با رفتار کودک دست یابند. یکی از جدیدترین روش‌ها در اصلاح رفتار کودکان، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک<sup>۱</sup> (CPRT) است که مبتنی بر این فرض اساسی است که از آنجا که والدین از ارتباط قوی با کودک برخوردارند، آنچه که درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثر بخشی بالا و نتایج پایای درمان در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک است (لندرت، ۲۰۰۶). کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با استفاده از این روش طی مطالعه مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم و محمودی قرایی (۱۳۸۹) به اثبات رسیده است. شفیغ آبادی (۱۳۸۶) بیان می‌کند آموزش گروهی والدین نوعی از تعلیم و تربیت گروهی است که آموزش وسیعی را شامل می‌گردد و به والدین کمک می‌کند تا دانش و توانایی‌های خود را در زمینه پرورش و تربیت کودکان به نحو مطلوب گسترش دهند. در چنین موقعیت‌هایی برنامه‌های آموزش زندگی خانوادگی می‌تواند به والدین بیاموزد که چگونه با ارایه الگوی‌های مناسب، نقش مثبت تری را برای کودکانشان ایفا کنند و سبک‌های سالم زندگی را خود بیاموزند و به کودکانشان منتقل کنند. در چنین حالتی با افزایش توانمندی‌های والدین، ناتوانی کودکان و اختلال یادگیری آنان کاهش یابد. در نتیجه ترکیبی از حمایت خانوادگی، خدمات والدگری و کیفیت بالای تربیت در دوره کودکی به پیشگیری از بروز مشکلات در دوره نوجوانی و جوانی منجر می‌شود. فارشتاین<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) بیان می‌کند هنگامی که به والدین آگاهی درستی از مشکلات کودک شان داده می‌شود، مادران ساز و کارهای مناسبی از خود نشان می‌دهند تا بدون دخالت احساساتشان با فرزندان خود برخورد منطقی نمایند (به نقل از مختاری، ۱۳۸۷). مصطفوی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیق خود بر روی ۳۰ کودک دارای

---

1. Child-parent relation therapy

2. Farshtain

مشکلات رفتاری به این نتیجه رسیدند که آموزش بازی درمانی به مادران باعث کاهش معنادار مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی می‌شود. دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری، علاوه بر مشکلات تحصیلی، افسردگی و تنهایی را تجربه می‌کنند و نسبت به دانش آموزان عادی از عزت نفس کمتری برخوردارند. مداخلات روان شناختی می‌تواند به بهبود روابط بین فردی آنها کمک کند (لطیفی، امیری، ملک پور و مولوی، ۱۳۸۸).

در قرن حاضر با وجود اضطراب‌های ناشی از زندگی اجتماعی، اقتصادی که والدین دچار آنها هستند و وجود اختلال یادگیری و مشکلات رفتاری در دانش آموزان نوعی تنیدگی را در والدین بوجود می‌آورد که به عدم همکاری آنها در رفع مشکلات فرزندانشان منجر می‌گردد. با ایجاد نگرش مناسب و دادن آگاهی‌های لازم به والدین، کودک تنها با اختلال یادگیری دست به گریبان است و دیگر دغدغه مسایل جانبی را ندارد و چه بسا کودک با حمایت خانواده بتواند موفقیت‌های چشمگیری به دست آورد. در حالی که اگر خانواده‌ها در مورد مشکلات فرزندانشان خود بی اطلاع و یا دارای نگرش منفی و غلط باشند، کودک آنان از هر طرف تحت فشار است و دچار مسایل بیشتری می‌شوند. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش بازی درمانی گروهی به مادران، میانگین نمرات مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری را کاهش می‌دهد؟

## روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با یک گروه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر پایه اول دبستان شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۸۷-۸۸ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای منطقه ۲ آموزش و پرورش و از بین مدارس واقع در منطقه ۲، دبستان ابتدایی فردوسی انتخاب شد. شیوه انتخاب نمونه تحقیق از طریق دو ملاک بود. اول با مراجعه به پرونده تحصیلی، ارزیابی معلمان و گزارش مادران ناتوانی‌های یادگیری کودکان مشخص گردید. با توجه به اینکه نمونه تحقیق در پایه اول دبستان در حال تحصیل بودند و هنوز دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری

مورد شناسایی قرار نگرفته بود، از ارزیابی معلمان و والدین جهت شناسایی دانش آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری استفاده شد. دوم گرفتن نمره برش (۹) برای تشخیص مشکلات رفتاری در پرسش نامه مشکلات رفتاری راتر که توسط معلمین و مادران پاسخ داده شد. از بین دانش آموزان دختر پایه اول دبستان، ۴۰ نفر مشکوک به داشتن اختلالات یادگیری شناسایی شد و از بین این تعداد با استفاده از تکمیل پرسشنامه راتر توسط مادران و معلمان ۲۰ نفر واجد شرایط مطالعه (دارای مشکلات یادگیری و مشکلات رفتاری) بودند. از بین ۲۰ نفر، ۵ نفر بدلیل عدم همکاری مادران از نمونه حذف شدند. ۱۵ نفر باقیمانده به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند از بین این ۱۵ نفر؛ ۳ نفر دارای اختلال سلوک، ۱۰ نفر دارای اختلال هیجانی و ۲ نفر نامشخص بودند.

**روش اجرا:** هدف از اجرای پژوهش برای مادران و مسئولین ذیربط کاملاً مشخص شد و همکاری آنان جلب گردید. مجموعه اسباب بازی‌های مورد نیاز برای آموزش تهیه و مکان آموزش‌ها تعیین گردید. آموزش مادران در قالب گروهی، یک ماه و نیم (۵ جلسه) به طول انجامید. جلسات آموزشی مادران در مسجد محله واقع در جنب مدرسه برگزار شد. مفاهیم مطرح شده در جلسات به ترتیب شامل بیان اهمیت بازی، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودک در منزل، بایدها و نبایدهای جلسات بازی و نوع اسباب بازی‌های مورد نیاز در جلسات، آموزش محدودیت گذاری برای رفتارهای کودک و دادن حق انتخاب برای پیامدهای رفتاری کودکان بود و در نهایت تعمیم این مهارت‌ها به موقعیت‌های دیگر زندگی آموزش داده شد. در پژوهش حاضر از اصول بازی درمانی اکسلاین<sup>۱</sup> نیز استفاده شد که شامل (ایجاد ارتباط عاطفی با کودکان، پذیرش کامل کودکان، ایجاد احساس آزادی عمل در کودک، رهبر بودن کودک، حفظ احترام کودک) می‌باشد که برگرفته از نظریه راجرز است (آکسلاین، ۱۹۶۹؛ به نقل از تکین و سزیر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). سرانجام بعد از اتمام جلسات، محقق مجدداً مقیاس مشکلات رفتاری راتر را در اختیار مادران و معلمان قرار داد تا تاثیر یا عدم تاثیر گذاری مداخله در رفتار کودکان مشخص

---

1. Axline

2. Tekin, Sezer



شود. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه زیر استفاده شد:

**پرونده‌ی تحصیلی دانش آموزان:** تحقیق حاضر بعد از امتحانات نوبت اول شروع شد. در نتیجه با مراجعه به ارزیابی کیفی معلمان در امتحانات و همچنین نحوه عملکرد دانش‌آموزان در پرسش‌های کلاسی و ارزیابی مادران، دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری و مشکوک به ناتوانی‌های یادگیری مشخص شدند.

**پرسشنامه‌ی مشکلات رفتاری راتر فرم B:** این آزمون توسط مایکل راتر (۱۹۶۷) جهت تمایز گذاشتن بین کودکان بهنجار و کودکان دارای مشکلات رفتاری تنظیم شده است. پرسشنامه راتر فرم B شامل ۲۶ سؤال می‌باشد که به شیوه لیکرت (۰-۲) نمره گذاری می‌شود. نقطه برش مقیاس ۹ می‌باشد و کودکانی که نمره ۹ یا بیشتر می‌گیرند به عنوان کودکان دارای اختلال شناخته می‌شوند (راتر، ۱۹۶۷). همچنین در مورد کودکانی که نمره ۹ یا بیشتر در این پرسشنامه می‌آورند، سه تشخیص اختلال سلوک، اختلال هیجانی و نامشخص مطرح می‌گردد که با نمره گذاری عبارات مربوط به آنها مشخص می‌گردند. اسکا کار<sup>۱</sup>، راتر و اسمیت (۱۹۸۱) اظهار می‌دارند که ضرایب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه بسیار بالا است. ضریب پایایی بازآزمایی (با فاصله دو ماه) ۰/۷۴ برای فرم والدین و ۰/۸۹ برای فرم معلم گزارش شده است. همچنین همبستگی بین پاسخ‌های پدران و مادران ۰/۶۴ و بین نمره گذاری دو معلم ۰/۷۲ بود. عدل (۱۳۷۱) با بکار بردن روش‌های دو نیمه‌سازی و بازآزمایی میزان پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش کرده است. زاده باقری (۱۳۷۳) با استفاده از روش بازآزمایی، میزان ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۷ بدست آورد. در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۸۳) ضرایب پایایی دو نیمه‌سازی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۱ گزارش شد. (ابوالقاسمی، نریمانی، ۱۳۸۴). در این تحقیق، پرسشنامه‌ی مشکلات رفتاری راتر توسط معلمان و مادران دانش‌آموزان تکمیل شد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آزمون آماری **t** وابسته تحلیل شدند.

## نتایج

نمونه تحقیق همگی در مقطع اول ابتدایی قرار داشتند. با توجه به موقعیت مدرسه، وضعیت اقتصادی خانوارها در حد متوسط (۳۰/۴ درصد) و متوسط به پایین (۶۹/۶) قرار داشت. از نظر ترتیب تولد ۶۰/۴ درصد فرزند اول و ۳۹/۶ فرزند دوم بودند.

جهت تشخیص نهایی اختلال رفتاری در کودکانی که در پرسشنامه‌ی راتر نمره‌ی ۹ یا بیشتر گرفتند، کودکانی که نمره آنها در اختلال هیجانی بیش از نمره اختلال سلوک بود، تشخیص اختلال هیجانی و کودکانی که نمره آنها در اختلال سلوک بیش از نمره اختلال هیجانی بود، تشخیص اختلال سلوک گرفتند. کودکانی که نمرات آنها در هر دو دسته عبارات برابر بود، نامشخص قلمداد گردید (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۸).

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی مشکلات رفتاری

شاخص‌های مقیاس	ارزیابی مادران فراوانی (درصد)	ارزیابی معلمان فراوانی (درصد)
اختلال سلوک	۲ (۱۴/۲۸)	۳ (۲۱/۴۲)
اختلال هیجانی	۷ (۵۰)	۸ (۵۷/۱۴)
غیر قابل تفکیک	۵ (۳۵/۷۱)	۳ (۲۱/۴۲)

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد در بین دانش آموزان مورد مطالعه، به گزارش مادران ۵۰ درصد و به گزارش معلمان ۵۷/۱۴ درصد مبتلا به اختلالات هیجانی هستند.

مقایسه میانگین نمرات نمونه تحقیق قبل و بعد از آموزش بازی درمانی همانطور که در جدول ۲ ذکر شده است بیانگر این است که آموزش بازی درمانی بطور معناداری باعث کاهش میانگین نمرات مشکلات رفتاری کودکان شده است.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، بنابر گزارش معلمان آموزش بازی درمانی باعث کاهش میانگین نمرات مشکلات رفتاری کودکان شده است.

## تأثیر آموزش بازی درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین نمرات مشکلات رفتاری دانش‌آموزان قبل و بعد از مداخله (به گزارش مادران)

P	t	بعد از مداخله	قبل از مداخله	شاخص‌های مقیاس
		$\bar{X}$ SD	$\bar{X}$ SD	
<۰/۰۰۱	۴/۵۱	(۱/۵۸)۲/۳۳	(۱/۸۵)۳/۲۰۰	اختلال سلوک
<۰/۰۰۱	۵/۳۸	(۱/۸۸)۳/۴۶	(۱/۷۲)۵/۵۳	اختلال هیجانی
<۰/۰۰۱	۶/۵۴	(۱/۷۳)۳/۰۰	(۱/۵۴)۴/۴۰	غیر قابل تفکیک

جدول ۳. مقایسه‌ی میانگین نمرات مشکلات رفتاری دانش‌آموزان قبل و بعد از مداخله (به گزارش معلمان)

P	t	بعد از مداخله	قبل از مداخله	شاخص‌های مقیاس
		$\bar{X}$ SD	$\bar{X}$ SD	
۰/۰۰۰۱	۵/۱۳	(۱/۶۲)۲/۲۶	(۱/۸۵)۳/۲۰۰	اختلال سلوک
۰/۰۰۸	۳/۰۷	(۱/۸۴)۴/۱۳	(۱/۷۲)۵/۵۳	اختلال هیجانی
۰/۰۰۱	۴/۲۹	(۱/۷۹)۳/۳۳	(۱/۵۴)۴/۴۰	غیر قابل تفکیک

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان بود. همانطور که نتایج نشان داد، آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری (اختلالات هیجانی) کودکان مورد مطالعه موثر بوده است. به نحوی که میانگین نمره کلی مشکلات رفتاری در شاخص اختلالات هیجانی با توجه به آنچه که پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر می‌سنجد، پس از آموزش کاهش یافته است. این نتایج با نتایج مداخله‌های سایر پژوهشگران و درمانگران در رابطه با مشکلات رفتاری کودکان همخوان است. اسپنس، دونان و برچمان-توسانیت<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) طی یک برنامه شناختی رفتاری برای کودکان

1. Spence, Donvan & Berchman-Toussaint

مبتلا به هراس اجتماعی، اثر بخشی این مداخله را در کاهش هراس اجتماعی و اضطراب عمومی کودکان نشان داده‌اند. لطیفی، امیری، ملک پور و مولوی (۱۳۸۸) طی تحقیق خود اثر بخشی آموزش حل مسئله شناختی-اجتماعی بر بهبود روابط بین فردی و ادراک خودکارآمدی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری را روی ۳۰ نفر مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مداخله باعث کاهش رفتارهای نامطلوب پرخاشگری و کناره‌گیری می‌شود و باعث افزایش سازگاری و رفتار دوستانه در دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری می‌شود. در مطالعات مختلف (باگرلی و لندرت، ۲۰۰۱؛ اسمیت و لندرت، ۲۰۰۳-۲۰۰۴؛ کیدرون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ هالووی و سوزوکی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این تحقیقات کاهش معناداری را در برخی از مشکلات رفتاری کودکان نشان داده است. در ایران مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم، محمودی (۱۳۸۹) طی تحقیق تاثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های بازی درمانی به مادران موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ( $P < 0/001$ ).

با توجه به نتایج تحقیقات پیشین، ترمیم مشکلات کودکان آن هم توسط کسی که خود در درون چرخه نگرانی‌ها قرار دارد (والدین)، می‌تواند به نحوی سیکل معیوب رفتارها را دچار نوسان و یا ضربه می‌سازد. از آنجا که درمان مورد استفاده در این تحقیق بر بازی که زبان طبیعی و ذاتی ارتباط کودک با جهان پیرامون است تاکید دارد، قطعاً برای کلیه والدین اعم از والدینی که با مشکلات رفتاری کودکان دست و پنجه نرم می‌کنند و یا والدینی که خواستار بهبود ارتباط با کودکان شان هستند، تاثیرگذار خواهد بود. تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. طرح آزمایشی با یک گروه، تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه می‌کند اما با توجه به مشکلات موجود در تحقیق حاضر اعم از عدم همکاری مادران امکان ایجاد طرح‌های آزمایشی با

---

1. Kidron

2. Halloway & Suzuki

پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل وجود نداشت در نتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های آزمایشی با قابلیت تعمیم بالاتر استفاده شود. در این پژوهش گستره ناتوانی‌های یادگیری و مشکلات رفتاری کودکان بطور کلی در نظر گرفته شده است و به طور اختصاصی به ناتوانی‌های یادگیری ویژه یا مشکلات رفتاری خاص پرداخته نشده است لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی هر یک از انواع ناتوانی‌های یادگیری و اختلالات رفتاری با نمونه بیشتری مورد مطالعه قرار بگیرد. پیشنهاد می‌شود از ابزارهای پژوهشی متنوع تر و مصاحبه بالینی جهت تشخیص کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری و اختلالات رفتاری استفاده شود. علی‌رغم اینکه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک هنوز تاثیر خود را در شرایط بومی کشور ما آشکار نساخته است، جایگزینی والدین به عنوان درمانگر و استفاده از ارتباط عاطفی موجود بین والد و کودک در جهت درمان، به متخصصین کمک می‌کند تا به نتایج مطلوبی دست پیدا کنند چرا که عواطف حاکم بر ارتباطات والد-کودک، پدیده‌ای ذاتی و فارغ از نژاد، ملیت و قومیت است. پیشنهاد می‌شود روش ذکر شده به منظور گسترش بهداشت روانی والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان در محیط خانه و مدرسه ارائه شود. همچنین جهت رسیدن به الگوهای گسترش یافته بالینی و بومی‌تر، الگوی یاد شده در مراکز درمانی و مشاوره خانواده یا کودک استفاده شود. در آخر پیشنهاد می‌شود اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک با سایر روش‌ها (از جمله شن درمانی و درمان شناختی- رفتاری) در حوزه اختلالات یادگیری و مشکلات رفتاری کودکان مقایسه گردد.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد. (۱۳۸۴). آزمون‌های روان‌شناختی. اردبیل، انتشارات باغ رضوان.
- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد؛ کیامرثی، آذر. (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع و هم‌ابتلائی اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی. *مجله علم و فناوری*، ۴(۳-۴)، ۱۹-۱۴.

- افروز، غلامعلی. (۱۳۸۵). *مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی*. تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۶). *فنون تربیت کودک*. تهران، انتشارات چهر.
- مختاری، لیلا؛ اخوان تفتی، محمد. (۱۳۷۹). بررسی تاثیر نگرش والدین بر خود پنداره و رشد اجتماعی کودکان دارای ناتوانی یادگیری. *فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۸۶، ۳۱-۲۲.
- لطیفی، زهره؛ امیری، شعله؛ ملک پور، مختار و مولوی، حسین. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش حل مسئله شناختی-اجتماعی بر بهبود روابط بین فردی و ادراک خودکارآمدی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱(۳)، ۸۴-۷۰.
- مقدم، مرضیه؛ یاسمی، محمد تقی؛ بینا، مهدی؛ عبدالملکی، فریدون؛ باقری یزدی، سید عباس. (۱۳۸۱). مطالعه اپیدمیولوژیک اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی شهرستان قروه در سال ۸۰-۸۱. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۷(۲۵)، ۱۲-۷.
- مهرابی، حسینعلی. (۱۳۸۴). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی شهر اصفهان. *اصفهان، سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان*.
- مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمد رضا؛ اصغری مقدم، محمد علی؛ محمودی قرایی، جواد. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان. *روان‌شناسی معاصر*، ۵(ویژه نامه)، ۷۱۲-۷۱۰.
- جمشیدی، امیر. (۱۳۸۳). مقایسه مهارت‌های اجتماعی بین دانش آموزان با مشکلات یادگیری خاص و دانش آموزان نرمال ۸-۱۲ ساله. *مجله آموزش استثنایی*، ۲(۱۲)، ۳۱-۲۲.
- جتیان، سیما. (۱۳۸۵). اثر بخشی بازی در کاهش شدت علائم بیش فعالی/کمبود توجه دانش آموزان پسر پایه سوم و چهارم شهر اصفهان. *پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی*، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.
- رمضانی، محمد. (۱۳۸۵). خصایص و ویژگی‌های دانش آموزان ناتوان یادگیری. *مجله آموزش استثنایی*، ۴(۱)، ۴۶-۴۱.

غباری بناب، باقر؛ پرند، اکرم؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ موللی، گیتی؛ نعمتی، شهر روز. (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر اردبیل. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹(۳)، ۲۳۸-۲۲۳.

هالاهان، دانیل بی و کافمن، جیمز ام. (۱۹۸۸). کودکان استثنایی، مقدمه‌ای بر آموزش‌های ویژه. ترجمه مجتبی جوادیان. (۱۳۸۶). مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.  
والاس، جیمز؛ مک لافین. (۱۹۹۳). ناتوانی‌های یادگیری. ترجمه تقی منشی طوسی. (۱۳۷۳). مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

- Achenbach, T.M., & Howell, C.T., Quay, H.C., & Conners, C.K. (1991). National survey of problems and competencies among four- to sixteen- years olds. *Monograph of the Society for Research in child Development*, 56(3), 225-231.
- Baggerly, J., Lendreth, G. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *Peer Facilitator Quarterly*, 18(1), 6-14.
- Baggerly, J., Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys of the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 83, 387-396.
- Brown I, Percy, M. (2007). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental*. London, Powl. H. brookes.
- Carmichael, K.D. (2006). *Play therapy: A introduction*. Glenview, IL, Prentice Hall.
- Halloway, S.D., Susuki, S. (2005). Parenting Self-Efficacy among Japanese Mothers. *Journal of Comparative Family Studies*, 36, 61-76
- Kidron, M. (2004). Filial therapy with Israeli parents (Doctoral dissertation, University of North Texas, 2003). *Abstract International Dissertation*, A, 64(12).
- Landreth, G.L., Ray, D.C., Bratton, S. (2009). Play therapy in elementary school. *Psychology In The School*, 46(3), 1-9.
- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of play the relationship (2<sup>nd</sup> ed)*. New York, Brunner-Routledge.
- Landreth, G.L. (2006). *Child-Parent-Relationship (C-P-R) therapy: a 10 session Filial Therapy Model*.
- McGive, D.E. (2000). *Child-Centered Group Play Therapy*. Dissertation abstract International, 6(1), 30-39.
- Pedro-Carrol, J., Reddy, L. (2005). *A preventive play intervention to foster children resilience in after of divorce*. In L.Reddy, T. Files-Hall & C.Schaefer (Eds), *Empirically based play interventions for children*. (pp 51-75). Washington, Dc, American psychological association.
- Tekin, G., Sezer, Ö. (2010). Applicability of play therapy in Turkish early childhood education system: today and future. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 50-54.

- Smith,D.M., & Landreth,G.I.(2004). Filial Therapy with child witnesses of domestic violence: Acomparison with individual and sibling grup therapy. *International Journal of Play Therapy*,12(1),67-88.
- Spence,S.H.,Donvan,p & Berchman-Toussaint,M.(2000). The treatment of children social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention,with and without parental involvement. *Journal of child psychology and psychiatry and allied Disciplines*,41,743-726.
- Wethinton,H.R.,Hahn,R.A., Fugua-Whiteley, D.S., Sipe,T.A.,Crosloy,A.E., Johnson,R.L., Liberman, A.M., Mosci chi,E., Price,L.N.,Tuma,F.K., Halra,G., Chatto., Padhyay, S.K. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*,53(3), 287-373.